

Történeti áttekintés. A magyarországi drogrehabilitációs intézmények működésének szakpolitikai háttere

Policy background of the operation of drug rehabilitation institutes in Hungary. A historical overview

MOLNÁR DÁNIEL

Összefoglalás

A tanulmány a drogrehabilitáció témakörének megjelenését vizsgálja a drogpolitika szempontjából releváns stratégiai dokumentumok felhasználásával. A rendszerváltást megelőző időszak, majd a '90-es meghatározó jelentőségű szakpolitikai dokumentumainak áttekintését követően részletesen foglalkozunk a 2000-ben elfogadott Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására című dokumentum drogrehabilitációt érintő részeivel, illetve a stratégiai program értékelésével. A tanulmányban ismertetjük az Országgyűlés által 2009-ben és 2013-ban elfogadott drogstratégiák drogrehabilitációt érintő célkitűzéseit.

Kulcsszavak: drogpolitika – nemzeti stratégia – drogrehabilitáció

Abstract

The study examines the appearance of the topic of drug rehabilitation based on the relevant strategic drug policy documents. After the overview of the decisive policy papers of the period before the change of regime and the 1990s, we focus on the rehabilitation-related parts and evaluation of the Hungarian National Strategy to Combat Drugs of 2000. We give an overview of the goals connected to drug rehabilitation of the national drug strategies of 2009 and 2013.

Keywords: drug policy – national strategy – drug rehabilitation

A rendszerváltás előtt

A kábítószer-fogyasztás problematikájának terápiás kezelésére irányuló törekvések már a rendszerváltás előtt megjelentek Magyarországon. Az egyik első, szakpolitikai relevanciával is bíró dokumentum 1974-ből

származik. Az *MSZMP Párt és Tömegszervezetek számára írt feljegyzés*ben dr. Kisszékelyi Ödön rendőrorvos alezredes számol be a hazai kábítószerhelyzetről, amely ebben az időszakban a visszaélészerű gyógyszerhasználatot és a „ragasztóanyagok” inhalálását jelentette. A problémakezelési javaslatok körében megjelent a szerhasználók kezelését végző intézményre vonatkozó javaslat is: „Tekintettel arra, hogy mind a Parkánszedés, mind a ragasztószívás után előfordulnak átmeneti elmezavar állapotok, továbbá, mivel az elvonás hosszadalmas és megfelelő szakképzettséget igényel, célszerűnek látszik egy kórházi idegosztály kijelölése, mely profilját tekintve elsősorban a toxicoman esetekkel foglalkozna. (Lengyelországban és Nyugaton működnek ilyen osztályok.)” (Kisszékelyi, 1974, idézi Tóth, 2010)

A '80-as évek közepére megváltozott, súlyosbodott a magyarországi kábítószer-problematika: újabb fogyasztói csoportok (fiatalabbak, nők) és fogyasztási mintázatok (házi mákkészítmények, Hydrocodin stb.) jelentek meg, egyúttal csökkent a szerhasználat ideológiai összetevőinek jelentősége, intenzívebbé vált a kriminalizálódás. (OKBI, 2006) A szocializmus idealizált emberképével nem volt összeegyeztethető a kábítószer-fogyasztás. A problémakezelés gyakorlati teendőit egyházi szervezetek vállalták fel. Különösen aktív volt a Magyarországi Református Egyház, amelynek több református gyülekezete – például az Erdős Eszter vezette budapesti Gorkij fasori – is foglalkozott szerhasználókkal. 1983-ban a Magyarországi Evangéliumi Egyházak Ökumenikus Tanácsa létrehozta a Kallódó Ifjúságot Mentő Missziót, amelynek titkára kezdetben Erdős Eszter volt, később Topolánszky Ákos lett. A későbbiekben meghatározó drogpolitikai szereplővé vált lelkész visszaemlékezései szerint nagyjából 1984-85 környékén kezdett enyhülni a korábban ellenséges légkör, ezután kapott médiafelületet és valamennyi – bár a problémakör hatékony kezeléséhez nem elégséges mértékű – támogatást a terület. (Molnár, 2015) A '80-as évek végén a szenvedélybetegekkel már az evangélikusok (lelki segélyszolgálatok által történő megelőzés), a baptisták (klubfoglalkozások) és a katolikusok (drog munkacsoport felállítása) is foglalkozni kezdtek. Érdeemes utalni Xantus János *Rocktérítő* című filmjére, amely Pajor Tamás megtérésén keresztül a szélesebb közvélemény számára is ismertté tette az istenhit és a vallás lehetséges szerepét a felépülésben. A vallásos szemlélet bűnnek és nem betegségnek tekintette a szerhasználatot, a megtérésélmény pedig még súlyos személyiségzavarok esetében is hatékonyan segíthette az absztinencia elérését. (Rácz, 1988)

Az Országos Kémiai Biztonsági Intézet tanulmánya 1985-re datálja a drogproblémához kapcsolódó politikai és ideológiai fordulatot. Ebben az évben fogadták el a fiatalkori bűnözéssel foglalkozó minisztertanácsi határozatot, amelyben már konkrét intézkedéseket sürgettek a kábítószer-probléma átfogó (megelőzést, gyógykezelést, utókezelést és rehabilitációt érintő) kezelésével kapcsolatban. Létrehozták az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Drog Albizottságát, amelynek drogprogramja 1987-ben kezdett működni. A '80-as évek második felében évente ~3000 fő jelentkezett kábítószer-problémák miatt egészségügyi kezelésre. A budapesti Korányi Kórházban 1985 és 1989 között 1587 ilyen beteget kezeltek. (OKBI, 2006)

Drogrehabilitációra irányuló szakpolitika az 1990-es években

A problémakezelés intézményesülésének fontos állomása volt az 1991-es év, amikor az Antall-kormány az *1013/1991. (II. 28.) Korm. határozattal* létrehozta a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságot (KTB). A bizottság feladatai közé tartozott a belföldi és külkapcsolati kábítószerügyi koordináció, a forráselosztásra vonatkozó javaslatok kidolgozása, a döntések végrehajtásának ellenőrzése, illetve a „kábítószer ellenes nemzeti stratégia” kidolgozása. A későbbi értékelések (pl. Nemzeti Stratégia, 2000, p. 35) a KTB működését ellentmondásosnak és nem kellő hatékonyságúnak minősítették, ezért szerepét a 1998-ban Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB)¹ vette át.

