

**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**

**Szerző: dr. Rácz József**

**TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt**

**2011**

**Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából**



#### 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

##### A célrendszerek azonosítása

###### *A szükséglet-meghatározás alapú célrendszer<sup>1</sup>*

A szükséglet-meghatározás alapján különböző szükségleteket különböztethetünk meg, amelyek egy másik összefüggésrendszerben célokként elérendő jelennek meg. Azonban nem minden szükséglet válik céllá, mint ahogy nem minden cél eredezthető a szükségletekből.

A szükségletek típusai a különböző stakeholderek szerint csoportosítva:

1. Észlelt és kifejezett szükséglet, de nem normatív: pl. kozmetikai sebészeti beavatkozás, amikor a szakorvos szerint orvosilag az nem indokolt.
2. Észlelt és normatívként azonosított szükséglet: pl. pszichiátriai intervenció, amikor a szakemberek egyetértenek az intervencióban, de a kliens a szükségletét nem fejezi ki.
3. A szükséglet észlelt, kifejezett és normatívként azonosított: pl. valaki mellkasi fájdalmat érez és szakorvosi kivizsgálásra megy.
4. A szükséglet nem észlelt, de kifejezett és normatív is: pl. a kliens elmegy a házi orvosához orvosi igazolásért, noha már túl van a betegségén.

A szükséglet típusa	
<b>Észlelt</b>	a „normális” egészségi állapottól eltérően észlelt egyéni variációk
<b>Kifejezett</b>	az egyén segítséget keres, hogy a „normális” egészségtől eltérő állapotát „helyreállítsa” (igény)
<b>Normatív</b>	szakemberek határozzák meg, hogy a kifejezett szükséglet számára milyen intervenciót kell elvégezni; a drogstratégiában meghatározott intervenciók ilyen szükségleteket fednek le
<b>Komparatív</b>	szükségletek összehasonlítása súlyosság, előfordulási nagyságrend, a beavatkozás költsége stb. szerint

<sup>1</sup> Kun, Posta és Rácz (szerk). 2010, alapján.

## *A nemzeti drogstratégia fő célja<sup>2</sup>*

A Nemzeti Drogstratégia *fő célja* egy olyan magabiztos, szolidáris és produktív társadalom megvalósítása, ahol lehetőség nyílik kiegyensúlyozott megközelítésben kezelni a kábítószerprobléma hatásait, a lehető legtöbb egészségnyereséget elérve ezzel az egyének és a társadalom számára. Célja a társadalom egészségi állapotának javítása, a szociális és társadalmi biztonság növelése, a drogfogyasztás mértékének, illetve a legális és illegális droghasználat ártalmainak, valamint kockázatainak és kárainak csökkentése célzott, rendszerszerű, tényeken alapuló és közösségi alapú beavatkozások, valamint nemzetközi együttműködések segítségével.

## *A nemzeti drogstratégia céljai*

A stratégia célokat fogalmaz meg a kockázatok csökkentése és a lehetőségek fejlesztése kontextusában, három pillérben foglalja össze a legfontosabb célokat, illetve „horizontális” feladatokat határoz meg, majd prioritásokat fogalmaz meg:

Megelőzés, közösségi beavatkozások

### *Pillérfőcél*

*A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő, több szektor együttműködését igénylő, kulturálisan érzékeny tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életesemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben. A prevenciós folyamat tehát olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé.*

Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés

### *Pillérfőcél*

---

<sup>2</sup> Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség. Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére, 2010-2018. SZMM, Budapest, 2010.

*A kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés hármass megváltozott állapotában elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbevétel elősegítését, ott és ahol lehetséges, a tartós abstinencia elérését, a szerhasználattal összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, és a tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű és az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítani.*

## Kínálatcsökkentés

### *Pillérfőcél*

*Csökkenteni kell a drogok hozzáférhetőségét, valamint a drogok használatából és kereskedelméből fakadó egyéni és közösségi ártalmakat és kockázatokat. Az alapvető emberi jogok tiszteletben tartásával biztosítani szükséges a társadalom közösségeinek legnagyobb fokú biztonságát a kábítószeres illegális előállítás, kereskedelme és a prekursorok, kábítószeres és pszichotróp anyagok eltérítése elleni hatékonyabb fellépés segítségével. Emellett a droghasználattal kapcsolatos bűnelkövetés csökkentése érdekében mennyiségileg és minőségileg is fejleszteni kell a megelőzési programokat a közreműködő szervezetek számának, és egymás közötti együttműködésének növelésével, a megvalósítás társadalmiasításával a közösségi politikák keretében. E cél megvalósítása érdekében a bűnüldözés területén a kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körének kínálati oldali elkövetéseire kell összpontosítani.*

### *Prioritások*

1. Vulnerabilitás, kockázatértékelés és -kezelés;
2. Szeveritás (esetsúlyosság);
3. Fenntarthatóság és hatékonyság.

### *Horizontális, átvéelő eszközök és szempontok*

- Együttműködés, közösség;
- Koordináció, nemzetközi együttműködés;
- Monitorozás, kutatás, értékelés.

A stratégiában megjelennek olyan alapelvek, melyek a szükséglet-meghatározásban, illetve az ellátástervezés „filozófiájában” játszanak szerepet: kliens-orientált, prevenció-orientált, közösségi partnerségre építő, bizonyítékokon alapuló elvek, továbbá szerepet kap a kliens-

igények mentén (vulnerabilitás, szeveritás), illetve az „eredményességet” is figyelembevevő (fenntarthatóság és hatékonyság) megközelítés, amely a *felépülést* állítja a középpontba.

### *A vulnerabilitás*

A vulnerabilitás kifejezést többféle értelemben használják. Az EMCDDA (2008) meghatározása szerint elsősorban szociodemográfiai tényezőkről van szó, mint amilyen a szociális hátrányos helyzet vagy az egyenlőtlenségek által sújtott csoportok. Ez utóbbi kitétel jelzi, hogy a fogalmat elsősorban csoportokra, populációkra, és kevésbé konkrét személyekre, egyénekre használjuk. A szintén használatos „*kockázati csoport*” kifejezéstől az különbözteti meg, hogy a kockázati csoport minden tagja érintett, míg a vulnerabilitás inkább a veszélyeztettség lehetőségét, feltételeit tartalmazza (lásd pl. Rácz, 2001). Az EMCDDA (2008) fogalmhasználatában hangsúlyozza, hogy a vulnerabilitás megjelölés használatakor nem utalunk egy oksági láncolatra: azaz nem azt mondjuk, hogy a csoport tagjai a hátrányos helyzetük *miatt* (ennek folyományaként) fognak drogot használni. A fogalom használata nem egyértelmű (ahogy ezt a hivatkozott EMCDDA dokumentum is megállapítja), ugyanakkor a fogalom segítségével azonosíthatunk olyan csoportokat, illetve olyan szükségleteket, amelyeket az ellátásszervezés folyamán (beavatkozások intenzitása, kiterjedtsége, célcsoportjai stb.) figyelembe tudunk venni. A vulnerabilitás mint kockázati tényező mellett azonban a protektív faktorokat is célszerű megemlíteni, hiszen egy jól kidolgozott prevenció elsősorban ezekre épít (pl. társas támogatás, „reziliencia” – pszichoszociális „rugalmas” válaszkészség, Dillon 2007, Brown, 2007, Pikó, 2002, 2005, 2010, Kopp, 2008). Az EMCDDA (2008) csoportosításában a fontosabb vulnerabilis csoportok a következők:

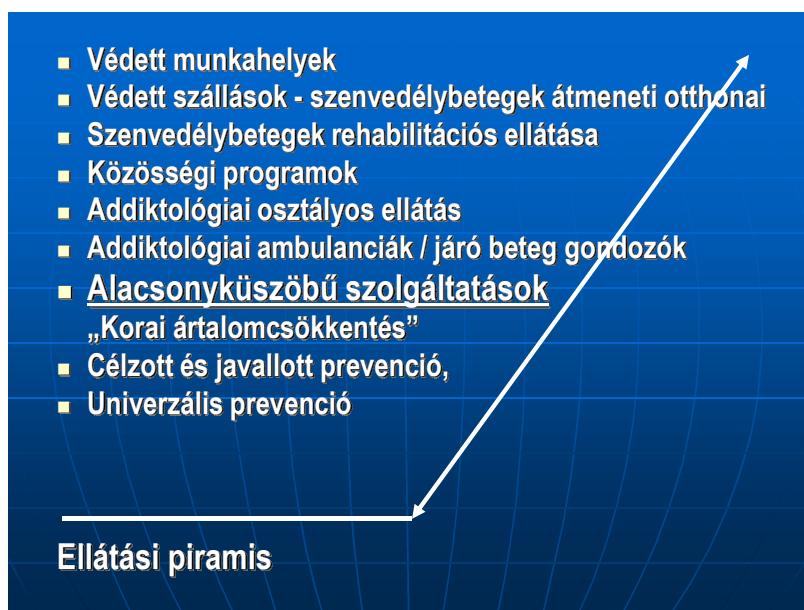
- az iskolát korán elhagyók
- szociális vagy tanulási problémákkal küzdő diákok
- bevándorlók
- kisebbségi etnikai csoportok tagjai
- hajléktalan fiatalok
- fiatalkori bűnelkövetők
- a gyermekjóléti, illetve a gyermekvédelmi intézmények lakói
- hátrányos társadalmi helyzetű csoportok gyermekei.

## *A szeveritás*

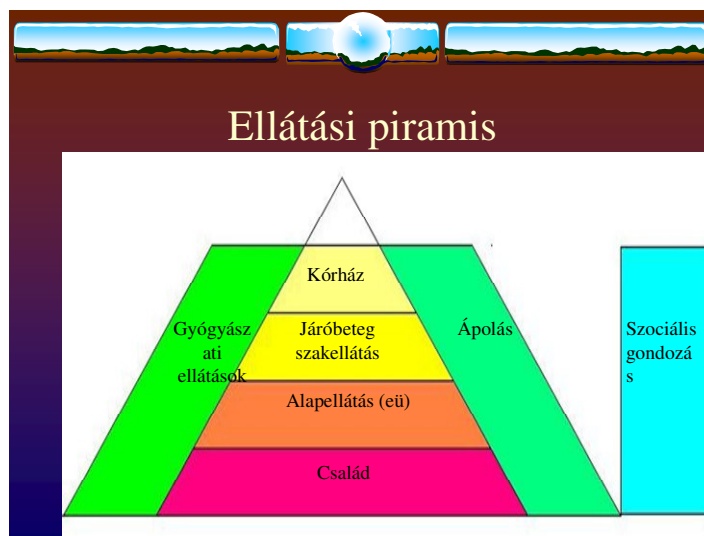
Az előző fogalommal szemben ezt a kifejezést már inkább konkrét individuumokra használják (lásd pl. az EMCDDA Evaluation Instrument Bank vagy a Prevention and Evaluation Resource Kit, PERK, fogalomhasználatát). Elsősorban akkor, ha egy adott intervenció célszemélyeként kerül említésre az adott személy. Blaine, Horton és Towle (szerk.) (1995) a droghasználat két megközelítését mutatják be: az egyik a kategoriális meghatározáson (diagnózison) alapuló szemlélet (amilyen a DSM-IV [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]: meghatározva az abúzust és a dependenciát), a másik megközelítés pedig dimenzionális, kvantitatív. Azaz, ebben az esetben, többnyire valamilyen skálázási technikával, a droghasználat – illetve az általa okozott pszichoszociális problémák – súlyosságát határozzák meg, egy skálán elrendezve a kevésbé súlyos – nagyon súlyos eseteket. Persze, a két megközelítést vegyíteni is lehet: ilyenkor pl. az abúzusban vagy a dependenciában szenvedő egyén (kategoriális megközelítés) problémáit pl. egy állapotfelmérés vagy az Addikciós Súlyossági Index felvételével kvantitatív úton is jellemezzük, megkülönböztetve enyhe – közepesen súlyos - súlyos abúzust, illetve dependenciát (nem feltétlenül csak ezt a három kategóriát, hiszen a módszer alkalmas arra, hogy akár egy 1 – 10-ig terjedő skálán jellemezze pl. a dependens személyek problémásúlyosságát, sőt még arra is alkalmas, hogy az egyes problématerületre vonatkozóan ezt külön-külön is megtegye, pl. a családi, az iskolai-munkahelyi, az egészségügyi, a pszichiátriai, a jogi, a jövedelmi vagy a „tisztán” addikciós problématerületek esetében). Amiért fontos ez a megközelítés az az, hogy meg tudjuk különböztetni az enyhe – közepes – súlyos szerhasználatot (egy pillanatra felfüggesztve a használat illegalitását – mint ahogy a diagnózisalkotás szintjén ezzel a DSM-IV. sem foglalkozik), illetve az emlegetett diagnózis felállítást. A súlyosság (szeveritás) akár kategoriális, akár dimenzionális meghatározása a szóhajóhető intervenciók körülhatárolásánál, illetve az adott személy esetében ezek konkrét indikációjában jut szerephez. Helzer, Bucholz és Gossop M (2007) a készülő DSM-V. kapcsán a pszichoaktív szerhasználat dimenzionális megközelítését javasolják, és úgy tűnik, hogy a DSM-V. már ezt fogja figyelembe venni az addiktív zavar/betegség fogalmában (tehát elhagyják az abúzus, sokszor nehezen értelmezhető, máskor pedig fogalmilag nem tiszta kifejezését, vagy mondhatjuk így is: kategóriáját).

## Az ellátási piramis kritikája

Az ellátások rendszere az egészségügyben a progresszivitás elvét (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 75.§ (3) és 76.§ (1)) követi, és ilyen módon az ellátások egy ellátási piramisba rendezhetők. Az ellátási piramis gyakorta mutatják be, mint a kliensek célhierarchiáját, valamint az ellátások „progresszivitását” tükröző modellt.

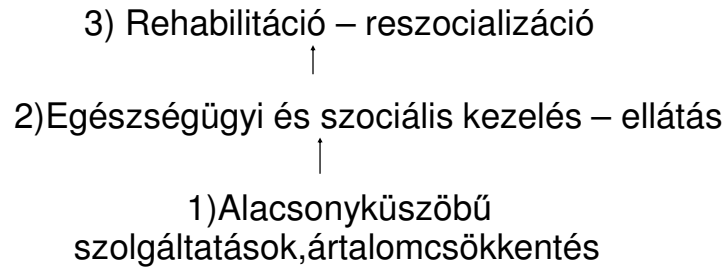


Kun Gábor (2008): Az alacsonyküszöbű szolgáltatások helye az ellátás struktúrájában és viszonya a kezelési rendszerekhez. KEF konferencia. Előadás.



Csillik Gabriella (2005): A szociális intézmények egészségügyi szolgáltatásainak finanszírozási lehetőségei. OEP. Előadás.

## Ellátási piramis



Csorba József: Az alkohol betegség és rehabilitációja. Előadás.

