

„Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása”

TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt

“A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillér

IV.4 Integrált helyi szolgáltatási rendszereket létrehozó fejlesztési programok és elterjesztésük támogatása, csatlakozó képzési és módszertani tevékenységek

IV.4.3.1.1. A megelőző vizsgálatok alapján a humán-kapacitás, adminisztratív szükségletek és pénzügyi projekciók alapján a bevonní kívánt és lehetséges területi kör becslése, a rászorultság szempontjainak figyelembe vételével

Készítette:

Dr. Rácz József

Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából

2011

Tartalom

A TÁMOP 5.4.1. Kábítószerügyi Pillérjének bemutatása	2
Célok.....	4
A Pillér tevékenységei	5
Eredmények.....	5
Célközönség.....	5
Szakmapolitikai változások	6
A jelen feladat értelmezése.....	6
Az „érdekcsoport koalíció” modellje	7
(Sabatier, Jenkis-Smith után).....	7
A Kábítószerügyi Pillér pozícionálása.....	8
az „érdekcsoport koalíció” megközelítésében	8
Az „eszmei alap”	8
A Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció (NSZK)	9
A Semmelweis Terv (ST)	10
Az „eszmei alap” a két dokumentum alapján is jól kirajzolódik	12
Felépülés-központú szemlélet	13
A „politikai alap”	14
A négy régió szükséglet-meghatározáson alapuló ellátásfejlesztése, illetve ellátástervezése	16
A négy régióban azonosított fő problémák	21
A „másodlagos jellegzetességek” szintje.....	25
Mobilizációs és forrásallokációs struktúrák.....	26
Következtetések	28

A TÁMOP 5.4.1. Kábítószerügyi Pillérjének bemutatása

A TÁMOP 5.4.1. Kábítószerügyi Pillérjének alapvető célja a kábítószer-használat kezelését célzó integrált ellátások kialakítása volt: az integráció elméleti-módszertani alapjainak kialakításával, majd az ország négy régiójában a modellprogramok bemutatásával.

Mit jelent ebben az összefüggésben az integrált ellátás?¹ Az integrált ellátások átfogó célja, hogy támogassa a droghasználókat abban, hogy fel tudjanak hagyni droghasználatukkal, valamint, hogy megfelelő, összerendezett és időben rendelkezésre álló segítséget nyújtson a droghasználattal összefüggésben jelentkező egyéb egészségügyi és/vagy szociális problémák kezelésében, megoldásában. Ezt a meghatározást nyugodtan kiegészíthetjük azzal, hogy nemcsak a droghasználat abbahagyásának elősegítése képezte a Pillér célját, hanem a szerhasználók felépülésének elősegítése: kezdve a megelőzéssel, a kezelés-ellátáson át a rehabilitációig és a reszocializációig². A mai drogdiskurzusban a felépülés a korábbinál nagyobb szerepet kapott – elsősorban a 2010-es angol nemzeti drogstratégia³ megfogalmazásai miatt, másrészt az Egyesült Államokban is megjelenő felépülés-központú megközelítések okán. Az amerikai Pszichoaktív Abúzus és Lelki Egészség Adminisztráció (SAMSHA) éppen 2011 szeptemberét nevezte ki a felépülés hónapjának⁴! A kézirat születésének időpontjában a magyar Nemzeti Drogstratégia még kialakítás alatt állt, de vélhetően abban is erőteljesen megjelenik a felépülés-központú szemlélet.

E megközelítés legfontosabb jellemzője, hogy az első pillanattól kezdve – azaz a megelőzés vagy a megkereső munka révén kialakult szerhasználói csoportok és segítő szolgáltatások közötti kapcsolattól a kezelés-ellátás, a rehabilitáció és reintegráció folyamán végig érvényesíti szemléletét. Ilyen értelemben a sokszor funkcionális, máskor szakmaszervezési okok miatt felszabdalt segítő folyamatot egységes egészként értelmezi. Azt is mondhatnánk Strang professzor révén (2011)⁵, aki a véleményét az általa is jegyzett angol drogstratégia

¹ Domokos Tamás, Fábián Róbert, Felvinczi Katalin, Horváth Gergely Csaba, Márványkövi Ferenc, Mervó Barbara, Paksi Borbála, Rácz József (Szerkesztette) Paksi Borbála és Felvinczi Katalin (2010): Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás. (Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet) Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

² lásd pl.: Rácz J (2011): IV.2.1.1.1. A különböző célrendszerek azonosítása az ellátást szolgáló komplex rendszerek tervezése során (pl. egyenlő hozzáférés, felhasználói hozzájárulás, progresszivitás) – tanulmány és hazai megvalósulások elemzése.

³ HM Government (2010): Drug Strategy 2010.Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery :Supporting People to Live a Drug Free Life. London.

⁴ <http://www.recoverymonth.gov/> hozzáférés: 2011.08.16.

⁵ NHS National Treatment Agency for Substance Use (2011): Recovery-orientated drug treatment an interim report by Professor John Strang, Chair of the expert group. London.

kapcsán fogalmazta meg: a felépülés-központú ellátásnak – és annak eredményeinek – már akkor láthatóvá kell válnia, amikor a kliens belép egy szolgáltatás kapuján. Ugyanakkor, a jelenlegi ellátás is számos olyan elemet tartalmaz, amit a felépülés-központú támogatás is, csak az egyes elemeket másképpen, más hangsúlyokkal helyezi el rendszerében, és a folyamatosságra helyezi a hangsúlyt.

Célok

Az integrált ellátási modalitások kialakítása révén mit kívánunk elérni?

- Az illegális szerek használatának csökkenését szubsztitúciós kezelések stabilizálása, illetve, ha lehetséges, a detoxifikációs eljárások alkalmazása révén. Ezek által el kívánjuk érni, hogy a droghasználók kevesebb szert és ritkábban használjanak, illetve, hogy a már kezelésbe vont szerhasználók körében csökkenjen a visszaesések száma.
- Csökkenteni kívánjuk a fertőző betegségek elterjedésének kockázatát a droghasználók körében.
- Az egészségi állapot valamennyi aspektusa tekintetében javulást kívánunk elérni.
- Csökkenteni kívánjuk a droghasználattal összefüggő bűnesetek előfordulási gyakoriságát.
- Javítani szeretnénk a droghasználók személyes, közösségi és családi közegben tapasztalható funkcionálásának színvonalát.
- Ezen szolgáltatások által javulhatnak a drogproblémával küzdők képzési és munkaerő piaci perspektívái, valamint lakhatási körülményei.

A felépülési-szemlélet jegyében annyit tehetünk hozzá ezekhez a célokhoz, hogy mindezt elsősorban az egyes személyek erőforrásaira építve kívánjuk elérni, és inkább csak másodlagos elemként jelenik meg a „hiányállapotok”, a „patológias folyamatok” korrekciója. Persze, ezek nélkül, önmagukban a pozitív pszichológia által megfogalmazott célok (jóllét, jó életminőség, boldogság, optimizmus, értelmes élet) sem érhetők el! A célok elérése tekintetében a Pillér vonatkozásában meghatároztuk azokat a tevékenységeket, melyekkel elérhetőnek gondoltuk a célokat: ahogy említettük, mind szakmai-módszertani alapon, mind pedig a mindennapi praxisban, Magyarország négy városának/régiójának vizsgálatával. A

területi kutatások mellett a szakmai szabályozás, illetve a minőségbiztosítás feladatait is meg kellett valósítani.

A Pillér tevékenységei

- Olyan indikátorrendszer kialakítása és tesztelése, amely képes leírni a helyi ellátórendszer (megelőzés, kezelés, szociális) ellátás modalitásonkénti és együttműködési hatékonyságát.
- Értékelési eszköz kialakítása a helyi döntéshozók számára, hogy hatékonyan meg tudják ítélni az ellátórendszer hatékonyságát.
- Szükségletalapú tervezési és ellátási eszköz kialakítása, mely lehetővé teszi a rendelkezésre álló erőforrások leghatékonyabb elosztását, átcsoportosítását az egységes módszertan szerint elkészített szolgáltatásfejlesztési térkép kialakításán keresztül.
- Megtörténik az érintett szolgáltatásspektrum nemzeti szintű minőségügyi rendszerének kialakítása, hogy a helyi döntéshozók igazolt hatékonyságú, megbízható módszertani háttérrel rendelkező szolgáltatásokkal dolgozhassanak.

Eredmények

A kábítószerügyi Pillér eredményeit tematikusan csoportosítottuk a Pillér négy fő tevékenysége szerint:

- Szükséglet-meghatározás
- Ellátástervezés
- Szakmai szabályozás
- Modell-program – értékelés és elterjesztés

Célközönség

A TÁMOP Kábítószerügyi Pillér célközönsége a kábítószer-probléma keresleti oldalán tevékenykedő szakemberek köre, akik közvetlenül, vagy közvetve találkoznak a kábítószer-használat személyes és/vagy közösségi következményeivel, valamint azok a helyi, vagy

nemzeti szinten tevékenykedő döntéshozók, akik az intézményrendszer működtetésével, szervezési prioritásaival foglalkoznak.

