

IV.2.2.3

Az adaptált tervezési eszközök különböző szintű (kistérség, régió, nemzeti) hasznosíthatóságának biztosítása, a dokumentáció és adaptáció után a különböző tervezési szintekre történő optimalizálás, helyi-regionális-nemzeti változatok kialakítása

TANULMÁNY

Készítette:

Szappanos József
Dr. Kassai-Farkas Ákos

A Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából.

TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából



1. Vázlat a szenvedélybetegek ellátásának „kórtanáról” és települési, kistérségi fejlesztési lehetőségeiről, a szociális szolgáltató tapasztalatának szemszögéből

Szappanos József

A magyar társadalom egészségállapotának megítélése során megkerülhetetlen a szenvedélybetegséget okozó tradicionális szerek, elsősorban az alkoholfélék és a tiltott drogok használatának alakulása. A szenvedélybetegség jelentős probléma volt már a rendszerváltás előtti időszakban is, főként az alkoholabúzust, alkoholfüggőséget, és társult következményeit említhetjük. Az ezt követő időszakban az alkohol okozta problémák mellé, bár kisebb mértékben, felzárkóztak az indokolatlan gyógyszerhasználat és a tiltott szerek, vagy ezek kombinációi okozta szövődmények. A tények ismeretében úgy tűnik, hogy a szenvedélybetegségek a belátható jövőben is jelentős egyéni és társadalmi károkat fognak okozni. Függetlenül a használatos szerek törvényi besorolásától. Ez az állapot tervszerű beavatkozást, az eddigi tendencia megfordítása stabil és a területi lefedettséget illetően kiegyensúlyozott kezelő-, ellátórendszert igényel.

A szenvedélybetegségek hatékony kezelése nem képzelhető el a multidiszciplinaritás elvére épülő ellátórendszer nélkül, mely rendszerben az egészségügy, a szociális szféra – függetlenül a fenntartó hovatartozásától – és a civil világ szereplőinek egyaránt fontos feladata van. Sajnálatos módon ennek a rendszernek kiépültsége az ország egészét tekintve rendkívül hiányos, finanszírozása nem elégséges, és még sorolhatnánk mindazokat a problémákat, melyek a szenvedélybetegségek megelőzésének és kezelésének körülményeit, és feltételeit jellemzik hazánkban. A kezelő-, ellátórendszer jelenlegi állapota nem a közelmúlt szakmapolitikai törekvéseinek következménye, hanem egyrészt a múlt nehezen módosuló – nem csak intézményi, hanem morális öröksége, másrészt az elfogadott fejlesztési feladatok megvalósulásához nélkülözhetetlen anyagi források jelentős hiánya, elvonása. A célok elérését biztosító feladatok támogatottsága retorika szintjén eddig is megvolt. Közismert, hogy az elmúlt évek során a szenvedélybetegségek megelőzésének, kezelésének elősegítése érdekében kormányhatározatok születtek, melyekben elérendő célokat, feladatokat, a megvalósulásért felelős tárcákat nevesítettek, s ezek közül több, anélkül, hogy az érdemi munka elkezdődött volna, hatályon kívül lett helyezve, vagy más ok miatt nem jutott a megvalósítás stádiumába. Ennek felelőssége azonban nem a szakma, vagy a szakmapolitika mentén keresendő. Érthetetlen módon a megvalósulás elmaradásának személyi

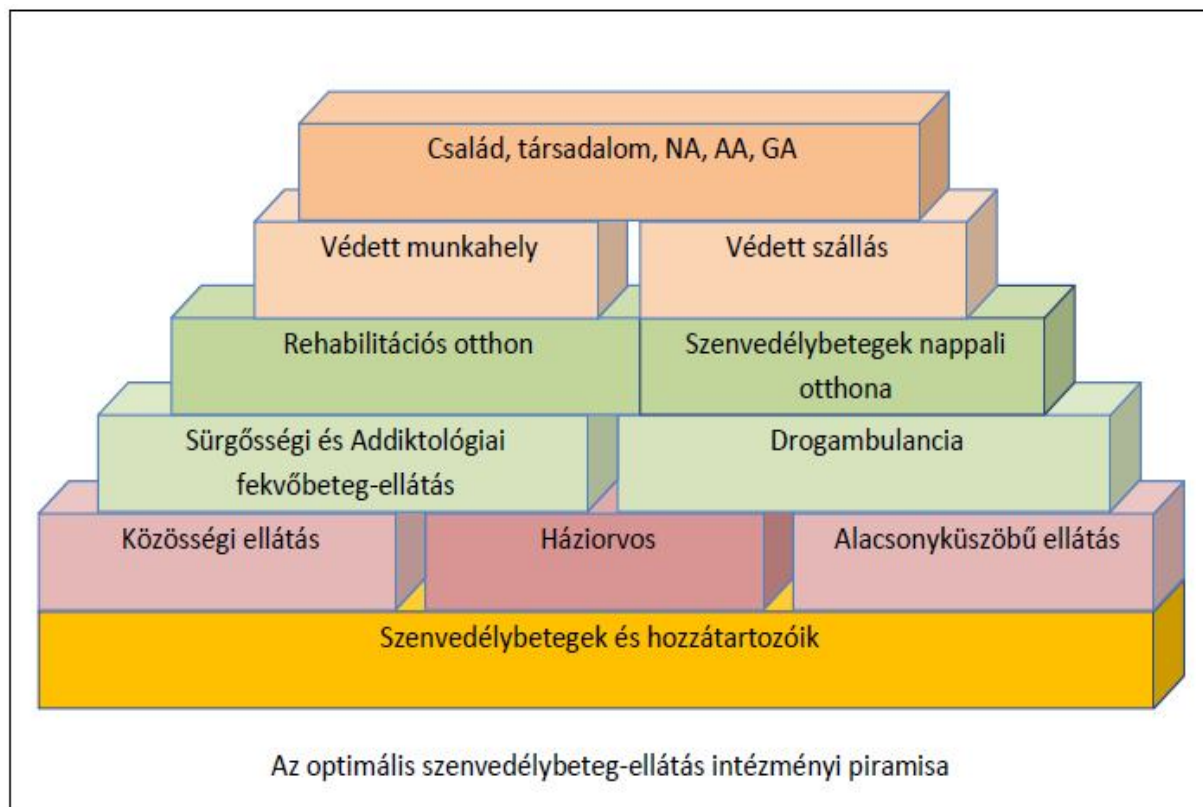
következményei mégis a szakma neves képviselőin, szakpolitikusain csapódtak le, s nem a fejlesztést, akár objektív okok miatt megakadályozó politikai, kormányzati döntéshozókon.

A vázolt hiányosságok ellenére a változtatás szándéka tettekben is érzékelhető volt az elmúlt tíz évben. Ennek egyik markáns jeleként tekinthetünk az országgyűlés által 2000-ben elfogadott **„Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására”** címet viselő (96/2000 OGY határozat) dokumentumra. Köszönhetően a 2009-ben lejárt nemzeti stratégiába foglalt célkitűzéseknek, paradigmaváltás kezdődött a hazai szenvedélybeteg-ellátásban. Ennek a szemléletváltásnak jelentős eredményeként új típusú szolgáltatási formák jelentek meg a szociális törvény által szabályozott ellátórendszerben, illetve bővíthetett a problémakezelésében jelentős feladatokat felvállaló civil szervezetek száma. Az új típusú szolgáltatási formák között találhatjuk az alacsonyküszöbű ellátást, a szenvedélybetegek közösségi és nappali ellátását biztosító szolgáltatásokat, melyek a szenvedélybetegek egészségügyi ellátása mellett, a kezelési lánc egyrészt komplementer, másrészt egyenrangú elemei. Ezt a fejlődési folyamatot is volt hivatott erősíteni a 2009 decemberében elfogadott, az Európai Unió drogstratégiájában megfogalmazott törekvésekkel összhangban lévő, jelenleg még hatályos **„Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére”** című új nemzeti stratégia is.

„A természetben mindenütt ugyanaz a törvényszerűség érvényesül: először a cél, azután az eszköz.”

Robert Collier

A cél tehát megvan. A kérdés csupán az, hogyan állunk eszközök dolgában. Eszközök alatt értem itt a cél eléréséhez szükséges, elegendő számú, megfelelő szakmai ismeretekkel bíró szakembert, együttműködésre képes intézményeket, a fenntartás stabilitását és folytonosságát biztosító anyagi forrásokat, a retorikán túl mutató, országosan érzékelhető, tettekben és fejlesztésekben megnyilvánuló akaratot.



Ennek a fent vázolt rendszernek kellene kiépülni olyan mértékben, amely biztosítaná a szenvedélybetegek kezelésének, ellátásának országos lefedettségét. Természetesen, a betegek e rendszeren belül egyénileg eltérőek. Nem csak alulról felfelé, hanem szükség szerint visszafelé is bejárhatóak. A szenvedélybetegek hatékony kezelése, ellátása, családtagjaik segítése, az ellátáshoz történő hozzáférés esélyegyenlősége hiú ábránd mindaddig, amíg a rendszer nem épül ki. Érdeemes lenne az alkalmazott módszereken is elgondolkodni. Például; „A néhány hetes forgóajtó-rendszerű kórházi szenvedélybeteg-ellátás eredményessége 10-15 százalékos, míg a négy - négy és fél hónapot igénylő Minnesota-modell alkalmazása 65-75 százalékos eredménnyel büszkélkedhet.”¹

¹[http://www.google.hu/search?sourceid=navclient&aq=0h&oq=&hl=hu&ie=UTF8&rlz=1T4ACAW_huHU357HU366&q=minnesota+modell:Minnesota program Debrecenben](http://www.google.hu/search?sourceid=navclient&aq=0h&oq=&hl=hu&ie=UTF8&rlz=1T4ACAW_huHU357HU366&q=minnesota+modell:Minnesota+program+Debrecenben) /Tartalmi idézet/ Dr. Gaál Erzsébet: Szemléletváltás és gyakorlat az alkoholbetegség kezelésében. Előadás 2010. március 18. Debrecen

Mégsem ez utóbbi jellemző a hazai fekvőbeteg-ellátásban.

Topolánszky Ákos, Jambrik Ágnes és Kósa Edina az általuk készített, **„Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztésére”** című tanulmányban arra vállalkoztak, hogy a nemzetközi gyakorlatok tapasztalatai és a kezelés, ellátás hazai szabályzóinak mentén fejlesztési javaslatokat fogalmazzanak meg. A tanulmányból is kitűnik, hogy a törvényi szabályozás keretei jelenleg is szerteágazó, ám ettől függetlenül fejlesztendő és fejleszthető beavatkozási lehetőséget biztosítanak hazánkban a szenvedélybetegségek kezelése vagy megelőzése terén.

A tanulmányt elolvasva, annak alapelveivel és javaslataival teljes mértékben egyetérték. A „végeken”, egy több tekintetben hátrányos helyzetű megyében élve, dolgozva azonban egy furcsa kettős érzés, ambivalencia egymásnak feszülő szorítását érzékelem.

Az egyik oldalon az ellátás szakmaiságával, hatékonyságával, komplexitásával, kliensközpontúságával kapcsolatos, jogos fejlesztési törekvések és irányok egyre szélesebb és színesebb palettája van, mely elengedhetetlen a hatékony szenvedélybeteg-ellátáshoz.

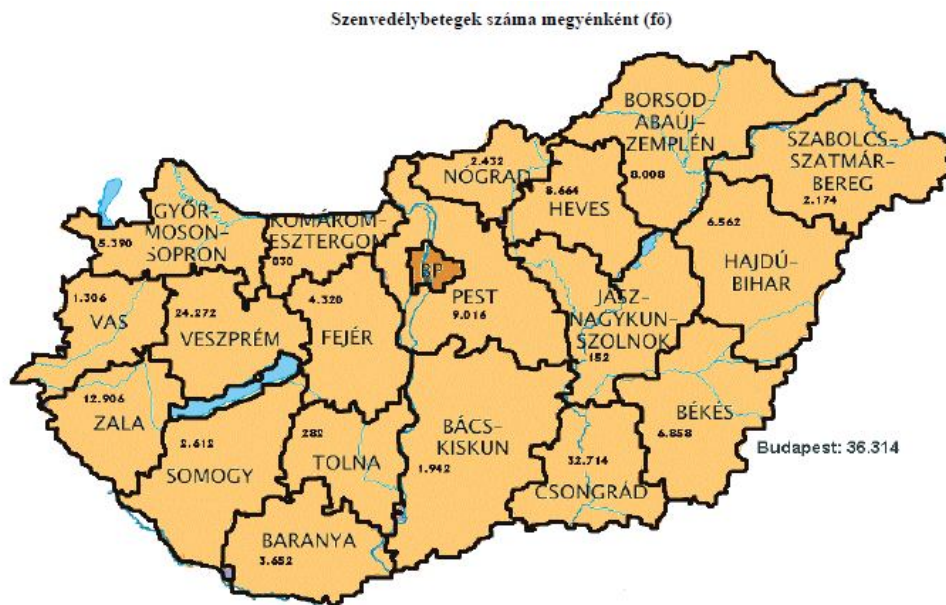
A másikon a napi munka során tapasztalt nehézségek talajából táplálkozó realitás kérdései. Ezek a Kivel? Kikkel? Hol? Miből? Meddig? Hogyan? a terepen jogosan megfogalmazott kérdő mondatok kezdő szavai.

A **„Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztésére”** című tanulmányban megfogalmazott fejlesztési javaslatok helyi, kistérségi megvalósítási lehetőségeinek elemzése során elkerülhetetlen áttekinteni az addiktológiai ellátás vidéki helyzetét, és bemutatni a fejlesztés jelen tudásunk szerinti akadályait, egy olyan térség szemszögéből, ahol az országos átlagból nem kiugró, ám jelentős hiányosságok tapasztalhatók. Reményeim szerint az alábbiakban olvasható tények, ha tétélesen nem is, már önmagukban is választ adnak jó pár fejlesztési elképzelés megvalósításának lehetőségére, vagy pillanatnyi lehetetlenségére.

Egy olyan megyében dolgozom (Jász-Nagykun-Szolnok megye), ahol:

- Évek óta nem praktizál egyetlen addiktológus sem, és a pszichiáterek számát tekintve sem állunk jól.
- A meglévő öt kórház egyikében sincs addiktológiai osztály, vagy addiktológiai részleg.

- Az öt kórház közül csak egyben van önálló pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás, egy másikban csak mátrix osztály keretében fogadnak betegeket.
- Az egészségügyben ellátott szenvedélybetegek száma aránytalanul kevesebb a többi megyéhez viszonyítva. Egyszerűbben fogalmazva a szám adatok rendre a legalacsonyabbak az országban, miközben legalább annyi a látens szenvedélyproblémás ember, mint a környező megyékben.
- Nincs rehabilitációs otthon.
- Nincs védett munkahely, védett szállás.



Az addiktológiai gondozásban megjelentek száma, 2008 I. negyedév (Forrás: OEP)

- Az szenvedélybetegek ellátási esélyegyenlősége a megye kistérségeinek jelentős részében sérül.
- A megyében lévő 7 kistérség közül kettőben működik a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása. Közülük az egyik a megyeszékhely kistérségében, ahol közösségi és nappali ellátás is van, illetve itt található az önálló kórházi pszichiátriai osztály. Itt működik a drogambulancia és az elterelést biztosító két szolgáltató. Lényegében a megye egészét tekintve az e területen élők számára nevezhetjük csak elfogadhatónak az ellátás biztosította intézményi lehetőségeket, miközben az ellátás minősége újabb kérdéseket vetne fel.
- A megüresedő házi orvosi praxis a perem-településeken nehezen betölthető.