Azonban, bizonyos ellátásokat a szolgáltatások minden pontján célszerű (lenne) nyújtani. Pl. védett szállásra nem biztos, hogy csak az ellátási piramis csúcsán van szükség (azoknál, akik hosszabb ideje drogmentesek), hanem már a szolgáltatások igénybevételének kezdetén is. Tradicionálisan, a droghasználók szolgáltatásait lineáris folyamatként írták le – mint amilyen az egészségügyi progresszivitás elve vagy az ellátási piramis is –, de az utóbbi időben megjelentek olyan szolgáltatásszervezési megközelítések, éppen a kliens-szükségletek alapján, amelyek a korábban csak a szolgáltatási piramis csúcsán levő szolgáltatások korábbi időszakban történő biztosítását jelentik, amint azt az emlegetett védett szállások példája is mutatja. Ennek oka a droghasználók társadalmi *integrációjának* – *reintegrációjának* elősegítése, végig a kliens „terápiás utazása” során, vagy még az előtt is (ellátórendszeren kívüli droghasználók). A mai szakirodalomban a *felépülés-központú* és egyben *eredményesség-orientált* szolgáltatásoknál e két fogalom a szolgáltatások igénybevételének minden pontján érvényesül, és irányjelzőként segít minket a szükséglet megállapítása mellett az ellátástervezés folyamatában. A későbbiekben ezzel a megközelítéssel foglalkozunk.



## A szükséglet-meghatározás céljai<sup>3</sup>

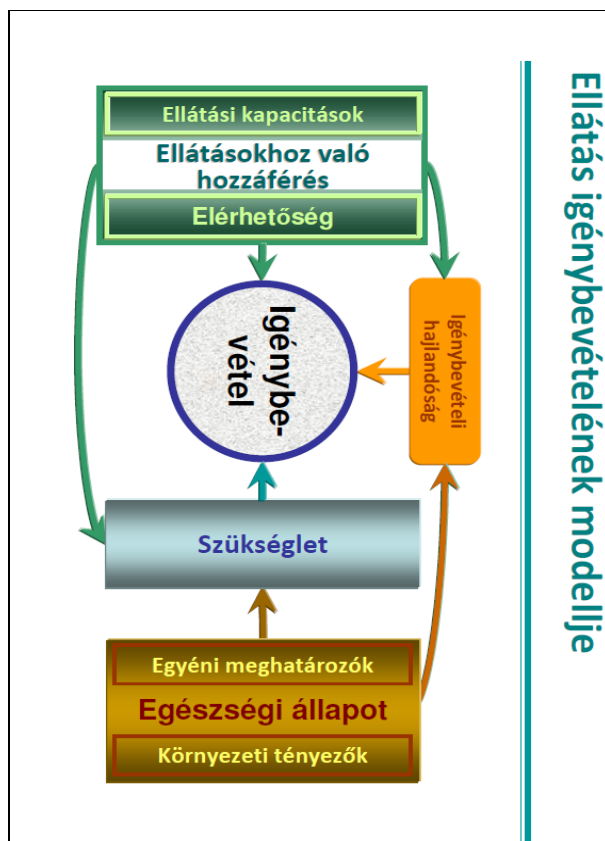
A hatékony szükséglet-meghatározáshoz fel kell mérni a következőket:

- mi az, ami működik a droghasználókat ellátó szolgáltatásokban és milyen kielégítetlen szükségletek maradnak a rendszeren belül?
- hol vannak azok a pontok, ahol a rendszer nem képes kötni és bent tartani a klienseket?
- milyen rejtett droghasználó populációk vannak (beleérve a drogstratégia által körülhatárolt vulnerábilis csoportokat is) és azoknak milyen a kockázati profiljuk?
- az ellátórendszerben kik vagy melyek az „előremozdító” és kik vagy melyek a blokkoló ágensek?
- milyen kapcsolat van az ellátásba kerülés és a kockázati helyzet között, amit a drogstratégia szeveritásnak nevez?

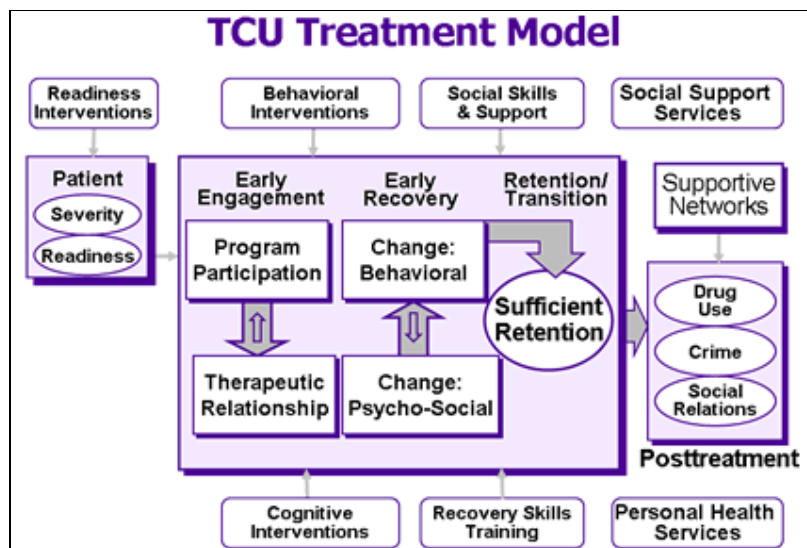
Az eddig tárgyalt, szükséglet-meghatározáson és az ellátási térképen alapuló célrendszert mutatja be Vitrai (Vitrai, 2011) ábrája: a szükségleteket az ábra összeköti a szolgáltatásokkal az „igénybevételi hajlandóságon” keresztül. A szolgáltatásokat pedig az ábra elsősorban a kapacitás, az elérhetőség és a hozzáférhetőség dimenziókban mutatja be: a szolgáltatásba történő „bejutásnak” ezek a fő elősegítői, illetve akadályai.

---

<sup>3</sup> Itt áttekintjük a Kun, Posta és Rácz (szerk), 2011, tanulmány főbb megállapításait.



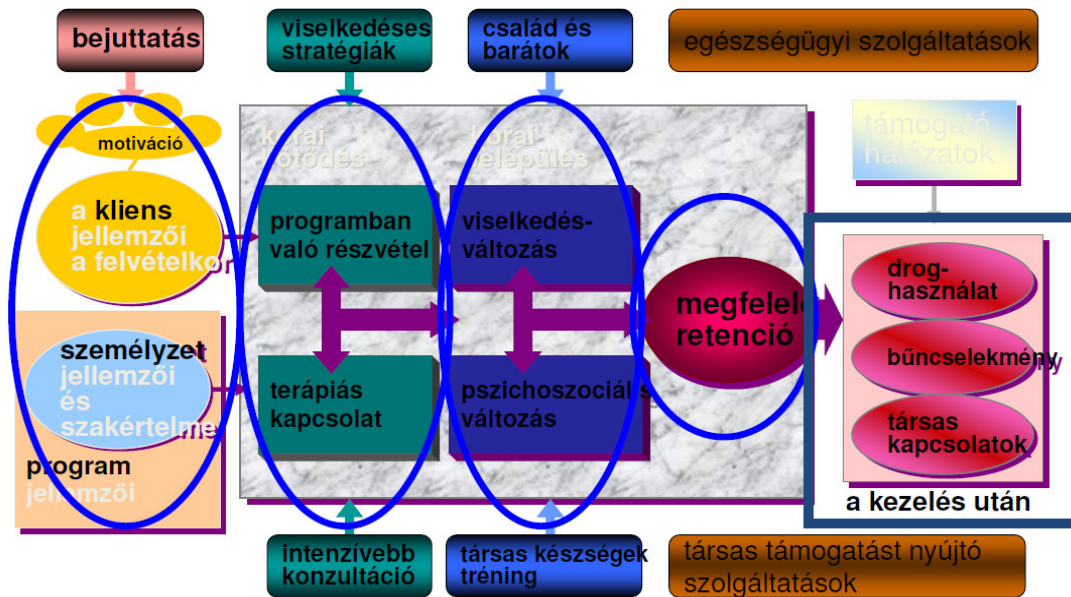
Az ellátások igénybevételének modellje (Vitrai, 2011)<sup>4</sup>



Egy integrált kezelési modell

<sup>4</sup> Vitrai József (2011): Ellátás-tervezés az egészségügyi szektorban Magyarországon. NDI, Budapest, előadás.

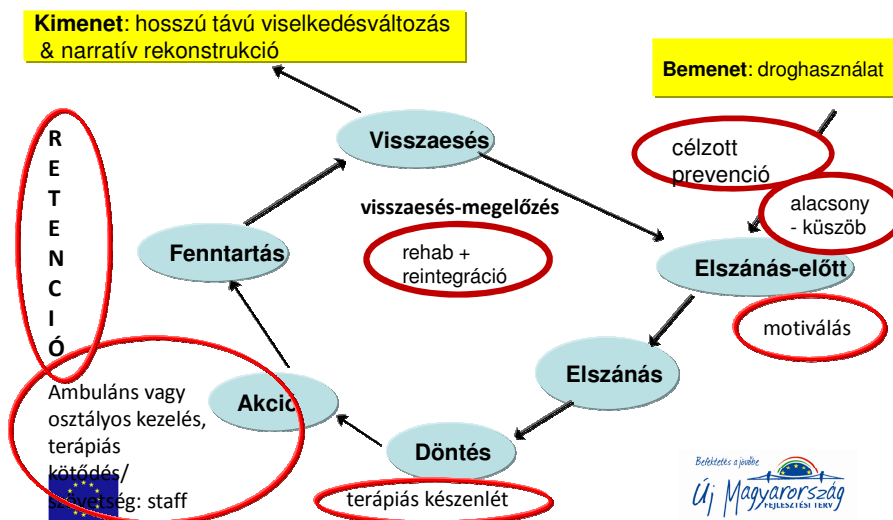
# Bizonyítékon alapuló kezelési modell



DATOS, NTORS, Simpson, 2001

A Texas Christian University (Simpson, 2004) munkatársai által kidolgozott kezelési modellből számunkra – a modellt bemutató első ábrán – a „bejutással” kapcsolatos tényezők jelenleg a legérdekesebbek. Itt a „szeveritás” mellett megjelenik a *terápiára való készenlét* (readiness) fogalma is. Ez felhívja a figyelmünket arra, hogy nem elég csak a droghasználók problémái súlyosságával foglalkozni, de motivációs állapotukat is figyelembe kell venni. Ennek a terápiára való motivációnak az egyik összetevője – már egy előrehaladottabb állapotban – a terápiára való „készenlét”. A *motiváció* ugyanakkor nem egy dichotóm jellemző (van vagy nincs), hanem dinamikusan változik a droghasználó, illetve a kliens *utazása* során. Különböző motivációfokozó eljárásokkal (pl. motivációs interjúval) a motiváció fokozható.

## A felépülés modellje: a kliens útja



Az ábrán a *változás* – esetünkben a felépülés – *transzteoretikus modelljében* helyezük el az egyes beavatkozási formákat (Prochaska, DiClemente és Norcross, 1992). Látható, hogy a folyamat „bemeneti” oldalán, az „elszánás-előtti” állapotban a motiválásnak, az alacsony-küszöbű ellátásoknak, illetve a célzott prevenciónak jut szerep: attól függően, milyen szintéren, milyen klienspopulációval találkozunk. Ezt követi a változás iránti „elszánás”, majd a változás, a kezelés melletti „döntés”, ami a terápiás készenléttel jellemezhető. Az „akció” stádiuma leginkább az ambuláns vagy fekvőbeteg-kezelésnek, a drogterápiás intézeti ellátásnak (terápiás közösség) felel meg. Itt a kezelésben maradás, a retenció játszik döntő szerepet, természetesen a terápiás hatások mellett. Fontos a személyzet képzettsége, terápiás elkötelezettsége, a sikerbe vetett hite (hiedelme) is. Az „absztinencia-fenntartása”, a visszaesés megelőzése történhet már a közösségben, különböző rehabilitációs és reintegrációs programokban.

## **A WHO által kidolgozott értékelő rendszer a kezelés (gondozás) standardjainak megállapításához (WHO-ASC)<sup>5</sup>**

Esetünkben ezeket a standardokat tekinthetjük úgy, mint az ellátás-szervezés oldaláról felmerülő célokat!

### **A hozzáférés (access), elérhetőség (availability) és a felvételi kritériumok standardjai**

A1 A szolgáltatás könnyen hozzáférhető, számba véve a kliensek lakóhelyét, utazási idejét és a közlekedési lehetőségeket

A2 A szolgáltatás hozzáférhető, tekintet nélkül a kliensek etnikai, politikai vagy vallási hátterére, illetve hiedelmeire

A3 A kezelés elérhető anélkül, hogy a kliensek veszélyhelyzetbe kerülnének

A4A szolgáltatás hozzáférhető, a kortól és a nemtől eltekintve

A5 A szolgáltatás hozzáférhető, tekintet nélkül a kliensek szomatikus vagy pszichiátriai állapotára (ideértve a HIV-et is)

A6 A szolgáltatás hozzáférhető, tekintet nélkül a kliens jogi státuszára vagy a jelenlegi, folyamatban levő jogi eljárásra

A7 A szolgáltatás hozzáférhető, tekintet nélkül a kliens fizetési képességére

A8 A szolgáltatás hozzáférhető, tekintet nélkül a kliens jelenlegi droghasználatára

A9 A szolgáltatás hozzáférhető, tekintet nélkül a kliens korábbi kezeléseire

### **B A felvétel (bekerülés) standardjai**

B1 Korai állapotfelmérés történik, annak érdekében, hogy a kezelési terv lépéseit prioritizálni lehessen

B2 Az állapotfelmérés során a szövődményes fizikális és neurológiai betegségeket is megállapítják

---

<sup>5</sup> Uctenhagen A (2010): Capacity building and quality issues in service planning for problem drug users. NDI, Budapest, előadás.

B3 Pszichiátriai/pszichológiai állapotfelmérés is készül a kliens szövődményes betegségei miatt (pl. depresszió)

B4 A szociális körülményekre vonatkozó állapotfelmérés is készül (amely tekintetbe veszi a családi, foglalkoztatottsági, lakhatási, pénzügyi és jogi helyzetet)

B5 A diagnózishoz standardizált eszközöket használnak (pl. DSM-IV, BNO-10)

B6 Laboratóriumi kapacitások állnak rendelkezésre a szomatikus, illetve a pszichiátriai/pszichés zavarok megállapításához

B7 Laboratóriumi kapacitás áll készen a drogok meghatározására a testnedvekben

B8 Az állapotfelmérés eredményeit egy részletes kliens adatbázisban megőrzik

### **C A kezelés tartalmának, biztosításának és megszervezésének standardjai**

C1 A kliens menedzselésével, előrehaladásával és a beutalásokkal kapcsolatos dokumentumokat megőrzik

C2 A kezelést az alapján választják, hogy milyen a droghasználat, a szomatikus és a mentális állapot, valamint milyenek a szociális körülmények

C3 Szubsztitúciós kezelést választanak a függőség alapján (amit standardizált eszközökkel állapítanak meg, pl. BNO-10)

C4 A gyógyszer-felírásra és más intervenciókra meghatározott protokollok állnak rendelkezésre

C5 A klienseket informálják a hozzáférhető terápiák közötti választásról

C6 Önségítő vagy más, támogató csoportokhoz biztosított a hozzáférés

C7 Hozzáférhető információk a 24 órás sürgősségi ellátások igénybevételi lehetőségéről

C8 A túladagolós kliensek azonnali ellátásban részesülnek

C9 A szolgáltatást/programot rendszeresen értékelik

C10 Olyan kapcsolatok vannak más szolgáltatókkal, hogy a gondozást vagy támogatást igénylő gyerekeket vagy más családtagokat oda lehessen irányítani

### **D Az elbocsátás, az utógondozás és a beutalás standardjai**

D1 Meghatározott kritériumok, hogy mikor küldik el a klienst a terápiás szabályok megsértése miatt

D2 Az elbocsátás a paciens felépülési szakaszának és beleegyezésének függvénye

### D3 Elbocsátás estén más szolgáltatásba utalás felajánlása

A célok (vagy az azokkal összefüggésbe hozott szükségletek) meghatározása után meg kell vizsgálni, hogy a szerhasználók jelenleg milyen ellátásban részesülnek (ellátási-térkép), illetve, az ellátások és a célok (szükségletek) között milyen hiányok tapasztalhatók (hiányanalízis).

