

**SZOCIÁLIS SZEMLE**  
***SOCIAL REVIEW***

LEKTORÁLT SZAKFOLYÓIRAT  
***PEER-REVIEWED ACADEMIC JOURNAL***

**11. évfolyam, 1-2. szám**  
***Volume 11, issue 1-2***

**2018**

A Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar  
Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék folyóirata

**Főszerkesztő · Editor-in-Chief**

Dr. Habil. B. Erdős Márta, PhD (Pécsi Tudományegyetem · University of Pécs)

**Nemzetközi Szerkesztőbizottság · International Editorial Board**

**Elnök · Chair:** Prof. Dr. Gábor Kelemen, PhD (University of Pécs)

Prof. Dr. Enikő Albert Lőrincz, PhD (Babeş–Bolyai University)

Prof. Dr. Gábor Flóra, PhD (Partium Christian University)

Prof. Dr. Michael Seltzer, PhD (University of Oslo)

Prof. Dr. Györgyi Szilágyi, PhD (Partium Christian University)

**Magyar Szerkesztőbizottság · Hungarian Editorial Board**

**Elnök · Chair:** Dr. Madácsy József, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Prof. Dr. Baráth Árpád, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Dr. Boros Julianna, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Dr. Brettner Zsuzsanna, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Dr. Habil. Juhász Gábor, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Dr. Molnár Dániel, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Dr. Mucsi Georgina, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Dr. Habil. Szöllősi Gábor, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

**Felelős Kiadó · Responsible Publisher**

Dr. Habil. B. Erdős Márta, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

<https://doi.org/10.15170/SocRev.2018.11.01-02.01>

© PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék

# **Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata: Kutatási zárójelentés**

*Evaluating the Hungarian substance use disorder  
treatment system: A research report*

2018

**Kötetszerkesztők · Executive Editors**

B. Erdős Márta, Borda Viktória, Madácsy József & Vojtek Éva



EMBERI ERŐFORRÁSOK  
MINISZTÉRIUMA

A kutatás az Emberi Erőforrások Minisztériuma 43036-1/2016/SZOC SZOLG  
iktatószámú szerződés keretében nyújtott támogatásával,  
a 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület,  
a PTE Társadalom- és Médiatudományi Intézet Szociológia Tanszék és  
a PTE Társadalmi Kapcsolatok Intézete Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék  
közreműködésével valósult meg.

Szerzők · Authors

B. Erdős Márta (Pécsi Tudományegyetem)  
Bognár Adrienn (Pécsi Tudományegyetem)  
Borda Viktória (Pécsi Tudományegyetem)  
Brettner Zsuzsanna (Pécsi Tudományegyetem)  
Kelemen Gábor (Pécsi Tudományegyetem)  
Madácsy József (Pécsi Tudományegyetem)  
Márk Mónika (Pécsi Tudományegyetem)  
Mihaldinecz Csaba (Pécs MJV INSZI)  
Molnár Dániel (Pécsi Tudományegyetem)  
Szijjártó Linda (Pécsi Tudományegyetem)  
Szöllősi Gábor (Pécsi Tudományegyetem)  
Vojtek Éva (Pécsi Tudományegyetem)

Lektorálta · Reviewed by

Szemelyác János (INDIT Közalapítvány)

# TARTALOMJEGYZÉK · CONTENTS

<b>1. ÖSSZEFOGLALÓ [SUMMARY]</b>	<b>8</b>
<b>2. AZ ELLÁTÓRENDSZER MŰKÖDÉSÉNEK ÁTTEKINTÉSE AZ ELÉRHETŐ STATISZTIKAI ADATOK ALAPJÁN [OPERATION OF THE TREATMENT SYSTEM AS REFLECTED IN THE STATISTICAL DATA]</b>	<b>9</b>
2.1. Az elérhető statisztikai adatok másodelemzése [A secondary analysis on accessible statistical data]	9
2.1.1. Borda Viktória: Az addiktológiai ellátórendszer egészségügyi vonatkozásai [Health care aspects in the substance use disorder treatment system]	9
2.1.2. Vojtek Éva: Az addiktológiai ellátások szociális szegmense [The social sector in the substance use disorder treatment system]	18
<b>3. A KVANTITATÍV VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEINEK BEMUTATÁSA [RESULTS OF THE QUANTITATIVE ANALYSIS]</b>	<b>24</b>
3.1. B. Erdős Márta: A KEF-ek körében végzett kérdőíves vizsgálat [Results of a survey conducted among Coordination Fora on Drug Affairs]	24
3.2. Bognár Adrienn, B. Erdős Márta, Vojtek Éva & Kelemen Gábor: Az ellátórendszerre irányuló online kérdőíves kutatás [Results of an online survey on the substance use disorder treatment system]	27
3.3. B. Erdős Márta: Az ellátórendszer SWOT-elemzése [A SWOT analysis of the substance use disorder treatment system]	51
<b>4. B. ERDŐS MÁRTA, BRETTNER ZSUZSANNA, MADÁCSY JÓZSEF, MÁRK MÓNIKA, MIHALDINECZ CSABA, MOLNÁR DÁNIEL, SZIJJÁRTÓ LINDA, SZÖLLŐSI GÁBOR &amp; VOJTEK ÉVA: KVALITATÍV VIZSGÁLATOK [QUALITATIVE STUDIES]</b>	<b>88</b>
4. 1. Szerhasználat és szenvedélybeteg-ellátás a szakemberek nézőpontjából [Substance use and care from practitioners' perspectives]	88
1. Interjú [Interview 1]	88
2. Interjú [Interview 2]	92
3. Interjú [Interview 3]	95
4. Interjú [Interview 4]	98
5. Interjú [Interview 5]	102
6. Interjú [Interview 6]	106
7. Interjú [Interview 7]	108
8. Interjú [Interview 8]	114

9. Interjú [Interview 9]	118
10. Interjú [Interview 10]	123
11. Interjú [Interview 11]	125
12. Interjú [Interview 12]	128
13. Interjú [Interview 13]	132
14. Interjú [Interview 14]	135
15. Interjú [Interview 15]	139
16. Interjú [Interview 16]	141
17. Interjú [Interview 17]	144
18. Interjú [Interview 18]	149
19. Interjú [Interview 19]	152
20. Interjú [Interview 20]	155
21. Interjú [Interview 21]	159
22. Interjú [Interview 22]	165
<b>4.2. Az ellátórendszer az ellátottak nézőpontjából [Substance use and care from clients' perspectives]</b>	<b>169</b>
1. Interjú [Interview 1]	169
2. Interjú [Interview 2]	174
3. Interjú [Interview 3]	177
4. Interjú [Interview 4]	180
<b>5. JÓ GYAKORLATOK [GOOD PRACTICES]</b>	<b>188</b>
<b>5.1. Molnár Dániel: Hazai munkahelyi alkohol- és drogpreevenció [Alcohol- and drug prevention at the workplace in Hungary]</b>	<b>188</b>
<b>5.2. Márk Mónika: Olaszország [Italy]</b>	<b>194</b>
<b>5.3. Molnár Dániel: Amerikai Egyesült Államok [United States of America]</b>	<b>197</b>
<b>5.4. Kelemen Gábor &amp; Márk Mónika: Nagy-Britannia [Great Britain]</b>	<b>208</b>
<b>5.5. Szijjártó Linda: Finnország [Finland]</b>	<b>212</b>
<b>5.6. B. Erdős Márta: Ausztrália [Australia]</b>	<b>216</b>
<b>5.7. Szijjártó Linda: Svédország [Sweden]</b>	<b>230</b>
<b>5.8. Szöllösi Gábor: Az Európai Unió keretrendszere – A bevált gyakorlatok mint az uniós drogpolitika eszközei [The European Union framework: Evidence-based practices as means of EU drug policies]</b>	<b>233</b>

**6. B. ERDŐS MÁRTA, KELEMEN GÁBOR & VOJTEK ÉVA:  
ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLATOK [CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS] 255**

**6.1. Az ellátórendszer fejlesztésére vonatkozó javaslatok [Suggestions to improve the system of care] 255**

**6. 2. Kapcsolódási pontok [Interrelations] 257**

**MELLÉKLETEK [APPENDIX] 262**

**1. melléklet: KEF-kérdőív [Appendix 1. Questionnaire for representatives of the Coordination Fora on Drug Affairs] 262**

**2. melléklet: A kvantitatív online kutatás kérdőíve [Appendix 2. Questionnaire for the online quantitative research] 266**

**3. melléklet: A kezelés sikerességének indikátorai [Appendix 3. Indicators of treatment success] 283**

**4. melléklet: Pszichoaktív szerek munkavégzés közbeni használatára vonatkozó jogszabályok [Appendix 4. Legislation on the prohibition of use of psychoactive substances at the workplace] 289**

# 1. Összefoglaló

A kutatás célja a hazai addiktológiai rendszer átfogó vizsgálata, és az eredményekre alapozó szakpolitikai javaslatok megalkotása. Tekintettel arra, hogy a rendelkezésre álló adatok megbízhatósága nem ismert, ezen adatok másodelemzésén túl kérdőíves és interjú megkereséseket is terveztünk. A kutatás első fázisában lefolytatott interjúk és szakmai megbeszélések segítettek a kérdőíves vizsgálat tervezését, továbbá információkat gyűjtöttünk az addiktológiai problémákkal szembesülő egyéb ellátási formák működéséről. Az empirikus kutatás 2016 őszén zajlott. A kutatás záró fázisában kiegészítettük a kérdőíves vizsgálat eredményeit. Kutatásunk tehát a kevert módszeres (mixed methods) társadalomtudományi kutatások logikája szerint építkezett, a részeredményekre alapozó rugalmas tervezéssel. Az eredmények érvényességét és megbízhatóságát – tekintettel az alacsony elemszámokra – az adat, módszer és diszciplínák szerinti (kutatói) trianguláció segítségével biztosítottuk.

A kutatást végző team összetétele:

- addiktológus, pszichiáter, családterapeuta és szupervizor egyetemi oktató;
- a szociális ellátórendszerre, az egészségügyre, a területi egyenlőtlenségekre, valamint a gyámügyre szakosodott szociálpolitikus egyetemi oktatók, PhD hallgatók;
- addiktológiára/értékelő kutatásra szakosodott szociális munkás, szociológus/addiktológiai konzultáns és pedagógus/mentálhigiénikus egyetemi oktatók, PhD hallgatók;
- addiktológiára szakosodott szociális munkás, gyakorló szakember.

Az eredmények/részeredmények/javaslatok véleményezését gyakorló szakemberek segítettek: addiktológusok, pszichiáterek, szupervizorok, rehabilitációs orvos és szociális munkások.

A kutatási jelentés tartalmazza az elérhető statisztikai adatok másodelemzését, két kérdőíves vizsgálat eredményeit, az interjúk részben szerkesztett tartalmi (szakemberekkel készült interjúk – 4.1. fejezet), részben szó szerinti (felépülő szenvedélybetegekkel készült interjúk – 4.2. fejezet) leiratait és az ezekhez fűződő javaslatokat, valamint néhány, főképpen külföldi jó gyakorlat rövid bemutatását, különös tekintettel ezek adaptálhatóságára. A kérdőívek és egyes táblázatok a Mellékletben találhatóak.

A kutatási jelentésben az interjúalanyokat nem nevezzük meg. Az egyes részek, fejezetek szerzőinek nevét minden esetben feltüntettük.



## **2. Az ellátórendszer működésének áttekintése az elérhető statisztikai adatok alapján**

### **2.1. Az elérhető statisztikai adatok másodelemzése**

A kutatás első, megalapozó, a további irányokat számos szempont alapján kijelölő lépése az addiktológiai ellátórendszer feltérképezése volt, ezen belül is a nyilvános (NRSZH, OEP), elérhető statisztikai adatok összegyűjtése és rendszerezése, elemzése. Az adatbázisokból nyerhető adatok lehetőséget adtak a szociális és egészségügyi ellátórendszer addiktológiai vonatkozású elemeinek, intézményeinek vizsgálatára, mely olyan alapvető rendszerelemzési szempontok mentén zajlott, mint a területi elhelyezkedés, a fenntartó és az ellátás típusa. A néhol kissé pontatlan, gyakran egymásnak ellentmondó statisztikai adatokat tisztázhatta volna a KENYSZI-ből származó pontos ellátotti adatok beszerzése, majd ezek elemzése, azonban ettől adatvédelmi okok miatt el kellett tekintenünk. A statisztikai adatok másodelemzése alapján elkészített intézményi címlisták jelölték ki a későbbiekben lefolytatott kvantitatív kérdőíves elemzés mintáját, lehetőséget adva az online kérdőívek minél célzottabb kiküldésére.

#### **2.1.1. Az addiktológiai ellátórendszer egészségügyi vonatkozásai**

BORDA VIKTÓRIA

Magyarországon a legális és illegális szerek fogyasztása összefüggésbe hozható az összhalálozás több mint harmadával: öngyilkosság, balesetek, daganatos és keringési megbetegedések, összességében mintegy 200 különböző, halálozáshoz vezető betegség/sérülés. (WHO 2014) Ugyanakkor a – gyakran egymásnak ellentmondó – adatok értelmezésében indokolt az óvatosság, hiszen a halálozások jellemzően polikauzálisak, számos egyéni és környezeti tényező függvényében alakulnak. (KSH, 2014) Egyes szerzők (Topolánszky, 2010) az elkerülhető halálozás nyolctizedéről beszélnek, ez az állítás azonban ebben a formában pontatlan: egyfelől, összemosódik az elkerülhető és a megelőzhető halálozás fogalma, másfelől az adat az Eurostat adataival (2013) sincs összhangban. A szerző szerint évente több mint 35 ezer ember hal meg szerhasználat következtében kialakult betegségben, ez az összhalálozás mintegy negyede. Magyarországon az alkoholfogyasztás mértéke és mintázata is a legrosszabb szerkezetű az egész Európai Unióban. Az egy főre jutó fogyasztás tekintetében Európa élmezőnyéhez tartozunk, az összfogyasztáson belül pedig az illegális előállítás aránya magasabb, mint bármely tagországban. (Topolánszky, 2010) A WHO adatai alátámasztják ezt a megállapítást: a férfiak körében az alkohollal összefüggő szerhasználati zavarok prevalenciája 31%, a két nem tekintetében 17,7%, míg az EU-ban ugyanez 7,5%; az alkoholfüggőség 16,5%, mindkét nemnél 9,4%, szemben az EU 4%-

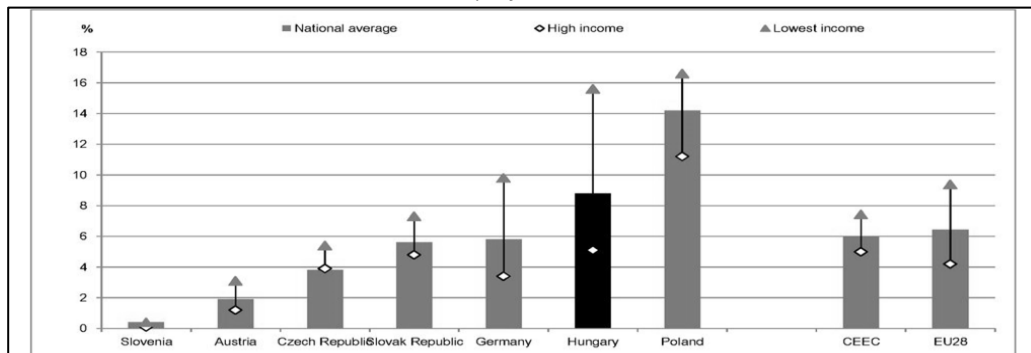
ával. (WHO, 2010) Bizonyos korcsoportok (különösen a 15-39 évesek) körében az alkoholfogyasztással és a dohányzással összefüggésbe hozható halálozási mutatók ugyanakkor 2002–2012 között javultak.<sup>1</sup> (KSH, 2014)

A szenvedélybetegségek kezelésében, gyógyításában nem elegendő csupán az orvosi beavatkozás. *A kialakult függőségek gyógyítási aránya messze nem olyan magas, mint a rájuk fordított költségek és energia.* E költségek elsősorban a következő területeken jelentkeznek: egészségügy, bűnüldözés és büntetés-végrehajtás, a munka világa és a szociális kiadások. (WHO, 2014) Az addiktológiai ellátás két fő területe, számos határterület mellett, az egészségügyi és a szociális rendszer. Az intézmények mind céljaikban, mind a rendelkezésre álló humán- és anyagi erőforrások tekintetében jelentős eltéréseket mutatnak. *A gyógyítás nagy, hierarchikusan szervezett intézményekben folyik, amelyekre erős szakmai rétegzettség és a máig meghatározó medikális szemlélet a jellemző. Az egészségi állapot és a szociális helyzet kölcsönös meghatározottsága általánosan elfogadott tény, de a kialakult problémák kezelésére a két rendszer eltérő megoldásokat kínál.*

A rendszerváltás társadalmi következményeként a szociális problémák halmozódása érezteti hatását az egészségügyben is. Ugyanakkor a szociális feszültségek – amelyek akár betegségkeltő hatásuk miatt, akár a betegségek következményeként vannak jelen – gyakran úgy csapódnak le az egészségügyi intézményrendszer különböző szintjein, hogy az ellátásban résztvevő szakemberek megoldási készség, lehetőség, szakértelem, esetleg érdekelttség hiányában tehetetlenül állnak ezekkel szemben. *A beteg többnyire egyedül marad szociális problémáival, az egészségügyi intézményrendszer nem tekinti magát illetékesnek azok kezelésében.* (Török, 2001).

Az egészségi és szociális helyzet egyenlőtlenségei megnyilvánulnak és tovább mélyülnek az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásban is. A humán közszolgáltatások területi differenciáltsága, a szolgáltatáshiányos térségek nagy száma komoly problémát jelent Magyarországon.

1. ábra: Az ellátatlanok aránya jövedelmi szint szerint, 2012 (%)<sup>2</sup>



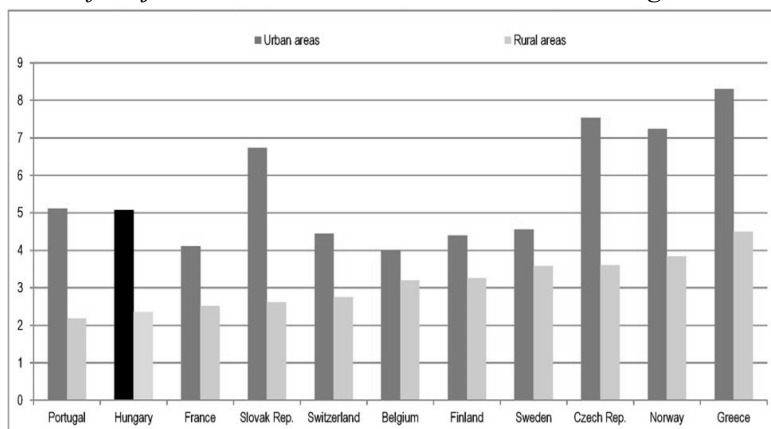
Forrás: OECD, 2015

<sup>1</sup> <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf>

<sup>2</sup> [http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares\\_9789264233720-en](http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares_9789264233720-en)

Az OECD 2015-ben megjelent *Government at a Glance: How Hungary Compares* című kiadványa több ponton is felhívja a figyelmet az egészségügyi rendszerben alap- és szakellátási szinten jelentkező területi és társadalmi különbségekre (l. 1-2. ábra).

2. ábra: 1000 főre jutó orvosok száma a városi és vidéki térségekben, 2011 (fő)<sup>3</sup>



Forrás: OECD, 2015

A hozzáférés egyenlősége mellett fontos szempont a rendszer fenntarthatósága is. A szolidaritási elven működő adó vagy társadalombiztosítás alapú rendszerek finanszírozhatósága az adó- és járulékfizetők számán, azaz elsősorban a foglalkoztatás szintjén múlik. Magyarországon a bismarcki biztosítás-jellegű finanszírozás keretében az egészségügyi ellátások igénybevételét az állam különböző feltételek alapján támogatja a központi költségvetésből vagy az Egészségbiztosítási Alapból, ugyanakkor vannak olyan ellátások, amelyek külön térítési vagy kiegészítő térítési díj ellenében vehetők igénybe, még az egészségbiztosítási jogviszonnal rendelkezők számára is, jelentősen szűkítve az egyenlő hozzáférés esélyeit.

Komoly fenntarthatósági probléma Magyarországon, hogy a beteggondozásért kapott finanszírozás nem fedezi az ellátás fenntartásának alapszintű költségeit sem, így az időnként megvalósuló konszolidációk ellenére is folyamatosan újratermelődik és nő az intézmények adósságállománya. Tekintettel a demográfiai és társadalmi változásokból fakadó szükségletnövekedésre és a technológiai fejlődésre, az *egészségügyi rendszer feszültségei a legtöbb jóléti államban folyamatosan nőnek*. A részleges vagy teljes privatizáció az egészségügyben előnyöket és hátrányokat egyaránt hordoz magában. A piaci alapú, azaz érdekeltségeket tartalmazó elemek kedvező hatást gyakorolhatnak a működésre, de a széleskörű ellátásra vonatkozó állami felelősségvállalás az, ami biztonságossá teszi az ellátást. Különösen igaz ez azokon a területeken, ahol a célcsoport, sok esetben betegségéből adódóan (ok vagy okozat), egyéb szociális problémákat is hordoz (munkanélküliség, alacsony jövedelem, családi kapcsolatok hiánya stb.). Az

<sup>3</sup> [http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares\\_9789264233720-en](http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares_9789264233720-en)

egészségügyi rendszerben hazánkban ma még mérsékelt a piaci szereplők jelenléte, és nem is fedi le a teljes egészségügyi ellátás területét. (Elsősorban a diagnosztikában, a szülészet-nőgyógyászatban, és bizonyos sebészeti területeken jellemző a magánszektor előretörése).

*Az addiktológiai ellátások területén megtalálhatóak a finanszírozási nehézségek és a területi különbségek egyaránt. A helyzet valós feltárását nehezíti, hogy a szenvedélybetegségek kezelése az egészségügyi rendszer több elemében is megjelenik, és a felállított diagnózis gyakran más betegségeket helyez előtérbe, vagy éppen fed el. Ebből kifolyólag az egészségügyi statisztikai adatok csak részben alkalmasak az ellátórendszer bemutatására.*

Az addikciók kezelése az alábbi szakmakódokhoz és szakterületekhez tartozik:

- 1800 pszichiátria
- 1801 addiktológia
- 1804 pszichiátriai rehabilitáció
- 1805 pszichoterápia
- 1806 addiktológiai rehabilitáció
- 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria
- 2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció
- 2302 gyermek- és ifjúságaddiktológia
- 2303 gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitáció

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) által nyilvántartott adatok alapján azonban *más elnevezésekkel* is találkozhatunk:

- Alkohológia
- Drogbetegellátás
- Pszichiátriai gondozás

A továbbiakban az OEP és az ÁNTSZ adatgyűjtési tevékenységének eredményeként rendelkezésre álló adatbázist felhasználva, a hazai addiktológiai ellátás egészségügyi intézményeinek rövid statisztikai bemutatása következik.

Az egészségügy teljesítményének dimenziói a rendszer azon meghatározható – lehetőleg mérhető – attribútumai, amelyek az egészség fenntartásához, visszaállításához vagy fejlesztéséhez kötődnek. Az egészségügyi rendszerek teljesítményét meghatározó jellemzők három fő csoportba sorolhatók: 1) a minőséggel, 2) az eléréssel és hozzáféréssel, illetve 3) a költségekkel, kiadásokkal és tulajdonviszonyokkal kapcsolatos dimenzióik.

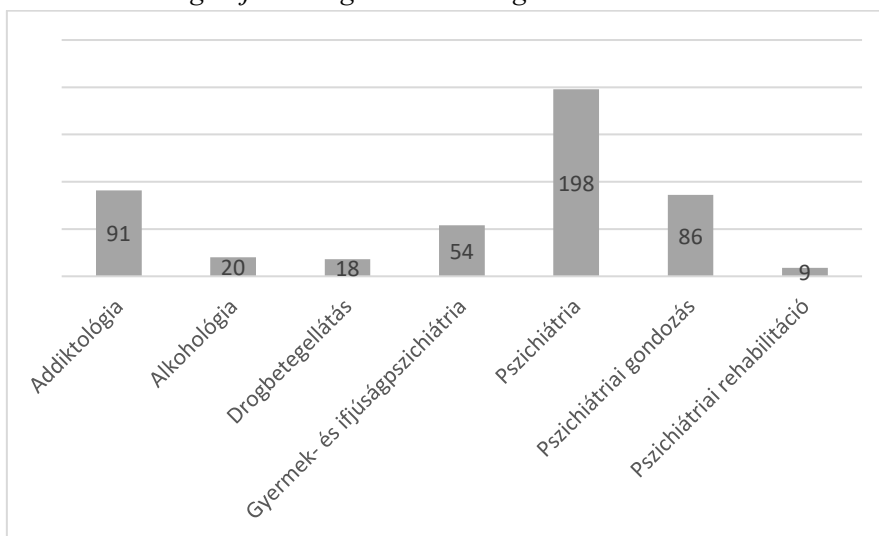
A lehetséges társadalompolitikai elvárások közül az egyenlő hozzáférés, az esélyegyenlőség és a méltányosság (igazságosság) az, amit leggyakrabban szoktak az egészségügyi ellátásokkal szemben követelményként megfogalmazni. Az egyenlő hozzáférés fogalma alatt két követelmény teljesülését értjük. Az egyik, hogy az (alapvető) egészségügyi ellátásokra anyagi helyzetétől függetlenül mindenki legyen

jogosult. A másik, hogy az egészségügyi kapacitásokat úgy kell elosztani, hogy azok az ország minden részében, részről elérhetőek legyenek.

A hozzáférést sok esetben jogilag szabályozzák (például kötelező beutalási rend, ajánlott betegutak, orvosi beutalási kötelezettség), az ár szerepe pedig kevésbé jelentős akkor, ha az ellátásért nem, vagy csak részlegesen kell fizetni. *Az egészségügyben különösen igaz a szereplők aszimmetrikus informáltsága, azaz az ellátást nyújtók többet tudnak a beteg szükségletéről, mint maga az ellátott. Ez azt eredményezi, hogy az egyes emberek egészségügyi szolgáltatások iránti tényleges keresletét nagymértékben maguk a kínálatot nyújtók határozzák meg.* (Pulay, 2014)

Az addiktológiai ellátás a szakellátások keretében, járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-ellátásban valósul meg. A 3. ábra alapján *a járóbeteg-ellátásban a pszichiátriai ellátást, gondozást nyújtó intézmények számbeli fölénye tapasztalható.*

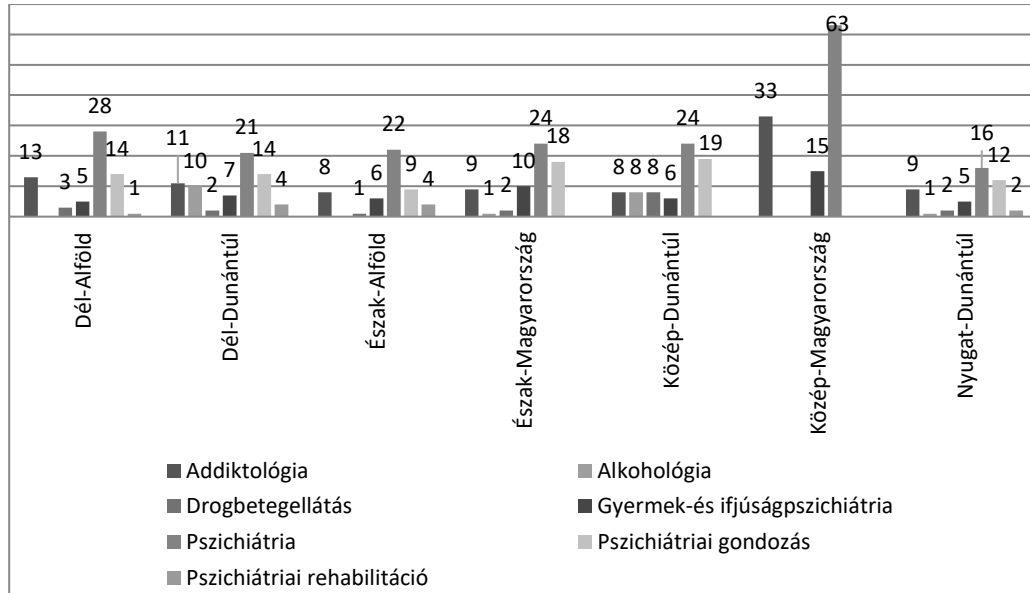
3. ábra: Az addiktológiai járóbeteg-ellátások megoszlása ellátási területek szerint (db)



Forrás: OEP adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)

*Az ellátások földrajzi eloszlása jellemzően egyenlőtlen (4. ábra). A dél-dunántúli, észak-magyarországi és nyugat-dunántúli régióban a megnevezett ellátások mindegyike megtalálható, bár ezek száma is igen változatos. Ismét kirajzolódik a pszichiátriai ellátás túlsúlya, amely ellátási terület az egészségügyi rendszeren belül nagyrészt lefedi, és a már említett diagnosztikai okokból, gyakran el is rejti a szenvedélybetegeket. Ezt látszik alátámasztani a drogbetegellátás tevékenységi körébe tartozó, tisztán egészségügyi profillal rendelkező intézmények alacsony száma is. A rendelkezésre álló adatok alapján a közép-magyarországi régióban két intézménytípus jelenik meg: gyermek- és ifjúságpszichiátria, illetve pszichiátria (ez utóbbiak száma több mint kétszeres a többi régióhoz képest). A többi ellátási terület hiánya valószínűleg nem felel meg a valós helyzetnek, sokkal inkább a hiányos adatszolgáltatásnak köszönhető.*

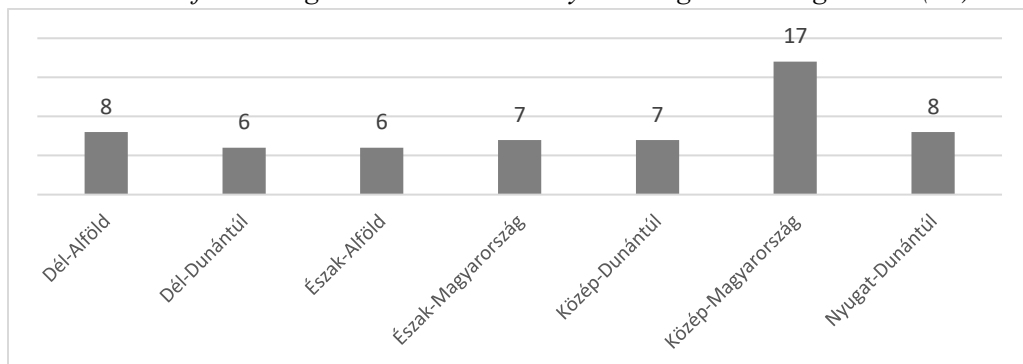
4. ábra: A járóbeteg-szakellátás megoszlása regionálisan, ellátási területenként (db)



Forrás: ÁNTSZ adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)

A fekvőbeteg-ellátás igénybevétele a külön jogszabályban leírtak szerint a beteg ellátását végző orvos, a kezelőorvos beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. Lényege a folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás. Ilyen értelemben megkülönböztetünk aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményeket. A szenvedélybetegek kórházi ellátásának többféle oka lehet. Gyakran a drogtúladozás következtében életveszélyes, vagy ahhoz közeli állapotba került szerhasználó sürgősségi ellátása szükséges, de a beteg maga is kérheti felvételét az osztályra, melynek célja a szermentesség vagy a viselkedési zavar megszüntetésének elérése.

5. ábra: A fekvőbeteg-szakellátás intézményeinek regionális megoszlása (db)



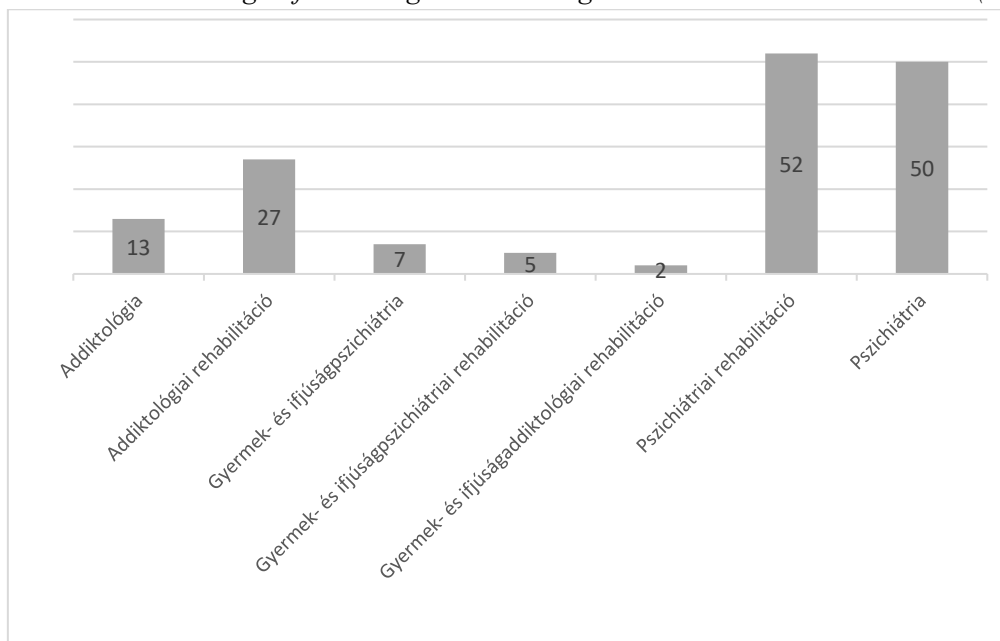
Forrás: OEP adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)

A fekvőbeteg-ellátásban a régiók között viszonylagos kiegyensúlyozottság látható, leszámítva a közép-magyarországi területet (5. ábra). Ugyanakkor nem szabad

megfelekedni arról sem, hogy hazánkban *a főváros központi szerepe* az egészségügyben is érvényesül, számos országos intézet, többek között az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet is Budapesten található. (Természetesen fontos szempont itt, hogy a népesség ötöde is Budapesten él.)

A 6. ábra adatai alapján az egészségügyi rendszer keretén belül működtetett, szenvedélybetegek fekvőbeteg-ellátását végző intézmények között *a krónikus osztályok dominanciája* figyelhető meg. Az egészségügyi rehabilitáció célja általában a felvételt nyert szenvedélybetegek egészségromlásának megállítása, a folyamat visszafordítása, egészségük helyreállítása. Ehhez állandó ellenőrzésre, a visszaesés megelőzésére, a gondozottak mentálhigiénés állapotának helyreállítására van szükség. Az ilyen ellátásban részesülők érzékenyebbek bizonyos betegségekkel szemben, másfelől korábbi addikt életmódjuk miatt sokféle járulékos egészségügyi problémával küzdenek, így igénylik a szakorvosok (addiktológus, pszichiáter, belgyógyász, foglalkozás-egészségügyi szakorvos stb.) elérhetőségét.

6. ábra: Az addiktológiai fekvőbeteg-ellátások megoszlása ellátási területek szerint (db)



*Forrás: OEP adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)*

A szenvedélybeteg-ellátás sajátossága többek között abból ered, hogy az egészségügyi mellett a szociális ellátórendszer is meghatározó szerepet játszik a probléma kezelésében. *A két terület együttműködése természetesen nem minden esetben konfliktusmentes. A szakmai kompetenciák és határok elmosódása, a folyamatos finanszírozási nehézségek gyakran ellehetetlenítik az interprofesszionális együttműködést, így az érintett intézmények versengő félként tűnnek fel egy olyan rendszerben, ahol az ellátottak valós szükségletei és érdekei nem élveznek prioritást.* A krónikus betegellátást végző egészségügyi intézmények számszerű fölényük ellenére is

lényegesen kevesebb szenvedélybeteget látnak el, mint az aktív osztályok (1. és 2. táblázat), ami csak részben magyarázható az ellátás jellegéből adódó hosszabb ápolási időszakokkal és kevesebb férőhellyel. Sokkal inkább magyarázza a helyzetet a szociális ellátórendszer intézményeinek jelenléte az addiktológiai ellátások, így különösen a bentlakásos, rehabilitációs ellátások területén.

1. táblázat: Krónikus ellátás intézettípusonként, 2015-ben (esetszám)

	Országos intézet	Egyetem	Megyei intézet	Gyermek-kórházak	Fővárosi intézetek	Városi intézetek
<b>Pszichiátriai rehabilitáció</b>	365	1277	8834	-	5389	8631
<b>Addiktológiai rehabilitáció</b>	-	111	1227	-	2145	1043
<b>Gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció</b>	-	68	408	216	208	-

*Forrás: OEP adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)*

2. táblázat: Fekvőbeteg- és kúraszerű ellátás aktív osztályon, intézettípusonként, 2015-ben (esetszám)

	Országos intézet	Egyetem	Megyei intézet	Gyermek-kórházak	Fővárosi intézetek	Városi intézetek
<b>Pszichiátriai</b>	-	5829	20906	-	5490	14284
<b>Addiktológia</b>	-	-	2933	-	352	703
<b>Gyermek- és ifjúságpszichiátria</b>	-	1786	749	1712	-	-

*Forrás: OEP adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)*

### **Az adatelemzés alapján megfogalmazható fejlesztési javaslatok:**

- *A célzott és szakosított kezelési programok elérhetőségének, hozzáférhetőségének javítása, területi kiegyenlítése.*
- *A kezelési programok folyamatos értékelésének szükségessége.*
- *A pszichoaktív anyagok használatából eredő egészségügyi problémák kezelésének az egészségpolitika szerves részévé kell válnia.*
- *Az addiktológiai ellátásokhoz kapcsolódó, nyilvánosan hozzáférhető intézményi és ellátotti adatbázisok javítása, pontosítása, harmonizációja. Az adatokat a költséghatékonyság és a lehető legnagyobb pontosságra törekvés jegyében minden egyes megyében az addiktológiai ellátások széles spektrumában gyakorlati és kutatási tapasztalatokkal, valamint lokális ismeretekkel rendelkező, addiktológiai végzettségű szakember vizsgálja felül.*



### **Források:**

- Ádány R. (2011). *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- ÁNTSZ (2014). *Magyarországi fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi intézmények (kórházak elérhetőségei)*.  
[www.antsz.hu/data/cms45505/Fekvobeteg\\_ellatast\\_nyujto\\_szolgaltatok\\_elerhetosege\\_2014\\_05\\_23.pdf](http://www.antsz.hu/data/cms45505/Fekvobeteg_ellatast_nyujto_szolgaltatok_elerhetosege_2014_05_23.pdf) (Letöltés: 2016.08.17.)
- ÁNTSZ (2016). *Járó- és fekvőbeteg ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók területi ellátási kötelezettsége*.  
[https://www.antsz.hu/felso\\_menu/ugyintezes/hatosagi\\_nyilvantartas/eu\\_ig\\_nyilvantartasok/ellatasi\\_teruletek](https://www.antsz.hu/felso_menu/ugyintezes/hatosagi_nyilvantartas/eu_ig_nyilvantartasok/ellatasi_teruletek) (Letöltés: 2016.08.17.)
- Droginfo (2016). <http://www.droginfo.hu/ellatasaikate.html> (Letöltés: 2016.11.04.)
- Eurostat (2013).  
[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics) (Letöltés: 2016.11.04.)
- Homicskó Á. O. (2008). *A magyar egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása. Doktori értekezés*. Budapest: Szegedi Tudományegyetem.
- Kelley, E. & Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper*. OECD Health Working Papers No. 23. Paris: OECD Publications Service.
- KSH (2014). *A halálloki struktúra változása Magyarországon*.  
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf> (Letöltés: 2016.11.04.)
- Magyar Orvosi Kamara (2016). *A hazai szenvedélybeteg-ellátás krízise és a kitörés lehetőségei*  
[http://www.mok.hu/upload/mok/document/hazai\\_szenvedelybetegellatas\\_krizise.pdf](http://www.mok.hu/upload/mok/document/hazai_szenvedelybetegellatas_krizise.pdf) (Letöltés: 2016.11.04.)
- OECD (2015). *Government at a glance: How Hungary compares*. [http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares\\_9789264233720-en](http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares_9789264233720-en) (Letöltés: 2016.09.20.)
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2016). *Publikus forgalmi adatok, elemzések, szakellátás teljesítményadatai*.  
[http://www.oep.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalak/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyo\\_gyito\\_megelőzo\\_forgalmi\\_adat](http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyo_gyito_megelőzo_forgalmi_adat) (Letöltés: 2016.08.17.)
- Pulay Gy. (2014). *Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába*. Budapest: Semmelweis Egyetem.
- Topolánszky Á. (2010). Hazánk állapota a szenvedélybetegségek tükrében. *Magyar Nemzet Online*, 2010. október 25.  
[http://mno.hu/migr\\_1834/hazank\\_allapota\\_a\\_szenvedelybetegsegek\\_tukreben-195777](http://mno.hu/migr_1834/hazank_allapota_a_szenvedelybetegsegek_tukreben-195777) (Letöltés: 2016.10.20.)

- Török J. (2001). A szociális munka néhány alapkérdése az egészségügyben. In: Ágoston M., Kozma J., Pelle J. & Somorjai I. (szerk.) (2001). *Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához* (pp. 140-153). Budapest: Szociális Szakmai Szövetség.
- WHO (2014). *Global status report on alcohol and health*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf) (Letöltés: 2016.11.04.)

## 2.1.2. Az addiktológiai ellátások szociális szegmense

VOJTEK ÉVA

A hazai szociális ellátórendszerben a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) 2016. augusztus 8-i adatai alapján mindösszesen 294 intézmény rendelkezik működési engedéllyel, és ezen intézmények összesen 6429 férőhelyen biztosíthatnak alap- és szakosított ellátási formákat szenvedélybetegek számára. Kétféle alapellátási és négyféle szakosított ellátási forma gondoskodik nevesített módon a szenvedélybetegek ellátásáról, emellett azonban többféle egyéb intézménytípusban is megjelenhetnek a célcsoport tagjai (hajléktalan-ellátás, pszichiátriai betegek ellátásai).

Az NRSZH intézményi adatszolgáltatásból származó adatai alapján *az ellátási piramis papíron megvalósulni látszik, hiszen a szenvedélybetegek számára alapellátást működtető szolgáltatók száma (232 intézmény) és az ezekhez kapcsolódó engedélyezett létszámadatok (4196 férőhely) is meghaladják a szakellátást nyújtó intézmények (62 intézmény) és férőhelyek (2233 férőhely) számát. Ezzel ellentétes azonban, hogy a gyakorlatban ezen szolgáltatások egymásra épülése, komplexitása kevésbé valósul meg.*

Amennyiben az egyes ellátási típusok rendszeren belüli megoszlását vizsgáljuk, látható, hogy az alapellátások közel kétharmada a közösségi ellátások közül kerül ki, míg mindössze 87 szenvedélybetegek számára fenntartott nappali ellátási formát találunk az országban. Mindkét szám igen alacsony, mégis meglepően magas a közösségi ellátási szám, tekintettel arra, hogy ez az alapszolgáltatás 2009-ben kikerült a kötelezően biztosítandó alapszolgáltatások közül.

Az összesen 62 szakosított intézményi típusú ellátást biztosító szolgáltatói szám négy ellátási típus között oszlik meg, melyek nagy részét, egyenlő arányban, a tartós elhelyezést nyújtó szenvedélybetegek otthonai (25 intézmény) és a rehabilitációs intézmények (22 intézmény) teszik ki. Elenyésző számban található meg az ellátórendszerben *az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények (7) és a lakóotthonok (8)*, ami jól mutatja, hogy ez a terület is hordozza a szociális ellátórendszer azon sajátosságát, *miszerint bizonyos ellátási típusokat a jogszabály nevesít, azonban a gyakorlatban ezen ellátási formák szinte egyáltalán nem alakultak ki, minimális számban találhatóak meg csupán az országban.*

Az összesen 294, szenvedélybetegek számára biztosítható szolgáltatást nyújtó intézmény működési engedélye szerint összesen 6429 fő ellátását, illetve elhelyezését

vállalhatja. Az alapszolgáltatások közül az alacsonyabb számban megtalálható nappali ellátások végzik az alacsonyküszöbű ellátásba kerülők nagy részének gondozását (3444 férőhely), míg a szakosított ellátások közül a tartós elhelyezési formák látják el a kliensek nagyobb részét.

3. táblázat: Szociális területen működő, addiktológiai ellátásokhoz kapcsolódó intézmények és férőhelyek száma (db)

Ellátási forma	Ellátás típusa	Intézmények száma ellátási típuson belül	Ellátási formában engedélyezett férőhelyek száma
Alapellátás	Közösségi ellátás	145	752
Alapellátás	Nappali ellátás	87	3444
Szakellátás	Ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás	25	1398
Szakellátás	Átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás	7	137
Szakellátás	Lakóotthoni ellátás	8	84
Szakellátás	Rehabilitációs intézményi ellátás	22	614
<b>Összesen</b>		<b>294</b>	<b>6429</b>

*Forrás: NRSZH adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)*

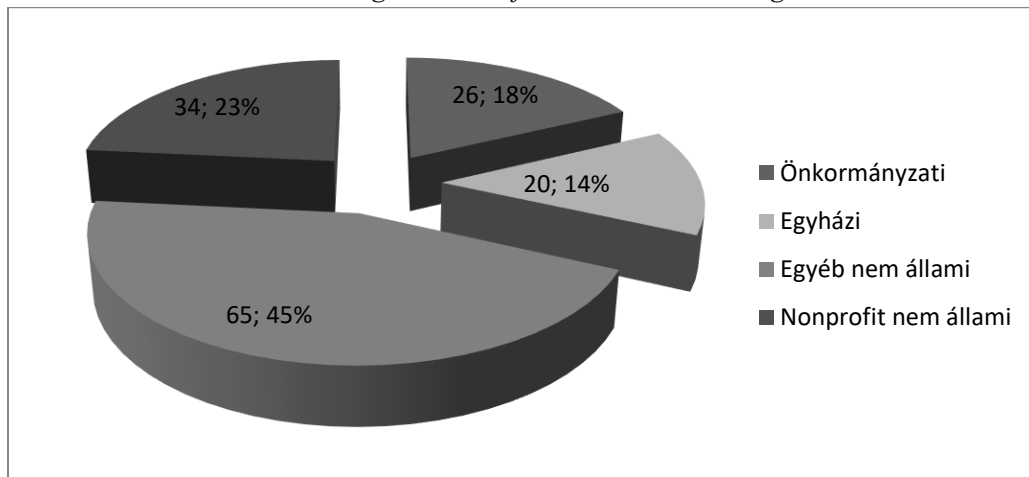
A fenti táblázattal kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy az adatok mindössze viszonyításra adnak lehetőséget, hiszen az adathalmazban található számok gyakran pontatlanok, a nyilvántartásban több helyütt is 0 szerepel a működési engedéllyel befogadott létszám mellett, illetve az adatbázis az intézmények szociális normatív támogatás alapján biztosított férőhelyeit tartalmazza csupán.

Az ellátórendszer egy másik mérvadó tulajdonsága, hogy milyen mértékben valósítja meg az ügynevezett jólét-mixet, biztosítja-e a szolgáltatási pluralitást, érvényesül-e a szektorsemlegesség elve az ellátási rendszer tervezése során. A fenntartó ágazati elhelyezkedése a szolgáltatások, intézmények működésének számos területét befolyásolja, melyek közül az egyik legfontosabb a finanszírozás, hiszen e területen hazánkban nem szektorsemleges a szolgáltatások támogatása, az egyházi kiegészítő normatív támogatás financiálisan lényegesen jobb helyzetet teremt az erre jogosult szolgáltatók számára, mint amire az állami, önkormányzati normatívából gazdálkodó intézmények számíthatnak.

Az alapszolgáltatások biztosítása a települési önkormányzatok feladata, a szenvedélybetegek alapellátásainak működtetése azonban csupán részben kötelezően ellátandó a településeken. A szenvedélybetegek nappali ellátása 10.000 főt meghaladó lakosságszám esetén biztosítandó, míg a közösségi ellátás nyújtása 2009 óta nem kötelező önkormányzati feladat. A szolgáltatások megszervezése és biztosítása nem csupán önkormányzati intézményekben történhet, az ellátórendszer számos területén

nagy számban találkozunk a nem állami fenntartók által működtetett szolgáltatásokkal. A szenvedélybetegek ellátásának területein, különösen az alapszolgáltatások körében igen magas a nem állami szolgáltatók aránya. Ahogyan azt a 7. ábra is mutatja, a közösségi ellátások esetében mindössze a szolgáltatások 18%-ának fenntartója a helyi önkormányzat, az egyházi és egyéb nem állami szereplők túlsúlya igen jelentős.

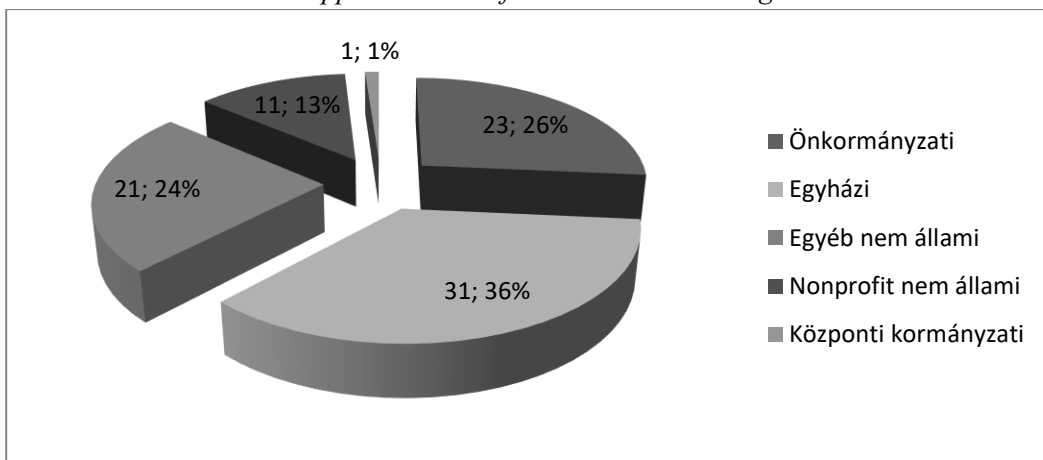
7. ábra: Közösségi ellátások fenntartók szerinti megoszlása



Forrás: NRSZH adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)

A nappali ellátások esetében igen hasonlóak az arányok a fenntartók típusa szerinti megoszlás tekintetében. Az önkormányzati fenntartás ezen ellátás esetében is mindössze a szolgáltatások 26%-át jellemzi, azonban a nappali ellátások lényegesen nagyobb arányban működnek egyházi fenntartásban, mint ahogyan az a közösségi ellátások esetén tapasztalható.

8. ábra: Nappali ellátások fenntartók szerinti megoszlása



Forrás: NRSZH adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)

A szakosított ellátások fenntartása és működtetése igen hosszú ideig a megyei önkormányzatok feladatkörébe tartozott, azonban 2012-ben ezen fenntartási felelősség állami kézbe került át. Ennek megfelelően a szenvedélybetegek ellátását biztosító szakellátások fenntartói között legnagyobb arányban a központi kormányzati fenntartású intézményeket találjuk meg. A jóléti pluralizmus alacsonyabb mértékű érvényesülése okán a szakosított ellátások között a fenntartók kisebb része képezi a nem állami szektor szereplőit.

4. táblázat: Szakosított ellátást nyújtó intézmények fenntartó szerinti megoszlása (db)

Intézmény típusa	Fenntartó típusa					Összesen
	Központi kormányzati	Önkormányzati	Egyházi	Nonprofit nem állami	Egyéb nem állami	
Ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás	24	0	0	1	0	25
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás	1	0	1	1	4	7
Lakóotthoni ellátás	4	0	2	0	2	8
Rehabilitációs intézményi ellátás	7	1	3	2	9	22
<b>Összesen</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>62</b>

*Forrás: NRSZH adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)*

Bármely ellátórendszer egyik legfontosabb jellemzője annak elérhetősége: a hozzáférés és a területi egyenlőség kérdése. A hazai ellátórendszer több eleme tekintetében azonosítható gyenge pontként *a nagymértékű területi egyenlőtlenségek fennállása*, ami olyan helyzetet eredményez a szolgáltatások piacán, melynek köszönhetően sem mennyiségi, sem minőségi értelemben nem biztosítható az ország különböző pontjain élő rászorulóknak egyenlő esélyű hozzáférése. Nincs ez másként a szenvedélybeteg-ellátás területén sem, amit jól szemléltet az NRSZH által nyilvántartott adatok alapján készült, a szolgáltatások területi megoszlását mutató 5. táblázat.

5. táblázat: Addiktológiai ellátást nyújtó szociális intézmények területi eloszlása (db)

Megye	Intézmény típusa és száma						Össze- sen
	Közös- ségi ellátás	Nappa- li ellátás	Ápolást, gondo- zást nyújtó intéz- ményi ellátás	Átmeneti elhelyezést nyújtó ellátás	Lakóott- honi ellátás	Rehabili- tációs intézme- nyi ellátás	
Bács- Kiskun	7	7	2	1	1	-	<b>18</b>
Baranya	6	2	1	-	-	3	<b>12</b>
Békés	10	7	3	-	1	1	<b>22</b>
Borsod- Abaúj- Zemplén	12	6	2	-	1	1	<b>22</b>
Budapest	34	10	-	4	1	3	<b>52</b>
Csongrád	5	2	-	-	-	1	<b>8</b>
Fejér	5	4	-	-	-	2	<b>11</b>
Győr- Moson- Sopron	2	-	-	-	-	-	<b>2</b>
Hajdú- Bihar	13	16	1	-	-	1	<b>31</b>
Heves	5	3	1	-	-	-	<b>9</b>
Jász- Nagykun- Szolnok	3	4	1	-	2	1	<b>11</b>
Komárom- Esztergom	4	1	-	1	-	-	<b>6</b>
Nógrád	5	-	1	-	-	-	<b>6</b>
Pest	7	1	2	-	-	2	<b>12</b>
Somogy	4	2	3	-	1	3	<b>13</b>
Szabolcs- Szatmár- Bereg	8	16	2	1	-	-	<b>27</b>
Tolna	3	1	1	-	-	2	<b>7</b>
Vas	3	3	2	-	-	-	<b>8</b>
Veszprém	4	1	2	-	-	1	<b>8</b>
Zala	5	1	1	-	1	1	<b>9</b>
<b>Összesen</b>	<b>145</b>	<b>87</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>294</b>

Forrás: NRSZH adatbázis, 2016 (saját szerkesztés)

Az 5. táblázat adataiból kiderül, hogy az ország területén több helyen *jelentős alulszolgáltatás figyelhető meg*. Bár a táblázat megyei bontásban tartalmazza az intézményi információkat, egyetlen város, Budapest mégis kiemelésre került – követve az NRSZH saját nyilvántartását. Budapesten, ahol az ország népességének mintegy ötöde él, 34 közösségi ellátási és 10 nappali ellátást nyújtó szolgáltatás működik. Számos megyében azonban összesen csak 2-3 hasonló szolgáltatás érhető el, illetve ennél is kritikusabb talán, hogy míg az alapszolgáltatások többé-kevésbé elérhetőek, *egyáltalán nem találkozunk szakosított ellátási formákkal*.

### ***Az adatelemzés alapján megfogalmazható fejlesztési javaslatok:***

- *A közösségi ellátások és átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények számának, kapacitásmutatóinak növelése.*
- *A szolgáltatások hozzáférhetőségének javítása, területi kiegyenlítés, az alulszolgáltatás (esetleges túlszolgáltatás) kiegyensúlyozása komplex szükséglet- és igényfelmérés alapján.*
- *Az addiktológiai ellátásokhoz kapcsolódó, nyilvánosan hozzáférhető intézményi és ellátotti adatbázisok javítása, pontosítása, összefésülése. Az adatokat a költséghatékonyság és a lehető legnagyobb pontosságra törekvés jegyében minden egyes megyében az addiktológiai ellátások széles spektrumában gyakorlati és kutatási tapasztalatokkal, valamint lokális ismeretekkel rendelkező, addiktológiai végzettségű szakember vizsgálja felül.*

## 3. A kvantitatív vizsgálatok eredményeinek bemutatása

### 3.1. A KEF-ek körében végzett kérdőíves vizsgálat

B. ERDŐS MÁRTA

#### Háttér

Az országban szerveződő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknak (KEF) a hatályos Drogstratégia kiemelt szerepet szánt. A KEF-ekhez hasonló „szakértői munkacsoportok” már a nyolcvanas években, a kábítószer-problémára adott első válaszok között is ott voltak – tekintettel arra, hogy az addikció társadalmi, nem kizárólagosan orvosi probléma, és az addiktológia ennek megfelelően multidiszciplináris, interprofesszionális és interszektorális terület. A 2001-ben létrejött hálózatok munkájának megerősítésére legutóbb 2014-ben egy pályázati projekt keretei között tettek kísérletet.

#### A vizsgálat

A kérdőív kialakítása során szakemberekkel konzultáltunk, és a hazai KEF-ek egyik kulcsszereplőjét, a DREKEF regionális koordinátorát kértük meg arra, hogy a többszöri egyeztetés után kialakított kérdőívünket küldje el a KEF-koordinátorok országos listájára. Azt reméltük, hogy a válaszadói hajlandóságot a közvetlen szakmai kapcsolat megnövelheti. Az ismétlődő megkeresések ellenére összesen csak hét kérdőív érkezett vissza, aminek fényében át kellett gondolnunk a kutatás további lépéseit, és ezt a tapasztalatot beépíteni az addiktológiai ellátórendszer kérdőíves vizsgálatának tervezése során. A megkeresett területek közül a Dél-Alföldről és a Közép-Dunántúlról nem érkezett vissza kérdőív, Közép-Magyarországról hárman válaszoltak. A kérdőívet az 1. mellékletben csatoljuk a kutatási jelentéshez.

A hét válaszadó közül hatan közvetlenül is részt vesznek az addiktológiai ellátás munkájában (civil referens és drogügyi koordinátor, illetve a drogbetegellátás, egészségfejlesztés, prevenció, gyermekvédelem és szenvedélybetegek közösségi ellátása területein dolgozó szakemberek). Többségében tehát gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező szakemberek, akik több éve (2-15) dolgoznak a KEF koordinátoraként. (A gyakorlati tapasztalatokkal nem rendelkező koordinátor összességében pozitívabban ítélte meg a helyzetet.)

*A válaszadók az ellátórendszer belső erősségének tekintették:*

- a gyermek- és fiatalok addiktológiai ellátását célzó intézményrendszer fejlesztését,
- a mentális egészségügyi koordinátori hálózat kezdeményezését,
- a szakmai szervezetek összefogását,
- az ellátási formák bővülését,
- a szakemberek képzettségét, tapasztalatát, lelkesedését és elköteleződését,
- a jelzőrendszer működését.



*Ugyanakkor gyengeségként jelent meg:*

- az alulfinanszírozottság, a kifizetések késleltetése,
- a szakemberhiány és elvándorlás, a túlterheltség, motivátlanság, a hiányzó szupervízió/képzés,
- az egyenlőtlen területi hozzáférés, a medikális szemlélet túlsúlya,
- az ellátórendszer hiányosságai (ifjúsági, kórházi, rehabilitációs), az integrátlanság és a kliens-irányítás problémái, a szociális és az egészségügyi területek együttműködésének hiányosságai.

A *szakpolitika-alkotás terén pozitívumként értékelték* a drogstratégia megalkotását, valamint az iskolai egészségfejlesztő programok hatékony szakmai akkreditációs rendszerének kidolgozását. Itt a megvalósulás, azaz az elbírálás minősége, következetessége már negatív értékelésben részesült. Helyeselték az addiktológiai ellátórendszer felmérésének tervét, és pozitívumként tekintettek a civil ombudsman jelenlétére és a civil kezdeményezésekre. Egy válaszadó említette a család-központú megközelítés jelentőségét. *Gazdasági téren általában nem láttak kedvező fejleményeket*; egy válaszadó említette az orvosok és szakdolgozók fizetésének emelkedését. A társadalmi/kulturális/kommunikációs változások terén *pozitívumként jelent meg a család szerepének hangsúlyozása*, a család, mint támogató rendszer megerősítését célzó kampányok, pályázati kiírások, amelyek a közösségi programokon, színtereken, rendezvényeken való megjelenést célozzák. Egy válaszadó szerint a társadalom elfogadása folyamatosan nő a speciális (sérülékeny) csoportok felé.

*A szakpolitikai intézkedések közül veszélyeztető tényezőként értékelték* a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet/Iroda, mint nemzeti szintű koordinációs szervezet megszűnését; a drogstratégia késedelmes megvalósítását, az alkoholpolitika hiányát, az egészségfejlesztési stratégia hiányát, az ártalomcsökkentést célzó programok támogatásának csökkenését és a drogprobléma erős kriminalizálását. Nincsenek helyzetfeltáró kutatások, amelyek megalapoznák a szakmai beavatkozások irányát. Hiányoznak a pályázati lehetőségek. A KEF-ek szerepe minimálisra csökkent. A döntéshozók és a szakma közötti konzultációs-egyeztető mechanizmusok nem működnek megfelelően. *A gazdasági-finanszírozási tényezők közül a hiányokat és a kiszámíthatatlanságot* emelték ki (a KEF finanszírozása, a KAB-pályázatok hiánya/késése, a prevenció programok támogatásának hiánya). A modellprogramokat nem tudják folytatni, sem a szolgáltatásokat fejleszteni. Egy válaszadó itt említette a szakemberek megbecsülésének hiányát. Kommunikációs szempontból problémásnak tekintették a válaszadók az illegális szerek használatának kriminalizálását az alkoholfogyasztással kapcsolatos permisszív attitűd mellett. Hiányoznak a társadalmat érzékenyítő programok, erős a stigmatizáció.

A *főbb társadalmi csoportok*, amelyek körében addiktológiai problémákat tapasztalnak, de *ellátásuk nem biztosított*, a válaszadók szerint a következők:

- a leszakadó városrészekben élő, halmozottan hátrányos helyzetű csoportok (használók és megélhetési terjesztők),
- intravénás fogyasztók, börtönben fogva tartottak (önkéntes HIV/hepatitis szűrés),
- fiatalok,
- megyeszékhelyen kívül élők,
- hajléktalanok,
- romák,
- nők, serdülő lányok,
- pszichiátriai betegek,
- utógondozásra szorulóknak,
- gyermekvédelmi intézményben élők, onnan kikerülők,
- új pszichoaktív szer (ÚPSZ) használók.

*Összességében látható, hogy ott mutatkozik nehézség, ahol a szerhasználat más súlyos, szociális vagy egészségügyi ellátást igénylő problémával szövődik.*

Megkérdeztük a válaszadókat, arról is, hogy mit tartanak meghatározónak a *kezelésbe kerülés* (a betegutak alakulása) vonatkozásában, van-e eltérés a megfogalmazott irányelvek, kritériumok és a gyakorlati megvalósulás között. A válaszadók szerint az *új pszichoaktív szerek* megjelenése okoz problémát e téren: az ellátórendszer felkészületlen a problémára. Fontosnak tartották a korai intervenciót, az előgondozást, valamint a kezeléssel való kikerülést követő utógondozást. *Esetleges, intézményfüggetlen, hogy mi tud a valóságban is működni.*

*Hasonló a kép az intézmények közötti/szakmaközi együttműködésben is:* az egyes intézmények között ebben minőségi eltérések mutatkoznak. (Elsősorban vezetői hozzáállás, illetve az együttműködés mint érték intézményen belüli megítélésének függvénye.) A KEF-ek lehetnének az együttműködések színterei, ám a KEF keretein belüli aktivitás eltérő intenzitású. Nem működik zökkenőmentesen a betegirányítás sem. Egyedi együttműködési megállapodások, modellprogrammá alakítható együttműködések azonban léteznek. Az egészségügyön belül a szociális szakma nem tud komplementer területként működni.

A *szakemberek személyes biztonságának* kérdését a válaszadók többféleképpen értelmezték. Sem a fizikai biztonság („*A kliensek agresszivitása többször jelent problémát.*”), sem a szakmai pályafutás biztonságának megítélése („*civil szervezeteknél dolgozó munkatársak létbizonytalansága és anyagi, megélhetési problémái*”) nem kedvező. Csak egyetlen válaszadó volt a hétből, aki nem találta problematikusnak ezt a kérdést.

A szakemberek *szakmai fejlődésének lehetőségeit* területenként változónak látták, az akkreditált képzések száma alacsony. Az új kihívások új képzéseket tennének szükségessé, ám ezek elérhetősége nagyban függ az intézmény költségvetésétől. A

szakemberek az ingyenes képzéseket keresik, de „*érezhető egyfajta apátia, az érdeklődés hiánya, kiégés és túlterheltség.*”

Mivel a válaszadói hajlandóság rendkívül alacsonynak bizonyult – és ez önmagában is adat – a kutatás e szegmenséből önmagában nem, csupán az adat-trianguláció jegyében, a többi eredménnyel összevetve vonhatunk le bármilyen következtetést. A legfontosabb „eredmény” a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok országos hálózatának szétesettségét mutatja: egy ilyen hálózat, koalíció pedig valóban sokat tehetne a drogprobléma hatékonyabb kezeléséért.

## **3.2. Az ellátórendszerre irányuló online kérdőíves kutatás**

BOGNÁR ADRIENN, B. ERDŐS MÁRTA, VOJTEK ÉVA & KELEMEN GÁBOR

A kvantitatív, online kérdőíves vizsgálat 2016. szeptember 20. és november 07. között zajlott. 2016 szeptemberében a hozzáférhető statisztikai adatok alapján<sup>4</sup> olyan intézménylistát állítottunk elő, ami az egészségügyi és szociális ellátórendszer minden intézményének elérhetőségét tartalmazta. Próbakérdezéssel biztosítottuk, hogy kérdőívünkben minden jelentős téma szerepeljen, ugyanakkor a kérdőív ne legyen kezelhetetlenül hosszú a válaszadók számára. A próbakérdezés fázisának befejezését követően 2016. szeptember 20-án az összes intézmény számára, azaz 356 címre, 167 egészségügyi és 189 szociális intézménynek felkérő levelet küldtünk, amelyben arra kértük az intézményvezetőket, hogy segítsék munkánkat a kérdések megválaszolásával. A kitöltés anonim volt, a kérdőívet a SurveyMonkey<sup>5</sup> nevű online kérdőíves rendszerben hoztuk létre, annak linkjét továbbítottuk a célcsoport számára. Az online kérdőívezés egyik hátránya az alacsony válaszadási hajlandóság; ennek csökkentése érdekében az intézményvezetőkkel telefonon is felvettük a kapcsolatot, illetve az első e-mailes megkeresést követően több ízben küldtünk motiváló és emlékeztető leveleket. A kérdőív kitöltésére végül 113-an vállalkoztak (ez ennél a módszernél igen magas válaszadói

---

<sup>4</sup> Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Publikus forgalmi adatok, elemzések, szakellátás teljesítményadatai:

[http://www.oep.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_megelozo\\_forgalmi\\_adat](http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat) (Letöltés: 2016.08.17.)

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Hivatal, Járó- és fekvőbeteg ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók területi ellátási kötelezettsége:

[https://www.antsz.hu/felso\\_menu/ugyintezes/hatosagi\\_nyilvantartas/eu\\_ig\\_nyilvantartasok/ellatasi\\_teruletek](https://www.antsz.hu/felso_menu/ugyintezes/hatosagi_nyilvantartas/eu_ig_nyilvantartasok/ellatasi_teruletek) (Letöltés: 2016.08.17.)

Magyarországi fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi intézmények (kórházak elérhetőségei):

[www.antsz.hu/data/cms45505/Fekvobeteg\\_ellatast\\_nyujto\\_szolgaltatok\\_elerhetosege\\_2014\\_05\\_23.pdf](http://www.antsz.hu/data/cms45505/Fekvobeteg_ellatast_nyujto_szolgaltatok_elerhetosege_2014_05_23.pdf) (Letöltés: 2016.08.17.)

Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal működési engedéllyel rendelkező ellátások publikus nyilvántartása:

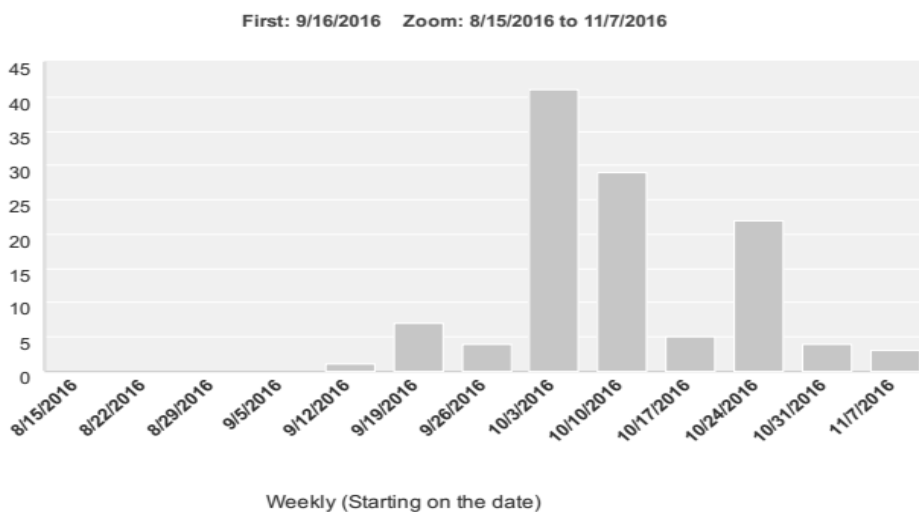
[http://szocialisportal.hu/intezmenykereso?p\\_p\\_id=institutesearch\\_WAR\\_institutesearchportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column1&p\\_p\\_col\\_count=1](http://szocialisportal.hu/intezmenykereso?p_p_id=institutesearch_WAR_institutesearchportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1) (Letöltés: 2016.08.17.)

<sup>5</sup> www.surveymonkey.net

arány), azonban – az online kérdőíveknél megszokott módon – a válaszadók egy része nem töltötte ki maradéktalanul a kérdőívet.

Az emlékeztető e-mailek kiküldése és a telefonos ráerősítés viszonylagos sikerrel zajlott, hiszen ezek hatására minden esetben növekedni kezdett a kitöltésre vállalkozók száma, sajnos azonban ez a motiváció nem tartott ki a kérdőív kitöltésének befejezéséig, így a kitöltött kérdőívek száma nem növekedett ilyen dinamikus módon. Az emlékeztető e-mailek (október 3., október 12., október 24. és november 2.) és a telefonos motiváció hatásainak alakulását a 9. diagram szemlélteti.

9. ábra: A kérdőívet kitöltők számának változása a lekérdezési időszakban heti bontásban (fő)



Forrás: [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)

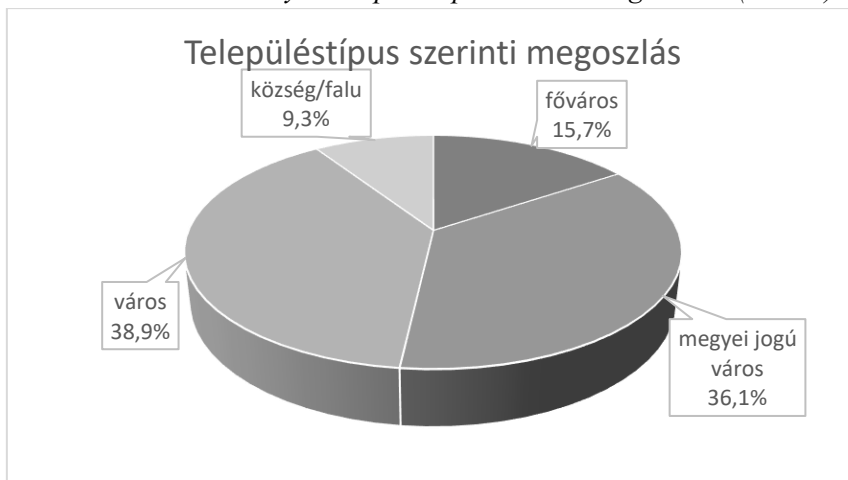
A teljes populáció (N=356) alacsony elemszáma, az e tárgy körben fellelhető statisztikai adatok pontatlansága (az ÁNTSZ és az OEP nyilvános adatbázisában fellelhető adatok több esetben nem bizonyultak pontosnak: telefonos megkeresés után több olyan intézmény vezetője, amely benne volt az ellátást nyújtó intézmények adatbázisában úgy nyilatkozott, hogy ilyen jellegű szolgáltatást/ellátást *nem nyújtanak*) és az online kérdőívezés sajátosságai (alacsony kitöltési hajlandóság, magas megszakítási arány) sejtetni engedték, hogy a végleges minta elemszáma nem teszi lehetővé az adatok többváltozós eljárással történő elemzését. Ennek ellenére rendkívül fontosnak tartottuk, hogy az összes egészségügyi és szociális területen tevékenykedő addiktológiai ellátással foglalkozó intézmény vezetőjének lehetőséget biztosítsunk a hazai ellátórendszer működésével kapcsolatos véleménye kifejtésére. A kérdőívet a 2. melléklet tartalmazza.

## A minta főbb jellemzői

A minta (113) megközelítőleg harmadát-harmadát a megyei jogú városi, illetve városi intézmények alkotják, míg 15,7%-uk a fővárosban, és tizedük községben vagy faluban végez addiktológiai ellátást (10. ábra). A megyei megoszlást az 6. táblázat tartalmazza, 28

az ellátás típusa szerinti megoszlást pedig a 7. táblázat szemlélteti. A 11. számú ábra az intézmények fenntartó szerinti arányát tartalmazza. (Az országos arányoktól eltérő, attól alacsonyabb válaszadói hajlandóság az adott területen/szektorban utalhat kapacitáshiányra, vagy a szakmai hálózatosodás, szakmai közéleti részvétel alacsonyabb fokára).

10. ábra: Az intézmények településtípus szerinti megoszlása (n=108)



6. táblázat: Az intézmények megye szerinti megoszlása (n=113)

Megye	%
Bács-Kiskun megye	5,3%
Baranya megye	7,1%
Békés megye	3,5%
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	8,0%
Csongrád megye	4,4%
Fejér megye	3,5%
Győr-Moson-Sopron megye	0,9%
Hajdú-Bihar megye	10,6%
Heves megye	0,9%
Jász-Nagykun-Szolnok megye	3,5%
Komárom-Esztergom megye	3,5%
Nógrád megye	1,8%
Pest megye	21,2%
Somogy megye	2,7%
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	8,0%
Tolna megye	0,9%
Vas megye	7,1%
Veszprém megye	5,3%
Zala megye	1,8%

7. táblázat: Az intézmények ellátástípus szerinti megoszlása (n=103)

Ellátás típusa	%
Szenvedélybetegek közösségi ellátása	39,8%
Szenvedélybetegek nappali ellátása	37,9%
Szenvedélybetegek otthona (ápolást-gondozást nyújtó intézmény)	2,9%
Szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye	13,6%
Szenvedélybetegek átmeneti otthona (átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény)	3,9%
Szenvedélybetegek lakóotthona	1,9%
Járóbeteg-szakellátás – addiktológiai ambulancia vagy szakrendelés	14,6%
Járóbeteg-szakellátás – pszichiátriai szakambulancia	17,5%
Járóbeteg-szakellátás – pszichiátriai gondozás	15,5%
Járóbeteg-szakellátás – gyermek- és ifjúsági addiktológiai ambulancia	2,9%
Járóbeteg-szakellátás – gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ambulancia	2,9%
Járóbeteg-szakellátás – drogbetegellátás	2,9%
Járóbeteg-szakellátás – mentálhigiénés szakambulancia	0,0%
Járóbeteg-szakellátás – mentálhigiénés gondozó	1,0%
Fekvőbeteg-szakellátás – addiktológiai osztály	1,0%
Fekvőbeteg-szakellátás – addiktológiai rehabilitációs osztály	2,9%
Fekvőbeteg-szakellátás – pszichiátriai osztály	5,8%
Fekvőbeteg-szakellátás – pszichiátriai rehabilitációs osztály	3,9%
Fekvőbeteg-szakellátás – gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály	0,0%
Egyéb	19,4%

11. ábra: Az intézmények fenntartó szerinti megoszlása (n=101)



Azoknak a szervezeteknek, amelyek e kérdés kapcsán információt szolgáltatottak (n=100), 73%-a a szociális, míg 27%-a az egészségügyi szférában végez ellátást. Ez a megoszlás a vélhető kapacitásproblémákon és a szakmai részvétel problémáin túl utalhat arra a másodelemzésben már megjelenő eredményre, hogy az egészségügyben az addiktológiai problémákat részben elfedi a nagyobb terület, a pszichiátria.

## **Főbb megállapítások**

### **Intézménybe történő be- és kikerülés**

A szervezetek (n=58) kétharmada (67,2%) az intézményi ellátásba való bekerülés kritériumaként minden esetben végez valamilyen állapotfelmérést, míg 22,4%-uk csak bizonyos esetekben teszi ezt meg. Ez az intézmény típusa, illetve az ellátási forma szerint különböző módszerekkel történik: orvosi (szakorvosi vagy pszichiátriai) szakvélemény vagy környezettanulmány, illetve tesztek (ASI, EUROADAD, CAGE, AUDIT), skálák, interjú alapján.

Az ellátottak megfelelő motiváltságát az intézmények valamivel több, mint harmada (35,7%) tekinti a bekerülés kritériumának minden kliens esetében, s további harmaduk (35,7%) bizonyos esetekben szerepelteti ezt a követelmények között. A szociális és az egészségügyi szférában hasonló megoszlásban van jelentősége a megfelelő motiváció mérésének. Az intézmények vagy az előgondozás keretében, vagy interjúval (pl. Falloon motivációs interjú), előzetes beszélgetéssel tárják fel az ellátott együttműködési hajlandóságát, betegségtudatának meglétét, a segítő kapcsolatban maradás szándékát és képességét, a személyes belátását a kezelés szükségességére vonatkozóan, illetve a változtatás szándékát.

Az intézmények jelentős többsége, 92%-a (n=53) az ellátást kérők közül senkit, vagy legfeljebb 10%-ukat utasítja el valamilyen okból. Az ellátást vagy kezelést megszakítók aránya az intézmények (n=48) több mint 40%-ában legfeljebb 10%-os. Harmadukban 10 és 30% közötti, míg tizedükben 31 és 50% közötti ez az arányszám. Az egészségügyi intézményekben magasabb a kezelést megszakítók aránya. Ezeket az eredményeket részben magyarázhatja mintánkon belül az alapszolgáltatás/alacsonyküszöbű intézmények magas aránya; ugyanakkor a normatív finanszírozás sajátosságaiból is következik, hogy az intézmények érdekeltek a kliens/beteg megtartásában, még akkor is, ha adott esetben szakmai szempontok nem ezt, hanem a továbbküldést indokolnák.

A szervezetek (n=49) ötödében nincs olyan kliens, aki megszakítja a kezelést vagy ellátást, de azonos évben visszatér az ellátásba, míg több mint harmaduknál legfeljebb 10%-os a kilépő, de visszatérő ellátottak aránya. A szervezetek negyedénél 10 és 20 % közötti, s csupán elenyésző hányaduknál magasabb azon kliensek száma, akik a kilépést követően, még ugyanabban az évben visszatérnek az adott intézményhez. A szociális és egészségügyi szférában hasonló a visszatérő ellátottak aránya.

A szociális szférában tevékenykedő szervezetek esetében a kliensek legmagasabb arányban önkéntes jelentkezéssel kerülnek be az ellátásba, míg az

egészségügyi intézményekbe az ellátottak legnagyobb hányada orvosi beutalóval kerül. Az elterelés, illetve a saját megkereső programokon keresztül intézménybe kerülési mód sokkal jellemzőbb a szociális szférában.

### **Az intézmények specifikuma**

Azoknak az intézményeknek, melyekről van információnk (n=87), mindössze ötöde (21,8%) dolgozik az ellátás során valamilyen specifikum szerint, azaz valamilyen modellprogram vagy nemzetközi együttműködésben végzett tevékenység alapján. A szociális szférában működő intézményekre inkább jellemző a valamilyen specifikum szerinti tevékenység végzése (19-ből 16 szervezet a szociális szférában nyújt ellátást). Három-három szervezet a Minnesota-modellt és a Portage-modellt nevezte meg, két-két intézmény az élményterápiát, illetve a RÉV hálózati munkát említette, míg további egy-egy szervezet vezetője az alábbiakat nevezte meg: Tiszta Ház Program, Speciális Tanulmányi Felkészítő és Reintegrációs Program, sportterápia, művészetterápia, Keresztény Program; az oktatásban: Kimm Tanoda, 12 lépéses filozófia. A válaszokból látható, hogy nem minden esetben beszélhetünk valódi modellprogramról, legfeljebb egy-egy speciális elem bevezetéséről annak kezdeményeivel.

### **Minőségfejlesztési rendszer alkalmazása**

Az intézmények (n=72) negyede (27,8%) alkalmaz valamilyen minőségfejlesztési rendszert munkája során. Ez inkább az egészségügyi ellátásban dolgozó szervezetekre jellemző, míg a szociális szféra intézményeinek kisebb hányadáról mondható el ugyanez.<sup>6</sup> Legtöbbször az ISO rendszert használják. Volt intézményvezető, aki minőségfejlesztési rendszerként mutatott be olyan eljárásokat, amelyek nem sorolhatók a minőségfejlesztési rendszerek közé, bár az ellátás minőségét javítják, mint például az esetmegbeszélés, szupervízió. Néhány válasz meglehetősen általános („svéd anonim kérdőív”; „elégedettségi kérdőív”, „belső audit”, „kérdőívek”).

### **Pályázati források**

Ahogy a későbbi SWOT-analízis során az erősségek feltárásánál felvetjük a kérdést, nagyon fontos lenne azt vizsgálni és számba venni, hogy az intézmények működésükhöz milyen mértékben támaszkodnak pályázati forrásokra, kiegészítendő a normatív támogatás mértékét. Kutatásunk eredménye szerint a szervezetek kétharmada legfeljebb 25%-ban támaszkodik pályázati forrásokra (de 22,6%-uk semmilyen pályázati erőforrással nem rendelkezik, harmaduk pedig legfeljebb 5%-kal). Az alacsony elemszám miatt az összefüggés szignifikancia-szintje nem vizsgálható, de az a tendencia körvonalazódik, hogy az egészségügyi szférában működő intézmények átlagosan magasabb arányban tudnak pályázati forrásokra építeni, mint a szociális ágazatban

---

<sup>6</sup> Az arányok kiszámításánál azokat az intézményeket vettük figyelembe, amelyek vezetői az ellátás típusával és a minőségfejlesztési rendszer alkalmazásával kapcsolatban is szolgáltatott adatot (n=53).



tevékenykedő szervezetek. Az adatokból megállapítható az is, hogy az egyházi fenntartású intézmények támaszkodnak a legalacsonyabb arányban pályázati forrásokra, feltehetően a magasabb normatíva miatt.

### **A stáb összetétele**

Kérdőíves kutatásunk során vizsgáltuk azt is, hogy az intézményvezetők véleménye szerint a személyi feltételek tekintetében van-e eltérés a szervezet stábjának aktuális és optimális működése között. Eredményeink azt mutatják, hogy főként a szociális munkások, mentálhigiénikusok és ápolók vannak megfelelő számban az intézményeknél. Az e területen működő szervezetek vezetői ugyanakkor úgy vélték, hogy a szociális szférán belüli megfelelő munkavégzéshez leginkább általános orvosra, szakorvosra, addiktológusra, addiktológiai konzultánsra, családterapeutára, illetve szupervizorra lenne még szükség.

### **Ellátási nehézségek**

Az adatot szolgáltató intézmények ellátottainak arányát tekintve a legtöbben alkohol okozta mentális zavar, többféle drog és egyéb pszichoaktív anyag használata okozta mentális zavar, valamint az új pszichoaktív szerek használatából fakadó zavar miatt kerültek be az ellátórendszerbe.

A kvantitatív kutatással igyekeztünk feltárni azt is, hogy mely szerhasználati zavar vagy viselkedéses függőség ellátása jelent problémát az intézményeknek, illetve ezek okait is vizsgáltuk. Eredményeink szerint az intézmények (n=53) által nevesített ellátási nehézségek közül a speciális kompetencia hiánya leginkább az új pszichoaktív szerek használatából adódó zavarok, illetve a többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata okozta mentális- és viselkedészavarok kezelése esetén említhető. Az intézmények majdnem tizedének problémát jelentenek a szerhasználati zavarok kezelése kapcsán jelentkező finanszírozási nehézségek, míg ennél valamivel alacsonyabb hányaduknak kell kezelniük a szabad kapacitás hiányából eredő nehézségeket. A kapott eredmények alapján elmondható, hogy az ellátórendszer meglehetősen jól kezeli az alkohol, a dohányzás, valamint az altatók és nyugtatók használatával kapcsolatos zavarokat és a viselkedéses függőségeket. Más forrásból nyert adataink ennek az állításnak *ellentmondanak*. Feltehető, hogy ezek a zavarok azért nem jelentenek problémát, mert kevésbé, vagy egyáltalán nem minősülnek deviáns viselkedésnek, ugyanakkor a kezelés ezekben az esetekben kiszámíthatóbb módon zajlik. A részletes adatokat a 8. táblázat tartalmazza.

8. táblázat: Az egyes szerhasználati zavarok/viselkedéses függőségek ellátási problémáinak megoszlása

Szerhasználati zavar/ viselkedéses függőség	Nem jelent problémát	Problémát jelent					Nem érinti a tevékenységi kört
		a speciális kompetencia hiánya miatt	a szabad kapacitás hiánya miatt	a finanszírozás hiánya miatt	mert rejtőzködő csoport	egyéb okból	
Alkohol okozta mentális és viselkedés-zavarok	73,8%	3,6%	8,9%	12,5%	5,4%	5,4%	3,6%
Opiátok használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	40,7%	14,8%	9,3%	14,8%	14,8%	9,3%	22,2%
Cannabis és származékai által okozott mentális- és viselkedés-zavarok	54,7%	9,4%	5,7%	11,3%	11,3%	5,7%	17,0%
Kokain használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	38,9%	16,7%	11,1%	11,1%	11,1%	7,4%	21,4%
Nyugtatók és altatók használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	69,1%	10,9%	5,5%	12,7%	14,5%	5,5%	1,8%
Hallucinogének használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	46,2%	17,3%	7,7%	13,5%	13,5%	11,5%	13,5%

Dohányzás okozta mentális- és viselkedés-zavarok	66,7%	5,6%	5,6%	11,1%	1,9%	7,4%	16,7%
Illékony oldószerek használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	49,1%	15,1%	7,5%	11,3%	3,8%	3,8%	22,6%
Többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	46,3%	24,1%	5,6%	13,0%	9,3%	7,4%	13,0%
Játékfüggőség (internet)	61,8%	9,1%	10,9%	10,9%	10,9%	3,6%	10,9%
Szerencsejáték-függőség	61,8%	10,9%	9,1%	10,9%	9,1%	3,6%	10,9%
Kodependencia	63,0%	9,3%	5,6%	13,0%	7,4%	7,4%	13,0%
Az új pszichoaktív szerek használatából adódó zavarok	40,7%	24,1%	7,4%	16,7%	11,1%	9,3%	13,0%

A nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdésünkre 87 intézményből érkezett válasz. A diagnózisalkotás/állapotfelmérés viszonylagosan alacsony arányát magyarázhatja az alapellátás/alacsonyküszöbű szolgáltatások felülreprezentáltsága a mintán belül. Az egyéni terápia hatékonyságát gyakran megkérdőjelezzik, azonban ez a hazai ellátórendszerben hagyományos formának tekinthető, és az informálás-tanácsadás után a leggyakoribb forma. A kockázatkezelés szempontjából lényegesnek tekinthető szűrőprogramok (ideértve a szerhasználat alakulását is), és a korosztályi sajátosságokhoz alkalmazkodó internetes megkereső programok kimondottan ritkán fordulnak elő. Kiemelnénk még a félutas házak hiányát. Az „egyéb” kategória válaszai kevés kivételtől eltekintve egy eltérő (több esetben pontatlanabb) kategorizálás következményei.

9. táblázat: Az intézmények által nyújtott szolgáltatáselemek intézmények közötti megoszlása

Nyújtott szolgáltatás típusa	Elemszám	(%) (azon intézmények arányában, amelyek legalább egy szolgáltatást megjelöltek, n=87)
diagnózis/állapotfelmérés	51	58,6
ártalomcsökkentés: szubsztitúciós kezelés	13	14,9
ártalomcsökkentés: tűcsere	13	14,9
családlátogatás	32	36,8
családterápia	29	33,3
csoportterápia	46	52,8
egyéni terápia	63	72,4
előgondozás	24	27,6
elsődleges prevenció (családi, iskolai, közösségi)	37	42,5
félutas ház	5	5,7
pszichoszociális rehabilitáció – munkához való hozzájutás segítése	55	63,2
pszichoszociális rehabilitáció – önszervező csoportok működtetése	40	46,0
pszichoszociális rehabilitáció – szabadidős programok szervezése	60	69,0
pszichoszociális rehabilitáció – információnyújtás	69	79,3
pszichoszociális rehabilitáció – tanácsadás	69	79,3
pszichoszociális rehabilitáció – képességfejlesztő foglalkozások	51	58,6
pszichoszociális rehabilitáció – alacsonyküszöbű ellátás	26	29,9
pszichoszociális rehabilitáció – étkezés	26	29,9
intézményi ellátás – oktatás, képzés	13	14,9
intézményi ellátás – tematikus foglalkozások	27	31,0
intézményi ellátás – munka jellegű foglalkoztatás megszervezése	13	14,9
megkereső programok – személyes kapcsolat, utcai szociális munka	23	26,4
megkereső programok – interneten	9	10,3
szűrőprogramok – szerhasználat szűrése	5	5,7
szűrőprogramok – súlyos fertőző megbetegedések szűrése (HIV/AIDS)	10	11,5
szűrőprogramok – súlyos fertőző megbetegedések szűrése (Hepatitis)	10	11,5
szűrőprogramok – súlyos fertőző megbetegedések szűrése (TBC)	1	1,1
utógondozás – összes forma	30	34,5

10. táblázat: Az intézmények által nyújtott szolgáltatások megnevezésére irányuló kérdés esetén az „egyéb” kategóriában érkezett válaszok és a hozzájuk tartozó említések száma

Egyéb kategóriára adott válasz	Említések száma
adománnyal segítség: ruha, élelmiszer, bútor	1
elterelés	2
járóbeteg-ellátás	1
kórházi osztályos ellátás	1
kórházi szociális munka	1
megelőző-felvilágosító szolgáltatás	1
party service	1
szabadidős foglalkozások, szűrővizsgálatok leszervezése, igény szerint szállítás a vizsgálat helyére, kapcsolattartás az ellátottal foglalkozó intézményekkel és szakemberekkel	1
szocioterápia (munkaterápia, gyógyfoglalkoztatás)	1
védett munkahely	1

A speciális csoportok kezelésével, ellátásával kapcsolatos kérdésre csupán a megkérdezettek fele válaszolt. A kapott helyzetkép tükrözte a rendelkezésre álló adatok másodelemzése alapján nyert képet, és összhangban van az interjúkból nyert eredményekkel is. Így problémásnak mutatkozik a 14 év alattiak, a külföldi állampolgárok, a várandós nők és a prostituáltak addiktológiai ellátása. A speciális csoportok megnevezése ezúttal sem mindig pontos (pl. nem tekinthető speciális csoportnak a 16 éven felüli vagy az alkoholista stb.). Fontos azonban a gyermekvédelmi szakellátásban lévők, a büntetés-végrehajtásban büntetésüket töltők, a fogyatékkal élők és a belgyógyászati problémákkal is kezelendő addiktológiai betegek csoportjának említése.

11. táblázat: Milyen speciális szerhasználó csoportba tartozók számára nyújtott az intézmény segítséget 2015 folyamán?

Speciális csoport	Elemzés	% (azon intézmények százalékában, akik a kérdésre bármilyen választ adtak, n=56)
büntetés-végrehajtási intézetből szabadulók	21	37,5
14 év alattiak	9	16
14-18 évesek	20	36
hajléktalanok	36	64,3
kettős diagnózisú kliensek	42	75
külföldi állampolgárok	9	16
leszakadó, hátrányos helyzetű településen élők	24	42,8
álláskereső	40	71,4
prostituáltak	15	26,7
járadékban és segélyben részesülők	41	73,2
várandós nők	14	25

12. táblázat: Egyéb, a válaszadók által speciálisnak tekintett szerhasználó csoportok

Egyéb speciális csoport megnevezése	Említések száma
16 éven felüliek	1
alkoholproblémákkal küszködők	1
büntetés-végrehajtási intézetben szabadságvesztésüket töltő volt szerhasználók	1
Chron-beteg, cukorbeteg, mozgásában akadályozott, enyhe értelmi fogyatékos, ADHD hiperaktív	1
felnőtt ellátandók a fenti paraméterek bármelyikével	1
fogyatékkal élők	1
gyermekvédelmi szakellátásban lévők 16 év fölött, fogyatékkal élők	1
intravénás szerhasználók	1
rokkantnyugdíjasok	1
szenvedélybetegek, legtöbbjük alkoholfüggő	1
szexuális szokásaik miatt kockázatos magatartást tanúsítók, nemi betegek, fiatalok a börtönében élők	1
többféle társadalmi rétegből érkeznek a klienseink	1

## Finanszírozás

A kérdésre választ adó szervezetek (n=58) 44,8%-ánál előfordul, hogy célzott finanszírozás nélkül nyújtanak szolgáltatást. Néhány szervezet esetében ez csak kivételes alkalom, de több olyan intézmény is van, amelyeknek ez folyamatos probléma, évente akár több száz alkalommal is kénytelenek ilyen módon ellátást nyújtani. Ez a jelenség inkább a szociális szférában, illetve az egyházi vagy civil szervezeti fenntartó esetében fordul elő. Az intézményvezetők e jelenség háttérével kapcsolatban leginkább azt említették, hogy állami normatíva nélkül (pl. létszám feletti ellátás esetén) vagy egyéb finanszírozás hiányában sem utasítják el a hozzájuk forduló, segítséget kérő klienseket/betegeket, illetve krízis esetén a finanszírozás keretei közé nem sorolható szolgáltatást is nyújtanak.

*„A fenntartó működtetni akarja a szolgáltatást és mi is elköteleztünk vagyunk, hogy klienseinket ellássuk, lehetőségeinkhez képest maximális minőségben.”*

*„A létszám feletti rászorulókat után nem kapunk állami normatívát, de nem hagyjuk ellátatlanul ezeket az embereket sem.”*

*„Az ellátott szükségleteinek előtérbe helyezése, férőhely hiánya.”*

*„Intézményünk nem utasít el szolgáltatást igénybe vevő kérelmezőt.”*

*„Étkeztetés, anyagi segítségnyújtás krízis esetben.”*

Előfordul az is, hogy az ellátást kérő nem rendelkezik társadalombiztosítási jogosultsággal, illetve a BNO-ba való besorolás vagy a párhuzamos ellátás kérdése,

továbbá a hozzátartozóknak nyújtott szolgáltatás is előidézheti a finanszírozás nélküli ellátást.