1993-ban Grezsa Ferenc tekintette át a hazai addiktológia aktuális helyzetét. A pszichiáter végzettségű, szenvedélybeteg-ellátás területén is tapasztalt országgyűlési képviselő négy olyan drogpolitikai összetevőt nevesített, amely jelentős volt a drogterápiás intézetek működése szempontjából:

1. 1991 óta a drogterápiás intézetek támogatása önálló normatívaként szerepelt a központi költségvetésben. Az elszámolás alapját az ápolási napok képezték, a megállapított normatíva azonban nem fedezte a tényleges költségeket.

¹ A KKB rövidítés jelen tanulmány írásakor is hatályos, de a jelentése, illetve a testület neve a *1089/2013. (III. 4.) Korm. határozat* elfogadásával Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottsággá változott.

2. A Társadalombiztosításról szóló törvény 1992. évi módosítása nyomán kötelezően finanszírozandóvá vált a hosszú idejű terápiás intézetek működése olyan esetekben is, ha azok elsődlegesen nem egészségügyi jellegűek, de tevékenységük megfelel a terápiás követelményeknek.
3. A szociális törvény (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról) a néhány éven belül kötelezően létrehozandó intézménytípusok között nevesítette a szenvedélybetegek rehabilitációs intézményét.
4. A pályázati lehetőségek bővülése a szenvedélybeteg-ellátás területén is lehetőséget biztosított bizonyos fejlesztésekre. A szerző példaként említi a Szegedi Drogközpont rehabilitációs részlegének megépítését. (Greza, 1993, p. 272)

A magyar Országgyűlés első, deklaráltnak a kábítószer-problémával foglalkozó bizottságának felállításáról a 111/1996. (XII. 19.) OGY határozat rendelkezett. A kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyűlési eseti bizottság tevékenységéről a 125/1997. (XII. 18.) OGY határozat adott számot, amely az eseti bizottság jelentésének tartalmát foglalta össze, egyúttal meghatározta a következő időszak feladatait. A határozat rögzítette, hogy „a kábítószer-problémával foglalkozó egészségügyi, szociális, oktatási, rendészeti, jogi, bűnüldözési és büntetés-végrehajtási intézményrendszer fejlesztésre szorul”, egyúttal deklarálta a drogbetegek kezelésére vonatkozó egészségügyi finanszírozási rendszer kidolgozásának szükségességét, amelyhez 1998. január 31-ei határidőt rendelt. Utasította a KTB-t, hogy 1998. március 31-ig készítse el a nemzeti kábítószer-stratégiát.

Bár Magyarország első nemzeti drogstratégiája elkészült 1998-ban, nem szavazott róla az Országgyűlés, és így értelemszerűen nem is emelkedett jogerőre. A dokumentum 2.4. alfejezete foglalkozik a drogbetegek rehabilitációs intézményeivel. A rövid helyzetértékelés kitér arra, hogy az 1998-ban 7 működő és beteget kezelő intézmény teljes befogadóképessége kb. 100 fő, ami nagyjából azonos létszámú várólistákkal egészül ki. Az akár 12 hónapos várakozási idő miatt a stratégia az intézmények számának rövid távon megduplázására, hosszabb távon megháromszorozására tett javaslatot. Rögzítette továbbá azt is, hogy „az intézetek többsége az elhelyezkedésre, légtérre, elszállásolásra és ellátásra vonatkozó egészségügyi törvény előírásainak teljes egészében – pénzihiány miatt – nem tudnak eleget tenni.” E lapszámban bemutatott kutatás szempontjából kiemelt jelentőségű az a megállapítás, miszerint a

drogrehabilitációs intézetek „működését semmilyen hatékonyság-vizsgálat nem kontrollálja. Egyes intézetek saját munkájukat minősítik, azonban szükségesnek mutatkozik egy átfogó, valamiféle felettes szakmai kollégium, vagy szervezet hatékonyság minősítése.” Noha a minőségi kontroll hiánya a problémák felsorolásában is megjelenik, ehhez kapcsolódó – az előzőekben idézettnél konkrétabb – megoldási javaslat nem szerepel a cselekvési tervben. A drogrehabilitációs intézetek működésével kapcsolatban a dokumentum az alábbi teendőket rögzítette:

- Stabil finanszírozási források biztosítása: az egyik forrás lehet a törvény által előírt szociális helyzettől függő hozzájárulás a kezelt részéről, a másik forrás mindenképpen a társadalombiztosítás finanszírozása, amelyre alapot kell elkülöníteni. A finanszírozáshoz felhasználható a munkaügyi rehabilitációs alap, illetve további rehabilitációs alapot kell elkülöníteni.
- Az intézményektől meg kell követelni, és finanszírozásuk feltételévé kell tenni, hogy a felhasznált forrásokkal elszámoljanak.
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megyei keretein felüli ágylétszámot kell biztosítani.
- Pályázatot kell kiírni a speciális rehabilitációs intézetek részére, egyúttal biztosítani kell azok kontrollját.
- A meglévő férőhelyek bővítése 200 ágygal 1999 végéig, úgy, hogy a már működő intézmények lehetőséget kapjanak ágyszámuk megkétszerezésére.
- A helyi önkormányzatoknál távolsági megkötés nélkül kell rehabilitációs alapokat elkülöníteni. A területi ellátási kötelezettségen felül az intézetek az ország egész területéről fogadhatnak betegeket azzal, hogy a kezelt állandó lakhelye szerint illetékes önkormányzata adhat támogatást az erre elkülönített keretéből.
- A rehabilitáció törvényi szabályozása a "drogtörvényen" belül.
- A törvény végrehajtási utasításaiban a konkrét állami és társadalmi szervek és azok kötelességeinek megnevezése, akik a további részletszabályozást elvégzik.
- A gyógyult drogbetegek számára a rehabilitációs intézetek elhagyását követően az állam nyújtson támogatást. Akár meghatározott ideig táppénz vagy egyéb anyagi támogatás nyújtásával, akár kiemelten kezelt reszocializációs programokkal, munkához jutás támogatásával. Külföldön bevált tapasztalat, hogy a gyógyult szenvedélybetegeket átmenetileg, segítőként,

valamilyen drogkezelő rendszerben foglalkoztatják. Ehhez további anyagi forrásokat kell biztosítani.

- A törvényelőkészítő munkában javasolták alkalmazni és figyelembe venni a Pszichiátriai Szakmai Kollégium drogterápiás közösségek működésének irányelveivel kapcsolatosan Budapesten 1997. április 7-én elfogadott állásfoglalását. (Nemzeti drogstratégia, 1998)

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (2000)

Bő másfél éves előkészítést követően (Topolánszky, 2009) az Országgyűlés 2000. december 5-én fogadta el a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című stratégiai programot. A szakanyag helyzetelemző fejezete nem foglalkozik explicit módon a drogrehabilitációs intézményekkel, de leszögezi, hogy „[k]omoly problémát jelent a kábítószer-használók elérését és a gyors kapcsolatfelvételt, a korai bajmegállapítást lehetővé tevő egészségügyi és szociális szolgálatok fejletlensége, vagy az ország jelentős területein ezek teljes hiánya” (p. 15), illetve „Magyarországon a kábítószer-használókkal foglalkozó kezelési lánc minden eleme alulfejlett és kapacitási problémákkal küszködik.” (p. 17)

A terápiák eredményességéről szóló alfejezetben (6.3.3.) a stratégia rögzíti, hogy „[b]iztosítani kell régióként és megyéenként (...) a hosszú távú kezelés: a pszichoszociális problémák segítése, a visszaesés megelőzése és a rehabilitáció egységes lehetőségét. Ezek a szolgáltatások multidiszciplináris team meglétét igénylik, melynek tagjai az orvos (pszichiáter, addiktológus), a pszichológus, a szociális munkás, a gondozó/ápoló, a különböző foglalkozású terapeuták, az addiktológus konzultáns, a jogász, a lelkész, és lehetőség szerint a felépült szenvedélybeteg.” (pp. 82-83)

A kezelés céljai és cselekvési terve című alfejezetben (6.3.4.) a dokumentum – egyebek mellett – az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedését említi hosszú távú célként. A középtávú célok részletezésekor felsorolásra kerülnek az ellátórendszer fejlesztésének szempontjai, amelyek a kapacitás, elérhetőség, hatékonyság, differenciáltság, komplex biopszichoszociális szemlélet, multidiszciplináris kezelőszemélyzet kritériumai mellett a minőségkontrollt és a finanszírozást is magukban foglalják.

„Ma sok civil szervezet foglalkozik droghasználók rehabilitációjával, illetve a rehabilitáció egyes elemeivel. Munkájukról és annak hatásköréről, költséghatékonyság mutatóiról azonban nem rendelkezünk megbízható adatokkal. A jól működő szervezetek azonban közfeladatokat látnak el, mely közpénzek felhasználását is jelenti. Közpénzeket pedig csak szakmailag, pénzügyileg megfelelő módon működő szervezetek kaphatnak. A szakmai protokollok kidolgozása szakmai testületek feladata, ellenőrzésük pedig szakmai és hatósági jogkör. Ma még hiányoznak, nem kellően elterjedtek, vagy nem széles szakmai konszenzuson nyugszanak a civil szervezetek minőségbiztosításának szempontjai. Újra kell gondolni a finanszírozás elveit. A droghasználók kezelésének és rehabilitációjának finanszírozásába az Országos Egészségbiztosítási Pénztár mellett más pénzforrásokat is be kell vonni: a központi költségvetésből és az önkormányzatok pénzalapjaiból kell finanszírozni az intézményfejlesztést. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jelenlegi szolgáltatás- és gyógyszer finanszírozási eljárása, valamint intézménybefogadási gyakorlata nem teszi lehetővé a droghasználók széleskörű kezelését és az intézményrendszer bővítését.” (p. 86)

A rövid távú célok körében a terápiás közösségeket is nevesíti a dokumentum.