### **Alapelvek – minőségbiztosítási irányelvek a droghasználók ellátásában<sup>6</sup>**

Az alapelveket négy szinten fogalmazhatjuk meg:

- rendszer-szinten
- ellátás-szinten
- beavatkozás-szinten
- kliens-szinten

Számunkra elsősorban az első kettő és az utolsó szint az érdekes!

#### Rendszer-szintű alapelvek

- jogi-etikai keretszabályok megléte
- szisztematikus kooperáció a szolgáltatások között; szinergiák kialakulása, a kontraproduktív hatások elkerülése
- kielégítő lefedettség (coverage)
- hatékonyság (kielégítő arány a források és az intervenciók között)

#### Ellátás-szintű alapelvek

- megfelelő források (humán erőforrások is!)
- megfelelő instrukciók, protokollok a szolgáltatás egyes fázisai tekintetében
- kielégítő arányú pozitív „kimenet” (outcome)
- kielégítő arány az ellátott populáció és a források között

---

<sup>6</sup> Uchtenhagen, 2011.

## Kliens-szintű alapelvek

- kliens szükségletek kielégítése
- az elvárt hatások bekövetkezése
- a nem várt hatások minimalizálása
- a kliensek életminősége javuljon

## Az ellátási térkép

Az ellátási térkép az összekapcsolódó kezelési, ellátási modalitások grafikus ábrázolásaként tekintendő. Azt mutatja meg, hogy *a kliensek hogyan mozognak, milyen utat járnak be az ellátás különböző szintjein, és az egyes szinteken milyen az ellátásban részt vevők profilja*. A következőkben kliensek leírását is említjük, de a hangsúly a szolgáltatók leírásán van, azaz itt a kliensek leírása arról ad képet, hogy milyen profillal rendelkeznek azok, akiket az ellátó vagy egy adott ellátási forma képes kezelésbe vonni, továbbirányítani vagy épp ellenkezőleg, nem képes kezelésben tartani vagy megfelelő időben további szintre továbbirányítani.

## Hiányanalízis

A hiányanalízist a szakértői munkacsoport végzi, a szükséglet-meghatározási folyamatban feltárt szükségletek, illetve az ellátórendszer jellemzői, pontosabban e kettő megfeleltetése révén. Ahogy erről korábban írtunk, a hiányanalízis annál pontosabban végezhető el, minél inkább egy földrajzi területre koncentrálnak, és a droghasználók összetett populációját több, kisebb célcsoportra bontjuk, amelyeknek speciális szükségleteit a következők szerint osztályozzuk.

Ehelyütt eltekintünk e tényezők részletes elemzésétől, csak utalunk Kun, Posta és Rácz (szerk.) 2010, összefoglalójára, illetve a Kézikönyvre<sup>7</sup>!

---

<sup>7</sup> Domokos Tamás, Fábíán Róbert, Felvinczi Katalin, Horváth Gergely Csaba, Márványkövi Ferenc, Mervó Barbara, Paksi Borbála, Rácz József, (szerk. Paksi Borbála és Felvinczi Katalin) (2010): Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt . Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából. Budapest.



## **A célrendszer és az alapelvek érvényesülése a hazai ellátásokban a rendelkezésre álló adatok alapján**

Meg kell jegyezni, hogy a témában célzott vizsgálat nem készült - a TÁMOP 5.4.1-Kábítószerpillér kivételével, azt lásd külön fejezetben.

A rendelkezésre álló adatok az országos statisztikai adatgyűjtésekből, valamint helyi kutatásokból kerülnek ki, amelyekből kisebb-nagyobb biztonsággal lehet arra következtetni, hogy a tanulmány elején bemutatott céloknak és alapelveknek mennyire felelnek meg a szolgáltatók. A fő célokat és az alapelveket a Nemzeti Stratégia (vulnerabilitás, szeveritás, fenntarthatóság és hatékonyság, valamint együttműködés és közösség, koordináció, nemzetközi együttműködés, monitorozás, kutatás, értékelés) és a WHO ajánlásai (Uchtenhagen, 2010) tartalmazzák (hozzáférés, elérhetőség, a felvétel, a kezelés, az elbocsátás és az utógondozás területén).

### **Célelérés és a kezelésben részesülő droghasználók<sup>8</sup>**

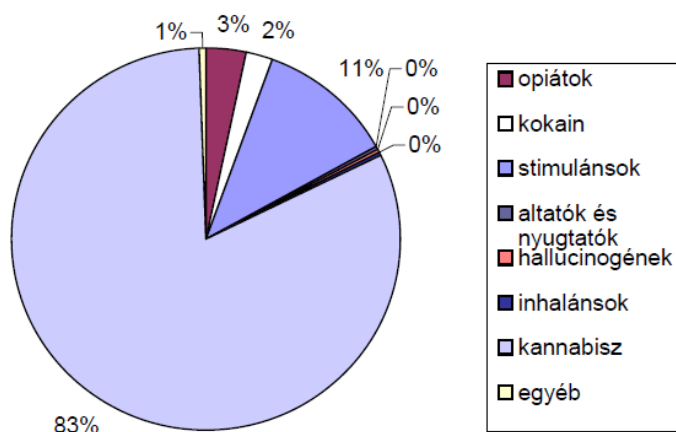
Ehelyütt csak a főbb problématerületekre koncentrálnunk!

#### *Büntetés helyett kezelés („elterelés”)*

A kezelésbe kerültek körében a kannabiszhasználók jelentős (83%) arányt képviselnek. Ha a nem az „elterelés” (büntetés helyett kezelés) miatt kezelésbe kerülteket nézzük, az arány akkor is magas: 32%. Itt mindkét alapelv (vulnerabilitás, szeveritás) sérülni látszik – ezzel nem akarjuk lebecsülni a problémás kannabiszhasználókat vagy a pszichiátriai szövődményekkel bekerült kannabiszhasználók kezelési lehetőségeit. Elsősorban az elterelés az, ami „behozza” ezt a nem súlyos, 6 hónapos ellátást (megelőző felvilágosító szolgáltatást) nem igénylő populációt (Rácz és mtsai, 2008).

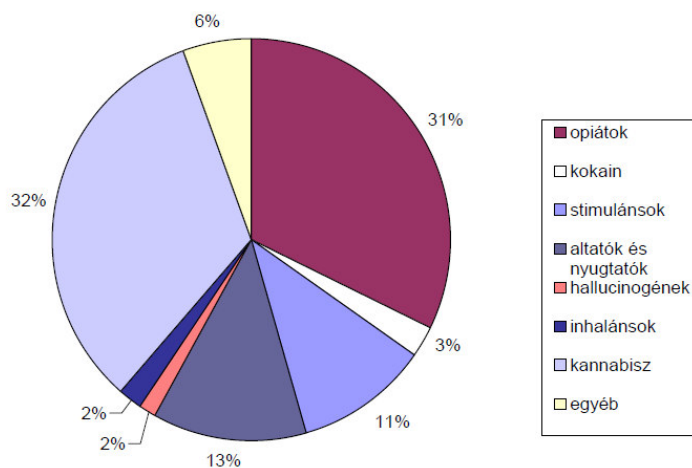
---

<sup>8</sup> Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről, SZMM, Budapest, 2009.



Forrás: OAC 2010

Elsődleges szerhasználat a kezelésbe kerültek körében, 2009-ben, n=3293 fő



Forrás: OAC 2010

Elsődleges szer az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében 2009-ben (%) (N=1054)

Az „eltereléssel” két célzott vizsgálat is foglalkozott (Vitrai és mtsai, 2009, 2010). Ezek megállapításai szerint a szakemberek az elterelés *eredményessége kritériumainak*

megítélésében nem teljesen következetesek. Az absztinencia elérését fontosnak tartják ugyan hangsúlyozni, de a bizalmi kapcsolat megteremtését lényegesebbnek, reálisabbnak vélik.

A differenciáltabb elterelés iránti igényt támasztja alá, hogy nemcsak az intézményvezetők, hanem a *szakemberek* egy részének álláspontja is az, hogy a jelenlegi szabályozás nem teszi lehetővé a kliensek droghasználatukhoz illeszkedő ellátásban való részesítését, és ez az elterelés eredményességét nagymértékben befolyásolja. Az alkalmi fogyasztók, a nem problémás szerhasználók szükségtelenül és hosszú ideig terhelik a rendszert, elvonva az erőforrásokat a problémás esetek kezelésétől, s ezzel összességében csökkentve az elterelés eredményességét.

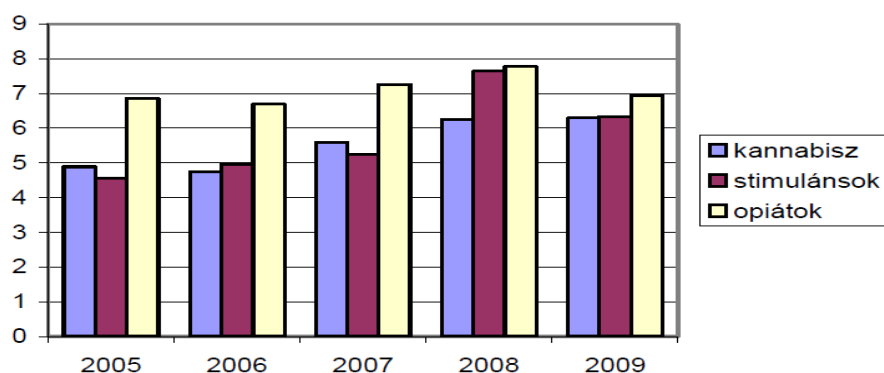
A záróvizsgálat során a kliensek maguk is értékelték az elterelés hasznosságát. Két tényező esetében érte el, illetve haladta meg a hasznosság mértéke a kliensek által elvárt értéket: a mindennapos problémák, konfliktusok jobb kezelése és a droghasználat csökkentése dimenziókban. Ez utóbbi szempont az egyik legfontosabb előzetes elvárás az eltereléssel szemben a kliensek részéről, így e tekintetben eredményesnek minősíthető az elterelés.

A válaszadók elégedettek voltak az elterelést végző szakemberek segítőkészségével, egyszerűnek találták az adminisztrációt és rugalmasnak az időpont-egyeztetést. Döntő többségük érdekesnek találta a foglalkozásokat, és szívesen vett részt azokon. A foglalkozások a megkérdezettek számottevő része számára új információkkal is szolgált, és az elterelés szemléletformáló hatása sem elhanyagolható mértékű. A kliensek túlnyomó többsége elutasította azt a nézetet, miszerint az elterelés felesleges, egyetlen értelme a büntetés elkerülése. Ez az értékelés azt mutatja, hogy ha nem is önszántukból vesznek benne részt, az elterelés folyamán, illetve a végére megtapasztalják annak hasznosságát, és érzik pozitív hatásait.

#### *A kezelésig eltelt idő (latencia)*

A legfontosabb megfigyelhető tendencia a 2005 és 2008 között a kezelésbe vételi látenciaidő fokozatos növekedése minden vizsgált szertípus esetében. Ennek a vélelmezhető legfontosabb oka a 2006-ban és 2007-ben megvalósított ún. egészségügyi reformintézkedéseknek az egészségügyi ellátórendszerre, különösen az addiktológiai ellátásra és a gondozási tevékenységre gyakorolt negatív hatása. Kisebb részben, de ugyancsak hatással lehetnek a

látencia periódus növekedésére a szociális szolgáltatások finanszírozásában elmúlt évek során bekövetkezett változások. Emellett figyelemre méltó az opiát-fogyasztók későbbi kezelésbe kerülése, összevetve a másik két vizsgált szertípussal szemben.



Forrás: OAC 2010

#### *Átlagos látencia periódus az egyes szertípusok esetében 2005–2009 között (év)*

A 6-7 éves latenciát mindenképpen hosszúnak kell tekintenünk és a tendencia is rossz irányt mutat. Casak találgatni lehet, hogy az egészségügyi kapacitáscsökkentésen túl, ennek milyen okai lehetnek: nem vonzó szolgáltatások, előítéletek a droghasználókkal szemben, a szolgáltatások elérhetősége és hozzáférhetősége, a megkereső-motiváló munka hiányosságai. Azonban az megállapítható, hogy itt olyan helyzet állt elő, ami beavatkozást kíván az ellátás-szervezés oldaláról is.

#### *A kezelésbe kerültek jellemzői a szerhasználatuk szerint*

Az előző táblázatokban láttuk, miért (milyen szerhasználat miatt) kerülnek kezelésbe a droghasználók. Az adatokat érdemes összevetni a kezelésbe nem került, becsült számú problémás droghasználók számával (az opiátok, az amfetamin és a kokain tekintetében). Az adatok áttekintése nyomán megállapítható, hogy a „rejtett” droghasználók becsült létszámához viszonyítva – éppen a legsúlyosabb függőségeket okozó szerek esetében – kevesen kerültek kezelésbe. Az egyes arányok a következőképpen néznek ki:

	Teljes populáció a pontbecslést alkalmazva	Rejtett populáció (pontbecslés)	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció alsó korlátja	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció felső korlátja	a rejtett populáció szórása
<b>Férfi</b>	2199	1508	1207	1808	153
<b>Nő</b>	931	715	317	1184	221
<b>Együttesen</b>	3130	2223	1908	2609	178

*Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a*

A heroin-fogyasztó populáció becsült nagysága 2007-2008-ban

Opiátok esetében: kezelték száma: 449 fő, rejtett populáció nagysága: 2223 fő, a kezelési arány: 20%.

	Teljes populáció a pontbecslést alkalmazva	Rejtett populáció (pontbecslés)	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció alsó korlátja	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció felső korlátja	a rejtett populáció szórása
<b>Férfi</b>	24287	22848	13147	32550	4949
<b>Nő</b>	3036	2752	942	4564	924
<b>Együttesen</b>	27323	25600	16415	34785	4686

*Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a*

Az amfetamin-fogyasztó populáció becsült nagysága 2007-2008-ban

Amfetaminok (stimulánsok) esetében: kezelték száma: 484 fő, rejtett populáció nagysága: 25600 fő, a kezelési arány: 2 %.

