

Korai kezelésbevitel az addiktológiai problémákkal küzdők körében

ELMÉLETI ÉS MÓDSZERTANI SEGÉDLET

SZAKMAI AJÁNLÁSOK A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL
HAZAI GYAKORLATÁNAK ERŐSÍTÉSÉHEZ

2018

MAGYAR ADDIKTOLÓGIAI TÁRSASÁG

Készítette a Magyar Addiktológiai Társaság az Emberi Erőforrások Minisztériumának megbízásából szakmai szolgáltatókkal együttműködésben.

2018. december

Szerkesztette:

Felvinczi Katalin, Sebestyén Edit

Szerzők:

Belány Viktória
Csák Róbert
Elekes Zsuzsa
Felvinczi Katalin
Kaló Zsuzsa
Komolafe Cinderella
Kun Bernadett
Madácsy József
Máttyássy Adrienn
Molnár Dániel
Paksi Borbála
Péterfi Anna
Sebestyén Edit
Szemelyácz János
Szécsi Judit
Topolánszky Ákos

Lektorálta:

Kassai-Farkas Ákos
Máttyássy Adrienn
Topolánszky Ákos

ISBN 978-615-80978-1-9

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	5
FŐBB SZAKMAI AJÁNLÁSOK A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATÁNAK MEGERŐSÍTÉSE ÉRDEKÉBEN	7
1. RÉSZ - A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ELMÉLETE	10
1. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL FOGALMA.....	11
2. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL CÉLJA.....	11
3. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ELHELYEZKEDÉSE AZ ELLÁTÁSI KONTINUUMBAN.....	12
4. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL CÉLCSOPORTJAI.....	14
5. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ALKALMAZÁSÁNAK FŐBB TERÜLETEI.....	14
6. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SORÁN ALKALMAZHATÓ FŐBB ELMÉLETEK, MÓDSZEREK, ESZKÖZÖK.....	16
7. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL RENDSZERSZINTŰ ÉS TÁRSADALMI ELFOGADOTTSÁGÁNAK NÖVELÉSE – A NEMZETKÖZI SZAKIRODALOM AJÁNLÁSAI.....	17
8. ÖSSZEFOGLALÁS.....	19
2. RÉSZ - GYAKORLATI ESZKÖZTÁR AZ ADDIKTOLÓGIAI KLIENSEK KORAI KEZELÉSBEVÉTELÉHEZ	20
1. BEVEZETÉS.....	21
2. A KORAI KEZELÉSBE KERÜLÉS KULCSMODELLJE.....	21
3. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ESZKÖZEI ÉS MÓDSZEREI.....	23
3.1 SZŰRÉS (SCREENING).....	23
3.2 RÖVID INTERVENCIÓS MÓDSZEREK (RI).....	26
3.3 MOTIVÁCIÓS INTERJÚ, A MOTIVÁCIÓ MÉLYÍTÉSÉT, AZ ELKÖTELEZŐDÉST SEGÍTŐ TECHNIKÁK.....	29
3.4 KRÍZISINTERVENCIÓ.....	32
3.5 SBIRT - „SZŰRÉS, RÖVID INTERVENCIÓ ÉS TOVÁBBIRÁNYÍTÁS”.....	36
4. ÁLLAPOTFELMÉRÉSRE ALKALMAZOTT FŐBB TESZTEK.....	38
4.1 AZ ADDIKCIÓ, DEPENDENCIA, VESZÉLYEZTETETTSÉG MÉRÉSÉRE ALKALMAS, RÖVIDEBB IDŐ ALATT KIVITELEZHETŐ SZŰRŐTESZTEK.....	38
4.2 AZ ADDIKTOLÓGIAI DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSÁT TÁMOGATÓ KOMPLEX MÉRŐESZKÖZÖK.....	43
4.3 SZÜKSÉGLETFELMÉRÉSHEZ HASZNÁLHATÓ TOVÁBBI KÉRDŐÍVEK.....	45
5. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL EREDMÉNYESSÉGÉRE VONATKOZÓ NEMZETKÖZI HATÁSTANULMÁNYOK.....	46
6. KEZELÉSI SAJÁTOSSÁGOK – NŐK, KULTURÁLIS KÜLÖNBBSÉGEK.....	50
7. ÖSSZEFOGLALÁS.....	50

3. RÉSZ - A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATA	51
1. BEVEZETÉS	52
2. KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATA AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERBEN	53
2.1 AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ RENDSZER KORAI KEZELÉSBEVÉTELRE VONATKOZÓ GYAKORLATA	54
2.2 A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER KORAI KEZELÉSBEVÉTELHEZ KAPCSOLÓDÓ GYAKORLATA	63
2.3 ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK KEZELÉSÉVEL FOGLALKOZÓ INTÉZMÉNYEK	69
3. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS AZONOSÍTOTT HAZAI SZÜKSÉGLETEK	70
3.1 SZÜKSÉGLETEK RENDSZERSZINTEN	70
3.2 SZÜKSÉGLETEK INTÉZMÉNYI SZINTEN	72
3.3 SZÜKSÉGLETEK A KLIENS SZINTJÉN	73
4. RÉSZ - A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATÁNAK MEGERŐSÍTÉSE – SZAKMAI AJÁNLÁSOK A SZOCIÁLIS ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK ÉS SZAKEMBEREIK SZÁMÁRA	75
1. FOGALMI BEVEZETŐ	76
2. A SZAKMAI AJÁNLÁSOKCÉLJA ÉS CÉLCSOPORTJA	76
3. SZAKMAI AJÁNLÁSOK A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SZEMPONTJÁBÓL KIEMELTEN FONTOS INTÉZMÉNYEK ÉS SZAKEMBEREIK SZÁMÁRA	77
3.1 ÁLTALÁNOS AJÁNLÁSOK	77
3.2 SPECIFIKUS AJÁNLÁSOK	82
4. ÖSSZEFOGLALÁS	88
FELHASZNÁLT IRODALOM	90
MELLÉKLETEK.....	101
1. MELLÉKLET - A HAZAI DROGEPIDEMIOLÓGIAI HELYZET ÉS AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉS JELLEMZŐI	102
1. PSZICHOAKTÍV SZERHASZNÁLAT MAGYARORSZÁGON	103
1.1 TILTOTT ÉS LEGÁLIS SZERFOGYASZTÁS A FIATALOK KÖRÉBEN	103
1.2 ALKOHOLFOGYASZTÁS A FELNŐTT NÉPESSÉG KÖRÉBEN	114
1.3 ILLEGÁLIS DROGFOGYASZTÁS A FELNŐTT ÉS FIATAL FELNŐTT NÉPESSÉG KÖRÉBEN	122
2. ADDIKTOLÓGIAI KLIENSEK ELLÁTÓRENDSZERBE KERÜLÉSE ÉS A KLIENSEK JELLEMZŐI	128
2.1 A KEZELÉSI IGÉNY INDIKÁTOR CÉLJA ÉS AZ ADATOK VIZSGÁLATA	128
2.2 A TDI ADATBÁZISBAN SZEREPLŐ KLIENSEK JELLEMZŐI.....	129
2.3 A BEUTALÁSOK JELLEMZŐI – BEUTALÓ INTÉZMÉNYEK	131
2.4 ÖSSZEZEGÉS.....	136
3. HIVATKOZÁSOK	138

2. MELLÉKLET - ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁKKAL FOGLALKOZÓ HAZAI INTÉZMÉNYEK	142
1. BEVEZETÉS.....	143
2. ADDIKTOLÓGIAI INTÉZMÉNYTÍPUSOK ÉS ELLÁTÁSI FORMÁK	143
2.1 KÖZÖSSÉGI, JÁRÓBETEG ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSI FORMÁK GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK RÉSZÉRE	143
2.2 FEKVŐBETEG ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSI FORMÁK GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK RÉSZÉRE	144
2.3 KÖZÖSSÉGI, JÁRÓBETEG ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSI FORMÁK FELNŐTTEK RÉSZÉRE	145
2.4 FEKVŐBETEG ADDIKTOLÓGIAI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁSI FORMÁK FELNŐTTEK RÉSZÉRE	148
2.5 REHABILITÁCIÓS OTTHONOK, DROGTERÁPIÁS INTÉZETEK	149
2.6 ELTERELÉS	149
3. FORRÁSOK	150
3. MELLÉKLET - A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SZEMPONTJÁBÓL KIEMELT INTÉZMÉNYI SZEREPLŐK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERBEN	152
1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SZEMPONTJÁBÓL KIEMELT INTÉZMÉNYI SZEREPLŐI ÉS ELLÁTÁSI FORMÁI	153
1.1 EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS.....	153
1.2 EGÉSZSÉGÜGYI SZAKELLÁTÁS	153
2. A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SZEMPONTJÁBÓL KIEMELT INTÉZMÉNYI SZEREPLŐI ÉS ELLÁTÁSI FORMÁI	154
2.1 SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK.....	154
2.2 GYERMEKVÉDELMI RENDSZER	159
2.3 FORRÁSOK	164
4. MELLÉKLET - FOGALOMTÁR.....	165

BEVEZETÉS

A dokumentum az addiktológiai problémával küzdő kliensek korai kezelésbevételi lehetőségeivel foglalkozik. *A korai kezelésbevétel olyan speciális intervenciók, beavatkozások gyűjtőfogalma, melyek olyan rizikócsoportokat céloznak, amelyek tagjai érintettek valamely ártalmas viselkedés szempontjából. A pszichoaktív szerhasználatra vonatkozóan ez azt jelenti, hogy a személlyel még időben, „korán”, azaz a szerhasználói karriernek még a korai szakaszában lépünk kapcsolatba.*

Az elméleti és módszertani segédlet összefoglalja a pszichoaktív szerhasználókat célzó korai kezelésbevétel nemzetközi tapasztalatait, legfontosabb eszközeit, a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatát és az azonosított szükségleteket, valamint szakmai ajánlásokat fogalmaz meg a korai kezelésbevétellel kapcsolatos jó gyakorlatok elterjesztése és azok hazai gyakorlatban történő megerősítése érdekében. Áttekintésre kerültek még a magyarországi pszichoaktív szerhasználat és kezelésbe kerülés jellemzői, valamint a kapcsolódó egészségügyi és szociális ellátórendszer elemei, különös tekintettel az addiktológiai szakosított ellátásokra.

Az elkészült segédanyag legfőbb célcsoportja az egészségügyi alapellátás, valamint a szociális intézményrendszer szereplői. Ennek háttérében az az elgondolás áll, hogy bár az alkohol- és drogfogyasztási problémával küzdő egyének megjelennek az alapellátásban, sürgősségi ellátásban, szociális alapellátásban, a gyermekvédelmi rendszerben, az addiktológiai problémák mégis rejtve maradnak többnyire. Amellett azonban, hogy a dokumentum kulcsfontosságú ismereteket foglal össze az alapellátásban dolgozó felnőtt és gyermek háziorvosok, szociális és gyermekvédelmi szakemberek részére, mindenképpen hasznos lehet más területek szakemberei számára is, mint például iskolaorvosok, iskolai szociális munkások, sürgősségi ellátásban dolgozó szakorvosok, munkahelyi környezetben dolgozó üzemorvosok, munkapszichológusok, iskolákban, javítóintézetekben dolgozó egészségügyi és szociális szakemberek, ifjúsági tanácsadó irodák, szabadidős foglalkozások, klubok szakemberei számára is.

A szerhasználatra vonatkozó hazai epidemiológiai adatok szerint a felnőtt lakosság körében minden ötödik-hatodik felnőtt legalább heti rendszerességgel iszik alkoholt, a napi ivók aránya pedig közel 3%, a legalább heti gyakoriságú nagyívás pedig a felnőtt lakosság 2%-ára jellemző. Ha az illegális drogfogyasztást vizsgáljuk, a legutóbbi adatok alapján a magyarországi 18-64 éves népességben minden tizedik válaszoló fogyasztott már valamilyen tiltott drogot. A valaha használók közel egynegyede használt az elmúlt évben (is) valamilyen tiltott szert, s többségük (közel háromnegyedük) tényleges folyamatos használó. Az adatok alapján a magyar lakosság körében jelentősnek látszik azon személyek aránya, akik bár magas kockázatú, vagy akár függő szerhasználók lehetnek, többségük mégsem kerül be az ellátórendszer valamely ellátási formájába, vagy csak akkor, amikor a szerhasználat már oly mértékű károkat okozott, melyek vagy visszafordíthatatlanok, vagy sokkal átfogóbb és hosszabb távú kezelésre, rehabilitációra van szükség.

A korai kezelésbevétellel megcélzott szakmacsoportok mind olyan környezetben tevékenykednek, ahol a korai kezelésbevételi technikákat és a szemlélet egészét jól lehet alkalmazni, mert itt van tényleges esély a kockázati csoporttal való kapcsolatfelvételre, és van mód arra, hogy szükség esetén a szakember továbbirányítsa a klienst az ellátórendszerben. A korai kezelésbevétel megfontolásait szem előtt tartó megközelítés alkalmazásával az egészségügyi alapellátás intézményei és szakemberei bekapcsolhatóak lennének az addiktológiai problémák kezelésébe, mely integráció elősegíthetné, hogy az addiktológiai betegek minél hamarabb és minél magasabb színvonalú ellátást kapjanak a későbbiekben, akár magában az alapellátásban, akár egy speciális kezelőhelyen. Ugyanezen gondolkodásmód mentén a szociális alap- és bizonyos szakosított ellátást nyújtó intézmények, valamint a gyermekvédelem intézményei és szakemberei is részt tudnának vállalni a korai kezelésbevétel gyakorlatában, ezáltal bővítve, továbbfejlesztve az ellátási láncot. Ahogyan a korai kezelésbevétel mint összekötő híd jelenik meg az ellátási kontinuumban, és kiemelt szerepe van abban, hogy a megelőzés és a kezelés területe között lehetséges legyen az átjárás, az említett szakemberek ugyanezt a szerepet tölthetnék be oly módon, hogy szűrőeszközök és szükség esetén rövid intervenciók

technikák alkalmazásával ők maguk is elindíthatják a klienst a magatartásváltozás és a felépülés útján. Továbbá kapocs funkciót is elláthatnak az egészségügyi és szociális ellátás, valamint az addiktológiai szakellátások és szakembereik között segítve a klienst abban, hogy a szükségleteinek legmegfelelőbb egészségügyi, szociális vagy egyéb ellátáshoz jusson a legrövidebb idő alatt és a leghatékonyabb módon.

A továbbirányításnak természetesen a személyes elköteleződésen és szakértelmen túl meghatározóan fontos eleme a jogszabályi környezet, a szakpolitikai döntéshozók ez irányú elkötelezettsége és tenni akarása, valamint maga az intézményrendszer, annak szervezettsége, irányultsága is. A korai kezelésbevitel lehetőségeinek elemzése és ismertetése során nem mehetünk el amellett a kérdés mellett, hogy van-e elegendő befogadóképes kapacitás az addiktológiai ellátás területén? Jelen pillanatban közel sem optimális a helyzet az addiktológiai fejlesztések területén, hiszen inkább a kapacitások és erőforrások visszafejlődését tapasztaljuk, annak ellenére, hogy történtek fontos előrelépések, például a gyermek addiktológiai rehabilitációs területen.

Rendszerszintű problémák megoldására, vagy akár oldására átfogó, rendszerszintű beavatkozás tervezésre és -fejlesztésre lenne szükség. Egyértelmű, hogy a két, témánk szempontjából alapvető terület, az egészségügyi és/vagy szociális ágazatok nyújtotta beavatkozások egyetlen pontján sem elégségesek az individuális fejlesztések. Az ellátórendszer jelenlegi helyzetének és fejlesztési lehetőségeinek a részletes feltárása azonban nem lehet célja és feladata a jelen dokumentumnak, mégis fontosnak tartottuk a lehetőségekhez mérten ezt az összefüggést is előtérbe helyezni, és a döntéshozókat, valamint a szakmai közösséget ezzel a szemponttal szembesíteni. A szakmai ajánlások címzettje és felhasználója ugyanis éppen ez a két célcsoport, melyek csak együttesen, egymást feltételező módon járulhatnak hozzá az ellátások fejlesztéséhez. Jelen anyag kifogásolható módon szintén nem foglalkozik célzottan a szegregátumokban élők fokozódó és továbbra is kezeletlen droghasználati magatartásával, azonban az ajánlott megközelítések elvileg ebben a körben is jól használhatóak lennének, mégis azok alkalmazhatósága csak a korábbiakban már említett rendszerszintű, átgondolt intézményfejlesztési megfontolások konzekvens végig vitele mellett képzelhető el.

Jelen dokumentum felépítése

A dokumentum első fele 4 egymásra épülő részből áll, de minden rész önmagában is értelmezhető és feldolgozható. Ezek a korai kezelésbevitel nemzetközi és hazai kontextusát, eszközeit, az ezzel kapcsolatos hatásvizsgálatok tapasztalatait foglalják össze, valamint ajánlásokat fogalmaznak meg a területen dolgozó szakemberek számára előtérbe helyezve az együttműködést és az egymásra hangolódás szempontjait. Az ajánlások legfőbb megfontolásait az alábbiakban is közzétesszük, részletes kifejtésük a 4. Részben található.

A dokumentum második fele (Mellékletek 1-4) az aktuális hazai alkohol- és drogepidemiológiai vizsgálatok tapasztalatait mutatja be a fiatal és felnőtt népesség körében végzett vizsgálatok alapján, ismerteti a kezelésbe kerültek szocio-demográfiai és az addiktológiai ellátásba kerülést megelőzően ismert egészségügyi profilját, tájékoztatást ad a speciális addiktológiai ellátások működési sajátosságairól (kapacitás, ügyfélkör, stb.) és a témánk szempontjából releváns egészségügyi, szociális/gyermekevédelmi rendszerről, melyet egy fogalomtár zár le.

FŐBB SZAKMAI AJÁNLÁSOK A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATÁNAK MEGERŐSÍTÉSE ÉRDEKÉBEN

Általános ajánlások

A korai kezelésbevétel eredményessége szempontjából kiemelt intézményeknek többféle feltételnek kell megfelelnie, melyek kulcstényezőknak számítanak a terület fejlődése szempontjából. Az általános ajánlások e feltételek érvényesülését célozzák meg.

Ajánlás 1 – Addiktológiai alapismeretek erősítése

Az egészségügyi és szociális szakmacsoport képviselői, akik szakterületük révén nagy eséllyel kapcsolatba kerülhetnek addiktológiai problémákkal küzdő kliensekkel, rendelkezzenek alapos tudással a kockázati csoportokról, a különböző pszichoaktív szerekről, a szerhasználat jellemzőiről, az addiktológiai problémákról és azok kezeléséről, valamint az addiktológiai szakellátást nyújtó intézményrendszeréről.

Ajánlás 2 – Hatékony intézményközi együttműködések kialakítása

Valósuljon meg hatékony kommunikáció és együttműködés a különböző típusú szolgáltató intézmények között.

Ajánlás 3 – A lakosság támogatása az ellátó intézményekről való ismeretszerzésben és a szolgáltatások igénybevételében

Az egészségügyi és szociális ellátás szakemberei segítsék elő, hogy a társadalom tagjai kapcsolódni tudjanak az intézményeikhez, így ismerjék annak ellátási formáit, szolgáltatásait, az azok nyújtotta lehetőségeket, hogy szükség esetén igénybe vegyék azokat.

Ajánlás 4 – Támogató, bizalmi légkör kialakítása a klienssel

Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek az orvosi vizit és az esetvitel során támogató, bizalmi légkör kialakításával növeljék a betegekkel és a kliensekkel a szerhasználati problémákról folytatott kommunikáció lehetőségét, és fokozzák annak hatékonyságát.

Ajánlás 5 – Alapismeretek megszerzése a korai kezelésbevételről és a módszerek alkalmazása

Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakember rendelkezzen alapismeretekkel a korai kezelésbevétel szemléletéről, annak előnyeiről, lehetőségeiről, valamint ismerje annak legfontosabb eszközeit, az azok nyújtotta lehetőségeket, és a kliens jellemzői, tünetei, körülményei ismeretében alkalmazza a tudásának legmegfelelőbbet.

Ajánlás 6 – Hosszú távú együttműködés kialakítása a szakellátásba irányított klienssel

Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakember alakítson ki hosszú távú együttműködést a súlyosabb szerhasználati probléma gyanúja miatt szakirányú ellátásba továbbirányított betegeivel, klienseivel.

Specifikus ajánlások

Ezek az ajánlások a szakmai tartalomra, továbbá szakmai-etikai irányelvekre vonatkoznak, elősegítve és/vagy megerősítve az egészségügyi és szociális intézményeken belül dolgozó szakemberek korai kezelésbevétel területén végzett munkáját és magának a korai kezelésbevételnek a fontosságát.

I. Szakmai ajánlások a nem addiktológiai fókuszú egészségügyi ellátást nyújtó intézmények számára

Az egészségügyi intézmények számára megfogalmazott ajánlások az orvos-beteg kapcsolat, valamint a családdal való együttműködés szintjein, továbbá a házi orvosok tágabb közösségeikben való részvételére vonatkozóan határozzák meg a követendő szemléletet, a legfontosabb teendőket, kiterjesztve a hagyományos orvos-beteg kapcsolatot oly módon, hogy az segítse az addiktológiai problémák felismerését, az arról való kommunikációt.

Ajánlás 1 – Teljes körű kivizsgálás addiktológiai probléma gyanúja esetén

Addiktológiai probléma gyanújának felmerülésekor a házi orvos a lehetőségekhez mérten végezzen teljes körű kivizsgálást, szükség esetén speciális kivizsgálást. Ehhez ismerje a rendelkezésre álló szűrővizsgálatokat, melyek alkalmasak mind az alkohol, mind az illegális szerek okozta akut és krónikus fizikai elváltozások mérésére.

Ajánlás 2 – Népegészségügyi szemlélet alkalmazása

A házi orvos és házi gyermekorvos erőteljes közösségi szerepvállalással erősítse a korszerű népegészségügyi szemlélet alkalmazását a praxisában.

II. Szakmai ajánlások a szociális alap- és szakellátást nyújtó intézmények számára

A szociális és gyermekvédelmi intézmények számára megfogalmazott specifikus ajánlások a szociális ellátórendszer szakemberei számára fogalmazzák meg javaslatokat abból a célból, hogy ezen intézménytípusok szerepe erősödjön az addiktológiai problémával küzdő kliensek korai kezelésbevételében. Az ajánlások az érintett intézmények közötti együttműködésekre és kapcsolódó szociális szolgáltatások fejlesztésére vonatkoznak.

Ajánlás 1 – Együttműködések kialakítása és erősítése az oktatás és egészségügy területén

A szociális intézmények alakítsanak ki és erősítsék meg a speciális együttműködések az egészségügyi alapellátás, valamint az oktatás területével a még hatékonyabb esetvitel céljából.

Ajánlás 2 – Új típusú szolgáltatások fejlesztése

A szociális szféra a nem addiktológiai fókuszú szociális ellátásokon belül fejlesszen új típusú szolgáltatásokat addiktológiai szakemberek bevonásával, melyek célzott segítséget tudnak nyújtani az addiktológiai problémák indukálta szükségletekre.

III. Szakmai ajánlások az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények, szervezetek számára

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények részére megfogalmazott ajánlások az addiktológiai szakemberek és az általuk képviselt intézmények kulcsszerepére hívja fel a figyelmet a hazai addiktológiai problémák hatékony képviseletében és kezelésében. Az addiktológiai kérdésekre irányuló szakpolitikai tervezésben való részvétel, a szakmai közéletben való aktív szerepvállalás, az addiktológiai területhez kapcsolódó érdekérvényesítő munka akár nemzeti, akár helyi szinten a terület minden szakemberének a felelőssége és feladata.

Az addiktológiai terület folyamatos kapacitáshiányokkal küzd, miközben az ellátási szükséglet kimagaslóan nagy. A terület érdekképviselete, érdekérvényesítése ebből adódóan is kulcsfontosságú. A korai kezelésbevitel egy jövőbe mutató szemlélet és egyben módszer, kiterjesztve az ellátási láncot, mely a terület fejlődését és így a kliens érdekeit szolgálja. Azonban a korai kezelésbevitel elterjesztése és megerősítése, párhuzamosan új szereplők bevonásával, nagymértékben függ az addiktológiai szakemberek általi elfogadottságától, az új partnerek felé történő nyitásától, szakmai támogatásától és egyben proaktív fellépésétől.

Ajánlás 1 – Integrált addiktológiai ellátórendszer fejlesztése

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények támogassák a korai kezelésbevitel szempontjából is kulcsfontosságú integrált addiktológiai ellátórendszer fejlesztését és megerősítését.

Ajánlás 2 – Aktív részvétel a szakmai közéletben

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények szakembereik révén vegyenek részt aktívan az országos szakmai közéletben, és váljanak az addiktológiai kérdések és problémák hatékony megoldásának szószólóivá.

Ajánlás 3 – Részvétel a drogpolitika kialakításában

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények vegyenek részt aktívan a helyi és országos drogpolitika kialakításában és megvalósításában.

1. RÉSZ

A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ELMÉLETE

Kun Bernadette

Kaló Zsuzsa

1. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL FOGALMA

A korai kezelésbevétel speciális intervenciók, beavatkozások gyűjtőfogalma, melyek olyan rizikócsoportokat céloznak, amelyek tagjai érintettek valamely ártalmas viselkedés szempontjából. A pszichoaktív szerhasználatra vonatkozóan ez azt jelenti, hogy a személlyel még időben, „korán”, azaz a szerhasználói karriernek még a korai szakaszában lépünk kapcsolatba annak érdekében, hogy megelőzzük

- állapotának romlását,
- a függőség kialakulását,
- egyéb mentális betegségek kialakulását,
- a szerhasználattal kapcsolatos pszichés és fizikai ártalmak kialakulását, illetve
- életvitelének szignifikáns leépülését (Kendall és Kessler, 2002; Koposov és mtsai, 2005; Liddle és mtsai, 2004; Tait és mtsai, 2002).

2. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL CÉLJA

A korai kezelésbevétel elsődleges célja, hogy elgondolkoztassa a drog- és/vagy alkoholhasználót a fogyasztói magatartás változtatásával kapcsolatban még azelőtt, hogy az problémás szerhasználattá válna. Mindez az egyéni kockázatelemző kompetenciák és a személyes felelősségvállalás fejlesztésével lehetséges annak érdekében, hogy megelőzzük az addikciót vagy a visszaélészerű használatot, abúzust.

A korai kezelésbevétel leírható ekképpen: „minél előbb megérkezni a legutolsó pillanatban” azáltal, hogy a problémát felismerjük és elfogadjuk egy korai stádiumban (Charlois, 2010).

A fentebb megfogalmazott elsődleges célkitűzések mellett a korai kezelésbevétel az alábbi feladatok megvalósítását is magába foglalja (Charlois, 2010):

- az egészségmagatartással kapcsolatos és szociális funkciók erősítése;
- információátadás;
- bizalom kialakítása az ellátórendszerrel kapcsolatban;
- motiváció fokozása a kezelésbekerüléssel és bennmaradással kapcsolatban; valamint
- stratégiák közös kidolgozása a szerhasználat csökkentésével, illetve leszokással kapcsolatban.

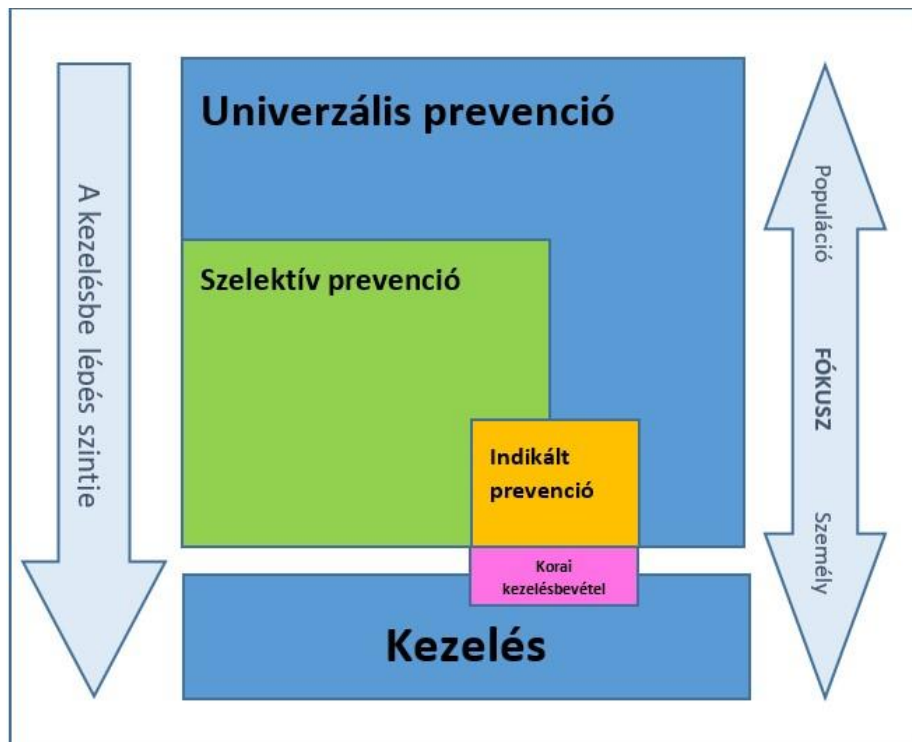
A korai kezelésbevételről a meghatározás alapján elmondható, hogy nagyon szorosan kapcsolódik az indikált (javallott) prevenció módszeréhez. Az EMCDDA¹ úgy definiálja a korai kezelésbevételt, mint amely összekötő kapcsot teremt az indikált prevenció és a kezelés területe között (EMCDDA, 2009). (1. ábra).

Az indikált prevenció célja, hogy azonosítsa azon magas kockázatú viselkedéssel jellemezhető személyeket, illetve felismerje a szerfogyasztás olyan korai jeleit mutató egyéneket, akik a jelenleg használt diagnosztikus eljárások mentén függőnek nem minősülnek, de a szerfogyasztás és a későbbi – esetleges – függőség szempontjából potenciálisan veszélyeztetettek (EMCDDA, 2009). A korai kezelésbevétel ezen prevenció eljárás keretében azonosított személyeket célozza, és igyekszik feltárni a probléma mértékét, továbbá különböző technikák segítségével igyekszik a személyt kezelésbe vonni.

¹Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA)

A beavatkozás proaktív megközelítést alkalmaz, mivel elsősorban a segítő, és nem a kliens kezdeményezi a kapcsolatot az ellátórendszerrel.

1. ábra: *Prevenációs beavatkozások, a korai kezelésbevitel és a kezelés kapcsolata* (Charlois, 2010, 1. o.)



3. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ELHELYEZKEDÉSE AZ ELLÁTÁSI KONTINUUMBAN

A korai kezelésbevitelnek mint egy összekötő hídnak tehát igen jelentős szerepe van abban, hogy a megelőzés és a kezelés területe között átjárást biztosítson. Egy ilyen beavatkozás alapvetően egy *integrált addiktológiai ellátórendszerben* valósítható meg, amelyben a rendszer segíti a kliens útját abban, hogy a szükségleteinek megfelelő egészségügyi, szociális vagy egyéb ellátáshoz jusson. Ez nem csupán a prevenció, korai kezelésbevitel és kezelés területeit érinti, hanem kiterjed az utógondozás és a reintegráció területeire is (Evashwick, 1988). A kockázatos fiatalok csoportjának felismerése az első lépés a korai kezelésbevitelben, továbbá megfelelő, megalapozott tudásra van szükség a kockázatelemzés területén. Emellett a helyi szintű döntéshozók és szakemberek (pl. megkereső munkát végző munkatárs, iskola, rendőrség, igazságügyi rendszer, gyermekjóléti szolgálat, ifjúsági szervezetek, családok stb.) széles körű bevonása is elengedhetetlen. Ezeknek a szakembereknek és intézményeknek egymás tájékoztatására és együttműködésére van szükség a sikeres korai kezelésbevitel program kivitelezéséhez. Az önkormányzatoknak is fontos szerepük és felelősségük van az interszektoriális együttműködések kezdeményezésében, koordinálásában és támogatásában (Charlois, 2010).

A 2. ábra a korai kezelésbevitel helyét szemlélteti az addiktológiai ellátórendszer teljes egészére vonatkozóan, párhuzamba állítva az egyén szerhasználói karrierjének adott szintjével.

2. ábra: A szerhasználat státuszának és kezelésének kontinuumuma
(U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2016)

Pozitív fizikai, szociális és mentális egészség	Szer abúzus	Szerhasználat zavara (függőség)
A fizikai, mentális és társas jóllét állapota, amelyben az egyén nem él vissza pszichoaktív szerekkel, és amelyben a személy tisztában van képességeivel, meg tud küzdeni az élet stresszel teli eseményeivel, produktív és eredményes munkára képes, továbbá közössége életének aktív tagja.	Bármely pszichoaktív szer használata, amelynek módja, helyzetei, mennyisége vagy gyakorisága ártalmas a használó és/vagy környezete szempontjából.	A szerhasználat miatt klinikai és funkcionális értelemben jelentős mértékű romlás, mely magába foglalja az egészségügyi problémákat; funkcióromlást; munkahelyi, iskolai vagy otthoni feladatok ellátásának képtelenségét. A szerhasználat zavara egy kontinuumon kifejezve az enyhe, közepes és súlyos formákban jelentkezhet a személynél tapasztalt tünetek mennyisége alapján.

A szerhasználat státuszának kontinuumuma



A szerhasználat kezelési kontinuumuma

Egészség elősegítése	Univerzális prevenció	Korai kezelésbevitel	Kezelés	Felépülés támogatása
Az optimális fizikai és mentális egészségi és jóllét állapotának elősegítése, amelyben az egyén nem él vissza pszichoaktív szerekkel, kapcsolatban áll az egészségügyi ellátórendszerrel, illetve biztonságos jövedelmi, gazdasági és munkahelyi feltételek között él.	Bizonyítékokon alapuló programok, politikák és stratégiák révén azon egyéni és környezeti faktorok azonosítása, amelyek rizikótényezőként játszanak szerepet a szerhasználatban.	A szerhasználati problémák szűrése és feltárása a problémás használat korai szakaszában, továbbá rövid intervenciók felkínálása, amennyiben ez szükséges.	Gyógyszeres kezelés, tanácsadás vagy más támogató szolgáltatás nyújtása, melyek segítségével a cél csökkenteni a tünetek súlyosságát, támogatni a józanságot, a fizikai, spirituális és mentális egészséget, illetve a maximális funkciójavulást.	Támogatás nyújtása a felépülés hosszú távú folyamatában. Magába foglalja a szociális, oktatási, jogi és egyéb szolgáltatásokat, amelyek elősegítik a felépülést, a pszichés jóllétet és az életminőség javulását.

4. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL CÉLCSOPORTJAI

A korai kezelésbevétel célcsoportja mindazon szerhasználó személyek köre, akik nem függők, de veszélyeztetettek a problémás szerhasználat kialakulása szempontjából (D'Onofrio és mtsai, 1998.)

A tapasztalatok szerint ezek a beavatkozások azon személyek körében a leghatékonyabbak, akiknek még nincs korábbi kezelési történetük (Friedmann és mtsai, 2003). Ezen populáción belül vannak olyan jól azonosítható csoportok, melyek esetében a korai intervenció kezdeményezése különösen fontos. Ezek a következők:

- hajléktalanok és utcán élő fiatalok (Whitbeck, Hoyt és Bao, 2000);
- komorbid mentális zavarral élő fiatalok (Kirby és Keon, 2004; Kuposov és mtsai, 2005);
- bűnözéssel kapcsolatba kerülő fiatalok (Dembo és Walters, 2003; Erickson és Butters, 2003);
- inhaláns használók (szipuzók) (MacLean és d'Abbs, 2002);
- rekreációs heroin használók (Hopfer és mtsai, 2002; Mills és mtsai, 2004);
- rendszeres nagyivók (Charlois, 2010);
- ittasan vezető személyek (Charlois, 2010);
- várandósság alatti szerhasználók (Charlois, 2010).

Kifejezetten hazai jelenség a *telepi droghasználat*, mely egy speciális setting, társadalmilag alig észlelt drogfogyasztói mintázattal. Az itt élők egy jellegzetes, a társadalmi kirekesztettség szempontjából különösen is magas kockázatú csoportot alkotnak.

5. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ALKALMAZÁSÁNAK FŐBB TERÜLETEI

A korai kezelésbevétel a megkereső tevékenységgel is szoros kapcsolatban áll. A megkereső munka (outreach work) során alapelv, hogy a segítők ott nyújtsanak szolgáltatásokat a rászorulóknak számára, ahol ők élnek, ahol elérhetők (Hartnoll és mtsai, 1990). Számos esetben a korai kezelésbevétel ebben a környezetben valósulhat meg, miután a célpopuláció tagjait sikeresen elértük. Az integrált ellátórendszer kialakítása azért is lényeges, mivel a korai kezelésbevétel során is nagyban segíti a módszer hatékonyságát az, ha az intervenciót nyújtó szakemberek olyan közösségi szervezetekkel állnak együttműködésben, ahol a fiatalok otthonosan mozognak (Health Canada, 2006). Ebből a szempontból az iskolákkal való együttműködés is jelentős, hiszen az iskolai környezetből érkező fiataloknál is szükség lehet korai intervenció alkalmazására. Amennyiben az iskolai szakmai stratégia része, úgy a dolgozók és a diákok számára egyaránt megvalósítható a szűrés és kezelésbe irányítás (Health Canada, 2006). De nem csupán az iskolát érdemes kiemelni, hiszen a korai kezelésbevételt számos környezetben lehet alkalmazni – természetesen minden esetben biztosítva a továbbirányítás lehetőségét, vagyis a kliens útját az ellátórendszerben.

A nemzetközi szakirodalom szerint az alábbi területeken különösen érdemes a korai intervenció technikáját bevezetni (Health Canada, 2006; The New South Wales Ministry of Health, 2006):

1. *Házi orvosi rendelők:* a magas rizikójú szerhasználat tüneteire számos esetben nem derül fény, ám a háziorvosok egy rövid szűrés keretében (lásd később, a módszerek, technikák bemutatásánál) ebben hatékony segítséget nyújthatnak.
2. *Munkahelyi környezet:* a munkahelyen dolgozó szakemberek, pl. üzemorvosok, munkapszichológusok észlelhetik, feltárhatják mindazon tüneteket, melyek a kezelésbe irányítást indokolják.
3. *Javítóintézetek.* Mint kiemelt kockázati csoport, a javítóintézetekben élő fiatalok körében nagyon fontos a szűrés és más korai kezelésbevételhez kapcsolódó eljárás alkalmazása.

4. *Tanácsadó irodák.* A különböző mentálhigiénés, életvezetési vagy egyéb tanácsadói irodákban célszerű olyan szakemberek alkalmazása, akik a szerhasználattal kapcsolatos korai intervenciók alkalmazásában jártasak – vagy, akik szakmai kapcsolatban állnak e módszer alkalmazóival.
5. *Sürgősségi osztályok.* Ez alatt nem feltétlenül csak a szerhasználatra vonatkozó (toxikológiai) sürgősségi osztályokat kell érteni, hanem akár a baleseti sebészeti osztályokat is. A szerabúzus diagnózisának egyik eleme ugyanis, hogy a személy a szerhasználat miatt kerül veszélyes, kockázatos helyzetekbe, és akár szerez vagy okoz sérüléseket is (APA, 2013). Az ellátás során érdemes rövid szűrés keretében feltárni a problémás használat esetleges kockázatát, majd a megfelelő szakemberhez irányítani a klienst.
6. *Iskola.* Ahogy fentebb említettük, a magas rizikójú személyek azonosítása iskolai környezetben is releváns. Mindez értendő nem csupán a középiskolai settingre, hanem a felsőoktatásra is. A főiskolai, egyetemi képzésben dolgozó tanácsadó szolgálatokban érdemes korai intervenciót alkalmazó szakembereket foglalkoztatni, akár kortárs segítők bevonásával.
7. *Szabadidős foglalkozások, klubok.* A fiatalok számára szabadidős foglalkozásokat biztosító szervezetek esetében is legyen szakmai kapcsolat korai intervenciók módszert végző szakemberrel.
8. *Pláza.* A magyar tapasztalatokra alapozva érdemes kiegészíteni e felsorolást a pláza környezetével. Korábbi felmérések ugyanis kimutatták (Demetrovics, Paksi és Dúll, 2009), hogy Magyarországon a legális és illegális szerek használata gyakoribb és intenzívebb a plázában csellengő fiatalok körében. Amennyiben működik bevásárlóközpontban vagy plázában fiatalok számára kialakított szabadidős, illetve segítő szolgáltatás, úgy ott érdemes a korai kezelésbevétel technikáit is beépíteni a működésbe.
9. *Internet alapú intervenció.* Mivel a fiatalok számára egy ismerős és kényelmes közeg, napjainkban egyre inkább előtérbe kerülnek az internet alapú programok, szolgáltatások. Ezen offline vagy online programok jobban felkelthetik a személy érdeklődését is, és könnyebben bevonhatók.

Az iménti felsorolásban szereplő szakemberek számára elengedhetetlen a megfelelő képzés annak érdekében, hogy a korai kezelésbevétel módszerét alkalmazni tudják. Emellett pedig fontos feladat e szemlélet megvalósítása érdekében, hogy a helyi közösségek, családok érzékenyek legyenek e probléma észlelésére. Ebben a döntéshozóknak is nagy szerepe van, hogy e folyamatot elősegítsék (Kendall és Kessler, 2002; Liddle és mtsai 2004).

A nemzetközi szakirodalom azonban kiemeli, hogy gyakorlatban sokszor nagyon nehezen valósul meg a korai kezelésbevétel technikáinak alkalmazása e különböző settingekben. Ennek számos oka van. Kaner és munkatársai (1999), illetve Charlois (2010) az alábbi tényezőket emelik ki mint a korai intervenció megvalósulásának legfőbb akadályait:

- kevés és bizonytalan kapcsolat a kockázati csoportok és a szolgáltatók között;
- az egészségügyi rendszer széttagoaltsága;
- az egészségügyi és szociális dolgozók túlterheltsége;
- az egészségügyi és szociális dolgozók passzivitása;
- az egészségügyi és szociális dolgozók nincsenek kellőképpen felkészítve erre a munkára;
- az egészségügyi és szociális dolgozók úgy vélik, hogy az szerhasználattal kapcsolatos tanácsadásba be kell vonni a családot és a széles társas közeget, s emiatt túl bonyolult a feladat;
- a háziorvosok nincsenek kellőképpen felkészítve ezen intervenciók alkalmazására;
- az egészségügyi és szociális dolgozók úgy vélik, a kliensek nem fogják megfogadni a tanácsaikat és nem tudnak kellő mértékű hatékonysággal segíteni nekik viselkedésük változtatásában;

- az egészségügyi és szociális dolgozóknak nincsenek megfelelő eszközeik ehhez a munkához;
- az állami egészségpolitika nem támogatja az egészségügyi és szociális dolgozók ilyen irányú tevékenységét;
- bűntudat, szégyen és bizalmatlanság a kliensek irányából;
- elégtelen gazdasági helyzet.

A korai kezelésbevitel különösen akkor jó és hatékony módszer, ha egy integrált ellátórendszer részeként működik, s a módszert alkalmazó szervezetek szoros és aktív kapcsolatban állnak más szolgáltatókkal. Ez elengedhetetlen a hatékony továbbirányítás szempontjából is. Egy ausztrál útmutatóban a szerzők összegyűjtötték azokat a tényezőket, feltételeket, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a különböző szakmai szervezetek között hatékony legyen az együttműködés (The New South Wales Ministry of Health, 2006). Ezek a következők:

- a szervezetek közötti együttműködés céljainak és jó gyakorlatainak ismerete;
- elfogadás és tisztelet a különböző szerepekben és szektoron belüli területeken dolgozó szakemberek felé;
- az állami és civil szervezetek közötti partneri viszony;
- az egyes szervezetek működési kontextusának, illetve kereteinek ismerete és elfogadása;
- a koordinált munka előnyben részesítése az egyéni, egyoldalú akciókkal szemben;
- hajlandóság és nyitottság arra, hogy a munkatársak egymástól tanuljanak;
- felelősségvállalás mind a kliens, mind a munkatársak, mind a közösség iránt.

6. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SORÁN ALKALMAZHATÓ FŐBB ELMÉLETEK, MÓDSZEREK, ESZKÖZÖK

A korai kezelésbe kerülés kulcsmodellje a viselkedésváltozás transzteoretikus (elméleteken átívelő) modellje (Prochaska és DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente és Norcross, 1992; magyar nyelven: Prochaska, Norcross és DiClemente, 2009). A szakirodalmi ajánlás szerint a korai kezelésbevitel során alkalmazható módszerek és eszközök: szűrés, rövid intervenciók módszerei és a motivációs interjú, krízisintervenció, valamint a Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás (1. táblázat).

A *szűrés* a legegyszerűbb és legalkalmasabb technika arra, hogy felmérjük, a kliens kockázati csoportba tartozik-e a szerhasználat szempontjából vagy sem (Demetrovics, 2010). Amennyiben a szűrőkérdőívén elért pontszám alapján magas kockázati csoportba soroljuk a személyt, további vizsgálatokra van szükség a probléma alaposabb feltárására. Ekkor érdemes az addikció súlyossági szintjének megállapítása, továbbá javasolt lehet egyéb skálák felvétele, amellyel még jobban körbejárjuk a kliens állapotát és szükségleteit (pl. szerhasználattal kapcsolatos motivációit, pszichés jóllétét, önértékelését stb.).

A *rövid intervenciók módszereit* a háziorvosi gyakorlatban ajánlott alkalmazni, ezek a technikák nem hosszabb, mint 5-15 perc időtartamúak, 1-4 ülés alkalmával. A legtöbb rövid intervenció beavatkozás a FRAMES modellt használja (WHO, 2003). A FRAMES egy mozaikszó, és az alábbi intervenciók elemek kezdőbetűiből épül fel: Feedback (Visszajelzés), Responsibility (Felelősség), Advice (Tanácsok), Menu of options (Választási lehetőségek), Empathy (Empátia), Self-efficacy (Énhatékonyság növelése) (Hester és Miler, 1995).

A *motivációs interjú* alkalmazása is nagyon hasznos és bevált gyakorlat, mely egy rövid tanácsadói megközelítés, kliens-centrikus, segíti a döntéshozatali folyamatot, stratégiákat kínál, növeli a tudatosságot, és segít a cselekvés megvalósításában. A motivációs interjú célja a páciens belső

motivációjának erősítése annak érdekében, hogy felismerje a fennálló problémát, szembesüljön saját céljai és problémás magatartása közötti ellentmondásokkal, és megkezdje a változtatást. A motivációs interjú nem egy alkalmat jelent (nem az első interjú), hanem az egész segítői-terápiás kapcsolatot alapelvekkel meghatározó módszer. A módszer alapeleme, hogy a segítő egy elfogadó, meleg, az alá- fölérendelő stílust mellőző légkört alakítson ki, amelyben a kliensnek szabadságában áll az eddigi viselkedésének megtartása vagy megváltoztatása. A szerhasználati problémákkal küzdő klienseknél jellemző, hogy a motiváció megléte, erőssége folyamatosan változik. Ebből következően – a módszer fajtájától, illetve a segítő folyamat stádiumától függetlenül – a motivációs interjú filozófiájára, eszközrendszerére bármely ponton szükség lehet (Millner és Rollnick 1991, Urbán, 2009).

A szenvedélybeteg kezelésbe kerülésének egyik oka lehet valamilyen típusú krízishelyzet fennállása. A megfelelően alkalmazott és hatékony *krízisintervenció* segíthet a további kezelés megalapozásában. A szakembernek számos eszköz áll rendelkezésére, mint a probléma-orientált beavatkozás, a támogató-konfrontáló vagy a családi intervenció. Az *krízisintervenció* bio-pszicho-szociális módszere egy komplex beavatkozást és esetvitel tervezését teszi lehetővé.

A *SBIRT* (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) azaz „*Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás*” egy átfogó, integrált, népegészségügyi program annak érdekében, hogy elérjék, és korai kezelésben részesítsék a droghasználót (Satre és mtsai, 2012). Egy bizonyítékon alapuló (evidence-based) módszer, amely arra szolgál, hogy azonosítsa, csökkentse és megelőzze a problémás droghasználatot, abúzust és szerfüggőséget; közösség alapú szűrése a rizikómagatartásoknak, beleértve a szerhasználatot.

1. táblázat: A korai kezelésbevétel során alkalmazható módszerek, eszközök²

Szűrés
Rövid intervenció módszerek (RI) pl. FRAMES
Motivációs interjú, a motiváció mélyítését, az elköteleződést segítő technikák
Krízisintervenció
Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás (SRBIT)

7. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL RENDSZERSZINTŰ ÉS TÁRSADALMI ELFOGADOTTSÁGÁNAK NÖVELÉSE – A NEMZETKÖZI SZAKIRODALOM AJÁNLÁSAI

A korai kezelésbevétel rendszerszintű és társadalmi elfogadottságának növelése az egyik alapvető feltétele az eredményes működésnek a korai kezelésbevétel területén. Ehhez az Új-Zélandi Egészségfejlesztő Központ anyagát idézzük (Health Promotion Agency, 2014), amely négy pontban foglalja össze a legfontosabb tevékenységeket.

²A felsorolt módszerek és eszközök részletes kifejtése hazai szakirodalmi javaslatokkal együtt az 5. részben található.

a. Szemléletformálás

Célja megváltoztatni azt az általános elképzelést az egészségügyi és szociális ellátórendszer tagjai körében, hogy a szenvedélybetegségekkel csak a speciális kezelőhelyeken kell foglalkozni, valamint megismertetni, hogy a korai kezelésbevitel az addiktológiai intervenció elengedhetetlen része. A korai kezelésbevitel kivitelezhető (a szülői szenvedélybetegséggel érintett gyermekek esetén is), léteznek jó gyakorlatok, költséghatékony és előnyös mindenki számára.

1. Az egészségügyi szektor szakembereinek támogatása és képzése
2. Az addiktológiai intervenciók rendszer ismertetése egészségügyi és szociális szakmai konferenciákon, a családi-rendszerszintű gyakorlat előnyeinek bemutatása
3. A korai kezelésbevitel támogatása és tanácsadás az alapellátás és a szenvedélybetegeket ellátó speciális szolgáltatók körében
4. A szektorok szakmai vezetőinek támogatása és a korai kezelésbevitel ismertetése
5. A családközpontú gyakorlatok támogatása a szenvedélybetegeket ellátó szolgáltatóknál
6. Az interszektoriális kommunikáció fejlesztése – az ismeretek széles körű publikálása

b. A segítségkérés destigmatizációja

Célja minél inkább elhárítani azokat az akadályokat, amelyek a segítségkérés útjában állnak a szenvedélybetegek részére. Ezek a személyek nagyon gyakran komplex egészségügyi és szociális problémákkal küszködnek, amelyet súlyosbít a problémás szerhasználat vagy az addiktív viselkedés. Nagyon gyakran a segítségkérés, például az igen elterjedt rohamivás megjelenésekor nagy félelemmel és nehézségekkel jár.

- Közösségi marketing kampányok, amelyek a megbízható és megfelelő kezelőhelyeket mutatják be
- Speciális csoportok igényeinek feltárása és implementálása az ellátórendszerbe

c. Rendszerszintű változás kezdeményezése

Célja a korai kezelésbevitel és a családi-rendszerszintű kezelési gyakorlat elfogadtatása és jó gyakorlattá alakítása. Ennek elfogadtatásához szükség van a döntéshozók és intézményvezetők bevonására a források megfelelő elosztása érdekében.

- Olyan projektek fejlesztése, implementálása és értékelése, amelyek bemutatják, hogyan működik az addiktológiai intervenció a gyakorlatban (speciális fókusszal azokra a sérülékeny csoportokra, amelyeknek a legnagyobb gondot jelenti a kezeléshez való hozzáférés)
- Olyan innovátorok és korai kezelésbevitelt működtető szervezetek támogatása, amelyek bemutatják, hogy az addiktológiai korai kezelésbevitel hatékonyan működik
- Szülői magatartással és gyermekneveléssel összefüggő programok támogatása
- Kutatások támogatása

d. Eszközök és források

Célja a megfelelő eszközök és erőforrások fejlesztése, amelyek segítenek a szerhasználati problémákkal élők problémás viselkedéseinek csökkentésében. Ez azért feltétlenül szükséges, mert sokkal nagyobb azoknak a száma, akik valamilyen ártalommal szembesülnek azért, mert a hozzájuk közel álló vagy környezetükben lévő addikcióval élő személyek nem jutnak megfelelő ellátáshoz.

- | |
|--|
| - A jelenlegi eszközök és erőforrások áttekintése és hatékonyságelemzése |
| - Az eszközök és erőforrások fejlesztése és támogatása |
| - Interszektoriális kommunikáció fejlesztése |

8. ÖSSZEFOGLALÁS

A nemzetközi szakirodalom alapján elmondható, hogy a *korai kezelésbevétel egy hatékony módszer a szerhasználat szempontjából rizikócsoporthoz tartozó, azonban a függőség tüneteit még nem mutató populáció számára. A korai kezelésbevétel technikáit széles körben, az egészségügyi és szociális ellátórendszer számos szereplőjének célszerű alkalmazni. A korai kezelésbevétel elsődlegesen egy integrált típusú ellátórendszerben működik hatékonyan. A módszer egyik fontos eleme a továbbirányítás, mely akkor működik megfelelően, ha az ellátórendszer egyes tagjai között aktív és érdemi az együttműködés. Módszereinek alkalmazásához elengedhetetlen a szakemberek megfelelő képzése. A képzés különösen akkor növeli az intervenciók hatékonyságát, ha nem egyszeri képzésről van szó, hanem folyamatos szakmai támogatást jelent a módszert alkalmazó szakemberek számára.*

2. RÉSZ

GYAKORLATI ESZKÖZTÁR AZ ADDIKTOLÓGIAI KLIENSEK KORAI KEZELÉSBEVÉTELÉHEZ

Kaló Zsuzsa
Kun Bernadette

1. BEVEZETÉS

Ebben a fejezetben bemutatjuk a nemzetközi útmutatókban leggyakrabban megjelentetett módszereket, jó gyakorlatokat a korai kezelésbevitelre vonatkozóan.

A korai kezelésbe kerülés integratív, folyamatorientált, kulcsfontosságú megközelítése a *viselkedésváltozás transzteoretikus (elméleteken átívelő) modellje* (Prochaska és DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente és Norcross, 1992; magyar nyelven: Prochaska, Norcross és DiClemente, 2009), melyről adunk egy áttekintést, valamint megtalálhatók a fejezetben a leggyakrabban használt eszközök és módszerek, amelyek az alkohol- és egyéb pszichoaktív szerhasználók korai kezelésbevitelében hatékonynak bizonyultak. Röviden bemutatjuk a szűrés eszközeit, a korai intervenciók megközelítési módjait, a motivációs interjút és a SBRIIT módszerét, valamint betekintést nyújtunk a krízisintervenció alapjaiba.

2. A KORAI KEZELÉSBE KERÜLÉS KULCSMODELLJE

Prochaska és Prochaska (2011) érvelése szerint ahhoz, hogy jelentős és tartós hatást gyakorolhassunk az egészséget veszélyeztető magatartásokra, a viselkedésváltozás olyan modelljét kellett megalkotni, amely mindenkire érvényes és alkalmazható, nemcsak azon kisebbségre, akik motiváltak a változásra. A motivációt nem egy személyiségvonásnak tekintik, hanem egy állapotnak, amely változhat és változtatható. A viselkedésváltozás (pl. alkohol- vagy droghasználat felhagyása) nem egy egyszeri esemény, hanem egy folyamat, amely időben hosszan elnyúlhat, a modell szerint a folyamat összesen hat szakaszon megy keresztül. Ezek a viselkedés transzteoretikus modelljében (a TTM-ben) a változás stádiumai, amely konstrukciónak révén lehetőség nyílik a populációba tartozó egyének csoportosítására az alapján, hogy hol tartanak a változás folyamatában. Az egyes stádiumokban eltöltött idő nagy egyéni variabilitást mutat, a továbblépéshez szükséges feladatok azonban azonosak. Az ellenállás csökkentésében, az előrehaladás elősegítésében és a visszaesés megelőzésében minden egyes stádiumban bizonyos alapelvek és változási történések működnek a leghatékonyabban. A szakaszok közötti előrehaladás nem feltétlenül lineáris módon történik, mivel a viselkedésváltozás folyamatában a visszaesés törvényszerű (Prochaska és mtsai, 2009; Prochaska & Prochaska, 2011) (2. táblázat). A visszaesés lehetőségének elismerése és modellbe emelése Prochaska és DiClemente (1982) modelljének nagy újdonsága volt.