„Hosszúterápiás intézmények, terápiás közösségek. Egyedülálló lehetőséget jelentenek a súlyos drogfüggők drogmentes életének kialakításában: ezeknek a függő betegeknek lényegében egész élettevékenységüket újra kell tanulniuk. Erre a 24 órás ellátást biztosító, több hónapos, éves rehabilitációs kezelése alkalmasak. Ezekben az intézményekben a felépült szenvedélybetegeknek mint szerepmoделleknek és mint segítőknek fontos szerep jut. A terápiás intézetekben – a jelenlegi kb. 200 ágyas férőhelykeretnek – rövid távon 200 ágygal történő fejlesztése indokolt, közép távon pedig összesen 500 férőhely-kapacitás elérésére kell törekedni.” (p. 91)

A rehabilitációs és reszocializációs kapacitásokat érintő célok között megjelenik, hogy a „szolgáltatások jelentős fejlesztése illetve modell-intézmény hálózat kialakítása indokolt.” (p. 91)

A *Nemzeti Stratégia* félidejének értékelését a holland Trimbos Instituut végezte el 2005-ben. A kutatás során 17 kiválasztott rövid- és középtávú cél megvalósulását is vizsgálták, amely közül kettő – a segítő kapcsolatokba kerülő szerhasználók számának növekedése az ellátórendszer minden szintjén, illetve a szenvedélybetegekkel foglalkozó szakemberek továbbképzése – a drogrehabilitációs intézmények működése szempontjából is releváns. Míg a lokális drogpolitikai színtereken, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban dolgozó szakemberek szerint mindkét cél elérése folyamatban van („working on it”), addig a nemzeti szinten működő válaszadók körében az elsőként említett cél elérésének megítélése nem egyértelmű, a továbbképzésekkel kapcsolatos célkitűzések pedig részben teljesültek. (Gallà et al., 2006, pp. 57, 90)

2007-ben a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló *1094/2007. (XII. 5.) számú Korm. határozat* több pontja is nevesített olyan teendőket, amelyek a drogrehabilitációs intézményeket érintették. A 7. pont szerint 2008 decemberéig „[k]i kell alakítani a kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális intézmények kábítószerhasználat kezelésével összefüggő minőségügyi és értékelési rendszerét, illetve az ehhez kapcsolódó szakmai irányelveket.” A 15. pont szerint 2009 decemberéig „[k]i kell alakítani a kábítószer-függő személyek rehabilitációs ellátása teljes körű finanszírozásának feltételrendszerét és ezen belül a különleges célcsoportok (fiatalkorúak és gyermekek, terhes anyák, gyermekeikkel együtt kezelésbe vontak, HIV/AIDS érintettek, kettős diagnózisúak stb.) szükségleteit figyelembe vevő speciális ellátási formák működési feltételeit.” Mindkét feladat esetében a szociális és munkaügyi, illetve az egészségügyi minisztert jelölték ki felelősként.

A stratégiai időszak végén, 2009-ben készített értékelés (Vitrai, 2009) több módszer kombinálásával határozta meg a 2000-ben rögzített célok megvalósulásának mértékét. Egyfelől tartalomelemzést végeztek a Drog Fókuszpont (Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ) éves jelentéseinek felhasználásával. Ezzel a módszerrel a következőket² állapították meg a kezelés, ellátás pillér céljainak teljesülésével kapcsolatban:

² Jelen tanulmányban a forrásműben közölt tételek egy kisebb, a drogterápiás intézmények szempontjából releváns hányadát közöljük.

Hosszú távú célok	
Megállítani és visszafordítani a droghasználókkal küzdők számának emelkedését.	Nem valósult meg.
A droghasználat okozta társadalmi és egészségügyi ártalmak és károk csökkentése.	Nem valósult meg.
Az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedése, a droghasználók (droghasználók és családtagjaik) kezelésében – a „kezelési spektrum” teljes kiépülése, megfelelő kapacitással.	Nem valósult meg.
A szenvedélybetegek szociális ellátásának fejlesztése, a differenciáltabb intézményi ellátások állami támogatása.	Megvalósult
Középtávú célok	
A droghasználók egészségügyi kezelésének társadalmi és szakmai elfogadottságának növekednie kell.	Nem valósult meg.
A segítő kapcsolatban (a kapcsolatfelvételtől a kezelésen át a reszocializációig) résztvevő droghasználók számának növekedése.	Részben megvalósult. Ami megvalósult: drogambulanciákon kezelték, elterelésben résztvevők, metadon programban résztvevők, túcseré programban résztvevők, hosszúterápiás rehabilitációs programban résztvevők számának növekedése.
A segítői spektrum fejlesztése az alábbiak tekintetében:	
Kapacitás növelése	Részben megvalósult. Ami megvalósult: drogambulanciákon kezelték, elterelésben résztvevők, metadon programban résztvevők,

MOLNÁR D.: TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS...

	túcsere programban résztvevők, hosszúterápiás rehabilitációs programban résztvevők számának növekedése.
Könnyen, megbélyegzésmentesen és jogi értelemben védett módon elérhető kezelőhelyek biztosítása, melyek a korai kezelésbevételét is biztosítani képesek.	Megvalósult.
Kezelési hatékonyság növelése azáltal, hogy a kezelés során az absztinencia mellett a produktív élet megvalósítását is célul tűzzük ki.	Nem valósult meg.
Differenciálni, azonosítani és alkalmazni kell azokat a beavatkozási formákat, melyek az adott állapot súlyosságának és típusának leginkább megfelelnek.	Nem valósult meg.
Komplex bio-pszicho-szociális modell: szakítani kell azzal a megközelítéssel, mely a méregtelenítés kizárólagosságát hirdeti.	Megvalósult.
Multidiszciplináris kezelőszemélyzet.	Nem valósult meg.
Közösségi megközelítés (közösségi szenvedélybeteg ellátás, önszolgáltató csoportok).	Megvalósult.
Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti együttműködés.	Megvalósult.
Kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális (állami, önkormányzati és civil) intézmények minőségbiztosítása és értékelése.	Nem valósult meg.
Civil szervezetek minőségkontrolljának kialakítása.	Nem valósult meg.
A droghasználók kezelésének és rehabilitációjának finanszírozásába az Országos Egészségbiztosítási Pénztár mellett más pénzforrásokat is be kell vonni: a központi költségvetésből és az	Megvalósult.