A fenti kategóriákon kívül az alábbi okokat említették még az intézményvezetők:

*„A településen élő droghasználók, dizájner drogokat fogyasztók, illetve a Hepa C-vel fertőzöttek száma, rejtőzködő életmód és megkereső tevékenység hiánya. Az intézmény működési engedélye vonatkozik a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására, azonban 2012 óta nincs hozzárendelve finanszírozás.”*

*„Alulfinanszírozás, két pályázati időszak közötti támogatási „lukak”, a projektek folytonosságának, fenntarthatóságának bizonytalansága; tapasztalat, hogy több éve működő szolgáltatást kellett megszüntetni, mert nem jelent meg pályázati kiírás és/vagy nem nyert a benyújtott pályázat. Elköteleződés, mint személyes szakmai szempont.”*

*„Nem kaptuk meg a támogatásokat, pályázaton elnyert összegeket.”*

*„Nincs megfelelő szakorvosi igazolás, mert az ellátott nem ment korábban orvoshoz. Gyors elhelyezés szükséges sok esetben és a szükséges igazolásokra nincs lehetőség. Az ellátott menekül valaki elől, így a tartózkodási helyét titokban kell tartanunk.”*

*„Otthont nyújtó ellátásokat igénybe vevők után ütközés van az NRSZH Tevadmin Rendszerében, és nem kapunk pénzbeli támogatást, különös tekintettel a gyermekvédelmi szakellátásban élők (utógondozó), hajléktalanszállót igénybe vevők után.”*

*„Új Intézményként csak lassan, fokozatosan lehet a klienslétszámot emelni. Amíg nem tudjuk a klienslétszámot a kívánatos szintre emelni, addig deficites a működés. A munkatársak bére kérdéses.”*

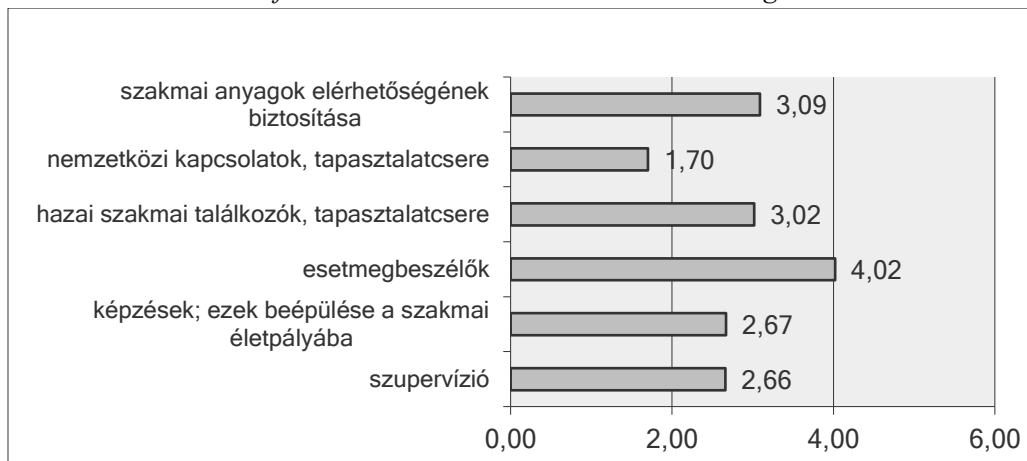
Ez a széles körben előforduló, szabályozatlanságra, *rendszerszintű zavarra* utaló jelenség számos súlyos probléma forrásává válhat, nem csupán pénzügyi, de komoly etikai és jogi kérdéseket is felvet. A szenvedélybeteg-ellátás területén különösen fontosak a megfelelő terápiás keretek, ezek hiánya rontja a munka hatékonyságát. Érthető a szakember konfliktusa, ha a rendelkezésére álló eszközök, források és a szakmai elvárások között ellentmondás feszül: a rendszerszintű problémák egyedi kezelési kísérletei önmagukban is további problémák forrásává válhatnak, de ugyanez igaz akkor is, ha a problémakezelés elmarad.

### **A fejlődési lehetőségek biztosítására rendelkezésre álló források megítélése**

A szakemberek szakmai fejlődésének biztosítására az intézményvezetők szerint (n=58) csak részlegesen áll rendelkezésre megfelelő anyagi forrás vagy idő. Legkevesbé a nemzetközi kapcsolatok kialakítását és tapasztalatcserét tudják lehetővé tenni a szakemberek számára, míg leginkább az esetmegbeszélőkre tudnak forrást teremteni az intézmények. Az egyes szakmai fejlődési lehetőségek értékelése a 12. ábrán látható. Az

intézmények vezetői egy ötfokozatú skálán (ahol az egyes azt jelentette, hogy egyáltalán nem, míg az ötös azt, hogy teljes mértékben) értékelték, hogy mennyire áll rendelkezésükre megfelelő forrás a felsorolt lehetőségek megteremtésére. Az ábra ezeknek az értékeléseknek az átlagát tartalmazza.

12. ábra: Az egyes szakmai fejlődési lehetőségekre rendelkezésre álló források ötfokozatú skálán történt értékelésének átlaga



Habár az alacsony elemszám nem teszi lehetővé az egyutas varianciaanalízis eredményeinek részletesebb elemzését, adataink azt mutatják, hogy a szupervízió, illetve az esetmegbeszélés biztosítására a szociális ágazatban sokkal inkább van mód, mint az egészségügyi szférában. A többi fejlődési lehetőség kapcsán nincs éles különbség a két ágazatban. A legtöbb fejlődési lehetőség biztosítására (szupervízió, képzés, esetmegbeszélés, nemzetközi tapasztalatszere, szakmai anyagok biztosítása) az egyházi fenntartású szervezeteknek van lehetősége – feltehetően a magasabb finanszírozás miatt. A központi költségvetési szervek és önkormányzatok által fenntartott szervezetek az átlagosnál magasabb mértékben a hazai szakmai találkozókat, tapasztalatszereket tudják biztosítani szakembereik számára. Fontos volna minden szektorban azonos fejlődési forrásokat és lehetőségeket elérhetővé tenni. (A finanszírozás intézmények közötti eltéréseit az eltérő terápiás hatékonyság indokolhatná, amelynek mérésére hazánkban eddig kevés szisztematikus kísérlet történt.)

### Intézményi kapcsolatok

Fontosnak tartottuk a szakmai szervezetek munkájába való bekapcsolódás mértékének vizsgálatát, mivel a szakmai szervezeti tagság támogatást és orientációt nyújt, számos lehetőséget kínál többek között a szakmai fejlődésre, információkhoz való hozzájutásra. Amennyiben az intézmények közötti kapcsolatok jól működnek, az a bizalom növekedésével – egy megfelelő szabályozással együtt – segítheti a betegutak optimalizálását. Fontossága ellenére megállapítható, hogy mind a szociális, mind az egészségügyi szférában alacsonynak mondható a szakmai szervezeti kötődés. Azoknak



az intézményeknek, amelyekről van információnk (n=73), kevesebb, mint a fele (42,5%) tagja valamely hazai szakmai szervezetnek (13. ábra). 28 válaszadó írta le, hogy intézményük mely magyarországi csoportosulásnak a tagja. Közülük legtöbben (11 szervezet) a MADÁSZSZ (Magyar Drogprevenciós és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége) szervezetébe léptek be, míg 7-en a MADRISZ (Magyar Drográpiás Intézetek Szövetsége), 6-an pedig valamely Kábítószerügyi Egyeztető Fórum munkájában vesznek részt. Három, vagy ennél alacsonyabb említésszámot regisztráltunk az alábbi, nem is mindig addiktológiai profilú szervezetek kapcsán: Rév Hálózat, Katolikus Szociális Módszertan, MAT (Magyar Addiktológiai Társaság), Alkoholizmus Elleni Megyei Egyesületek és Klubok Országos Szövetsége, Magyar Kórházzövetség, Magyar Pszichiátriai Társaság, EGVE (Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete), Medicina 2000, DREAM (Dinamikus és Rövidterápiás Egyesület és Alkotóműhely), MEST, MESZK (Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, MOK (Magyar Orvosi Kamara), OEK (Országos Epidemiológiai Központ), Országos Közösségi Ellátások Egyesülete, Támogató Szolgálat Szakmai Műhely és Szociális Ágazatban Dolgozók Szakszervezete.

13. ábra: Hazai szervezeti tagság



Adataink alapján megállapítható, hogy a civil szervezetek által fenntartott intézményekre jellemző leginkább a hazai és nemzetközi szakmai szervezeti együttműködés. A szociális és az egészségügyi szféra intézményei között nincs érdemi különbség e tekintetben.

Az ellátást nyújtó, kérésünkre információt szolgáltatató szervezetek (n=69) jelentős többsége legalább alkalmanként bekapcsolódik valamely szakmai fórum munkájába, tudományos kutatás, illetve publikáció készítésébe. Negyedük (27,5%) rendszeresen részt vállal a fent megnevezett tevékenységek valamelyikében, míg felük (53,6%) alkalmanként vagy egyszer végzett ilyen jellegű munkát. Az ilyen tevékenységekbe való rendszeres csatlakozás a szociális szféra intézményeire jellemzőbb, mint az egészségügyben tevékenykedő szervezetekre.

Adataink alapján kimutatható, hogy a hazai addiktológiai ellátórendszer szervezetei kevésbé nyitottak a nemzetközi együttműködésre. A válaszadók (n=71) mindössze 15,5%-a nyilatkozta, hogy intézményük tagja valamely nemzetközi szervezetnek. Csupán kilenc szervezet vezetője nevezte meg azt a társulást, amellyel együttműködnek: hárman az Euro-TC (European Treatment Centres for Drug Addiction),

míg egy-egy intézmény tagja az alábbi szervezeteknek: Caritas Europa, Caritas Internationalis, EAD (European Action on Drugs), EPA (European Psychiatric Association), UEMS (European Union of Medical Specialists), FESAT (European Foundation of Drug Helplines). Ennek az alacsony aránynak a háttérében valószínűleg az áll, hogy a nemzetközi szervezetek tagsági díjaira nincs elérhető stabil forrása az intézményeknek.

14. ábra: Nemzetközi szervezeti tagság



### Személyes biztonság

Az intézményben dolgozó szakemberek személyes biztonságára vonatkozó kérdés kapcsán megoszlanak a vélemények, bár többen említették, hogy nagyon jó vagy jó, illetve elfogadható vagy részben megoldott a személyes biztonság. Mások nagyobb hiányosságokról számoltak be. Két válaszadó azt emelte ki, hogy a szakemberek felkészültsége és rátermettsége miatt vannak biztonságban a munkatársak („a szakemberek emberismeretükre, konfliktuskezelő készségeikre számíthatnak”). A személyes biztonság kérdésével kapcsolatban a legtöbben a fizikai biztonságra utaltak válaszukban, de volt olyan válaszadó, aki az anyagi biztonsággal kapcsolatos véleményét fejtette ki.

A személyes biztonsággal kapcsolatos pozitív visszajelzések közül az alábbiakban kiemelünk néhány példát:

*„Mivel a szakmai ajánlásunk is így rendelkezik, szakembereink egyedül pl. megkereső munkát nem végezhetnek (más eset természetesen az egyéni esetkezelés). Még nem volt arra példa, hogy bármilyen atrocitás érje kollégáinkat.”*

*„Szakmai elismerésben részesülnek, házon belül fizikailag biztonságban vannak, anyagi biztonságban vannak (fizetés), szakmai támogatásban részesülnek (szupervízió).”*

*„Szervezetünk kidolgozta saját protokollrendszerét az esetenként veszélyeztetető magatartású kliensek kezelésére. Működésünk alatt ezen protokollok alkalmazása mellett nem történt atrocitás. Az egészségügyi veszélyeztetettség, fertőzés egyes esetekben fennállhat a védőfelszerelések használata mellett is.”*

A következőkben olyan példákat sorolunk fel, amelyekben a vezetők szerint a dolgozók személyes biztonságának feltételei nem adóttak:

*„A fizikális biztonság tekintetében fokozottan veszélyeztetettek a dolgozók a kliensektől.”*

*„Anyagi szempontból érzem a biztonság kérdését. A szociális életpályamodell és/vagy szociális szféra bérrendezése megoldás lehetne.”*

*„Esetenként terepen kockázatos a munkavégzés.”*

*„Hiányos. A személyes biztonság megteremtésének feltételei fejlesztésre szorulnak, de ezt megelőzi a szakember- és forráshiány miatt jelentkező problémák kezelésének, megoldásának prioritása.”*

### **A terápiás siker indikátorai**

E kérdésre összesen 49 válasz érkezett, 38%-ban civil szervezetektől. A kérdés nem bizonyult egyértelműnek, a terápiás sikeresség előfeltételeit is említették annak indikátorai mellett. A válaszokból jól látható, hogy ezen a területen sok a bizonytalanság, akár előfeltételekről, akár indikátorokról beszélünk. Kevés az egyértelmű válasz, inkább „puha” kategóriákkal – egyes nagy iskolák elméleteinek visszhangjával – találkozhatunk, semmint kézzelfogható, mérhető jelenségekkel. Ez részben érthető is, hiszen az emberi élet kisebb-nagyobb változásainak komplexitása legalább olyan nehezen ragadható meg, mint a jó terápiás/segítő kapcsolat minősége. A professzionális-reflektív hozzáállás azonban megkövetelné a több konkrétumot. Az alábbi említések a nehezen mérhető minőségeket („kellő”, „megfelelő” stb.) illusztrálják:

*beteg állapota; hozzátartozó véleménye; életminőség javulása; ellátott motivációja; segítő szakemberek hozzáállása; asszertív kommunikáció, őszinteség; jó általános állapot; pszichés egyensúly; problémamentes távozás; elfogadás; empátia; hitelesség; kellő motiváltság a kliens részéről a változás terén; interdiszciplináris együttműködés a kliens érdekében; képzett, elkötelezett munkatársak; szükségletalapú ellátás; boldog, kiegyensúlyozott; a családja elégedett vele; hitelesség (kongruencia); kompetencia és pszichikus energia; a kliens életmódváltási szándéka, annak erőssége; támogató természetes támaszok megléte; megfelelő szakember, terápia megválasztása; motiváció; Istenhit; keresztény szemléletű team-munka; azonnali hatékony beavatkozás; szükségletalapú, sokszínű szolgáltatás biztosítása; egyediség/szeretet/közösséghez való élmény; a szerhasználat során megélt kellő mélypont, változásra való hajlam, elköteleződés képessége.*

Egyes esetekben keveredett a folyamat és az eredmény elkülönítése: *„Ha a beteg benne marad a terápiában”,* az egy olyan folyamat, ami eredményezheti a motiváció változását, vagy később a felépülést, vagy az alacsonyabb kockázatú használatot.

Kisebbségben jelentek meg a valódi indikátorok (vagy a kérdés eltérő értelmezése esetén, a kézzelfogható feltételek), ezek mellett az előbbi, általánosan a segítő kapcsolat minőségére vonatkoztatható jellemzők is említésre kerültek. Az indikátorok között a legjellemzőbb, egyes korábbi kutatásokkal egybecsengő mutató az *absztinencia*, ami a szakember felfogásától függően értelmezhető eredményként is, előfeltételként is. Gyakran említették a társadalmi reintegráció fontos állomásait (munkavállalás, bünelkövetés abbamaradása) és a személyes fejlődési készségek alakulását (megcsúszás-visszaesés kezelése). Ezek a fajta válaszok a korszerű hazai és nemzetközi szakmai ismeretekkel összhangban állnak.

*„Hozzá tartozó is vállalja a terápiát, pl. családterápiát, hozzátartozói csoportba való járást, amelyet intézményünkben is megtehet. Munkát talál, vagy azt folytatja, rendszeresen jelentkezik szakambulanciákon, illetve a klubokat folyamatosan látogatja.”*

*„absztinencia, munkába állás, lakhatás”*

*„A kompenzált állapot fennmaradása. Társadalmi reintegrálódás. Együttműködés fennmaradása.”*

*„Magasabb szintű ellátórendszerbe lépés (ambulancia, kórház, rehab).”*

*„Folytatja az iskolát.”*

*„Tartós absztinencia. Stabil pszichés állapot. A társadalmi elvárásoknak megfelelő készségek, képességek kialakulása.”*

*„absztinencia, egzisztenciális, kapcsolati reintegráció”*

*„1. Szűrővizsgálaton való részvétel, 2. nem negatív eredmény esetén terápiába, gondozásba való bekerülés, 3. utánkövetésben való részvétel.”*

*„Az életminőség javulása, a visszaesés tanulási folyamat, visszaesés után újbóli segítségkérés”*

*„terápiában maradás, szermentesség elérése, szermentesség megtartása”*

*„Tartós életminőség-javulás. Rendezett pszichés és szociális helyzet. Kriminálizálódás megszűnése.”*

*„Rendszeres konzultáció. Hajlandóság a kliens részéről a megbeszéltek szerinti változtatáshoz. Ezek megtétele. A harmadik pedig az absztinencia tartása.”*

*„A célok megvalósulásának értékelése. Alkoholfogyasztást felfüggesztők száma. Kapcsolati problémák változása.”*

*„absztinencia, munkakeresés sikeres, rendszeres kapcsolattartás”*

*„absztinencia, családi kapcsolatok javulása, munka világába történő visszakerülés”*

*„Abszintes időszak hossza. Visszaesések száma. Gondozotti visszajelzések.”*

*„profi szakemberek, kiépített kapcsolatrendszer, hozzátartozók bevonása”*

*„tartós és rendszeres kapcsolat fenntartása, szervezett, tematikus csoportokon való részvétel, eredményes és tartós szermentes életvitel, visszacsúszás esetén újbóli kapcsolatfelvétel”*

Összességében megállapítható, hogy nem minden intézményi környezetben tudatos a terápiás cél kitűzése, követése és értékelése. Javasoljuk, hogy az intézmények belső továbbképzéseiken, később pedig szakmai fórumokon definiálják pontosabban a saját intézménytípusukhoz illeszkedő indikátorokat. E kritériumok mentén válnak képessé értékelni és fejleszteni saját tevékenységüket. Az intézmények válaszait fenntartó szerinti csoportosításban a 3. mellékletben közöljük.

### **Intézményi jogviszony megszűnése**

Itt a válaszadók többnyire a jogszabályban, illetve az intézményi házirendben foglaltakra utaltak, vagy azt szó szerint idézték (a kritériumok természetesen intézménytípusonként változnak). Említettek a megszűnéshez vezető életeseményeket (költözés, haláleset, szabadságvesztés), valamint az ellátott saját döntését, illetve a segítőkkel közösen meghozott döntést is.

Pozitív esetként, ritkábban, említették a gyógyulást és az absztinenciát, a munkavállalást és a lakhatás rendeződését. Egy-egy esetben jelölték meg kritériumként (a vonatkozó szakirodalmakban foglaltak szerint döntő jelentőségű) a szermentes kapcsolatok kialakulását, valamint a más, magasabb szintű ellátás igénybevételét (pl. kezelésre motiválást követően). Egy esetben említésre került továbbá a non-compliance (gyógyszeres terápia során).

Kevésbé egyértelműen megfogalmazott, szubjektív megítélés szerinti kritériumok e kérdéscsoportnál is megjelentek, mint az „*agresszív*” (fizikai, verbális?) és a „*szándékosan manipulatív viselkedés*”, valamint az „*együttműködés hiánya, kirívó szabályszegés, nem megfelelő magatartás.*” Ez a definiálatlanság akkor válik problémává, ha következetlen intézményi gyakorlathoz vezet: az eset megítélésekor többen többféleképpen vélekednek ugyanarról a dologról, vagy különböző személyek esetében ugyanaz a viselkedés eltérő következményekkel jár, úgy, hogy azt a terápiás cél és módszer sem indokolja. Honnan lehet tudni, hogy a manipuláció – a nyilvánvaló viselkedés – szándékos-e? Agresszív-e a személy, ha káromkodik, ha fenyegetőzik, ha félelmet kelt másokban, vagy csak akkor, ha tetteleg bántalmaz valakit? Mi az együttműködés hiánya pontosan? Nem jár a foglalkozásokra? Nem szedi a gyógyszereket? Mit jelent a gyakorlatban „*a házirend tudatos, többszöri megsértése*”? Hány alkalommal kell megsértenie a házirendet, milyen mértékben, vannak-e ebben fokozatok, és honnan tudja a stáb, hogy tudatos volt-e a házirend megsértése? Legfőképpen, honnan tudja ezt a többi ellátott, akiknek általában alacsony elmeolvasási

(mind-reading)/mentalizációs kapacitása a kezelés egyik fontos területe, ugyanakkor fontos számukra a személyek/helyzetek között is méltányos bánásmód?

Egyértelmű kritériumként merült fel a „*párkapcsolat/szexuális kapcsolat kialakítása az intézményen belül*”, vagy a „*szerviselkedés használata*” (bentlakásos intézmények egyes típusainál) és a „*biztonság veszélyeztetése*”. A „*zárójelentés átvétele/kilépési dokumentumok aláírása*” válasz csupán formai szempontok szerint írja le a helyzetet.

A válaszadók a házirend/jogszabályi keretek említésén túl nem utaltak arra, hogy a terápiának egyéb időbeli korlátja lehet. Ezt indokolhatja, hogy a szenvedélybetegek általában nem egyetlen kezelés következtében épülnek fel, és a folyamat hosszú évekig tarthat. Ezzel a kérdéskörrel kapcsolatos említés a „*befejezett/sikeres terápia, többi esetben egyén, ill. esetfüggő*”. Mégis, ez nem azt jelenti, hogy egyetlen kezelési forma válik parttalaná; kérdés, hogy ezekben az esetekben az „*esetfüggő*” mit jelent?

### **Problémás, megoldásra váró helyzetek:**

- *KENYSZI-ütközés más ellátással (pl. hajléktalanok átmeneti szállója) – mert a hajléktalanok egy részének kifejezetten nagy szüksége volna szenvedélybeteg-ellátás igénybevételére is.*
- *„Szakember és/vagy forráshiány. A szakemberhiánnyal értelemszerűen együtt jár a kompetenciahiány.” – ez az eredmény a kérdőívek/interjúk más pontjain is megmutatkozott.*
- *„Van, hogy motivált lenne, de munkára hivatkozva kénytelen abbahagyni a kezelést.” – rendezetlen kérdés, hogy a szenvedélybetegség kezelése és a munkavállalás mennyire fér meg egymással; a munka világában a problémás szerhasználat kérdéseire nem találták meg a megfelelő válaszokat.*

### **E kérdés alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *Az ellátás során a szakember/team folyamatosan értékelje az előrehaladást. (Alacsonyküszöbű intézmények esetében a motiváció alakulását.) Egy-egy kezelés esetében legyenek ismertek az időkorlátok, párhuzamosan pedig biztosítottak az ellátási/terápiás forma személyi feltételei.*
- *Az intézmények – saját szakmai autonómiájuk megőrzése mellett – próbálják az ellátás igénybevételének/megszüntetésének kritériumait mind saját munkatársaik, mind a kliensek számára teljesen egyértelművé tenni, és következetesen alkalmazni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a megfigyelhető (viselkedéses) elemekre kell összpontosítaniuk.*
- *A munkahelyek támogassák, ha munkavállalójuk kezelésre motivált, és meg akarja oldani szerhasználati problémáját. A felépülő szenvedélybetegek a tapasztalatok szerint jól boldogulnak a munka világában. Ez a vállalati egészségpolitika/stratégia területére tartozó kérdés.*

## Fejlesztési javaslatok

A kérdőíves vizsgálat egyik elsődleges célja volt, hogy a szakma művelőinek véleményét megismerjük helyzetükről, munkájuk eredményességéről, az ellátórendszer érintő bizonyos kérdésekről, illetve a hatékonyságukat befolyásoló legfontosabb problémákról. Ezzel összefüggésben fogalmazhatták meg a válaszadók az ellátórendszer fejlesztésére vonatkozó legfontosabb javaslataikat. 24 intézményvezető osztotta meg véleményét, ezek mindegyikét felsoroljuk:

A válaszok között kiemelkedőként azonosítható a képzésekre, továbbképzésekre vonatkozó igény, kapcsolva ehhez a finanszírozás, a képzéseken való részvétel lehetőségének a megteremtését, vagy az ingyenes képzési lehetőségek biztosítását. A szociális szférában megjelenő képzési kötelezettség teljesítése több esetben ró szinte teljesíthetetlen feladatot az intézményekre és azok dolgozóira. Egyéb, nem a képzési elvárás (mennyiségi) teljesítésére irányuló, hanem az érdeklődési körnek megfelelő specifikus képzések elérhetősége kevésbé biztosított.

A másik markánsan megjelenő vélemény a humán erőforrással való ellátottságra vonatkozott: több intézmény képviselője utalt a szakemberlétszám növelésének szükségességére, ami nagymértékben hozzájárulhatna a leterheltség csökkentéséhez. Emellett történt néhány utalás a szakmai életpálya kialakítására, a bérhelyzet rendezésére, hiszen nem minden esetben a megfelelő szakember hiánya okozza a problémát, hanem az egyéb, jobb bérezési lehetőséget biztosító területek elszívó hatása, a pályaelhagyók arányának növekedése. A szakmai létszámmal kapcsolatos igények kifejeződése két esetben tartalmazott konkrétumot:

*„a szakmai létszámnormák harmonizálása szükséges lenne az 1/2000. SZCSM rendelet (pszichiátriai és szenvedélybetegek tartós bentlakást nyújtó intézményére vonatkozó minimumfeltételek) és a 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet (addiktológiai rehabilitáció minimumfeltételei) vonatkozásában”*

*„családterapeutára és pszichológusra több órában”*

A gyakran említett szegmensek között jelent meg az ellátórendszer bővítésére, területi kiegyenlítésére vonatkozó elvárás, mely az ellátórendszer egy-egy típusú szolgáltatáselemének fejlesztését tartaná kívánatosnak, akár területi szinten:

*„Csongrád megyében szükség lenne szenvedélybetegek bentlakásos otthonára.”*

*„az ellátás főváros-centrikus, az ellátatlan területek arányát kellene csökkenteni, minden városban legyen szenvedélybeteg ellátás, legalább nappali ellátás”*

*„terápiás lehetőségek növelése”*

*„Több rehabilitációs intézményre lenne szükség, így az addiktológiai kezelés után még intézményi keretek között maradnának a kliensek és csak utána kerülnének vissza az otthonukba.”*

*„Kevés az utógondozás lehetősége.”*

Olyan válasszal is találkozhatunk, amely az ellátatlan területek vonatkozásában jelöl meg létrehozandó intézménytípusokat, mind egészségügyi, mind szociális területen:

*„kettős diagnózisúak rehabilitációs intézménye, tinédzser lányok rehab intézménye, gyermek-addiktológiai járóbeteg ellátás”*

Az intézményrendszer átalakítására, fejlesztésére vonatkozó válaszok között azonban nem csak egy-egy ellátástípushoz kapcsolódó kapacitásbővítési igény jelentkezett. Többféleképpen is megjelent az ellátórendszeri elemek átjárhatóságának, integrációjának javítása, valamint a szakmán belüli és a szakmaközi együttműködések fontosságára is utaltak. Ez utóbbi hosszú ideje szerepet kap a szakmában tevékenykedők által megjelölt fejlesztendő területek között, ugyanakkor csak részben javítható külső megoldások, eszközök alkalmazásával. A megfelelő eszközökre vonatkozóan azonban megoszlanak a vélemények. Az együttműködés, integráció előmozdításával kapcsolatban szintén mindössze néhány esetben jelent meg konkrétum a válaszok között, azonban érezhető, hogy az egyes szférák, az egészségügyi és a szociális ellátórendszeri szereplők közötti jobb kommunikáció és együttműködés lehetősége úgy fogalmazódik meg a – jellemzően a szociális területen tevékenykedő – szakemberekben, mint a hatékonyság növelését elősegítő tényező. A jobb együttműködés kikényszerítését akár jogi szabályozás révén látná megoldottnak egy-egy válaszadó:

*„intézmények közötti átjárhatóság javítása”*

*„az egészségüggyel való együttműködés jogszabályi erősítése az egészségügyi ellátásra rótt kötelezettségekkel együtt”*

*„Javasolnám szorosabb együttműködés kiépítését az egészségügyi és szociális intézmények között, akár jogszabályi kötelezettség, előírás révén is.”*

*„Szakemberek és intézmények közötti együttműködés erősítése.”*

*„Integrált ellátó központok létrehozása. Több szolgáltatástípus egy intézményben való koncentrálása.”*

*„Egyszerre több, különféle típusú addiktológiai ellátóhelyet is igénybe vehessen a paciens.”*

*„Az addiktológiai osztályoknak távozáskor tájékoztatni kellene az ellátottakat a lakóhelyükön működő nappali, illetve közösségi ellátásokról.”*

*„A szociális szféra és az egészségügy kölcsönös együttműködésének erősítése.”*

Szinte természetesként jelentek meg a javaslatok között a finanszírozás bővítésére vonatkozó megjegyzések, ami jól tükrözi a terület alulfinanszírozottságát. A finanszírozás a korábbiakban bemutatott válaszok között is megjelent (béremelés, bérrendezés kérdése). Mindenképp reménykeltő, hogy a válaszadók nem csupán a



finanszírozási háttér növelésében látják a rendszer fejlődésének kulcsát. Az intézményi működés javítását egyéb módon lehetővé tevő, például infrastrukturális bővítésekre vonatkozó, néhány esetben konkrétumot is tartalmazó válaszok is születtek: *„Adott esetben új, szolgáltatáshoz igazodó intézmény építése, pl. ahol egy helyen van lehetőség egyéni konzultációra, csoportfoglalkozásokra, gyerekfoglalkoztatásra, szűrésre, orvosi tanácsadásra, alacsonyküszöbre, túcserére és közösségi, nappali programokra is.”* A támogatási háttér minőségének megítélése során mindössze egy tényezőt jelent a pénz mint eszköz, mint az adott jóléti területekre fordított kiadások egyik összetevője. A jogosultság, hozzáférés szabályozási alapjai, alapelvei, valamint a tervezhetőség szintén nem elhanyagolható kérdések. E problémás területekre a válaszadók is reagáltak, hiszen érkezett visszajelzés a finanszírozási alapelvek (*„Arányos és a tényleges szolgáltatás fenntartási költségekhez igazodó finanszírozás.”*, *„Reális, a fenntarthatóságot biztosító bázisfinanszírozás.”*) és a kiszámíthatóság (*„anyagilag kiszámíthatóbb jövőkép az intézmények/fenntartók részére (NRSZH Tevadmin-ütközések ésszerűsítése)”*) szegmenseivel összefüggésben is, melyek minden esetben az átláthatóságot, a jelenlegi bázisfinanszírozást kiigazító, a valós és emelkedő költségekhez idomuló támogatási logikát, valamint bizonyos értelemben a teljesítményalapú finanszírozást emelik ki. A finanszírozás vonatkozásában született válaszok nem csupán a normatív támogatás növelésére vonatkozóan jelentek meg. Több esetben az addicionális források bevonásának lehetőségére, a kapcsolódó feltételrendszerek bővítésére vonatkoztak, például az elérhető pályázatok számának növelését javasolták az intézmények mint a normatíva kiegészítésére, fejlesztésre, innovációra lehetőséget biztosító eszközt.

Bár a kérdés az ellátórendszer javítására irányult, a válaszadók több esetben az ellátások tartalmával, az intézmények felkészültségével, az ellátási struktúrát és irányvonalakat meghatározó koncepcionális és stratégiai kérdésekkel kapcsolatos elégedetlenségüket, illetve szükségleteiket fejezték ki. Mint alapvetően átgondolandó és változtatásra szoruló alapelv jelent meg a drogfogyasztás dekriminalizálásának igénye, valamint az alkoholstratégia kialakítására vonatkozó felhívás. Ez az eredetileg feltett kérdéshez kevésbé igazodó, ám a szakemberek elégedetlenségét tápláló markáns, szinte általánosnak mondható nézetet fejez ki. Az ellátások különböző tartalmi kérdéseire vonatkozó válaszok számos fejlesztendő, az ellátórendszer hatásosságát és hatékonyságát befolyásoló területet vetnek fel, és mind az alap-, mind pedig a szakosított ellátások vonatkozásában esetleges működési problémákat jeleznek:

*„Nincsenek meg a detoxifikálás lehetőségei, a pszichiátriai osztályok, addiktológiák számtalan alkalommal utasítják el azokat a szerhasználókat, akik segítséget kérnek a rehabilitációs terápia megkezdése előtt.”*

*„a designer drogok használatával együtt járó pszichotikus zavarok kezelésére nincsenek felkészülve a terápiás intézetek”*

*„Megelőzési, beavatkozási lehetőségek fejlesztése. Fokozott szűrési lehetőségek kiépítése.”*

*„Nem mindenki vállalja nyíltan a függőségét, ezért a szakorvosi javaslat beszerzése nehézségekbe ütközik, ami feltétele a felvételnek.”*

*„betegségtudatra épülő stabil koncepció kialakítása”*

*„A gyógyszeres ellátástól inkább a terápiás irányba való eltolódás.”*

*„Szabad a mozgás az addiktológiai osztályokon, és nagyon sokan már ott kimennek italt vásárolni (ezt ellátottaktól tudjuk), szigorúbb felügyeletet kellene biztosítani.”*

Két területen jelenik meg további igény az intézmények képviselői körében. Az egyik a lakosság bevonásának, érzékenyítésének szükségessége – a válaszadó szerint ez az ellátórendszer javításának egyik kulcsa:

*„A szakmai munka nagyobb sajtója, megjelenése médiumokban, közlése a lakosság felé, destigmatizáció, az előítéletek csökkentése mind a szakma, mind pedig az ellátotti csoport részéről. A szakterület társadalmi megítélésnek javítása, menedzselése, piárja.”*

Kiemelésre került továbbá több válaszban nem csupán az egyes szférák és szakmák közötti együttműködés javítására, hanem a döntéshozók és az ellátórendszer szereplőinek közelítésére utaló igény. Ez a két szegmens közötti világos és kölcsönös kommunikációra, a szolgáltatók döntéselőkészítési folyamatokba történő bevonására, illetve a szakpolitikai megalapozottságú döntéshozatal fontosságára hívta fel a figyelmet:

*„ne legyen politikai befolyás a szakmai – szakmai döntéshozó – munkába”*

*„professzionálisabb tájékoztatás felénk (szakmai irányelvek, elvárások stb.)”*

*„az engedélyező szervek szakmai elvárásokat konkretizáló kiadványai egyértelműbbek legyenek (beszámolók, kérdőívek stb.), szakemberek bevonása a döntéshozatalba (állami szinten)”*

Megjegyzendő, hogy bár utalás történt a válaszok között a szolgáltatási teljesítmény és a finanszírozás összekapcsolására – igaz, mindössze néhány esetben – a minőségbiztosítás, mint konkrét ajánlás, valamint az ellátórendszer tevékenységére pozitívan ható elem mindössze egy alkalommal szerepelt a válaszok között.

### 3.3. Az ellátórendszer SWOT-elemzése

B. ERDŐS MÁRTA

Az ellátórendszerre vonatkozó online kérdőíves vizsgálatban a válaszadókat egy SWOT-elemzés elvégzésére is felkértük. Bár tapasztalataink szerint a válaszokban általában összemosisdik az erösségek és a lehetőségek (a „jó”), valamint a gyenge pontok és a külső veszélyek bemutatása (a „rossz”), az ellátórendszer működésének áttekintése során e kérdések megkerülhetetlenek. A kérdéseket a következő formában tettük fel:

*Melyek az intézmény BELSŐ erösségei, kifejezett pozitívumai?*

*Melyek az intézményen BELÜLI gyengeségek?*

*Mi a véleménye, milyen, az intézményen KÍVÜLI, attól független pozitív fejlemények, mutatkozó lehetőségek vannak?*

*Mi a véleménye, milyen, az intézményen KÍVÜLI, attól független negatív fejlemények, veszélyeztető tényezők vannak?*

A válaszadók közül (n=113) ezekre a kérdésekre nem válaszolt mindenki. Összesen 61 válasz érkezett, ebből 47 a szociális és 14 az egészségügyi ellátás területéről. A válaszokat tematikus tartalomelemzésnek vetettük alá. A tartalomelemző szoftver segít abban, hogy az elemzés eredményei áttekinthetőbben álljanak rendelkezésre, és ez a rendszerezettség egy kvalitatív kutatás során sikeresen megóvhatja a kutatót az önkényes értelmezésektől. Az alacsony elemszám és a minta sajátosságai miatt az alább megfogalmazott értelmezések tentatívák, egyéb, a kutatás során nyert adatok segítségével tudunk érvényesebb következtetésekre jutni. A kódok egy-egy téma rövid nevét jelentik; magát a témát, azaz a kód tartalmát minden kód esetében ismertetjük.

#### Erösségek

A válaszadók által említett erösségek alapján az alábbi kódokat alakítottuk ki:

1. *alapvető követelmény*: a válaszadó alapvető követelményt tekint erösségnek
2. *család bevonása*: családtag bevonásával végzett terápia
3. *egyházi*: az egyházi kötődés erösségként jelenik meg.
4. *elérhetőség*: a szokásos időkereteken túl, vagy speciális szintéren nyújtott ellátás
5. *felépülők*: a felépülők, józan közösségek bevonódása mint az ellátás erössége
6. *foglalkoztatás*: valamilyen foglalkoztatási program, munkaerő-piaci kapcsolódás
7. *hivatástudat*: mint az intézmény erössége
8. *innováció*: kreativitás, újítás stb.
9. *integrált*: az ellátás integrációjára, komplexitására, változatosságára is utalhat
10. *jó vezetés*: a vezetőre, a menedzsmentre vonatkozik
11. *kis létszám*: az ellátás erössége a családias légkör, a kliensek kis száma
12. *kontextuális*: a környezettel eleven kapcsolatokra törekvő, közösségi jellegű
13. *központi*: az ellátás területi elhelyezkedésére utal
14. *külső együttműködés*: intézményen, sőt ellátórendszeren kívüli partnerek

15. *multiprofesszionális*: több szakterület hatékony együttműködése  
 16. *nincs*: nincs erőssége  
 17. *specifikum*: valamilyen sajátos, különleges ellátási forma  
 18. *spirituális*: vallási vagy nem vallási értelemben vett spirituális orientáció (az „egyház” szervezeti keretekre utal)  
 19. *szakmai felkészültség*: magas szintű, különleges szaktudás (a képzettség említése önmagában alapvető követelményként kerül kódolásra)  
 20. *tapasztalat*: számottevő tapasztalat az ellátás terén  
 21. *team-munka*: színvonalas csapatmunka

13. táblázat: A SWOT-analízis során erősségként megjelenő kódok és azok előfordulási gyakorisága a szöveges válaszokban (db)

<b>Codes</b>	<b>Totals</b>
<i>alapvető követelmény</i>	33
<i>család bevonása</i>	3
<i>egyházi</i>	3
<i>elérhetőség</i>	2
<i>felépülők</i>	5
<i>foglalkoztatás</i>	4
<i>hivatástudat</i>	3
<i>innováció</i>	10
<i>integrált</i>	11
<i>jó vezetés</i>	4
<i>kis létszám</i>	3
<i>kontextuális</i>	9
<i>központi</i>	2
<i>külső együttműködés</i>	13
<i>multiprofesszionális</i>	3
<i>nincs</i>	1
<i>specifikum</i>	6
<i>spirituális</i>	2
<i>szakmai felkészültség</i>	15
<i>tapasztalat</i>	5
<i>team-munka</i>	8
<b>Totals</b>	<b>145</b>

#### 1. *alapvető követelmény*

A táblázatból jól látható, és súlyos problémákat jelez, hogy az intézmények egyfajta erősségüknek a munkájukhoz szükséges alapvető feltételek pusztá teljesülését, teljesítését tekintik, így például

- a foglalkozások megszervezését,
- az ellátáshoz megfelelő épületet, bútorokat, infrastruktúrát,
- a jogszabályoknak megfelelő működést,
- azt, hogy a segítő szakképzett, kompetens, empatikus, diszkrét,
- azt, hogy a segítség középpontjában a kliens/ellátott áll, akinek egyedi igényeire az intézmény képes válaszokat találni,
- valamint azt, ha a kezelés az állapotnak megfelelő.

Ebből akár arra is következtethetünk, hogy mindezek teljesítése/teljesülése ma annyira nehezített, hogy komoly teljesítményként jelenik meg az elvárható minimum teljesülése. Alternatív magyarázatként felmerülhet, hogy az elvárt minimumon túl nincsenek további ambíciói az intézmények munkatársainak. Ezt a kérdést további, az interjúkból nyert adatok bevonásával, és a kérdőívből nyert egyéb adatok segítségével tudjuk megválaszolni a későbbiekben. Az alábbi idézetek támasztják alá ezeket a megállapításokat:

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:10 (25:25)  
Codes: [alapvető követelmény]

*A terápiás jellegű foglalkozások szervezése.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:13 (27:28)  
Codes: [alapvető követelmény]

*megfelelő terek állnak rendelkezésre a csoportfoglalkozásokhoz, technikai eszközök jelenléte – pl. filmklub lebonyolításához*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:19 (32:32)  
Codes: [alapvető követelmény]

*ellátott-központú segítés*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:21 (36:36)  
Codes: [alapvető követelmény]

*minőségirányítási rendszer működtetése*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:22 (36:36)  
Codes: [alapvető követelmény]  
[team-munka]

*szakképzett, összeszokott munkaerő*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:28 (42:43)  
Codes: [alapvető követelmény]

*– megfelelő létszámú és képzettségű szakorvosi ellátottság*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:30 (44:45)  
Codes: [alapvető követelmény]

*szakképzett szakdolgozói személyzet*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:38 (58:59)  
Codes: [alapvető követelmény]

*problémafelismerő képesség, megoldási szándék · jó helyzetfelismerő képesség*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:43 (63:63)  
Codes: [alapvető követelmény]

*A jogszabályi előírásoknak, valamint a szakmai irányelveknek való megfelelés.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:52 (72:73) Codes: [alapvető követelmény]	<i>Pszichiátriai betegségek komplex (farmako-, szocio- és pszichoterápiás) kezelése, állapotuknak megfelelő szinten.</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:60 (78:78) Codes: [alapvető követelmény]	<i>– törvényes, szakszerű tevékenység – szilárd jogi alapok, háttér</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:63 (79:79) Codes: [alapvető követelmény]	<i>empátia, szociális érzékenység</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:79 (102:103) Codes: [alapvető követelmény]	<i>a tapasztalatok feldolgozása</i>

## *2. család bevonása: családtag bevonásával végzett terápia*

Az addikció családi betegség, a szerhasználati zavar pedig a családi élet működésének zavarait tükrözheti. A táblázatból kiolvasható nagyon alacsony említésszám jelezheti, hogy az ellátásnak ez a szegmense fejlesztésre szorul. Ráadásul az egyik válasz nem utal terápiás szintű megközelítésre, inkább csak a kapcsolattartás pusztá tényét olvashatjuk ki belőle.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:20 (32:33) Codes: [család bevonása]	<i>hozzátartozó-csoportok</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:86 (115:116) Codes: [család bevonása] [kontextuális] [külső együttműködés]	<i>Szoros együttműködés a közösségi ellátó rendszerrel, háziorvosi szolgálattal, házi gondozókkal. Szoros kapcsolattartás a betegekkel és hozzátartozóikkal.</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:99 (149:152) Codes: [család bevonása] [integrált]	<i>Fekvőbeteg-ellátás keretén belül akut és rehabilitációs ágyakon kezeljük a pacienseket, akik motiváció esetén a nappali addiktológiai kórházban gyógyulnak tovább. Lehetőség van ezeken kívül szakambulanciánkon történő járóbeteg gondozásra, után-követésre is. Több családterapeuta dolgozik együtt, így rendszeresen folynak családterápiák is az addiktológiai betegekkel.</i>

## *3. egyházi*

Néhány esetben az egyházi kötődés erősségként jelenik meg, értékrendet, életcél, közösséghez való tartozást biztosít. Az említések száma itt sem magas.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:96 (138:138) Codes: [alapvető követelmény] [egyházi]	<i>Támogató légkör, egyházi háttér, jó szakmai stáb.</i>
---	--

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:97 (139:141)  
Codes: [alapvető követelmény]  
[egyházi] [integrált] [külső együttműködés]  
[multiprofessionális] [szakmai felkészültség]

*team-munka, közösségi tevékenység, multidiszciplináris team, missziós szemlélet, sokrétű szolgáltatás biztosítása, problémákra történő azonnali reagálás, pasztorálkonzultáció (magyarországi domonkos rend), esetmegbeszélés, szupervízió munka-társak részére, társintézményekkel való szoros kapcsolat*

#### 4. elérhetőség

A szokásos időkereteken túl, vagy speciális szintéren/módon nyújtott ellátás. Kérdés, hogy a „*rendelési időn túl*” mit jelent pontosan? A terápiás keretek átlépése az addiktológia területén (is) veszélyes; azonban a válaszadó az átlagos, szokásos rendelési időhöz képest alternatív időszámban nyújtott szolgáltatásra is utalhatott. Megjelent a szolgáltatásszervezés egy visszatérő problémája is: egy bajban lévő személynek egyszerre több, a szociális ellátórendszer eltérő szegmenseiben kezelt problémája lehet. (Az egészségügyben ez mint a kettős diagnózis kérdésköre ismert.)

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:1 (8:8)  
Codes: [elérhetőség]

*Rendelkezésre állás rendelési időn túl.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:32 (47:48)  
Codes: [elérhetőség]

*Hosszú nyitvatartásunk lehetővé teszi a szenvedélybetegek számára (sokszor hajléktalanok) a pszichés kezelés mellett a fizikai ellátásukat is (mosási, főzési lehetőség).*

#### 5. felépülők

A felépülők, józan közösségek bevonódása kivétel nélkül úgy jelenik meg, mint az ellátás erőssége. Ez a szociális tanulás lehetősége, a modellhatás kiaknázása miatt fontos forrás. Fontosságához képest viszonylag kevés alkalommal említették, feltehetőleg azért, mert ezeknek a tapasztalati szakértőknek az alkalmazása idegen az ellátórendszer jogszabályi-adminisztratív kereteitől.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:54 (162:163)  
Codes: [felépülők] [jó vezetés] [kontextuális]  
[külső együttműködés] [specifikum]

*Az osztály szakmai vezetésének (szakmai team) elkötelezettsége a Minnesota-modellben). A helyi és a környékbeli AA csoportok aktívan közreműködnek az osztály munkájában.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:75 (96:97)  
Codes: [felépülők]

*A kerületben egyedüli intézményként végezzük szenvedélybetegek nappali ellátását, és adunk otthont számos, a fővárosban csak nálunk működő önszorgató csoportnak.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:82 (107:107)  
Codes: [felépülők]

*sorstárs közösség, tapasztalati szakemberek munkája*

## 6. foglalkoztatás

Valamilyen foglalkoztatási program, munkaerőpiaci kapcsolódás nélkül aligha képzelhető el a sikeres reintegráció, ugyanakkor az említések száma itt is nagyon alacsony. Elképzelhető, hogy e formák ösztönzésére volna szükség.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:69 (83:83)  
Codes: [foglalkoztatás]

*szociális foglalkoztatás nyújtása*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:73 (94:96)  
Codes: [alapvető követelmény]  
[foglalkoztatás] [kontextuális]

*Erősségünk a szermentesség, majd a józanság elérését és megtartását, valamint a társadalomba és a szűkebb környezetbe való visszailleszkedést, a munkavállalást és az életminőség megtartását, és/vagy lehetőség szerint javítását (...).*

## 7. hivatástudat

A hivatástudat mint az intézmény erőssége szükséges, de nem elégséges feltétele a munkának. Mivel e fogalom jelentése nagyon tág határok között változik, érdemes lenne egy külön kutatásban vizsgálni, ki mit ért pontosan hivatástudat alatt, mert a parttalan, kodependens segítéstől a kliensei fejlődése iránt elkötelezett, élethosszig tartó tanulásra motivált segítőig változhat a kép. Az alacsony számú említés tartalmilag egyértelműen a második, szakmaisággal ötvöződő interpretáció felé mutat.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:33 (49:49)  
Codes: [hivatástudat] [multiprofessionális]

*Elhivatott munkatársak, multidiszciplináris team, ellátási területek közötti együttműködés.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:53 (74:75)  
Codes: [hivatástudat] [szakmai felkészültség]  
[team-munka]

*humán erőforrás, hivatástudat, csapatszellem*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:95 (137:137)  
Codes: [alapvető követelmény] [hivatástudat]

*elhivatottság, szakértelem, hitelesség*

## 8. innováció

E kód tartalmi közepes gyakorisággal fordulnak elő. Az addiktológiai ellátások többségében valamilyen formában jelen van a pszichoterápiás orientáció és a megoldásközpontú gondolkodás (s ez önmagában feltételezi a pozitív változásra összpontosítást). Egyetlen esetben jelenik meg a kutatói felkészültség, kapcsolódás, egy másik esetben pedig az újítás (az ingyenes jogi tanácsadás bevezetése) kedvező háttérre éppen az intézményi keretek stabilitása, biztonsága.



P 1: SWOT Erősség.txt - 1:62 (79:79) Codes: [innováció]	<i> folyamatosan „növekvő eredmények”</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:72 (93:93) Codes: [alapvető követelmény] [innováció] [team-munka]	<i> Team munka, kutatás, szaktudás.</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:77 (101:101) Codes: [innováció]	<i> Rugalmasság, kreativitás.</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:85 (110:111) Codes: [innováció] [kis létszám] [tapasztalat]	<i> intézményi keretek 15 év alatt nem változtak, ezért pl. aki 10 éve járt nálunk, annak is könnyű az intézmény szolgáltatásait elérni; kiegészítettük a szolgáltatást ingyenes jogi tanácsadással, családias légkör</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:91 (125:127) Codes: [innováció] [kontextuális] [külső együttműködés] [szakmai felkészültség]	<i> Nagyon rugalmasak vagyunk, nem félünk változtatni egy-egy programon. Folyamatosan új módszereket, technikákat próbálunk ki. Szívesen dolgozunk bárkivel, aki szívesen együttműködik velünk. Nyitottak vagyunk. A kollégák pozitív életszemléletűek, amivel motiválják ügyfeleinket.</i>

## *9. integrált*

Az ellátás integrációjára, komplexitására, változatosságára, a rendszerszemlélet alkalmazására szintén viszonylag gyakran utaltak a válaszadók. A források összekapcsolása képességének nagy a jelentősége, egyfelől az emberi élet komplexitása követeli meg, másfelől a rendelkezésre álló segítői források hatékonyabb kihasználása válik lehetővé.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:5 (10:12) Codes: [integrált]	<i> Ezen felül az intézmény integrált formában működik, mely segíti, hogy a kliens számára a leghatékonyabban tudjunk közreműködni egyéb szolgáltatások bevonásával.</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:57 (157:158) Codes: [integrált] [kontextuális] [specifikum]	<i> terápiás közösség, élményterápiák, jó szakmai team, komplex szolgáltatások</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:65 (80:80) Codes: [integrált]	<i> – ellátórendszerben való gondolkodás</i>
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:88 (119:120) Codes: [integrált] [külső együttműködés]	<i> Jelzőrendszer erőssége, együttműködés, integrált intézményként több alapszolgáltatást biztosítunk. Integrált</i>

*intézmény részeként működve a szociális szolgáltatás, ellátás egységes rendszert alkot.*

### *10. jó vezetés*

A viszonylag ritka előfordulás mögött feltehetően az áll, hogy a kérdőíveket többnyire az intézményvezetők töltötték ki. Így nem is közvetlenül a vezetésre, vezetőre utaltak, inkább a szervezeti kultúra sajátosságaira, forrásszerző tevékenységre.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:39 (58:58)  
Codes: [jó vezetés]

*jó intézményi menedzsment*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:54 (162:163)  
Codes: [felépülők] [jó vezetés] [kontextuális]  
[külső együttműködés] [specifikum]

*Az osztály szakmai vezetésének (szakmai team) elkötelezettsége a Minnesota-modellben). A helyi és a környékbeli AA csoportok aktívan közreműködnek az osztály munkájában.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:78 (102:102)  
Codes: [innováció] [jó vezetés]

*szervezeti kultúra hagyományörzése és rugalmassága, nyitottság az innovációkra, szakemberek*

### *11. kis létszám*

Az ellátás erőssége a családias légkör, a kliensek kis száma – az ellátás típusához kötődő, az intenzív reszocializációt lehetővé tévő erősség.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:24 (38:38)  
Codes: [alapvető követelmény] [kis létszám]  
[külső együttműködés]

*Kis létszám, egyéni bánásmód, jó kapcsolat a szakmai szervezetekkel.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:94 (135:135)  
Codes: [kis létszám] [specifikum] [spirituális]

*Azonos hitvallású munkatársak, terápiás közösségi modell, családias, elfogadó légkör.*

### *12. kontextuális*

A környezettel eleven kapcsolatokra törekvő, közösségi jellegű ellátórendszerek előnye mind a kliens, mind a szolgáltató számára megmutatkozhat az attitűdformálásban, az erőforrások növekedésében, és a kliensek jobb, hatékonyabb elérésében, a reintegráció (lakhatás, munkavállalás) megoldásában. (Ez a kód részleges tartalmi átfedésben van az „integrált” kóddal, ott azonban a szolgáltatás jellege az elsődleges szempont, míg itt a közösségi gondolkodásmód.)

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:3 (8:9)  
Codes: [kontextuális]

*A beteg követése a mindennapi környezetében.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:17 (31:31)  
Codes: [kontextuális]

*A rendszerszemléletű segítő tevékenység előnyben részesítése.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:73 (94:96)  
Codes: [alapvető követelmény]  
[foglalkoztatás] [kontextuális]

*Erősségünk a szermentesség, majd a józanság elérését és megtartását, valamint a társadalomba és a szűkebb környezetbe való visszailleszkedést, a munkavállalást, és az életminőség megtartását, és/vagy lehetőség szerint javítását (...).*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:86 (115:116)  
Codes: [család bevonása] [kontextuális]  
[külső együttműködés]

*Szoros együttműködés a közösségi ellátó rendszerrel, házi orvosi szolgálattal, házi gondozókkal. Szoros kapcsolattartás a betegekkel és hozzátartozóikkal.*

### *13. központi*

A válaszadók szerint a földrajzi értelemben vett elérhetőség fontos erősség lehet; ez azonban nyilván ellátás-specifikus, bentlakásos terápiás intézmény esetében a kliensek számára kevésbé döntő szempont.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:12 (27:27)  
Codes: [központi]

*központi helyen elérhető*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:93 (133:133)  
Codes: [felépülők] [központi]

*önsegítő csoportok létre jöttének motiválása, város központjában vagyunk megtalálhatók*

### *14. külső együttműködés*

Ez a gyakran előforduló kód is a kapcsolatrendszerre utal, a szervezeti (integrált) és a közösségi kapcsolatokon túl a kifejezetten intézményközi együttműködőkre. Szerepe hasonló: forrásokat biztosít a szakmai megújuláshoz, fejlődéshez.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:42 (60:61)  
Codes: [külső együttműködés]

*civil és egyházi szervezetekkel, oktatási intézményekkel való rendszeres kapcsolat*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:48 (66:68)  
Codes: [külső együttműködés]

*Együttműködésre való törekvés a város szociális és egészségügyi intézményeivel, szolgáltatóival. Már kiépült együttműködések megtartása.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:86 (115:116)  
Codes: [család bevonása] [kontextuális]  
[külső együttműködés]

*Szoros együttműködés a közösségi ellátórendszerrel, házi orvosi szolgálattal, házi gondozókkal. Szoros kapcsolattartás a betegekkel és hozzátartozóikkal.*

### 15. multiprofesszionális

Ez a kód az együttműködések, a kapcsolati hálózat mellett a szükséges szaktudások elérhetőségére is utal. Viszonylag kevésszer említették, kérdés, nem éppen azért-e, mert az addiktológia területén aligha elképzelhető másféle munkamód.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:33 (49:49)  
Codes: [hivatástudat] [multiprofesszionális]

*Elhivatott munkatársak, multidiszciplináris team, ellátási területek közötti együttműködés.*

### 16. nincs

Egyetlen válaszban jelent meg.

### 17. specifikum

Valamilyen sajátos, különleges ellátási forma, modellprogram, speciális csoportok elérése, az azonos hitvallás, vagy a felépülőkkel való különleges, szoros kapcsolat került említésre mint erősség. Egy esetben a válaszadó azt jelezte, hogy ők a területen az egyedüli ellátók.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:44 (63:64)  
Codes: [specifikum]

*Modellkísérleti programban való részvétel.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:57 (157:158)  
Codes: [integrált] [kontextuális] [specifikum]

*terápiás közösség, élményterápiák, jó szakmai team, komplex szolgáltatások*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:74 (96:97)  
Codes: [specifikum]

*A kerületben egyedüli intézményként végezzük szenvedélybeteg nappali ellátását, és adunk otthont számos, a fővárosban csak nálunk működő önszorgató csoportnak.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:94 (135:135)  
Codes: [kis létszám] [specifikum] [spirituális]  
P 1: SWOT Erősség.txt - 1:98 (143:145)  
Codes: [kontextuális] [specifikum]  
[tapasztalat]

*Azonos hitvallású munkatársak, terápiás közösségi modell, családias, elfogadó légkör. Több mint 20 éves tapasztalat, amellyel megszerzett társadalmi bizalom alapján, egészségmegőrző, preventív, alacsony-küszöbű szolgáltatásunkkal kifejezett célcsoportokból tudunk meríteni, speciális csoportokat érünk el.*

### 18. spirituális

A ritka említések háttérében lehet az a tényező is, hogy a hazai szakmai diskurzusnak a spiritualitás tárgyalása egyelőre kevéssé része; ha megjelenik, általában a vallásossággal keveredik.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:90 (122:122) *megtartó erő, spirituális szemlélet, közösségi elvek, vállvettség, kemény szeretet*  
Codes: [kontextuális] [spirituális]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:94 (135:135) *Azonos hitvallású munkatársak, terápiás közösségi modell, családias, elfogadó légkör.*  
Codes: [kis létszám] [specifikum] [spirituális]

### *19. szakmai felkészültség*

Csak akkor került így kódolásra a tartalom, ha a beszélő ennek magas szintjére vagy különleges minőségére utalt. Előfordulása magas, de fele az „*alapvető feltétel*” kód előfordulásának. Megjelenik a képzés, továbbképzés, szupervízió – mind a szakmai felkészültség fontos forrása.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:18 (32:32) *Rendszeres belső képzések, tréningek, szupervízió.*  
Codes: [szakmai felkészültség]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:27 (41:41) *Szakembergárda, képzésekben való részvétel.*  
Codes: [alapvető követelmény] [szakmai felkészültség]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:47 (66:66) *Belső továbbképzések biztosítása.*  
Codes: [szakmai felkészültség]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:53 (74:75) *humán erőforrás, hivatástudat, csapatszellem*  
Codes: [hivatástudat] [szakmai felkészültség] [team-munka]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:61 (78:79) *magas szinten képzett szakembergárda*  
Codes: [szakmai felkészültség]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:80 (106:106) *Kitartó, szakmailag felkészült munkatársak.*  
Codes: [szakmai felkészültség]

### *20. tapasztalat*

A tapasztalati tanulás a hazai addiktológia fejlődése szempontjából meghatározó. A szakembereknek évtizedes lemaradásokkal kellett megküzdeni, és a nyugati modellek, elgondolások nem mindegyike működött hazánkban. A tapasztalati tanulás hasznosan egészítheti ki a szakember más forrásokból származó felkészültségeit.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:45 (64:64) *Közel 15 éves szakmai tapasztalat az intézmény működésére vonatkozóan.*  
Codes: [tapasztalat]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:49 (69:69) *tradíció, szakembergárda, elhelyezkedés*  
Codes: [foglalkoztatás] [szakmai felkészültség] [tapasztalat]

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:98 (143:145)  
Codes: [kontextuális] [specifikum]  
[tapasztalat]

*Több mint 20 éves tapasztalat, amellyel megszerzett társadalmi bizalom alapján, egészségmegőrző, preventív, alacsony-küszöbű szolgáltatásunkkal kifejezett célcsoportokból tudunk meríteni, speciális csoportokat érünk el.*

## 21. Team-munka

Ez a tartalom viszonylag gyakran megjelenik, ami nem is csoda, hiszen a hatékony addiktológiai ellátás egyik alapeleméről van szó; a szenvedélybeteg ennek hiányában az ellátórendszert is „használja”. Ez az abúzus egyfelől tönkreteszi az intézményt, másfelől rontja a kliens állapotát.

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:4 (10:10)  
Codes: [team-munka]

*A csapatmunka az intézményünk belső erőssége elsősorban.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:6 (19:19)  
Codes: [team-munka]

*team-munka*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:11 (26:26)  
Codes: [team-munka]

*A szakemberek összetartása, együttes munkája.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:22 (36:36)  
Codes: [alapvető követelmény]  
[team-munka]

*Szakképzett, összeszokott munkaerő.*

P 1: SWOT Erősség.txt - 1:59 (77:77)  
Codes: [alapvető követelmény]  
[team-munka]

*Munkatársak kiváló együttműködése, megfelelő jártasság, tudás a szenvedélybetegségek világában.*

## Gyengeségek

A kódokat itt is a felmerülő témák határozták meg (induktív, kvalitatív tartalomelemzés). A válaszadók – mint azt már jeleztük – nem tettek igazi különbséget a belső és külső tényezők között. Az alábbiakban közöljük a kódok listáját, rövid magyarázattal kiegészítve, ahol ez szükséges:

- 1. elkülönültség:* az intézmények között, az ágazatok között, a szakemberek csoportjai között, és a helyi közösségtől
- 2. felépülőhiány:* a felépülő mint szerepmódel hiányzik a rendszerből
- 3. forráshiány:* a humán erőforrás hiánya, az alulfinanszírozottság, az infrastruktúra hiányosságai
- 4. infrastruktúra*
- 5. kiegész*
- 6. nincs*
- 7. struktúra:* szabályozás, intézményrendszer

- 8. szakemberhiány
- 9. szakképzés problémái
- 10. utógondozás
- 11. várólista
- 12. vezetés problémái

Az alábbi gyakorisági táblázatból látható, hogy a legnagyobb gyengeségnek a szakemberhiányt, ezt követően az általánosabb értelemben vett forráshiányt, és az infrastruktúra problémáit nevesítették, továbbá megjelentek a strukturális problémák is.

14. táblázat: A SWOT-analízis során gyengeségként megjelenő válaszok tartalomelemzésekor alkalmazott kódok és azok előfordulási gyakorisága a szöveges válaszokban (db)

Codes	Totals
<i>elkülönültség</i>	7
<i>felépülõhiány</i>	2
<i>forráshiány</i>	13
<i>infrastruktúra</i>	12
<i>kiegés</i>	2
<i>nincs</i>	4
<i>struktúra</i>	11
<i>szakemberhiány</i>	22
<i>szakképzés problémái</i>	4
<i>utógondozás</i>	1
<i>várólista</i>	1
<i>vezetés problémái</i>	2
<b>Totals</b>	<b>81</b>

### 1. *elkülönültség*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:10 (39:41)

Codes: [elkülönültség]

[szakemberhiány]

[szakképzés problémái]

*a gondozási feladatok a járóbeteg-ellátásban a szakképzett személyzet hiányában nehezítettek, szakképzési feltételrendszer nehezíti a szakdolgozók pótlását, a pszichiátriai rehabilitáció és a járóbeteg-ellátás közti távolság nehezítheti a szorosabb együttműködést*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:18 (67:68)

Codes: [elkülönültség] [infrastruktúra]

*elavult, régi épület, alacsony rendezvénykapacitás, szervezeten belüli belső kommunikáció hiánya, intézmények közti rendszeres kommunikáció hiánya*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:33 (99:100)

Codes: [elkülönültség]

*Kevés az együttműködés kapcsolódó ágazatokkal, egyházi és civil szervezetekkel.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:36 (104:105)  
Codes: [elkülönültség]

*Az ellátások nincsenek központi helyen, így bár elérésük nem okozhat gondot tömegközlekedéssel sem, mégsem tud bekapcsolódni hatékonyan a város körforgásába.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:41 (112:112)  
Codes: [elkülönültség]

*A kliensek összetett problémáinak megoldásában való időnkénti különböző látásmódok.*

## *2. felépülőhiány*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:1 (9:9)  
Codes: [felépülőhiány]

*Betegségspecifikus önszegítő csoportok nincsenek a rendelő keretein belül.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:50 (133:137)  
Codes: [felépülőhiány] [struktúra]  
[szakemberhiány] [szakképzés problémái]

*4 hónapja nincs adminisztrátor. Műszakonként 1 nővér van mindössze (nagyon alacsony az ápolók száma). A nővérek mind elméletben, mind gyakorlatban képtelenek a szenvedélybetegek ellátásában, saját élményes munkatárs (20 éves józan) 5 hónapja szívességből dolgozik az osztályon. Az intézmény vezetősége szóban támogatja a programot, valójában azonban egyértelműen hátráltatják a munkánkat.*

## *3. forráshiány*

E gyakori kód általános megfogalmazásra utal. Kapcsolódik az infrastruktúra hiányosságaihoz, az ágazaton belüli (minőségi, jól képzett) munkaerőhiányhoz és strukturális, munkaszervezési problémákhoz egyaránt.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:7 (28:29)  
Codes: [forráshiány] [szakemberhiány]

*Anyagi nehézségek miatt a munkatársak továbbképzése, illetve a szupervízió nem megoldott. Megfelelő munkatárs megtalálása (kevés a szakképzett).*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:13 (48:49)  
Codes: [forráshiány] [infrastruktúra]  
[szakemberhiány]

*kicsi az épületünk, kevés forrásból gazdálkodunk, nehéz stabil, képzett, elkötelezett és motivált közösségi gondozót találni*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:14 (52:56)  
Codes: [forráshiány] [struktúra]

*a szociális ellátórendszer finanszírozási elégtelensége; a szociális ágazat érdekérvényesítő képessége, presztízse gyenge; a szociális szakma megbecsültségének hiánya, mely kihat az intézmény dolgozóira; a képzésekre,*



*továbbképzésekre fordítható forrás csökken; az ellátási harmonizáció nem teljes az egészségügyi és a szociális ágazat között; jogszabályi módosítások gyakorlati alkalmazása esetenként nehézségekbe ütközik*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:15 (58:62)  
Codes: [forráshiány] [infrastruktúra]  
[struktúra] [várólista]

*Infrastrukturális feltételek, tárgyi eszközök, berendezések hiányosságai; magas várólista; gazdálkodási függetlenség-hiány az ellátáshoz; a megfelelő támogatás (anyag) hiányzik. Leterheltség, néha kommunikációs problémák. Addiktológiai osztály hiánya.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:23 (80:80)  
Codes: [forráshiány] [struktúra]

*Bürokratikus működési rend, alulfinanszírozás.*

#### *4. infrastruktúra hiányosságai*

Az egyik leggyakoribb kódnak bizonyult, és ennek (is) megfelelően számos más kóddal áll kapcsolatban: a válaszadók az épületek rossz állapotát, hiányosságait, a fenntarthatóság bizonytalanságait, a gépjármű-ellátottságot jelezték súlyos problémaként.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:8 (32:35)  
Codes: [elkülönültség] [infrastruktúra]  
[szakemberhiány] [utógondozás]

*Csoportszoba hiánya, mentálhigiénés szakember hiánya, pszichológus hiánya. Terápiás szakemberek alkalmazásának hiánya, szupervízió hiánya, az ellátottak visszavezetése a munka világába. Az intézményegységek elkülönülve végzik munkájukat, az együttműködés olykor esetleges.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:12 (44:45)  
Codes: [infrastruktúra]

*Infrastrukturális problémák, elsősorban a nem elegendő gépjármű-kapacitás. 18 település alacsonyküszöbű ellátását végezzük.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:24 (81:82)  
Codes: [forráshiány] [infrastruktúra]  
[szakképzés problémái]

*Továbbképzésre, fejlődésre sok esetben nem tudunk elegendő időt szakítani. A telephely adottságai nem a megfelelők.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:29 (90:91)  
Codes: [infrastruktúra]

*az épület alapterülete nagyon kicsi, 15 éve fennálló probléma megfelelő épület kialakítása*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:30 (94:96)  
Codes: [infrastruktúra]

*A helyiségek rossz állapotúak.*

## 5. *kiegés*

Ritkán került említésre, ez utalhat arra is, hogy a veszély nem áll fenn, de arra is, hogy kevésbé foglalkoznak a jelenséggel. Az interjúkból nyert eredmények, továbbá a más kutatásokból ismert, és a jelenlegi vizsgálatban is feltárt rizikótényezők alapján (túlterheltség, alacsony megbecsültség, bizonytalan, instabil munkakörülmények, speciális szakképzettség hiánya) további vizsgálata indokoltnak tűnik.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:51 (129:129)  
Codes: [kiegés]

*kiegés veszélye fennállhat, fenntarthatóság  
(bérlemény az ingatlan, amiben működik a  
szolgáltatás)*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:40 (109:110)  
Codes: [szakemberhiány][kiegés]

*nagy szükség lenne pszichológus  
alkalmazására, amire nincs lehetőség;  
munkatársak kiegészése, hiába van szupervízió*

## 6. *nincs*

Négy esetben vélték úgy a válaszadók, hogy intézményük működésének nincsenek gyengeségei.

## 7. *struktúra*

A strukturális problémák az intézményi-szervezeti keretekkel, a szabályozással függenek össze. A válaszadók az egészségügyi/szociális rendszerek közötti harmonizáció problémáit, a széttagoltságot, a kompetencia-problémákat, az e téren mutatkozó tisztázatlanságokat, a munkát nehezítő bürokráciát, a szakmai feladatokat háttérbe szorító adminisztrációs terheket és az ezekkel összefüggő szabályozási kérdéseket emelték ki.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:2 (10:10)  
Codes: [struktúra]

*A házirend betartása néha nehézségekbe  
ütközik a csoportfoglalkozások során.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:4 (20:21)  
Codes: [struktúra] [szakemberhiány]

*Nincs rá külön személyi kapacitás (orvos,  
pszichológus, gondozó stb.), az addiktológiai  
eseteket a pszichiátriai gondozás és  
szakrendelés keretében végezzük.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:9 (36:37)  
Codes: [struktúra]

*bürokratikus eljárási rend*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:22 (76:76)  
Codes: [struktúra]

*Sokszor nincs megfelelő jogosítványunk egy-  
egy probléma hatékonyabb megoldásához.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:44 (116:116)  
Codes: [struktúra] [szakemberhiány]

*adminisztrációs terhek, munkaerőhiány!!!*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:50 (133:137)

*4 hónapja nincs adminisztrátor.  
Műszakonként 1 nővér van mindössze*

Codes: [felépülőhiány] [struktúra]  
[szakemberhiány] [szakképzés problémái]

*(nagyon alacsony az ápolók száma). A nővérek mind elméletben, mind gyakorlatban képzetlenek a szenvedélybetegek ellátásában, saját élményes munkatárs (20 éves józan) 5 hónapja szívességből dolgozik az osztályon. Az intézmény vezetősége szóban támogatja a programot, valójában azonban egyértelműen hátráltatják a munkánkat.*

## 8. szakemberhiány

E kiemelkedően gyakori kódhoz tartozó említések szerint a hiány egyfelől a *szakképzett*, másfelől a *megfelelő emberi kvalitásokkal* rendelkező munkatársak megtalálására vonatkoznak.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:7 (28:29)  
Codes: [forráshiány] [szakemberhiány]

*Anyagi nehézségek miatt a munkatársak továbbképzése, illetve a szupervízió nem megoldott. Megfelelő munkatárs megtalálása (kevés a szakképzett).*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:10 (39:41)  
Codes: [elkülönültség] [szakemberhiány]  
[szakképzés problémái]

*a gondozási feladatok a járóbeteg-ellátásban a szakképzett személyzet hiányában nehezítettek, szakképzési feltételrendszer nehezíti a szakdolgozók pótlását, a pszichiátriai rehabilitáció és a járóbeteg-ellátás közti távolság nehezítheti a szorosabb együttműködést*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:13 (48:49)  
Codes: [forráshiány] [infrastruktúra]  
[szakemberhiány]

*kicsi az épületünk, kevés forrásból gazdálkodunk, nehéz stabil, képzett, elkötelezett és motivált közösségi gondozót találni*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:17 (66:66)  
Codes: [szakemberhiány]

*Alacsony létszámmal működünk.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:21 (72:72)  
Codes: [szakemberhiány]

*Munkatársak túlterheltsége.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:27 (85:85)  
Codes: [forráshiány] [szakemberhiány]  
[vezetés problémái]

*fluktuáció, menedzsment, forráshiány*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:40 (109:110)  
Codes: [szakemberhiány] [kiégés]

*nagy szükség lenne pszichológus alkalmazására, amire nincs lehetőség; munkatársak kiégése, hiába van szupervízió*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:46 (123:123)  
Codes: [szakemberhiány]

*Mind az orvosi, mind a szakdolgozói létszámon javítani kellene.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:49 (130:131)  
Codes: [szakemberhiány]

*gyakorlatlanság, rutintalanság*

## *9. szakképzés problémái*

Az előzőekben említettek szerint speciális szakképzési igényeknek kell(ene) megfelelni, és állandó forrásokat biztosítani a továbbképzésre.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:10 (39:41)  
Codes: [elkülönültség] [szakemberhiány]  
[szakképzés problémái]

*a gondozási feladatok a járóbeteg-ellátásban a szakképzett személyzet hiányában nehezítettek, szakképzési feltételrendszer nehezíti a szakdolgozók pótlását, a pszichiátriai rehabilitáció és a járóbeteg-ellátás közti távolság nehezítheti a szorosabb együttműködést*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:24 (81:82)  
Codes: [forráshiány] [infrastruktúra]  
[szakképzés problémái]

*Továbbképzésre, fejlődésre sok esetben nem tudunk elegendő időt szakítani. A telephely adottságai nem a megfelelők.*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:45 (118:119)  
Codes: [szakemberhiány] [szakképzés problémái]

*Nehéz a szakember-utánpótlás, mivel a szakképzés során ez a speciális terület nem prezentált. Saját kinevelés alapján kerülnek ki az új szakemberek.*

## *10. utógondozás*

Itt e kód ritkán fordul elő, feltehetően azért, mert 1) ez külső tényezők függvénye is, 2) ha nem végzik, a válaszadók nem feltétlenül tekintik saját intézményük gyenge pontjának.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:8 (32:35)  
Codes: [elkülönültség] [infrastruktúra]  
[szakemberhiány] [utógondozás]

*Csoportszoba hiánya, mentálhigiénés szakember hiánya, pszichológus hiánya. Terápiás szakemberek alkalmazásának hiánya, szupervízió hiánya, az ellátottak visszavezetése a munka világába. Az intézményegységek elkülönülve végzik munkájukat, az együttműködés olykor esetleges.*

## 11. várólista

Hasonlóképpen, e kód tartalma is külső tényezők által meghatározott.

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:15 (58:62)  
Codes: [forráshiány] [infrastruktúra]  
[struktúra] [várólista]

*Infrastrukturális feltételek, tárgyi eszközök, berendezések hiányosságai; magas várólista; gazdálkodási függetlenség-hiány az ellátáshoz; a megfelelő támogatás (anyagi) hiányzik. Leterheltség, néha kommunikációs problémák. Addiktológiai osztály hiánya.*

## 12. vezetés problémái

Az érzelem-vezérelt döntés, és a menedzsment általános problémái jelennek itt meg. (Megjegyzés: a kérőíveket nagyrészt maguk az intézményvezetők töltötték ki.)

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:27 (85:85)  
Codes: [forráshiány] [szakemberhiány]  
[vezetés problémái]

*fluktuáció, menedzsment, forráshiány*

P 1: SWOT Gyengeség.txt - 1:34 (101:101)  
Codes: [szakemberhiány] [vezetés problémái]

*Női princípium hiánya a stábben, túlzott érzelmi vezéreltség a döntésekben.*

## Lehetőségek

A kódalkotás során az alábbi tartalmakat lehetett elkülöníteni:

1. együttműködések
2. intézményfejlesztés
3. jogszabályi változások
4. józan közösségek
5. képzés, szupervízió
6. létező ellátás (a válaszadó valószínűleg félreértette a kérdést)
7. nincs
8. pályázatok
9. stabil támogatás
10. szemléletváltás

Az alábbi táblázatból jól látható, hogy a válaszadók az együttműködésben látják a legnagyobb lehetőséget – mintegy válaszul a széttagoltság problémájára. Az ezt követő legnagyobb gyakorisággal azonban a reménytelenség fogalmazódott meg, az, hogy nem látnak fejlődési lehetőséget. Az intézményfejlesztés, a képzés, a szupervízió, a józan közösségekre való támaszkodás és a szemléletváltás szintén meglehetősen gyakran került említésre.

15. táblázat: A SWOT analízis során lehetőségként megjelenő válaszok tartalomelemzésekor alkalmazott kódok és azok előfordulási gyakorisága a szöveges válaszokban (db)

Codes	Totals
<i>együtműködések</i>	26
<i>intézményfejlesztés</i>	10
<i>jogszabályi változás</i>	2
<i>józan közösségek</i>	6
<i>képzés, szupervízió</i>	9
<i>létező ellátás</i>	1
<i>nincs</i>	11
<i>pályázatok</i>	6
<i>stabil támogatás</i>	1
<i>szemléletváltás</i>	9
<b>Totals</b>	<b>81</b>

### 1. együtműködések

Az együtműködési igények között megfogalmazódik a hazai és nemzetközi szakmai-tudományos élet fokozott hangsúlya, a jelzőrendszer optimalizálása (ezen belül külön témaként a rendőrséggel való együtműködés), a hazai-nemzetközi önkéntességre, és a józan kultúra értékeire való erősebb támaszkodás.

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:7 (30:30) - *együtműködés más ellátórendszerekkel - lakosság érzékenyítése a célcsoport iránt*  
Codes: [együtműködések] [szemléletváltás]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:11 (36:36) *Együtműködés, együtt gondolkodás kialakulása.*  
Codes: [együtműködések]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:15 (43:44) *Helyi ellátórendszerek közötti együtműködés (Eü. – Szoc.) megléte, javulása. Szakmai műhely működtetése.*  
Codes: [együtműködések]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:16 (46:47) *gazdagodó együtműködés az addiktológiai egészségügyi ellátásokkal és rehab. intézményekkel*  
Codes: [együtműködések]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:20 (51:52) *az egészségügyi és szociális ellátórendszer együtműködése*  
Codes: [együtműködések]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:23 (53:54) *a partnerkapcsolatok ápolása, bővítése*  
Codes: [együtműködések]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:25 (54:55) *szakmai konferenciák megrendezése*  
Codes: [együtműködések]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:31 (59:60) Codes: [együtműködések]	<i>önkéntes munka igénybevételének lehetősége, a társadalmi szolidaritás erősítése</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:47 (81:81) Codes: [együtműködések]	<i>Jó kapcsolat a településen lévő jelzőrendszerekkel, akik baj esetén riasztanak.</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:48 (85:86) Codes: [együtműködések] [képzés, szupervízió]	<i>Kutatási együttműködés külföldi intézményekkel. Képzésekben való részvétel. Regionális ellátási és kutatási, valamint oktatási központként való működés.</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:52 (94:95) Codes: [együtműködések] [pályázatok]	<i>hazai és nemzetközi szakmai kapcsolatok – közös programok, pályázatok (tanulás, tapasztalatcsere, kliensek utaztatása)</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:60 (113:114) Codes: [együtműködések]	<i>A rendőrség aktivitását emelném ki pozitívumként. Jól működik az egymás közötti kommunikáció. Elismerik a munkánkat a városban.</i>

## *2. intézményfejlesztés*

Fejlesztendő területként jelenik meg a gyermekek és fiatalok ellátása, a gondozóhálózat általában, és az önségítő csoportok témája. Egy válaszadó kiemelte a *tudatos* fejlesztés igényét.

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:1 (9:10) Codes: [intézményfejlesztés]	<i>Gondozóhálózati infrastruktúra-fejlesztés terve.</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:2 (11:12) Codes: [intézményfejlesztés]	<i>Fontos lenne szenvedélybetegek bentlakásos intézménye Csongrád megyében, sok esetben erre lenne szükség.</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:9 (34:34) Codes: [intézményfejlesztés]	<i>Nappali kórház, addiktológiai gondozó, önségítő csoportok alkoholbetegek számára.</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:14 (41:42) Codes: [intézményfejlesztés]	<i>Az étkeztetés lehetőségének biztosításával sokkal több kliens veszi igénybe napi rendszerességgel szolgáltatásainkat, több pszichoszociális rehabilitációs foglalkozást tudunk számukra biztosítani.</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:17 (50:50) Codes: [intézményfejlesztés]	<i>az ellátórendszer tudatos fejlesztése</i>
P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:54 (101:101) Codes: [intézményfejlesztés]	<i>A közösségi pszichiátria egyre szélesebb körben való kiszélesítése.</i>

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:68 (133:133) *fiatalkorú-ellátás bővülése*  
Codes: [intézményfejlesztés]

### 3. jogszabályi változások

Itt a stabilitás, a kedvező változások igénye fogalmazódik meg.

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:29 (58:58) *a jogszabályi háttér változásai*  
Codes: [jogszabályi változások]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:38 (71:71) *stabil törvényi háttér megléte*  
Codes: [jogszabályi változások]

### 4. józan közösségek

A közösségek pusztá említésén túl a felépülésközpontú gondolkodásmód mint általános érték is reprezentálódik.

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:33 (63:63) *Társintézményekkel való kapcsolattartás AE-klub, AA, alapítvány.*  
Codes: [együttműködések] [józan közösségek]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:45 (75:75) *AE-csoporttal való együttműködés*  
Codes: [józan közösségek]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:57 (104:105) *Önsegítő csoportok megerősödése, józanság- és felépülésközpontú szemlélet térnyerése.*  
Codes: [józan közösségek]

### 5. képzés, szupervízió

Viszonylag gyakran jelennek meg ezek a tartalmak, elsődlegesen a képzés és a szupervízió elérhetőségének biztosítása, de egy-két esetben ezek konkretizálása is (pl. szervezetfejlesztés). Egyes intézmények saját forrásaikra támaszkodva szívesen szerveznének (szerveznek) képzéseket, továbbképzéseket.

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:18 (50:51) *folyamatos szakmai képzés és szupervízió lehetőségének biztosítása*  
Codes: [képzés, szupervízió]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:21 (52:53) *folyamatos továbbképzéssel a szakmai ismeretek bővítése, készségek, képességek javítása*  
Codes: [képzés, szupervízió]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:22 (53:53) *csapatépítő és személyiségfejlesztő tréningek*  
Codes: [képzés, szupervízió]

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:30 (58:59) *a szociális oktatási, képzési lehetőségek bővülése*  
Codes: [képzés, szupervízió]



P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:41 (72:72)  
Codes: [képzés, szupervízió]

*elérhető továbbképzések*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:48 (85:86)  
Codes: [együtműködések] [képzés, szupervízió]

*Kutatási együttműködés külföldi intézményekkel. Képzésekben való részvétel. Regionális ellátási és kutatási, valamint oktatási központként való működés.*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:55 (103:103)  
Codes: [együtműködések] [képzés, szupervízió]

*évek során sokat fejlődött a szakmai konzultáció, nem csak a városban, hanem a régióban is*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:66 (123:125)  
Codes: [együtműködések] [képzés, szupervízió]

*A hazai tudományos szcéna, az egészségügyi döntéshozók és szakma számára szolgáltat eredményeket, tapasztalatokat a szervezetünk, ezért lehetőség nyílik bekapcsolódni a tudományos, szakmai életbe.*

## **6. létező ellátás**

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:4 (22:22)  
Codes: [létező ellátás]

*Van a városban DrogPont, szenvedélybetegek alacsony küszöbű közösségi ellátója.*

## **7. nincs**

**A válaszadó nem lát fejlesztési lehetőséget (kiemelt téma: alkoholbetegek).**

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:6 (29:29)  
Codes: [nincs]

*Jelenleg nem látom a pozitív változásokat sem szándék, sem pedig akarat szintjén.*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:50 (89:89)  
Codes: [nincs]

*Nem tudok pozitív fejleményeket felsorolni.*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:51 (90:90)  
Codes: [nincs]

*?*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:53 (96:97)  
Codes: [nincs]

*ilyet most nem látunk*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:56 (104:104)  
Codes: [nincs]

*Nem egyértelmű a kérdés.*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:61 (115:115)  
Codes: [nincs]

*nem látok intézményen kívüli pozitív fejleményeket*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:62 (116:117)  
Codes: [nincs]

*Nem tudunk ilyet.*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:72 (140:140)  
Codes: [nincs]

*Az alkoholbetegek ellátásában nem tudunk  
ilyenről*

## *8. pályázatok*

A pályázatok lehetséges szerepükhöz képest viszonylag ritkán kerülnek említésre, az intézmények egy része feltehetően nem tartja elérhetőnek ezeket a forrásokat fejlesztési céljaihoz.

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:8 (32:33)  
Codes: [pályázatok]

*európai uniós pályázatok, melyek lehetővé  
tehetik a fejlesztéseket*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:19 (51:51)  
Codes: [pályázatok]

*a szolgáltatások fejlesztéséhez pályázati  
források igénybevétele*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:24 (54:54)  
Codes: [pályázatok]

*a pályázatok további kihasználása*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:28 (58:58)  
Codes: [pályázatok]

*pályázati lehetőségek, kilátás uniós  
támogatás igénybevételére*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:52 (94:95)  
Codes: [együttműködések] [pályázatok]

*hazai és nemzetközi szakmai kapcsolatok –  
közös programok, pályázatok (tanulás,  
tapasztalatcsere, kliensek utaztatása)*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:63 (119:119)  
Codes: [pályázatok] [szemléletváltás]

*Pályázatok sokrétűsége, társadalmi  
támogatottság.*

## *9. stabil támogatás*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:10 (35:35)  
Codes: [stabil támogatás]

*a támogatás biztonsága*

## *10. szemléletváltás*

A szemléletváltás itt is, lehetőségként is megjelenik: a társadalom részéről, a célcsoport részéről, sőt a szakmán belül is, az egymáshoz viszonyulás terén.

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:27 (55:56)  
Codes: [szemléletváltás]

*a társadalmi szemléletváltás elősegítése*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:36 (68:68)  
Codes: [szemléletváltás]

*egyre nyitottabb, érdeklődőbb célcsoport*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:37 (70:70)  
Codes: [szemléletváltás]

*Nagyobb hangsúlyt kap a szenvedélybetegek  
ellátása.*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:40 (71:72)  
Codes: [szemléletváltás]

*elfogadóbb társadalmi attitűd erősödése*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:46 (76:77)  
Codes: [szemléletváltás]

*A szenvedélybeteg-segítés társadalmi  
elfogadottsága nő.*

P 1: SWOT Lehetőség.txt - 1:71 (138:138)  
Codes: [együtműködések] [szemléletváltás]

*Szakmai együttműködések erősödése,  
egymás kölcsönös megbecsülése. (Belföld,  
külföld.)*

## **Veszélyek**

Itt az előzőhöz képest többféle téma, tartalom jelent meg a szövegekben, ugyanakkor a válaszadók jellemzően összemosták ezt a kérdéskört a gyengeségekkel. A válaszadók említései alapján a következő kódokat alakítottuk ki:

1. „*nincs hová*”
2. „*papíron*”
3. *átpolitizáltság*
4. *biomedikális szemlélet*
5. *bizonytalan jövőkép*
6. *ellátatlan régiók*
7. *ellátatlan szakterületek*
8. *ellenérdekeltség*
9. *előítéletesség, közöny*
10. *forrásszegény*
11. *intézményi integráció*
12. *kedvezőtlen jogi környezet*
13. *képzések*
14. *kiegés*
15. *nincs*
16. *pályázatok*
17. *párhuzamosságok*
18. *rossz hely*
19. *szakemberhiány*
20. *ÚPSZ (új pszichoaktív szerek)*
21. *visszaesés*

Leggyakrabban az ellátatlan szakterület problémái, valamint a társadalmi szemlélet mint közöny és előítéletesség jelentek meg a szövegekben:

16. táblázat: A SWOT-analízis során veszélyként megjelenő válaszok tartalomlemezésekor alkalmazott kódok és azok előfordulási gyakorisága a szöveges válaszokban (db)

Codes	Totals
„nincs hová”	4
„papíron”	3
átpolitizáltság	1
biomedikális szemlélet	1
bizonytalan jövőkép	2
ellátatlan régiók	3
ellátatlan szakterületek	11
ellenérdekeltség	3
előítéletesség, közöny	11
forrásszegény	22
intézményi integráció	4
kedvezőtlen jogi környezet	8
képzések	3
kiegés	1
nincs	3
pályázatok	1
párhuzamosságok	1
rossz hely	1
szakemberhiány	5
ÚPSZ	2
visszaesés	3
<b>Totals</b>	<b>93</b>

### I. „nincs hová”

Ez a kód részben az ellátórendszer egyes, az utógondozással kapcsolatos elemeinek hiányára, gyengeségére, nem annyira külső veszélyre utal. Külső veszélyként a kedvezőtlen társadalmi környezetet jelenítik meg a válaszadók.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:10 (35:36)  
Codes: ["nincs hová"] [intézményi integráció hiánya]

*Munkahelyhiány, védett lakhatás - kevés férőhely, társadalmi integráció hiánya. Az intézmények közötti átjárhatóság nehézkes.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:31 (120:121)  
Codes: ["nincs hová"] [visszaesés]

*visszaesések; nincs lehetőségünk utógondozásra 100%-osan, mert a munkatársak le vannak terhelve; az addiktológiai kezelés után szükség lenne több rehabilitációs helyre*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:59 (64:64)  
Codes: ["nincs hová"]

*Egzisztenciális veszélyeztetettség, nincs hova rehabilitálódni.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:68 (72:73)  
Codes: ["nincs hová"]

*egzisztenciális bizonytalanság*

## 2. „papíron”

Szakmai szempontok helyett a formális megfelelésre kerül a hangsúly.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:19 (146:147)  
Codes: ["papíron"]

*A hangoztatott támogatás ellenére valójában kizárólag a betegek létszáma mérvadó, a szakmai szempontok figyelembevétele nélkül.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:20 (144:144)  
Codes: ["papíron"]

*„kliensszerzés”, felkutatás, PR, marketing tevékenységek*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:50 (55:56)  
Codes: ["papíron"]

*bürokrácia növekedése a hivatalos ügyek intézésénél, adminisztrációs leterheltség miatt csökken az ellátottakra fordított idő*

## 3. átpolitizáltság

Egyetlen válaszadó említette a politikai döntések esetleges kedvezőtlen hatásait.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:13 (39:39)  
Codes: [átpolitizáltság] [forrásszegény]

*a politikai döntéshozatal kihatásai, finanszírozás*

## 4. biomedikális szemlélet

A tisztán biomedikális szemlélettel végigvitt pszichiátriai kezelések az addiktológia területén a válaszadó szerint nem hatékonyak

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:34 (111:111)  
Codes: [biomedikális szemlélet]

*Hagyományos gyógyszeres „kezelések”.*

## 5. bizonytalan jövőkép

Itt is megjelenik a külső környezeti tényezők jelentősége, akár a „nincs hová” kód esetében.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:53 (57:58)  
Codes: [bizonytalan jövőkép]

*társadalmi, gazdasági folyamatok miatt a jövőkép bizonytalansága*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:73 (94:94)  
Codes: [bizonytalan jövőkép]

*kaotikus állapotok*

## 6. ellátatlan régiók

A területi ellátási egyenlőtlenségek szerepét egyéb források is megerősítik.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:18 (47:49) Codes: [ellátatlan régiók] [ellátatlan szakterület]	<i>kevés szenvedélybetegekre fókuszáló ellátás van, különösen a szociális szférában, különösen a gödöllői kistérségben, nagyok az ellátatlan területek az országban</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:35 (108:110) Codes: [ellátatlan régiók] [forrásszegény]	<i>Nem egyértelmű a kérdés. A szenvedélybetegek részére az ellátás akadályokba ütközik az esetleges távolság, várólista miatt. A szakemberek hiánya (orvosok, pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások stb.), illetve azok túlterheltsége a területen.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:56 (60:62) Codes: [ellátatlan régiók]	<i>a szociális ellátórendszer területi egyenlőtlenségei, a kliensek tartós intézményi elhelyezése a térségben szinte lehetetlen</i>

## 7. ellátatlan szakterület

Az ellátatlan területek: a 18 év alattiak addiktológiai kezelése, a kettős (többes) diagnózisú betegek kezelése, a szövőődő szociális problémák megfelelő kezelése, a jelzőrendszer problémái.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:3 (18:19) Codes: [ellátatlan szakterület] [előítéletesség, közöny] [forrásszegény]	<i>egészségügyi ellátórendszer problémái, társadalmi közömbösség</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:4 (22:22) Codes: [ellátatlan szakterület] [szakemberhiány]	<i>Kevés szakember, magasküszöbű ellátás.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:6 (27:27) Codes: [ellátatlan szakterület]	<i>drogfogyasztás és alkoholfogyasztás egyre fiatalabb korban elkezdődik</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:14 (41:41) Codes: [ellátatlan szakterület]	<i>szociális hálózat működése nem megfelelő, és nem elégséges</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:18 (47:49) Codes: [ellátatlan régiók] [ellátatlan szakterület]	<i>kevés szenvedélybetegekre fókuszáló ellátás van, különösen a szociális szférában, különösen a gödöllői kistérségben, nagyok az ellátatlan területek az országban</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:24 (130:130) Codes: [ellátatlan szakterület]	<i>A klientúra nő, és egyre fiatalabb korosztály. Több ellátási forma és szereplő szükséges.</i>

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:27 (127:128) Codes: [ellátatlan szakterület] [forrásszegény][ÚPSZ]	<i>dizájner drogok terjedése, járulékos ártalmak növekedése, új szociális intézmény létrehozásának nehézsége – kapacitás/befogadás, elszegényedés.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:38 (105:105) Codes: [ellátatlan szakterület]	<i>Kevés a pszichiátriai betegek elhelyezésére szolgáló intézmény.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:43 (98:98) Codes: [ellátatlan szakterület]	<i>kettős diagnózisú kliensek növekvő létszáma</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:62 (67:67) Codes: [ellátatlan szakterület]	<i>Ambuláns addiktológiai ellátás szűk keresztmetszete.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:70 (75:75) Codes: [ellátatlan szakterület]	<i>A jelzőrendszer nem mindig működik megfelelően (házi orvos, rehabilitációs intézmény)</i>

## 8. ellenérdekeltség

Az alkoholbetegek kezelése során jelentkeznek a hozzátartozók vagy a tágabb környezet részéről.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:7 (29:30) Codes: [ellenérdekeltség]	<i>Az állam mint a legnagyobb haszonélvezője és „dílere” pl. az alkoholnak, illetve az abból származó adóbevételeknek, minimális pénzt fordít az addiktológiai problémákkal küzdők gyógyítására.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:28 (123:123) Codes: [ellenérdekeltség]	<i>A hozzátartozók motiváltsága nagyobb, mint a betegeké.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:29 (118:118) Codes: [ellenérdekeltség]	<i>Nem tapasztalom a város vezetésének aktivitását a témával kapcsolatban.</i>

## 9. előítéletesség, közöny

A kedvezőtlen társadalmi megítélés mellett megjelennek a munka világának kapcsolódó problémái, a szakemberek megbecsültségének kérdései. Az előítéletesség (vagy pusztán eltérő kezelési szempontok) a szakmán belül is jelen van.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:3 (18:19) Codes: [ellátatlan szakterület] [előítéletesség, közöny] [forrásszegény]	<i>egészségügyi ellátórendszer problémái, társadalmi közömbösség</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:21 (142:142) Codes: [előítéletesség, közöny]	<i>az intézmény klientúrájának negatív megítélése</i>

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:23 (134:136) Codes: [előítéletesség, közöny] [forrásszegény]	<i>A munkáltatók részéről csekély tolerancia arra vonatkozólag, ha a páciens hosszabban szeretnének rehabilitálni. Gyakran az utazási költség lehetetlenné teszi a paciensek rendszeres bejárását, rossz anyagi körülményeik miatt.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:30 (119:119) Codes: [előítéletesség, közöny]	<i>részegesek járnak ide</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:32 (116:116) Codes: [előítéletesség, közöny]	<i>Az ellátási formák nincsenek beépülve a köztudatba.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:44 (98:98) Codes: [előítéletesség, közöny]	<i>szerhasználók negatív megítélése</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:54 (60:60) Codes: [előítéletesség, közöny]	<i>a szakemberek erkölcsi és anyagi megbecsültségének hiánya</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:69 (74:74) Codes: [előítéletesség, közöny]	<i>Az előítélet intézményen kívül jelen van.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:72 (92:94) Codes: [előítéletesség, közöny]	<i>A lakosság általános ellenállása drogbetegellátó helyekkel kapcsolatosan. A téma „tabusítása”.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:77 (81:85) Codes: [előítéletesség, közöny] [képzések]	<i>Szegregáció, kirekesztettség, kihasználás, nem megfelelő emberi kapcsolatok, gyakori konfliktushelyzetek és azok nem megfelelő kezelése a társadalom részéről sem. Sajnos sok intézmény nemhogy segítené és erősítené az általunk elérteket, hanem inkább figyelmen kívül hagyja, pl. egy ellátottnál sikerült elérnünk, hogy önként befeküdjön egy elvonást segítő kórházi kezelésre, ahol a felvételiztető orvos ezt egyáltalán nem értékelte, hanem egy alkoholistaként kezelte.</i>

### *10. forrásszegény*

A válaszadók a területet alulfinanszírozottnak látják, egyes esetekben a finanszírozás nem kiszámítható (pl. alacsonyküszöbű ellátás).