2. táblázat: Prochaska és DiClemente (1982): szakaszok sorrendje, a változás stádiumai.
A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje

1. Elszánás előtti szakasz	A személyek nem akarnak változtatni, nem érzékelik problémásnak a viselkedést (pl. alkohol- vagy droghasználatot). <i>Intervenció:</i> a rizikótényezők és a következmények tudatosítása a viselkedéssel kapcsolatban.
2. Elszánás fázisa	Ambivalencia jellemző, már fontolgatják a változtatást, a szerhasználat csökkentését. <i>Intervenció:</i> az előnyök és a rizikók hangsúlyozása, elfogadva az ambivalenciát és kiemelve a változás előnyeit, értelmét.
3. Felkészülés fázisa	A személy azonosítja a változás egyes lépéseit. <i>Intervenció:</i> segíteni a tervek megfogalmazásában, a célok kitűzésében és a szükséges erőforrások, támogatások azonosításában.

4. Cselekvés fázisa	A változás felé vezető cselekvések megtervezése és kivitelezése. <i>Intervenció:</i> támogatni abba az irányba, amerre mozdulni szeretne.
5. Fenntartás stádiuma	A változás felé vezető cselekvések fenntartása. <i>Intervenció:</i> megerősíteni a pozitív erőfeszítéseit, megelőzni a visszaesést.
6. Visszaesés stádiuma	A személy erőfeszítései a változásra részlegesen, vagy egészben kudarcot vallanak. <i>Intervenció:</i> segíteni visszatérni az Elszánás, illetve Felkészülés szakaszához, ennek újradefiniálásához. <i>Intervención belül:</i> elkerülni a demoralizációt, segíteni a változtatáshoz való visszatéréshez, és hogy hogyan tanuljon a tapasztaltakból.

A viselkedés transzteoretikus modelljében a fent meghatározott fázisokat nem egymást határozott sorrendben követő, hanem dinamikus rendszerként írja le Prochaska és DiClemente (1982). (3. ábra) A módszer nagy újdonsága volt, hogy a relapszust a szenvedélybetegség természetes velejárójaként fogadta el, és amennyiben megtörtént a visszaesés, a fázisok újrakezdése valósul meg, de mintegy spirálisan, már más tudásokkal és tapasztalatokkal. A legtöbb ember számára a szerhasználat felhagyása fokozatosan válik megvalósíthatóvá, amíg eléri a kitűzött sikert.

3. ábra: A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének összefoglaló ábrája Prochaska és DiClemente (1982)



A modell bővebb leírását adó ajánlott hazai szakirodalom:

Bodrogi, A. (2006). Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz, K. és Perczel Forintos, D. (szerk.): Kognitív viselkedésterápia. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 583-610.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (2009). Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére. Budapest: Ursus Libris.

Rác J.(1999). Addiktológia. Tünettan és intervenciók. Bp.: HIETE

Urbán, R. (2009). A motivációs interjú. In Zs. Demetrovics (szerk.), Az addiktológia alapjai III. (29-45). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó

3. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL ESZKÖZEI ÉS MÓDSZEREI

A korai kezelésbevétel során, a hatékony segítségnyújtás érdekében első lépésben fel kell térképezni a kliens állapotát és szükségleteit. Az alábbi fejezetben részletesen bemutatjuk azokat a módszereket és eszközöket, amelyek alkalmasak arra, hogy a segítők rövid időn belül megfelelő képet kapjanak a kliensről, s ebből kiindulva valósítsák meg az intervenciót, vagy irányítsák őt a megfelelő ellátásba.

3.1 Szűrés (screening)

A korai kezelésbevétel első lépése a szűrés. A szűrés a kezelésbevétel biztonságos feltételeit valósítja meg. A biológiai, illetve az akut tünetek kezelése felől haladunk a komplexebb, nehezebben megközelíthető és a krónikus tünetek szűrése felé. A különböző szerek hatása alatt jellemző kockázatos és veszélykereső viselkedés következményeinek szűrése és kezelése jellemző, például sérülések, nem biztonságos szex, konfliktusok másokkal, közlekedési balesetek, erőszak, öngyilkossági kísérletek. A nemzetközi szakmai útmutatások szerint a szerhasználat problémás mértékét fel kell mérni (Burke, O'Sullivan és Vaughan, 2005), amelynek több módja is ismert, de mindegyik megegyezik abban, hogy a szerhasznált három legfontosabb tulajdonságáról szerez információkat. Ezek a következők:

1. a szerhasználat intenzitása
2. a szerhasználat időtartama
3. a szerhasználat módja

A szűrés a legegyszerűbb és legalkalmasabb technika arra, hogy felmérjük, a kliens kockázati csoportba tartozik-e a szerhasználat szempontjából vagy sem (Demetrovics, 2010). Amennyiben a szűrőkérdőíven elért pontszám alapján magas kockázati csoportba soroljuk a személyt, további vizsgálatokra van szükség a probléma alaposabb feltárására. Ekkor érdemes az addikció súlyossági szintjének megállapítása, továbbá javasolt lehet egyéb skálák felvétele, amellyel még jobban körbejárjuk a kliens állapotát és szükségleteit (pl. szerhasználattal kapcsolatos motivációit, pszichés jóllétét, önértékelését stb.).

A szűrés során kiemelten fontos a szakértő hozzáállása a korai kezelésbevétel sikerességében. A szakmai útmutatók megegyeznek abban, hogy a szűrés során nem elég a megfelelő módszereket (standardizált eszközök: CAGE, rövid MAST (Michigan Alcohol Screening Test), AUDIT, TWEAK – 5 tételes kérdőív: tolerance, worried, eye-opener, amnesia, 'kut' down.) alkalmazni, hiszen D'Onofrio és munkatársai (1998) szerint nincs ideális szűrőeszköz. A szűrést végző szakembernek mindig figyelembe kell vennie a nemi, kulturális, etnikai körülményeket, jól strukturált és nyitott kérdéseket kell feltennie, biztonságos és bizalomteli légkört kell kialakítania. Fontos, hogy a szakember ne legyen ítélkező, ne legyenek morális értékítéletei, és tisztelje a klienst. Emellett magyarázza el érthetően, hogy miért teszi fel a kérdéseket, valamint biztosítsa a klienst az adatok bizalmas kezeléséről. Az új-zélandi háziorvosok számára készült útmutató (National Health Committee, 1999) az alábbi négy területet tünteti fel, amelyet a szűrés során kívánatos feltárni különböző kérdésekkel (3. táblázat):

1. a szerhasználat típusai;
2. a mennyisége és gyakorisága;
3. a függőség lehetőségének fennállása;
4. a használatból eredő problémák.

3. táblázat. A szűréshez leggyakrabban használt kérdések (Health Canada, 2008)

Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt? Hány alkoholtartalmú italt fogyaszt egy átlagos napon, amikor iszik? ³
Vannak-e olyan napok, illetve időszakok a héten, amikor különösen sokat iszik?
Előfordult-e valaha, hogy ivás után vezetett?
Használt-e valaha illegális szereket?
Milyen gyakran használt illegális szereket az elmúlt egy évben?
Tervezi-e, hogy újra illegális szereket fog használni?
Használt-e valaha inhalánsokat?
Milyen gyakran használt inhalánsokat az elmúlt egy évben?
Tervezi-e, hogy újra inhalánsokat fog használni?
Használ-e most bármilyen gyógyszert alváshoz, szorongás vagy depresszió kezelésére vagy fájdalomcsillapításra? Mióta használja ezeket a gyógyszereket? Milyen gyakran szedi ezeket a gyógyszereket? Jellemzően annyit vesz be ezekből a gyógyszerekből; amennyi a felírt mennyiség vagy másképp: többet vagy kevesebbet vesz be?
Vett-e már be valaha olyan gyógyszert, amely másnak volt felírva? Szokott-e mással együtt gyógyszert használni?
Szerzett-e már be úgy gyógyszert, hogy két orvossal is felíratta, és az orvosok nem tudtak egymásról? Az orvosa ismeri-e az összes gyógyszert, amit szed, ha több (szak)orvossal is kapcsolatban áll?
Szokta-e alkohollal együtt használni a gyógyszert az orvos ellenőrzése nélkül?
Van-e bármilyen kérdése vagy gondolata a szerhasználatáról?
Észlelte-e valaha, hogy azért használt alkoholt vagy más szereket, hogy megküzdjön az élet nehézségeivel (stressz, negatív érzések, kapcsolatok)?
Tapasztalta-e a szerhasználatnak negatív következményét, negatív hatását (pl. a kapcsolataira, családjára, munkájára, egészségére vagy energiaszintjére)?

³ Egységnyi alkohol (standard unit) fogyasztására vonatkozik, ami 8-12 g alkoholt jelent (kb. 2cl égetett szeszital, 1 dl bor, 1 kis pohár sör, 1 koktél) Lásd részletesen például: <https://www.nhs.uk/live-well/alcohol-support/calculating-alcohol-units/>

Volt-e valaha bárki, aki jelezte Önnek a szerhasználatával kapcsolatos aggodalmait?
Próbált-e valaha leszokni, csökkenteni, abbahagyni a szerhasználatot? Ha igen, milyen élmény volt?
Szeretne-e változást az alkohol- és/vagy droghasználatában?

Burke és munkatársai (2005) fókuszált kérdések alkalmazását javasolja szerhasználat esetén, melyek a következők:

Egy hét alatt hány napon fogyaszt alkoholt vagy használ valamilyen szert?
Mennyit iszik/mennyi szert használ egy alkalommal?
Az utóbbi három hónapban mennyi volt a legtöbb, amit egyszerre elfogyasztott alkohoból/más szerből?
Kért-e már valaha segítséget az alkohol- vagy drogproblémájának kezelésében?

A nemzetközi és hazai szakirodalmi adatok alapján az alábbi *szűrőkérdőíveket* érdemes használni a korai kezelésbevétel területéhez kapcsolódóan (összefoglaló magyarul pl. Rózsa, 2009; Demetrovics, 2010; Gerevich és Bácskai, 2012; Paksi és Felvinczi, 2010):

Magyar nyelvre adaptált kérdőívek:

- CAGE - Alkoholfogyasztás szűrőtesztje (Ewing és Rouse, 1970)
- AUDIT - Alkoholhasználat zavarainak szűrőtesztje (Bohn és mtsai, 1995)
- CAST - Kannabisz használat szűrőkérdőív (Legleye és mtsai, 2007)
- DUDIT - Droghasználat zavarainak szűrőtesztje (Berman és mtsai, 2003)
- DUDIT-E - Droghasználat zavarainak kiterjesztett szűrőtesztje (Berman és mtsai, 2003)

Angol nyelven elérhető kérdőívek:

- MAST - Michigan alkoholizmus szűrőkérdőív (Selzer, 1971)
- DAST - Droghasználat szűrőkérdőív (Skinner, 1982, ill. Skinner és Goldberg, 1986; Bohn és mtsai, 1991)
- CUDIT - Kannabisz használat Zavarainak Szűrőtesztje (Adamson és Sellman, 2003)
- CRAFFT - alkohol- és droghasználat szűrőtesztje (Knight és mtsai, 1999)
- ASSIST - Alkoholfogyasztás, dohányzás és droghasználat szűrőkérdőív (WHO, 2003)

A fenti és egyéb kérdőívekről, valamint használatukról a 2. Részben található további, részletes információk.

A szűrés témaköréhez ajánlott hazai szakirodalom:

Demetrovics Zs. (2010). Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában. Orvostudományi Közlemények, LXXXV. évf, 2010. Különszám, 349-352.

Gerevich J., Bácskai E. (2012). Korszerű addiktológiai mérőmódszerek. Budapest, Semmelweis Kiadó.

Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2001). Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. Psychiatria Hungarica, 16(3), 292-307.

- Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2005). A serdülőkori problémák értékelő interjúja (EuroADAD) magyarországi bevezetése. Egy multicentrikus kutatás eredményei. *Psychiatra Hungarica*, 20, Suppl 28.
- Gerevich J., Rózsa S., Bácskai E. (2006). Az alkohollal kapcsolatos zavarok szűrése: A CAGE hazai adaptációja. *Psychiatra Hungarica*, 21(1), 77.83.
- Paksi B. és Felvinczi K. (2010). Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás. Budapest, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/szuksegletfelmeres_kezikonyv.pdf
- Rózsa S. (2009). Mérőeszközök és mérési stratégiák az addiktológiában. In. Demetrovics (szerk.). *Az addiktológia alapjai II.* 229-289.o.

3.2 Rövid intervenciók módszerei (RI)

A szakirodalmi eredmények egyetértenek abban, hogy a kockázatos alkoholhasználat és alkoholabúzus esetén a rövid intervenciók módszerei hatékonyak és kivitelezhetők az egészségügyi ellátórendszerben és más orvosi settingekben (Hester 1995, Whitlock és mtsai 2004). Bizonyos orvosi szolgáltatások esetén a rövid intervenciók (RI) módszerei már alapvetőnek tekinthetők. Kahan és munkatársai (1995) 11 hatástanulmány elemzése alapján, melyek szerint az RI kifejezetten hatékony módszer, a háziorvosoknak mindenképpen be kellene illesztenie a napi munkájukba ezt a módszert. Azonban a szakirodalom eredményei ellentmondásosak a más intervenciók módszereivel való összehasonlításban. Bien és munkatársai (1993) összesen 600 kliens adatai alapján azt a következtetést vonták le, hogy az RI ugyanolyan hatékony, mint a hosszabb terápiák. Ugyanakkor más kutatások kisebb hatásról számoltak be. Saitz és munkatársainak (2007) vizsgálatában azt találták, hogy a rövid intervenciók módszerei nem annyira hatékonyak a kórházi ellátást kapó betegek esetében (Saitz és mtsai 2007). Más kutatások szerint a rövid intervenciók technikái semmivel nem hatékonyabbak, mint más egyszerűbb megközelítések. Például Holloway és munkatársai azt találták, hogy kórházi ellátásban részesülő alkoholbetegek esetén az öngyógyító kiadványok ugyanolyan hatásosak voltak, mint egy 20 perces rövid intervenció (Holloway és mtsai 2007). A droghasználókkal folytatott rövid intervenciók technikái hatékonysága kevésbé ismert, ugyanakkor néhány vizsgálat alapján egy 20 perces rövid intervenció összehasonlítva egy 15 perces pszichoedukációs alkalommal hasonló eredményeket mutatott: a hatása még 8 héttel később is mérhető csökkenés volt a szerhasználatban (Babor és mtsai 2005, Srisurapanont és mtsai 2007).

A rövid intervenciót számos környezetben lehet alkalmazni, ezek a következők például:

- sürgősségi osztályok,
- háziorvosi rendelők,
- javítóintézetek,
- tanácsadó irodák,
- iskolai programok,
- munkahelyi környezet.

Fleming és Manwell (1999) szerint 5 alapvető lépésből áll a rövid intervenciók technika:

1. Felmérés és közvetlen visszajelzés;
2. Tárgyalás és célok kitűzése, melynek keretében a felek megegyeznek a célokat illetően;
3. Viselkedésváltoztatási technikák. Ide értendő a magas rizikójú helyzetek, a megküzdési lehetőségek és a támogató háló azonosítása;

4. Önsegítés-vezérelt „biblioterápia”. A kliens információkat kap;
5. Utánkövetés és megerősítés. A kezelő/segítő személy felajánl utánkövetési találkozót és lehetőséget a telefonos konzultációra.

Egy hatékony rövid intervenció nem hosszabb, mint 5-15 perc, 1-4 ülés alkalmával. A legtöbb rövid intervenció beavatkozása a FRAMES modellt használja (WHO, 2003).

Nemzetközi szinten az egyik leggyakrabban használt rövid intervenció módszer a FRAMES modell keretében (O’Leary, Tevyaw és Monti, 2004) valósul meg. A FRAMES egy mozaikszó, és a visszajelzés, felelősség, tanácsok, választási lehetőségek és empátia intervenciók elemeket megjelenítő angol nyelvű szavak kezdőbetűiből épül fel (4. táblázat):

4. táblázat: A FRAMES modell összefoglaló táblázata (Hester és Miller, 1995).

<p>1. Feedback (Visszajelzés): szerhasználattal kapcsolatos problémák visszajelzése és tudatosítása szakzsargon használata nélkül, ebben benne a szerhasználattal összefüggő okok és hatások visszajelzése.</p> <p>„16 pontot ért el az AUDIT tesztben, amely azt jelenti, hogy a magas kockázatú csoportba sorolható az Ön ital fogyasztása.”</p>
<p>2. Responsibility (Felelősség): az egyéni felelősség hangsúlyozása a változással kapcsolatban. Ide tartozik annak feltárása, hogy milyen önsegítő erőforrásai vannak, és annak kiemelése, hogy azokat hogyan tudja a kliens használni.</p> <p>„Senki nem hozhatja meg Ön helyett ezt a döntést. Ez igazán magán múlik...”</p>
<p>3. Advice (Tanácsok): javaslatok, amelyek kiemelik a szerhasználat mellőzésének előnyeit, a tanácsok gyakran a gondoskodás kifejezésével együtt jelennek meg.</p> <p>„(szociális munkásként, orvosként, segítőként) azt javaslom, hogy csökkentse az alkoholfogyasztását”</p>
<p>4. Menu of options (Választási lehetőségek): opciók kínálása, melyekkel a pozitív változást elérheti, és annak kiemelése, amely a leginkább hasznos lenne neki. Ha nem akar választani a lehetőségek közül, akkor kérni, hogy gondolkozzon rajta a következő alkalomig.</p> <p>Pl. alkoholfogyasztás naplózása, a magas kockázatú események azonosítása, információhoz juttatás (önsegítő csoportok), alacsonyabb alkoholtartalmú vagy alkoholmentes italok kikérése, tervek az alkoholfogyasztással együtt járó alkalmak elkerülésére</p>
<p>5. Empathy (Empátia): a terápiás kapcsolat és kommunikáció alapelveinek alkalmazása: tiszteletteljes, empátikus odafordulás, az előítéletesség kerülése</p>
<p>6. Self-efficacy (Énhatékonyság növelése): erősíteni a kliens optimizmusát, hogy képes a változásra, s ehhez belső képességek és külső segítségek is rendelkezésre állnak</p> <p>„Sok ember sikeresen felhagyott az alkoholfogyasztással. A megfelelő segítséggel és információval, biztos vagyok benne, hogy Önnek is sikerül.”</p>

A korai intervenció nem minden esetben ajánlott, de függő ivóknál bizonyítottan csökkentett alkoholhasználatról számolnak be a kutatások (National Health Committee, 1999). Mivel a rövid intervenciót könnyű kivitelezni, alacsony intenzitású és kevés költséggel jár, ezért erősen ajánlott az alkalmazása a korai kezelésbevitel során. Az ideális terep erre a háziorvosi rendelő, ahol már akár egyetlen rövid intervenció beavatkozása is változáshoz vezet (Sobell és mtsai, 1996), ugyanis a betegek

a házi orvosuktól azt várják, hogy kapjanak tanácsokat az egészségükre és az életmódjukra vonatkozóan, továbbá az alkoholproblémával küzdő betegek gyakrabban járnak a házi orvosukhoz.

A rövid intervenciós módszer egy magas gyakoriságú, alacsony intenzitású beavatkozás, amely arra irányul, hogy a kliens csökkentse vagy teljesen felhagyjon az alkohol vagy droghasználatával így megelőzve és elkerülve a lehetséges ártalmakat. Nagyon sok személy nem ismeri fel a kialakuló problémás szerhasználatot. A beavatkozás leginkább a kliens változ(tat)ásra való készségétől függ. A legfontosabb feladat a kliensben éberséget teremteni a lehetséges negatív következményekre vonatkozóan, valamint megmutatni, hogy melyek azok a cselekvéses válaszok, amelyekkel önmaga állhatja útját a káros következmények kialakulásának.

Egy tipikus rövid intervenció kb. 5 perc. A kliens jelenlegi szerhasználata kerül röviden felmérésre (milyen jellegű a szerhasználata: rekreációs, kockázatos, függő?), majd erről visszajelzést adunk (a jelenlegi szerhasználata milyen viszonyban áll az ajánlott mennyiségekkel), ezután egyszerűen megfogalmazott tanáccsal látjuk el a szerhasználat felelősségteljes körülményeiről. (5. táblázat)

5. táblázat: A rövid intervenciós kezelés általános irányvonalai
(Bodrogi, 2012)

	Kockázatos és problémaívóknál	Függő ivóknál
1. lépés	Adjunk hangot aggodalmainknak Világosan érthető tanácsot adjunk Tanácsoljuk a kliensnek, hogy változtassa meg ivással kapcsolatos magatartását	Fejezzük ki aggodalmunkat Adjunk érthető tanácsot: Tanácsoljuk a betegnek, hogy ne fogyasszon alkoholt egyáltalán Alapvető szükséglet az absztinencia
2. lépés	Becsüljük fel a kliens változásra való motivációját	Becsüljük fel a kliens változásra való motivációját Határozzuk meg a változásra való felkészültségét
3. lépés	Tűzzünk ki egy specifikus ivási célt	Tűzzünk ki egy dátumot az ivás abbahagyására
4. lépés	Klienskövetés	Irányítsuk a beteget szakemberhez
5. lépés	-	Klienskövetés

A rövid intervenció témaköréhez ajánlott hazai szakirodalom:

Babor T.F., Higgins-Biddie, J.C. (2006). Rövid intervenció - A kockázatos és ártalmas ivás kezelésében. Alapellátási Kézikönyv. Budapest, Országos Addiktológiai Intézet.

Bodrogi A. (2012). Alkohol, szűrés, rövid intervenció.

Hargitai R, Kassai-Farkas Á, Kőrösi L, Vandlik E, Koós T. (2011): *Javaslat: Alkohol-problémával küzdők szűrése és rövid intervenciója az egészségügyi alapellátásban.* 2011

Koós T. (2011): *A rövid intervenció helye a közösségi károk csökkentésében,* OEFI - Országos Addiktológiai Centrum, Budapest, 2011. november 25.

Vandlik E., Koós T. (2010). A szűrés és rövid intervenció helye az alkoholpolitikában. *Házi Orvosi Továbbképző Szemle*, 15(10), 623-627.

3.3 *Motivációs interjú, a motiváció mélyítését, az elköteleződést segítő technikák*

A motivációs interjú technika alkalmazása nagyon hasznos és bevált gyakorlat, mely egy tanácsadói megközelítés, kliens-centrikus, segíti a döntéshozatali folyamatot, stratégiákat kínál, növeli a tudatosságot, és segíti a klienst a viselkedésváltozás megvalósításában.

A motivációs interjú a korábban részletesen bemutatott, a viselkedés transzteoretikus felépülés-központú modelljéhez (Prochaska és DiClemente, 1982) kidolgozott technika. Miller és Rollnick (2002) alkoholproblémával küzdő kliensekkel végzett munkája alapján dolgozta ki a technika alapelveit és lépéseit. A modell alkalmazásával a szakember számára érhetővé válik, hol tart a kliens a változás folyamatában, ugyanakkor a hangsúly nem a betegség kialakulásán, hanem a jelenlegi folyamaton és a jövőn, a befejezésen van. „A motivációs interjú olyan módszer, amelynek révén a tanácsadó vagy terapeuta segíti a klienst abban, hogy felismerje az adott problémát, és lépéseket tegyen annak megoldása felé” (Urbán, 2009). Az első lépésben a fő cél a változásra vonatkozó motiváció felkeltése, majd a második lépésben, amikor már egyértelműen megjelent a motiváció a változásra, a változásban való elköteleződés erősítése válik céllá. A motivációs interjú módszerében fontos szereppel bír a terapeuta stílusa: a klienssel együttműködve, nem pedig vele konfrontálódva szükséges az interjút vezetni, továbbá a módszerben sok edukációs technikát javasolnak alkalmazni (Carney és Myers, 2012).

A motivációs interjú nem egy alkalmat jelent (nem az első interjú), hanem az egész segítői-terápiás kapcsolatot alapelvekkel meghatározó módszer. A módszer alapeleme, hogy a segítő egy elfogadó, meleg, az alá- fölérendelő stílust mellőző légkört alakítson ki, amelyben a kliensnek szabadságában áll az eddigi viselkedésének megtartása, vagy megváltoztatása. A szerhasználati problémákkal küzdő klienseknél jellemző, hogy a motiváció megléte, erőssége folyamatosan változik. Ebből következően – a módszer fajtájától, illetve a segítő folyamat stádiumától függetlenül – a motivációs interjú filozófiájára, eszközrendszerére bármely ponton szükség lehet. Az interjúkészítő kulcskézségei a következők (Burke és mtsai, 2005; Dunn, Deroo és Rivara, 2001):

- reflektív odafigyelés,
- nyitott kérdések,
- összefoglaló jellegű visszajelzések,
- azonosítani a diszkrpanciát a személyes célok és a cselekvés között,
- erősségek megerősítése,
- megerősíteni a kisléptékű tervek és cselekvések megfogalmazását.

A motivációs interjú célja a páciens belső motivációjának erősítése annak érdekében, hogy felismerje a fennálló problémát, szembesüljön saját céljai és problémás magatartása közötti ellentmondásokkal, és megkezdje a változtatást.

A motivációs interjú öt alapelve a következő (Miller és Rollnick 1991):

1. Viselkedjünk empatikusan, próbáljuk megérteni a páciens nézőpontjait
2. Segítsünk a páciensnek, hogy felismerje a diszkrepanciát jövőbeli céljai és jelenlegi viselkedése között.
3. Kerüljük a vitatkozást, ugyanis a győzködés, vitatkozás inkább erősíti a betegek ellenállását.
4. Ellenállás esetén váltsunk stratégiát, keressünk megoldásokat.
5. Támogassuk az önhatékonyság érzését a páciensben: amint felismerte a problémát és megoldási javaslatokkal áll elő, fejezzük ki optimizmusunkat és a változásba vetett hitünket.

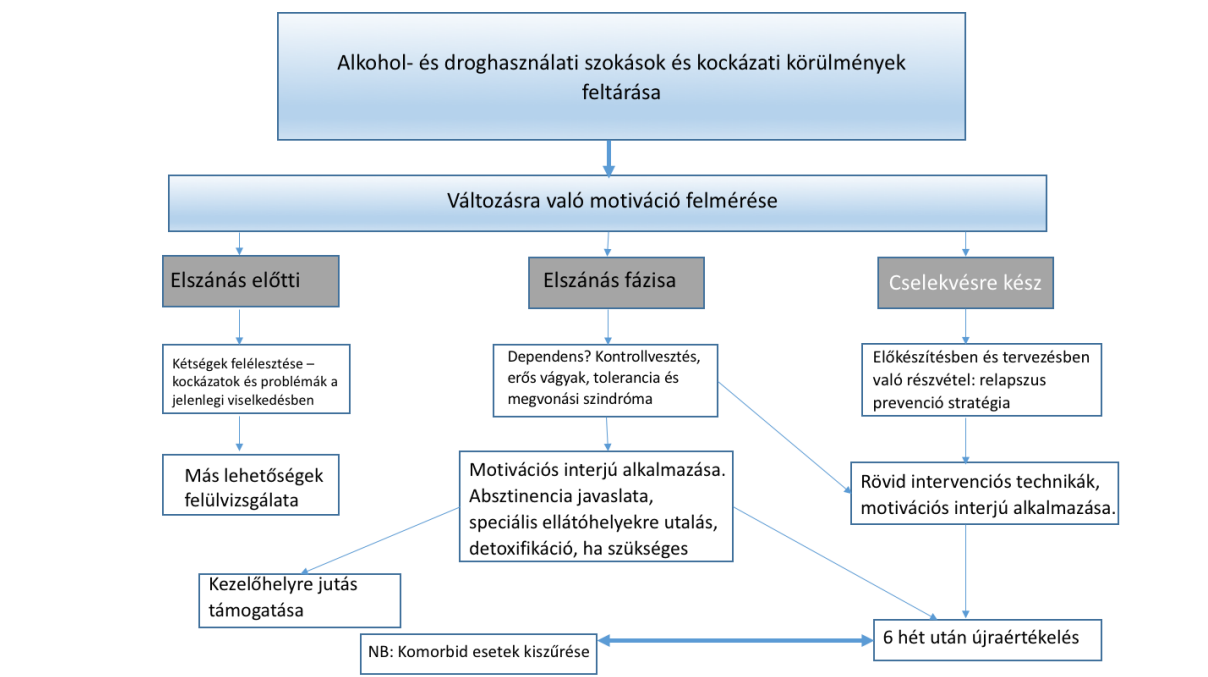
A motivációs interjú csapdái lehetnek: a túl sűrű kérdés-felelet, a konfrontáció vagy tagadás, a szakértői csapda (a segítő felruházása), a túl korai fókuszálás és a hibáztatás (akár megszégyenítés). Jó technikák lehetnek: nyitott kérdések, folyamatos összegzés, gyakori visszakerdezés (tisztázás), a figyelem és érdeklődés, valamint az optimizmus kifejezése, megerősítés kérése és az aggodalom, a törődés kifejezése.

A szerzők ezen felül nyolc módszert említenek a kliensek motivációjának elérése érdekében:

- Tanácsok, amelyek tiszta, reális, érthető helyzetet teremtenek;
- Akadályok, gátak feloldása a változással szemben;
- Választási lehetőség nyújtása, amelyben kihangsúlyozódik a kliens felelőssége. A választás szabadsága csökkenti az ellenállást;
- Kíváncsiság csökkentése a fennálló viselkedéssel szemben;
- Empátia gyakorlása, az ellenállás csökkentése;
- Visszajelzés nyújtása, „tükör” a kliens számára aktuális helyzetéről;
- Világos, érthető célok tisztázása;
- Aktív segítség, érdeklődés a segítő részéről.

A Prochaska és DiClemente (1982), Burge és Schneider (1999), valamint Rollnick, Heather és Bell (1992) más-más interjú technikát ajánlanak az alkohol és droghasználati szokások és körülmények feltárását és a személy változásra való nyitottságának, motivációjának felmérését követően. (4. ábra és 6. táblázat)

4. ábra: Összefoglaló ábra a motivációs interjú és TTM modell használhatóságáról alkohol- és droghasználók esetében (National Health Committee, 1999, 4. ábra).



6. táblázat: Interjúzási stratégiák szerhasználati problémákkal jellemezhető személyeknél
Forrás: Burge és Schneider (1999), Rollnick, Heather és Bell (1992)

Stratégia	Változás stádiuma	Leírás
Életmód, stressz, szerhasználat	Elszánás előtti szakasz és az összes többi	Az életmódjáról beszéljünk, és abban helyezzük el a stressztényezőket, pl. „A szerhasználat hova illeszkedik?”
Egészség és szerhasználat	Elszánás előtti szakasz és az összes többi	Egészségével kapcsolatos általános kérdéseket fogalmazzunk meg, pl. „Milyen szerepet játszik a szerhasználat az egészségi állapotában?”
Egy tipikus nap	Elszánás előtti szakasz és az összes többi	„Írja le egy tipikus napját a felkeléstől a lefekvésig, ebben hogy szerepel a szerhasználat?”
Jó dolgok és kevésbé jó dolgok	Elszánás, Felkészülés és Cselekvés	„Melyek a szerhasználatból fakadó jó dolgok? És melyek a kevésbé jók?”
Információátadás	Elszánás, Felkészülés és Cselekvés	Kérjünk engedélyt az információátadásra. Ne személyes stílusban adjuk át az információt. „Mire tudja használni ezeket az információkat?”

Jövő és jelen	Elszánás, Felkészülés és Cselekvés	„Mennyiben szeretné, hogy a dolgok másképp legyenek a jövőben?”
Aggodalmak feltárása	Felkészülés és Cselekvés	Tárjuk fel, hogy a kliensnek milyen aggodalmai vannak a szerhasználattal kapcsolatban. Gyűjtsük közösen listába a változtatással kapcsolatos aggodalmait.
Segítség a döntéshozatalban	Felkészülés és Cselekvés	„Mire sarkallja a mostani ivási/droghasználati szokása?”

D'Onofrio és munkatársai (1998) dolgozták ki a Brief Negotiation Interview-t (BNI) mint a motivációs interjú kiegészítését. Ennek célja az, hogy segítse a klienst abban, hogy azonosítsa a szerhasználattal kapcsolatos rizikótényezőket és a viselkedésváltoztatás lehetőségeit; illetve felmérje azt, hogy a kliens mennyire áll készen a változtatásra. A BNI módszer arra való, hogy az egyén szükségleteihez illesztve találjuk meg a rászabott szolgáltatást.

A módszer 5 fő lépésből áll:

- riport kialakítása;
- engedély kérése arra, hogy megbeszéljék a folyamatos szerhasználat előnyeit és hátrányait;
- nyitottság arra, hogy a kliens maga azonosítsa a problémás szerhasználat bizonyítékait;
- kérni a klienst arra, hogy próbálja felmérni, mennyiben áll készen a változtatásra;
- egyeztetni egy lehetséges tervről a változtatással kapcsolatban, figyelembe véve azt, hogy a kliens hogy látja saját magát, mennyiben áll készen a változtatásra (D'Onofrio és mtsai, 1998).

Összegezve, a motivációs interjú nem csupán egy módszer a segítség folyamatában, hanem egy szemlélet, amely minden esetben magában hordozza a változás lehetőségét, hangsúlyozva benne az autonómiát, az együttműködést.

A motivációs interjú gyakorlatát bővebben kifejtő ajánlott hazai szakirodalom:

Rácz J. (2009). Konzultáció. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 250-276.o.

Rácz J. (2013). Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek. *Neuropsychopharmacologia Hungarica, 15(4), 232-238.*

Urbán R. (2009). A Motivációs Interjú. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III., 277-293.* o. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

3.4 Krízisintervenció

A szenvedélybetegek kezelésbe kerülésének egyik oka lehet valamilyen típusú krízishelyzet fennállása. A megfelelően alkalmazott és hatékony krízisintervenció segíthet a további kezelés megalapozásában. A szakembernek számos eszköz áll rendelkezésére, mint probléma-orientált beavatkozás, a támogató-konfrontáló vagy a családi intervenció. A krízisintervenció bio-pszicho-szociális módszere egy komplex beavatkozást és esetvitel tervezését teszi lehetővé.

A *krízishelyzet* definíció szerint (Caplan, 1964, idézi Hajduska, 2008) olyan, lélektani szempontból kritikus szituációt jelöl, mely a személy számára kiemelten fontos, semmi esetre sem elkerülhető, az illető minden energiája és figyelme a megoldásra irányul, a szokásos problémamegoldó eszközök azonban nem elégségesek.

Leggyakoribb tünetcsoportok: visszahúzódás, tehetetlenség érzése, depresszió, alvászavarok, testi-lelki kimerülés, étkezési zavarok, indítékszegénység, apátia, levertség, zaklatottság, reménytelenség érzése, pszichotikus tünetek.

A kríziseket két csoportba sorolhatjuk: 1) az *akcidentális krízis*, amely váratlan, hirtelen, véletlen veszélyeztető helyzetek nyomán alakul ki (pl. gyász, munkanélküliség, baleset, súlyos baleset, válás), valamint 2) a *fejlődési, vagy normatív krízis*, melyet a normál életfolyamatok változásai idéznek elő (pl. serdülőkori krízisek, ifjúkori krízisek, életközepi krízisek). A krízis mindenképpen fordulópont, utána már nem lesz többé úgy, mintelőtte; és Janus-arcú, a fejlődés lehetőségét épp úgy magában hordozza, mint a bukását (Hajduska, 2008).

Jacobson nevéhez fűződik a krízismátrix, mely szerint a fejlődési és akcidentális krízisek egyidejűleg is jelentkezhetnek. Előfordulhatnak néhány hónaptól néhány évig terjedő időszakok, amelynek során az egyént nagyobb valószínűséggel érik fenyegető helyzetek, melyek a szokásosnál sérülékenyebbé teszik. Ilyenkor nagyobb az esély újabb krízis kialakulására is (Németh és Virág, 2015). (7. táblázat)

7. táblázat: *Egyéni krízisállapotok jellemzői*
(Németh és Virág, 2015, 20. o.)

1.	Lélektanilag kritikus állapot
2.	A személy a lélektani egyensúlyát veszélyeztető külső körülményekkel kénytelen konfrontálódni, a veszélyeztető helyzet nem elkerülhető
3.	A személy számára kitüntetett fontosságú a helyzet
4.	Ezek fenyegető jellege mindennél fontosabb pszichológiai problémává válik számára
5.	Minden figyelme, erőfeszítése erre irányul
6.	Az adott időben és térben és az adott dinamikus személyiség konstellációban ezeket a helyzeteket sem elkerülni, sem megoldani nem tudja a szokásos problémamegoldó eszközeivel

Napjainkban a kríziselmélet sehol nem bír akkora jelentőséggel, mint a szenvedélybetegségek területén. Nagyon gyakoriak, a legváltozatosabb formában jelentkeznek, és a legkülönbélebb segítői beavatkozásokat igénylik (Buda, 2009). Szemelyácz (2009a) szerint a szenvedélybetegség felfogható egyre mélyülő és egyre elhúzódóbb akcidentális krízisek sorozataként is, melyhez a szerhasználó személy jól vagy rosszul adaptálódik. Ugyanakkor a problémás szerhasználókkal való munka során gyakran aktív lépéseket is teszünk a krízisek kialakulásáért (ún. „provokált krízis”), melynek eredményeként – a szenvedésnyomás hatására – kialakulhat az elszánás állapota, és megkezdődhet a józanodás, a felépülés folyamata, ami pedig fejlődési krízisek sorozatát hozza magával.

A szenvedélybetegek vonatkozásban használt „drogkarrier” analógiájára ezen kliensek általában külön „kríziskarrierrel” rendelkeznek. Különbőféle krízisek követik egymást, melyek gyakran a drogkarrier módosulását is magukkal hozzák (Buda, 2009). A krízis itt indukálhat leginkább változást és motivációt a terápiára (Buda, 2009). A krízisek korai felismerése és felhasználása alapvető fontosságú a minél hatékonyabb intervenció szempontjából (Szemelyácz, 2009), mind az aktuális krízist, mind a kliens betegségkarrierjét tekintve (Hoffmann, 2014).

Krízisintervenciónak nevezzük azokat a célzott törekvéseket, melyek a krízisállapot oldására irányulnak, és az egyén mielőbbi rendeződését szándékoznak elősegíteni. Ennek lépései Hajduska (2008) alapján: riport építése, elfogadó, teherbíró érzelmi kapcsolat kialakítása az előzmények, krízist kiváltó események és személyiség-jellemzők föltérképezésével, a helyzet oldásával és ideiglenes megnyugvás megtalálásával párhuzamosan. Támasznyújtás, követés, elfogadás, intenzív érzelmi odafordulás bizonyos érzelmi realitás képviselője mellett. A beszűkülés óvatos tágítása, a több-szemponútú gondolkodás elősegítése, a feszültség csökkentése. A remény felkeltése és fenntartása, az aktuális problémára történő összpontosítás elősegítése. Én-erősítő visszajelzések, önértékelés helyreállítás. Auto- és/vagy heterodestruktív tendenciák, szuicid veszélyeztetettség esetén aktív beavatkozás, specialisták bevonása. Szükség esetén a család, a közvetlen társas környezet válságának kezelése. Támasznyújtás a személy dependenciájának fokozása nélkül (Hoffmann, 2014). (8. táblázat)

8. táblázat: A krízisintervenciónó általános folyamata
(Németh és Virág, 2015, 28-29. o.)

A krízisintervenciónó lépései	Technikák
A riport megteremtése	A riport kialakítása ezekben az esetekben viszonylag egyszerű, hamar kialakítható a bizalmi légkör, ilyenkor kevés ellenállást lehet tapasztalni. A krízisintervenciónós keretek jellemzői hasonlítanak a pszichológiai tanácsadásra. Segítő, elfogadó, empátikus magatartás és az ún. „terápiás távolságtartás”, a professzionális helyzet sajátosságait megtartó attitűd
Támasznyújtás	A bizalom kiépítése, információszerzés, felelősségteljes visszajelzés, támogatás, visszakérdezés a pontos megértés érdekében
Az előzmények és a kiváltó esemény feltérképezése	A szükséges, tényszerű információk megszerzése, a részletek túlzó feltárása nélkül (pl. újratraumatizáció elkerülése), a helyzet minél pontosabb megismerése
A feszültség, impulzivitás csökkentése	Az indulatokkal szemben semleges magatartást tanúsítunk, kerüljük a konfrontációt
Beszűkülés csökkentése, érzelmi realitás megőrzése	Melyek a kliens legfontosabb szükségletei? A kliens figyelmét a több-szemponútú gondolkodás, az alternatívák megélése felé tereljük
Előremutató kreatív megoldások erősítése	A megküzdés bátorítása, az énerősítő visszajelzések gyakori alkalmazása
Aktív beavatkozás	Ha szükséges, aktívan lépünk közbe a krízis hatására kialakuló veszélyes körforgás megállítására (egyre nagyobb regresszióba kerülhet a személy)
Specialistához fordulás segítése	Mely beavatkozásokra van szüksége a kliensnek (orvosi, jogi, hatósági, egyéb)? A szűrés eszközeivel minél alaposabban tárjuk fel a személy sérülékenységét, és irányítsuk a megfelelő szakemberekhez

A család, szűkebb környezet	Belső és külső erőforrások feltérképezése, milyen társas-közösségi háló van körülötte, amely „elkapja, ha zuhan”, mi az, ami tovább ront a helyzetén? Egyéb fontos személyek a jelentkező életében, pl. edző, lelkes stb.
Az alany dependencifokozásának elkerülése	Törekedjünk arra, hogy a krízisben lévő személy megőrizze az autonómiáját, sem a segítőtől, sem a rendszertől ne kerüljön függő helyzetbe
Egyéb terápiás szerződés	Állapodjunk meg a kapcsolattartásban, beszéljük meg, hogyan, mi módon ér el bennünket. Szuicidumveszély esetén külön szerződést kössünk!

A krízisintervenció történhet társadalmi, közösségi és egyéni szinten. A korai kezelésbevétel sajátosságait figyelembe véve itt az egyéni szint jellemzőire és a lehetséges beavatkozásokra szorítkozunk.

A beavatkozás fókuszában a krízist kiváltó események és tényezők, a felborult érzelmi, indulati, hangulati állapot rendezése, a beszűkült pszichés állapot oldása áll a személy megküzdési stratégiáinak mozgósításával, támogatásával (Marmor, 1992, idézi Hajduska, 2008). Mindenfajta krízis esetén fontos a támogató jelenlét, az érzelmi feszültség csökkentésének segítése, a természetes kapcsolati háló aktivizálása, belső erőforrások mozgósítása, a kognitív reorganizáció és a reparatív készségek erősítése (Buda, 2009, Hoffmann, 2014). (9. táblázat)

9. táblázat: A krízisállapotban lévő személy állapotának jellemzői
(Németh és Virág, 2015: 18)

	Jellemzők	Következmények
Érzelmek	szélsőségesség, impulzivitás	labilitás, szorongás, depresszió
Viselkedés	dezorganizáltság, regresszió	kiszámíthatatlanság, felfokozottság
Kognitív funkciók	strukturálatlanság, regresszió	inadekvátság, rugalmatlanság
Kommunikáció	szimbolikus, nehezen érthető	kommunikációs zavarok
Kapcsolatok	függőséget, támogatást kereső, destruktív	magára utaltság, magány
Világkép	bizalmatlanság, bizonytalanság	jövőkép nélkülség

Az krízisintervenciót bővebben kifejtő ajánlott hazai szakirodalom:

Buda, B. (2009). Szenvedélyproblémák és krízis. In: Árkovits A., Csürke J., Osváth P., Vörös V. (szerk.) „Mindennapi kríziseink.” A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve, Oriold és Társai Kiadó, Budapest

Davanloo, H., Sifneos, P., E. (2001) (szerk.) Rövid dinamikus pszichoterápia. Budapest: Animula. Az egész könyv ajánlott. Ezen belül különösen ajánlott 'A krízis dinamikus rövidterápiája' és 'A krízis támogatás technikája' című fejezetek.

- Dixon, S., L. (1999) Kommunikációs folyamat a krízisintervencióban. In: Ritoók M. (szerk.): Az életszakasz-változás krízisei (Tanácsadó szakpszichológus képzés tananyaga) Budapest: ELTE (kézirat), 91-147.
- Forward, S. (2000) Mérgező szülők. Budapest: Háttér.
- Hajduska, M. (2008). Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- Insoo Kim Berg (2004) Konzultáció sokproblémás családokkal. Budapest: Animula.
- Jacobson, G., F. (1995): Kríziselmélet és kezelési stratégia. In: Pszichoterápia, Bp. Gondolat K. 1981, 444-455. old.
- Kast, V. (1995) Gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei. Budapest: T-Twins.
- Malan, D., H. (2001) Az utánkövetés interjú-technikája. In: Davanloo, H., Sifneos, P., E. (szerk.): Rövid dinamikus pszichoterápia. Budapest: Animula.
- Marmor, J. (2001) Krízis-intervenció és dinamikus terápia. In: Davanloo, H., Sifneos, P., E. (szerk.): Rövid dinamikus pszichoterápia. Budapest: Animula.
- Németh, M. és Virág, Gy. (2015). Krízisintervenció és terápia az áldozatsegítésben. Eszter Alapítvány, Budapest.
- Szemelyácz, J. (2009). Kríziskezelés az addiktológiában. In: Árkovits A., Csürke J., Osváth P., Vörös V. (szerk.) „Mindennapi kríziseink.” A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve, Oriold és Társai Kiadó, Budapest

3.5 SBIRT - „Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás”

A SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) azaz „Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás” egy *átfogó, integrált, népegészségügyi program* annak érdekében, hogy elérjék, és korai kezelésben részesítsék a droghasználót (Satre, és mtsai, 2012). Egy bizonyítékon alapuló (evidence-based) módszer, amely arra szolgál, hogy azonosítsa, csökkentse és megelőzze a problémás droghasználatot, abúzust és szerfüggőséget; közösség alapú szűrése a rizikómagatartásoknak, beleértve a szerhasználatot. A SBIRT lényegében a fentebb részletesen bemutatott Szűrést és Rövid Intervenciót foglalja magába, kiegészítve a harmadik elemmel, a Továbbirányítással. Nemzetközi szinten ismert és alkalmazott módszer, melyet ehelyütt röviden ismertetünk. (10. táblázat)

10. táblázat: A SBIRT módszer összefoglalása

Rövidítés jelentése	A tevékenység célja	Használható eszközök
S – Screening: szűrés; standardizált eszközökkel, egészségügyi környezetben	- felmérni a szerhasználatból fakadó negatív következményeket és rizikós szerhasználatot	- alkohol: MAST, CAGE, AUDIT (és ennek különböző populációkra vonatkozó verziói); - más szerek: DAST, POSIT, PESQ, SASSI, DAP, CRAFT - kombinált, azaz több szer is: ASSIST, CAGE-AID; - drogok kapcsán vannak biológiai szűrők, például vizelet, haj, nyál;

Rövidítés jelentése	A tevékenység célja	Használható eszközök
		- az önbeszámolások hatékonyak, költséghatékonyabbak is
BI - Brief intervention; rövid intervenció; rövid beszélgetés, visszajelzés adásával és tanácsokkal	<ul style="list-style-type: none"> - kb. 1-2 alkalom; információátadás, tanácsadás, motiváció növelése, olyan magatartásformák tanítása, mellyel a negatív következmények elkerülhetők; - főleg alacsony és közepes rizikó esetén; - magas rizikó esetén ún. brief treatment – időben körülhatárolt, strukturált vagy specifikus terápia, képzett klinikus által – magas rizikó, vagy a függőség korai szakasza esetében; - általában 2-6 alkalom, CBT (kognitív-viselkedés terápia) vagy motiváció-növelő terápia 	<ul style="list-style-type: none"> - rövid intervenció technikák; - önszegítő füzetek - motivációs interjú
RT – referral to treatment – szűrés után továbbirányítani rövid intervencióba vagy más addiktológiai kezelésbe azokat, akiknek szüksége van erre	<ul style="list-style-type: none"> - legtöbb esetben a kezelőhelyek egymástól függetlenül és fragmentáltan működnek – ehelyett a SBIRT egy integrált megközelítés, koordináció 	

A SBIRT egy összekapcsolódó modell, melyet döntési szabályok kötnek össze, és ezek határozzák meg a klienssel kapcsolatos megfelelő munkát. Egyes esetekben a szűrést követően visszajelzés és tanácsadás nélkül is lehet továbbirányítás. A SBIRT fontos funkciója, hogy betöltse a lyukakat az elsődleges prevenció programok és az intenzívebb kezelési formák között, melyek már súlyos függőknek szólnak. A SBIRT általános, népegészségügyi célja, hogy a szerhasználat súlyos következményeinek gyakoriságát csökkentse a korai kezelésbevitel és átirányítás segítségével.

A szűrésre az alkohol és drog esetében külön-külön önbeszámoló eszközöket javasolnak (vö. 6. táblázat). A rövid intervenciót alapvetően hatékonynak tekintik az áttekintett tanulmányok alapján. A továbbirányítás általában a felmérésre és speciális addiktológiai kezelésekre vonatkozik. A vizsgálatok szerint a szerhasználók nagyon jól továbbirányíthatók speciális kezelésbe – azok, akik kórházi környezetben jelennek meg. A hatékonyság már nehezebben megítélhető, mivel a kezelés hatékonysága is nagyon sok mindentől függ, például motiváció, szertípus, súlyosság.

4. ÁLLAPOTFELMÉRÉSRE ALKALMAZOTT FŐBB TESZTEK

A szűrés a legegyszerűbb és legalkalmasabb technika arra, hogy az állapotfelmérést elvégezzük és felmérjük, a kliens kockázati csoportba tartozik-e a szerhasználat szempontjából vagy sem (Demetrovics, 2010). Amennyiben a szűrőkérdőíven elért pontszám alapján magas kockázati csoportba soroljuk a személyt, további vizsgálatokra van szükség a probléma alaposabb feltárására. Ekkor érdemes az addikció súlyossági szintjének megállapítása, továbbá javasolt lehet egyéb skálák felvétele, amellyel még jobban körbejárjuk a kliens állapotát és szükségleteit (pl. szerhasználattal kapcsolatos motivációit, pszichés jóllétét, önértékelését stb.).

Ugyanakkor az eszközök tanulsága az, hogy fontos, ne csak a szerhasználat gyakoriságával, típusával legyünk tisztában, hanem a szerhasználatnak az élet különböző területeire gyakorolt hatásaival is: családi funkciók, kortárshatások, iskolai teljesítmény, stressz és megküzdés területe. Emellett fontos megismerni azt is, melyik szakaszban van a kliens, valamint felmérni, hogy mennyire áll készen a változásra (lásd. Prochaska és DiClemente modell). A nők, terhes nők esetében, amely különösen stigmatizált és nehezen hozzáférhető csoportnak számít, a közösségi programok hatékonyabbak bizonyulnak a szűrésben is, mint az általános egészségügyi és szociális szolgáltatások (B.C. Ministry for Children and Families, 1998).

4.1 Az addikció, dependencia, veszélyeztetettség mérésére alkalmas, rövidebb idő alatt kivitelezhető szűrőtesztek

Pszichiátriai és addiktológiai szakellátáson kívül, a nemzetközi és hazai szakirodalmi adatok alapján az alábbi *szűrőkérdőíveket* érdemes használni az addikció, a dependencia, a veszélyeztetettség mérésére (összefoglaló magyarul pl. Rózsa, 2009; Demetrovics, 2010; Gerevich és Bácskai, 2012; Paksi és Felvinczi, 2010). Ezek többsége rövid idő alatt, gyorsan, egyszerűen kivitelezhető, széles körben alkalmazható. Többnyire nem igényelnek külön képzést, addiktológiai intézményes hátteret. (11. táblázat)

11. táblázat. Az addikció, dependencia, veszélyeztetettség mérésére alkalmas, rövidebb idő alatt kivitelezhető szűrőteszték összefoglalása

Kérdőív neve	Tételek száma	Alkalmazás területe	Szerzők	Magyar adaptáció
CAGE	4	alkoholfogyasztás szűrőtesztje	Ewing és Rouse, 1970	van (Gerevich és mtsai, 2006a)
Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT)	10	alkoholfogyasztás szűrőtesztje	Bohn és mtsai, 1995	van (Gerevich és mtsai, 2006b)
Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív (MAST)	25	alkoholfogyasztás szűrőtesztje	Selzer, 1971	nincs
Droghasználat Szűrőkérdőív (DAST)	28 (illetve 20 és 10)	drogfogyasztás szűrőtesztje	Skinner, 1982, ill. Skinner és Goldberg, 1986; Bohn és mtsai, 1991	nincs
Kannabisz használat zavarainak Szűrőtesztje (CUDIT)	10	kannabisz használat szűrőtesztje	Adamson és Sellman, 2003	nincs
Kannabisz Használat Szűrőkérdőív (CAST)	6	kannabisz használat szűrőtesztje	Legleye és mtsai, 2007	van, (Gyepesi és mtsai, 2014)
Droghasználat Zavarainak Szűrőtesztje (DUDIT)	11	droghasználat szűrőtesztje	Berman és mtsai, 2003	van (Matuszka, 2015)
Droghasználat Zavarainak Kiterjesztett Szűrőtesztje (DUDIT-E)	54	droghasználat szűrőtesztje	Berman és mtsai, 2003	van (Matuszka, 2015)
CRAFFT	6	alkohol- és droghasználat szűrőtesztje	Knight és mtsai, 1999	nincs
Alkoholfogyasztás, Dohányzás és Droghasználat Szűrőkérdőív (ASSIST)	8	alkohol- és droghasználat, illetve dohányzás szűrőtesztje	WHO, 2003	nincs

A CAGE, az AUDIT, a DUDIT és DUDIT-E skálák magyar verziói megtalálhatók Gerevich és Bácskai (2012) „Korszerű addiktológiai mérőmódszerek” című kötetében.

a. CAGE-skála

A négy tételből álló CAGE-skálát az 1970-es években fejlesztették ki, amely az alkoholizmus és az ezzel összefüggő problémák szűrését célozza meg. A CAGE szó jelentése angolul kalitka, vagy kalitkába zárt, ami nagyon találóan jelképezi az alkoholfogyasztással küzdő személy bezártságát, tehetetlenségét. A betűkombináció négy betűje egy-egy alkoholfogyasztással kapcsolatos problémára utal. A „C” az angol Cut (abbahagyás), az „A” betű az Annoyed (bánt, bosszant, zavar), a „G” Guilty (vétkes, bűnös), az „E” Eye-opener kifejezés pedig arra a problémára utal, amikor az alkoholfüggő személy már kora reggel ivással kezdi a napot.

A tételeket „igen” vagy „nem” válasszal lehet megítélnie a kitöltőnek, melyek 1, illetve 0 pontot érnek. A CAGE alkalmazásának legfőbb előnye, hogy rövid, könnyen kitölthető, értékelése egyszerű. Megbízható képet alkothatunk a válaszadóról, mert a kérdések nem stigmatizálnak, és legtöbb esetben áttételesen kérdeznek rá az alkohol okozta problémákra.

Egy egyszerű négy kérdéses teszt, mely elsősorban az alkoholfogyasztási szokásokra kérdez rá. (12. táblázat) Már 1 vagy esetleg 2 pozitív válasz is jelzésértékű lehet a kiértékelő számára!