önkormányzatok pénzalapjaiból kell finanszírozni az intézményfejlesztést.	
A graduális (nappali) képzésben (orvos, pszichológus, szociális munkás képzés, ápoló, diplomás ápoló képzés) speciális blokkokat szükséges bevezetni.	Nem valósult meg.
Rövid távú célok	
Kezelési kapacitás növelése az állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek fenntartásában működő terápiás és rehabilitációs intézmények tekintetében.	Nem valósult meg (rövid távon).
Hosszúterápiás intézmények, terápiás közösségek (kapacitásbővítés).	Megvalósult.
Rehabilitációs és reszocializációs kapacitás fejlesztése.	Nem valósult meg.
Közösségi programok: elsősorban volt drogbetegek és hozzátartozóik önszegítő vagy kulturális csoportjai tartoznak ebbe a kategóriába. Meg kell erősíteni a narkománok önszegítő csoportjainak (NA) működését.	Nem valósult meg (csak hosszú távon).
Droghasználók és -függők kezelése finanszírozási elveinek javítása.	Részben megvalósult. Ami megvalósult: pályázatok, normatív támogatás.
Az Egészségügyi és az Adatvédelmi Törvény, valamint az adatvédelmi biztos drogbetegek nyilvántartásával, illetve drogambulanciák adatvédelmével kapcsolatos ajánlásainak alkalmazása. Kezelőhelyi adatvédelmi biztosok kinevezése és felkészítése szükséges.	Nem valósult meg.
Adatnyilvántartás, statisztikai rendszer fejlesztése.	Nem valósult meg (csak hosszú távon).
Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság terápiával kapcsolatos szakbizottságai (Addiktológiai-pszichiátriai, Drogambulancia, Drogterápiás Intézetek szakbizottságok): legfontosabb feladatuk	Nem valósult meg.

a tárcaközi együttműködés politikai, közigazgatási és szakmai biztosítása.	
Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létesítése, helyi terápiás koordinációs szempontok kidolgozása.	Részben megvalósult. Megalakultak a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, azonban a kezelés, ellátás területén folytatott tevékenységük terén sok fejlesztésre lenne szükség.
Szakmai kollégiumok állásfoglalásai kialakításának folytatása a terápiás protokollokat illetően.	Részben megvalósult. Ami megvalósult: Methadon kezelés protokollja
Kezelőhelyek és kezelőprogramok akkreditálása szakmai szempontok alapján.	Nem valósult meg.
Létre kell hozni a pszichiáter, addiktológus és gyermekpszichiáter szakorvosok, más szakorvosok addiktológiai blokk-képzését, addiktológus klinikai és prevenciószakpszichológusok, addiktológiai konzultánsok és asszisztensek, diplomás ápolók, szociális munkások stb. képzését és továbbképzését.	Nem valósult meg. ³

(Vitrai, 2009, pp. 31-36)

Az értékelés következő fázisában 45 interjút készítettek el az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. munkatársai. A válaszadók egyik része szakpolitikusként, másik része addiktológiai témakörökkel foglalkozó szakemberként került a mintába. Pozíciótól függetlenül egyetértettek abban, hogy 2003-2004-ben jelentős – utóbb megtorpanó – fejlődés történt a kezelés és ellátás területén: a

³ Ez így ma már szerencsére nem teljesen helytálló. Pl. a SOTE-n évek óta addiktológiai konzultáns-képzés működik, a Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán a szociális munkások alapszakos képzésében addiktológiai modul került bevezetésre, mesterszakokon addiktológiai vagy addiktológiai súlyozású klinikai specializáció érhető el. A reflektív addiktológiai tanácsadó szakirányú továbbképzés Pécsen 2012-ben került megalapításra.

kezelési piramis minden szintje létrejött, az ellátási spektrum elemei elérhetővé váltak, bár területi eloszlást tekintve nem azonos mértékben. Pozitívként értékelték, hogy új rehabilitációs intézmények kezdtek meg a működést, egyúttal problémaként említették az addiktológiai ellátások integrációjának elégtelen szintjét. Az egyik válaszadó úgy vélte, hogy a drogterápiás intézmények elhelyezkedése, urbanizáltabb településektől való távolsága sok klienst visszatart a kezelés igénybevételétől. (Vitrai, 2009, pp. 94-95) Az ellátások hatékonyságával kapcsolatban többen kétségeiknek adtak hangot. „Többségük véleménye szerint erről szinte semmilyen információ nem áll rendelkezésre, mivel monitorozás, visszacsatolás nincs. Sokan jelezték, hogy azt sem tudják pontosan definiálni mit is értünk hatékonyság alatt ebben a tekintetben. Nevezetesen azt, hogy valaki minél hosszabb ideig marad benn az ellátórendszerben, vagy azt, ha szermentessé válik?” (p. 98) A kutatás résztvevői szerint a szenvedélybeteg-ellátásból hiányzik a széleskörű minőségfelmérés és értékelés rendszere. A véleményekkel összhangban a következő drogstratégiához megfogalmazott javaslatok körében is visszaköszöntek a kezelés-ellátás kritikus pontjai. „Definiálni kell az ellátás hatékonyságának fogalmát, és monitorozási rendszereket kell kiépíteni. Az utógondozás rendszerét is ki kell dolgozni, hogy a rehabilitáción átesettek visszaesését megakadályozzák. Ebben az utógondozásban a félutas házaknak éppúgy szerepük van, mint pl. a reszocializációt támogató szolgáltatásoknak.” (p. 114)

A *Nemzeti Stratégia* értékelésének harmadik szakaszában a dokumentumelemzés és az egyéni interjúk során gyűjtött adatokat és az ezekből képzett eredményeket fókuszcsoportos keretek között vitatták meg a meghívott szakemberek. Az alábbi táblázat a kezelés-ellátás témakörhöz kapcsolódó pozitív és negatív megállapításokat összegzi.