Szakmapolitikai változások

A Kábítószerügyi Pillér tervezését – 2008-at – követően és a megvalósítás során számos tekintetben új helyzet állt elő. Az államigazgatás általános újrafogalmazása a Pillér eredményei kiterjesztésének lehetőségét is érintették. Most csak a legfontosabbakat említve: a Semmelweis terv átrajzolja az egészségügy rendszerét, a Nemzeti Szociálpolitikai Konceptió pedig a szociális szolgáltatások rendszerét. Mindkét koncepció az önkormányzatoktól jellemzően az állami koordináció irányában csoportosítja át az erőforrásokat és a döntési-szervezési szinteket, megőrizve azonban a szubszidiaritás elvét a beavatkozások tekintetében. A Kormány visszavonta a 2009-ben elfogadott nemzeti drogstratégiát („Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség”), az új stratégia kimunkálás alatt áll. A Pillér „hátszaga”, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet is új keretek között – a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetben – Nemzeti Drogmegelőzési Irodaként folytatja tevékenységét, továbbá a nemzeti kábítószerügyi koordináció államigazgatási pozíciója is megváltozott. Az egészségügyet, különösen az addiktológiai ellátásokat érintő, 2006-tól egyre erőteljesebb forráskivonás és kapacitáscsökkenés is 2010-ben éreztette legerősebben a hatását.

A jelen feladat értelmezése

Ennek a tanulmánynak az a célja, hogy áttekintse, hogy a megváltozott szakmapolitikai környezetben, a Pillér által elért eredmények és célok hogyan és milyen esélyekkel terjeszthetők ki országos szintre. Ahogy a tanulmány címe is megfogalmazza: „A megelőző vizsgálatok alapján a humán-kapacitás, adminisztratív szükségletek és pénzügyi projekciók alapján a bevonní kívánt és lehetséges területi kör becslése, a rászorultság szempontjainak figyelembe vételével”. Fontos látnunk, hogy a kormányzati kommunikáció – és a már meghozott döntések – nem pusztán szakmapolitikai hangsúlyeltolódásokra utalnak, hanem esetünkben, azaz a kábítószerügy keresleti oldala tekintetében is, a nagy állami-önkormányzati rendszerek (mint az egészségügy vagy a szociálpolitika) újragondolását és

újrászervezését jelentik, sok esetben egészen az alapfilozófiáig terjedően. Ezért szükséges a politikai rendszerek, elsősorban a közpolitikák változását értelmező keretrendszer bemutatása; így jobban érthetőek a hazai változások és azok következményei a Kábítószerügyi Pillér tekintetében!

Az „érdekcsoport koalíció” modellje (Sabatier, Jenkis-Smith után)

A modell az „érdekcsoport koalíciók” tekintetében három szintet különböztet meg:

- eszmei alap (deep core): az egyénnel, a társadalommal és a világgal kapcsolatos víziót meghatározó alapvető normatív és ontológiai axiómák;
- politikai alap (policy core): az eszmei alap adott politikai alrendszeren belüli megvalósítására vonatkozó felfogás és stratégia;
- másodlagos jellegzetességek (secondary aspects): a politikai alap gyakorlati megvalósítása.

A változás annál erőteljesebb, minél inkább az „eszmei alapot” érinti. Esetünkben éppen erről van szó: nem a politikai stratégia vagy a politikacsinalás változott meg, hanem mindezek eszmei alapja. A kábítószerügyre lefordítva, elsősorban nem a kábítószerhasználat megítélése változott meg – a beharangozott szigorítás ellenére sem, hiszen a politika továbbra is kettős üzeneteket közvetít, ahogy egyébként a társadalomban is kettős kép él a kábítószerfogyasztásról. Nevezetesen a bűnözés és a betegség képe, értelmezése. A politika sok tekintetben ugyan alakítója lehet a társadalmi véleménynek, máskor viszont éppen ahhoz igazodik. A kábítószerhasználat megítélése – tehát az említett kettősség – a populáció körében lényegében nem változik, amit több hazai vizsgálat is alátámaszt⁶. Persze, a kábítószerhasználat kormányzati megítélése, a kettősség/ambivalencia elbillentése a

⁶ Paksi B (2003): Drogok és felnőttek. A 18 év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. L'Harmattan, Budapest. Busa Csilla, Füzesi Zsuzsanna, Kesztyüs Márk, Szemelyácz János, Tistyán László: Kirekesztés és kirekesztődés – a droghasználók társadalmi megítélése. szmi.hu/download.php?fileoid=208 hozzáférés: 2011.08.16. Elekes Zs, Paksi B és Lendvai A (2005): A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.

„betegség” felől a „bűnözés” felé, akár súlyos következményekkel is járhat, azonban ennek kis esélyt jósolunk. A kialakult politikai rendszer (az értelmezési keretben: a „lehetőséget megadó politikai rendszer”, illetve a források és pozíciók átrendezéséért felelős „mobilizációs struktúrák”) ezen a téren lényegében nem fog változni – ha tetszik, éppen tehetetlensége okán.

Az „eszmei alap” változását csupáncsak követi a másik kettő, amit a politikai rendszer felépítése („a lehetővé tevő tényezők”), illetve a mobilizációs hálózatok erőforrásokat és politikai-közpolitikai pozíciókat megszerző/elvesztő átrendeződése kísér.

Ebben az erőterben kell elhelyeznünk a TÁMOP 5.4.1. Kábítószerügyi Pillér eredményeinek országos disszeminációját!

- Az „eszmei alap” az állam szerepének és az állam–polgár viszonyának relatíve újrafogalmazása, e kettőnek a korábitól lényegesen eltérő ontológiai státusza. Ebben a Pillér mondandója: a felépülés-központú ellátás felelősségi rendszerével a drogproblémák diskurzusát újrafogalmazhatjuk az „újfajta” állam–polgár ontológiai viszonyban.
- A „politikai alap” tekintetében konkrétumokat mondhatunk: elsősorban a szükséglet-alapú ellátástervezésben, az integrált (egészségügyi és szociális) ellátások kialakításában, az ellátások minőségbiztosításában (különös tekintettel az indikátorokra, főleg a „kimeneti” jellegű indikátorokra), valamint a szakmai szabályzóanyagok tekintetében.
- A „másodlagos jellegzetességek” főként helyi-országos közpolitikai hatalmi, mobilizációs struktúrákat jelölnek (forrásallokáció, közpolitikai pozíciók): e tekintetben a Pillér néhány megállapítása releváns lehet.

A Kábítószerügyi Pillér pozícionálása

az „érdekcsoport koalíció” megközelítésében

Az „eszmei alap”

A korábban emlegetett „eszmei alaphoz” – témánkhoz közelítve – a Semmelweis Terv (ST)⁷ és a Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció (NSZK)⁸ útján közelíthetünk (nemzeti drogstratégia híján). Az alábbiakban e két szakmapolitikai dokumentumból idézünk egyes részeket:

A Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció (NSZK)

„Rendkívül károsnak tartjuk, hogy a szociálpolitikáról szóló diskurzust a kizárólag a szegénységre és a jövedelemegyenlőtlenség növekedésére érzékeny társadalomkutatók és a kizárólag az OECD-benchmarkokban gondolkodni képes közgazdászok párbeszédképtelen egymás melletti elbeszélése jellemzi. A szociálpolitikának ezen leegyszerűsítéseit károsnak tartjuk. Megközelítésünkben a szociálpolitika produktív, a gazdaság versenyképességéhez aktívan hozzájáruló tényező, amely a megfelelő szintű emberi erőforrások fenntartása érdekében: figyelemmel kíséri annak alakulását, megkísérli megelőzni károsodását, valamint a kockázatok bekövetkeztekor hatékony védelmet nyújt. Felfogásunkban a szociálpolitika közös társadalmi értékek mentén aktívan avatkozik be a közösség által elismert szükségletek kielégítése, kockázatok megelőzése, csökkentése; a társadalmi humántőke lehető legjobb újratermelődése; valamint a társadalom hosszú távú fennmaradását biztosító népesedési helyzet javítása érdekében. Ehhez olyan szociálpolitikára van szükség, amely nem kiszorítja a helyi közösségek erőforrásait, kezdeményező-készségét, hanem azokra építve segíti a helyi szociális kohézió erősödését.” (NSZK, 5.o.)