	Rejtett populáció (pontbecslés)	Teljes populáció a pontbecslést alkalmazva	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció alsó korlátja	95%-os konfidencia intervallum: a rejtett populáció felső korlátja	a rejtett populáció szórása
23 év alatti	1396	1503	-124	2917	775
24-29 éves	1368	1518	233	2504	579
30 év feletti	2337	2571	559	4115	907
Összesen	5101	5592			

*Forrás: Bozsonyi és Horváth 2010a*

### A kokain-fogyasztó populáció becsült nagysága 2007-2008-ban

Kokain esetében: kezelték száma: 101 fő, rejtett populáció nagysága: 5101 fő, a kezelési arány: 2 %.

A rejtett intravénás populáció nagyságát 2008 és 2009 években pontbecslést alkalmazva teljes statisztikai függetlenség esetén 1187 főre, a teljes intravénás populáció nagyságát 2207 főre tették (Bozsonyi és Horváth 2010b).

Kezelt intravénás használók: a „rejtett” csoport 20%-a.

A kezelésbe kerülési arány rendkívül alacsony. ismerünk olyan területeket is az országban (a VIII. kerületi publikus injekciós szcéna), ahol a kezelési arány még a 2%-ot sem éri el (Csák és Gyékiss, 2010)! Itt már a célrendszerek érvényesüléséről aligha beszélhetünk! Az angol National Treatment Agency ajánlása szerint a problémás droghasználók 50%-ának kellene kezelésbe kerülnie (ezt az arányt Angliában sem érik el).

### *Szubsztitúciós kezelés (metadon fenntartó kezelés)*

A metadon fenntartó kezeléssel kapcsolatban egy célzott vizsgálat készült (Rác és mtsai, 2010). Itt a programok jellemzőit a módszertani levélben lefektetett elvekkel hasonlították össze a szerzők.

Ennek a kutatásnak a megállapításai szerint a kliensek elégedettek a kezeléssel, ami megítélésük szerint pozitív észlelt változást okozott pszichoszociális és droghasználati

jellemzőikben. A módszertani levélben lefektetett elvek közül nem mindegyik valósult meg. Fontos szempont a kezelőhely nyitva tartása és megközelíthetősége. Jóllehet a minta több mint 40%-a utazik több mint fél órát a kezelőhelyre, a kliensek alapvetően nem gondolják problémának a kezelőhely megközelítését. A helyek nyitva tartásával kapcsolatban csak közepes a kliensek elégedettsége, ami azt sejteti, hogy a kezelőhelyek nem elsősorban a kezeltek igényeihez igazítják nyitva tartásukat. A nyitva tartás nemcsak a kliensek jobb hozzáférése miatt fontos, hanem a módszertani levél betartása miatt is: hétfévégén, vasárnap is lehetőséget kell biztosítani a metadon kiadásra, hiszen a kliensek csak indokolt esetben, és csak bizonyos idő elteltével vihetnek haza akárcsak egyszer is metadont. A szombaton 4, vasárnap 2 nyitva tartó intézmény száma nem biztosítja a módszertani levél betarthatóságát.

A metadon kiadás gyakoriságával és a kiadott dózissal kapcsolatban egyrészt a szerzők azt tapasztalták, hogy a kezelésben lévők többsége (58.6%-a) heti egy alkalommal kap metadont. A módszertani levél pontosan nem szabályozza a kiadás rendjét, de a következő megállapítást teszi: „A napi ellenőrzött bevételtől eltérően indokolt esetben maximum 1 heti-, különlegesen indokolt esetben maximum 3 heti mennyiség adható ki”. Ez alapján a megállapítás alapján az 59%-os heti kiadást túl gyakornak, illetve túl sok klienst érintőnek tartjuk. Másrészt azt is tapasztalták, hogy a kliensek túlnyomó része (82%) hazaviheti magával a metadont, és közel kétharmaduk (62.7%) ezt egy hónap után tehetette meg. Ez arra enged következtetni, hogy a hazavitel feltételeinek szabályozásában gondok lehetnek. Az adatok azt is sejtetik, hogy sérül a módszertani levél egyik alapelve, miszerint a metadon lehetőség szerint ne kerüljön a kliens kezébe.

Az adatok szerint a mintában szereplő kliensek jellemzően 40 mg, 60 mg, illetve 80 mg metadont kapnak. Ugyanakkor 10 fő esetében a metadon dózis 100 mg, sőt, 12 esetében 120 mg. Minden harmadik kliens 81 mg-nál magasabb dózist kap. Ezek az adatok hasonlóságot mutatnak a Szlovéniában tapasztalt dózis mennyiségekkel, illetve kissé alacsonyabbak, mint az Egyesült Királyságban. A hazai adatokat szemlélve elmondható, hogy a kezelésben lévők egy jelentős részének (megközelítőleg egyharmadának) metadon dózisa nem, vagy csak éppen hogy eléri a nemzetközi szakirodalom által hatásosnak tekinthető minimális 60 mg-ot (5). A kliensek kétharmada 80 mg-nál kevesebb metadont kap, ami szintén elgondolkodtató adat annak tükrében, hogy 40 mg alatt a metadon igazából nem hat (az USA-ban korábban a „moderált” dózisu metadon-programokban: 40-50 mg, a nagy dózisu programokban: 80-100 mg metadont adtak, de a vizsgálatok szerint az alacsony dózisu metadon kevésbé hatásos). A

hatásos dózis kb. 60-120 mg körül van. A kezelőszeméllyzettel és a medikációval kapcsolatos kliens vélemények alapvetően pozitívnak mondhatóak, hasonlóan a Szlovéniában tapasztaltakhoz.

A kliensek elmondása szerint leginkább az orvosi vizsgálatot vették igénybe a kezelés alatt (69.3%), amiket a pszichológusokkal folytatott beszélgetések (41.3%) és konzultációk követnek (35.3%). Kevésbé jellemző a szociális-jellegű szolgáltatások igénybevétele, illetve a különböző terápiáké. Ezek az arányok alacsonynak mondhatóak. A WHO irányelv is kiemeli a pszichoszociális intervenciók biztosításának szükségességét az agonista fenntartó terápia mellett! Másrészt tapasztaltuk a szociális szolgáltatások háttérbe szorulását. Feltehető a kérdés, miszerint ennek oka abban rejlik-e, hogy a hazai egészségügyben a szociális szolgáltatások még mindig szekunder szerepet töltenek-e be, vagy abban, hogy a fenntartó helyeken nincs anyagi és emberi erőforrás az ilyen típusú szolgáltatásokra, esetleg abban, hogy maga módszertani levél is alapvetően egészségügyi ellátásként kezeli a metadon-fenntartó kezelést (és nem átfogó, medikális és pszichoszociális ellátásként, mint a WHO irányelve).

A kezelésbe kerülés továbbra sem könnyű: a minta közel fele ezt nagyon nehéznek ítélte meg. Szintén korábbi kutatásokból (pl. Márványkövi és mtsai, 2008) tudjuk, hogy a metadon fenntartó kezelésre való bejutás igénye ugyanakkor nagy. Azt is látható, hogy a várakozási idő a kezelésbe került kliensek esetében rövid volt (kb. felüket egy hét után vették fel). Úgy tűnik, ha van kapacitás, akkor gyorsan bekerülnek a kliensek a kezelésbe, ha viszont nincs, akkor egyes injekciós használó csoportoknál a kezelésbe kerülés szinte reménytelen. Jóllehet a fenntartó kezelésbe jutás kritériumai magas küszöbűek (legalább is arra utalnak), a protokoll nem tesz egyértelmű állásfoglalást a fenntartó kezelés alacsony vagy magas küszöbű minősége mellett (bár a kezelésben maradás feltételei szigorú kritériumokhoz kötöttek). A kutatás tapasztalataira, valamint a kliensi igényekre és visszajelzésekre támaszkodva ismételtén megfogalmazható a fenntartó-programok részben alacsony küszöbűség felé történő terelése, vagy legalább is annak lehetősége, elsősorban a kezelésbe kerülést illetően. Ez azonban már egy másik kezelési paradigma elsajátítását igényli, nemcsak szakmai, hanem drogpolitikai szinten is.



Érdemes végezetül felhívni a figyelmet a módszertani levélben ajánlott, a hatékonyság mérését elősegíteni hivatott teszt felvételére, ami a kutatás szerint hiányzik a hazai programokból. A TDI-vel úgy tűnik nem teljesíthető ez a célkitűzés. Elsősorban azért, mert nem erre a célra tervezték, másrészt bizonyos kérdések kétértelműek, harmadrészt a bekerülési TDI adatok vagy hiányosak, vagy egyáltalán nem is léteznek. Ugyanakkor ez az egyetlen mérőeszköz, amelynek használata kötelezően előírt a kezelőrendszerben. Ez a pont érinti a WHO alapelvek közül a „felvétel” című szakaszát.

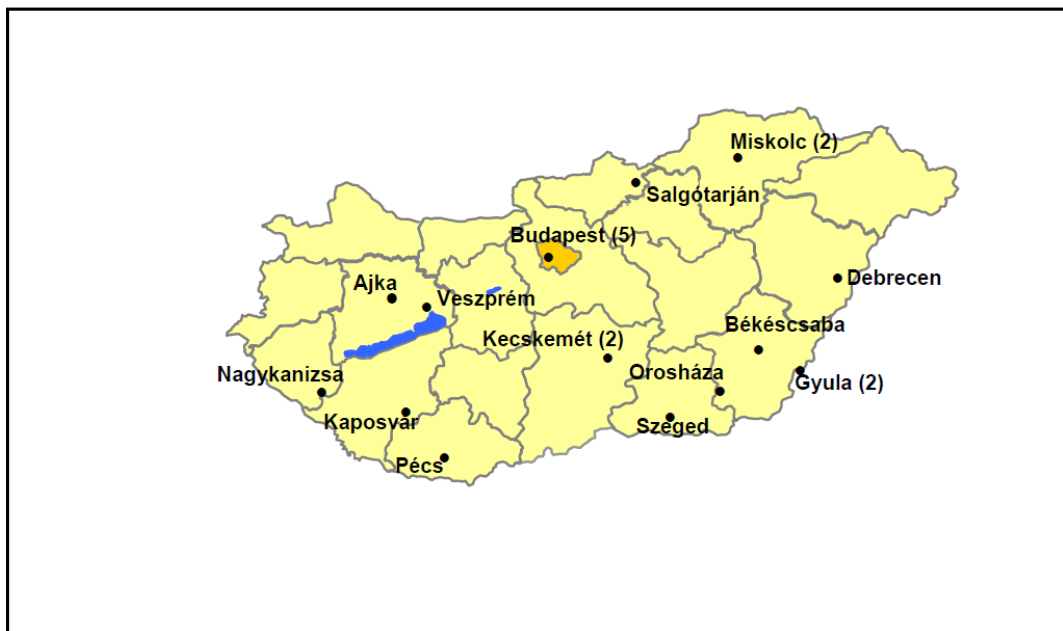
## Alacsony-küszöbű szolgáltatások, túcsere-programok

A „rejtett” intravénás csoport 71%-a kerül be a túcsere-programokba. Ez viszonylag jó arány, azonban itt is lehetne javítani. Ha megnézzük a túcsere-programok országos eloszlását, súlyos területi egyenlőtlenségekre derül fény, még akkor is, ha az injekciós szerhasználók előfordulása nem azonos az országban. Ez az eloszlás mind a hozzáférést, mind az elérhetőséget érintik, hogy a többi céllal már ne is foglalkozzunk!

Szer típus	< 25 év		25-34 év		> 34 év		Nem ismert		Összesen	
	abszolút	relatív	abszolút	relatív	abszolút	relatív	abszolút	relatív	abszolút	relatív
Heroin	182	41%	479	59%	153	56%	12	63%	826	53%
Amfetamin	220	49%	261	32%	103	37%	3	16%	587	38%
Kokain	6	1%	6	1%	0	0%	0	0%	12	1%
Egyéb	14	3%	36	4%	7	3%	1	5%	58	4%
Nem ismert	27	6%	34	4%	12	4%	3	16%	76	5%
<b>Összesen</b>	<b>449</b>	<b>100%</b>	<b>816</b>	<b>100%</b>	<b>275</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>1559</b>	<b>100%</b>

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Elsődleges injektált szer típus szerinti megoszlás a túcsere programban részt vevő kliensek körében életkor szerinti bontásban 2009-ben (fő)



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Túcsere szolgáltatók 2009-es országos megoszlása

## Fertőző betegségek miatt kezelésbe került szerhasználók

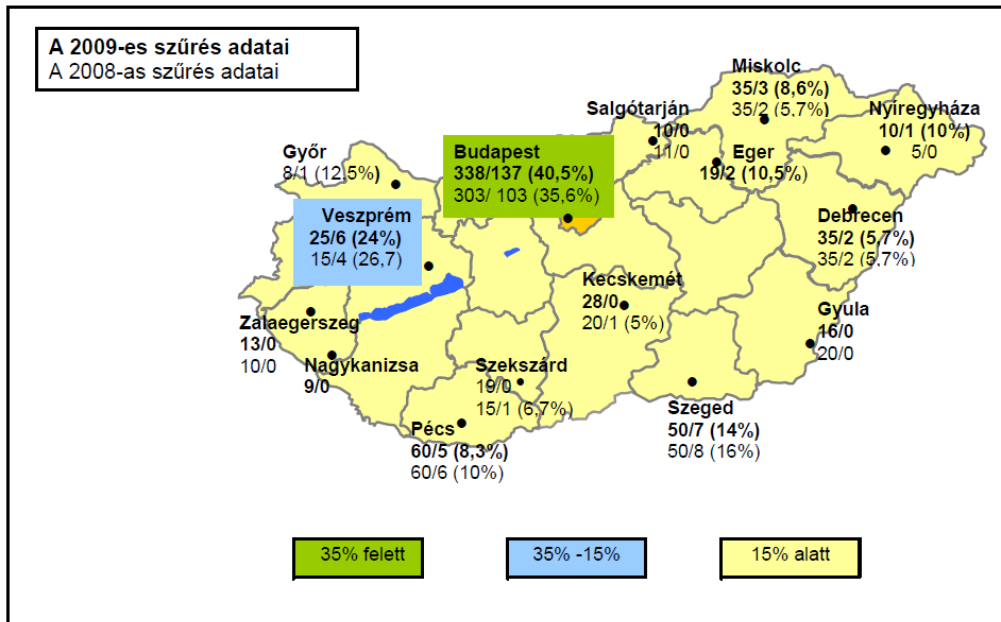
Az alábbi táblázat az Országos Epidemiológiai Intézet éves „kampányszűrésének” eredményeit mutatja a 2009-es adatok alapján. A szűrővizsgálatok sem mutatnak országos lefedettséget (lásd az ábrát), bár az epidemiológiai trendek felvázolásához elegendő a szűrőhelyek száma, a kezelés előkészítése azonban több szűrőállomást igényelne.