Kedvező változások	Megoldandó problémák
A <i>Stratégia</i> kezdeti időszakában gyors fejlődés, kialakult a kezelési lánc valamennyi eleme	Az egészségügyi és szociális ellátások, különösen az addiktológiai ellátás nem integrálódtak egy rendszerbe, színvonaluk nem egy esetben elmarad a nemzetközi gyakorlattól
	A fogyasztók ellátására kritikusan alacsony, földrajzilag egyenetlenül elosztott pszichiátriai, addiktológiai

	kapacitások állnak rendelkezésre, azokat kevesen és nem a leginkább rászorulóknak veszik igénybe
	Speciális csoportok (pl. terhes anyák, 18 éven aluli függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak
Jelentős előrelépés az alacsonyküszöbű ellátás kiépülése, s a szociális ellátások közé való megfelelő beágyazódása	Nem tudja az ellátásra szorulókat beterelni a rendszerbe a fejletlen és sokszor alacsony színvonalú az utcai megkereső szolgálat
	Az igények csak kisebb hányadát elégítik ki a fenntartó kezelési kapacitások
Az ártalomcsökkentés területén sikerként értékelik a túcsere programok megvalósulását	A túcsere program hazai elterjedtsége még elmarad az európai átlagtól
	Az ártalomcsökkentés más területei kevésbé, vagy teljesen kiaknázatlanok
A szakmai protokollok és irányelvek megjelenése jelentősen emelte az ellátás színvonalát	Kezelési protokollok és működési minimumkövetelmények hiánya hozzájárul egyes ellátások alacsony szakmai színvonalához
	Az akkreditáció és a minőségbiztosítás egyéb eszközeinek alkalmazása lenne szükséges a KEF-ek működésének, a prevenció programok hatékonyságának emeléséhez

(Vitrai, 2009, p. 148)

Az értékelés lebonyolításának egyik deklarált célja volt, hogy segítse a következő, 2009-ben az Országgyűlés elé kerülő stratégiai dokumentum kialakítását, illetve módosítását.

Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére

Míg a 2000-ben beterjesztett Nemzeti Stratégiát teljes politikai konszenzus övezte, a 2009-ben Országgyűlés elé kerülő dokumentum már csak az akkori kormánypárt, illetve korábbi koalíciós partnere támogatását bírta. A 106/2009. (XII. 21.) számú, a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló OGY határozat végül sajátos torzó lett a magyar drogpolitika-történetben, hiszen cselekvési tervet sem a bal-, sem a kormányváltás után létrejött jobboldali kormány nem készített hozzá, így a dokumentumban rögzített céltételezések csak kismértékű hatást gyakoroltak a szenvedélybeteg-ellátás gyakorlatára. Ennek ellenére – a szakmai szempontok áttekintésének céljával – szükségesnek és hasznosnak látjuk a stratégiai dokumentum drogrehabilitációs intézményeket érintő célkitűzéseinek ismertetését.

A rehabilitáció kérdéseivel a dokumentum elsősorban a VII.2. alfejezetben foglalkozik, amely a *Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés* címet viseli. A témakör a stratégiai dokumentum egyik pillérét alkotja, amelynek átfogó célja a következők szerint került meghatározásra: „A kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés hármass meg határozottságában elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbe vétel elősegítését, ott és ahol lehetséges, a tartós absztinencia elérését, a szerhasználattal összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, és a tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű és az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítani.” (p. 22) A cél eléréséhez kapcsolódó szemléleti megközelítések közül ki kell emelni az „értékelési rendszerek fejlesztése” elnevezésű tételt, amely a folyamatos értékelést lehetővé tevő rendszerek kialakításának, a beavatkozások hatékonysága mérhetőségének, illetve a komparatív előnyök felbecsülhetőségének jelentőségét hangsúlyozza.

A kezelő- és ellátórendszer fejlesztését érintő célkitűzések körében megjelennek a rehabilitációs programok is, amelyekkel kapcsolatban a szakanyag az új ellátási szükségletekre – fiatalok, családban élő drogfüggők, hajléktalanok, HIV- és STD-fertőzöttek, pszichiátriai problémákkal küzdő szerfüggők, szerfüggő édesanyák és gyermekeik együttes fogadását biztosító kapacitások, valamint a büntetés-végrehajtási intézetek és a gyermekvédelmi intézmények keretében megvalósuló programok – reflektáló kapacitásfejlesztés fontosságára hívja fel a figyelmet.

A minőségi ellátások fejlesztéséhez kapcsolódva öt célkitűzés szerepel a dokumentumban:

1. Szükséges a lejárt szakmai protokollok megújítása, a hiányzó szakmai protokollok elkészítése. Az érvényes szakmai protokolloknak megfelelő eljárásrendek és az ellátók folyamatos minőségi ellenőrzése. A szakmának indokolt meghatároznia azokat az indikátorokat, melyek a hatékony működés megfelelő mutatói.
2. Az egyes ellátási formákhoz szükséges hozzárendelni a megfelelő értékelési rendszereket.
3. A szakfelügyeleti rendszer fejlesztése, indikátorrendszerek kialakítása az ellátás színvonalának javítása érdekében.
4. Az ellátásokhoz kapcsolódó jogi szolgáltatások fejlesztése (pl. a droghasználók gyermekvállalásával összefüggésben gyermek elhelyezése, szülői felügyeleti jog gyakorlása stb.).
5. Szükséges az érintett szakmai kollégiumok bevonása a képzések megtervezésére, a szakmai programok kialakítására, a modellek előkészítésére, a szakemberhiány megszüntetésére vonatkozó koncepciók kialakításába. (pp. 26-27)