„A szociálpolitikának egyszerre kell szolgálnia a szabadságot és a biztonságot. (...) Az egyén, illetve a család felelőssége elsődleges a szociális védelem biztosításában. Az egyén felelőssége jelenti egyfelől azt, hogy az egyéntől elvárható, hogy minden erőfeszítést tegyen meg saját helyzetének javítása érdekében, másfelől jelenti azt, hogy a közpolitikák ne torzítsák az egyéni erőfeszítések lehetőségeit fiskális illúziók keltésével, ösztönözzenek az öngondoskodás növelésére, az állampolgári tudatosság erősítésére, ne szorítsák ki az egyéni kezdeményező-készséget, minél inkább ösztönözzenek a munkavállalásra és a megtakarításra.

⁷ Újraélesztett egészségügy - Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére Szakmai koncepció. NEFMI, Budapest, 2011. 05.11.

⁸ Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció, 2011-2020. Munkaanyag. A Kormány álláspontját nem tükrözi. 2011. ver. 10.

A magyar társadalom hagyományaiban, értékrendjében a család szerepe kiemelkedő jelentőséggel bír. (...) Meggyőződésünk, hogy a család értékének, alapvető funkcióinak, megtartó erejének megerősítése az egész társadalom érdeke. A szociálpolitikának fel kell vállalnia, hogy az olyan intézményeket, amelyek ezeket a funkciókat, a családot és a házasságot, mint értéket bizonyítottan erősítik, pozitívan diszkriminálja.” (NSZK, 9-10.o. részletek)

„Az állami beavatkozás másodlagos, de alapvető. Ebben az esetben a szubszidiaritás elvét kell érvényre juttatni. Ennek értelmében minden beavatkozást az érintettekhez lehető legközelebbi szinten kell meghozni, ahol már rendelkezésre állnak a szükséges erőforrások, ahol a legnagyobb a hozzáértés. Ennek a beavatkozásnak kiszámíthatónak (vagyis normatívan szabályozottnak) kell lennie, tiszteletben kell tartania az emberi méltóságot és a lehető legnagyobb szabadságot (önállóságot) kell biztosítania. A szociálpolitika elsősorban nem megváltoztatni kívánja a rászoruló embert, hanem segít megküzdeni a nehézségekkel, illetve együtt élni azokkal. A társadalmi szolidaritás nélkülözhetetlen elemei azok az egyházi és civil szervezetek, amelyek a szociális védelem rendszerét innovatív és rugalmas szolgáltatásaikkal, önkéntesek alkalmazásával nemcsak kiegészítik, hanem jobb minőségűvé teszik. A társadalmi felelősségvállalás a közösségeken túl mindinkább elvárt, elvárható magatartás a munkahelyektől, munkáltatóktól is. (...) Felfogásunkban a szociálpolitika szerepe éppen gazdasági visszaesések idején erősödik meg: kiegyenlítő, támogató, ösztönző mechanizmusai jelentősen képesek fékezni a káros folyamatokat, segítenek a fellendülésben.” (NSZK, 10-11.o. részletek)

A Semmelweis Terv (ST)

„A kormányprogram az egészségügy megmentése és újjáépítése érdekében szükségesnek tartja mind az ágazatba történő forrásbevonást, mind pedig a nagyobb állami felelősségvállalást. Mindkét elem hangsúlyosan jelenik meg a Semmelweis Tervben. Az állami egészségügyi szervezési intézményrendszer kiépítése a betegújszervezésen és a funkcionális integráción keresztül alapvető szerepet játszik az ágazat hatékonyságának erőforrás reallokáción keresztül

javitásban, az egészségügyi közkiadások reálértékének fokozatos növelése pedig lehetővé teszi a torz finanszírozási ösztönzők tompítását, kiiktatását és a szakképzett munkaerő megtartását.” (ST, 8.o.)

„1. A polgári egészségpolitika a nemzetközi szervezetek ajánlásait is figyelembe véve a magyar kutatók által kifejlesztett **probléma-orientált, funkcionális megközelítést** alkalmazza, amelynek három jellemzője, hogy (1) értékközpontú, célvezérelt, (2) bizonyítékokon alapuló, és (3) megvalósítható.

2. A **célvezéreltség** azt jelenti, hogy az egészségpolitikai programalkotás kiindulópontját az egészségügyi rendszer működésével elérni kívánt célok, ezeknek a céloknak az el nem éréséből levezethető problémák, illetve a problémák okainak feltárása adja. A programalkotás ebből következően tehát az értékek, célok világos és egyértelmű megfogalmazásából indul ki.

A neoliberális piac-, magántőke-, és profit-orientáltsággal, illetve a kritikátlan állampártisággal szemben a célvezéreltség alapelve azt kívánja meg, hogy ne foglaljunk eleve állást különböző eszközök, megoldási javaslatok mellett. Ehelyett azt vizsgáljuk, hogy egy adott probléma megoldásához milyen eszközök alkalmazása visz bennünket a legközelebb.

3. A **tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitika** (...).

4. A **megvalósíthatóság** megköveteli a társadalmi, kulturális, politikai realitások, illetve technikai és kapacitás korlátok figyelembe vételét az eszközválasztásban (...)” (ST, 11.o.)

„A nemzeti ügyek kormánya alapvető értéként kezeli:

- a kiszámíthatóságot és a stabilitást;
- az emberséget és a partnerek tiszteletét;
- a konszenzuseresést a társadalmi, szakmai- és érdekvédelmi szervezetekkel;
- a jó teljesítmény elismerését és honorálását;
- a tisztességes feltételek kialakítását, a betartható szabályokat;
- az átláthatóságot és a számonkérhetőséget.” (ST, 12.o.)

„A közép- és hosszútávú ágazati stratégia egy kívánatosnak tekinthető rendszermodell köré épül, amely igyekszik választ adni a mai magyar egészségügyi rendszer és ezzel a betegek legtöbb problémájára. A problémák okainak azonosítása alapján a javasolt rendszermodell a betegút-szervezési funkció (BÚSz), valamint az ellátórendszer strukturális optimalizálása köré épül, és támogatja az ellátó-intézmények közötti funkcionális integráción keresztül a

hatékonyság javítását, a technikai minőség növelését és a területi ellátási egyenlőtlenségek mérséklését.” (ST, 22.o.)

Az „eszmei alap” a két dokumentum alapján is jól kirajzolódik

- a szociálpolitika és az egészségpolitika egyaránt *produktív*, azaz *hozzájárul a gazdaság versenyképességéhez*, tekintetbe veszi az *emberi erőforrásokat* – sőt, azokra épít;
- aktívan *avatkozik be* a közösség által elismert *szükségletek* kielégítése, kockázatok megelőzése, csökkentése; a *társadalmi humántőke lehető legjobb újratermelődése* érdekében;
- messzemenően épít a *helyi közösségekre* (család, civil társadalom, egyház): cél a helyi *szociális kohézió*, a *társadalmi felelősségvállalás* kialakítása;
- hangsúlyozza az egyén és a család *felelőségét*;
- az *állami beavatkozások* növekvő szerepe – a szubszidiaritás elvével együtt;
- az állam *mint egészségszervező* alakítja át az egészségügy egészét;
- a szociálpolitika elsősorban *nem megváltoztatni kívánja* a rászoruló embert, hanem segít megküzdeni a nehézségekkel, illetve együtt élni azokkal;
- *értékközpontú, célvezérelt* szakpolitikák (nem véletlen, hogy mindkét dokumentum hangsúlyosan kezeli az „alapértékeket”!);
- *hatékonyság, minőség.*

Fontos elem az előző kormányok tevékenységétől való elhatárolódás, sőt, a 89-90-es rendszerváltozás eredményeinek kritikája is. Így a kormányzat működése nem tekinthető az első Orbán kormány folytatásának, ahogy ez pl. a kábítószerügy területén is megjelenik (a terület súlya, államigazgatási reprezentációja, a vezető személyiségek kiválasztása).

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a két dokumentum az állami szerepvállalás (azaz a szabályozás, irányítás) erősítése mellett az egyéni és társadalmi (családi, közösségi) felelősségvállalásra épít. Céljuk a produktív, gazdaságilag is hatékony emberi erőforrások

erősítése, úgy, hogy mindeközben nem avatkoznak be az autonóm emberek és kisközösségek életébe, mert azok önmagukban – megfelelő működés esetén – biztosítani tudják az alapvető politikai célok elérését. E célok között a gazdasági versenyképesség javítása jelentős helyet tölt be. Az állam és az állampolgár, valamint a kettő közötti viszony alapvetően – mondhatjuk, ontológiailag – megváltozott.