A táblázat különösen akkor válik érdekessé, ha ehhez hozzátesszük a fertőző betegségek (jellemzően hepatitisz C) miatt kezelésbe kerültek számát, amit a következő ábra mutat (Gazdag és Horváth, 2009).

Az intravénás kábitószer-használat kezdete	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív		száma	közül pozitív	
		szám	%		szám	%
< 2 év	68	0	0,0	68	6	8,8
2 - 4 év	99	0	0,0	98	13	13,3
5 - 9 év	179	0	0,0	177	45	25,4
> 10 év	304	5	1,6	298	98	32,9
Nem tudja	26	0	0,0	26	1	3,8
<b>Összesen</b>	<b>676</b>	<b>5</b>	<b>0,7</b>	<b>667</b>	<b>163</b>	<b>24,4</b>

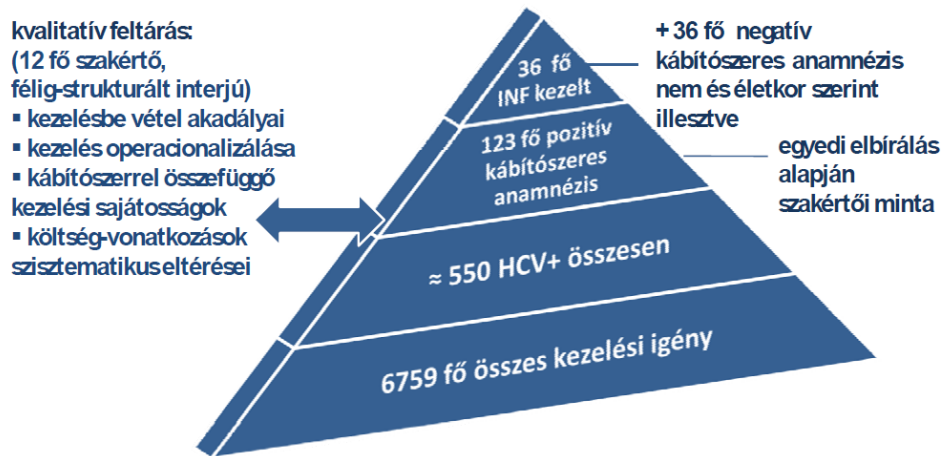
*Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010a)*

A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv.  
kábitószer-használat kezdete szerint a 2009-es vizsgálat adatai alapján



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2010a) és Nemzeti Drog Fókuszpont

### A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2008-ban és 2009-ben



A Szent László Kórház Hepatológiai Ambulanciáján megjelentek 2006.01.01. és 2008.12.31. között

### Kezelésbe került hepatitisz C fertőzöttek aránya

A hepatitisz C miatt kezelésbe kerültek rendkívül alacsony arányt mutatnak. A kezelés elmaradásának legfőbb oka az absztinencia hiánya (Gazdag és mtsai, 2010).

## **Prevenációs vizsgálatok<sup>9</sup>**

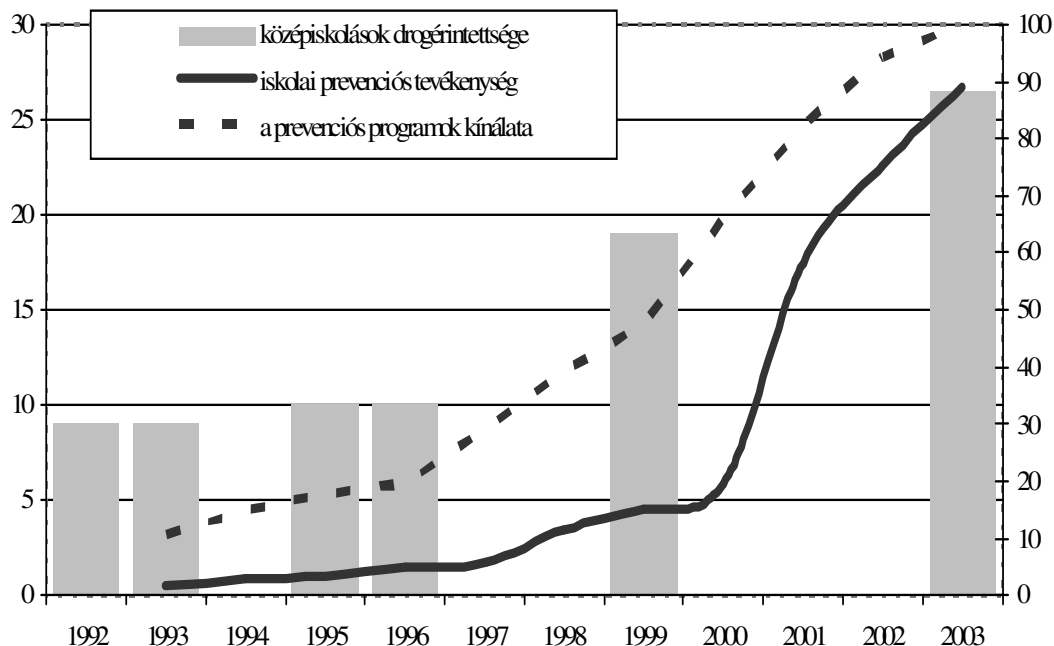
### *Univerzális prevenció – iskolai szintér*

Paksi Borbálának az országra nézve reprezentatív vizsgálatai alapján megállapítható, hogy az öt évvel korábbi állapothoz képest csökkent azon iskolák aránya, ahol a prevenció/egészségfejlesztési feladatok ellátására rendelkeznek valamilyen intézményi kapacitással. A pedagógusok között tendenciájában csökkent a prevenció/egészségfejlesztési kompetenciákat növelni hivatott továbbképzésen résztvevők aránya. Jelentősen visszaszorult a drogügyi koordinátor szerepe is az iskola világában. Az egyéni és intézményi prevenció kompetenciák/kapacitások kedvezőtlen irányú elmozdulása ellenére a prevenció tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: a korábbi mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben zajlik valamilyen prevenció beavatkozás, s az iskolák 85-88%-ában van valamilyen prevenció program az egyes tanévekben. Míg a korábbi években a legális/illegális szerhasználat volt az, ami leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül, ma már a drogprevenció programokkal azonos arányban szerepelnek az iskolai szintéren a mentálhigiéniával valamint a táplálkozással foglalkozó prevenció intervenciók.

Összességében, az iskolai univerzális prevenció – legalábbis a lefedettség, a hozzáférés és az elérhetőség tekintetében – jónak mondható és fejlődést mutat. A programok minőségi elemeivel ehelyütt nem foglalkozunk.

---

<sup>9</sup> Paksi Borbála (2010): A közoktatási intézmények prevenció kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. Addiktológia, 9,3, megjelenés alatt.



Az iskolák prevenciók aktivitásának (az iskolák százalékában, a jobboldali tengelyen ábrázolva), a prevenciók szolgáltatások megjelenésének (a 2003-ban jelenlévő programok százalékában, szintén a jobboldali tengelyen ábrázolva), valamint a középiskolások drogérintettsége (a 10. évfolyamos diákok körében a biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke, a baloldali tengelyen ábrázolva) alakulása.

Tanévek	Preveniót végző iskolák aránya	Résztevők becsült aránya		Diákok száma országosan	Prevenióban résztvevő diákok becsült száma országosan
		medián	átlag		
2006/2007	88,0	70	67,1	1.401.455	827 531
2007/2008	86,7	74	67,1	1.384.167	805 729
2008/2009	85,1	80	68,6	1.362.409	794 776
Átlagos év	86,6	75	67,6	1.382.677	809 401

Az iskolai prevenciók programokban résztvevő diákok becsült aránya és becsült száma az egyes tanévekben és átlagosan 2006 és 2009 között

### *Célzott prevenció<sup>10</sup>*

A célzott prevenció különböző szintereken valósult meg:

- bevásárló központok
- rekreációs szinterek
- TÁMOP 5.2.5 keretében
- Magyar Honvédség
- munkahelyi prevenció

2009-ben (2008-hoz hasonlóan) 8 városban/kistérségben működött a rekreációs szintéren ártalomcsökkentő/prevenációs tevékenységet nyújtó szolgáltatás, a szervezetek összesen 441 eseményen vettek részt, ahol több mint 11.300 fiatallal kerültek kapcsolatba. Csökkenés mutatkozik a szervezett bulikon való részvételben, ugyanakkor gyakoribb a szervezetek fesztiválokon való megjelenése.

A hozzáférés és az elérés kapacitásproblémák miatt sem valósulhatott meg.

### *Javallott prevenció*

Elvértve találkozhattunk ilyen példákkal (pl. a Jelentésben is említett Béke Gyermekotthon). Ez nyilván azt jelenti, hogy a célelérést ebben a tartományban nem tudjuk vizsgálni.

---

<sup>10</sup> Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről, SZMM, Budapest, 2009.

**A TÁMOP során, az ország négy régiójában végzett szükséglet-meghatározás, ellátási-térkép, kliens-profil meghatározás, valamint a kielégítetlen szükségletek, továbbá a kezelésen kívüli („rejtőzködő”) droghasználók szükségletei**

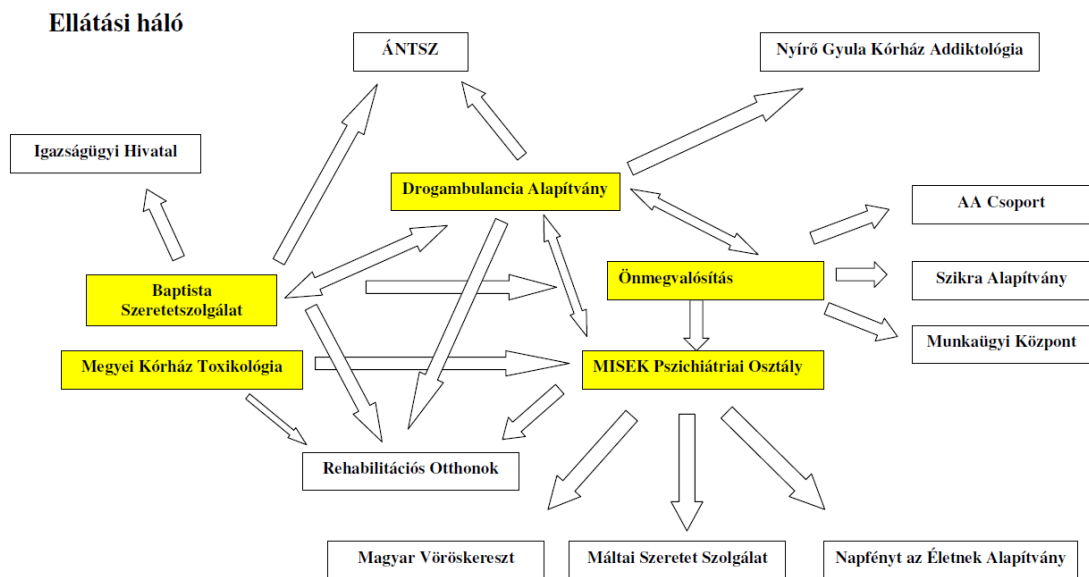
Most a TÁMOP kábítószerpillér során készített kutatásokat tekintjük át. E kutatások felépítése már tartalmazta azokat a mutatókat, amelyekből a célok és az alapelvek teljesülése nyomon követhető lett volna. A feltételes mód arra utal, hogy ezeket a célokat mégsem sikerült elérni – az okokról röviden említést teszünk a későbbiekben.

Ismét utalunk arra, hogy a szükségletek és a célok között összefüggés állapítható meg. Az ellátási-térkép arra is alkalmas, hogy bemutassa, milyen célokat teljesít az intézményrendszer. A célokkal – azok elérésével, elérhetetlenségével – összefügg az egyes intézményekben kezelt droghasználók kliens-profilja, kielégített szükséglete. Végül, a kezelésen kívüli („rejtett”) droghasználók olyan szükségleteket, és így közvetve célokat is megjelenítenek, amiket az ellátás-szervezésnél figyelembe kell venni. A következőkben a 4 régióban szerzett tapasztalatokat mutatjuk be: ez lesz az alapja annak az elemzésnek, ami a célok – célelérés – akadályok témakörében a továbbiakban elemzünk.

Meg kell jegyeznünk, hogy a négy régió eltérő probléma-percepciója, különböző intézményi háttere és a jelentkező droghasználatbeli különbségek miatt az egyes esettanulmányok nem ugyanazt a szerkezetet követték: esetenként fontos információk megszerzésére sem nyílt lehetőség (elsősorban Dunaújvárosban, kisebb mértékben Miskolcon).



## Miskolc<sup>11</sup>



<sup>11</sup> Miskolci DROGAMBULANCIA ALAPÍTVÁNY munkatársai, Juhászné Ceglédi Tünde, Koleszár Ágnes (2010): „TERÜLETI STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA”. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából. Budapest.

## SWOT ANALÍZIS

<b>Legfontosabb erősségek</b>	<b>Legfontosabb gyengeségek</b>
Ellátó helyek: Drogambulancia Közösségi ellátás Alacsonyküszöbű ellátás Toxikológiai ellátás Együttműködések Szakmai megalapozottság Aktív, céltudatos szakemberek Humán erőforrás Prevenációs programok	Intézményrendszer hiánya: Rehabilitációs intézmény Nappali ellátás Addiktológiai osztály Gyermekpszichiátria Önsegítő csoport hiánya Az ellátások elérhetősége korlátozott
<b>Legfontosabb lehetőségek</b>	<b>Legfontosabb veszélyek</b>
Ellátórendszer bővítése Képzések Érintett szakemberek bevonása Közös pályázás Globális látásmódú szakember Önkormányzati szerepek hangsúlyozása	Ellátatlan szükségletek Pénzhiány Kiegészítő, túlterhelt szakemberek Negatív előítélet

### Fejlesztési javaslatok:

Információs csatornák fejlesztése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tájékoztató kiadványok terjesztése</li> <li>• Önkormányzati módszertani kiadvány</li> <li>• Lakossági (családi) tájékoztató kiadvány</li> <li>• Weblap, Dokumentumtár, Linkgyűjtemény</li> <li>• E-mail levelezőlista</li> </ul>
Önkormányzatok érzékenyítése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szemléletformálás</li> <li>• Szakmai iránymutatás</li> <li>• Információs rendszer</li> <li>• Képzési programok</li> </ul>
Iskolai prevenció hatékonyságának erősítése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Képzés</li> <li>• Forrásbővítés</li> <li>• Pályázatok</li> <li>• Nem curriculum szerű programok</li> </ul>
Családi prevenció	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Védőnői hálózat bevonása</li> <li>• Szociális gondozói hálózat bevonása</li> <li>• Gyermekvédelmi szolgálatok bevonása</li> </ul>
Szolgáltatásfejlesztés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elérő szolgáltatások, utcai megkereső tevékenység</li> <li>• Ártalomcsökkentő programok bővítése</li> <li>• Rehabilitációs otthon létrehozása</li> <li>• Nappali ellátás működtetése</li> <li>• Addiktológiai osztály kialakítása</li> <li>• Önsegítő csoportok támogatása</li> </ul>

Összességében az ellátórendszerrel megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) a régióban nem épült ki. A szolgáltatások terén az egészségügyi és a szociális szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

## **Dunaújváros<sup>12</sup>**

### **Kliensprofil meghatározás (OSAP, TDI adatok segítségével)**

A projekt jelenlegi szakaszában nem volt lehetőségünk a két szolgáltató intézményben a kliensprofil meghatározásra adatlapokat kitölteni az idő rövidege miatt. Az intézményi profil meghatározásánál egy korábbi elemzés során a két intézményt felmérték (Beck és Taylor módszerrel), de annak adatait a kórház komplexen kezelte, így annak eredményeit nem áll módunkban beilleszteni jelen kutatásunkba.