- Az egészségügy és a problémakezelésének valamely szintjére hivatott szociális szolgáltatók közötti együttműködés nehézkes, miközben az egészségügy ismert hiányosságai miatt a komplementer szerepből kikíváncozó szociális ellátási formák jelentős űrt töltenek, tölthetnének be.

Különböző országos vagy regionális szakmai konferenciákon, rendezvényeken a szenvedélybetegek ellátásában dolgozó kollégákkal folytatott beszélgetések tapasztalata alapján azt kell mondjam, hogy az előbbieken felsorolt adottságok nem csupán erre a megyére, a megye kistérségeire, településeire igazak. Ezek olyan tények, melyek a továbblépés mikéntjének megfogalmazásakor, a fontossági sorrendek felállításakor megkerülhetetlenek.

A fent ismertetett ellátási jellemzők tényében a szenvedélybetegségek kezelésére szakosodott egészségügyi és szociális ellátórendszer további fenntartásának, fejlesztésének gátjaként, a közösségi ellátások körébe tartozó szolgáltatások kivételével (ezek létét más is veszélyezteti), elsősorban az anyagi erőforrások és a szakemberek hiánya, bizonyos értelemben szakterületek és értelmezési felfogások közötti nehezen oldódó ellentétek, és a problémakezelés mikéntjének egyre jobban érzékelhető átpolitizálódása említhetők. Mindez nem jelenti azt, hogy nem kellene tovább gondolni, finomítani a kezelés, ellátás jelenlegi rendszerét, fejlesztésének további irányait, egyes ellátási, szolgáltatási formák feladatait, azok szükségzerű újraértelmezését. Hadd említsem csupán a szociális ellátórendszer keretében működő szolgáltatásokban rejlő, ám nem változtatások nélküli további lehetőségeket, vagy az addiktológia területét érintő ellátórendszerek – egészségügy, szociális szféra – közötti együttműködés javítását.

A működést szabályozó jelenlegi keretek több területen is olyan állapotot feltételeznek, mely régóta nem létezik vagy kellő mértékben sosem létezett. Az ellátórendszer szakemberigényének csúcán lévő addiktológusok száma csökken. Közülük néhányan, a reálisan jobb jövő biztosítása érdekében külföldön keresnek állást, ahogyan az egészségügy más területén dolgozó orvosok, egészségügyi szakdolgozók is. Mások nyugdíjba vonultak. Újak nem, vagy nagyon kis számban képződnek. Az előző időszak egészségpolitikájának hibás döntései sem javítottak ezen a folyamaton, sőt azt eredményezték, hogy az amúgy is jelentős nehézségekkel küzdő pszichiátriai és addiktológiai ellátást már-már visszavonhatatlanul ellehetetlenítették (OPNI, OAI bezárása, ágyszám csökkentés). Bizonyosan szükség van

átalakításokra, reformokra, de nem olyan módon, ahogyan az eddig történt. Megszüntetni intézeteket, ágyszámokat csökkenteni úgy, hogy az ellátás zavartalanságát biztosító, a feladatok átvételére képes, hatékonyabb új rendszer nem épült ki, nagyon problémás. E döntés kárvallottjai elsősorban az ellátásra szoruló emberek, másodsorban az értük valóban tenni akaró szakemberek. A meghozott rossz döntések következményei napi szinten érzékelhetők. A szenvedélybetegek gyógykezelésére hivatott ellátórendszer leépítése, addig sem rózsás lehetőségeinek további csökkentése mára olyan helyzetet teremtett, mely akár a korábbiaktól eltérő megoldási formákat követel, hiszen a szenvedélybetegek száma, nem felejtve el a magas kockázatú abúzív szerhasználókat, nem csökken.

A leépítések, felszámolások, a hiányosságok mellett a szenvedélybetegek ellátásának tárgykörében azért előremutató döntések is születtek. Ezek elsősorban a szociális ellátórendszer feladatiban bekövetkezett változások. Az új szolgáltatási formák megerősödésével, továbbgondolásával új lehetőségek nyílhatnak e rendszeren belül, akár az ellátás, akár a megelőzés terén.

A települések szerhasználati jellemzői, a szerhasználat következményei, az adott település ellátórendszerének kiépítettsége, a benne dolgozók szakértelme és lehetőségei jelentős eltérést mutatnak az ország különböző területein. Ezek az eltérő jellemzők jelentősen befolyásolják a helyi szükségletekre reagáló beavatkozások tervezését. Ennek ismeretében megkerülhetetlen a kérdés, vajon a jelenlegi törvényi szabályozás lehetővé teszi-e az eltérő lehetőségeket és adottságokat figyelembe vevő rugalmas beavatkozás megvalósulását? Van-e a szakpolitikának türelme egy új szolgáltatási forma bevezetésére és felfuttatására, vagy sem? Egyet kell, hogy értsek Bugarszki Zsolt² véleményével, hogy nem, illetve nincs. Célszerűbbnek tartanám a túlságosan paternalizáló, mindent leszabályozni akaró, a bizalmatlanságot sugalló keretek tágításán gondolkodni, s nagyobb mozgásteret biztosítani a felkészült, elhivatott - meglévő és később képzendő - helyi szakembereknek, amennyiben szükséges fokozottabb ellenőrzés mentén, annak eldöntésére, hogy az adott településen, az adott pillanatban, a *szenvedélybetegek ellátása, segítése kereteken* belül milyen beavatkozást, annak mely formáját igénylik a helyi szükségletek.

² Bugarszki Zs. (2010). *A jelenleg Magyarországon a szociális szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. Kézirat.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1. projekt.

El tudom ezt úgy is képezni, mint az építészetben. Felépül a lakás, fix a konyha és a fürdőszoba helye, ám a rendelkezésre álló egyéb tér elosztását, felosztását majd a lakó fogja lehetőségei, adottságai és a szükségletek alapján, a flexibilitást biztosító könnyűszerkezetes elemekkel a legpraktikusabban megoldani. Átültetve ezt a szociális törvény által szabályozott szenvedélybetegek ellátására, a következő működési forma jöhetne létre. A megfelelő szakmai, személyi, tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató széleskörű jogosítványt kapna a szenvedélybetegségek megelőzése, a szenvedélybetegek ellátása, segítése terén. Így lehetősége nyílik a helyi szükségletre azonnal, a leghatékonyabb formában reagálni. A szolgáltatási formák nem aprózódnak szét, hanem integrált rendszerek jönnek létre. Nem hiszem, hogy ez a valóságtól elrugaskodott elképzelés. A költséghatékonysága garantált.

Hazánkban a szenvedélybetegek kezelése, ellátása terén jelentős aránytalanságok tapasztalhatók. Vannak megyék, ahol a kezelési, ellátási lánc minden, vagy majdnem minden eleme működik, míg máshol szinte semmi sem található. A közeljövő fontos feladatának tartom, hogy a jelentős ellátási hiányokat mutató térségekben az ellátórendszer valamennyi eleme megjelenjen. A fejlesztési szükségletek mellett azon is érdemes elgondolkodni, hogy célszerű-e továbbra is a szenvedélybetegségek megelőzése, kezelése témakörében a kábítószer-problémákat a jövőben is a kémiai addikciók egészéből kiemelve kezelni, vagy a szenvedélybeteg-ellátás egységes és komplex rendszerében helyezni azt. Ezzel talán elkerülhető lenne, hogy a meglévő, amúgy is szűk egészségügyi kapacitások, hivatkozva az addiktológus hiányára, „mazsolázzanak” - bár nem ez az általános - a szenvedélybetegek között. Alkoholbeteg igen, kábítószerfüggő nem, vagy lehetőleg nem. Egy komplex szemléleti keret mentén talán a társadalom kettős mércéje is megszüntethető, vagy legalább is csökkenthető lenne.

A szenvedélybetegség az ország egész területén észlelhető. Eltérést települések és más közigazgatási határfelosztások összehasonlításában csupán az engedélyezett vagy tiltott szerek okozta megbetegedések arányában találhatunk, akár jelentős mértékben. Azt azonban leszögezhetjük, hogy az alkohol okozta egészségproblémák markánsan felülreprezentáltak a betegség kategóriában. Ezekből kiindulva, gondolkodni sem kell azon, hogy szükség van-e a szenvedélybetegségek megelőzésére, a szenvedélybetegek ellátására, kezelésére, egészségügyi és szociális szolgáltatások létrehozására, működtetésére, vagy sem.

Amikor egy település vagy kistérségi társulás szolgáltatástervezési koncepciója készül, számtalan nehézséggel szembesülnek a szolgáltatást tervező szakemberek és a tervezetet elfogadó politikai döntéshozók. A szenvedélybetegek ellátása terén is sok akadályozó tényezővel kell számolniuk. Ezek jelentős hányada település, de akár kistérségi szinten is többnyire megoldhatatlan. Hatékony előrelépéshez, fejlesztéshez központi, államigazgatási és szakmapolitikai akarat, a meglévő ellátási, szolgáltatási formák fenntartásának, működtetésének kiszámíthatósága, és nem utolsósorban jelentős anyagi ráfordítás szükséges.

A tervezés során szinte számtalan kérdés merül fel. Kell ez nekünk? Mi írja és mit ír elő? Mekkora támogatás hívható le? Milyen intézményi, társulási átalakítással hívható le több? Mibe fog ez nekünk kerülni? Van-e hozzá szakemberünk? Hol tudjuk működtetni? Mit szól hozzá a lakosság? Beilleszthető-e az új szolgáltatás az ellátás helyi rendszerébe? Mindegyik kérdés jogosan merül fel. Közöttük a legfontosabb a finanszírozás kérdése, melyet a szolgáltatás kötelező státuszát érintő kérdés követ.

A vidéki szociális ellátás keretében működő szolgáltató munkatársának tapasztalata alapján sajnos azt kell mondanom, hogy amelyik alapellátási feladat nem kötelező, annak jövője, függetlenül szükségességétől, kérdéses. Ismert olyan önkormányzat, ahol már a 2011-évi költségvetés tervezésének szakmai vitájában komolyan felmerült a településen és kistérségben évek óta megleléssel működő és jól teljesítő alacsonyküszöbű ellátás megszüntetése.

Látszólag érdemtelenül sok szó fog esni a későbbiekben is az alacsonyküszöbű ellátás problémáinak különböző aspektusairól, ám ennek fontos oka van. A korábban vázolt körülmények miatt a települési, kistérségi szolgáltatástervezés esetében a közösségi ellátás és azon belül az alacsonyküszöbű ellátás nyújt pillanatnyilag esélyt a szenvedélybetegségek helyi - nem teljes körű - kezelésére. Ehhez olyan jogszabályi környezetre van szükség, mely ezek működését hosszútávon garantálja. Szóba jön még a háziiorvosi szolgálat is, azonban napi munkám és munkatársaim tapasztalatából mondom, hogy sajnos sokszor nem sikerül a problémakezelés partneri viszonyát kialakítani. A vidéki települések némelyikében, a zsákfalvakban jelentős gond a megüresedő háziiorvosi praxis betöltése. Ahol van, ott sem mindenhol foglalkoznak úgy a szenvedélybeteggel, ahogyan kellene. Szerencsére ritkán, de még ma is hallunk – klienseinktől – olyan esetekről, amikor feljelentéssel fenyegetve zavarják el a segítséget kérő kábítószer-használót, vagy alpári módon, kioktató stílusban, moralizálva beszélnek az alkoholbeteggel. Nem csak egészségügyi szolgáltató esetében fordulnak elő

hasonló szituációk. Nem a rossz szándék, hanem az ismeret hiánya, a problémakezelésében való járatlanság vezetett fenti helyzetekhez.

A korábban leírt szolgáltatástervezési dilemmák ellenére le kell szögezni, egyetlen önkormányzat sem akar rosszat, amikor a szolgáltatástervezési koncepció kapcsán, vagy később, a korábban vállalt szolgáltatások jövőjével, esetleg megszüntetésével kapcsolatos döntéseiket meghozzák, csupán nagyon szűk mozgásterük van. A legnagyobb költségvetési támogatást igénylő egészségügyi, oktatási, és szociális feladatok településszintű, az optimálishoz közeli, megnyugtató ellátása lehetetlen a jelen Magyarországon. Toldozás-foldozás folyik annak érdekében, hogy valamilyen mértékű, a szükségéstől sokszor messze lévő ellátás megmaradjon. Ez is úgy, hogy megyeszékhelyek szintjén akár több milliárdos hiánnyal is számol az éves települési költségvetés. Az elmúlt évek során a felsorolt területeket érintő különböző összevonások, vagy szolgáltatások kistérségi ellátásba szervezése, inkább tekinthető a túlélésre játszás következményének, mint a minőség javítására tett lépéseknek. A fentiek fényében belátható, hogy kevésbé a szükségletekre, mint inkább a lehetőségekre reagáló szolgáltatástervezés, szervezés történik, történhet az ország legtöbb településén.

Ilyen helyzetben nehezen elképzelhető az ellátórendszer egyébként elengedhetetlen fejlesztése. Ez a remélhetőleg „pillanatnyi” állapot ott képez szinte megoldhatatlan akadályt, ahol a problémakezeléséhez szükséges ellátórendszer különböző okok miatt nem épült ki, vagy csak egy-egy elszigetelt eleme működik. Szerencsére találunk olyan települést, térséget az országban, ahol a drogproblémák hatékony kezeléséhez szükséges, egymásra épülő intézményrendszer, köszönhetően helyi agilis, tettere kész szakemberek munkájának és a helyi döntéshozók akaratának, korábban kiépült. Ilyen az INDIT Közalapítvány Baranyában, ahol a korábban vázolt, rendszerbe szervezett egészségügyi-szociális intézményi hálózat jól működik. Sok ilyen kellene országszerte, ám a jelen ismert gazdasági környezete vélelmezhetően fejlesztésre – főként ezen a területen – kevésbé ad lehetőséget.

Mit tehetünk ebben a helyzetben? Nézzük meg először a szociális szférában rejlő lehetőségeket. Sokkal jobban, komplexebb formában lehetne hasznosítani a közösségi-, ezen belül az alacsonyküszöbű ellátásban rejlő lehetőségeket. Erre vannak pozitív példák hazánkban, csupán az alacsonyküszöbű ellátás egyenlő tücsere-program általános szemléletén, sugallatán változtatni kell. Meglátásom szerint az alacsonyküszöbű ellátást nyújtó szolgáltatók számát lehet a jelenlegi szakemberhiányos helyzetben szakaszosan, ám a

leggyorsabban növelni, akár a már működő családsegítő szolgálatok infrastruktúrájára építve, hiszen – szerencsére - komplementer végzettségű szakemberek (addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés szakember, szociális munkás, szociálpedagógus) rendelkezésre állnak. Tudásuk, rá- és továbbképzésekkel aránylag kis költséggel fejleszhető. Lásd az NDI által, az elmúlt években szervezett, addiktológiai, kezelési-ellátási ismereteket nyújtó képzések. Ez már jelentős előrelépést jelentene, „csupán” szakmapolitikai szándék, kormányzati döntés szükséges hozzá. Egy ilyen fejlesztéssel az ellátási/kezelési lánc alsó pillére országosan kiépülne, tehát helyi szinten a probléma kezelésének egy szegmense, szervezett formában elérhetővé válhat.