12. táblázat. A CAGE-skála magyar nyelvű kérdései (Ewing és Rouse, 1970, magyar adaptáció: Gerevich és mtsai, 2006)

Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást?
Zavarták-e valaha az emberek azzal, hogy kritizálták az ivását?
Rosznak vagy vétkesnek érezte-e magát az ivásával kapcsolatban?
Előfordult-e, hogy ivással kezdte a napot reggel, hogy megerősítse az idegeit vagy megszabaduljon a másnaposságtól?

b. Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT)

Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával az 1980-as évek elején nemzetközi összefogásban fejlesztették ki (Saunders és mtsai., 1993; Allen és mtsai., 1997, idézi Rózsa, 2009).

Az AUDIT 10 tételét úgy állították össze, hogy az alábbi három konceptuális terület megbízható felmérését tegye lehetővé: az alkoholfogyasztás mértéke (1–3. tétel), alkoholfüggőség (4–7. tétel), az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatása (8–10. tétel). Az első nyolc tételt ötfokozatú, míg az utolsó kettőt 3 válaszlehetőséget tartalmazó skálán ítélni meg a kitöltő. A tételek pontozása 0-tól 4-ig terjed (az utolsó két tételre 0, 2 vagy 4 pont adható), így az elérhető maximális pontszám 40 pont. A magas pontszámok a problémák súlyosságának fokozódását mutatják. A mérőeszközzel szerzett empirikus vizsgálatok eredményei alapján a skálán 8 pontot meghaladó személyeket veszélyeztetett alkoholfogyasztónak tekintetik (Seppa és mtsai., 1995; Bohn és mtsai., 1995; Clements, 1998, idézi Rózsa, 2009).

A mérőeszközt már hazánkban is több mint egy évtizede sikerrel használják a háziorvosi praxisban, a kórházakban és a kutatásokban (Péter, 1995; Varvasovszky és McKee, 2000; Farkas és mtsai., 2009, idézi Rózsa, 2009). (13. táblázat)

13. táblázat: Teszt (AUDIT-10) értékelése és a javasolt beavatkozások
(Vandlik és Koós, 2012)

AUDIT pont	Fogyasztási típus	Kockázati szint	intervenció
0 -7	Alacsony kockázatú ivás	I	Felvilágosítás
8-15	Magas kockázatú ivás	II	Rövid intervenció, időszakos újra-értékelés (kétévente)
16-19	Ártalmas ivás	III	Rövid intervenció, rendszeres monitorozás
20	Alkoholfüggőség valószínű	IV	Szakellátásba irányítás diagnosztikai és terápiás céllal

c. Droghasználat Szűrőkérdőív (DAST)

A Droghasználat Szűrőkérdőívet (DAST: Drug Abuse Screening Test) klinikai szűrésre és a kezelési hatékonyság mérésére dolgozták ki. A szerhasználat különböző következményeit tárja fel 28 eldöntendő kérdésen keresztül. A kérdőív több szertípus egyidejű használatára és a szerhasználatból fakadó problématerületekre kérdez rá (pl. családi és társas kapcsolatok, foglalkozás, jogi státusz, fizikai kondíció). Terület átfogalmazással serülőknél is alkalmazható (munkahely helyett iskola). A DAST tételei 0 vagy 1 ponttal értékelhetők, a skála összértéke 0-28 pontig terjedhet. A magasabb pontszám a fokozott szerhasználati problémák megjelenésére utal. A DAST a drogfogyasztással kapcsolatos problémákra érzékeny, így képes elkülöníteni a drog- és alkoholfogyasztásból származókat. Azokban az esetekben, amikor a személy szeretné leplezni a szerhasználatlal összefüggő problémáit, a skála jelentősen torzíthat (Rózsa, 2009).

d. Alkohol- és droghasználat szűrőtesztje (CRAFFT)

A CRAFFT (Screening Tool for Adolescent Substance Abuse) egy bevált mérőeszköz a nemzetközi gyakorlatban, amelyet a tinédzserek szerhasználatlal összefüggő kockázatainak és problémáinak szűrésére dolgoztak ki (Knight és mtsai, 2002, 2003). (14. táblázat) A CRAFFT egy mozaikszó, amely a kliensnek feltett kérdések témáinak kezdőbetűiből áll össze: autóhasználat, pihenés, egyedüllét, feledékenység, barátok, bajba kerülés (4. táblázat). A CRAFFT alapján eddig még nem készült magyar nyelvű mérőeszköz, ugyanakkor a felsorolt kérdések alkalmazása hasznos lehet a korai kezelésbevitel során. A kérdéseket továbbfejlesztve rákérdezhetünk a gyakoriságra (pl. „hányszor/milyen gyakran fordult elő...”) vagy megadhatunk idői kereteket (pl. „az utóbbi 12 hónapban...”).

14. táblázat. CRAFFT rövidítéseinek értelmező táblázata

Forrás: CRAFFT (Knight, Sherritt, Harris, Gates és Chang, 2003; Knight és mtsai, 1999)

C (Car) – Utaztál valaha úgy autóban, hogy a sofőr (beleértve akár magadat is) szer hatása alatt állt?
R (Relax) – Használtál már valaha annak érdekében alkoholt vagy bármilyen szert, hogy nyugodtabb állapotba kerülj, relaxálj, jobban érezd magad a bőrödben?
A (Alone) – Ittál már valaha egyedül alkoholt vagy használtál bármilyen szert egyedül?
F (Forget) – Előfordult már veled olyan, hogy később nem emlékeztél valamire, amit csináltál alkohol vagy drog hatása alatt?
F (Friends) – Előfordult már veled valaha, hogy valaki a barátaid vagy családtagjaid közül azt mondta, kevesebbet kellene innod vagy drogoznod?
T (Trouble) – Kerültél már valaha bajba alkohol- vagy drogfogyasztás miatt?

e. Alkoholfogyasztás, Dohányzás és Droghasználat Szűrőkérdőív (ASSIST) (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Az Alkoholfogyasztás, Dohányzás és Droghasználati Szűrőkérdőív (ASSIST: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) a WHO által kidolgozott kérdőív, amely a különböző szerek magas kockázatú, a használóra ártalmas és veszélyes használati módjainak kiszűrésére került kidolgozásra. Az ASSIST volt az első olyan szűrőeszköz, amelyben az alkohol, a dohányzás és az illegális drogok egyszerre kerültek szűrésre. Gyors és könnyű használni, így nemzetközi szinten a háziorvosi gyakorlatban is igen gyakori. Több országban validálták. Az ASSIST 8 kérdést tartalmaz, amely az alábbi területeket fedi le:

- a valaha használt szerek;
- az utóbbi három hónapban használt szerek;
- szerhasználattal összefüggő problémák;
- jelenlegi kockázatok és lehetséges ártalmak;
- függőség;
- injekciós szerhasználat (WHO, 2003).

A szűrőkérdőív alapján a kitöltők három kategóriába sorolhatók: alacsony, közepes és magas kockázatú csoportok. Az ASSIST mellett elérhető kézikönyv részletesen bemutatja, hogy mi a teendő az egyes kockázati csoportok kezelésében, hogyan érdemes visszajelzést adni, valamint közepes kockázat esetén mely rövid intervenciós eljárások javasoltak, magas kockázat esetén pedig, hogy hogyan tudjuk a leghatékonyabban a megfelelő speciális ellátóhely felé továbbjuttatni a klienst (WHO, 2003).

4.2 Az addiktológiai diagnózis felállítását támogató komplex mérőeszközök

A szerhasználat súlyosságát, a függőség feltárását célzó eszközök közül a pszichiátriai és addiktológiai a szakellátásban az alábbi két kérdőív alkalmazása a gyakori, melyek használatához előzetes szakmai felkészítés szükséges (összefoglaló magyarul Rózsa, 2009; Demetrovics, 2010; Gerevich és Bácskai, 2012; Paksi és Felvinczi, 2010). (15. táblázat)

15. táblázat. Az addiktológiai diagnózis felállítását támogató komplex mérőeszközök

Kérdőív neve	Tételek száma	Alkalmazás területe	Szerzők	Magyar adaptáció
Addikció Súlyossági Index (ASI)	160	alkohol- és drogfüggőség súlyosságának becslése	McLellan és mtsai, 1980	van (Gerevich és mtsai, 2001; Rácz és mtsai, 2002)
Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (EuroADAD)	120	alkohol- és drogfüggőség súlyosságának becslése	Friedman és mtsai, 2002)	van (Gerevich és mtsai, 2005)

a. Addikciós Súlyossági Index (ASI)

Az egyik legszélesebb körben használt félig-strukturált interjú az addiktológiai területen. Több évtizede használják kábítószer-fogyasztók problémáinak feltárására, a kezelés kimenetelének, hatékonyságának mérésére. 160 kérdése 7 nagy terület problémáit próbálja feltárni. (1. Egészségi állapot, 2. Foglalkoztatás és megélhetés, 3. Jogi státusz, 4. Családi kapcsolatok, 5. Alkoholfogyasztás, 6. Drogfogyasztás, 7. Pszichiátriai státusz)

A megkérdezett személy bizalmának és őszinteségének érdekében semleges (szociodemográfiai, egészségügyi és foglalkozással kapcsolatos) kérdésekkel kezdődik a válaszadás. Minden egyes problématerület felvételének a végén a megkérdezett és az interjúkészítő külön-külön értékelő skálán jelöli a probléma súlyosságát. Emellett az interjúkészítő értékeli a kliens információinak megbízhatóságát is. A mérőeszköz alkalmazhatóságára irányuló kutatási eredmények megerősítették, hogy a kezelésre jelentkező páciens igényei és problémái jól felmérhetők, segíti a kezelési módszer kiválasztását, mindemellett alkalmas a kezelés kimenetelének és eredményességének értékelésére is.

Az ASI elérhetősége: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23587_HU_EASI_HUN.pdf

b. Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (EuroADAD)⁴

A Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (EuroADAD: European Adolescent Assessment Dialogue) az ASI-nak megfelelő, serdülők számára kidolgozott és validált módszer. 12-24 éves életkor között lévő fiatalokkal lehet felvenni, és a kliensek kezelési szükségleteinek feltérképezésében nyújt segítséget. A mérőeszköz felső korhatára a fiatal élethelyzetétől függ; ha nem vezet háztartást, iskolába jár, akkor az EuroADAD-ot érdemes használni, mely európai változata az amerikai ADAD-nak (Gerevich és mtsai, 2005). 40-60 perc alatt felvehető, 120 kérdésből álló interjú. Hasonlóan az ASI-hoz a problématerületek súlyosságát vizsgálja (pl. egészségi állapot, iskola, társas kapcsolatok).

Az EuroADAD kérdőívhez Gerevich–Bácskai (2012) kötetten keresztül lehet hozzájutni.

⁴ Képzésre példa: <http://kekpont.hu/vallalatoknak-szakmai-partnereknek/vallalatoknak/>

4.3 Szükségletfelméréshez használható további kérdőívek

A következőkben olyan egyéb kérdőívek kerülnek felsorolásra, amelyeket a szükségletfelmérés során érdemes lehet használni. Ezen skálák felvétele és kiértékelése általában nem igényel speciális (pszichológiai) képzettséget, ugyanakkor egyes esetekben ajánlott, hogy pszichológus értékelje a kérdőívet (lásd lentebb). Használatukkal szélesebb tudást lehet szerezni a kliensről – szerhasználatának motivációiról, önértékeléséről, pszichés jóllétéről, életcéljairól stb. Ezen skálák alkalmazása természetesen csak ajánlott. (16. táblázat)

16. táblázat. A szükségletfelméréshez használható kérdőívek

Kérdőív neve	Tételek száma	Alkalmazás	Szerzők	Magyar adaptáció
Alkoholfogyasztás Motivációi Kérdőív (DMQ-R)	20, ill. 12.	alkoholhasználat motivációinak felmérése	Cooper, 1994; Kuntsche és Kuntsche, 2009	van (Németh és mtsai, 2011; Farkas és mtsai, 2009)
Kannabisz fogyasztás Motivációi Kérdőív (MMQ)	25	kannabisz használat motivációinak felmérése	Simons és mtsai, 1998	van (Farkas és mtsai, 2009)
Rosenberg Önértékelés Skála (RSES)	10	önértékelés	Rosenberg, 1965, 1989	van (Aszmann, 2003)
WHO-5 Well Being Index	5	pszichés jóllét	Bech és mtsai, 1996	van (Susánszky és mtsai, 2002)
Életcél Kérdőív	20	személyes életcél	Crumbaugh és Maholick (1964)	van (Konkoly Thege és Martos, 2006)
7 Tételes Szenzoros Élménykeresés Kérdőív (SSS-7-HU)*	7	szenzoros élménykeresés szintje	Zuckerman (1994) – eredeti 40 tételes	van (Andó és mtsai, 2009)
Barratt Impulzivitás Skála*	30	impulzivitás	Barratt 1959; Patton és mtsai 1995)	van (Varga, 2014)
Rövidített Konfliktusmegoldó Kérdőív*	16	megküzdési (coping) képességek	Folkman és Lazarus, 1980, 1988 – eredeti 66 tételes	van (Rózsa és mtsai, 2008)
Poszttraumás Stressz Betegség (PTSD) Diagnosztikai Skála *	49	traumatikus élmények, PTSD tünetek, komorbiditás	Foa és mtsai, 1997 - eredeti 49 tételes	van (Fodor és Perczel-Forintos, 2013)

Készenlét a Változásra Kérdőív (RTCQ)	12	a kliens változásra való készenlétének azonosítása a Prochaska és DiClemente (1986) modell alapján	Heather, Rollnick és Bell, 1993	nincs
--	-----------	--	---------------------------------	-------

* A kérdőív értékelésénél javasolt pszichológus kolléga bevonása.

Az alábbi skálák tölthetők le az interneten keresztül:

- RSES: http://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2017/10/AP_2017_2_V_Komlosi_etal.pdf
- WHO-5 Well-Being: http://semmelweis.hu/magtud/files/2017/11/WHO_jollet_kerdoiv_WBI-5_validalo_tanulmánya.pdf
- Életcél Kérdőív: <http://real.mtak.hu/58530/1/mental.7.2006.3.1.pdf>
- SSS-7-HU: <http://real.mtak.hu/58239/1/mental.10.2009.2.4.pdf>

5. A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL EREDMÉNYESSÉGÉRE VONATKOZÓ NEMZETKÖZI HATÁSTANULMÁNYOK

A korai kezelésbevitel céljainak megvalósítása érdekében többféle technika alkalmazható. Eredményeket érhetünk el a *motivációs interjú* vagy a *rövid intervenció* segítségével, ahogy az is fontos és pozitív eredmény, ha a klienst *tovább tudjuk irányítani* az ellátórendszer egy magasabb szintjére. Mindkét esetben növeljük a kitűzött célok (lásd 1. rész) megvalósulását. Az, hogy e módszerek közül melyiket alkalmazzuk, melyik lesz sikeres, a klientsől, az állapotától, illetve szervezeti és egyéb feltételektől is függ. Arra azonban számos vizsgálat rámutatott, hogy ezek a módszerek hatékonyak a szerhasználó személyek ellátásában. Az alábbiakban röviden ismertetjük az e területen végzett vizsgálatok eredményeit.

Egy 2012-ben készített szisztematikus áttekintés és metaanalízis⁵ során megvizsgálták, hogy a korai kezelésbevitel mennyiben tekinthető hatékonynak serdülő szerhasználók körében (Carney és Myers, 2012). Olyan tanulmányokat vontak be az elemzésbe, amelyekben az intervenció alanyai szerhasználó, de nem függő fiatalok voltak. Összesen 9 tanulmányt azonosítottak: ebből 8 vizsgálatban a rövid motivációs interjút alkalmazták, s a kilencedikben egy „egyéb”, kevert technikát (17. táblázat). A hatásméret mutatók elemzése alapján megállapításra került, hogy a rövid intervenció hatékony módszer a szerhasználó serdülők körében. Az is bebizonyosodott, hogy az egyénileg alkalmazott intervenció hatékonyabb ebben a populációban, mint a csoportos beavatkozás. Továbbá az is kiderült, hogy a többalkalmas rövid intervenció jobb eredménymutatókkal jár együtt, mint az egyalkalmas találkozás (Carney és Myers, 2012).

⁵Több hasonló célú vizsgálat eredményeiből készült összesített elemzés.

17. táblázat: Carney és Myers (2012) metaanalízisében szereplő tanulmányok összefoglalása

	Intervenció típusa	Ország és setting	Nemi eloszlás	Átlagéletkor (szórás)	Tanulmány
1	egyéni motivációs interjú	USA, alternatív középiskolai kampuszok	67% férfi, 33% nő	16,1 (0,9)	Grenard és mtsai, 2007
2	készségfejlesztő tréning, erőszakellenes fejlesztés, értéktisztázó eljárás	USA, fiatal elítélt férfiak	100% férfi	15,5 (1,1)	Friedman és mtsai, 2002
3	motivációs interjú	USA, fiatalok javítóintézete	89,5% férfi, 10,5% nő	17,09 (1,06)	Stein és mtsai, 2006
4	rövid motivációs interjú, csoportos	Ausztrália, fiatalok szabadidőközpontja	50% férfi, 50% nő	15,44 (1,80)	Bailey és mtsai, 2004
5	rövid motivációs megerősítés	USA, drop-in központ fiatal serdülők számára	54,7% férfi, 45,3% nő	17,4 (1,54)	Peterson és mtsai, 2006
6	rövid motivációs interjú, egyéni és szülővel	USA, állami középiskola	51,5% férfi, 48,5% nő	16,0 (n/a)	Winters és mtsai, 2012
7	rövid intervenció vs. számítógépes rövid intervenció	USA, sürgősségi osztály	43,5% férfi, 56,5% nő	16,8 (1,3)	Walton és mtsai, 2010
8	rövid motivációs interjú	USA, sürgősségi osztály	63,8% férfi, 36,2% nő	15,6 (1,2)	Spirito és mtsai, 2004
9	motivációs interjú	USA, közösségi alapú egészségügyi klinika	47,6% férfi, 52,4% nő	16,0 (1,85)	D'Amico és mtsai, 2008

Egy Szlovéniában készült, az alkoholfogyasztással kapcsolatos szakmai útmutatóban a korai kezelésbevitel területét összegezték a szerzők (Krnel és mtsai, 2016). Ebben a dokumentumban a rövid intervenció szakmai- és költséghatékonyságával kapcsolatos bizonyítékokat is bemutatták. A különböző settingeket tekintve az alábbi területeken mondható kifejezetten hatékonynak a *rövid intervenció* (Wallace és mtsai, 1998, 2011; Bertholet és mtsai, 2005; D'Onofrio és Degutis, 2002; Crawford és mtsai, 2004; WHO, 2007; Segura és mtsai, 2013; Dawson és mtsai, 2013; White és mtsai, 2010). E felsorolásban olyan bizonyítékokról van szó, amelyek kifejezetten a szakmai hatékonyságra vonatkoznak:

- egészségügyi alapellátás;
- sürgősségi ellátás (a magyar sajátosságok miatt érdemes megemlíteni a traumatológiai ellátást);

- munkahelyi környezet (itt ugyan kevésbé egyértelműek a bizonyítékok, de rendelkezésre állnak pozitív eredmények is);
- szociális szolgáltatások (ezen a téren kevesebb bizonyítékkal rendelkezünk);
- igazságügyi intézmények;
- online programok.

Két másik tanulmányból viszont az is kiderül (Ludbrook és mtsai, 2002; Angus és mtsai, 2014), hogy a rövid intervenciók kifejezetten költséghatékonyak is. Ez utóbbi eredmények alapvetően az alkoholfogyasztásra és az ahhoz kapcsolódó korai kezelésbevételre vonatkoznak.

A 18. táblázatban röviden összefoglalásra kerül, mely európai országokban, milyen programok, milyen szintű hatékonysággal valósultak meg a szerhasználat korai kezelésbevételére vonatkozóan (Krnel és mtsai, 2016, 42.o.)

18. táblázat. Hatékony programok a rövid intervenció területén Európában
(Krnel és mtsai, 2016, 42.o.).

Hatékonyság szintje	Program	Ország
Alap	MOVE – Motivational Brief Intervention for Young People at Risk (Kockázati csoportba tartozó fiatalok motivációs rövid intervenciója)	Horvátország
	IPIB – Identificazione Precoce Intervento Breve (Korai kezelésbevétel rövid intervenciója)	Olaszország
	Online Course on Brief Alcohol Intervention (Online kurzus a rövid alkohol intervencióhoz)	Finnország
	Towards a Framework for Implementing Evidence-Based Alcohol Intervention (A bizonyítékokon alapuló alkoholintervenció keretrendszerének implementálása felé)	Írország
Első	School-Based Intervention for Drug Using Students (Droghasználó diákok iskolai intervenciója)	Lengyelország
Jó	The National Risk Drinking Project (Svéd kockázatos alkoholfogyasztás projekt)	Svédország
Erős	Web-ICAIP – Web-Based Individual Coping and Alcohol-Intervention Programme (Web-alapú egyéni megküzdési és alkoholintervenció program)	Svédország
	Nine Months Zero (Kilenc hónap zéró)	Hollandia

	The Swedish National Alcohol Helpline (A svéd alkohol segélyvonal)	Svédország
	„Drink Less” Programme („Fogyassz kevesebbet” program)	Spanyolország
	Trampoline	Németország

E fenti tanulmányok nagy többségben alkoholfogyasztásra irányuló rövid intervenciókra vonatkoztak. Ezen a területen egyébként jóval több bizonyítékkal rendelkezünk a hatékonyságot illetően, mint az egyéb szerek, illetve illegális szerek területén. Míg az alkoholfogyasztás szempontjából rizikócsoportba tartozó személyeket célzó rövid intervenciók hatékonyságáról széleskörű szakirodalmi áttekintések is rendelkezésre állnak, melyek bizonyítják a módszer létjogosultságát (pl. Bien, Miller és Tonigan, 1993; Wilk, Jensen és Havighurst, 1997; Ballesteros és mtsai, 2004), addig a drogfogyasztó személyekkel kapcsolatban sokkal kevesebb bizonyítékkal rendelkezünk.

Mindazonáltal vannak nagyon ígéretes eredmények, melyek arra utalnak, hogy érdemes a korai kezelésbevetelt alkalmazni droghasználók körében, és minél több vizsgálatot végezni ezen technika hatékonyságának vizsgálatára. Bernstein és munkatársai (2005) azt találták, hogy a rövid intervenció technika hatékonyan bizonyult kokain-, illetve heroin-használók körében: csökkent a személyek szerhasználatának intenzitása. Baker és munkatársai (2005) szintén hatékonyan találták a korai kezelésbevetelt amfetaminhasználók körében, akiknél motivációs interjú technikát alkalmaztak, illetve információs kiadványokat terjesztettek. Ezen populáció körében is csökkent a szerhasználat gyakorisága. Továbbá két tanulmány (Cormack és mtsai, 1994; Bashir és King, 1994) a háziorvosok által alkalmazott rövid intervenció hatékonyságáról számolt be benzodiazepinnel visszaélő személyek körében, akik a beavatkozás hatására csökkentették szerhasználatukat.

Kifejezetten a SBIRT módszerre vonatkozóan is készültek hatékonyság-vizsgálatok. Az alapellátásban alkalmazva pozitív eredményeket találtak Kaner és munkatársai (2007). A módszer megfelelő alkalmazásához azonban lényeges, hogy a dolgozók speciális képzésben részesüljenek. Ez esetben, mikor ez a képzés meg tud valósulni, a korai kezelésbevetel hatékonysága bizonyított (Satre és mtsai, 2012; Satterfield és mtsai, 2012). A képzés kapcsán azonban azt is érdemes kiemelni, hogy valójában nem az egyszeri felkészítő tréning az igazán hatékony, hanem a folyamatos szakmai támogatás, folyamatos képzés és szupervízió a módszer alkalmazásával kapcsolatosan (Pringle és mtsai, 2012).

Az alapellátáson kívül serdülő populációban is vizsgálták a SBIRT módszer hatékonyságát. Itt is vannak pozitív tapasztalatok, de összességében inkább vegyes eredményekről lehet beszámolni. Amivel kapcsolatosan sikereket tapasztaltak, az a beavatkozás motivációs interjú része (Monti és mtsai, 2007). Ennek segítségével szignifikánsan csökkentek a páciensek körében tapasztalt, alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó sérülések, ittas vezetés és közlekedési szabályszegések. Arra vonatkozóan is rendelkezünk adattal, hogy a SBIRT módszer mennyiben alkalmazható hatékonyan az ellátórendszeren kívül. Egy vizsgálatban (McPherson és mtsai, 2010) munkahelyi környezetben, kifejezetten a szűrés részre koncentrálna, telefonos interjú segítségével vonták be a személyeket. Az eredmények szerint azon személyek közül, akik szűréskor pozitív eredményt találtak (azaz az alkoholfogyasztás szempontjából kockázati csoportba sorolódtak), 72% keresett fel ezt követően valamilyen szakembert segítségkérés céljából.

A korai kezelésbevetel esetében a szűrés és intervenció mellett ugyanolyan fontossággal bír a továbbirányítás, mint a beavatkozás. Számos áttekintés és elemzés vizsgálta a kezelésbe irányítás („referral to treatment”) hatékonyságát. Ezen tanulmányok alapján ki lehet jelteni, hogy az egészségügyben megjelenő szerhasználókat alapvetően sikeresen tovább lehet irányítani speciális kezelésbe (pl. Bernstein és mtsai, 1997; D’Onofrio és mtsai, 1998; Elvy, Wells és Baird, 1988). Egy az Egyesült Királyságban végzett vizsgálatban (Hillman, McCann és Walker, 2001) arra derült fény, hogy amennyiben a kórházi dolgozók speciális képzésben részesültek a motivációs technika alkalmazására

vonatkozóan, úgy az átirányított betegek száma 40%-ról 88%-ra nőtt. Egy másik vizsgálatban (Dunn és Reis, 1997) hasonlóképpen azt találták, hogy azon alkoholbetegeknek, akikkel motivációs interjú készítették, 65%-át sikeresen irányították tovább valamilyen speciális addiktológiai kezelésbe. Ezzel szemben a motivációs interjúban nem részesülő alkoholbetegeknek csupán 5,4%-a volt nyitott a további kezelésre. Az tehát látszik, hogy az átirányítás működik, annak megítélése azonban sokkal nehezebb, hogy az ezt követő kezelés mennyire hatékony. A kezelés hatékonyságát ugyanis nagyon sok tényező befolyásolja, pl. a kliens motivációi, a szer típusa, a függőség súlyossága.

6. KEZELÉSI SAJÁTOSSÁGOK – NŐK, KULTURÁLIS KÜLÖNBSÉGEK

A korai kezelésbevételben is fontos figyelembe venni a személyek egyéni és kulturális kezelési sajátosságait.

Az alkoholhasználattal összefüggő kezelésben lévő nőknél nagyobb arányban található komorbitás a depresszív és szorongásos zavarokkal, mint a férfiaknál. Sok nő esetében, akik alkohol vagy más szerhasználati problémával küzdenek, párkapcsolati erőszak vagy másfajta abúzus áldozatai, gyakori a szerhasználat és a (súlyos) trauma összefüggése. Ez a körülmény erősen befolyásolhatja a korai intervenció hatékonyságát, a kezelésben való részvételt és az eredményességet. Fontos figyelembe venni a körülményeket, például megjelenik-e a nő egyedül a háziorvosi rendelőben, vagy mindig kíséri a társa, vannak-e olyan testi elváltozások, amelyek fizikai abúzusra utalnak. A nők számára bizonyítottan azok a kezelési módszerek és helyszínek a leghatékonyabbak, ahol a női sajátosságokra tudnak reagálni (ez megjelenik pl. a nők magas arányú jelenlétében a szakmai csapatban vagy a kizárólag női csoportokban) (National Health Committee, 1999).

A szakember minél inkább képes megérteni az egyéni kulturális háttérből adódó sajátosságokat, annál jobb lesz a terápiás kapcsolat. A sajátos kulturális tényezőket nyíltan meg lehet beszélni a klienssel. A korai kezelésben résztvevő szakember a megfelelő információkat akár a helyi közösségek vagy kulturális szakértők segítségével kell, hogy feltárja. Gyakran ez segít megérteni a kliens nehézségeit, helyzetét. A szakirodalom azt javasolja, hogy ha a szakember úgy érzi, hogy nem érti vagy nem képes az adott speciális kulturális hátteret megérteni, akkor hatékonyabb a klienst továbbirányítani.

Minden esetben fontos a szerepek, a lehetőségek és a közös felelősségvállalás felismerése.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

Ez az eszköztár a korai kezelésbevétel leggyakrabban és a nemzetközi kutatások alapján leghatékonyabban használható módszereit, megközelítéseit mutatja be. Fontosnak tartjuk hangsúlyozni a hétköznapi megoldásoktól a tudományos megoldások felé történő elmozdulást. Sok jó egyéni megoldás lehetséges a különböző kezelési kontextusokban, de több kutatás született arról, mi az, ami valóban hatékony, s ezen ismeretek birtokában minden szakember személyes felelőssége a saját eszköztárának felülbírálata, a tanulás, és a szakmai fejlődés. Egyéni megoldásainkat a hétköznapi megismerés torzításai jellemzik: az emlékezet sematizációi, énvédő stratégiák, külső-belső attribúciós torzítások (pl. „egy esetenél már működött, akkor minden további személynél ezt fogom alkalmazni”). A tudományos megismerés sem tökéletes, de pontosabb a hétköznapi megismerési módoknál, és bár nem tökéletesen objektív, de szisztematikus, tervszerű és kidolgozott módszerekkel, kritikai szemlélettel vizsgálja a jelenségeket.

A tudományos megismerésen alapuló korai kezelésbevétel eszköztárából a nemzetközi szakirodalom szisztematikus áttekintése alapján a szűrés, a rövid intervenciók módszerei, a motivációs interjú, a motiváció mélyítését segítő technikák, valamint a krízisintervenció kerültek bemutatásra. Ezek azok az eszközök, amelyek szinte minden útmutatóban megjelentek, s hatékonyak bizonyultak a korai kezelésbevételben, a viselkedésváltozás facilitálásában, a szerhasználat csökkentésében.

3. RÉSZ

A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATA

Szécsi Judit

Mátyássy Adrienn

Felvinczi Katalin

Sebestyén Edit

Szemelyácz János

Csák Róbert

Komolafe Cinderella

Péterfi Anna

1. BEVEZETÉS

A szakirodalmi összefoglaló bemutatta, hogy a korai kezelésbevétel módszere hatékony, annak különböző technikái eltérő intézményrendszerekben, valamint különböző, speciális színtereken is alkalmazhatóak, és leginkább egy integrált típusú ellátórendszerben működik eredményesen.

A nemzetközi tapasztalatok alapján az integráció fontos lépése, hogy a drogfogyasztás problematikáját megcélzó szolgáltatások, különösen azok, amelyek a korai kezelésbevétel körébe tartoznak, bekerüljenek az általános, széles körben elterjedt egészségügyi és szociális szolgáltatók tevékenységi körébe, így bővítve az ellátási láncot.

Az egészségügyi ellátó rendszernek, különösen is az alapellátásnak kifejezetten fontos szerepe lehet abban, hogy szűrés segítségével azonosítsa az esetleges addiktológiai problémákat a nála megjelenő betegeknél, és elkezdődjön a kliens korai kezelésbevétele a rendelkezésre álló technikák leginkább megfelelő formájának alkalmazásával. Ezzel párhuzamosan – amennyiben indokolt – a kliens továbbirányítása is megkezdődhet speciális addiktológiai szakellátásba.

A már korábban is hivatkozott egyesült államokbeli kiadvány az addiktológiai problémák kezeléséről (U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General, 2016) hangsúlyozza, hogy ez a fajta megközelítés és gyakorlat egyre inkább teret nyer. Azonban ennek minden előnye ellenére számos akadályozó tényező áll fenn, melyek közül a legfontosabbak az egészségügyi személyzet nem megfelelő képzettsége az addiktológiai problémák kezelésében, valamint a kapacitáshiány. Ezzel együtt a drogprobléma kriminológiai és szociális vetületének előtérbe helyezése hosszú távon az egészségügyi ellátórendszer felelősségét háttérbe is szorította. A kórházi környezetben végzett detoxikációt kivéve pénzügyi, kulturális és szervezeti szempontból az addiktológiai ellátások az általános egészségügyi ellátórendszeren kívül fejlődtek, mely részben hazánkra is jellemző.

Ettől függetlenül az alkohol- és drogfogyasztási problémával küzdő betegek – mindenki máséhoz hasonlóan – megjelennek az alapellátásban, szakorvosi rendelőkben, sürgősségi ellátásban, mégis az addiktológiai problémák gyakran rejtve maradnak, vagy a nem erre szakosodott szakemberek nem vesznek róla tudomást, nem foglalkoznak vele. Történik mindez annak ellenére, hogy a problémás drog- és alkoholfogyasztás ugyanolyan krónikus egészségügyi problémaként is kezelhető lenne, mint bármely, egyéb gyakori krónikus betegség, például a szív és érrendszeri megbetegedések.

A korai kezelésbevétel megfontolásait szem előtt tartó megközelítés alkalmazásával az egészségügyi alapellátás intézményei bekapcsolhatóak lennének az addiktológiai problémák kezelésébe, mely integráció jobban elősegíthetné, hogy az addiktológiai betegek minél hamarabb és minél magasabb színvonalú ellátást kapjanak. Mindez nem csak a kliens szempontjából fontos, de általánosságban is javítaná az egészségügyi ellátórendszer működésének minőségét, eredményességét, hatékonyságát.

Ugyanígy a szociális alap- és szakosított ellátást nyújtó intézmények, valamint a gyermekvédelem intézményei is részt tudnának vállalni a korai kezelésbevétel szemléletének elterjesztésében és gyakorlatában, és szerepük lehet az addiktológiai problémákkal küzdők minél hamarabbi kezelésbe juttatásában.

A továbbiakban áttekintésre kerülnek az érvényben lévő szabályozások, intézményi szereplők, együttműködési formák, melyek segítségével a korai kezelésbevétel elhelyezhető a hazai kezelés-ellátási spektrumban. Ezt követően összefoglaljuk a legfontosabb következtetéseket és azonosított szükségleteket.

2. KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATA AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERBEN⁶

Az addiktológiai szakemberek körében teljes konszenzus van arról, hogy a hatékony beavatkozáshoz lépcsőzetes ellátórendszer működtetése a kívánatos. A mindenki számára elérhető szolgáltatások igényével szemben azonban az tapasztalható, hogy a hazai kezelőrendszer aránytalan. Strukturálisan egyrészt sok helyen hiányoznak az ártalomcsökkentő szemlélettel működő alacsonyküszöbű programok, ezen belül is óriási lefedetlenség tapasztalható a megkereső-elérő programokkal kapcsolatban (NDI-SZIP, 2015, NDF, 2018)⁷. Másrészt a lépcsőzetes ellátórendszer egyes elemeinek eloszlása területileg is egyenlőtlen (uo.). Mind a magas, mind az alacsonyküszöbű ellátások elérése komoly nehézségekbe ütközik a kistélepüléseken élők számára. Az önsegítő csoportok működése szintén esetleges, nem működnek országos lefedettséggel (legismertebbek az Anonim Alkoholisták, vagy a Református Iszákosmentő Misszió Kékkeresztes mozgalma⁸), és gyakran ezek szakmai támogatása még mindig kérdéses.

Az ágazatközi információáramlás és az együttműködések komoly lemaradásokkal küzdenek, ez elsősorban az egészségügyi és szociális ágazat kapcsolatának sokszor teljes hiányát, olykor akadozó együttműködését jelenti. Az addiktológiai ellátórendszer (Lásd az ellátórendszer leírását a 2. mellékletben) különböző szintű intézményei közötti együttműködés és információáramlás bár megvan, de fejlesztésre, szisztematikus működés kialakítására szorul.

A korai kezelésbevételt tovább nehezíti, hogy az alkoholfogyasztás egy bizonyos szintig társadalmilag elfogadott, így a korai stádiumban lévő problémás ivók, valamint az alkoholbetegek problématudatát és változtatási szándékát gyengíti a józan kultúra hiánya.

Az ellátásba kerülő addiktológiai problémákkal küzdők nagy többségét a különböző addiktológiai ellátásokat végző speciális intézményekben kezelik. Azonban az egészségügyi és szociális, valamint gyermekvédelmi ellátásokat nyújtó intézmények többnyire az addiktológiai ellátásba kerülés előtt kapcsolatba kerülnek a pszichoaktív szerhasználókkal. Ezért erősödő igény fogalmazódik meg, hogy ezek az intézmények nagyobb részt vállaljanak e téren, hiszen ezek azok az intézmények, amelyekkel a leggyakrabban és elsőként találkozhatnak a problémában esetlegesen érintett kliensek, betegek.

Cél, hogy ezek az intézmények és szakembereik hangsúlyosabb szerepet kapjanak a korai kezelésbevételben, vagy a kezelésbe juttatásban. A beavatkozás eszközei jól alkalmazhatóak lennének a családorvosok és szociális szakemberek által is, mint szűrés, rövidintervenciós módszerek, motivációs interjú, krízisintervenció, SBIRT. (Lásd részletesen 2. Rész: Korai kezelésbevétel eszköztára).

Az addiktológiai területen az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2018 nyarán számos szakmai ajánlást tett közzé, mint *Szakmai ajánlás - Nappali ellátás szenvedélybetegek részére*, *Szakmai ajánlás - Közösségi Ellátás szenvedélybetegek részére*, *Szakmai ajánlás - Szendélybetegek alacsonyküszöbű ellátáshoz*. Ezek az előbbieken említett ellátási formák szakmai tartalmát és az alkalmazni javasolt eljárásrendet írják le, szem előtt tartva az aktuális jogszabályi környezet követelményeit. Sajnálatos, hogy az említett ajánlások közül csak az alacsonyküszöbű ellátásokra vonatkozó anyag tartalmaz bármilyen jellegű utalást a korai kezelésbevételre, holott az említett valamennyi ellátási forma hordozza ezen szemléletmód alkalmazásának lehetőségét.

Az alacsonyküszöbű ellátásokra vonatkozó szakmai ajánlásban az alábbi megfogalmazásban jelenik meg a korai kezelésbevétel szempontja: „...a korai kezelésbevétel csökkenti a betegség kialakulását valamint jó eséllyel megelőzni vagy mérsékelni tudja a későbbi káros következményeket.”(idézett mű, p.6.). A szakmai ajánlás a Tanácsadás és az Esetkezelés szolgáltatási elem keretében végezhető

⁶ A hivatkozott szakmai ajánlások, módszertani levelek, protokollok a 4. Melléklet legvégén található

⁷ Szakmai Információs Adattár - Szendélybetegeket ellátó és a drogprevenciót végző szervezetek Magyarországon, NDI, 2015, http://ndi-szip.hu/tamop-5_2_9_/downloads/SZIA_2015_web.pdf Ellátáskereső Portál, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2018, www.ellataskereso.hu

⁸ http://www.anonimalkoholistak.hu/hu/gyulesek/aa_gyulesek_videken.php; http://www.kekkereszt.org/scr_group.php

tevékenységként definiálja a korai kezelésbevétel szempontjából értelmezhető tevékenységeket, mint a szűrés, korai felismerés egyik lehetséges tartalmi összetevőjét.

Az egészségügyi szakterületen még a 2000-es években elkészültek az alapvető szertípusokra és a kapcsolódó megbetegedésekre vonatkozó szakmai protokollok (cannabis, opiát, amfetamin) és a metadon kezelésről szóló módszertani levél. Ezek a szakmai iránymutatások ugyan már nem érvényesek – többségük még 2010 előtt lejárt –, de minthogy megújításukra nem került sor az elmúlt években, vélhetőleg továbbra is ezek adnak útmutatást a gyakorlatban dolgozó szakemberek számára. A protokollok áttekintése alapján megállapítható, hogy a korai kezelésbevétel szempontjai ezen szakmai iránymutatásokban nem jelenik meg.

Az alkoholprobléma kezelésével kapcsolatban a Pszichiátriai Szakmai Kollégium készítette el a szakmai protokollt, melynek érvényessége szintén lejárt (2008. december 31.). Ez a szakmai útmutatás a célcsoport meghatározás tekintetében az alábbiak szerint fogalmaz: „...*alkoholbetegség diagnosztizálásában és kezelésében résztvevő addiktológus/pszichiáter szakorvosok részére készült a házi orvos kompetenciájának ismertetése mellett.*” (im.: 2. oldal). A szakmai protokoll az alkohol problémával küzdők, illetve alkoholbetegek egészségügyi ellátórendszer keretei között történő gyógyításával, ellátásával foglalkozik, minimális kitekintéssel a szociális ellátó rendszer elvileg releváns szegmenseire, illetve az egészségügyi alapellátás lehetőségeire. Mindebből fakadóan a korai kezelésbevétel szemléleti pozíciója, illetve annak gyakorlati megvalósíthatósága itt sem, vagy nem kellő hangsúllyal jelenik meg.

Meg kell azonban említenünk egy Buda Béla nevével fémjelzett 2006-os dokumentumot, 'Alkoholpolitika és stratégia' címmel, mely annak ellenére, hogy nem nyert "törvényes" elfogadást, korszerű szemléletet alkalmazott, és felhívta arra a figyelmet, hogy „Magyarországon nincsenek rendszerszerűen működő, stabil és kiszámítható finanszírozással rendelkező korai kezelésbe vételi programok az egészségügyi ellátórendszerben” (Buda, Alkoholpolitika és Stratégia, 2006, 47. o.).

Önmagában az a tény, hogy a jelenleg érvényes hazai szakirányú ajánlások sem helyezik előtérbe ezt a beavatkozási lehetőséget, tovább nehezíti az egészségügyi alapellátás és a szociális terület intenzívebb bevonását a korai kezelésbevétel gyakorlatába. Mindez azonban még inkább aláhúzza jelen anyag jelentőségét, s alkalmazásának fontosságát, ugyanis – ahogy ezt a nemzetközi tapasztalatok áttekintése mutatja – jelen betegségcsoport, problémakör eredményes kezelése szempontjából a korai kezelésbevételi technikák és főleg a szemléletmód alkalmazása elengedhetetlen fontossággal bír.

2.1 Az egészségügyi ellátó rendszer korai kezelésbevételre vonatkozó gyakorlata

2.1.1 Az egészségügyi ellátórendszer főbb szereplői, feladatai és lehetőségei a korai kezelésbevételhez kapcsolódóan

Egészségügyi alapellátás

A 2015. évi CXXIII. törvény szól az egészségügyi alapellátásról, melyben megfogalmazódik, hogy „az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátás alapvető fontosságú része, az egészségfejlesztés, a betegségek megelőzése, felismerése és gyógyítása alapvető nemzeti érdek, valamint a gyógyítás olyan közügy, amelyben mind az államnak, mind az önkormányzatoknak, mind a gyógyító orvosnak és a megelőzést végző védőnőnek meghatározó szerep és felelősség jut.”

A törvény meghatározza a települési önkormányzatok számára, hogy az *egészségügyi alapellátás* körében az alábbi területekről kell gondoskodnia: *a) házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, b) fogorvosi alapellátásról, c) az alapellátáshoz kapcsolódó házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról, d) védőnői ellátásról és e) iskola-egészségügyi ellátásról.*

A kábítószer-probléma kezeléséről szóló különböző iránymutatások mind magukba foglalják a házi orvosokkal való együttműködés szükségességét, sőt, a közösségi ellátásról szóló szakmai ajánlás értelmében is elengedhetetlenül fontos ez a szerepvállalás. Mégis hiányként mutatkozik, hogy nem

készültek szakmai iránymutatások az ajánlásban megfogalmazott tevékenységekhez az alapellátásban résztvevők számára. A háziorvosok számára többször kerültek megrendezésre az elmúlt években is addiktológiai témájú továbbképzések, de ezek nem pótolják az alaposan kidolgozott iránymutatást, vagy protokollt. Szakmai szabályozók formájában ezek egyelőre nem kerültek kidolgozásra.

A legtöbb találkozásra az egészségügyi ellátók és az addiktológiai problémával küzdő személyek és/vagy családtagjaik között a *felnőtt háziorvosi praxisban* kerül sor. A korai halálokok között közös rizikófaktort jelent a dohányzás és alkoholfogyasztás, illetve az ezzel sokszor összefüggő fizikai inaktivitás és egészségtelen táplálkozás is. Bizonyos kockázati csoportokban az illegális szerek fogyasztása jelenthet kockázatokat. (Lásd 1. melléklet: Pszichoaktív szerhasználat Magyarországon). Ezen rizikófaktorok megelőzésében és kiszűrésében a háziorvosoknak kiemelkedő szerepe van, mely többféle tevékenységen keresztül valósulhat meg. A folyamatos nyomon követés, a gate-keeper funkció éppen annyira hozzájárul a hatékony munkavégzéshez, mint a beteggel kialakított bizalmi kapcsolat, valamint az életkörülményeinek ismerete (Hargitai, 2011; Hargitai és mtsai., 2011). A hangsúly a megfelelő terápiás miliőn, az őszinte és teherbíró kapcsolat kialakításán és a motiváció erősítésén van. A hazai gyakorlatban ellenben a leggyakrabban alkalmazott intervenció módszer a delegálást jelenti az egészségügyi addiktológiai szakellátás, vagy a szociális ellátás irányába. A szűrés kisebb arányban van jelen a gyakorlatban. A megfelelő delegálás is azonban akadályokba ütközhet az ország különböző részei közötti nagy különbségek miatt az addiktológiai szakellátás elérhetősége szempontjából.

A szükséges ismeretek bővülését segíti, hogy az orvostanhallgatók és a rezidensek képzésébe a legtöbb egyetemi képzőhelyen már beépítették a korai kezelésbevétel bizonyos főbb eszközeinek, mint például a motivációs interjú technikának a megismerését és a leggyakrabban használt szűrőmódszerek bemutatását. A Szegedi Orvostudományi Egyetemen ez a hallgatók képzésében rutinszerűen szereplő modul, függetlenül a választott szakiránytól. Alapkompetenciák elsajátítására tehát lehetőség nyílik, de szükség lenne a kompetens alkalmazáshoz megfelelő protokollra is.

A *házi gyermekorvosi ellátásban* a gyermek- és ifjúsági addiktológiai szakellátás felé történő delegálás a szűk fogadó közeg miatt sikertelen gyakran. A bizalom kialakítása az ellátó rendszerrel szemben ilyen feltételek mellett nehezen valósítható meg. Segítség, hogy a házi gyerekorvosok a területi védőnőkkel, az iskolai védőnőkkel is együtt tudnak működni az alapellátás szintjén. A család- és gyermekjóléti központok által szervezett ún. esetkonferenciák (pl. veszélyeztetett kiskorúak esetén) is alkalmat adhatnak a korai kezelésbevételi szükséglet felismerésére.

A *Praxisközösség* a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi és védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma. A *Csoportpraxis* keretében a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatók. Ezen működési keretek között lehetőség nyílik mentálhigiénés szakirányú végzettséggel rendelkező munkatárs, de akár addiktológiai konzultáns foglalkoztatására is. Nincsenek adatok a birtokunkban, de valószínűsíthetően utóbbiak alkalmazása ritkaság számba megy, ugyanakkor ennek az együttműködésnek az elvi kerete adott.

Védőnői ellátás keretében végzett családlátogatást, a tanácsadáson való megjelenési gyakoriságot a területi védőnőnek úgy kell terveznie, szerveznie, egyeztetnie, hogy képes legyen egészségi és környezeti okból egyaránt a korai észlelő- és jelző feladatainak megfelelő ellátására. A jelzőrendszeri tagok – személyek, szolgáltatók, intézmények és hatóságok – a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése és megszüntetése érdekében kötelesek egymással együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni. A család- és gyermekjóléti szolgálat a jelzéseket fogadja, és a veszélyeztetettség gyanújának megalapozottsága esetén a gyermek és a család szükségleteihez igazodó intézkedéseket tesz. A rendelet⁹ definiálja azokat a magas kockázatú helyzeteket, melyek beavatkozást igényelnek. Ide sorolja a szenvedélybetegségekre utaló jeleket

⁹ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról

(életmódban bekövetkezett változás, viselkedési kontroll elvesztése, munkahely elvesztése, eladósodottság, egészségromlás, kriminalizálódás, családi kapcsolatok megromlása, erőszak stb.). A gyermeket nevelő családok életében jelentkező magas kockázatú élethelyzetek között jelöli meg számukra a függőséget a családban, jelezve a szűrés jelentőségét ezekben az esetekben. Emellett a területi védőnő kötelezettségei közé tartozik a házi gyermekorvossal történő együttműködés. Fontos előrelépés, hogy a Szegedi Orvostudományi Egyetem „Gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns” szakirányú továbbképzést hirdetett meg (2019 januárjától), melyre jelentkezhet szakegészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakon végzett védőnő is.

Az *iskola-egészségügyi ellátás* keretein belül, a vonatkozó rendelet¹⁰ értelmében, az iskolaorvos és a védőnő az oktatási intézmény vezetőjével, illetőleg a szakmai szervezetekkel együttműködve végzi a tanulók egészségügyi ellátásán kívüli egyéb iskola-egészségügyi feladatokat, mint környezet-egészségügy, ételmezés-egészségügy, balesetvédelem, egészségnevelés, pályaválasztási tanácsadás. A középiskolákban dolgozó védőnőket gyakran bevonják a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok is a munkába, hiszen a kábítószer kipróbálás szempontjából különösen veszélyeztetett korcsoport egészségügyi problémáira nyílnak rálátásuk, főleg, ha sikerül elfogadtatni segítő potenciáljukat az őket foglalkoztató intézményekben.

A *foglalkozás-egészségügyi szolgálat* szintén idevonatkozó rendelet¹¹ alapján, az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe veheti a mentőszolgálatot, a szolgálat orvosa pedig járóbeteg-szakellátást nyújtó szakrendelésekre, illetve háziorvosi ellátásra utalhatja a társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkező munkavállalót. Emellett speciális kórházi ellátást igénylő foglalkozási megbetegedés vagy annak gyanúja esetén pedig – sürgősséggel vagy előzetes helybiztosítás útján – a munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi szerv fekvőbeteg osztályára utalhatja a beteget. Ebben megfogalmazódik a szolgáltatás szakorvosának delegálásra való jogosultsága.

A munkahelyi, munkavégzés közbeni alkohol-fogyasztási tilalom betartatása a munkahelyi alkohol- és drogpolitikák elemeként, együtt a korai kezelésbevételi és támogató programokkal fontos stratégiai elem.

Egészségügyi szakellátás

Az *egészségügyi szakellátás* keretében működő *sürgősségi-betegellátó osztályokra (SBO)* történő felvételre sor kerülhet mind az addiktológiai problémával direkt, mind pedig indirekt összefüggésben kialakuló állapotok miatt. A használt szer direkt hatása esetén egyértelműbb, de az addiktológiai probléma szövődményei következtében (pl. gasztrointesztinális vérzés) is erős valószínűséggel azonosítható etiológia esetén indokolt lenne a korai kezelésbevétel elemeinek alkalmazása.

A magyarországi kórházak jelentős részében az ún. egykapus betegút megvalósítására törekednek, mely során az első kórházi szintér az SBO. Valószínűsíthető, hogy az addiktológiai problémákkal összefüggésbe hozható bekerülések csupán elenyésző hányadánál kerül sor pszichiátriai/addiktológiai konzultációra. A zömében túlterhelt sürgősségi osztályokon, célzott vizsgálati adatok hiányában is kijelenthető, hogy nem történik rutinszerűen a korai kezelésbevétel szempontjából releváns beavatkozás. A túlterheltség és főleg az intoxikált állapotok keltette feszültségek okán az ellátó rendszer egyéb színtere iránti bizalom kiépítésének sem kedvez ez a helyzet.

2013 óta, Budapesten egyértelműen, de az ország jelentős részén úgyszintén, az ún. detoxikálás is a Sürgősségi Osztályokon történik (szemben a korábbi gyakorlattal, melyben Detoxikáló Állomásokon, vagy a Pszichiátriai Osztályokon történt a kijózanítás). A helyszínek túlnyomó többségében nincs külön szakszemélyzet erre a célra. Azonban az itt történő első orvosi ellátás, például alkoholos intoxikáció (részség) miatt, fontos állomás lenne a szűrés (pl. CAGE-kérdőív) és a következményes tájékoztatás szempontjából. A szerhatás alatt álló személyek sürgősségi osztályon történő észlelése

¹⁰ 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról

¹¹ 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról

egészségbiztonsági és jogi szempontból is fontos lépés volt, de vélhetően a korai intervenció szempontjából veszteséget jelent.

Megvizsgálva 3 nagy forgalmú – Budapesten és két megyeszékhelyen működő – sürgősségi osztály addiktológiai esetek ellátásával kapcsolatos, a korai kezelésbevétel szempontjából a Magyar Addiktológiai Társaság felkérésére készített statisztikáit és a betegek bekerülési jellemzőit (2018, nem publikált adatok), az adatokból az a kép rajzolódott ki, hogy minden típusú pszichoaktív szer által okozott probléma megjelenik a sürgősségi osztályokra kerülő betegek körében. Az alkohol okozta problémák bizonyos pácienseknél oly mértékűek és kezeletlenek, hogy átlagban akár kétheti-heti gyakoriságú bekerülés is előfordul, mely óriási terhet ró az ellátórendszerre, továbbá mutatja a komoly alkoholfüggőséggel, illetve az ezzel kapcsolatos problémahalmazzal szembeni tehetetlenséget.

A gyakorlat szintén azt mutatja, hogy komoly problémát okoznak a nyugtató-altató szerek, melyek egy része szándékos túladagolás (suicid kísérlet) miatt történik, de az ún. kábítószeres túladagolásánál is gondolnunk kell öngyilkossági kísérletre, mely esetekben – az akut életveszély miatt – fontos a pszichiátriai konzílium és a pszichiátriai ellátás.

A szakorvosi ellátás járóbeteg és kórházi ellátásában (nem pszichiátriai és/vagy addiktológiai szakirányú) dolgozó szakorvosok általában rövid időre kerülnek kapcsolatba a betegekkel, szemben a pszichiáterekkel és/vagy addiktológus szakorvosokkal. A korai kezelésbevétel szempontjából tevékenységük jelentősége, az általuk végzett intervenció sikeressége szempontjából azonban előnyös lehet az, hogy egy akut, esetleg súlyos történés (pl. traumatológiai ellátást igénylő állapot, gasztrointesztinális panaszok stb.) az életmód változtatásra nagyobb fogékonyságot idézhet elő, és jobban megragadható az intervenciók számára.

A pszichiátriai szakellátásban a korai kezelésbevétel elemei leginkább az ún. kettős-diagnózisú betegeknek merülnek fel, mégpedig abban a stádiumban, ahol a pszichiátriai betegség (szorongásos zavar, hangulati zavar stb.) elfedheti a szakellátásba kerülést megelőzően az addiktológiai probléma kialakulását.

Meg kell még említeni az *egészségpszichológiai szakpszichológusi ellátást*, melyhez kapcsolódó szakképzést a Szegedi Tudományegyetem ÁOK és BTK "Alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus" képzése nyújtja. A szakpszichológusi ellátás e speciális formája is lehetőséget ad a korai kezelésbevétel eszközeinek a szomatikus betegségeket kezelő fekvő és/vagy járóbeteg szakellátásokba való becsatornázására az interdiszciplinaritás jegyében. A viselkedésváltozás segítésére képzett (egészség-) szakpszichológusok hatékonyan vehetik át a rövid és intenzív tanácsadás feladatait az alapellátásban, a szakellátásban vagy akár a fekvőbeteg-ellátásban. Ahol erre lehetőség nyílik, ott az orvossal közreműködve a pszichológus segítheti, elvégezheti vagy kiegészítheti a rövid intervenciót. Jelenleg még nem általános az egészségpszichológusok foglalkoztatása a szakellátásokban, de remélhető, hogy a kiképzett szakemberek számával javulni fog e szolgáltatás elérhetősége. (Lásd az egészségügyi ellátórendszer kapcsolódó elemeinek részletes kifejtését a 3. mellékletben.)