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:9 (32:34) Codes: [forrásszegény]	<i>Megváltozott a TVK-keret és a járóbeteg-szakellátás finanszírozása.</i>
P 1: SWOT Veszély.txt - 1:12 (38:38) Codes: [forrásszegény]	<i>a finanszírozás bizonytalansága és alacsony mértéke</i>



P 1: SWOT Veszély.txt - 1:16 (44:45)  
Codes: [forrásszegény] [képzések]  
[pályázatok]

*A nem elégséges finanszírozás. Támogatott képzések hiánya. Pályázati forrásból történő működtetés az alacsonyküszöb esetén. Az NDI megszűnése.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:23 (134:136)  
Codes: [előítéletesség, közöny]  
[forrásszegény]

*A munkáltatók részéről csekély tolerancia arra vonatkozólag, ha a páciens hosszabban szeretnének rehabilitálni. Gyakran az utazási költség lehetetlenné teszi a paciensek rendszeres bejárását, rossz anyagi körülményeik miatt.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:33 (113:115)  
Codes: [forrásszegény]  
[kedvezőtlen jogi környezet]

*Kevés fejlesztési lehetőség. Irreális jogszabályi elvárások pl. egy iskolai prevenció program kapcsán.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:35 (108:110)  
Codes: [ellátatlan régiók]  
[forrásszegény]

*Nem egyértelmű a kérdés. A szenvedélybetegek részére az ellátás akadályokba ütközik az esetleges távolság, várólista miatt. A szakemberek hiánya (orvosok, pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások stb.), illetve azok túlterheltsége a területen.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:46 (53:53)  
Codes: [forrásszegény]

*a szociális intézmények kapacitásának kimerülése*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:49 (54:55)  
Codes: [forrásszegény]

*a szociális ellátórendszer területén az infrastrukturális fejlesztések elmaradása*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:52 (58:58)  
Codes: [forrásszegény]

*a központi költségvetési támogatás csökkenése a minőség romlásához vezethet*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:75 (91:91)  
Codes: [forrásszegény]

*Nehezen kiszámítható finanszírozás. Bizonytalan pályázati források. Alacsony finanszírozás.*

## *11. intézményi integráció hiánya*

**Ez a téma itt is felbukkan.**

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:17 (45:45)  
Codes: [intézményi integráció hiánya]

*Az NDI megszűnése.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:22 (138:139)  
Codes: [forrásszegény] [intézményi integráció hiánya]

*forráshiány, szektorközi együttműködés*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:57 (62:63)  
Codes: [intézményi integráció hiánya]

*a szociális ellátórendszer és az egészségügyi intézmények közötti kapcsolat, együttműködés gyenge, nem megfelelő*

## *12. kedvezőtlen jogi környezet*

Megjelenik a túlzott változékonyság és a valós feltételekhez nem alkalmazkodó szabályozás kérdése.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:33 (113:115)  
Codes: [forrásszegény] [kedvezőtlen jogi környezet]

*Kevés fejlesztési lehetőség. Irreális jogszabályi elvárások pl. egy iskolai prevenció program kapcsán.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:39 (100:101)  
Codes: [kedvezőtlen jogi környezet]

*a KENYSZI-rendszer változásai miatt olyan más, logikailag teljesen nem adekvát ellátástípusokkal ütközik az intézményünk, hogy az előre tervezhetőséget nagyban csorbítja*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:40 (97:97)  
Codes: [kedvezőtlen jogi környezet]

*Gyorsan változó jogszabályi környezet.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:42 (98:98)  
Codes: [kedvezőtlen jogi környezet]

*drogellenes stratégia*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:45 (52:53)  
Codes: [kedvezőtlen jogi környezet]

*a folyamatosan változó jogszabályi, pénzügyi környezet veszélyezteti a szolgáltatások stabilitását, a tervezést és a fejlesztést folyamatosan változó jogszabályok*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:48 (54:54)  
Codes: [kedvezőtlen jogi környezet]

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:64 (71:71)  
Codes: [kedvezőtlen jogi környezet]

*A prevenció végzését egy engedélyhez kötötték.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:76 (91:92)  
Codes: [kedvezőtlen jogi környezet]

*A jogi szabályozás és a szakmai szabályozás keretei.*

## *13. képzések*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:67 (72:72)  
Codes: [képzések]

*alulképzettség*

## *14. kiegészítés*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:51 (57:57)  
Codes: [kiegészítés]

*kiegészítő szindrómák jelentkezése*

### *15. nincs*

A válaszadók három esetben vélték úgy, hogy intézményüket nem fenyegetik külső veszélyek.

### *16. pályázatok*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:16 (44:45)  
Codes: [forrásszegény] [képzések]  
[pályázatok]

*A nem elégséges finanszírozás. Támogatott képzések hiánya. Pályázati forrásból történő működtetés az alacsonyküszöb esetén. Az NDI megszűnése.*

### *17. párhuzamosságok*

Ezek a párhuzamosságok a szerhasználó kezelését megzavarhatják (különösen akkor, ha a társintézmény munkatársai korszerű addiktológiai ismeretek híján vannak), ugyanakkor a szenvedélybeteg-ellátó intézmények nem mindegyike felkészült a szövőődő szociális/egészségügyi problémák megfelelő kezelésére. A megoldás a területen belüli széttagoltság megszüntetése lehet, új ellátási formák egyidejű bevezetésével.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:8 (31:31)  
Codes: [párhuzamosságok]

*más szociális ellátás egyidejű igénybevétele (pl. családok átmeneti otthona – nappali ellátás)*

### *18. rossz hely*

Az ellátást biztosító intézmények központjának célszerű könnyen megközelíthető, központi helyet biztosítani, ami konfliktusforrást jelenthet az adott település életében. Ugyanakkor indokolt lehet a célcsoporthoz közeli telephely(ek)et is létesíteni. A bentlakásos rehabilitációs intézmények zártsága, térbeli elkülönülése inkább előny, mint hátrány.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:26 (126:126)  
Codes: [rossz hely]

*Rossz földrajzi elhelyezkedés.*

### *19. szakemberhiány*

A kódhoz tartozó idézetekben elsősorban az jelenik meg, hogy a legjobban képzettek hagyják el a területet.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:4 (22:22)  
Codes: [ellátatlan szakterület]  
[szakemberhiány]

*Kevés szakember, magasküszöbű ellátás.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:5 (26:26)  
Codes: [szakemberhiány]

*Az alacsony fizetések miatt a kollégák másik területen keresnek munkahelyet.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:55 (60:60)  
Codes: [szakemberhiány]

*szakember-utánpótlás hiánya*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:66 (72:72)  
Codes: [szakemberhiány]

*szakemberek „kiáramlása”*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:71 (77:77)  
Codes: [szakemberhiány]

*A szociális szféra bérrendezése nélkül a jól képzett munkatársak elhagyják a szakterületet.*

## 20. ÚPSZ

Bár a médiában és néhány interjúban az új pszichoaktív szerek kérdésköre markánsan reprezentált, a veszélyek között kevesen sorolják fel. Ennek az is oka lehet, hogy ugyanennek a kérdőívnek egy másik kérdéscsoportjában a témára célzottan is rákérdeztünk.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:41 (97:97)  
Codes: [ÚPSZ]

*Új típusú drogok terjedése.*

## 21. visszaesés

A tartalmak az utógondozás hiányosságaihoz kapcsolódnak.

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:2 (11:12)  
Codes: [visszaesés]

*Veszélyeztető tényező maga az addikció fenntartása a kliens részéről, és a visszaesés előfordulása gyakori.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:15 (43:43)  
Codes: [visszaesés]

*Az esetlegesen bekövetkező negatív társas hatás kihathat az intézményre is.*

P 1: SWOT Veszély.txt - 1:31 (120:121)  
Codes: ["nincs hová"] [visszaesés]

*visszaesések; nincs lehetőségünk utógondozásra 100%-osan, mert a munkatársak le vannak terhelve; az addiktológiai kezelés után szükség lenne több rehabilitációs helyre*

## **A kutatás e szegmenséből leszűrhető javaslatok:**

*A főképpen szociális területről érkező válaszadók a négy eltérő dimenziót nem mindig különböztették meg válaszaikban, inkább a kedvező–kedvezőtlen pólusok szerint gondolkodtak. A válaszaikból kirajzolódó képet a későbbiekben a kutatás egyéb eredményeivel összevetve kaphatunk árnyaltabb és érvényesebb képet. E kérdéscsoport vizsgálata alapján a következő összesített javaslatokat tudjuk megfogalmazni:*

## **1. Kapcsolathálózati megközelítés**

- *A család, a hozzátartozók bevonása a terápiába mindenütt, ahol erre mód nyílik. E forma megfelelő finanszírozása, szakemberek képzése/továbbképzése.*
- *Közösségi szemlélet, közösségi jelzőrendszerek kiépítése, szakmán kívüli kapcsolatok megerősítése (pl. a KEF-ek rendszerén keresztül, szervezet- és közösségfejlesztő szakemberek segítségével).*
- *Az előzővel összefüggésben a jelzőrendszer működésének optimalizálása, szakmai protokollok kidolgozása (pl. milyen esetekben, kinek jelez az oktatási intézmény, az egészségügyi és szociális ellátórendszer érintkező területei, a rendőrség, a hajléktalan-ellátás stb.).*
- *A hazai-nemzetközi önkéntességre, és a józan kultúra értékeire való erősebb támaszkodás.*

## **2. A munka világa**

- *A szerhasználó munkavállalókat segítő mentálhigiénés programok (Employee Assistance) megszervezése, elérhetővé tétele.*
- *A rehabilitáció céljait segítő foglalkoztatás, elsősorban a terápia zárását követően védett munkahelyek kialakítása a visszaesés megelőzésére, megfelelő utógondozói tevékenységgel kísérve a folyamatot.*
- *Munkaadók felvilágosítása, munkahelyi protokollok kidolgozása.*

## **3. Területi egyenlőtlenségek**

- *A területi ellátási egyenlőtlenségek kiegyensúlyozása.*
- *Az ingatlanok felújítására, bővítésére tudásunk szerint elérhetőek pályázati források, amelyeknek bevonása a másutt is vizsgált területi egyenlőtlenségeket is mérsékelheti.*
- *Az ellátását végző intézmények térbeli elhelyezésének funkciók szerinti optimalizálása.*

## **4. Ellátatlan szakterületek**

- *A 18 év alattiak addiktológiai kezelése, szakmai irányelvek, modellprogramok kidolgozása, a meglévő rendszerekből a visszacsatolások beépítésével.*
- *A kettős diagnózisú betegek kezelése, modellprogramok kidolgozása, korszerű terápiás eljárások bevezetése a meglévő rendszerekből a visszacsatolások beépítésével.*
- *A szövődő szociális problémák megfelelő kezelése. Célszerű lehet a hajléktalan-ellátás és a szenvedélybeteg-ellátás szorosabb kapcsolódása, hogy mindkét rendszer speciális felkészültségeinek birtokában hatékonyabbá válják a kliensek segítése. Hasonló együttműködés több területtel kialakítható (kiemelten: gyermekjóléti/családsegítő intézmények).*

## 5. Képzések

- *A szakképzés rendszereinek felülvizsgálata (életpálya-modell, „szociális portfólió”, minőségi képzések). Költséghatékony képzési rendszerek hozhatók létre a munkájukat magas színvonalon végző addiktológiai szakemberek és az addiktológiai képzésekre, kutatásokra specializálódott felsőoktatási intézmények szorosabb együttműködésével. A kutatás, a gyakorlat és az elmélet jobb integrációja jelentősen javíthatja az ellátás színvonalát, és az erőforrásokkal takarékoskodó, költséghatékony rendszereket hozhat létre. A rendszeres továbbképzések, a szakmai műhelymunka a szektorok és ellátási formák széttagoltságát is enyhítheti. A hazai és nemzetközi szakmai-tudományos életben való részvétel támogatása, elismerése e képzési/továbbképzési rendszerbe beépíthető.*
- *Fontos, hogy a bérezésben megfelelően differenciáljanak a különböző felkészültségekkel rendelkező munkatársak között.*
- *Hiteles tapasztalati szakértők foglalkoztatása a rendszerben; ehhez kapcsolódóan validációs rendszer kidolgozása. Hasonló validáció megfontolásra érdemes a tapasztalati tanulást sikeresen beépítő szakképzett munkatársak esetében is.*
- *Akkreditált addiktológiai képzőhelyek országos hálózatának kialakítása. (Javasolt feltételei: nemzetközi kapcsolatok, hosszú távú szakmai tapasztalat, színvonalas kutatási és publikációs együttműködések, integrált ellátás nyújtása / modellprogram működtetése).*
- *Az egészségügyi/szociális hiányszakmák esetében a képzési rendszerek jelentős megerősítése, a pályára motiválás.*
- *A szupervízió rendszerének megerősítése (diplomás, független szupervizorok, egyfajta külső mobil team formájában; továbbá a nem-klinikai belső szupervízió, ahol a közvetlen felettes rendszeres visszajelzést ad a munka minőségéről).*
- *Javasoljuk a szociális és egészségügyi intézmények menedzsmentjének szervezetszichológiai vizsgálatát.*
- *Javasoljuk az addiktológiai területen dolgozó munkatársak kiegészítésének vizsgálatát.*

## 6. Szemléletformálás

- *Társadalmi üzenetek létrehozása, amelyek nem csupán a problémás viselkedésről, de a segítőkéről és a felépülők világáról, történeteiről is szólnak.*
- *Az ellátásban dolgozó szakemberek anyagi és társadalmi megbecsülésének elősegítése.*
- *Az addiktológiai problémák kiterjedtségének és súlyának szélesebb körű tudatosítása a társadalmi-közösségi kapcsolódások, a befogadás érdekében, és a jelzőrendszer hatékonyságának javításáért.*

## **7. Források**

- *Pályázati forrásból a szükséges fejlesztések oldhatók meg, a biztonságos napi működés nem biztosítható.*
- *A szabályszerű működés ellenőrzése mellett fontos volna a tartalmi elemek vizsgálata, értékelése is, mert ez ugyan ráfordításokat igényel, hosszabb távon azonban segíti az intézmények hatékonyabb működését, és így a kliensek eredményes kezelését, rehabilitációját.*
- *A pályázati rendszer átgondolása, a nemzetközi pályázati együttműködésekre való felkészítés, támogatás.*

## **4. Kvalitatív vizsgálatok**

B. ERDŐS MÁRTA, BRETTNER ZSUZSANNA, MADÁCSY JÓZSEF,  
MÁRK MÓNIKA, MIHALDINECZ CSABA, MOLNÁR DÁNIEL,  
SZIJÁRTÓ LINDA, SZÖLLŐSI GÁBOR & VOJTEK ÉVA

A kvalitatív interjúk célja összességében a következő volt:

1. Előkészíteni, megalapozni az ellátórendszer kérdőíves vizsgálatát. Ebben a fázisban elsősorban gyakorló szakemberekkel beszélgettünk.
2. Feltárni az ellátással érintkező határterületek problémáit, azokét, ahol megjelennek addiktológiai problémák, és e területek saját eszközeikkel esetleg igyekeznek is kezelni azokat. Az így kijelölhető határterületek közé soroltuk pl. a háziorvosi ellátást, az iskolai szociális munkát, a sürgősségi ellátást, a közösségfejlesztést.
3. Kiegészíteni és pontosítani a kérdőíves vizsgálat egyes eredményeit: ezek az interjúk szakemberekkel és korábbi kliensekkel készültek.

A kutatás során alkalmazott kérdéssorok egyedi jelleggel – a terület specifikumainak megfelelően – a kutatás szakmai vezetőjének jóváhagyásával kerültek kialakításra. Az interjúk félig strukturáltak, azaz az interjú során a beszélgető felek bevonhattak újabb területeket, témákat a vizsgálatba. A megkérdezés jellemzően személyesen, egyes kivételes esetekben Skype-on történt.

Az alábbiakban a szakemberekkel készült interjúkat (4.1. fejezet) tartalmi kivonatban, a felépülő szenvedélybetegekkel (4.2. fejezet) készületeket pedig szó szerinti átírásban közöljük. Az interjúk végén javaslatokat fogalmazunk meg, melyek részben az interjúkészítőktől, részben a kutatásvezetőktől származnak.

### **4. 1. Szerhasználat és szenvedélybeteg-ellátás a szakemberek nézőpontjából**

#### **1. Interjú**

Az interjúalany egy neves, országosan ismert integrált ellátást biztosító szervezet szakmai vezetője, orvos, pszichiáter, addiktológia és pszichoterapeuta szakvizsgával. Az orvosi végzettség mellett szupervízió alapú coachingból szerzett diplomát. A szervezet szinte minden területén tevékenykedik, számos felsőoktatási intézményben oktat, különböző, a területhez kapcsolódó képzési formákon, pszichológusokat, szociális munkásokat, mentőstiszteket egyaránt.



## Az addiktológiai ellátórendszer problémái

Az interjúalany szerint az ellátórendszerre ható legerősebb belső tényező a *szakemberhiány*, hiszen a szociális munkások, orvosok, pszichológusok elmennek más területekre, alapvetően a pénz miatt.

Ehhez kapcsolódó probléma, hogy az ellátórendszer egészséges felépítése, az úgynevezett ellátási piramis nem tud kialakulni, megvalósulni, sokkal inkább egy *ellátási „téglalapról”* beszélhetünk, amelyben nincs és nem is nagyon volt korábban sem több alacsonyküszöbű ellátás, mint amennyi rehabilitációs intézmény. A rehabilitáció mindig a szakmapolitika prioritásaként szerepelt, melynek köszönhetően finanszírozása arányaiban sokkal magasabb, mint az ambuláns vagy az alacsonyküszöbű ellátásé, annak ellenére, hogy a „rehabokba” klienseket juttatni ezek a szolgáltatások tudnak (*„egy rehabot be lehetett mutatni, lehetett villogni a felépült szenvedélybetegekkel”).*

További probléma, hogy a szakma folyamatosan áthangolódik a különböző érdekszférák mentén, ellentét alakul ki az ellátórendszer egyes területein dolgozó szereplők között (jellemzően a rehabilitáció és az alacsonyküszöbű ellátások között), ami *megosztottságot* hoz létre. Részben ez is finanszírozási eredetű nehézség, hiszen *„egy koncon veszekszik folyton mindenki”*.

A szakmai együttműködés nehézségeit és hiányosságait fokozta a KENYSZI-rendszer bevezetése is. A szakmák közötti és a szakmán belüli együttműködés rosszabb, és nem csupán a normatív támogatás, hanem a pályázatok elnyeréséért folytatott harc is fokozza ezt. Számos olyan szakember, intézményvezető van a rendszerben, aki szinte teljesen elszigetelten végzi a munkáját, alig-alig vesz részt a szakmaközi kommunikációban. A rivalizáláshoz és a kapcsolódó finanszírozási problémákhoz kötődik, hogy 1997 óta az egyházi szolgáltatók továbbra is megkapják az államtól a normatíva száz százalékát, míg a nem egyházi szolgáltatók korábban 60%-ban az államtól, 40%-ban az önkormányzattól kapták a normatívájukat – az interjúalany intézménye egyébként sosem kapott kiegészítést az önkormányzattól, ami közel egymilliárd forint normatívakiesést jelent számukra tevékenységük megkezdése óta. Az önkormányzati normatíva tehát nem minden esetben garantált, vagyis a *finanszírozás tekintetében nem érvényesül a szektorsemlegesség*. Az egyházi ellátók alacsonyabb teljesítmény mellett is magasabb finanszírozással dolgoznak. *„A fejekben, gyakran a szakemberek fejében sincs tisztaság azzal kapcsolatban, hogy mire való az ambulancia, lehet-e ambuláns felépülni”* – a kliensek kis százaléka jut ellátásba és az sem lenne megoldás, ha a rehabok tömve lennének, hiszen az sem egy magas ellátási szám; illetve a kliensek jó részének nincs szüksége rehabilitációs kezelésre. *(„Kitalálta az új stratégia ezt a felépülésközpontú elképzelést, miközben örök életünkben felépülésközpontúságra játszottunk, csak nem volt ez így zászlóra tűzve.”)*

Gondot okoz, hogy fejlesztésekre nincsenek elérhető források, mindössze az EU-s finanszírozás használható erre, és a *finanszírozás nem teljesítmény- és eredményorientált*, *„nem követi azokat az igényeket, amik jönnek a terepről”*. Emellett

a minisztérium nem végez kutatásokat, nincsenek felmérések, nincsenek megfelelő indikátorai annak, hogy ez a terület hogyan működik, a törvénykezés nem követi a változásokat (pl. dizájner drogok kezelése).

Az ellátórendszer legfontosabb része az alacsonyküszöbű ellátás, ennek a fejlesztése lenne kiemelt feladat. Az ambuláns ellátásnak kellene egyfajta hálózatot alkotnia, amiben lenne olyan gondozási rendszer, nappali klinikaszerű rendszer, ami ott van, ahol az emberek vannak. *„A jó ellátórendszer, a jó ellátás illeszkedik a kliens igényeihez, ott van, ahol ő van; a rehab nem ott van”*. A nappali intézmények számát jelentősen növelni kellene, ezeket új finanszírozási alapra helyezni, és közel vinni az emberekhez, *„akár úgy, hogy egy buszt alakítunk ki ambulanciának, ami az aprófalvas területeken hetente kétszer ott van”*. Az OEP és az igazgatási rendszer rossz működése miatt jelenleg nem a megfelelő ellátási formákat működtetjük.

Az aprófalvas területen élők és a területi hátrányokból adódó nyilvánvaló okok miatt kiszoruló ellátatlansága mellett jelentős problémaként azonosítható, hogy például a *szerhasználó várandós nők* kimaradnak az ellátórendszerből, illetve szinte minden esetben a terhesség megszakítására és a szerhasználat eltitkolására ösztönzik őket. Egy másik ilyen csoportot képeznek az *intravénás szerhasználók*, akik a tűcsereprogramokhoz nem jutnak hozzá. Ez nagyon eszközigenyes szolgáltatás, így a hazai alulfinanszírozott alacsonyküszöbű rendszerben nagyon nehéz működtetni. A *fertőző betegek*, Hepatitis C-s, HIV-es, fizikai problémával küszködő szerhasználók kezelésbe kerülésének lehetősége, folyamatos gondozása szintén nem megfelelően megoldott, bár vidéken (különösen a városokban) jobban működik a szolgáltatók közötti „kézből kézbe adás”, aminek eredményeként egy kliens rehabilitációból vagy alacsonyküszöbű szolgáltatásból eljuthat a szükséges vizsgálatokra. És természetesen a *fiatalok* azok, akiknek az ellátása továbbra is nagyon nagy probléma. Mindezek mellett pedig kiemelendő az *alkoholbetegek* ellátórendszerbe kerülésének problematikája, az alkoholdependencia diagnosztizálásának hiányos, kritikus állapota a hazai egészségügyi rendszerben. *„Az alkohollal elképesztő adósságaink vannak, nincs alkoholstratégia, nincs kitalálva az alkohol-ellátórendszer, múlt századi módszerekkel dolgozunk (...)”*

A *betegutak, kliensutak* esetlegesek, elsősorban a *szerep* határozza meg. Például, ha egy szolgáltatásokkal kevésbé jól ellátott területen van, akkor egy alkoholista sokkal könnyebben fog eljutni a nyugtató felíratásig, minthogy adekvát segítséget kapjon, szolgáltatás vagy hozzáértő szakember hiányában. Itt ismét visszajutunk oda, hogy az alacsonyküszöbű ellátáson rengeteg múlik, ismét kiütközik az ellátási piramis hiányossága.

Az ellátórendszerben a fent említett *gyengeségek* mellett semmilyen *erősségek* nincsenek, hiszen a néhány éve erősségként jelentkező civil erő mára ellehetetlenült – a magyar addiktológiai ellátórendszer legerősebb része ez a civilség volt, ami számos ok miatt eltűnt. Ezen kívül legfeljebb az nevezhető erősségnek, hogy a világhálón elérhetőek a források, szakmai anyagok, ami alapján néhány szakember igyekszik fejlődni.

Ebből következő *gyengeség*, hogy a szolgáltatók minimális működésre korlátozzák magukat az alacsony szintű finanszírozás miatt. Nem feltétlenül cél a kliensek bevonása.

*Veszélyként* jelentkezik paradox módon *az új szolgáltatások megjelenése*. Például az iskolai szociális munka újjáélesztése, ami további szakemberhiányhoz és esetlegesen a szakmai minimumlétszámnak való meg nem feleléshez vezethet, hiszen az addiktológiai területekről viheti el a szociális munkásokat a magasabb bér reményében. A pályázatok sem jelentenek megfelelő *lehetőséget*, hiszen akkora összeget nem hoznak, amiből növelhető lenne a dolgozói létszám, így a már dolgozó szakemberek látják el a megnövekedett feladatokat, akik így ugyan egy rövid ideig magasabb bért kaphatnak, azonban jelentős többletterhelés mellett kell dolgozniuk. A mennyiségi munkaerőhiány mellett *minőségi* erőforrás-probléma nem tapasztalható, a képzések alapvetően megfelelőek, azonban nagyon elnőiesedett a szakma. Több szempontból és több területen jelenthetne megoldást a több biztosítós rendszer kialakítása.

Hatékonyágvizsgálat, minőségbiztosítási, -értékelési és minőségirányítási módszerek nem működnek a rendszerben, ezek elérése szinte lehetetlen, annak ellenére, hogy megkönnyítené a kevésbé hatékony, alacsonyabb szakmai minőséget képviselő rehabilitációs intézmények kiszűrését. Az interjúalany által vezetett intézmény jelenleg egy, az OEP rendszerhez kapcsolódó hatékonyágvizsgálatot szeretne végezni a rehabilitációban résztvevő klienseik körében, bár ez sem lenne pontos, hiszen az OEP gyakran *hamis adatokat* rögzít. A saját kliensek utánkövetése szinte lehetetlen, különösen az ambuláns rendszerben. Jól szervezett, átgondolt, megfelelő minőségű értékelésekre szinte nincs példa – és lehetőség sem. Az ún. *Főnix-rendszer* ezzel a céllal jött létre, amely a különböző szolgáltatók számos mutató mentén (OSAP, TDI, Szubsztitúciós jelentés, MFSZ, Elterelés kérdőív stb.) történő adatszolgáltatásának eredményét összekötve, generált kódja alapján mutathatta volna meg egy-egy kliens útját a rendszerben. Azonban a rendszer a valóságban sosem működött, az adatszolgáltatás számos csatornán folyik, de visszajelzés nincs, így a saját intézményi és a kliensadatok visszakövetésére nincs lehetőség. Az ASI (Addikció Súlyossági Index) lehetne a betegút egyik mérési pontja, ami összegezhető lenne, ha mindenki egységesen vezetné – azonban azt a programot kiértékelő szoftvert, ami az elemzés lehetőségét megadná, Magyarország nem vette meg, így a kiértékelés jelenleg „hasraütésszerű”.

## **Fejlesztési lehetőségek**

Az ellátórendszer fejlesztéséhez hozzájárulhatna a térségi rendszerek létrehozása, *a térségi betegutak* kijelölése („*Szócska-féle koncepció*”) és térségi szintű ellátási piramis kialakítása, ami talán egy működőképesebb rendszert hozna, térségi finanszírozással és megfelelő rendszerszemlélettel. Első lépésként megfelelő súlyozással kellene átvizsgálni a területileg felesleges és a hiányzó szolgáltatásokat, melyek rendezése, igényekhez igazítása alapot adhatna a további fejlesztésekhez (szakemberek, együttműködés stb.). Amíg nincs rendszerszerű fejlesztés, egy-egy fellángolás (TÁMOP-os részfejlesztés)

nem fog eredményt hozni, sőt, talán még ront is a rendszeren a felesleges forrásfelhasználással, a szakemberek elszívásával, a szakma szétforgácsolásával és a szakemberek szembeállításával.

### ***Az interjú alapján az ellátórendszer fejlesztésével kapcsolatban megfogalmazható javaslatok:***

- *Szakemberek képzése a területen megfigyelhető minőségi problémák kezelése érdekében, illetve anyagi kompenzáció lehetőségének megteremtése a mennyiségi gondok megelőzése és visszafordítása érdekében, a képzett szakemberek pályaelhagyásának vagy a szakmán belül egyéb területekre való elszivárgásának megelőzésére.*
- *Hatékonyabb minőségbiztosítási, értékelési és fejlesztési keretek, rendszerek és lehetőségek megteremtése.*
- *Az alapszolgáltatási rendszer, alacsonyküszöbű szolgáltatások megerősítése az ellátási piramishoz való közelítés érdekében.*
- *Szektorsemleres és eredményorientált, hatékonyságra ösztönző finanszírozás.*
- *Az ellátások térségi rendszereinek kialakítása, hozzáférés javítása.*
- *Speciális szükségletű célcsoportok (pl. várandós nők, fiatalok) ellátórendszerbe történő integrálása, ellátásuk lehetőségének megteremtése.*
- *A Főnix-rendszer újragondolása, hatékonyságvizsgálatok bevezetése.*

## **2. Interjú**

Az interjúalany az előbbi intézmény egy alacsonyküszöbű szolgáltatást biztosító egységének szakmai vezetője, szociális munkás, addiktológiai konzultáns, szociálpolitikus.

### **Keretek**

A szervezet alapelvei között szerepel a humanizmus, az ártalomcsökkentő szemlélet, a hit a szerhasználat nélküli életben vagy a szociális használatban, a diszciplínák közti együttműködés, az integrált szemlélet, az átláthatóság és a demokratikusság, azaz az érintettek bevonása az egyes részfolyamatokba és véleményük figyelembevétele a döntések során. Elsősorban megelőző vagy megkereső és ártalomcsökkentő programok kapnak szerepet a szakmai programban.

### **Kliensek**

Az alacsonyküszöbű programok vezérelvei között szerepel az ártalomcsökkentés és a korai kezelésbe vétel. A kliensek bekerülésére vonatkozó kritériumok mindkét esetben alacsonyak. Név nélkül igénybe vehető szolgáltatásokról van szó, ahol az ártalomcsökkentő programok esetében az egyetlen kritérium az *erőszakmentesség*. A

prevenció terén, mivel a kliensek 18 év alattiak, és iskolai szintéren valósul meg a program, szülői hozzájárulásra van szükség a részvételhez. *A kezelt addikciók között felülreprezentált* a kémiai szerhasználat és a társfüggőség. A prevencióban pedig nagy hangsúlyt kap a játék és a számítógép problémás használata.

## **Eszközök**

A segítségnyújtás eszközei *alacsonyküszöbű programok* esetében az információnyújtás, a pszichoedukáció, a konzultáció, a szociális ügyek intézése, az állapotfelmérés, a továbbdelegálás, az ártalomcsökkentő eszközök osztása, illetve szükség esetén az elterelés. *A prevenció* esetében főként egészségfejlesztő és szociális készségfejlesztő programokra nyílik lehetőség, illetve fontos szerep jut az információátadásnak.

## **Stáb**

A szakmai stáb összetételét tekintve ideális esetben csak szociális munkásokból, illetve szükség esetén (részállásban, időszakosan foglalkoztatott) pszichológusból állna. Ehhez képest azonban jelenleg három fő szociális munkás, két fő szociológus és egy mentálhigiénés szakember alkotja a szakmai stábot. A stábtagok felkészítése a munkára egyfajta szocializációs folyamat, amely szakirodalmak és felkészítő napok segítségével valósul meg. A munka során lehetőségük nyílik a továbbképzésre, elsősorban konferenciákon való részvétel és kisebb (1-2 napos) képzések révén. Mindemellett vannak a stábtagok közt, akik önfinanszírozó módon végeznek el pl. drámapedagógia képzést. Szupervízióra rendszeresen nincs lehetőség, így csak akkor alkalmazzák, ha konkrét igény merül fel rá.

## **Módszerek**

A prevenációs programok iskolai szintéren valósulnak meg, így a korlátok közé tartozik, hogy szűk óraszámmal, az ideális maximumlétszám miatt sok esetben osztálybontással működnek. A többnyire páros csoportvezetéssel működő, edukációra építő, vitára is lehetőséget adó csoportmunka megvalósítása médiaeszközök segítségével zajlik, többek között kisfilmek, montázsok, fényképek bemutatásával. A drogprevenációs munkacsoporton keresztül működik egy iskolai és párkapcsolati erőszakra irányuló program, amelynek kiemelt célja az ismeretterjesztés és a szociális kompetenciafejlesztés.

## **Célok**

A legfontosabb, hogy a megfogalmazott, kitűzött célok reálisak legyenek, függetlenül a nem megfelelő érvényességű hatékonyságvizsgálatától. Pl. iskolai szociális munka esetében a nem megfelelő pályázati konstrukció hibáit kiküszöbölendő, érdemes egy iskolára koncentrálni az energiákat.

## **Hatékonyág, akadályok, problémák**

A legnagyobb nehézséget a finanszírozási problémák és ezzel összefüggésben a forrásigényes programok jelentik. Egyfelől nehéz forrást találni a programok megvalósítására, másfelől állandó a szakemberhiány, ami részben szintén a finanszírozási problémáknak tudható be („nehéz őket megfizetni”).

Szorosán kapcsolódik a finanszírozási problémákhoz, hogy a célcsoportot gyakran a fiatalok alkotják, a velük végzett munka során szerzett tapasztalatok azonban abba az irányba mutatnak, hogy ennek a korosztálynak nagyon fontos a korszerű eszközök használata. Költséges maga a promóció is: nagy hangsúlyt kell fektetni a szóróanyagokra, az internetes megjelenésre és a motivációs ajándékokra. Költségesek továbbá az ártalomcsökkentő eszközök és a gépjárműhasználat. Forrásokra lenne szükség az infrastruktúra fejlesztéséhez is.

A korábban említett szakemberhiány azonban nem csak finanszírozás kérdése. A munkára alkalmas szakemberek száma alacsony. A friss diplomás hallgatók felkészültsége rossz. Amellett, hogy nincsenek gyakorlati tapasztalataik, olyan alapvető készségek hiányával küzdenek, mint a prezentációs készség, a határok megtartásának képessége.

További probléma, hogy nem valósul meg az egyes szakterületek közti hatékony együttműködés. Ideális esetben tájékoztatni kellene a másik szakterület képviselőjét a problémákról, és elfogadtatni a szakmailag megalapozott érveket. Pl. a hatékonyság érdekében a rövid távú programok helyett több forrást kellene fordítani a hosszú távúakra. Ezt azonban akadályozzák a szociálpolitikában és az oktatásügyben uralkodó kedvezőtlen alapfeltételek.

## **Sikeresség, eredmények, hatékonyság**

Magát a folyamatot számszerűsíteni és követni is nehéz. A prevenció vonatkozásában a kérdést komoly szakmai viták övezik. „*Hogyan lehet jól mérni a korlátozott idejű prevenció programok hatékonyságát?*” Ami a sikerességet illeti, elsősorban az információbővülés és az attitűdformálás mérésével összefüggésben vetődnek fel módszertani problémák. Maga a változás nehezen mérhető, a mérőeszköz hosszúsága pedig gyakran további akadályozó tényező lehet, mivel hosszabb kérdőívet nem szívesen töltenek ki a diákok. Ezeknek a problémáknak a kiküszöbölésére az elő- és utótesztet a szakemberek már a pedagógusokkal készített interjúkkal is kiegészítik. Az *ártalomcsökkentés* sikeressége kapcsán leggyakrabban a „*Mit kellene mérni és hogyan?*” problémája merül fel. Mit érdemes mérni? A rendszerben megjelentek számát? Az elfogyott eszközök számát? A kezelésben megjelentek számát? A sikerességet végül kompromisszumok alapján értékeli.

## Eredmények

Eredménynek tekinthető a programok működésének fennmaradása, a minőségbiztosítási programok megvalósítása. Szakmapolitikai eredmény, hogy országos munkacsoport alakult a gyermekprostitúció visszaszorítására, és hogy már Brüsszelből is érdeklődnek a prevenciós programok iránt. A hatékonyság ellenőrzése elvárás, de visszatérő kérdés, hogy érdemes-e hatékonyságvizsgálatot végezni, miközben a munkát végző személyek hatástalannak tartják a programot az adott feltételek mellett.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Megfelelő szakemberellátás biztosítása, amely egyfelől finanszírozási kérdés, másfelől azonban maga után vonja a szociális munkás és pszichológusképzés átalakítását, mégpedig olyan módon, hogy a gyakorlat (és az ehhez kapcsolódó tapasztalatok, személyiségfejlesztés), valamint a gyakorlati készségek fejlesztése nagyobb hangsúlyt kapjon a képzés során („employability”).*
- *Kidolgozni egyfajta szakmai protokollt arra nézve, hogy az érintett szakterületek közti együttműködés gördülékennyé válhasson, viták, megfelelő szakmai fórumok és egyeztetések által.*
- *Több forrást kellene biztosítani a fiatalokkal végzett prevenciós munkára, és ki kell dolgozni ezek komplex értékelésének módszereit.*
- *A hosszú távú, stabil programoknak kellene előnyt biztosítani a kampányszerű, rövid beavatkozásokkal szemben.*

## 3. Interjú

Az interjúalany egy drogambulancián dolgozó regionális KEF-koordinátor (Kábítószerügyi Egyeztető Fórum), szociális munkás. Az interjú témája a KEF-ek helyzete, lehetséges szerepe, és általában az ellátórendszer helyzetének értékelése volt. A kutatás átfogó célját és a KEF-es kérdőívet az interjúalany ismerte, utóbbi kialakításához szakmai segítséget nyújtott.

### **A KEF-ek helyzete**

A KEF-ek helyzetéről az interjúalany a következőket mondta: a szakemberek angol modell alapján kezdeményezték. „*Én kezdetektől fogva kerestem a társadalmi diskurzus, szemléletformálás eszközét.*” A KEF egy stratégiát alakító szervezet, 20.000-nél nagyobb lélekszámú településeken. Lehetséges feladatai: szenvedélybetegekről való gondolkodás, szemléletmód formálása, „*egymásról, egymással való gondolkodás.*” Ehelyett „*ítélkezések sorozata zajlik, kollégák és intézmények között is, ami kliensvesztéssel jár*”, és a szociális háló lyukaihoz vezet. Az interprofesszionális együttműködés nem hatékony. Példa erre a rendőrség és az utcai megkereső szolgálat konfliktusa. A KEF jövője: „*abszolút bizonytalan az egész... NDI–NRSZH váltás,*

*elkötelezett szakemberek távozása, késlekednek a pályázati kiírások (KAB). Nincs kimondva, hogy a KEF kell, vagy nem kell. Vajon mit gondolnak erről a recovery-szakértők (...)?* A KEF-eknek feladatai lennének a kínálat- és keresletcsökkentés, a prevenció – és maga a koordináció terén.

### **Az addiktológiai problémák társadalmi és médiakommunikációs háttére**

A társadalmi-kommunikációs háttér az alkohol és az illegális drogok esetében az interjúalany szerint a következőképpen alakul: *„A szülők nem is érzékenyek erre. Ide még szülő azért nem telefonált, hogy a gyereke három napig volt részeg egyfolytában.”* – míg illegális szerhasználat gyanúja esetében gyakran. A különbség nagyságrendnyi: (...) -nak [egy hazai szakember] elhiszik, hogy ez tényleg probléma (kb. 800.000 vs. 25.000). *„[A szóban forgó szakember] miképpen lett arca a hazai addiktológiának?”* Az addiktológusok korábbi médiamegjelenései nem sikerültek, *„nyilván a médiát a szenzáció érdekli, hányan haltak meg stb. (...;) ez egy rettenetesen rossz szemlélet. A hírcsinálásba mindenáron nem fogok belemenni.”* A (...) -jelenség [egy másik hazai szakember médiamegjelenései]: *„sok-sok év borzalom, a szakmának ártó módon.”*

### **Problémák és lehetőségek az ellátórendszerben**

Az interjúalany szerint az elérési programok nagy nehézségek árán működtethetők, a partiszerviz és bulisegély típusú szolgáltatásokon keresztül nehéz a kliensek bevonása, sokkal jobb lehetőségeket kínál az *internet*, erre azonban speciális módon, külön kapacitásokkal-kompetenciákkal kellene rákészülni.

Nem teljesen kihasznált az interjúalany munkahelyeül szolgáló ambulancia kapacitása, ennek egyik oka az lehet, hogy korábban kezdődik a szerhasználati zavar, az ambulancia pedig nem foglalkozik gyermekekkel – legalábbis az OEP-jogosultság nincs meg ehhez. Családterápiás beavatkozások esetében a gyermekek jelen vannak mint a beavatkozás alanyai, ám a finanszírozás ezt így nem tudja „értelmezni”. Tervezik a gyermekaddiktológiai vonal indítását, a rehabilitációs intézményben pedig néhány gyermek-serdülőkorú kezelését. (Itt sincs OEP-jogosultság.) Elekes Zsuzsanna kutatási eredményeit kommentálva az interjúalany megjegyezte, hogy nem tapasztal csökkenést a szerhasználati problémák terén, de rejtettebbé vált a szerhasználat. Ennek okai:

- a Btk. büntetési tételei (de ez önmagában nem magyarázat, mert nincs minden a listán);
- az új szerek, amelyekre nem lehet értelmesen rákérdezni;
- másfajta lélektan/identitás.

A családi ellátási formák is gondot okoznak: 21 év alatt terápiás szempontból indokolt a szülő jelenléte, a közös felelősségvállalás. Kérdés, hogy van-e egyáltalán értelme az ennél fiatalabbak egyéni kezelésének? Nem tűnik hatékonynak.



A vidék speciális helyzeteket teremt: „*vidéken baj van*”. Fontos volna a házi orvosok bevonása, ők látják, mekkora a probléma. A megyei jogú városokban van csak drogambulancia, másutt a RÉV alacsonyküszöbű szolgáltatásai. A felkészült szakemberek nem mennek vidéki színterekre, az elzárt zsáktelepülésekről pedig képtelenség igénybe venni a szolgáltatásokat (utazási költségek megelőlegezése, rengeteg idő stb.). Megoldást jelentené-e a kitelepülő szolgáltatások? Erre nem tudhatjuk a választ: kérdés, hová települjenek. Az ellátó terve ezen a téren képzők képzése programok indítása, megkereső és prevenció programok helybe vitele.

### **Szakmai, szakmaközi viták**

Ami a forrásokat illeti, pályázati világ van. (Az előbbi terv megvalósítása is akkor lehetséges, ha vannak pályázatok.) Probléma a források kapcsán, hogy „*a szakma nincs egyben*”, a felépülés-orientált csoportlobbis dogmatikus képviselői úgy vélik, hogy a rehabilitációs intézményekben azért nincs kliens, mert az alacsonyküszöbű ellátásokat igénybe vevő személyek nem motiváltak a jelentkezésre. Itt merül fel a betegutak problémája: az interjúalany szerint „*nincs ez rendesen átgondolva*.”

A felépülő–ártalomcsökkentő vitáról az interjúalany véleménye a következő: „*Az én pályám azért szerencsés, mert én majdnem mindenféle ellátásban dolgoztam*”. Az alacsonyküszöbű ellátás, amelyben „*szem előtt van, zűrösebb a kliens, nem vonzó*”. A rehabilitáció, terápiás közösség esetében „*a [z odalátogató] vendég azt érzi fél nap után, hogy a mennyországban van*.” „*Én is ott tanultam a legtöbbet, a mai napig is (...)t tekintem szakmai mesteremnek*.” A rehabilitációs intézmények védettek, zártak, a szakemberek sem kapcsolódnak kifelé („*szakmai fórumokon nem vesznek részt, nem járnak nyaralni sem*” stb.). „*Belterjes, kevés az, aki ki tud lépni úgy, hogy megtartsa ezt a szálát*.” A személyes-szakmai feltöltődés lehetőségét „*a rehabokban dolgozók (...) nem mindig igénylik – külön, kerek kis világ*”.

A KEF olyan fórum lehetne, ahol ezekről a problémákról, ellentétekről beszélni lehet: „*Néha azt érzem, hogy mediálni kellene a szakemberek között (...;) mindenkinek igaza van, de mégsem lesz ebből egy közös igazság. A szakemberek fanatikusan abban hisznek, amiben éppen vannak. Az tud középre állni, aki az összes szolgáltatásra nyitott, és mindegyikről tudja, hogy mi az értelme*.” (Pl. a prevenció és 12-lépéses módszer ellentéte kapcsán, a kompetenciahatárok elmosódásának kérdésével összefüggésben, vagy azzal kapcsolatban, hogy „*az alacsonyküszöbű motivál, de nem kezel... elvileg*”.) A rendszer hatékonyságát a benne lévő szakemberek, segítők hatékonysága határozza meg. Az addiktológiai ernyőszerkezeteken belül sincs egység, a harcok nem konstruktívak. Az alkohológia helyzete: „*ez igazából egy puccs volt (...), tény, ami tény, agilisabb szakemberek voltak a MAT-on belül (kábitószer-vonalon)*”; az alkohológusoknál „*nincs prevenció, stratégia (...), a kábitószer-szakemberek ügyesebbek voltak*.” Az interjúalany munkáltatója erre saját intézményt hozott létre, látva a kialakult állapotokat: „*A (...) utcai*

*alkoholgondozó, nem volt hatékonysága 20-30 év alatt, semmi.*” Kérdés, honnan várható az alkohológia megújulása?

### **Szakmai protokollok – intézményi gyakorlat**

A betegutak kérdése kapcsán az interjúalany elmondta, hogy a kliens átadható, *„ha nem tudok veled dolgozni”*. – Mennyire jellemző ez? *„Ezt nekem a saját intézményem engedi meg (...); vannak szakmai protokollok, de azok egyénileg vannak értelmezve.”* Fontos, ki miben hisz: a szupportív megtartásban, vagy a mélypont–felépülés váltásban.

Az önismeret, a szupervízió, a képzés és a reflektivitás kapcsán az interjúalany megjegyezte: *„Nem azt látom, hogy a rendszerek nem működnek, hanem hogy az egyének nem működnek.”* A segítő saját felépülése, fejlődése, a szakmai életpálya tudatos felépítése a fontos.

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *A KEF-ek feladatkörének újragondolása, a rendszer újraépítése (jelzőrendszer, szemléletformálás, határterületi együttműködések). A területi KEF vezetője addiktológiai végzettségű, tapasztalt gyakorlati szakember legyen.*
- *Családra összpontosító ellátási formák bevezetése.*
- *Gyermekkorúak ellátásának fejlesztése.*
- *Tényekre alapozó, felelős és etikus médiakommunikáció a szenzáció keresése helyett.*
- *Mobil ellátó teamek a vidéki színtereken.*
- *A területen dolgozó szakemberek életpálya-modelljének bevezetése.*

## **4. Interjú**

Az interjúalany az Alapvető Jogok Biztosa Hivatalának munkatársa.

### **Az interjúalany szakmai tapasztalatai**

Az interjúalany 1999 körül került kapcsolatba hivatalos minőségben a kábítószer-problémával, amikor a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságán kezdett dolgozni. (Korábban a Budapesti Fegyház és Börtönben volt nevelő, ahol már érzékelte a fogvatartottak körében egyre gyakoribbá váló szerhasználatot, elsősorban kannabisz-származékok, illetve illegális testépítő szerek használatát. Detektálható volt továbbá a Rivotril és egyéb nyugtatók visszaélészerű használata is.) A BVOP-ban az interjúalany Huszár László irányítása alatt dolgozott, aki javasolta a témakör alapos, tudományos igényű vizsgálatát, illetve jelezte a stratégiaalkotás szükségességét. Ezt követően a hollandiai Helsinki Bizottsággal együttműködve kidolgozásra került egy program a büntetés-végrehajtás professzionalizálására, amelynek egyik témaköre a kábítószer-probléma volt. A témakörrel az interjúalany foglalkozott. A programalkotás során több holland büntetés-végrehajtási intézményben tanulmányozta a prevenció munkát. A

holland gyakorlatok egy része jelentős mértékben eltért a hazai gyakorlatoktól, adaptálásuk nem tűnt kivitelezhetőnek. Ezzel szemben a holland szakemberek számára példaértékűnek tűnt a kínálatcsökkentés-fókuszú magyar rendszer. Az együttműködés eredményeként – 2000 környékén – börtönőrök számára kifejlesztett oktatókönyv készült el, illetve „*train the trainers*” típusú képzésekre került sor. A tréningek lebonyolításában az interjúalany is részt vett, majd ennek a tevékenységnek a folyamányaként beválasztották a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságba, illetve annak Nemzetközi, valamint Epidemiológiai Albizottságába. Az itt kialakult kapcsolatok eredményeként az interjúalany önkéntes alapon oktatói tevékenységet végzett különböző civil szervezeteknél, később önálló kutatásokat is végzett. Dolgozott Strasbourgban a CPT<sup>7</sup> magyar tagjaként. Foglalkozott a kábítószer-problémával összefüggő dél-amerikai börtönlázadások témakörével. Doktori disszertációját a börtön és a kábítószer kapcsolatáról írta. Résztvevője volt továbbá olyan nemzetközi kábítószerügyi kutatásoknak, amelyek a börtönből való szabadulásra történő felkészítésre, illetve a börtönlét utáni napok problematikájára irányultak. A Nemzeti Közzolgálati Egyetemen a fent említett témakörökhöz illeszkedő kurzusokat tartott.

### **A holland–magyar együttműködés hozadéka**

A holland tanulmányutak előtt Magyarországon egyetlen ún. drogprevenációs részleg működött (a Budapesti Fegyház és Börtönben, ahol Huszár László volt a parancsnok), amelyet a börtönszlangban „nyalóka-körlet” néven emlegettek. A derogáló megnevezés arra utal, hogy a körletben könnyebb a rabok élete. Kísérleti jellegű intézmény volt, ahol a védendő rabokat is elhelyezték, így a fogvatartottak köre nagyon heterogén volt. A holland látogatásoknak köszönhetően több helyen jött létre ilyen prevenációs részleg, 2005-ben már – az összesen 33 intézményből – 13 helyen működött hasonló. Jelenleg már majdnem minden büntetés-végrehajtási intézményben működik kábítószerprevenációs részleg. Ezek a terápiás közösség jellegű ismérveik alapján a holland modellre épülnek. A holland viszonyok között – tehát Magyarországon nem – a terápiás közösség normáiban az is megjelent, hogy a közösség tagjai akár szankcionálhatták is a csoporttagokat, például dönthettek a közösségből való kizárásról. (Hollandiában 2008 környékén megszűntek ezek a TC-k.) A prevenációs körletek hatékonyságát az interjúalany a korábbi tapasztalatai alapján véleményezte. Álláspontja szerint a körleteket egyfajta naiv megközelítés jellemzi. A kábítószer-problémával foglalkozók a saját személyiségüket viszik bele a probléma kezelésébe. Erre vezethetők vissza olyan gyakorlatok, mint például az, hogy a kábítószerprevenációs körletben történelemórákat tartanak, vagy az, hogy az elítéltek horgászni mennek a Velencei-tóra. Az interjúalany számára nem volt egyértelmű, hogy milyen kapcsolat van a példaként említett tevékenységek és a kábítószerprevenáció között. Furcsának tartja, hogy a prevenációs körletekben is megengedett a dohányzás. (Ezt a lehetőséget jogszabály biztosítja az

---

<sup>7</sup> European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment

elítéltek számára.) A nemdohányzó cellák „csókosnak” számítanak, ezekben jellemzően a nem roma elítéltek kapnak helyet. Olyan eset is előfordult, amikor a prevenció körletben injekciós tűt találtak egy hűtőszekrény oldalában. A problémák ellenére a körletek működése hasznosnak tekinthető. Az, hogy a segítők beleviszik a munkába a saját személyiségüket, hasonlívá teszi a módszert a német börtönökben alkalmazott *Sozialtherapie*-re.

### **A nemzetközi kutatás eredményeinek felhasználása**

A nemzetközi kutatások tapasztalatait nem sikerült integrálni a büntetés-végrehajtás rendszerébe. Példaként említette az interjúalany az egyik legutóbbi kutatást, amelyet a Hamburgi Orvosi Egyetemmel és különböző európai országok szakembereivel együttműködve végeztek. A kutatás során egyértelművé vált, hogy a magyar elítélteket nem készítik fel a szabadulásra, továbbá az is, hogy az elterelés jogintézménye az előzetes letartóztatás ideje alatt nem tud működni. A kliensek mozognak a büntetés-végrehajtás különböző intézményei között, ezért előfordul, hogy valakinek az elterelését kétszer-háromszor is elkezdik, de nem fejezik be. A rabok nincsenek motiválva, ami a börtönszemélyzet felkészületlenségére vezethető vissza – nincs teljes rálátásuk a kábítószer-probléma természetére.

### **A nyugtatószerek és az új pszichoaktív anyagok problematikája**

A nyugtatószerek visszaélészerű használata a korábbi években felemésztette a büntetés-végrehajtás illegitim szerek elleni harcát. (A Rivotril nem kábítószer, de a beszerzése illegális módon történik.) A Rivotril „kiütötték” az új pszichoaktív anyagok („*legal highs*”), amelyek részben szintén lehetnek legális drogok.<sup>8</sup> A pszichoaktív szerek jellemzően látogatások alkalmával kerülnek be a börtönökbe, amelynek kapcsán egy nagyon megalázó gyakorlat zajlik: a látogatások alkalmával az elítélteknek meztelenre kell vetkőzniük, majd leguggolva köhögniük kell.<sup>9</sup> Az interjúalany úgy véli, hogy valaki

---

<sup>8</sup> Az új pszichoaktív szerek generikus szabályozásával – ld. az 55/2014 (XII. 30.) EMMI rendeletet – ma már kevésbé helytálló a 2000-es évek végén keletkezett, és máig gyakran hangoztatott nézet, hogy „naponta kerülnek piacra új dizájner drogok”, melyek használata az újabb, rájuk vonatkozó jogszabály-módosításig nem tiltott.

<sup>9</sup> „Több fogvatartott állította, hogy a látogatók távozását követően az Intézet kápolnájában, vagy más elérhető helyiségben a személyi állomány tagjai, más fogvatartottak jelenlétében, meztelenre vetkőztették őket. A meztelen fogvatartottaknak a péniszükön a fitymát hátra kell húzniuk, majd le kell guggolniuk. A pénisz fityma alá eső része szemrevételezésének, valamint a leguggoltatásnak a célja, hogy a személyi állomány a fogvatartottak lábai közé, esetleg az intim testrészeikbe rejtett tiltott tárgyakat, illetve pszichoaktív anyagokat (designer drogok, *legal highs*) megtalálja.”

Fliegauf G., Izsák G., Rostás R., Zeller J. & Haraszi K. (2016). *Az alapvető jogok biztosa mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-3865/2016. számú ügyben*, p. 17. Budapest: Alapvető Jogok Biztosa, az ENSZ Nemzeti Emberi Jogi Intézménye. <http://www.ajbh.hu/documents/10180/2506630/AJB-3865-16.pdf/b6aa68fe-0eff-45de-9ac3-25d942c6dfef> (Letöltés: 2016.09.25.)

láthatott egy évtizedekkel ezelőtt készült amerikai oktatófilmet, és annak alapján alkalmazzák az idejétmúlt és eltúlzott gyakorlatot. Valószínűsíthető, hogy a pszichoaktív anyagok a csomagokkal együtt kerülnek be, amelyek ellenőrzése szinte lehetetlen feladat. A csomagok beküldésének tiltása jogi akadályokba ütközne. Arra is volt már példa, hogy papírral itatták fel a pszichoaktív anyagot, és levélben próbálták bejuttatni a börtönbe. Valószínűsíthető, hogy a büntetés-végrehajtás dolgozóinak egy része is érintett a drogok bejuttatásának folyamatában. Az új pszichoaktív anyagok kapcsán az is probléma, hogy a droghatásokat és az elvonási tüneteket nem lehet pontosan beazonosítani. Volt olyan eset, amikor egyszerre tucatnyi elítélt lett rosszul.

### **A drogprobléma társadalmi jellegével és megoldásával kapcsolatos észrevételek**

A fiatalok körében nagyobb tudatosság elérésére lenne szükség, például érzékenyítő tréningek megszervezésével. Ebben fontos szerepet játszhatnának a különböző civil szervezetek. Célravezető lehet az ártalomcsökkentő szemlélet alkalmazása is. Tény, hogy erre a jelenlegi szakmapolitika nem igazán nyitott (ld. a Kék Pont tucseroprogramjának bezárása). Amíg társadalmi szinten nem sikerül kezelni a problémát, addig a börtönökben is jelen lesz. Nagyon jelentős az átjárás a drogambulanciák és a börtönök között. Magas korreláció jellemzi az intravénás szerhasználatot, a börtönviseltséget és a HCV-fertőzést. Ezt magyarázhatja, hogy a börtönben az injekciós tű tiltott tárgy, így a közös tűhasználatból adódóan nagyon magas a fertőződés mértéke. A jelenség megfigyelhető a nyugat-európai államokban is. A problémakör egyébként megjelenik a nemzetközi szervezetek (pl. EMCDDA, Pompidou-csoport) jelentéseiben, vagy akár a Drog Fókuszpont honlapján is, de ezek jellemzően nem ismertek a magyar döntéshozók előtt. (A KKB-ben előfordult az is, hogy a szakmai szervezetek delegáltja nem kapott szót.) Kritikával lehet illetni a civil szervezetek egy részét is, amelyek fellépése esetenként túlságosan agresszív, és nem érvényesül a „*do less harm*” elve.

### **A Büntetés-végrehajtási Szervezet Kábítószerügyi Szakmai Bizottsága, illetve a kábítószer-probléma pozíciója**

A 2008-ban létrehozott szervezet 2014 szeptemberéig mindössze két alkalommal ülésezett. Ennek az lehetett az oka, hogy a kábítószer-probléma nem kiemelt kérdés a büntetés-végrehajtás rendszerének vezetői számára. Megelőzik olyan problémák, mint a túltelítettség, az Emberi Jogok Európai Bíróságának pilot-ítéletei, a létszámhiány, az épületek állaga. Néhány éve megszületett az új büntetés-végrehajtási törvény<sup>10</sup> szakmai kodifikációja, melynek motorja egy kockázatértékelési rendszer életbe léptetése volt.

---

<sup>10</sup> 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról

(Ennek – egyebek mellett – kábítószer-problémával foglalkozó része is van.) A rendszer életbe léptetése szintén leterheli a büntetés-végrehajtás rendszerét.

### **Javaslatok külföldi jó gyakorlatok alapján:**

*Az interjúalany három olyan országot említett, amelynek büntetés-végrehajtási gyakorlatait érdemes lenne adaptálni:*

- *Egyesült Királyság: függőségkezelő csoportok működtetése, a szerhasználó rabok differenciálása; Naloxont tartalmazó kit kiadása a függők részére szabaduláskor, amelynek segítségével megakadályozható a túladagolós halálesetek száma; a McGlinchey-ügy<sup>11</sup> tapasztalatainak felhasználása.*
- *Dánia: átfogó stratégia a szabadulásra történő felkészítésre és az utógondozásra irányulóan.*
- *Hollandia: drogspecifikus (pl. GHB) körletek.*

## **5. Interjú**

Az interjúalany egy prevencióra szakosodott civil szervezet szakmai vezetője, pszichológus.

### **Keretek**

Az alapítvány egy, a fogvatartottak és szabadultak társadalmi és munkaerő-piaci támogatásával foglalkozó, országosan működő civil szervezet. Működése projektek segítségével valósul meg, így a szakmai munkát áthatja a projektszemlélet. Mivel szerhasználat tekintetében felülreprezentált a fogvatartotti populáció, ahogy az interjúalany fogalmazott, „*kéz a kézben jár*” a két probléma, az alapítványi munka szerves részét képezik a drogprevencióval és -rehabilitációval kapcsolatos tevékenységek. Jelenleg működő program a Tisztán Drogprevenció Program, amely elsősorban egy információszolgáltatásra épülő, felkereső-megelőző munkát takar, így képezve kapcsolódást a büntetés-végrehajtás és a kezelés, ellátás között. Egy másik, józan szenvedélybetegekre vonatkozó program a már szabadultakra irányuló komplex program, amelynek többek között egy félutas ház is részét képezte (ez az interjú elkészítését megelőző időszakban szűnt meg finanszírozási problémák miatt). A fentiekén túl az alapítvány állandó szolgáltatásai között szerepel az információs bázis, amely egyfajta drop-in rendszerben működik, vagyis a kliensek bármikor igénybe vehetik a szolgáltatást, előzetes időpont-egyeztetés nélkül.

---

<sup>11</sup> Az intravénás szerhasználó Judith McGlinchey 1999-ben hunyt el a wakefieldi New Hall Büntetés-végrehajtási Intézet fogvatartottjaként. Az EJE vizsgálat az elítélt kezelésével kapcsolatban több hiányosságra derített fényt.

## A fogvatartottakkal és szabadultakkal végzett munka sajátosságai

A fogvatartottakkal végzett munka egészen sajátos nehézségeket rejt magában, amelyek nagymértékben a kereteknek köszönhetőek. A büntetés-végrehajtási intézményekben a biztonság prioritása, valamint a nagyfokú kontroll mellett további „körülmény”, hogy a találkozások minden esetben egy speciális, valóságidegen szintéren történnek, ahova ennek okán nehéz bevinni a kinti világ realitását.

## Drogprevenció a büntetés-végrehajtásban

Jelenleg huszonhárom büntetés-végrehajtási intézetben van drogprevenációs körlet, ahova összesen négyszáz fő kerülhet be. A fogvatartottak a drogprevenációs körletbe a KEK prediktív rendszeren keresztül juthatnak be. Összességében öt területen méri a kockázatokat, amelyek közül egy kockázati tényező a pszichoaktív szerhasználattal összefüggő probléma. Abban az esetben, ha a fogvatartott közepes vagy magas kockázati kategóriába kerül, drogprevenációban részesülhet. A büntetés-végrehajtás keretei között megvalósuló drogprevenáció és rehabilitáció hatékonysága az interjúalany szerint több okból kifolyólag is kérdéses. Többször is kitért rá, hogy a körletbe való bekerülés nem minden esetben függ össze a „*rátaltsággal*”. A drogprevenációs körlet egy kiemelt körlet, azok számára fenntartva, akik jó magaviseletük miatt megérdemlik ezt a fajta „*jutalmat*”. Ennek ismeretében azonban felmerül a kérdés, hogy valóban az kerül-e prevenációs programba, akinek ténylegesen szüksége van rá. Problémás, hogy a munkára nézve a büntetés-végrehajtásban *nincs standard szakmai protokoll*, csak egyfajta szakmai ajánlás. Ennek köszönhetően nem tisztázott, hogy milyen szakmai protokoll alapján zajlik a munka a drogprevenációs körletekben.

A drogproblémával nem addiktológusok, hanem pszichológusok foglalkoznak, illetve a csoportmunkát az ún. reintegrációs tisztek végzik, akik egy *egyhetes tréninget* követően válnak képessé tizenkét alkalmas kognitív alapú csoportok vezetésére, heti egy alkalommal. További kérdést vet fel, hogy valóban *megvalósítható-e a csoportmunka* ebben a hierarchizált világban, ahol az érzéseiket kontrollálniuk kell a fogvatartottaknak.

Dilemmaként jelenik meg az önkéntesség mögött álló motivációk kérdése: vannak fogvatartottak, akik számára kötelező a részvétel, az önkéntes alapon jelentkező fogvatartottaknál azonban a tapasztalatok szerint elsősorban nem belső, hanem olyan külső motivációk dominálnak, mint a körleten megtalálható hűtő, mikro vagy pingpongasztal hozzáférhetősége. Szintén aggályos, hogy a fogvatartott számára nem biztosított, hogy szabadulás után „*becsatornázódjon*”, „*átgondozódjon*”, így könnyen magára maradhat.

## Drogprevenció az alapítvány működésében

Az alapítvány projektől függően egyszerre hat-nyolc intézettel áll szakmai kapcsolatban. A kliensek esetében a bekerülésnek nincs klasszikus értelemben vett kritériuma, hiszen az alapítvány már „*készen, szűrve kapja*” a fogvatartottakat, akik automatikusan

bekerülnek a programba. (Első kérdés a fogvatartott részéről: „Kapok ezért dicséretet?”.) Az alapítványi programokba bekerülő kliensek közül a legtöbben kábítószer-függőséggel vagy kóros játékszenvedéllyel küzdenek (az alkoholproblémával küzdő kliensek száma elhanyagolható).

A kliensek számára elérhető programok sokszínűek. Lehetőségük nyílik részt venni többek közt művészetterápián, kézműves, biblio- és társasjáték-terápián. Az ún. Váltó Program középiskolai tanulmányok elvégzését támogatja. A kliensek részt vehetnek segítő beszélgetéseken és csatlakozhatnak felnőttképzési programokhoz (20-30-50 órás, tanúsítványt nyújtó képzések) is, amelyekben elsősorban kommunikáció-önismeret- és digitáliskompetencia-fejlesztés zajlik.

Az alapítvány elérhetővé teszi a családot bevonó kezelési formát is, amelynek célja, hogy felkészítse a családot a hozzátartozó szabadulására. A tapasztalatok szerint a hozzátartozók igénylik ezt a lehetőséget, bár elsősorban praktikus okokból (remény a gyakoribb láthatásra, információk szerzésére a fogvatartottról, üzenetek küldésének lehetősége). *A gondolatot, hogy a hozzátartozó szabadulására és az ehhez kapcsolódó változásra fel kell készülni, sokan nem teszik magukévá.*

## **Stáb**

A stáb mérete és összetétele projektfüggő. Általában öt-tizenöt fő alkotja, akik közt van szociális munkás, pszichológus, szociológus, pedagógus, szociálpolitikus és kriminológus is. A stábtagek toborzása álláshirdetések útján, a kiválasztás pedig személyes elbeszélgetés útján történik. Az elvárt tulajdonságok között a legfontosabb helyen szerepel a magas fokú teherbírás és kontrolltűrés (ez utóbbi főként a sok utazás és várakozás miatt merül fel kritériumként). A stábtagek felkészítése a munkára általában egy hónapig tart, amikor egy másik munkatárs mellett hospitálnak. A képzés minden stábtage esetében elvárás: *„mindenkinek képződnie kell addiktológiai témában”*. A szupervízió kapcsán kevés jó tapasztalattal rendelkeznek, így az utóbbi időben a stáb önmaga látja el ezt a szerepet. *„Mi egy erős csapat vagyunk (...) egy idő után már ott tartottunk, hogy a szupervízor mondta el a saját problémáit.”*

## **Célok, eredmények, sikeresség**

Befejezettek akkor tekintenek egy folyamatot, amikor a fogvatartott úgy érzi, hogy nincs szüksége további segítségre, illetve kilépés esetén, amikor a kliens már nem vesz részt a foglalkozásokon. A folyamat sikerességét elsősorban annak mentén értékelik, hogy a kliens képes-e a többségi társadalom normarendszere alapján élni az életét, tehát képes-e dolgozni és megoldani a problémáit szerhasználat nélkül. Az alapítvány rövidtávú céljai közt szerepel, hogy a kliens bekerüljön, és végigvigye a programot, mindeközben akarjon változni, és képes legyen megtanulni, majd alkalmazni a reintegrációhoz szükséges készségeket. A hosszú távú célok közt az életproblémák hatékony megoldása és a szerhasználat elkerülése szerepel, valamint az, hogy hagyjon fel mások manipulációjával. Vagyis *„kerüljön sínre az élete”*.



## Hatékonyság, akadályok, problémák

A hatékonyság útjában álló problémák elsősorban a működéssel kapcsolatban merülnek fel. Az interjúalany a finanszírozás nehézségeit, a projektműködésből fakadó, megszakadó folyamatokat és a büntetés-végrehajtáshoz való folyamatos alkalmazkodást emelte ki. További akadály, hogy bár huszonhárom intézményben folyik drogprevenciós munka, ezekről összesítő jellegű, hozzáférhető leirat nincs. Információt szerezni és következtetni csak különböző forrásokból (cikkek, weboldalak, informális közlések) és ezek összegzéséből lehet. Az így kapott információk azonban nem teljesek és nem tükrözik a valóságot.

A hatékonyságot gátolja a széttagoltság: a büntetés-végrehajtás végez egy munkát, amiben nincs civil kontroll – és a civilek is végeznek egyfajta munkát. A két terület közötti információáramlás azonban kizárólag informális úton zajlik. A kapcsolatteremtésre a civilek részéről nagy igény van, de szakmai irányelv arra nézve nincs, miként építsék be a civil szervezetekkel való kapcsolattartást. Ennek következtében az, hogy a kapcsolat megvalósul-e, az adott intézet parancsnokától függ.

## Tanulságok

A fogvatartottakkal és szabadultakkal végzett munka hosszú és nagy türelmet igénylő, változékony folyamat, amely megköveteli a folyamatos fejlődést. A társintézményekkel való együttműködés megfelelő: nagyszámú együttműködő partnerrel rendelkeznek, és jó tapasztalataik vannak.

## Utógondozás

Szervezett utánkövetés nincs. *„Se energia, se pénz (...), szakmailag is kérdésesnek tartom, hogy öt év múlva felkeressem őket.”* *„Szoktunk tudni a klienseinkről (...); a minap is összefutottam az egyikkel, aki mesélt a másik háromról.”*

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *A büntetés-végrehajtási intézetek jelenlegi drogprevenciós és -rehabilitációs munkájáról szóló egységes, összesítő, a célokat és a célokhoz rendelt kapacitásokat is tartalmazó leirat kidolgozása, és a dokumentum hozzáférhetővé tétele.*
- *Egyfajta szakmai irányelv kidolgozása a büntetés-végrehajtás és a civil szervezetek kapcsolattartására vonatkozóan.*
- *Kutatás a büntetés-végrehajtásban végzett drogprevenciós munka hatékonyságára vonatkozóan.*

## 6. Interjú

Az interjúalany egy hajléktalanellátó intézmény szakmai vezetője, szociális munkás.

### A problémák és a szakma változása

A bemutatkozás során az interjúalany felelevenítette a droghasználattal kapcsolatos saját emlékeit a 80-as évek vége és a 90-es évek eleje időszakából. Egy korabeli drogellenes kampányfilmben például arra figyelmeztettek, ha pengét talál valaki a gyermekénél, „legyen résen” (mákmetszés!). Az egyetemi képzéssel kapcsolatban megemlítette az oktatott tananyag (pl. angolszász szakirodalom) és a magyarországi gyakorlat disszonanciáját. *Az elméleti szociális képzésekből kikerülő friss diplomások többsége „bizonytalanul” mozog a terepen.*

Az alapítvány 90-es évekbeli indulását jellemzi, hogy a többségében szociális munkás végzettséggel nem rendelkező munkatársak külföldi tanulmányútjaik során ismertek meg „jó gyakorlatokat” (Németországban, Hollandiába, Görögországban), s ezekből „mixelték össze” a saját programjukat.

Az elérési program, az utcai szociális munka 90-es évek végén jellemző kiforratlanságáról a következőket mondta: *„néha kimegyek az utcára, beszélgetek a hajléktalanokkal, de ez nem munka”.* Idősebb kollégák segítették az eligazodást praktikus javaslataikkal: *„Kérdezd meg van-e személyi igazolványa, kap-e segílyt, van-e valamilyen betegsége!”* stb. A hőskorszakhoz képest ma az utcai szociális munka rendszere *„bejártott”,* jól szervezett és biztonságosabb is: *„egy személyhez nem mehet egyedül egy szociális munkás, ketten kell menni, bármi történhet”,* ám személytelenebb és gépiesebb lett, mint a kezdetekkor volt.

A problémás szerhasználatról a következőket mondta: a 90-es években az alapítvány foglalkozott a településen egyedül hajléktalanellátással, majd azt követően más szolgáltatók is megjelentek a színtéren; egyfajta versenyhelyzet teremtődött. Ez azért lényeges, mert *itt szigorúbbak az igénybevétel feltételei, így a „jobban kormányozható” alkoholistá populáció is a kisebb ellenállás irányába mozdul el, az újabb szolgáltatók által működtetett nappali ellátóhelyeket választják. Az alapítványnál jellemzően az új pszichoaktív szereket használó fiatalabb korosztály (pl. állami gondoskodásból kikerültek) fordul meg, ők a hajléktalanszálló összes kliensének mintegy 30%-át teszik ki aktuálisan. Gyakoriak az agresszív megnyilvánulások az intézményben, jellemző a jövőkép hiánya, „nem tudsz rajtuk fogást találni”.* Az intézmény által szervezett sportprogramokban való részvételi arány kb. 80-20 % a segítők „javára”. Más, a területen működő intézménnyel szerveztek közösen heti rendszerességgel programokat (csoport, filmklub, sport) az ÚPSZ-használó klienseknek, kevés eredménnyel – a kezdeményezés érdektelenségbe fulladt.

A probléma egyik lehetséges oka, hogy *„A hajléktalanszállókon nincs meg az a profizmus, amit én látok a drogterápiás intézményekben – tudjuk, hogy itt lépsz be, itt*

*lépsz ki, és tudjuk, hogy közben mi történik veled; a hajléktalanszállókon sok az esetlegesség.” Kivételként a Hajléktalanokért Közalapítvány rehabilitációs szállója említhető, viszont ők kevés férőhellyel rendelkeznek.*

### **Kapcsolódás más szakmai szervezetekhez**

Rendszeresen részt vesznek a KEF ülésein: *„sajnos azt látom, hogy mindenki tehetetlen, vonogatja a vállát (...), valószínűleg ebben a kérdésben a szociális szakmán belül nincs mozgástér.”*

### **A betegutak kérdése**

*„A gyógyulni vágyó hajléktalanokat nem fogadják szívesen az addiktológiai intézmények, sokszor azzal az indokkal, hogy ugyanabba az életmódba térnek vissza, nincs támogató közegük a rehabilitációt követően. Speciális ellátásra lenne szükség, amihez átmeneti szálló (lakhatás) is kapcsolódna.”*

### **Szakmai fejlődés, stábépítés, szupervízió**

Rendszeresek a heti esetmegbeszélések, irányított beszélgetések szakmai kérdésekről, a témába vágó szakmai irodalmak ismertetése. Csapatépítő tréningekre 2-3 havi rendszerességgel kerül sor. Ebben a közegben *„szabad vitatkozni”* – a hatalomorientált vezetési ambíciók kiküszöbölésére törekednek. A „külsős” szupervízor, edukatív formájú szupervízió nem bizonyult kellőképpen hatékonynak – a gyakorlat azt mutatja, hogy a szakmai szupervízió azonosítható az egyéni, illetve csoportos esetmegbeszéléssel, ahol a hangsúly a szakmai munka fejlesztésén van.

Az interjúalany az 1-2-5 éves távlatra vonatkozó vízió kapcsán elmondta, hogy a hajléktalanellátás (is) *„finanszírozásérzékeny”*. Az intézmény OEP-finanszírozásban is részesül, és ez az a pluszforrás, amivel egy ekkora intézményrendszer fenntartható, ez pótolja az egyházi kiegészítő normatívát. Jelenleg bizonytalanságot okoz, hogy az OEP-finanszírozás átalakul, az Államkincstár foglalkozik a támogatások folyósításával, és egyelőre nem látható pontosan, hogy milyen kritériumok mentén juthatnak hasonló nagyságrendű támogatáshoz.

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslat:**

*Speciális cselekvésterv kidolgozása a hajléktalan ÚPSZ-használó és alkoholfüggő betegek ellátására; mindazoknak az eljárásoknak, módszereknek, technikáknak a leírása, melyeket a hajléktalanok ellátásba vétele és gondozása során el kell, vagy el lehet végezni.*

## 7. Interjú

Az interjúalany alkoholológiai osztályon dolgozó főorvos, addiktológus, pszichiáter és rehabilitációs szakorvos.

### Kontextus

Az interjúalany egy megyei jogú városban újonnan létesített addiktológiai rehabilitációs osztály újjászervezésére vállalkozott. Az osztály alkoholbetegek rehabilitációját végzi, egy speciális, a másutt már bevezetett Minnesota-modell adaptálása révén. Az interjút azért készítettük, mert ez a helyzet – egy régi, mindeddig diszfunkcionálisan működő osztály munkájának egy már bevált, sikeres modell mentén történő újjászervezése – számos tanulsággal szolgálhat az ellátórendszer működési problémáinak és lehetőségeinek megismerésében.

*„A mi helyzetünk nem vonatkoztatható el 2016 Magyarországtól és az egészségügy mai helyzetétől. Kevés a nővér, az orvosaink közül sokan külföldön vannak.”* Ugyanakkor nagyon magas az alkoholbetegek, a következményes rokkantosítások, balesetek, halálozások száma: *„mindenütt mondjuk, hogy ez nagyon nagy probléma, de amikor cselekedni kéne, tenni valamit – és ezt a drognál is hasonlóan látom – ott nagyon kevesen vannak. (...) A szenvedélybetegek 20-25%-a szuicídium következtében hal meg.”*

A problémát személyes és társadalmi szinten is hátrítják: *„Ha egymillió alkoholbeteg van, akkor ebben a problémában legalább hatmillió ember érintett.”*, akik közül sokan jelen vannak *„a pszichológusok, pszichiáterek között is.”* Gyakran még a szakma is úgy tartja, hogy *„ezekkel úgyse lehet csinálni semmit”* – a szakmán belül is a civil, nem a tudományos megközelítés terjed.

### A kezelés és hiánya hazánkban

A szenvedélybetegek akut állapotaiban *„mindig ki lehet hívni a mentőt”*, ott van valamilyen megoldás. Ha azonban a beteg bekényszerül a pszichiátriára, akkor az okokat keresik: *„azért iszik, mert...”*. *„Többször tapasztaltam, hogy finanszírozási szempontok szerint kapja a beteg a kódokat, nem pedig kórisme szerint. A tünetek alapján ki lehet mondani, hogy depressziós (pl. nem alszik, lehangolt stb.). Ezek az alkoholizmussal szövődő tünetek, ugyanakkor az alkoholbetegségre nem hatnak az antidepresszánsok. A depresszióra igen – de sokszor nem depresszióról van szó igazából. Ilyenkor általában az történik, hogy az alkoholbeteg a gyógyszert elhagyja, és iszik tovább, hiszen a gyógyszert a „depressziójára” kapja, miközben alkoholbetegsége kezeletlen marad. Én úgy látom, hogy az alkoholbeteg gyakran depresszió – alkoholabúzus diagnózist kap, miközben az alkoholfüggősége miatt nincs már munkája, nincs már jogosítványa sem – mégsem nyilvánítják függőnek. Ezt a problémát egy pszichiáter, speciális addiktológiai rehabilitációs tapasztalatok, gyakorlat nélkül nem tudja eredményesen kezelni.”* Az

egészségügyben, az orvosok körében kevés a speciális addiktológiai, különösen a rehabilitációs ismeret és gyakorlat.

Ezért korábban továbbképzéseket szerveztek házi orvosoknak, nagyon jó előadókkal; aki részt vett, annak megváltozott az élete, látásmódja. Az első képzésre csak nyolcan jelentkeztek, mivel egy konkurens kézsebészeti témára négyszer annyi pontot adtak. *Ugyanakkor egy házi orvos minden harmadik beteget alkoholproblémával küzd.* Nincsenek a házi orvosok képezve arra, hogy miképpen kommunikáljanak a beteggel, hogy elfogadja a kezelést. Az alkoholista kezelése nehéz, nem látványos, és nem is jövedelmező területe az orvoslásnak. A probléma volumenét pedig sem a finanszírozás, sem a továbbképzési pontok nem tükrözik. Kevésbé közzismert, hogy ez egy speciális terület, tehát *addiktológiai rehabilitáció, nem pszichiátria.* A pszichiáter dolga a kapuig tart, azaz addig, amíg a beteg eljut a rehabilitációra, azután már egészen más szemléletre és gyakorlatra van szükség.

## **Kezdetek**

A kezdetekre, a nyolcvanas évekre az interjúalany úgy emlékezett vissza, hogy *„akkor én tudtam, hogy ehhez én nem értek. Folyamatos továbbképzéseken vettem részt a kezdeti időszakban: mi van Pesten, hogyan lehet kezelni a szenvedélybetegeket? (...) Akkor úgy láttam, hogy másutt sem történik érdemi változás a beteg kezelése során (pszichiátriai gyógyszereket kapnak, Antethylt, esetleg Esperal-beültetés folyik) – akkor nem vagyunk elmaradva (...). Lássuk, mit lehet tenni?”* Már ekkor elhangzott egy tapasztaltabb kollégától a figyelmeztetés: a szenvedélybetegekkel végzett munka sikertelenséget, népszerűtlenséget és kevés jövedelmet eredményez.

## **Drog és alkohol**

*„A drog, az mindig más”,* elegánsabb, mint az alkohol; pedig ez így nem érvényes, merthogy ugyanaz: mindkettő szerfüggőség. A pályázati finanszírozás sokszor elérhető a drogproblémák esetében, de alkoholológiára nem (példa: eredetileg a drogrehabilitációs intézetek kettős finanszírozásúak voltak, jöllehet az egészségügy már akkor is alulfinanszírozott volt). Eközben

- jól ismertek az alkoholizmus családra, gyerekekre gyakorolt hatásai;
- a betegek jó része meghal, ha nem változik, ha nem hagyja végleg abba az ivást;
- a többiek, akik szeretnének változni, gyakran nem tudják, hová forduljanak.

Jó lenne, ha elismert volna, hol foglalkoznak szenvedélybetegekkel *professzionális, hatékony* módon. A rehabilitáció szakmaisága nem mindenütt adott: *„saját élményből, és csupán vallási keretek között”* próbálnak valamit csinálni. *„Ezeken a helyeken zárójelentés sem készül, nem írják le, hogy mi történt, amíg a beteg ott volt, mi a javaslat a továbbiakra.”* Gyakran körbejárnak a páciensek az intézmények között.

*„Ha egy szenvedélybeteg józanodni szeretne, akkor legelőször őszintének kell lennie, és meg kell tanulnia pontosan és konkrétan beszélni.”* A homályos, szimbolikus, óvatoskodó, finomkodó beszéd sehová sem vezet. A beszédelemzés útján lehet a legbiztosabban tudni, hogy felépülőben van-e, vagy sem; mert más nyelvet beszél, ha igen.

## **Alkoholizmus és kultúra**

Az interjúalany felidézett egy esetet, amely jól mutatja az alkoholproblémához való tipikus hozzáállást. Az orvos kérdése: *„Milyen következményei lettek az alkoholfogyasztásnak? A beteg nem is értette a kérdést; a páciens apja szerint nem volt probléma, miközben élt a távoltartási végzés, ittas vezetés miatt eljárás indult, és a páciens hatalmas összegeket fordított italra. DE: »Nem szenvedünk semmiben sem hiányt.«* – ez annak a „bizonyítéka” (azaz tagadás, elhárítás), hogy nem lehet szó alkoholizmusról. *„Én sem iszok többet, mint más.”* – ezek a közismert, kulturálisan beágyazott elhárítások hosszan fenntartják az alkoholizmust. Német nemzetiségiék lakta területen jellemző szokás szerint nem vásárolják, inkább megtermelik a bort. A termelő meg is issza, és amikor végül belebetegszik, nem ritkán szuicidál. A család ezt a végső aktust voltaképpen elismeri: a beteg megmentette őket attól a teheről, hogy ápolni kelljen.

## **Hozzá tartozók**

A hozzátartozókra jellemző a kodependencia, vagy társfüggőség, akár családon belül, akár mint vallásos „megmentés” – „a pokolba vezető út jó szándékkal van kiköveztve”. A hozzátartozó ugyanolyan problémás, mint az alkoholista. *„A hozzátartozó oldaláról is be lehet avatkozni ebbe a folyamatba, nem csak a beteg oldaláról.”* A kezelésbe lépéskor a hozzátartozó két eltérő állapotban lehet: vagy mártír (a „tökéletes”, „ha rá hallgattak volna”), vagy reményvesztett, megfáradt.

Az alkoholbetegek felnőtt gyermekeire elég jól lehet számítani – már akik felismerik a problémát. *„Máskor szeretnék úgy látni (és ez is tagadás), hogy az ő életükre ez már nincs hatással”,* pedig a valóságban egy életen át cipelhetik a terhet, akkor is, ha fizikai értelemben kilépnek a helyzetből.

## **A kórházi osztály Minnesota-modell szerinti átszervezése körüli dilemmák**

*„Két oldalról ütköztünk nehézségbe. Az előző vezetés nem rendelkezett korszerű addiktológiai rehabilitációs ismeretekkel és gyakorlattal. »Hajléktalanszállóvá« vált idővel az osztály, a betegek körében korábban elterjedt, hogy „csak oda ne, mert ott mindenki meghal.”* Ez a háttér meghatározónak bizonyult, de ez csak az első ott töltött fél év elteltével derült ki. Előzőleg is 60-70% volt az *ágykihasználtság*. Az ágykihasználtság azért fontos, mert ezt tekintik meghatározó mérőszámnak, eszerint kap az osztály finanszírozást, minden ebből a keretből van (a dolgozók fizetése stb.).

A minősítés, magasabb szorzó dilemmája is megjelent. Egy addiktológiai rehabilitációs osztály vezetéséhez három szakvizsga kell (az első lehet pszichiátria, belgyógyászat, ideggyógyászat; szükséges az addiktológia, és a rehabilitáció, mivel ez egy nagyon speciális terület!). A pszichiátriai osztály vezetéséhez egy szakvizsga is elég. Bizonyos intézmények számára minden bizonnyal vonzó volt a magasabb szorzó, és hogy az osztály tele volt. *„Most úgy látom, mintha nem gondolták volna végig, hogy a szemléleti változás a gyakorlatban is milyen sok aprónak látszó, azonban jelentős változást kell, hogy maga után vonjon.”*

A szükséges változtatások nélkül várják el ugyanazokat az eredményeket, amelyeket másutt hosszan tartó, professzionális építkezést követően tudtak produkálni. *„A szigetvári kórház, az bizonyos értelemben itt van, hiszen Kézdi Balázs óta a gyógyító munkában a pszichoterápiás szemlélet, krízisintervenció, családterápia érvényesült a szigetvári modellben, és együttműködés van a pécsi pszichiátriai klinikával és az egyetem pszichológia tanszékével. Ebben a kórházban nincs ez a meghatározó múlt, és az addiktológiában eddig nem is működött a pszichoterápiás szemlélet.”*

Ez egy új, induló rendszer, ezért nagy szükség lenne arra, hogy a kórház vezetőségével lehessen kommunikálni a felmerülő kérdésekről, a szükséges változtatásokról – ez azonban nem történik meg.

Az átszervezés elején a nővérek képzését a modell működéséhez szükséges gyakorlati ismeretekkel indították, a tanultakat azonban egy részük – részben az ehhez szükséges pszichoterápiás ismeretek, illetve a képzések hiánya miatt – nem tudta elfogadni, illetve átültetni a gyakorlatba. Ugyanazt csinálták, mint régen: előjött a civil hozzáállásuk, például a tegeződés, az éjszakai dohányzás, a szerhasználat tűrése és egyéb, a szenvedélybetegek terápiáját ellehetetlenítő határ- és szabálysértések. *„Az a véleményem, hogy ezek a problémák, hiányosságok a gyakorlatban meg is haladják a kórház problémamegoldó lehetőségeit. Felmerül a kérdés, hogy egészségügyi keretek között milyen módon, és egyáltalán szükség van-e hatékony addiktológiai rehabilitációra.”*

A felépülőben lévő, józan alkoholbeteg kulcseleme a szenvedélybetegek rehabilitációjának. Ebben az esetben nem csak a józan évek, hanem a szakmai végzettség is szükséges, hogy egy józan alkoholbeteg terápiás team-ben dolgozhasson. Jelenleg ez az addiktológiai konzultáns képzés, amihez főiskolai alapvégzettség szükséges, 3 féléves; és ez az a végzettség, melyet az egészségügyi rendszer is elfogad, és besorol szakirányú végzettségnek.

## **Személyzet**

A legnagyobb probléma az volt, hogy negyven ágyra nem volt megfelelő személyzet. Elvileg volt két szakorvos, két pszichológus és két szociális munkás, ám az egyik pszichológus már az első napon nem jelent meg, nem vette fel a munkát. Az orvos, aki a

korábbi rendszerben az osztályon dolgozott, szintén a részleg másik részére, a pszichiátriai rehabilitációra ment át, mert nem tudta vállalni ezt az új szemléletet.

Később azután érkezett a stábba egy pályakezdő pszichológus, aki már rendelkezett a szemlélethez szükséges ismeretekkel és kiderült, hogy a gyakorlatban jó érzéke van a szenvedélybetegekkel való terápiás munkához. Így a Szigetvárról érkezett pszichológussal és a főorvossal együtt összesen három segítő végzi a betegek pszichoterápiás (egyéni és családi) vezetését.

A főorvos kilenc szakorvost kérdezett meg összesen, azonban hamar kiderült, hogy egyikük sem fog eljönni az osztályra dolgozni. Végül egy elismert nyugdíjas kolléga vállalta a feladatot, aki elég nyitott és rugalmas is volt az új szemlélet elsajátításához. Az ő feladata lett a betegek szomatikus ellátása és az alkohol okozta testi betegségekkel kapcsolatos edukatív csoport vezetése (orvoscsoport).

A szociális munkások is gyorsan elmentek az osztályról – de nem is voltak a helyükön. A „gondozási” szövegek semmitmondóak, szakmailag erősen kifogásolhatóak voltak.

A korábban említett kulcsfontosságú, felépülőben lévő munkatárs szerepét az induláskor egy teljes mértékben megfelelő munkatárs töltötte be, aki nagyon sokat segített a nővéreknek is „új szerepük” elsajátításában, azonban a kórház vezetése az ő fontosságát és szükségességét sem kezelte a fontosságának megfelelő súllyal, és az emiatt kialakult helyzetben elengedni kényszerültek, bár nagyon alkalmas volt a feladatra. Ettől kezdve az AA-sok nyújtanak pótolhatatlan, nagy segítséget: lépéscsoportokat, visszaesési jelekkel foglalkozó csoportokat tartanak rendszeresen, hétvégén pedig mindkét nap jönnek üzenetátadásra az osztályra. Ez azonban egy átmeneti megoldás, a kórház vezetése viszont úgy szeretné látni, hogy *„nagyon jól van ez így”*, hiszen *„a modell így is működik”*, pedig hosszabb távon biztosan nem fog!

Megfelelő adminisztrátor alkalmazása nagy probléma a kezdetektől, mivel a korábban itt dolgozó adminisztrátor a modell beindulásakor átkerült egy másik osztályra, emiatt egy fiatal munkatársat vettek fel, aki korábban nem dolgozott az egészségügyben. Ez számos új nehézséget jelentett, és ő hosszú távon nem is vállalta ezt a feladatot. *„A beindulás után egy évvel már nem volt adminisztrátorunk!”* Az egészségügyben dolgozók számára köztudott, hogy milyen súlya és jelentősége van az adminisztrációs munkának, az azóta eltelt fél évben azonban a vezetés nem vesz fel adminisztrátort az osztályra, pedig két alkalmas jelentkező is volt.

További nagy gond, hogy nem helyezik át az alkalmatlan, kelleetlen, a beteggel kolluzív kapcsolatot kialakító nővéreket, hisz *„olyan helyzetben van most az egészségügy, hogy a nővér azt csinál, amit akar, és nagyon szépen kell vele beszélni, mert különben elmegegy, és be lehet zárni az osztályt.”* Így hasadás jöhet létre a team-ben, ami veszélyes, a beteg manipulációinak adhat teret. Az a helyzet alakult ki, hogy *„a betegek sokkal jobban együttműködnek, mint a nővérek.”* Mindezek következménye, hogy műszakonként egy nővér van, ami nemcsak szabálytalan, de tanulni sem tudnak



egymástól. A jó hír viszont, hogy az utolsó két hónapban érkezett két új nővér, akik hozzáállása megfelelő, és képesek a szemléletváltásra.

### **Problémák, megoldások és kényszermegoldások – hosszabb távon**

A jól ismert személyi feltételek nagyon rövid időn belül már nem voltak biztosítottak. A minimális működési feltételekhez szükséges, hogy a szakorvos, valamint a legalább egy felépülőben lévő munkatárs teljes állásban legyen alkalmazva, és a fél éve üresen álló adminisztrátori pozíció betöltésre kerüljön. Ezek azok a feltételek, melyeket a kórház részéről biztosítani kell. Ezen személyi feltételek nélkül az osztályon hosszú távon a Minnesota-modell nem működőképes. A fent részletezett komoly személyi hiányosságok miatt a beindulás előtti megállapodásnak megfelelő önálló addiktológiai rehabilitációs osztály a mai napig nem jött létre, *„és nem látjuk semmi jelét annak, hogy ennek megvalósítására a kórház törekedne, jöllehet a gyakorlatban ez az önállósodás megtörtént.”*

Mindezek mellett történt számos pozitív és kreatív fejlesztés a modellen. Az intézménynek ma már van Facebook-oldala: elmentek a korábbi betegek, így szükség volt arra, hogy a helyet, az új modellt ismertté tegyék. Az első hónapokban, amíg a munkatársak betanítása folyt, a pszichiátriai osztályokat országszerte kiértécsítették, jönnek betegek az ország teljes területéről, ám még mindig kevesen vannak. Gyakorlatilag minden elérhető médiával felvették a kapcsolatot, újságokkal, televízióval. A főorvos előadásokat tartott. Kapcsolatot kerestek különböző civil szervezetekkel is, és együttműködések alakítottak ki.