A 2000-ben elfogadott nemzeti stratégia még drogzonzultációs és információs központok létesítését szorgalmazta, legalább megyeszékhelyenként egyet. Van ahol létre is hozták ilyet, s ennek bázisán fokozatosan fejlődött az adott település, kistérség addiktológiai ellátása, erősödött a megelőzés szakmaisága. Ez az előrelátás azután megkönnyítette az alacsonyküszöbű és közösségi ellátás későbbi elindítását abban a kistérségben. Érdeemesnek látom ilyen központok létrehozásának ismételt szorgalmazását.

Ismerve egy drogzonzultációs és információs központ komplex tevékenységét, anélkül hogy nevesíteném a szolgáltatót, tekintsük át, milyen feladatokat látnak el évek óta. Szolgáltatásaikban jól megfér egymás mellett több beavatkozási forma. Így a lakossági tájékoztatás – írott és telefonos -, drogzprevenció, az alacsonyküszöbű ellátás és az elterelés egyaránt. Egy költség, négy feladat, felkészült szakemberek, akiknek a száma 7 fő. Működésükhöz csupán az alacsonyküszöbű ellátás támogatására elnyert 7.000.000 forintot tudják lehívni, ez azonban nem fedezi a fenntartási költségeiket. A település önkormányzatának anyagi támogatása segít ezen a helyzeten. Így a stabil működést lehetővé tevő 21.000.000-ból gazdálkodnak, leszámítva az elterelés teljesítmény finanszírozását. Megjegyzem, ha csupán az alacsonyküszöbű ellátást biztosítanák, pontosan ennyibe kerülne fenntartásuk. Az ellátási pluszt, nem több pénz, hanem a humán erőforrás jobb hasznosítása adja.

Ez a 21.000.000 forint csak látszólag sok, hiszen ingyenes szolgáltatást nyújtanak a kistérség 18 településén. A kistérség lakosságának száma 122.569 fő. Az éves működési költség ilyen formán egy főre vetítve, megközelítőleg 171 forint. Ebből megoldott tájékoztató anyagok kiadása, weboldal működtetése. A drogzprevenció óvodától az iskoláig, szülők, diákok, pedagógusok számára egyaránt, s nem kell külön (OM-SZMM) pályázati

forrás hozzá (persze jó, ha van). Iskolai, tanóra alatti mentálhigiénés tanácsadás működtetnek ott, ahol erre igény van. Az elterelés intézményi háttere biztosított, és működik az alacsonyküszöbű ellátás. Szerintem ez igen költséghatékony ellátási forma. Mindez, nem mellékesen, jelentős kontroll mellett működik, hiszen 18 polgármesteri hivatal figyeli tevékenységüket. Éves beszámolási kötelezettségük van mind a Kistérségi Társulási Tanács, mind a megyeszékhely önkormányzata felé. Esélye sincs a teljesítés nélküli támogatás felvételére.

Magyarországon 173 kistérség van. A 2011-es évben 53 szolgáltató, 57 alacsonyküszöbű szolgáltatása kapott működési támogatást (szenvedélybetegek közösségi ellátására 72 szolgáltató). Az arányokból látható, hogy a kistérségek több mint kétharmadában – akár település szinten- még ez a szolgáltatási forma nem/sem elérhető. A kép még sötétebb, ha figyelembe vesszük, hogy az 53 szolgáltató között fővárosiak is vannak. Ám ha az előbbieken vázolt módon és feladatkörrel működnének, már ezzel jelentős előrelépést tehetnénk a szolgáltatások elérése, fejlesztése, s nem mellékesen a célcsoport elérése terén. Ehhez az akarat mellett a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról rendelkező *1993. évi III. törvény ide vonatkozó 65/A. §* passzusait és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatiról és működésük feltételeit tartalmazó *1/2000 SzCsM rendelet 39/J. – 39/L.§-it* kell fentebb említett feladatokkal bővíteni. Továbbá az *1/2000 SzCsM rendelet 2. számú mellékletében* található, a személyes gondoskodás formáinak szakmai létszámnormái között a szenvedélybetegek közösségi és alacsonyküszöbű ellátására vonatkozó létszámviszonyokat és szakképesítéseket bővíteni, újragondolni.

A kistérségek megyék szerinti száma az alábbi táblázatban látható.

Megyék	Kistérségek száma
Bács-Kiskun	10
Baranya	9
Békés	8
Borsod-Abaúj-Zemplén	15
Csongrád	7
Fejér	10
Győr-Moson-Sopron	7
Hajdú-Bihar	9
Heves	7
Jász-Nagykun-Szolnok	7
Komárom-Esztergom	7
Nógrád	6
Pest	16

Somogy	11
Szabolcs-Szatmár-Bereg	12
Tolna	5
Vas	9
Veszprém	9
Zala	9
Összesen	173

A szenvedélybetegek ellátásában mutatkozó nehézségeinkre tekintve belátható, hogy jogosak a települések szolgáltatástervezési koncepcióját összeállító szakemberek által felmerülő, korábban említett kérdések. A nehézségek azonban a fejlesztés további szükséges és elengedhetetlen irányait is meghatározzák. Ezek az irányok a következők:

- ☀ finanszírozás,
- ☀ törvényi szabályozás hektikussága, merevsége,
- ☀ a szakmaközi együttműködés,
- ☀ szakemberképzés,
- ☀ a társadalmi morál,
- ☀ és a szerhasználattal kapcsolatos kettős mérce anomáliái mentén keresendők.

Az előbbieken felsoroltakat egy kicsit jobban körbejárva, többnyire az alábbi helyzetekkel szembesül a szenvedélybetegek ellátását felvállalni akaró település szolgáltatástervezésért felelős teamje, illetve az ellátás területén dolgozó vidéki szolgáltató a napi munkája során;

1. A segítségnyújtásra, kezelésre/ellátásra szakosodott intézmények, a bennük dolgozó szakemberek száma nem elégséges. A szenvedélybetegek ellátásának, kezelésének országos lefedettségében jelentős ellátási és szolgáltatási különbségek és hiányok tapasztalhatók. Mint oly sok területen, Budapest itt is jelentős előnyben van. Ennek a különbségnek a következtében azután nem csak ellátási, hanem az uniformizált szabályozók miatt egyéb nehézségei is vannak az ellátási stabilitásnak. Erről később, a finanszírozás ellentmondásai során lesz szó.
2. A kezelés-szolgáltatás bárki számára biztosított elérhetősége természetes igény. Ennek teljesülése a bizonyítéka a **szolidaritáselvű, rendezett és elégségesen finanszírozott ellátórendszernek**, ám az intézményi, területi lefedetlenség miatt a kliens/betegirányítás, a kezelés-ellátás elérése számtalan nehézségbe ütközik. A

távolság sokak számára anyagi okok miatt leküzdhetetlen akadályt jelent. Míg a lakosság számára „elfogadott” betegségek – belgyógyászati, kardiológiai, urológiai, stb. - esetében fel sem merül a kezelést, ellátást biztosító, ám akár 50-100 kilométerre lévő intézmény, szakorvos felkeresése, addig a szenvedélybetegek esetében nem ez a jellemző. A segítségkérés ennek is betudhatóan, többnyire a betegség előrehaladott állapotában történik, amikor az egészségkárosodás, szociális és anyagi ellehetetlenülés jelentős, a beavatkozás költségesebb. A felépülés ilyenkor már jóval nehezebb, mint az egyébként vágyott korai ellátásba vétel esetén. A megyeszékhelyeken élők számára többnyire könnyebben elérhetők az ellátás egyes formái, jóllehet ott sem minden. Több megyeszékhelyen a szükségletekre hatékonyan reagálni képes kezelési lánc hiányos, az egészségügyi és a szociális szolgáltatás szereplői közötti együttműködés nehézkes.

3. A többi településen, kivéve azon keveseket, ahol a közösségi ellátások, beleértve az alacsonyküszöbű ellátást, valamely formája megtalálható, gyakorlatilag a házi orvos, védőnő jöhet, jöhetne számításba a szenvedélybetegség tüneteit mutató, vagy a szerhasználatában magas kockázatú magatartású emberek, állapotuknak legmegfelelőbb ellátásba delegálására, segítségével. Mi a helyzet ezen a téren? Statisztikai adatok alapján a jelenleg praktizáló házi orvosok átlagéletkora évről-évre nő. Közülük minden harmadik 15 éven belül eléri a nyugdíj-jogosultságot³. Ez még ugyan odébb van, ám jól mutatja, hogy tervszerű beavatkozás nélkül, főleg a kistelepüléseken, ahol ma is nehéz a megüresedett praxisokat betölteni, komoly ellátási nehézségek elé nézünk. Ez a remélhetőleg nem bekövetkező állapot, már nem „csak” a szenvedélybetegek ellátásának, a kezelés-szolgáltatás elérésének nehézségeit fogja okozni.

Abban a kistérségben, ahol dolgozom, a felnőtt- és gyermek-házi orvosok témabeli felkészültségéről, és a tevékenységgel kapcsolatos motiváltság szintjéről nem állnak rendelkezésre hiteles felmérési adatok. Ezek hiányában, a szakterületen szerzett tapasztalatok, valamint az ellátórendszer más szereplőitől érkező visszajelzések alapján mégis megfogalmazható néhány észlelés, úgymint:

- a) A felnőtt és gyermekorvosi szakképzési rendszerben szerepel pszichiátriai szakgyakorlat, a szakvizsgák tételsorai tartalmazzák pszichiátriai – és ezen belül –

³ Motesz magazin 2010 XVIII. (3) 17. old

addiktológiai kérdéscsoportokat. Az alapképzés, ilyen módon, az oktatást tervező és biztosító egyetemek szándéka és megvalósuló gyakorlata szerint magában foglalja a tárgykörrel kapcsolatos alapismereteket.

- b) A továbbképzési folyamatban kötelezően előírt 50 és 25 kreditpontos tanfolyamok témakörében, a fentiekkel ellentétben, már rendkívül ritkán szerepel az addiktológia. A tanfolyamok oktatási óráit túlnyomó részben belgyógyászati és sürgősségi ellátási témakörök töltik ki, ezek között nehezen fellelhető - akár toxikológiai szinten - a szenvedélybeteg-ellátás.
- c) A szenvedélybetegségekkel kapcsolatos szakismeretek rohamos bővülése, a drogpia állandó változása még az addiktológiai képzettségű szakemberek számára is komoly kihívást jelent. Biztonsággal kijelenthetjük, hogy a háziorvosi alapellátásban dolgozók napi ismereti hiányosak, még az elvárhatóság szintjét sem éri el. Ez egyaránt jelenti a diagnosztika, valamint a gyógykezelési és gondozási lehetőségek ismeretének és alkalmazásának területét.
- d) A megfelelő szintű napi ismeretek hiánya miatt jelentősen sérülhet – és többnyire sérül is – a korai felismerés és kezelésbe irányítás elve.
- e) Az alapellátás szereplőinek a motiváltsága általános szinten nem megkérdőjelezhető. A szenvedélybetegekkel való foglalkozás azonban sok esetben hosszú és nehéz folyamat. A háziorvosi ellátás alaptermészetéből adódik, hogy speciális bizalmi és szakmai kapcsolat jön létre beteg és orvos között. Ez a különleges kapcsolat kötődést eredményezhet, amely kedvező lehet a szenvedélybetegség gyógyításában. Az alapellátó így részesévé válik a kezelési-gondozási folyamatnak. Ehhez azonban a motiváltság fenntartása szükséges, ami sok esetben már nem valósul meg.

A megfogalmazott észlelések a jelen helyzetet meglehetősen kedvezőtlennek írják le. A kezelés-ellátás tervezésének felnőtt és gyermek alapellátási részéhez néhány alapvető igény fogalmazható meg:

- A szakmai ismeretek szintjének, valamint a témakörben kialakított gyakorlatnak a hiteles felmérése az ÁNTSZ bevonásával. Ehhez megfelelő lehet egy strukturált interjú készítése és anonim, de kötelező kitölttetése. A téma és a helyzet komolysága magyarázatot ad a kötelező jellegre.
- A szakorvosok továbbképzését koordináló, az akkreditációt biztosító egyetemek képzési gyakorlatát a kistérség nem tudja befolyásolni. Szakmai és közigazgatási

csatornákon keresztül azonban javasolni kell, hogy a kötelező szaktanfolyamok anyagában minden alkalommal szerepeljen addiktológiai témakör.

- Az alapellátásban dolgozók tájékoztató jellegű informálása, az ellátás szereplőinek egymással történő kapcsolatfelvétele és kapcsolattartása alapvető igény.
- A motiváció kérdéskörének hosszú távú rendezéséhez elengedhetetlen a többlet-kapacitási igény megjelenítése az alapellátás finanszírozásának a szintjén. Ez a jelen jogszabályi keretek között nem lehetséges, még abban az esetben sem, ha egy házi orvos rendelkezik pszichiátriai szakképesítéssel. A járóbeteg ellátásban a témakört érintő, úgynevezett szakmakódok az alábbiak (az OEP itt ma már az ÁNTSZ kódrendszerét fogadja el):

ÁNTSZ kódok:

1803 pszichiátriai gondozás

1804 pszichiátriai rehabilitáció

1805 pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel)

1811 alkoholológia

1821 drogbetegellátás

1831 egyéb szenvedélybetegségek ellátása.

A fenti tevékenységek mindegyike pszichiátriai szakfeladat. Ahhoz, hogy az alapellátás részt vállaljon a gondozási szakfeladatokból, a megfelelő felkészítés mellett arra is szükség van, hogy szakmakódot kapjon ez a tevékenység, és ez alapján egy-egy praxis pályázhasson többletkapacitásra. Ez a jogszabályi környezet módosítása nélkül nem valósulhat meg, mert a finanszírozás az alapellátási tevékenységi körön belül nem teszi lehetővé a bővítést.

Egy lehetséges, megfontolásra érdemes szakmakód-megjelölés:

(nnnn) szenvedélybetegségek házi orvosi gondozása.

4. Deficit mutatkozik egyes szolgáltatásformák működési támogatása, mint bevétel és a tényleges költségek, mint kiadás között. Kiragadott példaként álljon itt az alacsonyküszöbű ellátás működtetésére szolgáltatónként biztosított, évi 7.000.000 forint pályázati támogatás. Ez az összeg még a három főt előíró szakmai létszámminimum esetén sem elegendő a bérekre, nem hogy az egyéb dologi

kiadásokat fedezze. A korábban bemutatott, kistérségi társulás keretében, kistérségi ellátási kötelezettséggel, 7 fővel működő, majd 15.000-es forgalmat lebonyolító alacsonyküszöbű ellátását biztosító szolgáltató esetében a helyi önkormányzat az állami támogatáshoz, a támogatás kétszeresét teszi hozzá. Csak így lehet a pályázatban vállalt feladatokat ellátni. Dicséretes ez a támogatás, ám kérdés, hogy az egyébként szükséges plusz költséget meddig vállalja még a jelentős adóssággal és költségvetési hiánnyal küszködő város önkormányzata, melynek helyzete nem egyedi? A kistérség többi települése anyagi támogatással nem járul hozzá az ellátáshoz, csupán helységeket, telephelyeket biztosít. Nincs rá ugyanis pénze. Van olyan települése az adott kistérségnek, melyet először felkeresve, a látogató szinte a harmincas évek Magyarországaiban érzi magát.