2.1.2 Az addiktológiai jelzőrendszer működése házi orvosok körében

Az addiktológiai jelzőrendszert, azon belül is házi orvosok hazai addiktológiai gyakorlatát vizsgálta egy 2016-os kutatás (Molnár, Belány, Madácsy, 2018)¹², mely feltérképezte a pécsi felnőtt- és gyermek házi orvosok addiktológiai tudásszintjét, az addiktológiai problémák előfordulási gyakoriságát, az

¹² A kézirat formájában megjelent tanulmány nagy részét eredeti szövegezésével, vagy kisebb módosításokkal emeltük be a fejezetbe.

alkalmazott addiktológiai gyakorlatokat, az azonosítható szakmai szükségleteket, valamint az addiktológia területén jellemző együttműködési szándékot és hajlandóságot.

A kutatásban 43 felnőtt- és 17 gyermek háziorvosi praxis orvosai vettek részt. Közülük senki sem rendelkezett addiktológiai, illetve pszichiátriai szakvizsgával. A többség háziorvostan, csecsemő- és gyermekgyógyászat, valamint belgyógyászat témakörben szerezte a szakvizsgáját. A kutatásba bevont praxisok patientúráiba összesen 82 396 fő tartozott az adatfelvétel idején.

Háziorvosok tudása az addiktológia területén

Az addiktológiai tudásszint vonatkozásában 7 területet vizsgált a kutatás: alkohol-probléma, alkohol-betegek; drog-probléma, drog-betegek; altatókkal, nyugtatókkal, szorongás-oldókkal kapcsolatos függőségek; egyéb szenvedély-betegségek (viselkedési addikciók); alvási zavarok; szorongásos zavarok; szomatizáció. Az eredmények azt mutatják, hogy a drogproblémák és az egyéb szenvedélybetegségek területén jóval nagyobb a tudásbeli bizonytalanság, mint az egyéb vizsgált mentális zavarok esetében. Az önbevallásos kérdőívek alapján a gyermek háziorvosok bizonytalanabbnak érzik magukat az addiktológiai problémák területén, mint a felnőttekkel foglalkozó kollégáik.

Addiktológiai problémák a háziorvosi praxisban

Az addiktológiai problémák előfordulási gyakoriságát négy jelenség vonatkozásában vizsgálták: alkohollal kapcsolatos zavarok; receptköteles gyógyszerek használatához kapcsolódó zavarok; egyéb szerhasználattal kapcsolatos zavarok; kóros szokások és impulzuskontroll-zavarok. A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy (1) a vizsgált addiktológiai problémák előfordulása jóval nagyobb arányban jellemzi a felnőtt-, mint a gyermek háziorvosi praxisokat, (2) az alkohollal és a receptköteles gyógyszerekkel kapcsolatos problémák esetében jelentős látenciát feltételeznek a kutatásban résztvevő háziorvosok, továbbá (3) a felnőtt praxisok esetében a legnagyobb arányban az alkohollal kapcsolatos zavarok, a gyermek háziorvosi praxisok esetében pedig a kóros szokásokkal és impulzus-kontrollal kapcsolatos zavarok fordulnak elő.

Addiktológiai problémák kezelése a háziorvosi rendelőben

Az addiktológiai gyakorlattal összefüggően vizsgálták a megelőző 12 hónapban megbecsült altató, nyugtató és/vagy szorongásoldó gyógyszerek felírási arányát és az addiktológiai problémák szomatikus tünetek/problémák általi azonosítását.

Altató, nyugtató és/vagy szorongásoldó gyógyszerek felírásának gyakorlata a gyermekpraxisok esetében – elsősorban a szabályozás miatt – nem jellemző, a felnőttpraxisokban viszont átlagosan a páciensek 20%-a érintett, sőt, volt olyan háziorvos, aki 70%-os (!) arányt becsült. A pszichiátriai gyógyszerek felírása összekapcsolódott a receptköteles gyógyszerekkel kapcsolatos addiktológiai zavarok előfordulásával is. Minél több a receptfelírás, annál több a receptköteles gyógyszerekkel kapcsolatos addiktológiai diagnózis. Ez még inkább igaz, ha a pszichiátriai gyógyszerek felírásának arányát a receptköteles gyógyszerekkel kapcsolatos függőségekkel valószínűsíthetően diagnosztizálható páciensek számával vetették össze.

Ha a szomatikus tüneteket vették számba a háziorvosok, melyek alapján addiktológiai problémák fennállását feltételezik, a következő tünetcsoportok azonosíthatók: közvetlenül észlelhető testi tünetek; általános állapotbeli tünetek; emésztőrendszeri tünetek; szív- és érrendszeri tünetek; idegrendszeri tünetek; légzőszervi tünetek; mozgásszervi és mozgással összefüggő tünetek; közelebből nem meghatározott testi tünetek; egyéb testi tünetek; pszichés tünetek; viselkedési tünetek; valamint szociális- és életvezetési problémák.

Arra az esetre, amikor *valaki szerhasználati problémával jelentkezik*, a háziorvosok többféle megoldást találnak. Az erre vonatkozó *konkrét gyakorlat* 40-nél több különféle lehetőséget fedett le, amelyek 3 érdemi tartalmi kategóriába rendeződtek, és a leggyakoribb beavatkozás a delegálással kapcsolatos. (19. táblázat)

19. táblázat: Addiktológiai gyakorlat szerhasználati problémával jelentkező páciensek körében

Kategóriák	Konkrét gyakorlatok
DELEGÁLÁS	<ul style="list-style-type: none"> - szakellátásba (addiktológiára/pszichiátriára/neurológiára/gyermekklinikára/szakorvoshoz/elvonóba) történő továbbküldés - továbbküldés konkrét megnevezés nélkül - továbbirányítás szakemberhez, drogambulanciára szakellátásba, pszichiáterhez, addiktológiai gondozóba, drogterápiás intézménybe - az akut esetek sürgősségi osztályra irányítása - motiválás, hogy szakellátáshoz forduljon - pszichológustól kér segítséget - öngyógyító csoportok ajánlása - segítő szervezetek ajánlása - segítség-elérhetőségek megadása
KIVIZSGÁLÁS/GYÓGYSZERES KEZELÉS	<ul style="list-style-type: none"> - kivizsgálás (laborvizsgálat/belgyógyászati eltérések vizsgálata/hasi ultrahang, anamnézis/családi anamnézis felvétele, állapotfelmérés (pszichés és szomatikus)) - visszarendelés/gyakoribb kontroll - említés szintjén megjelent: gyógyszerfelírás, természetes gyógymódok ajánlása
INTERVENCIÓ	<ul style="list-style-type: none"> - konzultáció a családdal (család/rokonok bevonása) - beszélgetés a szerről/problémákról - motiválás/motivációs interjú, megbeszélés, tanácsadás - belátásra biztatás - felvilágosítás a szövődményekről - következmények átbeszélése - lehetőségek feltérképezése - megbeszélés a szülővel - szülővel közös döntés - meghallgatás - fogyasztás mennyiségének/intenzitásának a mérséklésére vonatkozó javaslatok - motiváció felmérése - pszichés vezetés - rövid interjú - rövid intervenció - szembesítés

A megkérdezett háziorvosok között emellett voltak olyanok is, akik arról jeleztek vissza, hogy *nincs ilyen páciensük*, tehát nem jelentkeznek, vagy nem ezzel jelentkeznek náluk.

Amennyiben *a háziorvos feltételezi, hogy valakinél szerhasználati probléma van*, akkor a napi gyakorlat közel egyenlő arányban oszlik meg az előzőekben is definiált 3 kategória között. A kivizsgálás kismértékben jellemzőbb a delegálásnál és az interveniálásnál. (20. táblázat)

20. táblázat: Addiktológiai gyakorlat feltételezett szerhasználati probléma esetén

Kategóriák	Konkrét gyakorlatok
------------	---------------------

DELEGÁLÁS	<ul style="list-style-type: none"> - rehabilitációt/szakembert/segítő szervezetet javasol - Addiktológiára/Drogambulanciára/INDIT-hez/LEGI-be/ Gyermekklinikára/ Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelésre és Gondozóba /szakorvoshoz küldi - lehetőséget ajánl - szakemberi segítség kérése - önszorgító csoportok felajánlása - családsegítő bevonása - pszichiátriai szakrendelésre küldi - akut esetben kórházi felvétel kezdeményezése - pszichológus bevonása
KIVIZSGÁLÁS/GYÓGYSZERES KEZELÉS	<ul style="list-style-type: none"> - anamnézis - heteroanamnézis - laborvizsgálat, ultrahang - tények feltárása - hozzátartozó vagy család megkérdezése - gyógyszer felírása - visszarendelés
INTERVENCIÓ	<ul style="list-style-type: none"> - beszélgetés - absztinenciát javasol - feltáró beszélgetés, rávezetés, belátásra bírás, szembesítés - motiváció feltárása - rövid intervenció - fogyasztás mennyiségének/intenzitásának mérséklésére vonatkozó javaslatok - pszichés vezetés - család/hozzátartozó bevonása

Ha a fenti 3 terület válaszait (említések száma) összevonjuk, a 21. táblázat adataiból egyértelműen látszik, hogy a kivizsgálásnak a megkérdezett háziorvosok egyértelműen nagyobb szerepet szeretnének adni, mint amire jelenleg lehetőségük van.

21. táblázat: A delegálás, a kivizsgálás és a beavatkozási arány az addiktológia problémák kezelésében

	Aktuális gyakorlatok		Optimális esetben
	Jelentkezés esetén	Ha problémát feltételez	
Delegálás	91%	51%	78%
Kivizsgálás	19%	58%	87%
Interveniálás	35%	51%	36%

A létező és az ideális gyakorlat eltérése kapcsán az orvosok jellemzően az érintett páciensek együttműködési szándékának hiányát, az időhiányt, illetve az addiktológiai ismeretek hiányát említették a magyarázó tényezők körében.

Szűrőtesztek alkalmazása a háziorvosi gyakorlatban az addiktológiai problémák feltérképezéséhez

A kutatás során azt is vizsgálták, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal használnak szerhasználat-zavarok valószínűsítésére alkalmas – nem diagnosztikai (DSM-5) – szűrőeszközöket, mint az AUDIT 10, a CAGE vagy a DAST-20. Egyéb, általuk használt szűrőeszközöket nem neveztek meg. Általánosságban elmondható, hogy a házi gyermekorvosok egyik említett szűrőtesztet sem használják eseti jelleggel sem, a felnőtt háziorvosok körében az első szűrőeszköz eseti vagy rendszeres használata együttesen 7%, a másik kettőé pedig 5% alatti arányt mutat. A 10 kérdéses, alkoholhasználat-rendellenesség valószínűsítésére alkalmas AUDIT 10 tesztet (Alcohol Use Disorders Identification Test) a felnőtt háziorvosok 4,65%-ka használja esetenként, 2,33%-a pedig rutinszerűen, amennyiben problémás alkoholhasználat gyanúja merül fel.

A négykérdéses, ugyancsak a potenciális alkoholprobléma valószínűsítésére kifejlesztett CAGE-skála (CAGE Questionnaire) pécsi felnőtt háziorvosok általi használata valamelyest csekélyebb arányt mutat: a válaszadók 2,3%-a alkalmazza ezt az eszközt rendszeresen, illetve esetenként.

A problémás droghasználat (az alkoholproblémát nem beleértve) valószínűsítésére alkalmas Droghasználat Szűrőkérdőív egyik változatát, a húszkérdéses DAST-20 tesztet (Drug Abuse Screening Test) a felnőtt háziorvosok 4,65%-a használja rendszeresen.

Beavatkozások formái az addiktológiai betegek esetében

Az esetenként vagy rendszeresen alkalmazott beavatkozási módszerek közül a hazai gyakorlatban elterjedtebb rövid interjúra, motivációs interjúra, illetve delegálásra kérdezett rá a kutatásban alkalmazott kérdőív. Mindhárom intervenció módjában elmondható, hogy alkalmazásuk gyakoribb a felnőtt háziorvosok körében, mint a házi gyermekorvosi praxisokban. A kifejezetten orvosi használatra kifejlesztett rövid intervenciót (Rácz, 1999) a pécsi felnőtt háziorvosok közelítőleg egynegyede használja rendszeresen és ugyancsak mintegy egynegyede esetenként. A házi gyermekorvosok körében ezek az arányok a 18%-ot, illetve a 6%-ot közelítik. A gyorsan alkalmazható rövid interjúhoz képest némileg időigényesebb motivációs interjú használata valamelyest csekélyebb mértéket mutat: a felnőtt háziorvosok valamivel több, mint ötöde vallotta, hogy rendszeresen és ugyancsak bő ötöde, hogy esetenként alkalmaz ilyen beavatkozási módszert, míg a házi gyermekorvosok körében a rutinszerű, illetve esetenkénti használat együttesen sem éri el a 7%-ot.

A vizsgált intervenció gyakorlatok közül a delegálás bizonyult a leggyakoribbnak. A felnőtt háziorvosok több mint fele, illetve a házi gyermekorvosok több mint harmada delegál minden addiktológiai szempontból problémás esetben pácienseket különböző egészségügyi vagy szociális intézményekbe, illetve segítő szakemberekhez.

A háziorvosok által azonosított szükségletek az addiktológiai problémák kezelésének eredményesebbé tétele érdekében

A vizsgálat eredményeiből kirajzolódik, hogy a válaszadók szerint milyen szakmai támogatási formák, eszközök segítenék leginkább munkájukat az addiktológiai problémák kezelésében. A válaszok alapján három típus különböztethető meg:

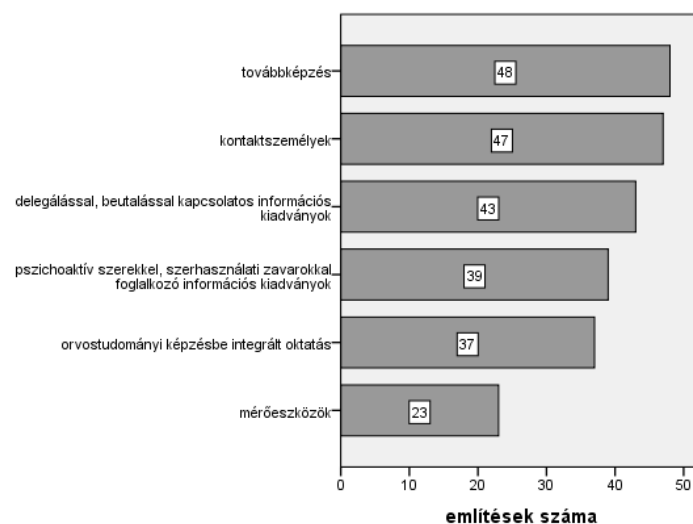
1. Az addiktológiai ismeretek bővítésének elősegítése,
2. Az addiktológiai problémák felismerését elősegítő mérőeszközök biztosítása,
3. A delegálás-beutalás folyamatát elősegítő információs kiadványok elérhetővé tétele.

Többen hangsúlyozták, hogy bármely, munkájuk hatékonyságának javítására hivatott szakmai segítségről van szó, előnyben részesítik a gyakorlatban jól használható, praktikus ismereteket és eszközöket (5. ábra). Ehhez kapcsolódóan:

1. Az addiktológiai ismereteknek a medikusképzésben nagyobb súllyal kellene szerepelnie. Ugyanakkor a már praktizáló háziorvosok továbbképzését is szükségesnek látják, illetve segítséget jelentene, ha az addiktív szerek és addikciós formák leírását tartalmazó információs kiadványok készülének.

2. A szűrőeszközök biztosítása hatékonyabbá tehetné a gyakran bizonytalan, csupán sejtés, gyanú szintjén megjelenő addiktológiai problémák határozottabb felismerését.
3. Átfogó, teljes képet kellene kapniuk az ellátást nyújtó intézményekről, kezelőhelyekről, arról, hogy, milyen módon delegálhatnának különböző típusú addiktológiai problémákkal küzdő pácienseket. Egy kontaktszemélyek elérhetőségét tartalmazó lista, valamint a delegálással-beutalással kapcsolatos információk kiadványok biztosítása jelentene hatékony segítséget.
4. A válaszadók nagy többsége részt venne addiktológiai tárgyú képzésen. Többen hangsúlyozták ugyanakkor, hogy előnyben részesítenék a nem túlzottan időigényes, praktikus ismereteket nyújtó, interaktív képzési formákat.
5. Valamivel kevesebben, de még a válaszadók közel háromnegyede venne részt egészségügyi dolgozókkal folytatott addiktológiai megbeszéléseken. Ugyanakkor a markánsan multiprofessionális jellegű, többféle, nem csupán egészségügyi szakember részvételével zajló Kábítószerügyi Egyeztető Fórum ülésein jóval kevesebb válaszadó venne részt.

5. ábra: A vizsgált háziorvosok szakmai szükségletei az addiktológia területén



Összefoglalás

- Mind a felnőtt-, mind a gyermek háziorvosok észlelik az addiktológiai problémák fontosságát, és önkritikusan értékeli e területre vonatkozó saját tudásukat.
- Tudásbeli bizonytalanságaik kifejezettebbek a droproblémák és az egyéb szenvedélybetegségek területén, összehasonlítva a mentális zavarok felismerésével, kezelésével. A házi gyermekorvosok a felnőtteket ellátó orvosoknál még inkább hátrányban vannak az addiktológiai problémákkal való foglalkozást illetően.
- A háziorvosok elmondása szerint jól láthatóan jelen vannak az addiktológiai problémák a felnőtt páciensek körében, azonban véleményük szerint nagy a látencia. Felnőttek esetén az alkoholprobléma, gyerekek esetén a kóros szokások és impulzus-kontroll zavarok a gyakoribbak.
- Altató, nyugtató és/vagy szorongásoldó gyógyszerek felírása gyakori a praxisokban, 20-70% a becsült arány. Mindez összefüggést mutat az addiktológiai zavarok előfordulásával is.
- Az orvosok nagyon sokféle tünet mentén feltételezik, vagy azonosítják az esetleges szerhasználati problémát, melyek között megtalálhatóak mind a fizikális, mind a pszichés, mind a viselkedési tünetek, valamint a feltárt szociális és életvezetési problémák.

- A betegek által jelzett, vagy az orvos által feltételezett szerhasználati problémák esetén elsősorban a háziorvos által ismert szakellátásba küldik a betegeket (delegálás), amely mellett kivizsgálást végeznek, vagy gyógyszeres kezelést indítanak, esetleg valamilyen intervenció lehetőségét fontolják meg, melynek középpontjában a családdal való konzultáció, tanácsadás, motiválás állnak.
- Az addiktológiai problémák kiszűrésére alkalmazott eszközöket a gyerekorvosok nem használják egyáltalán, de a felnőtt háziorvosok esetén is csak 2-7% a használati arány.
- Ha az orvosok elmondása alapján rendelkezésre álló lehetőségeket összevonnuk, a kivizsgálásnak a megkérdezett háziorvosok egyértelműen nagyobb szerepet szeretnének adni, mint amire jelenleg lehetőség van. A létező és az ideális gyakorlat eltérése kapcsán az orvosok jellemzően az érintett páciensek együttműködési szándékának hiányát, az időhiányt, illetve az addiktológiai ismeretek hiányát említették okokként.
- A konkrét beavatkozások alkalmazása szintén nagyobb arányú a felnőttek ellátása esetén: például a kifejezetten orvosi használatra kifejlesztett rövid interjú az orvosok negyede alkalmazza rendszeresen és szintén negyede esetenként, míg a gyerekorvosok körében ez az arány csak 6 és 18%.
- A delegálás egészségügyi vagy szociális intézménybe a leggyakoribb intervenció gyakorlat: a felnőtt háziorvosok több mint fele, a házi gyermekorvosok több mint harmada delegál addiktológiai szempontból problémás esetben pácienseket.
- Az addiktológiai gyakorlat eredményesebbé tételéhez segíteni kell az orvosokat az addiktológiai ismereteik bővítésében, az addiktológiai problémák felismerését elősegítő mérőeszközök alkalmazásában, a delegálás-beutalás folyamatát elősegítő információkhoz, így az ellátórendszert áttekinthető kiadványokhoz való hozzáférésében, akár továbbképzés formájában is. A legfontosabbak a gyakorlatban jól használható, praktikus ismeretek és eszközök biztosítása.

2.2 A szociális ellátórendszer korai kezelésbevitelhez kapcsolódó gyakorlata

2.2.1 Szociális intézmények és szolgáltatásaik

A szociális- és gyermekvédelmi rendszer szakemberei sok esetben elsőként kerülnek kapcsolatba szenvedélyproblémákkal küzdő kliensekkel. A kapcsolatfelvétel motivációja gyakran már az alkohol vagy drogfogyasztás következményeivel van összefüggésben. Az egyének önként vagy jelzés hatására kényszerűségből keresik fel a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatásokat más, a szenvedélyproblémák hatására kialakuló ártalmak, problémák kezelésére. Jellemző ugyanakkor, hogy a kliensek számára a jelentkező probléma és az élethelyzet, valamint a problémás szenvedélyviselkedés közötti összefüggés nem tudatosodott, így a megoldást nem a kiváltó magatartás, az addikció kezelésében keresik.

A *szociális alapellátás* ellátási formái¹³ közül leginkább a 'Családsegítés', az 'Utcai szociális munka', a 'Nappali ellátás', a 'Közösségi ellátás', a 'Támogatott lakhatás', illetve bizonyos 'Gyerekjóléti szolgáltatások' és a 'Gyermekek napközbeni ellátása, átmeneti gondozása' tekinthetők a szenvedélybetegek korai kezelésbevitelét is célzó ellátásnak. Ezeknél az alapszolgáltatásoknál merülhet fel leginkább addiktológiai jellegű probléma, és kerülhetnek a szakemberek látóterébe ilyen problémával küzdő kliensek.

Emellett számos egyéb alapszolgáltatás is jelen van a szociális szférában, ahol, mintegy járulékosan, az ellátást igénybevevők körében felbukkanhat droghasználat, így a szakemberek számára ugyanúgy terepe lehet a korai kezelésbevitelnek. Ezek az 'Étkeztetés', 'Házi segítségnyújtás', 'Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás', 'Támogató szolgáltatás'.

¹³A szociális szolgáltatások rendszerét részletesen az 1993. évi III. Szociális törvény, a gyermekvédelmi rendszert pedig az 1997. évi XXXI. gyermekvédelmi törvény szabályozza.

Abban az esetben, ha életkoruk, egészségi állapotuk, szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapellátás keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelően *szakosított ellátási formában* kell gondozni, melynek típusai a következők: (1) ápolást, gondozást nyújtó intézmények, (2) rehabilitációs intézmények, (3) átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, (5) lakóotthonok. A korai kezelésbevétel szempontjából fontos lehet az itt időközben felbukkanó addikciók adekvát kezelése, de ritkább esetben fordul elő, hogy a szenvedélybetegség – előzmények nélkül – éppen a bentlakásos intézményi ellátás során alakuljon ki.

A *gyermekvédelmi rendszert* a „Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény” szabályozza. A jogszabálynak négy alappillére van: (1) *alapellátások* és (2) *szakellátások*, (3) *hatósági intézkedések*, valamint (4) *pénzbeli és természetbeni ellátások*. A gyermekvédelmi rendszer működtetése alapvetően állami és önkormányzati feladat, a szolgáltatások biztosításában azonban részt vesznek civil és egyházi szervezetek, és egyéni vállalkozók is.

Alapelvei között a gyermek érdekeit és jogainak érvényesítését helyezi előtérbe, ennek megfelelően elsődleges a gyermek családban történő nevelkedésének biztosítása. Ennek érdekében a különböző támogatások és szolgáltatások széles körét biztosítja a család és a gyermek számára, és csak utolsó eszközként teszi lehetővé a családból való kiemelését, azonban ebben az esetben is kiemelt feladatként határozza meg a családba történő visszakerülését. Mivel a gyerekek legfontosabb környezeti tényezője a család és annak helyzete, a szülők, gondozók állapota, ezért a gyermekvédelmi rendszer a gyerekek érdekének maximális érvényesülése miatt a szülőkkel is dolgozik, segítségük szintén cél és feladat. Mindebből következően a gyermekvédelmi rendszerben megjelenő gyerekek és szüleik szenvedélyproblémái szintén a szakemberek látóterébe kerülnek a különböző ellátások nyújtása során. (Lásd a szociális ellátórendszer kapcsolódó elemeinek részletes kifejtését a 3. mellékletben.)

2.2.2 Szociális intézmények korai kezelésbevételi gyakorlata

Célzott kutatás (2018) segítségével tártuk fel a szociális ellátó rendszer szerepét, jelenlegi gyakorlatát az addiktológiai problémával küzdő kliensek korai kezelésbevételében. Két fókuszcsoportos interjút készítettünk a szociális ellátásban és a gyermekvédelem különböző területein dolgozó gyakorlati szakemberekkel¹⁴.

Az érintett témák a szakemberek saját munkavégzési területén tapasztalt szerfogyasztásra (alkoholfogyasztás, illegális drogfogyasztás), annak jellemzőire, az azzal kapcsolatos segítői tapasztalatokra, a szerfogyasztással kapcsolatos kommunikációra és annak nehézségeire, a kezelésbevétel gyakorlatára, valamint az intézményi és szakemberek közötti együttműködésekre vonatkoztak.

A szakemberek tudása az addiktológia területén

A csoportos interjúban részt vett szakemberek addiktológiai tudásszintje saját bevallásuk alapján kevés, bizonytalanok a szerek hatásaival, következményeivel kapcsolatban. Azonban a

¹⁴*Alkalmazott módszertan:* A fókuszcsoportokat két helyszínen végeztük 2018 júniusában, a fővárosban és egy Észak-Magyarországi, átlagos mutatókkal rendelkező járás központjában. A beszélgetések 1,5-2 órát tartottak. Az elhangzottakat diktafonra rögzítettük, melyet legépeztünk és elemeztünk. A teljes folyamatban a résztvevő intézmények és szakemberek anonimitását biztosítottuk, az önkéntességre vonatkozó és egyéb etikai előírásokat teljes mértékben betartottuk. A szakembereket szakértői minta alapján hívtuk meg, arra törekedve, hogy a különböző ellátási formák minél szélesebb körűen képviseltetve legyenek. A budapesti fókuszcsoport 6 résztvevővel zajlott, ahol család-és gyermekjóléti szolgálatnál dolgozó családsegítő, család és gyermekjóléti központ esetmenedzsere, gyermekek átmeneti otthonának szociális munkása, TEGYESZ elhelyezési bizottságának tagja, gyermekotthonban dolgozó munkatárs, hajléktalan ellátás (nappali melegedő és éjjeli menedékhely) szociális munkása vettek részt. Kettő gyermekvédelmi célokat kitűző civil szervezet aktív tagjai is. A járásközpontban szervezett fókuszcsoporton 11-en, városi és járási hatáskörrel rendelkező családgondozók és esetmenedzserek, a városban működő szenvedélybetegek közösségi ellátásának munkatársai, hajléktalan ellátásban dolgozó szociális munkás, börtönpszichológus és intézményvezető vettek részt.

szenvedélyproblémákkal kapcsolatos okokkal, családi és társadalmi prediktív tényezőkkel, valamint a háttérben meghúzódó összefüggésekkel tisztában vannak.

Saját megítélésük szerint az alkoholproblémák kezelésével valamivel könnyebben boldogulnak, míg a drogproblémák és különösen az új pszichoaktív szerek vonatkozásában az információik hiányosak, a beavatkozás területén eszköztelennek érzik magukat. Az addiktológiai ellátórendszert és intézményeit – főleg az informális kapcsolataik révén – nagy vonalakban ismerik, a lépcsőzetes kezelés lehetőségeivel és fontosságával tisztában vannak. Részletesebben és mélyebben a helyi intézményi lehetőségeket ismerik, ezeket tudják biztonságosan használni.

Addiktológiai problémák a szociális és gyermekvédelmi ellátás területén

A szociális és gyermekvédelmi alapellátás látószögébe kerülő kliensek körében a szakemberek találkoznak szenvedélyproblémákkal, de a szolgáltatás igénybevételének okai között, valamint a beavatkozás tervezése során nem ez fogalmazódik meg elsődleges, vezető problémaként. Elsősorban a szerhasználat következményei, a járulékos magatartások azok, ami miatt az intézményrendszer kapcsolatba kerül a kliensekkel. A gyermekkorúak esetében ez elsősorban az iskolai hiányzásokat, az erőszakos magatartást, a garázdaságot jelentik, míg a felnőttek esetében az anyagi problémák, az elhelyezkedés vagy a munkahely megtartásának nehézségei, a fiatalkorúak elhanyagolása, veszélyeztetése jelenik meg.

A szakemberek a klienskör fogyasztási mintázataiban jelentős generációs különbségeket érzékelnek. A családsegítő szolgálatnál, hajléktalan ellátásban és a gyermekvédelmi alap- és szakellátásban megjelenő felnőtt kliensek (tehát ideértve a gyermekvédelem látókörébe került gyerekek szüleit is) alapvetően alkoholt fogyasztanak, a nőkre viszont a visszaélészerű gyógyszerhasználat a jellemzőbb. Ritkábban előfordul az alkohol és gyógyszer kombinált használata, melyben nemi eltéréseket nem tapasztaltak. A szakellátásban a többgenerációs drogproblémára (szülő és gyerek egyidejűleg) is látnak példát. Ezzel szemben a serdülők és fiatal felnőttek esetében az alkohol, gyógyszer, bár megjelenik, nem vezető szer. Itt az újfajta pszichoaktív szerek a jellemzőek, a többség leginkább a biofűhöz jut hozzá és azt használja. Egyes szakemberek marihuána fogyasztásról is beszámolnak a klientúrájukat tekintve.

A járásközpontban készült fókuszcsoportban azok a résztvevő szakemberek, akik járási hatáskörrel dolgoznak a család-és gyermekjóléti szolgálatok és központok kötelékében, jó rálátással rendelkeznek az egyes településekre. Ők településenként eltérő intenzitású és mintázatú pszichoaktív szerhasználatról számoltak be. Ugyanakkor megerősítették azt a jól ismert jelenséget, hogy egyes településeken erősen elterjedt a drogfogyasztás (elsősorban visszaélészerű gyógyszerhasználat és új pszichoaktív szerek), ahol életkori sajátosságok nélkül a település jelentős része vagy többsége fogyaszt elsősorban biofűvet. A szakemberek a szerhasználatot az ott élők társadalmi helyzetével kapcsolták össze: elmondták, hogy ezeken a településeken különösen nagy a kilátástalanság, az emberek többsége cél nélkül, súlyos mélyszegénységben él, jelentős részük roma.

A szakellátásban a serdülők nagy része már a bekerülés előtt találkozik drogokkal, de ezek fogyasztása és az ez által okozott probléma is nagyon eltérő. A bekerülés oka többnyire nem a droghasználat, hanem annak következményei, magatartásproblémák, iskolai mulasztás. Nagy problémát jelent az új pszichoaktív szerek használata a szakellátásban élők körében. A jelenség a befogadó otthonokban is nagyon elterjedt, így a bekerülésükkor még nem használók, vagy csak kipróbálók éppen a szakellátás intézményeiben kerülnek esetleg szorosabb kapcsolatba a designer drogokkal. A speciális szakellátásba kerülő gyerekek drogérintettsége közel 100%-os, hiszen a szakértői bizottság többek között ezért is javasolja speciális ellátásukat. A szakellátásban élő gyerekek körében – különösen igaz ez a speciális ellátásban részesülők esetében – nemcsak a pszichoaktív szerhasználat okoz problémát, hanem gyakran megjelenik a komorbiditás problémája, amikor korábban már meglévő mentális zavar öngyógyításaként lép be a szerhasználat, vagy a szerhasználat következtében alakul ki valamilyen mentális zavar is.

Hasonlóan jellemző a droghasználat mellé társuló mentális problémák együttjárása a hajléktalan klientúra körében is. A kettős diagnózisú kliensek kezelése a szociális szakemberek számára komoly kihívást jelent, az intervenciók – saját megítélésük szerint – sokszor elégtelenek, nem hatékonyak.

A börtönökben korábban az alkoholprobléma dominált, mely mára gyakorlatilag nincs jelen, helyette az új pszichoaktív szer használata elterjedt. A szerhasználat hátterében itt is tetten érhető a fogvatartottak szociális környezetének elmaradottsága, a kilátástalanság. A szakemberek megítélése szerint a büntetés végrehajtási intézménybe bekerülés 80%-ában közrejátszik a droghasználat, mely mára már nemcsak a beszerzési bűnözést, hanem a droghatás alatt elkövetett bűncselekményeket is jelenti.

Addiktológiai problémák kezelése a szociális és gyermekvédelmi területen

A szakemberek úgy élik meg, hogy kevés a hozzáértő közöttük, illetve nekik maguknak pedig nincsenek megfelelő információik, eszközeik a probléma kezelésére, javítására. A járásközpontban készült csoportos interjúban szintén vezető problémaként fogalmazódott meg, hogy kevés az elérhető addiktológiai ellátást nyújtó intézmény és férőhely.

A szociális és gyermekvédelmi intézményekben az általában más problémával jelentkező kliensek addiktológiai gondjaira csak járulékosan derül fény. A szenvedélyproblémák bevonása az intervenciók elemek közé, ennek kezdeményezése többnyire a szociális szakember feladata. Az addiktológiai problémák szóba hozása azonban a megkérdezett szakemberek túlnyomó többségének nehéz feladat, kényelmetlen, különösen a felnőtt kliensek esetében. A tapasztalatok szerint a felnőttek önértesebbek, könnyen veszik támadásnak az ilyen irányú kérdéseket, továbbá nehezebben is mozdulnak ki megszokott életvitelükből, nehezebben szánják rá magukat a változtatásra, még ha a változás pozitívabb életminőséget is eredményezne számukra. Ezért sok esetben a szenvedélyproblémákról történő beszélgetésre csak akkor kerül sor, ha már nagyon „muszáj”, mert a kliens életvitelével veszélyezteti saját magát vagy gyermekét.

Mivel ekkor már kevésbé beszélhetünk a szűken vett korai kezelésbevételről, az alkalmazott intervenciók technikák is elsősorban a korrekcióra és a veszélyeztetettség elhárítására irányulnak. A gyermekvédelmi rendszer keretei között ilyenkor sok esetben valamilyen magatartás hatósági előírására (pl. védelemben vétel keretében), egészségügyi vagy egyéb addiktológiai kezelés igénybe vételére kerül sor.

A gyerekvédelemben dolgozó szakemberek az alkohol vagy drogproblémával küzdő szülő szenvedélybetegségére egyéb módon nem reagálnak, nem érzik magukat kompetensnek a szülő felépülésének segítségével. Ami még megtörténhet, hogy ajánlják, vagy előírják a helyi egészségügyi (ideggondozó) vagy addiktológiai ellátást nyújtó szervezet felkeresését. Az előírások és ennek számonkérése azonban elsősorban részvételt vár el és jelenlétet, így sokszor inkább látszatmegoldásként funkcionál, de érdemi változást a kliens életében ritkán hoz.

A gyerekek egy bizalmi kapcsolat kiépítése után, viszonylag hamar mesélnek a szerhasználatukról, a szakemberek számára velük könnyebb a témáról történő diskurzus. Itt a titoktartás okoz dilemmát, mivel fiatalok esetében a szülőt tájékoztatni kell. Ennek módja azonban – a legtöbb gyakorlat esetében – a gyerekekkel együtt kerül kialakításra.

A fókuszcsoportban résztvevő szakemberek az addiktológiai problémákat mérő szűrőteszteket nem ismerik, és nem alkalmazzák. Az alkohol és drogprobléma tisztázására az első interjú során alkalmazott kikérdezés módszere szolgál. Amikor *valaki szerhasználati problémával jelentkezik* szociális vagy gyermekvédelmi intézményben, akkor a szakember elsőként azt dönti el, hogy van-e krízishelyzet. Rosszullét esetén a sürgősségi ellátásba kerülés, agresszió jelenlétekor a rendőrség bevonása történik meg. Ha valaki konkrétan az addiktológiai problémájára kér segítséget, vagy a szociális munkás kezdeményezésére a változásra motiválnak mutatkozik, akkor alapvetően az addiktológiai profilú intézményekbe delegálás a gyakorlat. A szociális szakemberek elsősorban a környékbeli szervezetek felkeresését ajánlják meg, és a leggyakrabban ebben kimerül az ez irányú segítségnyújtás.

Diagnosztizált pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg ellátása esetén a szociális szolgáltató, illetve intézmény együttműködik a háziorvossal és a kezelőorvossal, de általánosságban az jellemző, hogy az egészségügyi, addiktológiai intézményekkel nincs kapcsolat. Ennek hátterében a szakemberek percepciója szerint az áll, hogy az egészségügyi alapellátásban dolgozók elzárkóznak az együttműködéstől, az addiktológiai intézmény szakemberei nem szívesen osztanak/oszthatnak meg információkat az esetet vivő szociális szakemberrel. Főleg személyes ismeretségtől vagy a fogadó szakember jóindulatától függ a fogadókészség és az ellátás minősége. Általában a szenvedélyproblémát ellátó szakemberrel nincs együttműködés, illetve ennek színvonala és intenzitása erősen a két szakember szakmai és emberi kvalitásaira és igényeire van bízva.

Vidéken a kapcsolattartás tekintetében jobb a helyzet, ott viszont az ellátási kapacitás szűkösebb, így nagyobb a kliensek és az őket segítő szociális és gyermekvédelmi szakemberek kiszolgáltatottsága. Addiktológiai ellátást nyújtó intézmény csak a járás- és megyeközpontokban van, az is inkább egészségügyi területhez kapcsolódóan, a kórházakban. Az ambuláns ellátást nyújtó, vagy bentlakásos rehabilitációs intézmények nehezen elérhetőek, messze vannak, kapacitásuk korlátozott.

Mindezek mellett a szociális és gyermekvédelem területén dolgozó szakemberek munkájuk során segítő beszélgetést is alkalmaznak, de erre sokszor nincs idő, tér, illetve a kliens sincs abban az állapotban, hogy hatékony eredményeket lehessen elérni. A konzultációk esetében technikákat nem neveznek meg, inkább a légkörre és a segítői attitűdre vonatkozóan fogalmazznak meg törekvéseket: elfogadás, hitelesség, őszinte odafigyelés, idő, kapcsolódás, bizalom, valamint hogy a segítő hisz a kliens változtatási képességében. A motivációs interjú módszerét nem ismerik, vagy a gyakorlatban alkalmazni nem tudják. Természetesen használnak hasonló technikákat, melyek a segítő beszélgetés részét képezik, de az addiktológiai problémákhoz célzottan nincsenek konkrét módszertani ismereteik. (22. táblázat)

22. táblázat: A beavatkozások formái az addiktológiai problémák esetében- szociális ellátók

Probléma jellege	Tünet/veszélyeztetettség	Intézkedés jellege	Szociális szakember által kezdeményezett szaksegítség	Utánkövetés
Krízishelyzet	rosszullét	sürgősségi ellátás, mentő		
	agresszió	rendőrség, kriminalizáció		
Rejtett addiktológiai problémáknál	nincs veszélyeztetettség	nincs reakció, inkompetencia érzése	beszélgetés kezdeményezése	delegálás vagy segítő beszélgetés addiktológia specifikus eszközök nélkül
	van veszélyeztetettség	kezelés igénybevételének előírása	hatósági intézkedés, gyerek védelembe vétele	a kezelés előrehaladásának ellenőrzése
Felvállalt szerhasználati probléma esetén		delegálás	átirányítás más addiktológiai intézménybe	
		segítő beszélgetés	motiválás	a kezelési folyamat támogatása

Összefoglalás

- A szociális és gyermekvédelmi rendszer területén nagy számmal jelennek meg addiktológiai problémával is küzdő kliensek. A szerhasználat különböző mintázatokat mutat életkor, nem és társadalmi háttér vonatkozásában.
- Közös jellemző, hogy a szociális ellátórendszerbe bekerülés pillanatában a kliensek sokszor nem kötik össze aktuális problémáikat szerhasználatukkal. A segítségkérés motivációja között nem az addiktológiai problémák kezelése szerepel, azonban a vezető probléma hátterében sokszor éppen valamilyen szenvedélyprobléma húzódik meg, és az észlelt, zavaró probléma az addiktológiai probléma következménye.
- Ezen a területen tehát a szó szoros értelmében korai kezelésbevételről nem beszélhetünk, a kezelésbevétel elősegítése azonban mégiscsak elsőként – többek között – itt történhet meg.
- A szociális és gyermekvédelem területén tevékenykedő szakemberek jelenleg nem tudják kezelni a sok egyéb probléma mellett a függőséget okozó magatartásokat. Ennek három oka van: egyrészt a területen dolgozók elégtelen információja és módszertani ismeretei, másrészt a támogató addiktológiai intézmények alacsony száma és kapacitáshiánya, ugyanígy a más szakterületek (oktatás, egészségügy, stb.) megfelelő felelősségvállalása és együttműködési készségének hiánya. Ezért is lenne kiemelten fontos, hogy a szociális területen dolgozó szakemberek tisztában legyenek azzal, hogy a területükön működő egészségügyi és szenvedélybeteg ellátórendszer mely intézményéhez, szakemberéhez fordulhatnak segítségért, illetve működhetnek együtt a hatékony intervenció érdekében.
- A szociális és gyermekvédelmi szakemberek nem érzik kompetenciájukba illőnek a szenvedélyproblémákra történő reagálást. A résztvevő szakemberek egyöntetűen megfogalmazták, hogy úgy érzik, ismereteik, módszereik és kompetenciájuk kevés az addiktológiai problémák kezeléséhez. Pozitívum azonban, hogy igényüket és szándékukat is kifejezték, hogy

ezen a területen fejlődjenek, mert nem ismerik annak metodikáját hogyan lehetne az addiktológiai szakemberrel együttműködve a kliens felépülését támogatni. Sok esetben természetesen a súlyos kapacitáshiánnyal küzdő szociális szféra munkatársai az addiktológiai problémákkal küzdő kliensek vezetését nem is tudnák felvállalni.

- Protokoll, előírás vagy iránymutatás nincs, mely a szociális területen dolgozó szakemberek számára eligazodást nyújthatna a szenvedélyproblémák kezelésében. A szociális problémákkal kapcsolatos intervenciók tervezése és annak adminisztrációja során lejegyzik az ilyen irányú beavatkozásokat, intézkedéseket. A tervezési folyamatban, az ellenőrzés gyakoriságában és módjában a szociális munkásoknak nagy szabadságuk van, ezeket igazítják is a kliensek temperamentumához, igényeihez. Ideális esetben a szociális szakember egyfajta esetmenedzser, esetgazda, összefogó-irányító szerepet lát el.

A szakemberek számos hiányosságot és anomáliát is megneveztek, mely önmagában is akadályozza a hatékony beavatkozást:

- Jellemző, hogy a túlságosan sok adminisztráció elveszi az erőforrásokat a személyközi munkától. Ugyanakkor ez sokszor csak a rendszer működését és a benne dolgozók védelmét hivatott szolgálni, mely kontraproduktívvá teszi a segítő munkát, és látszatmegoldásokat eredményez.
- Jelentős problémát jelent a szociális és gyermekvédelmi ellátás területén a nagymértékű szakemberhiány és fluktuáció, valamint az ezekből adódó kapacitáshiány.
- A résztvevő szakemberek meglátása szerint a korai, korábbi kezelésbevitel az alapellátás keretei között nem történik meg, vagy nem hatékony az alkalmazott intervenció. A szakellátásban már súlyos addikciós problémával és annak következményeivel szembesülnek. Igaz ez a szociális ellátás területére, de még inkább a gyermekvédelemre.
- Az interdiszciplináris együttműködés hiánya jellemző. A gyerekekkel, szülőkkel kapcsolatban lévő szakemberek szupportív attitűdjének erősítése lenne kívánatos (Az oktatási intézmények sokszor szabadulnának a problémákkal küzdő, nagyobb odafigyelést igénylő gyerekektől).
- A szakemberek úgy élik meg, hogy nincs mögöttük támogató szakemberháttér az addiktológiai problémák kezeléséhez, mely a mélyebb és hatékonyabb beavatkozást szolgálhatná, és így a továbbirányítást is lehetővé tenné. Kevés az elérhető pszichológus, még inkább a gyerekpszichiáter. A rendelkezésre állási idejük a kliensmunkában szinte észrevehetetlen, a kliensek pszichés támogatása kevéssé tud megtörténni az időszűke miatt, nagy a várakozási idő még intézményen belül is.
- A projektgondolkodás és a pályázati rendszerek nem teszik lehetővé a folyamatosságot.

2.3 Addiktológiai problémák kezelésével foglalkozó intézmények

Az addiktológiai ellátórendszer feladata a szerhasználat mérséklése, megszüntetése, továbbá a szerhasználat – előzményként, társjelenségként vagy következményként – kapcsolódó egészségügyi és szociális problémák megelőzése, mérséklése vagy megszüntetése, valamint az egyén társadalomba való visszailleszkedésének elősegítése.

A kábítószer problémával küzdők ellátása egészségügyi, szociális és vegyes profilú ellátóhelyeken valósul meg. A területi lefedettség egyenlőtlenségeiből adódóan egyes területeken a pszichiátriai ellátók is részt vesznek az addiktológiai problémával küzdő betegek kezelésében.

A hazai ellátási palettát jellemzi, hogy nincsenek specializált kezelési programok, melyek egy-egy szertípus használóival foglalkoznának, hanem a programok általánosságban az összes szertípus fogyasztóját, vagy általában a szenvedélybetegségeket, pszichiátriai problémákkal küzdőket célozzák, mely alól kivétel az opiát-helyettesítő kezelés. (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2017)

Az intézményrendszer három fő részre osztható:

1. Közösségi, járóbeteg addiktológiai ellátási formák gyermekek és serdülők részére
 - a. Gyermekek- és ifjúsági addiktológiai gondozók és szakrendelők
 - b. Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére
 - c. Drogambulanciák, addiktológiai ambulanciák
2. Fekvőbeteg addiktológiai ellátási formák gyermekek és serdülők részére
 - a. Gyermekek- és ifjúság addiktológia rehabilitációs ellátás
3. Közösségi, járóbeteg addiktológiai ellátási formák felnőttek részére
 - a. Addiktológiai szakambulancia
 - b. Addiktológiai gondozó, TÁMASZ gondozó
 - c. Opiát-helyettesítő kezelés
 - d. Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére
 - e. Nappali ellátás szenvedélybetegek részére
 - f. Alacsonyküszöbű ellátás szenvedélybetegek részére (pl. Drop-in, tűcsere programok)
 - g. Programok szerhasználó szülőknek
 - h. Önsegítő csoportok
 - i. Hozzá tartozói csoportok
4. Fekvőbeteg addiktológiai és szociális ellátási formák felnőttek részére
 - a. Addiktológiai osztály
 - b. Fekvőbeteg/bentlakásos szakosított szociális ellátások felnőttek részére
 - i. Szendélybetegek otthona
 - ii. Szendélybetegek rehabilitációs intézménye
 - iii. Szendélybetegek átmeneti otthona
 - iv. Lakóotthon
 - v. Támogatott lakhatás
5. Rehabilitációs otthonok, drogterápiás intézetek
6. Elterelés

Az addiktológiai problémákkal foglalkozó hazai intézményrendszer részletes áttekintése a 2. mellékletben található.

3. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS AZONOSÍTOTT HAZAI SZÜKSÉGLETEK

3.1 Szükségletek rendszerszinten

Az addiktológiai problémákkal küzdő populáció sajátos helyzetéből adódóan a korai kezelésbevitel elvének elterjesztése és működési rendszerének kialakítása hosszú távú stratégiai célnak tekintendő az addikciók kezelése területén. Jelen pillanatban ennek megvalósulását szinte valamennyi szakmai megfontolás egyöntetűen támogatja, azonban a napi gyakorlatban való megjelenését a jogi, finanszírozási és képzési feltételek kevésbé mozdítják elő, előfordul, hogy éppen az ellenérdekeltséget erősítik.

A korai kezelésbevétel fontosságát a fellelhető magyarországi szakmai anyagok nagy része csak általánosságban fogalmazza meg, nem definiálja a fogalmat, illetve nem tesz ajánlásokat a gyakorlat számára arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet eredményesebben végezni ezt a tevékenységet¹⁵. Összességében a korai kezelésbevétellel kapcsolatos magyarországi tapasztalatok rögzítése nagyon kezdetleges. A kevés szakanyagból az rajzolódik ki, hogy a korai kezelésbevétel fogalmának tisztázása után szükséges egy *szisztematikusan kidolgozott beavatkozási rendszer* létrehozása, kliensút kidolgozása. A munka során elsősorban a nemzetközi szakirodalmakra, protokollokra, valamint a témával kapcsolatos kutatásokra és jó gyakorlatokra tudunk támaszkodni.

A másik erősítendő terület – a már számos alkalommal említett – *együttműködés* további *fokozása*. Úgy tűnik, a különböző szintű egészségügyi ellátások között, valamint az egészségügyi és szociális terület, gyerekvédelem közötti kapcsolat erősítése nélkül nem tudjuk elérni és becsatornázni a rászoruló klienseket. A jogszabályban, szakmai anyagokban és szolgáltatás nyújtás feladatai között az együttműködés minden ágazatban kiemelten szerepel, a megfelelő team munka azonban a mai napig csak szórványosan tudott megvalósulni a gyakorlatban.

A szociális szolgáltatások biztosítása plurális módon, számos szereplő részvételével történik, azonban pénzügyi és tartalmi irányítás tekintetében központosított, ahogyan a tervezési folyamatok is elsősorban az államilag fenntartott és vagy finanszírozott rendszerhez kötődnek. A feladatok nagy része mégis az önkormányzatokat terheli, amelyek finansiális mozgásteret meglehetősen beszűkült. A spontán, civil módon vagy az érintettség okán szerveződő közösségi kezdeményezések kezdetlegesek és kevésbé támogatottak. A helyi szükségletek figyelembevétele a tervezéskor nem érvényesül (Bugarszki, 2010). Ehhez társul a szolgáltatások között tapasztalható települési, regionális szinten érvényesülő egyenlőtlenség. Holott az addiktológiai ellátások nem képzelhetők el a különböző szakterületek által létrehozott multidiszciplináris rendszer nélkül, az ilyen szemléletben működő intézményrendszer országosan hiányos és alulfinanszírozott. Külön problémát jelent a szakemberhiány (pl. háziorvos), az alapellátásban dolgozók addiktológiai ismereteinek hiánya. Hiányoznak továbbá fontos ellátások (pl. ifjúsági és gyermek addiktológia), mely sokszor a forrásszűke miatti választáskényszer következménye. A szolgáltatások tervezése során elsősorban a pénzügyi lehetőségek, a finanszírozási szabályok a meghatározóak, és a szükségletek háttérbe szorulnak.

Mindezen tényezőkből látszik, hogy az egészségügyi és szociális szakemberek képzése, támogatása, munkájuk tárgyi feltételeinek biztosítása, a rendszerek összehangolása elengedhetetlen ahhoz, hogy a korai kezelésbevétel munkájába hatékonyan bekapcsolódjanak.

Kifejezetten az alkoholproblémák kezelésével kapcsolatban a korai kezelésbevételi programok leginkább az egészségügyi ellátórendszer struktúraváltásához kapcsolódóan, az ún. lakosság közeli ellátások keretében lennének megvalósíthatóak. Elsősorban az alkoholbetegek és problémás ivók korai kezelésbevételi programjainak kialakítására történt kísérlet. Ezek keretében főként a TÁMASZ-hálózat felélesztése, szakmai standardok kidolgozása és integrált programok megvalósítása mellett a finanszírozás rendszerének létrehozása, valamint a munkahelyi bázisú korai kezelésbevételi programok terjesztése lenne kívánatos (Kassai-Farkas, 2015, 2009; Kassai-Farkas és mtsai., 2009).

A rendelkezésre álló információk alapján a szükségletek az alábbi szempontok mentén összegezhetőek:

- *A kliens szükségletei kell, hogy artikulálják a kezelési modalitásokat és azok tartalmát:* A kezelés színtereit, intervenciós eszközeit és szolgáltatásait a kezelt sajátos problémáihoz és szükségleteihez kell illeszteni.

¹⁵Kevés releváns hazai informatív szakanyag volt fellelhető, továbbá ezek egy része nem tudományos vagy szakmapolitikai írás volt. Több esetben szakmai rendezvények anyagai, vagy addiktológiai szakemberek kapcsolódó prezentációi kerültek feldolgozásra. A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatban még kevesebb ismeret áll rendelkezésre, míg az alkoholfogyasztók és nagyivók korai kezelésbevételével kapcsolatos tapasztalatok inkább elérhetőek voltak ezen dokumentumokból.

- *A beavatkozások hozzáférhetősége és elérhetősége:* A kezelésnek rendelkezésre kell állnia és elérhetőnek kell lennie a kezelésbe kerülő számára.
- *A kezelés ellátás fókusz:* A kezelés nem csak a droghasználatra/alkoholhasználatra fókuszáljon, hanem az egyéb (orvosi, pszichológiai, szociális, munkaképességi, munkaerő-piaci, jogi) problémákra is próbáljon választ adni.
- *Retenció:* A kezeléseket úgy kell megtervezni, hogy a kezelt megfelelő ideig abban benne is maradjon; a kezelés-ellátás az idő előtti kilépéssel együtt járó problémák enyhítésére is alkalmazzon eszközöket.
- *Integráció a kezelés-ellátás tartalmában:* Az addiktológiai kezelés alapszerepei a tanácsadás és terápiás eszközök, a gyógyszeres kezelés ne önállóan, hanem ezekkel együtt kerüljön alkalmazásra.
- *Kortárs és sorstárssegítés:* Kortárs- és sorstárs csoportok alkalmazása indokolt.
- *Esetkezelés:* Egyéni kezelési terv készítése, annak rendszeres felülvizsgálata, esetleges módosítása szükséges.
- *Szükségletvezérelt beavatkozás tervezés:* A kezelést megelőző állapotfelmérés az addiktológiai problémán kívül más lehetséges mentális betegségekre is terjedjen ki; a kezelés folyamatos monitorozása, a kezelési igényekhez való igazítása szükséges.
- *A kezelés-ellátás tartalma:* Kapjanak nagyobb teret a támogató, képessé tevő (felruházó) szolgáltatások, valamint az átmeneti és kezelést-követő szolgáltatások; differenciált (speciális populációk, fogyasztási mintázatok szerinti) terápia javallott.
- *Szakmai kontroll:* Együttesen (megrendelő, a szolgáltatást végző, a szolgáltatást igénybe vevő közreműködésével) kidolgozott irányelvek szükségesek; a minőségbiztosítás / minőségfejlesztés / eredményességi értékelés elengedhetetlen összetevők.
- *Hatékonyág:* Egyik feltétele a speciális szaktudás.
- *A humán erőforrás biztosítása:* Megfelelő munkakörülmények biztosítása szükséges a tanácsadók részére.

3.2 Szükségletek intézményi szinten

Az egészségügyi ellátórendszer szereplői körében végzett tájékozódás alapján az alábbi szükségletek körvonalazódtak:

- Az addiktológiai ismeretek bővítésének elősegítése lenne kívánatos, e tekintetben a vonatkozó ismeretek nagyobb volumenű átadása már a graduális képzés során, illetve azt követően praktikus szempontokat szem előtt tartó továbbképzések keretében. Szintén az információk hozzáférhetőségét javítaná a megfelelő formátumban és tartalomban rendelkezésre álló információs kiadványok hozzáférhetővé tétele;
- Az addiktológiai problémák felismerését elősegítő mérőeszközök, és az azok alkalmazását támogató képzések biztosítása kulcsfontosságú intézkedés lenne;
- A delegálás-beutalás folyamatát elősegítő teljes körű információs tartalommal bíró kiadványok elérhetővé tétele fontos támogatást jelentene. Jelen pillanatban a továbbirányítás szükségességének felismerése ugyan gyakran megtörténik, de a lehetséges intézmények körének hiányos, vagy csak személyes kapcsolatokra támaszkodó ismerete gátolja a valóban eredményes és a kliens érdekeit szem előtt tartó továbbirányítást.