### **Konklúzió**

A megfelelő szemléletű stáb magja és a terápiás közösség kialakult. Az AA és a Minnesota-modell szellemisége érezhető, bár jelen állapotában rendkívül törekeny, és a jövője bizonytalan. Az eddig elért eredményekben ugyanakkor komoly szerepe volt az önszorgító csoportok jelentős támogatásának is, és e tekintetben kölcsönös hatások viszik előre a folyamatot.

*„Tudna lenni egy második Szigetvár, kérdés az, hogy az ehhez szükséges hiányzó részletek pótlása kinek a feladata és érdeke? Hiszen ez jelentőségében meghaladja a kórházat, tekintve, hogy az alkohol-, illetve szerfüggő szenvedélybetegek hatékony, spirituális értékeket hordozó rehabilitációs kezelésére egész Magyarországnak van nagyon nagy szüksége.”*

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *Az addiktológiai terület (és általában az egészségügyi képzések) rendszerének megerősítése, a szakemberhiány megfelelő kezelése (bérezés, szemléletformálás, megbecsülés, továbbképzések lehetősége).*

- *A diagnózisalkotás és a betegek szakmai szempontok szerint szerveződjenek. Az alkoholizmussal szövődő problémák esetében az alapszindróma kezelését támogassák.*
- *A pszichiátria, a rehabilitáció és az addiktológia területei közötti átfedések tisztázása, a kompetenciák pontos megfogalmazása.*
- *A transzgenerációs hatások kivédése, az alkoholisták és egyéb függőségekben szenvedő szülők gyermekeinek segítése. A kodependencia kezelése.*
- *Szemléletformálás, különösen házi orvosok körében; a laikus és szakmai szemléletmód közötti különbség hangsúlyozása, felismertetése.*
- *A tevékenységek értékelése: melyik intézmény tud hatékony/költséghatékony kezelést biztosítani?*
- *A modellprogramok megfelelő, hosszú távú tartalmi kísérése, értékelése.*
- *A szakmaspecifikus szempontok érvényre juttatása. (Pl. a nővéreket egy addiktológiai rehabilitációs osztályon ne a területhez nem értő személy irányítsa, hanem az osztályvezető főorvos.)*

## 8. Interjú

Az interjúalany a mentőszolgálat munkatársa.

### A mentés alapvető körülményei

A mentés helyszínén sokszor nem derül ki, mi történt a beteggel, számos esetben nem tudnak kitől információhoz jutni, nem tudják az anamnesztikus adatokat sem. Így gyakran nem tudható az sem, hogy van-e egyáltalán valamilyen tudatmódosító szer az akut problémát kiváltó megbetegedés, sérülés hátterében. A mentőszolgálat munkatársai nem szondáztathatnak, és nem látják a laboreredményt sem. A beteg állapotának a stabilizálása az elsődleges cél, és nem mindig derül ki a szerhasználat. Azt kell eldönteniük, mi az elsődleges teendő, és gyakran az anamnézis sem áll a rendelkezésükre. Biztonságban van-e a beteg vagy súlyosan sérült? A leglényegesebb, hogy kommunikál-e, van-e keringése, légzése. Mint az interjúalany elmondta, *„Mi csoportdiagnózisban gondolkodunk, ez alapján kell végeznünk a munkánkat.”*. Amennyiben az életet veszélyeztető paramétereket látják, akkor ott kell beavatkozniuk.

### Gyakrabban használt szerek

A rendszerváltás idején – amikor egyre többen kezdtek el drogokat használni – sokkal több szerhasználóval találkoztak a munkájuk során. Abban az időszakban kezdett divatba jönni – meglátásuk szerint – a füves cigaretta, ami az egyetemisták, fiatal felnőttek körében lett népszerű. A hétvégi bulik, valamint a nagyszabású diákrendezvények alkalmával sokszor hívták a mentőszolgálatot olyan tünetek miatt, amelyeket feltehetően a füves cigaretta fogyasztása okozott. A mentőszolgálat munkatársai – ha egyáltalán meg tudnak bizonyosodni a helyszínen, hogy kábítószerrel fogyasztott-e a beteg, és egyáltalán

mérgezéssel, illetve kábítószerhatással állnak-e szemben – az információt ezzel kapcsolatban nem adhatják tovább, mert vonatkozik rájuk az orvosi titoktartás. Az átvévő orvost természetesen tájékoztatják arról, hogy szerintük a beteg állapotát milyen tényezők befolyásolták, de nem „nyomoznak”, *nem is kérdezhetnek rá hivatalosan arra, hogy használt-e valamilyen illegális szert a beteg*. A tünetek alapján, például heves szív működés, zavart tudat, a testhőmérséklet megváltozása, esetleges idegrendszeri tünetek, a pupillában mutatkozó eltérések kapcsán sok esetben fölmerülhet bennük a szerhasználat gyanúja, de a betegek, a mérgezetek erről többnyire *„nem adnak számunkra információt”*. Ennek egyik oka lehet az állapotuk, például nem tudnak kommunikálni, vagy félnek a szerhasználat későbbi – esetlegesen rendőrségi – következményeitől.

A rendszerváltás időszakában a „disco-balesetek” száma is jóval jelentősebb volt, amikor az alkohol fogyasztásához kötődtek tragédiák, de a jelenlegi napi gyakorlatból már nem tudnak ehhez hasonlót kiemelni. A mentés során természetesen rákérdeznek a betegnél az alkoholfogyasztásra – „Fogyasztott-e az elmúlt 8 vagy 12 órában alkoholt? –, mert számos olyan gyógyszert kell adniuk, amelynek a hatását az alkoholfogyasztás megváltoztatja – és erre a bajbajutottak vagy válaszolnak, vagy sem.

A leggyakoribb probléma az alkohol és annak a hatásai, *„leginkább ezzel találkozunk”*, de a rendszerváltás óta az alkoholfogyasztók és sürgősségi ellátást igénylők száma is csökkenő tendenciát mutat. A rendszerváltás környékén a gyógyszer és az alkohol fogyasztása volt megfigyelhető az öngyilkossági kísérleteknél, illetve a befejezett öngyilkosságoknál, de ezeknek a száma is jelentős mértékben csökkent. Feltételezésük szerint átalakultak a fogyasztói szokások. Az alkoholfogyasztás hatásai közül inkább a *megvonási tünetekkel* találkoznak, mint például az eszméletvesztés, zavart tudatállapot, mely a mentő kihívását kiváltó okok között szerepel. A megvonási tünet életveszélyes kórképet is okozhat, nagyon súlyos delíriumos állapotot, melynek következtében heroikus módon kell beavatkozniuk a beteg életének megmentése érdekében.

Jó pár évvel ezelőtt a Gina (gamma-hidroxibutirát) keltett a mentőszolgálatnál nagy feltűnést, mert heti rendszerességgel találkoztak feltehetően Gina-mérgezetekkel, akiknek tünetei megfeleltek azoknak a szimptomáknak, amelyeket a sajtóban vagy a tudományos közleményekben olvastak. Ma már sokkal ritkábban találkoznak – csak félévente kerül a látóterükbe – egy-egy Gina-mérgezzel. Súlyos kábítószer-mérgezéssel, kimondottan kábítószer-mérgezzel nem találkoznak.

*Az amfetaminszármazékokat is meg kell említeni, mint amelyek a leggyakoribb szerek közé sorolhatók, ezek használatára utaló tünetekkel és az ezekből eredő problémákkal nagyon gyakran kerülnek kapcsolatba a munkájuk során.*

Nagyon sok esetben, amikor a beteget megkérdezik a rendszeresen szedett gyógyszereiről, említik a *benzodiazepineket*, amit gyakran kiegészítő terápiaként írnak fel a betegek számára, nem csak a pszichiátriai megbetegedések esetében, hanem a szív- és érrendszeri betegségben szenvedők esetében is. Például *Xanaxot, Rivotrilt szinte*

*minden második beteg szed. A legmegdöbbentőbb élményük az volt, amikor egy általánosiskolás-korú gyógyszermérgezett gyereket vittek be a gyermekklinikára, és kiderült, hogy ők egymás között cserélgetik ezeket a tablettákat. Az „árfolyam”: egy üveg cola-ért három Xanax-ot adnak a gyerekek. Az interjúalany és munkatársai nem gondolják, hogy ez mindennapos, de nagyon megdöbbentő a 14 év alatti korosztályban is előforduló gyógyszerabúzus; esetenként úgy szedik ezeket a gyógyszereket a gyerekek, a fiatalok, „mint a draszt, mint a Tic Tac-ot”. A szolgálatnál dolgozók közül sokan úgy gondolják, hogy felelőtlenység ezeket a gyógyszereket ilyen mennyiségben és – úgy tűnik – ellenőrzés nélkül felírni. A szegényebb rétegek körében fordult elő inkább, hogy a gyógyszerre isznak, és sajnos a mai napig ez a tendencia figyelhető meg. Itt is a benzodiazepinek szerepét kell kiemelni, amelyek a hatását az alkohollal fokozzák.*

*Az energiatalokról sem szabad megfeledkezni, mert fogyasztásuk már az általános iskolai korosztály körében is megjelenik. Sokan ezek fogyasztásával kezdik a napjaikat, illetve naponta többet is elfogyasztanak – és bár alakítottak az összetételükön, sokan olyan mennyiséget használnak belőlük, ami már problémát okozhat.*

## **A betegellátás dilemmái**

Az interjúalany szerint sokáig jelentett kérdést a munkájuk során, hogy ha egy ittas embert találnak az utcán, akkor hova vigyék – jelenleg ez már nem jelent problémát, mert a sürgősségi osztályra viszik. Az alkoholos befolyásoltság az első pillanatokban rendkívül sok tünetet és sérülést elfedhet, ennek következtében igen gondosan meg kell vizsgálniuk a beteget. Nap mint nap találkoznak ittas vagy részeg betegekkel úgy is, hogy nincs más jellegű sérülésük. Az 1990-es évek végéig rendelkezésre állt a mentőszolgálat számára igen jó megoldást jelentő *detoxikáló*, ahol a részeg, de egyéb más sérüléssel és tünettől nem rendelkező embereket fogadták – akiket most a sürgősségi osztályra kell szállítaniuk. Ez mindig feszültségforrás a sürgősségi osztály és a mentőszolgálat munkatársai között, részben azért, mert az ittas vagy a részeg betegekre *vigyázni kell, amire nincs kapacitása a sürgősségi ellátásban dolgozóknak, másrészt azért, mert az alkohol kiválthat agresszivitást, olyan tüneteket, melyek révén ön- és közveszélyessé válnak*. Így ez egy nagyon fontos kérdés, hogy őket hol és hogyan kell ellátni, hogyan lehetne őket izoláltan megfigyelés alatt tartani.

Összességében véve tehát a betegellátásban az egykapus belépési rendszer a mentőszolgálat számára nagyon kedvező, de az ott lévő *súlyos állapotú betegeknek egyáltalán nem jó, például, ha mellettük két részeg ember fekszik*. Az ott dolgozóknak is hátrányt jelent, mert igen nagy humán erőforrás-kapacitást kötnek le a részeg emberek.

Ami a beavatkozásokat illeti, a mentősöknek nem dolga a detoxikálás, azonban vannak olyan mérgezések – elsősorban a gyógyszer-, gomba-, vagy növényvédőszer-mérgezés –, amelyek esetében már a helyszínen meg kell kezdeni a gyomormosást, a bőrterület detoxikálását, de ezek már ritkán előforduló balesetek. A szakma is változott: a gyomormosásról ma azt vallják, hogy nem egy veszélytelen beavatkozás, valamint

sokszor értelmetlen is; és a tudomány is átalakult, ma már csak specifikus esetben kell megtenni, helyette más eljárást alkalmaznak.

### **Addiktológiai ismeretek oktatása a mentősök képzésében**

*A mentésben a szerhasználat a toxikológia tudományterületévé vált, a mérgezésben egyes részei ölelik fel az addiktológia területeit. A mentősöknek természetesen kell ismerniük a szerhasználat tüneteit, hatásait, hiszen számos olyan helyzetbe kerülhetnek a mentés során, amikor specifikus ellátást kell nyújtani a helyszínen. A mentőápoló és mentőtiszt képzésben külön területként oktatják a toxikológiát a sürgősségi ellátáson belül is. Bár a tapasztalatok szerint ezen ellátások száma a mentés területén csökkenő tendenciát mutat, ez minden mérgezéses megbetegedésre igaz.*

### **A mentőszolgálat és a média szerepe az oktatásban és az ismeretterjesztésben**

A mentőszolgálatnak az addiktológiai ellátásban primer szerepe nincs, egy másik szempontból mégis van fontos funkciója: miután tevékenysége egyfajta „kirakatmunka”, és számos helyre hívják őket oktatni, így az általános iskolától az egyetemig számos helyre eljutnak, elsősorban az újjáélesztés, a sürgősségi betegellátás témakörében, ezt mint a mentési helyszíneken végzett tevékenységüket oktathatják. *Az oktatási feladat lényeges szegmense az alkohol- és droghasználatról, valamint a tudatmódosító szerek hatásairól való beszélgetés.*

A mentőszolgálati tevékenység során a vitális paramétereket monitorozzák, az első pillanatokban az életveszélyt kell elhárítaniuk, és csak kóroki szempontból van jelentősége az alkoholnak, valamint a különböző tudatmódosító szereknek. Ugyanakkor az oktatás felől megközelítve a kérdést, igenis van szerepe a szerhasználattal és az ahhoz kötődő sérülésekkel, megbetegedésekkel kapcsolatos információk átadásának. Az oktatás során ezekről a kérdésekről kell beszélni, ezt például a fejsérülések kapcsán is oktatják, különösen az ittas vagy a részeg fejsérültek esetében, amikor az alkohol lényegesen befolyásolja az állapotukat, a vitális paramétereiket. Gyakran igen kevés helyszíni információ alapján kell megítélni a beteg állapotát, és gyógyítani – ez egy „*pokolian nehéz és veszélyes feladat*”.

A mentőszolgálat munkatársai a közlekedésbiztonsági tanáccsal és az iskolaorvosokkal közösen tartanak előadásokat, és a mentőszolgálatosok „szerencsés” helyzetben vannak, mert nem kell különböző helyzeteket kitalálniuk, hanem a napi gyakorlatukból tudnak példákat hozni. Nem a tankönyvet olvassák fel, és talán ezért is érzik sikeresebbnek a képzéseket, és talán ezért is hitelesebbek, mert a tapasztalataikat próbálják meg elmondani, átadni a jelenlévőknek. Ezeknek az információknak ereje van, mert első kézből származnak.

A médiának is jelentős szerepe van a szerhasználattal kapcsolatban, például a Gina-mérgezések kapcsán, amikor más se folyt a televízióból és a bulvársajtóból, amikor

csak ezekről írtak, és akinek addig nem volt információja, a hatásáról, következményeiről innen értesülhetett. Az újságírásnak igen nagy szerepe van abban, hogy mennyire szűrik meg az információkat, és annak eldöntésében, hogy mennyire kell ezeket a tartalmakat vezérhírré tenni, óriási fotókkal. A „Gina-korszakban” mindenesetre ezek ismeretterjesztő cikként, információforrásként is szolgáltak a szert még nem ismerők számára.

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *Detoxikálók létrehozása, új, modernebb eljárásokkal. Az „egykapus rendszer”-ben problémás az alkoholista beteg és a többi beteg együttes fogadása.*
- *Kérdés, hogy az addiktológiai esetek csökkenésének mögöttes tényezője a kedvezőbb helyzet, vagy a növekvő közöny. Ezt további kutatásokkal lehetne tisztázni. Az az interjúból származó információ, hogy iskoláskorú gyermekek pszichotróp gyógyszereket cserélgetnek egymás között, az utóbbit támasztja alá: ma már a társadalom közönnyel fogadja, amit korábban megoldandó, cselekvésre mozdító eseménynek tartott.*
- *A mentőszolgálat iskolai drogprevenciós tevékenységét más drogprevenciós szakemberek munkájával lehetne összehangolni a nagyobb hatékonyság érdekében.*
- *A médiszakemberek számára saját felelősségüket hangsúlyozó oktatásra lenne szükség; akár kötelező képzés formájában.*

## **9. Interjú**

Az interjúalany sürgősségi betegellátásban dolgozó szakember.

### **Szerhasználat-problémával ellátásba kerülő főbb csoportok**

A szakember elmondása szerint az osztályon *naponta 10-15 szerhasználó* jelenik meg, de számuk változik.

Egyrészt rendszerint a téli krízisidőszakban emelkedik, amikor jellemzően több szerhasználó hajléktalant látnak el. A jogszabály szerint krízisidőszakban a közterületeken fekvőket a sürgősségi osztályokra kell szállítani, ahol az ellátásuk problémákat okoz. A közterületen – leginkább a belváros területén – tartózkodó részeg hajléktalánokat bírsággal sújtják, amit nem tudnak kifizetni, ezért szabadságvesztéssel büntetik őket; *de nem télen, amikor a hajléktalanellátás helyzetén könnyítenének, hanem nyáron, amikor „el kell őket tüntetni”* a turisták szeme elől.

Másrészt az oktatási időszakhoz kötődően tapasztalható rendszeres növekedés az ellátottak számában, a *szerhasználati problémákkal megjelenő felsőoktatási hallgatók* révén. A szakember szerint az iskolaidő, a *fesztiválok* komoly problémát jelentenek munkájuk során, mert előfordul, hogy *8-10 alkoholos állapotban lévő embert hoztak be egy éjszaka leforgása alatt az osztályra a mentősök*. A szeptembertől júliusig a városban

tartózkodó több ezer diák már szerdán elkezdte a szórakozást, ez azt jelenti, hogy rendszerint 4-5 részeg fiatal jelenik meg a Sürgősségi Osztályon, akik között igen *jelentős a külföldi hallgatók aránya*. A városban tartózkodó mintegy 2-3 ezer főnyi külföldi hallgató többsége igen jó anyagi körülmények között él, és ez a szabadidő-eltöltési szokásaikon is látszik. *Ezt a problémát már többször jelezték az érintett Kar felé.*

### **Gyakrabban használt szerek**

Az ellátás során az alkohol okozza a legnagyobb problémát: a vérhányástól az aszciteszen (hasvízkór) át az alkoholmegvonási szindrómáig igen széles azoknak a testi tüneteknek és megbetegedéseknek a köre, amelyekkel az osztályon dolgozók találkoznak, így nemcsak az akut alkoholos állapot, hanem az alkoholbetegség következtében kialakuló krónikus megbetegedések is megjelennek az ellátás során. Az akut sérülések között jellemzőek a kisebb fejsérülések, ezek inkább minor traumák. Az osztályon dolgozók meglátása szerint szerhasználat alatt nem nagyon „mozognak” az emberek, ha mégis, akkor inkább csak a lakókörnyezetükben, továbbá a hobbiszokás következtében jelentősebb mozgáskoordinációs zavarok sem jelentkeznek náluk. Kisebb zúzódások, hematómák előfordulnak, de a nagy és súlyos traumák nem jellemzők erre a csoportra. Az alkoholfogyasztás következtében előálló multiplex traumát okozó autóbalesetek száma is minimálisra csökkent, ami többek között az autópark minőségi – a korábbi Trabantokhoz, Zsigulikhoz képest – javulásának is betudható, így ma már egy totálkáros autóból is ki lehet szállni néhány karcolással, zúzódással. Ugyanakkor a szerhasználók közötti *tettlelesség* gyakran okoz sérüléseket. Emellett problémát jelent *a szegénységben élők függősége is, mert csak a jéghegy csúcsa válik láthatóvá*, az esetek döntő többsége nem; továbbá sajnos ők azok, akik a legrosszabb minőségű alkoholt és drogokat fogyasztják.

A problémás használat rangsorában az alkoholt követik a „könnyű” drogok. Ugyanakkor *a heroin, a kokain használata nem jellemző, ezekre a klasszikus szerekre nincs fizetőképes kereslet*. Az osztályon találkoznak amfetamin és metamfetamin fogyasztókkal, emellett megjelennek a teljesen ismeretlen eredetű *dizájner drogok*, mint a „biofü”. A keleti városrészben gyakorlatilag az *utcán* is össze lehetne szedni a droghasználókat. *Csak hogy amikor rendőrautót látnak, eldobják a szert, részben azért is, mert annyira olcsó, hogy ez nem jelent problémát*. Ezen új pszichoaktív szerek használata a szakember szerint különösen aggályos; használóiik teljesen ismeretlen, az utcán beszerezhető anyagokat visznek be a szervezetükbe, anélkül, hogy azok hatását, a lehetséges következmények súlyát mérlegelnék. A drogfogyasztók azonban csak a töredékét teszik ki az osztályon megjelenő szerhasználó betegeknek. A rendszeres droghasználókra *nem jellemző*, hogy felkeresnék az ambulanciát, melynek oka a lebukástól való félelem lehet.

## Szerhasználathoz kapcsolódó sürgősségi beavatkozások

Ami a sürgősségi beavatkozásokat illeti, az interjúalany szerint a szerhasználati problémával megjelenők ellátása igen különböző, amit állapotuk határoz meg. Van közöttük olyan, aki „csendesén elül a sarokban”, kijózanodik és elmegy, de van olyan is, akit állapota miatt az intenzív osztályon lélegeztetni kell. Az egyéni tűrőképesség is igen változatos a szerhasználók körében: találkoztak olyan beteggel, aki 22.000-es benzodiazepin és 4,6-os véralkohol szinttel, *8 hónapos terhesen*, egyensúlyvesztés nélkül sétált a folyosón. Ezek az értékek külön-külön is életveszélyes állapotnak tekinthetők, de a kismamán ennek jelei nem nagyon látszóttak.

A sürgősségi ellátás a belgyógyászati, sebészeti megbetegedések terén jártas, a szakterületen dolgozók nem sokat tudnak az addiktológia, pszichiátria tudományterületéről, de *nem is akarnak többet tudni*. Az addiktológiai betegek ellátása során az életmentésben van szerepe a sürgősségi osztályoknak, a többi egészségügyi probléma megoldása már nem tartozik a kompetenciájukba. Sajnos többre nem is tartják magukat alkalmasak: *ami nem mérhető (például vérnyomás, laborértékek) azzal nem tudnak foglalkozni*. Olyan állapotba hozzák a beteget, hogy meg tudja mondani a nevét, el tudja mondani mi történt vele (például egy gyógyszermérgezettnél a szérumértékeket normalizálják), de többet nem tudnak tenni.

## Addiktológiai vonatkozású problémák és fejlesztési lehetőségek a sürgősségi osztályon

*Már maga az akut detoxikálás is jelentős probléma*, úgy tűnik, erre sem az állam, sem az önkormányzatok nem fordítanak figyelmet. A detoxikálókat a '90-es évek végén megszüntették, melynek szakmai indokai is voltak: *nem tudtak megfelelő szakmai biztonságot nyújtani az ellátás során, sajnos sokan haltak meg* ezekben az intézményekben. A Sürgősségi Orvostani Tanszék több éve próbálkozik detoxikáló részleg kialakításával, ahol megvalósulhatna a méregtelenítés, az orvoslás és ápolás szakmai háttérét pedig a sürgősségi osztály el tudná látni. Így a különböző mérgezésekben szenvedők józanító kezelése nagyobb biztonsággal történhetne meg. Az ellátás megszüntetéséhez – egyik okként – a költségek emelkedése is hozzájárult, azonban a sürgősségi osztályon kialakítandó részleg akár segédápolók alkalmazásával is működhetne. Egy ráépített képzés keretében megtanulhatnák azokat a tüneteket, amelyek jelentkezése esetén azonnali beavatkozás szükséges, és képesek lennének riasztani a reanimációs csapatot, melynek tagjai egy percen belül meg tudják kezdeni az újraélesztést. Így *nem jelentene különösebb anyagi terhet* a részleg fenntartása. Amennyiben a detoxikáló megvalósulna, el lehetne különíteni a különböző szerek hatása alatt lévőket a sérültektől és belgyógyászati betegségekben szenvedőktől, és *kevésbé zavarnák viselkedésükkel az ellátást, nem kötnék le az energiákat*. Ez különösen a téli időszakban okoz problémát a sürgősségi osztályon, amikor a széklettel, vizelettel átitatott ruha szaga terjed a levegőben az alkoholos befolyásoltság alatt lévőknél, leggyakrabban a hajléktalan emberek körében. Az elkülönítésnek egyéb indoka is van, például *a hajléktalanok*



*izeltlábú-fertőzései, amelyek veszélyeztethetik a betegeket és az osztály működését is, mint például a ruhatetű vagy az ágyi poloska. Arra is volt példa, hogy a beteg a sürgősségi osztályról egy időszonba vitte be a ruhatetű-fertőzést.*

Az osztályon megforduló *addiktológiai betegek tanácsadására nem látnak esélyt, leginkább a betegek idült állapota miatt.* Azok, akik alkoholbetegségük elején tartanak, azok nem kerülnek a látóterükbe, csak akkor, amikor már komoly fizikai tüneteik vannak. Annak sem látják értelmét, hogy közvetlenül az akut betegellátás után addiktológiai ellátást nyújtó intézménybe, illetve a szakrendelésre delegáljanak, különösen a hajléktalanok esetében, mert nagyon régóta fogyasztanak alkoholt. Emellett körükben jellemző a *polimorbiditás* is, gyakran pszichiátriai betegek, májbetegek. Igazából *nincs hova továbbküldeni* őket az akut állapot rendezését követően. A pszichiátriai klinikának mindössze 28 ágya van, és ezen látják el az egész megye lakosságát. Azzal, hogy az OPNI, a kényszergyógykezelés megszűnt, és a pszichiátriai osztályok kapacitását is csökkentették, *sokan ellátás nélkül maradtak, és a kapacitásokat más megbetegedések kötik le.* A betegek döntő többsége, mint például az *öngyilkossági kísérletet elkövetők, másnap már nincsenek a pszichiátriai osztályon, függetlenül attól, hogy milyen mértékű krízisben vannak.* Sajnos nem tudnak minden odairányított beteget „felvállalni”, más intézmény pedig nem áll rendelkezésre, tehát *nincs hova irányítani a betegeket.*

Gyakran a betegek sem együttműködők, nem fogadják meg az orvosi javaslatokat, például, ha az alkoholbeteg megérkezik a belgyógyászatra, lecsapolják az aszciteszét, majd hazamegy, és minden nap megissza az öt liter borát, akkor sajnos a konzultációnak nem sok értelme van. Az is előfordul, például egy Rivotril-mérgezés esetében, hogy rendezik a beteg állapotát a sürgősségi osztályon, áthelyezik a pszichiátriai osztályra, majd másnap este ismét a sürgősségi osztály látja el, mert megint több Rivotril-t vett be. Ha a beteg a pszichiátrián nem kéri az ellátást – ahol eszközük sincs arra, hogy az osztályon tartsák –, ha elutasítja a kezelést, akkor az egészségügy tehetetlen. A pszichiátriával napi, rendszeres kapcsolatot tart az osztály, gyakran kapnak betegeket azért, mert a laborértékeik meghaladják a normál tartományt. A pszichiátria ma már csak a pszichés tünetekkel foglalkozik, az egyéb panaszokkal nem. Az addiktológia és a pszichiátria ma már sokkal finomabb módszerekkel kezeli a betegeket, mit az inzulinóma vagy az elektrosokk, de a gyógyszeres terápiák végeredménye is hasonló.

Külön probléma, hogy az alkoholbeteg hajléktalanok gyakran akár *naponta, de legalább hetente többször is megjelennek az ellátásban, különböző vagy azonos panaszokkal.* Ez nehézséget jelent a finanszírozásban is, az érvényben lévő „garanciális szabályok” miatt: 30 napig ugyanannál a betegnél ugyanazzal a diagnózissal az OEP *nem finanszírozza az ellátást, kivéve az infarktus, a tüdőembólia, a csípőtáji törés, a hasnyálmirigy-gyulladás, a fenyegető vetélés és a stroke eseteit.* Mindezek mellett problémát jelentenek a „*lakcímmel rendelkező hajléktalanok*”, akik nem tudják fűteni a lakásukat. Volt olyan betegük, aki hetekig feküdt a lakásában, kihűlt, elfagytak a

végtagjai, és „kukacok” mászkáltak rajta. Problémát jelent, hogy nincs egy hálózat, ami az egyedül élő idős és beteg emberekkel foglalkozna, naponta felkeresné őket, esetleg be is fütene. Még a kis települések önkormányzatai sem tudnak az ott élő lakosok problémáiról, nehézségeiről. *A hajléktalan alkoholbetegek esetében az egészségügy szinte tehetetlen*, nem is tudnak megoldást javasolni ellátásukra. Ugyanakkor jó jel, hogy jelenleg a hajléktalanok száma – tapasztalatuk szerint – nem növekszik rohamos mértékben.

### **A szociális munka szerepe az egészségügyi ellátásban**

Pozitív továbbá, hogy az osztályon az ellátást *két szociális munkás is segíti*, akik váltott műszakban dolgoznak, és rendkívül sokat tudnak tenni az osztályon megforduló alkoholbetegek, hajléktalanok problémáinak megoldása érdekében. Az elhelyezéstől kezdve a hozzátartozókkal végzett munkáig nagyon sok terhet levesznek a sürgősségi osztályon dolgozók válláról – de nem is az egészségügyi dolgozók feladata, hogy megkeressék a családtagokat, vagy felvegyék a kapcsolatot például a települések polgármestereivel. A legnagyobb segítséget az osztályon elhunyt betegek hozzátartozóival végzett munka területén nyújtják, amikor segítenek a halálhír közlését követő első pillanatok elviselésében. Még a krónikus alkoholbeteg esetében is el tudnak érni apróbb eredményeket.

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *A rendkívül költséges sürgősségi ellátásba kerülő betegek nagy számánál szociális problémák állnak fenn, ezeket egy megfelelő intézményrendszerben kellene kezelni, mert a jelenlegi helyzet mind a beteg, mind környezete számára megterhelő, sőt veszélyes. Túl a humanitárius és közegészségügyi megfontolásokon, vizsgálandó, hogy az alkoholbeteg vagy kettős diagnózisú idős hajléktalanok, illetve „lakcímmel rendelkező hajléktalanok” számára milyen költséghatékony ellátási forma teremthető meg, mert az utca csak első látásra jelent olcsó megoldást, ők a valóságban éppen a legdrágább ellátási formát veszik magas gyakorisággal igénybe. Krónikus szociális problémákat ne a sürgősségi osztályokon próbáljanak kezelni. A megfelelő ellátási forma megteremtése nélkül ezekben az esetekben valóban értelmetlen lenne addiktológiai konzultáns vagy több szociális munkás alkalmazása.*
- *Megfontolandó az addiktológiai konzultáció a sürgősségi osztályokon olyan szerhasználók esetében, akiknél nehéz elkülöníteni az öngyilkossági kísérletet és a véletlen túladagolást. Egy-egy „mélypont” a hatékony beavatkozás, a kezelésre motiválás esélyét jelenthetné.*
- *Az ártalomcsökkentő szolgáltatások fesztiválokon történő nagyobb arányú bevezetésével megtakarításokat lehetne elérni a sürgősségi ellátásban.*
- *Az interjúalany szerint szükséges a detoxikálás ismételt bevezetése és megfelelő szakmai felügyelete. Egy ellátás megszüntetésének önmagában nem lehet indoka az,*

*hogy a színvonala alacsony, és a kezelés veszélyes; csak az, ha emellett sürgős szükség van is.*

- *Az egyetemeken fontos volna magyar és angol nyelven prevenció programokat, addiktológiai konzultációs lehetőségeket kínálni. A külföldi hallgatók számának növekedésével e probléma is növekedni fog. Az egyetemek (saját hírnevük védelmében) azonban nem érdekeltek e probléma feltárásában; ezt jól csak döntéshozói szintről lehet kezelni.*
- *A szabályozás és a való élet alakulása között eltérés van: a beteg újra meg újra jelentkezik, miközben ellátását az azonos diagnózis miatt finanszírozni sem lehet (és nem is erre az ellátásra volna szüksége, de kérdés, van-e megfelelő?).*
- *Látványos az alkoholprobléma súlya: ez az ellátórendszerben nem jelenik meg.*

## **10. Interjú**

Az interjúalany háziorvos.

### **A háziorvosi praxisban megjelenő szerhasználati problémák**

Az interjúalany praxisában a szerhasználat és a függőségek terén legjelentősebb az alkoholprobléma. Kisebb számban lát el gyógyszerfüggőket („orvosi gyógyszereket” és pszichiátriai szereket használókat), és még kisebb arányban „designer” drogot használókat. Ez kb. 10-15%-a a megközelítőleg 1300-as létszámú praxisnak.

Elmondása szerint fokozott körültekintést igényel, amikor lakásra vagy utcai esethez hívják. Igyekszik a hozzátartozókkal együttműködni, úgy megszervezve, hogy a szerhasználó ne inzultusként élje meg a helyzetet. A heteroanamnézisre támaszkodik, mert az esettől, a betegtől általában nem lehet adatokat nyerni. Önmaga védelme érdekében a defenzív orvoslásnak megfelelően jár el, de valóban csak indokolt esetben fordul a hatóságokhoz. Kb. kéthavonta fordul elő, hogy rendőrséget kell hívni.

*Melyek azok a társadalmi csoportok, amelyek körében addiktológiai problémákat tapasztal, és ellátásuk nem biztosított?*

Az alkoholisták általában középkorú férfiak, akik jellemzően munkanélküliek – ők nagy bajban vannak. A pszichiátriai gyógyszerektől függők közös jellemzője a többnyire alacsony társadalmi státusz. „Designer” drogot a serdülőkorú huszoneves korig használnak, általában a képzetlenek, talán 8 osztályt végeztek, főleg roma származásúak. Közülük főként a (...) -telepről származó fiatalokkal találkozik, havonta 2-3 főt lát el a rendelésen. 2015 elejétől tűntek fel praxisban a droghasználók – a nagyvívók és alkoholbetegek mindig jelen voltak.

*Hogyan, milyen gyakran és milyen körülmények között találkozik szerhasználókkal, alkoholbetegekkel?*

A szerhasználók a rendelésben valamilyen testi panasszal jelentkeznek, vagy az interjúalany a hozzátartozók hívására megy ki a lakóhelyre. Gyakran kérnek háziorvosi segítséget a hozzátartozók az agresszív, kezelhetetlen, drog hatása alatt lévő gyerekek

esetében. Előfordul az is, hogy az utcán intoxikált állapotban lévő páciens miatt keresik: ezek a legnehezebb helyzetek, esetek a háziorvosi munkában, ilyenkor egyedül, magára hagyatkozva intézkedik.

### **A szerhasználókkal kapcsolatos beavatkozásmódok**

A háziorvosok feladata az akut esetek ellátása. Az ellátás során mérlegelni kell, hogy a páciens tudatánál van vagy sem. Amennyiben kontaktusba vonható, az interjúalany megpróbálja meggyőzni, hogy működjön együtt, és vállalja az egészségügyi ellátást. Ha viszont ön- vagy közveszélyes állapotban van, akkor a rendőrséget értesíti. Öntudatlan állapotban lévőkhöz pedig mentőt hív, illetve a mentő kikerzéséig ellátja őket. Amennyiben nincs szó veszélyeztető állapotról, akkor először telefonon kér adatokat a hozzátartozóktól, ha nem elutasító a páciens, akkor őt is igyekszik befolyásolni, hogy kérjen segítséget valamelyik addiktológiai szolgáltatótól. *„Általában további gyógyszereket, receptet követelnek tőlem, biztos felkészültségre van szükség a nemet mondáshoz.”* Erősen ajánlja a drogambulancia felkeresését. Veszélyeztető esetben próbálja megnyugtatni a páciens, ha ez nem sikerül, akkor hatósági útra terelődik a beavatkozás, *„amit mindig sajnálok, mert látható, hogy egészen mást kellene csinálni a szerhasználókkal, környezetükkel. Az esetek kétharmadában sajnos rendőrségi intézkedést szükséges bevonnani.”*

A szerhasználók esetében a kortárs csoport nyomása nagy, sokszor a családi háttér sem megfelelő. Hiába tesznek erőfeszítést az intézmények, a család, kevés az eredmény. *Gyenge hatásfokúak erre a problémára nézve az intézmények. A pszichiáterek azt javasolják, hogy zárják ki a szerhasználót otthonról.* Mert két-három generáció él együtt, és a droghasználó pokollá teszi az életüket.

### **Ellátórendszer, szakmaközi együttműködés**

Az interjúalanynak közvetlen tapasztalata, személyes kapcsolata nincs az ellátórendszerrel – vagyis ez a kapcsolat teljesen egyirányú –, de a *„pszichiátriára, sürgősségi osztályra utalt betegekkel pár nap múlva, esetleg már aznap ismét találkozom az ellátási területén. Ismétlődik minden, kezdődik elölről.”* A páciens egyik intézményből küldik a másikba. A rendszer erőssége a 24 órás sürgősségi ellátás. Az interjúalany egy pozitív tapasztalatról tudott beszámolni: egy páciens a (...)i rehabilitációs intézetbe került, akinek a helyzete mostanra rendeződni látszik.

A családorvosi praxis és a klinikum között kevés az érintkezési pont. Eseti konzultációk, segítségkérés esetén készségesek, de folyamatos együttműködésről nem beszélhetünk.

## Addiktológiai tárgyú képzések

Az interjúalany az INDIT pszichiátereivel már több alkalommal konzultált. Az ÁNTSZ-nél pár órás képzésen vett részt ilyen témában. Továbbá az interneten tájékozódik. Általánosságban elmondható, hogy *a házi orvosok mentálhigiénés képzése hézagos.*

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *Szerhasználókkal, függőkkel foglalkozó, erre szakosodott szakemberek nyújtsanak esetkonzultációs lehetőséget a házi orvosi praxis működése során tapasztalt feszültségek enyhítésére, a jobb, szakszerűbb kliensellátás érdekében, a házi orvosi „magányosság” érzésének enyhítésére.*
- *Szakszerű ellátási formák bevezetésével küszöböljék ki a költséges „forgóajtó” jelenséget.*
- *Bálint-csoport mint továbbképzési forma házi orvosok számára.*

## 11. Interjú

Az interjúalany egy speciális gyermekotthon vezetője, gyermekvédelmi szakvizsgával rendelkező szociális munkás.

### **Keretek**

Az intézmény – melyet egy alapítvány tart fenn – hivatalosan a gyermekvédelmi rendszer része, és funkcióját maguk is gyermekvédelminek tartják. Mindez legfeljebb azzal egészíthető ki, hogy a gyermekvédelmi feladatok ellátásán túl mentális egészségvédelmi célokat is szolgál. Az intézmény egyáltalán *nem egészségügyi jellegű*; elvi okokból ellenzik a gyerekek gyógyszerelését. A cél az, hogy a gyerek tiszta értelemmel fogja fel a helyzetét. A beutalás utáni időszakban szokott előfordulni, hogy a pszichiáter javaslatára a minimálisan szükséges gyógyszerrel *„vezetik ki”* a gyermeket.

A gyerekek a gyermekvédelem keretében, a gyermekvédelmi intézményrendszer eljárásai révén kerülnek az intézménybe. Elég alacsony a létszámuk, 16 főt tudnak jelenleg fogadni. Éppen ezért meglehetősen hosszú, egy-két éves várakozás után tudnak csak bekerülni a gyerekek. Tulajdonképpen ellentmondásos kérdés, hogy vajon a gyerekek hamar, vagy későn kerülnek az intézménybe: sajnos a gyerekek többsége 16 éves, esetleg 17 éves, amikor bekerül. Mivel csak a nagykorúságukig lehetnek bent, a rendelkezésre álló egy-két év meglehetősen kevés arra, hogy érdemi változásokat érjenek el náluk. Másrészt viszont az előzményi adatokból tudható, hogy ezek a gyermekek már pár éve bent vannak a gyermekvédelmi rendszerben.

Az intézménybe tehát a gyermekvédelmi rendszerből érkeznek a gyerekek, feltehetően azok, akik esetében a többiekénél *súlyosabb az addikció*, illetve – ezzel együtt – a magatartási probléma. Az interjúalany véleménye szerint maga a gyermekvédelmi rendszer működik, de mégis hosszú időbe telik, mire hozzájuk kerül a gyerek. Az intézmény férőhelyei folyamatosan telítettek, éppen ezért van *hosszú várólista*. Az egész

országban is csak *kevés ilyen profilú intézmény van, jelenleg tizenhárom*. Vagy új intézményeket kellene létrehozni, vagy a meglévőket bővíteni. Ami az interjúalany által vezetett intézményt illeti, képesek lennének bővebb létszámmal dolgozni.

## **Módszerek**

A vezető elmondása szerint a Minnesota-modellt próbálják követni, de azt csak részben képesek megvalósítani, mert a modell elvileg az önkéntes részvételen alapul, az otthonba pedig nem önként kerülnek a gyerekek: a gyermekvédelmi rendszer által beutalt gyerekek döntő többségénél – 90 százalékánál – nem beszélhetünk a helyzet olyan elfogadásáról, hogy önkéntesnek mondjuk a részvételét.

A gyermekek részére komplex, tudatosan felépített programot biztosítanak. A programokat úgy választják ki, hogy azt a gyerek ne érezze kényszernek, hiszen kényszerítő eszköz nem áll rendelkezésükre. A cél az, hogy a gyerek valóban részt akarjon venni.

A bekerülés utáni 2-3-4 hét során a gyermeket elsősorban az köti le, hogy megismerje a környezetet és a szakembereket. Már ekkor is, és a továbbiakban is nagyon sokat beszélgetnek velük. Ilyen szerepe van különösen a pszichológusnak és a pszichiáternek, de minden gyermek kap mentort a nevelők közül, akivel szintén sokat beszélget.

A program alapvető felépítése az, hogy délelőtt a gyerekek tanulnak, délután pedig különféle programokon vesznek részt. A bekerülő gyermekek általában elérték vagy túlhaladták 14 éves korukat, viszont az általános iskolát nem fejezték be. Ezért általában a 7. és 8. osztályba íratják be őket. A tanítást az intézményen belüli saját munkatársak végzik, a vizsgákat pedig egy iskolában teszik le a gyerekek. A délutáni program keretében elsősorban művészetterápia, sportfoglalkozások, önismereti és kommunikációs tréning áll rendelkezésre.

## **Szakmai stáb**

A munkatársi gárda nagyrészt szociális munkásokból és pedagógusokból, valamint gyermekgondozókból áll. *Felépülőket nem tudnak alkalmazni*, de gondot fordítanak rá, hogy a gyerekek rendszeresen találkozzanak józan szenvedélybetegekkel, szervezett találkozás, illetve előadás keretében. Az alapítvány biztosítja a személyi feltételeket, és jelenleg rendelkezésre is áll a szükséges személyzet. Azonban mégsem könnyű a helyzetük, ha valaki elmenne a munkatársak közül, elég *nehezen kapnának újabb szakembert*.

## **Eredmények**

Az interjúalany szerint nehéz egyértelműen meghatározni, hogy milyen eredményeket érnek el a gyerekeknél, *„azt mondhatom, hogy több, mint kilencven százalékuk visszaesik. Azt a gyerek könnyen elismeri, hogy drogozik, illetve iszik; változási szándékot*

*viszont nehéz elérni.”* A hátráltató tényezők között említhető a gyerekek magas életkora a bekerüléskor, a szökések, illetve a családi háttér. A szökés az egyik legnagyobb probléma. Az intézmény nem zárt, így nagyon kevés az a gyerek, aki nem szökik. Amikor szöknek, *egyértelműen a szer végett szöknek*, és általában elkövetnek valamilyen *vagyon elleni bűncselekményt*, hogy szerhez jussanak. A családi környezet hatása is jelentős, sok családban *a szülők is szerhasználók*. Mint az interjúalany megjegyezte, a gyerekeknek egyébként is lehetőségük van arra, hogy kimenő keretében kimenjenek a községbe. Hogy miért mennek vissza? Részben azért, mert nincs hova menniük, részben azért, mert egy részük elfogadja, hogy azt az egy vagy két évet ott tölti el. Voltaképpen az is eredmény, hogy van egy-két olyan éve a gyerekeknek, amikor tanul, és amikor nem követ el bűncselekményt a drog megszerzése érdekében.

A gyerekek többségének van kapcsolata a családjával. Igaz, hogy a családok szegények, ezért sokan anyagilag nem engedhetik meg maguknak, hogy odautazzanak látogatásra. Amikor egy gyermek számára közeledik a távozás ideje, azt *szabadulásként éli meg*. Közvetlenül a távozás előtt elkezdenek szorongani, mert a biztonságos körülmények közül bizonytalanabb körülmények közé kerülhetnek. A távozó gyerekek nagy része *a családjával él, és munkanélküli. Pozitív élmény, hogy a gyerekek egy része utólag is telefonál az intézménybe, és felemlégeti a számára kedves emlékeket, például az étkezéseket.*

#### **Az interjúalany javaslatai:**

- *Jobb eredményt akkor lehetne elérni, ha az intézmény a jelenleginél zártabb lehetne. Olyan megoldás kellene, mely változatlanul tiszteletben tartja a gyerek jogait, de eszközöket ad az intézmény kezébe. Kétségtelenül az is hatással van a gyerekre, ha az elterelés keretében az intézmény a kedvezőbb alternatíva; akinek rendszeresen jelentkeznie kell a pártfogójánál, az ügyel arra, hogy mit mondanak róla.*
- *Jövőképüket tekintve az egyik elem az, hogy bővüljön az intézmény, hogy több gyereket fogadhassanak. A másik elem az lenne, hogy elérjék, hogy a gyerek szívesen menjen hozzájuk. A gyermekeket sokkal alacsonyabb életkorban kellene eljuttatni az intézménybe, amikor még nagyobb esély van a nevelésükre.*

#### **További javaslatok:**

- *A szerhasználó vagy szerfüggő fiatalokkal magasan képzett, terápiás gyakorlattal rendelkező szakemberek foglalkozzanak. A Minnesota-modell szakmai követelményei láthatóan több oldalról sem teljesülnek, ennek felismerése is kérdéses.*
- *Ezekben az esetekben egy intézményen belüli, TC-típusú intézményt lehetne létrehozni, mert valószínűleg nem csak az idő kevés, hanem a felépülési források is hiányosak. Kulcsfontosságú felépülési forrás volna a felépülő függő állandó jelenléte, az addiktológiai konzultáns, a csoportterapeuta, részállású munkatársként a gyermek- és ifjúsági pszichiáter vagy klinikai szakpszichológus. Ez egy drágább, de hatékony ellátási forma alapjait teremthetné meg: a jelenlegi felépülési arány*

*rendkívül alacsony. Az interjúalany jól látja, hogy a motiváció alakulása kulcskérdés.*

- *A szerhasználó családok kezelése megelőzhetné a kedvezőtlen transzgenerációs hatásokat.*

## **12. Interjú**

Az interjúalany iskolai szociális munkás. 2005-ben végzett szociális munkásként a PTE szekszárdi képzésén. 10 éve dolgozik iskolai szociális munkásként egy műszaki szakgimnáziumban. Egy alapítvány drogprevenációs munkacsoportjának és iskolai agresszióval foglalkozó munkacsoportjának tagja. Nyolc és fél évig volt a Bulisegély Szolgálat munkatársa, a szórakozóhelyeken végzett munkán kívül több zenei fesztiválon, például az Ozora Fesztiválon is dolgozott.

### **Az iskolai szociális munkás szerepe az addiktológiai jelzőrendszerben**

Az iskolai szociális munkás hasonló szerepet játszik az addiktológiai problémák kezelésében, mint a pedagógus, de vannak különbségek, amelyek az eltérő szemléletből következnek. A szociális munkás másként, kevésbé rémisztőnek látja a problémát, számára nem annyira idegen a terület. A szociális munkásnak szerepe lehet a szemléletformálásban, a pedagógusok által észlelt problémák kezelésében, a kliensek delegálásában, illetve a preventív programok szervezésében (továbbá utóbbiak kapcsán a különböző – nem kizárólag rendőrségi – szemlélet megjelenésének biztosításában). *„Az lenne az ideális, ha az iskolában mindenki hasonlóan gondolkodna erről a problémáról, hogy ne legyen annyira rémisztő.”* Nem kérdéses a jelenség veszélyessége, de fontos lenne tudatosítani, hogy az érintett tanulók eltávolításán, illetve a rendőrség bevonásán kívül is vannak lehetőségek. Az iskolai szociális munkásnak jelentős szerepe lehet abban, hogy egy drogproblémával küzdő diák az iskola tanulója maradjon. Egyeztetethet a pedagógusokkal arról, hogy hogyan tudnak odafigyelni az érintett diákra, hogy miként lehet bevonni a szülőket, hogy mit kell tenni, ha a tanuló intoxikált állapotban van, illetve hogy miként lehet együttesen eljuttatni őt egy kezelőhelyre.

### **Eljárásmód szerhasználati problémák felmerüléskor**

Az interjúalany munkahelyén néhány évvel ezelőtt a szerhasználati problémák kezelésére irányuló cselekvési terv készült. A dokumentum kidolgozására munkacsoport alakult az intézményben. A munkaanyagot az intézmény igazgatója véleményeztette a rendőrséggel, tekintettel arra, hogy abban csak a kábítószer-kereskedelem gyanúja esetén szerepel feljelentés.

Kábítószer-fogyasztás gyanúja esetén az iskola értesíti a szülőt a történetekről, majd megegyeznek vele arról, hogy mennyi időn belül kell igazolást hozni a Drogambulancián való megjelenésről. A Drogambulanciával az iskolai szociális munkás



tartja a kapcsolatot, egyeztetnek a terápiás folyamat alakulásáról, illetve az iskola lehetséges szerepvállalásáról. Előfordult olyan eset is, amikor a szerhasználó diák nem a Drogambulanciára, hanem az iskolai szociális munkáshoz járt egyéni konzultációra. Amennyiben a felmerülő probléma súlya kisebb, a településen működő Ifjúsági Irodába is szoktak tanulókat küldeni. Más intézményekbe nem delegálnak klienseket. Drogproblémák esetén a további terápiás folyamatokkal kapcsolatban a Drogambulancia tehet javaslatot. *„Ha azt kapnánk vissza az ambulanciáról, hogy jobb lenne neki valami bentlakásos [terápiás intézmény], az egy kihívás lenne, hogy akkor ezt hogyan kezeljük.”*

A szerhasználati problémák lehetséges fennállására a viselkedés megváltozása alapján következtetnek. Az érzékelt változás az iskolai munkával van összefüggésben: romlanak a tanulmányi eredmények, a diák a tanórán nincs olyan állapotban, hogy részt vegyen a tanmenetben. (A pedagógusoknak visszatérő félelme, hogy a szerhasználó tanuló kedvezőtlen hatással lesz az osztály- és iskolatársaira.) Ilyenkor összeülnek az érintett diákot oktató pedagógusok, valamint a szociális munkás, és megbeszélik a tapasztalatokat. Ezután minden esetben behívják a szülőt, és jellemzően az szokott kiderülni, hogy a szülőnek is hasonló gyanúja van, ő is tapasztalja a kedvezőtlen irányú változásokat.

### **A tanulók szerhasználati szokásairól szóló információk hézagossága**

A tanulók droghasználati szokásainak beazonosítása nehézkes. Amennyiben nincs kedvezőtlen irányú viselkedésváltozás, a szerhasználati szokások könnyen rejtve maradnak a pedagógusok előtt. Az utoljára 2014-ben felmerült iskolai drogszűrés ötletét az interjúalany nem tartja megfelelőnek, mivel az *nem adna érdemi információt* a tesztelt diákról.

### **A kontrollált szerhasználat kérdése**

A középiskolások körében is van példa kontrollált és tudatos szerhasználatra, amelynek nincs érdemben káros hatása a fogyasztó életvitelére és egészségi állapotára. Az interjúalany a klienseivel, a kollégáival és a feletteseivel is szokott beszélni erről. A jogi szabályozás következtében a témakörrel egyszerűbb az alkohol – például a kontrollvesztett részegség – vonatkozásában foglalkozni, *„arról szabadabban lehet beszélni”*. Az alkohol-, illetve a kábítószer-fogyasztás eltérő büntetőjogi megítélése ellenére az interjúalany munkája során alapvetően azonos álláspontot képvisel mindkét drogtípus esetében. Az interjúalany ugyanakkor utalt egy közelmúltbeli beszélgetésre, amelyben vezető pedagógusok megerősítették azt a korábbi álláspontjukat, hogy *„a gyerekek inkább igyanak, mint kábítószerezzenek”*.

### **Intézmények közötti együttműködés és finanszírozás**

Az a körülmény, hogy a források elégtelenek, és elérhetőségük nem folyamatos, megnehezíti a hatékony együttműködést az iskolák és a prevenciók szervezetek között.

*„Azelőtt, mikor még önkormányzati fenntartású intézmény voltunk, voltak kiírva KAB-os pályázatok, amiket az iskola nyújtott be, és abból [a finanszírozásból] hívhatta meg a prevenció szervezetet. Kiírták a KAB-ot akkor is, amikor a KLIK-hez tartoztunk, de akkor nem tudtuk beadni, mert a KLIK-es intézmények pont nem adhatták be. Tavaly egy alapítvány adott be pályázatot, a Szakképzési Centrumon keresztül kerültünk be.”* Vannak olyan prevenció programok (például a rendőrségé), amelyek külső források bevonása nélkül is elérhetőek, de fontos lenne minél színesebb paletta kialakítása, mivel a különböző diákok számára más-más megközelítések lehetnek eredményesek. A prevenció folyamatba anyagi ellenszolgáltatás nélkül bekapcsolódó külső szereplők jellemzően egészségnapok, illetve egészséghetek során szoktak eljutni az iskolába. *„Az nagyon nagy probléma, hogy erre nincsen külön keret. Szerintem ennek állandónak kellene lennie, folyamatosan ott kellene lennie az iskolákban. Mondják, hogy ezt az iskolai szociális munkás lefedhetné, de szerintem egy személyben ez így nagyon nehéz. Kellenek más ingerek, ennek színesebbnek kell lennie.”* Nehéz eldönteni, hogy a drogprevencióra szánt forrásoknak hol lenne jobb helye: a prevenció szervezetek esetében problematikus lehet az ellenőrizhetőség, az iskolák viszont nem feltétlenül érzik feladatuknak, hogy ezzel a témakörrel foglalkozzanak.

### **Az addiktológiai ellátórendszer erősségei és fejlesztésre szoruló területei**

Az ellátórendszer jelentős problémája a hozzáférés egyenlőtlensége. Azokon a területeken, ahol a szolgáltatások helyben nem elérhetőek, nem csak a pedagógusok információi hiányosak, hanem az is problémát jelent, hogy amennyiben ismerik a kezelést nyújtó intézményeket, nem tudják, hogy oda miként tudnák eljuttatni az érintett diákokat. *„Hova lehet küldeni azokat a gyerekeket? Ki fogja bekísérni? És miből?”* Szóba kerülhetnek illetékesként a gyermekjóléti szolgálatok, amelyeknél viszont nem minden esetben állnak rendelkezésre megfelelő felkészültségű szakemberek.

A szolgáltatások igénybevétele azokon a településeken sem kielégítő, ahol az addiktológiai ellátórendszer számos intézménye működik. Az interjúalany szerint többen vannak azok, akik kezelésre szorulnak, mint ahányan igénybe veszik a rendelkezésre álló szolgáltatásokat.

Az interjúalany saját szakmai tapasztalatai szerint az addiktológiai ellátások színvonala változó, jelentős mértékben függ attól, hogy adott intézményen belül ki foglalkozik a klienssel. Fontos lenne, hogy a szerhasználati zavarokkal foglalkozó szakemberek folyamatos továbbképzésben részesüljenek. *„Még így is, hogy a Drogprevenció Munkacsoport tagja vagyok, még így is, hogy nyolc és fél évet dolgoztam a Bulisegélyben, nem sok tréningre emlékszem, amiken részt vettünk volna.”*

A legfontosabb fejlesztési igény a finanszírozáshoz kapcsolódik. A pályázati rendszer megfelelő volt korábban, a régi KAB-os rendszerhez vissza lehetne nyúlni. Ebben volt lehetőség *helyi szinten dönteni arról, hogy mire pályázik az intézmény, továbbá a forrásokból maradt pénz az iskoláknak is, amit az egészségfejlesztés*

szempontjából releváns tevékenységekre (pl. közösségi tér kialakítása, társasjátékok és szakkönyvek beszerzése stb.) lehetett elkölteni. Fontos lenne, hogy a pályázatoknak *ne legyen önerősüksége*, mivel a drogprevencióban érintett szervezetek azt nem tudják megteremteni. A rendelkezésre álló (tan)órák számát is növelni kellene. *„Az iskolán kívül és belül is kellenének olyan programok, amelyek ezekkel [az egészségfejlesztési témakörökkel] foglalkoznak.”* Célszerű lenne, ha a prevencióra és egészségfejlesztésre szánt forrásokat nem közvetlenül kapnák meg az oktatási intézmények, mert így megvan az esélye annak, hogy más célok elérésére lennének felhasználva. *„Ha megkérdezel egy oktatási intézményt, hogy »Maguknál mi a gond?«, akkor arra nem azt fogják mondani, hogy »Nincs a prevencióra pénz.«. Tuti, hogy megpróbálnák átcsoportosítani, és lefedni valamivel.”*

### **Az iskolai egészségfejlesztő és drogprevenciós programok hatékonysága**

A prevenciós programokhoz készített ajánlásnak részét képezi az attitűdváltozást mérő, kérdőíves elő- és utóvizsgálat. Ez összetettebb feladat, mint az értékelési folyamatban szintén megjelenő tudásszintváltozás mérése. Jelenleg tervben van egy olyan felmérés lebonyolítása, amelyre fél évvel a prevenciós program megvalósulása után kerül majd sor.

*„Azt gondolom, hogy az, hogy ötévente jut be egy ilyen típusú prevenciós foglalkozás [az iskolába], aminek egyébként többlépcsősnek kellene lennie, és folyamatosan jelen kellene lennie, az a szarnak egy pofon, kábé.”* Szükség lenne arra is, hogy a tanórákon megjelenjenek prevenciós elemek, de ebben akadályt jelent, hogy a pedagógusokat jellemzően *csak az érdekli, hogy miként tudják észrevenni a szerhasználatot, az már kevésbé, hogy mit tudnának kezdeni a jelenséggel.*

Az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásának rendszere nehezen átlátható,<sup>12</sup> hasznos lenne, ha az akkreditált programok képviselői kapcsolatban lennének egymással.

### **A partiszerviz típusú szolgáltatások helye az addiktológiai ellátórendszerben**

Ártalomcsökkentő tevékenységek tartoznak ide, például pezsgőtabletta (kalcium, magnézium, C-vitamin), ásványvíz, szőlőcukor, steril szívószál és szóróanyagok kiosztása a szórakozóhelyeken. A szolgáltatás munkatársai járőröznek is a szórakozóhelyeken, hogy segítséget nyújtsanak azoknak, akik rosszul vannak. Szükség

---

<sup>12</sup> Az iskolai egészségfejlesztési programok ajánlásáról 2016. november 24-én konzultációs nap volt a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben. Az erről szóló híradás itt jelent meg: [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/cikk/iskolai-egeszsegfejlesztési-programok-ajanlása-ujabb-csoportos-konzultációs-nap](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/cikk/iskolai-egeszsegfejlesztési-programok-ajanlása-ujabb-csoportos-konzultációs-nap)

A tájékoztatás végén ez olvasható: „További információ és a formanyomtatványok elérhetőek a következő címen:”  
[www.oefi.hu/iskolaiprajanlas/iskolaiprogramokajanlása.html](http://www.oefi.hu/iskolaiprajanlas/iskolaiprogramokajanlása.html) – A belinkelt honlap nem elérhető...

esetén mentőt hívnak. A tevékenységnek továbbá részét képezi az információátadás és a segítő beszélgetés is.

Nehéz meghatározni, hogy a szolgáltatás milyen mértékben integrálódik a szenvedélybeteg-ellátás rendszerébe. Az Alapítványon belül visszatérő kritika volt a Bulisegély Szolgálat működésével kapcsolatban, hogy rajtuk keresztül alacsony számban érkeznek kliensek más intézményekbe, például a Drogambulanciára. A delegálás inkább azokban az esetekben eredményes, amikor a szórakozóhelyen megkezdett folyamatot ugyanaz a segítő folytatja, aki elkezdte.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Az iskolai szociális munkás fontos szerepet tölt be az iskolai színtereken jelentkező addiktológiai problémák kezelésében, ami szemléletformálásban, delegálásban, illetve segítő beszélgetésben realizálódhat. Fontos szerepe van továbbá a drogprevenációs és egészségfejlesztési programok szervezésében. Kívánatos lenne, ha minden alap- és középfokú oktatási intézményben dolgozna olyan segítő szakember, aki az addiktológiai témakörök referenseként (is) működik.*
- *Jó gyakorlatként azonosítható be az interjúban szereplő gimnázium szerhasználati problémákkal kapcsolatos cselekvési terve, javasolható lenne, hogy minden olyan intézményben készüljön hasonló útmutató, ahol az átlagosnál nagyobb számban jelentkeznek szerhasználati problémák.*
- *Fontos lenne a drogprevenációs és egészségfejlesztési programok folyamatos elérhetőségének biztosítása, amihez a jelenleginél több forrásra, illetve a korábbi KAB-os pályázati rendszerhez hasonló technikai megvalósításra lenne szükség.*
- *A pedagógusok szemléletváltására nagy szükség volna: ne „kinyomozni”, hanem megelőzni és kezelni próbálják a szerhasználati problémákat, valamint ismerjék fel, hogy a legális szer illegális használata (alkohol vagy dohányzás a 18 év alatti fiatal esetében) súlyos probléma.*

## **13. Interjú**

Az interjúalany egy hátrányos helyzetű térségben elhelyezkedő általános iskola 2017 szeptemberében, nem sokkal az interjú készítése előtt leköszönt igazgatója.

### **Keretek**

Az interjúalany a diploma megszerzése után harminc évig vezette az intézményt, ahova több hátrányos helyzetű településről járnak gyerekek. Az iskola abból a szempontból speciális, hogy tanulóinak kilencven százaléka hátrányos helyzetű, hetven százaléka halmozottan hátrányos helyzetű, a szülők pedig sok esetben munkanélküliek. A szülők munkavállalási lehetőségei az említett falvakban nagymértékben korlátozottak; az

önkormányzatnál helyezkedhetnek el, az orvosi rendelőben takaríthatnak, vagy a közmunkaprogramban vehetnek részt.

A pedagógusok alapvető feladata a közoktatás, ugyanakkor ahhoz, hogy tanítani tudják a gyermekeket, először tanítható állapotba kell hozniuk őket, amihez a szülők segítségére is szükségük van. Az iskola és a szülők közötti együttműködés érdekében a közoktatási feladatok mellett a szülőknek is rendszeresen szerveznek programokat, amelyeknek segítségével kiépítik a pedagógusok iránti bizalmat: bevonják őket az iskolai programok és konferenciák szervezésébe, kirándulásokra hívják őket, és mentálhigiénés szülői klubot szerveznek nekik. Mindemellett a pedagógusok a tanulók lelki és szociális segítségnyújtását is ellátják. Módszerként fejlesztő játékokat és kézműves tevékenységeket alkalmaznak, kirándulásokat, színházlátogatásokat, családi nyaralásokat szerveznek, és korábban működtettek egy ún. „Sebaj Klubot” („sebaj, ha gondod van, visszajössz), amelynek célja a már középiskolás tanulók segítése volt, akik problémáikkal felkereshették az általános iskolai pedagógusaikat.

## **Prevenció**

A prevenciós tevékenység elsősorban a kábítószerekkel kapcsolatos információnyújtás formájában valósul meg. Az alkalmazott módszerek közt szerepelnek a filmvetítések, a gyerekek igényeihez igazított csoportos beszélgetések és a védőnőtől, ill. a rendőrségtől kapott ismeretterjesztő anyagok közös feldolgozása. A módszerek alkalmazására elsősorban biológia órán, osztályfőnöki órán, illetve a tanév utolsó hetében kerül sor, az ún. egészséghéten, amikor a rendőrség és a Magyar Vöröskereszt tesz látogatást az iskolában. Korábban lehetőség volt rá, hogy a tanórák sorába beépítsenek egy ún. „mentál órát” is, amelynek keretében a kábítószerekkel és szerhasználattal kapcsolatos témák kerültek feldolgozásra az intézményben dolgozó ifjúságvédelmi felelős segítségével. Emellett az iskolai prevenciós tevékenység részét képezi, hogy időnként klubszerű foglalkozásokat szerveznek, ahol a tanulók gondolatébresztő előadásokat hallgathatnak, szakértők bevonásával. Ezekre az alkalmakra a már középiskolás tanulókat is visszahívják.

A prevenció tehát egyfelől információnyújtáson keresztül, másfelől egyúttal az oltalmazó környezet kialakítása által valósul meg. Arra azonban a pedagógusok próbálnak nagy hangsúlyt fektetni, hogy a környezet ne legyen túlóvó, hiszen ebben az esetben túl mélyé válhat a szakadék az oltalmazó általános iskolai és a középiskolai közeg között, amely traumaként érheti a tanulókat. Annak érdekében, hogy ezt a feszültséget tompítsák, igyekeznek felkészíteni a végzős tanulókat az előttük álló változásra. Ennek egy módja, hogy kirándulásokat szerveznek a közeli városba, ahol nem csak leendő iskolájukat és annak környezetét, de magát a várost is igyekeznek megmutatni nekik. Korábban a pedagógusok közül mindig volt valaki, aki este nyolcig az iskolában maradt, lehetőséget biztosítva a középiskolásoknak arra, hogy segítséget kérhessenek egykori pedagógusaiktól, de arra is volt precedens, hogy a középiskolások keresték fel egykori tanáraikat.

A prevenció tevékenységet az interjúalany sikeresnek értékelte, mégpedig abban a vonatkozásban, hogy az iskolában kapott, kábítószerrel és szerhasználattal kapcsolatos információk kielégítik a gyermekek kíváncsiságát és megválaszolnak olyan kérdéseket, amelyekre otthon nem kaphatnak választ.

### **Szerhasználat az iskolában**

Évente két-három olyan problémás esettel találkozunk, hogy a tanulók iskolai környezetben dohányoznak, vagy otthon alkoholt fogyasztanak. Az ilyen jellegű problémák főként ünnepek körül kerülnek előtérbe, amikor a gyerekek arról számolnak be, hogy „berúgtak” otthon. Abban az esetben, ha a pedagógusok felismerik a problémát, első lépésként „félrehívják” a tanulót, és bizalmasan elbeszélgetnek vele, majd az otthonukban felkeresik a szülőket, és megpróbálnak utánajárni, mi okozza a problémát. A szülők bevonása a folyamatba kritikus fontosságú, hiszen csak a szülőkkel együttműködve lehet megóvni a gyerekeket.

Az igazán komoly problémát az jelenti, amikor a cigarettát vagy alkoholt a szülő adja vagy veszi meg a gyermeknek. Ebben az esetben a pedagógus eszköztelenné válik. Kábítószer-használattal iskolai környezetben jellemzően nem kerülnek szembe. Gyakoribb probléma, hogy arról szereznek tudomást, hogy az egykori, már középiskolás tanulók, kikerülve az oltalmazó általános iskolai közegből, kábítószerrel használnak. Erről általában informális úton, jelenlegi általános iskolai tanulók közlése által vagy a tanoda munkatársaitól szereznek tudomást. Az általános iskola tanulói gyakran beszámolnak róla, hogy a „nagyok” (középiskolások) hogyan rendelnek kábítószerrel az interneten keresztül, illetve hogy a falu mely részén gyűlnek össze „drogozni”. Ebben a vonatkozásban nagy (és sok esetben kilátástalan) kihívás az óvó környezetre törekvő iskola számára a környezet káros hatásaival való megküzdés.

### **Addiktológiai ismeretek**

Az interjúalany meglátása szerint a pedagógusok addiktológiai ismeretei kívánnivalót hagynak maguk után a probléma felismerése és kezelése terén egyaránt. Ennek oka részben az, hogy míg korábban rendszeresen elérhetőek voltak számukra a továbbképzések, most már csak akkor nyílik erre lehetőségük, ha a képzést be tudják építeni egy pályázatba.

### **Problémák, akadályok – „Kinek fontos itt a gyerek?”**

A hatékony prevenció munkája útjában álló akadályok között említette az interjúalany a hazai család- és gyermekvédelemmel kapcsolatos működési problémákat, a személyzeti feltételek hiányát, az iskolapszichológusok, iskolai szociális munkások és ifjúságvédelmi felelősök hiányát, a forráshiányt, a pályázatok esetlegességét és a pályázati lehetőségek szűkülését.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Forrásbiztosítás a megfelelő szakemberellátás és az iskolában végzett prevenciók tevékenységekhez kapcsolódó módszerek elérése érdekében; a kampányok helyett stabil, kiszámítható egészségfejlesztő tevékenység.*
- *Megfelelő képzettséggel rendelkező szakemberek biztosítása (szociális munkás és pszichológus), akik a gyermekekkel végzett hatékony munka mellett közvetítő szerepet tudnak betölteni az iskola és a szülők között.*
- *Módszertani továbbképzés biztosítása a pedagógusok számára, amely a hatékony prevenciók tevékenység szolgáltatásban áll.*
- *Rendszeres továbbképzések biztosítása pedagógusok számára, amelyek a gyermekekkel végzett drogprevenciók tevékenységhez megfelelő elméleti alapokat nyújtanak.*

## **14. Interjú**

Az interjúalany egy család- és gyermekjóléti központ vezetője.

### **Keretek**

Kb. 1700-1800 családdal foglalkozunk a gyermekjóléti szolgálatnál (GYSZ), ez kb. 3000-3500 gyermeket jelent éves szinten. A GYSZ a jelzőrendszeren keresztül beérkező jelzések alapján veszi fel a kapcsolatot a családokkal. Az interjúalany szerint maga a szerhasználat, noha nem túl nagy számban, de jelen van, főleg a serdülőkorú gyerekek esetében. Az esetek többségében nincs a probléma ilyen módon konkretizálva, hogy a gyerek szerhasználó, hanem valamilyen diszfunkciót, magatartásbeli problémát érzékelnek a jelzőrendszeri tagok. A keleti városrész egy nagyon nehéz rész, ott nagyon magas a kliens és esetszám, míg a belváros vagy Uránváros valamivel nyugodtabb környék. Kertváros még az, ahol megjelenik ez a probléma. Úgy hívják ezeket a fiatalokat, hogy csellengők, akiket az utcai szociális munkán keresztül megpróbálnak bevinni az intézménybe, valamiféle biztonságosabb közeget nyújtani nekik – ez több-kevesebb sikerrel zajlik. Akiket viszont már elértek, azok megjelennek az intézményben.

Az intézményi környezet képes valamennyi védelmet nyújtani a bűnelkövetés szempontjából, valamennyire keretek között lehet tartani a klienseket. Ha valakinél ez nem megy, akkor megkérjük, hogy ne ezt az intézményi formát vegye igénybe. A keleti városrészben viszont, az interjúalany szerint, nagyobb mértékben van jelen a szerhasználat. A szerekek összetétele gyakran változik, mindezt nagyon nehéz követni. A kollégák különböző előadásokon tájékozódnak, amit pl. egy-egy alapítvány szokott tartani, illetve a problémában érintett civil szervezeteket rendszeresen meghívják, akik képet adnak az aktuális helyzetről. Maguk a használók ugyanakkor sokkal előrébb vannak, mint akár a szakemberek, akár a segítők. Ezért fordul elő, hogy a GYSZ-ben dolgozó kolléga éppen nem is tudja, hogy milyen szert használ valaki. Ilyen új jelenség

például a biofű. Kérdéseket vet fel, hogy ez pontosan mi, minek minősül, milyen állapotot idéz elő – „egy picit megyünk az események után, de ezeken keresztül igyekszünk valamilyen szinten képben lenni”.

## **Beavatkozási lehetőségek**

A GYSZ-nek nincs a szerhasználat-problémára vonatkozó általános cselekvési protokollja, és az intézmény dolgozóival nagyon nehéz megállapodásra jutni a különféle, szerhasználókkal kapcsolatos, munkájukat érintő szabályozók tekintetében.

A szerhasználattal küzdő családok kezelése, a gyerekek megóvása nagyon nehézkesen megy. Ha például egy komplett családról van szó, ahol különböző korú gyerekek élnek, és az tapasztalható, hogy elsősorban a szülők azok, akik szerhasználók, akkor az esetek döntő többségében nincs más lehetőség, mint kiemelni a gyerekeket. A családgondozó felméri a család erősségeit, gyengeségeit, igyekszik valamilyen stratégiát kidolgozni, és ha látnak eredményeket, akkor természetesen megpróbálnak együtt dolgozni velük. Javasolják például, hogy a szülők vegyenek részt rehabilitáción stb. Ha ezt elfogadják, akkor a GYSZ támogatásával a család együtt tud maradni, képes funkcionálni. Ha azonban csak látszategyüttműködés van, vagy még az sem, akkor nem marad más eszköz, mint kiemelni a gyerekeket a vér szerinti családból. „Nekünk az biztonságot jelent, ha az ilyen gyerekek kikerülnek a családból, és egy óvó-védő környezetben tudnak nevelkedni.” Közben a GYSZ munkatársainak a családdal foglalkozniuk kell, hogy olyan képességekre tegyenek szert, hogy a gyerekek visszamehessenek. Az interjúalany szerint azt azért ki lehet jelenteni, hogy amíg gyerek van a családban, addig nagyobb a motiváció a család részéről. De ha a gyerekek kikerülnek a családból, és egy éven belül nem rendeződik úgy a helyzet, hogy a gyerekek visszatérhessenek oda, akkor nagy az esélye annak, hogy nagykorúságig a szakellátásban maradnak. Ha például úgy vélekednek a szülők, hogy jó helyen van a gyerekük, és rajtuk sincs akkora kontroll, akkor nincs további motivációjuk arra, hogy az életvitelükön változtassanak.

„Más esetben, ha a serdülőkorú gyerek a szerhasználó, vagy akár több generáció együttesen, az egy nagyon nehéz helyzet. Nem tudom, hogy erre a jelenlegi ellátórendszer tud-e megoldást nyújtani. Akkor találjuk magunkat a legtehetetlenebb állapotban, amikor több generáción keresztül meglévő szerhasználatról van szó, és a gyerekek ezt a mintát látják.”

Ami az alkoholproblémát illeti, az sokkal szervezesebben jelen van, mint a drogprobléma, az alkoholizmus sokkal szélesebb klienskört érint, és akik ilyen problémával küzdenek, úgy nyolcvan százalékuknak semmilyen belátásuk nincs, tagadják, hogy nekik alkoholproblémáik lennének. Az alkoholfogyasztás könnyebben észlelhető, pl. vannak a lakásban alkoholos üvegek stb. Próbálják alkalmazni – bár ettől tartanak a családok – a „háztartási napló”-technikát, amiben a jövedelem elkötését kell vezetni, amiből látszik, hogy mennyit költenek bizonyos dolgokra. Adósságrendezés



keretében vagy védelembe vétel esetében előírhatják a napló használatát, persze ekkor sem biztos, hogy működik.

### **A beavatkozás alapvető nehézségei**

Amíg az interjúalany gyermekvédelmi gyámként tevékenykedett, az volt a legnagyobb problémája, hogy a szerhasználati problémákat kezelő intézményekbe a felvétel önkéntes alapú.<sup>13</sup> Azzal szembesült ugyanakkor, hogy aki ezeket a szereket használja, nincs tisztában a szerhasználat következményeivel, nincs belátása, hogy ő ilyen problémával küzd. Nem tekint magára úgy, mint akinek segítségre volna szüksége – önkéntes alapon tehát elveszik. Párhuzamot vonva a „pszichés” gyerekekkel, ott is úgy működött, hogy akkor tudta intézménybe juttatni őket, ha maga a gyerek is akarta. A szakember szerint tehát azokkal könnyebb dolgozni, akikben megvan a hajlandóság és az elhatározás. Aztán, hogy azt meg tudja-e támogatni a segítő közeg, az más kérdés. *„Én abban látom a problémát, hogy ezeknek a gyerekeknek belátásuk sincs, itt látom a problémát, ebből [kellene] kihozni őket, mert erőszakkal, hatalommal sem lehet eredményt elérni.”*

### **Ellátatlan szerhasználó csoportok**

*Egyértelműen a roma származású fiatalok sorolhatók az ellátatlanul maradó szerhasználók közé.* Maga az alapellátórendszer nem biztos, hogy tud erre a problémára megfelelő megoldást adni, így abban az esetben, ha valamilyen szervezet vagy egészségügyi intézmény nem tudja kezelni a problémájukat, akkor a GYSZ-nek a szakellátás felé kell terelni őket, hogy megóvják őket attól a közegtől, amelyben veszélyeztetve vannak. Csakhogy a szakellátás sincs felkészülve ezeknek a gyerekeknek a fogadására, és sokszor ebből a helyzetből a szakellátásba kerülve még rosszabb állapotba kerülnek, mint amiben voltak. Az interjúalany tudomása szerint a Dél-Dunántúlon Szedresen működik az egyetlen speciális intézmény ezeknek a pszichoaktív szereket használó gyerekeknek a számára – de ennek az otthonnak a hatékonyságára nincs rálátása.

### **Az ellátórendszer és a szakmaközi együttműködés problémái**

Általánosságban, maga az ellátórendszer borzasztóan túlterhelt, és ez minden szegmensére elmondható. *Gyors válaszokra lenne szükség, ezek azonban nagyon késve érkeznek a kliens részére, ezért az nem lehet hatékony.* Ha krízisről van szó például, vagy egyéb esetben is, az lenne ideális, ha gyorsan tudna szakemberhez kerülni a kliens, és intenzív, folyamatos támogatásban lenne része. A valóságban azonban *távoliak az időpontok, és elvesznek a kliensek.*

Egy másik, korábban is említett probléma az önkéntesség. Példaként említhetők az alacsonyküszöbű szolgáltatások. Az interjúalany korábban beszélt egy

---

<sup>13</sup> Kivéve természetesen a kényszergyógykezelés és az „elterelés” (jogi megnevezésben megelőző-felvilágosító szolgáltatás) eseteit.

alacsonyküszöbű szolgáltatás vezetőjével, hogy hogyan tudnának kapcsolatba lépni. Az ő intézményükben is megfordulnak a serdülőkorú kliensek, de ők nem adnak a GYSZ felé neveket, adatokat, jelzést. Így is elkallódnak kliensek: a GYSZ-hez nem kerülnek be, függetlenül attól, hogy az a másik intézmény tud-e segíteni a különféle gondjaikon. *„Vajon jól van-e ez így? Biztosan mindenki igyekszik a tőle telhetőt megtenni, de nem tudnak összekapcsolódni ezek az intézmények. Emiatt sok esetben csak sötétben tapogatódzunk, vannak sejtéseink, megérzéseink, de nincsen biztos információnk.”*

A szakmaközi együttműködéssel kapcsolatban az interjúalany elmondta, hogy *„Például itt van a védőnők vagy a házi orvosok és a mi történetünk. Elvileg egy irányt képviselnénk, ugyanaz a célunk, s mégis, akadnak olyan helyzetek, amikor nem jutunk egyről a kettőre. A házi orvosokat például nehéz bevonni, van egyfajta ellenérdekeltségük, mert ha jelzést küldenek felénk, akkor a szülő fogja, és elviszi máshová a gyereket, vagy éppen másik iskolába.”* Ezek a problémák már túlmutatnak a szakmaiakon, megjelennek *a pénzügyi szempontok, az intézményi érdekek*, amelyek felülírják a szakmaiságot.

### **Addiktológiai tárgyú képzések**

A GYSZ egy alapítvánnyal van kapcsolatban, illetve tagja a KEF-nek. Az intézményen belül egy vagy kéthavonta az összes dolgozó részt vesz egy „nagy közös” összejövetelen. Ha szükséges, ide is hívnak valakit az alapítványtól, vagy más területről, amelyen a GYSZ is tevékenykedik.

### **A szenvedélybeteg-ellátást érintő helyzetértékelés és fejlesztési lehetőségek – a szakember saját területének perspektívájából**

Az interjúalany önmagát és kollégáit néha *„Don Quijote-szerepben”* látja, mintha egyfajta szélmalomharc lenne, amit csinálnak. De, mint említette, ez talán nem csupán a gyerekjóléti szolgálatokra igaz. Kérdés, hogy ezeknek az embereknek ez az ellátórendszer tud-e segíteni? Nem azért, mert nem akar, hanem mert nagyon nehéz a szerhasználókat kimozdítani a helyzetükből. A szakember elmondása szerint ugyanis sok esetben elkeseredés van ezeknek a szereknek a használata mögött, vagy rossz minták, és van, amikor úgy tűnik, hogy nagyon elment már a hajó... Nehéz őket visszaterelni. Mindezt tetézi ráadásul a tankötelesség korhatárának kérdése: hasznos-e ebből a szempontból 16 évre leszállítani?

*„Múltkor találkoztam egy régi kliensemvel, akit én azért küldtem Szedresre, otthonba, mert mindennapos szerhasználó volt. Minden nap megígért mindent, és hozzáteszem, hogy egy nagyon jó szándékú, egyébként roma gyerek volt, végül Szedresre, és azután egy büntetés-végrehajtási intézménybe is került, de mostanra megházasodott, és gyereke lett, dolgozik, aminek révén sokat változott, van perspektívája. Ebben látok én lehetőséget, ilyen személyes példákön keresztül, akik le tudták tenni a szert. Tehát az ő sajátos élményein keresztül lehetne szakellátásban lévő*

gyerekeket is megszólítani. Szakembertől fenntartással fogadják az útmutatást. Az ő szájából ez elfogadható és hitelesebb, és ez a legfontosabb. A szakemberek pedig erre rá tudnak segíteni, hozzátenni a maguk tudását. De ezt a gyújtólángot azok adhatnák meg, akik hasonló dolgokon mentek át. A kezdeti lökést ez tudná megadni, véleményem szerint.”

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *A bajban lévő családok és gyermekek jóllétével foglalkozó intézmények egyik specifikuma lehetne, hogy a halmozottan hátrányos, szerhasználati tünetekkel vagy függőségben élők pozitív irányú változásának előmozdítása érdekében a felelősségvállalás „kulturáját” megvalósító, közösségi célú fejlesztő erőtereket, ún. szociálenergetikai műhelyeket alakítanak ki. Az ilyen típusú műhelyek azt alapoznák meg, hogy jó szerepmodellek követésére nyíljenek lehetőségek. Számolnunk kell a több generáción átívelő addiktív sémákkal és ellátatlan alkoholizmussal. Ezekben a műhelyekben a közösség mindennapi életében résztvevő fiatalok különféle szociális szerepeket sajátítanak el, s előbb-utóbb mindenki a változás szerepmodelljévé válhatna. A műhelyek biztonságos teret nyújtanának a nyílt és őszinte kommunikáció számára, közösség alakítására biztosítanának lehetőséget, ahol az egyén fejlődése fontossá válhat.*
- *Az intézményben ezzel a feladattal megbízott munkatársak interdiszciplináris szemléletben dolgozzanak. A személyzet kiválasztása a feladatra, majd képzésük és szupervíziójuk mindenekelőtt az intézmény, illetve bármilyen, segítőkét foglalkoztató intézmény igazgatójának a felelőssége – a képzési, szupervíziós, foglalkoztatási források, a források felhasználásának a formálison túlmutató, tartalmi-szakmai ellenőrzése, a megfelelő szabályozási háttér pedig a fenntartók és döntéshozók felelőssége.*
- *Érdeemes lenne etnográfiai vizsgálatok segítségével feltárni, hogy a roma kultúrában vannak-e sajátos forrásai a szerhasználati zavarokból történő felépülésnek, és a prevenciót, terápiát e sajátosságokhoz igazítani.*
- *A kríziskezelésről: a krízishelyzet természeténél fogva sürgős beavatkozást igénylő állapot, ha az intézményi válasz hiányzik vagy késik, a kezelés nem lesz hatékony, és ráadásul sokkal többre is fog kerülni.*

## **15. Interjú**

Az interjúalany gyermekorvos (szakfelügyelő főorvos). 1988-ban diplomázott a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán. Öt évet töltött egy városi kórház gyermekosztályán. 1992-ben szerezte meg szakvizsgáját, majd 1994-től önálló, gyermekházi orvosi praxisban dolgozik, ahol 0-18 év közti gyermekek orvosi ellátását végzi.

## **A szerhasználat előfordulási gyakorisága a gyermekorvosi praxisban**

Az interjúalany az elmúlt 22 év során „*nagyon ritkán, szinte nem is*” találkozott a dohányzáson kívül más addiktív szer használatával a pacienseknél, legalábbis úgy nem, hogy az „*általán ismert lett volna*”. Elmondása szerint a szerhasználat épp abban az időszakban veszélyezteti a gyermekeket, amikor praxist váltanak (felnőttorvoshoz kerülnek), így elképzelhető, hogy azért nem lát rá a problémára, mert amikor a paciensek kikerülnek a látóköréből, nincs lehetősége őket utánkövetni.

Két, szerhasználatral összefüggő esetre tudott visszaemlékezni. Az egyikben egy 16 éves lány, aki nemi erőszak áldozata lett, retrográd amnéziával került kórházba, és olyan tudatmódosító szer hatása alatt állt, amelyet nem önszántából vett be. A lány még bevitte a zárójelentést a házi orvosnak, ezután azonban elkerült a körzetből. Egy másik esetben egy tehetséges fiú már szerhasználóként került a házi orvos praxisába, őt a zsidó rehabilitációs intézményben kezelték a későbbiekben.

A házi orvos a gyerekek szerhasználatára elsősorban a megváltozott viselkedési mintából következtet. Intő jelek lehetnek a megszokottól eltérő reakciók, a megváltozott mozgás, a széles mozdulatok, a furcsa viselkedés, a tegeződés, a hangoskodás. Amennyiben a házi orvosban felmerül a gyanú, hogy a gyermek valamilyen tudatmódosító szer hatása alatt áll, elsőként a szülőket értesíti, és behívja őket a rendelőbe egy „beszélgetésre”. Mivel a paciensek kiskorúak, ha az orvosban felmerül a gyanú, nincs dilemma a következő lépés kapcsán: nem hagyhatja ki a szülőt a folyamatból, hiszen egyetlen vizsgálatot sem lehet elvégezni az írásbeli engedélyük nélkül. A szülők feladata ebben az esetben, hogy a gyermeket meggyőzzék róla, hogy vegyen részt a kórházi vér- és vizeletvizsgálaton. A szülőnek ilyen esetekben le kell győznie a gyermek vizsgálatával szembeni ellenállását. Ha a gyermek ellenkezik, azt „*családon belül meg lehet oldani. Ha ellenkezik, el kell vinni*”.

Az elmúlt tíz év során 4-5 olyan eset volt, amikor a szülő jelezte a házi orvosnak, hogy hirtelen megváltozott hangulata vagy csökkent iskolai teljesítménye miatt felmerült benne a gyanú, hogy a gyermek valamilyen tudatmódosító szert használ. Ezekben az esetekben a szülők diszkréciót kértek (külön időpontot, amikor az asszisztensnő nincs jelen), majd ezt követően az érintett gyermekek vizsgálatára került sor. Mivel a vizsgálat eredményei retrospektívák voltak, a gyanút egyik esetben sem sikerült igazolni.

## **Addiktológiai ismeretek**

A gyermekorvosok ismeretei a témában hiányosak és fejlesztésre szorulnak. Ötévenként vesznek részt egy kötelező továbbképzésen, illetve évente egy szabadon választható képzésen; az ezeken való részvétel a működési engedély meghosszabbításának feltétele. Az interjúalany évente több országos kongresszust is látogat, amelyek általában kétnaposak, és blokkonként 3-4 előadást tartalmaznak. Az előadások között megtalálható a gyermekpszichiátria (elsősorban a magatartászavarral küzdő gyermekekre fókuszálva), ugyanakkor addiktológiai témakör érintőlegesen és csak nagyon ritkán szerepel a képzési palettán. A probléma szóba sem kerül a gyermekorvosok körében.

## **Szakmai együttműködés**

Amennyiben szakmai együttműködésre kerül sor, a helyi RÉV, a nevelési tanácsadó, illetve a gyermekosztályon működő mentálhigiénés munkacsoport segítségére számíthat. A kapcsolat az említett intézményekkel szórványos, de kifejezetten jó, elsősorban a személyes ismeretségnek köszönhetően.

## **A hatékonyság biztosítása**

A hatékonyság biztosítására irányuló kérdés kapcsán az interjúalany megjegyezte, hogy *„azt szeretném, hogy ne legyen hatékonyabb az ellátás. Azt szeretném, hogy ne legyen probléma”*. Mivel tapasztalatai szerint nincs megfelelő esetszám, ezért nem kell a gyermekorvosoknak elsajátítani a szerhasználó páciensek esetében alkalmazható technikákat, és ezt *„nem is szeretné”*. Hozzátette, hogy az, hogy az iskolákban vagy a város bizonyos pontjain gyakori lenne a szerhasználat, csupán *„mendemonda, semmi több”*.

## **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *Beépíteni a gyermekorvosok számára kötelező képzések tematikájába az addiktológiai témaköröket, annak érdekében, hogy naprakész információkkal rendelkezzenek a pszichoaktív szerek típusairól, a használatukból fakadó tünetekről, szövődményekről, kezelési lehetőségekről, amelynek segítségével nem csak a téma vonatkozásában hiányos tudás, de a probléma súlyosságát bagatellizáló attitűd is változhatna.*

## **16. Interjú**

Az interjúalany egy gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációs részleg szakmai vezetője.<sup>14</sup>

### **Keretek**

Az intézmény állami fenntartásban működik. Az itt megtalálható gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációs részleg létrehozásának igényét az a jelenség hívta életre, hogy egyfelől folyamatosan nő az új pszichoaktív szereket használók száma, másfelől a szerhasználók átlagéletkora egyre alacsonyabb. Az intézetben végzett szakmai munka megkülönböztető sajátosságai közé tartozik, hogy a fiatalkorúakkal végzett terápia rövid ideig tart (6 hónapra rövidítették), amelynek fő oka, hogy kliensek életkorukból fakadóan nem tarthatók bent hosszabb ideig. Többféle szolgáltatást

---

<sup>14</sup> Megjegyzés: az interjúalany az intézményi programot előkészítő munkában nem vett részt.

nyújtanak, amelyek között nagy hangsúlyt kap a pedagógiai szolgáltatás. Az oktatás délelőttként, két pedagógus segítségével zajlik, előre kidolgozott, saját tanterv alapján, amelynek célja a felzárkóztatás, a szinten tartás, illetve igény esetén felkészítés (a 9. osztályig bezárólag) a vizsgákra.

Az encounter csoportok itt kevésbé konfrontatívak, mint felnőtt kliensek esetében, a személyzeti létszám magasabb, és kiemelt szerep jut a folyamatban a terápiás segítőnek – minden kliensnek van saját mentora. A felépülés folyamatában nagyobb szerep jut a családnak is: a felvételi beszélgetésen részt vesz a törvényes képviselő, aki a terápiás szerződésben vállalja, hogy az előre megbeszélt időpontokban családterápián vagy család Konzultáción vesz részt. Ez a folyamat a későbbiek során összehangolásra kerül a kliens terápiás előmenetelével.

## **Célok**

A legfontosabb célok között szerepel az önismeret fejlesztése, a családi kapcsolatok rendezése, valamint a kábítószerokról nyújtott korrekt és megalapozott információszolgáltatás. A megfelelő információátadás fontosságát az interjúalany szerint az igazolja, hogy a tapasztalatok szerint a fiatalok klienseket nem tartja vissza a kábítószerektől való félelem: kockázatvállalók, „bulinak” tartják a kábítószereket, így a megfélemlítés és elijesztés működésképtelen stratégia. A járható út, ha megfelelő mennyiségű, hiteles információ segítségével megpróbálják felelőssé tenni őket a tetteikért.

## **Program**

A terápiás program 3-4 hét izolációs időszakokkal kezdődik, amelynek elsődleges célja a külvilágtól való elszakadás, a sóvárgás csökkentése és a probléma beláttatása. Ebben a szakaszban zajlik a probléma súlyosságának felmérése (az Addikció Súlyossági Index segítségével, a gyermekeknek kialakított változatot alkalmazva), valamint egy teszt megírása a házirendről: ha sikeres, bekerülhet a házba. Ezen a ponton kezdődik meg az a 6 hónap, amelynek része az ismerkedés, a gyermek körülményeinek megismerése és a terápia súlypontjainak meghatározása.

## **Kliensek**

Az intézmény nyitott, a kliensek önkéntesen érkeznek. A kliensek 10-18 év közti fiúk (13 éves volt a legfiatalabb, átlagosan 16-17 évesek), kémiai és viselkedéses addikciókkal küzdenek, túlnyomórészt új pszichoaktív szereket („herbál”, „kristály”) használók.

## **Stáb**

A stábot 11 fő alkotja, akik között van szociális munkás, szociálpedagógus, két ápoló (egyikük családterapeuta), addiktológiai konzultáns, két pedagógus és művészetterapeuta. A stábtagnak saját pedagógiai módszereik alapján dolgoznak.

A stáb tagjainak az induláskor három hónapos felkészülési időt biztosítottak, amelynek célja többek közt a csapat összeszokása, a szakmai program megismerése, a sajátos pedagógiai program és a terápiás csoportok kidolgozása volt. Bár a belső továbbképzésekre a stáb tagjainak nagy igénye lenne, a tizenkét órás munkarend bevezetése ezt megnehezíti. Csoportos szupervízióra havonta egyszer, három órában van lehetőség.

A kliensek számára elérhető terápiás csoportok között vannak önismereti, relapszusprevenciók, a családi kapcsolatok rendezésére irányuló csoportok, kábítószercsoportok (melyeken a szerek általuk nem ismert hatásaival ismerkednek meg), fiú/lánycsoport, és tervben van az apacsoport bevezetése. Lehetőség nyílik család- és művészetterápiára, valamint nagy szerep jut a terápiás programban a sportnak és a játéknak, főként az outdoor-programoknak.

### **Eredmények, hatékonyság**

A stábtagnak naponta és időszakonként is értékeli a klienseket. A kliensek önmagukat és egymást is értékeli az alábbi dimenziók mentén: aktivitás, ösztönesség, érzelm kifejezés, magatartás. Az így kapott értékeléseket a stábtagnak időszakonként összesítik. Ha a kliens megfelel a „követelményeknek”, továbbhaladhat, ha nem, akkor maradnia kell plusz 1-2 hetet az előző fázisban, így összességében átlagosan hét-nyolc hónapig is eltarthat a terápiás program.

Az indulás óta összesen négy fiatal van, aki elvégezte a terápiás programot, és azóta is józan. Ennek tükrében a szakmai munkát az előre megfogalmazott célok vonatkozásában nagyon eredményesnek érzik.

A hatékonyság ellenőrzésére *jelenleg nincs módszer, az utógondozás pedig kevésbé eredményes*. Egyelőre csak telefonos kapcsolattartás működik a volt kliensekkel (havonta egyszer hívják fel őket, de kézzel fogható, hogy a volt klienseknek nagy igényük lenne erre, hiszen ők sokszor telefonálnak maguktól), illetve van egy félutas ház az intézményen belül. Annak érdekében, hogy növeljék az utógondozás hatékonyságát, a közeljövőben önszolgáltató csoport indul a végzett terápiások segítségével.

A társintézményekkel való együttműködés jó. Együttműködő partnerek a Tiszta Jövőért Alapítvány (Budapest), a debreceni drogambulancia, a szentesi KEF, a szentesi drogambulancia és a pécsi gyermekotthon.