A drogrehabilitációs intézményekkel a stratégia a magyarországi kábítószerhelyzetet bemutató mellékletében is foglalkozik. Megállapítja, hogy „az egyházi és civil szervezetek különösen aktívak terápiás közösségek, rehabilitációs szolgáltatások fenntartásában. 2007-ben az országban működő 17 rehabilitációs otthon közül 12 kötött szerződést az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral összesen 260 ágyra. Az általuk folytatott kezelésben kisebb mértékben jelenik meg gyógyszerek alkalmazása, főként a közösségi programok dominánsak, ezek keretében munkaterápia vagy szociális reintegrációt célzó fejlesztő tevékenység zajlik.” (p. 52)

A stratégiai dokumentum végén található táblázat (pp. 63-82) azt mutatja be, hogy az egyes intézkedések milyen más társadalompolitikákkal vannak kapcsolatban. A rehabilitációs intézményekkel kapcsolatos célkitűzés esetében – a Roma Integráció Évtizede Program kivételével – minden vizsgált terület, illetve program nevesítve van kapcsolódási pontként: alkoholpolitika, Nemzeti Népegészségügyi Program, „Közös Kincsünk a Gyermekek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program, Lelki Egészség Operatív Program, Ifjúsági Stratégia, Hajléktalanügyi Stratégia, AIDS Stratégia, illetve Társadalmi Bűnmegelőzés Nemzeti Stratégiája.

Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020

A jelenlegi drogstratégia 2013-tól hatályos, de az előkészítése 2011-ben kezdődött. A dr. Grezsa Ferenc által vezetett tíztágú munkacsoport 2011 augusztusában tette közzé az új stratégia tervezetét (*Nemzeti Drogstratégia 2012-2020*). A szakmai és társadalmi vitára bocsátott dokumentum a korábbi drogstratégiáknál kevésbé konkrét célkitűzéseket rögzített, bár az már ebben a változatban is egyértelmű volt, hogy a problémakör felépülés-központú megközelítése kiemelt fontosságú a készítőik számára. „A felépülés-központú ellátás célja a tartós szermenetesség, a józanság elérése mellett a társadalomba történő teljes visszailleszkedés: a családi szerepek ellátásával, munkavégzéssel, megfelelő lakhatással és iskolai végzettséggel.” – olvasható a tervezet 27. oldalán, ami néhány bekezdéssel később kiegészül azzal a megállapítással, hogy a felépülés-alapú modell követelményeit az aktuálisan létező intézményrendszer nem képes teljesíteni, mivel kapacitáshiány és bizonyos esetekben elégtelen hatékonyság jellemzi a területet. A korábbiakhoz hasonlóan ez a dokumentum is sürgette a minőségbiztosítási fejlesztések (bizonyíték-alapú jó gyakorlatok bevezetése, szakmai protokollok megalkotása stb.) megindítását.

A tervezetre reflektáló kritikai észrevételek közül a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége (MADRISZ) elnökségének állásfoglalását érdemes idézni, amely a dokumentum több elemét is problematikusnak tartotta, tartalmi és formai szempontból egyaránt. „A kezelési rész rendkívül elnagyolt mondatai nem alkalmasak arra, hogy a stratégiai vállalásokat értékelhetővé és számon kérhetővé, a fejlesztést pedig megalapozottá tegyék. Az egyes terápiás színtereken (pl. büntetés-végrehajtás, ártalomcsökkentés, fekvő-, vagy járóbeteg ellátás stb.) csak esetleges elemek kerülnek megemlítésre, s nem az adott területen működő beavatkozások teljes spektruma (...). Megemlítjük, hogy a drogterápiás ellátások teljesen hiányoznak a szövegből. Még megemlítés szintjén sem kerülnek elő, nem hogy a fejlesztés irányait kijelölné a tervezet.” (MADRISZ, 2011, p. 5)⁴

A stratégián dolgozó munkacsoport számos kritikai észrevételt felhasználva készítette el szakértői javaslatát (*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2011–2020*), bár a változások nem

⁴ Ebben a kérdésben nem volt teljes az egyetértés, Erdős Eszter megjegyezte, hogy a *Stratégia* feladata inkább általános irányok kijelölése, egyfajta szemléletmód közvetítése (Erdős E., e-mailes kommunikáció, 2015. október 17.)

érintették a drogterápiás intézetek működését. Ebben a dokumentumban a megelőző javaslathoz hasonlóan szintén kiemelt jelentőségű a felépülés-központú megközelítés, amelynek meghatározása csak kisebb mértékben változott. „A felépülés-központú ellátás végső célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása (a tartós szermentességet is beleértve), továbbá a társadalomba való minél teljesebb visszailleszkedése, hogy képes legyen családi szerepeit betölteni, tanulni, munkát végezni, lakhatását megfelelően biztosítani.” (p. 32) A drogterápiás intézetekkel kapcsolatban a szakanyag célként fogalmazza meg a még nem finanszírozott intézmények támogatási rendszerének kialakítását (p. 34), illetve a megelőző változathoz hasonlóan a minőségbiztosítási fejlesztések megkezdését (p. 35).