Felépülés-központú szemlélet

A TÁMOP 5.4.1. Kábítószerügyi Pillér akkor tudja ezeket a célokat elérni, ha céltételezései közé beemeli a felépülés-központú szemléletet. Ez a szemlélet amúgy sem áll távol az eredeti céloktól (ahogy az emlegetett Strang [2011] is megjegyzi, a felépülés-központú szemléletben nincs teljesen új elem, hanem a „megszokott” kezelési-ellátási elemek más hangsúlya és csoportosítása tapasztalható). A felépülés-központú ellátás az egyének és közösségeik erőforrásaira épít, miközben az állami intervenció hatékonyságát, eredményességét hangsúlyozza. A cél a munkaerőpiaci elhelyezkedésben is mérhető felépülés. A megközelítés egyik fontos eleme a „felelősség”, amit azonban sikeresen elszakít annak morális, „felelőssé tevés”, stigmatizáló és bűnbakoló értelmétől, és a fogalom – a többi kifejezéshez hasonlóan – pozitív (a fejlődést előmozdító) értelmezést nyer⁹. A felépülés-központú szemlélet (az egyéni droghasználó szerepe és felelőssége, a család és kisközösség szerepe és felelőssége, az állami – vagy más – segítség szerepe) összeilleszthető a második Orbán-kormány közpolitikai szemléletével, pontosabban annak „*eszmei alapjával*”, az egyes szereplők megváltozott ontológiai státuszával.

A felépülés-központú szemlélet a szükséglet-meghatározáson alapuló, ellátás-szervezési modellben is megjelenik, ami a Kábítószerügyi Pillér egyik legfontosabb eredménye. Eredmény mind elméleti-módszertani szinten, mind pedig a négy magyarországi város/régió¹⁰ ellátásainak feltérképezésében és az ellátás-szervezési javaslatok megfogalmazásában.

⁹ Persze, a felelősség ilyen értelmezése csupán szándék, ha azt a megfelelő szakpolitikák nem követik, pl. az egyéneket a felelősséggel való felruházásra alkalmassá tevő „empowerment” nélkül! Lásd még: Kopp M (szerk.) (2008): Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest.

¹⁰ A régió itt nem a magyarországi európai uniós régiókat és nem is a ST régióit jelöli, hanem egy-egy város vagy városrész hagyományosnak mondható vonzáskörzetét.

A négy terület kiválasztása úgy történt, hogy a droghasználattal összefüggő szolgáltatások négy különböző, a nemzeti szakértői munkacsoport által az országra jellemzőnek vélt minőségi és mennyiségi mutatóit vonultassák fel:

1. Dunaújváros: gyakorlatilag ellátás nélküli, vagy csak minimális ellátást (jobbára sürgősségi ellátást) biztosító város, ahol ugyanakkor – különböző források szerint, amelyek a „szürke”, azaz nem tudományos kifejezéssel illethetők (grey sources) –, a droghasználat, különösen az injekciós használat súlyosnak tekinthető;
2. Miskolc: súlyos droghasználat a várost körülvevő régióban, sokféle ellátó, amelyek közül ténylegesen kevés nyújt ellátást (ahova egy droghasználót pl. be lehet utalni). Az ellátást végző intézmények között csekély a kooperáció és még kisebb a koordináció;
3. Észak-Pest: súlyos droghasználat, sok ellátó: az ellátószervezetek között jónak mondható kooperáció és koordináció (utóbbival azért van probléma); a régió a határainál messze túlnyúló feladatok (droghasználó vagy kockázati populáció) ellátását is végzi; a helyi önkormányzat nem avatkozik be az ellátásba (sem negatív, sem pozitív értelemben: a hozzáállása inkább passzív-támogató);
4. Észak-Buda: nem túl súlyos droghasználat, sok ellátó, ezek közül azonban tényleges droghasználó/kliens ellátást azonban csak egy-két szervezet végez (ahova be lehet utalni a droghasználókat); ugyanakkor az önkormányzat eltökélt az ellátások fejlesztésében.

Mind a négy régióban alkalmazható a felépülés-központú szemlélet; nyilván, a régiók sajátosságaitól függően más-más szinten. A helyi/regionális önkormányzatoknak, illetve állami betegútszabályozó szervezeteknek ugyanakkor lényeges szerep jutna az ellátások fejlesztésében és koordinálásában! De ezek az állítások már a következő ponthoz vezetnek.

A „politikai alap”

Folytatva az „*érdekcsoport koalíció*” modell mentén történő bemutatást, a Kábítószerügyi Pillér legfontosabb eredményei ezen a szinten értelmezhetők a legjobban. Ez feltételezhető volt, hiszen a projekt ezt a szintet célozta meg.

A szükséglet-meghatározáson alapuló ellátás-tervezési eljárás, az ennek során alkalmazott kliens- és intézmény-profil, a kliens elégedettségi vizsgálat, a rejtőzködő szerhasználókat feltáró helyi kutatások, az ellátási térkép összeállítása és a regionális szinten megfogalmazott további feladatok elsősorban mind a köz-, illetve a szakpolitika szintjén értelmezhetők. Fontosak a helyi tapasztalatok alapján megfogalmazott módszertani irányelvek, minőségbiztosítási alaptevések (különösen akkor, ha ismerjük a terület minőségügyi mutatóit – pontosabban, ezek hiányát) és indikátorok¹¹.

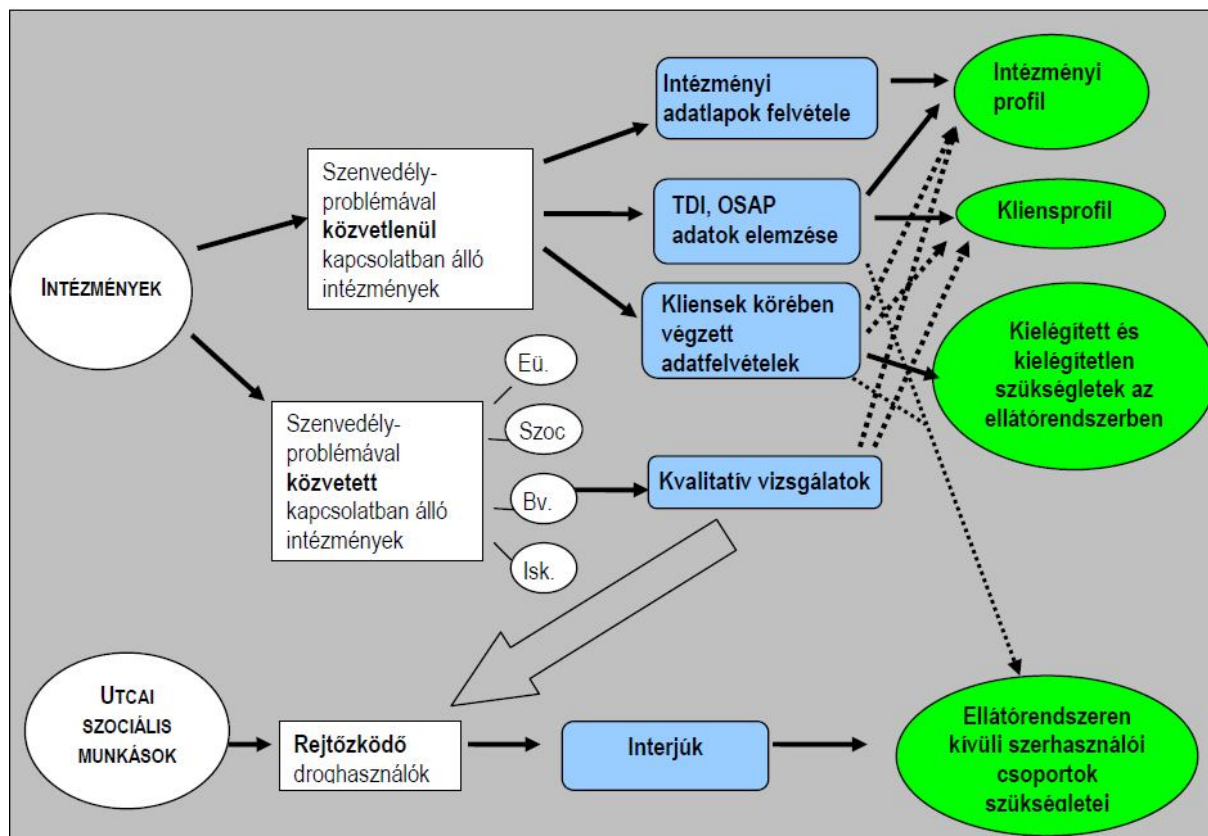
A Pillér több tanulmánya vizsgálta, hogy ezek az eljárások, illetve állásfoglalások – most már elszakadva az egyes régióktól – mennyiben alkalmazhatók országos szinten. Ezek közül a megállapítások közül érdemes néhányat kiemelni.

A „*politikai alap*”, azaz a köz- vagy szakpolitikai szint a ST és a NSZK tekintetében rendkívül jól pozicionálható: szinte alig van olyan eleme e két dokumentumnak, amire a Pillér valahogyan ne reflektálna. Ez azt jelenti, hogy az ellátórendszerekről kialakított „diagnózisunk” helyes volt, és a megoldáskeresés irányában sem süllyedtünk el az addiktológiai ellátások részleteiben.

Az integrált addiktológiai ellátási modalitások kialakítását célzó helyi szükséglet-meghatározás folyamatábrája: célcsoportok, módszerek, outputok¹²

¹¹ IV.3.5.1.2. Szolgáltatói szintű indikátorok kialakítása együttműködő szolgáltatókkal.