### **Hatékonyság, akadályok**

A gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációs részleg induláskor számos szakmai és finanszírozásbeli kihívással szembesültek. A legnagyobb problémát a finanszírozási nehézségek, illetve az ezekből fakadó szakmai nehézségek jelentik. Mivel nagyobb, és a meglévő rendszerekbe nehezen illeszthető költségtípusokkal jár az új ellátási forma (művészeti és szabadidős programok, belépőjegyek, utaztatás, hogy ne váljon unalmassá a program a gyerekek számára), új típusú finanszírozási nehézségek jelentek meg.

További súlyos probléma az előgondozás hiánya. Magyarországon három

ifjúsági rehabilitáció van, ugyanakkor gyermekaddiktológiai ambulancia nincs. Vannak ellátók, akik tudják fogadni a 16 év feletti klienseket, de a 16 év alatti gyerekeket elküldik (mostanában már a 16-18 év közöttiek is), mert a finanszírozás nem megoldott. Szintén nagy kihívás a detoxifikáció hiánya, amire az új típusú szereknél még nagyobb szükség lenne.

Az elvonásban lévő felvételizőket nem lehet felvenni, az intézetből a szükséges feltételek hiánya miatt (orvos, gyógyszerek) el kell küldeni. A dilemma alapja abból fakad, hogy nincs hova küldeni őket: *„a szülőnek sem tudtam mit mondani (...), mondtam neki, hogy meg kell próbálni otthon, és ha rosszul lesz a gyerek, akkor mentőt kell hívni, mást nem tudunk csinálni.”*

## **Tanulságok**

Az elmúlt egy évben új tapasztalatokra tettek szert a serdülőkori szuicídium, az agressziókezelés (a felnőtteknél alkalmazotthoz hasonló keménység itt nem segít) és a nevelés kapcsán (folyamatos új határok, speciális szabályrendszer). Fontos tapasztalás, hogy az eredményes munkavégzés érdekében szükség volna a stáiban pedagógusra a tanulási zavarok felismerése és megfelelő kezelése érdekében.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Az ellátórendszer átalakítása annak érdekében, hogy legyen lehetőség a fiatalok személyek előgondozására és detoxifikációjára.*
- *Megfelelő (megbízható, érvényes) hatékonyságvizsgáló módszerek bevezetése.*
- *Hatékony utógondozási formák bevezetése.*
- *A finanszírozási keret módosítása annak érdekében, hogy növelni tudják a stáb létszámát, és biztosítani lehessen a gyermekek rehabilitációjához kapcsolódó speciális programokat.*
- *Annak vizsgálata, hogy milyen jövőképpel, motivációs bázissal rendelkezik az érintett csoport (miért nem tekinti értéknek önmagát, a saját életét), és miképpen változik ez meg a felépülés folyamán.*

## **17. Interjú**

Az interjúalany általános iskolai pedagógus.

### **Szerhasználat és észlelése az általános iskolában**

A szerhasználatot a pedagógusok közvetett módon tudják azonosítani, elsősorban a tanulók viselkedésében, magatartásában bekövetkezett változásokból. Ezek észlelésekor merülhet fel a gyanú. Ezt követően beszélgetést kezdeményeznek a tanulókkal, majd a szülők bevonása is megtörténik. Amennyiben ezután is szükségesnek ítélik meg, sor kerül a gyermekjóléti szolgálat munkatársának értesítésére és egy közös konzultációra.



Az interjúalany szerint a tanárok igen összetettnek ítélik meg a problémát, többek között azért, mert az iskolában viszonylag nagy létszámú osztályokban tanulnak a diákok, sok gyerek között oszlik meg a pedagógus figyelmére. A másik nehézséget az okozza, hogy meglehetősen nehéz megkülönböztetni a szerhasználat következtében kialakuló változásokat a gyerekek körében, illetve elkülöníteni a magatartás-problémás tanulóktól, a fáradtabb gyerektől. Gyakran előfordulnak családi problémák is, amelyek hatásai rányomják bélyegüket a gyermek viselkedésére és annak változására.

A pedagógusok számára figyelemfelhívó jel lehet még a tanulmányi eredmény romlása, amikor önmagához képest sokkal gyengébb teljesítményt nyújt a tanuló, vagy az órai munkájában látszik meg a problémák hatása. Amikor nehézségek, kételyek, vagy akár krízisek jelennek meg egy gyerek életében, akkor nagyon sokszor ezt az iskolai munkájának – mint például a koncentrációképesség, az aktivitás, az aluszékonyosság, a felfokozott érzelmi állapot – változása jelzi. Sok esetben az írásképek átalakulásában, a füzetének vezetésében lehet észrevenni a problémát. Mindezek mellett társaival való viselkedésében is változás következik be, gyakran agresszívebbé válik, nemcsak szóban, hanem tettleg is. A hangulati állapotban is megfigyelhetővé válik egy átalakulás, a hangulat szélsőséges, az indokolatlan vidámságtól a szomorúságon át a melankolikus állapotok között ingadozik. Figyelemfelhívó jelként értékelik az öltözködés stílusában és rendezettségében bekövetkező változásokat is, valamint az iskolai felszerelések hiányosságait, és azok elhanyagolását.

Az interjúalany szerencsésnek érzi az iskola helyzetét, mert relatíve kevés szerhasználati problémával találkozhatnak – bár felmerült az interjú során az is, hogy kevésbé jut a tudomásukra az illegális szerek használata. Konkrét esetként került említésre, amikor altató használata miatt a mentőszolgálatot is hívni kellett a gyerekekhez. Viszonylag gyakoribbnak tekinthető a *fájdalomcsillapítók* túlzott használata, ami általában a lányokra jellemző, akik a tinédzserkorban saját testi átalakulásukat is elég nehezen kezelik, emellett identitásproblémáik is jelen vannak. Ezenkívül általában a fiúkra jellemző a különböző energitalok használata, amivel a kevés alvást próbálják meg kompenzálni. Megfigyelésük szerint a gyerekek igen sokszor fogyasztanak más koffeintartalmú italokat is, akár kávé, akár cola formájában, ami szintén egy felfokozott állapotot eredményez. Gyakran szembesülnek az alváshiány következményeivel már a 10-11 éves korosztálytól, mert nem alszanak naponta 8 órát, ami a kiegyensúlyozott iskolai munkához elengedhetetlen. Az alváshiányra számos tünet hívhatja fel a pedagógusok figyelmét. A szülővel konzultálva gyakran kiderül, hogy a szülők tudnak a gyerek késő estig tartó fennmaradásáról, holott azt is tudják, hogy hat óra alvás kevés a jó iskolai teljesítményhez.

Az iskolában nem, de az iskolán kívül, a hétfégi buli alkalmával alkoholt is fogyasztanak a tanulók – ez is a pedagógusok tudomására jut. Sajnos többen igen nagymértékben isznak *alkoholt*. Legális szerként a *dohányzás* is megjelenik, általában az iskola területén kívül gyűjtanak rá, ebben az esetben – ha látják a pedagógusok – jelzéssel élnek a szülők felé. Legtöbb esetben a szülők tudnak gyermekük dohányzásáról, és

gyakran az alkoholfogyasztásról is, de nem tekintik akkora problémának, mintha kábítószerrel használnának.

## **Beavatkozási módok és lehetőségek**

Az iskolának nincs kialakított protokollja a szerhasználat és a szerhasználók „kezelésére”. Amikor a pedagógus megváltozott magatartást, viselkedést észlel, akkor jeleznie kell az intézményvezetés felé. Azért az intézményvezetés felé, mert az ifjúságvédelmi felelős pozícióját a köznevelési törvény megszüntette, és most *jobb híján* az intézményvezetés látja el ezeket a feladatokat. Feltétlenül szükségesnek ítélik meg, hogy reagáljanak a gyerekekkel kapcsolatos történésekre. Elsőként a gyerek megfigyelése zajlik, majd ezt követi egy beszélgetés a gyermekkel, ami nem direkt, hanem indirekt formában próbálja meg feltárni a változások mögött meghúzódó történéseket. A családot is felkeresik, értesítik az eseményekről, szükség szerint az iskolapszichológust is bevonják a folyamatba, de ehhez a szülők beleegyező nyilatkozata szükséges. Amennyiben nem találják megnyugtatónak a helyzetet, akkor a gyermekjóléti szolgálat munkatársát is megkeresik, aki a túlterheltség ellenére próbál segíteni. Mindezeket túl bevonásra kerül a folyamatba az *iskolarendőr* is, aki a megelőző tevékenységben is szívesen vállal aktív szerepet, és felvilágosító órát tart a gyerekeknek. Ennek során az áldozattá válással, valamint drogmegelőzéssel is foglalkozik. A tanulók közül nyugodtan megkeresheti bárki, ha valamilyen problémát észlel a környezetében, és minden olyan dolog kapcsán, ami az iskolarendőr hatáskörébe tartozik. Az intézményvezető is a segítségét szokta kérni, amikor felmerül a szerhasználat gyanúja. Az is előfordul, hogy a gyerekek keresik meg az iskolarendőrt, aki *az iskola egyik tanulójának édesapja*, így nem egy idegen személy számukra, mert *más szerepben, édesapaként ugyanúgy részt vesz az iskola mindennapi életében*, mint a többi szülő. Akkor keresik fel a tanulók, amikor valami olyat észlelnek, amiről azt gondolják, hogy az nem megfelelő viselkedés, például társaik dohányzása miatt. Sőt, szülőket is bepanaszoltak, amikor a szülő az iskola területén vagy az iskolán kívül megszegte a közlekedési szabályokat.

A szerhasználattal kapcsolatos első dilemmaként az jelenik meg, hogy tulajdonképpen kit kell szerhasználónak tekinteni, hogyan lehet magát a használatot és a fogyasztót *beazonosítani*. A tanárok nem rendelkeznek kellő és adekvát ismeretekkel a szerhasználat tüneteiről, hatásairól, és egészségügyi képzettségük sincs, hogy az akutan felmerülő, akár életveszélyes helyzeteket kezelni tudják. Szerzteágazó jelei lehetnek a szerhasználatnak, és a használóra jellemző tüneteknek, de e mögött számos más tényező is állhat, így *a legnagyobb probléma a beazonosítás*.

Ezt követően a segítség kérése már megoldható, de dilemmát okoz, *kinek szóljanak, mikor tesznek jót és mikor nem a gyermeknek?* Ez egy nagyon súlyos erkölcsi kérdés, ha nem jó helyre irányítják a tanulót, rossz a „célzás”, akkor tönkretelhetik, megbélyegezhetik akár a gyereket, akár a családot is, és ez mindenképpen dilemmát jelent az iskola pedagógusai számára. A döntés meghozatalában már sokkal nehezebb segítséget kapni. Amennyiben a gyermekjóléti szolgálathoz érkezik a jelzés, akkor ők

kénytelenek hivatalos eljárást indítani, így egy kiskorú gyermek esetében komolyan meg kell fontolni a döntést, mert a hivatalos eljárásba *a rendőrség* is bekapcsolódik, és a nyomozati szakaszt követően az eljárás akár *bírósági szintre is kerülhet*, és *nem biztos, hogy a gyerek meghurcolása lesz az az út, amely a személyiségfejlődésére a legjobb hatással van*. Általában a legjobb problémakezelésnek azt tekintik, ha a szülő is együttműködő, felismeri a helyzetet, és gyermeke érdekét tartja szem előtt. Teljes mértékben *a családtól függ* az eset kimenetele: vannak olyan családok, ahol nem beszélnek a problémákról, itt sokkal nehezebb pozitív változást elérni. Talán a gyerekekkel könnyebb szót érteni, mint a szülőkkel. Vannak olyan családok, amelyeknél a szülők probléma esetén saját maguk is az iskolához is fordulnak segítségért – ilyen esetekben természetesen a motivált szülőkkel sokkal könnyebb együttműködni, és hatékonyabb a probléma megoldása is. A problémamegoldásban a családtagok intellektusa is egy fontos tényező, és *nem biztos, hogy a magasabb intellektussal rendelkezőkkel könnyebb a közös munka*, mert ők sokkal zárkózottabbak, és maguk kívánják megoldani a problémáikat.

### **A pedagógusok informáltsága, képzési lehetőségei**

Az interjúalany szerint a pedagógusok nem tekintik naprakésznek addiktológiai ismereteiket. A különböző drogokkal kapcsolatos tudásukat különösen hiányosnak ítélik meg: a drogok terjedésével, változatosságával kapcsolatos információk meghaladják felkészültségüket. Az utóbbi néhány évben találtak a *játékszenvedéllyel* mint problémával, illetve a számítógépes „játékkörület” is egyre jobban elharapózik az általános iskolás tanulók körében – ezekben a kérdéskörben az iskola pedagógusai egy kicsit talán jártasabbnak érzik magukat.

Az alkohol hatásait is könnyebben felismerik a tanárok, de a drog- és gyógyszerhasználat tüneteit nem minden esetben sikerül *azonosítaniuk*. Az ismeretek bővítésére a továbbképzés lehetne a legjobb megoldás, amit *interaktív* formában tudnának elképzelni, ahol *a résztvevők részesei lehetnek az adott eset vagy a probléma feldolgozásának*.

Az esettanulmányok többsége igen megrázó, de a pedagógusok érzékenyítése szempontjából jobb módszer lenne a felépülőkkel való személyes találkozás, amint az az iskola tanulóinak esetében is jól bevált. Sokkal járhatóbb és elfogadhatóbb út lenne ez számukra, mint a szakirodalom tanulmányozása.

Jó néhány éve egy alapítvány vezetője tartott továbbképzést az iskolában drogmegelőzés, alkoholizmus, addiktológiai problémák kérdéskörében. Az interjú során felmerült, hogy ismét időszerű lenne felkérni egy az aktualitásokról szóló beszélgetésre, mert rengeteg változás zajlott le a tantestületben, új kollégák érkeztek.

Az iskolában talán a védőnő az, aki a legnagyobb támogatást tudja nyújtani a pedagógusoknak.

## Prevenció

A nyolcadik osztályos biológia tananyagba ugyan beépül a drogok és az alkohol okozta problémák tárgyalása, de az egy kicsit *tankönyvízű*.

Érzékenyítő tréningeket is szoktak tartani az iskolában, ahol felépülő szerhasználók (drog és alkohol) az életükről, tapasztalataikról beszéltek a hetedik és a nyolcadik osztályos tanulóknak, kötetlen és interaktív formában. A tanulók ezeken az alkalmakon tabuk nélkül tudták feltenni kérdéseiket, és azokra őszinte válaszokat kaptak. A tanárok sikeresnek ítélték a programot: az élettörténeteken a gyerekek megdöbbentek, a hallottaknak valószínűleg van egy *elrettető* jellegű hatása is. Azzal szembesülni, hogy egy 25 éves ember úgy néz ki, mintha a nagypapájuk lenne, és az életében is annyi esemény történt, mintha nagyon régóta élne, „*az egy igen kemény dolog a kamaszok számára*”. A tanulók felnőtt módjára szoktak viselkedni a beszélgetés során, komolyan, és tapinthatóan megdöbbenve hallgatták a beszámolókat és a feltett kérdésekre adott válaszokat.

*Középiskolás kortársoktatók*, valamint *orvostanhallgatók* is segítséget szoktak nyújtani a preventációs munkában, és ezek a találkozások talán a kisebb korkülönbség miatt jobban tudnak működni, nagyobb hatást gyakorolnak az iskola tanulóira, mint a tanórákon vagy az osztályfőnök által elmondottak.

A prevenció szereplője még a védőnő, aki foglalkozások keretében adja át az ismereteket a gyerekeknek. A tanárok ezt a formát nem tartják kellően hatékonynak, és elgondolásuk szerint kevésbé képes a fiatalok szerhasználatát befolyásolni, nem fogja a kipróbálástól eltántorítani őket.

Mindezek mellett lényegesnek tekintik a pozitív életvitel bemutatását, megismertetést, valamint igyekeznek az iskolában biztonságos légkört kialakítani, ahol a gyermek saját képességeit ki tudja bontakoztatni, elősegítve a reális önértékelés fejlesztését. Talán ezekkel a módszerekkel lehet valamelyest csökkenteni az illegális szerek kipróbálását, és általában véve a szerhasználatot, de nem szabad elfeledkezni a kortárs csoport igen erős hatásáról.

A pedagógusok elgondolása szerint az iskolában szükséges egy olyan szakember alkalmazása, aki jártas az addiktológia tárgykörében, és a gyerekek életkori sajátosságainak megfelelően meg tudja szervezni és valósítani a preventációs foglalkozásokat.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *A sokszereplős szintéren több preventációs programot kínálnak, az interjú alanya ezek közül éppen azokat emeli ki hatékonyként, amelyeknek megalapozottságát szakirodalmi adatok is alátámasztják (élményalapú, kortárs, pszichoszociális készségeket fejlesztő). A sok iskolai szereplő közül azok, akik hatékony segítséget jelentenek, nem részei az iskolai közösségnek, a velük való találkozás nem rendszeres.*

- *A beavatkozás dilemmája súlyos kérdés: az időben történő beavatkozásnak gátja lehet, hogy a stigmatizáló-kriminalizáló beavatkozás inkább ront, semmint javít a helyzeten. A serdülőkori krízis jelenségvilágát nem sikerül a helyén kezelni ebben a rendszerben.*
- *A pedagógusok törekvése a „beazonosításra” elhibázott, az ő feladatuk nem ez, hanem a gyermek egészségének fejlesztése.*
- *Az iskolarendőr alkalmazása dilemmákat vet fel (iskolatárs apukája inkább, vagy iskolarendőr?).*
- *Az iskolai szociális munka rendszerének megerősítése, az iskolai szociális munkások addiktológiai képzése, a hatékony és költséghatékony „pécsi modell” stabil működtetése.*
- *A WHO szellemisége szerint működő egészségfejlesztő, azaz reziliens iskola kialakítása, ahol az iskolai közösség minden egyes tagja saját kompetenciáinak megfelelő ismeretekkel és készségekkel rendelkezik az addiktológiai problémák kezeléséhez.*
- *A legális szerek (alkohol, dohányzás, gyógyszer, energiával) illegális és túlzó használatával, a viselkedéses függőségekkel kapcsolatos szemlélet, problémátudat kialakítása. A szerhasználatra vonatkozó szülői minták és a gyermek viselkedése közötti összefüggések tudatosítása.*
- *Eljárásrend kidolgozása arra, hogy mi a teendő illegális szer, illetve legális szer illegális használata esetén. Az eljárás maga nem jelenthet további kockázatot a gyermekre nézve, mert akkor a gyakorlatban alkalmazhatatlanná válik, és nem megoldja, hanem súlyosbítja a fennálló problémát.*

## **18. Interjú**

Az interjúalany egy ifjúságsegítő alapítvány elnöke, és a keretein belül működő telefonszolgálat szakmai vezetője.

### **Keretek**

Az Ifjúsági Lelki Elsősegélyt egy országos szervezet működteti, az Ifjúságért Mentálhigiénés Szövetség, amelynek az interjúban bemutatott helyi szervezet is tagja. A tagszolgálat a szövetséghez kapcsolódva önálló jogi személyként működik. Az alapítvány fő tevékenysége a lelki elsősegélynyújtás, a 137-00 országos hívószámhoz kapcsolódva, amely hétköznap 9-21 óra között érhető el. A pécsi szolgálat ebbe a munkába hétköznapokon, 17 és 20 óra között kapcsolódik be. Kiegészítő tevékenységként, főleg a telefonszám népszerűsítése céljából, fesztiválokon állítanak standot, illetve középiskolákban tartanak preventációs témakörben osztályfőnöki órákat. Az interjúalany feladatai közé tartozik többek között a szolgálat reklámozása, az önkéntesek toborzása, koordinálása, képzése, szupervíziójának megszervezése és az ügyeleti beosztás elkészítése.

## Kliensek

A telefonszolgálat elsődleges célja az öngyilkosság-megelőzés. Bár az országos statisztikák szuicídium tekintetében egyre jobbak, nemzetközi összehasonlításban Magyarország még mindig rossz helyzetben van – a fiatalok által elkövetett öngyilkosságok tekintetében is. A kutatások eredményei szerint a 25 év alattiak körében évente 100 körüli befejezett öngyilkosság történik, az öngyilkossági kísérletek száma pedig ennek harmincszorosa. Alacsonyküszöbű szolgáltatásról van szó, amely a személyes adatok megadása vagy szülői beleegyezés nélkül, telefonon keresztül, bárki számára elérhető. Az elsődleges célcsoport az ifjúsági korosztály, de korosztálytól függetlenül mindenki igénybe veheti a szolgáltatást.

## Stáb

A szervezetnél mindenki önkéntes munkát végez, juttatás nélkül. A stáb létszáma 15-30 fő körül mozog. Vannak munkatársak, akik ügyelnek, és vannak, akik már csak a reklámtevékenységben és a prevenciós órákon vesznek részt. Ennek oka, hogy aki ügyelő, nem vállalhatja az arcát, mert ez egy anonim szolgáltatás. A stábban mindenki legalább középfokú végzettségű, de jóval többen vannak a diplomások. Végzettség tekintetében a stáb összetétele változó: vannak segítő szakemberek (szociális munkás, pszichológus, pszichiáter, nővér), de olyan munkatársak is, akik főállásban nem segítő szakmában dolgoznak (pl. vegyész, biológus). Az ügyelők nem végeznek terápiát, „hiszen nem is arra lettek kiképezve”, de munkájuk a krízisintervencióban fontos szerepet tölt be. A stáb tagjai különböző motivációkkal érkeznek az alapítványhoz. Gyakori, hogy egyetemisták szeretnének gyakorlati tapasztalatot gyűjteni, de az alapítvány munkatársai között van felépült szenvedélybeteg is, aki az anonim csoportok aktivistája, szervezője, és van olyan ügyelő is, aki civilként dolgozott addiktológiai területen.

Az újonnan belépő munkatársaknak száz órás képzésen kell részt venniük, amelyből negyven óra önismereti foglalkozás, húsz óra elmélet és negyven óra a gyakorlati képzés. A tanfolyam a nemzetközi normák szerint épül fel: gyakorlatorientált és kompetencia alapú.

A munkatársak számára évente egy-két alkalommal nyílik lehetőség továbbképzésekre, csapatépítő tréningeken való részvételle. A képzések között megtalálható a kommunikációs tréning, az online gyűlöletbeszéd elleni tréning, az emberi jogi képzés, az Egyenlő Bánásmód Hatóság képzés. A továbbképzések mellett a munkatársaknak havonta egyszer nyílik lehetőségük csoportos szupervízióra, amit korábban egy gyermekpszichiáter végzett, most pedig egy pszichológus tart, akik szintén önkéntes munkában segítik a csoportot.

Minden évben megszervezésre kerül az ún. „lelkiségélyes tábor”, ahol az alapítvány munkatársainak lehetősége nyílik az országban működő többi tagszolgálat munkatársaival találkozni, tapasztalatokat cserélni, illetve velük közösen fejlődni előadások, tréningek keretében.

## Módszerek

A stábtagnak a krízisintervenció módszereivel dolgoznak, segítő beszélgetést alkalmazva, főként a rogers-i alapelvekre építve. Az „ügyelők” tehát nem tanácsot adnak, hanem támogatóan, empatikusan vannak jelen a segítő folyamatban, miközben megpróbálják kompetenssé tenni a klienst élete irányításában, és segíteni neki megtalálni azokat a külső és belső erőforrásokat, amelyek támogathatják őt.

Az interjúalany véleménye szerint az alapítvány munkatársai által nyújtott valódi segítséget nem a szakmai vagy tárgyi tudás, hanem az empátikus hozzáállás, az embertársi odafordulás, az őszinte érdeklődés, a nyitott, előítélet-mentes kérdések, az üzenet átadása, miszerint *„azért ülök itt önkéntes munkában a telefon mellett, mert érdekel, hogy mi van veled, érted vagyok, nem vagy egyedül”* alapozzák meg. Az ügyelők feladata, hogy ha úgy ítélik meg, hogy a kliensnek egy beszélgetésnél többre van szüksége a gondjai megoldásához, akkor javasolják neki szakember felkeresését.

## Szerhasználat

A telefonszolgálatnál ugyanazok a társadalmi problémák csapódnak le, amelyekkel *„az életben is lehet találkozni”*, így a munkatársak gyakorlatilag minden típusú szenvedélybetegséggel találkoznak a munkájuk során. A kliensek az esetek többségében nem szerhasználatból fakadó gond miatt telefonálnak, hanem életvezetési vagy kapcsolati gondok miatt. Sokszor azonban kiderül a beszélgetés során, hogy valójában szenvedélybetegség áll a problémák hátterében. Amennyiben a hívó fél helyi, konkrétan tudják delegálni, de rendelkezésükre áll egy lista az anonim 12 lépéses csoportokról, illetve a hívóval közösen is ki tudják találni, hogy milyen típusú segítségre nyitott. A delegálás mindig egy lehetőség a hívó számára, amellyel kapcsolatban el kell döntenie, hogy kíván-e élni vele vagy sem. A segítők a beszélgetés során mindig az *„itt és most helyzetre reagálnak”*, tehát ha kliensben van belátás a szenvedélybetegsége kapcsán, akkor igyekeznek őt a szakellátás felé továbbirányítani.

## Ellátórendszer

Az ellátórendszerrel a kapcsolatot minden esetben a kliens veszi fel, kivéve, ha öngyilkosságot követ el a telefonbeszélgetés során. Ebben az esetben az ügyelőnek mentőt kell hívnia hozzá. Minden más helyzetben a kliens döntése és felelőssége, hogy felkeres-e szakellátást vagy bármilyen más segítséget.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Az ifjúsági telefonszolgálatoknak nagy szerepe lehet abban, hogy krízisek, kapcsolati elakadások esetében könnyen elérhető segítséget nyújtsanak a fiataloknak.*
- *Az önkéntesség egyben modellté válik a társadalomban, általa azt kommunikáljuk, hogy a problémák megoldásában helye van a közös felelősségvállalásnak. A „képzők képzésére” és a hasonló kezdeményezések ismertté tételére fordított források*

*elősegíthetik egy általános értelemben vett „felépülési kultúra” elterjedését, ahol az egészség tanulása, építése és a társadalmi szolidaritás fontos érték.*

- *Konkrétabban, a témához kapcsolódóan: a telefonszolgálat segítői számára szervezett továbbképzésekbe beépíthetők olyan addiktológiai modulok, amelyek az önkénteseket segíthetik a szerhasználatból fakadó problémák hatékony felismerésében, az intervencióban.*

## **19. Interjú**

Az interjúalany az ország egyik RÉV szenvedélybeteg-segítő szolgálatának intézményvezetője. 2000 óta dolgozik az 1999-ben megalakult intézményben. Intézményvezetőként feladatai közé tartozik a pénzügyi és egyéb források biztosítása, a stratégiai tervezés, a szakmai munka ellenőrzése és a humán erőforrás biztosítása is.

### **Keretek**

A RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat alapelvei a missziós és szakmai szemléletet ötvözik. Az elvek közé tartozik a szeretet és a segítségnyújtás *„azokon, akik kritikus helyzetbe kerültek, és egyedül nem tudják eldönteni, mi a jó nekik”,* a fejlődésbe és változásba vetett hitt, valamint a kliensek támogatása. A szolgálat célja, hogy a kliensek szermentes, kiegyensúlyozott, autonóm és felelősségteljes életet élhessenek. Ahhoz azonban, hogy ez a cél teljesülhessen, biztonságot nyújtó, a realitást tükröző közeget kell biztosítani számukra, ahol egyszerre élhetik meg saját esendőségüket és az elfogadást. A szolgálat alaptevékenységei közé tartozik a drogprevenció és a rehabilitáció is.

### **Prevenációs tevékenység**

A RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat gyakorlatában az iskolai prevenció nem diákok számára nyújtott információszolgáltatás formájában valósul meg. Az alapvetés a prevenció kapcsán, hogy a gyermek akkor nem válik szerhasználóvá, ha egészséges környezetben nevelkedhet, amely védi és biztonságot nyújt neki. Az ily módon védelmező környezet sajátosságai közé tartozik, hogy a gyermek érzi, hogy a tantestület az egészséget mint értéket magáénak vallja, és hogy a pedagógusok döntéseik során megfontoltak, hitelesek, következetesek és képesek felelősségteljesen gondolkodni. *Ennek megfelelően az elrettentés, a tiltás és azok a gyakorlatok, amelyek megtanítják „nemet mondani” a gyermekeket, az esetek többségében hatástalanok.* A prevenációs tevékenység fókuszában ennek megfelelően az iskolai környezet, annak átformálása áll. A célcsoportot az iskola vezetése és a pedagógusok képezik, akiket meg kell tanítani arra, hogy úgy éljék a mindennapjaikat, hogy azzal oltalmazó környezetet teremtenek. Az iskolai prevenció tehát sok esetben a *„rendszer reparálására irányul”.* A RÉV öt alkalommal látogat el minden iskolába, ahol alkalmanként másfél-két órát töltenek. Az első alkalommal egyfajta állapotfelmérésre kerül sor, abból a megfontolásból, hogy sok



esetben a gyermekek szerhasználata csak tünete a rendszer működési hibáinak. Az állapotfelmérés fázisát a problémafeltárás követi. A vezetőségből és a pedagógusokból munkacsoportot alakítanak ki, amelynek célja elsősorban a tantestületben meglévő feszültségforrások feltárása, majd a feszültségek hatékony kezelése és az attitűdformálás. Az attitűdformálás lényege, hogy a pedagógusok felelősségteljes, autonóm személyeket akarjanak nevelni a gyerekekből, és ez a szemlélet a gyakorlatban is tükröződjön: a szabályok hozatalában, betartatásában és a környezet kialakításában. Mindemellett a RÉV munkatársai a folyamat későbbi szakaszában bevonhatják a szülőket is, akik támogatást és segítséget kaphatnak tőlük nevelési kérdésekben. Ez idáig a módszeren alapuló prevenció beavatkozást egy iskolában sikerült teljesen végigvinni, a kezdeményezést ugyanis sok iskola fenntartásokkal fogadja. Valószínűsíthetően attól tartanak, hogy az állapotfelmérés során komolyabb problémákra derül fény.

### **Kezelési formák**

A szolgálat a kezelés terén ambuláns ellátást végez. A kliensek olyan szolgáltatásokat vehetnek igénybe, mint az étkezés, fürdés, mosási lehetőség, egyéni tanácsadás, családkonzultáció, ártalomcsökkentés (túcsere, drop-in, szűrések), elterelés és szóróanyagokhoz való hozzáférés. A nappali ellátás 8:30-13 óra között vehető igénybe. Délután szabadidős és tematikus csoportokra kerül sor (sportklub, csocsózás, hetente egy kirándulás, hozzátartozói csoportok).

Az első interjú során eldől, hogy az adott személy melyik ellátási formában, milyen szolgáltatást szeretne igénybe venni, illetve hogy milyen állapotban van jelenleg (igény szerint azonnal kaphat tiszta ruhát és ebédet, fürödhet, 1-2 napon belül pedig tartós élelmiszerhez juthat). Ezt követi a részletes állapotfelmérés, amely anamnézist és motivációs beszélgetést is magában foglal. A segítő munka során figyelembe veszik többek között a kliens szükségleteit, a leálláshoz fűződő attitűdjét, valamint azt, hogy milyen a mikrokörnyezete és a család hozzáállása. Cél, hogy a kliens reálisan lássa saját helyzetét (ne bagatellizálja, és ne tagadja el a probléma súlyosságát), hogy a támogató hozzáállásnak köszönhetően újra igénybe vegye majd a felkínált segítséget, hogy a szemléletformáló atmoszférának köszönhetően egyre többet gondolkodjon a leálláson, majd képessé váljon arra, hogy szermentes életet éljen.

### **Kliensek**

A szolgálat illegális és legális szerek használóival egyaránt foglalkozik. 16 év alatti gyermekek csak szülői engedéllyel vehetik igénybe a szolgáltatásokat. Amennyiben 16-18 év közötti fiatal veszi igénybe a szolgáltatást, szülői engedély nem szükséges, de a folyamatba lehetőség szerint bevonják a szülőket is. Az ellátás igénybevételében felső korhatár nincs.

## A család szerepe a kezelésben

Első alkalommal, ha van rá lehetőség, a segítő a klienssel és családjával együtt találkozik, hogy rálásson a családi rendszer működésére. Amennyiben szükséges, kezelik a család esetében felmerülő olyan problémákat is (pl. szülők párkapcsolati zavara), amelyek esetleg a tünetet fenntartó viselkedéshez vezethetnek a szenvedélybeteg családtag életében. Ehhez azonban nem csak az addikciókhoz, hanem a családok működéséhez is érteniük kell a munkatársaknak.

## Stáb

A stáb tagjai szociális munkás alapidplomával rendelkeznek, ami olyan speciális végzettségekkel egészül ki, mint az addiktológiai konzultáns, egészségfejlesztő, mentálhigiénikus, viselkedéselemző, szupervizor, szociológus vagy családterapeuta. A hitelességet illetően fontos kritérium, hogy amennyiben a stábtagek szenvedélybetegségben érintettek, képesek legyenek kezelni a problémát: „*voltak önismeretben*” vagy jártak terápiába, tehát hajlandók a változásra, és folyamatosan dolgoznak is a változáson). Az érintettséget előnynek tartják. Fennállhat olyan módon, hogy saját élettörténetükben volt jelen a szerhasználat, vagy úgy is, hogy a hozzájuk közel állók életében volt hasonló probléma, így együtt éltek szerhasználóval. Az állandó stábtagek mellett önkéntes főiskolai és egyetemi hallgatókkal dolgoznak együtt terepen. Vezetői szupervízió is van, és a stábtagek számára is elérhető a szupervízió havi egy alkalommal, négy órában. Havonta négy órában esetmegbeszélő csoportot tartanak, melyek során a team tagjai két esetet beszélnek át részletesen. Pszichiáter segítségével végzett esetmegbeszélőre kéthavonta négy órában kerül sor. Kétévente pedig olyan tréningen (pl. lovasztréning) vesznek részt a stáb tagjai, amely az egyén és a csapat szintjén is fejlesztő hatású.

## Hatékonyság, akadályok

A kezelési folyamatot akkor tekintik befejezettnek, ha a kliens beépítette azokat a képességeket, amelyeket a közös munka során megtanult, tehát alkalmazni is tudja a hétköznapi életben. Ennek vonatkozásában a munkát szubjektíve eredményesnek és sikeresnek érzik. Ugyanakkor problémaként jelenik meg, hogy *a hatékonyság ellenőrzésére csak a segítők szubjektív megítélése, illetve a kliensek és hozzátartozóik informális visszajelzése alapján kerülhet sor. Az interjúalany meglátása szerint szükség volna a megfelelő keretek között zajló, ellenőrzött hatékonyságvizsgálatra*, mégpedig egy olyan szakértői team, kutatócsoport által, akik objektíven vizsgálják meg a kiépített rendszert. Az olyan intézményekkel, mint például a pszichiátria, nagyon jónak ítélik a szakmai együttműködés minőségét, míg a hatékonyság útjában álló akadályok közül az interjúalany csak a bürokratikus akadályokat említette.

Az utánkövetésnek több formáját is alkalmazzák. Egyfelől a befejezett közös munka után kérik a klienseket, hogy menjenek vissza „kontrollra” három vagy hat hónap

után. Másfelől minden évben rendeznek olyan nyílt napot, amelyen nem csak a jelenlegi, hanem a régi kliensek is részt vehetnek. Sok kliens azonban végleg eltűnik a rendszerből, így arra, hogy róluk a későbbiek során visszajelzést kapjanak, vagy hogy az esetleges visszaesést az ő esetükben kezelni tudják, nincs lehetőség.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Ellenőrzött körülmények között zajló, rendszeres hatékonyságvizsgálat bevezetése megbízható, érvényes módszerekre alapozva.*
- *Az utógondozás rendszerének megerősítése.*
- *Az iskolai dolgozók szemléletváltásának elősegítése.*

## **20. Interjú**

Az interjúalany speciális szakiskolában dolgozott iskolai szociális munkásként.

### **Keretek**

Az interjúalany egy szakiskolában dolgozott szociális munkásként, majd később a Patrónus-program keretében került kapcsolatba a diákokkal. Sokan közülük hátrányos helyzetű településekről érkeztek, szűkös anyagi háttérrel, az ormánsági falvakból. Egyénileg is foglalkozott sokukkal, bizalmas, jó viszonyba került velük, és mint fogalmazott, *„értettem a serdülők nyelvét”*. Ezekben az egyéni beszélgetésekben *„jelentek meg a szerek”*, olyan módon, hogy a diákok, fiatalok lévén, szórakoztak hévégén vagy sulis után. Így megpendítették a témát, a szakember pedig finoman tovább lendítette, hogy ne „dugják el” a témát, ne valamiféle tiltó, fenyegető, leszidó légkör, és még kevésbé hatósági kérdés legyen mindez, amelynek *„meglesznek a következményei”*.

### **Szerhasználat**

Ebben a rossz infrastruktúrájú térségben volt olyan tanuló, akinek öt kilométert kellett gyalogolnia a falusi buszmegállóig. Már ott reggel előfordult, hogy tekertek maguknak egy *„biós cigit”*, illetve iskola után, és még az alatt is. Váltakozott a létszám, de 100-140 főről lehetett szó. A leggyakrabban használt szer a biofű volt, ami a *„szegények drogjának”*, a mai *„szipunak”* mondható. Az információ gyorsan terjedt a gyerekek között, könnyen hozzá lehetett jutni a szerhez adott helyeken. Év kezdetén, október-novemberig, ahogyan kialakult az osztályban a hierarchia, egyfajta *„menőzés”* is volt használni. Voltak, akik ismerték és használták ezeket a szereket, de előfordult, hogy az új használót *„jól meglökte”* – a váratlan hatás miatt pánikrohamok is előfordultak. A minőség sem volt egyenletes, az interjúalany szerint *„össze-vissza keverték”*.

Előfordultak kereskedésre utaló jelek is, szerencsére azonban időben jelezték a szakembernek. Mint elmondta, a bizalmukba fogadták. Nem megrögzött gonosztevők voltak, így beszéltek az egymás közötti viszonyokról, vagy jelezték, hogy ki az, aki be

van tépve. Ugyanakkor azt észre is lehetett venni, amikor nem reggeli fáradtságról volt szó csupán, hanem már a „*vörös csíkszem*” jelent meg. Ezekben az esetekben a szakember jelzett feljüket, és megbeszélték, hogy ha seftelés fordulna elő, arról kötelessége jelenteni a hatóságok felé; „*hiába a baráti viszony, ebben nincs mese*”. Az interjúalany szerint ez volt az egyik oldal, a másik oldal pedig az, hogy pár ezer forint haszonért mit kockáztattak. „*Mert az nyilvánvaló, hogy nem gazdag gyerekekről volt szó. Diák munkára elmenni – szép-szép... Esetleg van egy zsványabb nagybácsi, aki már komolyabb ügyekben utazik, az meg virítja neki, hogy ilyen piti pénzekért dolgozni nem menő, nem vagy te csicska, rabszolga.*” Vagyis a másik oldallal is meg kellett küzdeni.

A szerhasználó fiúk és lányok aránya a szakember szerint 70–30% volt. Többen voltak az alkalmi szerhasználók, esetenként azzal a veszéllyel, hogy beljebb, mélyebbre kerülnek a folyamatba. A nagy többség azonban csak „*kipróbálta, jó is volt, de hosszú távon döcög ez a szeker.*” A szakember szerint ugyanakkor volt olyan gyerek, aki napi szinten biofüvezett, és nem volt észnél. Néhányan kimaradtak az iskolából, és elmentek rehabilitációs intézménybe – akkor már fogadtak fiatalkorúakat. Volt olyan, aki kimaradt, és el is tűnt. De nagyon kevesen voltak, akikkel nem lehetett erről beszélni.

## **Halmazódó problémák**

A szakember bizonyos esetekben tehetetlennek érezte magát. Volt több olyan diáklány, aki prostitúció és drogozás miatt kimaradt, eltűnt az iskolából. Hiába próbálta jelezni a pedagógusok felé, mindenki a tanácsstalanság áradt. A lányokat a családja vagy párja futtatta. Mindenki tudott róla az iskolában, de semmiféle elgondolás nem volt a beavatkozásra. Az is probléma volt, hogy nagyon hamar rákerült valakire a bélyeg, hogy prosti, drogos.

A szerhasználattal együtt járó problémák között említette még a családi konfliktusok mélyülését azokban az esetekben, amikor a gyerek nem hagy fel a drogozással. Megjelent a tanár–diák konfliktus is. Tanári hozzáállás kérdése volt, mennyire sütötték rá valakire a drogos bélyeget. Ez attól is függött, mennyire volt erre idejük, erejük egy harminc fős osztályban.

További járulékos kockázatot jelentett, hogy könnyebben kihasználható, manipulálható, aki szer hatása alatt van. „Elfolyós” állapotában például kölcsönvették, „elcsencselték” a telefonját stb.

Egyes diákok rengeteget hazudtak, végül nem csinálták meg a gyakorlati idejüket – ez is megtörtént.

## **Beavatkozási dilemmák**

A dohányzásra vonatkozóan ugyan volt explicit szabályozás, elvileg tilos volt az iskolában, csak hogy sok gyereknek az otthoni minta a dohányzás volt. Az iskolák két megoldást alkalmaztak. Az egyik a szigorú tiltás, ebből jött az, hogy a WC-ben, titokban ment a dohányzás, a következmény pedig a megrovás volt. A másik, hogy úgy csináltak,

mintha nem lehetne, de azért van ott volt egy rés, egy hamutartó például. Ha jött az ellenőrzés, addig eltették a hamutartót. A szakember szerint mindehhez az is hozzá tartozik, hogy *„ha a tanárok egy része kimegy, és dohányzik, akkor bármit magyarázhatunk”*.

A droghasználatával kapcsolatban az iskolának nem volt kidolgozott koncepciója, a kérdés szőnyeg alá volt söpörve. Előfordult, hogy egy tanár félrehívta az interjúalanyt azzal, hogy hívjanak-e rendőrt, mert vörösnek találta az egyik gyerek szemét. Azonban *„amit nem akarunk látni, az nincsen”*. Ahogy a prostitúcióval sem foglalkozott az iskola, mint korábban említésre került.

Ami a droghasználattal kapcsolatos konkrét beavatkozásokat illeti, a szakember szerint létezik az a lehetőség, hogy a gyereket az iskolaorvoshoz irányítják. *„Ugyanakkor ez egy rejtegetni való probléma, mert ha egy iskoláról kiderül, hogy oda szerhasználók járnak, akkor a szülők nem akarják odaküldeni a gyereküket. A dohányzás még igen, az kérdés, de erről inkább nem akarunk tudni. Mert a gyerek szerint az meg nem is gond, hogy a kávé mellé elszívtam egy füves cigit. Szóval őket rugalmasabban kell kezelni. A suliban a srácok jobban ismerték az aktuális drogtörvényt, mint én. Szóval ők előrébb járnak, mint mi, többek tudnak erről, mint mi. Elfogadva ugyan a magyarországi szabályrendszert, de ez a tiltó vonal így egymagában nem működik. De egyéniben nagyon jól meg tudtuk beszélni, hogy mi is zajlik éppen, pl. mi értelme van matekóra betépve beülni? Mit jelent ez?”*

Droghasználat esetén a szülők bevonása nem volt jellemző az iskolában. Szülőire se igen jöttek a szülők, nehézkes volt a kapcsolattartás. Időszakonként, ha volt erre keret, el tudtak menni vidékre családlátogatásra, de nem volt jellemző a rendszeres kapcsolattartás a szülőkkel. *„Tehát nem volt erre konkrét elképzelés, hogy hogyan vonjuk be a hozzátartozóikat, családtagokat.”*

## **Prevenció**

A prevenció módszerekkel kapcsolatban az interjúalany elmondta, hogy *„néha jöttek prevenció beszélgetést tartani [egy alapítványtól]. Volt szerhasználók is [jöttek], akik a saját élményüket mesélték el: ez jó volt, hatásos volt. Az ilyen típusú beszélgetések a gyerekekre is hatottak, ez elért hozzájuk. Tőlem is kérdezték négyszemközt, hogy szívtam-e már fűvet, dobtam-e már ekit. És azt is megkérdezték, hogy akkor én ezt hova mondom tovább. (...) A tapasztalatom az, hogy ami működik, az az egykori, felépült szerhasználók sajátélményű beszámolóit. De akár egykori prostituáltakat, börtönviselteteket stb. is el tudnék képzelni ilyen formában. Ezek a kérdések nagyon jelen vannak, főleg ilyen hátrányos helyzetű fiatalokat tömörítő közegben.”*

## **Szakmaközi együttműködés**

*„Létezik iskolai szociális munkások egyesülete, oda tudtam egy-egy dilemmámmal fordulni. Más szakemberekkel nehéz megbeszélni az eseteket. Lehet, hogy ebben én nem vagyok elég jó. Én úgy érzem, hogy ebben a feladatkörben egyedül voltam, én úgy látom, hogy a tanárok nincsenek ebben a témában képezve. Inkább más iskolai szociális munkásokkal működtem együtt, amint említettem – azt hasznosnak találtam. Talán én magam sem kerestem eléggé a kapcsolódást, de viszont sem. Mire gondolk? Például családsegítő vagy prevenció szervezetekkel nem tudom, mire mehettem volna.”*

## **Addiktológiai tárgyú képzések**

Az interjúalany az iskolában nem találkozott ilyen jellegű képzésekkel. Maga próbált utána nézni például a szereknek, vagy a fiataloktól kérdezte meg, hogy „mi micsoda éppen”.

## **A pozitív irányú változás feltételei**

*„Az egyik a figyelem, a meghallgatás, hogy a fiatalok elmesélhessék a saját történetüket. A másik az őszinte beszéd, hogy lehetőséget biztosítsunk erre, ne induljon el valamiféle kriminalizálódás. Ne csak tiltás és az egészséges életmód követelése legyen. Ez a meghallgatás, megbeszélés mennyire hiányzik! „Csak az egyszerű az igaz” – József Attilával szólva. Milyen furcsa, nem? Hogy valami változik, [amikor van] valaki, akivel megoszthatják a titkukat, bármilyen apró dolgukat. Vagy kisírhatják magukat... Például itt nálunk nagyon mentek a gengszterfilmek. Én kértem őket, hogy keressenek happy and-del végződőket, hol van ilyen. [Vagy hogy beszéljen arról,] mi a távolabbi célja, mi távolítja el ettől. De a konfliktusok megoldásában is hasznos, ha van valaki, akivel ezt meg lehet beszélni az iskolában. Ez a drogkérdés nem jön, ez itt van. Tudomásul kell venni, foglalkozni vele, és nem eldugni ezt a problémát. Rossz mintákat mutatunk így, mint amit a dohányzással kapcsolatban meséltem. Nyitni, nem afelé, hogy a drog miért rossz, hanem miért nyúl hozzá valaki, akár iskolakezdés előtt már, ezzel többre megyünk.”*

## **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *A szerhasználat a társadalomból eredő baj, betegség. A tartósan bizonytalanságban, kilátástalanságban élők érzelmi felindultsága, nyugtalansága a szerhasználat okai között említendő. Az interjút adó többek között azért is hagyta el a szakiskolát, mert az iskola nem bizonyult ambiciózusnak a diákjai fejlesztése terén, míg ő nagy lendülettel érkezett a szakiskolába és kezdett bele a munkájába. Javaslat a reziliencia-koncepció mint hatékony cselekvési elv a hátrányos helyzetekben élők vonatkozásában. A reziliencia-koncepció a személyes szinterről az intézményi szintérré is kiterjeszthető (reziliens iskola). A diákok rezilienciája akkor fejlődik, ha*

*értékes, megerősítő szerepmodellek veszik körül őket. Az egészségtanulás-modellből kiindulva, a diákok mellett a velük foglalkozó pedagógusok testi, lelki egészségének fejlesztése is lényeges szempont. Törődő kapcsolatok hiánya esetén a diákok máshogyan keresik a „boldogulást”.*

- *A lemaradt vagy hátránnyal induló diákoknak kialakított iskolákban szervezzenek a hozzáértők színházterápiás, mozgás- vagy táncterápiás csoportokat, hogy a nehéz sorsú diákokból minél több dráma „játszódjék ki”, s ezzel kevesebb maradjon az életükben. Ezen kívül futballterápiás sportprogramok kerülhetnének kialakításra, hiszen a labdarúgás felfogható egyfajta átmenetként – területi, fizikai és főleg lelki átmenetként.*

## **21. Interjú**

Az interjúalany egy szegregált településrészen dolgozó közösségfejlesztő szakember.

### **A szerhasználat észlelése**

A szerhasználat felismerésében a munka során szerzett ismereteik és tapasztalataik segítik a közösségfejlesztőket. Találkoznak a szerhasználat a szegregátumban,<sup>15</sup> és megtanulták a figyelemfelhívó jeleket, illetve kezelni azokat. A telepen kis mértékben, de előfordul a *szipuzás*. Ez egy nagyon egyértelmű helyzet, azonban a dizájn drogok felbukkanásával a használat jelei – dülöngélve megy vagy hangosabban beszél a megszokottnál – nem olyan egyértelműek, ami számos dilemmát okoz számukra. Amikor már nagyobb dózisu vagy tartós szerhasználattal találkoznak – ilyenkor már az agresszió jelei is megfigyelhetők –, egyértelműbben tudják a helyzetet megítélni. A közös munka során egy bizonyos idő eltelte után már kialakul a bizalmi kapcsolat a családdal, ilyenkor olyan emberek szerhasználatáról is tudomást szereznek, ami addig rejtve maradt. Például arról, hogy esténként rendszeresen használják a szert a családi környezetben, de ezt a család titkolja, mert gyerekeik vannak; de az is előfordul, hogy az édesanya egy idő után elmondja, hogy a szerfogyasztás hatására többször agresszívan viselkedett az apuka. Közösségfejlesztőként rendelkeznek arról is információval, hogy ki milyen társaságba jár, kikkel tart kapcsolatot a lakókörnyezetében. Így ha valaki ott kezd barátkozni, kapcsolatokat építeni, ahol két-három tag szerhasználatára már ismert, akkor elkezdnek figyelni az apróbb jelekre, és arra is, hogy elkezdődött-e az adott kliens drogkarrierje.

### **Szerhasználattal együtt járó problémák**

A szerhasználatból eredő problémákkal igen nehéz dolgozni, mert nyíltan nagyon kevesen és keveset beszélnek róla. Sok esetben a szerhasználat összefüggésbe hozható

---

<sup>15</sup> A közösségfejlesztők a területeken élő családok körében töltik mindennapjaikat, nem csak az egyes események – mint a kisakciók, rendezvények – kapcsán tudnak közvetlen kapcsolatokat kialakítani az ott élőkkel.

az otthoni *bántalmazás*, és gyakran a *bántalmazás* jut előbb a tudomásukra, mint a szerhasználat. A szerhasználat vezethet odáig is, hogy a kliens az utcára kerül, a család kiveti magából. Nagyon sokszor *a szerhasználat összefügg egy kezeletlen betegséggel*. Nem minden esetben a szerhasználat az elsődleges probléma, hanem a betegség, ami elvezet a tényleges drogélményig. Maga *a szerhasználat a probléma egyik állomása*. A szakember szerint az okokat feltárva és a szerhasználatot megszüntetve tovább tudnának lépni a probléma megoldásában – de ezt a fajta megközelítést a közösségfejlesztők egyáltalán nem használják. Az addiktológiai probléma a területen általánosan jellemző *életmódból* is ered – a szerhasználat a mindennapok része. *Nem kiváltó oka a problémáknak, hanem az egyik tünete*.

### **Szerhasználati jellemzők**

Az *alkoholfogyasztás* főleg az idősebb lakosok, az 55 év felettek körében figyelhető meg, a férfiak és a nők körében egyaránt. Amikor felnőnek és kirepülnek a gyerekek a családból, akkor az alkoholfogyasztás növekedése is tetten érhető. Ugyanennél a korosztálynál jellemző *a gyógyszerabúzus*, főleg a Frontin, de előfordul a Rivotril és a Xanax használata is.

A fiatalok körében a *biofü* a legelterjedtebb, de egyre nagyobb teret nyer a *pentakristály* is, és elszórtan van még egy-két *szipus*. Más szerrel nem nagyon találkoznak. A területen volt egy-egy időszak, amikor felbukkant egy új tableta, de miután néhányan rosszul lettek tőle, már „*ki is kopott*”. Néha van egy-egy új *dizájner drog*, amihez olcsón hozzá lehet férni, akkor az eljut a szegregált területre is. Volt arra is példa, hogy egy új szer a területtől alig egy kilométerre lévő városrészben már több problémát okozott a használóknak; akkor ott „*megállt*”, és nem jelent meg a szegregátumban.

### **Szakmaközi együttműködés**

A szerhasználattal kapcsolatos ismereteik leginkább attól függenek, mennyire szoros az illegális szerhasználóval a kapcsolat. A kollégákkal, szociális munkásokkal szoktak erről beszélni. Amennyiben az adott családdal a szociális munkásnak jó a kapcsolata, akkor ő, ha pedig a közösségfejlesztő épített ki egy jobban működő bizalmi kapcsolatot a szerhasználóval vagy a családjával, akkor a közösségfejlesztő teszi meg az első lépést. Stábon belül jól tudják, ki ápol jobb kapcsolatot a családdal. Ilyenkor neki jeleznek és vele próbálnak meg közösen gondolkodni, merre és miként tudnak a segítő kapcsolatban elindulni. Előfordul olyan eset, amikor a közösségfejlesztőnek van a legjobb kapcsolata a családdal: ilyenkor a munkahelyi protokoll megengedi, hogy ő segítse, támogassa a családot. Szükség esetén konzultálnak a családsegítő szolgálat munkatársaival, a területen addiktológiai ellátást nyújtó intézmény munkatársaival vagy akár a pszichiátriai klinika munkatársaival, illetve a pszichiátriai betegek nappali ellátásában dolgozó kollégákkal.



Már több alkalommal sikeresen delegáltak szerhasználó klienst a pszichiátriai osztályra, onnan pedig egy rehabilitációs intézménybe. Ezek nem túl sikeres esetek, mivel a szerhasználók igen rövid idő elteltével távoztak a rehabilitációból. Közben mégis sikerként élik meg, mert egy-két esetben eljutottak odáig, hogy egy fiatal két-három alkalommal is jelentkezett a drogambulancián, és az egyikük ezek után eljutott egy rehabilitációs intézménybe, még akkor is, ha mindösszesen 24 órát töltött ott. Más esetben egy távolabbi intézménybe sikerült elhelyezni a klienst, aki huzamosabb ideig ott is tartózkodott, és józanodott. A fiatal kiszakadt a lakókörnyezetéből, és úgy próbáltak meg vele együtt munkát keresni, hogy előtte egy képzésbe delegálták, így tisztán tért haza. Mindezek hatására *„lendült előre az élete”*.

### **Szerhasználati problémákhoz kapcsolódó módszerek**

A közösségfejlesztőknek direkt erre a célcsoportra irányuló programja nincs, de más eszközökkel már értek el sikereket. Volt a munkacsoportnak olyan tagja, aki egy droghasználó baráti körhöz tartozott, és akihez a közösségfejlesztők hívták ki a mentőszolgálatot, mert „bedrogozva” a saját lakásuk lépcsőjén fetrengett. Ő részben a munkacsoport hatásának köszönhetően józanodott, mert a munkacsoporthoz tartozás egy másik csoport alternatíváját nyújtotta a számára, és ezt választotta a korábbi *„drogos haverok”* helyett. Dolgozott a közösségért, és részt vett a különböző programokon. Most már jó ideje tiszta, és nem fogyaszt kábítószer, holott a kapcsolat első másfél évében rendszeresen használt különböző szereket, és előfordult, hogy a munkacsoport ülésein is *„bedrogozva”* vett részt. *A munkacsoport közössége segítette a józanodást, mert egy másik közösségi mintát kínált ugyanazon a földrajzi területen.*

### **Nehéz esetek, dilemmák**

A területen sok klienst ismernek, akinek egyértelmű a szerhasználata, nem titkolja. Nem tudnak vele előbbre jutni, nem tudják mindig olyan problémaként kezelni, amelyben a közösségfejlesztők a kompetensek. A területen jelen lévő addiktológiai intézménnyel felvették a kapcsolatot, ők is tudnak a problémáról. Ám amennyiben a kliens nem azzal a kéréssel fordul a közösségfejlesztőkhöz vagy a területeken dolgozó szociális munkásokhoz, hogy segítsenek neki, akkor egy-egy próbálkozás után már nem tudnak mit tenni.

Közösségfejlesztőként *gyakran teljesen tehetetlennek érzik magukat* a kollégák a szerhasználattal kapcsolatban. Főleg akkor nagyon nehéz, amikor valaki a szerhasználat tekintetében olyannyira érintett, hogy nem lehet vele kapcsolatot létesíteni, nem lehet beszélni vele a problémákról, mégis jön, és próbál segítséget kérni.

Dilemmát jelent egy teljes mértékben technikai kérdés megválaszolása is, például az, hogy beengedjék-e a klienst a házba, ahol dolgoznak, amikor láthatóan valamilyen szer hatása alatt áll, vagy az utcán beszéljenek vele.

Az agresszív, főleg a dizájner drogokat fogyasztók esetében is szembesülnek dilemmákkal. Hívjanak-e rendőrt, amikor a közösségi házat terméskövekkel dobálta a szerhasználó, vagy sem? Képesek lesznek-e megnyugtatni a fiataalt vagy sem?

Egy fiatal szerhasználót télen „*kidobtak otthonról*” – neki megengedték, hogy napközben a közösségi házban aludjon. Ez is egy jelentős dilemmaként merült fel: helyes-e vagy sem, amit cselekedtek? Egy darabig megengedték, élelmet is adtak a fiatalnak, és egyszer csak eljött az a pont, hogy már nem támogatták. Rájöttek, hogy nem szakmai döntést hoztak, hanem egy humanitárius indíttatású cselekedet valósítottak meg, és ezzel nem segítették a józanodás folyamatát. Megmondták a fiatalnak, hogy szer hatása alatt állva nem lépheti át a közösségi ház küszöbét. Több feszültséggel teli helyzet lett a döntés következménye, amikor a fiatal állította, hogy napok óta nem használt szert, de egyértelműen látszott rajta a kábítószer hatása a mozgásából, a beszédéből, a pupillájából. Nem engedték be a házba.

A közösségfejlesztők nem addiktológiai szakemberek, de nap mint nap találkoznak szerhasználókkal. Nagyon nehéz, ha máshogy viselkednek például azzal a férfivel, akit a felesége nem enged be közös lakásukba. Vele beszélgetnek, kérvényt írnak, közben melegszik a közösségi házban. A másik kliens, akit az édesanyja „*rakott ki*” a házból, kevesebb törődést kap. Ő ezt a helyzetet nem tudja elfogadni, nem érti a két eset közötti különbséget.

A szerhasználó fiatalok esetében felkeresik a szülőket, akik a legtöbb esetben ugyanolyan tehetetlenek, mint a közösségfejlesztők, *abban az egy esetben nem, ha a szülő együtt használja a szert a gyerekeivel. Teljesen egyértelmű, hogy ebben az esetben a gyerekek a speciális gyermekotthonban van a helye, ahol korábban elhelyezték, és ahonnan két éve szökésben van.* A közösségfejlesztő értesítheti a rendőrséget, de előfordul, hogy nem tudják elfogni a gyereket. Dilemmaként jelenik meg, hogy ebben az esetben be kell-e zárni a közösségi ház ajtaját, ha a szakemberek tudnak a fiatal szökéséről – aki egyébként a nevelőjénél telefonon rendszeresen jelentkezik. *Létezik egy hibásan működő rendszer, amiben egy 16 éves, körözés alatt álló szerhasználó fiatal az édesanyjával tekinteti meg a kábítószeres cigarettáját.*

## **Az ellátórendszer**

Egy-két kliens delegálása során sikerült betekintést nyerni az addiktológiai ellátás rendszerébe, ahol rossz tapasztalatokat is szereztek. A rendszerrel – miközben értik a működését – nem teljesen értenek egyet. Kicsi a területen dolgozó közösségfejlesztők, szociális munkások, valamint az addiktológiai ellátásban tevékenykedő kollégák munkahelye közötti távolság. Ám a két szolgáltatás teljesen más módon működik, az addiktológiai szolgáltatást időpont-egyeztetés után vehetik igénybe a szerhasználók, és a kaput mindig bezárják. Oda nem lehet csak úgy besétálni, mint a közösségi házba. Előfordult – miközben ők is 8 órát tartózkodnak a területen, tehát az addiktológiai ellátás munkatársai és a közösségfejlesztők is –, hogy fél évig vitatkoztak azon, hogy a fiatal szerhasználó vagy sem. Az addiktológus szakemberek szerint a fiú nem használt szert, a

közösségfejlesztők szerint igen. Két szakmai egyeztetés után a közösségfejlesztő elkíserte az utcára a kollégát, megmutatta a fiatal, és akkor ismerték el: „Ja, tényleg szerhasználó!”. *„A szolgáltatás alacsonyküszöbű, de azt [kifelé is] át kell néha lépni.”* Az addiktológiai intézmény munkatársai más módszerrel dolgoznak. A közösségfejlesztők ott vannak a területen, az utcákon. Mindkét intézmény munkatársai egy helyen, egy közösséggel dolgoznak, de *mást látnak a területen zajló történekekből.* Az addiktológiai területet képviselő kollégákat nem látják a családoknál, és a szer hatása alatt álló fiatal nem tud hozzájuk bemenni, mert csak szermentes állapotban lehet az intézményt felkeresni. *„Ha van ez a szabály, akkor meg miért csodálkoznak azon, hogy nem látják a szerhasználókat szerhasználat közben?”*

A rehabilitációs intézményekbe ugyanakkor elég nehéz bejutni, és még nehezebb bent maradni – bár erről kevés tapasztalattal rendelkeznek, mert a kliensek *igen hamar elhagyják az intézményeket.* Az intézményekbe felvételt nyert droghasználók elmondásaiból tudnak az ott folyó munkára következtetni. Ahogy a kliensek beszámolóiból megismerték a rehabilitációs intézményekben kiadott feladatokat, azt a következtetést vonták le, hogy *nem a szegregátumokban és a mélyszegénységben élő kliensek számára jöttek létre az intézmények, nem az ő intelligenciaszintjükhöz igazodóan strukturálják a rehabilitáció folyamatát.* Meglátásuk szerint ott van egy olyan fajta *intellektuális munka, és számos feladat, aminek a szimbolikáját érteni kell ahhoz, hogy a különböző jelentésrétegek között tudjon váltani, és ezeket meg kell élni a hatásosság érdekében. Ezt sajnos a halmozottan hátrányos helyzetben élők nem tudják teljesíteni, ami egy jelentős probléma. A szegregált területen élő kliensek közül még egy sem ért a terápia végére – vagy be sem jutott.* Ennek ellenére a közösségfejlesztő jelezte: számos pozitív példát hallott a rehabilitációs intézményekben folyó munka sikerességéről és eredményességéről.

A pszichiátriai klinikáig is eljutottak a kliensekkel, így erről is rendelkeznek személyes tapasztalatokkal. Meglátásuk szerint sok a probléma. *„Ha bevittek egy drogos fiatal, akkor tízből kilenc esetben az történt, hogy leszedálták őket, majd egy doboz Rivotrillal az utcára küldték.”* Az interjúalany véleménye szerint – bár a beszélgetés során többször kiemelte, nem ez az ő szakterülete – ez nem tekinthető szakmai megoldásnak. Meglátásuk szerint *„minél gyorsabban meg kívánnak szabadulni a szerhasználóktól”.* Megértik, hogy a zárt osztályon korlátozottak a lehetőségek, és az *elsődleges szempont az, hogy ne akarjon öngyilkos lenni a szer hatása alatt álló fiatal, és senki mást se támadjon meg. Tudják, nincs idő a terápiás foglalkozásra, de ezeknek a klienseknek éppen erre lenne a legnagyobb szükségük. Általában egy szerhasználót akkor van esély ellátásba delegálni, amikor krízisben van, és a krízisének a mélypontján van, de az nem tart három hétig, az mindösszesen egy-két nap.* *„Ha akkor sikerül elkapni, akkor viszik be a zárt osztályra – mert aztán igazoltan tisztának kell lennie a rehabilitációs intézménybe való elinduláshoz. Ott nem beszélgetnek vele napi húsz percet, hanem leszedálva, begyógyszerezve, terápia nélkül fekszik az ágyában. Ugyan lesz róla igazolás, hogy nincs a szervezetében illegális kábítószer, de ott nála van a Rivotril.”*

További ellátási lehetetlenséget eredményez, amikor egy *kettős vagy hármas diagnózisú* beteggel nem tud mit kezdeni a hazai addiktológia. *„El lehet menni a rehabilitációs intézménybe, ott is lehet maradni, amennyiben a kliens »nem túl okos«, ha azonban valakinek alacsony az intellektusa, és erről még ráadásul szakorvosi véleménye is van, akkor szinte nem lehet ellátóintézményt találni a számára, továbbá meg is mondják, hogy nem tudnak vele mit kezdeni. Ha olyan mentális betegséggel küzd, ami rendszeres gyógyszeresedést igényel, ezt a problémát nem tudják a rehabilitációs intézmények kezelni, mert teljesen gyógyszermentesek. Így például egy epilepsziával küzdő fiatallal sem tudnak foglalkozni.”*

Egy *alapítvány intézményébe* tudták a hármas pszichiátriai diagnózissal rendelkező klienst eljuttatni, amelynek fő profilja az állami gondozásból kikerült hajléktalanok támogatása; emellett szerhasználókkal foglalkoznak, és elvállalják a kettős, hármas diagnózissal rendelkezők rehabilitációját is. Náluk létezik gyógyszeres kezelés – természetesen csak indokolt esetben –, és ők az alacsony intellektusú szerhasználókkal is próbálnak dolgozni.

### **Addiktológiai ismeretek, képzési lehetőségek**

Az addiktológiai ismereteikkel kapcsolatban a közösségfejlesztő elmondta, hogy valójában igen hiányosnak tekinti a saját tudásukat. *Nagyon sokat tanultak a területen dolgozó addiktológiai intézmény munkatársaitól, egy-egy esetkonferencia révén. Olvasnak, tájékozódnak, próbálják magukat képezni, hogy választ találjanak a kérdéseikre. Hasznosnak tartják, ha másfél-két órát beszélgetnek egy szakemberrel, aki ezt tanulta, aki minden nap ezen a területen dolgozik. Véleménye szerint ők maguk többet tudnak, mint egy közösségfejlesztő. Ha egy nagyon határozott protokoll szerint tudnának dolgozni, és képesek lennének időben delegálni a szerhasználókat az addiktológiai szolgáltatásokba, akkor az igen nagymértékben segítené a munkájukat. Ebben az esetben jelenlegi tudásuk elegendő is lehetne, mert most is felismerik a tudatmódosító szerek hatásait, de ahhoz, hogy hatékonyan tudják kezelni a problémát, ahhoz biztosan nem elegendő.*

Az ismereteik bővítésére a leghasznosabb módszernek a *tréninget* jelölte meg a közösségfejlesztő, ahol szakembereknek konkrét kérdéseket tudnának feltenni, és nem csak az eseteket beszélnék meg, hanem a terület helyzetét is. Azt is el tudja képzelni, hogy közösen kialakítanának egy *területspecifikus protokollt* a probléma kezelésére. Véleménye szerint hasznos lenne, ha egy rehabilitációs intézmény munkatársai vezetnék a tréninget. Lehet, hogy a területen dolgozó addiktológiai szolgálat munkatársaival nehezebb lenne a közös munka, mert ha az adott esetet ők viszik, akkor számos feszültség felszínre kerülne, nem lenne zökkenőmentes az együttműködés.

## Egyéb észrevétel

A dizájner drogok használatának törvényi szabályozásában történő változás szükségességét említette az interjú zárásaként a közösségfejlesztő, mert tapasztalatai szerint *a rendőrség teljes mértékben tehetetlen ezen szerek használóival kapcsolatban.*

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *A szegregátumban élők számára speciális ellátási formákat kell létrehozni, olyanokat, amelyek alkalmasak arra, hogy az eltérő, a többségi társadalom szempontjából hiányos szocializáció sajátosságait figyelembe vegyék a terápia során. Az ellátórendszer ezekre a kihívásokra még nincs felkészülve, sem a mögöttes elméletek, sem pedig a követett gyakorlat szintjén.*
- *Megfontolandó az ökológiai/közösségi prevenciós technikák tudatos, kiterjedt alkalmazása: az interjúban elmondott sikerek esetében ezt használták a szakemberek.*
- *Választ kell találni a hiányzó protokollok kérdésére ennél a szervezetnél, de mindenütt máshol is.*
- *Az ÚPSZ-problémát a rendőrség a maga eszközeivel nem fogja tudni megoldani, de fontos szerepe lehet a jelzőrendszer egy elemeként és a veszélyhelyzetek kezelésében.*
- *A szerhasználó krízisében az érdemi, szakmai segítség nyújtása megnövelné a felépülés esélyét.*
- *A receptre kapható gyógyszerekkel történő visszaélésre több figyelmet kellene fordítani az ellátórendszeren belül.*
- *Speciális gyermekotthon: ezek működését felül kell vizsgálni. Miképpen kezelik ezekben az intézményekben az addiktológiai problémákat, a szocializációs problémákat?*
- *A kettős, hármas diagnózisú betegek számára létre kellene hozni speciális ellátási formákat.*

## 22. Interjú

Az interjúalany hat éve dolgozik hegesztőként egy fémipari üzemben.<sup>16</sup> A vállalkozás osztrák tulajdonban van, és az osztrák piacra termel. Olyan termékeket gyártanak, amelyek az építőiparban kerülnek felhasználásra: korlátok, lépcsők, konzolok stb. Az üzemben 10 főt foglalkoztatnak. A munkavállalók mindegyike férfi.

A vállalkozás jelenleg az osztrák menedzsment közvetett irányításával működik. *„Hát most megmondom őszintén, hogy körülbelül másfél hónapja nekünk senki nincsen. Mi kapjuk a rajzokat a sofőrön keresztül, meg számítógépen keresztül. Ők küldik az anyagot, mi legyártjuk. Nap mint nap kifelé van szállítva. Van, amikor bejön az osztrák főnök, egy hónapban egyszer, vagy van, amikor egy hónapban egyszer sem. Ő látja,*

---

<sup>16</sup> Az iparág túlnyomórészt férfiakat foglalkoztat: ez a nemzetközi szakirodalomban kutatási szempont, terület.

*hogy megy a munka, kifelé mi küldjük napra készen, amit elkészítünk. Szerintem megbízik bennünk. Mert hogyha nem bízna meg, akkor nem ez lenne.”*

Az interjúalany nagyon pozitívan viszonyul a munkahelyéhez, a beszélgetés során többször hangsúlyozta a munkahelyi közösség összetartását és az üzemre jellemző jó hangulatot. Elmondta azt is, hogy a jelenlegi munkavállalói állomány jelentős fluktuációt követően stabilizálódott, az elmúlt években közel 100 fő munkavállaló fordult meg a vállalkozásnál.

### **Az alkoholfogyasztással kapcsolatos munkahelyi gyakorlatok**

Az interjúalany munkahelyén munkaidőben tilos alkoholt fogyasztani. Ezzel a szabállyal a munkavállalók a felvételt követően, a munkavédelmi oktatáson találkoznak. *„A munkavédelmis elmondja. Ha valakit is véletlenül baleset ér, akkor ott van egy olyan... el szokta mondani. Beviszik a kórházba, és kimutatja a vére, hogy ő alkoholt ivott, akkor még a kórházi ellátást is annak az embernek kell kifizetni, akit baleset ért. Úgyhogy ez egy törvény, és ezt mindenki tudja nálunk.”*

A munkavédelmi szabályozáson kívül a másik visszatartó tényező a gépkocsihasználat. (Az üzemben dolgozók közül csak hárman helyiek, a többiek más településekről járnak be dolgozni.) *„Meg hát, aki kocsival van, az meg szerintem a saját bőrére vinné a micsodát, hogyha inna, hazafelé meg valami gond lenne. Úgyhogy mi betartjuk. Nálunk megvan ez a szokás, hogy nem, aztán akkor nem.”*

Azokban az esetekben, amikor az alkoholfogyasztás kvázi normaként jelenik meg, az ünneplésnek csak a kezdeti aktusa – az alkohol szétosztása – történik meg a munkahelyen, a fogyasztásra már külön-külön, a munkavállalók otthonában kerül sor. *„Ha véletlenül van, akkor úgy szoktuk csinálni, hogy [ha] névnapozás van, akkor a névnapozott bevisz egy karton sört, de nem ott isszuk meg, hanem mindenki szépen elviszi, műszak végén beleteszi a kis táskájába, elviszi haza. Nálunk ez a szokás.”*

A munkaidőben történő alkoholfogyasztás tilalmának betartását alapvetően a szokásjog szabályozza, amelynek megszegését nem minden esetben szankcionálja a menedzsmint. *„(...) mindenki tudja azt, hogy nem lehet, aztán kész. De hogyha megiszik egy üveg sört, senki nem szól érte. Nem, nem, ezért itt nincsen olyan, hogy... amikor meg olyan van például, hogy (...) év végén vagy nyári leálláskor, utolsó nap dolgozunk, akkor délben leállunk, kitakarítunk, aztán jön az osztrák főnök, hoz két karton sört, de utána nincs munka. Akkor nem dolgozunk.”* Az interjúalany utalt arra is, hogy a korábbiakban az üzemet vezető román vezető jóval határozottabban érvényesítette a szabály betartását, annak megszegése a munkaviszony megszűnését eredményezte. *„A román főnök, akinél meglátta, az azt mondta, hogy menjen haza, köszönjük szépen, aztán ennyi volt.”*

A jelenleg érvényben lévő szervezeti kultúra részben tehát megengedő az alkoholfogyasztással szemben. Ez a megengedő jelleg megjelenik akkor is, amikor valakinél szerhasználati zavart érzékel a többi munkavállaló. *„(...) ha valakinek alkohol... olyan problémái lennének, hogy állandóan inna, meg úgy járna be, akkor szerintem*

*minálunk a kisközösségben... nálunk mindig azt mondják, hogy egy kis család vagyunk, mert tényleg az vagyunk. (...) Mert összetartunk. Hát én is azt mondanám egy idő után, jól van, máma egy picit másnapos vagy, jól van, hát megcsináljuk helyetted a munkát, de hát nap, mint nap... Nem, hát az nem menne úgy, hogy nap mint nap én dolgozzak ő helyette, mert őneki nincs kedve. Mert azért ha valaki be van ivva, meg mindig másnapos, az nem tud dolgozni. (...) Az nem, az nem tudja azt a teljesítményt hozni. És akkor mi saját magunk kiszűrnénk. (...) ha nem tartja be idővel [a szabályt], vagy hát egy ideig csak azt csinálná, akkor biztos azt mondanánk, hogy mi saját magunk kiközösítenénk azt az embert. Előbb-utóbb a főnök is észrevenné, tehát nem lehetne azt... Meg hát saját magunk között is. Akkor már... meg rá is szólunk, vagy nem is kell, mert minálunk az a szerencse, hogy egy kis család vagyunk, na.” (...) „Jól van, tegnap búcsú volt, egy kicsit másnapos volt, nincs kedved dolgozni, nincs semmi gond ebből, de azt, hogy nap mint nap, azt én nem tűrném el, mert én más helyett nem fogok dolgozni. Én másnak a micsodáját, pénzét nem fogom megkeresni. Nálunk már ez a divat. Segíteni az ember segít neki, bármiben segítünk mi, mert ugye azért mondtam, hogy egy kis család vagyunk. (...) de az, hogy nap mint nap... én nem fogok helyette, meg a másik ember sem. (...) Hát egyszer lehet segíteni, meg kétszer is egy évben, de hát azért nap mint nap azt nem fogom eltérni, hogy ő iszogasson, én meg dolgozzak helyette, olyan nincsen. Úgyhogy, legalábbis minálunk ez van.”*

### **A dohányzással kapcsolatos munkahelyi gyakorlatok**

Az interjúalany munkahelyén – az interjúalannal együtt – hárman dohányoznak. Dohányzásra műszakonként három alkalommal, a szünetekben van lehetőség a dohányzásra kijelölt helyen, ami egy, a termelőüzem épületén kívül található fedett terület.

Alkalomadtán előfordul, hogy a szüneteken kívül is lehetőség nyílik a dohányzásra, de csak olyankor, amikor azt a munkafolyamatok ütemezése lehetővé teszi. „Meg minálunk az van, hogy például én kimegyek rágyújtani, megmondom őszintén, három szünet van, [de] van, amikor picit kevesebb az én hegesztenivalóm, kimegyek WC-re, és míg a WC-hez elmegyek, közben egy cigarettát elszívok abban a két percben. De az én munkatársam, meg az én főnököm sem, azt osztrák sem, sose mondta azt, hogy most miért szívtam el a két perc alatt azt a cigarettát. Úgyhogy... de ez nem olyan, hogy mikor ott van a sok munka, otthagynom a munkát, aztán kimegyek rágyújtani, aztán nem dolgozom. Csak olyankor van, amikor tényleg, hogy van egy kis idő. Ezért az osztrák nem szokott szólni, na. De amikor ott van a sok anyag, akkor biztos, hogy azt mondaná, hogy ilyen nincsen nálunk. Elküldene.”

## **Az építőiparhoz kapcsolódó korábbi tapasztalatok**

Az interjúalany a rendszerváltozás körüli időszakban az építőiparban dolgozott. Az interjú során több alkalommal visszautalt a korábbi munkatapasztalataira, rámutatva arra, hogy jelentős változásokra került sor a munkahelyi alkoholfogyasztás megítélésével kapcsolatban. *„Az építőipar, az teljesen más. Az teljesen más. Vagy ki tudja. Most már szerintem az is változott, de régebben, (...) a nyolcvan-kilencven közötti években teljesen más volt. Én dolgoztam, úgyhogy tudom azt, hogy mi volt ott az építőiparnál. Az egy teljesen más kategória. Aztán most hogyan van, azt nem tudom. Mert ott is már, ugye, ilyen nem állami, hanem átment maszek micsodába. Aztán hogy ott hogyan engedik meg a munkásoknak, azt nem tudom.”*

A változás okát a kapitalista szemlélet elterjedésével magyarázta. *„Muszáj volt változni, mert hogyha én vállalkozó lennék, az én dolgozóm... mondjuk öt embert foglalkoztatok, és a kocsmába járnak, meg nem dolgoznak, akkor én nem fizetnék. Biztos. Szerintem egy vállalkozó sem fizet.”*

*„Ott, az építőiparban, abban az időben nem lehetett kezelni ezt. Nem. Énszerintem azt nem lehetett kezelni, mert egy építkezésen, amikor sokat dolgoztam, amikor, mit mondjak, egy ötven-hatvan ember dolgozik ott, volt egy építésvezető, egy művezető, ötven-hatvan ember után, amikor egy nem tudom mekkora területen volt az építkezés, nem tudott mindenkit nyomon követni. Olyan nem volt, hogy mindenkit nyomon kövessen, azt nem lehetett, mert volt egy tízemeletes épület, vagy kettő, én fönt dolgoztam mondjuk a kilencedik emeleten, egyik a lépcsőházban, a másik ember lent dolgozott, ott betonoztak vagy valami, amit csináltak az udvaron, hát nem tudott mindenkit, az egy lehetetlenség volt. Aztán akkor mentek erre-arra az emberek. Hát az egyik megszökött itt, a másik ott, azt sem tudta az építésvezető, hogy hol van. Meg szerintem most már az a lényege ennek, hogy most már nem egy nagyvállalat csinálja az építkezést, hanem külön vannak ilyen, hogy is mondjam, ilyen leányvállalatok, ilyen vállalkozók. Egy vállalkozó kivonul, mondjuk, ő csinálja a villanyszerelést, másik vállalkozó csinálja a festést, a harmadik csinálja a konyhabútor-szerelést, vagy akármit. Annak a vállalkozónak van öt embere, ő már tudja követni azokat, mert csak öt embere van csak. Meg hát szerintem együtt is dolgozik velük. Ha nincs is ott velük, de azért... mert lehet, hogy ő több építkezésre is... több helyen is vannak emberei, de szerintem ő jobban nyomon tudja követni.”*

### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *A munkahelyi szerhasználatra vonatkozó munkaiügyi szabályok felülvizsgálata.*
- *A munkahelyi szerhasználat kezelésével és megelőzésével kapcsolatos jó gyakorlatok beazonosítása.*
- *A munkahelyi környezet etnográfiai módszerekkel történő további vizsgálata.*



## 4.2. Az ellátórendszer az ellátottak nézőpontjából

Az alábbi interjúk olyan felépülőkkal készültek, akik az ellátórendszer több szintjén, több területén szereztek tapasztalatokat annak működéséről, s mivel több éve józanok, állapotuk lehetővé teszi az előző kezelések reális, indulatoktól mentes megítélését.

### 1. Interjú

Az interjúalany 31 éves nő, 27 évesen került nappali rehabilitációba, 4 éve van felépülőben. Gyógyszerekkel volt problémája, 12 éves korától kezdődően. Összesen kb. 6 évet töltött pszichiátriai osztályokon, kisebb megszakításokkal. 15 év szerhasználat után került a nappali rehabilitációba, amit egy tanodán keresztül ismert meg.

– *Hogyan mutatnád be magad néhány szóban?*

– 31 éves vagyok, 4 éve vagyok felépülésben, és szociális munkás hallgató vagyok.

– *Hogyan viselkedik egy felépülésre még nem motivált függő az ellátórendszerben?*

– Én leginkább a félelemre emlékszem, nagyon megijedtem, támadásnak vettem igazából mindent, nem tudtam segítségként tekinteni a felém irányuló megnyilvánulásokra, azt éreztem, hogy bántani akarnak. Nekem ez a félelem a leghangsúlyosabb az elejéről, nem értettem, hogy mi történik. Mert én nem úgy mentem arra a helyre, hogy én le akarok állni, nem tudtam, hogy mi a gond velem. Csak azt éreztem, hogy szétesett az életem, és hogy segítséget kellene kérnem – volt egy ilyen gondolatom. Aztán kiderült, közben abban bíztam, hogy majd a folytathatom, csak valahogyan másképp. Még az volt talán a leginkább jelentős – ahogyan visszaemlékszem –, amikor egy segítő képes volt kizökkenteni abból az állapotomból, amikor valami mást kérdeztek, máshogyan reagáltak, mint ahogyan számítottam rá. Ilyen helyzetekben tudtam talán őszinte lenni.

– *Mikortól érezted magad motiválnak a kezelésre, terápiára? Sokszor az a panasz a kezelőhelyek részéről, hogy nem motiváltak a jelentkezők...*

– Nekem ez talán az az állapot volt, amikor megadom magam, amikor felteszem a kezem, hogy legyen velem bármi. De ez az első percben azért még nem volt meg, lehet, inkább csak majdnem. Még onnantól kellett úgy egy másfél hónap. Azt is gondolom, ha bárki bemegy egy ilyen helyre, ha nem viszik, hanem maga egyáltalán bemegy, akkor valamiféle kis elhatározásféle, motiváció van benne. *Tehát onnantól mindenképpen komolyan kell venni.* Nekem sokat segített végül az a fajta odafordulás a kezdetektől, ami ugyan ijesztő volt számomra a legelején. Meg az is belejátszott, hogy én el sem tudtam képzelni, hogy milyen alternatíva van helyette, mi más egyáltalán. Mivel én egy nappali rehabilitációs helyen kezdtem a felépülést, *nekem sokat jelentett, hogy*

*alacsonyküszöbű hely is volt, hogy bemehettem beállva is. Mert az első egy-két hónapban így mentem be. Máshogy azt gondolom, nem mentem volna, vagy esetleg évek múlva. Az fontos volt, hogy mutatnak egy másik utat, láttam felépülőben lévő függőket, és tudom, hogy drogozott régen és most jól érzi magát. Egyszerűen, hogy jól érzi magát, én meg iszonyatosan vagyok. Még valami, hogy egész életemben az hajtott, hogy tartozzak valahova. És ott azon a helyen ezt megmutatták, hogy én is tagja vagyok ennek a körnek. Előtte meg mindig úgy éreztem, hogy egyedül vagyok a világban, hogy elmebeteg vagyok ezzel a gondolkodással, ezzel a bajjal. Egyébként is inkább gyógyszereket szedtem, azzal meg ugye *nincs semmi baj*... Úgy összesen kb. hat évet töltöttem kórházi osztályokon, de semmi az égvilágon nem történt, pontosabban annyi, hogy *egyre többféle gyógyszert, meg rémes embert ismertem meg. A vége felé a designer drogok is feltűntek, de nekem a gyógyszerek adták az ismerős biztonságot.**

– *Hogyan látod, mi minden segített a felépülésben az ellátórendszeren belül (intézmények, terápiás formák)?*

– Nehéz hirtelen összeszedni. Nekem elsőként az jut eszembe, hogy úgy jó voltam, ahogy voltam: az *elfogadás*. Számomra hihetetlen elfogadással, úgy, hogy közben *én gyűlöltem magam*. Főként a felépülő segítők, esetemben. Először ez, később persze mások is, de először hozzám ez jutott be, hogy úgy tudtak hozzám szólni, hogy azt meghallottam. Meg, ahogyan említettem, hogy bemehettem beállva is, mert akkoriban én még nem voltam azzal tisztában, hogy nekem a szerek a problémáim. Azután a közösség, ami nagyon nagy segítség volt, az integrálódás a közösségbe. Közhelyek, hogy nyitottság, meg odafigyelés, de lehet, hogy ezeket addig nem is hagytam volna.

– *Hogyan emlékszel, mi volt számodra a leghasznosabb?*

– Tényleg a szeretet, elfogadás, a közös nyelv, hogy értik a megkattant állapotomat. Talán ezek. Még valami, nekem *a zene és a színház, ami bejutott, hamarabb, mint más szöveg*. Ezekre „becipeltek” és ez a varázslat, ez hatott.

– *Miképpen terveznéd meg saját tapasztalataid alapján azt az ellátórendszert (intézményt, terápiát), amelyik a józanságot tekinti a legfontosabbnak? Kik lennének segítők? Mi mindenre volna szükség a működéséhez?*

– Jól feladtad a kérdést... Hát én elsősorban olyan embereket gyűjtenék magam köré, akiknek hasonlóak a tapasztalataik, *felépülő függők*. Ugyanakkor szükség van, nem szeretem ezt a kifejezést, hogy „normi”, de igen, rájuk is szükség van, az ő látásmódjukra, szemléletükre. Sokszor ez utóbbi az életszerűbb, és kiegészítik egymást. Azután *a függő segítők képezzék magukat, tanuljanak, ez a szakmai tudás is kell egy jó segítőnek*. Én mindenképpen beletennék *élményterápiás formákat*, zene, színház, foci, sziklamászás, nekem ez is fontos volt, megint csak egy másik közegben megnézni magunkat. *Kizökkenteni a megszokott dolgokból*. Egy vonzó, barátságos légkör, az is

fontos, nem egy riasztó hely, mint a kórház. De ugyanakkor következetes hely is kell, hogy legyen, egy közösen, egy irányban gondolkozó stábbal. *Olyan segítőkét képzelnék, akik magukkal is rendben vannak. Borzasztó káros lehet egy rossz segítő, én azért több ilyet is láttam.*

– *Mit gondolsz, mit tudsz az utógondozásról? Tapasztaltál-e akkoriban, az elején nehézségeket? Mi hiányzott, hogyan oldottad meg?*

– Erről elsősorban *nem jó dolgok* jutnak eszembe. Az is a történet része, hogy az az intézmény akkoriban eléggé szétesett, amikor én a terápia vége felé jártam, és szanaszét volt minden, emberek jöttek-mentek, káosz volt, kevés figyelmet kaptunk a végén. Az utógondozást a személyes segítőm próbálta megvalósítani, hogy próbáljon visszatérni erre a helyre. Nekem ez egy komoly gyászt jelentett, elveszíteni azt a helyet, ahol előtte biztonságban éreztem magam. Voltak feladataim, szerepköröm. De kaptam feladatokat, hogy *milyen új helyeket, embereket kell beépítenem az életembe, ez volt az utógondozás lényegében. NA-ba nem jártam akkor még rendszeresen, de az lehet egy jó módja az utógondozásnak.* Visszatérve az előző kérdéshez, az *utógondozás kialakítása hangsúlyos kérdés* lenne az intézmények esetében. A kliens érdekeit szem előtt tartva leválasztani fokozatosan az intézményről, hogy akár akaratlanul is, de ne kössék oda túl erősen. És itt megint *a segítő kérdés, hogy ő is el tudja engedni a kliens kezét*, mert láttam rossz példákat is. Amikor pedig már az lenne a segítség, hogy elengedje a kliens kezét. De *nem tudom, hogy itt a normatíva mennyire számít bele ebbe a kérdésbe vajon.*

– *Mi az a szerhasználati probléma, amivel nem foglalkozik ma az ellátórendszer, vagy nem eléggé foglalkozik vele?*

– Azért ehhez különböző szakemberek kellenének, hogy biztonságosan lehessen csinálni, pl. a kettős diagnózisú kliensek esetében. Ez nehéz kérdés, de például a fiatalkorúak helyzete. Engem is ide-oda tologattak. Engem mondjuk 10-12 féle gyógyszerre ráakott egy gyerekpszichológus 12 évesen a kórházi osztályon, ahova végül kerültem. Depresszió, mániás depresszió diagnózisokkal. Ez azért probléma, a fiatalkorúak ellátása, habár vannak már próbálkozások ebben a témában. Saját példamból – ezt nem tudom, hogyan fogalmazzam meg –, a gyógyszerhasználat úgy van a köztudatban, hogy *az csak gyógyszer.* Emlékszem, hogy az én régi helyemen a vezető azt mondta, hogy tőle mindig a heroint várják mondani, a többi „csak” alkohol, gyógyszer, fű... *Jobban elfogadott szerek, de később vesszük észre, hogy baj van. Meg hát, ha nem az a cél, hogy újabb és újabb gyógyszereket adjanak, kérdés, hogy ismernek-e más alternatívát (NA, TC) az ellátórendszerben dolgozók, mint a bevett módszereket, pl. receptek, gyógyszeres kezelés. Érzékenyítések segíthetnének ebben, gyakorlati helyek megismerése.*

– *A kezelésből, terápiából mivel küldenek el embereket tapasztalataid szerint? Milyen kritikus történések vezethetnek ehhez a lépéshez?*

– *Egy nappali helyen, ahol én is voltam, az is előfordul, hogy együtt kezdenek el drogozni, ha találnak ehhez megfelelő társaságot.* Mondjuk ezért, és akkor ráfognak valakire, hogy rossz hatással van a többiekre. Szerintem ehhez szükséges a másik fél fogékonysága is, de mindegy. De több olyan emberrel találkoztam, akik a drogozáson keresztül tudnak kapcsolódni másokhoz, és elvisznek magukkal valakit. Vagy egy szerelem, érzelmi fellángolás, ami egy módja annak, hogy ne kelljen önmagával foglalkoznia az embernek.

– *Mennyire világosak, kifejezettek az intézmény részéről az elbocsátás, szerhasználat kritériumai*

– Ez jó kérdés, szerintem *semennyire*. Nem nagyon, nyilván van egy-két alapszabály, mint szerhasználat. De ez sem teljesen egyértelmű, főleg, egy olyan helyen, ahol van alacsonyküszöbű szolgáltatás is. *Itt ez eleve nem mondható ki, hogy van, akinek lehet, másnak meg nem. Ebből voltak is problémák, például amikor én már 2-3 hónapja tiszta voltam, nagyon nem néztem jó szemmel, hogy van, aki meg be van állva, veszi ki a Metadont a zsebéből, meg odadobálja elém.* Igen, hát ez nehéz dolog, hogy ez hogyan fér meg egymás mellett. Mégis, ha a segítők ezt kontrollálják, akkor lehet kézben tartani, de az tény, hogy nem nagyon világosak ezek a kritériumok. Talán azért is folyik ez össze, mert személyre szabott a program nagyrészt ezeken a helyeken. Az is biztos, hogy az első egy-két hónapban ezernyi szabályt szegtem meg, akaratlanul is, de nem voltam olyan állapotban, hogy számon lehessen rajtam kérni. Volt olyan nálam is, hogy *négykézláb mentem be két hónap után, de azt már nem tolerálták, akkor már elvárható volt tőlem, hogy tiszteletben tartsam a szabályokat. Ehhez folyamatos foglalkozás, következetesség kell.* Néhány alapszabály kell: legyen meg a mások tisztelete, nem alázzuk meg egymást, előítélet-mentesség.

– *Felépülés és munka világa, hogyan függ ez össze? Milyen segítség lenne hasznos e téren?*

– Szerintem az egy zseniális módja, hogy *van ez a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás.* Habár én úgy tudom, hogy egyre kevésbé van, kevésbé elérhető, de én dolgoztam ebben másfél évig. Nekem sokat segített, hogy *védett környezetben*, ugyanott dolgoztam, ahol felépültem, viszont nagyobb felelősséggel: ha elkéstem számon kérték; konfliktusokat megoldani a munkatársaimmal – ez volt a legnehezebb. [Abban, hogy] önállóan tudjam végezni a munkámat, nekem sokat segített, az biztos. Egy zárt intézményben azért máshogyan néz ki, de nappali ellátásban ez jó elem lehet, jó ugródeszka.

– *Foglalkoznak-e a munkára való felkészítéssel az intézmények valamilyen specifikus vagy nem specifikus formában?*

– Esetleges, véleményem szerint. De egy idő után dolgozik maga az egész, hiszen, ha látják egymást az emberek, hogy neki is meg neki is van munkája, dolgozik, akkor sokkal könnyebb. Egy nappali intézményben tud jól működni egy ilyenfajta foglalkoztatás, egy

darabig biztosan, ha ott helyben zajlik, de aztán továbblépni – mondjuk, egy évig gondolkodnék benne. Főleg esetemben, aki előtte nem dolgozott, pl. a főnökkel beszélni, szabadságot kérni – ilyesmikre gondolok. Egy bentlakásos esetében nem biztos, hogy erre van szükség.

– *Előfordult olyan, hogy intézményellenőrzéskor az intézmény működését vizsgáló személyek szóba elegyedtek veletek, közületek valakivel?*

– Igen, a foglalkoztatás kapcsán igen, az NRSZH például, ők igen. Egyébként kedvesek is voltak a terápásokkal.