A következő bő másfél évben a szakértői javaslat tovább módosult, több pontján jelentős változtatásokra került sor, majd *H/11798. számú OGY határozatként, Nemzeti Drogellenes Stratégia* néven került az Országgyűlés elé 2013 júliusában. A felépülést továbbra is központi jelentőségű elemként nevesítő dokumentum immár célként fogalmazza meg, hogy a „kezelő-ellátó rendszerek lehetőleg működjenek együtt a helyben megvalósuló családi, közösségi kezdeményezésekkel és a felépülő szerhasználók önszolgálati alapuló programjaival.” (p. 50) A minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás és ellátásszervezés teendői a korábbiakhoz képest bővültek, a hatályos stratégiában hat pontban foglalták össze a kapcsolódó feladatokat:

1. Szükséges a hazai és külföldi, bizonyítékokon alapuló eljárások, jó gyakorlatok kiemelt támogatása, a hazai körülményekhez való igazítása.
2. A jó gyakorlatokat is magukban foglaló szakmai irányelvek, módszertani levelek és kezelési protokollok rendszeres felülvizsgálata. A még hiányzó szakmai protokollok megalkotása.
3. A legális, terápiás célú kábítószerhez való hozzáférés biztosítása, különös tekintettel az opiát-tartalmú gyógyszerekre.
4. Az ellátás minőségének és hatékonyságának nyomon követése céljából minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítása. Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális beavatkozások elsajátítását segítő szakmai protokollok kialakítása és bevezetése.
5. Az egészségügyi és szociális szolgáltatók közötti együttműködés erősítése, valamint a rendszerszintű hatékonyság javítása érdekében a helyi ellátók együttműködésének hatékonyságát leíró, illetve együttműködésüket ösztönző indikátorok meghatározása és alkalmazása a különböző ellátási típusokban.

6. Az egészségügyi és szociális ellátó kapacitások szükségleteknek megfelelő fejlesztése, a felépülő, illetve ellátott kliensek és betegek bevonása kezelésük és ellátásuk szervezésébe, értékelésébe, továbbá – lehetőség szerint – irányításába. (pp. 52-53)

A fentiekkel összhangban a prioritások között megjelenik az is, hogy az „egészségügyi és szociális szolgáltatók legalább 80%-a a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezze tevékenységét, a szolgáltatók mindegyike essen át klinikai vagy szociális intézményi minőségbiztosítási auditon.” (p. 53)

A 13 drogrehabilitációs intézettel kapcsolatban a dokumentum megjegyzi, hogy azokat „az utóbbi pár évben” hozzávetőleg 700 kliens vette igénybe (p. 16), és egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek (p. 19). Ezekon túlmenően az intézmények működéssel kapcsolatban nem rögzít további konkrétumokat a *Nemzeti Drogellenes Stratégia*. Érdeemes idézni még a stratégia mellékletében található *Fogalomtárat*, amely a rehabilitáció definícióját is tartalmazza. „Krónikus, maradványállapottal, maradványtünetekkel járó betegségek esetében a fizikai és szellemi működés helyreállítása, különös tekintettel a munkaképességre és az önálló életvitelre.” (p. 85)

Irodalom

- 111/1996. (XII. 19.) OGY határozat a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyűlési eseti bizottság felállításáról
- 125/1997. (XII. 18.) OGY határozat a Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottság jelentéséről
- 1013/1991. (II. 28.) Korm. határozat a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság felállításáról
- 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról
- Gallà, M., Gageldonk van, A., Trautmann, F. & Verbraeck, H. (2006). *Evaluation of the implementation of the Hungarian national drug strategy*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Greza, F. (1993). A narkológia helyzete az átalakulás folyamatában. *Szenvedélybetegségek – Addictologica Hungarica*, 1(4), 269-274.
- Felvinczi, K., Magi, A. & Péterfi, A. (2014). Hungary – Coherent addiction policies: piloting a diagnostic tool. In: R. Muscat & B. Pike (Eds.),

- Coherence Policy Markers for Psychoactive Substances* (pp. 111-164). Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- H/11798. számú országgyűlési határozati javaslat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020. Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen. (2013). Budapest: Magyarország Kormánya.
- Kisszékelyi, Ö. (1974). *Orvosszakértő feljegyzése a budapesti kábítószerhelyzetről. Levél Baranyai Tibor elvtársnak 1974. március 15-én.* Magyar Szocialista Munkáspárt Párt és Tömegszervezetek Osztálya.
- Letöltve 2015. 05. 12-én:
http://www.archivnet.hu/index.php?oldal=2&akt_menu=16&r_id=4&hir_id=49&vev=1926&vhonap=9
- MADRISZ (2011). *A Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége elnökségének állásfoglalása a Drogstratégia 2011. augusztus 30-án nyilvánosságra hozott tervezetével kapcsolatban.* Hidas, 2011. szeptember 16.
- Molnár, D. (2015). *Kábítószer-politika Magyarországon 1990 és 2014 között. Doktori értekezés [tervezet].* Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Interdiszciplináris Doktori Iskola.
- Nemzeti drogstratégia (1998).* Budapest: Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság. Letöltve 2015. 05. 20-án:
<http://www.mim.hu/nodrog/bib01/nemzet.htm>
- Nemzeti Drogstratégia 2012-2020 [tervezet] (2011).* Budapest: A „Nemzeti Drogstratégia 2012 – 2020” Tervezetét kidolgozó Szakértői Munkacsoport.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2011–2020 [szakértői javaslat] (2011).* Budapest: A stratégiát kidolgozó szakértői munkacsoport.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (2000).* Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium.
- OKBI (2006). *A kábítószeresek világa.* Budapest: Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat.
- Rácz, J. (1988). *A drogfogyasztó magatartás.* Budapest: Medicina Kiadó.
- Topolánszky, Á. (2009). *A magyarországi drogpolitika keretei és a nemzeti drogstratégia.* In Felvinczi K. & Nyírády A. (szerk.), *Drogpolitika számokban* (pp. 11-56). Budapest: L'Harmattan.
- Tóth, E. Zs. (2010). *Fiatalok és a kábítószer az 1970-es évek Budapestjén. archívNET. XX. századi történeti források, 10(5).* Letöltve 2015. 05. 11-én: http://www.archivnet.hu/pp_hir_nyomtat.php?hir_id=49

Vitrai, J. (2009). *A „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről*. Budapest: EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.