¹² A Kézikönyv ábrája, lásd: 1. lábjegyzet.



Mielőtt a „politikai alappal” kapcsolatos következtetéseinket megtennénk, röviden ismertetjük a négy régióban elért szükséglet-meghatározás alapú ellátásstervezés és –fejlesztés főbb eredményeit.

A négy régió szükséglet-meghatározáson alapuló ellátásfejlesztése, illetve ellátásstervezése¹³

Dunaújváros

a. alacsonyküszöbű szolgáltatás, amely a következő szolgáltatási formákat inkorporálhatja:

¹³ Mervó B (2011): Fejlesztési célok elemzése a szükségletfelmérés tükrében.

- utcai megkereső munka
- pszicho-szociális tanácsadás
- fix telephelyű tűcsere program, melyhez majd a szolgáltatás
- megszilárdulását és klienskörének kiépülését követően (1-2 év) szűrő
- programok (HIV/HCV) is csatlakozhatnak
- továbbirányítási szolgáltatás vagy a kórház pszichiátriai és addiktológiai osztálya és/vagy az addiktológiai gondozó felé, illetve valamelyik együttműködő drogterápiás intézet felé;

b. Nappali ellátó kialakítása, amely együttműködhet az alacsonyküszöbű szolgáltatással akár elhelyezkedését, akár pedig munkatársait tekintve. E két szolgáltatás közösen tarthatja fenn az utcai megkereső munkát, valamint a továbbirányítási rendszer működtetése is történhet együttműködésben

c. Egészségügyi ellátásban dolgozók érzékenyítése, ami a networking kapacitás erősítését is szolgálhatja.

Miskolc

Az átfogó cél egy komplex és integrált ellátórendszer kialakítása. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások közül a megkereső munka és a drop-in helyiség kialakítása indokolt a szükséglet-meghatározás szerint. Kivitelezhetőségét tekintve bizonytalanabbnak ítélt cél a régióban hiányzó, szenvedélybetegek nappali ellátásának kidolgozása.

Észak-Pest

Az optimális *ellátási háló* az intézmények olyan rendszerét takarná, amely széles körben elérhető és hozzáférhető, megfelelően koordinált ellátást nyújt a kábítószer problémával küzdő személyek számára. A rendszer olyan átalakítására, a már meglévő struktúra olyan fejlesztésére van szükség, amely révén képes lesz lefedni az elsősorban a régióban jelen lévő szerhasználók, a hozzátartozók és tágabb környezetük ellátási szükségleteit.

A helyi szakértők a következő négy fejlesztési javaslatot emelték ki a bővebb listából:

- 1) Megkereső programok fejlesztése, szolgáltatások közötti kommunikációs erősítése, koordináció megvalósítása
- 2) Képzési programok fejlesztése, szélesebb körű alkalmazás
- 3) Nappali ellátás fejlesztése, bővítése
- 4) Fiatalok nappali ellátása

Észak-Buda

Elsőrendű prioritásként jelölték meg a helyi kutatás résztvevői, hogy olyan átalakításra van szükség a szolgáltatások szintjén, amelynek segítségével, a droggal kapcsolatos problémák kezeléséről a *hangsúly áthelyeződik a komplex egészségfejlesztésre és életvezetési tanácsadásra a „holisztikus” szemlélet jegyében.*

Az ellátási hálóból megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) a régióban részben kiépült, egyes szolgáltatók között viszont hiányosságok tapasztalhatók, vagy az információ áramlása csupán egyoldalú. Ennek megoldása a szerzők szerint a fejlesztés során feltétlenül indokolt lenne. A szolgáltatások terén jelenleg az egészségügyi és a szociális szektor elkülönülése jellemző, az integrált ellátások száma alacsony.

Mind a négy régióban a kitűzött célok elérése tekintetében kockázatelemzés történt, különböző értékholders bevonásával (stakeholder), valamint sor került a beavatkozások SWOT elemzésére is¹⁴. A SWOT elemzés módszertana képes a közösségi gondolkodás erősítésére is. A négy régió összefoglaló fejlesztési lehetőségeit mutatja a logikai keretmátrix, ami a tervezés egyik lehetséges eszköze.

Logikai keretmátrix a négy régió ellátásfejlesztéséről¹⁵

¹⁴ Sebestyén E (2011): „A szükséglet-meghatározásra szolgáló rendszer működési eredményeinek konvertálása a helyi szolgáltatási háló értékelési rendszer igényeinek megfelelően – a konverziós folyamat vizsgálata, torzulások, helyi konszenzusok létrehozása az elfogadható bizonytalansági szintekről”. A régiós helyzetelemzéseken alapuló fejlesztési célok megvalósíthatósági tanulmányainak összegzése.

¹⁵ Mervó B (2011).

	BEAVATKOZÁSI LOGIKA	OBJEKTÍVEN MÉRHETŐ INDIKÁTOROK	AZ ELLENŐRZÉS INFORMÁCIÓ FORRÁSAI	FELTÉTELEZÉSEK/KOCKÁZATOK
ÁTFOGÓ CÉL	A drogprobléma hatékony kezelését előmozdító a szociális és egészségügyi ellátások főáramába illeszkedő ellátási formák kialakítása, a problémás droghasználók kezelését-ellátását célzó, lefedettséget biztosítani képes rendszer kiépülése	A drogproblémával küzdők ellátásba kerülési adatai, a problémás droghasználók legalább 50%-a szükségleteihez illeszkedő ellátásba kerül.	Kezelő-ellátó rendszerre vonatkozó adatok elemzések – éves jelentés	
PROJEKT CÉLOK	A helyi szinten jelentkező drogprobléma (szerhasználói mintázatok, ellátási modalitások) átfogó ismerete Integrált ellátási modalitások működnek a helyi együttműködések megerősítése révén	Kvantitatív és kvalitatív kutatások eredményei Kezelésbe-ellátásba vont kliensekre vonatkozó adatok.	Éves rendszerességgel ismétlődő adatfelvételek, monitoring mutatók Kliensutak, eredményességi mutatók	A fejlesztések szakmapolitikai támogatottsága biztosított. Az országos és/vagy regionális elterjesztés szakmai és pénzügyi támogatottsága biztosított.

			elemzése	
EREDMÉNYEK (HASZNOK)	<p>Ismert és elemzett helyi szükségletek (problémafa, hiányanalízis)</p> <p>Szükségletekhez és helyi erőforrásokhoz illeszkedő kezelés/ellátási prioritások (kidolgozott ellátás fejlesztési célok)</p> <p>Helyi együttműködések működő rendszere</p>	<p>Problémafa, hiányanalízis</p> <p>Ellátás-fejlesztési célok</p> <p>Helyi szakemberek együttműködését rögzítő megállapodások</p>	<p>Szükségletfelmérésről szóló beszámoló</p> <p>Célrendszert leíró helyi szakértői tanulmányok</p> <p>Projekt dokumentáció</p>	<p>Az egyes outputok (eredmények) határidőre elkészülnek.</p> <p>Helyi szinten elérhető szolgáltatók képesek az együttműködésre.</p> <p>Helyi döntéshozó és közvélemény támogatja a szükségesnek ítélt fejlesztések megvalósítását</p> <p>A jogszabályi környezet támogatja a fejlesztések megvalósíthatóságát.</p> <p>A fejlesztések révén kialakuló új, vagy újszerű szolgáltatások fenntarthatósága biztosított.</p>
TEVÉKENYSÉGEK (INPUTOK)	<p>Helyi szakértői munkacsoport kialakítása</p> <p>Szükséglet-meghatározás</p> <p>A feltárt szükségletek elemzése és értékelése, prioritások meghatározása</p> <p>Helyi beavatkozási terv készítése, gazdaságossági becslésekkel</p> <p>Helyi szakmai és döntéshozói koalíciók kiépítése</p>	<p>Rendelkezésre álló pénzügyi források: HUF</p>		<p>Források a szükségleteknek megfelelő ütemezésben rendelkezésre állnak.</p> <p>Motivált és képzett helyi szakértői csapat.</p>
				<p>Előfeltételek: A kábítószer problémával küzdők ellátási rendszere aránytalanul fejlett, néhol sok ellátás működik egymástól részben függetlenül, néhol egyáltalán nem állnak rendelkezésre ellátások, a problémás élethelyzetű droghasználók vagy egyáltalán nem kerülnek ellátásba, vagy nagy személyes és családi költségek révén találják meg az ellátási lehetőségeket</p>

A négy régióban azonosított fő problémák

Voltak olyan elemek, melyek mind a négy régióban – eltérő módon – jelen voltak. Ezek a következők:

Betegutak szervezése, követése, informatikai monitorozása: az addiktológiai ellátásokban a beutalások és továbbküldések rendszere jellemzően hiányosan működik. Ahol jól működik, ott ez az erős informális kapcsolatrendszernek köszönhető. A ST és az NSZK éppen ezen a területen próbál változást elérni: a ST a betegutak szervezését állami (regionális és nemzeti) intézményekhez rendeli, az NSZK pedig a kliensek ellátásba jutását két intézmény működésével kívánja megoldani (Szociális Adminisztrációs Központ –SZAK és a Támogató és Tanácsadó Központ -TTK). A ST egyenesen úgy fogalmaz, hogy: „Az egészségügyi rendszer szervezeti kereteinek megváltoztatását *a kapacitástervezési, az ellátó intézmények közötti menedzsment-koordinációs, valamint a betegútszervezési funkciók, illetve az ezeket támogató részfunkciók* köré kell építeni.” (23.o.) A betegutak szervezése tehát központi, állami feladat, de ehhez fel kell térképezni, illetve meg kell határozni a szakmailag kívánatos és a szakmai protokollokban meghatározott beavatkozásokhoz szükséges betegutakat, a progresszivitás négy szintje tekintetében. Figyelembe kell venni, hogy az addiktológiai ellátások esetén a progresszivitás nem érvényesül olyan szigorúan, mint az egészségügy más területén: bizonyos ellátásokat már az I. és II. szinten is, teljes körűen biztosítani kell, míg a IV. szint sem jelenti a teljes gyógyulást (vagy gyógyítást), hiszen a gondozási folyamat – ami a magasszintű szakellátást is kell, hogy kövesse – az I. vagy a II. szinten valósul meg. A nemzetközi szakirodalom a gondozás időtartamát min. 6, optimális esetben 12 hónapban határozza meg, de ismertek 3-5 éves gondozói programmal működő ellátások¹⁶ is.

¹⁶ McLellan AT, Weinstein RL, Shen Q, Kendig C, Levine M.(2005): Improving continuity of care in a public addiction treatment system with clinical case management. Am J Addict. 14(5):426-40.
McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. (2008): Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. BMJ. 4;337:a2038. doi: 10.1136/bmj.a2038.

Integrált ellátások egy intézmény keretében (onsite) vagy több intézmény együttműködésével (offsite): mindkét ellátás-szervezési formának vannak előnyei (a beteg/kliens egy helyen jut az ellátásokhoz, jobb a compliance, illetve az adherence, a beteg/kliens-személyzet kapcsolat, feltehetően kevésbé stigmatizáló az ellátás igénybevétele, a betegek/kliensek motiválhatók az alacsonytól a magasabb küszöbű ellátások igénybevételére és motivációjuk fenntartható); és vannak hátrányai (az egyes szolgáltatások minősége alacsonyabb lehet, mintha azokat speciális centrumokban nyújtanák). Az „egyablakos” szolgáltatási koncepció is említhető, ahol a felépülési folyamat minden eleme megvalósulhat, illetve olyan szakemberek működnek együtt, akik a felépülési folyamaton végigkísérik a beteget/klienst. Az integrációval kapcsolatban ismét a ST-re és az NSZK-ra hivatkozunk, elsősorban az ott is megfogalmazott *ágazatközi integrációra* tekintettel¹⁷. Az egyes ellátók közötti kooperációt, illetve a kliensek megfelelő „utazását” *esetmenedzserek* segíthetik.

A ST kiemelt szerepet szán a kistérségi együttműködésnek: *„A kistérségi járóbeteg-szakellátó hálózat már működő, vagy uniós forrásokból újonnan létrejövő önálló járóbeteg szakrendelőkből, illetve kistérségi kórházakból szerveződő központokból áll.”* (96.o.) Ez az elképzelés olyan új helyzetet teremt, ahol a Pillér eredményei szinte közvetlenül alkalmazhatók!

Az alapellátás szerepe: tapasztalataink szerint az addiktológiai betegek és a háziorvosi rendszer kapcsolata elégtelen. A háziorvosok *kapuőr szerepét* a ST hangsúlyozza. Ettől várható, hogy több és a szenvedélybeteg-karrier korábbi fázisaiban levő paciens kerül az ellátásba. Ez szintén olyan elem, amiben a Pillér eredményei (elsősorban a fókuszcsoportos beszélgetések eredményei az egyes régiókban) hozzájárulhatnak a kapuőr szerep konkrétabb értelmezéséhez! (Azaz, mit jelent egy-egy régióban a kapuőr szerep: szűrést, beutalást, információnyújtást, stb.).

Jelzőrendszeri funkciók: az NSZK-ban ezt a közösségi segítők végeznék, akik a Támogató és Tanácsadó Központ – TTK-hoz kapcsolódnak. Az egészségügyben a védőnői hálózat, az iskolaegészségügy, illetve a háziorvosok tölthetnek be jelző szerepet. A *gyermekjóléti rendszer jelzőrendszeri funkciója* mellé hatékonyan tudna e két másik rendszer jelzőrendszere

¹⁷ A kapacitásszabályozás hangsúlyosan jelenik meg „A Kormány 140/2011. (VII. 21.) Korm. rendelete egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú kormányrendeletek módosításáról”.

felzárkózni, ahogy erre a regionális tapasztalatok – elsősorban, megint csak a fókuszcsoporthoz tartozók eredményei – utalnak.

Megelőzés: a megelőzésnek át kell hatnia az egész egészségügy működését; kiemelt szerep jut ebben a háziorvosoknak, illetve a szociális szolgáltatóknak. A megelőzés, különösen a célzott és a javallott prevenció nem is választható el élesen az ellátástól. Idekapcsolódik a ST következő szakasza is: „Közösségi szintér alapú (munkahelyi, iskolai, települési) egészségfejlesztési programok elterjesztése, folyamatos támogatása.” (102.o.). A Pillér tapasztalatai éppen a célzott (szelektív) és a javallott (indikatív) prevenció területén olyan információkkal szolgálnak – a drogjelenség tekintetében –, amivel más területek nem, a megfelelő, célzott kutatások hiányában. A Pillér felépítésének logikájában a célzott prevenció, illetve az alacsony-küszöbű, elérő, megkereső, elsőlépcsős szolgáltatások kiemelt jelentőséggel bírnak.

Minőségfejlesztés: ebből a szempontból a Pillér módszertani levelei¹⁸ fontosak, a megelőző-felvilágosító szolgálatokról, a túcsere-programokról, a bevásárlóközpontokban folyó segítő munkáról, illetve a biztonságosabb szórakozást elősegítő programokról. A módszertani levelek illeszkednek a minőségbiztosítás koncepciójához, amit különösen a ST kezel jelentős tényezőként, de az NSZK is említi. Itt olyan módszertani ajánlásokról van szó, amelyek eddig hiányoztak az ellátórendszerből, vagy csak rövid bemutatásukra került sor¹⁹.

¹⁸ Dudits Dénes, Arany Zoltán, Szappanos József (2011): IV.3.4.2.2 Szakmai kiadványok a protokollokról, alkalmazási útmutatók, javaslatok elkészítése. Módszertani levél a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára.

Dávid Ferenc, Hegedüs Attila, Mervó Barbara (2011): IV.3.4.2.2 Szakmai kiadványok a protokollokról, alkalmazási útmutatók, javaslatok elkészítése. Módszertani levél a zenés-táncos szórakozóhelyeken prevenció és ártalomcsökkentő programokat megvalósító szolgáltatók számára.

Sebestyén Edit, Máté Zsolt, Gondi János (2011): IV.3.4.2.2 Szakmai kiadványok a protokollokról, alkalmazási útmutatók, javaslatok elkészítése. Módszertani levél a bevásárlóközpontokban, valamint lakótelepeken és azok környékén működtetett célzott prevenció programok fejlesztéséhez és megvalósításához.

Csák Róbert, Gyarmathy V. Anna, Miletics Marcell (2011): IV.3.4.2.2 Szakmai kiadványok a protokollokról, alkalmazási útmutatók, javaslatok elkészítése. Módszertani levél a túcsere programokat megvalósító szolgáltatók számára.

¹⁹ Addiktológiai Szakmai Munkacsoport (2011): Szakmai ajánlás „A szenvedélybeteg részére nyújtott alacsony-küszöbű szolgáltatások részére”. NCSSZI, Budapest.

*A helyi ellátórendszer és az országos ellátás szervezésének kérdései*²⁰

A hivatkozott tanulmány szerzői a négy régió tapasztalatait országos szinten igyekeztek hasznosítani, úgy, hogy közben a helyi fejlesztések is megvalósulhassanak. A tanulmányban tárgyalt kérdések a „*politikai alapnak*” felelnek meg, de néhány téma már az „*érdekcsoport koalíció*” modell harmadik szintjéhez, a „*másodlagos jellegzetességhez*” kapcsolódnak.