– *Milyen téves nézetek jelennek meg a tévében, újságokban a szerhasználatról, függőségről, felépülésről? Mit lehetne ezekkel kezdeni?*

– Azt nem tudom, hogy mit lehetne ezzel kezdeni, mert az a vonzó egy hírben, ami abszurd, hihetetlen vagy különleges, kiemelkedő, nyilván azért torzítják el a filmekben is. Építenek erre nyilván. Vannak azért jó példák, mi voltunk együtt is például a (...) rádióban. De hát az izgalom, a szélsőségek jobban mennek, meg a *sztereotípiák* ezzel kapcsolatban. A legfőbb kép, hogy *a drogosok menthetetlenek, hogy nincsen kiút, régről leginkább ez jutott eszembe. Negatív karakternek biztos befutó egy filmben egy droghasználó, de az első háromban biztosan benne van.*

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Az interjúból kibontakozó kép alapján az ellátórendszer fogyatékosága, hogy a gyógyszerfüggőséget nem ismeri fel, sőt gyógyszerrel próbálja kezelni. Ezen a téren képzések szükségesek.*
- *Szükséges a gyógyszerfüggőség jelenségvilágának kutatása.*
- *Megmutatkozik az alacsonyküszöbű ellátás relevanciája, a kezdeti elfogadás fontossága. Ugyanakkor az elfogadás jó esetben nem parttalan, a biztonságos, elfogadó környezet fokozatosan elvárásokat támaszt a kliens felé, aki ezeknek meg is tud felelni.*
- *Egyfelől hasznos a józanodó szerepmodellek jelenléte, másfelől a józanodás korai szakaszaiban kockázatként jelenik meg az aktív szerhasználó.*
- *A segítőként dolgozó felépülő függők tapasztalati tanulásának elismerése, és képzések biztosítása számukra.*
- *Speciális, „kizökkentő” terápiai formák elterjesztése, további modellprogramok kidolgozása.*
- *A felépülés értékeinek bemutatása a médiában.*
- *Védett munkahely, támogatott lakhatás.*

## 2. Interjú

Az interjúalany 38 éves, 5 éve józanodó férfi. 20 éves kora körül kezdett különféle kábítószereket használni, végül heroin; ekkortól, kb. 28 éves korától fordult meg többször pszichiátriai-addiktológiai osztályokon, és részesült metadonkezelésben. Egy zárt osztályról került rehabilitációs intézménybe kb. 8 év szerhasználatot követően.

– *Hogyan mutatnád be magad néhány szóban?*

– 38 éves leszek hamarosan, több mint 5 éve vagyok felépülésben. Erősáramú szerelőként dolgozom, és szeretem az életem.

– *Hogyan viselkedik egy felépülésre még nem motivált függő az ellátórendszerben?*

– Én egy zárt osztályról kerültem le egy kezelőintézetbe, és én azt éreztem ott, hogy ugyan nem önszántamból jöttem, de valamiféle feladással kerültem egy ilyen intézménybe. Mindegy, hogy mi, csak történjen valami más. Amikor megérkeztem, úgy éreztem, hogy ott biztonságban vagyok, nekem ez volt az érzésem, hogy *biztonságban vagyok végre* egy számomra egyébként vadidegen közösségben. És nekem ez volt a kezdetekben a legmeghatározóbb dolog, és hát, mint egy jó függő, ebben *próbáltam észrevétlen maradni*. De biztonságot adott, ez segített bekerülni, ott maradni abban a közösségben. Érdekes ez, mert a motiváció összetett dolog. Én úgy voltam, hogy történjen már végre velem valami. Én addig nem tapasztaltam olyat, hogy *milyen hasonszórú emberekkel lenni, akik már benne vannak a felépülésben, és egyáltalán párbeszédbe keveredni velük. Ez nekem nagyon meglepő volt*, hiszen hoztam az utcáról egy konok tagadást, amit ott is képviselni akartam. Önmagában motiváció az is, hogy a körülöttem lévők tudták, hogy én *miket hazudok*, hogy mi van velem. Ez volt először motiváló, ismeretlen és félelmetes is egyúttal, de a lelkemben éreztem egy biztonságot. Nekem viszonylag sokáig ment életem is így-úgy az anyagozás mellett az, aztán az intravénás heroin kb. öt évig, a vége már a designer drogok megjelenése, mefedron, ilyesmi. Több helyen voltam végül metadonkezelésben is.

– *Hogyan látod, mi minden segített a felépülésben az ellátórendszeren belül (intézmények, terápiás formák)?*

– Valahova tartozás, egy körben hasonló emberekkel, ennek a biztonsága. Elfogadtak, ahogyan vagyok, ez számított sokat, a mai napig is. A józanodásban előttem járók, egy segítő például, aki ikonikus volt számomra, egy igazi kábítószeres, aki itt ül teletetoválvá, akinek volt egy élete. *Valahogyan akartam olyan lenni, mint ő, hasonlítani rájuk, akiknek volt egy múltuk, de a jelenben teljesen mások. Ez új volt, jó volt.*

– *Hogyan emlékszel, mi volt számodra a leghasznosabb?*

– Az elején, hogy nem volt semmi szünet, *be volt osztva minden időm*, nem tudtam a fejemben lenni sokat. Később a színház is, habár eleinte ellenérzéssel [viszonyultam

hozzá], de később meg tudtam mutatni magam. Ez érdekes, hatott rám és másokra is. Utána később a foci is – ezek a terápiás formák.

– *Miképpen terveznéd meg saját tapasztalataid alapján azt az ellátórendszert (intézményt, terápiát), amelyik a józanságot tekinti a legfontosabbnak? Kik lennének segítők? Mi mindenre volna szükség a működéséhez?*

– Ez részint adott: a *felépülő függők* segítő szerepkörben például – enélkül nehéz lenne elképzelni. Amit kihagynék, ami nekem agyrém, én nem ebben voltam ugyan, de ez a „*betegségtudat*” *folytonos ismételtetése*, minden megmozdulásunkban. Ez nekem egy agyrém, nem is funkcionál túlzottan. Az önsegítő közösség az inkább, ami előrevivőbb lehet. Ugyanígy benne lennének a *csopartos foglalkozások*, együtt csinálni valamit, mindent – ami van is: zene, színház, foci stb. A 12 lépéses program is alap, a kemény szeretet is része kell, legyen. *A segítők, a stáb erős legyen, ők is csoportot alkossanak. Ne találjon rést a függő viselkedés, a mások hibáztatása.*

– *Mit gondolsz, mit tudsz az utógondozásról? Tapasztaltál-e akkoriban, az elején nehézségeket? Mi hiányzott, hogyan oldottad meg?*

– Nekem a rehabilitáció után volt utógondozásom, egy fél év egy *félutas lakásban*, ami ellen ágáltam, mert ez egy másik rehabilitációs intézethez tartozott, mert a miénk addigra megszűnt. Ez egy koedukált félutas, olyan szempontból, hogy különféle helyekről érkeztünk. Végül jó dolgokat tudok elmondani erről, voltak feladataim, egy biztos helyem volt, előtakarékoskodni kellett, dolgozni. Ezek jó tapasztalatok voltak a továbbiakra nézve, nehéz érzéseket megélni egy félig zárt közösségben, beszélni ezekről a nehézségekről. Máskülönben nem tudom, mi lett volna. Összességében pozitív élmény és lehetőség volt, ez nagyon lényeges eleme a felépülés folyamatának. Nincs hirtelen váltás, alakítani a folyamatot – ez nagyon fontos dolog szerintem, a fokozatosság: nem egy vákuumba, egyedül egy saját bérleménybe kerülni.

– *Mi az a szerhasználati probléma, amivel nem foglalkozik ma az ellátórendszer, vagy nem eléggé foglalkozik vele?*

– Tűcsere is lehet része a problémának? Az tény, hogy *gyógyszert nagyon könnyen adnak bármilyen kis bajra, tünetre, ami inkább lelki-mentális törődést igényelne*. Inkább gyógyszert kap. Talán öt orvosból egy, aki javasol valami mást (NA, TC).

– *A kezelésből, terápiából mivel küldenek el embereket tapasztalataid szerint? Milyen kritikus történések vezethetnek ehhez a lépéshez? Mennyire világosak, kifejezettek az intézmény részéről az elbocsátás, szerhasználat kritériumai?*

– A jól működő stáb funkciója hiányzott például a következő esetben, amikor én voltam kezelésben. Volt ott egy homoszexuális srác, és akkor nekem volt egy erős homofób identitásom, ő meg pont az a fajta lelkiség, aki plecsnival meg zászlóval hirdette a másságát – valahogy ez a kettő nem tudott találkozni. De én úgy gondolom, hogy

bennem volt egyfajta engedékenységgel, keresni a középutat, benne meg egy hatalmas játszma, amivel képes volt félrevezetni a stábot. Tehát az volt, ha még egyszer „lebuzizom” őt, akkor nekem el kell mennem. Akkor aztán valamit kellett mondjak, amit nem tudtam kimondani, úgyhogy mondták, hogy akkor menjek, és csomagoljak. Elkezdtem pakolni, a csoportból jött egy társam, hogy menjek vissza a csoportra. Ott pedig (...) -re [név] fordult az összes tekintet, és azt mondták neki, ha (...) [név] még egyszer azt mondja neked, hogy buzi, akkor el kell innen mennie. Sokáig volt ez, mert képes volt manipulálni a segítőköt is, valahogyan ez a kommunikáció hiányzott a stábból. Szóval ilyesmikre nincs egy pontos, írott szabály. Ahhoz kell egy jól felkészült stáb, akik látják, hogy ki mennyire destruktív. Ez mindennek az alapja.

– *Felépülés és munka világa, hogyan függ ez össze? Milyen segítség lenne hasznos e téren?*

– Nekem megvolt a szakmám, úgyhogy ez nekem nem volt gond. Kiegészítve persze a rehabilitációban tanult *képességekkel*, dolgokkal. Akkor ezzel nekem nem voltak komoly problémáim. Közben meg egy dolog jár az eszemben, (...) -en [település] is van egy ilyen foglalkoztatás. Az én munkahelyemen az is feladat, hogy tartozásokat rendezzünk, kimenjek, és a villanyórát kapcsoljam ki, mert díjtartozás van. Elég kényelmetlen szituáció, mert pont egy ilyen foglalkoztató helyre kellett kimenne, és a vezetőjét is személyesen ismerem, maga is benne van ebben a felépülési programban. És gondban voltam, hogy akkor hol a felelősség, következetesség, tisztesség. Ami nem kerülheti el a figyelmét, hogy mekkora tartozása van. És akkor, amit tanultam, hogy a megoldásban lenni, hogy ne okozak kellemetlenséget, valahogyan emberséget mutatni. Kértem haladékot, az én kapcsolataimat megmozgatva, egy napot, és másnap rendeződött a dolog – de ez már nem tartozott rám.

– *Foglalkoznak-e a munkára való felkészítéssel az intézmények valamilyen specifikus vagy nem specifikus formában?*

– Én a *félutas rendszerre* gondolok ez esetben, mert itt arra is van lehetőség, hogy akár képesítést is szerezzen, akinek van erre hajlandósága. De mondjuk, hogy létrehozok valamilyen kis üzemet vagy pizzériát, ahova *én tolom be az emberkéket, akkor a munka, felelősség nem egy életszerű, való dolog. Az kényszerű semmi, nem az önállóságot tanítja vagy tükrözi.* Mert ha motyó kellett, megmozgattam mindent érte. Ha negyed olyan erővel működök, akkor is képes vagyok előre jutni munka stb. terén.

– *Milyen téves nézetek jelennek meg a tévében, újságokban a szerhasználatról, függőségről, felépülésről? Mit lehetne ezekkel kezdeni?*

– Például azt *nem mutatják egy híradó végén, hogy valaki 8 éve tiszta, hogy hozott valamit az életbe, hogy családja van, megszületett a gyereke. Nem: a mocskos drogos, kábítószeres – a hírekben, ezek jönnek le.* Jó példa, az is lehetne, az ellenkezője. Mondjuk



én öt éve élek (...) -en [település], sokan feltételeznek rólam ezt-azt, valami nehéz múltat – ez az érzésem általában; és akkor az (...) tévén volt egy műsor a színházterápiáról, ezt látták ismerőseim, ehhez például gratulált is egy ismerősöm, mert ott felismert. Ez egy érdekes helyzet volt.

### ***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *Hasonlóan az előző interjúalanynál megfigyeltekhez (és a terápiás folyamatértékelések alapvető eredményéhez), itt is a biztonságos környezetben belüli kihívások jelentik a felépülés kezdetét. A javaslatok az előzőekkel azonosak – talán még markánsabban jelenik meg a pszichoterápiás orientáció szükségessége.*

### **3. Interjú**

Az interjúalany 34 éves, 7 éve felépülésben lévő férfi, bentlakásos rehabilitáción vett részt. Ivott, szipuzott, majd stimulánsokat használt 14 éves korától, a rehabilitációra kb. 13 év szerhasználatot követően került, 27 éves korában. Előtte egyéni konzultációban részesült rövidebb ideig, ezt követően ő és a családtagjai bukkantak a bentlakásos kezelőintézményre.

– *Hogyan mutatnád be magad néhány szóban?*

– Magamról azt mondanám, hogy politoxikomán vagyok. Alkohol, szipu, fű, szintetikus szerek, extasy, amfetamin – ezeket fogyasztottam. 14 éves koromtól drogoztam, és 27 évesen kerültem rehabilitációba, amikor a szerhasználat miatti nehézségek összenyomtak. Az alkohol volt az első, aztán szipu, a legvégén megint szipu – ez volt a vége. Súlyos droghasználat időszaka: az utolsó négy év biztosan, akkor már a családom is nagyon mondta, hogy keressünk valami segítséget, nem bírják már. Most már 7 éve vagyok tiszta.

– *Hogyan viselkedik egy felépülésre még nem motivált függő az ellátórendszerben?*

– A városban, ahol laktunk, sokat jártam addiktológiai konzultációra, persze, inkább a család felé mutatni valamit, így kamu az egész. Amikor (...) -ra [egy rehabilitációs intézmény] kerültem, akkor inkább a nyomor, a kilátástalanság nyomott össze, na, abból az érzéstartományból akartam valahogyan kijutni. Én valahogyan akartam, hogy ott maradhassak (...) -n [egy rehabilitációs intézmény] a felvételein, ha nem is tudtam, milyen lesz aztán majd. Féltem, hogy nem maradhatok. Bennem volt egy ilyen, ha nem is teljesen őszinte szándék. De ha lett volna pénzem, akkor lehet, hogy még drogoztam volna – ha lettek volna még lehetőségeim.

– *Mikortól érezted magad motiválnak a kezelésre, terápiára? Sokszor ez a panasz a kezelőhelyek részéről, hogy nem motiváltak a jelentkezők?*

– Valójában aztán csak hagytam az elején, amikor (...)n [egy rehabilitációs intézmény] voltam, hogy megtörténjen velem ez, mert nem volt opcióm. Aztán szó szerint azt éreztem, hogy velem is megtörténhet, mert láttam másokon, hogy egy éve tiszták. Magam esetében valahogyan akkorra megértem erre. Csak fejben viszont hiába van meg, hogy vége legyen, nem voltam rá képes. Nekem ott elég volt, valami mást akartam. Bennem is megfogalmazódott, hogy *szeretnék egy rendes életet, családban lenni. Azt is mondtam magamnak, hogy én nem erre vágyom, de magamban legbelül nagyon vágytam rá.* Félttem, mert nem tudtam, hogyan tudok egy olyan helyzetben benne lenni.

– *Hogyan látod, mi minden segített a felépülésben az ellátórendszeren belül (intézmények, terápiás formák)?*

– Mondom, *egyéni konzultáción* részt vettem a rehabilitáció előtt is többször, attól csak izomból tudtam tiszta maradni kb. *egy-másfél hónapig.* Aztán folytatódott minden, sőt, még szarabbul [ment]. Nekem *az segített, hogy ismertem valakit, aki abbahagyta a drogozást.* Ő volt a példa, ismertem, amikor használt: nahát, vele nem álltam szóba, annyira kerültem. Amikor anyagozott, nem bírtam, aztán láttam a tv-ben őt, hogy abba lehet hagyni: ő volt (...) [név].

– *Hogyan emlékszel, mi volt számodra a leghasznosabb?*

– Például, hogy voltak ott ugyanolyan emberek – amit említettem is –, mint én. Lehet, hogy más történettel. Közösségben lenni, együtt benne lenni helyzetekben, csoportosan alakulni, változni: foci, színházazás – ilyesmi. Hogy meg tudtam mutatni magamat, beszélni a legbelső érzéseimről, amiket addig nem tudtam elmondani. És hogy mások is beszéltek azokról. Nem kellett szégyellni magam, félnem, hogy visszaélnék velem. Meg akik visszajöttek, idősebb józanok, vagy akik már előttem jártak itt a közösségben. És mondták, hogy majd elmúlik a szar, majd változik, minden jobb lesz. Ha nem voltam jól, próbáltam ezekre hagyatkozni, hallgatni rájuk. Amikor jöttek a régiiek, megkérdeztek, foglalkoztak velem, igazából szerintem a közösség, az hatott rám, változtatott. A kétség ott volt, hogy tényleg megtörténhet-e velem, tisztán tudok-e maradni, mikor múlik el a sóvárgás bennem. Tisztán élni, valami kapcsolatban, na, meg dolgozni majd. Hogy legyek egy nagyobb, tágabb közösség része, ne csak egyedül magam a világban. Hogy mindezt elhiggyem. Szoktam arra gondolni, hogy majd elmúlik a rossz érzés, ez nem marad így, akármilyen rossz is. Ezeket tanultam és használom is a nehezebb időszakokban.

– *Miképpen terveznéd meg saját tapasztalataid alapján azt az ellátórendszert (intézményt, terápiát), amelyik a józanságot tekinti a legfontosabbnak? Kik lennének segítők? Mi mindenre volna szükség a működéséhez?*

– Szerintem az az alap, hogy legyenek olyanok az ellátórendszerben, akik felépültek. Én ezt ismerem, ez a tapasztalatom, nekem ez segített. Legyenek felépült

szervedélybetegek. Az egyéni konzultáción hazudtam, de egy terápiás közösségben ez nem megy. Látnak, kapok egy tükröt, ott ülnek körülöttem. Erős közösség legyen. De voltak nem függő segítők is, akik jól álltak hozzám, tapasztaltak voltak, értik, miről van szó. Most csak arra tudok gondolni, amiben voltam, mást nem tudok kigondolni a fejemből. Nekem az úgy segített, ami volt, a kezdete ez volt a mostani életemnek.

*– Mit gondolsz, mit tudsz az utógondozásról? Tapasztaltál-e akkoriban, az elején nehézségeket? Mi hiányzott, hogyan oldottad meg?*

*– Féltas? Nekem az segítség volt, hogy nem egyből kitettek a világba, hanem volt kivel beszélni a nehézségekről. Meg (...) -ra [a rehabilitációs intézmény] visszajárni, az nekem is egy leválási folyamat, tudtam adni. Akkor talán lehettem én is egy példa. Anyagi nehézségeim voltak, félttem, hogyan fogok gazdálkodni egy adott fizetésből. De azt éreztem, hogy előttem a világ, vannak kapcsolataim, egy új város, ahol nem ismernek. Persze szerettem volna kapcsolatot, barátnőt, de ez nem olyan nehézség volt, hogy amiatt újra használjak. Inkább lehetőségnek éreztem azt az új helyzetet. Kaptam iránymutatást: az önszolgáltató közösséget használni, kijárni a házba, csoportban lenni, visszajárni oda.*

*– Mi az a szerhasználati probléma, amivel nem foglalkozik ma az ellátórendszer, vagy nem eléggé foglalkozik vele?*

*– Erről egy beszélgetés jut eszembe, ahol ott volt az anyám, nővérem, segítők. Igazából az jött föl, mint gócpont, hogy apám iszik. De anyám azóta is, harminc éve, vele él. Ajánlottuk neki, hogy jöjjön hozzánk, amíg nem rendeződik a dolog, de ő csak panaszkodik, jajveszékkel, és közben nem változtat semmin. A kapcsolataink áttekintése, alapos megvizsgálása fontos dolog.*

*– A kezelésből, terápiából mivel küldenek el embereket tapasztalataid szerint? Milyen kritikus történések vezethetnek ehhez a lépéshez? Mennyire világosak, kifejezettek az intézmény részéről az elbocsátás, szerhasználat kritériumai?*

*– Amikor ott voltam, nálam is volt egy ilyen eset, mert két terápiás húzta egymást, és az egyiküknek végül el kellett mennie. Nekem négy hetesen ennyi jött le ebből – akkor félttem, hogy mi van, ha engem is elküldenek, hogy nem működök jól együtt. Abban a helyzetben nem volt világos. Később, pár hónap múlva, ha volt ilyen, akkor már jobban átláttam a helyzetet. De lehet, hogy egy fiatal terápiásnak ezek nem teljesen átlátható helyzetek.*

*– Felépülés és munka világa, hogyan függ ez össze? Milyen segítség lenne hasznos e téren?*

*– Időt kaptam, az segítség volt, nem volt az a kényszer, hogy azonnal kell munkát találnom. Kaptam néhány segítséget: ingyen telefonálni, és készítek önéletrajzot. Szakmámban kerestem munkát, hívtam fel cégeket. Az egyik helyről azt mondták, hogy*

két nap múlva jöhetnek, úgyhogy hamar találtam munkát. De látok olyat is, hogy nem talál valaki könnyen munkát. Attól függ, mennyire elszánt, de tudom, ez nehéz kérdés.

*– Milyen téves nézetek jelennek meg a tévében, újságokban a szerhasználatról, függőségről, felépülésről? Mit lehetne ezekkel kezdeni?*

*– „Nulla ember [a „drogos”], nem érdemel semmit.” – közben meg ott van egy ember mögötte. „Maguk tehetnek a problémájukról.” – holott ez nem teljesen igaz. Nem kaptam támogatást, érzelmi segítséget. A felépülésről látok ilyen egy közösségi oldalon például, de lehet, hogy most ezt már jobban figyelem is.*

#### **Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:**

- *Az előző szempontok megerősítése mellett felvetődik az egyéni terápia hatékonyságának kérdése. Ezt további célzott kutatásokkal lenne érdemes tisztázni (milyen esetekben segíthet, és mikor nem?)*
- *A kapcsolathálózati munka mint fókusz.*
- *A felépülő szerepmoddellé válása segíti az önértékelés javítását, a felépülés stabilizálását.*
- *A közösségi oldalakon elérhetőek alternatív információk, olyanok, amelyek hitelesen megmutatják a józanodók világát is. A mainstream média számára ezek a források fontosak lehetnek, elősegíthetik a médiaszakemberek szemléletváltását.*

#### **4. Interjú**

Az interjúalany 50 éves, 7 éve felépülésben lévő férfi, alkohol- és gyógyszerproblémákkal kezelték. 43 évesen, kb. 30 év ivás után került rehabilitációs intézménybe. Első kezelése 1994-ben egy elvonókúra volt, majd több ízben ugyanez ismétlődött. Később periodikusan pszichiátriai-addiktológiai osztályokra kerülés és ismételt alkoholizálás váltakozott. 2001-ben rövid időt töltött (...)on, és 2010-ben maga jelentkezett (...)ra [rehabilitációs intézmények]. Interneten talált rá a kezelőhelyre.

*– Hogyan mutatnád be magad néhány szóban?*

*– Elvonókúrára voltam először 1994-ben – nem érdemel túl sok szót, kaptam temérdek gyógyszert, aztán kimentem, ittam tovább. 2001 körül jutottam el először (...)ra [egy rehabilitációs intézmény], ahol először hallottam olyan programokról, ahol sikerül embereknek leállnia – bár ott sem láttam azt, hogy bárki talpon maradt volna azon a helyen. Aztán amit még megjártam, a pszichiátriai és addiktológiai helyek, ahol mindig az volt, hogy bementem delíriummal, lehoztak gyógyszerrel, de kaptam egy másik gyógyszert, és kevesebbet kellett fizetnem a piáért. Gyakorlatilag így működött az életem kb. 15 évig. Addiktológiának nevezett helyre be, kicsit kipihenni magam, aztán utána 1-2 évig tovább, aztán ez a köztes idő egyre rövidült. A mostani részéről az*

életemnek: 50 éves vagyok, 30 évet ittam összesen, ebből az utolsó 15 év volt nagyon kegyetlen.

Az első „megnyugvásom” alkoholtól 9 éves koromra tehető. (...) -ben [ország rész] születtem, apa, nagypapa alkoholista, nem volt más dolgom, mint követni a családi mintát: a férfi akkor férfi, ha részegen veri az asszonyt – valami ilyesmi történet. 14 évesen a ballagáson meg kellett inni az első sört, felest a srácoknak. Szegénység, nincs munka – miről beszélünk? Úgy emlékszem, hogy abban az időben volt munka, tehát inkább ez, *az ivás volt a minta*. Tipikus alkoholista karrier: házasság, gyerek, válás; *vagyonok csúsztak le a torkomon. A hajléktalanlétig jutottam*. Amikor eljutottam erre a helyre, (...) -ra [rehabilitációs intézmény], *esélytelennek gondoltam magam, mert ismertem az addiktológiákat*. Nem láttam, hogy létezhet olyan hely, ahol én, *akiről azt gondoltam, egy szörnyeteg vagyok, kijózanodhatok*. Mostanra 7 éves józan múltam a nyáron, ebben persze vannak periódusok, amikor nem éppen józanodom, de akkor sem iszom.

– *Hogyan viselkedik egy felépülésre még nem motivált függő az ellátórendszerben? Mikortól érezted magad motiválnak a kezelésre, terápiára? Sokszor ez a panasz a kezelőhelyek részéről, hogy nem motiváltak a jelentkezők...*

– *A felvételin inkább abban reménykedtem, hogy nem vesznek fel, mert volt nálam még pár száz forint, hogy abból vegyek egy kannás bort, és eljussak egy hajléktalanszállóig. Tehát otthonról már el kellett mennem, ahol fogadnak, ezért mentem ebbe a rehabilitációba is. De ott történt valami, mégpedig, hogy a felvételi után hamarosan eltört a lábam, és nem tudtam lelépni magam elől. Ez egy másik sztori, nem tudom, hogy beleillik-e ebbe az interjúba. Ez a saját történetem – valahogy el se tudtam képzelni, hogy abba tudom hagyni a piálást. Abba akartam volna, de nem volt bennem semmi bizodalom, hogy abba is hagyom. Aztán ott történt az is, hogy jöttek vissza józanok, akiket nem sokat láttam előtte – ez fontos volt. Mert az elvonókon mondjuk visszamentünk 15-14-13-an, közben *kihaltak közülünk sorban. Mondjuk az, hogy valaki 6 éve józan, hihetetlen is volt számomra, meg önszántukból, nagyon nagy szívvel jönnek vissza (...) -ra* [a rehabilitációs intézménybe]. *De valahol ott belül az motoszkált bennem, hogy nekem ez úgysem fog menni*, és akkor focin – terápiás eszköz – csúnyán eltört a lábam. Műtötték (...) -n, (...) -n [városok] is. Az is egy jó élmény volt, hogy a (...) -i kórházban szívesen fogadtak, és jól elláttak, mert, gondolom, volt egy jó kapcsolat a hellyel, ismerték már a sebészorvosok, nyitottak voltak hozzám. Tehát ez volt az első haszna, hogy én egy közösségi terápiából jövök, hogy *nem úgy kezeltek, mint egy cefet alkoholistát. Élmény volt, hogy szépen beszél velem a kezelőszemélyzet*.*

– *Hogyan látod, mi minden segített a felépülésben az ellátórendszeren belül (intézmények, terápiás formák)?*

– Például ahogyan fogadtak ott a rehabilitáción, *éreztem egyfajta nyitottságot. Persze ez rögtön el is bizonytalanított, hogy akkor mi lesz most itt velem.* De hát mégis jó volt, ugye hát a „szeretet völgye” – úgy tudom mondani. Volt egy másfajta hozzáállás az ilyen lepukkant emberekhez, mint én is voltam. Az nagyon sokat segített, hogy láttam visszajönni józan embereket, még ha magamban nem is hittem. Aztán sajnáltam, hogy *nem tudtam előbb, hogy létezik ilyen.* Előtte az addiktológián a főorvosnő azt állította, én már soha az életben nem fogok kijózanodni, megváltozni. A kórházban semmit nem törődtek az életemmel, nem ajánlottak semmit. Én kezdtem interneten nézelődni, hol húzzam majd meg magamat, ha kidobnak a kórházból. De azóta ott is főorvosváltás volt, tehát bízom abban, hogy változott a dolog – ez nyolc éve volt –, de azóta nem jártam arrafelé. Kérdésre visszatérve, mindig történt valami, ami kiemelt engem a kétségeimből, a segítők is, pedig nem voltam egy szakmai szempontból kecsesgetető kliens. Közben el volt törve a lábam, és akkor elkezdtem olvasni az AA Nagykönyvét – a (...) [név] adta a kezembe, és az hatott is rám –, először a történeteket, aztán tovább. *A mai napig emlékszem az első AA-gyűlésre, tudom, ki miről beszélt, fel tudom idézni, kik ültek mellettem. Annyira meghatározó volt, hogy ott szeretettel fogadtak. Én magamat gusztustalannak éreztem, tehát fizikálisan is – hogy zavart, ha valaki megérintett.* Az volt bennem, hogy méltatlan vagyok erre. Szóval ilyen érinthetetlenek éreztem magam, mert redvás voltam. Aztán itt is [a rehabilitációs intézményben], maga a masszírozás-történet, ami iszonyatosan szar volt nekem az elején. Rosszul voltam tőle, hogy főleg azoknak kellemetlen, akik hozzám érnek. Először, amikor mondták, hogy „Megmasszírozunk.”, mondtam: „Mi van?”. Kész voltam, ez volt az első nap, és nekem az egyik segítő is, hogy úgy mondjam, „les-gyanús” volt. Hát mondtam, én innen megyek... És akkor jött a hova megyek, miért megyek... Akkor mégis, csak úgy megadtam magam, hátha hamarabb szabadulok.

– *Hagyd magad, előbb szabadulsz.*

– Meleg helyzet volt... Tehát volt bennem egy „hogy mi lesz itt most”, de hát hál’ Istennek... Nem mondom, hogy megszerettem, de mint terápiás eszközt, fontosnak gondolom. Ahogyan mondtátok „bemasszírozni a közösségbe”, nahát az elején nem annyira jó történet, de ez is fontos, része az egésznek.

– *Ahol segítőként dolgoztál, lehet ilyen eszközt alkalmazni?*

– Nem, nem, nem. Az konzervatívabb hely, mások az irányok ezeken a helyeken.

– *Nincs „tapi-terápia”.*

– Meg sok helyre eljutottam, ahova nem is gondoltam volna: Trogirba az NA nemzetközi találkozóra a (...) -ékkal [név] például; vagy különféle rendezvényeken voltam, szövegeltem magamról, ahol beszélhettem arról, hogy milyen gáz vagyok, meg honnan

jöttem, és büszke voltam, hogy most józan vagyok. Előtte egy senki, egy utolsó mocskok. Pedig ott is idegennek éreztem magam, meg feszültnék.

– *Emlékszem, ott pofátlankodtam veled a tengerben. Nem tudtál úszni, azt mondtad. Én sem...*

– Kiderült, hogy te se tudsz.

– *Bosszantottalak, meg fröcsköltelek.*

– Igen, igen. Ez is egy történet, kellett, hogy mozgassál, basztassál, különben leülök, mint az iszap.

– *Hogyan emlékszel, mi volt számodra a leghasznosabb akkoriban?*

– Az, hogy aminek én hittem magam, azzal szembesítettek. Az kellett nekem, habár akkor nem így éreztem. De valahogyan az fordult meg bennem, az a kép, amit én hittem magamról, hogy azért én mégis rendes ember vagyok, szeretem a családomat. De nem, nem vagyok rendes ember, de ezért nem kell átkoznom sem magamat. A cefre, a szer, ami kiváltotta belőlem, hogy olyan voltam. Hogy nem hagytak békén, hogy meglássam magam, amilyen valójában vagyok. Én ezt gondolom, meg hogy nem voltam magamra hagyva soha. Egyszer vigyáznom kellett az üres házra, és azt hiszem, még mondták is, hogy nyugodtan nézhetek tévét, amit csak akarok. Úgyhogy ezek után be se mertem kapcsolni a tévét. Valami mindig történt, ami nem hagyta, hogy olyan hulladéknak gondoljam magam, ahogyan bementem. Meg lássam magam a világban, hogy hol vagyok, és azt el tudjam fogadni.

– *Miképpen terveznéd meg saját tapasztalataid alapján azt az ellátórendszert (intézményt, terápiát), amelyik a józanságot tekinti a legfontosabbnak? Kik lennének segítők? Mi mindenre volna szükség a működéséhez?*

– Kicsit elfogult vagyok, ugye, mert én (...) -n [a rehabilitációs intézmény] „születtem”, emiatt úgy gondolom, hogy az egy nagyon jó mag, nagyon jó alap. Amit én gondolok, az ellátórendszerről érintőlegesen tudok, [hogy] hogy finanszírozzák, hogy nem, [az azon múlik,] ahány kliens van. Én, amit gondolok, az, hogy az *eredményeket valamilyen szinten figyelembe kellene venni a támogatásnál. Kapjon az az intézet több pénzt, ahol van eredmény.* A személyes tapasztalatom, hogy nem lehet olyan emberekkel dolgozni, akik csak azért vannak ott, hogy betöltsék a helyet. A segítői oldalról beszélek egy kicsit: hogy lehessen azt mondani, hogy „Barátom, te még fuss egy kört!”; de *nem lehet ezt mondanod bizonyos helyeken, mert fontos az, hogy ember legyen benn a terápiában, nem szabad elküldeni senkit, mert csókos.* Aztán megnézheti magát... Azt gondolom, hogy ez nonszensz, de ezt mint felépülő függő mondom, hogy az intézménynek is jót tenne, mert ha tíz ember van, és hat kijózanodik vagy nem megy el menet közben, és abból három megmarad, még mindig jobb, mint ha egy csomó ember jön, [aztán] megy, és nem épül fel. Főleg a fiatalok [ -nak kényelmes], akiknek még anya fizeti a

pelenkáját, és jó a rehaboknak, mert nagy a létszám, kapják a suskát – de ott érdemi munka nem következhet be. Főleg, hogy nagyon kevés a jó szakember, mert el van torzulva a rendszer, hogy végzett szociális munkás kell – de ezzel nem akarok megsérteni senkit, nem tudom, van-e az asztalnál végzett szociális munkás... [nevetés].

– *Ennél az asztalnál két ilyen végzettségű lény ül.*

– Ja, jó, hát... Azt gondolom, hogy aki „csak” elvégezte, nincs olyan szintű érintettség vagy kötelességtudata vagy ragaszkodása a függők felé, hogy „Én majd őt eltérítem.”. És mégis ehhez a végzettséghez van kötve a státusz. És nyilván nagyon jól tudja, hogy hogyan kell leadni a nem tudom én milyen rendszerbe a jelentést, mert ez megtanulja, az adminisztrációs melót jól csinálják, de aztán elmondja a srác a történetét, és akkor a hülye szocmunkás azonnal fel akarja hívni a rendőrséget. „De hát nem ez a dolgod!” – mondom neki, az meg jön nekem a végzettségével. Nem azt mondom, hogy mindig csak függők legyenek, mert ha csak függők foglalkoznak függőkkel, az sem az igazi – kevés. Azt gondolom, edukatív csoportokra is szükség lenne: milyen szerepek, milyen hatásmechanizmus [-ok vannak] például, hogy működnek – az orvosi része is kellene. Mondjuk, mi van, ha beveszek egy Rivotrilt, mit teszek magammal ott belül.

– *Be akarsz venni egyet?*

– Ja, igen, tudom – lehet, hogy ez csak az igényem. Betegségtudatnak hívják bizonyos kibaszott rendszerekben – viszont azt sem tartom jónak, mert ott meg mindig figyelik magukat a gyerekek, hogy „szomatizálok”, most „izélek”, meg ilyen hülyeségek. Mindegy mit csinálsz, csak maradj józan: az meg a másik véglet.

– *Szóval fontosnak tartod, hogy legyenek edukatív elemek is egy rehabilitáción.*

– Igen. Csoportkeretek között folyjék minden, például egyéni múltfeltárást végezni, az szerintem nem működik, mint ahogy (...) -en [egy rehabilitációs intézmény] megy ez. Nincs is eredményük. Mindent csoportkeretek között kellene megbeszélni, ilyen téma ez, mivelünk csoportban kell melóznia, nem egyéni himihumi. Azok legyenek ott, ahogy elmondtam, az jó, de legyen feldolgozva, legyen megnézve más oldalról. Az nem csak úgy történt, ahogyan én képzem – alaposan megpiszkálni. Leírom, felolvasom, meggyóntam Istenkének – ez kevés.

– *Mit gondolsz, mit tudsz az utógondozásról? Tapasztaltál-e akkoriban, az elején nehézségeket? Mi hiányzott, hogyan oldottad meg?*

– Fontos lenne a külső kapcsolatokkal is foglalkozni, tehát nem csak magával a terápiás józanodásával. Mondjuk a terápia utolsó szakaszában vagy az átvezetés, fázisváltás időszakában sokkal nagyobb figyelem kellene, ott is legyen mentora, segítőtje az embernek. És ne csak azért, hogy kitakarítottad-e a hálósobát vagy voltál-e gyűlésen. Mert ott jön el az a pillanat, hogy *otthon is rendet kelljen tenni*. Én is féltem hazamenni,



hogy mi vár otthon. Hazamegyek anyámhoz, a volt feleségemhez – milyen problémákkal [fogok szembekerülni]. Ez az átültetés, ez az *átmeneti időszak*, ez *fontos, nagyon sokan csúsznak el ott* – legalábbis én ezt látom. Amikor vége a rehabnak, tele *új információkkal, lehetőségekkel, de azt még nem tudom hova tenni*. Jó, mondják a szponzort, de én sem tudtam fél évig normális szponzort találni. Aki volt, az baszott rám, leszart, nem foglalkozott velem. Például anyámat elzavartam, amikor az elején jött látogatóba (...) -ra [a második rehabilitációs intézménybe]. Ő most 72 éves, és ugye nem változik. Erre fel kell készíteni az embert, hogy ha öreg, kimész... Nekem kellett három év, mire elfogadtam, hogy *anyám nem fog tudni másképp nézni rám, mint az alkoholista fiára. Mindig keresi, hogy mikor csíp rajta*. A telefonjaiban: „Kisfiam, olyan furcsa a hangod, ugye nem ittál!” – három évig ez ment. Aztán három év múlva megkérdezte, amikor hazamentem, hogy „És mikor jön el az az idő, amikor már megihatsz egy sört?”. Mondom: „Anyá, 15 éven keresztül azért harcoltál, hogy ne igyak. Én megiszok egy sört, akár most is, de akkor neked holnap nem lesz házad.” Nem értette, hogy mit akarok mondani ezzel. Most nem tudja mondani az ismerőseinek, hogy (...) [az interjúalany] nincs jól. Erre jó lett volna, ha kicsit jobban fel vagyunk készítve, hogy a kapcsolataink döntenek sok-sok mindenben, hogy hogyan és kivel milyen viszonyaink vannak. A fiaim, amikor felhívtak, három évig csak azt kérdezték, hogy voltam-e gyűlésen, beszéltem-e ma a szponzorommal. Ez volt a másik... *De annyi sokszor csalódtak bennem. Azt tudom, hogy abban nagyon nagy munkája volt a stábnak, hogy ők eljöttek meglátogatni engem a rehabilitációra*. Ezekre a családi kis izékre *jobban fel kellene készülni*. De most eszembe jut ez a kötelező állapotfelmérés is. Ez egy fals dolog. Aztán a félutas rendszerbe nem olyan segítőt tennék, akit ismer, hanem olyan valakit, akivel *meg kell ismerkednie, kapcsolatot teremteni vele*. Tudja-e alkalmazni, amit tanult a terápiás időszakban. Mert elkezdünk ugyanúgy hazudozni, lébecolni.

– *A régi stílus visszajön.*

– Igen, pillanatok alatt. Az utógondozás részben megoldott, részben nem. Nekem szponzort kellett választanom, de utólag nézve nem tudtam jól szponzort választani, mert előtte a segítóm volt, a (...) [név]. Voltam félutasban fél évig, *de sokkal nagyobb ívű követés kellene, a lélekkel foglalkozva, nem csak a gyakorlati dolgokkal*. Nem tudom, hogy ilyenkor van-e még támogatás, kvótarendszer, hogy *érdemes-e valakit benn tartani félutasban, csak a lóvé miatt*. *De van, akit meg nem kell benntartani, mert készen van, jól sikerült. Erre is figyelni. Azért mondom, ezek a kvóta számok engem mindig megzavartak: hánynak kell lennie.* – Hát amennyit mi ki tudunk emelni. – Más szempont. *Tudom, hogy minden a pénzről szól a mai világban, de jó lenne, lehetne jobba tenni, ettől függetlenül. Szóval jól dolgozni, szakértelemmel.*

– *Mi az a szerhasználati probléma, amivel nem foglalkozik ma az ellátórendszer, vagy nem eléggé foglalkozik vele?*

– *A gyógyszer például. Tudjuk, hogy nem jó, de nem foglalkozunk vele olyan komolyan. Egy gyógyszerfüggő nincs ma komolyan véve. Pedig amikor nem ittam, zabáltam a Rivotril meg altatókat, hogy legyek kiütve, mint a ló. (...) -n [a rehabilitációs intézményben] sem beszéltünk erről annyit, habár az gyógyszermentes hely volt. És azt gondolom, az jó, hogy csak akkor kapjon gyógyszert a gyerek, ha nagyon remeg a szeme – ja, hát ez is segít. Xanax és sör: én is ezt csináltam. Nekem is gyógyszerelvonásom volt, nem is aludtam jó darabig. A másik, hogy tizenéves gyerekekkel mit lehet kezdeni. Széthasználta az agyát, írni-olvasni nem tud. Semmi félelem, gát nincs benne. Nem ismerjük ezt, mások is bajban vannak ezzel, de sokan jelentkeznek, ahova egyáltalán felveszik őket. Otthonról hozzák őket szülők, nem tudnak velük mit kezdeni, bepaszírozzák az intézetekbe. Más világ van, de hát ezek a szerhasználók jönnek, nehéz velük, nincsen tudásunk hozzájuk. Annak sincs, aki azt állítja, van neki tudása.*

– *A kezelésből, terápiából mivel küldenek el embereket tapasztalataid szerint? Milyen kritikus történések vezethetnek ehhez a lépéshez? Mennyire világosak, kifejezetek az intézmény részéről az elbocsátás, szerhasználat kritériumai?*

– *Ha nekem problémám az agresszivitás, és beverem az ajtót, de nem verem meg a segítőt, akkor ez még belefért nálam mint segítőnél is. (...) -n [a rehabilitációs intézményben] annak idején az volt a jó, hogy nem mondták, hogy nem lehet agresszivitás. Azt képviselték a segítők, ha dühösek és agresszívak vagyunk, és például valamit össze akarunk törni, akkor előtte szóljunk, megmutatják, hogy mit lehet összetörni. Ritkán küldtek el valakit – tiszta, világos volt e tekintetben is a közösségi rendszer iránya. Ma már nem így van, a normatíva, fejpénz a meghatározó.*

– *Felépülés és munka világa, hogyan függ ez össze? Milyen segítség lenne hasznos e téren?*

– *A védett munkahelyek szerintem jók. Persze alaposan ki kellene képezni a fiatal szerfogyasztókat, hogy képesek legyenek majd dolgozni, eltartani magukat. Nehéz ügy, főleg, hogy nincs munka sem. Mire készítjük fel őket? Arra, hogy munkanélküliek lesznek? Azt már ismerik, benne voltak. Bár, szerintem, aki felépülésben van, ismeri a felépülési gondolkodást, azt megtalálja a meló is, boldogulni fog. Meg egymásnak ajánlgatva van a lehetőség.*

– *Foglalkoznak-e a munkára való felkészítéssel az intézmények valamilyen specifikus vagy nem specifikus formában?*

– *Persze, foglalkoztatás zajlik a terápiás időszakban, de ezek az alkalmak tele vannak alibizéssel. Itt is ott van a foglalkoztató normatíva, az a lényeg a vezetők számára, nem az igazi felkészítés.*

– *Előfordult olyan, hogy intézményellenőrzéskor az intézmény működését vizsgáló személyek szóba elegyedtek veletek, közületek valakivel?*

– Soha semmi ilyen alkalmat nem tapasztaltam, hogy az intézményi ellenőrzés során, amikor a létszámot vagy szakmai dolgokat néztek meg, beszéltek volna velünk. Az intézetvezetők viszont ilyenkor jól be voltak rezelve.

***Az interjú alapján megfogalmazható javaslatok:***

- *A finanszírozási rendszer megváltoztatása olyan módon, hogy*
  - *ne legyen érdekelt az intézmény pusztán a kliensek számának növelésében;*
  - *érdekeltté váljon a kiinduló állapothoz képest elérhető javulásban, az eredményes kezelésben.*
- *Annak további vizsgálata, hogy hatékony-e a gyógyszeres terápia (és ha igen, mikor, milyen formában, meddig alkalmazva) alkoholbetegek esetében, vagy inkább a zavar súlyosbodásához vezet?*
- *Pszichoterápiás és kapcsolathálózati szemléletű utógondozás.*
- *Az ellátórendszer a szociális munka eredeti irányainak megfelelően működjék, és ne az adminisztratív-kontrolláló elemek kerüljenek túlsúlyba, mert az a segítői tevékenységet ellehetetleníti.*

## 5. Jó gyakorlatok

### 5.1. Hazai munkahelyi alkohol- és drogreprevenció

MOLNÁR DÁNIEL

A munkahelyi alkohol- és drogreprevenció témakörében 2010-ben jelent meg magyar nyelvű kiadvány Kaucsek György és Simon Péter szerkesztésében: „*Maradj a Zöld Zónában*” munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program (Módszertani füzetek, 2.): *Helyzetkép és fejlesztési lehetőségek*. Az alábbiakban a kötet két tanulmányának főbb megállapításait foglaljuk össze.

#### **Kaucsek Gy. & Simon P. (2010). „Maradj a Zöld Zónában” munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program aktuális helyzete és fejlesztési lehetőségei (im. 3–11.)**

A szerzők megállapítják, hogy Magyarországon alacsony érdeklődés jellemzi a munkahelyi drogreprevenációs programokat. Ennek okaként a szerhasználati problémák kulturálisan terhelt jellegét említik: a munkaadók és a munkavállalók egyaránt kellemetlennek tartják az ilyen típusú programokban való részvételt, mivel annak már a feltételezését is szeretnék elkerülni, hogy érintettek a problémák által. A szerhasználati problémákat a munkahelyi vezetők jellemzően kizárólag munkabiztonsági kérdésnek tekintik.

A szerzők a káros szerfogyasztással kapcsolatos megelőző programokra vonatkozóan az alábbi javaslatokat fogalmazzák meg:<sup>17</sup>

- a) „Vállalati besorolási-kategória rendszer módszertanának kidolgozása a vállalatok megelőzési kultúrája, dolgozók egészség tudatossága, illetve gazdasági helyzete alapján.
- b) Többféle aktivitás (nevelés, ismeretterjesztés, közösségi programok stb.) kombinációjából álló munkahelyi alternatív típusprogram-csomagok kidolgozása a különböző sztetenderd kategória szintekhez.
- c) Országos, régiós, vállalati felmérések alapján egy új állami megelőzési koncepció, stratégia kialakítása annak érdekében, hogy a munkahelyi szintér megelőzési kereteit megújítsuk az egészségfejlesztési és CSR programokba történő illesztésével, az állami előírások és ösztönzők hatékonyabb kialakításával, az érdekképviseletek aktivitásának fokozásával.

---

<sup>17</sup> A javaslatok kidolgozására egy 2009. december 10-11.-én megrendezett workshopon került sor. A workshop résztvevői: Dr. Holló Dóra (Joint Venture Szövetség), Dr. Papp Éva (OMMF, AMCHAM), Dr. Rostaházi Nóra (ALCOA), Farkas Judit (PSY-ON), Gábor Edina (OEFI), Kapás Zsolt (Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület), Kaucsek György (SZMI), Kerek Judit (OEFI), Ladán Éva (Munkástanácsok Országos Szövetsége), Petres Márk (SZMM), Radácsi Gergely (CEU Center for Business and Society), Simon Péter (SZMI), Szabó Gyula (Bánki Donáth Főiskola), Topolánszky Ákos (NDI), Virág László (Országos Rendőrkapitányság).

- d) Ahhoz, hogy a CSR keretében az üzleti világ megfelelő szerepet vállaljon a munkahelyi drog- és alkohol-megelőzésben, meg kell határozni számukra a társadalmi igényeket-szükségeket:
- „Étlapot” kell nyújtani a vállalatoknak, arról hogy az adott térségben mi a kívánatos CSR befektetés, azaz hogy az üzleti szférának – a közpolitikai szférával együtt – miben kell felelősséget vállalni a munkaerő, mint emberi tőke megőrzéséhez, illetve gyarapításához.
  - Bizonyítanunk kell, hogy a drog- és alkohol-fogyasztás ösztársadalmi-, regionális- vagy térségi probléma, amely döntően kihat a munkaerő minőségére, és ezáltal a hosszabb távon fenntartható fejlődésre. Erről országos és térségi helyzetképre van szükség, amelyből kiderülhet, hogy a drog- és alkohol-megelőzés beletartozik-e a prioritások közé vagy sem.
- e) Törekedni kell arra, hogy elsősorban az állami vállalatok, önkormányzatok mutassanak példát a mintakövetésre.
- f) Felül kell vizsgálni a megelőzés jogszabályi hátterét, pl. a drogtesztelés kérdésében.
- g) Szükséges, hogy a munkavállalói érdekképviseletek kezdeményezzenek olyan megállapodásokat, amelyek megfelelő keretet biztosítanak – a helyi sajtóságok figyelembe vételével történő, elsősorban a megelőzésre és nem a szankcionálásra irányuló vállalati alkohol- és drogpolitikák kialakítására. Az ágazati kollektív szerződések olyan keretek lehetnek, amelyekbe a drog- és alkohol-megelőzés beilleszthető és széles körben elterjeszhető.
- h) Az új megelőzési programok vezetői és dolgozói elfogadtatásához korszerűsíteni kell a meggyőzési módszereket főleg az alábbi lehetőségek terén:
- Presztízs-biztosítás (a vállalatnál tekintéllyel bíró személyek elköteleződése).
  - Logikus magyarázatok (adatokkal, jellemzőkkel, mérésekkel, számításokkal, táblázatokkal és diagrammokkal, alternatívákkal történő érvelés).
  - Személyes kapcsolat-teremtés (bizalom, gondoskodás, kockázatkezelés, folytonosság, szervezetenként garantált támogatás és adatvédelem).” (pp. 10-11)

**Farkas J. (2010). A káros szerfogyasztás szűrésének legjobb gyakorlatai a hazai és külföldi tulajdonú piacorientált cégek és a közszféra mintavételezésével (im. 12-33.)**

A tanulmány egy olyan kutatás eredményeit foglalja össze, amelyben 86 vállalkozás foglalkozás-egészségügyi munkatársai vettek részt válaszadóként.

A kutatás főbb megállapításai:

1. „Arra a kérdésre, hogy van-e a káros szerek fogyasztásával kapcsolatos politikája a cégnek, többségében azt a választ kaptuk, hogy nincsen, de amikor rákérdeztünk arra, hogy a zéró tolerancia ki van-e hirdetve, minden cég úgy nyilatkozott, hogy természetesen a befolyásoltság-mentes állapotot alapvető munkahelyi magatartási normának tekintik.

Ehhez kapcsolódik, hogy akár a beléptető rendszerbe épített, akár a mobil szonda segítségével végrehajtott szűrőpróbákat, illetve a gyanú felmerülésekor végzett ellenőrzést minden cég minden szakembere, akár munkaügyi, akár személyügyi, akár üzemorvos természetes és bevált gyakorlatnak tartja az alkoholfogyasztás ellenőrzésében. Ezeket a szűrőpróbákat a biztonsági szolgálat vagy a munkavédelmi szakemberek végzik, majdnem hatósági szerepben, személytelenné téve a zéró tolerancia érvényesítését. A személytelenség távolítja a problémával való szembesülést, a jogilag szabályozott eljárás, a megkérdőjelezhetetlen és egyértelmű, különbséget nem tevő következményi oldal pedig mentesít mindenkit a probléma személyes kezelésének szükségessége alól.

2. Mind a cégeknek, mind a foglalkozás egészségügyi szakembereknek az volt az általános véleménye, hogy az alkohol látható, valós probléma, ellenben a drog és a túlzott gyógyszerfogyasztás rejtettek, nem láthatóak. A drogfogyasztást inkább a munkaerőpiac peremén létezők problémájaként kezelik – egyik oldalról azért, mert a drogfogyasztással járó életvitel nem egyeztethető össze a munkába járással, másik oldalról pedig azért, mert a droghoz jutás, a drogfogyasztás a bűnözés határát súrolja. A túlzott gyógyszerfogyasztás problémájával a foglalkozás egészségügyi szakemberek csak rosszullét esetén találkoznak – az üzemorvosi szolgálatok nem működnek háziorkosként, így receptet sem adnak ki. A háziorkosként is működő üzemorvosok nyilatkozatauk szerint:

- inkább természetes alapú nyugtatókat ajánlanak a segítséget kérőknek
- a munkahelytől függetlenül kezelik a nyugtatószereket, az orvos-beteg bizalmi viszony alapján járnak el.

3. A felvételi, más munkakörbe helyezés, tanfolyami beiskolázás, illetve rendszeres szűrés esetén általánosan használt eszközök az életviteli interjú vagy kérdőív. Az üzemorvosi tapasztalatok szerint a saját bevalláson alapuló, a káros szerfogyasztásra vonatkozó személyes információ kérése „protokoll”-kérdés, a válaszok sokszor vannak ellentmondásban a látható alkoholizálási tünetekkel. Vannak régiók (Északnyugat és Észak-kelet Magyarország), ahol azt nyilatkozták az üzemorvosok, hogy, ha májfunkciós vizsgálattal ellenőriznék az alkoholizálási szokásokat, nem lenne kit felvenni – ha nincs mérés, nincs eredmény sem, ami alapján cselekedni kellene. Általános állásfoglalásnak tekinthetjük azt, hogy amíg nem befolyásoltan áll munkába egy dolgozó, a foglalkozás egészségügy inkább hajlamos a munkatárs személyes ügyeként kezelni a túlzott alkoholfogyasztást csakúgy, mint ahogyan arról már volt szó a túlzott gyógyszerfogyasztással kapcsolatban. Nem egy üzemorvos nyilatkozta, hogy tudják, kik az alkoholisták, de amíg baleset vagy komoly teljesítményromlás nem történik, addig a be nem avatkozás politikáját választják. Az alkoholbetegséggel kapcsolatban több szakember is problémaként említette a nők körében növekvő mértékű titkolt alkoholizmust. Ezekben az esetekben a legnehezebbnek azt tekintik, hogy az érintettek nem is szembesíthetők a problémájukkal, így nem lehet hozzájuk közel kerülni még megbeszélésre sem. Ez a problematika leképeződik a cégek szintjén is: a stigmatizációtól való félelem

megakadályozza a cégeket abban, hogy nyíltan szembesüljenek alkalmazottaik alkohollal kapcsolatos problémáival, és inkább a kollektív „titkosítás”, illetve konfliktuskerülés stratégiáját választják.

4. Az üzemorvosok által megfogalmazott általános hozzáállás a munkaegészségügyi auditokon, OMFF által végzett ellenőrzéseken való megfelelés (terhelő tényezők felmérése, dokumentációja, határértéken belüli terhelés garantálása, munka-higiénés, ergonómiai megfelelés, szűrővizsgálatok meglétének, érvényességének igazolása, stb.) elérése és fenntartása.

Az ezen kívül álló, leginkább prevenciók céllal kezdeményezett dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás elleni kampányokba, ha belevágnak is a szakemberek, saját bevallásuk szerint „nem áll rendelkezésre elég erőforrás, hogy a programot koordinálják” (Magyar Suzuki).

Mind a saját alkalmazásban álló üzemorvosok, mind a foglalkozás egészségügyi szolgáltatók úgy nyilatkoztak, hogy információs anyagokat, plakátokat, illetve egész egészségnvelő (pl. sportprogramok elérhetősége) programokat közzétesznek, de, hogy a munkavállalók közül hányan reagálnak ezekre, vagy vesznek részt bennük, veszik igénybe az ajánlott szolgáltatásokat, arról információjuk nincs. Általánosnak tehát a passzív prevenciók tevékenység tekinthető inkább.

Az aktív prevenciók tevékenységet a cégek javarészt a menedzserszűrések keretében folytatnak, illetve vannak olyan cégek, amelyek allergia-, koleszterin-szint, daganat-, érendszeri stb. szűrővizsgálatok ingyenes lehetőségét kínálják a munkatársaiknak. Ezek a szűrővizsgálatok alkalmasak a túlzott vagy káros szerfogyasztás következményeként fellépő belgyógyászati tünetek észrevételére, az érintettek beazonosítására. A gyakorlat azt mutatja, hogy ezekben az esetekben is az – már többször említett – orvos-beteg bizalmi viszony alapján kerül sor arra a beszélgetésre, ahol az orvos négy szemközt tájékoztatja a munkatársat a további lehetséges következményekről, és ezzel a prevenciók vagy terápiás tevékenység le is zárul.

5. A jogi, törvényi szabályozással kapcsolatos állásfoglalások.

A foglalkozás egészségügyi szolgáltatók többsége a törvényi szabályozást ott látta problémásnak, hogy a munkaegészségügyi megfelelést az OMFF munkatársai, azaz nem feltétlenül orvos szakképzettségűek ítélik meg, ellenőrzik. Szerintük ez mind a munkáltató foglalkozás egészségügyi, mind a foglalkozás egészségügyben dolgozók hozzáállását negatívan befolyásolja. Ennek megfelelően – szerintük - hiányzik a munkáltatói egészségtudatosság, így a munkavállalókban sem alakul ki ez utóbbi. A foglalkozás egészségügyi szolgáltatók szerint a munkáltatók büntetéstől való félelme az, ami a minimum elvárásoknak való megfelelés biztosítására készíti őket.

A munkahelyi alkoholos befolyásoltsággal és a szűrőpróbák ellenőrzések során beazonosított személyekkel kapcsolatos eljárásokkal kapcsolatosan minden cég pozitívan nyilatkozott. Jogi szabályozás és az eljárás szempontjából problémamentesnek ítélik a kérdést nemcsak a munkaadó, hanem a munkavállaló szempontjából is.

Ahogy az már a bevezetőben is meghivatkoztuk, a drogszűréssel kapcsolatosan merül fel kétség, probléma, bátortalanság azoknál a cégeknél, ahol szeretnék a szűrést, felmérést bevezetni. Felmérésünk eredménye azonban azt mutatja, hogy a cégek többsége az alkoholt sem tekinti igazán problémának (lásd a 3. pontot), és nem szándékozik szembesülni a drogszűrés által vélhetően felmerülő konfliktusokkal, problémákkal. Vannak olyan cégek, amelyek megpróbálják a drogszűrést bevezetni. Volt olyan külföldi tulajdonú gyártó cég a mintában, amelynek üzemorvosa az adatvédelmi ombudsman állásfoglalását kérte ebben a kérdésben. A megkapott állásfoglalás alapján letett a drog-szűrés bármilyen formájának bevezetéséről, mert nem tudja garantálni a személyiségjogok törvény által megkívánt védelmét, sem a drogszűrés eredményének korrekt voltát, sem nem kíván állást foglalni a betegség vagy bűnelkövetés kérdésében.

A túlzott gyógyszerfogyasztással kapcsolatos szakmai állásfoglalás az orvosi etikára épül: az orvosi lelkiismeret egyéni mértéke szerint történik a betegekre való odafigyelés, és a velük való foglalkozás.

A jelenlegi, általánosnak tekinthető gyakorlat a drog és a túlzott gyógyszerfogyasztás területén – amennyiben valamely munkáltató mégis vállalja – az érintett személlyel való egyéni elbeszélgetés. Az elbeszélgetés egyik iránya a lehetséges egészségkárosodásra való figyelemfelhívás, korrekt informálás. A másik irány a munkahelyre beadott pályázat önkéntes visszavonása, amellyel a munkavállaló mentesül a kimutatott káros szer fogyasztás minden lehetséges következménye alól. A harmadik alternatíva, amit a foglalkozás egészségügy alkalmaz, hogy a személyzeti vagy munkaügyi osztály munkatársaival, illetve az érintett dolgozó vezetőjével bizalmasan közli a káros szerfogyasztásra vonatkozó információt, kezükbe adva a döntés lehetőségét a munkatárssal való további együttműködésről.

Az általános tapasztalatokat összefoglalva azt mondhatjuk, hogy:

- a cégek a zéró tolerancia alapján viszonyulnak a káros szerfogyasztáshoz, amelyet iratlan társas normának tartanak egyben
- a cégek a káros szerek közül az alkoholfogyasztással kapcsolatosan rendelkeznek politikákkal, eszközökkel és bevált eljárásrendekkel, a droggal kapcsolatosan állásfoglalások vannak, a túlzott gyógyszerfogyasztással kapcsolatosan az orvosi etika a mérvadó - a törvényi megfelelés igénye, illetve az egészségtudatosság helyett a jogi következményektől, büntetéstől való félelem határozza meg mind a munkáltató, mind a munkavállaló magatartását a káros szerek fogyasztásával kapcsolatosan
- az alkohol-problémákkal küzdőket baleset, teljesítménycsökkenés esetén, ellenőrzésekkel nyíltan, a rejtetten túlzott gyógyszert fogyasztók függését ignorálva kezelik a munkáltatók, de közös bennük, hogy mindkét csoportot a munkaerő-piac részének – még, ha a periférián lévők is – tekintik. A drogfogyasztókat ellenben a foglalkozás egészségüggyel foglalkozók



hajlamosabbak inkább a bűnözői réteg peremére helyezni, mintsem a munkaerőpiac szélére; ezt a hozzáállást megerősíti az a tapasztalat, hogy a szakemberek csak igen-igen elvétve találkoznak a droghoz bármilyen módon köthető munkahelyi problémával.” (pp. 19-23.)

### **A káros szerfogyasztással kapcsolatban a megkérdezettek az alábbi legjobb gyakorlatokat nevesítették:**

1. *„Felvétel előtti szűrés rendszeres alkohol- és drogfogyasztásra a hagyományos belgyógyászati szűrés mellett a felvételre kerülők szóbeli tájékoztatása és írásbeli elfogadó nyilatkozata mellett. Pozitív eredmény esetén a leendő munkatárs tudtával a személyügyi osztály bizalmas információként megkapja a pozitív eredmény tényét. A felvételre jelentkező ilyenkor következmény nélkül visszavonhatja a jelentkezését, vagy elfogadja, hogy rendszeresen meg kell jelennie szűrésen. Negatív drogteszt eredménnyel a dolgozó a cégnél marad.*
2. *Felvétel előtti interjú a személyügyi osztály munkatársaival – az önéletrajzból, a munkahely változtatás okaiból kideríthető, ha életviteli problémák állnak a háttérben. Az alkalmazásról a munkáltató és a munkavállaló közösen döntenek.*
3. *Érvényes, kommunikált és működtetett alkohol- és drogpolitika a hozzátartozó rendszeres ellenőrzéssel (a beléptető rendszerhez kötött).*
4. *A pszichoszociális terhelő tényezők rendszeres felmérése és kommunikált intézkedések a talált problémák megoldására.*
5. *Vezetőképzés a káros szerfogyasztás tüneteiről, azokról az eszközökről, amik a vezető rendelkezésére állnak ezekben az esetekben, a segítségnyújtás lehetséges formái és a kompetens szakemberek elérhetősége.*
6. *Munkavédelmi oktatásokon a megtörtént, káros szerfogyasztáshoz köthető események közzététele, a megelőzés módja, következmények megbeszélése.*
7. *Rehabilitációs munkahelyek működtetése a munkába visszakерülés segítésére.*
8. *Dolgozói segítségnyújtás program működtetése – anonim pszichológusi, pszichiátriai, azaz terápiás lehetőség a dolgozóknak\* és családtagjaiknak, amelyről havi összefoglaló készül a problémák jellege szerint. A cég így látja, hogy egészségnevelő programján mit tud optimalizálni, hol kell akcióba lépnie.*
9. *Egészségprogram megléte éves akciótervre lebontva és a végrehajtást nyomon követve, mérve, illeszkedve vagy éppen inspirálva a közösségi, központi programokat.” (pp. 26-27)*

#### **Forrás:**

Kaucsek Gy. & Simon P. (2010) (szerk.). *„Maradj a Zöld Zónában” munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program. Módszertani füzetek, 2. Helyzetkép és fejlesztési lehetőségek.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.  
[http://nfsz.munka.hu/resource.aspx?ResourceID=aldrogsprev\\_tanulmányok\\_zoldzona\\_modszer2](http://nfsz.munka.hu/resource.aspx?ResourceID=aldrogsprev_tanulmányok_zoldzona_modszer2) (Letöltés: 2016.09.25.)

## 5.2. Olaszország

MÁRK MÓNIKA

A drogellenes politikákért felelős Dipartimento Politiche Antidroga (Department for Anti-Drug Policies) feladata előmozdítani, irányítani és koordinálni a kormány által kezdeményezett drogügyi intézkedéseket (a drog- és alkoholfogyasztás; drog- és alkoholfüggőség terjedésének megakadályozása; a szektorban működő illetékes közigazgatási szervek, egyesületek, terápiás közösségek, NGO-k stb. együttműködésének előmozdítása). Az olasz *Nemzeti Drog Fókuszpont* a drogmonitorozás európai uniós intézményrendszerének központja, gyűjti és feldolgozza a más intézményekben keletkezett adatokat, és információkat szolgáltat a drogproblémával kapcsolatos döntésekhez.

A Dipartimento Politiche Antidroga szervezi az új nemzeti drogstratégia fejlesztésével kapcsolatos találkozókat a központi és helyi közigazgatási szervek, illetve a szociális ellátórendszer állami és civil szervezeteinek részvételével. A jelenleg érvényben lévő nemzeti akcióterv 2010-13 két fő pillére a kínálat- és keresletcsökkentés, amely több átfogó területen valósul meg. A keresletcsökkentés magában foglalja a prevenciót, kezelést, rehabilitációt és reintegrációt, míg a kínálatcsökkentés lefedi a monitorozást, evaluációt és törvényhozást. A fókusz elsősorban az illegális szerekre irányul, de az akcióterv részét képezik a legális drogok használatával és a viselkedési addikciókkal összefüggő iránymutatások is, főként a megelőzés kontextusában.

### **A Nemzeti Akcióterv végrehajtásával kapcsolatos általános irányelvek**

1. A Nemzeti Akcióterv regionális és megyei szintű megvalósítása során a Nemzeti Akciótervben foglaltak az irányadóak, amelyek azonban a helyi szükségleteket és prioritásokat figyelembe véve alkalmazandók.
2. A drogstratégia gyakorlati megvalósításához módszertani ajánlással ellátott szakmai és tudományos útmutatók állnak rendelkezésre.
3. A Nemzeti Akciótervhez igazodó Programtervben határozzák meg a támogatandó projektterületek körét, amelyeket évente megújítanak, és megfelelő forrásokat rendelnek hozzájuk. A második, 2011-2012-es Programtervben kiemelt területek: a prevenció általánosságban, a droghasználattal kapcsolatos betegségek megelőzése, az állami fenntartású drogkezelő szervezetek (SerT) és terápiás közösségek támogatása, a reintegráció, az epidemiológia és felmérés, a jelzőrendszer, a műszaki fejlesztés, tervezés és szervezés, a képzések és nemzetközi szintű aktivitások előmozdítása.

*Olaszországban a Nemzeti Akcióterv keretében 2014-ben elindították az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos programot, amely hat területre fókuszál: epidemiológia és korai jelzőrendszer; diagnosztikai fejlesztés; prevenció és keresletcsökkentés; kínálatcsökkentés; tudományos kutatás; együttműködés, koordináció és képzés.*

## A drogterület koordinációja és kontextusa

A 2008-ban megalakult, drogellenes politikákért felelős Dipartimento Politiche Antidroga (DPAD) feladata az olaszországi drogpolitika napi szintű koordinációja. A DPAD a Minisztertanács Elnöksége alá tartozik, és felelős a különböző minisztériumok közötti együttműködésért, a központi, regionális és helyi hatóságok közötti koordinációért, továbbá a nemzetközi kapcsolatokért. A DPDA igazgatója a nemzeti drogkoordinátor szerepkörét tölti be. A helyi egészségügyi egységek (Azienda Sanitaria Locale / ASL) felügyelik az állami Drogsegély Szolgálatokat (Servizi per le Tossicodipendenze / SerT) és az NGO-k működését. A prevenció és reintegráció a megyék és önkormányzatok hatáskörébe tartozik.

Az olasz drogkezelő rendszer két, egymást kiegészítő alrendszerből áll: 2013-ban országsszerte 645 Drogsegély Szolgálat (Servizi per le Tossicodipendenze / SerT) és mellette 959 szociális-rehabilitációs szolgáltatás (főként hosszú és rövid távú bentlakásos és nappali ellátást nyújtó helyek) működött. A Drogsegély Szolgálatok alapvetően járóbetegeket látnak el, és ahogyan fent említettük, a helyi egészségügyi egységek alá tartoznak. A szociális-rehabilitációs szolgáltatások túlnyomó része civil és egyházi fenntartású NGO, amelyek hosszú és rövid távú bentlakásos, nappali és járóbeteg ellátást is nyújtanak. A Drogsegély Szolgálatokon keresztül a szociális-rehabilitációs szolgáltatásokhoz irányított páciensek után állami hozzájárulás vehető igénybe. Az intézmények többsége az urbánusabb észak-olaszországi régiókban található, ahol nagyobb a drogprobléma kiterjedtsége, magasabb a problémás droghasználók száma. *Mind az állami, mind a civil szervezetek nyújtanak pszichoszociális támogatást, pszichoterápiát, szociális szolgáltatásokat, bentlakásos detoxifikációt, és szerveznek szakmai képzéseket is. A detoxifikáció kórházi osztályokon is igénybe vehető. A kezelőprogramok általánosságban nem differenciáltak szertípus szerint. A programok többsége a kokainhasználókra, a pszichoaktív szereket használó kis- és felnőtt korúakra fókuszál, beleértve a kettős diagnózisú pácienseket is, míg az etnikai kisebbségek számára szervezett speciális programok a régiók körülbelül egyharmadában érhetőek el. Az opiátfüggők szubsztitúciós kezelését kezdeményezhetik a háziorvosok, szakorvosok és kezelőhelyek egyaránt, és ajánlott a fenntartó kezelést pszichoszociális és rehabilitációs ellátásokkal kombinálva alkalmazni.* Megjegyzendő, hogy az e problémára specializálódott kezelőhelyek száma viszonylag alacsony. Olaszországban az 1975-ben bevezetett metadon a leggyakrabban alkalmazott szubsztitúciós szer az 1999-ben bevezetett buprenorfin mellett (2013-ban például a szubsztitúciós kezelésben résztvevő összesen 94.376 kliens közül 69.933 részesült metadon kezelésben és 13.873 kapott buprenorfin). *A Drogsegély Szolgálatok feladata – az állapotfelmérést és diagnosztizálást követően – a hozzájuk forduló problémás szerhasználók és hozzátartozók számára adekvát kezelési modalitás, terápiás programok (egyéni vagy közösségi terápiák, pszichoszociális támogatás, nappali vagy bentlakásos programok) ajánlása. A hatékony működés feltétele az adott ellátási területen működő különféle kezelőhelyek és operációs szintek szinergiájának erősítése az utcai mobil szolgáltatási*

egységektől és kórházi osztályoktól kezdődően a Drogsegély Szolgálatokon és terápiás közösségeken keresztül a reintegrációig bezárólag. A Drogsegély Szolgálatok feladata a különböző színterek együttműködésének elősegítése, biztosítása, koordinálása, a terápiás egységek, modalitások egységes rendszerbe integrálása.

### **Miért jó ez a gyakorlat?**

- Az olasz drogkezelő szisztéma a kampányszerű reformok helyett az 1975-től kezdődő és az 1980-as évek vége felé lecsengő heroin epidémiára adott válaszként szervesen kialakult, nagy múltú, részben civil és egyházi fenntartású intézményekkel (pl. terápiás közösségek) számolva, azok tapasztalatait integrálva épít a helyi erőforrásokra.
- A társadalmi integrációt elősegítő szolidaritás Olaszországban hagyományosan a családtól várható, a terápiás kezelése során is számolnak a kliens hozzátartozói körének erőforrásaival. Támogató családi kör hiányában a közösségi terápiás megközelítések képessé teszik a klienst a szolidáris, integrációt előmozdító kapcsolatok megteremtésére.
- A helyi szintű koordinálás és betegirányítás az állami fenntartású Drogsegély Szolgálatok feladata. A számos szervezetre építő ellátórendszer erősíti az állami, civil és egyházi fenntartók közötti partnerséget.
- A drog- és alkoholproblémák komplex kezelésére törekszik.

### **Források:**

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). *Italy: Country Drug Report 2016*. <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Italy> (Letöltés: 2016.08.28.)

Dipartimento Politiche Antidroga (2015). *Relazione Annuale 2015*.

<http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx> (Letöltés: 2016.08.28.)

## 5.3. Amerikai Egyesült Államok

MOLNÁR DÁNIEL

### 1. Reformintézkedések

*„Így vagy úgy, de ez a témakör minden családot és minden közösséget érint. Több millió olyan amerikai polgár van – köztük jómagam –, akik eredményesen épülnek fel a szerfüggőségből egy hosszú távú felépülési folyamatban. Ez a politikai reform mindenkit és mindannyiunkat támogat, és valóban elkötelezett egy okosabb, humánusabb XXI. századi drogpolitika mellett.”*

(Michael Botticelli, a National Drug Control Policy megbízott igazgatója)

*„A kormányzat elkötelezett a kiegyensúlyozott, közegészségügyi és közbiztonsági szempontokat egyaránt érvényesítő drogpolitika mellett. Ez a megközelítés a tudományra épül, nem valamilyen ideológiára – és a tudományos eredmények azt mutatják, hogy valódi előrelépést tettünk.”*

(Barack Obama, az Egyesült Államok elnöke)

A két idézet a Fehér Ház drogpolitikai oldalának<sup>18</sup> nyitólapjáról származik. Jól szemléltetik a drogpolitikai reformfolyamatok iránti elkötelezettséget, ami jelentős mértékben megváltoztatta az Egyesült Államok problémakezelési gyakorlatait. Bár a kínálatcsökkentési tevékenységek továbbra is jelentős szerepet játszanak, azok szélsőséges túlsúlya egyre kisebb mértékben jellemzi az USA-t. A legfelsőbb politikai döntéshozatal szintjén került rögzítésre az a vélemény, hogy a „drogok elleni háború” megbukott, mivel kontraproduktív, hatástalan és költséges.

Az Obama-adminisztráció drogpolitikai reformja a következő alapvetésekre épül:

- *A prevenció előnyben részesítése a letartóztatásokkal szemben. A szerhasználati problémák kezelésének a prevenció a leginkább költséghatékony módja. A kormányzat által érvényesnek tartott számítás szerint minden USD, amit az iskolai drogprevencióra fordítanak, 18 dollárnyi, a szerhasználati zavarok kezelésére fordítandó kiadást spórol meg. A prevenciók szinterei között az alap- és középfokú oktatási intézmények mellett megjelennek a felsőoktatási campus-ok és a munkahelyek is.*
- *Az egészségügyi szakemberek felkészítése az addikció kialakulása előtti intervenciókra. A szerhasználati zavarok egészségügyi szakemberek általi korai felismerése és kezelése az jóval olcsóbb, mintha a büntető igazságszolgáltatásnak kellene foglalkoznia a következmények kezelésével. Emiatt kormányzati cél azoknak*

---

<sup>18</sup> <https://www.whitehouse.gov/ondcp/drugpolicyreform>

a programoknak a szélesebb körű elterjesztése, amelyek segítségével még az addikció krónikussá válása előtt megtörténhet annak felismerése.

- *A kezelés igénybevétele lehetőségének kiterjesztése.* Miközben az aktuális becslések szerint 22 millió amerikainak lenne szüksége kezelésre, csak egytizedük, 2 millió fő részesül benne. A kutatási eredmények alapján a függőségéből fel lehet épülni, nagyjából olyan sikerességi ráta mellett, mint a cukorbetegség, az asztma vagy a magas vérnyomás esetében. Ebből a tényből kiindulva a kezelések a korábnál jóval – 62 millió fővel – szélesebb kör számára lettek elérhetőek, amelyhez az elmúlt évtizedek legjelentősebb finansiális növekményét is biztosították. 2012 és 2014 között 1,4 milliárd dollárral nőtt a kezelésre szánt költségvetési keret.
- *A büntető igazságszolgáltatás ésszerű működtetése a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények esetében.* A kábítószeres és a bűnözés között számos kapcsolat van, amelynek következtében a súlyos kábítószeres bűncselekmények üldözése mindig fontos része marad a közegészségügyi és közbiztonsági intézkedések halmazának. Ezzel együtt a kormányzat nyilvánvalóvá tette, hogy nem kívánja a korlátozott szövetségi erőforrásokat az egyes droghasználók üldözésére fordítani. Ehelyett a cél a droghasználat–bűncselekmény–letartóztatás ciklusának a megtörése innovatív bűnüldözési eszközök alkalmazásával. A közbiztonság fenntartásával párhuzamosan csökkenteni kell a bebörtönzési és a visszaesési rátákat, például a büntetés helyett kezelés elv érvényesítésével. A szerhasználati zavarokkal küzdő elkövetőket az első eljárásban inkább közérdekű munkavégzésre kell kötelezni a börtönbüntetés helyett, a dependens fogvatartottak számára pedig biztosítani kell a reintegrációs és felépülési programokban való részvételt.
- *A felépülésben lévő amerikaiak támogatása.* Noha több millióan érintettek, a felépülésben lévő amerikaiak gyakran szembesülnek olyan nehézségekkel, amelyek megnehezítik a józanság megtartását, legyen szó lakhatásról, munkavállalásról, a jogosítvány megszerzéséről vagy diákhitel igényléséről. A jogi és egyéb szabályozási akadályok lebontása, illetve a társadalmi stigma megszüntetése érdekében a felépülés problematikájával önálló részleg foglalkozik a nemzeti drogkoordinációs testületen belül.

Az elvek gyakorlatba ültetése során a következő lépésekre került sor:

- A 2010-ben elfogadott *Affordable Care Act* alapján az egészségbiztosítóknak úgy kell finanszírozniuk a szerhasználati zavarok kezelését, mint bármilyen más krónikus betegségét. A mentális zavarok és a szerhasználati problémák kezelésére a korábnál 62 millió fővel több amerikai vált jogosulttá.
- 2010 előtt egy egységnyi crack kokain száz egységnyi por formájú kokainnak felelt meg a büntetőeljárás során. Ezt a szorzószámot jelentős mértékben lecsökkentették, ellensúlyozva a fekete amerikaiak aránytalanul súlyos szankcionálását.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Míg a crack prevalencia-értékei a feketék, addig a por formában árult kokain prevalencia-értékei az egyéb rasszokhoz tartozók körében magasabbak.

- Megszüntették a túcsereprogramok régóta fennálló szövetségi szintű finanszírozási tilalmát.
- Négy évtizede először töröltek el minimálisan kiszabandó büntetési tételt kábítószer birtoklása büntett esetében.
- A túlادagolások kezeléséhez használható Naloxone-t szélesebb körben tették elérhetővé.
- Különböző intézkedések bevezetésével sikerült megfordítani a receptköteles gyógyszerek visszaélészerű használatát.
- A felépülés és a felépülők a drogpolitikai intézkedések fő áramába kerültek.
- Differenciálták a kábítószeres bűncselekmények szankcionálását, a minimálisan kiszabandó büntetési tételek csak a súlyosabb kínálati oldali cselekmények esetében maradtak érvényben.

## 2. National Drug Control Strategy

Az USA nemzeti szintű drogügyi stratégiái az elmúlt időszakban éves rendszerességgel jelennek meg. Ez jelentős eltérést jelent az európai stratégiákhoz képest, amelyek jellemzően hosszabb, több éves időszakokra vonatkozóan határozzák meg a szerhasználat problematikájához kapcsolódó céljaikat. (Molnár, 2011, p. 16) További sajátosság az erőteljes kormányzati támogatottság, ami abban is tetten érhető, hogy a dokumentum az USA elnökének előszavával jelenik meg.

Az Egyesült Államok 2015-ös drogstratégiája elsősorban a 2. (Korai intervenció az egészségügyi ellátórendszerben) és a 3. fejezetben (A kezeléshez való hozzáférés biztosítása és a hosszú távú felépülés támogatása) foglalkozik az addiktológiai ellátórendszerrel. Az alábbiakban az ezekben szereplő alapelveket és cselekvési elemeket ismertetjük.

*Alapelv: A szerhasználati zavarok korai felismerése életet és pénzt menthet.*

Cselekvési elemek:

- Az egészségügyi ellátórendszer minden intézményében biztosítani kell a szerhasználati szűrés lehetőségét.
- A SBIRT<sup>20</sup> kódok szélesebb körű használata.
- Az egészségügyi szolgáltatók szűrésekkel és rövid intervenciókkal kapcsolatos készségeinek növelése.
- A szerhasználati zavarok szűrésével és kezelésével kapcsolatos jó gyakorlatok beazonosítása és elérhetővé tétele a katonai egészségügyi rendszerben.

---

<sup>20</sup> Screening and Brief Intervention Reimbursement

*Alapelv: A szerhasználati zavarok kezelése az egészségügy rendszerének integrált és elérhető eleme kell, hogy legyen.*

Cselekvési elemek:

- A szerhasználati zavarok kezelését célzó szolgáltatások szélesebb körű elterjesztése közösségi egészségügyi központokban.
- A szerhasználati zavarok kezelését célzó terápiás szolgáltatások számának növelése az indián egészségügy rendszerében.
- A szerhasználati zavarok kezelését célzó innovatív eljárások bevezetése a veteránokat kezelő egészségügyi rendszerbe.
- Az egészségbiztosítás fedezetének biztosítása a szerhasználati zavarok kezelése esetében.
- Az egészségügyi ellátórendszer tájékoztatása a túcsereprogramok kivitelezéséről.

*Alapelv: A szerhasználati zavarokkal küzdőknek és azok családtagjainak magas színvonalú ellátásban kell részesülniük.*

Cselekvési elemek:

- A szerhasználati zavarok kezelését célzó új gyógyszerek kifejlesztésének támogatása.
- Az Affordable Care Act hatálya alatt egyesíteni és koordinálni a szerhasználati zavarok kezelését célzó szolgáltatásokat.
- Az addiktológiai kezeléseket érintő Nemzeti Minőségi Standardok kihirdetése.
- Az egészségügyi szolgáltatók és az elsősegélynyújtó helyek felkészítése túladagolások felismerésére és kezelésére.
- A drog- és a HIV-prevenció integrálása, különös tekintettel a büntetés-végrehajtás rendszerére.

*Alapelv: Értékelni és támogatni kell a felépülést.*

Cselekvési elemek:

- Azoknak a törvényeknek és szabályoknak a felülvizsgálata, amelyek hátráltatják a felépülés folyamatát.
- A közösségi alapú felépülési programok – felépülési iskolák, józanodók által vezetett programok, önszolgáltató közösségek, közösségi felépülési szervezetek – szélesebb körű elterjesztése.

### **3. Substance Abuse and Mental Health Administration**

A Drogabúzus és Mentális Egészségügyi Szolgáltatások Hatósága (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) az Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériumához (Department of Health and Human Services, HHS) tartozó ügynökség, amely azokat a közegészségügyi törekvéseket koordinálja, amelyek az Egyesült Államok lakossága mentális egészségének javítását célozzák. Az 1992-ben



létrehozott szervezet fő célja a drogabúzus és a mentális betegségek káros hatásainak csökkentése, elsősorban az azokhoz kapcsolódó információk, szolgáltatások és kutatási eredmények jobb elérhetőségének biztosításával.

A SAMHSA az egészségügyi ellátórendszer fontos részének tekinti az olyan addiktológiai szolgáltatásokat, mint a prevenció, a kezelés és a felépülés támogatása. A SAMSHA hitvallása szerint ezek a szolgáltatások javítják az egészségi állapotot, egyúttal csökkentik az egyének, családok, vállalkozások és kormányzati intézmények költségeit. Ezzel együtt rögzíti azt a tényt is, hogy a mentális és/vagy szerhasználati problémákkal küzdők gyakran nem részesülnek megfelelő egészségügyi kezelésben és ellátásban. A SAMSHA éves szinten 20 millió főre becsüli azoknak az amerikaiaknak a számát, akik nem jutnak megfelelő addiktológiai ellátáshoz, és 11,8 millióra azoknak a számát, akik a szükséges mentális egészségügyi szolgáltatásokhoz nem férnek hozzá.

A SAMSHA működésében meghatározó szerepet játszanak a következő alapelvek, amelyek tudatosítását fontos feladatának tartja programjai, adat- és információmegosztásai, szerződésai és támogatásai során:

- a mentális jóllét az egészség szerves része;
- a prevenció működik;
- a kezelés hatékony;
- az emberek felépülnek a szerhasználati zavarokból és a mentális betegségekből.<sup>21</sup>

### **3.1 A SAMSHA Stratégiai Prevenció Keretrendszere**

A SAMSHA Stratégiai Prevenció Keretrendszere (Strategic Prevention Framework, SPF) egy olyan átfogó útmutató, ami segíti a drogprevenció programok tervezését, megvalósítását és értékelését.

Az SPF két alapelvet és öt lépést határoz meg, amelyekkel egy átfogó folyamatot kínál a prevenció szakemberek számára. A keretrendszer hatékonysága a közösség szükségleteinek világos megértésével, illetve a közösség tagjainak a tervezés minden lépésébe való bevonásával kezdődik.

A két alapelv az alábbi:

1. Kulturális kompetencia: a különböző társadalmi csoportokkal történő hatékony interakció képessége.
2. Fenntarthatóság: a hosszú távú eredmények elérésének és megtartásának folyamata.

Az öt lépés a következő:

1. lépés, szükségletfelmérés: Mi a probléma, és hogyan tudhatok meg róla többet?
2. lépés, kapacitások biztosítása: Mivel kell dolgoznom?
3. lépés, tervezés: Mit és hogyan kellene csinálnom?
4. lépés, megvalósítás: Miként tudom cselekvéssé formálni a terveimet?
5. lépés, értékelés: Működik az elképzelésem?

---

<sup>21</sup> <http://www.samhsa.gov/about-us/who-we-are>

Az SPF tervezési folyamatának több megkülönböztető jellegzetessége van:

1. Adatvezérelt, mivel a jó döntések megalapozásához adatokra van szükség. Az SPF úgy van megtervezve, hogy segítséget nyújtson a gyakorló szakemberek számára a prevencióval kapcsolatos döntések meghozatalához szükséges adatok összegyűjtésében és felhasználásában, legyen szó a szerhasználati zavarok beazonosításáról vagy az azok kezeléséhez szükséges megfelelő eljárások kiválasztásáról. Az adatok szisztematikus kezelése abban segíti a szakembereket, hogy megállapítsák, sikerült-e előre lépni a prevenciós szükségletek kielégítése irányában.
2. Dinamikus, az értékelés nem csak kiindulópontot jelent. A gyakorló szakemberek újra és újra visszatérnek az értékeléshez, ahogy a közösségek prevenciós szükségletei változnak, illetve ahogy a kezelésüket szolgáló közösségi erőforrások fejlődnek. Emiatt az SPF inkább cirkuláris, mintsem lineáris jellegű.
3. Népszerűsített változásokra összpontosít. A régebbi prevenciós modellek gyakran csak egyének vagy kisebb csoportok változásai szintjén értékelték a hatékonyságot. Ezzel szemben a hatékony prevenció olyan stratégiák gyakorlati megvalósítását jelenti, amelyek az adott közösség egészére vonatkoztatva foglalkoznak a szerhasználatra ható kockázati- és védőtényezőkkel. Ennek alapján olyan környezet kialakítására van szükség, amely támogatja az emberek egészséges döntéseit.
4. A prevencióra irányuló erőfeszítésekkel minden korcsoportot meg kíván célozni. A drogprevenciós tevékenységek hagyományosan a fiatalokat célozzák meg. Ezzel szemben az SPF az olyan, gyakran figyelmen kívül hagyott életkori csoportok kezelését is kívánatosnak tartja, amelyek jelentős kockázatoknak vannak kitéve, mint például a 18 és 25 év közötti fiatal felnőttek vagy a 65 évnél idősebbek.
5. Közösségi együttműködésre támaszkodik. Az SPF minden lépéséhez szükséges a különböző közösségi partnerek részvétele. A bevont személyek és intézmények a kezdeményezések jellegével párhuzamosan változnak, viszont a prevenciós partnerek iránti szükséglet állandónak tekinthető.<sup>22</sup>

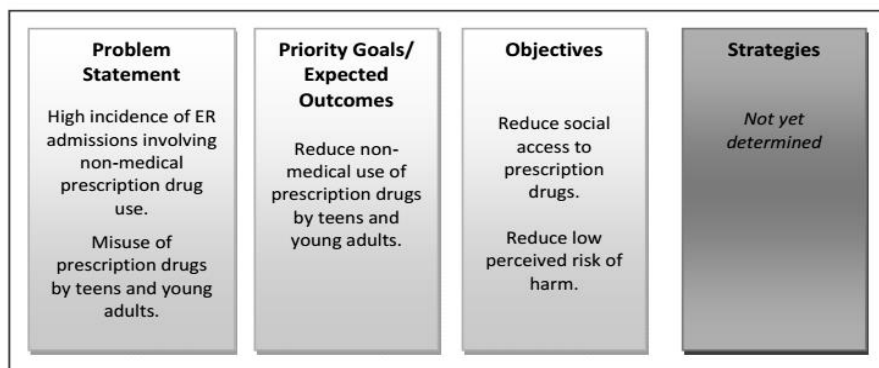
Az SPF gyakorlatba ültetése először Maine államban történt meg, ahol az Epidemiológiai Munkacsoport javaslatára részletes és konkrétumokat tartalmazó útmutató készült, ami aztán kiindulópontként szolgált az állam prevenciós programjainak megtervezéséhez. A 140 oldal terjedelmű dokumentum számos tervezési és mérőeszközt tartalmaz, illetve részletesen foglalkozik a szükségletfelmérés és az értékelés gyakorlataival.

Az alábbi példa a receptköteles gyógyszerekkel való visszaélés problematikájának egy lehetséges tervezési modelljét szemlélteti.

---

<sup>22</sup> <http://www.samhsa.gov/capt/applying-strategic-prevention-framework>

15. ábra: A receptköteles gyógyszerekkel való visszaélés problematikájának tervezési modellje



Forrás: Hornby Zeller Associates, 2011, p. 28.

### 3.2 Bizonyíték-alapú Programok és Gyakorlatok Nemzeti Regisztere

A SAMSHA által működtetett Bizonyíték-alapú Programok és Gyakorlatok Nemzeti Regisztere (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices, NREPP) három kritérium érvényesülése esetén foglalkozik az egyes programok és gyakorlatok vizsgálatával:

1. Kutatási vagy értékelési eredmények bizonyítják, hogy az adott intervenciónak mentális egészséghez vagy szerhasználathoz kapcsolódó kimenete van a megcélzott egyének, közösségek vagy lakosság körében, illetve másfajta mentális egészségügyi kimenete van olyan célcsoportokban, amelyek mentális vagy szerhasználati problémákkal küzdenek.
2. A kimenetek bizonyítása kísérleti vagy kvázi-kísérleti kutatás segítségével. A kutatásoknak kontroll- vagy összehasonlított csoportot, előzetes és utóvizsgálatot, továbbá a kísérleti kutatások esetében valószínűségi mintavételt kell tartalmazniuk. Az összehasonlított, párhuzamosan vizsgált csoportnak nem kezelt, várólistás vagy kevésbé hatékonyan tartott módszerrel kezelt kontrollcsoportnak kell lennie. Azok a kutatások, amelyek ezeknek a kritériumoknak csak részben felelnek meg, pl. longitudinális panelvizsgálatok, vagy azonos intervenciót különböző populációkban, összetevőkkel vagy dozírozással végzett kutatások szintén feldolgozásra kerülnek, de csak tanulás és további tanulmányozás céljából.
3. A kutatási eredményeket a megelőző 25 évben közzétették lektorált szakfolyóiratban, egyéb szakmai közleményben vagy átfogó értékelő kutatási jelentésben. A kutatási jelentésnek szakirodalmi áttekintést, elméleti keretrendszert, kutatási célkitűzéseket, módszertani leírást, statisztikai próbákkal és szignifikancia-szintekkel alátámasztott eredményeket, megvitatást és következtetéseket kell tartalmaznia. (Notice regarding SAMHSA's NREPP, 2015)

2016 novemberében a Regiszter 407 db programot listáz.<sup>23</sup>A programok közötti keresést – és még inkább a közülük való választást – jelentős mértékben megkönnyíti a 2015-ben bevezetett újítás, amely lehetővé teszi a hatékonyságra vonatkozó adatok összehasonlító módon történő áttekintését. (A korábban vizsgált programok esetében erre csak korlátozott mértékben van mód.)

Az alábbiakban azoknak a 2015-ben és 2016-ban értékelt programoknak a listáját közöljük, amelyek szerhasználati problémák kezelését célozzák, és legalább egy területen hatékonyak bizonyultak.