### **Egyéni szükségletek feltárása kezelésben lévő kliensek körében**

Az előző pontban leírtak vonatkoznak az egyéni szükségletek feltárására is, mert az intézményekben 90%-ban jelenleg alkohol betegeket kezelnek és nagyon kevés a szenvedélybetegek között a kimondottan kábítószer-használók aránya.

### **Kliens elégedettség feltárása kezelésben levő kliensek körében**

A kliens elégedettség feltárása kezelésben levő kliensek körében a Szent Pantaleon Kórház a közelmúltban szintén végzett elégedettségi vizsgálatot. Sajnos ezt is átfogóan tette, ezért számunkra ismételen csak akkor van az intézményekre vonatkoztatva releváns információ, ha sikerül leválogatni a két intézményt, mint szolgáltatót.

### **Addiktológiai problémával közvetlenül kapcsolatban álló személyek véleményei -**

#### **Fókuszcsoportos beszélgetések alapján**

---

<sup>12</sup> Dunaújváros Ifjúságáért Közalapítvány keretében, Szente Tünde, Szemenyei István, Klein Imre (2010): STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása. IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából, Budapest

Megállapítást nyert minden csoportnál, hogy a város ellátó rendszere hiányos. Szinte csak a kórház pszichiátriai osztályát és az ott működő addiktológiát ismerték, valamint megemlézték az egyházi szervezetek hálózatait. A szociális szféra dolgozói kénytelenek városon kívül intézményeket, ellátó helyeket keresni a kliensek számára. A szakmai felügyelet felépítése és az értékelési rendszer fejlődése az előrelépés kulcseleme és feltétele ahhoz, hogy a rejtőzködő szerhasználók és a segítséget igénylők intézményi protokollja hatékonyabbá, egyúttal ismertté váljon. Az ellátórendszer fejlesztéséhez adatokat kaptunk ahhoz, hogy meghatározzuk azokat a konkrét célcsoportokat, amelyek szükségleteit kielégítjük. Így: a szociális problémákkal küzdő fiatalokat, a problémás családból származó fiatalokat, a rossz környéken élő fiatalokat, a tanulási problémákkal küzdő fiatalokat, a fiatal bűnelkövetőket, az iskolából kimaradókat.

## **Észak-Pest<sup>13</sup>**

### **Droghasználók ellátási rendszere**

A kiválasztás szempontja az volt, hogy egészségügyi típusú és/vagy elterelést végző intézmények, szolgáltatások helyzetét, tevékenységét feltérképezzük.

Módszer: személyes lekérdezés, adatlap a kezelést-ellátást nyújtó szervezetek számára alapján.

Elért intézmények, szolgáltatások:

- Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház Addiktológiai osztály
- Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs központ

---

<sup>13</sup> MÁTRIX Szenvedélybetegek Hozzátartozóinak Egyesülete, Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórházával és a Drogambulancia és Prevenációs Központtal, Csorba József (2010): SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK MODERNIZÁCIÓJA, KÖZPONTI ÉS TERÜLETI STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása. IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából, Budapest.

- Drogprevenációs Alapítvány – Drogoplex Ambulancia
- DrogStop Egyesület – Elterelési szolgálat
- Iránytű Ifjúsági Iroda – Elterelési szolgálat

### **Droghasználók szociális ellátó rendszere**

A régióban az alábbi szociális intézmények foglalkoznak szenvedélybeteg ellátással:

A XIII. kerületben a szenvedélybetegek közösségi ellátását a Félút Alapítvány végzi. A IV. kerület szenvedélybetegeinek közösségi ellátását a Humánsztráda Egyesület végzi. A XV. kerületben közösségi ellátást szintén a Humánsztráda Egyesület végez.

További intézmények, amelyek szociális ellátást nyújtanak:

- Magyar Ökumenikus Segélyszervezet XIII. kerületi Szociális Központ és Szendélybetegek
- Nappali Intézménye
- Baptista Szeretett Szolgálat Utca Front – mobil tócsere programja
- Drogprevenációs Alapítvány – Hollán Ernő utcai tócsere programja
- Drogstop Egyesület alacsonyküszöbű ellátása
- Két hozzátartozó önszolgáltató egyesület is működik Matrix egyesület és az Önkontrol Klub

Az főbb együttműködő partnerek a következők:

az együttműködő szervezet megnevezése	az együttműködő szervezet által
	<b>nyújtott szolgáltatás</b>
<b>Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia</b>	Egészségügyi
<b>Szent János Kórház Tamasz Gondozó</b>	Egészségügyi
<b>Józsefvárosi Önkormányzat Családsegítő Szolgálat</b>	Szociális ellátási
<b>Nyíró Gyula Kórház I. sz. pszichiátriai osztály</b>	Egészségügyi
<b>Híd Családsegítő és Gyermejkölési Központ</b>	Szociális ellátás
<b>Józsefvárosi Tamasz Gondozó</b>	Egészségügyi
<b>Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Addiktológiai Gondozó</b>	Egészségügyi
<b>Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht.</b>	Egészségügyi

### **Intézményrendszer**

A régióban az egészségügyi és szociális ellátás aránylag megfelelően biztosított. A droghasználókkal foglalkozó intézmények száma aránylag magas más régiókhöz képest. Általában országos vagy fővárosi területi ellátással rendelkeznek és komplex ellátási - szolgáltatási programokat nyújtanak. Minden típusú ellátás elérhető, bizonyos szolgáltatás típusokat több intézmény is biztosít (pl.: megelőző-felvilágosító szolgáltatás, szubsztitúciós kezelés, tőcsere lehetőség). A nagy kapacitás ellenére egyes intézmények jelentős várakozási listát kénytelenek működtetni a szubsztitúciós kezelésre. Több típusú ellátás hiányos (nappali ellátás, védett munkahely, védett szállás) vagy hiányzik (rehabilitációs központ). Fontos hangsúlyozni, hogy az intézmények működése jelentősen túllépi a regionális kereteket, emiatt az együttműködések is túllépik ezeket.

## **Kliensprofil**

A részben regionális lakcímre leszőkített TDI adatok azt mutatják, hogy a THC használók (főleg elterelés) és a heroin használók (főleg egészségügyi, szociális és alacsonyküszöbű ellátás) vannak többségben. A fekvőbeteg ellátásban az alkoholbetegek vannak többségben, az illegális drogok közül a heroin dominál. Aránylag magas számban van jelen a visszaélő gyógyszer-használat és a politoxikománia is.

## **Kielégített és kielégítetlen szükségletek**

A klienselégedettségi mérés eredményei alapján a különféle szolgáltatásokat igénybevevők nagyrészt elégedettek a kapott szolgáltatások minőségével, elérhetőségével, a szakemberek szakmai felkészültségével. A kielégítetlen szükségletek tekintetében a szubsztitúciós programba való bekerülés okoz lényegében problémát.

## **Fókuszcsoportok**

A kábítószerkérdéssel közvetetten kapcsolatban álló intézmények és szervezetek nagyon heterogén csoportot alkotnak. A fogalmak gyakran nem teljesen tiszták a résztvevők számára. Mindenki együttértett, hogy a drogkérdés egyre jelentősebb és szükséges a hatékony prevenció és intervenció, ennek eszközei ugyanakkor jelentősen eltérnek egymástól.

## **Rejtőzködő szerhasználók feltérképezése**

Az IV droghasználó nem kezelésben lévő populáció elsősorban heroint használ, de magas az amfetamin-használat aránya és a heroin és amfetamin együttes használata is. Addiktív magatartásuk nagyon kockázatos. (pl.: közös túhasználat). Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat, ellátásokat vennék igénybe: szubsztitúciós kezelés, HIV-, HCV-szűrés, tücsere stb. A politoxikomán populáció 100% arányban problémás alkohol-használó, és jelentős (90%) arányban jelen van az altató- és nyugtató-használat, kisebb mértékben az amfetamin- és THC-használat. Elsősorban a klasszikus szociális és egészségügyi ellátást vennék igénybe.

## **Észak-Buda<sup>14</sup>**

### **Intézményi profil**

Az intézményi profil kérdőíveiből alapján a területi addiktológiai – kábítószer problémával küzdő személyek – ellátásában három, illetve négy intézmény vesz részt. Ezekből kettő – Kék Pont Alapítvány, Kék Kocka Nonprofit Bt. – ellátási profilja kifejezetten a kábítószer problémára fókuszál, míg a Gálfi Béla Kórház, illetve a Szentendrei Mentálhigiénés Központ tágabb spektrumban működik a pszichiátriai betegségek területén, ellátottaik között elsősorban alkoholológiai probléma felülreprezentált, az egyéb addiktológiai betegségek között. Az intézményi profilok és a fókuszcsoport tapasztalata is azt támasztják alá, hogy a súlyos droghasználattal járó esetek – a lehetőségekhez képest – még ellátásba kerülnek, azonban azok az esetek, ahol még nem alakult ki súlyos droghasználat, nem.

### **Kliens-profil**

A súlyosabb droghasználók ellátása kapcsán azt tapasztaltuk, hogy egy földrajzilag is nagy és inhomogén térség ellátását, illetve az ellátás gyakorlati szervezését egy többprofilú drogambulancia képes megvalósítani, ahol pszicho- és farmakoterápia, konzultáció, utcai munka és más megkereső szolgáltatások, szabadidős programok, a gondozást kiegészítő szolgáltatások (pl. felépült szenvedélybetegek csoportja), hozzátartozói csoport is rendelkezésre állnak.

---

<sup>14</sup> Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Márványkövi Ferenc, Pászli Livia és Rácz József (2010): SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK MODERNIZÁCIÓJA, KÖZPONTI ÉS TERÜLETI STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása. IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából, Budapest.



## A megjelenések megoszlása a szolgáltatások igénybevétele szerint, százalékban

Szolgáltatás	Kék Pont	Kék Kocka
Pszichológiai konzultáció	3	5
Szociális munkás konzultáció	63	20
Pszichiátriai rendelés	26	0
Csoport foglalkozások	3	70
Szakmai konzultáció	5	5
<b>Összesen</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Megjegyzés: a kliensek egy megjelenés alkalmával több szolgáltatást is igénybe vehetnek.

## Elsődleges szerhasználat az új kliensek körében (az említések arányában)

Szer fajtája	Kék Pont	Kék Kocka
<b>Marihuána</b>	<b>73</b>	<b>37</b>
<b>LSD, Hallucinogének</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Amfetamin, Ecstasy</b>	<b>8</b>	<b>5</b>
<b>Heroin</b>	<b>7</b>	<b>0</b>
<b>Más ópiát</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Kokain</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Szerves oldószer</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Politoxikomán, altatók, nyugtatók</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Egyéb</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Alkohol</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

### Fókuszcsoport

A fókuszcsoportos beszélgetés egyik igen fontos tapasztalata a kábítószer-problémával kapcsolatos ismeretek hiánya a munkájuk során ezzel a problémával kapcsolatba kerülő szakemberek között. Emiatt a képzés/továbbképzés alapvető szükségletnek látszik. A másik fontos tapasztalat, hogy a résztvevők úgy látják, a kábítószer-probléma csökkentésére irányuló tevékenységekre nem áll rendelkezésre elegendő anyagi forrás.

## Rejtőzködő szerhasználók szükséglet-meghatározása

1. táblázat: drogkarrier hossza szerenkénti bontásban. Átlagok.<sup>2</sup>

	Átlag (év)	N
Marihuana	5.8	14
Kokain	5.4	7
Amfetamin származékok	5.1	10
GHB	3.7	4
Ketamin	3.6	5
Mephedron	2	3
Nem felírt altató, nyugtató	6.5	4
Alkohol	8.3	11

2: a táblázatban csak azokat a szereket tüntettük fel, amiket legalább 3 személy megnevezett

### *Több szert használók*

3. táblázat: különböző problémák észlelése

	Problémát jelzők száma N=14
Egészségügyi probléma	3
Pszichológiai / érzelmi probléma	6
Iskolai probléma	5
Munkahelyi probléma	2
Családi probléma	10
Probléma barátokkal	5
Probléma partnerrel / élettársaddal / házastársaddal	6
Rendőrségi probléma	7
Szexuális probléma	0
Alkohol probléma	2
Drogprobléma	2

Azok közül, akik valamilyen családi problémát említettek, senki nem fordult segítségért senkihez. Továbbá úgy tűnik, hogy a baráti, illetve az iskolai problémák is megbeszéletlenek

maradtak.

4. táblázat: percipiált ellátási, kezelési szükségletek

	Igényt említők száma N=14	Segítségért fordulni kívánók száma N=14
Orvosi ellátás	1	1
Önként vállalt csoportterápia	0	0
Egyéni konzultáció pszichológussal (drogproblémával kapcsolatban)	3	2
Munkakereséssel kapcsolatos tanácsadás	2	2
Munkahelykereséssel kapcsolatos ügyintézés	1	1
Párkapcsolati tanácsadás	2	2
Iskolai / tanulási problémával kapcsolatos tanácsadás	3	2
Lakhatással kapcsolatos tanácsadás	3	1
Szabadidő eltöltéséhez nyújtott segítség / tanácsadás	0	0

## Injekciós használók

### *Ellátási szükséglet és akadályok*

Mind a 4 megkérdezett úgy nyilatkozott, hogy az elmúlt egy év során nem volt sikertelen kezelésbe jutási kísérlete, azaz nem fordult elő vele, hogy valamilyen drogellátást igénybe szeretett volna venni, de nem sikerült neki. Két fő jelezte, hogy szüksége lenne pszichológussal történő egyéni konzultációra, valamint szociális, családi és jogi jellegű tanácsadásra. Jelenleg a legnagyobb szolgáltatási igény a steril tűre, valamint HIV és Hepatitis tesztre mutatkozik, miközben a nappali jellegű, drop-in szolgáltatásokat – az internet kivételével – nem említették a megkérdezettek. A „rejtőzködő” droghasználókkal kapcsolatban megállapítható, hogy nem elsősorban a droghasználatuk jelent számukra problémát, hanem interperszonális kapcsolataik (család, munkahely, párkapcsolat), illetve a rendőrség. Tehát, nem elsősorban specifikus „drogbetegellátásra” lenne szükségük, hanem kevésbé specifikus, egyben kevésbé stigmatizáló pszichológiai életvezetés, konzultációs típusú segítő kapcsolatokra.