5. Kliensközpontú, a szükségletekhez igazodó, elérhető ellátás nem csak az intézményrendszer kiépítetlensége, hiányosságai, hanem a törvényi szabályozás életkori korlátai miatt sem biztosítható minden ellátási formában mindenki számára. További problémát jelent az ugyanazon törvényen belül meglévő ellentmondásosság is. Például: **nappali ellátás**, az 1993. évi III. törvény 65/F.§(1) bekezdés b) pont szerint *„az Szt. 93.§ (4) bekezdés szerinti kivétellel a **tízennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek... részére biztosít lehetőséget...**”*

A rehabilitációs intézmények számára némi könnyítést hozott a Szociális törvény 2011 januárjában életbelépett módosítása, mely a Szt. 73. § (1) szerint lehetővé tette a szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében a 16. életévét betöltött szenvedélybeteg ellátását. A törvény 93.§ (4) bekezdés annyira, további könnyítést eredményezett, hogy a kiskorúság miatt korlátozottan cselekvőképes **16 és 18 év közötti** személynek közösségi alapellátással és **nappali ellátással** összefüggésben tett jognyilatkozatához nem szükséges a törvényes képviselő bejegyzése vagy utólagos jóváhagyása. Jól láthatóan a Szt. 65§ és 93.§ között, az ellátásra jogosult életkorának meghatározása tekintetében, ellentmondás van. Az elmúlt évek során egyre több 16 évesnél fiatalabb szerhasználóval találkozunk, akik maguk, vagy szüleikkel közösen fordulnak segítségért az aktuális szociális ellátást biztosító szolgáltatóhoz. A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása és a közösségi ellátás számukra életkoruktól függetlenül nyújthat segítséget, ám rehabilitációs vagy esetlegesen nappali ellátásukra nincs lehetőségük. E tekintetben a drogambulanciák sincsenek jobb

helyzetben. Egy másik megyeszékhelyen működő drogambulancia munkatársát megkérdeztem, hogy mi a gyakorlatuk a 16 év alatti ellátott esetében. Átírányítják a serdülő pszichiátriára, volt a válasz. Szerencsére ott még (nem csak nevében) van ilyen ellátás. Ezeknek a szabályzók okozta anomáliáknak az áthidalása, a korlátozás segítőszándéktól indítatott figyelmen kívül hagyása, jobb nem lévén, a szolgáltató lelkiismeretére és „merészségére” van bízva.

6. Közismert, hogy a szenvedélybetegek ellátására szakosodott egészségügyi és szociális szolgáltatók célcsoportjának tagjai többnyire motiválatlanok, rejtőzködők. E jelentős mértékben látens célcsoport ambuláns ellátására hivatott szolgáltatások majd mindegyikének finanszírozása teljesítmény-, s nem a célcsoport fent említett sajátosságaihoz igazodóan bázisalapú. A finanszírozás ezen rendszerének külön problémája, hogy nem veszi figyelembe a települések szerhasználati jellemzőiből fakadó különbségeket. Ahol a kevesebb szenvedésnyomással bíró szerek használata a jellemzőbb, ott kevésbé érzik szükségét a szerhasználók a segítségkérésnek. Közismerten a vidék, néhány nagyváros kivételével, nem Budapest specifikus jellemzőkkel rendelkezik. A célcsoport kevésbé tömörül egy-egy kerület jól behatárolható lakókörnyezetébe. Lényegesen nagyobb a látencia, a rejtőzködés. Ezért más technikák, módszerek és türelem szükségesek a célcsoport tagjainak felkutatására, ellátásba vonására. Budapest valamely kerületéhez képest a vidéki szolgáltatók esetében kisebb forgalmi adatokkal lehet találkozni. Ez azt vonja magával, hogy a teljesítményfinanszírozás miatt ellehetetlenül az amúgy tisztességesen dolgozó, szakmai alapokon álló szolgáltató. A közüzemi díjak, a működési költségek ugyanis függetlenek az ellátásba kerülők számától. Be kellene látni, hogy a látencia okán ez egy fordított piac. Itt először a lehetőséget kell biztosítani. A forgalom majd azután jön. A szolgáltatást igénybevevők lassan oldódnak, melynek eléréséhez a bizalom elengedhetetlen. Ez időigényes tapasztalással jön létre. Ezért sem lehet a szenvedélybetegek ellátását egyből teljesítmény alapon működtetni. A ma nem létező bázisfinanszírozást egy új szolgáltató esetében, legyen az drogambulancia vagy szenvedélybetegek közösségi ellátása, legalább 5 éves időtartamig be kellene vezetni. Ez a finanszírozási forma sem zárja ki a szükséges minőségbiztosítási mutatók és feltételek bevezetését. Az 5 év elteltével lesz az adott településen a már bevezetett szolgáltatás teljesítmény és bázisfinanszírozás ötvözeteként fenntartható, fejleszhető.

/Ez utóbbinak már jelenleg is létezik egy változata. Községi ellátásban szolgáltatásonként 2.000.000 Ft. alaptámogatás/év és 150.000 Ft./feladatmutató/év./

Az alacsonyküszöbű ellátás jelenlegi támogatásának mértéke elégtelen. Semmi nem indokolja az uniformizált finanszírozás létjogosultságát, hiszen a különböző szolgáltatók eltérő körülmények között végzik munkájukat. Ezért a finanszírozás reális nagyságának meghatározásánál az alábbi lényeges szempontokat kell figyelembe venni:

- ellátási terület nagysága, az ott élő lakosság száma
- a ma még nem létező, lakosságszám – segítő arányszám (10-12.000 fő/ segítő)
- az ellátás biztosításához tartozó utazási költségek
- mobil, vagy egy településhez kötött szolgáltatásról van szó,
- a vállalt tevékenységek száma

Ez mai áron 7 fő segítő esetében 21.000.000 forint.

7. A jelentős adósságokat évek óta maguk előtt görgető települések önkormányzatai egyfajta kényszerpályán mozognak. Megoldhatatlan feladat számukra a kötelező törvényi kötelezettségek betartása is, nemhogy önként vállaljanak, egyébként indokolt feladatokat. Sok településen, akár évtizedes mulasztásos törvénysértéssel találkozhatunk, melyek oka, hogy az állam a feladatellátás biztosításához a szükségesnél kevesebb anyagi támogatást ad. A különbséget az elégtelen helyi bevételek miatt a települések ma már csak hitelből tudják finanszírozni, tovább rontva ezzel az amúgy sem rózsás költségvetési helyzetüket. Ennek, az évek óta fennálló állapotnak köszönhetően a kötelező alapellátási feladatokból a legszükségesebbeket tudják felvállalni. A feladatok vállalása alóli „kibújás” két irányba zajlik, s a kibújás lehetőségét leginkább az állam biztosítja.

Első változat; civil és egyházi szolgáltatók, kistérségi társulások számára megemeli az állam a támogatás mértékét, akik így kapva-kapnak a pluszfinanszírozás adta lehetőségén. Ennek következményeként kísérhettük figyelemmel például jó pár „történelmi kiségyház” alapítását az elmúlt években, közülük némely még hitéletet sem folytat az alapító okiratuk szerint. Az önkormányzat azonban így megszabadult egy jelentős anyagi tehertől és felelősségtől. Egy-két év múlva azután azzal kell szembesülniük a civil, vagy egyházi szolgáltatóknak, hogy a lényegében pozitív támogatási diszkriminációjukat az állam megszünteti, melynek veszélye adott esetben

az ellehetetlenülés, a szolgáltatás megszűnése, ám ez már nem a települési önkormányzat felelőssége.

Második változat; az addig kötelező alapellátási feladat kötelező jellegének megszüntetése. Ez történt például a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása esetében, a pályázatok beadása után. Az **1993. évi III. törvény** módosításával, 2009. január elsejétől ezek az alapellátási feladatok kikerültek a kötelező alapellátási feladatok közül. E döntéssel az önkormányzatok felmentést kapnak korábbi, amúgy is nehezen vállalt kötelezettségük alól. Félő, hogy a 2011-ben lejáró hároméves (pályázati) támogatási ciklus után, a települések kihasználva a törvényi szabályozás adta kibúvás lehetőségét, az alacsonyküszöbű és közösségi ellátást biztosító szolgáltatókat jelentős számban megszüntetik.

8. A szenvedélybetegek ellátása során nagyon fontos feladat a meglévő intézményi, szakmaközi együttműködés rugalmassága, a kliens/betegirányítás gördülékenysége. Sokszor ez sem egyszerű feladat. A láthatóan leépült állapotban lévő, ám sok esetben kevésbé motivált, mindaddig ellátatlan szenvedélybeteg, az általa vállalt kórházi kezelése csak főlegesen betegutakkal biztosítható. Ez az út az alacsonyküszöbű, vagy közösségi ellátást végző szolgáltatótól, a drogambulancián – ha van a környéken -, vagy házi orvoson keresztül vezet a sokszor akár 80-100 kilométerre lévő kórházi osztályra. Fontos lenne ennek az útnak a rövidítése, a jól ismert alulmotiváltság időkénszere okán. Célszerű lenne annak megvitatása, hogy a szenvedélybetegek ellátásával foglalkozó szolgáltatók számára milyen jogosítványok biztosíthatók annak érdekében, hogy maguk is irányíthassanak (nem beutalnak!) szükség esetén fekvőbeteg-ellátásba szenvedélybetegeket.

A szakmaközi együttműködés további nehézsége a partneri viszony sokszor tapasztalható hiánya a település házi orvososa és a településen működési engedéllyel bíró szociális szolgáltató munkatársai között. Ennek okaként említhető az egészségügyben dolgozó szakember szakmai hiúsága, a másik fél hozzáértésének megkérdőjelezése, illetve az ellátásban résztvevő intézmények jelentősen szétszabdalt fenntartói oldala. Az integrált rendszerű szenvedélybeteg-ellátás jóval hatékonyabb, mely rugalmasabban képes a helyi szükségletekre reagálni, legalábbis a jelenlegi törvényi szabályozás kötöttségei mellett.

9. Ahogyan az egészségügy más területei, az addiktológiai ellátás is jelentős szakemberhiánnyal küszködik. Van hazánkban olyan megye, ahol már évek óta egyetlen addiktológus sincs, nem hogy addiktológiai osztály, vagy részleg. Az alternatívát jelentő pszichiátriai osztályok sincsenek jobb helyzetben. Van olyan kórház, ahol a pszichiátriai ellátás mátrix osztály keretében működik. Ezeknek az állapotnak a megszüntetése meghaladja egy település vagy kistérség lehetőségeit, s központi akarat esetén is csak hosszú évek alatt lehetséges a jelenlegi helyzet megváltoztatása. Mit lehet addig is tenni? Meglátásom szerint jelentős számú, ám kihasználatlan komplementer szakember áll rendelkezésre. Elsősorban addiktológiai konzultánsokra és mentálhigiénés szakemberekre gondolok, akik többnyire más területeken dolgoznak. Az ellátásba történő bevonásukkal, rendszeres továbbképzésükkel rövidtávon lehetne jelentős, bár nem mindenre kiterjedő mértékben javítani a jelenlegi helyzeten.

Az előző oldalakon felsoroltam mindazokat a jellemzőket, melyek ma az addiktológiai ellátás, betegirányítás, ellátási lefedettség, finanszírozás, szakemberképzés, szabályozás, együttműködés terén tapasztalhatók a szociális- és az egészségügyi-, egyes vonatkozásokban a háziorvosi ellátás gyakorlatában. Mindezeket elsősorban a kistérségi, települési ellátásszervezés szemszögéből vizsgáltam, s ehhez figyelembe vettem a **„Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez”** című tanulmányban megfogalmazott észrevételeket. Néhány jellemző esetében, helyi – egészségügyi, szociális - szakemberek véleményét kikérve, módosítási javaslatokat is leírtam. Jópár ezek közül lényegében választ adott a **„Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez”** című tanulmányban megismert elképzelésekre. Ezért a továbbiakban csak röviden elemzem azokat a javaslatokat, melyeket Topolánszky Ákos, dr. Jambrik Ágnes és dr. Kósa Edina 21 pontba foglalt össze *„Tervezési eszközként javasolt módszerek a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztésére”* címmel.

1. A kezelés színtereit, intervenciós eszközeit és szolgáltatásait a kezelt sajátos problémáihoz és szükségleteihez kell illeszteni; a kezelés a páciens korának, nemének, etnikai hovatartozásának és kultúrájának megfelelően legyen tervezve.

A differenciált ellátásnak összességében nincsenek jogszabályi akadályai, legfeljebb az elérhetőség oldalról nézve, korlátai. Egyetlen terület jelent problémát, még pedig az életkor

kérdése. Véleményem szerint a 16 év alatti, egyes esetekben a 18 év alatti ellátásra szoruló szenvedélybeteg személyek kezelése kérdéses. Míg a szenvedélybetegek közösségi ellátása terén szerencsére nincsenek életkori korlátok, addig a nappali ellátás 18 éves kortól vehető igénybe, pedig vannak az iskolát elkerülő, 18 év alatti függő, vagy magas kockázatú szerhasználók. A rehabilitáció terén ez évtől 16 évre csökkent az ellátásba vehetők életkora. Egyre többet hallani, tapasztalni azonban ma már a 12-14 éves szerhasználati problémával küzdő gyerekek ellátási nehézségeiről. Ennek oka egyrészt a jogszabályi korlátozás, másrészt az életkori sajátosságok miatt speciális ellátást biztosítani tudó szolgáltatók elenyésző száma, vagy hiánya. Gondolok itt a jelenleg szóba jöhető gyermek és serdülő pszichiátriai ellátás, akár az ambuláns-, akár a fekvőbeteg-ellátás hiányosságaira, nehézségeire, már megyeszékhely szintjén is, s akkor még nem beszéltünk a gyermek addiktológia helyzetéről. Ezért célszerűnek tartom az életkori korlátok újra gondolását.

2. A kezelés-szolgáltatás elérhetősége.

A szenvedélybetegek egészére - függetlenül az addikciót okozó szertől vagy viselkedéstől – igaz, hogy a betegségük kezelésére legmegfelelőbb szolgáltatás elérhetőségében, a szolgáltatást biztosító szakember ellátottsága terén jelentős területi különbségek tapasztalhatók. Találunk olyan térséget, ahogyan azt dr. Jambrik Ágnes és dr. Kósa Edina is megállapítja *„adott régióban a teljes kezelési lánc hiányos, illetve amennyiben „papíron” léteznek is az adott ellátó szervezetek, szakember-hiány, kapacitás-hiány miatt az egyébként is speciálisnak számító addiktológiai szolgáltatásokon belül még nehezebb pl. az ezen belüli speciális ellátásokhoz hozzáférni (pl. gyermek addiktológia).”*⁴

Közismert, hogy a szenvedélybetegek ellátásba kerülésének egyik akadály a motiválatlanság. Ezért is lényeges, hogy a kezelés-szolgáltatás elérhetősége a lehető legkevesebb akadályba ütközzön. Egyetértve a megfogalmazott javaslattal, hogy konkrét jogszabályban legyen meghatározva, egyúttal biztosítva a teljes kezelési lánc minden régióban, néhány észrevételem, javaslatom lenne. A kezelési-ellátási lánc első szintjén a közösségi ellátások kiépítése évekkal ezelőtt megkezdődött. Település és kistérség szintjén ezek az ellátási formák, a háziorvosokkal közösen nagyon fontos szerepet töltenek, tölthetnek be a szenvedélybeteg-ellátás terén. Ha úgy tetszik megkerülhetetlenek. Elérhetik az ellátás iránt még nem motivált, vagy rejtőzködő szenvedélybetegeket. Elősegítik a kezelés, ellátás iránti

⁴ Jambrik Á., Kósa E. (2011). Az addiktológiai ellátások fejlesztésének jogi környezete. In: Topolánszky Á., Jambrik Á., Kósa E. *Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez.* 33. oldal. Budapest: NCSSZI, TÁMOP 5.4.1. Projekt.

motiváltság növelését. Segítik a betegutak megtalálását, a kezelésbe vételt, s nem csak magára a betegségre, hanem a társult, szociális, lakhatási, munkaerő-piaci problémák megoldásához is segítséget nyújtanak. Ahogyan arról korábban már szó volt jelenleg 53 szolgáltató 57 alacsonyküszöbű ellátást biztosít, mellettük 72 közösségi ellátás létezik. Ez 129 területi egység lefedését biztosítaná - ha nem lenne duplikáció -, mely területi egység lehet egy budapesti kerület, egy település és egy kistérség is. Létrehozásukat jelentősen segítette, hogy az **1993. évi III. törvény** kötelező alapellátási feladatként írta elő bizonyos települési lakosságszám felett. Sajnálatosan az **1993. évi III. törvény** módosításával, 2009. január elsejétől ezek az alapellátási feladatok kikerültek a kötelező alapellátási feladatok közül. módosításával, 2009. január elsejétől ezek az alapellátási feladatok már nem kötelezőek egyetlen település számára. Ez jelentős visszalépés, melynek következményei féltő, hogy az eddigi kedvező folyamatot visszafordítják. Ezért javaslom a korábbi átgondolatlan, kizárólag anyagi indíttatásból hozott döntés megváltoztatását. A közösségi ellátást, beleértve az alacsonyküszöbű ellátást is, ismételten emeljék vissza a szociális törvény által szabályozott kötelező alapellátási feladatok közé. Továbbá szorgalmazom, hogy jogszabályban legyen meghatározva, hogy hány kilométeren belül kell, hogy elérhető legyen a szenvedélybetegek ambuláns ellátása, hogy megyénként legalább egy addiktológiai osztály létesüljön.