- A társadalmi elvárásokhoz a költségvetési alku során a *szükséges anyagi erőforrások hozzárendelése*, az ágazati széttagoltság helyett egységes, feladatalapú költségvetés tervezéssel.
- *Az érintett ágazatok tervezési és ellátási területi egységeinek kompatibilitása* egymással (elsősorban az egészségügy és a szociális ellátás területén), azaz a nagyvárosi, megyei, regionális, nagytérési szintek kompatibilitásának biztosítása vagy – ennek hiányában – megfelelő koordinációs mechanizmus előírása.
- *A helyi ellátóhálózatok teljesítményének mérése és összehasonlítása* egyrészt annak érdekében, hogy saját működésükről képet, megfelelő visszacsatolást kapjanak, másrészt a „jó gyakorlatok” azonosításának és terjesztésének céljából. Ennek érdekében standard indikátorrendszert kell kialakítani, és rendszeres (pl. negyedéves) beszámolót kell tartani a regionális hálózatirányító felé.
- Legalább egy országos *hálózatirányító szereplő működtetése* (azaz a kábítószerügyért egy személyben felelős személy vagy központi ügynökség léte) annak érdekében, hogy a helyi ellátóhálózatok pozitív magatartásformáit – a szabályozás és a finanszírozási szabályok alakításán keresztül – ösztönözze.
- Lehetőség szerint *regionális hálózatirányítók létrehozása* megfelelő jogosultságokkal annak érdekében, hogy a helyi hálózatok működését hatékonyabban segíthesse a közpolitikai hálózat. A szolgáltatások tervezésében a regionális szint tekinthető megfelelő tervezési szintnek.
- *Egységes szakmai és ellátási irányelvek* kidolgozása központi szinten. Ez alatt elsősorban nem a már létező, egyes ellátási tevékenységek végzésre vonatkozó irányelveket értünk,

²⁰ Kiss Norbert, Kriston Vízi Gábor, Vitrai József (2011): IV.1. Helyi szükséglet-meghatározási és szolgáltató-háló értékelési rendszer kialakítása. IV. 1.4.1.3. A kistérségi modell adaptációja regionális szintre, becslési eljárások, összesítési technikák kidolgozása.

hanem az ellátóhálózat integrált működésére vonatkozó szabályokat (pl. a hálózatba belépő kliensek milyen esetben az ellátóhálózat mely szereplőjéhez kerüljenek).

- *Informatikai rendszerek szabványainak*²¹ kidolgozása központi szinten, és ezáltal az eltérő ágazatokhoz tartozó szereplők közötti kommunikációs lehetőségek bővítése.
- *Legalább középtávú (3-5 éves) finanszírozási szerződések* a helyi ellátóhálózatok szereplőivel a kiszámítható működést biztosítása érdekében.
- *Rendszeres találkozók, közös továbbképzések* a helyi ellátóhálózat szereplőinek részvételével, melyet a hálózatirányító szabályozási követelményként vagy finanszírozási feltételként elő is írhat. Ezek az alkalmak a hálózatirányító számára is felhasználhatóak tájékoztató pontként.
- *A helyi ellátóhálózaton belüli információ megosztás fejlesztése. A feladatkörök pontos lehatárolása* egy-egy ellátóhálózaton belül.
- Amennyiben szükséges, *hiányzó szolgáltatásprofilok kialakítása* a helyi ellátórendszerben; a specializált szolgáltatások esetében a földrajzi területen kívül eső szolgáltatók bevonása.
- *A helyi média segítségének igénybevétele a kliensek jobb elérése végett. Együttműködés az országos médiával* a feladat társadalmi elfogadottságának fenntartása érdekében.

A „másodlagos jellegzetességek” szintje

Ez elsősorban a köz- és szakpolitikák mobilizációs és erőforrás átcsoportosító funkcióit mutatja. A Pillér vonatkozásában ez a megközelítés elsősorban a hálózatirányítási rendszer koncepciójában jelent meg²². *A hálózatirányítónak* van lehetősége változtatni a helyi és az országos ellátórendszerek közötti kapcsolatrendszeren.

²¹ Ezzel a kérdéssel a ST részletesen foglalkozik: a jelenlegi Kezelési Igény Indikátor (TDI) a megjelölt feladatra nem alkalmas – noha bevezetése jelentős előrelépés volt a kezelésbe kerülő droghasználók jellegzetességeinek megismerésében.

²² Kiss Norbert, Kriston Vízi Gábor, Vitrai József (2011): IV.1. Helyi szükséglet-meghatározási és szolgáltatóháló értékelési rendszer kialakítása. IV. 1.4.1.3. A kistérségi modell adaptációja regionális szintre, becslési eljárások, összesítési technikák kidolgozása.

Mobilizációs és forrásallokációs struktúrák

Négy különböző *forгатókönyvet*²³ vázolunk fel, melyek a hálózati irányítónak a rendszerben elfoglalt helyében, a közpolitikai cél definiálásában és a helyi ellátórendszerek felépítésében különböznek egymástól. A négy forгатókönyv az integrált addiktológiai ellátások szempontjából mutatja be a lehetséges, jövőbeli eseményeket. Az „*érdekcsoport koalíció*” elméleti rendszerünkben ezt a harmadik szinthez csatoltuk, de utalnunk kell arra, hogy az egyes forгатókönyvek megvalósulása az első két szinttől (eszmei alap és politikai szint) is függnek; minél nagyobb változások vannak, minél mélyebb szinten, annál valószínűbb a változás, a változás mértéke, illetve a változás eredményeinek fennmaradása.

A. Koordinálatlan rendszer

„Ebben a rendszerben a több ágazatot is érintő közpolitikai feladatnak (esetünkben a kábítószerügynek) nincsen központi irányítója, a források elosztása ágazatok között történik, s az egyes ágazatokon belüli prioritások és döntések határozzák meg, hogy az ágazatközi feladatra mekkora forrást allokálnak az egyes ágazatok. Tekintve, hogy nincsen központi célmeghatározás, az elért eredmények nehezen (vagy egyáltalán nem) összegezhetőek, s ebben a rendszerben hálózati irányítóról sem beszélhetünk (vagy pontosabban: a hálózati irányítási szerepkör a kormányzati szervek között széttöredezett).” (Kiss és mtsai, 2011, 15.o.) E rendszerben könnyen előfordulhat, hogy az addiktológiai ellátásokat „elnyeli” a pszichiátria (ahogy erre már most is számtalan példát látunk). Az addiktológia a pszichiátria „hátsó szobája”, miközben maga a pszichiátria is az orvostudományokon belül szintén egyfajta „hátsó szoba”. Itt az addiktológiai ellátások speciális igényei nem jelenhetnek meg a rendszerben, ezért – az integrált addiktológiai ellátások tervezése tekintetében is – ezt tekinthetjük a legrosszabb forгатókönyvnek.

B. Központilag koordinált rendszer

„A második rendszerben a központi szinten megjelenik egy központi hálózati irányító, aki (amely) a feladattal kapcsolatos közösségi elvárásokat, célkitűzéseket megfogalmazza, s az ahhoz szükséges forrásokat a költségvetési tervezési alku során igyekszik az érintett ágazatok

²³ Lásd a 20. lábjegyzetet!

számára megszerezni, valamint közöttük allokálni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a kábítószerügynek jól meghatározható felelőse van a központi kormányzatban, és ennek a felelősnek jelentős a ráhatása a szabályozási és finanszírozási szempontok alakítására. Ebben a rendszerben tehát létezik ugyan hálózattírányító, ő azonban a helyi ellátórendszerek számára csak általános elvárásokat és javaslatokat tud megfogalmazni, így a régiók sajátos igényeire nem tud speciális válaszokat adni.” (Kiss és mtsai, 2011, 15-16.o.) A jelenlegi helyzetben, amikor a nemzeti kábítószerügyi koordináció és annak háttérintézményei az egészségügyi-szociális rendszerek irányításában hátr sorolódtak, e forgatókönyv megvalósulására kevés esélyt látunk. Egy felülről levezényelt átalakításnak – még ha a „vezénylés” nem direkt utasítássorozatot, hanem elvek és források meghatározását jelenti –, tehát a felülről kiinduló átalakításnak vannak ugyan előnyei (gyorsaság, a helyi érdekek megkerülése, egységességre törekvés), de számos hátránya is van: elsősorban éppen a helyi sajátosságok figyelmen kívül hagyása miatt. A Pillér eredményei pedig éppen ezekre a helyi sajátosságokra, a helyi érdekhordozók eltérő szerepére világítottak rá, tehát ez a forgatókönyv a Pillér eredményei szerint sem lenne kívánatos. De ahogy említettük, a forgatókönyv megvalósulása elmaradásának más, a kábítószerügyi koordinációt érintő okai vannak.