17. táblázat: Szerhasználati probléma kezelését célzó programok hatékonysági elemei

A program megnevezése	Hatékonyság kimenetek szerinti bontásban: <u>kedvező / ígéretes / hatástalan</u>	A program leírása
<u>Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) / Assertive Continuing Care (ACC) (A-CRA/ACC)</u>	<u>Általános szerhasználat</u> <u>Mentális egészséggel és/vagy szerhasználattal kapcsolatos kezelés elfogadása</u> <u>Alkoholfogyasztás és alkoholproblémák</u> <u>Nem egészségügyi célú cannabis-használat</u>	12-24 év közötti, szerhasználati problémákkal és kapcsolódó mentális zavarokkal küzdő fiatalok számára létrehozott program. Jellemzően 12-14 hét hosszúságú, elsősorban kognitív viselkedésterápiát alkalmaz, bevonva a szülőket/gondozókat is.
<u>Adolescent Smoking Cessation: Escaping Nicotine and Tobacco Program (ASCENT)</u>	<u>Dohányzás</u> <u>Tudásszint, attitűd és hiedelmek</u> <u>Társas működés és kompetencia</u>	6 egymást követő héten, heti egy órában lebonyolított program 18 évnél fiatalabb dohányosok számára.
<u>Brief Marijuana Dependence Counseling</u>	<u>Szorongásos zavarok</u> <u>Nem egészségügyi célú cannabis-használat</u> <u>Alkoholfogyasztás és alkoholproblémák</u> <u>Depresszió</u> <u>Foglalkoztatás és munkavállalási kompetenciák</u> <u>Nem specifikált mentális zavarok</u> <u>Egészségi állapot</u>	12 hetes, 9-ülékes program cannabis-függőséggel diagnosztizált felnőttek számára. A program alkalmazza a motivációs interjú módszerét, a kognitív viselkedésterápiát és az egyéni esetkezelés gyakorlatait. A program különböző intézménytípusokban és különböző szakemberek (addiktológiai konzultánsok, szociális munkások, pszichológusok) által alkalmazható.
<u>Community-friendly Health</u>	<u>Kockázatkereső magatartásformák</u>	Két szakember által vezetett, négy egyórás ülésből álló HIV-prevenziós

<sup>23</sup> <http://nrepp.samhsa.gov/AllPrograms.aspx>

<u>Recovery Program (CHRP)</u>		program. A program témakörei magukban foglalják az aktív egészségvédelmet, az intravénás droghasználatot, a biztonságos szexualitást, illetve a partnerekkel folytatott kockázatsökkentő beszélgetéseket.
<u>Culturally Informed and Flexible Family Based Treatment for Adolescents (CIFFTA)</u>	<u>Cannabis-használat</u>	Több komponensből álló terápiás program szerhasználati és/vagy mentális zavarokkal küzdő, illetve fiatalok büntetés-végrehajtási intézményében vagy pszichiátrián kezelt 11-17 éves fiatalok számára. Heti egy vagy kettő 60 perces terápiás foglalkozásból épül fel. A program számítógéppel támogatott változatában a terápia 20 moduljából 4-6 modul hálózati kapcsolaton keresztül kapnak meg a kezelésbe vontak.
	<i>Szorongásos zavarok</i>	
	<i>Kokainhasználat</i>	
	<i>Diszruptív zavarok</i>	
	<i>Családi kohézió</i>	
	<i>Szülői gyakorlatok</i>	
	<i>Kapcsolati vagy társas agresszió</i>	
	<b>Szorongásos zavarok</b>	
<b>Depresszió</b>		
<u>ED-BNI + Buprenorphine for Opioid Dependence</u>	<u>Opioid-használat</u>	10-15 perces rövid intervenció opioid-használók számára a sürgősségi betegellátásban. Az eredetileg alkoholproblémákkal küzdők számára kifejlesztett eljárás a motivációs interjú és a kognitív viselkedésterápia bizonyos elemeit alkalmazza.
	<i>Mentális egészséggel és/vagy szerhasználattal kapcsolatos kezelés elfogadása</i>	
<u>Mind-Body Bridging Substance Abuse Program (MBBSAP)</u>	<u>Lelki egészség</u>	10 hetes, 20 óra időtartamú program szerhasználók részére. Az első 10 órát az instruktorok irányítják, a második 10 órában a résztvevők által bemutatott prezentációkra kerül sor. Minden alkalommal bemutatásra kerülnek a józanságot támogató gyakorlatok és a felépülést segítő eszközök.
	<u>Általános szerhasználat</u>	
	<u>Alvászavarok</u>	
	<u>Trauma és stressz</u>	
	<i>Általános jóllét</i>	
	<b>Depresszió</b>	
<u>Partners with Families &amp; Children: Spokane</u>	<u>Mentális egészséggel és/vagy szerhasználattal kapcsolatos kezelés elfogadása</u>	Olyan veszélyeztetett családokat megcélzó program, amely a rövidebb intervenciókra jellemzően nem reagál érdemben. A család egy esetmenedzsert kap, aki a különböző ügyek megoldásának támogatása mellett egy szélesebb támogatói háló kialakítását is megpróbálja facilitálni. A program a mentális egészséget befolyásoló olyan témakörökkel is
	<u>Társas kapcsolatok</u>	
	<i>Diszruptív zavarok és antiszociális magatartás</i>	
	<i>Lakhatás és hajléktalanság</i>	
	<i>Egészségügyi kezelés elfogadása</i>	
	<i>Áldozattá válás/rossz bánásmód</i>	

	<b>Tanulmányi eredmények</b>	foglalkozik, mint a lakhatás, a munkavállalás vagy a közlekedés.
	<b>Foglalkoztatás és munkavállalási kompetenciák</b>	
<b>Reinforcement-Based Treatment (RBT)</b>	<u>Munkavállalás/álláskeresés</u>	Átlagosan 6-12 hónapig tartó viselkedésterápiás program, ami a józanság megtartását, a szerhasználatot kiváltó tényezők beazonosítását és kezelését célozza. A program kivitelezését különböző szolgáltatók végezhetik, de az eljáró szakembernek legalább MA szintű, a mentális egészség fejlesztéséhez kapcsolódó képesítésre van szüksége.
	<u>Általános jóllét</u>	
	<u>Általános szerhasználat</u>	
	<u>Nem specifikált mentális zavarok</u>	
	<i>Kokainhasználat</i>	
	<i>Bűnözői magatartás</i>	
	<i>Depresszió</i>	
	<i>Opioid-használat</i>	
	<b>Alkoholfogyasztás és alkoholproblémák</b>	
	<b>Diszruptív zavarok és antiszociális magatartás</b>	
	<b>Egészségi állapot</b>	
	<b>Terhesség/szülés</b>	
<b>Társas kompetenciák</b>		

#### 4. National Institute on Drug Abuse

Az Amerikai Egyesült Államok legjelentősebb erőforrásokkal rendelkező kutatóintézete az 1974-ben alapított Drogabúzus Elleni Nemzeti Intézet (National Institute on Drug Abuse, NIDA). A szervezet elődjeként 1935-ben jött létre Lexingtonban egy állami kórház keretein belül működő kutatási részleg, amely 1948-tól Addiktológiai Kutatóközpont néven működött. A klinikai kutatások központja – immár a NIDA szervezeti egységként – 1979-ben költözött Baltimore-ba. A NIDA 1992 óta a Nemzeti Egészségügyi Szervezetek (National Institutes of Health, NIH) tagszervezete.

A NIDA küldetése a szerhasználattal és az addikciókkal kapcsolatos okok és következmények tudományos igényű feltárása, és ennek a tudásnak az alkalmazása az egyéni és közegészségügyi fejlesztések folyamatában. A NIDA a legalapvetőbb és kulcsfontosságú kérdésekre keresi a választ: hogyan lehet felismerni a drogabúzus trendjeit, és miként lehet reagálni azokra? Hogyan hatnak a drogok az emberi szervezetre, és azon belül az agyra? Milyen új eljárásokra van szükség a prevenció és az ellátás területén? A NIDA támogatja a kapcsolódó kutatási, oktatási és disszeminációs tevékenységeket. Amerikai és nemzetközi kutatási szerződéseivel és ösztöndíjaival a következő témakörhöz illeszkedő tudományos tevékenységeket támogatja:

- a droghasználat és az addikció biológiai, környezeti, viselkedési és társadalmi okainak és következményeinek beazonosítása;
- hatékonyabb prevenciók stratégiák kidolgozása a szerhasználattal, illetve annak következményeivel kapcsolatban;

- új és fejlett, értelmes és fenntartható felépülést célzó kezelési eljárások kifejlesztése a szerhasználati zavarokkal küzdők számára;
- a NIDA kutatásai és programjai közegészségügyi hatásának növelése.

A NIDA – hivatkozva az 1970-es évek óta zajló tudományos kutatások eredményeire – a hatékony drogtérapiás programok alapelveiként az alábbi tényezőket azonosítja:

1. Az addikció egy összetett, de kezelhető betegség, ami az agyi működésre és a viselkedésre van hatással.
2. Nincs olyan kezelés, ami mindenki számára egyaránt megfelelő lenne.
3. Az érintettek számára biztosítani kell a kezelések gyors elérhetőségét.
4. A hatékony kezelések a páciens összes szükségletére reflektálnak, nem csak a szerhasználatára.
5. Kritikus jelentősége van a kellő ideig történő kezelésben tartásnak.
6. A terápiák leggyakoribb formái a konzultáció és más viselkedésterápiák.
7. A gyógyszeres kezelések gyakran fontos elemét jelentik a terápiás folyamatnak, különösen akkor, ha viselkedésterápiákkal kombináltan alkalmazzák őket.
8. A kezelési tervet gyakran felül kell vizsgálni, és illeszkednie kell a páciens változó szükségleteihez.
9. A kezelésnek a lehetséges további mentális zavarokkal is foglalkoznia kell.
10. A gyógyszeresen támogatott detoxifikáció csak az első lépése a kezelési folyamatnak.
11. Nem csak az önkéntes részvétellel zajló terápia lehet hatékony.
12. A kezelés időszakában folyamatosan vizsgálni kell a szerhasználat előfordulását.
13. A terápiás programoknak szűrniük kell pácienseik körében a HIV, a hepatitisz B és C vírusfertőzés, a tuberkulózis és egyéb fertőző betegségek előfordulását, illetve meg kell ismertetniük pácienseikkel, hogy milyen lépések segítségével csökkenthetik a fertőzések kockázatát. (DrugFacts, 2016, p. 2)

### **Miért jó ez a gyakorlat?**

- *Az Egyesült Államokban a legfelsőbb szintű politikai vezetés számára is egyértelműen prioritást jelent a szerhasználati problémák kezelése.*
- *A tények elsőbbségére való hivatkozás nem reked meg a szlogenek szintjén, tényekre alapozva paradigmaváltásra került sor az addiktológiai problémák kezelésének területén.*
- *A szakpolitika (policy) és a „nagypolitika” (politics) kooperatív – vagy legalábbis nem egymásnak ellentmondó – módon működik.*
- *A terület működését alapvetően befolyásoló szakpolitikai dokumentum – a nemzeti drogstratégia – rendszeresen és gyakran megújul, illetve konkrét intézkedéseket is tartalmaz.*
- *Az addiktológiai problémák kezelését multidiszciplináris szemlélet és ágazatok közötti együttműködés jellemzi.*

- *A drogprevenció és a kezelés-ellátás jó gyakorlatai elérhetőek, transzparens módon, a kölcsönös ellenőrizhetőség elvének megfelelően értékelték.*
- *Az addiktológiai kutatásokat és a kapcsolódó egyéb tudományos tevékenységeket egy kifejezetten ezzel a témakörrel foglalkozó, megfelelő apparátussal és finanszírozással rendelkező intézmény támogatja.*

### **Források:**

DrugFacts – Treatment Approaches for Drug Addiction (2016). National Institute on Drug Abuse.

[https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/df\\_treatment\\_approaches\\_final\\_7\\_2016.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/df_treatment_approaches_final_7_2016.pdf) (Letöltés: 2016.09.18.)

Hornby Zeller Associates (2011). Strategic Prevention Framework Guide to Assessment, Planning, & Evaluation. South Portland, MA: Statewide Epidemiology Outcomes Workgroup.

<http://www.maine.gov/dhhs/samhs/osa/pubs/data/2011/GuidetoAssess.Plan.Eval.pdf> (Letöltés: 2016.09.18.)

Molnár D. (2011). Nemzeti drogstratégiák az Európai Unióban.

[http://www.drogstrategia.hu/download.php?file\\_id=72](http://www.drogstrategia.hu/download.php?file_id=72) (Letöltés: 2016.09.18.)

National Drug Control Strategy 2015.

[https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/2015\\_national\\_drug\\_control\\_strategy\\_0.pdf](https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/2015_national_drug_control_strategy_0.pdf) (Letöltés: 2016.09.18.)

Notice regarding SAMHSA’s NREPP: Redesign of NREPP. *Federal Register* (80)129, July 7, 2015, pp. 38716-38718.

## **5.4. Nagy-Britannia**

KELEMEN GÁBOR & MÁRK MÓNICA

Nagy-Britanniában a „jó gyakorlatok” alapját képező szakmai prioritások irányát a korábban minisztériumi háttérintézményként működő, mintegy hetven intézmény összevonásával 2013-ban létrehozott *Public Health of England* (PHE) szabja meg. *A Public Health England deklarált célja a népesség egészségének és jóllétének növelése, és az egyenlőtlenségek csökkentése az egészség vonatkozásában.* A PHE programjának megvalósítója a működését tekintve önálló *Department of Health*. *A PHE alá tartozik a National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS), amely évente kiadja a kezelésre vonatkozó adatokat, külön felnőttekre és gyerekekre vonatkozóan. A jelentés kitér a szakmapolitikára, az adatgyűjtés változására, a kliensek jellemzőire (kor, nem, etnikai hovatartozás; opiát, nem opiát és alkohol szerinti bontásban), a beutalás módjára, az injekciós használatra, a kezelési módokra, a lemorzsolódásra, együttműködésre, az eredményekre (hat hónapos utánkövetés) és a trendekre.*



A 2010-es drogstratégia három kiemelt téma köré szerveződik: a kereslet- és kínálatcsökkentés, a drog- és alkoholhasználatból történő felépülés (felépülés-központú kezelések igénybevétele) támogatása. A drogstratégia alapvető célja az illegális és egyéb ártalmas szerek fogyasztásának visszaszorítása, valamint a függőségükből felépülő szenvedélybetegek számának növelése, elősegíteni kezelésben maradásukat, a felépülést és a reintegrációt. A szolgáltatások széles spektruma elérhető helyi szinten, az alacsonyküszöbű ellátásoktól kezdődően a bentlakásos rehabilitációig. *A szolgáltatások számára 2012-től elérhető egy szakértői csoport által összeállított útmutató is (Drug misuse and dependence, UK guidelines on clinical management).*

A drogstratégiával összhangban a droggal és alkohollal kapcsolatos problémák esetében a prioritások a következők:

- *A drogtól és alkoholtól való mentesség.* A drog- és alkoholkezelő rendszer feladata, hogy segítse az egyéneket a függőségükből való felépülésben és annak megtartásában, felruházza őket az ehhez szükséges készségekkel. A rendelkezésre álló kezelési alternatívák közül *opcionálisan kiválasztható a kliens egyéni szükségleteihez leginkább illeszkedő modalitás (pszichoszociális és farmakológiai támogatás, bentlakásos és nappali ellátás, professzionális segítség és kortárs csoport igénybevétele).*
- *A bűnelkövetői magatartás előfordulásának csökkentése.* A drog- és alkoholfogyasztás és a kriminális cselekmények közötti kapcsolat fennállása tudományosan igazolt. A kutatások azt támasztják alá, hogy egy hatékony drogkezelési rendszer működtetése révén *a droghasználattal összefüggő bűnesetek jelentős része megelőzhető, amely egyúttal állami költségmegtakarítást eredményez. (National Treatment Agency for Substance Misuse / Home Office, 2012) A kriminális cselekmények gyakoriságának csökkentése az egészségügy és az igazságszolgáltatás közös felelőssége, feladatuk hatékony intervenciókkal megcélozni a bűnelkövetőket és a közösségeket.*
- *A drogfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások és a véren keresztül terjedő vírusok okozta megbetegedések számának csökkentése. A helyben lévő felépülés-orientált kezelőhelyek kiemelt feladata a drogfogyasztással járó kockázatok minimalizálása és a drogfogyasztás okozta halálozások megelőzése. További feladat a helyi populáció szükségleteihez igazodva biztosítani a kezelést és felépülést támogató beavatkozások széles skáláját a korai intervencióktól kezdődően a felépülés összes fázisán keresztül a visszaesés megelőzésig terjedően; a szolgáltatásokhoz való folyamatos hozzáférhetőséget a büntetés-végrehajtási intézményekben, lakóköznyezetben és közösségi színtereken egyaránt. A kezelőszemélyzet képzett, multidiszciplináris stábjával a helyi szükségletekhez illeszkedő intervenciókat alkalmaz. Az ellátási szintek egymáshoz kapcsolódnak, s minden egyes szolgáltatástípus e felépülés-fókuszú rendszerbe integrált.*
- *Hosszan tartó foglalkoztatás. A foglalkoztatás a felépülés kulcseleme.* Az egyén szempontjából nyilvánvalóak a foglalkoztatottság előnyei és jótékony hatásai, többek

között, hogy segíti a kezelés-felépülés során kitűzött célok megvalósítását és fenntartását. *A helyi drog- és alkoholkezelő intézmények együttműködnek a Jobcentre Plus intézménnyel a kezelésben lévő munkanélküli kliensek ügyeinek intézésében. A kezelésben lévők munkához jutását célzott programokkal is segítik (pl. Progress to Work).*

- *Lakhatást elősegítő intézkedések. A foglalkoztatás mellett a lakhatási problémák megoldása is fontos kérdés a kezelésben lévők esetében, hiszen a lakhatási gondokkal küszködő kliensek kezelésben tartásának az esélye csökken. A különféle lakhatási programok a felépülés különböző fázisaihoz igazodva igyekeznek segítséget adni a felmerülő különféle igényekre.*
- *A mentális és testi egészség, a well-being javítása. A problémás szerhasználat és függőség gyakran károsítja a lelki- és testi egészséget, a szubjektív jóllétet. A kezelés kezdeti stádiumában akár a szerhasználati szokásokon történő kisebb változtatások is elősegíthetik a személy egészségének és jóllétének javulását, míg más egészségügyi problémák speciális beavatkozást igényelnek. A kezelőhelyek feladata, hogy képesek legyenek azonosítani a felépülés szempontjából lényeges testi- és lelki problémákat, és ez alapján ellátni, vagy megfelelő kezeléshez juttatni a klienst.*
- *A családtagokkal, hozzátartozókkal és barátokkal való kapcsolat javítása. A kezelés hatékonyabb és a felépülésben maradás esélye is nagyobb, ha a folyamatba a családtagokat, hozzátartozókat, gondozókat is bevonják. A kezelőhelyek szolgáltatási repertoárjában a családközpontú megközelítés, a családok és hozzátartozók támogatása hangsúlyos elemként szerepel. Ez a szempont különösen lényeges a kiskorú szerhasználók esetében, hiszen sok családnak professzionális támogatásra van szüksége, hogy helyzetük stabilizálódjék, a gyermekek számára biztonságos körülményeket teremthessenek és maximalizálják az életésélyeiket az addikcióval terhelt kaotikus családi körülményeik ellenére. Sok fiatalok kerül gondozói szerepkörbe a saját családjában, s elengedhetetlen ezeknek a parentifikált gyermekeknek a szükségleteit azonosítani, és támogatni őket.*
- *Hatékony és törődő szülővé válni. A National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) szerint a kezelésben lévő populáció mintegy harmada nevel gyermeket. Sok családnak professzionális támogatásra van szüksége, hogy képesek legyenek stabilizálódni és biztonságos környezetben nevelni, kedvezőbb életésélyeket nyújtani kiskorú gyermekeiknek. A szolgáltatások alapvető feladata hatékonyan segíteni a náluk kezelésben lévőket abban, hogy szülői kötelességeiknek eleget tudjanak tenni, szülői szerepüket képesek legyenek felelősen betölteni. A családok megerősítése és a gyermekek védelme a családközpontú megközelítés alkalmazásával, valamint a gyermekeket és felnőtteket ellátó szociális ellátások együttműködésével valósítható meg. A gyermekvédelmi szolgálatok adatai szerint a szülői droghasználat, amely párosul a szülők mentális egészségének defektusaival és a családon belüli erőszakkal, a szolgálatok látókörébe került gyermekek mintegy kétharmadánál jelent problémát. További veszélyeztető tényező a gyermekek szempontjából a szülő(k) összeütközése a törvénnyel.*

A megvalósítás általános irányelvei:

- A drog- és alkoholstratégia készítői a felépülés-központú ellátások gyakorlatba történő bevezetése és megvalósulása érdekében *szorosan együttműködnek az összes releváns partnerrel, beleértve a lakhatásért, edukációért, képzésekért és foglalkoztatásért felelős közreműködőket is.*
- A „felépülés-életút” (*recovery journeys*) sikerességének feltétele a korai és preventív jellegű beavatkozások és kezelés hozzáférhetőségének biztosítása (amennyiben és ahol ez szükséges, úgy az ilyen típusú szolgáltatások minőségének javítása).
- A kezelés felépülés-orientált, hatékony, magas színvonalú és támogató.
- A kezelés egymásra épülő fázisaiban a felépülés-központú megközelítéssel összhangban lévő eredmények keletkeznek, amely folyamat végpontján a sikeres felépülés áll. Az irányelvek követése és a helyi sajátosságok kombinációja (a célpopuláció szükségletei, a rendelkezésre álló források és eszközök, a partnerek közötti együttműködés) határozza meg, hogy a lefektetett célok pontosan milyen módon valósíthatók meg.
- A kezelésben maradás és a felépülés támogatása kiemelt cél, amelynek megvalósulása érdekében fejlesztik és erősítik a rendelkezésre álló erőforrások közötti network-öt (közösségi erőforrások, mint a kölcsönös segítség, kortárs csoport, csoportmunka és felépülő közösségek).

### **Miért jó ez a gyakorlat?**

- *Kutatások alapozzák meg, egységes szemléleti keretben és irányelvekben gondolkodik, ugyanakkor rugalmasan alkalmazható a helyi szükségleteknek megfelelően, támaszkodik a helyi erőforrásokra.*
- *A szolgáltatások palettája széles, a progresszivitási szintek szervesen egymásra épülnek, a felépülés „tervezhető”, képes kalkulálni az egyéni szükségletekkel is.*
- *A „felépülés-utazás” minden egyes fázisának monitorozható hozadéka van, eredményértékelést alkalmaz, támogatja a hosszú távú felépülést, a kimenet nélküli fenntartó kezelés helyett.*
- *A felépülésre helyezett hangsúly proaktív megközelítés, amely az erősségekre és lehetőségekre fókuszál, és növeli a viselkedés megváltoztatása iránti elköteleződést és felelősségvállalást.*
- *A drog- és alkoholproblémák komplex kezelése.*
- *Megközelítése rendszerszemléletű, a szenvedélybetegségekkel mint „családi betegséggel” számol, a családok és közösségek védelme áll a fókuszban.*
- *Különbféle szakterületek network-jére épít, hangsúlyozza a lakhatással és foglalkoztatással kapcsolatos intervenciók szerepét a felépülésben.*
- *A drogfogyasztó személy reintegrációja „terápiás hatású” nem csupán az egyén, de a szélesebb társadalom szempontjából is.*

## **Források:**

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

<http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/united-kingdom>

(Letöltés: 2016.08.28.)

Public Health England

<http://www.nta.nhs.uk/recovery-resources.aspx> (Letöltés: 2016.08.28.)

*Adult substance misuse statistics from the National Drug Treatment Monitoring System* (2015). London: Public Health England.

*Drug misuse and dependence, UK guidelines on clinical management* (2007). Department of Health (England).

## **5.5. Finnország**

SZIJJÁRTÓ LINDA

A finn drogpolitikát Európán belül a legszigorúbb drogpolitikák közt tartják számon. Az aktuális drogpolitikáért felelős programot 2004-ben fogadták el, amelyben a megelőzés mellett a kezelés és az ártalomcsökkentés is kiemelt szerepet kapott. A finn drogpolitika alapját egyfelől az 1997-ben elfogadott nemzeti drogstratégia, másfelől az a kormányhatározat alkotja, amely magában foglalja a 2012-2015 között érvényes akciótervet és célkitűzésként fogalmazza meg a kábítószer használat csökkentését és az ártalomcsökkentést (Action Plan to Reduce Drug Use and Related Harm). A drogpolitika ugyanakkor igazodik az ENSZ Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Egyezményéhez és az EU 2005-2012 közt érvényes drogstratégiájához.

A finn drogpolitika célja, hogy minimalizálja azokat a gazdasági, társadalmi és egyéni szinten jelentkező károkat, amelyek a szerhasználatból fakadnak. A drogpolitikai célkitűzések között szerepel a kábítószeres használatának és forgalmazásának megelőzése (a kábítószeres iránti kínálat és kereslet csökkentése által), a korai kezelés lehetővé tétele mindazok számára, akik kábítószer-problémákkal küzdenek, és a büntetőjogi hatásgyakorlás a kábítószeresekkel kapcsolatos illegális cselekedetet elkövetőkkel szemben. Mivel Finnországban az alkoholfüggőség nagyobb problémát jelent, mint a kábítószeres használat, a kezeléshez kapcsolódóan több általános, mint specifikus szolgáltatással találkozhatunk.

A megelőzés alapja, hogy megszüntessék az emberek hétköznapi környezetében azokat a tényezőket, amelyek szerhasználatra hajlamosítanak. A prevenció a Szociális és Egészségügyi Minisztérium irányítása alá tartozó Nemzeti Prevenció Program keretein belül valósul meg. A gyermekek esetében a prevenció fókuszja a biztonságos, kockázatmentes iskolai környezet kialakításán van. Ehhez kapcsolódóan érdemes kiemelni, hogy Finnországban *minden iskola rendelkezik szerhasználatot megelőző stratégiával, valamint hozzáférhető számukra egy, a prevenció irányelveket tartalmazó*

*minisztériumi kiadvány is, amely segítséget nyújt a gyermekekkel foglalkozó szakemberek számára a szerhasználat tüneteinek korai felismerésében.*

A szerhasználatlal összefüggő *ártalmak minimalizálása* olyan intézkedéseken át valósul meg, mint például a túcsereprogram vagy az Egészség Tanácsadó Központok létrehozása, ahol szerhasználók számára elérhetőek olyan szolgáltatások, mint az esetkezelés vagy információnyújtás.

A szerhasználat kezelési formáinak öt típusát különíthetjük el: ambuláns ellátás (ennek keretében a kliensek számra elérhető a tanácsadás, az egyéni- és csoportterápia, a családterápia és a detoxifikáció), rövid és hosszú távú rehabilitáció, támogató szolgáltatások és szakértői támogató tevékenységek.

## **A drogterület koordinációja és kontextusa**

A finn drogpolitika alapelvei és célkitűzései az 1997-es Nemzeti Drogstratégiában kerültek bemutatásra. A 2012-2015 közti időszakra vonatkozóan 2012-ben fogadták el a kábítószeres használatára és a szerhasználatlal kapcsolatos ártalmakra irányuló kormányhatározatot, amely elsősorban az illegális szerekre vonatkozóan tartalmaz állásfoglalást, és az 1997-es stratégia alapelveihez igazodva jelöli ki a célokat.

1999-ben a finn kormány létrehozta a Nemzeti Drogpolitikai Koordinációs Csoportot, amelynek tagjait az érintett minisztériumok képviselői alkotják, akiket négyévente újraválasztanak. A csoport feladatai közt szerepel a nemzeti droghelyzet koordinálása és a hatóságok közti együttműködés intenzitásának növelése, annak érdekében, hogy a nemzeti drogpolitikára vonatkozó együttműködésen alapuló kormányhatározat végrehajtása és felügyelete megvalósulhasson. A csoport koordinációját a Szociális és Egészségügyi Minisztérium (Ministry of Social Affairs and Health) végzi, bevonva a végrehajtásba a rendőrség, a Belügyminisztérium, az Igazságügyi Minisztérium, az Országos Oktatási Tanács és a Külügyminisztérium képviselőit is.

A Szociális és Egészségügyi Minisztérium irányítása alá tartozik a 2009-ben megalapított Nemzeti Egészségügyi és Jólleti Intézet (THL), amely az Országos Közegészségügyi Intézet (KTL) és a Nemzeti Jólleti és Egészségügyi Kutatási és Fejlesztési Centrum (STAKES) egyesülésével jött létre. A THL a minisztérium irányítása alatt áll, és az ország legnagyobb szakértői szervezetének tekinthető, amely tudományos ismereteken alapuló munkát végez. Az elsősorban kutatással és fejlesztéssel foglalkozó intézet a hatóságokkal együttműködve irányítja és fejleszti az országon belüli drogprevenciót. A hatékony prevenció érdekében *minden településen van egy kihelyezett, ún. substance abuse worker, aki elsősorban a megelőző programok megfelelő működéséért felel*, míg az ő munkáját a THL irányítja és felügyeli. A Drogpolitikai Koordinációs Csoport (Drug Policy Coordination Group) feladata, hogy a minisztérium irányításával fejlessze és koordinálja a nemzeti drogpolitikát, valamint ellenőrizze az aktuális droghelyzetet.

## **Nemzeti Akcióterv**

A 2016-19 között érvényes Nemzeti Akcióterv jelenleg kidolgozás alatt áll. A 2012-ben elfogadott és jelenleg is érvényes, szerhasználatra és ártalomcsökkentésre irányuló Nemzeti Akcióterv öt irányelve:

### *1. Megelőzés és korai beavatkozás*

A szerhasználat megelőzése egyfelől a helyi hatóságok felelőssége és feladata, másfelől a szociális és egészségügyi ellátáson keresztül, a plébániák, az iskolák és oktatási intézmények és NGO-k bevonásával, valamint az említettek együttműködése által valósul meg. A prevencióban alkalmazható módszerek minőségét és megbízhatóságát a Nemzeti Egészségügyi és Jóléti Intézet, az NGO-k és a helyi hatóságok biztosítják. Kapcsolódó célkitűzés: a hatékony prevenciók tevékenység érdekében szoros, folyamatos együttműködés és kommunikáció biztosítása a prevenciót végző szervek és a fiatalok között.

### *2. Küzdelem a kábítószerekkel összefüggésbe hozható bűncselekmények ellen*

A kábítószerekkel összefüggésbe hozható bűncselekmények megelőzésének elsődleges célja, hogy a visszaesők és a forgalmazásban részt vevő személyek büntetőjogi felelősségre vonásának hatékonyságát és magának a folyamatnak a gördülékenységét biztosítani tudják a vádlott hazájában (vagy a tartózkodási országban). A kábítószer-csempészet elkerülése érdekében fokozott együttműködés valósul meg a vám- és határőrség, valamint a rendőrség között. Kapcsolódó célkitűzések: növelni a hírszerzés alapú bűnüldözést, csökkenteni az online térben megvalósuló kábítószer-bűnüldözést, fokozni az együttműködést a laboratóriumokban dolgozó hatósági személyekkel.

### *3. A kábítószerfüggőség kezelése és az ártalomcsökkentés*

A Szerhasználók jóllétére vonatkozó törvény (41/1986) alapján a szerhasználattal összefüggésbe hozható szolgáltatásokat nem csak a szerhasználó személyek, de a családjuk és a hozzájuk közel álló személyek számára is elérhetővé kell tenni. Mivel a szerhasználat bűncselekménynek számító tevékenység, az érintettek kevésbé mernek segítséget kérni. A kormány célkitűzései közt szerepel a kezelési küszöb további csökkentése, az alacsonyküszöbű szolgáltatások, a megkereső munka és az egészségügyi tanácsadás hatékonyságának növelése. Kapcsolódó célkitűzések: biztosítani a szerhasználók számára a minőségi egészségügyi ellátást és a szolgáltatások megfelelő lefedettségét, növelni az információcserét a hatóságok és a kezelést nyújtó szolgáltatások között, valamint megakadályozni a vényköteles gyógyszerekkel való visszaéléseket.

### *4. Az EU drogpolitikája és a nemzetközi együttműködés fontossága*

Finnország aktívan részt vesz az EU drogpolitikájának kidolgozásában és végrehajtásában, mindemellett aktívan támogatja az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és

Bűnmegelőzési Hivatalának (UNODOC) munkáját és az EU törekvését arra nézve, hogy fejlessze a kábítószer-stratégiát és a hozzá kapcsolódó cselekvéseket.

#### *5. A drogproblémákkal kapcsolatos információgyűjtés és kutatások megvalósítása*

A kábítószer-használattal, a kábítószer-piacokkal és a szerhasználókkal kapcsolatos kutatásokban, valamint a szerhasználat elleni küzdelemben alkalmazható módszerek kidolgozásában a finn kutatók aktív szerepet vállalnak, és sok esetben nemzetközi együttműködések segítségével valósítják meg. A kábítószerrel kapcsolatos kutatások többek között a Nemzeti Egészségügyi és Jóléti Intézet, a Nemzeti Jogpolitikai Kutatóintézet, valamint egyetemek bevonásával valósul meg. A közvélemény és az érintett személyek drogokra, azok használatára és káros hatásaira vonatkozó tudását rendszeresen felméri, és figyelembe veszik a fejlesztési javaslatok megfogalmazása során. Ehhez kapcsolódóan a *The Drug Treatment Information System* egy olyan anonim módszer, amelynek segítségével a kezelésben részt vevő kliensek adatainak gyűjtése valósul meg. Kapcsolódó célok: a kutatómunka fejlesztése és a drogpolitikai értékelés fejlesztése a döntéshozatal támogatása érdekében.

#### **Miért jó ez a gyakorlat?**

- *A drog- és alkoholproblémák kezelésének átfogó megvalósítására törekszik.*
- *Prevencióra és ártalomcsökkentésre irányuló programok fejlesztése kapcsán egyaránt kiemelt szerep jut az objektív információszerzésnek, a tudományos adatgyűjtésnek és a szakértők által végzett, intézményes keretek közt zajló kutatómunkának.*
- *Több együttműködő partner bevonásával kivitelezett, rendszeres kutatómunka alapozza meg.*
- *A hatékonyság növelése érdekében nagy hangsúlyt helyez a prevencióban és az ártalomcsökkentésben is az érintett szektorok közötti folyamatos együttműködésre és kommunikációra.*
- *A prevencióra és az ártalomcsökkentésre egyaránt nagy hangsúlyt fektet.*
- *Eléri a vidéki színtereket is.*

#### **Források:**

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (2016). *Európai kábítószer-jelentés. Tendenciák és fejlemények.*

<http://www.emcdda.europa.eu/edr2016> (Letöltés: 2016.10.20.)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/countries/finland> (Letöltés: 2016.10.20.)

National Institute for Health and Welfare

<https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en> (Letöltés: 2016.10.20.)

Varjonen, V. (2015). *Finland Drug Situation 2014*. National Institute For Health and Welfare. RePORT 3/2015.

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/984/Finland%20Drug%20Situation%202014.pdf> (Letöltés: 2016.10.20.)

Valtioneuvoston periaatepäätös. Toimenpideohjelmasta Huumausaineiden Käytön Ja Sen Aiheuttamien Haittojen Vähentämiseksi 2012–2015 (2012).

[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/att\\_229606\\_EN\\_FI\\_2012%20Government%20resolution%20on%20action%20plan%20to%20reduce%20drug%20use.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_229606_EN_FI_2012%20Government%20resolution%20on%20action%20plan%20to%20reduce%20drug%20use.pdf) (Letöltés: 2016.08.19.)

## 5.6. Ausztrália

B. ERDŐS MÁRTA

### Keretek

Ausztráliában a szerhasználati zavarokat egy egységes mentálhigiénés program keretrendszerén belül értelmezik. A mentálhigiénés stratégia, szakpolitika alakítása és megvalósítása a kormány, az államok és a területi kormányzás közös felelőssége, mind az ellátások biztosítása, mind pedig finanszírozása tekintetében. Egységes nemzeti keretben, integráltan koordinálják és ellenőrzik a pszichoszociális támogató ellátásokat. A stratégiákat és terveket nemzeti szinten egyeztetik. A mentálhigiéné területét hosszú ideje prioritásnak tekintik, és a három szereplő, az ausztrál kormány, az állami és a területi kormányzás több mint három évtizede a Nemzeti Mentálhigiénés Stratégia jegyében működik együtt. Maga a stratégia ötéves cselekvési tervekre bontva jut érvényre.

A nem állami, állami és magánszektorban működtetett mentálhigiénés programok, szolgáltatások átfogó, független értékelésére 2014-ben került sor, amelyet a National Mental Health Commission végzett el, ami megfelelő legitimitációt, jogosítványokat jelentett a kutatómunkára. Az elkészült jelentést az ausztrál kormány által létrehozott és megbízott szakértői testület vizsgálja.

Létrehoztak egy, maguktól a szolgáltatásoktól független, de a kormány által megbízott és finanszírozott hivatalt (Independent Hospital Pricing Authority), amelynek feladata egy új klasszifikációs, betegirányítási séma (Australian Mental Health Care Classification (AMHCC) kialakítása lett; ennek célja klinikai szempontból hatékonyabb és célzottabb rendszer létrehozása. Elvárás, hogy a kezelési költségek előreláthatóbbak legyenek, és e rendszer új ellátási modellek meghonosítását segítse elő. A betegutakat meghatározó klasszifikációs séma meglehetősen bonyolult, ugyanakkor felhasználói oldalról vezérelt, és az elfogult értékelést a minimumra csökkentő számításon alapul.



Ausztráliában a szerhasználati zavar ellátására szerveződő állami mentálhigiénés ellátás részben állami, részben területenként elérhető forrásokból finanszírozott. Elemei a következők:

- akut ellátás pszichiátriai betegek számára/kórházi ellátás,
- közösségi mentálhigiénés szakellátási formák,
- bentlakásos mentálhigiénés szakellátási formák,
- kiegészítő közösségi szolgáltatások (támogatott lakhatás, szociális lakhatás).

Az egészségügy területén három betegbiztosító működik (Medicare Benefits Schedule (MBS), Pharmaceutical Benefits Schedule (PBS), Repatriation Pharmaceutical Benefits Schedule (RPBS)).

Az ausztrál kormány további, szociális jellegű programokat is támogat, ezek a következők:

- jövedelemtámogatás,
- szociális és közösségi támogatás,
- munkaerő-piaci részvételt segítő programok,
- lakhatási segítség („assistance”: itt szélesebb értelemben, mint a hazai támogatott lakhatás).

## **New South Wales**

Az alábbiakban egy, hazánkkal lakosságát tekintve csaknem összemérhető terület, New South Wales rendszerét mutatjuk be, majd részletesebben kitérünk több olyan területre, amely magyar viszonylatban is érdekes lehet:

- a kettős diagnózisú kliensek ellátására kiépített rendszer,
- a szerhasználat és a munka világa,
- személyes mentorálás a kezelés és rehabilitáció során,
- a gondozásban résztvevők munkájának társadalmi megbecsülése.

A szakpolitika-alkotás jogi és szakmai tartalmait, folyamatait, a megelőző, kezelő és rehabilitációs tevékenységeket, valamint a terület kutatásait a Mental Health, Drug and Alcohol Office koordinálja, amely a korábban elkülönült szervezetekként létező Centre for Mental Health, Centre for Drug and Alcohol, Office of Drug and Alcohol Policy és Community Drug Strategies integrációjával jött létre. A hivatal partnerséget épített ki a regionális egészségügyi ellátórendszerekkel, a gyermekkórházakkal, civil szervezetekkel és kutatóközpontokkal. Az irányítás egy vezető pszichiáter, egy vezető addiktológus, és egy, az ellátórendszer kérdéseire specializálódott testület (clinical governance) közös felelőssége.

A szervezet a drog- és alkoholproblémák kezelésére fenntartott programokat koordinálja a következő részterületeken:

- mentálhigiéné, drog- és alkoholproblémák összefüggései;
- a mentálhigiénés ellátás állami kartája, törvénykezés;

- ellátórendszerek, innovatív kezdeményezések, kapcsolatok, partnerségek, tervek, stratégiák;
- nyilvános információk, adatok, publikációk;
- kapcsolatba lépés az ellátórendszer elemeivel;
- kliensek érdekvédelme, támogatása;
- gyermek-, ifjúsági és családra irányuló programok (információ, részvétel, a szerhasználók családjainak, gyermekeinek támogatása), a gondoskodó személyek megbecsüléséért indított program.

A programokban megfigyelhető a specializáció, és a preventív szemlélet.

*Felnőttkoriak drogbírósága:* a szerhasználat, a kriminalitás és a bebörtönzés ciklikus ismétlődésének megakadályozására. Az elterelés intézménye drogfüggők számára: a kezelést többnyire civil szervezetek közreműködésével végzik.

*Cannabis-klinikák:* összesen kilenc ilyen klinika létezik, ahol a szerhasználat más formáival nem foglalkoznak, fogadják viszont az egyéb mentálhigiénés problémákkal is küzdő cannabis-használókat. Az ártalomcsökkentés mellett az absztinencia is szerepel a célkitűzések között.

*Gyermekek biztonsága:* számos protokoll és program kerül bevezetésre ezen a területen, hogy a drog- és alkoholhasználók gyermekeit megvédjék a szülők szerhasználatának káros következményeitől. A metadon-fenntartó kezelések kapcsán kerültek előtérbe a halálos kimenetelű mérgezések, amikor a gyermek bevette a szülő gyógyszerét.

*Drog- és alkoholproblémák esetében kórházi konzultáció.* A kórházi ellátórendszerre nagyon nagy terhet ró a kezelés alatt nem álló drog- és alkoholbetegek problémája. Egy felmérés szerint a bármilyen egyéb problémával kórházba kerülő személyek körülbelül egyharmadának (a dohányzást kizárva, 35%-nak) addiktológiai kezelésre volna szüksége. A kapott diagnózisokban ez az 1%-ot sem éri el (igaz, nem ez a fő tünet, ami miatt a beteg jelentkezik). Alacsony költségigényű kórházi drog- és alkoholkonzultációs szolgáltatást vezettek be annak érdekében, hogy  *megtakarításokat érjenek el a sürgősségi osztályokon* (újbóli betegfelvétel, hosszabb tartózkodás magas költségigényei, szövődő kockázatok fel nem ismert betegségnél). Az ellátási forma a következő területeket célozza:

- hatékony felismerés/állapotfelmérés,
- rövid intervenció, a megfelelő kezelésbe irányítás,
- 24 órás ügyelet (ahol ez elérhető),
- valósabb incidencia/prevalencia adatok.

A gazdasági szempontú értékelés egyértelmű megtakarításokat tudott kimutatni a szolgáltatás bevezetését követően.

*A civil szervezetek szerepvállalásának erősítése.* E szervezetek konzultációt, megkeresést, csoport- és családi programokat, edukációs programokat, életvezetési

készségeket fejlesztő programokat biztosítanak. A bentlakásos terápia hagyományos, TC típusú megközelítése mellett rövid bentlakásos terápiákat is elérhetővé tesznek.

*Kényszerelvonás (Involuntary Drug and Alcohol Treatment Program):* azoknak a súlyos kábítószer- és alkoholfüggőknek a számára hozták létre, akiknek döntéshozóképességét a szerhasználat extrém mértékben károsította, és akiknek az egészsége, biztonsága emiatt veszélybe került, de semmi más módon nem vonhatók kezelésbe. Rövid programként működtetik, a program jogi alapjait 2007-ben teremtették meg. Az államban két helyen végzik, a kényszerkezelés 28 napig tart, amelyet önkéntesen igénybe vehető 3-6 hónapos közösségi alapú támogatás követhet.

*MERIT: a letartóztatásban lévők számára* indított elterelő program. 2000 és 2015 között 23.000 jelentkezőből 15.000 sikeresen teljesítette a programot.

*Opioid kezelés:* e szerek használóinak szervezett külön szolgáltatás. Biztosítják a gyógyszeres terápiát és az ehhez kapcsolódó szolgáltatásokat. A magánszektorban is elérhető.

*Stimulánsok használóinak klinikája:* ez a rendszer jelenleg kipróbálás alatt áll, az államban két helyen érhető el.

*Az őslakosok speciális helyzete.* A legtöbb tanulmány azt állapítja meg, hogy összességében az ausztrál őslakosok körében az ivás az átlagosnál ritkább, ugyanakkor a kockázati ivás (balesetek) és az alkohollal összefüggő megbetegedések mégis kétszer gyakoribbak. Az alkoholra visszavezethető halálozás hasonlóan magas értékeket mutat, az erőszak és az öngyilkosság is gyakori körökben.

## **Az Australian Psychological Association álláspontja**

A szervezet a kiindulópontok között említi, hogy a legtöbb ausztrál használ valamilyen pszichoaktív szert, a legális szerek fogyasztása igen elterjedt, az alkoholprobléma egyre súlyosbodik. E szerek okozzák a legnagyobb problémákat (egészségügyi költségek, balesetek, kapcsolati-családi problémák). A szerhasználat mintázatai egyéni tényezőktől és környezeti hatásoktól egyaránt függnek. *A receptre kapható gyógyszerek orvosi indok nélkül történő alkalmazása gyakori, de kezelés nélkül marad a probléma.* A szerhasználati zavar esetében az *egyéb mentális zavarokkal való együttes előfordulás* sokkal inkább szabály, mint kivétel. A szerhasználat, különösen az alkoholizmus, az öngyilkosság legsúlyosabb kockázati tényezője.

Egyetlen elmélet sem képes megragadni önmagában a szerhasználat komplexitását. A szerhasználat mintázatai az élet során változnak; ezzel együtt változnak a megváltoztatását célzó motivációk is. A szerhasználat *társadalmi és kulturális kontextusának* megértése, ismerete alapvető, és különösen jelentős *a fiatalok, az őslakosok esetében, valamint azoknál a csoportoknál, amelyek a teljesítmény fokozására* használnak valamilyen szert.

A szerhasználat problémáira adott társadalmi válaszok mögött történeti, politikai, szociális, kulturális és gazdasági tényezők állnak, amelyek nem kapcsolódnak a

szerhasználat természetéhez, szintjéhez. A média szerepe az informáláson túl a társadalmi normák közvetítése.

A prohibíció hosszabb távon egymagában azért hatástalan, mert ha az ember szükségletei, vágyai kielégítésére törekszik, akkor ezt találékonyan, a helyzethez alkalmazkodva fogja megtenni. A hatékony prevenció társadalmi tényezőkre és egyidejűleg több kockázati- és védőtényezőre összpontosít.

Bár a szerhasználati zavarokból segítség nélkül is fel lehet épülni, rendelkezésre állnak hatékony kezelések. *Nem biztos azonban, hogy a problémával küzdő személy a szakellátást keresi meg*, ezért nagyon fontos a segítő szakemberek képzése, kompetenciafejlesztése. Nincs egyetlen „legjobb kezelés”: a személyre szabott kezelés a legjobb. Ehhez elengedhetetlen az átfogó, az egyéb mentálhigiénés problémákra is kiterjedő felmérés. A *családot* is bevonó kezelési forma a hatékonyabb – az, ami a gyermekeket is kezeli, hiszen a szülői zavar őket is súlyosan érintheti. A *visszaesés a kezelési folyamat természetes része*, a relapszusprevenció elengedhetetlen.

## **Az Australian Association of Social Workers javaslatai**

Az Ausztrál Szociális Munkások Szövetsége egy korábbi beadványában arra figyelmeztet, hogy az addikció komplex, a szociális tényezőkkel szorosan összefüggő probléma, könnyen *szövődik a munkanélküliséggel, hajléktalansággal, kapcsolati zavarokkal, bántalmazással*.

Meglátásuk szerint a szolgáltatások nem mindenki számára érhetőek el időben, nem veszik figyelembe a kliens motivációit. Hiányzik a komplexitás, a medikális szemlélet túlsúlya miatt nem foglalkoznak eléggé azzal, hogy a kedvező változások fenntartásához megfelelő környezet, a kapcsolathálózat rekonstrukciója elengedhetetlen. Problémát jelent a megfelelően képzett munkaerő biztosítása is. Egyes programok szükségtelenül stigmatizálják a klienseket.

Jó gyakorlatnak tekintik a *szerhasználó várandós nők számára biztosított napközbeni kórházi ellátást*, ami a drog- és alkoholfüggő nők hospitalizációját 50%-kal csökkentette, és a kliensek megelégedését is kivívta. Szintén pozitív hatásokat tapasztaltak azoknál az intenzív rehabilitációs programoknál, amelyeknél a szerhasználat mellett a *munkavállalásra, a napi élet szervezésére, életvezetési készségekre* (living skills) és a viselkedés kedvező változására is összpontosítottak. Javasolták, hogy az ellátórendszer a komplexitás irányába fejlődjék, és történjék meg a szerhasználati kockázati tényezők azonosítása. Az összegyűjtött tapasztalatok alapján *egyetlen modell nem elegendő*, mind támogató, mind terápiás, mind pedig a kockázati csoportokat elérő megközelítésekre szükség van. Mivel a kezelést követő első évben a visszaesés igen gyakori, a kezelés után *védett munkahelyekre, lakhatásra, és a visszailleszkedést, az új, józan életmódot megszilárdító átfogó utógondozó programokra* van szükség. Meg kell erősíteni az ellátórendszeren belüli együttműködések is. *Az egyes ellátások rendszeres értékelését pedig nyilvánossá kell tenni*.

## A munka világa és a szerhasználat

A munkahelyi mentálhigiéné és szerhasználat szakpolitikai kérdéseit irányadó nemzetközi dokumentumok tárgyalják. (World Health Organization, 2005; International Labour Office, 1996) Az Európai Bizottság 2011-ben foglalkozott ezzel a kérdéssel. (European Commission, 2011) A mentálhigiénés problémák, a szerhasználati zavarok főbb következményei munkaadói oldalról:

- elvándorló munkaerő,
- alacsony munkamorál,
- alacsony produktivitás,
- munkavédelmi szempontból kifogásolható gyakorlat,
- munkahelyi hiányzások (egészen a hiányzások 50-60%-ig!).

Munkavállalói oldalról:

- balesetek,
- elbocsátás,
- alacsony jövedelem,
- egyenetlen fejlődési pálya.

A munkahely mentálhigiénés szempontból a rendszeres tevékenység legfontosabb kerete, strukturálja az időt, társas kapcsolatokhoz juttat, a szociális identitás alapja. Negatív hatása a túlzott stressz:

- munkaterhelés (akár túl magas, akár túl alacsony); a munka ritmusa feletti kontroll hiánya;
- rosszul megtervezett feladatok, a változatosság hiánya;
- a munkavállaló nem tudja hasznosítani készségeit;
- szerepkonfliktus, nem egyértelműen meghatározott szerepek;
- kirekesztettség a döntésekből, a szervezeti célok nem ismertek;
- szociális és fizikai elszigeteltség, rossz kommunikáció a munkatársakkal vagy a vezetéssel;
- a munka bizonytalansága, alacsony fizetések, életpálya-modell hiánya;
- magánélet és munka egyensúlyának felborulása;
- szegényes munkakörülmények, rossz minőségű felszerelés.

A Beyondblue-NTCETA kutatócsoport megállapításai szerint e területen viszonylag kevés a kutatás, pedig egyre nagyobb, a nyilvánosságot is foglalkoztató problémát jelent a szerhasználat, és egyre egyértelműbbé vált, hogy a munkahelynek lehetnek a lelki egészséget hátrányosan befolyásoló hatásai. Ugyanakkor a munkahely *a kezdeti intervenció* alkalmas tere lehetne.

A főképpen férfiakat foglalkoztató iparágakban (mezőgazdaság, nehézipar, fuvarozás, építőipar) a mentális problémák önmagukban nem jellemzőek, de az alkohol- és droghasználat súlyos problémákat okoz. A korábbi kutatásokból nem ismertek a segítségkereső attitűd/viselkedés sajátosságai (van-e, milyen gyakorisággal, melyek a

feltételei, motivációk stb.). Arra sincs adat, hogy vajon maga a probléma mennyire tudatosul a munkáltatók/munkavállalók körében.

A szerhasználat kockázati tényezői e kontextusban:

- a munkahelyi felettes nem tud valóban támogató módon fellépni;
- a munkakörülmények: a munkahely bizonytalansága, a túlterhelés, a munka és a személyes élet követelményeinek összeegyeztethetlensége;
- más speciális, a munka jellegéből fakadó kockázati tényezők.

A hatékony intervenciók között megtalálható az alkoholteszt alkalmazása, a társas támogatás/kortárs támogatás, a munkaterhelés személyre szabott változtatása, a jobb munkakörnyezet, a vállalati „policy” kialakítása a szerfogyasztással összefüggésben. Nem jellemző azonban a prevalencia mérése, a problématudat és az attitűdök felmérése, nem ismertek az oksági vagy háttértényezők, nem ismert, hogy milyen lépések a hatékonyak a segítségkereső magatartás facilitálására, és a hatékony intervenciók jellemzőit sem azonosították. A tisztázandó kérdések között szerepel, hogy

- mikor, milyen feltételek fennállása esetén minősíti a munkáltató a szerfogyasztást problémásnak;
- melyek a kockázati tényezők;
- milyen feltételek mellett keres a problémás szerhasználó segítséget, és melyek a segítségkérés legfőbb akadályai.

Ami az eddigi, e területre irányuló kutatások alapján állítható:

#### *Szerhasználati zavarok*

A zömmel férfiakat foglalkoztató ágazatokban magasabb a problémás szerhasználók aránya (összhangban a népességen belüli nemi megoszlás szerinti adatokkal). Különösen a fiatal férfiak körében jellemző a szerhasználat. Feltételezhető, hogy a munkahelyek sajátosságai, szerepkínálata, valamint az e területen elhelyezkedő személyek tulajdonságai közötti komplex összefüggések és visszacsatolások, hatások egymást erősítve hozzák létre a problémás szerhasználat magasabb arányát.

#### *Alkohol*

Különösen az építőiparban dolgozó fizikai munkások körében jellemző, de érintettek a bányászok, a szállítmányozók, a mezőgazdasági munkások is (a kutatók megkülönböztettek abúzust, függőséget, alkoholabúzus és -függőség kombinációját, problémás ivást és kockázati ivást). A rizikófaktorok a következők voltak:

- a munka és személyes életpálya közötti összhang megbomlása;
- kedvezőtlen munkakörülmények, ideértve a szélsőséges terhelést, a túlmunkát, a munkahelyi felügyelet gyengeségeit, a foglalkoztatás változásait;
- egyedi attitűdök és elvárások a munkahely irányában.

### *Segítségkérés*

Ez a téma nem kellően kutatott, a segítségkérés elsősorban a depresszív és szorongásos állapotokra vonatkozik (tekintettel pl. a szerhasználati zavarokkal járó tagadásra). Ezekben a szerhasználat szempontjából is kockázatot jelentő helyzetekben a személy akkor kér segítséget, ha

- állapotára mások is felfigyelnek, és kifejezetten tanácsolják neki a segítségkérést;
- ha már előzőleg kért segítséget hasonló ügyben;
- ha állapota jelentősen rosszabbodik;
- ha gondjai akadnak a munkával, ideértve a munkahelyi hiányzásokat, és a munkájáról kapott nyugtalanító visszajelzéseket;
- meghatározó az életkori csoport (45 é alatt)
- és a városi életmód.

### *Intervenciók*

- az alkoholfogyasztás, különösen a kockázatos használat szűrése;
- munkatársi (peer) programok az ivással kapcsolatos munkahelyi attitűdök megváltoztatására, a sérülések, balesetek megakadályozására;
- a kockázati ivók kezelésbe vonása;
- munkahelyi policy megalkotása, követése, vállalati programok (Employee Assistance Programmes);
- további kutatások tisztázhatnák a munkahelyi elvárások, túlterhelés, a munkahely biztonsága, a munka és magánélet összeegyeztethetőségének szerepét.

## **A gondoskodó személyek társadalmi megbecsülése**

Az NSW Carers (Recognition) Act 2010 (jelenleg kiegészítés alatt az érintettek visszajelzései alapján) célja azoknak a személyeknek a jobb társadalmi megbecsülése, akik nem hivatásosként, önkéntesként, vagy tanulmányi kötelezettségeik részeként, hanem mint magánszemélyek gondoskodnak valakiről, és ezzel nagy szolgálatot tesznek az egész társadalomnak. A gondoskodó személy lehet családtag, rokon, de lehet más is; és nem minden családtag válik automatikusan jogosulttá a gondoskodót megillető támogatásra.

A törvény kimondja, hogy a gondoskodó személyt támogatni, testi és lelki egészségét védeni kell. Joga van a gondozott gondozási tervének kialakítására és a gondozás során saját szempontjait, szükségleteit érvényre juttatni. A gondozónak e szerepén túl van saját élete. Ha a gondozói szerepbe gyerekek vagy fiatalok kerülnek, akkor más gyermekekhez/fiatalokhoz hasonló jogokat kell biztosítani nekik, és ügyelni kell arra, hogy az ő esetükben ez a szerep az átlagosnál megterhelőbb, tehát több segítséget igényelnek. A gondozói szerepből fakadó esetleges izolációt enyhíteni szükséges. A gondozó támogatása történjék időben, és a megfelelő módon. A helyzetre

vonatkozó sajátos ismereteiket, tudásaikat tiszteletben kell tartani. E törvény nem biztosít jogokat vagy státuszt a gondoskodó személynek, de kötelezi a szociális és egészségügyi szolgáltatókat a velük való együttműködésre, támogatásukra.

## **Mentori rendszer a komplexitás jegyében<sup>24</sup>**

A *személyes segítők és mentorok* rendszerének kiépítése (personal helpers and mentors, phams) olyan ausztrál kormányzati kezdeményezés, amelynek célja a mentális problémákkal küzdő személyek felépülési folyamatának optimalizálása. A segítők az *erőforrás-perspektíva* megközelítése szerint dolgoznak, a cél pedig az, hogy a napi tevékenységek szervezését és a közösségi reintegrációt elősegítsék. A mentorok holisztikus szemlélettel dolgoznak, kapcsolatokat teremtenek az olyan szolgáltatások között, mint pl. a támogatott lakhatás, védett munkahelyek, képzési programok, a drog- és alkoholrehabilitáció különböző formái, az önálló életvezetést segítő tanfolyamok, klinikai-egészségügyi szolgáltatások. E szakemberek feladata biztosítani, hogy a szolgáltatásokat a kliensek integrált, összehangolt módon vegyék igénybe, és a szolgáltatások komplementer, ne pedig párhuzamos módon működjenek.

Az erőforrás-perspektíva hazánkban alig ismert. A szakemberek nagy része arra összpontosít, sőt azt tekinti etikusnak, ha kliensét áldozatként (a család, a társadalom stb. áldozatként) azonosítja. Ez tükröződik a segítség deficit-nyelvében is, aminek eleinte kétségkívül meglehet a motiváló ereje, ám a reintegrációt az elmúlt évtizedek alapján nem segítette elő. Az 1980-as évektől elterjedő erőforrás-perspektíva lényege, hogy a segítő inkább a képességekre, erősségekre és a lehetőségekre összpontosít, nem pedig a deficitekre, a patológiákra. (A szenvedélybetegségek kezelésében tapasztalt Anonim Alkoholisták egy vitatott témája, hogy milyen mértékben érdemes belevonódní az ún. „háborús történetek” recitálásába, azaz az ivás legsötétebb időszakainak felelevenítésébe: a vita tárgya éppen az, hogy vajon milyen szintig hasznosak ezek a történetek.) Az erőforrás-perspektíva alapelvei szerint kliensünket úgy tekintjük, mint (még fel nem ismert) erőforrásokkal, és a fejlődés, változás lehetőségével rendelkező személyt. Hasonlóan, a közösségeknek is megvannak a maguk lehetséges forrásai. A segítő együttműködik velük a pozitív változás előidézése érdekében; a segítség a kliens erősségeire, és a saját jövőjére vonatkozó elképzeléseire, várakozásaira irányul. E felfogás szerint a probléma nem a személyen, közösségen, szervezeten belül, hanem a viszonyrendszerekben keresendő („kapcsolathálózati” munka). (Saleebey, 2004)

## **Kettős diagnózis**

Ausztráliában a szerhasználat (alkohol és drogok) okozta károk együttes költsége 23,5 milliárd dollár; a probléma kezelésére 2,3 milliárd dollárt fordítanak összesen. A kettős diagnózis problémája a mentális zavarokkal küzdők 25-50%-át érinti (erről pontosabb adat nem állt rendelkezésre). A kettős diagnózis esetében egyik zavar a másikat erősíti, a

---

<sup>24</sup> Australian Institute of Health and Welfare: <https://mhsa.aihw.gov.au/support/phams/>



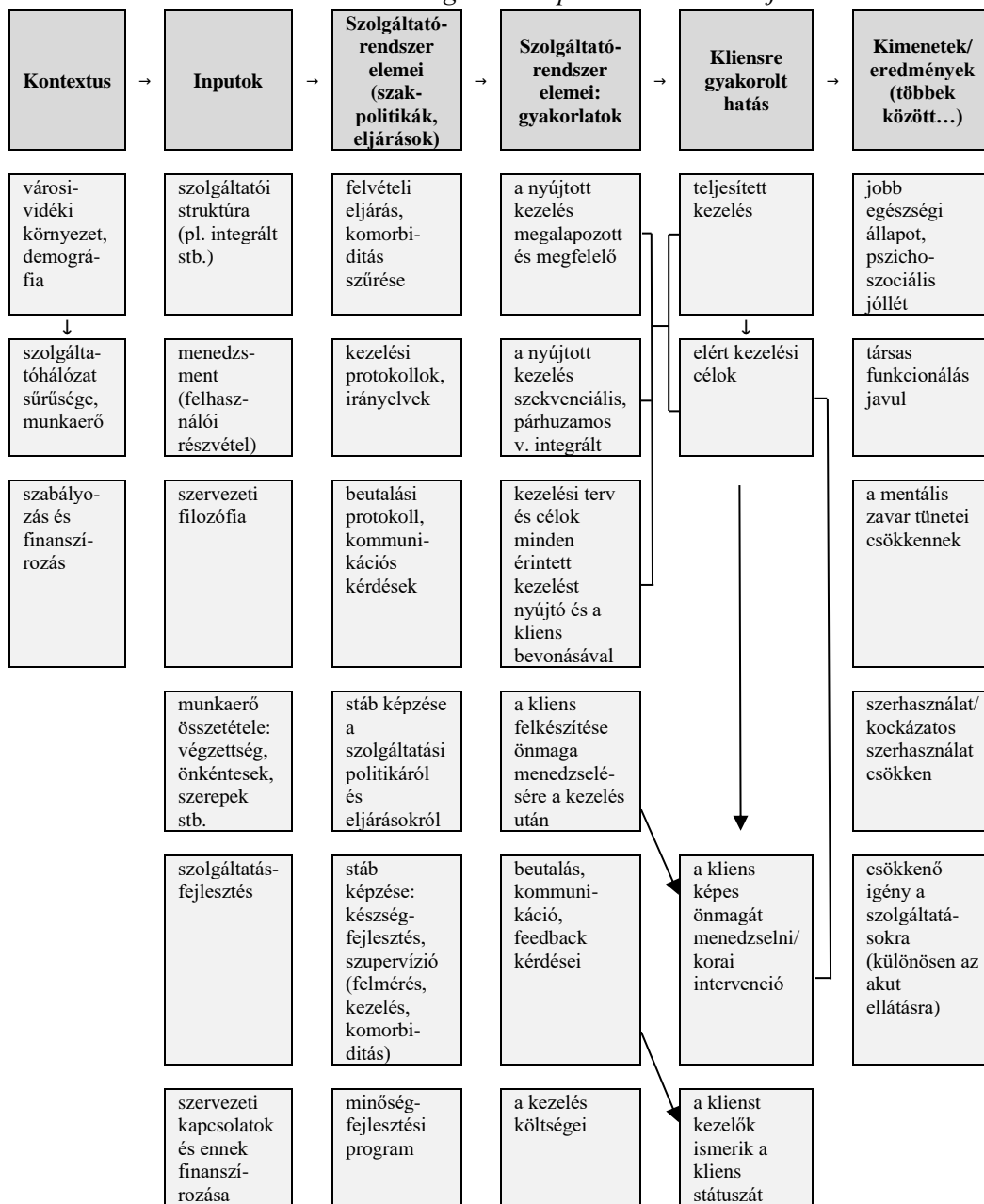
betegség lefolyása súlyos, a kezelés kilátásai rosszak. E zavarok megnövelik a szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint a rák kockázatát, és mintegy 20-30 évvel csökkenthetik a várható élettartamot, az utolsó tíz évben jelentősen lerontva az életminőséget. A fiatalok körében romlik vagy elvesz a munkaképesség.

Ugyanakkor a hagyományos kezelési modellek egy-egy megbetegedésre koncentrálnak. Ausztráliában az utóbbi években kezdődött meg a nemzetközi szinten is alátámasztottnak tekinthető modellek átgondolása és adaptálása, a megfelelő kapacitások kiépítése, ennek ellenére az egyetlen megbetegedésre összpontosító modellek dominanciája megmaradt.

A létező kezelési modelleket négy csoportba sorolhatjuk: szekvenciális, párhuzamos, integrált, vagy lépésekben zajló változatokra.

1. *Szekvenciális*: A személyt először az egyik állapot miatt kezelik, majd a másik kerül sorra. A tipikus sorrend: előbb a szerhasználati zavar, azt követően a pszichiátriai megbetegedés. Ám a sorrend attól is függ, melyiket tartja az orvos elsődlegesnek (azaz melyik jelentkezett előbb). A sorrend megállapítása nemegyszer önkényes, hiszen itt két, egymást kölcsönösen súlyosbító zavarról beszélhetünk.
2. *Párhuzamos*: A kezelés időben egyszerre zajlik, de egymástól függetlenül. A pszichiátriai megbetegedést másutt, mások kezelik, mint a szerhasználati zavart. Az az elvárás, hogy ezeket majd maga a kliens integrálja, ami problémás lehet, hiszen korántsem biztos, hogy a kezelőhelyek hasonló szemlélettel dolgoznak. (Megjegyzés: ez a modell számos szakmai, szervezési és finanszírozási nehézséget vet fel. A gyakorlatban hasonló esetek előfordulnak hazánkban is.)
3. *Integrált*: A kezelést azonos szolgáltató nyújtja. Ennek kifejezett előnye, hogy a személy a kezelést nyújtók segítségével képessé válik felismerni a szerhasználati és más mentális zavarai közötti összefüggéseket. (Megjegyzés: hazánkban a terápiás közösségek és más ellátók egy része kifejezetten ezzel a háttérrel végzi munkáját, akkor is, ha nem beszélnek kettős diagnózisról.)
4. *Lépcsőzetes*: Ilyenkor a legkevésbé intenzív és költséges formával kezdik, és amennyiben ez nem elegendő, váltanak az intenzívebb kezelésre – de befolyásolhatja a döntést a kezelő/kliens saját döntése is.

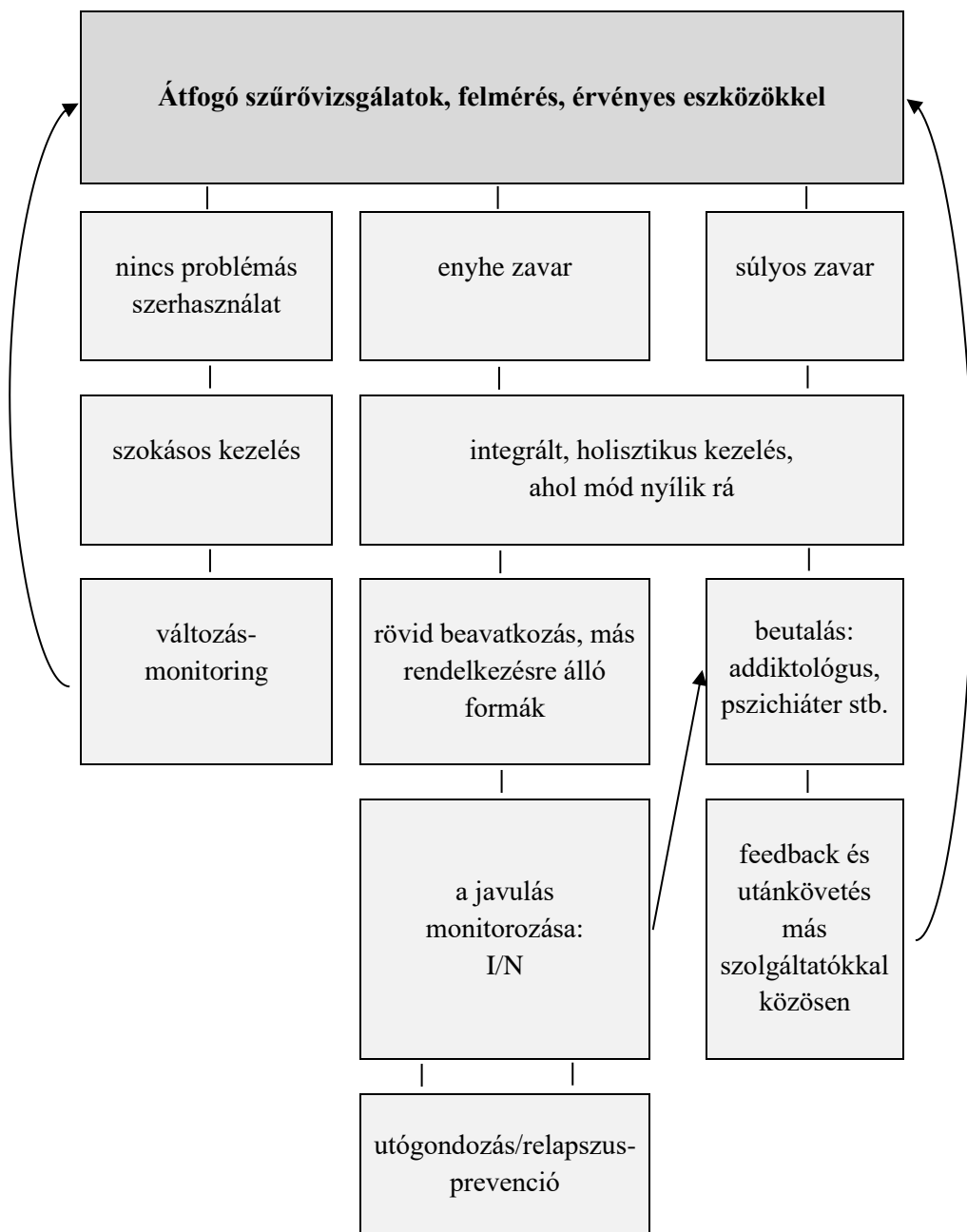
16. ábra: A kettős diagnózisra épülő ellátás modellje



Forrás: *Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2015, p. 23. (saját fordítás)*

## Betegirányítás

17. ábra: Átfogó szűrővizsgálatok, felmérés

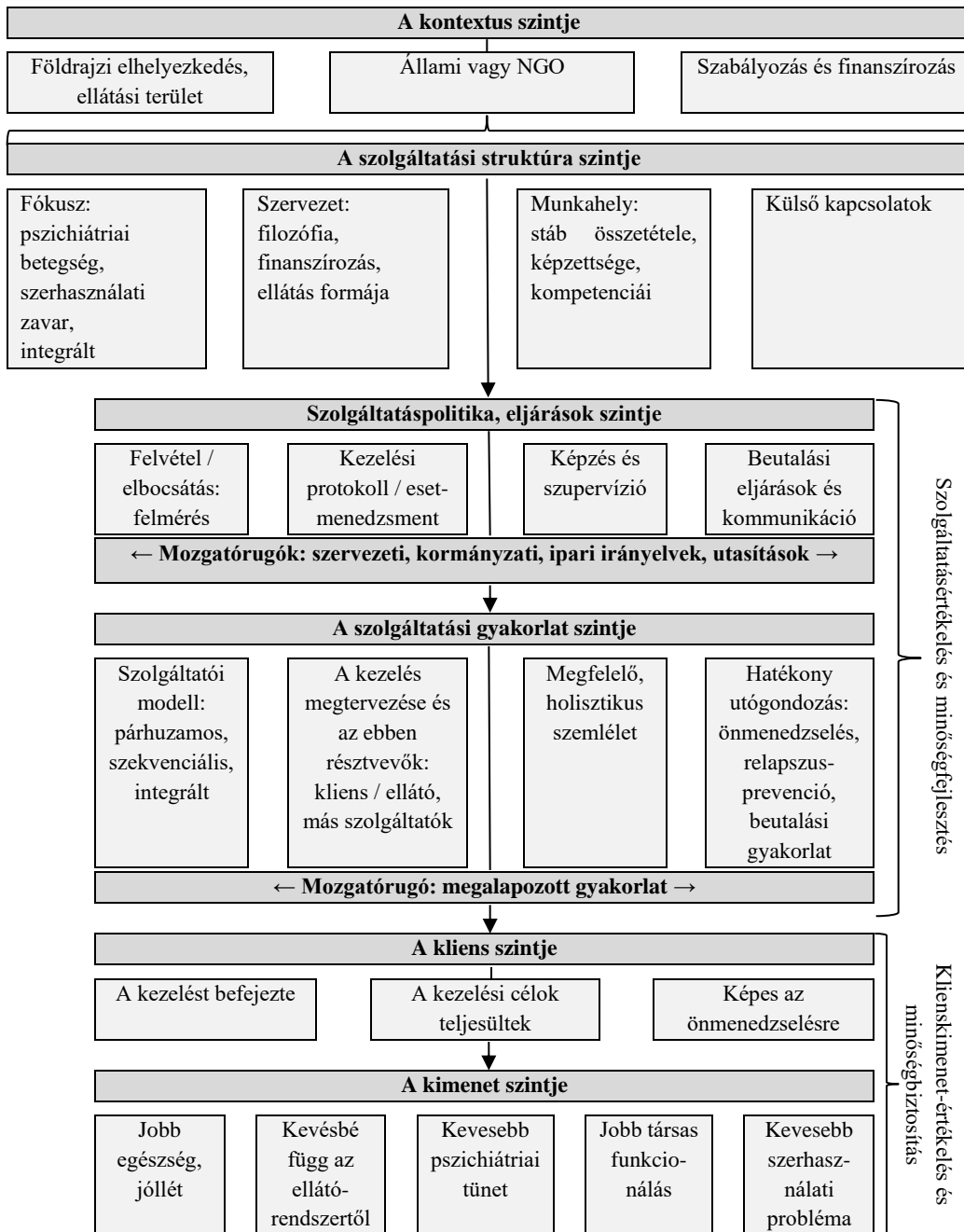


Forrás: *Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2015, p. 26. (saját fordítás)*

## A szolgáltatás fejlesztésének és értékelésének modellje

A modell tartalmazza mind a szolgáltatás, mind a kliensekkel végzett munka eredményértékelését:

18. ábra: A szolgáltatás fejlesztésének és értékelésének modellje



Forrás: Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2015, p. 29. (saját fordítás)

## **Miért jó ez a gyakorlat?**

*Az ausztrál rendszernek összességében több olyan erőssége van, ami nem feltétlenül a jobb finanszírozás függvénye, bár ez kétségtelenül előny.*

- *Az egyik, hogy a szakpolitika-alakításért felelős szint az addiktológiai problémák terén érintett szervezeteket hatékonyan szólítja meg, és e szervezetek is képesek kiegyensúlyozott válaszokat adni. Ennek ellenére láthatóak voltak az érdekkonfliktusok nyomai; úgy tűnik azonban, hogy ezt minden érintett a szakma természetes jelenségeként kezelte.*
- *A másik pozitívum a komplexitásra törekvés a források hatékony összekapcsolásával.*
- *A harmadik, hogy minden egyes, szerteágazó kutatásokra épülő innovatív lépést körültekintő és alapos értékelés kísér.*
- *Egy további erősség maga az erőforrás-központú/megoldásközpontú gondolkodás, amelynek erős hagyományai vannak az ausztrál terapeuták és szociális munkások körében.*
- *Az attitűdformálás terén arra törekednek, hogy ne a kezelés (stigma), hanem a betegség jelentse a problémát a személy számára – ám több ponton említik, hogy a kezelés igénybevételét a stigmatizáció akadályozhatta.*

*Az átfogó, inkább a szemléletre vonatkozó megállapításokat, javaslatokat követően most az egyes részterületekre vonatkoztatott javaslatok következnek:*

- *A munka világa és a szerhasználat összefüggéseire vonatkozó kutatások lefolytatása. Munkahelyi protokollok kidolgozása (mi a teendő a szerhasználó munkavállalóval?). Munkavállalói programok (Employee Assistance) bevezetése: a szolgáltatás minden munkahely számára legyen elérhető, de 3000 fő alatti munkavállalói létszám esetében több munkahely együttesen alakítsa ki a szolgáltatást. (Nagy jelentősége lehetne pl. egy ilyen szolgáltatásnak a közmunkaprogramokban).*
- *A szerhasználók családtagjait, a róluk gondoskodó személyeket és a gyermekeiket bevonó célzott programok indítása és értékelő követése. Ahol már léteznek ilyen programok, érdemes kidolgozni a modellprogrammá válás kritériumait (pl. a program bizonyítékokon alapul (evidence-based, tudományos értelemben alátámasztott), külföldi adaptáció, folyamatos, független értékelése biztosított) – a programok multiplikálásának céljával.*
- *Az ellátórendszer utógondozást végző egységeinek megerősítése: védett munkahely/lakhatás, felépülési mentor. A felépülési mentor rendszer adaptálása a szolgáltatások költséghatékonyabb működését tenné lehetővé, és jól szolgálná a visszaesés megelőzését is.*
- *A kettős diagnózis és ennek nyomán az integrált kezelési formák egyre inkább előtérbe kerülnek; érdemes volna feltérképezni a létező hazai modellek működését, támogatni ezek elterjedését.*

## **Források:**

- Australian Association of Social Workers (n.d.). *Submission to the House of Representatives Standing Committee on Family and Community Affairs*. <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/national-guide/lifestyle/alcohol/> (Letöltés: 2016.09.24.)
- Australian Institute of Health and Welfare. *Mental health services in Australia*. <https://mhsa.aihw.gov.au/background/> (Letöltés: 2016.09.24.)  
<https://mhsa.aihw.gov.au/national-policies/> (Letöltés: 2016.09.24.)  
<https://mhsa.aihw.gov.au/support/> (Letöltés: 2016.09.24.)
- Charlson, F. J. & Erskine, H. E. (2015). Burden of mental and substance use disorders in indigenous Australians and Oceania. *Australas Psychiatry*. 2015 Dec; 23(6 Suppl): pp. 13-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26634661> (Letöltés: 2016.09.24.)
- Mental Health and Drug and Alcohol Office (2015). *Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use. Evidence check review*. Sydney: NSW Ministry of Health.
- NSW Ministry of Health (2015): *The hospital drug and alcohol consultation liaison. Model of care*. Sydney: NSW Ministry of Health.  
<http://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/programs/da/Publications/hosp-DA-consult-moc.pdf> (Letöltés: 2016.09.24.)
- Reeve, R. et al. (2014). *Evaluation of NSW Health Drug & Alcohol Consultation Liaison Services. Final Report*. Sydney: CHERE – NDARC.  
<http://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/publications/Publications/comorbid-mental-care-review.pdf>  
[https://www.ihsa.gov.au/sites/g/files/net636/f/amhcc\\_version\\_1.0\\_user\\_manual\\_-\\_september.pdf](https://www.ihsa.gov.au/sites/g/files/net636/f/amhcc_version_1.0_user_manual_-_september.pdf)

## **5.7. Svédország**

SZIJÁRTÓ LINDA

### **A svéd drogpolitika**

A svéd drogpolitika átfogó célja egy kábítószermentes társadalom kialakítása.

A cél elérése érdekében Svédország a zéró tolerancia elvét alkalmazza a kábítószer-használatra vonatkozóan, és egy alapjaiban büntetéspontú, kényszerítő erejű intézkedésekre építő rendszert épített ki a kábítószerrel szemben. Svédország 1988 óta már nem csak a kábítószer birtoklását, de a kábítószer-használatot is kriminalizálja. A büntetés a legenyhébb esetben pénzbüntetés, súlyos esetben azonban akár kettőtől tíz évig terjedő szabadságvesztést is jelenthet. Ennek megfelelően a kormány nagy összegeket költ megelőzésre, bűnüldözésre és az ún. önmegtartóztatáson

alapuló kezelésre. A prevencióra épülő intézkedések egyaránt kiterjednek a legális és illegális szerek használatának megelőzésére. A megelőzést célzó programok fókuszában többek között az egészséges iskolai környezet kialakítása, a gyermekek emocionális és szociális készségeinek fejlesztése áll, mindemellett növekszik azoknak a programoknak a száma, amelyekbe már bevonják a szülőket is. Míg a megelőzéssel kapcsolatos intézkedések kulcselemeit képezik a svéd drogpolitikának, a kormány alapvetően negatív hozzáállást mutat az ártalomcsökkentő intézkedésekkel szemben.

## **Az Alkohol-, Kábítószer-, Doppingszer- és Dohánystratégia (ANDT)**

A Svéd Kormány 2016 februárjában fogadta el a 2016-2020 között érvényes Alkohol-, Kábítószer-, Doppingszer- és Dohánystratégiát. Az új Stratégia a 2011-2015 között érvényes Stratégiára, illetve annak tapasztalataira épül, kiemelve a társadalmi és a nemek közti egyenlőség, valamint a gyermek- és ifjúsági perspektíva fontosságát. Az ANDT egyike a nemzeti közegészségügyi politika tizenegy célterületének, amelyek egyenlő feltételek mellett igyekeznek jó egészséget biztosítani a teljes lakosság számára, mégpedig ahhoz az alapvetéshez igazodva, hogy minden embernek joga van a számára elérhető legjobb fizikai és mentális egészséghez. Az ANDT szabályozása a legális (alkohol és dohány) és az illegális szerekre (kábitószer, doppingerek) is kiterjed.

### **A Stratégia célkitűzései**

Az ANDT az alábbi hat célkitűzést fogalmazza meg, amelyek kölcsönhatása a fölrendelt cél elérését segíti elő:

1. Az alkoholhoz, kábítószerhez, doppingerekhez és dohányhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentése.
2. Az alkoholt, kábítószer, doppingert és dohányt használó gyermekek és fiatalok számának fokozatos csökkentése.
3. Az alkohol, a kábítószer, a doppinger és a dohány ártalmas használatával és/vagy az említett szerekkel való visszaéléssel jellemezhető nők és férfiak (lányok és fiúk) számának fokozatos csökkentése.
4. A szerhasználattal vagy függőséggel küzdő nők és férfiak (lányok és fiúk) jobb minőségű ellátáshoz való hozzáféréseinek és a körülményeiket figyelembe vevő támogatásának biztosítása.
5. Az alkohol, a kábítószer, a doppinger és dohány használatából kifolyólag megsérült vagy életét veszített nők és férfiak (lányok és fiúk) számának csökkentése.
6. Az EU és a nemzetközi megközelítés alkalmazása az ANDT esetében, amely alapjaiban a közegészségügyre épít.

A stratégiához kapcsolódó Nemzeti Akcióterv 2011-2015 között volt érvényben. *A 2016-20 között érvényes Nemzeti Akcióterv jelenleg kidolgozás alatt áll.*

## **A drogterület koordinációja és kontextusa**

Svédország decentralizált kormányzati rendszerében három politikai szinten foglalkoznak az ANDT-vel kapcsolatos kérdésekkel.

Helyi szinten a svéd szociális szolgáltatásokkal foglalkozó törvény értelmében az önkormányzatok feladatai közé tartozik, hogy megelőzzék és leküzdjék (különösen a gyermekek és fiatalok körében) a túlzott alkoholfogyasztással és egyéb, függőséget okozó szerekkel való visszaélést, mindemellett olyan intézkedéseket hozzanak, amelyek lehetőséget nyújtanak azoknak, akik a fent említett problémákkal küzdenek. Regionális szinten a megyei tanácsok vagy régiók felelősek az egészségügyi és orvosi ellátás biztosításáért. Ennek értelmében tehát a megyei tanácsoknak a prevenciót szem előtt tartva kell megfelelő ellátást, illetve kezelési irányt kijelölniük és kínálniuk a szerhasználattal vagy szenvedélybetegséggel küzdő személyek számára. Az önkormányzatok és megyei tanácsok kötelesek együttműködési megállapodást kötni a szenvedélybetegséggel küzdő egyének problémáit illető intézkedésekre vonatkozóan. Az ANDT megvalósításának hatékonyságát a Svéd Közegészségügyi Hivatal és a Nemzeti Egészségügyi és Jóléti Hivatal támogatják (helyi és regionális szinten) szakértelmükkel. A Svéd Közegészségügyi Hivatal egyfelől a közegészségügyi törvény monitorozását végzi, másfelől, az új stratégia értelmében, erősebb és egyértelműbb feladatköröket lát el az ANDT hatékonyságának biztosítása érdekében.

## **A drogproblémákkal kapcsolatos információgyűjtés és kutatások megvalósítása**

A kábítószer-használattal, megelőzéssel és kezeléssel kapcsolatos kutatások finanszírozásának kezelése és biztosítása elsősorban a Közegészségügyi Hivatal hatáskörébe tartozik. A szerhasználattal kapcsolatos kutatások svéd egyetemek, valamint kormányzati és nem kormányzati szervezetek bevonásával valósulnak meg.

### ***Miért jó ez a gyakorlat?***

- *Az alkohol- kábítószer- dopping- és dohányproblémák kezelésének átfogó megvalósítására törekszik.*
- *Egyszerre törekszik a legális és illegális szerek használatának megelőzésére.*
- *Nagy hangsúlyt fektet a biztonságos környezet kialakításán alapuló prevencióra.*
- *A hatékonyság növelése érdekében nagy hangsúlyt helyez a prevencióban az érintett szektorok közötti folyamatos együttműködésre és kommunikációra.*
- *Prioritásként tekint a gyermekek és az ifjúság kábítószerrel szembeni védelmére.*
- *Rendszeres, gyakorlati szakemberek és kutatóhelyek együttműködésére épülő kutatómunka alapozza meg.*

### ***Források:***

EMCDDA (2016). *Európai kábítószerjelentés. Tendenciák és fejlemények (2016).*



- <http://www.emcdda.europa.eu/edr2016> (Letöltés: 2016.09.30.)  
Ministry of Health and Social Affairs (n.d.). *A comprehensive strategy for alcohol, narcotics, doping and tobacco policy, 2016–2020.*  
[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/Sweden%20ANDT-strategy-2016-2020.EN\\_summary.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/Sweden%20ANDT-strategy-2016-2020.EN_summary.pdf) (Letöltés: 2016.10.18.)  
Drug policy in Sweden: a repressive approach that increases harm (2014).  
<http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-policy-sweden-repressive-approach-increases-harm> (Letöltés: 2016.11.15.)  
Ministry of Health and Social Affairs (n.d.). *Swedish drug policy – a balanced policy based on health and human rights.*  
[http://www.government.se/496f5b/contentassets/89b85401ed204484832fb1808cad6012/rk\\_21164\\_broschyr\\_narkotika\\_a4\\_en\\_3\\_tillg.pdf](http://www.government.se/496f5b/contentassets/89b85401ed204484832fb1808cad6012/rk_21164_broschyr_narkotika_a4_en_3_tillg.pdf) (Letöltés: 2016.12.01.)

## **5.8. Az Európai Unió keretrendszere – A bevált gyakorlatok mint az uniós drogpolitika eszközei**

SZÖLLŐSI GÁBOR

### **Az esettől a mintáig – a bevált gyakorlatok szerepe az Európai Unió drogpolitikájában**

Amikor egy, a hazai addiktológiai ellátórendszert vizsgáló kutatás keretében felmerül a gondolat, hogy a hazai megoldásokat vessük össze a máshol tapasztalható mintákkal, két kardinális kérdés merül fel.

Az első a gyakorlatok hatókörére vonatkozik. Vajon csak helyi gyakorlatok összehasonlítására kerülhet sor, vagy léteznek európai gyakorlatok is? Másképp fogalmazva: az egyes tagországokban működő és – esetleg – mintaként szolgáló programokon túl, vannak-e olyan minták, melyek európai érvényességgel bírnak? Hiszen ténylegesen mindegyik program konkrét helyszínen működik, ezért egy vagy több tagállam helyi gyakorlatként fogható fel; attól, hogy esetleg több országban is alkalmazzák, nem válik európaivá.

A másik kérdés a gyakorlatok szerepével kapcsolatos. Az Európai Unió szóhasználatát követve azokat a konkrét eseteket (megoldásokat, módszereket, projekteket), melyeket szélesebb körben példaként mutatnak be, a „best practice” kifejezéssel illetnek. Az rögtön látható, hogy a „best practice” szerepe jóval több, mint amit a szakemberek közötti tapasztalatcsere jelenthet. Kérdés, hogy milyen mechanizmusok révén válik a hétköznapi esetekből olyan minta, melyet, mint követésre alkalmasat, más szereplők elé tárnak. A kérdés második fele pedig az, hogy miként működik az Európai Uniónak az a mechanizmusa, mely a „best practice” révén kíván

hatást gyakorolni a különböző tagállamokra, azok szakpolitikájának, intézményi és szakmai működésének koordinálása érdekében.

A szakirodalomban egyetértés mutatkozik azzal kapcsolatban, hogy az ún. bevált gyakorlatok (best practice) szerepe az Európai Unió működésében jóval több, mint a lokális példákra vonatkozó tapasztalatok cseréje. A bevált gyakorlatokkal kapcsolatos uniós mechanizmusokat rendszerint úgy fogják fel, mint az Unión belüli szakpolitika-átvétel (policy transfer) egyik útvonulát, illetve módszerét. Dolowitz és Marsh népszerű meghatározása szerint a szakpolitika-átvétel esetében olyan sajátos jellemzőkkel bíró folyamatról van szó, melyben a szakpolitikákra, igazgatási megoldásokra, intézményekre és ideákra vonatkozó, egy meghatározott helyszínen (a múltban vagy a jelenben) érvényes tudások egy másik politikai helyszínen nyernek alkalmazást a szakpolitikák, igazgatási megoldások, intézmények, illetve ideák fejlesztése körében. (Dolowitz & Marsh, 2000) Ezt a nézőpontot tovább árnyalja az a megközelítés, mely szerint nem az „átvétel” írja le megfelelően a történéseket, hanem a „mobilitás” és a „mutáció”; utalva arra, hogy nem a kész megoldások országok közötti átadása a jellemző, hanem az ideák és megoldások folytonos áramlása és átalakulása a különféle helyszínek és szereplők között. (Peck & Theodore, 2010) Szintén a komplexebb nézőpont mellett érvel Stone, aki szerint a szakpolitika-átadás területén figyelembe kell venni a nem állami résztvevők szerepét, a szereplők hálózatos kapcsolódását, a társas tanulás mechanizmusát, valamint a politika-átadásban megjelenő egyenlőtlenséget és kényszert. (Stone, 2001)

A „best practice” Európai Unión belüli szerepét legtöbbször az institucionalista felfogás jegyében szokás leírni. Ennek alapján az Európai Unión belül található politikai mechanizmusok szerkezete (hierarchia, tárgyalás és „támogatott unilateralizmus”) befolyásolja azt, hogy azok milyen módon fejtik ki hatásukat. Az erőteljesebb intézményes formák a szakpolitika-átvétel nagyobb mértékét, kevésbé intézményesült formái annak kisebb mértékét eredményezik. (Bulmer & Padgett, 2005)

Sokféle területen az Unió és a tagállamok közötti koordináció egyik gyakori eszköze a konkrét helyeken alkalmazott megoldások közzététele, ezzel a különböző tagállamokban folyó gyakorlatok konvergenciájának a példa erejével történő ösztönzése. Az, hogy a jelen írás az angol „best practice” kifejezést „bevált gyakorlat”-nak fordítja, nem véletlen. Elvi alapja az, hogy a gyakorlati példákat európai szinten rendszerező EMCDDA rendkívül nagy gondot fordít arra, hogy csak az empirikusan igazolt gyakorlati példákat tegye közzé; amivel kapcsolatban a „jó” kifejezés sokkal kevesebbet jelent, mint a „bevált”. A másik okot az a példa jelenti, hogy a hazai Drog Fókuszpont ugyancsak a „bevált gyakorlat” kifejezést alkalmazza.

Az alábbiakban a bevált gyakorlat (best practice) közkeletű definícióját idézem: „A „bevált gyakorlat” kifejezés alatt azokat a szerhasználathoz kapcsolódó beavatkozásokat értjük, amelyeknél az aktuálisan elérhető tudományos bizonyítékokat a lehető legjobb módon alkalmazzák. A felhasznált tudományos bizonyítékoknak relevánsnak kell lenniük az adott problémában érintettek (szakemberek, döntéshozók, szerhasználók és családjuk) számára. Az alkalmazott módszereknek átláthatónak, megbízhatónak és átadhatónak kell lenniük, és minden vonatkozó bizonyítékot

figyelembe kell venni a besorolási eljárás során. A megvalósítás, az adaptáció és a kapcsolódó képzések során keletkező tapasztalatokat szisztematikusan gyűjteni kell és elérhetővé kell tenni mások számára is. Különböző, prevalencia szintet mérő modelleken keresztül vizsgálni kell a közeg jellemzőit, ahol az adott beavatkozás megvalósul, hogy becsülni lehessen a beavatkozás hatását a populációra. A döntéshozatali folyamatokhoz mind a hatékonysággal, mind a megvalósíthatósággal kapcsolatos tudományos bizonyítékokat figyelembe kell venni.”<sup>25</sup>

Az, hogy egy konkrét eset (megoldás, projekt, módszer) mennyiben képes mintává válni az Európai Unió területén, egyrészt attól a kontextustól függ, melyben egy eset példaként szolgálhat, másrészt attól a mechanizmustól, mely láthatóvá teszi és hitelesíti az esetet a többi érintett tagállam politikusai, szakemberei számára. Az uniós drogpolitika esetében mind a kontextus, mind a mechanizmus kellően strukturált ahhoz, hogy esély legyen a példák mintává válására. Ugyanakkor persze nem hagyható figyelmen kívül, hogy a szakpolitika-alkotás olyan jelenség, mely a saját törvényszerűségeinek megfelelő módon működik, melyben a minták uniós szintű legitimitációja csak egyike a befolyásoló tényezőknek. (Stead, 2012) A bevált gyakorlatok esetében különös jelentősége van annak, hogy települési, intézményi szinten milyen tényezők befolyásolják a bevált gyakorlatok átvételét. Egy angol kutatás szerint a helyi önkormányzatok számára nehézséget jelent annak megállapítása, hogy a felkínált gyakorlatok megfelelnek-e a helyi viszonyoknak, illetve, hogy a jó gyakorlatnak nevezett minták valóban jó gyakorlatok-e. (Brannan, Durose, John & Wolman, 2008)

## **A Stratégia, az Európai Unió drogpolitikájának alapvető dokumentuma**

Ha Európáról beszélünk, akkor ez részben az Európai Uniót jelenti, részben viszont nem. Az Unió olyan nemzetek feletti szervezet, melyre a tagállamok a szuverenitásuk meghatározott részét az Alapszerződésben átruházták; a szuverenitásnak a szerződésben át nem adott része viszont megmaradt a tagállamoknál. Az EU és a tagállamok viszonyát meghatározó elv a szubszidiaritás, ami ebben a viszonyban azt jelenti, hogy a kifejezett rendelkezéssel az Unióra át nem ruházott hatáskörök a tagállamokra tartoznak. Az EU és a tagállamok közötti viszony persze ennél jóval összetettebb; ennek okai között szerepel, hogy a hatáskörökről való döntés mindig is értelmezés kérdése; másrészt, hogy az Unió nem csak az „erős” döntési hatáskörei gyakorlásával, hanem „puha” eszközök alkalmazásával is hatást gyakorolhat a tagállamok politikájára. Ez utóbbi körben a koordináció különféle eszközei kerülhetnek alkalmazásra, ahol az Unió koordináló tevékenysége és a tagállamnak az erre adott válaszai szorosan összefüggnek egymással. (A „puha jog” és a „nyitott koordináció” között további különbség tehető, lásd pl. Borrás & Jacobsson, 2004.)

---

<sup>25</sup> Források:

<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/about>

<http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/>

A fentieknek megfelelően csak viszonylagos pontossággal lehet különbséget tenni az Európai Unió drogpolitikája és az európai országok drogpolitikája között. A kétféle drogpolitikai dimenzió viszonyát éppúgy jellemzi a különbségek fennmaradása, mint a szakpolitikák átvétele. (Chatwin, 2010) A továbbiakban e logika mentén tekintjük át az Európai Unió drogpolitikájának eszközeit, mellőzve a tagállamok nemzeti drogpolitikáinak tárgyalását. Az Európai Unió drogpolitikájának története a korai 1970-es évekre vezethető vissza. Jóllehet a drogpolitikáért való felelősség a tagállamoké maradt, a tagállamok közötti kooperáció az 1990-es években felerősödött és elvezetett az uniós drogstratégia, illetve cselekvési terv létrejöttéig. (MacGregor & Whiting, 2010)

Az Unió több szakpolitikai területen, több dokumentumában érinti a drogok kérdését, az explicit uniós drogpolitikának azonban ma „A 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia (2012/C 402/01)” (a továbbiakban: Stratégia) jelenti az alapjait.

Érdemes néhány elemet megkülönböztetnünk:

- hatásköri szempontok,
- elvek és célok,
- szakpolitikai területek és tevékenységek,
- mechanizmusok.

### **Hatásköri szempontok**

A fent már jelzettek szerint az uniós politika megfogalmazásának előkérdése az, hogy milyen hatásköre létezik az Uniónak a drogpolitika művelésére. A kérdésre ad választ a Stratégia preambuluma (3) pontja:

„(3) A stratégia a Lisszaboni Szerződésben meghatározott elvek, valamint az Unió és az egyes tagállamok hatáskörei alapján készült. Ennek során a szubszidiaritás és az arányosság elvét kellőképpen figyelembe vették, hiszen ez az uniós stratégia a nemzeti stratégiák értékét kívánja növelni. A stratégiát ezekkel az elvekkel és hatáskörökkel összhangban kell végrehajtani.”