3. A kezelés nemcsak a droghasználatra fókuszál, hanem az egyéb (orvosi, pszichológiai, szociális, munkaképességi, munkaerő-piaci, jogi) problémákra is megpróbál választ adni.

A településeken, kistérségekben mind az egészségügy, mind a szociális szférához tartozó családsegítő szolgálatok, ahol van, közösségi vagy nappali ellátást nyújtó szolgáltatók jelenleg is képesek betölteni ezeket a feladatokat.

4. Retenció – szükséges ideig való kezelésben tartás/maradás; a kezelésnek nem kell feltétlenül önkéntesen megkezdődnie (családi, szociális vagy jogi úton történő kényszerítés)

Érdekes, a szenvedélybetegek hozzátartozói részéről sokszor felmerülő kérdést feszegetnek a tanulmány szerzői. Miközben az ellátás egy speciális formájában, az elterelésben létezik egyfajta nyomásgyakorlás, ám ott is adva van az egyén döntési szabadsága, választási lehetősége. Vagy vállalja az ellátásba kerülést, vagy annak megtagadásával a büntetőeljárás, akár börtönbüntetéssel végződik. Ezzel szemben a szerhasználat okán, döntéseiben vélelmezhetően korlátozott szenvedélybeteggel szemben, aki többnyire jelentősen megterheli, adott esetben akár veszélyezteti is közvetlen környezetét nincs lehetőség törvényi nyomásgyakorlásra. Talán a gyermekvédelmi törvény adhat némi lehetőséget a védelembe

vétel kapcsán egy szenvedélybeteg ellátásba juttatásához, kétséges kimenettel. Számomra az igazi kérdés az, mi előbbre való? Egy gyermek egészséges fejlődésének biztosítása, vagy az egyén döntési szabadsága? Bizonyos nyomás azért a kezelést, ellátást önként vállalók esetében is tapasztalható. Ilyen például a válás, vagy a munkahely elvesztésének fenyegetettsége.

5. A kezelés az idő előtti kilépéssel együtt járó problémák enyhítésére is alkalmaz eszközöket.

A probléma az előzőhöz hasonló. Akarata ellenére kezelésben, ellátásban senki sem tartható. A kezelés idő előtti abbahagyása, legyen szó kórházi ellátásról, vagy rehabilitációról nem jelenti azt, hogy a szenvedélybeteg magára marad, csupán rá van bízva, hogy a megkapott információk birtokában él-e a rendelkezésére álló lehetőségekkel. A különböző szintű és formájú kezelést, ellátást biztosító szolgáltatók közötti együttműködés jelentős mértékben segítheti, a kezelésből idő előtt kilépő egyén vagy családtagjainak más típusú, formájú ellátásba kerülését. Egy szakmai alapokon álló, segíteni akaró szolgáltató esetében, jogszabályi kötelezettség nélkül jelenleg is biztosított minden rendelkezésére álló információ megosztása az ellátásból kilépő személy számára.

6. A drogkezelés alapmódszerei a tanácsadás, egyéni és csoportterápiás eszközök, vagy más viselkedésterápiák – a gyógyszeres kezelés nem önállóan, hanem ezekkel együtt kerül alkalmazásra.

Jogos törekvés. Európában létezik olyan neves intézet, ahol nincs gyógyszeres kezelés (pl. Promis Unit), hanem egyéni és kiscsoportos terápiás beavatkozások keretében segítik a szermentes életvitelhez vezető út megtalálását, sikeresen. Ez a beavatkozási mód természetesen más szakmai felkészültséget igényel a kezelést, ellátást nyújtó részéről. A szociális ellátás területén eleve nincs lehetőség a gyógyszeres terápia alkalmazására. Az e területhez tartozó szolgáltatók, egyéb beavatkozási módszereket alkalmaznak. Az egyéni elbírálás szerinti gyógyszeres terápia és pszichoedukációs vagy más típusú beavatkozások együttes alkalmazása a szociális és egészségügyi szolgáltatók közötti együttműködés során is biztosítható. Ennek azonban a mindennapok gyakorlatában akadályai vannak. Miközben a közösségi ellátást nyújtó szolgáltatót együttműködési szerződés megkötésére kötelezik egy magasküszöbű szolgáltatóval, addig a magasküszöbű egészségügyi ellátást biztosító szolgáltató számára nincs ilyen együttműködési kötelezettség. A szociális szolgáltató így kiszolgáltatott helyzetbe kerül. Különösen ott jelent ez jelentős nehézséget, ahol elérhető

közelségben csak egy egészségügyi ellátó van. Ezen a helyzeten jogszabályok segítségével változtatni lehet.

Elvétve néhány hazai kórházban sikeresen alkalmaznak olyan terápiás módszert, mely a jelenleg általánosan alkalmazott forgóajtószerű fekvőbeteg-ellátással szemben lényegesen jobb mutatókkal bír a kimeneti oldalon és csak a szerhasználat okozta szövődmények esetében alkalmaznak gyógyszeres terápiát. Jogosan felmerülő kérdés, hogy vajon mi az akadálya az ilyen terápiás irányzat jelentős térnyerésének?

7. Kortárs és sorstárs csoportok alkalmazása

A kezelés, ellátásban való kortárs, sorstárs csoportok önkéntes részvételének nincs akadálya. Ennek számtalan példája ismert drogambulancia, közösségi ellátást nyújtó szolgáltató, vagy kórházi osztály és az AA, NA közösség tagjai között. A szociális ellátás keretében nyújtott közösségi vagy alacsonyküszöbű ellátás keretében is szívesen alkalmaznánk olyan munkatársakat, akik a felépült sorstársak közé tartoznak. Ennek azonban, hacsak nincs meg a szükséges szakképesítése, jelenleg akadálya az *1/2000 SzCsM rendelet*, melynek *2. számú melléklete* tételesen szabályozza, a személyes gondoskodás formáinak szakmai létszámnormáit és az ellátásokhoz tartozó szakképesítéseket. A sorstársak önkéntességen túli segítőmunkába történő bevonásához jogszabályváltozás szükséges.

8. Egyéni kezelési terv készítése, annak rendszeres felülvizsgálata, esetleges módosítása.

A szociális ellátás keretében az egyéni esetkezelés tervezése és megvalósítása tételesen szabályozott. Esetleges módosítása nem települési hatáskör kérdése. Véleményem szerint a szakmai szabályozók, melyek tartalmazhatják az egyéni esetkezelés tervezésének mikéntjét is, nagyon fontosak, ám egyes esetekben a túlszabályozás veszélyének lehetőségeit is magukban hordozzák. Ennek eredményeként azután a terv, a papír fontosabbá válhat, mint az egyénnel való foglalkozás.

9. A kezelést megelőző állapotfelvétel a kábítószer-használaton kívül más lehetséges mentális betegségekre is kiterjed.

A szociális ellátásban az elterelés kapcsán vesznek részt klienseink a beavatkozást megelőző előzetes állapotfelmérésen, mely kiterjed a mentális állapot vizsgálatára is. Más esetekben nem történik megelőző állapotfelvétel. Nem is lehet, hiszen a nappali és közösségi ellátások esetében nincs ilyen előírás. Alacsonyküszöbű ellátásba eleve, már az anonimitás okán sem lehet. Amennyiben sikerül az alacsonyküszöbű-, vagy közösségi ellátásból a

drogambulanciára, vagy kórházi osztályra (pszichiátria) delegálni egy klienst, akkor ott, a kezelést megelőző állapotfelvétel, a diagnózis felállítása során a mentális betegségek kizárása, vagy meglétének megállapítása eddig is megtörténik. Ennek települési ellátás szintjén nincsenek jogi akadályai. A szakmai szabályozók pedig jelenleg is előírják a mentális betegségekre kiterjedő vizsgálatot.

Más aspektusból merül fel az elterelés kapcsán az előzetes állapotfelmérés kérdése. Az előzetes állapotfelmérésre jogosultak jegyzéke jelentős választási lehetőséget biztosít mindazok számára, akik élnek az elterelés lehetőségével. A gyakorlatban azonban ez a bőség nincs meg. Amikor az elterelést választó a lakóhelyéhez legközelebbi szolgáltatónál szeretné az előzetes állapotfelmérést igénybe venni, akkor szembesül azzal a helyzettel, hogy a hivatalos listán szereplő egészségügyi ellátást biztosító szolgáltató nem vállalja az állapotfelmérést. Egy gondozó esetében talán még érthető lehet az állapotfelméréstől való elzárkózás, ám jogosan merül fel a kérdés, hogyan került fel akkor listára? A kórházi pszichiátriai osztály esetében talán az állapotfelmérés megtagadása, miközben szerepel az állapotfelmérésre jogosultak országos listáján. Település, kistérségi szinten ez valós probléma, ezért javaslom az elterelés megkezdéséhez szükséges előzetes állapotfelmérést nyújtó szolgáltatók listájának pontosítását.

10. A kezelés folyamatos monitorozása, szükség esettén kezelési igényekhez való igazítása.

Települési szinten évente több alkalommal történik célirányos, a szakmai szervezett tevékenységére vonatkozó szakmai monitorozás, pénzügyi ellenőrzés. Ellenőríz a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, a Magyar Államkincstár, a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda (elterelés), a Kistérségi Többcélú Társulás, a település Intézményszolgálat, és a Rendőrség. Szakmai beszámolót kér a fenntartó Kistérségi Többcélú Társulás, az Önkormányzat, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Az OAC szerverére a TDI kérdőívek feltöltésre kerülnek. A település és a kistérség szolgáltatóstervezési koncepciót készít, azt rendszeresen aktualizálja. Meglátásom szerint település, kistérség szintjén jelenleg is kellő számú, tartalmú monitorozó tevékenység zajlik. Nincs szükség továbbiakra.

11. A támogató, képessé tevő (felruházó) szolgáltatások.

A kérdés lényegében nem az, hogy jogszabályi szinten biztosított-e a támogató, képessé tevő szolgáltatás, hanem az, hogy elérhető-e a településeken? Erre csak azon a településen van lehetőség, amelyikben létezik szenvedélybetegekkel valamilyen formában foglalkozó

szolgáltatás. Lehet ez közösségi-, alacsonyküszöbű-, vagy nappali ellátást biztosító szolgáltató, rehabilitációs otthon, szenvedélybetegek átmeneti intézménye, vagy a kórházon belül a terápiás időszakban végzett munka-rehabilitáció. Itt is visszaköszön a kezelés – ellátás elérhetőségének kérdése. Az ellátórendszer jelenlegi kiépültsége mellett kevesek számára biztosítottak ezek a szolgáltatások. Ezért ezt inkább tekintem finanszírozási, mint szabályozási kérdésnek.

12. Átmeneti és kezelést-követő szolgáltatások.

Az ellátórendszer fontos részét képezik(nék) az átmeneti és kezelést-követő szolgáltatások, hiszen a visszailleszkedést, vagy amennyiben nem lehetséges a szenvedélybetegek átmeneti intézményén keresztül, a szenvedélybetegek otthonába vezető út bejárását. Jogszabály lehetővé teszi ilyen intézmények létrehozását, működtetését. Nehézséget a finanszírozás okoz. A normatív támogatás az előírt szakmai képzési minimumfeltételek teljesítésének költségeit sem fedezi. Ezért nincs a megyében szenvedélybetegek átmeneti otthona.

13. Differenciált (speciális populációs, fogyasztási mintázatok mentén történő) terápia.

Megvitatását megyei, országos ellátás keretében működő egészségügyi ellátást biztosító szolgáltatók esetében tartom célravezetőnek.

14. Szűrés – állapotfelmérés – kezeléstervezés hármasszámú folyamata.

Megvitatását megyei, országos ellátás keretében működő egészségügyi ellátást biztosító szolgáltatók esetében tartom célravezetőnek.

15. Együttesen (megrendelő, szolgáltatást végző, szolgáltatást igénybe vevő közreműködésével) kidolgozott irányelvek.

Egyetértek a javaslattal. Csak egy széleskörű egyeztetés mentén megfogalmazott javaslatok, a több aspektusból megvilágított szakmai vita eredményezheti a legmegfelelőbb ellátás-fejlesztés megvalósulását. A szociális ellátás gyakorlata során az ellátástervezésben (ellátási, kezelési terv) az ellátást kérő szenvedélybeteg aktívan részt vesz.

16. Minőségbiztosítás – minőségfejlesztés – eredményességi értékelés.

Minden szolgáltató számára, a szakmai színvonal megtartása javítása szempontjából megkerülhetetlen a minőségbiztosítás, minőségfejlesztés, eredményességi mutatók meghatározása. Olyan protokollok kidolgozása, mely a minőségi ellátás megvalósulását

segíti. Iránymutató keretjavaslatokkal segíteni lehetne a minőségbiztosítás tárgykörében kevésbé jártas szolgáltatókat.