C. Többszintű koordinált rendszer

„A harmadik esetben központi szinten egy, az előzőnél kevesebb feladattal rendelkező szereplő található, melynek feladatai elsősorban a közösségi elvárások és célkitűzések megfogalmazása, valamint a közpolitikai feladat végrehajtásához szükséges források biztosítása. Az operatív hálózattírányítói funkció itt regionális szintre kerül (egy régió azonban az ellátóhálózatok területi kiterjedése alapján akár több helyi ellátóhálózatot is tartalmazhat), így a működéssel kapcsolatos elvárások és javaslatok részletes meghatározása és az esetleges beavatkozások is e szinten valósulnak meg. Meg kell említeni továbbá, hogy ebben az esetben már beszélhetünk a „jó gyakorlatok” tudatos vizsgálatáról, s ezek megosztása működhet akár közvetlenül a hálózatok közötti, akár a regionális hálózattírányítók közötti információcsere révén.” (Kiss és mtsai, 2011, 16. o.) Ilyen több szint lehet a ST szerinti betegút szervezést végző 1) kistérségi járóbeteg-központ, 2) a Nagytérségi Egészség-szervezési Intézet, 3) az Állami Egészség-szervezési Intézet, valamint a szakmai-módszertani feladatokat ellátó 4) Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet. Ez a felsorolás valamelyest a ST progresszivitás szintjeit is leképezi – melyekkel kapcsolatban azt állítottuk, hogy e szintek az addiktológia területén csak korlátozottan érvényesíthetők. A Pillér eredményei szerint ezt a

forgatókönyvet tarthatjuk a legoptimálisabbnak. Pl. a betegutak szervezésének problémájának azonosítása a Pillér egyik fő eredménye: a ST erre kínál egy adminisztratív választ, egy betegút szervezési rendszert.

D. Szolgáltatásvásárló rendszer

„Az utolsó, általunk felvázolt lehetőség annyiban haladja meg a többszintű koordinációs rendszert, hogy ebben az esetben a központi szint elvárásokat és teljesítménykritériumokat fogalmaz meg, s a program teljesítéséhez szükséges erőforrásokat biztosítja, míg a regionális hálózatrányító nemcsak a helyi ellátóhálózatok működését befolyásolhatja, de azok kialakítása is az ő hatásköre lesz szolgáltatásvásárlóként lépve fel a résztvevőkéségek „piacán”. (Nyilvánvalóan vannak olyan résztvevőkéségek, amelyek esetében a szolgáltatást szinte kizárólag csak egy szervezettől lehet megvásárolni, pl. közbiztonság.)” (Kiss és mtsai, 2011, 16. o.) (Az NSZK tartalomszolgáltatási kritériumainak is megfelelő rendszer.) A szolgáltatásvásárlás a Pillér eredményei szerint olyan forgatókönyv, ami szélesítheti az addiktológiai ellátások körét. A Pillér eredményei szerint ugyanis nagyon sokféle szolgáltató van az egyes területeken, és a szolgáltatók egy része többletfinanszírozás ellenében további szolgáltatásokat tudna nyújtani (mind kapacitás szempontjából, mind pedig a minőség és a sokszínőség szempontjából). Ez azonban – ahogy a négy terület esetén láttuk – nem érvényes mindenhol. A forgatókönyv megvalósulásának legnagyobb akadálya a forráshiány: nincs miből megvalósítani azt. A központi vagy a regionális koordinátornak nincs elegendő forrása, amit az egyes szolgáltatások megvásárlására fordíthatna. Könnyen előállhatna az a helyzet is, hogy a civil, non-profit szervezetek jobb és olcsóbb programokat biztosítanak, mit pl. az önkormányzati szolgáltatók vagy az állami egészségügy, így ők alulmaradnának a piaci versenyben. Ez nemkívánatos, a jelenlegi rendszer által nehezen kontrollálható feszültségeket keltene.

Következtetések

A tanulmányban azt kíséreltük meg bemutatni, hogy a TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt Kábítószerügyi Pillérjének tapasztalatai és eredményei mennyire terjeszthetők ki az ország egészére, vagy másképpen megfogalmazva, mennyire használhatók fel országos, regionális és helyi ellátásszervezésre és ellátástervezésre. A Pillér eredményeinek egyik része a szükséglet-

alapú ellátástervezéssel hozhatók kapcsolatba – az ország négy, kábítószerhasználat és ellátási rendszerek tekintetében különböző régiójának tapasztalatai alapján. A Pillér eredményeinek másik része szakmai-módszertani-minőségbiztosítási szakanyagok létrejöttét jelenti, elsősorban a célzott prevenció és az alacsony-küszöbű szolgáltatások területén. A Pillér eredményeit két szakmapolitikai dokumentummal vetettük össze: a Semmelweis Tervvel (ST) és a Nemzeti Szociálpolitikai Konceptióval (NSZK) (a nemzeti drogstratégia a kézirat írásakor még nem állt rendelkezésre).

A Pillér eredményeit és a szakpolitikai dokumentumokat az „*érdekcsoport koalíció*” elmélet keretében értelmeztük. Az elmélet szerinti „*eszmei szinten*” bekövetkező változásokra a Pillérben is megjelenő felépülés-központú megközelítés illeszkedik, amely a hagyományos segítő megközelítésektől eltérően definiálja a szenvedélybeteg és a segítő intézmények közötti kapcsolatot, a felelősség kérdését, a célok meghatározását. Ha tetszik, összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy az „*eszmei alap*”, miként a felépülés-központú megközelítés, figyelembe veszi a közpolitikai dokumentumokban is megjelenő állam – állampolgár felfogásnak az eddigiektől eltérő ontológiáját. A Pillér eredményei illeszkedést mutatnak a szakpolitikai dokumentumok „*alapértékeihez*”, amelyekben az „*eszmei alap*” megfogalmazását látjuk. A leglátványosabb azonosságok a Pillér eredményei és a szakpolitikák „*politikai alapja*” során meghatározott konkrét szak- és közpolitikai elképzelései között vannak.

Végül, az „*érdekcsoport koalíció*” leginkább a felszínen elhelyezkedő változócsoportha elsősorban a helyi, regionális és országos mobilizációs struktúrákat, az erőforrások allokációját érintette. E szinttel kapcsolatban négy forgatókönyvet mutattunk be, amelyek a Pillér eredményeinek fenntarthatóságát és országos kiterjeszhetőségét befolyásolják:

- *központilag koordinált rendszer* (központi hálózati irányító, aki – amely – szervezi és irányítja a helyi ellátókat, azonban ez az irányítás nem direkt beavatkozást jelent),
- *koordinálatlan rendszer* (versengés az erőforrásokért, szétaprózott ellátási rendszer),
- *többszintű koordinált rendszer* (központi és regionális hálózati irányító, a jó gyakorlatok áramlása az ellátórendszerek között),
- *szolgáltatásvásárlási rendszer* (a központ az erőforrásokat biztosítja, amelyekkel helyi szinten szolgáltatásokat vásárolnak – ott, ahol van ilyen piac).

A Pillér eredményei szerint a *koordináció* létfontosságú az integrált addiktológiai ellátások megvalósulása tekintetében; azonban a koordináció szintjeinek száma kevésbé fontos tényező. Mivel a kábítószerügy ellentmondásos értelmezési mezőben zajló beavatkozások összegzése (a kábítószerhasználat betegség és vagy bűnözés), ezért elsősorban az „*eszmei szint*”, másodsorban a „*politikai szint*” fogja meghatározni a rendelkezésre álló erőforrások milyenségét (gyógyító-segítő-támogató ellátások vagy büntetőpolitika-hangsúlyú ellátások), illetve mennyiségét. Az „*eszmei szint*” azonban a kábítószerhasználat e hagyományos kettősségén messze túlmutatni látszik: az állampolgár (pl. droghasználó, családtag) és az állam (az állami vagy az államilag finanszírozott segítség) közötti kapcsolat, a két szereplő felelősségi rendszere, aktivitása, ágensként meghatározható kezdeményező-segítő szerepe tekintetében. A koordináció különböző rétegzettsége ehhez képest másodlagosnak tűnik.

Ugyanakkor a tanulmányban bemutatott köz- és szakpolitikai dokumentumok a központi, illetve a többszintű koordináció forgatókönyvének megvalósulása felé mutatnak. Nagyobb a valószínűsége a többszintű koordinációs forgatókönyv megvalósulásának. Ebben a környezetben a Pillér eredményei jól hasznosíthatónak tűnnek. Az egyes régiókat bemutató esettanulmányok fontos adalékot jelentenek az „*érdekcsoport koalíció*” harmadik szintje tekintetében is: itt arról van szó, hogy kik, illetve mely csoportok jutnak (többlet)forrásokhoz, illetve szak- és közpolitikai funkciókhoz, beosztásokhoz, szerepekhez. A négy régió vizsgálata alapján ezt a forrás- és pozícióátcsoportosítási folyamatot is monitorozhatjuk, illetve következtetéseket vonhatunk le a mozgások iránya és a helyi addikciós politikák megvalósulása tekintetében.