A *szociális és gyermekvédelem területén* sürgősen fejleszteni kell a szakemberek addiktológiai ismereteit az addiktológiai problémákkal küzdők korai kezelésbevétele érdekében. Emellett a különböző szakterületek közötti együttműködések erősítésére, az addiktológiai szakemberek belső

intézményi alkalmazására, valamint a szociális és gyermekvédelmi területek mellett az addiktológiai intézmények kapacitásbővítésére van szükség.

Összefoglalva a szociális ellátórendszer (szociális alap és szakosított) szereplői körében az alábbi szükségletcsoportok körvonalazódtak:

- Szükség lenne megfelelő kapacitással rendelkező addiktológiai szakemberre helyben, az intézményben, aki tud konzultálni, terápiát végezni. (pszichiáter, addiktológus, mentálhigiénés tanácsadó, addiktológiai konzultáns, stb.);
- Szektorközi (egészségügyi – szociális) kommunikáció erősítésére, ugyanis az eltérő szektorhoz tartozó szakemberek kommunikációja neheztett, nyelvhasználatuk, problémaérzékelésük és értelmezésük harmonizációt igényel;
- Erősíteni lenne szükséges a szektoron belüli együttműködések is annak biztosítása érdekében, hogy a klienseket a maguk teljességében lássák a szakemberek, ne csak egyes elszigeteltnek tűnő szegmenseket;
- Bővíteni és aktualizálni lenne szükséges a pszichoaktív szerek hatásával és tüneteivel kapcsolatos, valamint az akut helyzetek által igényelt beavatkozási módokkal kapcsolatos ismereteket;
- A kliensek szükségleteihez illeszkedő ellátási formák biztosítása lenne szükséges;
- Az utógondozás intézményi feltételeinek biztosítása szükséges.

3.3 Szükségletek a kliens szintjén

A korai kezelésbevitel elősegítésének fókuszában elsősorban a problémás alkoholfogyasztók (nagyívók) és pszichoaktív szerhasználók elérése, kezelésbe vonása, intézményi ellátásának megkezdése áll. Ehhez elsődleges a megkereső munka erősítése és innovatív szolgáltatások beépítésével történő fejlesztése. Azonban a klienssel való közvetlen kapcsolatfelvétel és kapcsolatépítés nehézsége mögött is sokféle indok húzódik.

Egy friss, az USA-ban készült tanulmány (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016) feltárta azokat az okokat, amiért az emberek nem szívesen keresik fel a kezelőhelyeket addiktológiai problémával. Az eredmények szerint az emberek többsége azért nem keres fel szakembert, mert egyáltalán nem gondolja, hogy neki problémája lenne a szerhasználattal és/vagy nem érzi szükségét annak, hogy kezelésbe kerüljön. Mindazonáltal rengeteg olyan szerhasználó személy van, akik ugyan azt gondolják, jó lenne, ha segítséget kapnának a szerhasználattal kapcsolatos nehézségeik miatt, ám ennek ellenére nem keresnek fel szakembert. Ennek számos oka van a fent idézett vizsgálat tanúsága szerint:

- majdnem minden második személy (40,7%) úgy érzi, egyelőre még nem áll készen a leszokásra
- körülbelül 30% azért nem keresi fel (az amerikai) ellátórendszert, mert nem tudja fedezni az egészségügyi kiadásokat
- a személyek egy része attól tart (16,4%), hogy a kezelés negatív hatással lenne az állására (pl. elbocsájtás)
- tartanak attól (8,3%), hogy a kezelésre személyes környezete, közössége nem reagálna támogatóan
- 10-10%-a a megkérdezetteknek úgy nyilatkozott, hogy azért nem keres fel kezelőhelyet, mert
 - o nem tudja, hova mehetne;
 - o nincs olyan program, amely megfelelné az ő szükségleteinek, elvárásainak; illetve
 - o a működő programok olyanok, amelyek számára térben vagy időben nehezen elérhetők (pl. túl messze vannak, vagy nyitva tartásuk nem illeszkedik a személy életviteléhez).

A tapasztalatok alapján a fenti indokok jó része hazai körülmények között szintén érvényes. A hazai adatokból is egyértelmű, hogy meghatározóan fontos lenne az addiktológiai problémában érintett személyek érzékenyítése, motiválása arra, hogy felismerjék a problémát és segítséget kérjenek a változtatáshoz, mely során – a sajátos, egyéni élethelyzetnek, ellátási körülménynek a figyelembe vételével – alkalmazhatók lennének a korai kezelésbevétel különböző eszközei.

A potenciális kliensek szemszögéből kulcsfontosságú lenne *megerősíteni az alacsonyküszöbű szolgáltatások ismertségét* az egészségügyi ellátórendszerben, különösen a házi orvosoknál. Ez utóbbi azért is lényeges, mert a leghátrányosabb helyzetűek ellátórendszerbe juttatásában a házi orvosok nagy szerepet játszhatnak, amely csoportra kiemelten kell koncentrálni, hiszen például a TDI adatok alapján a legalacsonyabb iskolai végzettségűek lépnek legkevésbé kezelésbe saját elhatározásból.

A különböző szerek esetén eltérő szerepe lehet a különféle intézményeknek továbbutalás szempontjából. Az egészségügyi ellátórendszernek az altatók, nyugtatók használatával összefüggő problémákra lehet jó rálátása, így ezen szert használók kezelésbe juttatásában fontos szerepe lehet. A szociális ellátórendszer intézményeinek az ÚPSZ (új pszichoaktív szer vagy közismertebb néven dizájner drog) használók, illetve szintén az altatót, nyugtatót használók esetében lehet jelentős szerepe. Minthogy az ÚPSZ használók vannak a legkevésbé kapcsolatban a kábítószerrel foglalkozó szolgáltatókkal, így e szerfogyasztók esetén a szociális ellátórendszer szerepe lehet rendkívül fontos a korai kezelésbevételben.

Krízishelyzet mint lehetőség a klienssel történő kapcsolatfelvételéhez és kezelésbevételhez

A korai kezelésbevétel kritikus pontja az ellátásba kerülés, a kapcsolatfelvétel, vagyis az egyénnek az ellátórendszerrel és az azt képviselő szakemberrel történő első találkozása. Ez az alkalom és a szerzett első benyomás kiemelten meghatározó a további kliensút során a motiváció alakulásában.

Az egyén szempontjából külön kiemelendő a *krízis mint állapot*, mely alkalmat adhat a segítő szakember számára – akár egészségügyi, akár szociális – a korai kezelésbevétel kezdeményezésére. Az addiktológiai problémákról történő kommunikáció nehézsége az egészségügyi alapellátásban és a szociális ellátásban is – melyet a hazai kutatások is alátámasztottak – önmagában is komoly akadályozó tényező a korai kezelésbevétel eszközeinek az alkalmazásához. Az egyénnel *krízishelyzetben* történő találkozás azonban egy olyan helyzetet teremthet, mind az egészségügyi, mind a szociális ellátórendszerben, mely lehetőséget adhat a szakember számára a legelső lépések megtételére.

Ezért az egyén szintjén a krízisek korai felismerése és 'felhasználása' a minél hamarabb elkezdett és hatékonyabb beavatkozás céljából alapvető fontosságú.

4. RÉSZ

A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL HAZAI GYAKORLATÁNAK MEGERŐSÍTÉSE –

SZAKMAI AJÁNLÁSOK A SZOCIÁLIS ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK ÉS SZAKEMBEREIK SZÁMÁRA

Sebestyén Edit

Szécsi Judit

Szemelyácz János

Felvinczi Katalin

Topolánszky Ákos

1. FOGALMI BEVEZETŐ

A korai kezelésbevitel olyan speciális intervenciók, beavatkozások gyűjtőfogalma, melyek olyan rizikócsoportokat céloznak, amelyek tagjai érintettek valamely ártalmas viselkedés szempontjából. A pszichoaktív szerhasználatra vonatkozóan ez azt jelenti, hogy a személlyel még időben, „korán”, azaz a szerhasználói életútnak még a korai szakaszában lépünk kapcsolatba annak érdekében, hogy megelőzzük állapotának romlását, a függőség, egyéb mentális betegségek, valamint a szerhasználattal kapcsolatos pszichés és fizikai ártalmak kialakulását, illetve életvitelének szignifikáns leépülését (Kendall és Kessler, 2002; Kaposov és mtsai, 2005; Liddle és mtsai, 2004; Tait, Brown, Parker és Godding, 2002).

A korai kezelésbevitelnek mint összekötő hídnak tehát jelentős szerepe van abban, hogy a megelőzés és a kezelés területe között átjárást biztosítson, mely beavatkozás egy *integrált addiktológiai ellátórendszerben* valósítható meg. Ebben a rendszerben segítjük a klienst abban, hogy a szükségleteinek megfelelő egészségügyi, szociális vagy egyéb ellátáshoz jusson. Ez nem csupán a prevenció, a korai kezelésbevitel és a kezelés területeit érinti, hanem kiterjed az utógondozás és reintegráció területeire is (Evashwick, 1988). A nemzetközi tapasztalatok alapján az integráció fontos lépése, hogy a drogfogyasztás problematikáját megcélzó szolgáltatások, különösen azok, amelyek a korai kezelésbevitel körébe tartoznak, bekerüljenek az általános, széles körben elérhető egészségügyi és szociális szolgáltatók tevékenységi körébe, így bővítve az ellátási láncot.

A korai kezelésbevitel hazai gyakorlatának feltérképezésével megállapítható, hogy bár a törekvés jelen van, az egészségügyi alapellátást végző intézmények, valamint a szociális ellátás alap és szakosított intézményei, valamint a gyermekvédelem intézményei jellemzően nem használják ki a korai kezelésbevitel eszköztára nyújtott lehetőségeit. Ezen intézmények és a speciális addiktológiai ellátást végző intézmények közötti együttműködések sokszor esetlegesek, miközben az addiktológiai problémával küzdő felnőttek és fiatalok számára ez lehetne egy belépési pont az ellátórendszerbe.

2. A SZAKMAI AJÁNLÁSOKCÉLJA ÉS CÉLCSOPORTJA

A korai kezelésbevitelre vonatkozóan fellelhetők jó hazai példák, gyakorlatok, azonban ezek nem rendszerszintűek, hanem leginkább adott szakemberek személyes szakmai elköteleződésének és kapcsolatrendszerének az eredményei.

A szakmai ajánlások célja a korai kezelésbevitel hazai gyakorlatának átfogó jellegű erősítése, mely ajánlások a 3. Részben áttekintett szükségletekből következnek. A szükségletek rendszerszinten, intézményi szinten és a kliens szintjén azonosíthatók, amelyekre adott válaszok – maguk az ajánlások – egymásra épülve és egymást támogatva a korai kezelésbevitel teljes spektrumát lefedik.

A fejezetrészben megfogalmazott szakmai ajánlások több terület intézményei és szakemberei számára fogalmaznak meg általános érvényű és speciális szakmai javaslatokat. Ezek a korai kezelésbevitel szemléletének meghonosítására, megerősítésére, valamint ennek megvalósulása érdekében szükséges összehangolt cselekvésre irányulnak az alap- és sürgősségi ellátást nyújtó egészségügyi intézmények, az alap- és szakellátást biztosító szociális intézmények, a gyermekvédelem intézményei, valamint az addiktológiai szakellátást nyújtó intézmények kapcsolatrendszerében.

Az ajánlások legfőbb célcsoportja az egészségügyi alapellátás, valamint a szociális intézményrendszer szereplői. Azonban az alapellátásban dolgozó háziorvosok és házi gyermekorvosok, szociális és gyermekvédelmi szakemberek mellett az ajánlások érvényesek lehetnek más területek szakemberei számára is, mint például iskolaorvosok, iskolai szociális munkások, sürgősségi ellátásban dolgozó szakorvosok, munkahelyi környezetben dolgozó üzemorvosok, munkapszichológusok, iskolákban, javítóintézetekben dolgozó egészségügyi és szociális szakemberek, ifjúsági tanácsadó irodák, szabadidős foglalkozások, klubok szakemberei.

3. SZAKMAI AJÁNLÁSOK A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SZEMPONTJÁBÓL KIEMELTEN FONTOS INTÉZMÉNYEK ÉS SZAKEMBEREIK SZÁMÁRA

A nem addiktológiai fókuszú egészségügyi ellátás, szociális alapellátás, gyermekvédelem esetén a kezelésbevétel szemléletének, valamint a korai kezelésbevétel eszközrendszerének intézményeken belüli elterjesztése és alkalmazása a legfontosabb fejlesztési célok.

A specifikusan addiktológiai ellátást végző intézmények részéről a legfőbb feladat a három fő intézménycsoport és azok intézményi szereplői közötti formális együttműködések előmozdítása, támogatása. Az addiktológiai ellátók emellett az addiktológiai probléma és annak kezelésére irányuló támogatóbb attitűdök erősítésében vállalhatnak nagyobb szerepet, melynek elősegítése kifejezetten kívánatos lenne a szakmabeliek körében akár az egészségügyi alapellátás területéről, akár a szociális területről van szó.

A támogató hozzáállás az alkoholbetegek esetében még inkább fajsúlyos kérdés, mert bár mind az illegális szerfogyasztók, mind az alkoholproblémával küzdők esetén jellemző lehet egyfajta elutasítás a velük találkozó, nem addiktológiai képzettségű szakemberek részéről, a problémás alkoholfogyasztó populáció ennek a negatív hozzáállásnak még inkább kitett. A tapasztalat szerint a drogproblémával szemben az alkoholprobléma még elhanyagoltabb, mely befolyással bír az ellátórendszerre, arra a szakmai közegre, amely a gyógyítást és az ellátását nyújtja, továbbá a pénzügyi források mobilizálására is (Lajtai, 2007).

3.1 Általános ajánlások

A korai kezelésbevétel eredményessége szempontjából kiemelt intézményeknek többféle feltételnek kell megfelelnie, melyek kulcstényezőkként számítanak a terület fejlődése szempontjából:

Ajánlás 1 – Addiktológiai alapismeretek erősítése

Az egészségügyi és szociális szakmacsoport képviselői, akik szakterületük révén nagy eséllyel kapcsolatba kerülhetnek addiktológiai problémákkal küzdő kliensekkel, rendelkezzenek alapos tudással a kockázati csoportokról, a különböző pszichoaktív szerekről, a szerhasználat jellemzőiről, az addiktológiai problémákról és azok kezeléséről, valamint az addiktológiai szakellátást nyújtó intézményrendszeréről.

Bizonyos intézmények szakemberei, melyek bár nem addiktológiai fókuszú ellátást nyújtanak munkájuk során, napi tevékenységükből adódóan kapcsolatba kerülnek a korai kezelésbevétel célcsoportjának képviselőivel, ezért fontos, hogy ismeretekkel rendelkezzenek az alábbiakról:

- a kockázati csoport jellemzői, sajátos életvitele,
- a személyiségfejlődés kritikus szakasza (normatív krízisek), különös tekintettel a gyermekkorra, valamint a serdülő és fiatal felnőtt korra,
- a rizikómagatartás sajátosságai, az addiktológiai problémákkal összefüggő kockázati és védőfaktorok,
- a pszichoaktív szerek jellemzői, az alkohol- és egyéb drogfogyasztás tünetei, kapcsolódó orvosi vizsgálatok,
- addiktológiai ellátórendszer elemei.

Ajánlás 2 – Hatékony intézményközi együttműködések kialakítása

Valósuljon meg hatékony kommunikáció és együttműködés a különböző típusú szolgáltató intézmények között.

A korai kezelésbe kerülés kulcsintézményei közötti együttműködés alapfeltétel, mely elősegíti szükség esetén a kockázati csoport tagjainak a legmegfelelőbb intézménybe, azon belül is a legmegfelelőbb szolgáltatásba/ellátásba kerülését. Fontos, hogy ezek az együttműködések és a szakemberek közötti kommunikáció ne csak informális úton valósuljanak meg, csupán az esetleges személyes vagy szakmai ismeretségeket felhasználva, hanem – építve természetesen e kapcsolatok előnyeire és természetére is – formális keretek között is megerősítésre kerüljenek, figyelembe véve az ellátási formákat és az azokat szolgáltató intézmények teljes tárházát. Mindehhez hozzátartozik más szervezetek működési módjainak, szolgáltatásainak ismerete, mely megkönnyíti szükség esetén a kliens más ellátásba utalását.

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény¹⁶ rendelkezik az észlelő- és jelzőrendszer gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatairól. Ennek célja a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése. A korai kezelésbe vétel szempontjából érintett főbb intézmények alaptevékenységük keretében látják el ebbéli feladataikat, mint az egészségügyi szolgáltatást nyújtók (így különösen a védőnői szolgálat, a háziorvos, a házi gyermekorvos, a főállású iskolaorvos, az iskolapszichológus), a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, a köznevelési intézmények és javítóintézet. Fontos, hogy az 'Észlelő és jelzőrendszer' részeként, *aktív cselekvőként* működjenek együtt ezek az intézmények és szakembereik a rendelkezésre álló szakmai keretek között. A jelzőrendszeri tanácsadóval, jelzőrendszeri felelőssel való kapcsolatfelvétel, kommunikáció és érdemi együttműködés elősegítheti, hogy a szakemberek ne érezzék mindennapi működésükben az elszigeteltséget, a szakmai támogatás hiányát, egy-egy összetett eset megoldásának esetleges lehetetlenségét.

Az esetmegbeszéléseken, esetkonferenciákon, szakmaközi megbeszéléseken (melyek a lehetőségekhez mérten igazodjanak a meghívott felek munkarendjéhez) való részvétel, a szakmai kereteken belüli rugalmas hozzáállás, egymás munkájának támogatása, a közös munkát (pl. háziorvos, családgondozó, gyermekvédelmi szakember) érintő dokumentációs követelmények ismerete, az egyes esetekről, a gondozási folyamatról, azok tapasztalatairól való közös diskusszió, azok megoldásáról, vagy az esetleges elakadásról történő visszacsatolások tovább erősíthetik az egyes felek közötti kooperációt, az eltérő szakmacsoportok közötti bizalmat. Ez további szakmai együttműködéseket generálhat, elősegítheti a közösségi szemlélet megerősödését, és hozzájárulhat a jövőbeni hatékonyabb esetkezeléshez, így a kliens valós állapotának és szükségleteinek megfelelő ellátás közös megtalálásához és egyben a kliens motivációjának erősítéséhez.

Ajánlás 3 – A lakosság támogatása az ellátó intézményekről való ismeretszerzésben és a szolgáltatások igénybevételében

Az egészségügyi és szociális ellátás szakemberei segítsék elő, hogy a társadalom tagjai kapcsolódni tudjanak az intézményeikhez, így ismerjék annak ellátási formáit, szolgáltatásait, az azok nyújtotta lehetőségeket, hogy szükség esetén igénybe vegyék azokat.

A nem addiktológiai fókuszú intézmények szakembereinek hatékony kapcsolatfelvételi módokat kell alkalmaznia a kockázati csoport tagjaival. Ezt elősegítheti olyan programok, szolgáltatások kezdeményezése és megvalósítása, amelyek támogatják az intézményeknek, az igénybe vehető szolgáltatásoknak, így a szolgáltatások nyújtotta előnyöknek minél jobb

¹⁶ A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. Évi XXXI. törvény

megismerését (az intézmény profiljához illeszkedő szolgáltatások, programok, mint például egészségügyi szolgáltatások, iskolai vagy megkereső programok). A pozitív, támogató kapcsolat erősítése, a bizalom kialakítása az intézmény hatóköréhez tartozó egyénnel, családokkal növelheti bármilyen későbbi intervenció sikerének valószínűségét.

Ajánlás 4 – Támogató, bizalmi légkör kialakítása a klienssel

Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek az orvosi vizit és az esetvitel során támogató, bizalmi légkör kialakításával növeljék a betegekkel és a kliensekkel a szerhasználati problémákról folytatott kommunikáció lehetőségét, és fokozzák annak hatékonyságát.

A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos kommunikáció az orvos-beteg, szociális szakember-kliens viszonylatban különösen érzékeny terület. Ebből adódóan a szakemberek részéről nagyon fontos olyan kommunikációs technikáknak az alkalmazása, melyek csökkentik mind a kliens, mind az ellátó személyzet szorongását, és egyben növelik a kliensek problémáiról való beszámolójának a megbízhatóságát és pontosságát.

Kutatások alátámasztják, hogy a motivációs hangsúlyú kommunikáció az addiktív problémákkal küzdő betegekkel javítja a eredményeket az alapellátásban, szemben a konfrontatív típusú kommunikációval (American Academy of Family Physicians., Coffa, & McCance-Katz, 1970). A kommunikáció minőségének javulása értelemszerűen nagymértékben erősíti egy olyan bizalmi légkör kialakításának a lehetőségét, melyben a kliens nyitottabbá válhat, és ez által felfedhet olyan személyes, addiktológiai jellegű problémákat, melyekről egyébként nem biztos, hogy készen állna beszélni.

Az alapellátásban tevékenykedő szakember mint segítő léphet fel az addiktológiai problémák feltárása esetén, mely során a partnerség, a humánus, a szolidaritás alapértékei – mint a segítő szakmában általánosságban – itt is iránymutatóak. Az orvos és szociális szakember részéről a nyitottság, az érdeklődés, az empatikus fellépés, az értékítélet-mentes, de egyben nyílt, határozott, a szükséges viselkedésváltozást, illetve az annak hététerében álló szükséges tényezőket feltáró kommunikáció pozitív eredményeket hozhat.

A jogi védettség biztosítása szintén a bizalmat erősítheti, miszerint a titoktartási kötelezettség révén a klientsztől szerzett – különösen az illegális drogfogyasztással kapcsolatos – információkat a kliens beleegyezése, tudta nélkül senkivel nem osztja meg a szakember, így a bűnüldöző szervekkel sem. Dilemmát okozó helyzetekben érdemes az intézmény jogászával konzultálni a jogilag is helyes eljárásról. Ugyanakkor a házi gyerekorvos tájékoztatási kötelezettsége a törvényes képviselő felé (szülő, nevelőszülő, gyám) fennáll. Mindemellett fontos hangsúlyozni, hogy az egészségügyi alapellátás részét képező házi orvosnak, házi gyerekorvosnak, iskolaorvosnak, védőnőnek a szociális és gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaként a gyermek veszélyeztetettsége esetén jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé (gyvt. 17. par.). Emellett a felnőttek egészségügyi problémái mellett megjelenő egyéb szociális, életvezetési, kapcsolati nehézségek orvoslására szintén jelezhet a települési család- és gyermekjóléti szolgálatoknak, ahol segítő beszélgetéssel, aktuális ügyek intézésével tudnak segítséget nyújtani az egészségügyi ellátás támogatásához, hatékonyabbá tételéhez.

Alapvető jelentősége van annak, hogy a beteget aktívan bevonjuk a terápiás folyamatba, még ha csak a kezdeti lépéseket is tehetjük meg az alapellátás keretei között. A közös munka során az objektív, kiegyensúlyozott információátadás, a lehetséges jövőbeni lépések felvázolása, rövid-, és amennyiben reálisnak mutatkozik, középtávú célok közös megfogalmazása, a

betegtől folyamatos visszajelzés kérése segíthet kialakítani a személyes felelősség és a kompetencia érzését a kliensben, ezzel is támogatva az eredményesebb munkát.

Kommunikációs szempontból külön kiemelandó a 'krízis' mint állapot jelentősége (Lásd részletesen a 3.5 Krízisintervenció című fejezetet a 2. Részben), mely bár mind az orvos, mind a szociális szakember számára egy kritikus kommunikációs helyzetet teremthet betegével, de egyben segíthet feltárni olyan jellegű problémákat is, melyek korábban rejtve voltak a szakember előtt. A krízisek hátterében gyakorta búvik meg valamilyen drogfogyasztási-, vagy alkoholprobléma, akár a beteg személyes életében, akár valamely családtag életében, legyen az házastárs, gyermek vagy egyéb rokon. A krízishelyzetben lévő felnőtt, illetve gyerek (főként veszélyeztetettség fennállása esetén a gyermekvédelemben) megfelelő felismerése, adekvát kezelése a saját kompetencia határokra belül, főként a helyzet adta kommunikációs lehetőségek kiaknázásával olyan lehetőséget és alkalmat biztosíthat a szakember számára a korai kezelésbevitel folyamatának elindításához, ami a krízis nélkül nem biztos, hogy lehetséges lenne, illetve lett volna. Ezért az orvos és szociális szakember feladata, hogy mint segítő, ismerje fel a krízishelyzetet, „...legyen szeme és füle az apró, vagy sokszor már ordító jelekre, hogy a destruktív eseményeket nyílttá téve, a folyamatokat értékelve és katalizálva képes legyen a fejlődés irányába fordítani segítettjét.” (Személyácz, 2009a).

Ajánlás 5 – Alapismeretek megszerzése a korai kezelésbevitelről és a módszerek alkalmazása

Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakember rendelkezzen alapismeretekkel a korai kezelésbevitel szemléletéről, annak előnyeiről, lehetőségeiről, valamint ismerje annak legfontosabb eszközeit, az azok nyújtotta lehetőségeket, és a kliens jellemzői, tünetei, körülményei ismeretében alkalmazza a tudásának legmegfelelőbbet.

E segédlet 1. Részében rövid áttekintést adtunk a korai kezelésbevitel elméletéről, annak fogalmáról, céljairól, az ellátási kontinuumban való elhelyezkedéséről, célcsoportjairól, alkalmazási területeiről, valamint azokról a tényezőkről, melyek a korai kezelésbevitel szélesebb körű társadalmi elfogadottságát segítik. Ezek ismerete önmagában elősegítheti a korai kezelésbevitel különböző eszközei alkalmazásának megfontolását a háziorvosi praxisokban, a szociális ellátásban és a gyermekvédelemben. Az eszközök ismertetése hozzáférhető szakirodalommal a segédlet 2. Részében található, melyekben szerzett jártasság segítheti a legcélszerűbb eszköz kiválasztását a közös munkához.

A szűrés jelentősége nem csak a háziorvosi praxisban, hanem a szociális területen is kiemelkedő. Mint a 2. Részben látható, számos eszköz áll rendelkezésre, melyekkel a szenvedélybetegség szintje megállapítható, és mely eligazodást tud nyújtani a további beavatkozás tervezésében.

Szociális területen a szociális diagnózis felmérés rendszere is tartalmaz egy egészségügyi felmérésre vonatkozó részt, mely amellett, hogy tartós betegségekre, belgyógyászati-, mozgásszervi problémákra kérdez rá, a kontroll tartásával kapcsolatos problémákat járja körül, melybe – szélesen értelmezve – a szenvedélyproblémákkal kapcsolatos kérdések is bekerülhetnek. Szendélybetegségekre vonatkozó egyéb kérdés a családi környezetre vonatkozik (alkohol, gyógyszer, drogfüggőség, játékszenvedély, pszichiátriai problémák és öngyilkosság). A gyerekekre vonatkozó kérdőívben csak közvetve jelenik meg a szenvedélybetegség. Ez főként az iskolai lemorzsolódás, illetve intézményi konfliktusok okaira rákérdezve ad lehetőséget a szenvedélyproblémák kibontására. A kommunikáció kezdeményezésére további elindulást jelenthetnek a szociális diagnózis azon kérdései – melyek a háziorvosok számára is hasznosak lehetnek –, melyek arra vonatkoznak, hogy a kliens észlelte-e olyan jelzést a környezetétől, hogy neki valamilyen problémái vannak. A környezet által észlelt problémák a szenvedélybetegségeknél tipikusak, és gyakran megelőzi a saját felismerést. Az erre való rákérdezés segítheti a kommunikáció folytatását, és egyéb motivációs technikák alkalmazását is.

Az intervenció tervezésénél segíthet a szociális diagnózis kérdőívében szintén szereplő, a szükségletfelmérés során felmerülő igények és a választ jelentő szolgáltatások összekötése. A szolgáltatások köre nemcsak kizárólag a szociális szolgáltatásokra, hanem az oda nem tartozó, egyéb szolgáltatásokra is kiterjed. Hasonlóan fontos lehet a korai kezelésbevitel szempontjából a szociális diagnózis kiértékelő eleme, ahol a felvétel során megfogalmazott problémákra válaszoló szociális és nem szociális szolgáltatás megnevezésére, valamint a szolgáltatás hozzáférhetőségének átgondolására és konkretizálására van lehetőség. Tehát a szociális diagnózis alkalmazása kiindulási pontot jelenthet a szenvedélybetegség beazonosítására úgy, hogy ez a szűrőeszköz a szociális és gyermekvédelmi terület saját kifejlesztett eszköze. A probléma detektálása után a további szenvedélyproblémák súlyosságát vizsgáló egyéb szűrőeszközök alkalmazása is szükséges lehet.

A család bevonása, illetve egyfajta 'családi anamnézis' felvétele az érintettel, vagy a család más tagjaival történő kapcsolatfelvétel – a titoktartás keretei között – a háziorvos számára is tovább árnyalhatja az addiktológiai problémáról kialakított képet. Köztudott, hogy egy komoly drogfogyasztási probléma a teljes családra kihatással lehet, melynek következtében a kialakult stressz, a nagymértékű aggodalom, esetleges egyéb, ráakódott szociális problémák, sőt, akár családon belüli erőszak is velejárái lehetnek a drogproblémának.

Külön kiemelnénk az eszköztárból a 'Motivációs interjú' mint alapvető eszközt, melyet megfelelő ismeretek birtokában az egészségügyi és szociális ellátásban tevékenykedő szakemberek biztonsággal, jól tudnak alkalmazni. A 'Motivációs interjú' inkább szemlélet, mint technika, mely azért is lényeges, mert ennek, illetve időszüke esetén bizonyos elemeinek az alkalmazása a tapasztalatok alapján kifejezetten hasznos lehet az alapellátásban. Kutatások bizonyítják, hogy számos egészségügyi probléma és az azokkal kapcsolatos elvárt viselkedésváltozás esetén hatékony. Így nem csak a felnőttek és serdülők drog- és alkoholfogyasztásának csökkentésében, de például dohányzás leszokás támogatásában, kockázatos szexuális viselkedés csökkentésében, gyógyszeres és egyéb kezelések követésének javításában vagy speciálisan diabétesz menedzsmentjében is használható (Hall, Gibbie, & Lubman, 2012).

A szociális alapellátásban dolgozó szakemberek azok, akik talán a leginkább kitettek annak, hogy a szerhasználat okozta járulékos ártalmakkal, annak káros következményeivel is találkozhatnak, mely a szerfogyasztó közvetlen környezetében jelentkezhet. A gyermekvédelemben dolgozó szakemberek is halmozottan szembesülhetnek fiatalok szerfogyasztásával a kockázati csoport okán. Ennek ellenére a szociális szakemberek gyakran hatáskörükön és szakmai kompetenciáikon kívülnek érzik egy kliens kifejezetten addiktológiai jellegű problémájával való törődést, melyből következően az addiktológiai segítségnyújtás a nyilvánvaló szükséglet ellenére nem történik meg.

A korai kezelésbevitellel kapcsolatos ismeretek bővítése alapvető fontosságú ahhoz, hogy a célcsoport szempontjából leginkább érintettebb szociális szolgáltatások szakemberei be tudjanak kapcsolódni az ellátási láncba az által, hogy a látókörükbe került kliens esetén a korai kezelésbevitel módszerét alkalmazzák. Ehhez információkat igényelnek a szerekl, intézményrendszerrel, beavatkozási módszerekkel kapcsolatban. Emellett az érzékenyítés, a segítői kommunikáció fejlesztése is kulcsfontosságú, melyeknek elsajátítása rövidebb, gyakorlatorientált, lépcsőzetes képzésekben valósulhat meg hatékonyan, társszakmák bevonásával.

Ajánlás 6 – Hosszú távú együttműködés kialakítása a szakellátásba irányított klienssel

Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakember alakítson ki hosszú távú együttműködést a súlyosabb szerhasználati probléma gyanúja miatt szakirányú ellátásba továbbírányított betegeivel, klienseivel.

Amennyiben valamilyen kezelés szükségességéről, illetve annak elindításáról dönt az orvos akár a saját hatáskörében, akár továbbutalással, helyezze a hangsúlyt a hosszú távú együttműködés fontosságára a beteg és az ellátórendszer között, mely az addiktológiai problémák kezelésének fontos sajátossága. Ebben a folyamatban a háziorvosi ellátás és maga az orvos személye a legbiztosabb, így a jövőben is bármikor elérhető kapcsolódási pont, amihez, illetve akihez bármilyen egészségügyi problémával fordulni lehet.

Ugyanez érvényes a szociális területen is. A segítő szakember kliense kezelésbe juttatása esetén ugyanúgy kínálja fel lehetőségként a hosszú távú együttműködést, azt, hogy a kliens bizalommal fordulhat a jövőben is bármilyen problémával a szociális szakemberekhez. Továbbutalás esetén hívjuk fel a beteg, kliens figyelmét arra, hogy a kezelési folyamat bármely pontján megkeresheti háziorvosát, vagy a szociális terület szakembereit (pl. családgondozó, gyám), mely során kérdéseket tehet fel, beszámolhat az előrehaladásáról és szükség esetén tanácsokat kérhet.

Az addiktológiai probléma kezelésének vállalásához szükséges motiváció kialakításában és erősítésében segítik az orvost és a szociális szakembert a korábban már említett és bővebben ismertetett eszközök, technikák. Emellett kulcsfontosságú annak a szemléletnek az erősítése a betegben, hogy az addiktológiai problémára úgy kell tekinteni – függetlenül attól, hogy egy viselkedéses addikcióról van-e szó –, mint bármely más betegségre, amit kezelni szükséges a rendelkezésre álló egészségügyi és pszichológiai eszközökkel, félretéve a társadalomban uralkodó, az alkohol- és drogfüggők hibáztatására irányuló negatív előítéleteket.

3.2 Specifikus ajánlások

A következő specifikus ajánlások a főbb intézménytípusok számára fogalmazznak meg konkrét lépéseket. Ezek az ajánlások a szakmai tartalomra, továbbá szakmai-etikai irányelvekre vonatkoznak, elősegítve és/vagy megerősítve az egészségügyi és szociális intézményeken belül dolgozó szakemberek korai kezelésbevétel területén végzett munkáját és magának a korai kezelésbevételnek a fontosságát.

3.2.1 Szakmai ajánlások a nem addiktológiai fókuszú egészségügyi ellátást nyújtó intézmények számára

Az egészségügyi intézmények számára megfogalmazott ajánlások az orvos-beteg kapcsolat, valamint a családdal való együttműködés szintjein, továbbá a háziorvosok tágabb közösségeikben való részvételére vonatkozóan határozzák meg a követendő szemléletet, a legfontosabb teendőket, kiterjesztve a hagyományos orvos-beteg kapcsolatot oly módon, hogy az segítse az addiktológiai problémák felismerését, az arról való kommunikációt.

Ajánlás 1 – Teljes körű kivizsgálás addiktológiai probléma gyanúja esetén

Addiktológiai probléma gyanújának felmerülésekor a háziorvos a lehetőségekhez mérten végezzen teljes körű kivizsgálást, szükség esetén speciális kivizsgálást. Ehhez ismerje és alkalmazza a rendelkezésre álló szűrővizsgálatokat is, melyek alkalmasak mind az alkohol, mind az illegális szerek okozta akut és krónikus fizikai elváltozások mérésére.

Minthogy nem elérhető olyan laboratóriumi vizsgálat, mely egyértelműen, kétséget kizáróan kimutatná azt, hogy a kliensünk drogbeteg és függő, a beteggel folytatott beszélgetések, konzultációk, célzott szűrőkérdőíves vizsgálatok, mint például az AUDIT, CAGE (lásd részletesen 2. Rész 'Eszköztár') révén nyert információk, a fizikális vizsgálat (pl. egyensúly, beszéd,

tájékozottság, kommunikáció stb.), a többféle laboratóriumi vizsgálat, valamint különböző képalkotó eljárások együttes eredményeire támaszkodva kaphatunk csak képet arról, hogy az adott kliens vajon fogyaszt-e valamilyen illegális drogot, fogyaszt-e alkoholt, szenved-e függőségben vagy problémás használó-e, és ha igen, milyen mértékű szervi, pszichés elváltozások, károsodások vagy szociális problémák alakulhattak ki nála.¹⁷

Szem előtt kell tartani azonban, hogy bár a különböző szomatikus vizsgálatok nagyon lényegesek, a testi tünetek sok esetben csak előrehaladott állapotban jelentkeznek, így nem biztos, hogy pontos képet kapunk a beteg valódi állapotáról, helyzetéről, esetleg csak becsléseket tudunk tenni. Ezért az állapotfelmérés összegzése, így a megosztott információk, valamint azok látszólagos hiányának az értékelése, a látható és feltárt lelki és szomatikus tünetek, illetve tünetegyüttesek összegzése, a laboreredmények kiértékelése gyakorlott szemmel is nehéz lehet, az esetleges ellentmondások, bizonytalanságok természeteseek.

Ezért is különösen fontos a korábban már említett orvos-beteg kommunikáció bizalmi jellegének erősítése, amelyben a beteg biztonságban érezheti magát, ahol segítséget kap addiktológiai jellegű problémájára is, amennyiben önmaga kéri. Ugyanakkor – megszégyenülés érzése nélküli – empatikus hozzáállást tapasztal abban az esetben is, hogyha a fizikális vizsgálatok felfedik a valószínűsíthető káros ivási-, vagy drogfogyasztási szokásokat annak ellenére, hogy a beteg erről nem beszélt soha, illetve eltitkolta, vagy közvetlen előzetes rákérdezés esetén is visszautasította vagy tagadta. (Egyébiránt kifejezetten alkohol- és drogfogyasztásra vonatkozó kommunikációs nehézségek kezdeti áthidalásaként a rendszeres, kötelező – felnőttek körében 4 évente, gyerekek körében évente – szűrővizsgálat részeként beiktatott addiktológiai kérdéssor alkalmazása egy alkalmas módszer lehet.)

Ki kell azonban emelni a későbbi esetleges addiktológiai kezelés lehetséges sajnálatos stigmatizáló „hatását” is. Alkoholproblémában szenvedő betegek néha jelzik addiktológus szakembernek, hogy előfordul a gyakorlatban, hogy például jogosítvány meghosszabbításnál nem kapnak hosszabbítást, ha addiktológiai kezelés fordult elő, továbbá sok beteg tart az esetleges munkahelyi negatív következményektől is.

Nagyon összetett kérdéskör, de említést érdemel, hogy előfordulhat, hogy valamilyen mentális zavart fed el a drogfogyasztási probléma és komorbiditás áll fenn, melyek közül leggyakoribbak a különböző hangulati és szorongásos kórképek, melyek háttéréről családtagtól is megtudhatunk információkat.

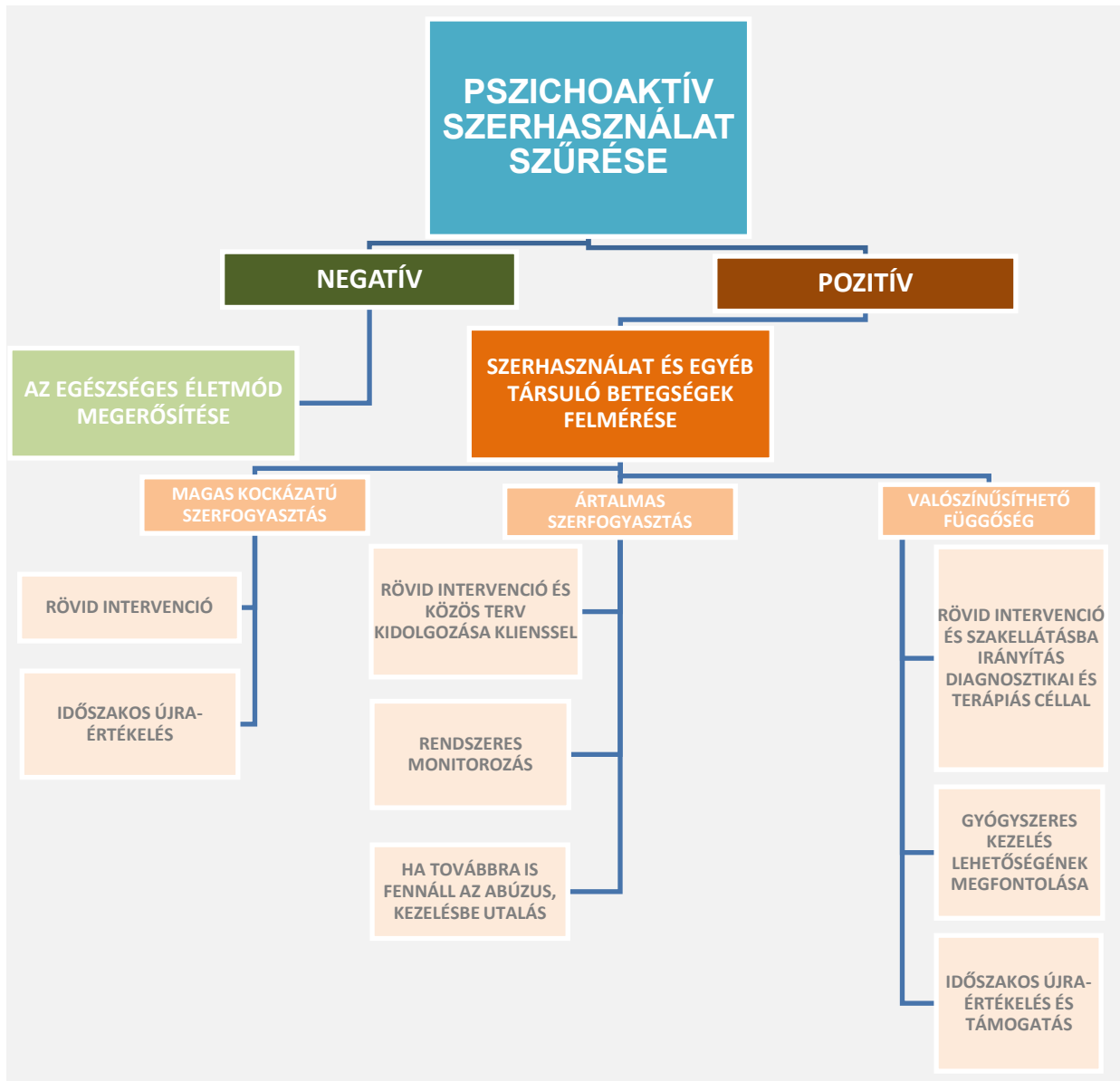
A szűk család egyéb tagjával végzett célzott konzultáció révén a problémákra érzékenyen reagáló egészségügyi szakember lehetőséget teremthet családtag számára is arra, hogy segítséget kérjen, ha szüksége van rá. Emellett az orvos számára a megszerzett háttérinformációk további segítségül szolgálhatnak a korai kezelésbevitel folyamata során.

¹⁷ *Fontosabb tünetek, kórképek, melyekkel a háziorvos találkozhat alkohol és egyéb pszichoaktív szerek használatánál:* a máj működésével kapcsolatos zavarok (alkoholos hepatitis, cirrhosis hepatis); normáltól eltérő laboreredmények (pl. GOT, GPT emelkedése (ha a GOT 2x magasabb, mint a GPT, alkoholos májkárosodásra kell gondolni), GGT emelkedés (akut alkoholhasználat jele), anaemia (általában macrocytaer), a leukocytosis balra tolódása, leukopenia, thrombocytopenia, alkalikus phosphatase magas, magas se bilirubin, gamma GT és vörösvértestek (MCV) térfogatának emelkedése, prothrombin idő megnyúlása, csökkent se albumin, emelkedett gamma-globulin, húgysav, triglicerid-szint); ascites, collaterális keringés, vérzések; gastrointestinális problémák: krónikus gastritis, fekély, Mallory-Weiss szindróma, pancreatitis; endokrin problémák: gynecomastia, pajzsmirigy diszfunkció; cardiovascularis zavarok: dilatatív cardiomyopathia, arrhythmia, hipertonia, ischemiás szívbetegség, stroke; vázizomzat: myopathia; immunrendszer általános gyengesége: gyakori, nehezen gyógyuló fertőzések, sebek; központi-idegrendszer: depresszív tünetek, memóriazavarok, Wernicke-Korsakoff encephalopathia; perifériás polyneuropathia: paresis (bénulás), paresthesia (érezésviz); egyéb pszichés tünetek: delirium, dementia, hallucinosis, paranoia, Korsakoff-kór; acut intoxikáció, megvonási tünetek, alkoholos (organicus) hallucinosis, krónikus alkoholos (organikus) psycho-syndroma; problémás alkohol használat külső és egyéb jelei: alkoholszagú lehelet, alkoholista arckifejezés, vörös arc, sclera belövelltsége, tremor, véraláfutások, perifériás neuropathia, zúgítás, indokolatlan munkahelyi hiányzások, gyakori balesetek, elesések, sérülések.

Nem utolsó sorban, például szociális jellegű problémák esetleges feltárása esetén, jelzőrendszerként is működve, egyeztetve az érintettekkel, más intézményrendszer tagját is tájékoztathatja beavatkozás szükségességéről, amennyiben úgy ítéli meg a helyzetet.

Összefoglalásképpen a következő ábra áttekinti a főbb lépéseket és beavatkozási lehetőségeket a háziorvos számára a szerhasználatra vonatkozó szűrés eredményeinek függvényében.

6. ábra: Kóros szerhasználat menedzsmentjének algoritmusai az alapellátásban
(Family, Shapiro, Coffa, & Mccance-Katz, 2013)



Ajánlás 2 – Népegészségügyi szemlélet alkalmazása

A házi orvos és házi gyerekorvos erőteljes közösségi szerepvállalással erősítse a korszerű népegészségügyi szemlélet alkalmazását a praxisában.

Az iskolaorvoslás eleve népegészségügyi szemléletű alapellátó szakma, mely a megelőzést állítja középpontba, és amely a gyermekek és fiatalok körében alkalmas az addiktológiai korai kezelésbevitel lépéseinek, a szűrésnek és esetlegesen a rövid intervenciónak az oktatási intézményekben való megvalósítására. A felnőttekkel foglalkozó házi orvosok a kapacitásaik legnagyobb részét jellemzően az egészségügyi alapellátás nyújtásába fektetik, és kevesebb figyelmet fordítanak általános népegészségügyi kérdésekre az ellátási körzetükben. Mindamellet, hogy ennek gyakorlati oka van, mégis szemléletváltás szükséges e tekintetben. Az egyéni esetkezelések mellett fontos része a modern háziorvosi praxisnak egy 'populációs perspektíva' elsajátítása.

A dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egyéb drogfogyasztás minden korosztályban, de különösen a felnőtt lakosság körében jelentős egészségvesztést okozó kockázati tényezőnek számít, melynek hátterében számos társadalmi tényező áll. Természetesen nem várható el, hogy a házi orvos önmagában előidézzon pozitív tágabb társas-társadalmi változásokat, melyek kedvező hatással lennének a lakosság egészségmagatartására, azonban erőteljesebb közösségi szerepvállalásával hozzájárulhat a népegészségügyi szakemberek által végzett megelőzési tevékenység kezdeményezéséhez és megvalósításához.

Az egyénre fókuszálás és a közvetlen tünetek mellett az orvos figyeljen a kliens és a környezete/családja által adott információkra, továbbá összpontosítson a tágabb lakókörnyezetben élők életminőségére is. Ismerve a különböző rizikómagatartások hátterében meghúzódó társadalmi tényezőket, fogalmazzon meg célzott üzeneteket a megfelelő érintetteknek a körzetében élő emberek életminőségének javítása érdekében. Az addikciók területén nagy ellenállásba ütközhetünk a társadalomban mélyen gyökerező intolerancia és előítéletek miatt. Az orvos, felhasználva szakmai tudását, megfelelő üzenetek, objektív, kiegyensúlyozott információk révén segítheti növelni a lakosság toleráns magatartását is.

Legyen számára fontos a nyitottság, a kreativitás, a tudásmegosztás. Ismereteit folyamatosan bővítve aktív társadalmi szerepvállalással keresse azokat a kommunikációs csatornákat és alkalmakat, ahol üzeneteit célba juttathatja, ahol a klientúrájában szerzett hasznos tapasztalatait és kapcsolódó tanácsait megfogalmazhatja a lakosság részére, és ahol az általa észlelt, a helyi közösség egészségével összefüggő problémákat artikulálhatja, ezáltal támogatva egyben más szektorok munkáját is.

Az egészség tematikáját előtérbe helyezve a helyi szakpolitikákban megvalósulhat az egészségbarát helyi kormányzás, melyben a házi orvosok komoly szakmai tanácsadóként tudnának fellépni. A helyi kerekasztal megbeszélések, konferenciák, különböző szakmai, egyeztető fórumok, mint például a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum a nagyobb városokban, Egészségfejlesztési Iroda a járásokban, vagy a helyi médiumok mint újság, televízió, rádió egészség rovatok, a közösségi média felületei mind alkalmasak arra, hogy a szakmai reputációval rendelkező házi orvosok felhívják nemcsak a lakosság, de más érintett szakemberek figyelmét is a praxisukban tapasztalt legfontosabb egészségi állapotbeli problémákra, valamint azok kockázati és protektív tényezőire, elősegítve ezáltal a problémák megoldásának komplex megközelítését, a szakmai hálózatokban való gondolkodást.

Egy élő kapcsolat a tágabb, helyi közösséggel, az aktív szerepvállalás, ahol az orvos nem csak professzionális gyógyítóként lép fel, hanem a megelőzésre helyezi a hangsúlyt és felszólal a helyi emberek egészsége érdekében, egyfajta pozitív szerep-modellként pozitív módon befolyásolhatja a körzetben lakó emberek alapellátással való kapcsolatát is, és hosszú távon ösztönzőleg hathat az orvos-beteg kapcsolatra.

3.2.2 Szakmai ajánlások a szociális alap- és szakellátást nyújtó intézmények számára

Az itt következő specifikus ajánlások a szociális és gyermekvédelmi intézmények szakemberei számára fogalmazzák meg javaslatokat abból a célból, hogy ezen intézménytípusok szerepe erősödjön az addiktológiai problémával küzdő kliensek korai kezelésbevételében. Az ajánlások az érintett intézmények közötti együttműködésekre és kapcsolódó szociális szolgáltatások fejlesztésére vonatkoznak.

Ajánlás 1 – Együttműködések kialakítása és erősítése az oktatás és egészségügyi területén

A szociális intézmények alakítsanak ki és erősítsék meg a speciális együttműködések az egészségügyi alapellátás, valamint az oktatás területével a még hatékonyabb esetvitel céljából.

A szociális szakemberek egyetértenek abban, hogy a korai kezelésbevétel mint módszer alkalmazásához tudásuk és kompetenciáik erősítésére van szükség, melynek része a kapcsolódó intézményhálózattal és azok szakembereivel való szorosabb együttműködés.

Alapfeltételek a kölcsönös tanulási lehetőség, egymás munkájának jobb megismerése az egészségügyi alap- és szakellátásban, az oktatásban dolgozó szakemberekkel történő együttműködés szorosabbá tétele, a jelzőrendszer fejlesztése, kölcsönös intézménylátogatások szervezése és esetmegbeszélő alkalmak formájában zajló szakmai eszmecsere.

A szociális és gyermekvédelmi intézmények az együttműködés kezdeményezői, motorjai lehetnek. Kezdeményezni tudják a kapcsolatfelvételt, a kapcsolat mélyítését az egyes társszervezetekkel, más tudományterületek képviselőivel. Segíteniük kell őket abban, hogy a jogszabályban is lefektetett együttműködési és jelzési kötelezettségeiknek bátrabban tegyenek eleget, és az ezzel kapcsolatos dilemmáik csökkenjenek, feloldódjanak. Ennek a munkának fontos része, hogy az együttműködés során a szociális és gyermekvédelmi szakemberek is legyenek nyitottak a közös munkára, ami azt is jelenti, hogy a közös esetvitel során tájékoztatást, visszajelzést is adjanak a jelző félnek. A partneri munka elősegítése érdekében fontos az egyes szakterületek kompetenciahatárainak konkrét esetek mentén történő részletezése is.

Ajánlás 2 – Új típusú szolgáltatások fejlesztése

A szociális szféra a nem addiktológiai fókuszú szociális ellátásokon belül fejlesszen új típusú szolgáltatásokat addiktológiai szakemberek bevonásával, melyek célzott segítséget tudnak nyújtani az addiktológiai problémák indukálta szükségletekre.

A szociális szakemberek általános addiktológiai továbbképzése mellett szükséges lenne addiktológiai szakember jelenléte járási szinten a család- és gyermekjóléti központokban, aki a szenvedélyproblémákkal küzdő klienseknek közvetlenül tudna segíteni, valamint a szociális munkásoknak, esetmenedzsereknek az esetvitelben szakszerű támogatást nyújtani.

Ugyanígy indokolt lenne a hajléktalan ellátásban mentőorvos, a gyermekvédelmi szakellátás speciális intézményeiben ápoló alkalmazása is.

Emellett a szociális szakemberek kapacitásbővítése, továbbá leterheltségének csökkentése lenne szükséges, melynek következtében a szociális szakemberek a prevenció az utógondozás és csoport működtetés feladatait is vállalni tudnák.

A szociális és gyermekvédelmi szakemberek munkájuk során kiemelten a kliensekkel végzett egyéni segítő munkára fókuszálnak, legtöbbször a felmerült problémákra reagálva. Fontos lenne azonban, hogy a szakemberek a megelőzésben is aktív szerepet vállaljanak, illetve a szenvedélybetegeket illető stigmatizációs hatásokat a környezetükben is megpróbálják csökkenteni, a közgondolkodást befolyásolni. Az egyéni esetkezelés mellett tehát a közösségi programok működtetése is fontos lenne.

3.2.3 Szakmai ajánlások az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények, szervezetek számára

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények részére megfogalmazott ajánlások az addiktológiai szakemberek és az általuk képviselt intézmények kulcsszerepére hívja fel a figyelmet a hazai addiktológiai problémák hatékony képviseletében és kezelésében. Az addiktológiai kérdésekre irányuló szakpolitikai tervezésben való részvétel, a szakmai közéletben való aktív szerepvállalás, az addiktológiai területhez kapcsolódó érdekérvényesítő munka akár nemzeti, akár helyi szinten a terület minden szakemberének a felelőssége és feladata.

Az addiktológiai terület folyamatos kapacitáshiányokkal küzd, miközben az ellátási szükséglet kimagaslóan nagy. A terület érdekképviselete, érdekérvényesítése ebből adódóan is kulcsfontosságú. A korai kezelésbevitel egy jövőbe mutató szemlélet és egyben módszer, kiterjesztve az ellátási láncot, mely a terület fejlődését és így a kliens érdekeit szolgálja. Azonban a korai kezelésbevitel elterjesztése és megerősítése, párhuzamosan új szereplők bevonásával, nagymértékben függ az addiktológiai szakemberek általi elfogadottságától, az új partnerek felé történő nyitásától, szakmai támogatásától és egyben proaktív fellépésétől.

Ajánlás 1 – Integrált addiktológiai ellátórendszer fejlesztése

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények támogassák a korai kezelésbevitel szempontjából is kulcsfontosságú integrált addiktológiai ellátórendszer fejlesztését és megerősítését.

Az integrált terápiás rendszer komplex megközelítést alkalmaz, és többféle kezelési forma dinamikus együttműködésén alapul, mely magába foglal ambuláns és fekvőbeteg intézményeket, félutas-házakat, elérő- és prevenciók tevékenységeket, önszorgító csoportokat, magába foglalja a terápiák változatos összességét. Célja egy dinamikus rendszer kialakítása egymásra-ható együttműködés révén. A különböző professziójú teamek együttműködése a leghatékonyabb szolgáltatási módot tudja nyújtani, továbbá a különböző ellátási szintek közötti folyamatos kapcsolatnak köszönhetően a kliensek számára átjárhatóságot biztosít, a visszaesések könnyebben alakulnak botlásá. Ezeket a folyamatokat könnyíthetik a közös szupervíziók, esetmegbeszélések, valamint esetmenedzserek támogatásával a folyamatosan épülő hálózatok, melyek révén az együttműködés és konszenzus kialakítás adott szakmai kérdésekben könnyebb. E 'Hálózatok' részévé válhatnak, új partnerekként, az egészségügyi alapellátás és szociális ellátás intézményi képviselői is.