17. A hatékonyság egyik feltétele a speciális szaktudás.

Talán az összegzés 21 pontja közül – véleményem szerint – ez a legfontosabb, egyben az ellátórendszer egészségügyi összeomlását elkerülendő, a leggyorsabb beavatkozást igénylő témakör. Az ellátórendszerből történt kiáramlás következtében már ma nehéz egy drogambulancián megüresedő addiktológus vagy akár pszichiáter szakorvos helyét betölteni. Ez a helyzet a jelenlegi szabályozás jelentős átgondolását, már-már egy más szemlélet meghonosodását igényli, melyhez sokáig nem odázható szakmapolitikai döntések szükségesek. Változtatást igényel az alternatívaként szóba jöhető szociális szféra szenvedélybetegek ellátásában dolgozó szakembereinek szakismeretével szembeni követelmény is. Idézem: *„A szenvedélybetegek közösségi ellátására egyebekben e rendelet közösségi pszichiátriai ellátására vonatkozó szabályait megfelelően alkalmazni azzal az eltéréssel, hogy a közösségi gondozóknak, illetve koordinátoroknak nem kell speciális képzéseken részt venni”*.⁵

Ami a háziorvosi ellátást illeti – ugyan korábban már volt róla szó -, szervezetszerű továbbképzések szükségesek annak érdekében, hogy a településeken javuljon az ellátás színvonala. Gyakorló háziorvosok a következőképpen jellemezték a szenvedélybetegségekkel kapcsolatos felkészültségüket, mely egyben javaslatnak is tekinthető:

- a) A továbbképzési folyamatban kötelezően előírt 50 és 25 kreditpontos tanfolyamok témakörében, már rendkívül ritkán szerepel az addiktológia. A tanfolyamok oktatási óráit túlnyomó részben belgyógyászati és sürgősségi ellátási témakörök töltik ki, ezek között nehezen fellelhető - akár toxikológiai szinten - a szenvedélybeteg-ellátás.
- b) A szenvedélybetegségekkel kapcsolatos szakismeretek rohamos bővülése, a drogpiacon állandó változása még az addiktológiai képzettségű szakemberek számára is komoly kihívást jelent. Biztonsággal kijelenthetjük, hogy a háziorvosi alapellátásban dolgozók napi ismereti hiányosak, még az elvárhatóság szintjét sem éri el. Ez egyaránt jelenti a diagnosztika, valamint a gyógykezelési és gondozási lehetőségek ismeretének és alkalmazásának területét.
- c) A megfelelő szintű napi ismeretek hiánya miatt jelentősen sérülhet – és többnyire sérül is – a korai felismerés és kezelésbe irányítás elve.

⁵ I/2000 SzCsM rendelet 39 J.§ (4)

Célszerű lenne széleskörű szakmai vita keretében megvizsgálni a jelenleg is rendelkezésre álló, ám alig alkalmazott alternatív végzettségű személyek (elsősorban addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés szakember) markánsabb bevonásának lehetőségeit a szenvedélybetegek ellátásába.

18. Megfelelő munkakörülmények biztosítása tanácsadók részére.

Valóban fontos szempont. Ismereteim és tapasztalatom szerint a munkavégzéshez szükséges, ahogyan az 1993. évi III. törvény 94/L § 1. pontja fogalmaz, *megfelelő* körülmények biztosítottak. Látszólag nem is kell ezzel többet foglalkozni. Azonban ennél összetettebb ez a kérdés. Egyáltalán mi a megfelelő munkakörülmény? Például megfelelő munkakörülményhez tartozik vagy sem, a bázis telephelytől távol, más településen dolgozó munkatárs, segítségkérést biztosító munkahelyi mobiltelefonnal való ellátása? Meglátásom szerint ma már bizonyos technikai felszereltség, mely az adatszolgáltatást, nyilvántartást, kötelezően vezetendő okmányok elektronikus vezetést, tárolását, szükség szerinti nyomtatását, a kapcsolattartás lehetőségét biztosítja. Szerintem ezt ma már tételesen elő lehetne írni egy minimum szinten. Ami a jogokat illeti, idézett törvényben $\frac{1}{4}$ oldal a szociális szolgáltatás végzőkre vonatkoztatva, ezzel szemben egyes ellátotti csoportokra vonatkoztatva majd egy oldal. Talán nem kell magyarázni az összehasonlítás okát.

19. A magánéletet is biztosító elhelyezés a kezelték számára.

A gyakorlat szintjén is megvalósul. Semmi nem indokolja a módosítást.

20. Házi orvosok számára készített tervezési iránymutatás.

A kistérség vagy település szintjén dolgozó közösségi, vagy alacsonyküszöbű ellátást biztosító szolgáltató fontos szempontnak tartja, egyben törekszik is az ellátási területén praktizáló házi orvosokkal kiegyensúlyozott szakmai együttműködés kialakítására. Változó sikerrel. Többnyire a semlegesség, elvétve szembenállás, ritkán támogatottság jellemzi törekvéseiket a házi orvosok részéről. Ennek számtalan oka van. Egyik az erősen hierarchizált felépítésű egészségügyi struktúra, ahogy mondani szokták: orvosnak orvos a partnere. A másik a szenvedélybetegek ellátás iránti motiválatlanságból fakadó sikertelenség érzése az ellátói oldal részéről. Továbbá a praxist gyakorló nem érdekelt a szenvedélybetegek ellátásában. Ezért a motiváció kérdéskörének hosszú távú rendezéséhez elengedhetetlen a többlet-kapacitási igény megjelenítése az alapellátás finanszírozásának a szintjén. Ez a jelen jogszabályi keretek között nem lehetséges, még abban az esetben sem, ha egy házi orvos

rendelkezik pszichiátriai szakképesítéssel. A járóbeteg ellátásban a témakört érintő, úgynevezett szakmakódok az alábbiak (az OEP itt ma már az ÁNTSZ kódrendszerét fogadja el):

ÁNTSZ kódok:

1803 pszichiátriai gondozás

1804 pszichiátriai rehabilitáció

1805 pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel)

1811 alkoholológia

1821 drogbetegellátás

1831 egyéb szenvedélybetegségek ellátása.

A fenti tevékenységek mindegyike pszichiátriai szakfeladat. Ahhoz, hogy az alapellátás részt vállaljon a gondozási szakfeladatokból, a megfelelő felkészítés mellett arra is szükség van, hogy szakmakódot kapjon ez a tevékenység, és ez alapján egy-egy praxis pályázhasson többletkapacitásra. Ez a jogszabályi környezet módosítása nélkül nem valósulhat meg, mert a finanszírozás az alapellátási tevékenységi körön belül nem teszi lehetővé a bővítést.

Egy lehetséges, meggondolásra érdemes szakmakód-megjelölés:

(nnnn) szenvedélybetegségek háziorvosi gondozása.

21. Az ellátás-szervezés etikai dimenziói.

Nincs ok változtatásra.

Ahogy azt már a bevezetőben is említettem a hazai szenvedélybeteg-ellátás minőségének javításához szükség van a jogszabályi környezet finomítására, ám a legégetőbb problémák megoldása elsősorban finanszírozási és szakember oldalról kezelhető. Ez a kezelés-ellátás elérhetőségnek javításával érhető el.

2.A szenvedélybetegek ellátásának megyei és országos szinten, javaslatok a fejlesztésekre vonatkozóan

dr. Kassai-Farkas Ákos

INVOCATIO

Az egészségügyi ellátórendszer meghatározó része a települési, vagy megyei önkormányzatok fenntartásában működik. A kórháztörvény⁽⁶⁾ az önkormányzatok területi ellátási kötelezettségének ellátására új ellátási formákat vezet be, ezzel növeli a települések mozgásterét. Ugyanakkor előírja az alapellátásnál magasabb szintű egészségügyi ellátást is biztosító önkormányzatoknak a demográfiai és morbiditási adatokra alapozott középtávú egészségügyi tervezést. Az önkormányzatok felelőssége óriásira nőtt.

„Az önkormányzatok többsége szerint az egészségügyi ellátórendszer kapacitása megfelelő, leginkább a gyermekorvosi és a fogászati ellátás kapacitásával elégedettek. Az ellátás működési színvonalát jónak ítélik meg a gyermekorvosi, a háziiorvosi és a fogászati ellátás esetében, míg a járóbeteg- és a fekvőbeteg ellátás működési színvonalát csak megfelelőnek tartják. Az önkormányzatok szerint az intézmények jól megközelíthetőek, különösen kedvez a helyzet a háziiorvosi és a fogászati ellátás esetében, azonban nehezkesebb a járóbeteg szakellátó intézmények megközelítése. Az önkormányzatok 11%-a rendelkezik egészségügyi ellátórendszeréről középtávú fejlesztési tervvel, s további 14% jelezte, hogy éppen folyamatban van ennek elkészítése. 19% tervezi egészségügyi terv elkészítését, 2% pedig sem eddig nem készített, sem a jövőben nem tervezi ilyen jellegű terv, program összeállítását. A válaszadó önkormányzatok közül csupán 6 tervezi a településen a kórház, 17 pedig szakrendelő átalakítását, közülük 2 privatizálná is a kórházat, 9 pedig a szakrendelőt.”
Írja egy 2003-as tanulmány⁽⁷⁾.

⁽⁶⁾ (2003. évi XLIII. törvény) 10. és 11. §

⁽⁷⁾ Skultéty László, Udvardi Attila: Az egészségügyi ellátórendszer önkormányzati megítélése IME II. ÉVFOLYAM 9. SZÁM 2003. DECEMBER.27-32. oldal http://biloba.hu/ime/2003_12/27-32.pdf

A HELYZET BEMUTATÁSA
JÁRÓBETEG ELLÁTÁS

1. Finanszírozás

Járóbeteg ellátásban a 2006-tól kezdődő időszakban a gondozási tevékenység fix-díjra és teljesítmény-finanszírozásra alapuló vegyes finanszírozását a teljesítmény-alapú finanszírozás-technikák váltották fel. 2007-ben az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet módosítása után a megelőző év 50%-ára csökkent a kifizetett fix-díjak összege.

„A gondozók finanszírozásában bekövetkezett változást a kompenzációra szánt intézkedésekkel nem sikerült ellensúlyozni, a gondozók helyzetének rendezése továbbra is szükséges ⁽⁸⁾.”

Ezzel a gondozói intézményrendszer – benne az addiktológiai gondozás – bázis-finanszírozása a 2001. évben kifizetett összeg kevesebb, mint 20%-a alá süllyedt, miközben a kompenzálásra hivatott intézkedések hatástalannak bizonyultak, jórészt azért, mert eleve inadekvát megfontolásokon alapultak. 2010 júniusában megkezdődött a gondozási tevékenység új finanszírozási rendszerét megalapozó szakmai előkészítő munka a NEFMI Egészségpolitikai helyettes államtitkárságának felkérésére. A szakmai munka várhatóan 2010 végére befejeződik és 2011 első félévében pilóta-vizsgálatok kezdődhetnek a finanszírozás-technikai eszköz részletes vizsgálatára.

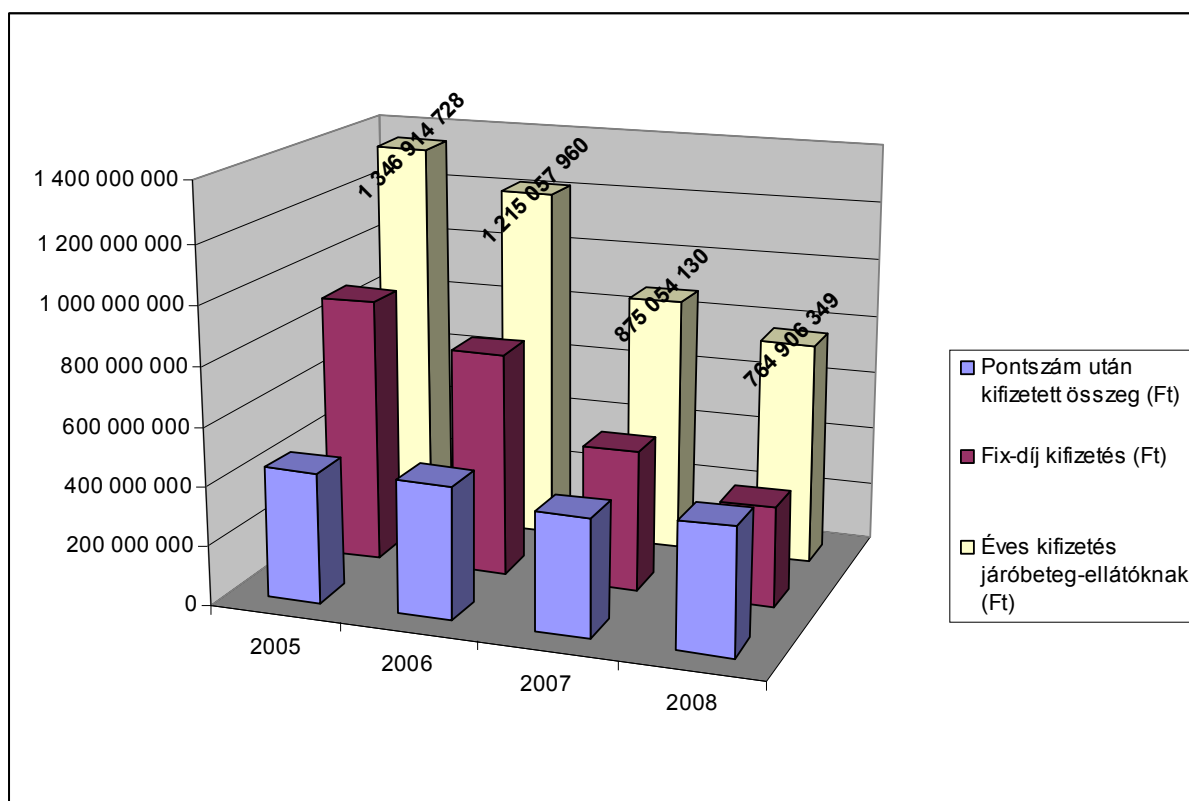
Addiktológiai járóbetegeket ellátó gondozók számára kifizetett fix díjak (csak gondozók)

Gondozói kasszából kifizetett fix díjak (eFt)

	Addiktológia és drogellátás	Pszichiátriai gondozás
2005	904 609,8	2 476 008,2
2006	764 086,8	2 217 578,8
2007	476 629,5	1 388 702,8
2008	339 216,8	1 102 300,1

Addiktológiai járóbeteg-ellátók számára kifizetett összegek (teljesítmény+fix-díj, gondozók és szakrendelések együtt)

⁽⁸⁾ Állami Számvevőszék: Jelentés a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetése végrehajtásának ellenőrzéséről, 313. oldal



A betegszám csökkenése, (majd 2009-ben enyhe növekedése) és a fix-díj csökkenése együttesen az össz-finanszírozás csökkenéséhez vezetett, amelyet az egy betegre jutó ellátási események száma sem tudott kompenzálni. A nemzeti szinten kifizetett összegek csökkenésének további oka lehet az egyes ellátó-egységek megszűnése is, pl. 2008 folyamán csak az OAI megszüntetése kb. heti 1.000 óra kapacitás-csökkentést jelentett.