## **Célok és alapelvek érvényesülése a négy régióban**

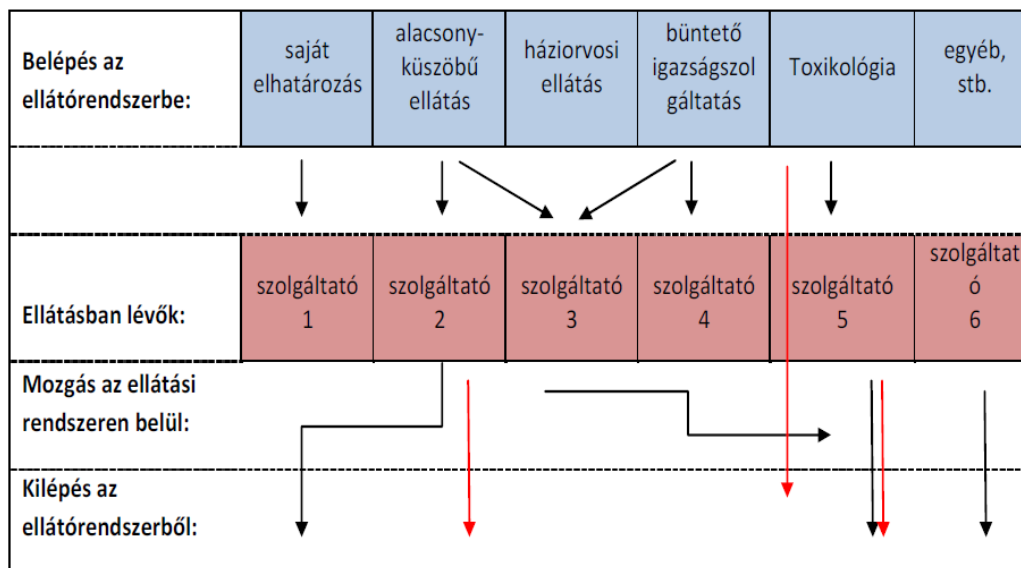
A szükséglet-meghatározásból adódó célok, illetve a WHO ellátási standardjai – amiket megint csak célként is felfoghatunk -, továbbá a Nemzeti Stratégiában megfogalmazott célrendszer (és szemléletmód) alapján elemezzük a négy régióbeli helyzetet. Felhasználtuk a négy régióban meghatározott szükségleteket, az ellátási-térképeket (ahol ez rendelkezésre áll), a kliens-profilokat (ahol ez rendelkezésre állt) és a kezeléson kívüli („rejtőzködő”) droghasználók jellemzőit (ahol a kutatást sikerült elvégezni). Látható, hogy szinte egyetlen olyan terület sincs, ahol mindegyik területről lennének adataink. Ez nemcsak módszertani hiányosság, hiszen Dunaújváros és Miskolc éppen azért került kiválasztásra, mert előbbi helyen nem ismertünk speciális, droghasználókat ellátó szolgáltatókat, Miskolcon pedig a kooperáció, a kliensek felkutatása és ellátásba vonása tűnt már a TÁMOP kutatás elején problémásnak; ezért is került be a város és vonzáskörzete. Ebben az értelemben az előzetes elvárásaink teljesültek!

## **Hiányanalízis**

Ahol nincs szolgáltató (pl. Dunaújváros), ott még hiányanalízist sem érdemes végezni. Ahol van szolgáltató, vagy több ellátó is, ott az egymás közötti kapcsolatok a fontosak: elsősorban az egészségügyi és a szociális szolgáltatások közötti kapcsolatok. Mint Észak-Pest és Észak-Buda példáján láttuk, e két ágazat akár egy intézményen belül (pl. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia), akár több ellátó között (pl. Észak-Pest) megvalósítható. A hiányanalízis leggyakoribb példája, amikor a droghasználó nem kerül be az ellátórendszerbe. Lehet, hogy „rejtett” szerhasználóról van szó, de az is lehet, hogy az intézményrendszer nem érzékeny a szükségleteire, illetve a szerhasználó nem ismeri azokat a lehetőségeket, amiket az intézményrendszer nyújtana neki (pl. jelentős problémák előfordulása a „rejtett” szerhasználó csoportokban). Ugyanakkor az is lehetséges, hogy hiányoznak azok az útvonalak, amelyeken keresztül kapcsolat jönne létre a szerhasználó és az ellátórendszer között (alacsony-küszöbű szolgáltatások, megkereső és utcai munka), majd innen beutalással kerülne be az intenzívebb és vagy szakosított ellátást nyújtó intézményekbe (erre, azaz a megkeresés és bevonás hiányára is láttunk példát).

A következő ábra<sup>15</sup> azt mutatja, hogy bekerül-e a szerhasználó a rendszerbe, illetve az egyes, specifikus szolgáltatók között lehetséges-e a mozgás, és ezt a mozgást ki kezdi: a kliens „vándorol” vagy pedig beutalások rendszerével egy irányított úton halad. Úgy tűnik, az első eset a gyakoribb. A kilépőkkel kapcsolatos esetkezelés, kigondozás, utánkövetés szinte teljesen hiányzik az összes szolgáltatónál. Ezért ez az ábra egy ideális helyzetet tükröz, amihez a magyar ellátóknak még fel kell zárkózniuk.

### Az ellátástérkép sémája



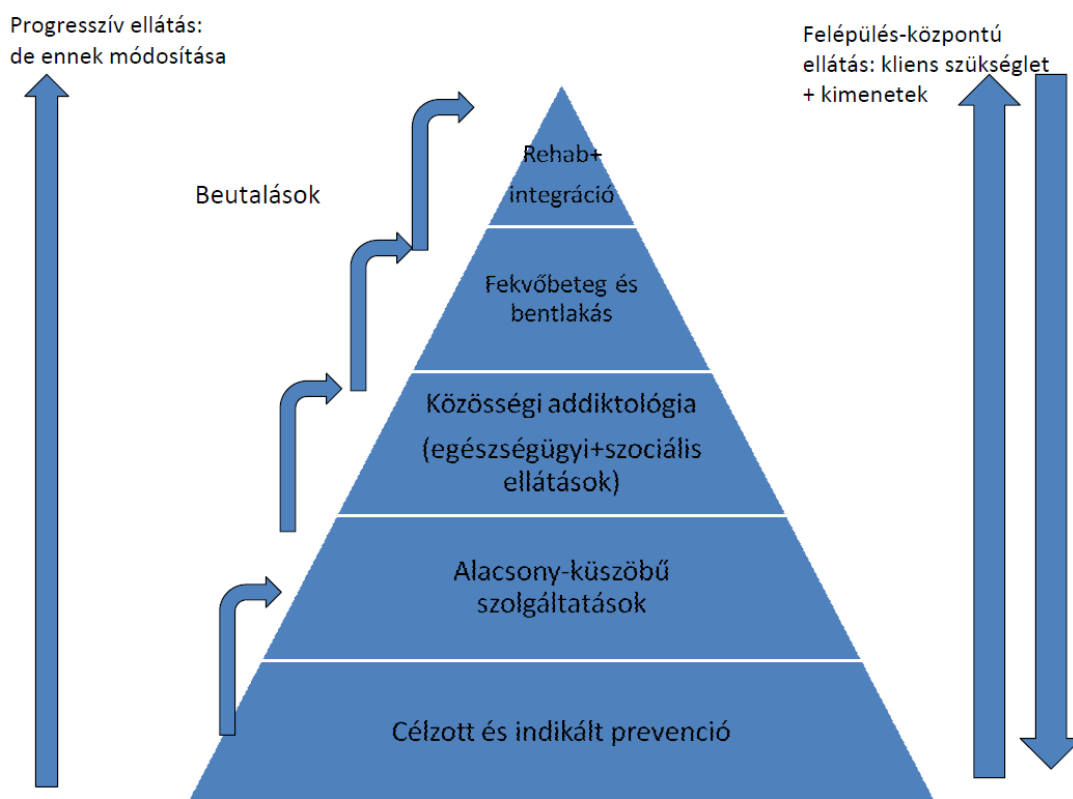
A kapacitás-, erőforrás hiányon túl milyen akadályai vannak az irányított droghasználó-ellátásnak? Olyannak, ami a kliens-szükségletek és az ellátási célok, valamint drogpolicy alapelvek mentén történne?

Magyarországon még az az ellátási gyakorlat az uralkodó, amit a következő ábra szemléltet<sup>16</sup>. Fő szervező elve ennek az ellátásnak a „progresszív” betegellátás, ami nemcsak az

<sup>15</sup> Ez az ábra a Kézikönyvből származik.

<sup>16</sup> A következő ábrák lekövetője: Rác J (2010): Az ellátórendszer feltérképezése, az ellátási térkép. Idea és realitás. NDI, Budapest. Rác J (2010): Az ellátási szükséglet-meghatározás. NDI, Budapest.

egészségügyben, de bizonyos tekintetben a szociális szolgáltatásoknál is megjelenik. tehát, minél súlyosabb egy eset, annál „magasabb” és speciálisabb ellátást nyújtanak a számára, ugyanakkor a „teljesebb” ellátás igénye is megjelenik. tehát, ha valaki absztinens egy intenzív ellátást nyújtó, a piramis tetején elhelyezkedő bentlakásos intézményben (ahova csak kevesen kerülhetnek be a kapacitások és a kliens-szükségletek és célok miatt) már sok egyéb ellátást is kap: pl. lakhatási támogatást, segítséget a munkaerőpiaci elhelyezkedéshez, az iskolai befejezéséhez.

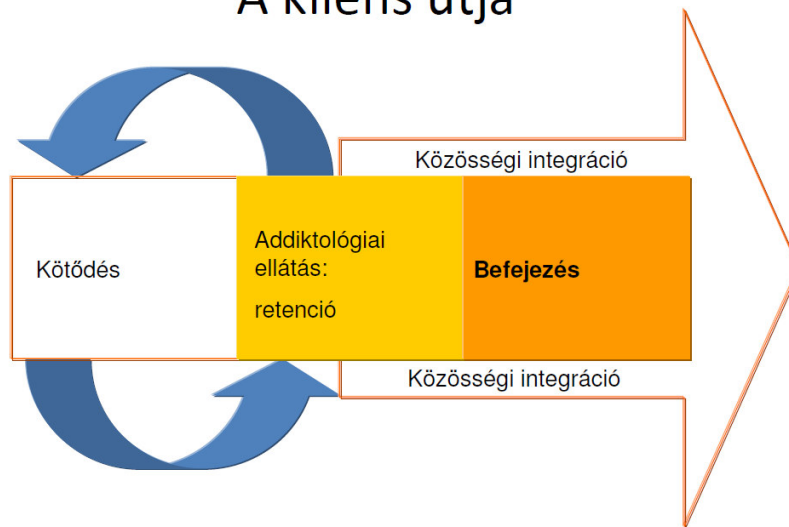


Ugyanakkor, a *felépülés-központú modellben*, ezek a szolgáltatások – esetenként különbözően, illetve más tartalommal – már az ellátás alacsonyabb szintjein levőket is megilletnék. Erre utal a következő két ábra: a kliens útjának sematikus ábrázolása, illetve az angol ellátást bemutató diagram. Itt az ellátások folyamatként kapcsolódnak össze:

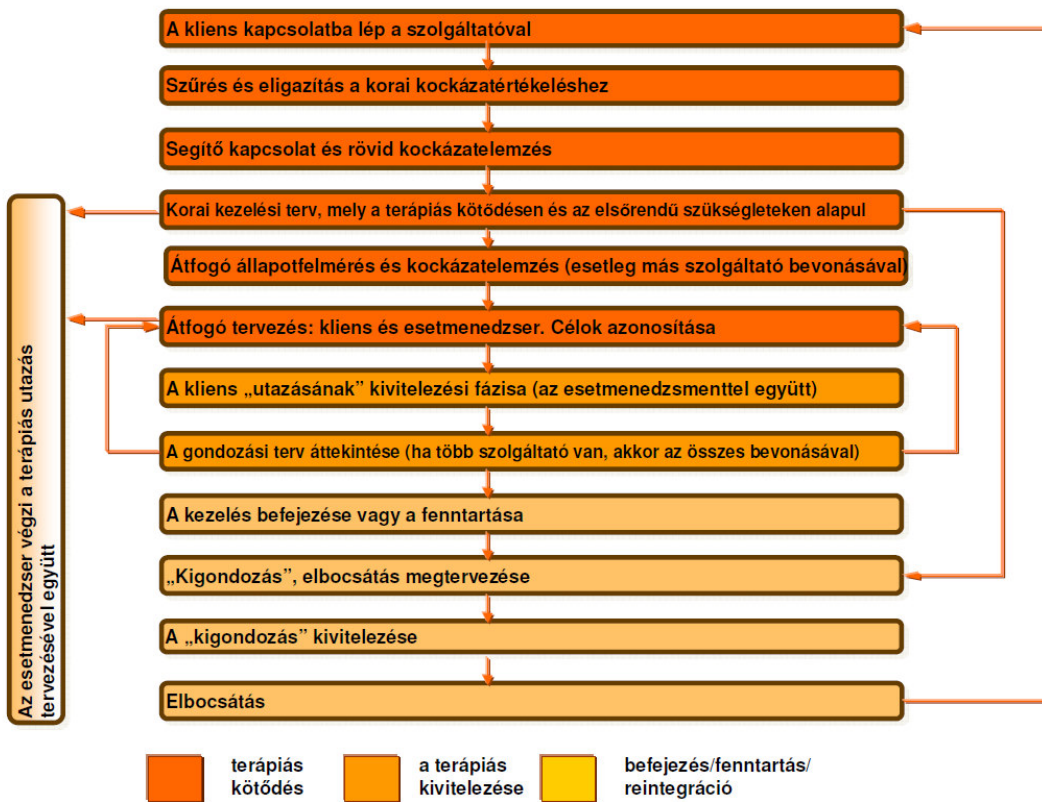
- nem különülnek el az egészségügyi és a szociális szolgáltatások,
- jelentős szerepe van a közösségi gondozásnak, az önsegítő csoportoknak,
- nagy hangsúlyt kap a belépés,

- a beutalás és a továbbutalás,
- a „kiesés” esetén életbelépő szabályok (beléptetés az ellátási lánc egy korábbi fázisába),
- a kliens többszöri állapotfelmérése, és az ezek eredményeképpen beutalás,
- a kezelés végén a kigondozás folyamata, a szükséges utánkövetéssel,
- az egész folyamatot nyomonkövető esetenedzseri rendszer.