Ajánlás 2 – Aktív részvétel a szakmai közéletben

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények szakembereik révén vegyenek részt aktívan az országos szakmai közéletben, és váljanak az addiktológiai kérdések és problémák hatékony megoldásának szószólóivá.

Az addiktológiai problémákkal küzdő embereket érintő hátrányos megkülönböztetések, a feléjük irányuló negatív előítéletek a szakterület számára is kedvezőtlen hatással bírnak, mely talán még erőteljesebb érdekképviseletet kíván meg a szakma részéről, mint más területeken. A szakterületet érintő közéleti kérdésekben történő véleménynyilvánítás, az érdekérvényesítés céljából történő rendszeres megszólalás, a társszakmákkal folytatott párbeszéd, konferenciákon, képzéseken való részvétel, a tapasztalatcserék, valamint adott kérdésekben együttműködések és konszenzusteremtés elősegítése mind-mind a szakma ismertségét és elismertségét növelik.

Az egészségügyi és a szociális alapellátás, valamint a gyermekvédelem képviselőinek a meghívása, bevonása a különféle addiktológiai szakmai diskurzusokba különböző kommunikációs csatornákon keresztül növelheti ezen új belépő szakemberek érdeklődését a terület iránt, erősödhet tudásuk, kompetenciáik, elősegíthetve ezzel a hosszabb távú elkötelezettség kialakulását a korai kezelésbevitel gyakorlati alkalmazására a napi munkában.

Ajánlás 3 – Részvétel a drogpolitika kialakításában

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények vegyenek részt aktívan a helyi és országos drogpolitika kialakításában és megvalósításában.

A drogpolitikai tervezés egyik alappillére az addiktológiai problémával küzdők kezelő-ellátó rendszerének a fejlesztése. Mind a nemzeti drogpolitika, mind a helyi szintű drogpolitikák stratégiai célrendszerének kulcseleme az ellátásfejlesztés, mind szakmai szemléletében, mind infrastrukturálisan, mind a humán erőforrás vonatkozásában. A stratégiákhoz kapcsolódó akciótervek és azok megvalósítása konkrét feladatokat is ad mind a kormánzatnak, mind a helyi önkormányzatoknak, valamint nem kormányzati szervezeteknek.

Az addiktológiai intézmények képviselői tapasztalataik révén egyfajta tanácsadói feladatkört is elláthatnak, amennyiben képviselői révén részt vesznek a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok munkájában, valamint a nemzeti szintű drogügyi konzultációkban. A korai kezelésbevitel szemléletének promóciója, fontosságának hangsúlyozása segítheti a terület megjelenését mind a nemzeti, mind a helyi drogpolitikai dokumentumokban, valamint akciótervekben.

4. ÖSSZEFOGLALÁS

A korai kezelésbevitel szükségességének szakmai szempontjai mellett ki kell emelnünk, hogy a kezelésbe vétel alkotmányos jog is egyben, amelynek elmaradása éppen ezt a jogot sérti, és az élet- és egészségesélyeket pedig súlyos sérelemként csökkenti. Elegendő célzott kutatás híján azonban kérdés marad, hogy a kezelésbe kerülés esélyeitől jellemzően kik esnek el, és ennek a helyzetnek az orvoslására milyen szakmai- és szakmapolitikai válaszokra lenne szükség.

Visszaulva a bevezetőben említett rendszerszintű tervezés és fejlesztések szükségességére, valamint az addiktológiai szakellátások területén tapasztalható kapacitás- és forráshiányokra, egyértelmű, hogy a megfogalmazott ajánlások jó része – a közvetlen szolgáltatási fejlesztések vonatkozásában (közvetlen fejlesztések, befogadott szolgáltatás-finanszírozások, képzések, diagnosztikus kapacitások, a javasolt újfajta szaktudások biztosítása rendszerszinten stb.) – önmagukban nagyobb mértékű pénzügyi allokációkat tennének szükségessé. Jelenleg az ellátásra szorulóknak csak egy kis töredéke kerül kezelésbe. Rendszerszinten a korai kezelésbe vétel nem csak „fine tuning”-ja a kezelési spektrumnak, hanem kezelésbe irányításként annak generálója is. A jelen szűkösség helyzeteiben ezért is nagy szükség lenne hiány-elemzésekre, amelyek feltárják a tényleges szükségleteket és az ezekre adott ellátási válaszok eltéréseit. Csak ennek alapján valósulhat meg a szakemberek bevonásával és a szakmapolitikai és döntéshozó centrumok részvételével egy olyan tervezés, mely a legkisebb eséllyel és hozzáférési lehetőséggel bírók, az eddig az ellátásokból kimaradók szempontjából tervezi újra és valósítja meg a szükséges fejlesztéseket.

Az első részben felsorolásra kerültek a nemzetközi szakirodalomban megjelenő különösen veszélyeztetett populációk, mint például hajléktalanok és utcán élő fiatalok, komorbid mentális zavarral élő fiatalok, bűnözéssel kapcsolatba kerülő fiatalok, inhaláns használók, rekreációs heroin használók, rendszeres nagyivók, ittasan vezető személyek és várandósság alatti szerhasználók. Ez egy eléggé vegyes karakterű felsorolás, melyben vannak szerhasználói mintázatok, társadalmi helyzethez tapadó elkülönítések vagy aktivitásokhoz kötött szempontok. Mint látható, a csoportokban a teljes ellátás-szervezés kérdését alapvetően befolyásoló módon jelenik meg a szerhasználatnak egy olyan társadalmi mintázódása, mely még jellemzően feltáratlan, ezért kevésbé lehetett rá specifikusan reflektálni az ajánlásokban. Külön kiemelendő a már szintén említett, kifejezetten hazai jelenség, a telepki droghasználat, mely egy speciális setting, a többségi társadalomban alig észlelt drogfogyasztói mintázattal. Annak ellenére, hogy a korai kezelésbe vétel szempontjából is meghatározó célcsoportról van szó, melyre a korai kezelésbe vétel eszközeivel is reagálni lenne szükséges, a dokumentumban

tárgyaltnál nagyságrendileg szélesebb háttér okokra reagáló és átfogóbb célzású társadalompolitika lenne a leginkább adekvát szakmapolitikai válasz.

Összességében azonban azt kell hangsúlyoznunk, hogy a kockázati csoportok sokfélesége miatt a szolgáltatásokat is úgy szükséges tervezni és méretezni, hogy a megalapozott ellátásokat ténylegesen igénybe vehetővé és a célzott kockázati csoportok sajátos igényeire szabottá lehessen tenni. Ennek révén a korai kezelésbe vétel gyakorlata is eredményesebb lehet, hiszen az ellátásba utalás is könnyebb, célzottabb, az egyén szükségletének leginkább megfelelő lehetne. Újabb kutatások és helyzetfeltárások nyomán alapvetően újra lehetne gondolni a kezelésirányítás teljes spektrumát is, beleértve a korai kezelésbe vétel szolgáltatási modalitásait is.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Adamson S.J., Sellman J.D. (2003). Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT). *Drug and Alcohol Review*, 22, 309-315.
- American Academy of Family Physicians., B., Coffa, D., & McCance-Katz, E. F. (1970). American family physician. *American Family Physician* (Vol. 88). American Academy of Family Physicians. Retrieved from <https://www.aafp.org/afp/2013/0715/p113.html>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC.
- Andó B., Kökönyei Gy., Paksi B., Farkas J., Rózsa S., Demetrovics Z. (2009). A 7 tételes Szenzoros Élménykeresés Kérdőív (SSS-7-HU) bemutatása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 10(2), 139–152
- Angus, C., Scafato, E., Ghirini, S., Torbica, A., Ferre, F., Struzzo, P., Purshouse, R., & Brennan, A. (2014). Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC Fam Pract*, 15:26.
- Aszmann, A. (szerk.) (2003): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- Babor T, Kadden RM. Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care* 2005 Sep;59(3):S80-S87.
- Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction*. 2005;100:367-378.
- Bailey, K.A., Baker, A.L., Webster, R.A., Lewin, T.J. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug Alcohol Rev*, 23(2):157–166.
- Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: Systematic review and metaanalyses. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28: 608-618.
- Barratt, E. S. (1959) Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9: 191–198.
- Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract*. 1994;44:408-412.
- B.C. Ministry of Children and Families. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: A strategic plan for British Columbia. Retrieved January 15, 2008 from <http://www.mcf.gov.bc.ca/fasd/index.htm>
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183-190
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., és Schlyter, F. (2003). DUDIT -E (Drug Use Disorders Identification Test-E) Manual (Appendix 4). Stockholm: Karolinska Institutet, unpublished manuscript. pp. 1-15.
- Bernstein E, Bernstein J, Levenson S. Project ASSERT: An ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Ann Emerg Med*. 1997;30: 181-189.
- Bernstein E, Bernstein J, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief intervention at a clinic visit reduced cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend*. 2005;77:49-59.

- Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 986–995.
- Bien T, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*.1993; 88:315-336.
- Bodrogi A. (2012). Alkohol, szűrés, rövid intervenció. <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2012/06/Bodrogi-Andrea-Alkohol-Szűrés-Rövid-intervenció.pdf>
- Bohn, M. J., Babor, T. F., Kranzler, H. R. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST10) in inpatient substance abusers: Problems of drug dependence. Proceedings of the 53rd Annual Scientific Meeting, The Committee on Problems of Drug Dependence, Inc., DHHS Publication No. (ADM) 92-1888. NIDA Research Monograph, vol. 119. (pp. 233). Rockville, MD7 Department of Health and Human Services.
- Bohn, M. J., Babor, T. F., Kranzler, H. R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal Studies on Alcohol*, 56(4), 423–432.
- Buda, B. (2009). Szenvedélyproblémák és krízis. In: Árkovits A., Csürke J., Osváth P., Vörös V. (szerk.) „Mindennapi kríziseink.” A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve, Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Buda, B. (2006) Alkoholpolitika és Stratégia, Országos Addiktológiai Intézet. Tervezet. <https://docplayer.hu/1091189-2-az-alkohol-politika-alapelvei.html>
- Bugarszki Zs. (2010). A jelenleg Magyarországon a szociális szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. Kézirat. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_2211_Szocialis_szolgaltatasok_tervezese_101003.pdf
- Burge S., Schneider, FD. (1999). Alcohol-related problems: Recognition and intervention. *American Academy of Family Physician*, 59, 2, 361-362.
- Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL. 2005. Adolescent substance use: brief interventions by emergency care providers. *Pediatr Emerg Care*, 21(11):770-6.
- Carney T, Myers B. (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012 Jun 14;7:25
- Charlois, T. (2010). Early intervention targeting youth at risk and European cities. EXASS Net / Pompidou Group Council of Europe. <https://rm.coe.int/7th-exass-net-meeting-in-oslo-norway-2-4-june-2010-early-intervention-/168075f9a5>
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128.
- Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, costeffective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract*. 1994;44:5-8.
- Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R., Drummond, C., Byford, S., Barrett, B., Reece, B., Brown, A., & Henry, J. A. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 364, 1334–1339.
- Crumbaugh, J. C., Maholick, L. T. (1964): An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20: 200-207.

- D'Amico, E.J., Miles, J.N.V., Stern, S.A., Meredith, L.S. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *J Subst Abuse Treat*, 35:53–61.
- D'Onofrio G, Bernstein E, Bernstein J, Woolard RH, Brewer PA, Craig SA, Zink BJ. Patients with alcohol problems in the emergency department, part 2: Intervention and referral. SAEM Substance Abuse Task Force. Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med*. 1998; 5:1210-1217.
- D'Onofrio, G., & Degutis, L. C. (2002). Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 9, 627–638.
- Dawson, J., Rodriguez Jareño, M. C., Segura, L., & Colom, J. (2013). *European Workplace and Alcohol Toolkit for alcohol-related interventions in workplace settings*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
- Dembo, R., and Walters, W. (2003). Innovative approaches to identifying and responding to the needs of high risk youth. *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), 1713–1738.
- Demetrovics Zs. (2010). Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában. *Orvostudományok*, LXXXV. évf, 2010. Különszám, 349-352.
- Demetrovics Zs., Paksi B., Dúll A. (2009). *Pláza, ifjúság, életmód - Egészségmagatartás vizsgálatok a fiatalok körében*. L'Harmattan, Budapest.
- Dunn CW, Ries R. (1997). Linking substance abuse services with general medical care: integrated, brief interventions with hospitalized patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 23(1):1-13.
- Dunn, C., Deroo, L., and Rivara, FP. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- Elvy GA, Wells, JE, Baird KA. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. *Br J Addict*. 1988;83:83-89.
- EMCDDA (2009). Thematic papers - Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents - A review of the theory and evidence base of indicated prevention.
- Erickson, P.G., and Butters, J.E. (2005). How does the Canadian juvenile justice system respond to detained youth with substance associated problems? *Substance Use and Misuse*, 40(7), 953–973.
- Evashwick, C. (1988). Creating the continuum of care. *Health Matrix*, 7(1), 30-39.
- Ewing J.A.; Rouse, B.B: (1970). Identifying the hidden alcoholic. In *Read at the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*, Sydney, Australia, 2-6. February.
- Family, A., Shapiro, B., Coffa, D., & Mccance-Katz, E. F. (2013). *A Primary Care Approach to Substance Misuse (Vol. 88)*. Retrieved from www.aafp.org/afp
- Farkas J., Futaki L., Kun B; Urbán R., Demetrovics Zs. (2009). Fiatalokalkohol- és marihuána-fogyasztási motivációinak vizsgálata magyar és spanyol egyetemi hallgatók mintáján. *Addictologia Hungarica*, 8(Suppl 1), 23-24.
- Fleming M, Manwell LB. 1999. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinker. *Alcohol Res Health*. 23(2):128-37.
- Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.

- Fodor, K.E., Perczel-Forintos, D. (2013). Poszttraumás stressztünetek, diszfunkcionális attitűdök és megküzdési módok - egy klinikai minta exploratív vizsgálata. *PSYCHIATRIA HUNGARICA*, 28(1), 5-12.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1980): An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219—239.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1988): *Manual for the Ways of Coping questionnaire [Research Edition]*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Friedman, A., Terras, A., Öberg D. (2002). The European version of the Adolescent Assessment Dialogue – EuroADAD Version 1.0. Philadelphia/Maastricht.
- Friedmann, P.D., Lemon, S.C., Stein, M.D., & D’Aunno, T.A. (2003). Community referral sources and entry of treatment-naive clients into outpatient addiction treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 29(1), 105–115.
- Friedman, A.S., Terras, A., Glassman, K. (2002). Multimodel substance use intervention program for male delinquents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11(4):43–65.
- Gerevich J., Bácskai E. (2012). *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek*. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2001). Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(3), 292-307.
- Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2005). A serdülőkori problémák értékelő interjúja (EuroADAD) magyarországi bevezetése. Egy multicentrikus kutatás eredményei. *Psychiatria Hungarica*, 20, Suppl 28.
- Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2006b). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21(1), 45-56.
- Gerevich J., Rózsa S., Bácskai E. (2006a). Az alkohollal kapcsolatos zavarok szűrése: ACAGE hazai adaptációja. *Psychiatria Hungarica*, 21(1), 77.83.
- Grenard, J.L., Ames, S.L., Wiers, R.W., Thush, C., Stacy, A.W., Sussman, S. (2007). Brief intervention for substance use among at-risk adolescents: a pilot study. *J Adolesc Health*, 40(2):188–191.
- Gyepesi Á., Urbán R., Farkas J., Kraus L., Piontek D., Paksi B., Horváth G., Magi A., Eisinger A, Pilling J., Kökönyei G, Kun B, Demetrovics Z (2014). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in samples of adolescents and young adults in Hungary. *European Addiction Research* (20). 119-128
- Hajduska, M. (2008). *Krízislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. I. (2012). Psychological strategies The Stages of Change model and motivational interviewing The spirit of motivational interviewing. Reprinted From AuSTRAliAn FAmily PhySiCiAn (Vol. 41). Retrieved from <https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2012/September/201209hall.pdf>
- Hargitai R, Kassai-Farkas Á, Kőrösi L, Vandlik E, Koós T. (2011): *Javaslat: Alkohol-problémával küzdők szűrése és rövid intervenciója az egészségügyi alapellátásban*. 2011
- Hargitai Réka (2011): *A háziorvosok szerepe a népegészségügyi célok elérésében* Lehetőségek és kihívások, Országos Alapellátási Intézet munkatársaként a 2011. november 25-én tartott konferencia előadása
- Hartnoll, R.L., Rhodes, T.J., Jones, S., és mtsai (1990). *A survey of HIV outreach intervention in the United Kingdom* (London: University of London, Birkbeck College).

- Health Canada (2006). Best Practices - Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Youth with Substance Use Problems. Ottawa, Ontario.
https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/early-intervention-precoce-eng.pdf
- Health Promotion Agency (2014). Health Promotion Agency's Early Intervention Addiction Plan 2013–2017. Letöltve:
https://www.alcohol.org.nz/sites/default/files/field/file_attachment/04634_HPA_Early_intervention_addiction_plan_revisedaug_online.pdf
- Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88(12), 1667-1677.
- Hester RK, Miller WR. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. 2 ed. Boston, MA: 1995.
- Hillman A, McCann B, Walker NP. Specialist alcohol liaison services in general hospitals improve engagement in alcohol rehabilitation and treatment outcome. *Health Bulletin*. 2001;59:420-423.
- Hoffman, K. (2014) Krízis és szenvedélybetegség. In: Hoffmann, K., Pataki, Z., Csorba, J., Ficsór, T., Janicsák, T: *Addiktológiai útikalauz. Segédanyag a gyermekvédelmi jelzőrendszer munkatársai részére. Ökumenikus segélyszervezet*
- Holloway AS, Watson HE, Arthur AJ, Starr G, McFadyen AK, McIntosh J. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addiction* 2007 Nov 30;102(11):1762-70.
- Hopfer, C.J., Khuri, E., Crowley, T.J., and Hooks, S. (2002). Adolescent heroin use: A review of the descriptive and treatment literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 231–237.
- Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal* 152(6):851-859, 1995.
- Kaner, E.F.; Beyer, F.; Dickinson, H.O.; Pienaar, E.; Campbell, F.; Schlesinger, C.; Heather, N.; Saunders, J. & Burnand, B. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): CD004148.
- Kassai-Farkas Ákos (2009): Problémás ivók korai kezelésbevétele a gyakorlati megvalósítás eszközei. Az OAC-projektek korai tapasztalatai, OAC ppt-je 2009. december 3.
https://www.antsz.hu/data/cms26848/8_kassai_farkas_problemas_ivok_korai_kezelesbe_ve_tele
- Kassai-Farkas Ákos (2011): A korai kezelés bevétele. Kísérletek, kudarcok, eredmények Magyarországon, 2011. november 25. előadás
- Kassai-Farkas Ákos, Környey Edith, Győri László, Pop Marcel (2009): Kézikönyv az "Alkohol-prevenció, korai az egészségügyi ellátórendszerben" című programhoz, Országos Addiktológiai Centrum
- Kendall, P., and Kessler, R. (2002). The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: Policy implementations, comments, and recommendations. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 70, 1303–1306.
- Kirby, M.J.L., and Keon, W.J. (2004). Mental health, mental illness, and addiction: Issues and options for Canada. Retrieved January 15, 2008, from www.parl.gc.ca (committee business - senate recent reports; 38th parliament, 1st session).
- Knight JR, Shrier L, Bravender T, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer H (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 153, 591- 596.

- Knight, J., Sherritt, L., Shrier L., Harris, S.K., and Chang, G. (2003). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156, 607–614.
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R., & Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 263–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12086126>
- Konkoly Thege B., Martos T. (2006). Az Életcél Kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 7(3), 153-169.
- Koposov, R.A., Ruchkin, V.V., Eisemann, M., and Sidorov, P.I. (2005). Alcohol abuse in Russian delinquent adolescents: Associations with co-morbid psychopathology, personality and parenting. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 254–261.
- Krnel, S.R., Brudde, A., van Dalen, D., Vegt, K., Segura, L., Palacio-Vieria, J., Frango, P., Misic, J., Rozman, T., Lamut, A. (2016). Public awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm A tool kit for evidence-based good practices. National Institute of Public Health, Slovenia.
- Kuntsche E, Kuntsche S. (2009). [Development and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised Short Form \(DMQ-R SF\)](#). *J Clin Child Adolesc Psychol*. 38(6):899-908.
- Lajtai L. (2007) Alkoholhasználat és alkoholfüggőség. In: Demetrovics Zs., Katona I., Kökönyei Gy., Kun B., Lajtai L., Paksi B., Pikó B., Rác J., Urbán R. Az addiktológia alapjai I., ELTE Eötvös Kiadó
- Legleye S, Karila L, Beck F & Reynaud, M (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12 (4), 233–242.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A, and Henderson, C.E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 49–63.
- Ludbrook, A., Godfrey, C., Wyness, L., Parrott, S., Haw, S., Napper, M., & van Teijlingen, E. (2002). Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive Health Department.
- MacLean, S.J., and d’Abbs, P.H.N. (2002). Petrol sniffing in Aboriginal communities: A review of interventions. *Drug and Alcohol Review*, 21(1), 65–72.
- Matuszka B. (2015). Egyes internalizációs és externalizációs tünetek vizsgálata a szerhasználati problémák kialakulása szempontjából veszélyeztetett serdülők és fiatal felnőttek körében. Doktori disszertáció. Budapest, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.
- McPherson, T.L.; Goplerud, E.; Derr, D.; Mickenberg, J. & Courtemanche, S. 2010. Telephonic screening and brief intervention for alcohol misuse among workers contacting the employee assistance program: A feasibility study. *Drug and Alcohol Review* 29: 641–46.
- Millner WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. 1991. New York, Guilford Press.
- Mills, K.L., Teeson, M., Darke, S., Ross, J., and Lynskey, M. (2004). Young people with heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 67–73.

- Molnár D., Belány V., Madácsy J. Az addiktológiai jelzőrendszer vizsgálata pécsi háziorvosok körében. (2018) PTE BTK TKI Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszéke, Indit Közalapítvány. Kutatási jelentés. (Kézirat)
- Monti, P.M.; Barnett, N.P.; Colby, S.M.; Gwaltney, C.J.; Spirito, A.; Rohsenow, D.J.&Woolard,R.2007.Motivationalinterviewingversus feedback only in emergency care for young adult and problem drinking. *Addiction* 102: 1234–43.
- National Health Committee (1999). Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. National Health Committee, Wellington, New Zealand. [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/36F897478F29D84E4C2567E700814E52/\\$file/full_guideline.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/36F897478F29D84E4C2567E700814E52/$file/full_guideline.pdf)
- Németh, M. és Virág, Gy. (2015). Krízisintervenció és terápia az áldozatsegítésben. Eszter Alapítvány, Budapest.
- Németh, Z., Kuntsche, E., Urbán, R., Farkas, J., Demetrovics, Z. (2011). Why do festival goers drink? Assessment of drinking motives using the DMQ-R SF in a recreational setting. *Drug and Alcohol Review*, 30, 40-46.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2017) 2017-es ÉVES JELENTÉS (2016-os adatok) az EMCDDA számára
- O’Leary Tevyaw, T., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99, 63–75. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00855.x>
- Paksi és Felvinczi (2010). Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás. Budapest, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/szuksegletfelmeres_kezikonyv.pdf
- Patton, J. M., Stanford, M. S., Barratt, E. S. (1995) Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 768–774.
- Peterson, P.L., Baer, J.S., Wells, E.A., Ginzler, J.A., Garrett, S.B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychol Addict Behav*, 20(3):254–264.
- Pringle, J.L.; Kowalchuk, A.; Meyers, J.A. & Seale, J.P. 2012. Equipping residents to address alcohol and drug abuse: The national SBIRT residency training project. *Journal of Graduate Medical Education* 4 (1): 58–63.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992. 47:1102-1114.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276–288.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (2009). Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére. Budapest: Ursus Libris
- Prochaska, J. J., & Prochaska, J. O. (2011). A Review of Multiple Health Behavior Change Interventions for Primary Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(3), 208–221. <http://doi.org/10.1177/1559827610391883>
- Rácz, J., Pogány, Cs., Máthé-Árvay, N. (2002). Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(4), 587–603.
- Rácz József (1999): Addiktológia: Tünettann és intervenciók (Budapest: HIETE)

- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1(1), 25-37.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and Adolescent Self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989): *Society and the Adolescent Self-image*. Rev. ed. Wesleyan University Press, Middeltown, CT.
- Rózsa S. (2009). Mérőeszközök és mérési stratégiák az addiktológiában. In. Demetrovics (szerk.). *Az addiktológia alapjai II.* 229-289.o.
- Rózsa S., Purebl Gy., Susánszky É., Kő N., Száccóczy E., Réthelyi J., Danis I., Skrabski Á., Kopp M (2008). A megküzdés dimenziói: A Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 9(3), 217—241.
- Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, et al. Brief Intervention for Medical Inpatients with Unhealthy Alcohol Use. *Annals of Internal Medicine* 2007 Feb 6;146(3):167-W35.
- Satre, D.; McCance-Katz, E.F.; Moreno-John, G.; Julian, K.; O’Sullivan, P. & Satterfield, J. 2012. Using needs assessment to develop curricula for screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in academic and community health settings. *Substance Abuse* 33 (3): 298–302.
- Satterfield, J.; O’Sullivan, P.; Satre, D.; McCance-Katz, E.F.; Batki, S.; Tsoh, J. & Wamsley, M. 2012. Using standardized patients to evaluate SBIRT knowledge and skill acquisition for internal medicine residents. *Substance Abuse* 33 (3): 303–07.
- Segura, L., Bruguera, C., Ibañez, N., & Colom, J. (2013). European workplace and alcohol good practice report and compilation of case studies. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia. Retrieved from (3. 5. 2016) http://www.eurocare.org/eu/projects/ewa/deliverables/by_work_package/pilot_interventions
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658.
- Simons J., Correia CJ, Carey, KB, Borsari BE (1998). Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of Counseling Psychology*, 45: 265-273.
- Skinner H., Goldberg, A. (1986). Evidence for drug dependence syndrome among narcotic users. *British Journal of Addiction*, 81, 479-484.
- Skinner, H. A. (1982). *Guidelines for using the Michigan Alcoholism Screening Test*. Toronto: Addiction Research Foundation
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A. and Sobell, M.B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health* 86(7): 966-72.
- Spirito, A., Monti, P., Barnett, N., Colby, S., Sindelar, H., Rohsenow, D.J., Lewander, W., Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr*, 145:396–402.
- Srisurapanont M, Sombatmai S, Boripuntakul T. Brief intervention for students with methamphetamine use disorders: a randomized controlled trial. *American Journal on Addictions* 2007 Mar;16(2):111-6.

- Stein, L.A.R., Colby, S.M., Barnett, N.P., Monti, P.M., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R. (2006). Effects of motivational interviewing for incarcerated adolescents on driving under the influence after release. *Am J Addict The American*, 15:50–57.
- Susánszky É, Konkoly Thege B., Stauder A., Kopp M. (2002). A WHO Jól-Lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági felmérése alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7(3), 247-255.
- Szemelyácz, J. (2009a). Kríziskezelés az addiktológiában. In: Árkovits A., Csürke J., Osváth P., Vörös V. (szerk.) „Mindennapi kríziseink.” A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve, Oriold és Társai Kiadó, Budapest
- Tait, R.J., Hulse, G.K., Robertson, S.I, and Sprivulis, P. (2002). Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. *Addiction*, 97, 1269–1275.
- The New South Wales Ministry of Health (2006). Interagency guidelines for the early intervention, response and management of drug and alcohol misuse. NSW Department of Health, Australia. <https://www.health.nsw.gov.au/aod/resources/Publications/interagency-full.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General, Facing Addiction in America: The Surgeon General’s Report on Alcohol, Drugs, and Health. Washington, DC: HHS, November 2016.
- Urbán R. (2009). A Motivációs Interjú. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.*, 277-293. o. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Vandlik E., Koós T. (2012). Problémás alkoholfogyasztás: szűrés, intervenció, gyógyszeres kezelés. *Praxismenedzsment*. 2(1), 37-39.
- Varga G. (2014). Az impulzivitás genetikai korrelátumia. Doktori disszertáció. Budapest, ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola. https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/34127/varga_Gabor_disszertacio.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wallace, P., Cutler, S., & Haines, A. (1988). Randomized controlled trial of general practitioner intervention with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 297, 663–668.
- Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, I. R., Thompson, S. G., Kalaitzaki, E., Godfrey, C., & Linke, S. (2011). Online randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One*, 6(3): e14740. Retrieved from (3. 5. 2016) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21408060>
- Walton, M.A., Chermack, S.T., Shope, J.T., Bingham, C.R., Zimmerman, M.A., Blow, F.C. (2010). Cunningham RM: Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*, 304:527–535.
- Whitbeck, L.B., Hoyt, D.R., and Bao, W.-N. (2000). Depressive symptoms and co-occurring depressive symptoms, substance abuse, and conduct problems among runaway and homeless adolescents. *Child Development*, 71(3), 721–732.
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *J Med Internet Res*, 12(5), 62.
- Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2004 Apr 6;140(7):557-68.

- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med.* 1997; 12(5):274-283.
- Winters, K.C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., Lalone, B. (2012). Brief intervention for drug abusing adolescents in a school setting: outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat* 14, 14(14):14.
- World Health Organization. (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care.* (Draft. Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *Alcohol and Injury in Emergency Departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries.* Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieved from (1. 2. 2016)
http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injuries_final_report.pdf
- Zuckerman, M. (1994): *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking.* Cambridge Press, New York.

MELLÉKLETEK

1. MELLÉKLET

A HAZAI DROGEPIDEMIOLÓGIAI HELYZET ÉS AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉS JELLEMZŐI

Elekes Zsuzsa

Paksi Borbála

Csák Róbert

1. PSZICHOAKTÍV SZERHASZNÁLAT MAGYARORSZÁGON

1.1 *Tiltott és legális szerfogyasztás a fiatalok körében*¹

1.1.1 **Háttér, előzmények**

A fiatalok szerfogyasztása a hatvanas évektől kezdődően kitüntetett figyelmet kapott a kutatók, a szakpolitikusok és a közvélemény részéről egyaránt. Magyarázható ez azzal, hogy a tiltott szerek fogyasztása elsősorban a fiatal életkorhoz köthető, az alkoholfogyasztás pedig más, gyakran problémásabb, szélsőségesebb, mások által láthatóbb formákat ölt, mint idősebb korban. A fiatalkori szerfogyasztás gyakran szimbolizál bizonyos csoportokhoz, szubkultúrákhoz való tartozást, másoktól való elkülönülést, életszakaszok átlépését, a felnőttvilághoz való viszonyt. Nem hagyható figyelmen kívül a felnőtt társadalmak az irányú törekvése sem, hogy a fiatalokat óvják, védjék az egészségre ártalmas viselkedési formáktól, szokásoktól. (Room 2001, Room és Sato 2002, Beccaria és Guidoni 2002, Järvinen és Room 2007, Elekes 2009)

Bár számos országban (elsősorban Észak-Európában és Észak-Amerikában) már a hatvanas és hetvenes években készültek rendszeres vizsgálatok a fiatalok tiltott és legális drogfogyasztásáról, rendszeresebb, több országra kiterjedő, nemzetközileg is összehasonlítható kutatások iránti igény a nyolcvanas években fogalmazódik meg, és ölt formát először a Health Behaviour of School Aged Children (HBSC) (Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása) program keretében. A program célja a fiatalok egészségmagatartásának a vizsgálata nemzetközileg összehasonlítható módon, az időbeli változásokat nyomon követve².

A kilencvenes évek kutatásai a fiatalkori szerfogyasztás jelentős mértékű terjedéséről számolnak be számos európai országában. Nő az alkoholfogyasztás, terjed a kábítószer-fogyasztás és a dohányzás. A fogyasztás nem csak elterjedté válik, hanem egyre elfogadottabbá is, a szerek pedig egyre könnyebben hozzáférhetőek (Masham 2004, Plant és Plant 2006., EMCDDA 2007). Részben ezzel is magyarázható annak az igénynek a megerősödése, hogy szükséges a fiatalok szerfogyasztásának időben és nemzetközileg is összehasonlítható módon történő rendszeres vizsgálata. Ez az igény fejeződik ki a European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) (Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól) létrehozásában és elindulásában³. Míg a HBSC a szélesebb értelemben vett egészségmagatartásra koncentrált, és ennek részeként vizsgálja az alkohol és egyéb drogok fogyasztását, az ESPAD elsősorban a tiltott és legális szerek fogyasztására fókuszál, az utóbbi időben kiegészülve néhány más, addikciót okozó viselkedés kutatásával.⁴

A két fenti kutatássorozat mellett érdemes megemlíteni az Ifjúságkutatást, amely Magyarországra, illetve 2016-ban a Kárpát-medencére terjed ki, de szintén immár hosszabb távra visszanyúlóan vizsgálja átfogó módon a fiatalok helyzetét, ezen belül néhány egészség- és rizikómagatartást (Székely 2018).

A továbbiakban elsősorban az ESPAD kutatás alapján mutatjuk be, mi jellemzi ma a magyar fiatalok tiltott és legális szerfogyasztását, milyen változások történtek az elmúlt években, mennyiben hasonlít

¹ Szerző: Elekes Zsuzsa

² Az utolsó HBSC adatfelvételre 2014-ben került sor, és az iskolák 5., 7., 9., 11. évfolyamain tanuló diákokat vizsgálta. A programról részletes információt lásd: www.hbsc.org

³ Az ESPAD-ról részletes információt lásd: www.espad.org

⁴ Az utolsó ESPAD kutatásra 2015-ben került sor, és az iskolában tanuló 9., 10. évfolyamosokra vonatkozik. A trendek és a nemzetközi összehasonlítások csak a 16 évesek adatait tartalmazzák.

és mennyiben tér el Magyarország a nemzetközi trendektől⁵. Kitérünk a többi kutatás vonatkozó adataira is.

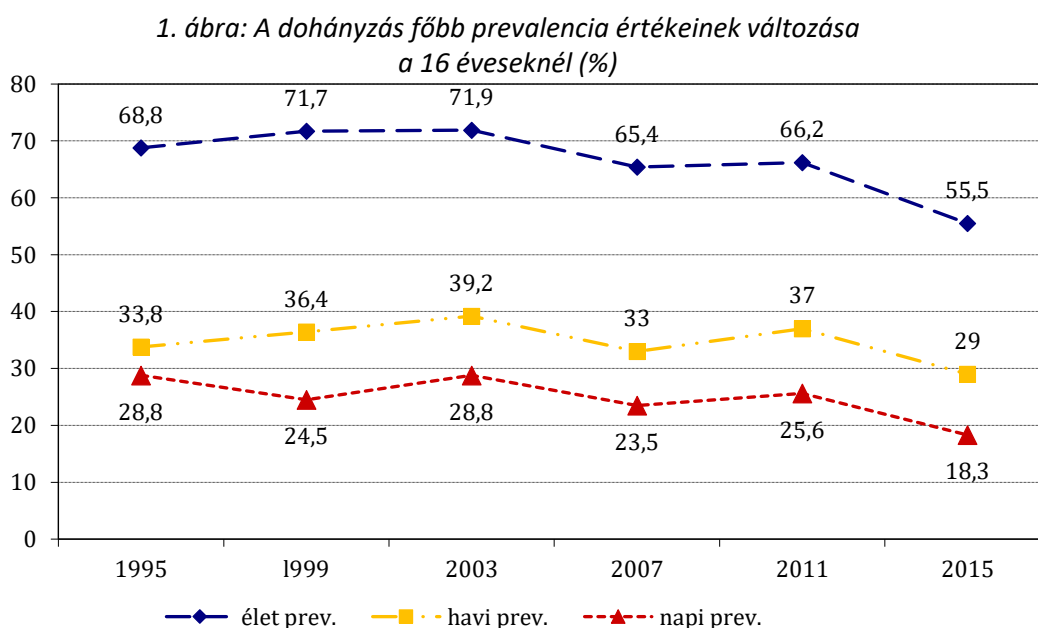
1.1.2 Dohányzás

Az ESPAD 2015. évi eredményei szerint a 9-10. évfolyamos diákok 62%-a kipróbálta már legalább egyszer az élete során a dohányzást, és 24,4% napi rendszerességgel dohányzik. A dohányzás a legtöbb vizsgált mutató alapján elterjedtebb a fiúknál, mint a lányoknál, de a lányoknak is több mint egyötöde (21,7%) napi rendszerességgel dohányzik.

Az első cigaretta elszívása viszonylag korán, átlagosan 13,3 éves korban történik meg, a rendszeres dohányzás kezdete pedig egy évvel későbbre, 14,4 éves korra tevődik. A fiúk valamivel korábban kezdik el a dohányzást, mint a lányok.

A dohányzás, a korábbi kutatási eredményeknek megfelelően, egyértelmű társadalmi különbségeket mutat: az *alacsonyabb presztízsű szakiskolákba járó, a községekből és átlag alatti anyagi körülmények között élő diákok, akiknek a szülei alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, és akiknek nincs jelen mindkét édes szülő a mindennapi nevelésben, egyértelműen veszélyeztetettebbek a dohányzás szempontjából.* Nagyobb fokú veszélyeztetettséget jelez a gyakori iskolai lógás, a gyakori bulizás, a barátokkal való „lógás”, valamint a szülői kontrol hiánya (Elekes 2016b).

A 16 évesekre vonatkozó összehasonlító adatok alapján a trendek határozottan kedvezők. A dohányzás főbb mutatói 1995 és 2003 között növekedtek, 2003 után viszont egyértelműen javuló tendencia figyelhető meg. (1. ábra)



(Elekes 2016b.:24)

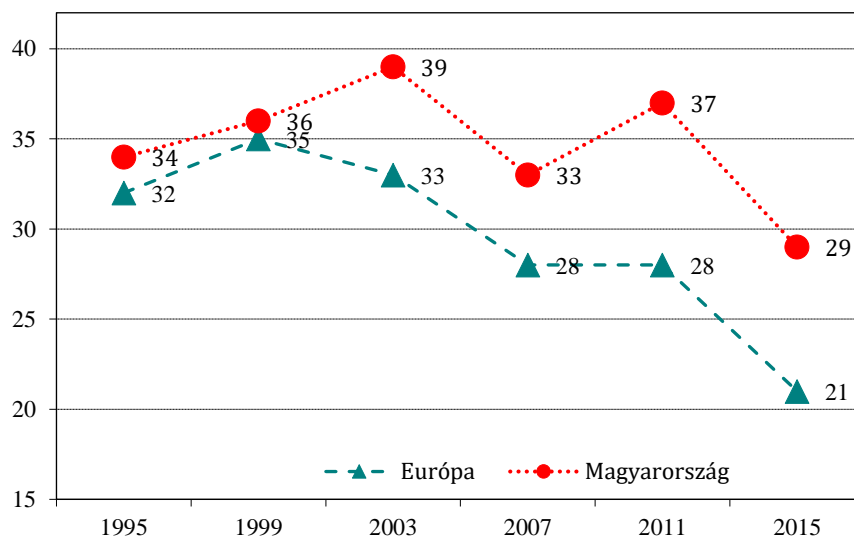
A csökkenés egyaránt megfigyelhető a fiúknál és a lányoknál és minden társadalmi csoportban. Csökkent a dohányzást korán elkezdők aránya, és csökkent a cigarettát könnyen beszerezhetőnek tartók aránya is. Kedvezőtlen változás ugyanakkor, hogy a cigarettához kapcsolódó veszélytudat is

⁵ A kutatás 2015. évi részletes eredményeiről lásd: ESPAD (2015) és Elekes Zs. szerk. (2016a)

csökkent: nemcsak az alkalmi dohányzást, hanem a rendszeres cigarettázást is kevesebben tartják veszélyesnek 2015-ben, mint 2011-ben.

Európa egészségét tekintve a dohányzás főbb mutatóinak a csökkenését már a 2003. évi kutatás jelezte. Magyarországon a dohányzás terjedése tovább tartott, és a csökkenés később kezdődött és kisebb mértékű volt, mit számos más európai országban. Nemzetközi összehasonlításban a dohányzás az európai átlagot meghaladó elterjedtségű a magyar fiatalok körében (ESPAD 2015). (2. ábra)

2. ábra: Az előző 30 napban legalább egyszer dohányzók aránya a 16 évesek között Magyarországon és az európai átlag (valamennyi adatfelvételben résztvevő országok adatai)



(saját szerkesztés ESPAD 2015 alapján)

A dohányzás visszaszorulását alátámasztják a HBSC kutatás adatai is. A 2010. és 2014. évi adatfelvételek eredményeit összehasonlítva Arnold (2016a) arra a következtetésre jut, hogy a cigarettát kipróbálók aránya 4 év alatt 30%-kal csökkent, és hasonló mértékű volt a csökkenés a havonta vagy hetente legalább egyszer dohányzó diákok arányában is.

Az ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés) 2003 és 2014 között szintén egyértelműen javuló tendenciákat mutat minden korcsoportban, így a fiatalok között is (Vitrai és Tóth 2018). A teljes képhez azonban hozzátartozik az, hogy a 15-29 éves korosztályt vizsgáló Ifjúságkutatás az ESPAD és HBSC által jelzettnél kedvezőtlenebb eredményeket mutat. Eszerint a dohányzók aránya (szokott-e akárcsak alkalmanként dohányozni kérdésre igen választ adók aránya) 2010 és 2016 között határozott növekedést mutat. A növekedést a kutatás minden korosztályban kimutatja, a jelentős növekedést azonban a 19-20 éves korcsoportban detektálja (Ádám, Susánszky, Székely 2018).

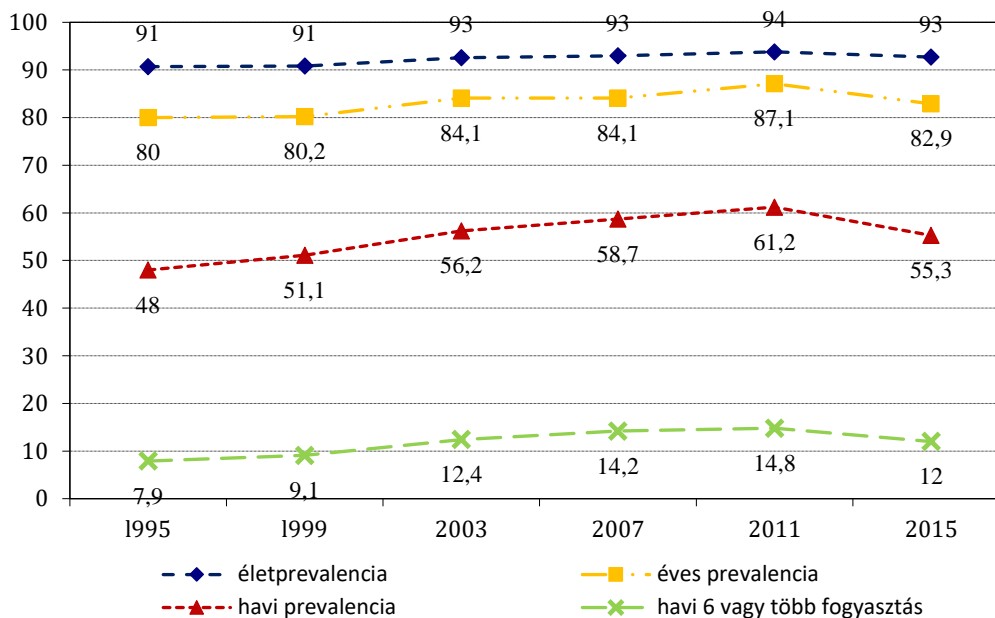
A dohányzás hátrányosabb társadalmi csoportokban való intenzívebb jelenlétét mindegyik kutatás alátámasztja.

1.1.3 Alkoholfogyasztás

Az ESPAD kutatások alapján a 9-10. évfolyamos fiatalok túlnyomó többsége (94%) fogyasztott már életében alkoholt. (3. ábra) A kérdezést megelőző hónapban legalább egyszer ivott a diákok 55,3%-a, hat vagy több alkalommal 12% fogyasztott alkoholt. A rendszeresebb fogyasztás inkább a fiúkra

jellemző. Bár a kipróbálók és alkalmi fogyasztók aránya nemek szerint nem különbözik jelentősen, a rendszeresebb fogyasztás a fiúk körében elterjedtebb.

3. ábra: Az alkoholfogyasztás főbb prevalencia értékeinek változása a 16 éveseknél



(Elekes 2016b:44)

Az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozó adatok alapján az egy alkalommal elfogyasztott mennyiség kifejezetten magas, tiszta szeszből számolva 79 ml/fő. A nagyobb gyakorisággal és nagyobb mennyiségben fogyasztott ital fajtája szerint egyértelműen a tömény ital dominálja a fiatalok alkoholfogyasztását.

A fogyasztás szélsőségesebb formáit a kutatás a lerészegedéssel, a nagyivással⁶ és az iváshoz kapcsolódó problémákkal vizsgálta. A fiatalok közel felével (45,6%) fordult elő legalább egyszer nagyivás, és 22,2% volt legalább egyszer részeg a kérdéskört megelőző egy hónapban. Saját alkoholfogyasztás miatt a diákok 38,6%-a tapasztalt meg valamilyen problémát a kérdéskört megelőző évben. Legnagyobb arányban (21,7%) valaminek az elvesztését, vagy valamilyen személyes tárgynak a sérülését említették a fiatalok. Szintén magas azok aránya, akik alkohol hatása alatt komoly vitatkozásban vettek részt (20,2%). Valamivel alacsonyabb arányban (12-13%) említettek sérülést, balesetet, dulakodást, verekedést, illetve óvszer nélküli szexuális kapcsolatot a megkérdezettek. A diákok meglehetősen nagy aránya (53,9%) tapasztalt már valamilyen problémát mások alkoholfogyasztása miatt, legnagyobb arányban (32,2%) a privát helyen történt zaklatást, bosszantást említették. Magas azoknak az aránya is (30,9%), akik utcán, közterületen találtak ilyen problémával. Bár az említések számát tekintve nem emelkedik ki, a veszélyessége miatt kifejezetten soknak tartjuk, hogy a diákok 11,8%-a legalább egyszer ült olyan ember kocsijában az elmúlt évben, aki a vezetés előtt túl sokat ivott (Elekes 2016b).

Az alkoholfogyasztás legfőbb színtere a saját vagy a barátok lakása. A diákok kisebb arányban isznak szórakozóhelyeken és köztereken.

⁶ Nagyivásnak a kutatás a legalább öt ital egymás után történő elfogyasztását tekintette, amikor egy ital 5 dl sört, vagy 1,5 dl bort, vagy fél dl töményt jelentett, azaz a tisztaszesz tartalom alapján közelített a 20 milliliter (16 gramm) standard italhoz.

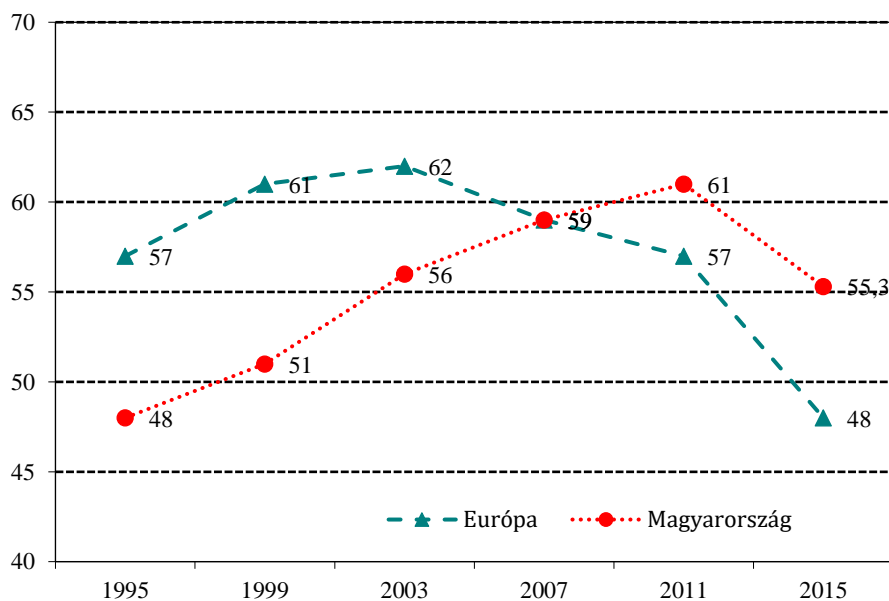
Nemek szerint vizsgálva az adatokat *a fiúk egyértelműen veszélyeztetettebbek, mint a lányok*. A fiúk körében elterjedtebb a nagyobb gyakoriságú és nagyobb mennyiségű fogyasztás, a nagyivás és a lerészegedés. A fiúk nagyobb arányban számolnak be saját alkoholfogyasztásuk miatti problémákról, a lányok pedig nagyobb arányban említenek mások alkoholfogyasztása miatt őket ért problémákat.

Társadalmi háttérváltozók szerint a gimnáziumban tanulókra, a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekeire, a teljes családban élőkre mérsékeltebb, kevésbé problémás alkoholfogyasztás jellemző. Az iskola székhelye (Budapest – vidék) és a család lakóhelye nem mutat egyértelmű kapcsolatot az alkoholfogyasztási szokásokkal. Egyértelműen *növelik a problémásabb alkoholfogyasztás kialakulásának a veszélyét a szülői kontrol hiánya, a különböző iskolai/családi problémákra utaló iskolai lógás és a gyakoribb, „elmenős” szabadidő eltöltési formák*.

A trendeket tekintve a hosszú időn keresztül tartó növekedés után 2011 és 2015 között egyértelműen *csökkentek az alkoholfogyasztás főbb mutatói*. Növekedést csupán az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyiségében tapasztaltunk, azaz *a diákok ritkábban fogyasztanak alkoholt, mint korábban, de amikor isznak, akkor nagy mennyiségben teszik*. Az alkoholfogyasztás mérséklődése minden társadalmi csoportban kimutatható, de nagyobb mértékű volt a fővárosban élő, felsőfokú végzettségű szülők gimnáziumban tanuló gyermekeinél (Elekes 2016b)

Az alkoholfogyasztás mutatóiban bekövetkezett csökkenés Európa legtöbb országában megfigyelhető volt az elmúlt években. 2011 és 2015 között az alkoholfogyasztás előző havi prevalenciája az ESPAD-kutatásban részt vevő valamennyi európai országban csökkent. A résztvevő országok átlagát tekintve a csökkenés már 2007-ben elkezdődött, és azóta is folyamatos. Magyarországon több más rendszerváltó országhoz hasonlóan alacsonyabb szintről kezdődött a növekedés, tovább tartott, és a csökkenést csak 2015-ben regisztráltuk először. Ennek eredményeként 2011-ben és 2015-ben *a magyar fiatalok alkoholfogyasztásának előző havi prevalencia értéke meghaladta az európai átlagot* (ESPAD 2015). (4. ábra)

4. ábra: Az előző hónapban alkoholt fogyasztók arányának változása Magyarországon és az európai átlag 1995-2015 (valamennyi adatfelvételben résztvevő országok adatai)

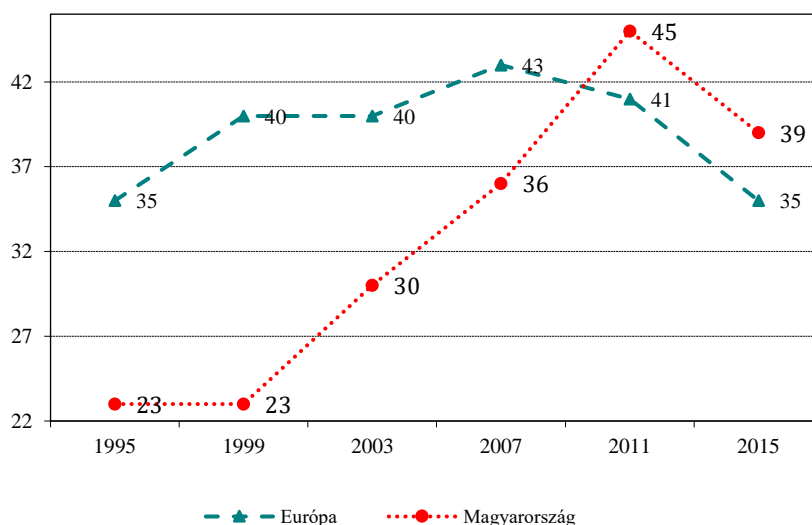


(saját szerkesztés ESPAD 2015 alapján)

Az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyisége tisztaszeszen számolva nemzetközi összehasonlításban is magasnak tekinthető a magyar fiatalok körében (ESPAD 2015).

A nagyívás előző havi prevalencia értéke szintén csökkent 2011 és 2015 között az ESPAD-ban résztvevő legtöbb európai országban. (5. ábra) A csökkenés 2011-ben kezdődött és 2015-ben folytatódott. Magyarországon a nagyívók aránya a 16 évesek között szintén alacsony szintről indult a 90-es években, majd Nyugat-Európaéhoz képest némi késéssel, 2015-ben kezdett csökkenni. Ennek ellenére a nagyívók aránya Magyarországon 2015-ben 4 százalékponttal magasabb volt, mint az európai átlag.

5. ábra: Az előző havi nagyívás arányának változása 1995-2015 (valamennyi adatfelvételben résztvevő országok adatai)



(saját szerkesztés ESPAD 2015 alapján)

A 2015. évi eredmények a korai életkorban (13 évesen vagy korábban) alkoholt fogyasztóknak és a korai életkorban lerészegedőknek az arányában is csökkenést jeleznek, azaz az első fogyasztás és az első lerészegedés életkora valamelyest későbbre tevődött.

A 2014. évi HBSC kutatás alkoholra vonatkozó eredményei szintén csökkenést regisztráltak az alkoholt kipróbálók és a lerészegedők arányában is. A csökkenés kevésbé volt egyértelmű, mint az ESPAD kutatás esetében: nem minden évfolyamot érintett, és a kutatók módszertani okokkal is magyarázták a trendek megváltozását⁷ (Arnold 2016b).

A 2014. évi HBSC kutatás Európára vonatkozó nemzetközi jelentése az előző heti alkoholfogyasztás trendjét elemezte részletesebben. Ennek alapján *a magyar fiatalok Európa élvonalába tartoznak a heti rendszerességgel alkoholt fogyasztók arányát tekintve.* Az alkoholfogyasztás csökkenését a fiatalok körében a HBSC nemzetközi adatai is alátámasztják: valamennyi európai régióban, fiúknál és lányoknál egyaránt jelentősen mérséklődött az előző héten alkoholt fogyasztók aránya. A lerészegedés mutatója⁸ szintén csökkent a legtöbb európai országban 2002 és 2014 között. A HBSC eredményei alapján a kutatásban résztvevő országok között *a lerészegedés előfordulása a magyar fiúk között a legelterjedtebb, és a lányokat is csupán Dánia előzi meg.* Az ESPAD-hoz hasonlóan a HBSC

⁷ 2010 és 2014 között változott az eddigi élet alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdés megfogalmazása

⁸ Az eddigi életben legalább kétszer lerészegedők aránya

kutatás is a korai (13 éves kor előtt) alkoholfogyasztók és lerészegedők arányának a mérséklődését jelzik. (WHO, 2018)

Az Ifjúságkutatás adatai a 15-29 éves népességre vonatkozóan szintén alátámasztják az alkoholfogyasztás csökkenését. A legalább heti rendszerességgel fogyasztók aránya 12%-ról 11%-ra, a napi rendszerességgel fogyasztók aránya 0,9%-ról 0,2%-ra változott 2012 és 2016 között. A javuló tendencia a fiúknál és a lányoknál is megfigyelhető. A kutatás életkorra vonatkozó adatai azt mutatják, hogy az absztinensek aránya 15-19 éves kor között csökken (egyre többen válnak alkoholt fogyasztóvá), a húszas évek közepétől pedig az absztinensek aránya enyhén növekvő tendenciát jelez (Ádám, Susánszky, Székely 2018). Ez feltehetően a családalapítás, gyermekvállalás más kutatásokban is kimutatott, alkoholfogyasztást mérséklő hatásával magyarázható (Elekes 2004).