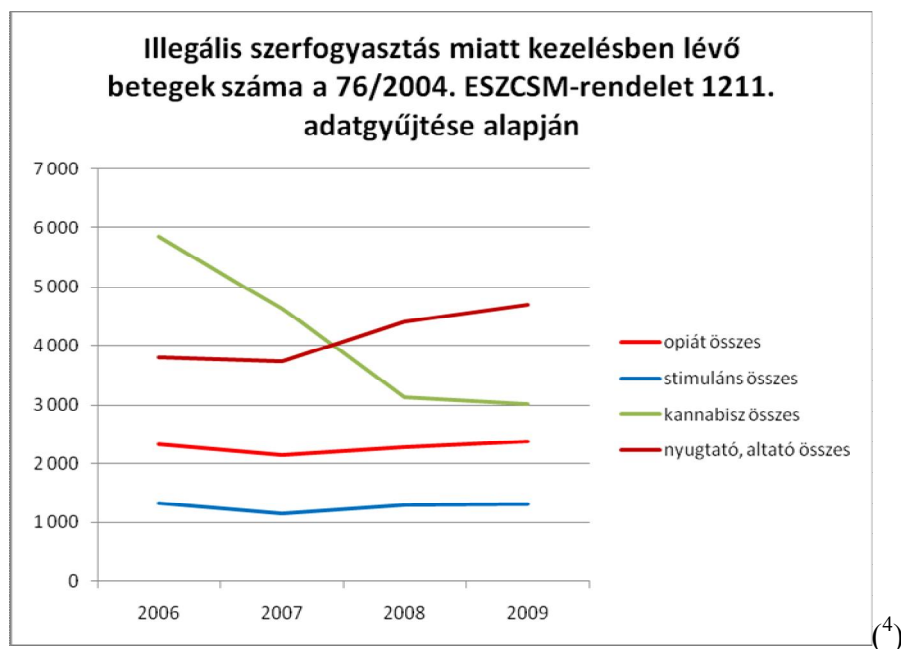
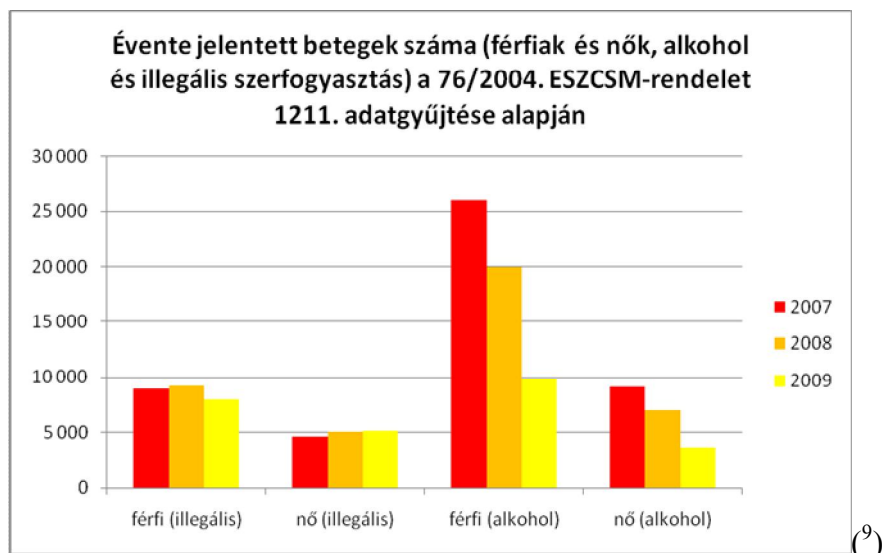
2. Ellátási formák

A szenvedélybetegek egészségügyi ellátását, a kezelési, gondozási és rehabilitációs programjait az egészségügyi ellátórendszerben az egészségügyi alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-ellátó osztályok, a rehabilitációs profilú ellátó egységek végzik.

A szociális ellátórendszerben a szociális alapellátás intézményei (családsegítő központok, gyermekvédelmi szolgálatok, közösségi pszichiátriai és közösségi addiktológiai szolgálatok), a nappali ellátást nyújtó intézmények, az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények és a tartós bentlakásos intézmények (ápolást, gondozást nyújtó intézmények és a rehabilitációs intézmények) végeznek alkoholbeteg- és más szenvedélybeteg-ellátást.

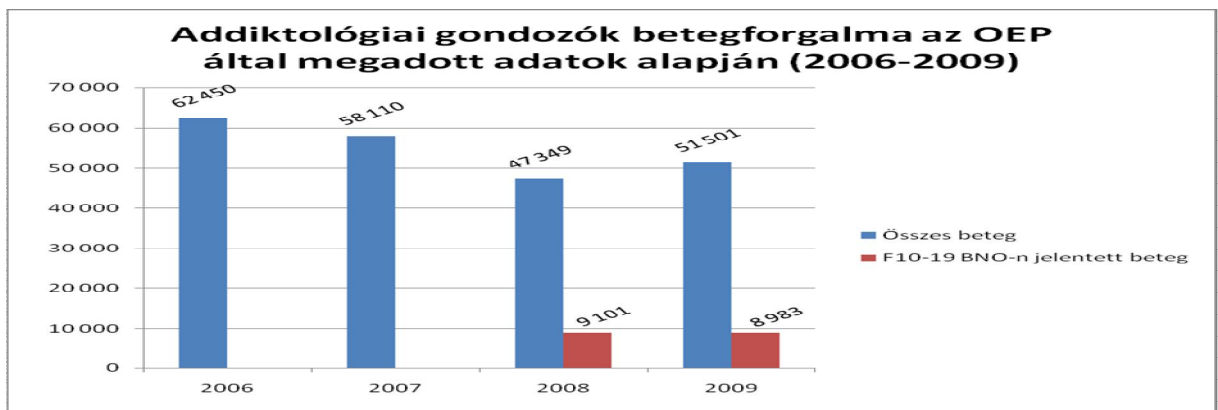
Az önsegítésen és önkéntes segítség kategóriáján belül az alkoholbetegek önségítő csoportjai, alkohol-ellenes társadalmi szervezetek, egyházi háttérű és támogatású csoportok szerepe emelendő ki.

3. Néhány adat



(⁹) Tájékoztató az addiktológiai ellátás helyzetéről, valamint a kialakult helyzet rövid távú kezeléséről. OAC 2010.november

Metadon szubsztitúciós fenntartó kezelés 2009-ben tíz helyen történt az országban. Budapesten négy helyen, vidéken pedig Veszprémben, Pécsen, Gyulán, Szegeden, Egerben és Miskolcon. A Suboxone megjelenése óta a metadonnal kezelt betegek száma csökken, az összes kezelt száma viszont 2008-ról 2009-re jelentősen növekedett.



(4)

Ennek a jelenségnek az egyik oka az lehet, hogy az addiktológiai gondozók is a jobban kooperáló más betegcsoportok felé fordultak, továbbá, hogy az addiktológiai és pszichiátriai gondozási tevékenység sok helyütt erősen átfedi egymást, és a betegforgalmuk sem választódik el egymástól, harmadrészt pedig előfordulhat, hogy adminisztratív okokból (pl. gyógyszerek rendelkezésére, támogatási különbözőségek) a beteg számára is kedvezőbb, ha nem F10-19-es kódon, hanem pl. depresszióként vagy szorongásos állapotként diagnosztizálják.

A szerződött addiktológiai gondozói, az addiktológiai szakrendelői, alkoholológiai gondozói és alkoholológiai szakrendelői szakorvosi és nem-szakorvosi óraszámok összege megyénként 2009-ben (forrás: OEP)

Megyék	Heti rendelési idő (szakorvos+nem- szakorvosi órák)	Heti rendelési idő /10.000 fő lakosra megyénként	Megye lakosság száma
Komárom-Esztergom	31	1,0	315 000
Borsod-Abaúj- Zemplén	104	1,4	730 000
Somogy	73	2,2	330 000
Békés	95	2,4	390 000
Tolna	60	2,4	245 000
Hajdú-Bihar	135	2,5	550 000
Bács-Kiskun	133	2,5	540 000
Zala	75	2,5	295 000
Szabolcs-Szatmár- Bereg	155	2,7	580 000
Fejér	138	3,2	430 000
Csongrád	145	3,5	420 000
Győr-Moson-Sopron	161	3,7	440 000
Jász-Nagykun- Szolnok	159	3,9	410 000
Magyarország országos	4034	4	10 085 000
Nógrád	93	4,3	215 000
Veszprém	157	4,4	360 000
Heves	153	4,8	320 000
Vas	127	4,8	265 000
Pest megye + Budapest	1730	6,1	2 850 000
Baranya	310	7,8	400 000

Különösen akkor értékelhetőek az ellátórendszer területi egyenlőtlenségei, ha összevetjük azokat pl. a májzsugor okozta halálozási adatokkal⁽¹⁰⁾. A két legrosszabb helyzetű megye (Komárom-Esztergom és Borsod-Abaúj-Zemplén) egyben a legkevesebb addiktológiai járóbeteg-kapacitással ellátott megye is.

⁽¹⁰⁾ A magyarországi részletes májzsugor-halálozási adatokat a Debreceni Orvostudományi Egyetem Népegészségügyi Kara bocsátotta rendelkezésünkre.

FEKVŐBETEG ELLÁTÁS

Aktív/akut ellátás

Szerződött addiktológiai ágy az országban 3 helyen van (Budapest Nyíró Gyula Kh., Balassagyarmat és Nagykálló), mellett figyelembe kell venni az addiktológiaiként nevesített aktív pszichiátriai ágyakat is. Ennek nagysága tisztázásra szorul.

Az aktív fekvőbeteg-ellátás bemutatása érdekében az addiktológiai HBCS-ken jelentett esetek számát mutatjuk be, ennek lekérésére volt lehetőség az OEP-től.

Az aktív fekvőbeteg-osztályok (pszichiátria és nevesített addiktológia együtt) által jelentett addiktológiai HBCS-kódok adatai 2006-2009-ben (Forrás: OEP)

Kód	Megnevezés	HBCS-hez tartozó súlyszám	2006		2007		2008		2009	
			Elvi max. finanszírozási összeg (e Ft)	Esetszám 2006	Elvi max. finanszírozási összeg (e Ft)	Esetszám 2007	Elvi max. finanszírozási összeg (e Ft)	Esetszám 2008	Elvi max. finanszírozási összeg (e Ft)	Esetszám 2009
8280	<i>ADD szindróma</i>	0,65365	80077,40	902	89485,90	954	62116	659	56460	589
8410	<i>Ópiátabúzus, függőség</i>	0,68314	21806	235	12941,00	132	7937	87	5891	67
8430	<i>Alkohóbúzus, függőség</i>	0,75353	692389,20	6765	629647,90	5823	603123	5689	527502	4858
8440	<i>Intoxikáció alkohol/drogfogyasztás miatt</i>	0,12621	23143,10	1350	helyette 8441					
8441	<i>Drog és alkohol intoxikáció</i>	0,12848	7957,90	456	19043,80	1033	17731	836	15526	730
	<i>Intoxikáció együtt</i>	0,25469	31101,00	1806	19043,8	1033	17731	836	15526	730

Drogrehabilitáció

A drogrehabilitációs intézetek kis számuk miatt a drogbeteg ellátás legjobban megfogható részét képezik, kapacitás és kihasználtsági mutatóik pontosak. 2009-ben tizenegy ilyen intézet rendelkezett OEP-szerződéssel, összes ágyszámuk 221 volt, ez kevesebb, mint a 2008 közepén nyilvántartott ágyak száma. Egy intézet megszűnéséről, ill. újraindulásáról vannak ismereteink, ennek tudható be az ágyszám-csökkenés. A 2009. év során 886 fő volt kezelésben valamely drogrehabilitációs intézetben Magyarországon.

A korábbi adatok azt igazolják, hogy a meglévő lehetőségek ellenére nem beszélhetünk különböző tervezési szintekre történő optimalizálásról, megyei-nemzeti változatok kialakításáról.

- a) Rendelkezünk egy **ALKOHOL-POLITIKA ÉS –STRATÉGIA 2009** című anyaggal, (<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/koncepciok-vitaanyagok/alkoholpolitika>), ami több mint egy esztendeje olvasható a minisztérium honlapján. Érthetetlen, hogy nincs érdemi folytatás.
- b) A Nemzeti Drogstratégia 2010-2018 (<http://www.drogstrategia.hu/>) <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk09188.pdf> A Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) 2010.12.20.-i közlése szerint a drogkereskedők célországává vált Magyarország, a korábbi drogstratégia pedig nem volt alkalmas a növekvő problémák kezelésére, csődöt mondott. Ezzel visszavonta a korábban elfogadott stratégiát. Az év végére ígérnek újat.
- c) 2009. december 29.-én megjelent a Magyar Közlöny 193. számában (<http://kozlony.magyarorszag.hu/keresesdatum>) 47485 oldalon az addiktológiai ellátó helyek minimumkövetelményei, de nem léptek hatályba.
- d) Rendelkezünk orvos-szakmai protokollokkal:
 - 1) <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/addikt-metadon-kezeles>
 - 2) <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/addikt-amfetamin>
 - 3) <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/addikt-kannabisz>
 - 4) <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/addikt-opiat>

5) <http://www.eum.hu/pszi-alkoholbetegseg-pdf>

6) <http://www.eum.hu/igazsagugyi-orv>

e) Képzés: az addiktológiai ráépített szakorvos képzés <http://www.vitalitas.hu/?ctype=5&did=10877&cid=1144>, valamint addiktológiai konzultáns képzés megteremtí (http://www.kepzeslista.hu/index.php?kep_id=4924&lap=keresok/kep_reszl) a szükséges szakember háttérrel.

f) Tervezéskor figyelembeveendő javaslatok

- a szenvedélybeteg-ellátás finanszírozási reformja keretében:
 - a valós betegellátás finanszírozása
 - a szenvedélybeteg-ellátás önálló kezelése az OEP szerződési rendszerén belül, az intézményi szintű esetleges volumen-korlátozások alóli mentesítése;
 - az ellátási területek különbözőségének figyelembe vétele a finanszírozásban.
 - „Egészségügyi gondozók új finanszírozási rendjének bevezetése pilot projekt 2011” eredményének figyelembevétele talán az első lépése a tervezésnek.
- A fekvőbeteg-ellátásban
 - a HBCS súlyszámok hozzáigazítása a valós költségekhez, a szenvedélybeteg-ellátás alulfinanszírozottságának megszüntetése az aktív ellátásban;
 - a kiemelten komplex komorbid esetek többlet-terhelésének elismerése az aktív fekvőbeteg-ellátásban;

Az ellátórendszer fejlesztése során figyelembeveendő irányok:

- 1) a meglévő súlyos területi egyenlőtlenségek csökkentése,

- 2) a hiányzó kapacitások: pl. gyermek- és ifjúsági addiktológia szükségletfelmérése és a fejlesztés megkezdése,
- 3) szakmai felügyelet és minőségbiztosítási rendszer fejlesztése, programozott szakmai-módszertani fejlesztés (pl. korai kezelésbe vétel technikái, motivációs technikák elterjesztése),
- 4) epidemiológiai bázisú ellátás-fejlesztés és -monitorozás;
- 5) az azonos területen tevékenykedő, de különböző ellátási modalitásokhoz tartozó szolgáltatók (egészségügyi, szociális) rendszerszintű hatékonyságát leíró indikátorok alkalmazása a monitorozásban.
- 6) Betegutak leírása, kialakítására, mert mai napig sokszor ad hoc alapon kerül sor a kezelés biztosítására.

A fentiek alapján néhány szempont érvényesülését érdemes áttekinteni:

I. A kezelés szinterei, intervenciós eszközeit és szolgáltatásait a kezelt sajátos problémáihoz és szükségleteihez kell illeszteni (a kezelés a paciens korának, nemének, etnikai hovatartozásának és kultúrájának megfelelően legyen tervezve)

Az egészségügyi törvény /1997. évi CLIV. Törv. 2.§ (5)¹¹/ lehetőséget teremt arra, hogy területi, illetve országos szinten az egészségügyi ellátások kialakításánál figyelembe vegyük a morbiditási adatok mellett a felhasználók szükségleteiből adódó különbségeket. Az ellátások szervezésének és egymásra épülésének szakmai és finanszírozási szempontjainak megvalósíthatóságát is biztosítja a törvény /1997. évi CLIV. Törv. 75.§(3)¹²/. Az aktív ellátás területén a minden ellátóra vonatkozó területi ellátási kötelezettségek az ÁNTSZ honlapján olvashatók¹³, a 2006. évi CXXXII. tv. állapította meg a szabályait. Nagy hibája, hogy az engedélyezés adminisztratív módon követi a struktúra változásait. A területi ellátási

¹¹ „Az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik.”

¹² „Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet (a továbbiakban: progresszív ellátás).”

¹³ <http://www.antsz.hu/portal/portal/tek2009.html>

kötelezettség (TEK) kialakítása nem az engedélyezési, hanem a finanszírozási struktúrát követi.