## A kliens útja



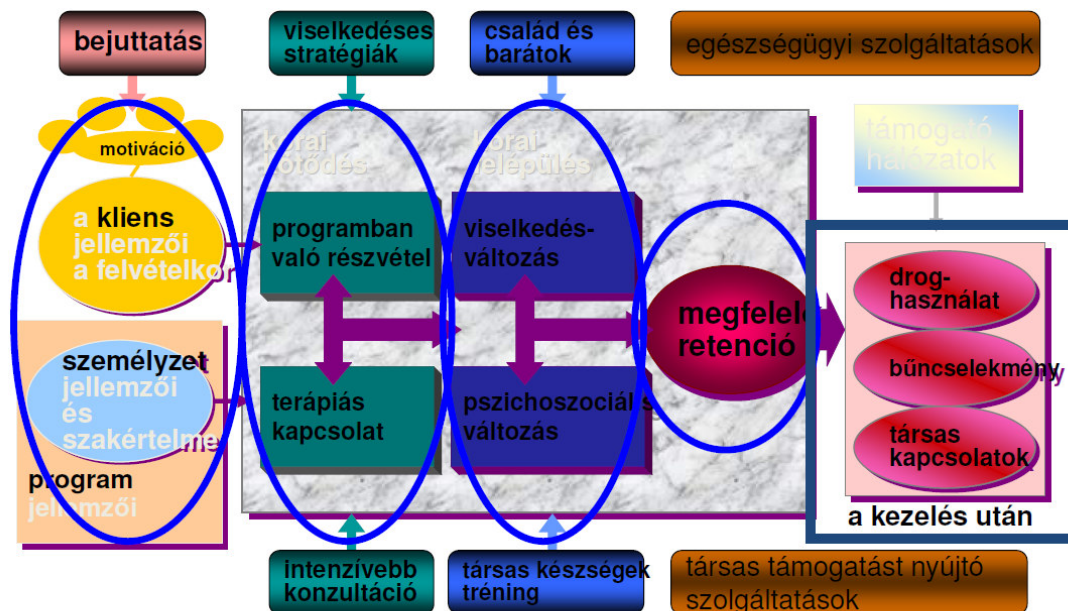
## A kliens ellátásának folyamata





Így végül felépíthető egy bizonyítékokon alapuló kezelési modell!

## Bizonyítékon alapuló kezelési modell



DATOS, NTORS, Simpson, 2001

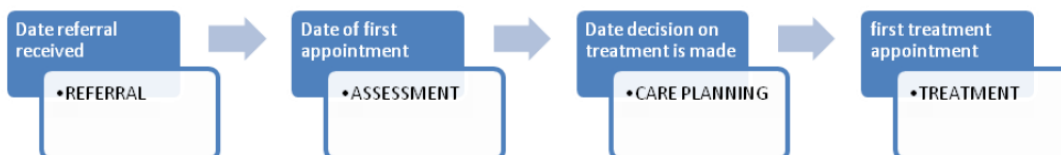
Magyarországon ettől még távol vagyunk. Ami a négy régió pozitív tapasztalataiból következtethető, az a megkereső és ellátásba vonó munka szükségessége (lásd azokat a mutatókat, hogy 5-6-7 vagy több évnek kell eltelnie, mire a kezelésben levő kezelésbe került; aki nincs kezelésben, ott ez nyilván hosszabb időt jelenthet). Az intézmények közötti kooperáció jelenléte (elsősorban az egészségügyi: járó- és fekvőbeteg-ellátás, valamint az egészségügyi és szociális ellátók közötti, irányított, beutalásokon alapuló kapcsolat), valamint a „kiesők” vagy az ellátást bármilyen okból elhagyók utánkövetése, utángondozása.

A négy régió tapasztalatai szerint ott eredményesebb az ellátás, ahol egy-egy intézmény – egyenként vagy szoros munkamegosztásban – ellátás-szervező feladatokat lát el. Ez nem az adott szolgáltatók feladata lenne, de nincs más szereplő, aki (amely) ezt a feladatot ellátná. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok is ott működnek, ahol a résztvevők (amúgy is) aktívak,

míg ahol ez nem így van, a KEF sem tud ellátás-szervezőként fellépni – erre jogosítványa sincs.

Bizonyos szempontból furcsa helyzet, hogy az addiktológiai ellátásokba beutaló nélkül lehet jelentkezni (járóbeteg-ellátás, szociális szolgáltatások). Ez a kliens szempontjából látszólag jó, de ha nem működik a szolgáltatások között egy megfelelő feladatmegosztáson alapuló beutalási rendszer, akkor könnyen „zsákutcává”, „tárolóhelyé” válhat egy-egy szolgáltató, ahonnan nem vezet út, pl. a felépülés irányában.

Ha az angol (pontosabban skót<sup>17</sup>) gyakorlatból indulunk ki, ahogy ők a várólistás klienseket kezelik, már feltűnik az egyik alapvető jellegzetesség a magyar helyzettel összehasonlítva.



A várólistás kliensek is állapotfelmérésen esnek át, ugyanakkor a várakozás több szolgáltatásra is kiterjedhet: pl. a beutalásra, az állapotfelmérésre, a terápia tervezésre.

---

<sup>17</sup> Borders Drug and Alcohol Action Team (2009): Needs assessment of drug and alcohol problems in the Scottish borders. [www.figure8consultancy.co.uk](http://www.figure8consultancy.co.uk)

## Összefoglalás és javaslatok

Az országos kezelési adatok – a kezelésbe került problémás: opiát-, amfetamin- és kokainhasználók, illetve az injekciós használók – rendkívül alacsony arányt mutatnak (az előző sorrendben: 20%, 2%, 2%). Hasonló a helyzet a fertőző betegségek miatt kezelésbe kerülteknél is. A tűcsere-szolgáltatásoknál már jobb aránnyal találkozunk (71%). Nem érvényesül az az elv, hogy a súlyos állapotú és a legnagyobb kezelési igénnyel rendelkező droghasználók kerüljenek kezelésbe. A képet az „elterelésbe” (büntetés helyett kezelés) került kliensek tovább „rontják”: itt különösen feltűnő, hogy elsősorban alkalmi marihuána-használók kerülnek kezelésbe, amit a jogrendszeren kívül semmi nem indokol (ha a 6 hónapos kötelező kezelési időt is számításba vesszük). Az alacsony-küszöbű, különösen a tűcsere-programokba bekerültek aránya sokkal jobb képet mutat – ahogy erre utaltunk -, azonban nagy országos szóródással, ami a programok elérhetőségét és hozzáférhetőségét rontja. A szubsztitúciós kezelések esetében is hasonló a helyzet. Az előző tényezők mellett súlyos kapacitáshiánnyal is számolni kell, amit a 2006-2007-ben bekövetkezett kapacitáscsökkentés (kb. az ellátások 20%-os csökkenése) tovább rontott, helyenként ellehetetlenített. Az univerzális prevenció elérhetősége jó, és javuló tendenciát mutat (nő a lefedettség), míg a célzott és indikált prevencióra lényegében csak példák akadnak országszerte. Azok ugyan elérhetők, de országosan kis számuk miatt mégis azt állapíthatjuk meg, hogy e programok nem elérhetők és nem hozzáférhetők.

A TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt keretében, az ország négy régiójában készült vizsgálatok – mivel a kutatások tartalmazták ezt – árnyaltabb képet rajzolnak ki a célelésről és az alapelvek teljesüléséről (amikkel a tanulmány elején foglalkoztunk). A négy régió úgy került kiválasztásra, hogy a kábítószer-problémára eltérő szintű, eltérő mennyiségi és minőségi szolgáltatások álltak rendelkezésre. Általában elmondható, hogy ahol működtek szolgáltatók, akkor azok abban az esetben voltak hatékonyak, akkor tudták a kliensek számára a kitűzött célokat teljesíteni, ha egy vagy több, egymással szoros kooperációban működő intézmény volt megtalálható a terepen. Ezek az intézmények ellátás-szervező funkciót is betöltöttek, ami egyébként nem a dolguk (ezt a feladatot az ÁNTSZ-eknek, illetve az újonnan felállt kormányhivatalok egészségügyi részlegeinek kellene megtenniük). A kábítószerügyi Egyeztető Fórumok is ott működnek eredményesen, ahol vannak stakeholderek, akik

(amelyek) érdekeltek a kábítószer-probléma helyi kezelésében, illetve olyan önkormányzatok, amelyek szintén érdekeltek a helyi droghelmék kezelésében.

A jelen állás szerint a kapacitás-problémák és az alapvető ellátás-szervezési kérdések, az egészségügy jövöbeli fejlődési iránya és átszervezése, az egészségügy és a szociális szféra „különütassága” jelentöesebb mértékben befolyásolják a droghasználókkal folytatott munkát, mint a különböző policy dokumentumokban megfogalmazott célkitűzések. Egyelőre nem látni azt a nyomásgyakorló stakeholder csoportot, amely az esetleges ellátás-szervezés és kapacitás-növekedés *újrágondolásában* képviselni tudná ezeket a célokat, mint ahogy jelen helyzetben a magyarországi droghelmék iránya és prioritásai sem látszanak.

Ami bármilyen ellátás-szervezési és minőségi kérdéshez elengedhetetlen (idetartozik a korábban részletezett célkitűzések és alapelvek megvalósulása), hogy legyen hosszú-, közép- és rövid távú egészségügyi stratégia, szociális ellátásfejlesztés és droghelmék stratégia.

## Hivatkozások

Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség. Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére, 2010-2018. SZMM, Budapest, 2010.

Blaine JB, Horton AM és Towle L (szerk.) (1995): Diagnosis and severity of drug abuse and drug dependence. NIDA, Rockwill, MD.

Borders Drug and Alcohol Action Team (2009): Needs assessment of drug and alcohol problems in the Scottish borders. [www.figure8consultancy.co.uk](http://www.figure8consultancy.co.uk)

Bozsonyi Károly, Horváth Gergely (2010a): A problémás szerhasználat prevalenciájának becslése Magyarországon, 2008-2009. Kézirat.

Bozsonyi Károly, Horváth Gergely (2010b): Az intravénás szerhasználat prevalenciájának becslése Magyarországon, 2008-2009. Kézirat.

Brown G (2007): Identifying and exploring young people's experiences of risk, protective factors and resilience to drug use, Technical report, Home Office Development and Practice Report, online report, Home Office, London. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/dpr47.pdf>

Csák Róbert, Gyékiss Roland (2010): Kliens adatok a Kék Pont Alapítvány Kálvária téri tucsere programjában, 2006 és 2009 között. Kézirat.

Csillik Gabriella (2005): A szociális intézmények egészségügyi szolgáltatásainak finanszírozási lehetőségei. OEP. Előadás.

Csorba József: Az alkohol betegség és rehabilitációja. Előadás.

Domokos Tamás, Fábián Róbert, Horváth Gergely Csaba, Márványkövi Ferenc, Mervó Barbara és Rácz József (szerk: Kun B, Posta J, Rácz J)(2010): A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása. Módszertani tanulmány. NDI, Budapest.

Vitrai József (2011): Ellátás-tervezés az egészségügyi szektorban Magyarországon. NDI, Budapest, előadás.

Domokos Tamás, Fábíán Róbert, Felvinczi Katalin, Horváth Gergely Csaba, Márványkövi Ferenc, Mervó Barbara, Paksi Borbála, Rácz József, (szerk. Paksi Borbála és Felvinczi Katalin) (2010): Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt . Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából. Budapest.

Dudás 2010/a Dudás M., Rusvai E., Győri Z., Minárovits J., Takács M., Csohán Á. A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2009. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK.

Dunaújváros Ifjúságáért Közalapítvány keretében, Szente Tünde, Szemenyei István, Klein Imre (2010): STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása. IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából, Budapest.

Dillon L, Chivite-Matthews N, Grewal I, Brown R, Webster S, Weddell E, Brown G and Smith N (2007): Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences, Technical report, Home Office London. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/rdsolr0407.pdf>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008): Drugs and groups of vulnerable young people. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

Gazdag Gábor és Horváth Gergely Csaba (2009): Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének költségei. Kézirat.

Gábor Gazdag, Gergely Horváth, Olga Szabó, Gabor S Ungvari (2010): Barriers to antiviral treatment in hepatitis C infected intravenous drug users. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 12,4: 459-462.

Helzer JE, Bucholz KK és Gossop M (2007): A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. *International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 16(S1): S24–S33

Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről, SZMM, Budapest, 2009.

Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Márványkövi Ferenc, Pászli Livia és Rácz József (2010): SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK MODERNIZÁCIÓJA, KÖZPONTI ÉS TERÜLETI STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából, Budapest.

Kopp M (szerk.) (2008): Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest.

Kun Gábor (2008): Az alacsonyküszöbű szolgáltatások helye az ellátás struktúrájában és viszonya a kezelési rendszerekhez. KEF konferencia. Előadás.

Márványkövi F, Melles K, Légmán A és Rácz J (2008): A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében, Budapesten. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 7,3-4:205-233.

MÁTRIX Szenvedélybetegek Hozzá tartozóinak Egyesülete, Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórházával és a Drogambulancia és Prevenációs Központtal, Csorba József (2010): SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK MODERNIZÁCIÓJA, KÖZPONTI ÉS TERÜLETI STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása. IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából, Budapest.

Miskolci DROGAMBULANCIA ALAPÍTVÁNY munkatársai, Juhászné Ceglédi Tünde, Koleszár Ágnes (2010): „TERÜLETI STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA”. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. IV. Pillér. Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok. IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése. IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása. ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából. Budapest.



Paksi Borbála (2010): A közoktatási intézmények prevenciós kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. *Addiktológia*, 9,3, megjelenés alatt.

Prochaska JO, DiClemente CC és Norcross JC (1992): In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Pikó B. (2002). *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Osiris, Budapest.

Pikó B (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémia, Budapest.

Pikó B (2010): *Védőfaktorok nyomában - A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Rácz J (2001): Az intravénás droghasználók kockázati magatartásai és a megelőzés lehetőségei: etnográfiai és szociálpszichológiai perspektíva. *Psychiatria Hungarica*, 16,3:308-324.

Rácz J (2010): *Az ellátórendszer feltérképezése, az ellátási térkép. Idea és realitás*. NDI, Budapest.

Rácz J (2010): *Az ellátási szükséglet-meghatározás*. NDI, Budapest.

Rácz J, Melles K, Márványkövi F és Lencse M (2008): A „büntetés helyett kezelés” elvének érvényesülése egy drogambulancia betegeinek vizsgálata alapján. *Orvosi Hetilap*, 149, 13: 601–607.

Rácz J, Melles K, Márványkövi F és Vadász V (2010): A magyarországi metadon-fenntartó programok monitorozása és értékelése. *Psychiatria Hungarica*, 25,3:202-220.

Simpson D D.(2004): A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99-121.

Uctenhagen A (2010): Capacity building and quality issues in service planning for problem drug users. NDI, Budapest, előadás.

Vitrai József (2011): Ellátás-tervezés az egészségügyi szektorban Magyarországon. NDI, Budapest, előadás.

Vitrai József, Demetrovics Zsolt, Füzesi Zsuzsanna, Busa Csilla, Tistyán László (2010): Az elterelés eredményességének elemzése követéses vizsgálatban. *EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.* NDI, Budapest.

Vitrai József, Busa Csilla, Füzesi Zsuzsanna, Kesztyűs Márk, Szilágyi Judit, Tistyán László (2009): Az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről. *EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.* NDI, Budapest.