Az ESPAD-dal és a HBSC-vel ellentétben, az Ifjúságkutatás az ittasság növekedését mutatja 2012 és 2016 között. Eszerint 2016-ban a férfiak 56%-a és a nők 29%-a volt legalább egyszer ittas a kérdezést megelőző évben. Az előző évben legalább egyszer ittasok aránya 15 éves kortól növekszik, és a húszas évek első felében tetőződik (Ádám, Susánszky, Székely 2018).

1.1.4 Kábítószer-fogyasztás

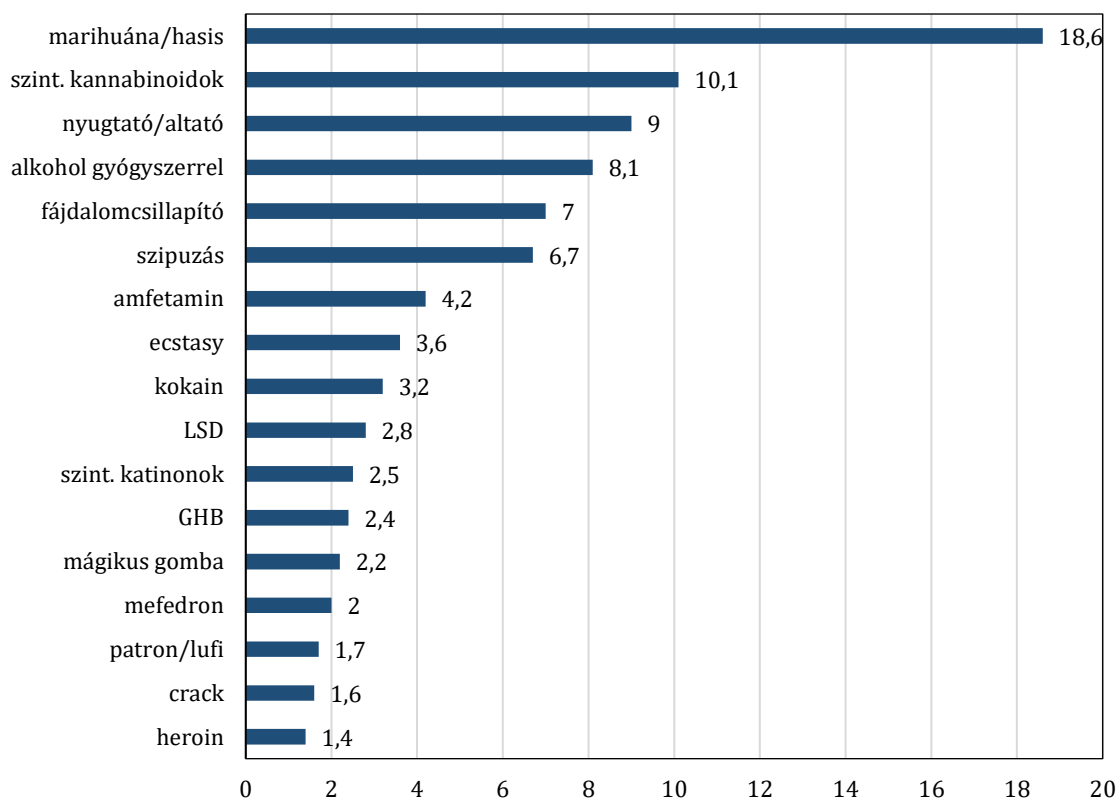
A 2015. évi ESPAD kutatás adatai alapján a megkérdezett 9-10. évfolyamos diákok 19,5%-a fogyasztott már valamilyen *tiltott szert*⁹ életében legalább egyszer. *Droghasználati célú szert*¹⁰ a diákok 21,8%-a fogyasztott már az élete során. A válaszadó tanulók 14,5%-a vett már be *altatót, nyugtatót vagy fájdalomcsillapítót orvosi javaslat nélkül*. *Dizájner drogot*¹¹ a diákok 10,7%-a próbált már az élete során. *A legelterjedtebben használt drog a marihuána/hasis*: a 9-10. évfolyamosok 18,6%-a legalább egyszer kipróbálta az élete során, 12,5% használta a kérdezést megelőző 12 hónapban, és 5,7% használt marihuánát a kérdezést megelőző 30 napban. A fiatalok által használt szerek sorrendjében *második helyen a dizájner drogok egyik fő csoportja, a szintetikus kannabinoidok találhatók*. A következő 4 legelterjedtebb szer az életprevalencia értékek alapján, a korábbi adatfelvételekhez hasonlóan legális szer: nyugtatók/altatók orvosi javaslat nélkül, alkohol gyógyszerrel, fájdalomcsillapító orvosi javaslat nélkül és a szipuzás (Nyírády 2016). (6. ábra)

⁹ *Tiltott szerek* közé az ESPAD-ban kezdetektől megkérdezett és valamennyi ESPAD beszámolóban a tiltott szerek között szereplő drogokat soroltuk: marihuána/hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

¹⁰ *Droghasználati célú szerfogyasztásnak* tekintjük az „ESPAD tiltott szereken” kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), szerves oldószerek, patron/lufi és a mepredon használatát.

¹¹ A *dizájner drogok* elnevezés a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok használatát foglalja magában.

6. ábra: Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)



(Nyírády 2016:60)

A tiltott szerek, droghasználati célú szerek és dizájner drogok használata elterjedtebb a fiúk között, a különböző gyógyszerek orvosi recept nélküli használata pedig inkább a lányokra jellemző.

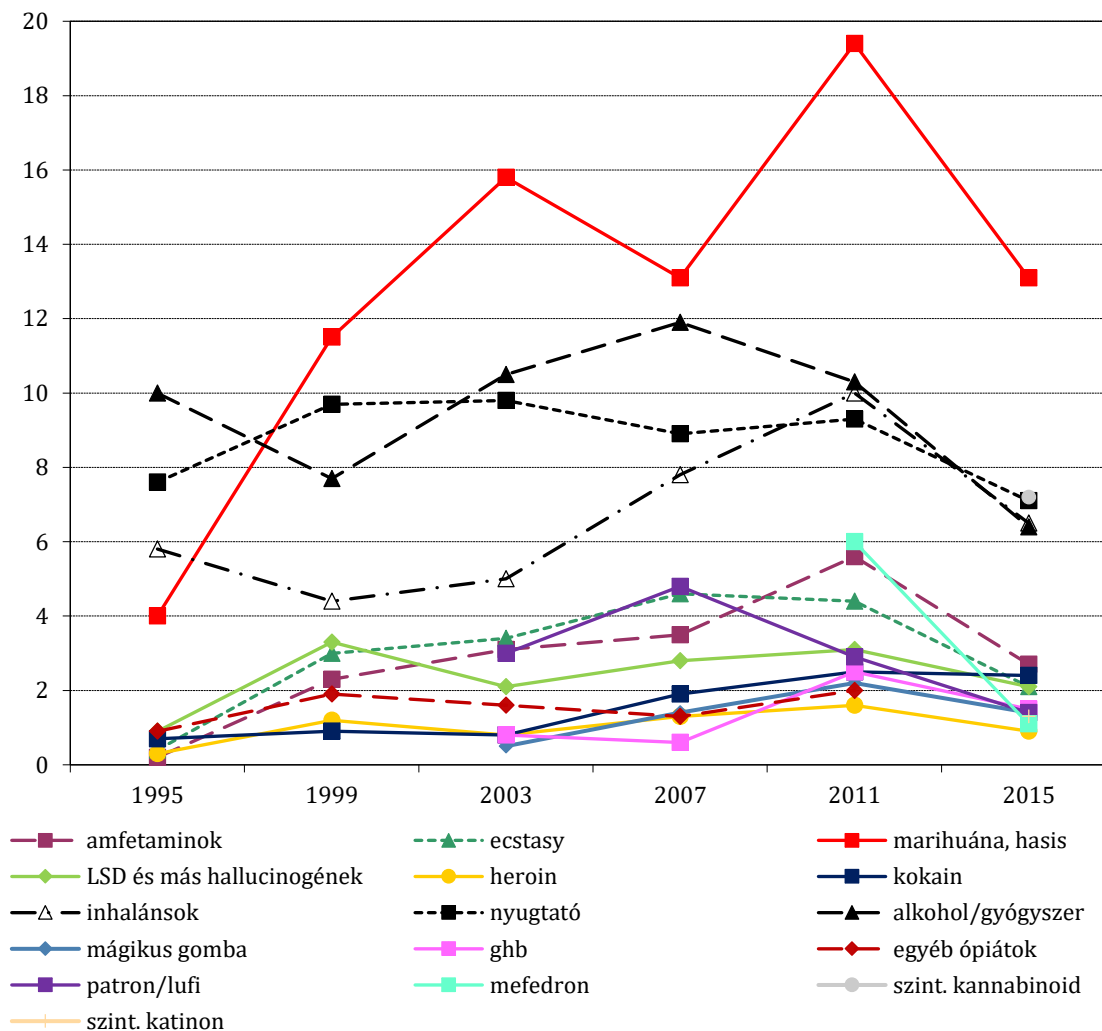
A korábbi évek eredményeihez hasonlóan a szülők iskolai végzettsége és vélt anyagi helyzete nem befolyásolja a tiltott szerek, droghasználati szerek és dizájner drogok kipróbálásának a valószínűségét. Az iskola típusa egyértelműen meghatározó: a szakiskolákban mindegyik szertípus kipróbálása nagyobb arányú, a gimnáziumokban pedig ritkábban fordul elő a droghasználat. A fővárosban és a Dél-Dunántúlon tanulók érintettsége nagyobb. Az átlagnál valamivel hátrányosabb helyzetűek a gyógyszereket orvosi javaslat nélkül használók: a szülők iskolai végzettsége és a család anyagi helyzete is elmarad az átlagtól. Az egyszülős család, illetve a mindkét édeszülő jelenlétének a hiánya minden szertípus kipróbálásának a valószínűségét növeli (Nyírády 2016).

Az elmenős (bulizós) szabadidő, a szülői kapcsolattal (elsősorban az apához fűződő viszonytal) való elégedetlenség és a szülői kontrol hiánya egyértelműen növeli a különböző egyéb drogok kipróbálásának a valószínűségét.

A 16 évesekre vonatkozó trendeket tekintve a legtöbb vizsgált szer életprevalencia értéke (marihuána esetében a havi prevalencia érték is) csökkent 2011 és 2015 között. A marihuána életprevalencia értéke 1995 és 2011 között (némi visszaeséssel 2007-ben) folyamatosan emelkedett, a kezdeti 4%-ról 19,4%-ra nőtt 2011-ben, majd 2015-ben 6,3 százalékponttal csökkent az érték. A nyugtatók/altatók orvosi javaslat nélkül és az alkohol gyógyszerrel való fogyasztása, valamint a szipuzás a marihuánát követő legerjedtebben használt szerek voltak 1995 és 2015 között.

Az összes többi szer életprevalencia értéke viszonylag alacsony szinten volt a vizsgált időszakban. 2011 és 2015 között minden szer esetében csökkenés volt megfigyelhető. (7. ábra)

7. ábra: Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke 1995 és 2015 között a 16 éves diákok körében

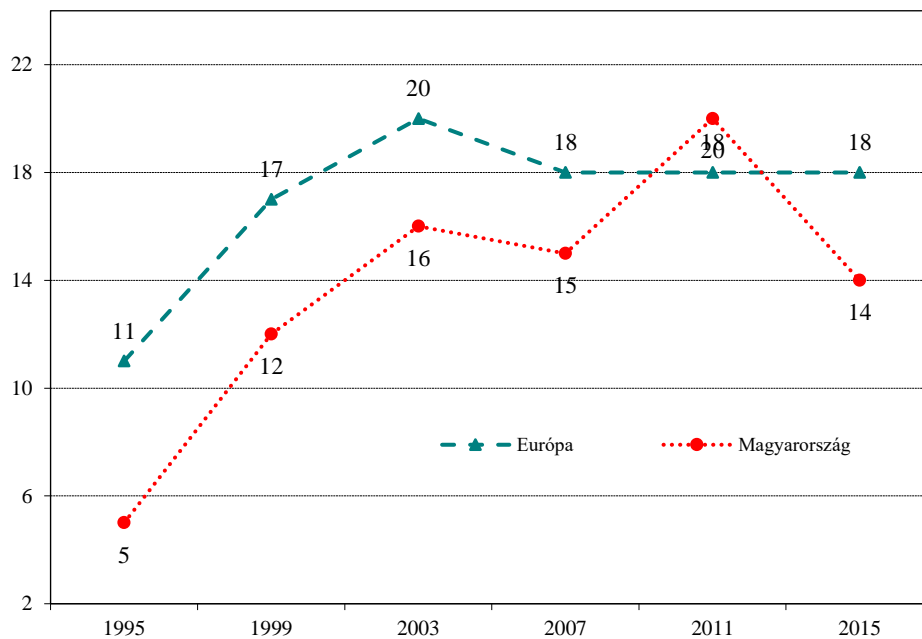


(Nyírády 2016:71)

A szerfogyasztás gyakorisága is a ritkább használat irányába tolódott el, az első használat életkora pedig nem csökkent a korábbi adatokhoz képest. Az egyéb drogok fogyasztásának a csökkenése hasonló arányban következett be a fiúk és a lányok körében, valamivel nagyobb arányban vidéken, mint Budapesten.

A dohányzás és alkoholfogyasztás mutatóihoz hasonlóan a tiltott szerek esetében is azt láthatjuk, hogy a kipróbálók arányának csökkenése nem sajátosan magyar jelenség. 2011 és 2015 között a legtöbb európai országban csökkent, vagy nem változott a marihuána fogyasztás életprevalencia értéke, a marihuánán kívüli tiltott szerfogyasztás pedig egyetlen országban sem nőtt, a legtöbb országban pedig csökkent. A bármilyen tiltott szert kipróbálók aránya európai átlagban 2003-ban érte el a tetőpontját, azóta csökkent, illetve stabilizálódott. Magyarországon 1995 és 2011 között ötszörösére nőtt a tiltott szereket valaha használók aránya, 2015-re pedig 4 százalékpontos csökkenés következett be. Tehát a magyar trendek némi késéssel követték az európai változásokat (ESPAD 2015). (8. ábra)

8. ábra: A tiltott szereket valaha kipróbáltak arányának változása 1995-2015 (valamennyi adatfelvételen résztvevő országok adatai)



(saját szerkesztés ESPAD 2015 alapján)

A vizsgált időszak legtöbb évében a magyarországi tiltott szerfogyasztás az európai átlag alatt maradt.

A 2014. évi HBSC kutatás szintén a tiltott szerek és a visszaélészerű gyógyszerek fogyasztásának jelentős mértékű csökkenését állapította meg az utolsó két adatfelvétel között eltelt időben. A tiltott szerek életprevalenciája 20%-os, a tiltott szerek és visszaélészerű gyógyszerhasználat együttes prevalencia értéke pedig 25%-os csökkenést mutatott a két vizsgálat közötti időszakban (Arnold 2016c).

1.1.5 Megbeszélés

Az ESPAD és a HBSC nemzetközi adatai alapján megállapítható, hogy a magyar fiatalok között nemzetközi összehasonlításban is elterjedt a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az alkoholfogyasztás szélsőségesebb módjait jelző lerészegedés és nagyivás. A HBSC különböző életkorokra vonatkozó adatai szerint a dohányzás európai összehasonlításban is magas elterjedtsége 15 éves korban kezdődik, a korábbi korcsoportokban a dohányzók aránya a magyar fiatalok között elmarad a nemzetközi átlagtól. A tiltott szerek használata kevésbé elterjedt, és nemzetközi összehasonlításban is átlag alatti (ESPAD 2015, Inchley et al. 2016).

A különböző tiltott és legális szerek fogyasztása gyakran együtt jár. Az ESPAD-adatokon végzett elemzés szerint a 16 éves fiatalok 8,7%-a tekinthető egyértelműen olyan problémás fogyasztónak, akiknél a rendszeres dohányzás, a problémásabb mértékű, gyakran lerészegedéssel járó alkoholfogyasztás és a különböző egyéb drogok használata egyaránt megfigyelhető. További 22%-ra becsülhető azoknak az aránya, akik elsősorban gyakoribb, nagyobb mennyiségű és problémásabb alkoholfogyasztásuk alapján emelkednek ki az átlagból (Elekes 2016c).

A társadalmi háttér hatása egyértelműen csak a dohányzás esetében mutatható ki: az alacsonyabb végzettségű, rosszabb anyagi körülmények között élő szülők szakiskolában tanuló gyermekei érintettek inkább. Az alkoholfogyasztás esetében kevésbé egyértelmű, de a korábbi évekhez képest határozottabb társadalmi különbségek rajzolódnak ki. Elsősorban a magasabb iskolai végzettségű szülők gimnáziumban tanuló gyermekei körében tűnik mérsékeltebbnek az alkoholfogyasztás. A tiltott szerek esetében változatlanul nem mutathatók ki határozott társadalmi különbségek a drogokat fogyasztók és nem fogyasztók között. Ugyanakkor a tiltott és legális szerhasználat kialakulásában is *meghatározónak látszanak a családon belüli és a barátokhoz fűződő kapcsolatok, valamint a szabadidő eltöltésének a módja.*

Az ESPAD és a HBSC eredményei is *a tiltott és legális szerek fogyasztásának a csökkenését jelzik a fiatalok körében.* Az alkoholfogyasztás mérséklődését az Ifjúságkutatás adatai is alátámasztják. A javulás összhangban van a nemzetközi adatokkal: az ESPAD és a HBSC is számos országban hasonló tendenciákat regisztrált.

A hazai köztudatban a tiltott és legális drogfogyasztás – sokszor makró statisztikai adatokkal is alátámasztott – mérséklődésének egyik magyarázata a dizájner drogok terjedése. A hazai kutatások többsége azonban azt valószínűsíti, hogy a dizájner drogokat ugyanazok használják, mint akik más tiltott szereket is fogyasztanak, sokat isznak és dohányoznak (Paksi 2017, Csák et al. 2017, Elekes 2017).

A nemzetközi szakirodalomban a változó trendek egy lehetséges magyarázataként megjelenik a generációs hatás is. Room (2015) szerint a pszichoaktív szerek fogyasztásában megfigyelhető egyfajta ciklikusság: a történelem során az igen nagymértékű fogyasztás korszakait mindig valamilyen mértékletesebb időszak követte. Ennek egyik magyarázata lehet az egymást követő generációk reagálása az előtük járó generációk fogyasztási szokásaira. (Freysinet et al. 2004, Room 2010, Room és Livingston 2016). Részben alátámasztják ezt a hipotézist az ELEF magyarországi eredményei is, amelyek azt mutatják, hogy az igazán nagy mennyiségű alkoholfogyasztás az egyre idősebb korosztályokra jellemző (a legtöbb alkoholt a 60-70 évesek fogyasztják), azaz egyre öregebb lesz az igazán nagyfogyasztó kohorsz, és az utánuk jövő korosztályok fogyasztása már kisebb mértékű (Elekes 2018).

A kilencvenes években a pszichoaktív szerek fogyasztása rohamosan terjedt a fiatalok körében, és azóta is számos kutatás bizonyította, hogy a szerfogyasztás szorosan kapcsolódik a szabadidő eltöltésének módjához (ld. többek között Parker és társai 1998, Parker 2005, Beccaria és Guidoni 2002). A pszichoaktív szerek fogyasztásának jelenkori mérséklődésének magyarázatában szintén jelentős szerepet tulajdonítanak annak, hogy a fiatalok körében drasztikusan megváltozott a szabadidő eltöltésének módja és a társas kapcsolatok jellege. A kutatók ezt az infokommunikációs technikák és elsősorban az okostelefonok elterjedésével hozzák összefüggésbe. Az USA-ban végzett kutatások szerint például az okostelefonok elterjedése óta a fiatalok sokkal ritkábban találkoznak barátaikkal személyesen, sokkal több időt töltenek otthon, szabadidejük jelentős részét az internet tölti ki, társas kapcsolataikat pedig elsősorban online, a közösségi média különböző csatornáin élik (Twenge 2017). A hazai kutatások alapján azt feltételezhetjük, hogy hasonló folyamatok nálunk is végbemennek. A 2016. évi Ifjúságkutatás eredményei szerint a 15-29 éves fiatalok szabadidő eltöltésének meghatározó módjává szintén „képernyős” tevékenységek (tévé, számítógép, laptop) váltak (Magyar Ifjúságkutatás 2016). Más hazai kutatások a fiatalok körében egyre növekvő társas izolációt, elmagányosodást jelzik (Dávid és Lukács 2015, Albert és Dávid 2016).

A 2015. évi ESPAD adatai szerint a kilenc és tizedikes középiskolások közel egyötöde tekinthető problémás internethasználónak (Király et al. 2016). A problémás internethasználók körében

kimutathatóan ritkábban fordul elő alkoholfogyasztás, dohányzás és kábítószer-használat (Elekes 2016c).

Összességében tehát a tiltott és legális szerek fogyasztásának a mérséklődését tapasztaljuk a fiatalok körében. A javuló tendenciák ellenére a magyar fiatalok dohányzása és alkoholfogyasztása még mindig magas szinten van nemzetközi összehasonlításban. A kedvező változások mögött pedig meghúzódhatnak új és más kedvezőtlen jelenségek is.

1.2 Alkoholfogyasztás a felnőtt népesség körében¹²

A felnőtt népesség pszichoaktív szerhasználatát a 2015-ben készült Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című vizsgálat¹³ (Paksi, Demetrovics, Magi, Felvinczi, 2017) eredményei alapján mutatjuk be.

1.2.1 Az alkoholfogyasztás főbb adatai

A kutatási adatok alapján a magyarországi 18-64 éves népesség mintegy háromnegyede fogyasztott alkoholt a kutatást megelőző évben, azaz az előző évre vonatkozó absztinencia arány a felnőttek körében 25% körül van. Aktuálisan, az előző hónapban a felnőtt népesség körülbelül fele fogyasztott alkoholt, legalább heti rendszerességgel pedig minden ötödik-hatodik felnőtt ivott. A napi ivók aránya 2,8%. (1. táblázat)

1. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói nemeként a 18-64 éves népesség körében

	%	standard hiba
Éves prevalencia	74,2	±2,3
Havi prevalencia	51,5	±2,6
Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás	16,9	±1,9
Az elmúlt hónapban napi rendszerességű fogyasztás	2,8	±0,9

1.2.2 Az alkoholfogyasztás szerkezete

Az elmúlt évi alkoholfogyasztás italfajtánkénti prevalenciaértékei alapján a tömény és a sör azonos szerepet kap a felnőtt lakosság fogyasztásában, a borfogyasztás éves prevalencia értéke azonban – a mérés hibahatárát¹⁴ figyelembe véve – kétharmados biztonsággal kisebb. A legalább heti rendszerességű fogyasztás tekintetében azonban egyértelműen a sör emelkedik ki (14,3%), és kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy borfogyasztás tendenciájában megelőzi a tömény italokat¹⁵. A napi ital fogyasztásban egyértelműen a tömény italok jutnak a legkisebb szerephez (9. ábra).

A szokásos alkalommal elfogyasztott italfajtánkénti alkoholmennyiség alapján – a napi ivás tekintetében kirajzolódó preferenciákhoz hasonlóan – a bor és a sör fogyasztása kiegyenlített, s a legkisebb mennyiséget – 100%-os alkoholban számítva – tömény italokból fogyaszt a felnőtt lakosság (10. ábra).

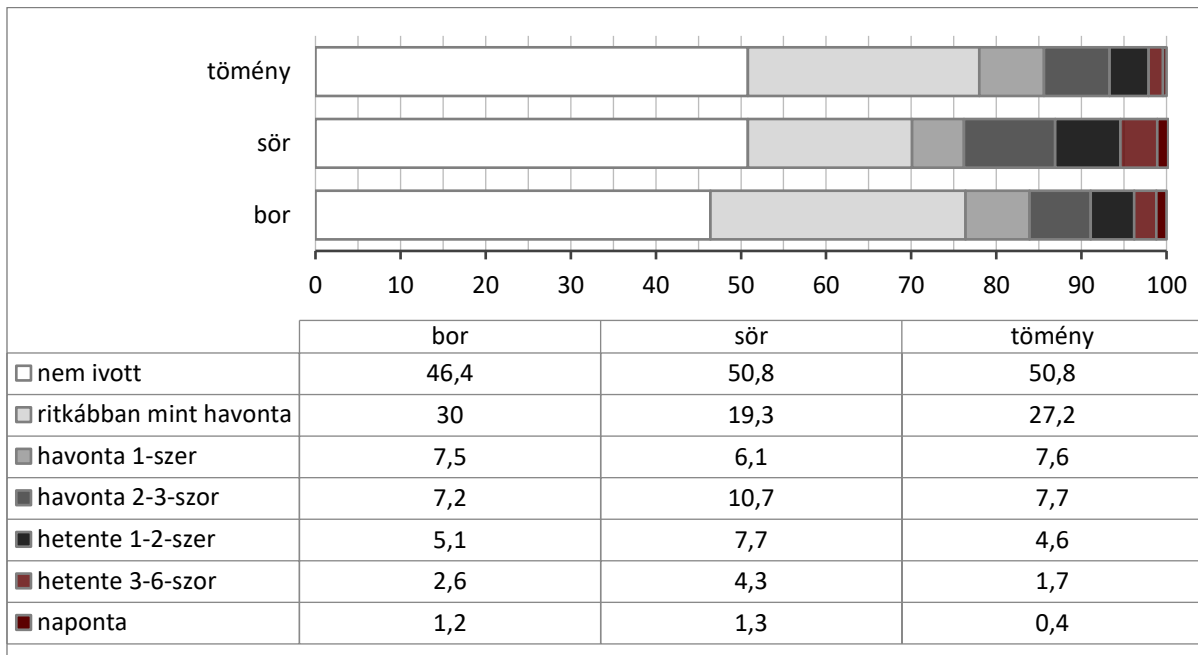
¹² Szerző: Paksi Borbála

¹³ A felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján rendelkezésre álló legfrissebb kutatási adatok

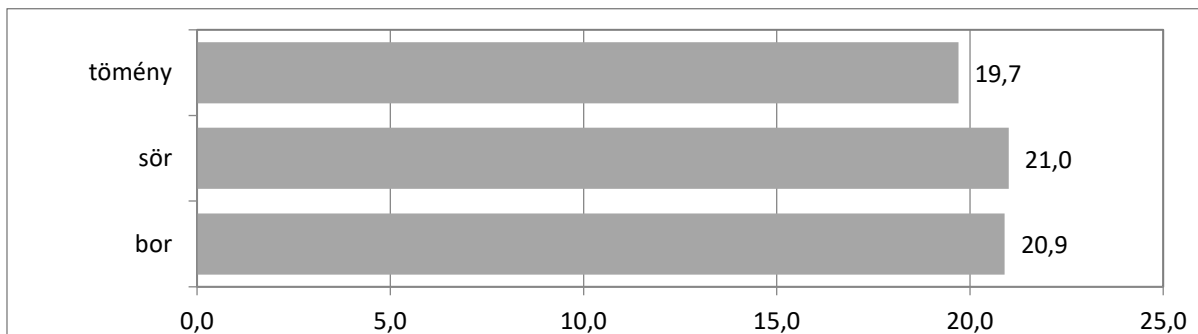
¹⁴ 68%-os megbízhatósági szinten a szerenkénti prevalencia értékek standard hibája ±1,3%.

¹⁵ A felnőtt népesség 8,9%-a fogyaszt legalább heti rendszerességgel bort (standard hiba 65%-os megbízhatósági szinten ±0,6%), tömény italt pedig 6,7% (±0,5)

9. ábra: A különböző italfajták elmúlt évi fogyasztási gyakorisága (18-64 éves válaszolók %-ában)



10. ábra: A különböző italfajtából egy alkalommal átlagosan elfogyasztott mennyiség az elmúlt évben (18-64 éves válaszolók körében ml-ben, 100%-os alkoholban)



1.2.3 Első alkoholfogyasztás és berúgás

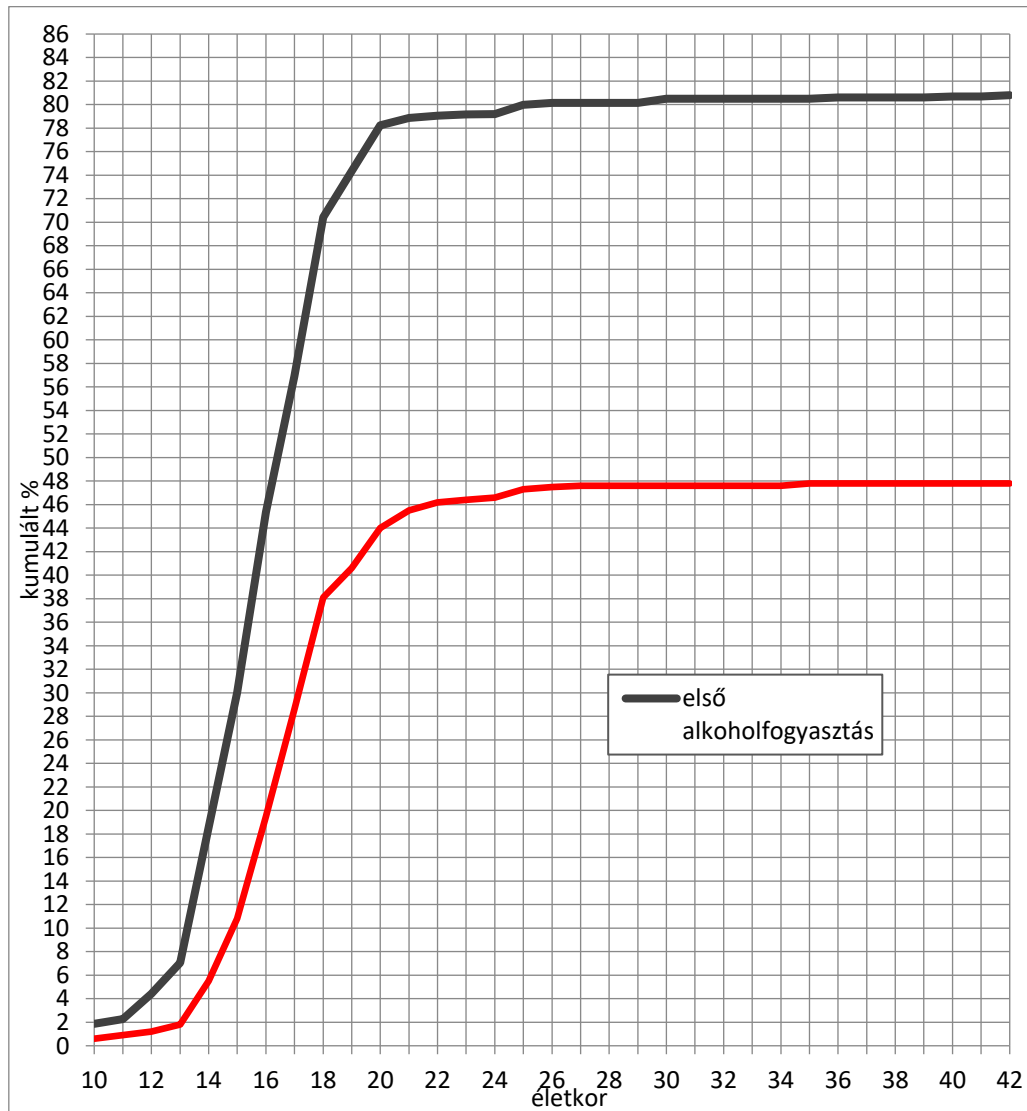
Az első droghasználat átlagos életkora a 18-64 éves populációban a 16 éves kor (módusz és a medián szintén 16), azonban a valaha alkoholt fogyasztók közül minden negyedik-ötödik (23%) már 14 évesen túl volt az első alkoholfogyasztáson. Az első berúgás egy évvel később, átlagosan 17 évesen történt (medián szintén 17, módusz 18).

Az első alkoholfogyasztás életkora alapján számított kumulált prevalencia görbe¹⁶ (11. ábra) alapján a mai felnőtt népességben az első alkoholfogyasztás döntően 14-18 éves kor között történt. Ebben az időszakban az alkohol kipróbálásának kockázata évente hasonló volt (általában 11,5%, 16 éves korban 15,5%). Az ezt a periódust megelőző, illetve követő 2-2 év hordoz még kockázatot: ekkor évente a mai felnőtt lakosság 2-4%-a próbálta ki az alkoholt. Húsz éves kor után a kockázat minimalizálódik, aki addig nem fogyasztott még alkoholt, nagy eséllyel már nem próbálja ki.

¹⁶ Amennyiben valamely populációban az első alkoholfogyasztás évére vonatkozó gyakorisági adatok kumulált értékeit ábrázoljuk, a görbe meredeksége azt mutatja, hogy mekkora a kockázata annak, hogy az, aki még soha nem fogyasztott alkoholt, az adott korévben kipróbálja.

Az első berúgás kockázatának idői lefutása nagyon hasonló. Érdemben 14 éves korban jelenik meg a kockázat, kezdetben még 4-5%, azonban 17-18 éves kor között 9-10%-os értékével az első berúgás valószínűsége megközelíti az első alkoholfogyasztást. 18 éves kor után az első berúgás kockázata is csökken, azonban kicsit később, 22 éves kortól minimalizálódik.

11. ábra: Az első alkoholfogyasztás (N=1173) és az első lerészegedés (N=1196) kockázata a különböző korévekben (kumulált prevalencia-görbe) a 18-64 éves válaszolók körében

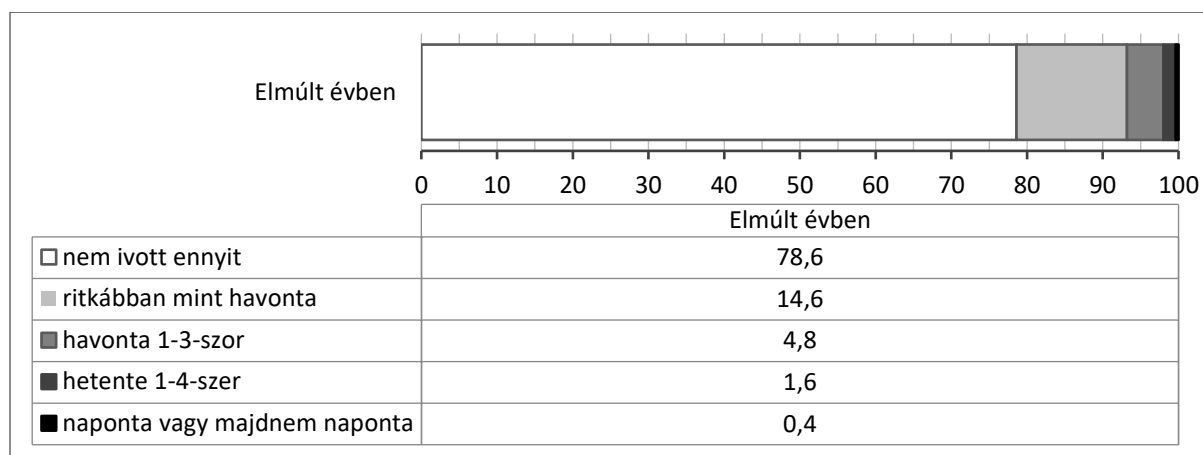


1.2.4 Az alkoholfogyasztás problémásságára utaló adatok

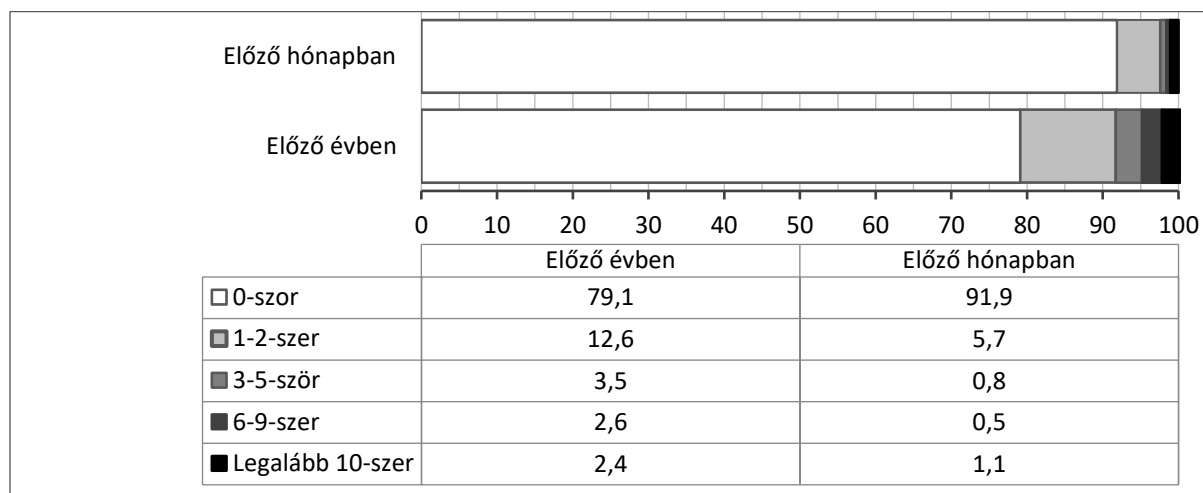
Excesszív ivási magatartás – egy alkalommal hat vagy több ital elfogyasztása (12. ábra) vagy lerészegedés (13. ábra) – a felnőtt népesség körülbelül egyötödénél fordult elő a vizsgálatot megelőző évben. Mindkét intenzifikált ivási magatartás a havi gyakoriságnál jellemzően ritkábban fordul elő. A megkérdezettek 6,8%-a számolt be az elmúlt évre vonatkozóan legalább havi rendszerességű nagyivásról, a lerészegedés havi prevalencia értéke pedig 8,1%. A nagyivás legalább heti gyakorisággal a felnőtt lakosság 2%-ára jellemző, s a kutatást megelőző hónapban legalább 3 alkalommal

lerészegedők aránya pedig 1,4% (4. ábra). Az AUDIT skála¹⁷ alapján a megkérdezettek 6,1%-a (a kérdésre válaszolók 10,4%-a N=873) tekinthető kockázatos, vagy problémás alkoholhasználónak.

12. ábra: A nagyívás gyakorisága¹⁸ az elmúlt évben (18-64 éves válaszolók %-ában)



13. ábra: A lerészegedés éves és havi gyakorisága (18-64 éves válaszolók %-ában)



1.2.5 Az alkoholfogyasztás szocio-demográfiai mintázódása

1.2.5.1 Az alkoholfogyasztás nemi mintázódása

Az alkoholfogyasztás elterjedtségének minden mutatója rendre szignifikáns nemi mintázódást mutat (2. táblázat). A nők körében az elmúlt évre vonatkozó absztinencia arány (33,4%) kétszer olyan magas, mint a férfiak körében (16,7%). Aktuálisan (az előző hónapban) a férfiak több mint kétharmada, a nők közül pedig valamivel több mint minden harmadik fogyasztott alkoholt. Az excesszív ivás prevalencia értékei szintén háromszor-négyszer nagyobbak a férfiak körében. Az alkoholfogyasztás rendszeressége tekintetében pedig még inkább jelentős a nemek közötti különbség: a nőkhöz képest a férfiak ötször nagyobb arányban fogyasztanak legalább hetente alkoholt, a napi rendszerességű alkoholfogyasztás pedig közel tizenötször nagyobb arányban fordul elő a férfiak körében. Egy szokásos alkalom során a férfiak átlagosan szignifikánsan több alkoholt fogyasztanak, mint

¹⁷Alcohol Use Disorders Identification Test (Allen, Litten, Fertig és Babor, 1997; Gerevich, Bácskai és Rózsa, 2006; Saunders, Aasland, Babor, De La Funete és Grant, 1993)

¹⁸ Hat vagy több ital. Egy ital = 2dl bor, vagy egy korsó (5dl) sör, vagy fél dl tömény, vagy egy koktél vagy két üveg (5dl) előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital. Egy ital kb. 10 ml tiszta szeszt tartalmaz.

a nők. A férfiak minden dimenzióban nagyobb kockázata az AUDIT skála alapján is megmutatkozik: a férfiak körében közel ötszörös a kockázatos, vagy problémás fogyasztók aránya.

2. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói nemenként a 18-64 éves népesség körében

	férfiak	nők	össz.
Éves prevalencia*	83,3	66,6	74,2
Havi prevalencia*	68,8	37,1	51,5
Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás*	29,8	6,0	16,9
Az elmúlt hónapban napi rendszerességű fogyasztás*	5,7	0,4	2,8
6 vagy több ital éves prevalencia *	33,3	11,6	21,4
Lerészegedés éves prevalencia*	34,3	9,6	21,0
Lerészegedés havi prevalencia*	13,9	3,0	8,0
Egy szokásos alkalommal elfogyasztott italok átlagos száma*	2,51	1,95	2,24
Az AUDIT alapján problémás/kockázatos fogyasztók aránya*	16,8	3,6	10,4

* $p < 0,001$; nsz $p > 0,1$

1.1.5.2 Az alkoholfogyasztás egyéb szocio-demográfiai mintázódásai

Életkor mentén – az AUDIT alapján problémás vagy kockázatos fogyasztók aránya kivételével – szintén szignifikáns mintázódást mutatnak az alkoholfogyasztás vizsgált mutatói, azonban a mintázódás a különböző mutatók mentén eltérő. Az éves és a havi prevalencia alapján a legfiatalabb felnőtt korosztályban (18-24 évesek), valamint a középkorúak (45-54 évesek) körében mutatkoznak a populációs átlagnál magasabb értékek. Azonban míg a fiatal korosztály inkább a nagyobb mennyiségű fogyasztás (nagyivás, lerészegedés, illetve az egy alkalommal elfogyasztott italok átlagos száma) tekintetében hordoz kockázatokat, addig a középkorú és az idősebb (45+) korosztályra – az átlagosnál kisebb fogyasztási gyakoriságok mellett – a heti rendszerességű fogyasztás jellemző nagyobb arányban. (3. táblázat)

Az iskolai végzettség mentén kevésbé figyelhetők meg szignifikáns különbségek az ivási magatartásban, de ahol igen (legalább heti rendszerességű fogyasztás; 6 vagy több ital éves prevalencia; lerészegedés havi prevalencia, valamint az AUDIT alapján problémás vagy kockázatos fogyasztók aránya), ott többnyire a 8 általános, vagy annál alacsonyabb iskolai végzettségűek esetében rajzolódik ki az átlagosnál nagyobb kockázat. (3. táblázat)

3. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói iskolai végzettség és életkori csoportok szerint a 18-64 éves népesség körében

	iskolai végzettség						életkor					
	≤8 általános	szakmun kás	érettségi	főiskola	egyetem	sig	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	sig
Éves prevalencia	68,8	72,2	77,8	74,4	75,7	nsz	78,5	74,4	75,8	78,0	66,0	0,004
Havi prevalencia	48,9	53,0	50,5	54,3	52,9	nsz	56,7	48,4	52,5	58,3	44,1	0,004
Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás	21,8	22,7	13,3	12,1	11,3	p<0,001	13,3	15,2	13,8	18,3	22,4	p<0,001
6 vagy több ital éves prevalencia	26,3	14,3	19,0	18,1	19,1	p<0,001	32,8	<u>23,4</u>	20,6	19,7	15,3	0,001
Lerészegedés éves prevalencia	23,5	25,3	18,5	18,3	19,4	nsz	37,5%	<u>25,4</u>	21,0	16,2	11,4	0,012
Lerészegedés havi prevalencia	13,1	<u>9,5</u>	5,1	7,7	7,4	0,007	13,8%	<u>9,6</u>	7,0	6,7	5,4	p<0,001
Egy szokásos alkalommal elfogyasztott italok átlagos száma ³⁶	2,52	2,34	2,17	2,09	2,11	nsz	2,71	2,23	2,21	2,10	2,11	0,043
Az AUDIT alapján problémás vagy kockázatos fogyasztók aránya	22,3	17,0	5,0	3,7	10,4	p<0,001	10,5	9,0	8,7	10,7	12,9	nsz

nsz p>0,05

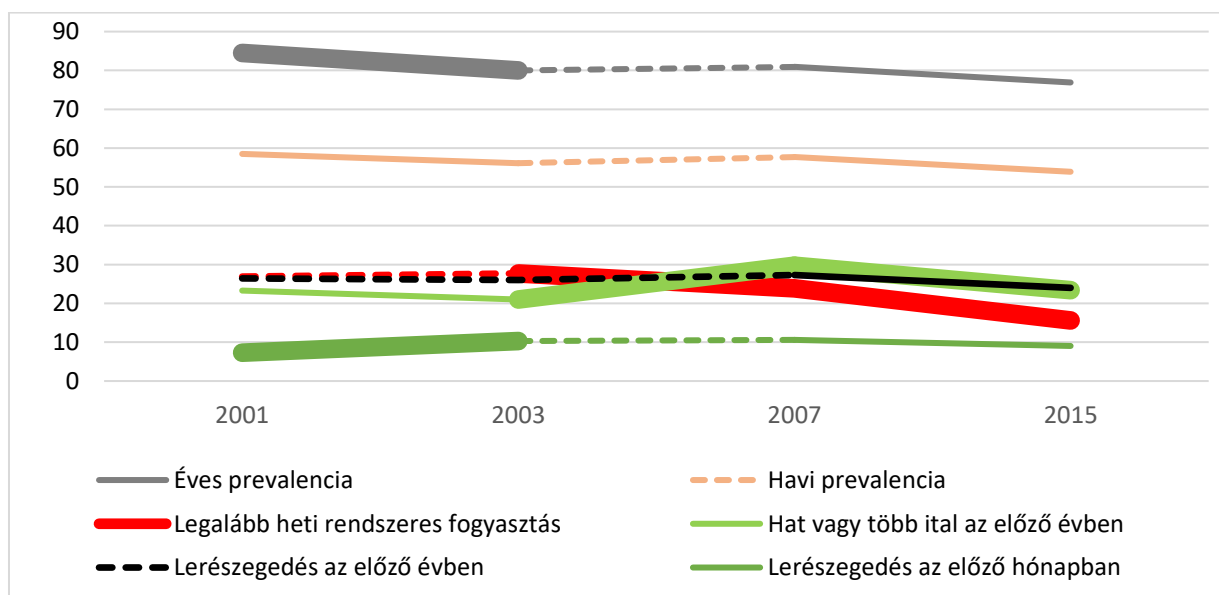
A táblázatban az átlagosnál jelentősen nagyobb értékeket vastagítással, valamelyest nagyobbakat aláhúzással jelöltük.

³⁶ Egy ital = 2dl bor, vagy egy korsó (5dl) sör, vagy fél dl tömény, vagy egy koktél vagy két üveg (5dl) előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital. Egy ital kb. 10 ml tiszta szeszt tartalmaz.

1.2.6 Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak változása

Amennyiben az alkoholfogyasztás 2001 és 2015 közötti tendenciáit vizsgáljuk, akkor – az egyes mérések konfidencia intervallumát figyelembe véve – azt mondhatjuk, hogy a magyarországi 18-53 éves felnőtt népességben 2001 és 2007 között nehéz megfogalmazni egyértelmű tendenciákat: a különböző mutatókban eltérő irányú változások mutatkoztak. 2001 és 2003 között az alkoholfogyasztás éves prevalencia értéke 95%-os biztonsággal, a fogyasztás havi és a nagyívás éves prevalenciája pedig tendenciájában csökkent, az előző havi lerészegedés előfordulása azonban szignifikánsan növekedett. 2003 és 2007 között a legtöbb mutató változatlan volt, kivéve a heti rendszerességű fogyasztást, ami 95%-os megbízhatósággal csökkent, és a nagyívás éves prevalenciáját, ami azonban növekedett. A legutolsó, 2007 és 2015 közötti időszakban viszont valamilyen szinten minden mutató kedvező irányba mozdult el: 95%-os megbízhatósággal csökkent a legalább heti rendszerességű fogyasztás, a nagyívás éves- és a lerészegedés havi prevalenciája, a többi mutató pedig tendenciájában javult (a változásokat az 14. ábra szemlélteti, a részletező adatok és a hibahatárok pedig megtalálhatók a 4. táblázatban)

14. ábra: Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak alakulása 2001 és 2015 között (a 18-53 éves népességben)



Az ábrán a 95%-os megbízhatósági szinten a hibahatáron túli változásokat vastag folyamatos vonallal, a 68%-os megbízhatósági szintűeket pedig folyamatos vékony vonallal jelöltük. A szaggatott vonal esetében nem történt hibahatáron túli elmozdulás.

4. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak változása 2001 és 2015 között (18-53 éves népességben)

Főbb mutatók	2001		2003		2007		2015	
	%	standard hiba ⁺	%	standard hiba	%	standard hiba	%	standard hiba
Éves prevalencia	84,5	1,7	80,0**	1,6	80,9	1,7	76,9*	2,5
Havi prevalencia	58,5	2,3	56,1*	2,0	57,7	2,1	53,9*	2,9
Legalább heti rendszeres fogyasztás	26,9	2,1	27,7	1,8	23,9**	1,9	15,6**	2,1
Hat vagy több ital az előző évben	23,3	1,9	21,0*	1,6	29,7**	2,0	23,4**	2,5
Lerészegedés az előző évben	26,4	2,4	26,0	1,7	27,3	1,9	24,0*	2,5
Lerészegedés az előző hónapban	7,3	1,2	10,3**	1,2	10,6	1,3	9,0**	1,7

Korábbi adatok forrásai: Elekes és Paksi, 2003; Elekes, 2007; Paksi és mtsai 2009

⁺95%-os megbízhatósági szinthez tartozó hibahatár

*A 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

**A 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

1.3 Illegális drogfogyasztás a felnőtt és fiatal felnőtt népesség körében^{37 38}

1.3.1 Az illegális drogfogyasztás főbb prevalencia adatai

A legutóbbi, azaz a 2015-ös kutatási adatok alapján a magyarországi 18-64 éves népességben minden tizedik válaszoló fogyasztott már valamilyen tiltott drogot³⁹ az élete során. Az éves prevalencia értéke 2,3%. A valaha használók közel egynegyede használt az elmúlt évben (is) valamilyen tiltott szert, s többségük (közel háromnegyedük) tényleges folyamatos használó. A tiltott drogok havi prevalencia értéke alapján a valaha fogyasztókon belül kb. minden nyolcadik használó aktuálisan (is) használ valamilyen tiltott szert.

A 18-64 éves népességben kapott értékekhez képest a fiatal felnőtt (18-34 éves) népességben a drogfogyasztás különböző időszakokra számított prevalencia értékei rendre 95%-os megbízhatósággal magasabbak: a tiltott drogok életprevalencia értéke 17,7%, az éves prevalencia értéke 5,3%, a havi prevalencia pedig 2,8%. A valaha használó fiatal felnőttek megközelítőleg egyharmada az elmúlt évben (is) fogyasztott valamilyen tiltott szert, kb. egy hatodik pedig aktuálisan (is) használ. (5. táblázat)

5. táblázat: A tiltott drogok elterjedtségének főbb mutatói
(18-34 és 18-64 éves válaszolók %-ában, a 95%-os megbízhatósági szinten érvényes standard hiba (SE) feltüntetésével)

Főbb mutatók	18-64 évesek		18-34 évesek	
	%	standard hiba	%	standard hiba
Életprevalencia	9,9	±1,6	17,7	±2,0
Éves prevalencia	2,3	±0,8	5,3	±1,2
Havi prevalencia	1,2	±0,6	2,8	±0,9
Folyamatos fogyasztási ráta	24,0	±7,4	30,7	±5,9
Új belépők aránya	6,4	4,2	9,2	3,7
Kilépési arány	76,0	7,4	69,3	5,9
Folyamatos fogyasztási ráta incidenciánálkül	17,6	±6,6	21,5	±5,2

1.3.2 Az illegális drogfogyasztás szerkezete

A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát/hasist fogyasztottak eddig életük során, közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (4%) életprevalencia értéke. E két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva, hibahatáron belül megegyező életprevalencia értékekkel – követik a szintetikus-kannabinoidok (hibahatár:±0,7), az amfetamin (hibahatár:±0,7), és az új stimulánsok (hibahatár:±0,6). A fiatal felnőtt népességben – a legnépszerűbb szerek esetében –

³⁷ Szerző: Paksi Borbála

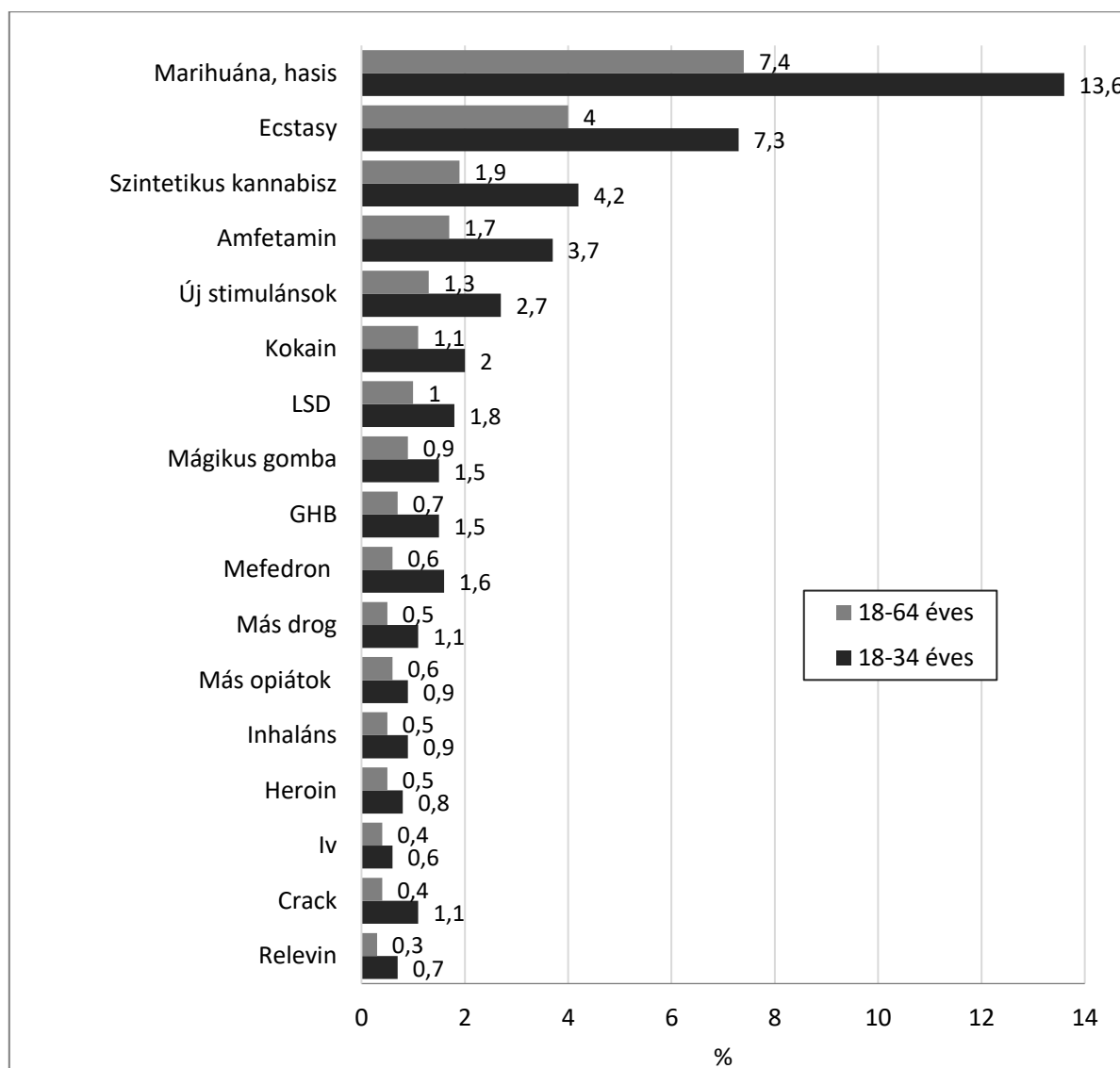
³⁸ Az OLAAP 2015 kutatás drogfogyasztási eredményei részletesen megtalálhatók a következő tanulmányban: Paksi, Demetrovics, Magi, Felvinczi (2018)

Tekintettel a tiltott drogfogyasztás markáns életkori mintázódására, az illegális drogfogyasztás minden jellemzőjét külön bemutatjuk a 18-34 éves populációra is

³⁹ A kutatás az alábbi tiltott drogokat vizsgálta: marihuána/hasis, szintetikus kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, új stimulánsok, heroin, egyéb opiátok, LSD, mágikus gomba, GHB, mefedron, intravénás drog, más drog

a szerenkénti életprevalencia mintegy kétszer nagyobbak, mint a felnőtt lakosságban, azonban a kirajzolódó szerpreferenciák a felnőtt lakosságban tapasztalt sorrenddel megegyezőek. (15. ábra)

15. ábra: A szerenkénti életprevalencia (LTP) értékek (18-64 éves és 18-34 éves válaszolók %-ában)⁴⁰



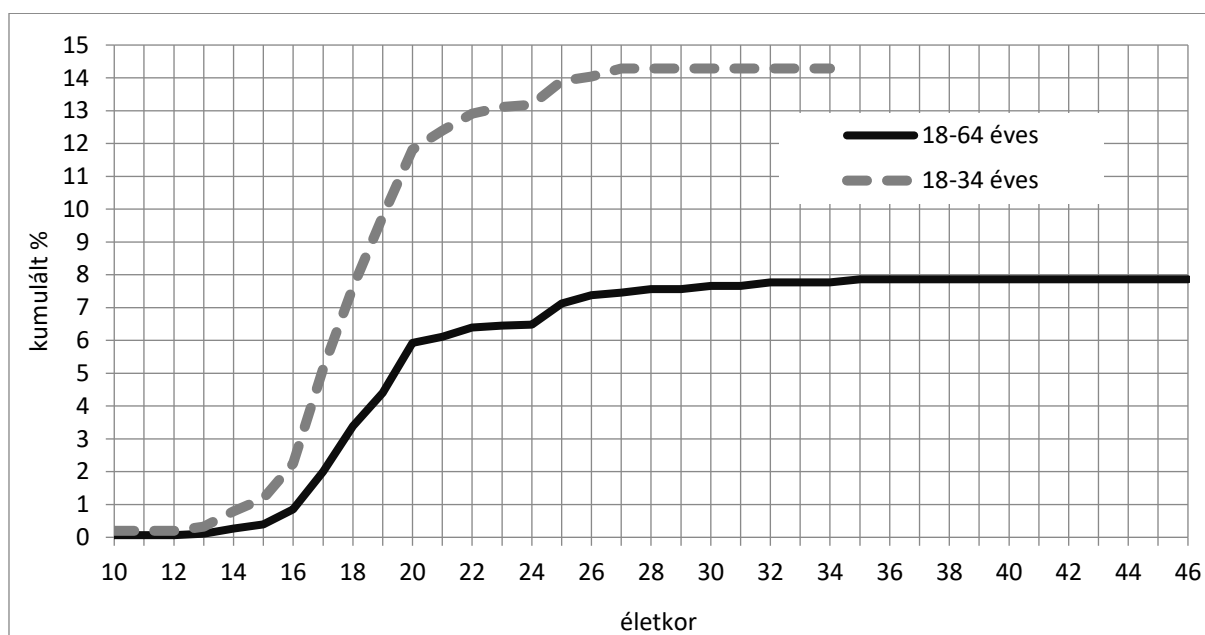
1.3.3 Első droghasználat

Az első droghasználat átlagos életkora a 18-64 éves populációban a 20 éves kor (módusz szintén 20), azonban a valaha fogyasztók fele már 19 évesen, egynegyedük (25,5%) 17 évesen, egytizedük (10,8%) pedig 16 éves korban túl volt az első használaton. Az első droghasználat életkorának csökkenő társadalmi tendenciáját jelzi, hogy a fiatal felnőtt válaszolók körében a tiltott droggal való első találkozás korábban, átlagosan 18-19 éves kor között (18,6 évesen), leggyakrabban (módusz) pedig 17 évesen történt. A valaha használó fiatal felnőttek fele 18 évesen, több mint egyharmaduk (36%) 17 évesen, minden hatodik használó (15,7%) pedig 16 éves korban volt túl az első használaton.