A szolgáltatók számára az új szabályozás jellege sok félreértelmezést és nehézséget is okoz a gyakorlatban, ebből adódóan az érintettek (tulajdonos, önkormányzat) sokszor rossz helyen kezdeményezték a módosítást. A hatóság lassan reagált a tényleges igényekre. A progresszivitás nem kapott szerepet – a TEK csak „egyszintű” – ez nehezen kezelhető (pl. egy országos intézet, vagy klinika TEK-je nem mutat markáns különbséget egy területi kórházétól). Elméletileg a beutalási renddel lehetne pótolni, de ennek a szabályai is csak keretszabályok.

Elméletileg a fekvőbeteg-szakellátás - az ellátáshoz szükséges eltérő személyi és tárgyi feltételek alapján - az alábbi progresszivitási szinteken történik:

I. ellátási szint, a progresszív ellátás alapszintje, amelyet az adott ellátást nyújtó valamennyi egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell,

II. ellátási szint, a progresszív ellátás középszintje, amelyet a legalább egy megye, illetve a főváros lakosságának adott ellátását végző egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell,

III. ellátási szint, a progresszív ellátás felső szintje, amelyet az adott ellátást regionális vagy országos szinten végző egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell.

A szakmafőcsoportok szerinti felosztás nem követi a progresszivitási elvet:

Pl. drogbeteg ellátás önálló TEK-je magasabb progresszivitást jelent pl. a pszichiátriához képest? – nem, pedig a TEK-ben elkülönül. Itt utalok arra a tarthatatlanságra, hogy a szakmakódok hagyományosan „megváltoztathatatlanok”

OEPkód	Szakma megnevezése	ÁNTSZ kód	Szakma megnevezése
45	Addiktológia ¹⁴	1801	addiktológia
		1803	pszichiátriai gondozás
		1804	pszichiátriai rehabilitáció
		1805	pszichoterápia (szakorvosi képzéssel)
43	Alkoholológia ¹⁵	1811	alkohológia
44	Drogbetegellátás ¹⁶	1821	drogbetegellátás
		1831	egyéb szenvedélybetegségek ellátása

¹⁴ Pszichiátriai szakfeladat

¹⁵ (pszichiátriai szakfeladat)

¹⁶ (pszichiátriai szakfeladat)

További nehézség, hogy eddig a struktúra nem az „optimális” feladatmegosztást követte, hanem a korábbi rendszeren alapult, ami azt jelenti, hogy a struktúra látszólag „korszerű”, a TEK viszont a korábbi rendszer kapacitásaira épít (csak csökkentett számban), a minimumfeltételek harmonizálása nem történt meg, és az engedélyek pedig csak adminisztratív módon követték a változást.

Elkerülhetetlen az addiktológia területét is érintően a sürgősségi ellátás fejlesztése. A sok panasz, médiában ismertté vált események mutatják, hogy a rendszer működése nem optimális, pl. sok a továbbküldés és a várakozás az ellátásra, hiányzik a szakmai konszenzus, már nem is beszélve az SBO-k működése területi egyenetlenségeiről és a minőségi különbségről.

Az egészségügyről szóló törvény¹⁷ a rehabilitációt érintő részben meghatározza, hogy a *„rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása.”*

Módosítások szükségesek: (1) szakmai kompetenciák fejlesztése (pszichiátria vs. addiktológia); (2) TEK újragondolása az ellátóhelyek törvény szerinti kialakítására; (3) a szakmai megnevezések tisztázása és a szakmai javaslatok figyelembevétele; (4) a rehabilitációban az orvos-szakmai és szociális szempontok megfeleltetése, összehangolása.

II. A kezelés-szolgáltatás elérhetősége

Az egészségügyről szóló törvény¹⁸ kimondja, hogy a törvény célja többek között *„hozzájárulni a társadalom tagjai esélyegyenlőségének megteremtéséhez az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük során”*. Ennek érvényesnek kell lenni az addiktológiai betegekre is. Különösen akkor, ha a pszichiátriai ellátásra vonatkozóan is találunk hozzáférhetőségi szabályokat az egészségügyről szóló törvényben: *„Minden pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében ... kerüljön sor.”* (190.§ a)). Korábban láttuk, hogy az addiktológia/alkohológia/drogbeteg ellátás pszichiátriai szakfeladat.

Megkerülhetetlen kérdés, hogy időben milyen hosszán vehetők igénybe a szolgáltatások. A folyamatos elérhetőség alapelve adott. A hosszantartó, átmenetileg

¹⁷ 1997. évi CLIV.tv. 100.§(2)

¹⁸ 1997.: CVIV.tv. 1.§ (b)

életfelszint biztosító szolgáltatás például a rehabilitációs intézmény. Itt a törvény időbeni korlátot szabott: az ellátás időtartama nem haladhatja meg a három évet, ez egyszer bizonyos feltételek megléte esetén, legfeljebb két évvel meghosszabbítható. Hogyan vonatkozik ez pl. pszichiátriai/additológiai osztályokon ellátott betegekre, akik eredményes elláthatóságát a szociális hátrányosság jelentősen korlátozza? A két struktúra közötti átjárhatóság megoldatlan, az együttműködés minimális.

Módosítások szükségesek: lásd fentebb

III. A kezelés nem csak a szerhasználatra centrál, hanem egyéb problémákat is górcső alá vesz (jogi, munkaerő piaci, stb.)

Az akut (aktív) ellátást követően a rehabilitáció színtereinek elérhetősége minőségi jelző kellene, hogy legyen. A rehabilitáció céljaként is megfogalmazódik, hogy a kezelték önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, képessé váljanak a családba, munkahelyre és egyéb közösségbe való visszatérésre (100.§ (4)). Ezen kívül kifejezést nyer a törvényben, hogy „*az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is.*” (100.§(5)). Itt nyilvánvalóvá válik a rendszer egyik Achilles-sarka: az egészségügyi és szociális szolgáltatások harmonizációjának hiánya.

Módosítások szükségesek: mert az egészségügyi ellátás befejezte után szükséges szociális segítség szűk keresztmetszete akadály a törvény szellemisége érvényesülésének.

IV. A szükséges ideig kezelésben maradás/tartás feltételei

Az **egészségügyről szóló törvény** rögzíti az egészségügyi intézmény elhagyásának jogát (1997. évi CLIV. törvény 12. § (1)). Annyi korlátozást ír elő, hogy a beteg be kell, hogy jelentse távozási szándékát a kezelőorvos felé, és amennyiben ezt nem teszi meg, az orvos e ténytet felünteti a betegdokumentációban és a beteg állapotától függően értesítheti az illetékes hatóságokat (közveszély lehetősége stb.), illetve a beteg korától, jogi helyzetétől függően (pl. cselekvőképtelenség) a törvényes képviselőt. Ebből adódóan az egészségügyi működésben a

„korlátozás” kizárólag pszichiátriai iudicium. A törvény nevesíti is ebben a pszichiátriát. Nem a szakmai kérdés, pl. addiktológiai probléma, hanem a korlátozás, mint pszichiátriai beavatkozás kerül meghatározásra. Pl. amennyiben egy szerfüggő veszélyeztető állapotba kerül és jogi értelemben korlátozni kell, az addiktológiai ellátó helyek „lemondanak” a kliensről és áthelyezik pszichiátriai osztályra. Egyedi mérlegelés, hogy a komorbid állapotok, pl. depresszió, mikor kerül addiktológiai ellátás, és mikor pszichiátriai ellátás keretében megoldásra.

Az önrendelkezéshez való jog, melyet az egészségügyi törvény garantál (1997. évi CLIV. törvény 15. § (2))¹⁹, kivételt tesz a pszichiátria betegek esetében bizonyos feltételek fennállása esetén (1997. évi CLIV. törvény 191. § (1))²⁰. Mindez hogyan vonatkozik az addiktológiai betegre, amennyiben nem pszichiátriai?

Ebbe a vonulatba csak az elterelt fér bele egy speciális megoldással, hiszen a kezelt, illetve kezelésbe irányított személy számára adott az elvi lehetőség az elterelést jelentő hat hónapos szolgáltatás visszautasítására, és ezzel a büntetőeljárás normális mederben történő folytatására, a gyakorlatban azonban szinte nem fordul elő ilyen. „Kvázi önkéntes” kezeléstről beszélhetünk tehát az elterelés kapcsán²¹.

Mindenképpen megfontolandó az: hogyan lehet biztosítani, hogy az orvosilag szükséges esetekben az egyén a kezelésben maradjon? Ez már esetleg a jogi „kényszerítés”, hiszen jogszabályi felhatalmazás nélkül mindez nem lehetséges. Jogszabályi szinten érdemes lehet tehát ennek nagyobb hangsúlyozása, amennyiben ez a cél. Ezzel el is jutunk a jogi kényszerítésig, alkotmányossági kérdések merülnek fel. Előtte először széleskörű szakmai konszenzus szükséges az egyébként már létező kötelező kezelések mellett más „kényszerintézkedések” bevezetéséhez. Itt ezekben a nagyon kényes kérdésekben a szakmának meg kell/kellene tudnia védeni az igazát. Ehhez, mint említettem, széles szakmai konszenzus szükséges, hogy milyen esetekben hasznos és szakmailag indokolt a szigorítás.

Módosítások szükségesek: szakmai konszenzust követően szükség esetén az alkotmányossági kifogások figyelembevételével jogi szabályozás biztosítása.

¹⁹ „Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza...”

²⁰ „A pszichiátriai beteg gyógykezeléshez való beleegyezésére az általános szabályok az irányadók... addig, ameddig a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől az ezek elhárítását célzó korlátozások tekintetében, de a tájékoztatást ilyen esetben is a lehetőséghez képest meg kell kísérelni.”

²¹ 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól

V. A kezelés az idő előtti kilépéssel együtt járó problémák enyhítésére is alkalmas eszközöket

1997. évi CLIV. törvény 75.§ (2)²² (75.§ (2) áttételesen a rehabilitáció szabályozása kapcsán itt ismét idézhetjük a korábbiakban már részletezett törvényi szakaszokat, hiszen ezen ellátási forma lényege épp a korábbi társadalmi helyzetbe/közegbe való visszailleszkedés elősegítése. Pedig gyakori, hogy az ellátottak el sem jutnak a kezelési lánc ezen szintjéig („...egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések...Az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is.” (100.§ (2) (5)).

VI. A kezelés módszerei kombinált alkalmazása

A kezelés során a pszicho- és szocioterápiás eszközöket együtt kell alkalmazni. Ezt az egészségügyi törvény biztosítja, elsősorban a rehabilitáció fogalomkörén belül. A protokollok adta lehetőségek és a minimumfeltételek optimális betartása és annak ellenőrzése szükséges. Módosítást nem igényel.

VII. Kortárs- és sorstárs csoportok alkalmazása

A módszertani ajánlások, protokollok sohasem feledkeznek meg az önsegítő csoportok szerepéről. Támogatások és integrálásuk a gondozásba, rehabilitációba nélkülözhetetlen. Szakmai és szükség esetén pályázati úton történő támogatásuk jelentős egészségügyi kapacitást tud mentesíteni. A hozzátartozói csoportok segítenek, segíthetnek a motiváció, a compliance javításában. Módosítást igényel a finanszírozhatásuk szempontjából.

²² „Az egészségügyi szolgáltatások célja, hogy hozzájáruljon az egyének egészségének megőrzéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését.”

VIII. Kábítószer-használat komorbiditása más mentális betegségekkel

Az egészségügyi relációban önkéntesség esetén erre gyakran van példa. Az ellátás adekvát módon megtörténik. Probléma az együttműködés hiányossága, ill. a 18 év alatti korban. Ebben az esetben a szükséges gyógyszeres kezelést többnyire indikáción túli gyógyszerelést (off label) von maga után. Ezt az OGYI engedélyezi http://www.ogyi.hu/indikacion_tuli_gyogyszerrendeles/ megfelelő eljárásrend alapján. Itt jegyzem meg, hogy a hozzáférhető eddig engedélyezetttek között sem pszichiátriai, sem addiktológiai kérést nem találtam <http://www.ogyi.hu/listak/>.

IX. Az esetek monitorizálása, adatgyűjtés

Nélkülözhetetlenek a tervezés folyamatához. A drogjelentés mintájára megszervezendő az alkoholjelentés. Ennek megalkotása törvényi felhatalmazás és finanszírozási megoldás is szükséges. Módosítást igényel ez a rendelet (76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet).

X. Speciális ellátásokkal kapcsolatos eljárások

Jogsabályi megoldás az áldott állapotban lévő droghasználókkal kapcsolatos teendőkről. A szakma rendelkezik vitaanyagokkal, közleményekkel, kiadványokkal. Ez megoldásra vár (protokoll), az off label kérdéskör kellően szabályozott, de nem használt lehetőség. Valószínű, hogy lényegesen több az off label használat, mint ami nem jelenik meg. Nem valószínű, hogy „mindenki haloperidolt” kap.

XI. Az irányelvek (protokollok) fejlesztése

<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/protokollok-szerkezeti> a fenti linken megtalálható az a szempontrendszer, mely alapján fejleszthetőek és kidolgozhatóak a további addiktológiai protokollok. Ez előírt egyeztetések kiterjesztése a szakmai szervezetek mellett a betegszervezetekkel.

XII. Minőségbiztosítás – minőségfejlesztés – eredményességi értékelés

Az http://www.emki.hu/site/conf/upload/87_1.pdf olvasható. Mérlegelendő továbbá, ahogy a korábbi pontban már jeleztem, a protokollok fejlesztése, valamint a kidolgozott protokollok implementálása, az audit-területek kijelölése, a nemzeti standardok meghatározása, adatok gyűjtése, indikátorok értékelése, visszajelzés, módosítások előkészítése.

XIII. Házi orvosok bevonása az addiktológiai ellátásokba

A protokoll fejlesztésekben ki kell térni a házi orvosok szerepére. Szakmai egyeztetések során javasolni kell a házi orvosi kompetencia kiterjesztését az addiktológiára is. Nélkülözhetetlen a szerepük a korai kezelésbevitel vonatkozásában.

XIV. Az ellátás-szervezés etikai szempontjai

A pszichiátriai betegek ellátására ez esetben is valamivel szigorúbb szabályok vonatkoznak: „...személyiségi jogait egészségügyi ellátása során - helyzetére való tekintettel - fokozott védelemben kell részesíteni.” (189. § (1)). „...jogai - egészségügyi ellátása során - csak az e törvényben foglaltak szerint, a feltétlenül szükséges mértékben és ideig...abban az esetben korlátozhatók, ha a beteg veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít. Az emberi méltósághoz való jog azonban ebben az esetben sem korlátozható.” (189. § (2)).

Az etikai szempontok különösen fontosak a szenvedélybeteg-ellátásban, hiszen egy nagyon kiszolgáltatott, olykor védtelen és a társadalom által elítélt csoportról van szó. Az egészségügyi törvény általánosságban és a pszichiátriai betegek vonatkozásán külön is említést tesz ezen szempontokról, a szakmai etikai kódexek és szakmai szabályozók pedig speciálisan is rendelkeznek ezekről a kérdésekről, így külön jogszabály-módosítás vagy kiegészítés itt szintén nem javasolt.

Összefoglalva:

Országos viszonylatban a jogszabályok lehetőséget teremtenek az adekvát tervezésre. A morbiditási adatok megbízhatatlansága, a tulajdonviszonyok, az ellátások aktuális helyzete, a finanszírozás bizonytalanságai megoldhatatlanná teszik a tervezést.

A minőségbiztosítást, minőségfejlesztést folytatni kell az OAC, a Szakmai Kollégium, a szakmai társaságok és a betegszervezetek bevonásával.

A drogjelentéshez hasonló „alkoholjelentés” szükséges.