Tovább finomítja a képet az (5) pont szövege:

„(5) A kábítószer-jelenség nemzeti és nemzetközi ügy, amelyet globális összefüggéseiben kell megközelíteni. Ebben a tekintetben az uniós szinten való koordinált fellépés fontos szerepet játszik. Ez a kábítószer elleni uniós stratégia közös és tényeken alapuló keretet biztosít az Unión belül és azon kívül tapasztalható kábítószer-jelenségre adandó válaszhoz. Az együttes és egymást kiegészítő fellépések keretének biztosításával a stratégia garantálja, hogy az erre a területre összpontosított forrásokat eredményesen és hatékonyan használják fel, figyelembe véve egyúttal a tagállamok és az uniós intézmények intézményi és pénzügyi korlátait és kapacitását is.”

A két szövegrészből elsősorban az olvasható ki, hogy az Unió és a tagállamok viszonyában mindig egyike az alapvető kérdéseknek a hatásköri szabályok tisztázása.

Mint más uniós rendelkezések, úgy a jelen dokumentum is utal azokra a korábbi dokumentumokra, melyek alapul szolgálnak a konkrét rendelkezés kibocsátására, az Unió hatáskörének megállapítására. A dokumentum szövegének elemzése alapján az állapítható meg, hogy a dokumentum a drogpolitika területén megosztott hatásköröket talál megállapíthatónak (lásd „nemzeti és nemzetközi ügy”, „koordinált fellépés”, „az uniós stratégia a nemzeti stratégiák értékét kívánja növelni”). (Chatwin, 2007)

A dokumentum tartalmi szempontból is körülírja azt a területet, melyeken megállapíthatónak tartja az Európai Unió hatáskörét: „(11) A stratégia két szakpolitikai területre tagolódik: a kábítószer-kereslet csökkentése és a kábítószer-kínálat csökkentése, valamint három átfogó kérdéskörre koncentrálnak: a) koordináció, b) nemzetközi együttműködés és c) kutatás, tájékoztatás, figyelemmel kísérés és értékelés.” A dokumentum további részei pedig ezeket a közös, az Unió hatáskörébe tartozó feladatokat operacionalizálják.

### **Az Európai Unió drogpolitikai stratégiája: elvek és célkitűzések**

Túl azon a kérdésen, hogy egyáltalán szükség van-e uniós drogstratégiára (MacGregor, 2012), annak tartalma és eszközei sem tekinthetők maguktól értetődőknek. Hangsúlyozni kell az uniós drogpolitika létrejöttének folyamatjellegét; a drogpolitika az unióra jellemző alkufolyamatok során, dokumentumról dokumentumra alakult olyanná, amilyennek ma ismerjük. (MacGregor & Whiting, 2010) Mint egy elemzésből megismerhető, az európai drogpolitika tartalmát illetően a konszenzust nem az Unió mechanizmusai hozták létre, noha ezek a mechanizmusok segítettek az érintetteket abban, hogy eljussanak odáig. (Hedrich, Pirona & Wiessing, 2008)

Figyelemmel arra, hogy a Stratégia a közös és a nemzetállami hatáskörök találkozási pontján fogalmazódott meg, eszközei alapvetően nem a direkt szabályozás, hanem a koordináció területére esnek. Ez megnöveli az olyan elemek, mint a célok és elvek, egyeztetési és monitoring mechanizmusok szerepét.

A Stratégia többféle rendszerszinten fogalmazza meg azokat a pilléreket, melyeken az Unió drogpolitikája alapul.

Elsőként említendőek azok az elvek, melyeket a Stratégia explicit módon megnevez mint a stratégia háttérét jelentő elvi alapokat:

- az uniós jog alapelvei, az Unió alapértékei (az emberi méltóság, a szabadság, a demokrácia, az egyenlőség, a szolidaritás, a jogállamiság és az emberi jogok tiszteletben tartása), az emberi jogokról szóló európai egyezmény, végül az EU Alapjogi Chartája;
- a nemzetközi jog rendelkezései, melyek közül a Stratégia kiemeli az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát, valamint a kábítószeres jelenségének kezelésére vonatkozó nemzetközi jogi keretet biztosító ENSZ-egyezményeket és politikai dokumentumokat (utóbbiak között említi az ENSZ által 2009-ben elfogadott, a világ kábítószer-problémájának megoldására irányuló egységes és kiegyensúlyozott stratégia érdekében folytatott nemzetközi együttműködésről szóló politikai

nyilatkozatot és cselekvési tervet, valamint az ENSZ HIV-ről/AIDS-ről szóló politikai nyilatkozatát).

A Stratégia általános célját a (6) pont fogalmazza meg: „Hozzájárulni a kábítószer-kereslet és -kínálat Unión belüli csökkentéséhez, továbbá a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi kockázatok és ártalmak csökkentéséhez egy olyan, a nemzeti szakpolitikákat támogató és kiegészítő stratégiai megközelítés révén, amely keretet biztosít a koordinált és közös fellépéseknek, valamint az EU e téren folytatott nemzetközi együttműködésének alapjául és politikai keretként szolgál. Ezt integrált, kiegyensúlyozott és tényeken alapuló megközelítésen keresztül éri el.”

A célkitűzéseknek ez a megfogalmazása több, egymáshoz kapcsolódó elemet tartalmaz:

- A dokumentum itt is deklarálja az Unió és a tagállamok viszonyát. A „nemzeti szakpolitikákat támogató és kiegészítő” szövegrész a szubszidiaritásnak azt az értelmezési módját jelzi, mely szerint elsődlegesen a tagállamok azok, melyek jogosultak drogpolitikát alkotni és végrehajtani. Az Unió „támogató” és „kiegészítő” szerepe az Unión belüli koordinációban, illetve az Unió kívüli együttműködés szervezésében testesül meg.
- A dokumentum célok keretében utal a szakpolitika által megvalósítani/ösztönözni kívánt eredményekre, valamint az annak érdekében végzett tevékenység jellegére. Lényegében tehát olyan – a nemzeti politikákat támogató és kiegészítő – uniós politikáról van szó, mely a kereslet és kínálat csökkentésére, illetve a kockázatok és ártalmak csökkentésére irányul; és amelyet meghatározott irányultság – integrált, kiegyensúlyozott és tényeken alapuló – jellemez.

Közvetlenebbül határozzák meg az uniós (és közvetve a nemzeti) drogpolitikát a kábítószer elleni uniós stratégia célkitűzései:

- a kábítószer-kereslet, a kábítószer-függőség és a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi kockázatok és ártalmak mérhető csökkenéséhez való hozzájárulás;
- a tiltott kábítószer piacának megzavarásához és a tiltott kábítószer beszerezhetőségének mérhető csökkenéséhez való hozzájárulás;
- aktív párbeszéd és a kábítószerekkel kapcsolatos fejlemények és kihívások elemzésén keresztül uniós és nemzetközi szintű koordináció ösztönzése;
- az EU, valamint harmadik országok és nemzetközi szervezetek között a kábítószerekkel kapcsolatos kérdésekről folytatott párbeszéd és együttműködés megerősítése;
- a figyelemmel kísérés, a kutatás és az értékelés eredményeinek jobb terjesztéséhez, valamint a kábítószer-jelenség valamennyi vonatkozásának és a beavatkozások hatásának jobb megértéséhez való hozzájárulás annak érdekében, hogy megbízható és átfogó tényalapot nyújtson a szakpolitikákhoz és a cselekvésekhez.

## **Szakpolitikai területek és tevékenységek**

A Stratégia érdemi szakpolitikai törekvéseit a dokumentum több részre osztja, és azokat „szakpolitikai terület”, illetve „átfogó kérdéskör” névvel illeti. Noha az addiktológia művelőinek figyelmét elsősorban a tartalmi célokat megjelölő „szakpolitikai területek” kelthetik fel, hangsúlyozni kell, hogy a már taglalt szubszidiárius viszonyoknak megfelelően az Unió sajátos szerepét inkább az „átfogó kérdéskör” nevű fejezetekből lehet megismerni.

Ennek megfelelően az érintett törekvések a következők szerint rendeződnek el:

### *Szakpolitikai terület: a kábítószer-kereslet csökkentése*

A dokumentum megfogalmazása szerint a kábítószer-kereslet csökkentése több egyenlően fontos és egymást kölcsönösen erősítő intézkedésből áll, többek között a megelőzésre, a korai észlelésre és beavatkozásra, a kockázatsökkentésre és az egészségkárosodás mérséklésére, a kezelésre, a rehabilitációra, a társadalmi visszailleszkedésre és a felépülésre vonatkozóan.

A Stratégia megjelöli az elérni kívánt célokat is: a kábítószer-kereslet csökkentése területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy integrált, multidiszciplináris és tényeken alapuló megközelítést követve, valamint az egészségügyi, a társadalmi és az igazságügyi szakpolitikák közötti koherencia ösztönzésével és megőrzésével hozzájáruljon a tiltott kábítószeres használatának mérhető csökkenéséhez, és későbbre tolja a kábítószer-használat megkezdésének korát a használatnak, a függőségnek és a kábítószerrel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi kockázatoknak és ártalmaknak a megelőzése és csökkentése érdekében.

A továbbiakban a Stratégia felsorolja azokat a prioritásokat, melyeket a kábítószer-kereslet csökkentése területén kíván érvényesíteni.

### *Szakpolitikai terület: a kábítószer-kínálat csökkentése*

A dokumentum szerint a kábítószer-kínálat csökkentése magában foglalja a kábítószerrel kapcsolatos – különösen a szervezett – bűnözés megelőzését, az attól való eltérítést és annak megzavarását, ami igazságügyi és bűnüldözési együttműködésen, betiltáson, bűnügyi eszközök elkobzásán, nyomozáson és határigazgatáson keresztül történik.

A Stratégia e területtel kapcsolatban a következő célkitűzést határozta meg: a tiltott kábítószer-kereskedelem megzavarása, a tiltott kábítószeres előállításában és kereskedelmében érintett szervezett bűnözői csoportok felszámolása, a büntető igazságszolgáltatási rendszer hatékony alkalmazása, a célravezető bűnüldözési operatív információon alapuló bűnüldözés és a bűnüldözési operatív információk fokozott megosztása révén hozzájáruljon a tiltott kábítószeres beszerezhetőségének mérhető csökkenéséhez. A dokumentum hangsúlyozza, hogy Uniós szinten a hangsúlyt a kábítószerrel kapcsolatos nagy léptékű, határokon átnyúló jellegű és szervezett bűnözésre helyezik.

A dokumentum ennél a szakpolitikai területnél is megnevezi az érvényesíteni kívánt prioritásokat.

#### *Átfogó kérdéskör: koordináció*

Az Unió működésének egyik alapvető jellemzője a koordinációs mechanizmusok sokrétűsége és meghatározó szerepe; ami a drogpolitika terén éppúgy megtalálható. A Stratégia megfogalmazása szerint koordinációra van szükség egyfelől az uniós intézményeken, a tagállamokon, egyéb érintett európai szerveken és a civil társadalmon belül és ezek között, másfelől pedig az EU, a nemzetközi szervek és harmadik országok között. Lényegében tehát az Unió azt vállalja, hogy koordinálja az Unión belüli együttműködéseket, továbbá az Unió és mások közötti kapcsolatokat.

A Stratégia szerint a koordináció célja kettős: egyrészt a szakpolitikai célok támogatását szolgáló szinergiák, a kommunikáció és a hatékony információ- és véleménycsere biztosítása, másrészt a kábítószerrel kapcsolatos aktív politikai párbeszéd, valamint a fejlemények és kihívások elemzésének ösztönzése uniós és nemzetközi szinten. Ezt úgy értelmezhetjük, hogy a dokumentum szerint a koordinációnak van egy (inkább) szakmai, és van egy (inkább) politikai oldala; amely kettősség amúgy minden szakpolitikának jellemzője, hiszen minden szakpolitikában egyszerre vannak jelen szakmai és politikai momentumok.

Ennél a szakpolitikai törekvésnél is megnevezésre kerülnek a követni kívánt prioritások.

#### *Átfogó kérdéskör: nemzetközi együttműködés*

A dokumentum hangsúlyozza a nemzetközi együttműködésben rejlő értéktöbbletet, mely kiegészíti a tagállami erőfeszítések eredményeit. Másként fogalmazva: noha a Stratégia tiszteletben tartja a tagállamok elsődleges jogkörét drogpolitikájuk megalkotására és végrehajtására, mégis lát olyan területet, amelyet nem fed le a tagállamok nemzeti politikája – ez az együttműködés területe. Mint az alábbi szövegrészből látható, a harmadik felek irányában történő egységes fellépés szükségessége olyan indokként fogalmazódik meg, mellyel alátámasztható az Unión belüli egységes álláspont kialakításának szükségessége:

A nemzetközi együttműködés területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy átfogó és kiegyensúlyozott módon tovább erősítse a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekről folytatott párbeszédet és együttműködést az EU, valamint a harmadik országok és a nemzetközi szervezetek között. Külön hangsúlyozza a Stratégia annak szükségességét, hogy a kábítószer elleni stratégia kérdéseiben az EU a nemzetközi porondon és a partnerországokkal fennálló kapcsolataiban egységes álláspontot képviseljen. Ez uniós szinten megköveteli a politikák és az intézkedések – többek között a külkapcsolati együttműködés – koherenciáját a kábítószer-kereslet csökkentésére, és azon belül a kockázatcsökkentésre és az egészségkárosodás mérséklésére, a kábítószer-kínálat csökkentésére, alternatív fejlesztésre, az ismeretek megosztására és átadására, valamint az állami és nem állami szereplők bevonására vonatkozóan. A kábítószerterületén az EU külső



tevékenységének célja az, hogy tovább erősítse és támogassa a harmadik országoknak a népegészségügyi, a biztonsági és a védelmi kihívások kezelése terén kifejtett erőfeszítéseit.

#### *Átfogó kérdéskör: tájékoztatás, kutatás, figyelemmel kísérés és értékelés*

A harmadik „átfogó kérdéskör” ugyancsak olyan jellegű, mely sokféle más szakpolitikai területen is megtalálható. Az Unió a drogpolitika terén is olyan kereteket hoz létre, és olyan mechanizmusokat működtet, melyek ösztönzik és áttekinthetővé teszik a drogpolitika területét illető tájékoztatást, kutatást, monitorozást. (Lásd például Hartnoll, 2003)

A Stratégia megfogalmazása szerint a tájékoztatás, kutatás, figyelemmel kísérés és értékelés területén a kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy hozzájáruljon a kábítószer-jelenség valamennyi vonatkozásának és az intézkedések hatásának jobb megértéséhez annak érdekében, hogy megbízható és átfogó tényalapot nyújtson a szakpolitikákhoz és a fellépésekhez. Az uniós stratégia célja továbbá, hogy a figyelemmel kíséresi, kutatási és értékelési eredmények jobb terjesztéséhez is hozzájáruljon, uniós és tagállami szinten egyaránt, biztosítva ezáltal a szinergiák megerősítését, a pénzügyi források kiegyensúlyozott elosztását és a párhuzamos erőfeszítések elkerülését. Ez a módszerek összehangolása, hálózatépítés és szorosabb együttműködés révén érhető el.

### **Mechanizmusok**

Tekintettel arra, hogy a drogpolitika kérdéseiben sajátos módon kapcsolódnak a nemzetállamok saját hatáskörei az EU koordinatív feladataival, a fent említett „szakpolitikai területek”, illetve „átfogó kérdéskörök” megvalósulása jelentős mértékben függ azoktól a mechanizmusoktól, melyek keretében sor kerül a Stratégia megvalósítására és monitorozására. Az Unió döntéshozó szervei mögött sokféle olyan szervezet, illetve fórum található, mely hozzájárul az uniós drogpolitika megfogalmazásához, megvalósításához, illetve monitorozásához.

A mechanizmus elemei sorában a Cselekvési Tervet, a szervezetrendszert, valamint a monitorozási rendszert kell megemlíteni.

#### *A Cselekvési Terv*

Míg a Stratégia a szakpolitikai célokat és programelemeket sorolta fel, a konkrét tevékenységek meghatározása a Cselekvési Tervre tartozik. (Az EU Kábítószer Elleni Cselekvési Terve 2013–2016, 2013/C 351/01).

Az EU Kábítószer Elleni Cselekvési Terve (2013–2016) című dokumentum a következő tartalmi elemekből tevődik össze:

1. A kábítószer-kereslet csökkentése
2. A kínálat csökkentése
3. Koordináció
4. Nemzetközi együttműködés

5. Tájékoztatás, kutatás, monitoring és értékelés

6. 1. melléklet: 15 átfogó mutató az EU kábítószer elleni cselekvési tervéhez (2013–2016) (meglévő jelentéstételi mechanizmusok)

A Cselekvési Terv szerkezete igazodik a Stratégia szerkezetéhez, így – láthatóan – ebben ugyanazok a szakpolitikai területek, illetve átfogó kérdéskörök szerepelnek, mint a Stratégiában. A dokumentum szövege deklarálja, hogy feladata a Stratégia végrehajtásának biztosítása: a benne megjelölt tevékenységek igazodnak a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia céljaihoz. A Cselekvési Tervben meghatározásra kerülő tevékenységekkel szembeni kritériumok a következők: tényeken kell alapulniuk, tudományosan megbízhatónak, reálisnak, határidőhöz kötötnek és mérhetőnek kell lenniük, továbbá egyértelmű uniós vonatkozással kell bírniuk és értéktöbbletet kell jelenteniük. A Cselekvési Terv feltünteti a végrehajtás ütemezését, a felelősöket, a mutatókat és az adatgyűjtési/értékelési mechanizmusokat.

A Cselekvési Terv az egyes szakpolitikai területeken, illetve átfogó kérdéskörökön belül több operatív célt határoz meg. A célokhoz hozzárendelten megjelöli a tevékenységeket, a végrehajtást, a felelőst és az alkalmazandó mutatót (mutatókat). A Cselekvési Terv egészének részletes bemutatása meghaladná a jelen írás kereteit, ezért az alábbiakban az egyes területek keretében megfogalmazott célok ismertetésére kerül sor.

*Szakpolitikai terület: a kábítószer-kereslet csökkentése*

1. A kábítószer-fogyasztás megelőzése és másodsorban a kábítószer-fogyasztás megkezdésének késleltetése.
2. A kábítószer-fogyasztók kezelése és rehabilitációja eredményességének javítása, beleértve a komorbiditással küzdő személyeket célzó szolgáltatásokat is, a tiltott kábítószerek fogyasztásának, a problémás kábítószer-fogyasztásnak, a kábítószer-függőségnek és a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi kockázatok és ártalmak csökkentésének, továbbá a problémás és a függő kábítószer-fogyasztók felépülésének és társadalmi visszailleszkedésének a támogatása érdekében.
3. Koordinált, a bevált gyakorlatra épülő és minőségi megközelítések érvényesítése a kábítószer-kereslet csökkentésében.

*Szakpolitikai terület: a kábítószer-kínálat csökkentése*

Célok:

4. Az Unión belüli hatékony bűnüldözési koordináció és együttműködés erősítése a kábítószerekkel kapcsolatos illegális tevékenységekkel szembeni koherens fellépés érdekében, adott esetben az uniós szakpolitikai ciklus révén meghatározott releváns tevékenységekkel
5. Az Unión belüli hatékony jogalkotás és igazságügyi együttműködés erősítése
6. Hatékony reagálás a tiltott kábítószerekkel kapcsolatos tevékenységek jelenlegi és újonnan kialakuló tendenciáira

*Átfogó kérdéskör: koordináció*

Célok:

7. A hatékony uniós koordináció biztosítása a kábítószerügy területén.
8. A kábítószerrel kapcsolatos szakpolitikák hatékony koordinálásának biztosítása nemzeti szinten.
9. A civil társadalom részvételének biztosítása a kábítószer-politikában.

*Átfogó kérdéskör: nemzetközi együttműködés*

10. A kábítószer elleni uniós stratégia integrálása az EU átfogó külpolitikai keretébe, olyan átfogó megközelítés részeként, mely maradéktalanul, továbbá koherens és koordinált módon kiaknázza az EU rendelkezésére álló szakpolitikák, illetve diplomáciai, politikai és pénzügyi eszközök teljes palettáját.
11. Az uniós megközelítés kohéziójának és az EU ENSZ-beli láthatóságának növelése, valamint a kábítószer terén a nemzetközi szervezetekkel folytatott uniós koordináció megerősítése.
12. A kábítószerrel kapcsolatos uniós vívmányokhoz való igazodás folyamatában a csatlakozó, tagjelölt és potenciálisan tagjelölt országoknak nyújtott támogatás, célzott segítségnyújtás és monitoring révén.

*Átfogó kérdéskör: tájékoztatás, kutatás, monitoring és értékelés*

13. A kábítószer-jelenség valamennyi aspektusával kapcsolatos kutatásba, adatgyűjtésbe, monitoringba, értékelésbe és információcserébe való megfelelő befektetés biztosítása.
14. A hálózatépítés és az együttműködés folytatása, illetve kapacitásfejlesztés az uniós tudásinfrastruktúrában, a kábítószerre – különösen a tiltott kábítószerre – vonatkozó tájékoztatás, kutatás, monitoring és értékelés céljából.
15. Az uniós és nemzeti szintű monitoring, kutatás és értékelés eredményeinek fokozott terjesztése.

A jelen kutatás szempontjából kiemelt jelentősége van annak, hogy a Stratégiához kapcsolódó jelentéstételi mechanizmus milyen adatoknak tulajdonít jelentőséget az addikciók kezelésével összefüggően. Ez a Cselekvési Terv 1. mellékletéből, a „15 átfogó mutató az EU kábítószer elleni cselekvési tervéhez (2013–2016) (meglévő jelentéstételi mechanizmusok)” című dokumentumból ismerhető meg. A dokumentum két pontja nevesíthető ebben a témakörben:

11. A szolgáltatások és beavatkozások rendelkezésre állásának, körének és minőségének értékelése a prevenció, az ártalomcsökkentés, a társadalmi befogadás és a kezelés terén (EMCDDA – Egészségügyi és szociális válaszleépések).
12. Tényeken alapuló beavatkozások a prevenció, a kezelés, a társadalmi befogadás, a felépülés, illetve ezeknek a kábítószer-fogyasztás prevalenciájára és a problémás kábítószer-fogyasztásra várhatóan gyakorolt hatása (EMCDDA – Bevált gyakorlatok portálja).

### *Szervezetek, monitorozás, jó gyakorlatok*

A Stratégia a drogstratégia körébe tartozó feladatokkal kapcsolatban hivatalos döntéshozóként a Bizottságot, a Főképviselőt, a Tanácsot és az Európai Parlamentet nevesíti. Ezen túlmenően a drogstratégia szervezeti biztosítékai körében a Stratégia is megnevezi a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontját (EMCDDA) mint a szakpolitikai szempontból releváns információkat elsődlegesen biztosító szervezetet. A Stratégiában megnevezett közreműködők az Europol, az Eurojust, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és az Európai Gyógyszerügynökség, valamint az Unión kívüli szervezetek közül az ENSZ Kábítószer- és Bűnügyi Hivatala (UNODC), a Vámigazgatások Világszervezete (WCO), az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és a Pompidou Csoport.

### **A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA)**

A lisszaboni székhelyű EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) 1993-ban alakult meg, és 1995-ben vált az Európai Unió egyik decentralizált intézményévé. A szervezet önmeghatározása szerint az EMCDDA feladata, hogy ellássa az Uniót és a tagállamokat az európai drogprobléma tényszerű áttekintéséhez szükséges adatokkal, és megbízható ténybeli alapot nyújtson a droggal kapcsolatos tárgyalásokhoz. Ezzel egyrészt a politikaalkotókat látja el a szükséges adatokkal ahhoz, hogy kellő információ birtokában alkossák meg a jogszabályokat és stratégiákat; másrészt a szakembereket segíti hozzá a jó gyakorlatok, illetve új kutatási eredmények megismeréséhez.

Az EMCDDA sokrétű tevékenységének központi eleme a drogpolitikai szempontból releváns adatok gyűjtése és hozzáférhetővé tétele. Mint a Stratégia fogalmaz, „az Uniónak és tagállamainak továbbra is folytatnia kell a beruházást az információcserére, az adatgyűjtésre és a figyelemmel kísérésre, a kábítószerrel kapcsolatos helyzet kutatására és értékelésére, valamint az arra adott válaszok tekintetében, tagállami és uniós szinten egyaránt. (...) A kábítószer-kereslet csökkentése terén különös hangsúlyt kell helyezni az EMCDDA kulcsfontosságú mutatóinak alkalmazásával történő adatgyűjtés és jelentéstétel folytatására és továbbfejlesztésére.” Az adatokkal kapcsolatban az EMCDDA felelősségi körébe tartozik azoknak a kereteknek a meghatározása, amelyeknek megfelelően történik a tagállamokban az adatok gyűjtése, illetve az Unió szintjén azok összesítése. (Griffiths, Mounteney, Lopez, Zobel & Götz, 2012)

### **A Reitox hálózat**

A Reitox (mely a francia French ‘Réseau Européen d’Information sur les Drogues et les Toxicomanies’ kifejezés rövidítése) azt a hálózatot jelenti, mely a tagállamokban a drogokra és az addikciókra vonatkozó adatokat gyűjti. Az EMCDDA-re vonatkozó szabályozás értelmében minden uniós tagállamnak létre kell hoznia, illetve ki kell jelölnie

egy intézményt, melynek feladata a drogokra és az addikciókra vonatkozó adatok gyűjtésére és a tagállamra vonatkozó éves jelentés elkészítésére. Az intézmények a kijelöléssel a Reitox hálózat tagjává válnak. Ezeket a kijelölt intézményeket másképp nemzeti fókuszpontnak, illetve nemzeti drogobszervatóriumnak is nevezik. (Megjegyzendő, hogy a hálózat tagjai – az EU 28 tagállamán túl – az Európai Bizottság, Norvégia, valamint a tagjelölt államok.)

A Reitox hálózat funkcióit két csoportra osztják, melyek közül az első az európai monitoring rendszer működésével, a másik a nemzeti szintű drogpolitikával kapcsolatos. Az első körben említendő, hogy a nemzeti fókuszpont feladata a nemzeti droghelyzetre vonatkozó információk évenkénti összegyűjtése, hozzájárulva ezzel az európai helyzet monitorozását lehetővé tevő adatbázis működtetéséhez. Az évente gyűjtött és feldolgozott adatok konkrét, összesített formái az éves jelentések, melyeket nemzeti szinten, illetve – az előbbieken alapján – európai szinten készítenek el. A nemzeti fókuszpontok ezen túlmenően ellátnak további, európai szinten meghatározott feladatokat. A nemzeti fókuszpontok három fő feladata a tagállam szintjén:

- adatgyűjtés és monitorozás,
- a gyűjtött adatok elemzése és értékelése,
- jelentéstétel és információterjesztés a tagállamon belül.

A nemzeti fókuszpontok – amennyiben a tagállam így dönt – más feladatokat is ellátnak.

A tagállamok jelentései alapján készült aktuális összefoglaló dokumentum az Európai kábítószer-jelentés. Tendenciák és fejlemények, 2015., kiadója az EMCDDA. (Az egyébként magyar nyelven is kiadott jelentés angol megnevezése: European Commission: A report on progress in the EU's 2013-2020 Drugs Strategy and 2013-2016 Action Plan on Drugs.)

Az Európai kábítószer-jelentés Magyarországra vonatkozó fejezete a magyar Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentésén alapul. A „2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára” című jelentés kidolgozója a Nemzeti Drog Fókuszpont – Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ.

A 2016-os nemzeti jelentés az alábbi fejezetek szerint tárgyalja a magyarországi droghelyzetet:

- Kábítószer-politika
- Jogi keretek
- Kábítószer (alfejezetek: kannabisz, stimulánsok, heroin és egyéb opiátok, egyéb új pszichoaktív szerek és más kábítószer a fentiekén túl)
- Prevenció
- Kezelés
- Egészségügyi következmények és ártalomcsökkentés
- Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés
- Kábítószer-probléma a börtönben

Megemlítendő, hogy a magyar Nemzeti Drog Fókuszpont sem pusztán az Unió felé szolgáltat információkat Magyarországról, hanem – sokrétű tevékenysége részeként – ellátja az Unióból származó információk hazai terjesztésének feladatát is.<sup>26</sup>

## **Drogpolitikai bevált gyakorlatok és az Európai Unió**

Mint ahogyan más olyan esetekben, amikor az Unió a tagállami hatáskörbe tartozó feladatok koordinálásával foglalkozik, a drogpolitika terén is az egyik legfontosabb koordináló eszköz a bevált gyakorlatok összegyűjtése és terjesztése.

Az EMCDDA a Bevált gyakorlatok honlapon (Best practice portal)<sup>27</sup> a következő csoportok szerint tagolja a megosztásra kerülő információkat:

- Standardok és irányelvek
- Eszközök
- Gyakorlat

### *Standardok és irányelvek*

Az EMCDDA rendszere a standardokat és irányelveket is a „best practice” körében közli, ami némileg meghaladja a bevált gyakorlatok hazai értelmezését. Egyébként a standardok körében is folyik a nyitott koordináció módszerét jellemző egyeztetési folyamat, melynek célja európai minimumstandardok létrehozása. (Schaub, 2013) A standardok esetében – éppen úgy, ahogyan a bevált gyakorlatok körében – is kérdés, hogy azok mennyiben képesek hatást gyakorolni az érintettekre. Mint egy kutatás jelzi, a legtöbb iránymutatás csak csekély hatással van a gyakorlatra. (Ferri & Dias, 2015)

A Standardok és irányelvek (Standards and guidelines) tárban európai, nemzetközi, és nemzetállami standardok és irányelvek találhatóak. Mint az EMCDDA honlapja jelzi, az irányelvek és standardok népszerű eszközök a minőségelvű, illetve tényalapú megközelítést alkalmazni kívánók körében. A tényalapú ajánlásokat egyes esetekben elegendő közvetlenül a szolgáltatások szintjén bevezetni, más esetekben viszont szükség van az eredeti ajánlásnak a helyi kontextushoz történő adaptálására is. Az alábbiakban a fontosabb standardokat, illetve irányelveket soroljuk fel (eredeti angol elnevezésükkel):

### *Standardok:*

- Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union 2015
- Drug checking service, good practice standards 2012
- European drug prevention quality standards 2011
- European Minimum Quality Standards 2012
- Peer education in nightlife settings, good practice standards 2012

---

<sup>26</sup> <http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/>

<sup>27</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

- Safer nightlife labels and charters, good practice standards 2012
- Service standards for addiction Therapeutic Communities 2006
- Set of standards to improve the health and safety of recreational nightlife venues 2012

*Irányelvek, ajánlások (Guidelines):*

- Empowerment strategies for parents 2015
- Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies 2008
- Euro DEN project – Guidelines on when to call the Emergency Services for unwell recreational drug users 2015
- Guideline for web-based interventions in selective drug prevention 2015
- Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users 2010
- Guidelines on providing integrated outreach services 2007
- Handbook healthy nightlife toolbox: how to create a healthy and safe nightlife 2010
- HIV testing guidance 2010
- Joint guidance – Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs 2011
- Professional profile of the outreach worker in harm reduction 2013
- Recommendations on treatment of Hepatitis C 2014

*Eszközök (Tools)*

Ebben a tárban a drogprobléma különböző területeit érintő, számos országból származó módszertani eszközök lelhetők (így például tesztek, kérdőívek, és más hasonló eszközök).

Az úgynevezett Értékelő Eszközök Bankja (Evaluation Instruments Bank; EIB) olyan online archívum, melyben különböző kulcsszavak szerint kereshetők a különböző eszközök. A kategorizálás a következők szerint történik:

- Kezelés (Treatment instruments)
- Preventív eszközök
- Sajátos tárgykörök vagy területek

Mindegyik fő témakörben az alábbi alkategóriák keretében kereshetők az eszközök:

- Aspektus szerint: szükséglet és tervezés, közreható és kockázati tényezők, folyamat, kimenet, elégedettség.
- Célcsoport szerint: gyermekek, serdülők, felnőttek, speciális csoportok és helyszínek.

Az eszközök jellegét jelzi az is, hogy melyik eszközök számítanak a leginkább népszerűnek:

- Addiction Severity Index
- Drug Abuse Screening Test (DAST-20)

- Rosenberg Self-Esteem Scale (SES)
- Drug Use Disorders Identification Test – DUDIT
- Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)
- Sensation seeking scale
- Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)
- Teen Addiction Severity Index (T-ASI)
- Eysenck Personality Questionnaire – EPQ-R

### *Gyakorlat (Practice)*

Ez alatt a cím alatt az ún. EDDRA rendszerben értékelt és tárolt projektek (azaz gyakorlati példák) találhatóak. Kutatásunk témája szempontjából kiemelkedő jelentősége van a bevált gyakorlatoknak, közelebről a valahol megvalósított és igazolt gyakorlati példákhoz.

Az EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) olyan rendszer, mely a prevenció, a kezelés, az ártalomcsökkentés, valamint a büntető igazságszolgáltatás keretében megvalósított beavatkozások részletes leírását tartalmazza. Jelenleg a rendszerben több mint 400 tétel található.

Az EDDRA lényeges eleme az esetek értékelését szolgáló mechanizmus. A tárolt projektek nem attól „jó” gyakorlatok, hogy valaki (például a megvalósítói) pozitívan vélekedtek róla, hanem attól lesznek „bevált gyakorlatok”, hogy szisztematikusan ellenőrzik a jellemző vonásaikat. (Éppen emiatt az EDDRA szerepe az is, hogy ösztönzi a projektek megvalósítóit a hatékonyságra vonatkozó bizonyítékok gyűjtésére, illetve előmozdítja az önértékelés keretében kialakított eredmények tudományos kutatások révén szertett bizonyítékokkal való összevetését.

2007-ben alakították ki a projektek jelenleg érvényben lévő értékelési kritériumait. A kritériumok értékelése alapján az egyes projekteket három szint valamelyikére sorolják be:

1. szint: Projektek
2. szint: Ígéretes projektek
3. szint: Magas szintű projektek

A projektek meghatározott alapkritériumok teljesítése esetén kerülhetnek be az EDDRA rendszerébe, majd a további kritériumok összesített pontszáma alapján kaphatnak besorolást a 2. vagy a 3. szintre. Az alapkritériumok a következők:

- sor került a projekt értékelésére;
- rendelkezik elméleti megalapozottsággal/feltevéssekkel, melyek egyértelműen kapcsolódnak a célokhoz;
- rendelkezik egyértelmű értékelő indikátorokkal, melyek kapcsolódnak a kiinduló helyzethez és a célokhoz;
- rendelkezik egyértelmű módon leírt értékelési módszertannal;
- a projekt legalább egy évig folyt.



18. táblázat: Az EDDRA 2. és 3. szintjének kritériumrendszere (Level 2 and 3 EDDRA Projects)

Logikai modell	Pontszám	Értékelés	Pontszám	Járulékos információk/ jellemzők	Pontszám
Vannak specifikus célok	1	<b>Folyamat-értékelés</b>	2	Koordináció más szolgáltatásokkal, illetve programokkal	2
A specifikus célok kapcsolódnak specifikus indikátorokhoz	1	-		-	
A célokat az indikátorok redukálják egy vagy több kvantifikálható dimenzióra	1	-		-	
A specifikus célok kapcsolódnak a kiinduláskori helyzethez	1	<b>Kimenet-értékelés</b>		-	
A közölt eredmények hivatkoznak a megformált célokra	1	Utánkövetéses értékelés	2	A kimenet-értékelésre alkalmazott eszközök elérhetők az EMCDDA adatbázisában, vagy azt rendelkezésre bocsátották	2
Rendelkezésre állnak a kimenet-értékelés eredményei	1	Pre-post vizsgálat, kontrollcsoport nélkül (naturalisztikus)	4	A kimenet-értékelésre használt eszköz új	1

Az ismertett munkahipotézis kapcsolódik a kiinduláskori helyzethez	1	Pre-post vizsgálat, ÉS kontrollcsoport (kvázi-kísérlet)	8 (12) <sup>1</sup>	ÉS validált eszköz	1
A munkahipotézis bizonyítékokon alapul (legalább ellenőrzött próbákon alapuló módon)	2	Pre-post vizsgálat, ÉS kontrollcsoport ÉS véletlenszerű mintavétel (RCT)	12	A projekt leírása elérhető az EMCDDA adatbázisában, vagy rendelkezésre bocsátották	2
A munkahipotézis kapcsolódik a specifikus célokhoz és indikátorokhoz	2	Kimenet értékelése módosított eszköz esetében, mely egy validált eszközön alapul	2	-	
A tevékenységek (a program tartalma) igazodnak a célokhoz	1	Kimenet értékelése validált eszköz esetében	4	-	
A tevékenységek igazodnak a célokhoz és a munkahipotézishez	1	-		-	
<b>Maximális összpontszám</b>	<b>13</b>	<b>Maximális összpontszám</b>	<b>18</b>	<b>Maximális összpontszám</b>	<b>8</b>

A 2. szint (Ígéretes projekt”) eléréséhez minimum 12 pont, a 3. szint (Magas szintű projekt) eléréséhez minimum 28 pont szükséges. A 3. szintre besoroláshoz nélkülözhetetlen feltétel a randomizált klinikai vizsgálat (Randomized clinical trial – RCT) kritérium teljesülése.

Az írás keretében mellőzöm az EDDRA rendszerbe befogadott bevált gyakorlatok részletes ismertetését, tekintettel arra, hogy több mint 400 tételről van szó.

Az EMCDDA és az EDDRA működés módjának ismertetése után indokolt visszatérni azoknak a kérdéseknek a megválaszolására, melyek az esetek mintákká avatására, uniós bevált gyakorlatokká transzformálására vonatkoztak.

Kétségtelen, hogy a bevált gyakorlatoknak az uniós drogpolitika területén kialakított értékelési rendszere (EDDRA) alkalmas arra, hogy meghatározott típusú

bizonyítékok alapján minősítse az egyes projekteket, és ezzel megalapozza a mintaként megjelenő esetek hitelességét.

Bizonyíték-alapú minősítési rendszer egyébként nem csak a drogpolitika bevált gyakorlatai esetében létezik; például az egészségügy területén egy, ennél sokkal részletesebben kidolgozott, hangsúlyozottan bizonyíték-alapú rendszer keretében történik az egyes megoldásoknak bevált gyakorlattá minősítése. (Perleth, Jakubowski & Busse, 2001) Éppen ezeknek a mechanizmusoknak a bevált gyakorlatok minősítésére történő felhasználása teszi indokolttá azt a kérdést, hogy vajon a bizonyíték-alapú gyakorlat és a bevált gyakorlat ugyanazt jelentik-e? Mint Driever fogalmaz, a „best practice” nem egy meghatározott gyakorlat, hanem a konszenzus bizonyos formája a kutatási adatokon alapuló tudással, és a tudásnak az alkalmazásával kapcsolatban. (Driever, 2002)

Az esetek bizonyíték-alapú minősítése ellenére, nyitva marad több kérdés az eseteknek mintává (bevett gyakorlattá) avatásával kapcsolatban:

- Az egyes nemzeti rendszerek nem függetlenek a történetileg kialakult állapotuktól. A tehetetlenségi erő az útfüggő változásoknak kedvez, megkönnyítve az ahhoz igazodó, és nehezítve az azt megkérdőjelező minták átvételét. (Gater et al., 2005)
- A minták átvétele során meg kell küzdeni az adaptáció feladatával, ami önmagában is igényli megfelelő szakmai-tudományos kompetenciák meglétét. (Ucktenhagen, 2012)
- Az uniós drogpolitika körében az esetekről – az EDDRA követelményeinek megfelelően – szigorú kritériumok alapján döntenek el, hogy besorolják-e a bevált gyakorlatok valamelyik szintjére; kérdés viszont, hogy a tagállamok döntéshozói, szakemberei mennyire érzékenyek ezekre a kritériumokra. (Ferri & Bo, 2013)

Végül egy elvi szempont, mely azt jelzi, hogy az uniós drogpolitika bevált gyakorlatainak osztályozására használt bizonyíték-alapú megközelítés csak meghatározott tudományos paradigma keretében érvényes. A bizonyítékok, illetve az azokon alapuló értékelési folyamatok is függenek attól, hogy az adott korszakban, az adott tárgykörrel kapcsolatban mi számít „bizonyítéknak”. Másként fogalmazva, a mintáknak bizonyíték-alapú értékelése függ attól, hogy milyen szociális konstrukciók elfogadottak a bizonyítás terén. Az EDDRA kritériumainak áttekintése alapján nyilvánvaló, hogy a kritériumok tartalma és pontszáma az azzal foglalkozó szakértők konszenzusa révén került meghatározásra. Nincs okunk kételkedni benne, hogy ez a konszenzus tisztességes, és hogy megfelel a szakterületre jellemző tudományosság kritériumainak; ugyanakkor számítanunk kell rá, hogy előbb vagy utóbb másik konszenzus születik, és más kritériumok fognak érvényes bizonyítékká válni. (Burkhart & Hillebrand, 2008; Gorman & Huber, 2009; Klaue, 1999)

## **Források:**

- A 2013–2020-as Időszakra Szóló, Kábítószer Elleni Uniós Stratégia. 2012/C 402/01 (Az Európai Unió Hivatalos Lapja, C 402/1., 2012.12.29.).
- AZ EU Kábítószer Elleni Cselekvési Terve (2013–2016). 2013/C 351/01 (Az Európai Unió Hivatalos Lapja, C351/1., 2013.11.30.).
- Borrás, S. & Jacobsson, K. (2004). The open method of co-ordination and new governance patterns in the EU. *Journal of European Public Policy* 11(2), 185–208.
- Brannan, T., Durose, C., John, P. & Wolman, H. (2008). Assessing Best Practice as a Means of Innovation. *Local Government Studies* 34(1), 23–38.
- Bulmer, S & Padgett, S. (2005). Policy Transfer in the European Union: An Institutional Perspective. *British Journal of Political Science* 35(1), 103–126.
- Burkhart, G & Hillebrand, J. (2008). Resource tool for using evidence-based prevention and evaluation in practice. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15(4), 424–428.
- Chatwin, C. (2007). Multi-level governance: The way forward for European illicit drug policy? *Drug Policy* 18(6), 494–502.
- Chatwin, C. (2010). Have recent evolutions in European governance brought harmonisation in the field of illicit drugs any closer? *Drugs and Alcohol Today* 10(4), 26–32.
- Dolowitz D. P. & Marsh, D. (2000). Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. *Governance* 13(1), 5–23.
- Driever, M. J. (2002). Are evidenced-based practice and best practice the same? *Western Journal of Nursing Research* 24(5), 591–597.
- Nemzeti Drog Fókuszpont – Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ portál. <http://drogfokuszpont.hu/> (Letöltés: 2016.10.17.)
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2016). 2016-os ÉVES JELENTÉS (2015-ös adatok) az EMCDDA számára. [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU\\_National\\_Report\\_2016\\_HU.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU_National_Report_2016_HU.pdf) (Letöltés: 2016.10.17.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). 20 years: *Monitoring, Communicating evidence, Informing policy*. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1812/att\\_242407\\_EN\\_Brochure\\_A4\\_20Y\\_FINAL.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1812/att_242407_EN_Brochure_A4_20Y_FINAL.pdf) (Letöltés: 2016.10.17.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). 2016–18 strategy and work programme and 2016 annual work programme. Lisbon: EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2095/TDAX16001EN\\_N.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2095/TDAX16001EN_N.pdf) (Letöltés: 2016.10.17.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *European Drug Report 2016: Trends and Developments*. Lisbon: EMCDDA.

- <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016>  
(Letöltés: 2016.10.17.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *EDDRA resources: International resources on evidence base, evaluation frameworks and good practice.*  
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/resources>  
(Letöltés: 2016.10.17.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *About EDDRA quality levels.*  
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels>  
(Letöltés: 2016.10.17.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Standards and guidelines. (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Evaluation Instruments Bank (EIB).* <http://www.emcdda.europa.eu/eib> (Letöltés: 2016.10.17.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Examples of evaluated practices: EDDRA.* <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples> (Letöltés: 2016.10.17.)
- Ferri, M. & Bo, A. (2013). Best practice promotion in Europe: A web-based tool for the dissemination of evidence-based demand reduction interventions. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 20(4), 331.
- Ferri, M. & Dias, S. (2015). Time, consensus and implementation: Challenges for effective knowledge exchange. *Addiction* 110(6), 900–901.
- Gater, R., Jordanova, V., Maric, N., Alikaj, V., Bajcs, M., Cavic, T., Dimitrov, H., Iosub, I., Mihai, A., Szalontay, A. S., Helmchen, H. & Sartorius, N. (2005). Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *The British Journal of Psychiatry* 186(6), 529–535.
- Gorman, D. M. & Huber, J. C. (2009). The Social Construction of "Evidence-Based" Drug Prevention Programs: A Reanalysis of Data from the Drug Abuse Resistance Education (DARE) Program. *Evaluation Review* 33(4), 396–414.
- Griffiths, P., Mounteney, J., Lopez, D., Zobel, F. & Götz, W. (2012). Monitoring the European drug situation: The ongoing challenge for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Addiction* 107(2), 254–258.
- Hartnoll, R. L. (2003). Drug epidemiology in the European institutions: Historical background and key indicators. *Bulletin on Narcotics* 55(1–2), 53–72.
- Hedrich, D., Pirona, A. & Wiessing, L. (2008). From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15(6), 503–517.
- Klaue, K. (1999). Drugs, addiction, deviance and disease as social constructs. *Bulletin on Narcotics* 51(1–2).

- MacGregor, S. & Whiting, M. (2010). The development of European drug policy and the place of harm reduction within this. In: Rhodes, T. (ed.). *Harm Reduction: Evidence, impacts and challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- MacGregor, S. (2012). Do we need a European drugs strategy? *Drugs: Education, Prevention and Policy* 19(6), 429–435.
- Peck, J. & Theodore, N. (2010). Mobilizing policy: Models, methods, and mutations. *Geoforum* 41(2), 69–174.
- Perleth, M., Jakubowski, E. & Busse, R. (2001). What is ‘best practice’ in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy* 56(3), 235–250.
- Schaub, M. P. (2013). Building a European Consensus on Minimum Quality Standards for Drug Treatment, Rehabilitation and Harm Reduction. *European Addiction Research* 19, 314–324.
- Stead, D. (2012). Best Practices and Policy Transfer in Spatial Planning. *Planning Practice & Research* 27(1), 103–116.
- Stone, D. (2001). *Learning lessons, policy transfer and the international diffusion of policy ideas*. Working papers, University of Warwick. Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation, No. 69.
- Uchtenhagen, A. (2012). What means "best practice" in addiction treatment? *Revista Española de Drogodependencias* 37(4), 393–398.

## 6. Összefoglalás, javaslatok

B. ERDŐS MÁRTA, KELEMEN GÁBOR & VOJTEK ÉVA

Kutatásunk ismertetése során az önálló fejezetekben számos javaslatot fogalmaztunk meg. Az alábbiakban a főbb következtetéseket, javaslatokat foglaljuk össze, amelyeket kutatásunk több oldalról is megerősített.

### 6.1. Az ellátórendszer fejlesztésére vonatkozó javaslatok

A kutatás minden eleme, vizsgálati területe és típusa tartalmazott az ellátórendszer fejlesztésére vonatkozó kérdéseket, melyekre igen széles spektrumot mutató és egybehangzó válaszok érkeztek. Mind az interjúalanyok, mind a kérdőívek kitöltői megjelölték jól elkülöníthető és körvonalazható szolgáltatásfejlesztési területeket, az addiktológiai problémákkal találkozó gyakorló szakemberek markáns véleménnyel rendelkeznek az ellátórendszer fejlesztési lehetőségeire vonatkozóan, melyek egybevágóan a statisztikai adatokból kiolvasható problémákkal. A kutatás eredményei alapján az alábbi dimenziók emelkedtek ki a szolgáltatásfejlesztési elképzelések közül:

#### Területi kiegyenlítés, hozzáférési problémák mérséklése, szakterületi hiányosságok

A szolgáltatórendszer alapvető ellátási indikátorait mutató statisztikai adatokból világosan kirajzolódnak azok a területi egyenlőtlenségek, melyek nagymértékű kiegyensúlyozatlanságokat okoznak a szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés megvalósulásában mind az ellátás mennyiségi, mind annak minőségi szegmenseit tekintve. A jogi szabályozás széleskörű, színes és számos szerhasználati problémára különböző módokon megoldást nyújtó intézményrendszert nevesít, azonban az ellátási struktúra jelen állapotában nem használja ki az ebben rejlő lehetőségeket. Számos szolgáltatáshiányos térség azonosítható az országban (pl.: Csongrád, Heves, Nógrád, Tolna megyék) és elmondható, hogy különösen a szociális és egyéb kumulált problémákkal leginkább érintett területek azonosíthatóak az ellátatlan országrészek között, vagyis az ellátórendszer azon területekről hiányzik, ahol a leginkább szükség lenne rá. A területi egyenlőtlenségek mellett pedig egyes ellátási elemek vonatkozásában észlelhetünk hiányokat, több olyan ellátástípus is megjelölhető, elsősorban a szociális területen, mely a jogszabályban nevesített ellátás, azonban a gyakorlatban nem alakult ki. Országosan mindössze néhány intézményt, kevés férőhelyet találunk, mely átmeneti elhelyezést nyújtó intézményhez, lakóotthonhoz (a lakóotthonok helyét átvevő támogatott lakhatás adatait még nem tartalmazzák a statisztikai adatok) kapcsolódna, de egyéb területeken is találunk hiányosságokat. Nem csupán a statisztikai adatok elemzése engedett a fenti megállapításokra következtetni, de az interjúk és a kérdőíves vizsgálat

eredményei során is folyamatosan visszatérő témaként fogalmazódtak meg a szolgáltatáshiányos térségek számának csökkentésére vonatkozó elvárások. Igényként merült fel továbbá a különböző, az ellátórendszerből hiányzó vagy csak alacsony számban elérhető szolgáltatások számának növelése, kapacitásbővítése, az ellátási piramis optimális megvalósítása.

Nem csupán e két szegmens vonatkozásában kerültek említésre a hiányosságok, a szakemberek nagyon fontos szakterületi hiányosságokat is említettek: nehezen ellátható vagy az ellátórendszer hiányosságai miatt szinte ellátatlan csoportokat, mint a várandós anyák, kistelepülésen élők, 18 év alattiak, illetve kettős/hármas diagnózisú betegek. Számukra a jelenlegi ellátórendszer kevés lehetőséget kínál, szükséges az intézményrendszer fejlesztése, új típusú, ezen célcsoportok ellátására szakosodó intézmények létrehozásának támogatása, illetve az igénybevételt segítő lehetőségek beépítése, például utazási költségtérítés, az ellátások mobilizálása stb. A kérdőív SWOT-analízisében veszélyként fogalmazódott meg az ellátatlan régiók és szakterületek kérdése. Csökkentéséhez az ellátások térségi szintű koordinálása és szervezése szükséges, *térségi szintű ellátási piramis kialakításával*.

Az ellátási kapacitásra vonatkozó hiányosságok között megemlítendő a szakemberállománnyal kapcsolatos hiányosságok kérdése. E tekintetében beszédes eredmény, hogy a kérdőív SWOT-analízisében több esetben erősségként került megjelölésre a szolgáltatók által egy alapvető szempontnak, a jogszabályokban előírt szakemberlétszámnak való *megfelelés*, a gyengeségek között pedig szerepet kapott egyes speciális területeken képesítést szerző szakemberek hiánya. Ezzel összefüggésben javasolt a szakemberállomány növelése, fejlesztése, a kapacitások növelésével, a képzési rendszer elérhetőségének javításával, valamint az életpálya modell megteremtésével.

## **Szektorsemleges és teljesítményhez igazodó finanszírozás, minőségbiztosítás lehetőségeinek megteremtése**

A kutatás során hangsúlyozottan jelent meg az alulfinanszírozottság problémája, melyhez kapcsolódóan kiemelésre került az alapszolgáltatások finanszírozásának javítása. Ezzel tehermentesíthető volna a szakellátás. Gondot okoz továbbá az ellátórendszerben a szakemberek véleménye szerint, hogy a finanszírozás teljes mértékben nyílt végű, nem ösztönzi az ellátókat teljesítmény- és eredménynövelésre, sőt, bizonyos esetekben a „lefölözési hatást” erősíti. A finanszírozásban az eredményesség ösztönzésének alapfeltételeként fogalmazható meg az intézmények munkáját mérő indikátorok pontosabb meghatározása, valamint az adatszolgáltatási kötelezettség és a szolgáltatott adatok kezelésének optimalizálása, mely a minőségbiztosítás és ehhez kapcsolódóan *a teljesítmény- és minőségorientált finanszírozási rendszer* kialakításának alapját képezhetné. Számos esetben a kevésbé releváns adatok mérése és értékelése történik. Elengedhetetlen az adatszolgáltatási rendszerek felülvizsgálata, az adatok kezelésének és a visszacsatolás lehetőségeinek megújítása, valamint mindezek alapján a teljesítmény- és minőségorientált bázisfinanszírozási rendszer kialakítása. Fontos elem ehhez



kapcsolódóan az intézményi modellek, jó gyakorlatok létrehozásának és már működő gyakorlatok adaptálásának motiválása mind szakmai, mind finanszírozási értelemben. Ez nagymértékben hozzájárulhat a szolgáltatási minőség javításához és a szakterületi ellátatlanság mérsékléséhez.

## **Intézmény- és rendszerközi szakmai együttműködések javítása**

Számos esetben köszönt vissza az eredmények között az ellátórendszerben tapasztalható együttműködési hiányosságok és az ellátók szigetzerű működésének problémája. A kérdőíves felmérés adatai alapján látható, hogy a szolgáltatók nagyobb része nem tagja sem hazai, sem nemzetközi szakmai szervezeteknek (ráadásul a tagság önmagában csupán egy passzív mutató). A szakemberek kiemelik a problémák halmazából a hálózatosodás elmaradását, mellyel összefüggésben a terület relevanciáját mutatja, hogy a SWOT-analízisben a szolgáltatók több esetben erősségként jelenítették meg a külső együttműködések. Ez inkább evidencia kellene, hogy legyen; és többen mindössze lehetőségként, de nem jelen lévő adottságként utaltak rá. Fontos igényként jelenik meg az egészségügyi és a szociális terület összekapcsolása, az együttműködésük elősegítése (egyes szakemberek szerint akár jogszabályi kötelezéssel), valamint a problémaellátásban szerepet vállaló határterületi intézményekkel (oktatási intézmények, hajléktalanellátás intézményei, pszichiátriai betegeket ellátó szolgáltatók, házi orvosok, sürgősségi ellátás, iskolai szociális munkások és egyéb szociális intézmények) való együttműködés ösztönzése, a jelzőrendszer működtetésének motiválása. A szakmai fórumok, konferenciák, esetkonferenciák, rendezvények, és az azokon való részvétel motiválása szintén hozzájárulhat mind az elszigetelten működő intézmények szakmai együttműködésekbe történő bekapcsolásához, mind a tapasztalatcserék lehetőségének megteremtéséhez.

Az együttműködések esetében fontos megemlíteni a betegutak és az ellátási felelősség kérdését is, hiszen több utalás található a kutatási eredmények között a betegutak esetlegességére, és ezek protokollok, sztenderdek útján történő javítására és megszilárdítására, a kliensirányítási rendszer fejlesztésére vonatkozóan. Emellett megjelenik az addiktológiai problémák ellátásában vállalt és vállalandó felelősségi körök és kompetenciahatárok pontosabb tisztázása, tekintettel arra, hogy számos, e területen ellátási kötelezettséggel rendelkező intézmény nem érzi feladatának a szenvedélybetegek gondozását.

## **6. 2. Kapcsolódási pontok**

### **A betegirányítás kérdései**

Az egyes intézmények esetében érdemes lenne megvizsgálni, mit értenek pontosan „kezelési/ellátási szükséglet alatt? Miképpen működik az ellátási piramis egyes szintjei közötti közlekedés? Az egyes egységek irányítása, a szakmai autonómia? Míg

jogszabályi, formai tekintetben a kép tisztának tűnik, a kérdés tartalmi oldala homályosabb. Ennek hátterében az áll, hogy általában a kontrolling vette át a komplex eredmény- és folyamatértékelés helyét. A jelenleginél jóval kifinomultabb és átfogóbb, szisztematikus utánkövetést is beépítő értékelésekre van szükség ahhoz, hogy az addiktológiai ellátórendszer hatékonyabban működjön.

Egyes pontokon meglehetősen világos a kép: így például a hiányzó detoxikáló, a szociális és addiktológiai problémákkal túlterhelt, költséges sürgősségi ellátás nyilvánvaló beavatkozási pont. Hasonlóképpen, az interjúalanyok egybehangzóan állították, hogy az alkoholbetegek gyógyszeres terápiájának hatékonyságvizsgálata indokolt. Gyenge pontja a rendszernek az elő- és utógondozás (védett lakhatás és munkahely, felépülési mentor). Alacsony számban végzik el veszélyes fertőző betegségek szűrését. Bár jól ismert a családokra irányuló intervenció jelentősége, kevés a képzett szakember, és nem mindenütt megoldott e formák finanszírozása.

Javasoltuk, hogy az ellátórendszerre vonatkozó adatokat és eredményeket a költséghatékonyság és a lehető legnagyobb pontosságra törekvés jegyében minden egyes megyében az addiktológiai ellátások széles spektrumában gyakorlati és kutatási tapasztalatokkal, valamint lokális ismeretekkel rendelkező, addiktológiai végzettségű szakember/team vizsgálja felül. A vizsgálat legyen folytonos, hogy a gyakorlatba beépülő visszacsatolások nyomán a változások eredményeit értékelni, a további intervenciók hatékonyságát növelni lehessen. E munkában is nagy jelentősége lehetne a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknak, amelyek, mint az addiktológia terén működő közösségi koalíciók, lokális ismereteikkel segíthetnék a kutatások lefolytatását. A megfelelő erőforrások, kutatói háttérmunka biztosítására a nemzetközi jó gyakorlatokban is ismert módon addiktológiai kutatóhelyek, egyetemi műhelyek segíthetnék e vizsgálatokat.

## **Speciális csoportok és szinterek**

Mentálhigiénés szakemberek hosszú ideje hangsúlyozzák az iskola és a munkahely jelentőségét a lelki egészség fejlesztése szempontjából. Az iskolai szinterre vonatkozó modern koncepció a *reziliens iskola* koncepciója, amely az iskolát egy közösségnek tekintve építi fel a fejlesztés formális, és az ezzel összhangban működő, a szerepmoделlekre alapozó informális tantervét. A „beazonosító-kinyomozó” pedagógusi attitűd ezzel szemben nem hasznos, és ez nem is lehet a tanár feladata.

Célszerű lenne átgondolni, hogy a serdülőkori krízisekre milyen rendszer képes a megfelelő választ megadni – a megfelelő időben. Javasoljuk az iskolai szociális munka rendszerének újjáépítését, mert a szociális munkás az a szakember, aki képes az adott környezet aktuális kihívásaira (így a szerhasználatra) érzékenyen és rugalmasan reagálni, a probléma megoldásához szükséges alapvető, egyben összetett tudásokat a maga számára elérhetővé tenni.

Egy sajátos kérdés a felsőoktatásban tanulók szerhasználata: itt központi forrásokat, intézkedéseket javasolunk, hiszen a felsőoktatásban zajló verseny miatt jelenleg az intézmények nem érdekeltek a probléma feltárásában.

A munkahely a szerhasználati zavarok szempontjából elhanyagolt területnek számít. Tekintettel a strukturális munkanélküliség jelenségére, aligha mondhatunk le a munkahelyi segítő programok bevezetéséről, szükség esetén a munkaerő kezeléséről és rehabilitációjáról, a szerhasználó munkavállalókat segítő mentálhigiénés programok megszervezéséről, elérhetővé tételéről. A munkaadók felvilágosítása, munkahelyi protokollok kidolgozása az első lépések között lehetne.

A szegregált településeken a roma/nem roma szegények, továbbá a városokban a hajléktalanok körében a szociális problémákkal szövődő új pszichoaktív szerhasználat különösen a (gyakran alkoholista idősebbek példáját követő) fiatalok körében jelent súlyos problémát. A megelőző- és kezelőprogramok akkor lehetnek hatásosak, ha az érintettek számára ezeknek tétje lesz, azaz hinni tudnak benne, hogy képesek lehetnek változtatni az életükön. Ehhez megfelelő, számukra is hiteles szerepmodellek kellene, olyanok, akiknek életkörülményei és adottságai nincsenek túlzott, számukra követhetetlen távolságra a sajátjuktól. A „szociálenergetikai műhelyek” és a nem-verbális terápiás formák jó hatásúak lehetnek ezeknél a fiataloknál. Az ökológiai/közösségi prevenciók technikák tudatos, kiterjedt alkalmazása ezek hatékonyságát fokozó lépés.

A határterületekről érkező jelzések alapján egységesen problémát jelent a megfelelő ellátási forma megtalálása, elérése: ez gyakran esetleges, a személyes kapcsolatok segítségével válik megoldhatóvá (vö. finanszírozás nélküli kezelés kérdése). A határterületek kérdésköréhez tartozik a jelzőrendszer működésének optimalizálása, szakmai protokollok kidolgozása (pl. milyen esetekben kinek jelez az oktatási intézmény, az egészségügyi és szociális ellátórendszer érintkező területei, a rendőrség stb.).

## **Széttagoltság**

Vizsgálatunk során számos törésvonalat sikerült azonosítanunk, amelyek az intézmények közötti együttműködések akadályai:

- a szociális és az egészségügyi ellátórendszer között,
- az ártalomcsökkentő és a „recovery” irányok között,
- a civil és az egyházi intézmények között,
- a nem specifikus terápiás tényezők (elfogadás, empátia stb.) hívei és a specifikus modellek hívei között,
- az addiktológia és a pszichiátria között,
- a gyógyszeres terápiák és a pszichoterápiás megközelítés hívei között.

A felsorolás valószínűleg nem teljes, ám ennyiből is jól látható, hogy a szembeállítás-szembefordulás mesterkélt. Ahogyan nincs két egyforma ember, úgy nincs két egyforma

betegségkép és felépülési folyamat sem; a változatosság e téren is szükséges. A széttagoztság gyengíti a szakmát, rontja az ellátás minőségét, nehezíti a betegutak optimalizálását, árt a klienseknek. A szakmán belül egymás prioritásainak, szemléletmódjának megismerése és elismerése komoly erőforrássá válhatna. Az együttműködés optimalizálásához a döntéshozói szint is hozzájárulhat (szektorsemlegesség, eredmény- és minőségorientált finanszírozás).

## **Szemléletváltozás, kommunikáció**

Hangsúlyos és alapvető javaslatunk a felépülés, a konstruktív változás történeteinek, diskurzusainak megjelenítése. Ehhez tartozik, hogy a szerekről való beszéd helyett/mellett a szerek használóiról is el kell kezdenünk beszélni: a „mit?” helyett a „ki?, mi célból?” típusú kérdéseket is fel kell tenni. A szenvedélybeteg mint *személy* jelenjék meg a híradásokban: saját élettörténettel, családi kapcsolatokkal. A szemléletformálás, az addiktológiai problémák kiterjedtségének és súlyának szélesebb körű tudatosítása a társadalmi-közösségi kapcsolódások, a befogadás és a jelzőrendszer hatékonyságának fokozása érdekében segítheti új erőforrások (pl. önkéntesek) bevonását is. Fontos, ide tartozó kérdés továbbá az ellátásban dolgozó szakemberek anyagi és társadalmi megbecsülésének elősegítése.

Lényeges volna megláttatni azt is, hogy a legális szer illegális használata (alkohol vagy dohányzás a 18 év alatti fiatalok esetében, visszaélés receptre kapható gyógyszerekkel stb.), valamint az alkoholizmus súlyos probléma hazánkban. A médiszakemberek számára saját felelősségüket hangsúlyozó oktatásra lenne szükség, akár kötelező képzés formájában.

## **Képzés**

A szakemberek képzését tekintve az alábbi összefoglaló javaslatokat tesszük:

1. Tapasztalati szakértők alkalmazása az ellátórendszer lehető legtöbb pontján: ehhez kapcsolódóan validációs rendszer kidolgozása, a felépülők számára felsőoktatási képzési programok elérhetővé tétele.
2. A képzés, továbbképzés rendszerének megerősítése, hasonlóan ahhoz, ahogyan a pedagógusképzésben történik (kreditpontos továbbképzések felsőoktatási intézmények és komplex ellátást biztosító/modellprogramot működtető, min. 10 éve működő addiktológiai centrumok közreműködésével).
3. Az egészségügyi/szociális hiányszakmák esetében a képzési rendszerek jelentős megerősítése, pályára motiválás. A szakképzés rendszereit felül kell vizsgálni, és az életpályamodellbe beépíteni („egészségügyi” és „szociális portfólió”, minőségi képzések). Fontos, hogy a bérezésben megfelelően differenciáljanak a különböző felkészültségekkel rendelkező munkatársak között.

4. A szupervízió rendszerének megerősítése (szükség esetén, pl. az eredményesség romlásakor szakirányú diplomás, független szupervizorok, egyfajta külső mobil team formájában; folyamatos és rendszeres belső team-szupervízió; egyéni szupervízió).

A kutatás, a gyakorlat és az elmélet jobb integrációja jelentősen javíthatja az ellátás színvonalát, és az erőforrásokkal takarékoskodó, költséghatékony rendszereket hozhat létre. A rendszeres továbbképzések, a szakmai műhelymunka e területen elengedhetetlen, a szektorok és ellátási formák széttagoaltságát is enyhítheti. Lényeges a hazai és nemzetközi szakmai-tudományos életben való részvétel támogatása, elismerése.

# Mellékletek

## 1. melléklet: KEF-kérdőív

*Tisztelt Koordinátor!*

A 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület a hazai addiktológiai ellátórendszer felmérését végzi el, azzal a céllal, hogy megalapozott javaslatokat tegyen az ellátás minőségének javítására. E vizsgálat lényegi eleme a KEF-eknél összegyűlt tapasztalatok összegzése. Kérjük, mint KEF-koordinátor legyen segítségünkre azzal, hogy válaszol az itt következő kérdésekre! Válaszait összesítve, az anonimitást megőrizve elemezzük.

Kérjük, a kitöltött kérdőívet a [negydimenzio@gmail.com](mailto:negydimenzio@gmail.com) címre küldje vissza 2016. augusztus 15-ig!

1. Részt vesz-e közvetlenül az addiktológiai ellátás munkájában (Van-e közvetlen kapcsolata kliensekkel)? Aláhúzással jelölje!

igen nem

2. Az Ön szakterülete

.....

3. Hány éve dolgozik KEF-koordinátorként?

5. Az Ön által koordinált szervezet az ország mely területén működik? (Aláhúzással jelölje!)

- a.) Észak-Magyarország
- b.) Észak-Alföld
- c.) Dél-Alföld
- d.) Közép-Magyarország
- e.) Közép-Dunántúl
- f.) Nyugat-Dunántúl
- g.) Dél-Dunántúl

5. Melyek az Ön tapasztalatai szerint a jelenlegi ellátórendszer *belső* erősségei, kifejezett pozitívumai? Kérjük, sorolja fel ezeket!


6. Melyek az ellátórendszeren *belüli* gyengeségek? Kérjük, sorolja fel ezeket!


7. Milyen, az ellátórendszeren *kívüli*, attól független pozitív fejleményeket, mutatkozó lehetőségeket tud azonosítani?

A.) a szakpolitikák terén


B.) a gazdasági változások terén


C.) a társadalmi/kulturális/kommunikációs változások terén


8. Milyen, az ellátórendszeren kívüli, attól független negatív fejleményeket, veszélyeztető tényezőket tud azonosítani?

A.) a szakpolitikák terén


B.) a gazdasági változások terén


C.) a társadalmi/kulturális/kommunikációs változások terén


9. Melyek azok a főbb társadalmi csoportok, amelyek körében addiktológiai problémákat tapasztalnak, de ellátásuk nem biztosított?




10. Mit tart meghatározónak a kezelésbe kerülés (a betegutak alakulása) vonatkozásában? Van-e eltérés a megfogalmazott irányelvek, kritériumok, és a gyakorlati megvalósulás között?

11. Miképpen értékeli az intézmények közötti együttműködés minőségét? Van-e olyan intézményi terület, ahol az együttműködés különösen sikeres – vagy éppen sikertelen?

12. Miképpen értékeli a szakmaközi együttműködés minőségét? Van-e olyan terület, ahol az együttműködés különösen sikeres – vagy éppen sikertelen?

13. Hogyan látja az ellátórendszerben tevékenykedő szakemberek személyes biztonságának kérdését?

14. A szakemberek szakmai fejlődésének lehetőségeit?

Köszönjük válaszait!

## 2. melléklet: A kvantitatív online kutatás kérdőíve

*Tisztelt Válaszadó!*

A 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület az addiktológiai ellátórendszer felmérését végzi el. Kérjük, töltsse ki a kérdőívet, hogy az Ön segítségével hiteles, az ellátottak érdekeit a lehető legjobban szolgáló fejlesztési javaslatokat tehessünk.

Válaszait összesítve, az anonimitást megőrizve elemezzük.

Felhívjuk figyelmét, hogy egy-egy kérdésre visszatérhet az „előző” gomb megnyomásával a kitöltés folyamán.

Amennyiben bármilyen kérdése vagy észrevétele van a kutatással kapcsolatban, kérjük, keressen minket az alábbi e-mail címen: [negydimenzio@gmail.com](mailto:negydimenzio@gmail.com)

Előre is köszönjük segítségét!

\*\*\*

\* 1. Az Ön által képviselt intézmény az ország mely megyéjében működik?

- Bács-Kiskun megye
- Baranya megye
- Békés megye
- Borsod-Abaúj-Zemplén megye
- Csongrád megye
- Fejér megye
- Győr-Moson-Sopron megye
- Hajdú-Bihar megye
- Heves megye
- Jász-Nagykun-Szolnok megye
- Komárom-Esztergom megye
- Nógrád megye
- Pest megye
- Somogy megye
- Szabolcs-Szatmár-Bereg megye
- Tolna megye
- Vas megye
- Veszprém megye
- Zala megye

\* 2. Milyen településtípuson működik az Önök intézménye?

- főváros
- megyei jogú város
- város
- község/falu

\* 3. Kérem, jelölje, hogy mi az intézmény típusa, intézményükben milyen ellátást nyújtanak! (Több választ is megjelölhet, integrált ellátás esetében kérem, jelölje az összes nyújtott ellátást!)

- Szenvedélybetegek közösségi ellátása
- Szenvedélybetegek nappali ellátása
- Szenvedélybetegek otthona (ápolást-gondozást nyújtó intézmény)
- Szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye
- Szenvedélybetegek átmeneti otthona (átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény)
- Szenvedélybetegek lakóotthona
- Járóbeteg-szakellátás – addiktológiai ambulancia vagy szakrendelés
- Járóbeteg-szakellátás – pszichiátriai szakambulancia
- Járóbeteg-szakellátás – pszichiátriai gondozás
- Járóbeteg-szakellátás – gyermek- és ifjúsági addiktológiai ambulancia
- Járóbeteg-szakellátás – gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ambulancia
- Járóbeteg-szakellátás – drogbetegellátás
- Járóbeteg-szakellátás – mentálhigiénés szakambulancia
- Járóbeteg-szakellátás – mentálhigiénés gondozó
- Fekvőbeteg-szakellátás – addiktológiai osztály
- Fekvőbeteg-szakellátás – addiktológiai rehabilitációs osztály
- Fekvőbeteg-szakellátás – pszichiátriai osztály
- Fekvőbeteg-szakellátás – pszichiátriai rehabilitációs osztály
- Fekvőbeteg-szakellátás – gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály
- Egyéb, éspedig:

\* 4. Ki az intézmény fenntartója?

- egyház
- civil szervezet (alapítvány, közalapítvány, egyesület)
- központi költségvetési szerv
- önkormányzat
- for-profit vállalkozás
- nonprofit vállalkozás

5. Kérem, válassza ki az alábbi lehetőségek közül, hogy milyen szolgáltatásokat nyújt az intézmény! Több válasz is megjelölhető!

- diagnózis/állapotfelmérés
- ártalomcsökkentés: szubsztitúciós kezelés
- ártalomcsökkentés: tücsere
- családlátogatás
- családterápia
- csoportterápia
- egyéni terápia
- előgondozás
- elsődleges prevenció (családi, iskolai, közösségi)
- félutas ház
- pszicho-szociális rehabilitáció – munkához való hozzájutás segítése
- pszicho-szociális rehabilitáció – önszorgító csoportok működtetése
- pszicho-szociális rehabilitáció – szabadidős programok szervezése
- pszicho-szociális rehabilitáció – információnyújtás
- pszicho-szociális rehabilitáció – tanácsadás
- pszicho-szociális rehabilitáció – készségfejlesztő foglalkozások
- pszicho-szociális rehabilitáció – alacsonyküszöbű ellátás
- pszicho-szociális rehabilitáció – étkezés
- intézményi ellátás – oktatás, képzés
- intézményi ellátás – tematikus foglalkozások
- intézményi ellátás – munka jellegű foglalkoztatás megszervezése
- megkereső programok – személyes kapcsolat, utcai szociális munka
- megkereső programok – interneten
- szűrőprogramok – szerhasználat szűrése
- szűrőprogramok: súlyos fertőző megbetegedése szűrése – HIV/AIDS
- szűrőprogramok: súlyos fertőző megbetegedése szűrése – hepatitis
- szűrőprogramok: súlyos fertőző megbetegedése szűrése – TBC
- utógondozás – összes forma
- Egyéb, éspedig:

6. Van valamilyen specifikuma az intézményükben nyújtott kezelésnek (modellprogram, együttműködésben végzett tevékenység stb.)?

- van
- nincs

7. Milyen specifikuma van az intézményükben nyújtott kezelésnek? Kérem, írja le!

8. Melyek az intézmény BELSŐ erősségei, kifejezett pozitívumai? Kérem, sorolja fel ezeket!

9. Melyek az intézményen BELÜLI gyengeségek? Kérem, sorolja fel ezeket!

10. Mi a véleménye, milyen, az intézményen KÍVÜLI, attól független pozitív fejlemények, mutatkozó lehetőségek vannak?

11. Mi a véleménye, milyen, az intézményen KÍVÜLI, attól független negatív fejlemények, veszélyeztető tényezők vannak?

12. Az Önök intézménye tagja-e valamely hazai szakmai szervezetnek?

- igen
- nem

13. Intézményük mely hazai szakmai szervezet tagja? (Ha több szervezetnek a tagja, kérem, mindegyiket sorolja fel!)

14. Az Ön által képviselt intézmény tagja-e valamely nemzetközi szervezetnek?

- igen
- nem

15. Intézményük mely nemzetközi szervezetnek a tagja? (Ha több szervezetnek a tagja, kérem, mindegyiket sorolja fel!)

16. Az Önök intézményében alkalmaznak valamilyen minőségfejlesztési rendszert?

- igen
- nem

17. Kérem, írja le, milyen minőségfejlesztési rendszert alkalmaznak!

18. Milyen mértékben támaszkodik az intézmény pályázati forrásokra? Kérem, választát %-ban adja meg!

19. Az elmúlt három évet figyelembe véve, bekapcsolódnak-e Önök szakmai fórumok munkájába, tudományos kutatásokba, publikációk készítésébe?

- egyszer sem
- egyszer
- ritkán
- rendszeresen

20. Az alábbiakban a stáb jelenlegi összetételével kapcsolatban teszünk fel kérdéseket. Többféle végzettség esetén kérem, a munkakör tartalmának megfelelő, a végzett tevékenységhez leginkább szükségeset jelölje meg! Részmunkaidős foglalkoztatás esetében tört számot is megadhat. Kérem, csak számokat írjon a mezőbe!

Hány pszichiáter szakorvos dolgozik a felnőtt-ellátásban jelenleg?

Hány gyermekpszichiáter szakorvos dolgozik jelenleg?

Hány pszichológus (klinikai szakképzettség nélkül) dolgozik jelenleg?

Hány klinikai szakpszichológus dolgozik jelenleg?

Hány általános orvos vagy egyéb szakorvos dolgozik jelenleg?

Hány szociális munkás dolgozik jelenleg?

Hány szociálpolitikus dolgozik jelenleg?

Hány addiktológiai konzultáns dolgozik jelenleg?

Hány családterapeuta dolgozik jelenleg?

Hány mentálhigiénikus dolgozik jelenleg?

Hány pedagógus dolgozik jelenleg?

Hány szupervizor dolgozik jelenleg?

Hány addiktológus dolgozik jelenleg?

Hány ápoló/szakápoló dolgozik jelenleg?

Hány szakképztség nélküli tapasztalati szakember dolgozik jelenleg?

Hány adminisztratív/egyéb kisegítő munkatárs dolgozik jelenleg?

21. Ha foglalkoztatnak OKJ-s végzettségű szakembert, akinek a végzettségét a fenti listában nem találta meg, kérem, írja ide, illetve azt is, hogy hány fő. Kérem, az összeset sorolja fel!

22. Az alábbiakban a stáb (a működés személyi feltételeire való tekintettel) optimális összetételéről kérdezzük. Részmunkaidős foglalkoztatás esetében tört számot is megadhat. Kérem, csak számot írjon a mezőbe!

Hány pszichiáter szakorvosra lenne szükség?

Hány gyermekpszichiáter szakorvosra lenne szükség?

Hány pszichológusra (klinikai szakképzettség nélkül) lenne szükség?

Hány klinikai szakpszichológusra lenne szükség?

Hány általános orvosra vagy egyéb szakorvosra lenne szükség?

Hány szociális munkásra lenne szükség?

Hány szociálpolitikusra lenne szükség?

Hány addiktológiai konzultánsra lenne szükség?

Hány családterapeutára lenne szükség?

Hány mentálhigiénikusra lenne szükség?

Hány pedagógusra lenne szükség?

Hány szupervizorra lenne szükség?



Hány addiktológusra lenne szükség?

Hány ápolóra/szakápolóra lenne szükség?

Hány szakképzettség nélküli tapasztalati szakemberre lenne szükség?

Hány adminisztratív/egyéb kisegítő munkatársra lenne szükség?

23. Ha véleménye szerint szükség lenne olyan OKJ-s végzettségű szakember munkájára, akinek a végzettségét a fenti listában nem találta meg, kérem, írja ide, illetve azt is, hogy hány fő. Kérem, az összeset sorolja fel!

24. A szakemberek szakmai fejlődésének alább felsorolt lehetőségeihez rendelkezésükre áll-e megfelelő forrás (anyagi forrás, idő)? Kérem, értékeljen egy ötfokozatú skálán, ahol az 1-es érték azt jelenti, hogy egyáltalán nem, az 5-ös érték pedig azt, hogy teljes mértékben. Természetesen a közbülső osztályzatokat is használhatja.

	1 - egyáltalán nem	2	3	4	5 - teljes mértékben
szupervízió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
képzések; ezek beépülése a szakmai életpályába	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
esetmegbeszélők	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hazai szakmai találkozók, tapasztalatcsere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nemzetközi kapcsolatok, tapasztalatcsere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szakmai anyagok elérhetőségének biztosítása	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Hogyan látja az intézményben tevékenykedő szakemberek személyes biztonságának kérdését?

26. Az alább felsorolt szerhasználati zavar/viselkedéses függőség ellátása jelent-e problémát az intézményük számára? Kérem, válaszoljon függetlenül attól, hogy ellátják-e vagy sem az adott szerhasználati zavarral/viselkedési függőséggel Önökhöz fordulókat! Egy-egy sorban több okot is bejelölhet!

	Nem jelent problémát az ellátás	Problémát jelent a speciális kompetencia hiánya miatt	Problémát jelent a szabad kapacitás hiánya miatt	Problémát jelent a finanszírozás hiánya miatt	Problémát jelent, mert az adott csoport rejtőzködő csoport	Egyéb okokból jelent problémát	Az intézmény tevékenységi körét nem érinti
--	---------------------------------	---	--	---	--	--------------------------------	--

Alkohol okozta mentális- és viselkedés-zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiátok használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis és származékai által okozott mentális- és viselkedés-zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyugtatók és altatók használata okozta mentális- és viselkedés-zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hallucino-  
gének  
használata  
okozta  
mentális- és  
viselkedés-  
zavarok

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dohányzás  
okozta  
mentális- és  
viselkedés-  
zavarok

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Illékony  
oldószer  
használata  
okozta  
mentális- és  
viselkedés-  
zavarok

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Többféle  
drog és  
egyéb  
pszicho-  
aktív  
anyagok  
használata  
okozta  
mentális- és  
viselkedés-  
zavarok

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Játék-  
függőség  
(internet)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Szerencse-  
játék-  
függőség

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kodepen-  
dencia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Az új  
pszicho-  
aktív szerek  
használa-  
tából adódó  
zavarok

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Egyéb szerhasználati zavar/viselkedési függőség, amelynek ellátása problémát jelent:

--

27. Milyen speciális szerhasználó csoportba tartozók számára nyújtott az intézmény segítséget 2015 folyamán? Több válasz is megjelölhető! Ha egy ellátott több csoporthoz tartozik, kérem, mindenütt jelölje!

- büntetés-végrehajtási intézetből szabadulók
- 14 év alattiak
- 14-18 évesek
- hajléktalanok
- kettős diagnózisú kliensek
- külföldi állampolgárok
- leszakadó, hátrányos helyzetű településen élők
- álláskereső
- prostituáltak
- járadékban és segélyben részesülők
- várandós nők
- a fentiek közül egyik sem
- Egyéb, éspedig:

28. A felsoroltak közül melyik speciális szerhasználó csoportokba tartozók szerhasználati/viselkedéses függőségének ellátása jelent problémát, milyen okból az intézmény számára? Kérem, válaszoljon függetlenül attól, hogy ellátják-e vagy sem az adott szerhasználati zavarral/viselkedési függőséggel Önökhöz fordulókat! Egy-egy sorban több okot is bejelölhet!

	Nem jelent problémát az ellátás	Problémát jelent a speciális kompetencia hiánya miatt	Problémát jelent a szabad kapacitás hiánya miatt	Problémát jelent a finanszírozás hiánya miatt	Problémát jelent az adott csoport rejtőzködő csoport	Egyéb okokból jelent problémát	Az intézmény tevékenységi körét nem érinti
büntetés-végrehajtási intézetből szabadulók ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 év alattiak ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-18 évesek ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gyermekvédelmi bentlakásos intézmények ellátottainak ellátása

hajléktalanok ellátása

kettős diagnózisú kliensek ellátása

külföldi állampolgárok ellátása

leszakadó, hátrányos helyzetű településen élők ellátása

álláskeresők ellátása

prostituáltak ellátása

járadékban és segélyben részesülők ellátása

várandós nők ellátása

Egyéb csoport ellátása. Kérem, nevezze meg a csoportot, és írja le, milyen okból jelent problémát az ellátás.

29. Előfordult-e az Önök intézményében, hogy megfelelő, célzott finanszírozás nélkül nyújtottak szolgáltatást?

- igen  
 nem

30. Hány esetben fordult elő, hogy megfelelő, célzott finanszírozás nélkül nyújtottak szolgáltatást?

31. Mely / melyek a legfőbb okai, illetve esetei a megfelelő, célzott finanszírozás nélküli szolgáltatás nyújtásának?

32. Mi az intézménybe kerülés módja? Kérem, az alábbi opciók kapcsán válassza ki, hogy az esetek hány %-ában kerülnek az adott módon az ellátórendszerbe a kliensek! Kérem, választát %-ban adja meg!

elterelés

orvosi beutaló

önkéntes jelentkezés (drop-in)

saját megkereső programok, utcai szociális munka

társintézményben dolgozó kolléga ajánlása alapján

33. Az Önök intézményében szerepel az intézményi ellátás kritériumaként az állapotfelmérés?

- igen, minden esetben
- igen, az esetek egy részében
- nem, semelyik esetben sem

34. Kérem, írja le, milyen módszerrel dolgoznak az állapotfelmérés kapcsán!

35. Az Önök intézményében szerepel az intézményi ellátás kritériumaként a megfelelő motiváció az ellátott részéről?

- igen, minden esetben
- igen, az esetek egy részében
- nem, semelyik esetben sem

36. Kérem, írja le, mi a motiváció értékelésének alapja az Önök intézményében!

37. Intézményükben mennyi az elutasított kliensek aránya? Kérem, %-ban adja meg választát!

38. Intézményükben mennyi a kezelést/ellátás igénybevételét megszakítók aránya?  
Kérem, válaszát %-ban adja meg!

39. Intézményükben mennyi a kezelést/ellátást megszakítók és azután az azonos évben visszatérők aránya? Kérem, ismét %-ban adja meg válaszát!

40. Intézményükben melyek az ellátás megszüntetésének kritériumai?

41. Az intézmény fő profilját figyelembe véve, az Ön megítélése szerint, mi a terápiás siker három legfontosabb indikátora?

42. Az Önök intézménye hány alkalommal nyújtott ellátást 2015-ben az alábbi szerhasználati/viselkedési zavarok esetében? A válaszadásnál kérem, az elsődleges diagnózist vegye figyelembe! Külön kérdezzük az ellátottak és a megjelenések számát. E kérdés kapcsán kérem, az ellátottak számát vegye figyelembe!

Alkohol okozta mentális- és viselkedészavarok

Opiátok használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Cannabis és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarok

Kokain használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Nyugtatók és altatók használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Hallucinogének használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Dohányzás okozta mentális- és viselkedészavarok

Illékony oldószerek használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Játékfüggőség (internet)

Szerencsejáték-függőség

Kodependencia

Az új pszichoaktív szerek használatából adódó zavarok

Egyéb viselkedéses függőség

43. Milyen egyéb, a fenti kérdésben nem szereplő szerhasználati/viselkedési zavar esetében nyújtottak ellátást, hány ellátott esetében? Kérem, nevezze meg a szerhasználati/viselkedési zavart, majd írja le, hány ellátottat láttak el 2015-ben!

44. Az Önök intézménye hány alkalommal nyújtott ellátást 2015-ben az alábbi szerhasználati/viselkedési zavarok esetében? A válaszadásnál kérem, az elsődleges diagnózist vegye figyelembe! E kérdés kapcsán kérem, a megjelenések számát vegye figyelembe!

Alkohol okozta mentális- és viselkedészavarok

Opiátok használata okozta mentális- és viselkedészavarok



Cannabis és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarok

Kokain használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Nyugtatók és altatók használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Hallucinogének használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Dohányzás okozta mentális- és viselkedészavarok

Illékony oldószerek használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata okozta mentális- és viselkedészavarok

Játékfüggőség (internet)

Szerencsejáték-függőség

Kodependencia

Az új pszichoaktív szerek használatából adódó zavarok

Egyéb viselkedéses függőség

45. Milyen egyéb, a fenti kérdésben nem szereplő szerhasználati/viselkedési zavar esetében nyújtottak ellátást, hány ellátott esetében? Kérem, nevezze meg a szerhasználati/viselkedési zavart, majd írja le a megjelenések számát 2015-ben!

46. Van-e bármilyen egyéb fontos szempontja, vagy javaslata az addiktológiai ellátórendszer működésének javítására? Kérem, írja le!

47. Amennyiben bármilyen észrevétele van a kérdőívvel, a kérdőív kitöltésével kapcsolatban, kérem, ossza meg velünk!

**Nagyon köszönjük, hogy válaszaival segítette munkánkat!**

### 3. melléklet: A kezelés sikerességének indikátorai

M-1. táblázat: A sikeresség indikátoraként megnevezett szempontok egyházi fenntartásban lévő intézmények esetében

Valid				
	- folytatja az iskolát - boldog, kiegyen-súlyozott - a családja elégedett vele			
	- kliens motiváltsága - hosszú távú együttműködés az intézménnyel - csoportfoglalkozásokon való részvétel, esetleg tanúságtevés			
	- abszintes időszak hossza - visszaesések száma - gondozotti vissza-jelzések			
	- absztinencia, - munkakeresés sikeres, - rendszeres kapcsolat-tartás			
	- az ellátott legyen motivált - képességeinek, készségeinek megfelelő célkitűzések - együttműködés			
	- együttműködés mélysége - tudatosság - felelősségérzet - jövőkép			
	- motiváció - (motiváció) - istenhit			
	- önkéntesség - őszinteség - betegségbelátás			
	Total	17%		

M-2. táblázat: A sikeresség indikátoraként megnevezett szempontok civil fenntartásban lévő intézmények esetében

Valid					
	- együttműködés - aktivitás - módosítható környezet				
	- megfelelő bizalmi kapcsolat kiépítése a klienssel - megküzdési módok elsajátítása, az önsorsrontó beállítódások feladása - kontroll, önirányítás: saját sorsuk irányíthatóságába vetett hit megszerzésére való ösztönzés				
	- szűrővizsgálaton való részvétel - nem negatív eredmény esetén terápiába, gondozásba való bekerülés - utánkövetésben való részvétel				
	- a kliens életmódváltási szándéka, annak erőssége - támogató természetes támaszok megléte - megfelelő szakember, terápia megválasztása				
	- a szerhasználat során megélt kellő mélypont - változásra való hajlam - elköteleződés képessége				
	- absztinencia - családi kapcsolatok javulása - munka világába történő visszakerülés				
	- absztinencia, - munkába állás - lakhatás				
	- állandóság - család - rendszerszemlélet				
	- az életminőség javulása - a visszaesés tanulási folyamat - visszaesés után újbóli segítségkérés				
	- elfogadás - empátia - hitelesség				

- hitelesség (kongruencia) - kompetencia - pszichikus energia				
- kellő motiváltság a kliens részéről a változás terén - interdiszciplináris együttműködés a kliens érdekében - képzett, elkötelezett munkatársak				
- keresztény szemléletű team munka - azonnali hatékony beavatkozás - szükségletalapú, sokszínű szolgáltatás biztosítása: egyediség/szeretet/közösségélmény				
- profi szakemberek - kiépített kapcsolatrendszer - hozzátartozók bevonása				
- rendszeres konzultáció - hajlandóság a kliens részéről a megbeszélések szerinti változtatáshoz, ezek megtétele - absztinencia tartása				
- szükségletalapú ellátás - ingyenesség - anonimitás				
- tartós életminőség-javulás - rendezett pszichés és szociális helyzet - kriminalizálódás megszűnése				
- tartós és rendszeres kapcsolat fenntartása, a szervezett, tematikus csoportokon való részvétel - eredményes és tartós szermentes életvitel - visszacsúszás esetén újbóli kapcsolatfelvétel				
- terápiában maradás - szermentesség elérése - szermentesség megtartása				
- terápiás közösség - professzionális segítségnyújtás - egyéni motiváció				
- terápiás közösség - professzionális segítségnyújtás - önkéntesség (kliens nyitottsága)				
Total	38%			

M-3. táblázat: A sikeresség indikátoraként megnevezett szempontok központi költségvetési szerv által fenntartott intézmények esetében

Valid					
	- szakmai tudás - megfelelő szakemberlétszám - együttműködési készség a kliensek részéről				
	- absztinencia - egzisztenciális és - kapcsolati reintegráció				
	- hozzátartozó is vállalja a terápiát, pl. családterápiát, hozzátartozói csoportba való járást, amelyet intézményünkben is megtehet - munkát talál, vagy azt folytatja - rendszeresen jelentkezik szakambulanciákon, illetve a klubokat folyamatosan látogatja				
	- jó általános állapot - pszichés egyensúly - problémamentes távozás				
	- őszinteség - együttműködés - ráhagyatkozás				
	- tartós absztinencia - stabil pszichés állapot - a társadalmi elvárásoknak megfelelő készségek, képességek kialakulása				
	Total	20%			

*M-4. táblázat: A sikeresség indikátoraként megnevezett szempontok önkormányzati fenntartásban lévő intézmények esetében*

Valid				
	-			
	- beteg állapota - hozzátartozó véleménye - életminőség javulása			
	- ha a beteg benne marad a terápiában			
	- hajlandóság - őszinteség kliensnek önmagával szemben - aktív részvétel			
	- motiváltság - jó terápiás kapcsolat - könnyen igénybe vehető ellátórendszer			
	Total	12%		

*M-5. táblázat: A sikeresség indikátoraként megnevezett szempontok önkormányzati társulása által fenntartott intézmények esetében*

Valid				
	- elfogadás - empátia - önazonos viselkedés			
	- a célok megvalósulásának értékelése - alkoholfogyasztást felfüggesztők száma - kapcsolati problémák változása			
	- kellő motiváció - célzott segítségnyújtás - időben történő beavatkozás			
	- a kompenzált állapot fennmaradása - társadalmi reintegrálódás - együttműködés fennmaradása - magasabb szintű ellátórendszerbe lépés (ambulancia, kórház, rehab.)			

- ellátott motivációja - segítő szakemberek hozzáállása - asszertív kommunikáció				
- jó kapcsolat az elláttal - bizalom - szakszerű segítségnyújtás				
- megfelelő tájékoztatás és együttműködés a szakemberekkel, - kellő számú szakember - megfelelő finanszírozás				
- motiválttá tenni az egyént - pozitív minták				
- támogató légkör - szakmai alaposág - hitelesség				
Total	12%			

Forprofit szervezeti fenntartónál nincs érdemi válasz.



#### **4. melléklet: Pszichoaktív szerek munkavégzés közbeni használatára vonatkozó jogszabályok**

A *Munka Törvénykönyve* (2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről) explicit módon nem szabályozza, és nem tiltja a pszichoaktív szerek munkavégzés közbeni használatát. Néhány paragrafusban közvetett módon jelenik meg az intoxikált állapot tilalma:

52. § (1) A munkavállaló köteles

- a) a munkáltató által előírt helyen és időben munkára képes állapotban megjelenni,
- b) munkaideje alatt – munkavégzés céljából, munkára képes állapotban – a munkáltató rendelkezésére állni,
- c) munkáját személyesen, az általában elvárható szakértelemmel és gondossággal, a munkájára vonatkozó szabályok, előírások, utasítások és szokások szerint végezni,
- d) a munkakörének ellátásához szükséges bizalomnak megfelelő magatartást tanúsítani,
- e) munkatársaival együttműködni.

Illetve:

110. § (1) A munkavállaló a beosztás szerinti napi munkaidején kívül rendelkezésre állásra kötelezhető.

(...)

(3) A munkavállaló a rendelkezésre állás tartama alatt köteles munkára képes állapotát megőrizni és a munkáltató utasítása szerint munkát végezni.

Hasonló a helyzet a *Munkavédelmi Törvény* (1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről) esetében, explicit szerhasználatra vonatkozó szabályok ebben sem jelennek meg:

60. § (1) A munkavállaló csak a biztonságos munkavégzésre alkalmas állapotban, a munkavédelemre vonatkozó szabályok, utasítások megtartásával, a munkavédelmi oktatásnak megfelelően végezhet munkát. A munkavállaló köteles munkatársaival együttműködni, és munkáját úgy végezni, hogy ez saját vagy más egészségét és testi épségét ne veszélyeztesse.

Illetve:

72. § (1)<sup>127</sup> A munkavédelmi képviselő – a 70. §-ban leírtakat is figyelembe véve – jogosult meggyőződni a munkahelyeken az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek érvényesüléséről, így különösen

- a munkahelyek, a munkaeszközök és egyéni védőeszközök biztonságos állapotáról;
- az egészség megővására, illetőleg a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések megelőzésére tett intézkedések végrehajtásáról;
- a munkavállalóknak az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzésre történő felkészítéséről és felkészültségéről.