⁴⁰ A dummy drog esetében az LTP a 18-64 éves válaszolók körében 0,3%, a 18-34 éves válaszolók körében pedig 0,7%.

A 18-64 éves és a 18-34 éves népességre – az első drogfogyasztás életkora alapján számított – kumulált prevalencia görbék⁴¹ egymáshoz viszonyított helyzete pedig azt is jelzi (16. ábra), hogy a fiatal felnőtt populációban – az első használat életkorának alacsonyabb átlagértéke mellett – nem jelent meg korábban a drogokkal való ismerkedés, azonban az egyes korévekben jóval nagyobb volt a kockázata a drogokkal való kapcsolatba kerülésnek. A vizsgálat idején a 18-34 éves korosztály tagjai a legnagyobb kockázatnak 16-18 éves koruk között voltak kitéve: ekkor évente a korosztály mintegy 3%-a próbált ki valamilyen tiltott drogot. Majd 18-20 éves kor között ez a kockázat 2%-ra, 20-27 éves kor között pedig átlagosan kevesebb, mint fél százalékra csökkent, s aki 27 éves koráig nem került kapcsolatba a drogokkal, az később már nem próbálta ki. A 18-64 éves korosztályban is a 16-20 éves kor közötti periódus volt a legnagyobb kitétséggű életszakasz, azonban egyik korévben sem haladta meg a kockázat az 1,5%-ot.

16. ábra: Az első tiltott drogfogyasztás kockázata az egyes korévekben (kumulált prevalencia-görbe) a 18-64 éves (N=1349) és a 18-34 éves (N=1399) válaszolók körében



A kumulált prevalencia görbe nem csak a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázatának korosztályos jellegét mutatja meg, hanem a különböző korosztályokra vonatkozó görbék egymáshoz viszonyított helyzete lehetőséget ad a keresztmetszeti adatok alapján a droghasználat társadalmi tendenciáinak becslésére is: a 18-64 éves népességhez képest a fiatal felnőttek kumulált görbéjének nagyobb meredeksége a drogfogyasztás hosszútávon növekvő tendenciáját is jelezi.

1.3.4 A droghasználat problémásságára utaló adatok

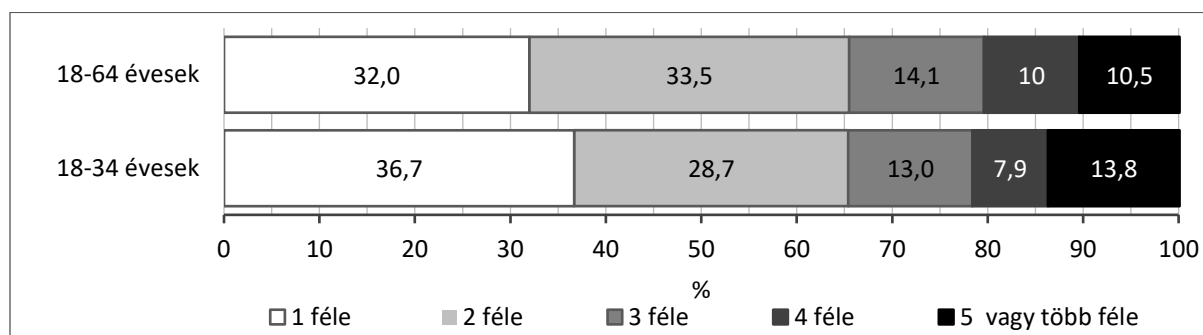
A 18-64 éves népességben az elmúlt évben használók kétharmada a kutatás során vizsgált 14 féle drog közül mindössze egy vagy kétféle drogot használt a kutatást megelőző év során.⁴² A másik egyharmad (34,6) fogyasztási mintázata változatosabb: ők legalább háromféle, ezen belül 10,5% öt- vagy többféle

⁴¹ Amennyiben valamely populációban az első droghasználat évére vonatkozó gyakorisági adatok kumulált értékeit ábrázoljuk, a görbék meredeksége a populáció drogokkal való kapcsolatba kerülésének, azaz az életprevalencia érték növekedésének kockázatát mutatja a különböző életkorokban.

⁴² Ha csak az EMQ standard 6 féle drogra (cannabis, XTC, amfetamin, kokain, heroin, LSD) (EMCDDA, 2002) vizsgáljuk a polidrog-használat előfordulását, akkor a kétharmad (65,2%) mindössze 1-féle drogot használt, és 2-féle drogot használók aránya pedig 18,6% a 18-64 éves népességben.

drogot fogyasztott. A fiatal felnőttek fogyasztási mintázatának változatossága – a mérés hibahatárát figyelembe véve – nem különbözik a felnőtt népességben általában tapasztalttól. (17. ábra)

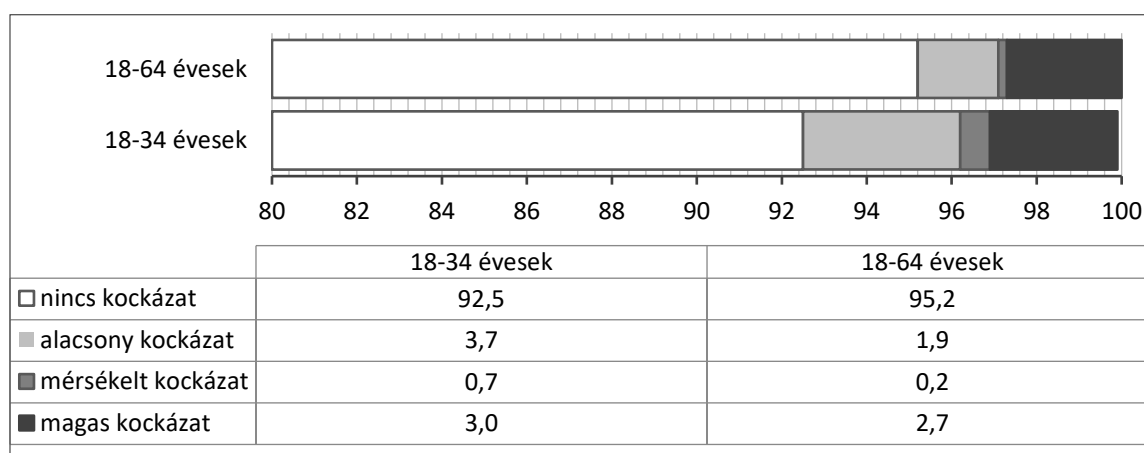
17. ábra: Polidrog-használat (a vizsgált 14 féle drogra), az elmúlt évben használó 18-64 évesek (N=31) és 18-34 évesek (N=73) %-ában



Az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot fogyasztó felnőttek (18-64 évesek) több mint kétharmada (67,7%) kannabiszt is fogyasztott legalább egyszer. Döntő többségük a Kannabisz Használat Szűrőkérdőív (CAST)⁴³ alapján kockázatmentes fogyasztó, 4,8%-uk esetében azonban észlelhető valamilyen szintű kockázat a kannabisz fogyasztással összefüggésben, és 2,7%-uknál kifejezetten magas kockázat azonosítható. (18. ábra)

A fiatal felnőtt droghasználók körében a kannabisz jelenléte az előző évi fogyasztásban nagyságrendileg a felnőtt népességgel azonos (68,1%), azonban a kannabisz használattal összefüggő problémák előfordulása valamelyest gyakoribb. A CAST alapján az elmúlt évben kannabiszt fogyasztó fiatal felnőttek közül minden tizenharmadik kannabisz használata valamilyen szinten kockázatos, azonban az esetek felében alacsony szintű a kockázat. (18. ábra)

18. ábra: CAST alapján képzett kockázati csoportok aránya az elmúlt évben használó 18-64 évesek (N=31) és 18-34 évesek (N=73) %-ában



1.3.5 A droghasználat szocio-demográfiai mintázódása

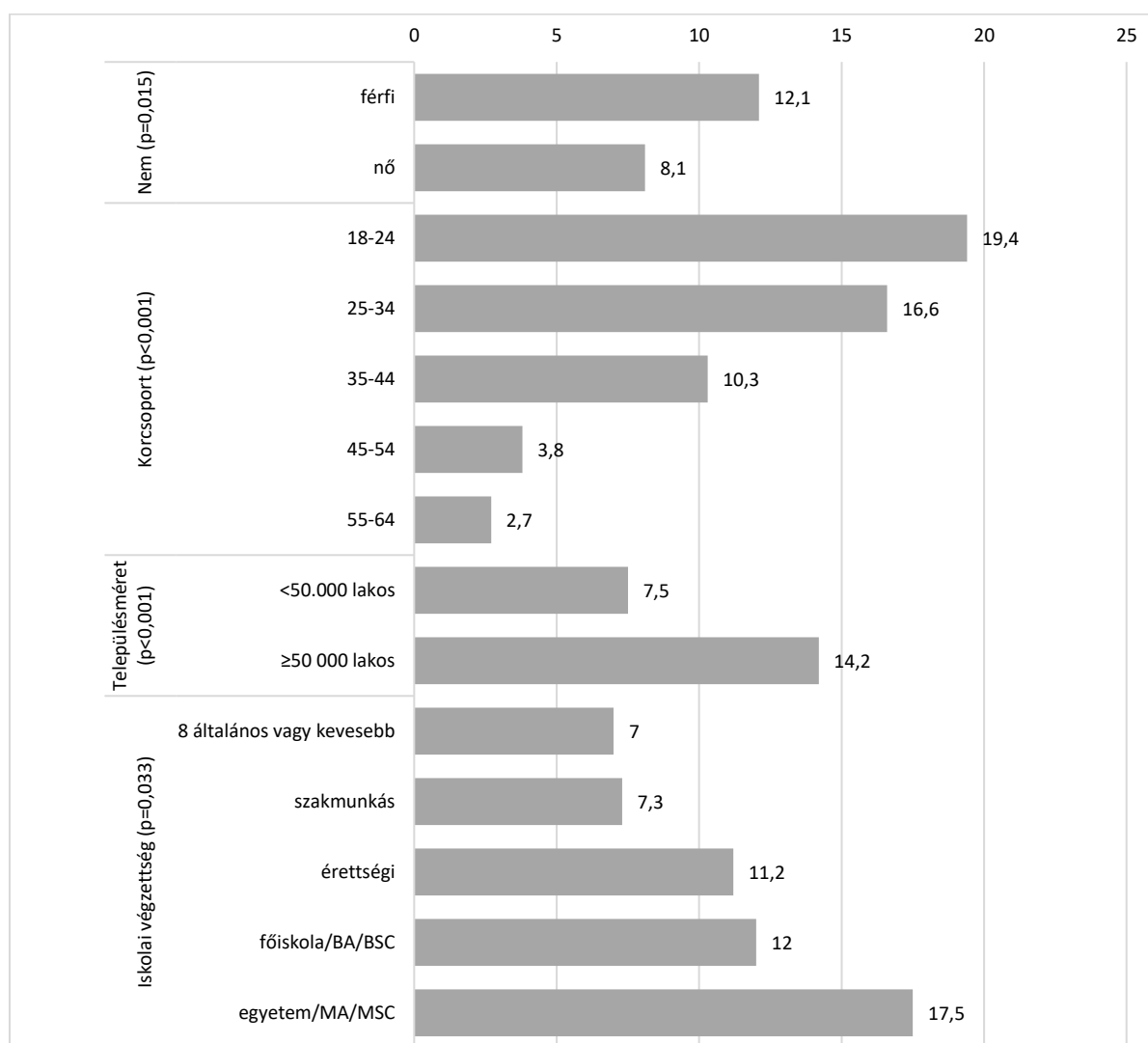
A tiltott droghasználatban való érintettség⁴⁴ társadalmi-demográfiai mintázódását vizsgálva leginkább markáns különbségek az életkor vonatkozásában tapasztalhatók: a legfiatalabb (18-24 éves) felnőtt

⁴³ Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Gyepesi és mtsai., 2013; Legleye, Karila, Beck és Reynaud, 2007)

⁴⁴ A problémás droghasználók mintázatának vizsgálatára a kockázatos használók alacsony elemszáma miatt nem ad lehetőséget a vizsgálat.

népesség körében a tiltott drog-használat életprevalencia értéke több mint hétszerese a legidősebb (55-64 éves) korosztályban mért értéknek, s a valaha tiltott drogokkal kapcsolatba került népesség átlagosan mintegy 9 évvel fiatalabb azoknál, akik soha nem használtak semmilyen tiltott szert ($p < 0,001$). A tiltott drog-használat *urbanizációs mintázata* szintén markánsan megmutatkozik: az 50 ezer fős, vagy nagyobb településen élők érintettsége több mint kétszerese a kisebb településeken élőkének ($p < 0,001$)⁴⁵. Kevésbé markáns, de szignifikáns ($p < 0,05$) különbségek figyelhetők meg *nem*, és *iskolai végzettség* szerint is. A nőkhöz képest férfiak életében másfélszer gyakoribb a droghasználat előfordulása, s az érettségivel nem rendelkezőkhöz képest szignifikánsan nagyobb a magasabb iskolai végzettségűek érintettsége. (19. ábra)

19. ábra: A tiltott drog-használat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai jellemzők mentén a 18-64 éves népességben (a válaszolók %-ában)



Amennyiben a tiltott drogfogyasztás kockázati tényezőit a különböző társadalmi-demográfiai jellemzők együttesével próbáljuk becsülni, akkor azt mondhatjuk, hogy – a többi társadalmi-demográfiai változó kontroll alatt tartása mellett – a *nem* önálló hatással nem bír. Ugyanakkor a kulturális/gazdasági státusz különböző mutatói mentén a kedvezőbb státusúak átlagosnál nagyobb kitettsége tapasztalható (Paksi, Demetrovics, Magi, Felvinczi, 2018).

⁴⁵ Hasonló különbség mutatkozik főváros-vidék viszonylatban is.

1.2.5.1 Az ÚPSZ használók szocio-demográfiai mintázódásai

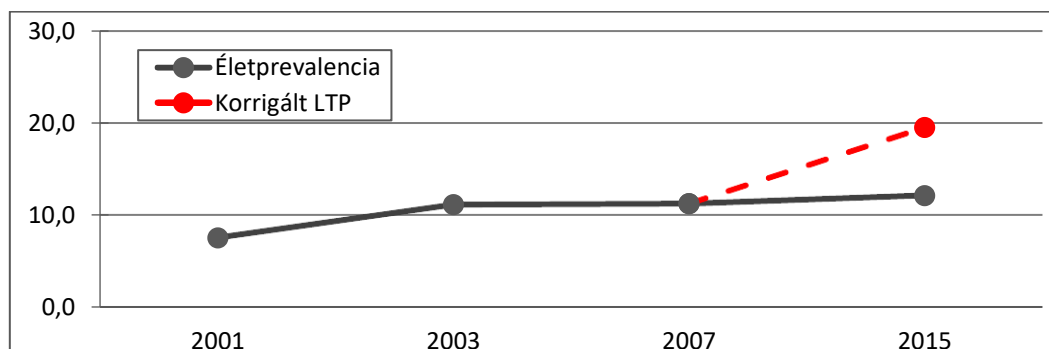
Az általános populációban végzett elemzések azt mutatják, hogy a felnőtt lakosságban az ÚPSZ-használók nem képeznek egy új szerhasználói csoportot. Az ÚPSZ-használat a polidrog-használat részeként jelenik meg, s demográfiai sajátosságai a hagyományos szereket használókéhoz hasonlóak, urbanizációs, gazdasági és kulturális státusuk tekintetében pedig az általános népesség jellemzőit hordozzák (Paksi, 2017).

1.3.6 A tiltott drogfogyasztás változása

Amennyiben a tiltott drogfogyasztás 2001 és 2015 közötti tendenciáit vizsgáljuk, akkor – az egyes mérések konfidencia intervallumát figyelembe véve – azt mondhatjuk, hogy a mért értékek alapján a magyarországi 18-53 éves felnőtt népességben a drogfogyasztás 2001 és 2003 között történt szignifikáns növekedését követően 2003 óta a stagnálás jellemző. (13. ábra, világosszürke oszlopok)

Azonban a 2015-ös OLAAP kutatás módszertani jellemzői (Paksi és mtsai, 2017) – a 2007-es vizsgálathoz képest – a mintavételen kívüli hibák fokozott jelenlét jelezték, így az adatok korábbi vizsgálatok kontextusában való értelmezése az átlagosnál nagyobb körültekintést igényel. Amennyiben a 2015-ös és a 2007-es OLAAP vizsgálat azonos időszakban (1950 és 1989 között) születettekre vonatkozó adatait egy kohorsz-vizsgálat egymást követő hullámaiként kezeljük, becslést fogalmazhatunk meg arra vonatkozóan, hogy a hibák szinten tartása mellett mekkora a tiltott drogok összesített életprevalencia értékének minimálisan elvárható értéke 2015-ben.⁴⁶ (4. táblázat) A mért értékek alapján mutatkozó stagnálástól eltérően a korrigált értékek az utóbbi 8 évben a tiltott drogfogyasztás elterjedtségének hibahatáron túli növekedésére engednek következtetni. (20. ábra)

20. ábra: A tiltott drogfogyasztás főbb mutatóinak alakulása 2001 és 2015 között a 18-53 éves népességben⁴⁷ (%)



(Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2003; Paksi, 2009)

A 2007 és 2015 közötti időszakot vizsgálva a szerhasználat struktúrájában és a polidrog-használat előfordulásában történt változásokat kell még megemlítenünk. A szerstruktúrában történt változások

⁴⁶ A becslés során abból indultunk ki, hogy egy születési kohorszot követve, az idő előrehaladtával a kohorszban nem csökkenhet azok aránya, akik már kipróbáltak valamilyen magatartást. Ez a megállapítás nem csak az egyéni szintű követéses vizsgálatokra érvényes, hanem a különböző időpontokban a lakosság reprezentatív mintáján készült keresztmetszeti vizsgálatok adataira is. Következésképpen a 2007-es OLAAP vizsgálat 18-56 éves, valamint a 2015-ös kutatás 26-64 éves korcsoportjaira vonatkozó adatokat egy kohorsz-vizsgálat egymást követő hullámaiként kezelhetjük.

A tiltott drogok kohorsz-elemzéssel korrigált életprevalencia értékére vonatkozó eljárás és a számítások részletes leírását bemutatjuk egy, az önbevallásos addiktológiai vizsgálatok változó módszertani jellemzőinek utólagos kezelésével foglalkozó írásunkban (Paksi, Demetrovics, Griffiths, Magi, Felvinczi, 2018).

⁴⁷Magyarországon a 2015-ös vizsgálatot megelőzően 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben készültek országos reprezentatív mintán drogepidemiológiai vizsgálatok az általános populációban. A négy vizsgálat összehasonlítható populációját a 19-53 éves népesség jelenti, így a vizsgálatok által lefedett 14 év adatait ebben az életkori csoportban tudjuk vizsgálni.

tekintetében az ecstasy elterjedtségének szignifikáns növekedése (OLAAP2007: életprevalencia:2,4% hibahatár: $\pm 0,6$) és az új pszichoaktív szerek megjelenése, illetve meghatározóvá válása emelhető ki. A különböző tiltott szerek párhuzamos használata vonatkozásában pedig kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy a felnőtt népességben növekedett a polidrog-használat.

2. ADDIKTOLÓGIAI KLIENSEK ELLÁTÓRENDSZERBE KERÜLÉSE ÉS A KLIENSEK JELLEMZŐI⁴⁸

A következőkben az addiktológiai ellátásba kerülők jellemzőit mutatjuk be a Magyarországon 2005-ben bevezetett *kezelési igény indikátor* alapján. A kezelési igény indikátorhoz az adatokat azok a szociális vagy egészségügyi intézmények adják, amelyek szerhasználóknak nyújtanak valamilyen ellátási formát. Mivel a korai kezelésbevétel célja, hogy a szerhasználat szempontjából magas kockázatú csoportokat elérje, és még a kezelést, ellátást igénylő problémák kialakulása előtt beavatkozásba vonja őket, így az indikátor adatai fontos információkkal szolgálhatnak arról, hogy milyen típusú csoportok azok, akik az ellátórendszerben megjelennek. Az adatok elemzésével egyrészt feltérképezzük, hogy jelenleg milyen szolgáltatók felől érkeznek a szerhasználók az ellátórendszerbe, másrészt megmutatjuk azokat a jellemzőket, amelyek segíthetnek kijelölni a lehetséges célcsoportokat a korai kezelésbevétel tervezése során.

2.1 A kezelési igény indikátor célja és az adatok vizsgálata

A kezelési igény indikátor adatok információval szolgálhatnak az addiktológiai problémával azonosított kliensek vagy betegek továbbirányítási útjairól. „Az EMCDDA⁴⁹ által koordinált adatgyűjtések alapjául szolgáló kezelési igény indikátor célja az, hogy összehasonlítható, megbízható, illetve anonim információt biztosítson az EU tagállamokban kábítószer-használat miatt kezelésbe került személyek számáról és jellemzőiről.” (A kezelési igény indikátor - Egységes protokoll 2.0, 2000, 5. o.). A TDI adatokat kötelezően gyűjtik és továbbítják a mindenkori felelős szerv felé mindazon intézmények, amelyek kezelést⁵⁰ nyújtanak szerhasználóknak. Ilyen intézmények lehetnek szerhasználók ellátására szakosodott ellátások akár a szociális, akár az egészségügyi ellátórendszeren belül. Az adatok alapját a „TDI kérdőív” adja, mely egy sztenderdizált kérdéssor, amelyet a kezelésbe lépők szocio-demográfiai jellemzőiről, illetve szerhasználati jellemzőikről töltenek ki⁵¹. Az elemzett adatbázisban a kezelőhelyeket több típusába sorolják: fekvőbeteg és járóbeteg ellátóhelyek, alacsonyküszöbű szolgáltatások, illetve büntetés-végrehajtáson belüli kezelő egységek. Ezekon túl még szerepelnek a háziorvosok is a rendszerben, de az adatbázis több mint 31000 kezelési eseményéből mindössze 10 esetben volt a kezelőhely a háziorvos.

⁴⁸ Szerző: Csák Róbert

⁴⁹ European Monitoring Centre for Drug and Drug Addictions

⁵⁰ A „kezelés” bármely olyan tevékenység, amely közvetlenül célozza meg a kábítószer-használatból eredő problémákkal küzdő személyeket, és amely javítani kíván a kábítószer problémáik miatt segítséget keresők lelki, egészségi vagy szociális állapotán. Ez a tevékenység gyakran a kábítószer-használók kezelésére szakosodott létesítményekben zajlik, de megvalósulhat általános ellátási formákban is, ahol a kábítószer problémával küszködő emberek számára orvosi/ pszichológiai segítséget kínálnak. (A kezelési igény indikátor - Egységes protokoll 2.0, 2000, 12. o.)

⁵¹ Az adatlap a Nemzeti Drog Fókuszpont honlapján elérhető:

http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_kerdoiv_uj.pdf

A *kliens-továbbirányítási utak* vizsgálata céljából a 2012-2016 között elérhető magyarországi TDI adatokat elemeztük. Az elemzés központjában az állt, hogy milyen továbbirányítási utak láthatóak a szerhasználathoz kapcsolódó kezelésekben, és az milyen jellegzetességek mentén alakul.⁵²

2.2 A TDI adatbázisban szereplő kliensek jellemzői

Összesen több mint 31 ezer eset került regisztrálásra a TDI rendszerében az 5 év alatt. (6. táblázat)

6. táblázat: Egyes évek elemszáma és aránya az adatbázisban

Év	Esetszám	%
2012	8464	27,3
2013	5654	18,2
2014	5925	19,1
2015	5525	17,8
2016	5461	17,6
Összesen	31029	100,0

Az elemzett öt év tekintetében 11,9% volt azoknak az aránya, akik *11 vagy annál több alkalommal* szerepeltek az adatbázisban. A legjellemzőbben egy alkalommal kerültek kezelésbe az adatbázisban szereplők, ez a legnagyobb csoport, arányuk 40%.

A *nemek* arányát tekintve a TDI adatbázisban szereplők döntő részben férfiak, és az arányuk nagyjából hasonló mind az öt évben, közel 90%.

Az *életkor* tekintetében a vizsgált öt év során idősödést láthatunk: a 18 évesek vagy annál fiatalabbak aránya csökkent, míg a 35 éves és annál idősebbek aránya nőtt.

A *iskolai végzettség* vonatkozásában az alapfokú, illetve középfokú végzettséggel rendelkezők teszik ki a két legjelentősebb csoportot (megközelítőleg 46% mindkét csoport), a felsőfokú és az alapfokúnál alacsonyabb végzettséggel rendelkezők mindössze 3 és 5 %-a a regisztrált klienseknek.

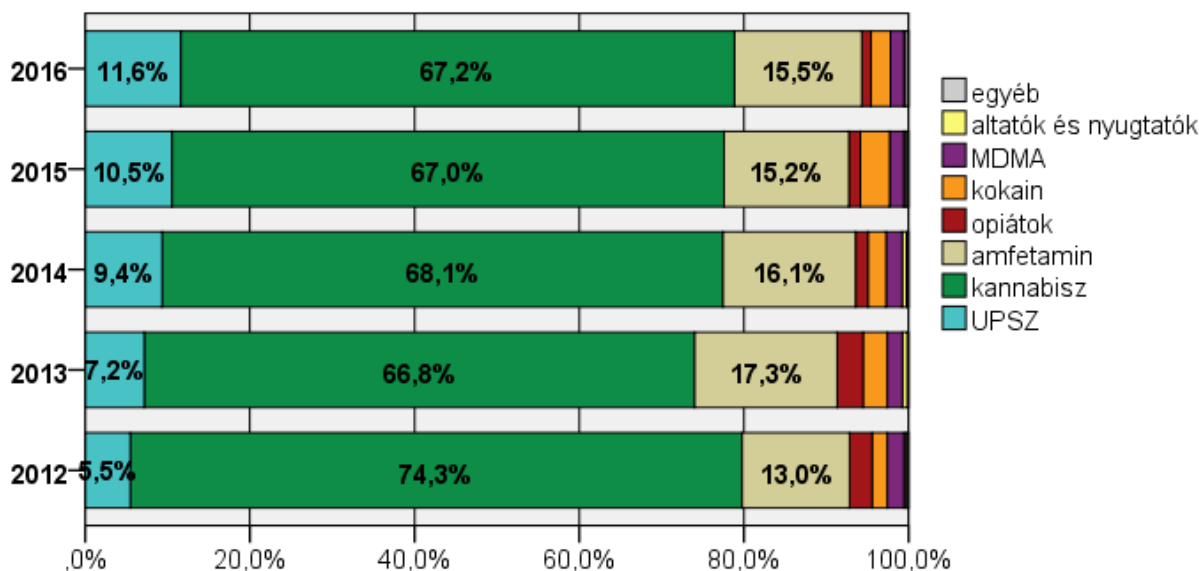
A *szerhasználati mintázatot*⁵³ érdemes kettébontva vizsgálni aszerint, hogy az *elterelés* keretében, vagy *nem elterelés* keretében keresi valaki a kezelést, mert a kezeléssel kapcsolatos motivációk alapján alapvetően eltérnek a két csoport jellemzői. Az elterelés miatt kezelésbe kerülők a büntetőeljárás elkerülése végett kezdenek kezelésbe járni. Ezekben az esetekben nem tudhatjuk, hogy okozott-e bármilyen egészségi állapotbeli vagy szociális problémát a szerhasználat az egyénnek, tehát hogy kapcsolatba került volna-e egyébként az ellátórendszerrel, ha nem kezdődik ellene büntetőeljárás szerhasználat vétsége miatt. Az elterelés intézményétől függetlenül kezelésbe kerülőknél viszont feltételezhetjük, hogy jellemzőik jobban közelítik azokat, akiknél igény jelentkezik az ellátórendszer szolgáltatásaival kapcsolatban, így ők a korai kezelésbevitel szempontjából relevánsabb csoportot alkotnak.

⁵² Az elemzés egysége a kezelési esemény volt, így a felhasznált adatbázis nem volt duplikáció szűrt, azaz egy-egy személy többször is szerepelhet az adatok között. A TDI szándéka szerint, ha egy személy egy évben több kezelést kezd ugyanabban az intézményben, akkor csak az utolsó kezelés számít érvényes adatnak. Itt azonban ezt sem szűrtük ki az adatbázisból, hiszen a beutalások jellemzőinek feltérképezése volt, így minden rögzített esemény szerepelt az elemzett adatbázisban.

⁵³ Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) nem szerepelnek külön kategóriaként a TDI adatbázisban. A Nemzeti Drog Fókuszpont gyakorlatát⁵³ követve az itt létrehozott ÚPSZ néven szereplő kategóriát az "egyéb hallucinogének", "egyéb stimulánsok" és "egyéb, be nem sorolható" kategóriák összevonásával hoztuk létre, mert a szolgáltatók a TDI kérdőív kitöltésekor ezeket a kategóriákba sorolják az ÚPSZ használókat.

Az *elterelésben* lévők valamivel több, mint kétharmada kannabisz használat miatt került büntetőeljárássba. Ez nagyjából állandó jellemzője az elmúlt évek elterelés miatt megkezdett kezelési eseményeinek. A második legnagyobb arányú csoport az amfetamin-használók; ők megközelítőleg a hatodát teszik ki az elterelés miatt bekerülőknél. Az ÚPSZ-ek egyre nagyobb arányt képviselnek az eltereltek körében, így míg 2012-ben 5,5% volt ennek a kategóriának az aránya, 2016-ban ennek körülbelül a duplája volt az aránya az ÚPSZ használóknak. (21. ábra)

21. ábra: Elterelésben lévők elsődleges szer szerinti arányai (Esetszám=20770)



A jellemző szerek eloszlása teljesen más képet mutat azok körében, akik *nem elterelés* miatt kerülnek kezelésbe. (22. ábra) Bár a kannabisz ebben a csoportban is jelentős részét teszi ki a klienseknek, itt az ÚPSZ-t használók sokkal nagyobb csoportot képviselnek. Ez jobban tükrözi az ÚPSZ-ek valós kockázatait, hiszen ezek a szerek a tapasztalatok alapján sokkal hamarabb és sokkal súlyosabb problémákat okoznak, mint a hagyományos szerek.⁵⁴ A többi szer közül az opiátot illetve az altatókat és nyugtatókat, valamint az amfetamint használókat emelnénk ki, amelyek még jelentős arányt képviselnek a kezelési eseményeken belül.

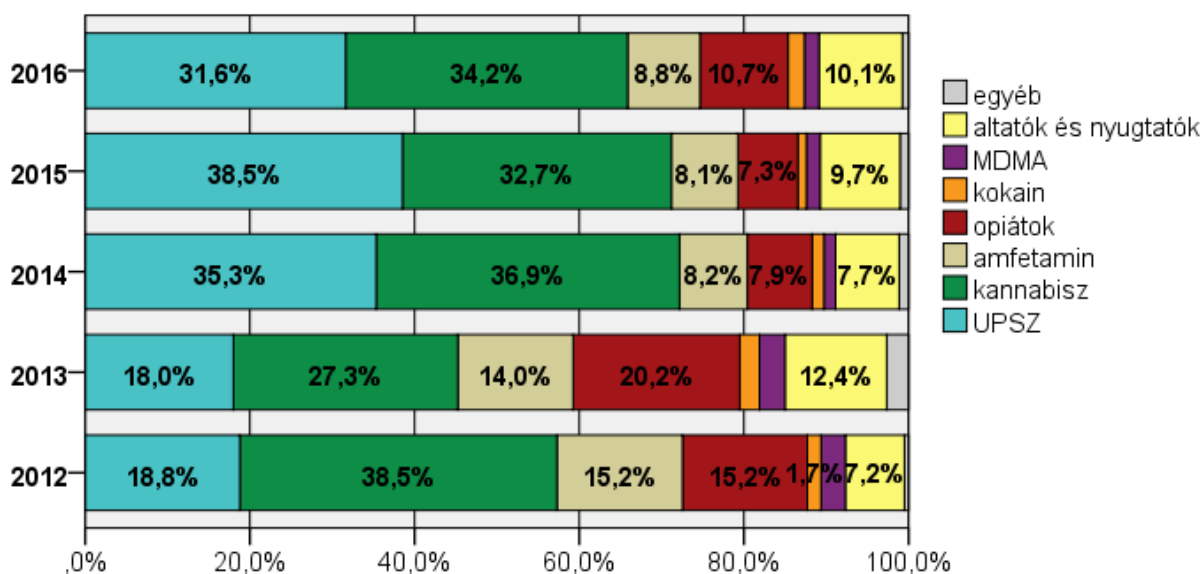
Az egyes szerek és az *iskolai végzettség* nem függetlenek egymástól. Az opiátok, az amfetamin, illetve a nyugtatók és altatók használata inkább a magasabb végzettségűekre jellemző, körükben felülreprezentáltak a közép- és felsőfokú végzettségűek. Az ÚPSZ használók csoportja ezzel szemben inkább alacsony iskolázottságú, körükben az alapfokú vagy annál alacsonyabb végzettségűek nagyobb arányban találhatóak meg.

Az egyes szerek eltérő jellegzetességeket mutatnak *életkor* szerint is a kezelési események között. Az opiátok és az altatók, nyugtatók használói döntően a legidősebb korcsoportba, a 35 éves és annál idősebbek közé tartoznak. Az amfetamin használói körben a 19-34 év közöttiek felülreprezentáltak; a legfiatalabbakra nem jellemző, hogy emiatt kezelésbe kerülnének. A kannabisz és az ÚPSZ használói között vannak a legfiatalabbak; ennél a két szernél a legmagasabb a 18 éves, vagy annál fiatalabbak aránya. A kannabisz esetében a legidősebb, 35 éves korcsoport alulreprezentált, azaz a kezelésbe kerülő kannabisz használók jellemzően 35 évnél fiatalabbak, és ennél a szernél a legnagyobb a 19-24 év közöttiek aránya. Az ÚPSZ használók köre mutatja talán a legkiegyenlítettebb eloszlást kor alapján. Életkor alapján felállítható egy sorrend a szerek között, a legfiatalabbaktól kezdve: kannabisz, ÚPSZ, amfetamin, opiát, majd az altatók és nyugtatók a sorrend. Az egyes szerek és az életkor összefüggése

⁵⁴ Az ÚPSZ használók 2012-2013-hoz képest megnövekedett arányát valószínűleg az elsődlegesen ÚPSZ-t használók kategorizálásának egységesülő gyakorlata adhatja (ezeknek a szereknek a kábítószerpiacon való megjelenése és elterjedése valamivel korábban történt).

állandó jellemzőnek tűnik, az átlagéletkor ezt a sorrendet követi az öt évre vonatkozó teljes adatbázisban is.

22. ábra: A nem elterelésben lévők elsődleges szer szerinti arányai (N=10259)



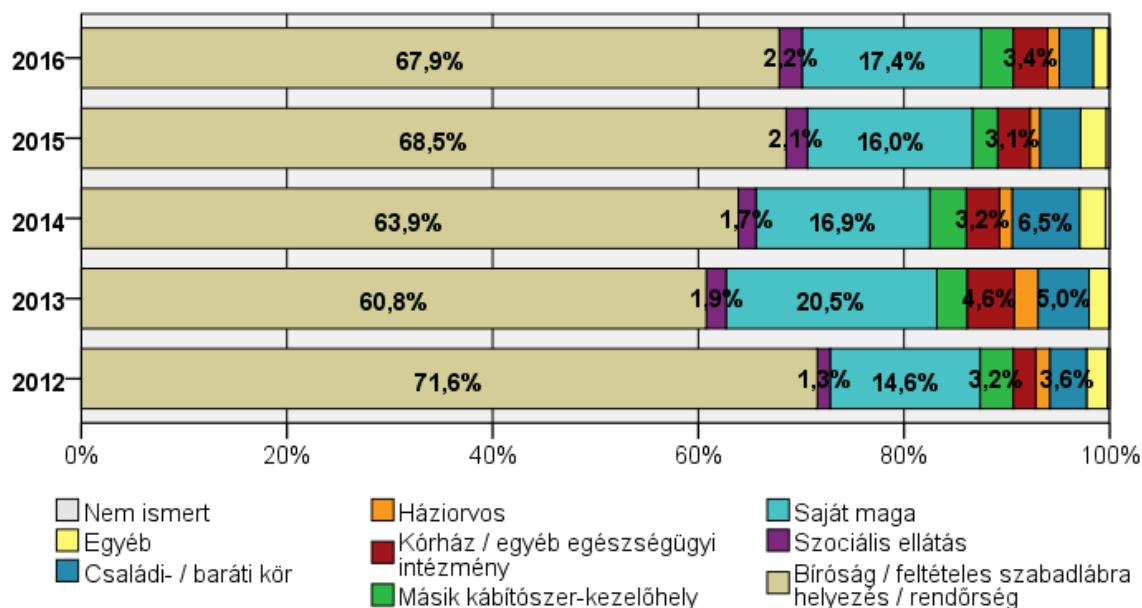
2.3 A beutalások jellemzői – Beutaló intézmények

Ha a beutaló intézmények típusát vizsgáljuk, akkor az áttekintett öt év során jelentős átrendeződés nem történt: *a kezelési események döntő részét, kétharmadát az elterelés (azaz a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésben való részvétel) miatt bekerülők (amely eseményeknél a beutaló intézmény a bíróság, vagy a rendőrség) adják.* Ebben 2013-ban volt egy visszaesés, amely valószínűleg az ekkor (2013. július 1.) hatályba lépő új Btk. következménye lehet. Az új törvényi szabályozás következtében az elterelés választásának lehetőségei csökkentek (az új Btk. az elterelést két évente egy alkalommal teszi lehetővé, míg korábban ilyen feltétel nem volt). A 2013 óta eltelt években azonban az elterelés miatt kezelésbe kerülők aránya fokozatosan emelkedett, de 2016-ra nagyjából visszaállt a korábbi, 2012-t jellemző arány.

A többi beutaló intézmény arányában a vizsgált időszakban trend-szerű változások nem láthatóak – azonban az eltereltek arányának 2013-as csökkenésével a *saját maga kezelést keresők, illetve a család által kezelésbe kerülők* aránya megnövekedett. A 2013 utáni években az eltereltek arányának növekedésével ezen utóbbi két csoport aránya visszaállt megközelítőleg azokra az arányokra, ami 2012-ben volt jellemző.

Az eltereltek után a legnagyobb csoport a kezelésbe saját maga jelentkezők csoportja, akik nagyjából a hatodát jelentik a kezelési eseményeknek. *Körülbelül 4%-ban kerülnek kezelésbe család, baráti kör által, és 3%-ban kórházból, ill. egyéb egészségügyi intézményből, valamint másik kábítószer-kezelőhely által. Érdemes kiemelni még a szociális ellátórendszert, ahonnan megközelítőleg 2%-a érkezik a kezelteknek, valamint a házi orvosokat, ahonnan valamivel több, mint 1% arányban érkeznek kliensek.* (23. ábra)

23. ábra: Beutaló intézmények típusainak aránya az egyes években 2012-2016 között
(Esetszám=31029)



A beutaló intézmények arányaiban jelentős eltérés van az egyes kezelőhely típusok szerint. Ahogy a Nemzeti Drog Fókuszpont 2016. évről szóló jelentésében leírják, "A büntetőeljárás elkerülése (elterelés) a legjellemzőbb oka a kezelésbe kerülésnek a kábítószer-használók körében. Az összes klienst tekintve 2016-ban 64,7% (2646 fő) volt az így kezelésbe jutók aránya. Fontos azonban megjegyezni, hogy a kezelőhely típusokat vizsgálva komoly különbségek figyelhetők meg az eltereltek arányában. Míg az alacsonyküszöbű (szociális) és járóbeteg szolgáltatók klienseinek jelentős része került így kezelésbe (73,1%; 542 fő és 68,6%; 1968 fő), addig a fekvőbeteg ellátásba kerülőknek mindössze töredéke (2,2%; 8 fő) kezdett kezelési programot a büntetőeljárás elkerülése érdekében. A büntetés-végrehajtás kezelőegységei kizárólag elterelés keretében ellátott eseteket jelentettek a TDI adatgyűjtésbe 2016-ban." (Jelentés 2017, 78.o.).

Az általunk elemzett, minden kezelési eseményt tartalmazó adatbázisból is ugyanez a kép rajzolódik ki, azaz a járóbeteg-ellátás (drogambulanciák) és az alacsonyküszöbű szolgáltatások kezelési eseményeinek döntő részét az elterelésben résztvevők teszik ki.

Ha az elterelésben lévők nélkül vizsgáljuk, hogy milyen arányban kerülnek kliensek az egyes beutalási módokon keresztül a különféle ellátási formákba, akkor azt láthatjuk, hogy 2016-ban a járóbeteg ellátóhelyeken a kezelési események közel kétharmadát tette ki az, amikor a kezelésben lévő saját maga keresi fel az intézményt. Azaz, csupán a kezelési események egyharmada érkezett valamilyen más intézményből ezekre a kezelőhelyekre. A kezelés miatt saját maga jelentkezők adták a legnagyobb csoportot az alacsonyküszöbű és a fekvőbeteg ellátóhelyeken is (a kezelési események körülbelül négy tizedét). Ez utóbbi két típus eltér viszont abban, hogy a fekvőbeteg ellátóhelyekre jellemzően más egészségügyi intézményekből érkeznek kezeltek, míg az alacsonyküszöbű szolgáltatókhoz a szociális ellátórendszer felől érkeznek nagy arányban kliensek. (7. táblázat)

7. táblázat: A beutaló intézmények aránya a kezelőhely típusa szerint az elterelésben résztvevők nélkül (2016)

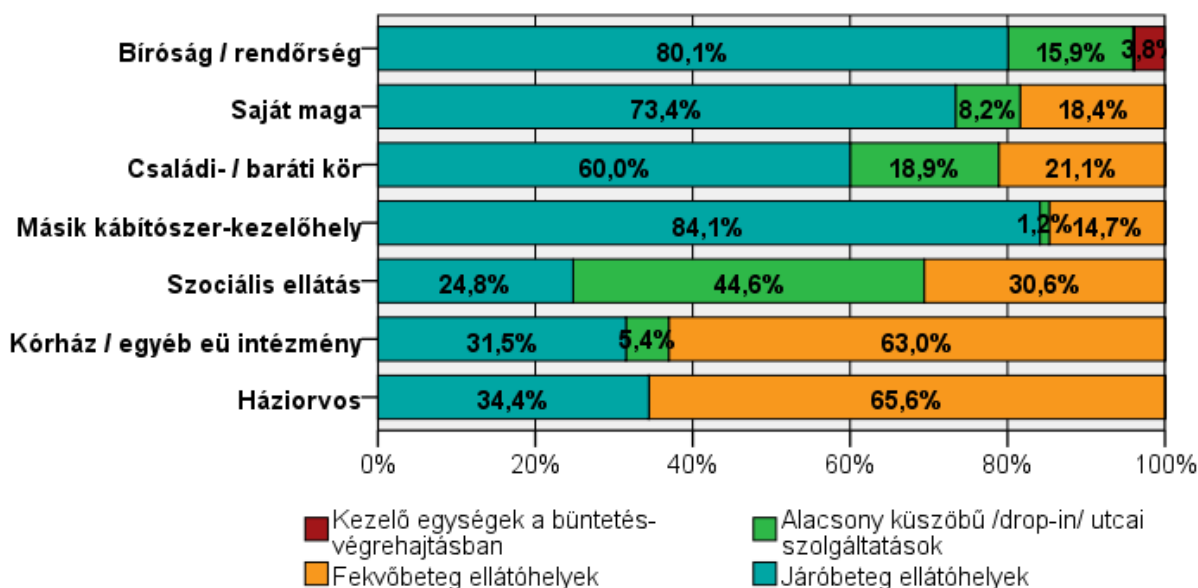
		Alacsony küszöbű /drop- in/ utcai szolgáltatások	Fekvőbeteg ellátóhelyek	Járóbeteg ellátóhelyek	Összesen
Saját maga	N (%)	78 (36,3%)	175 (40,0%)	698 (63,9%)	951 (54,5%)
Családi- / baráti kör	N (%)	34(15,8%)	38 (8,7%)	108 (9,9%)	180 (10,3%)
Háziorvos	N (%)	0 (0,0%)	40 (9,1%)	21 (1,9%)	61 (3,5%)
Kórház / egyéb egészségügyi intézmény	N (%)	10 (4,7%)	116 (26,5%)	58 (5,3%)	184 (10,5%)
Másik kábitószer- kezelőhely	N (%)	2 (0,9%)	25 (5,7%)	143 (13,1%)	170 (9,7%)
Szociális ellátás	N (%)	54 (25,1%)	37 (8,4%)	30 (2,7%)	121 (6,9%)
Egyéb	N (%)	37 (17,2%)	7 (1,6%)	35 (3,2%)	79 (4,5%)
Összesen	N (%)	215 (100%)	438 (100%)	1093 (100%)	1746 (100%)

A korai kezelésbevitel szempontjából viszont érdemes a beutaló intézmények felől is vizsgálni, hogy az egyes kezelőhelyek közül mely beutalási intézmény jellemzően mely intézménytípushoz utalja tovább kezelési igény esetén a klienseket.

A legutolsó év (2016) jellemzőit vizsgálva két eltérő beutalási mintát követő csoportot lehet elkülöníteni: az elterelés miatt kezelésbe lépők, valamint a család miatt kezelést keresők. *A saját motivációval a rendszerbe lépők, illetve a másik kábítószer-kezelőhelyről érkezők jellemzően a járóbeteg ellátóhelyeket részesítik előnyben, míg az egészségügyi intézményrendszerből (háziórvostól, kórházból) jellemzően fekvőbeteg ellátóhelyekre irányítják tovább a klienseiket. A szociális ellátórendszerből érkezők valahol a két nagy típus között vannak, innen a három kezelőhely típus mindegyikébe irányítanak tovább embereket.*

Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokkal kapcsolatban azt érdemes kiemelni, hogy az egészségügyi ellátórendszer felől szinte egyáltalán nem utalnak tovább senkit ilyen típusú szolgáltatásba, míg a szociális ellátórendszerből irányítanak tovább legnagyobb arányban klienseket az alacsonyküszöbű szolgáltatók felé. A háziórvosok az öt év alatt egyetlen esetben sem irányítottak senkit alacsonyküszöbű szolgáltatóhoz, a kórházakból pedig az öt év során összesen 39 esetben küldtek valakit ebbe az intézménytípusba (az adatbázisban összesen 994 kezelési esemény szerepel, amelyiknél kórházból utalták tovább az esetet). (24. ábra)

24. ábra: A beutaló intézmények továbbutalásai a kezelő intézmény típusa szerinti bontásban – 2016 (N=5461)

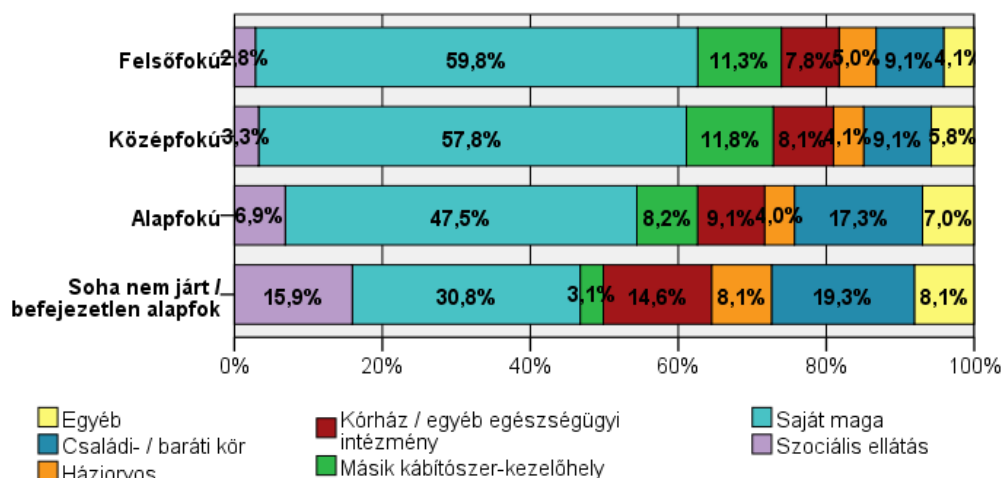


A kezelésbe kerülés módja eltérő a különböző végzettségűek körében. Összességében minél magasabb végzettségű valaki, annál nagyobb arányban keres kezelést saját maga. Emellett a középfokúnál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében magasabb a család vagy baráti kör által kezelésbe kerülők aránya. Ez részben az életkor és az iskolai végzettség összefüggésének is köszönhető (18 év alattiak nem tudnak középfokú végzettséggel rendelkezni), de a 18 év alattiakat kiszűrve is ugyanúgy felülreprezentáltak a családi-, baráti kör útján kezelésbe kerülők a középfokúnál alacsonyabb végzettségűek körében.

Az intézményen keresztül kezelésbe jutás az alapfokú vagy alacsonyabb végzettséggel rendelkezők körében jellemzőbb, mind a szociális, mind az egészségügyi ellátórendszer (kórház, házi orvos) felől. A másik kábítószer-kezelőhely esetében ez pont fordított: a középfokú és felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében magasabb ennek az intézmény-típusnak az aránya. Ez valószínűleg abból adódhat, hogy eleve nagyobb arányban keresnek kezelést saját maguk ezekben a csoportokban, így nagyobb arányban kerülnek kapcsolatba specializált kezelőhelyekkel. (25. ábra)

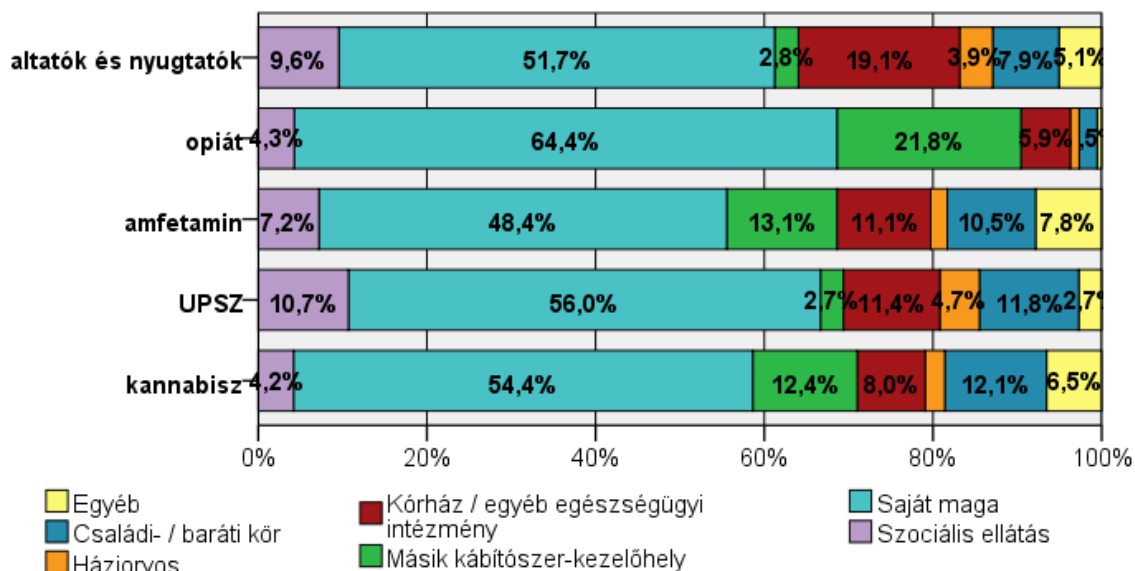
Nemek szerint vizsgálva a beutaló intézmények eloszlását azt látjuk, hogy nincs nagyon jelentős különbség a két nem között, a többség saját maga keresi fel a kezelőhelyet mindkét nem esetében. Az ugyanakkor elmondható, hogy a nők nagyobb arányban kerülnek kezelésbe kórházból, és nagyobb arányban keresnek kezelést saját maguk, mint a férfiak, míg a férfiak körében nagyobb arányban vannak az "egyéb" intézményből bekerülők.

25. ábra: Beutaló intézmények az egyes iskolai végzettségük körében az elterelést végzők nélkül – 2012-2016 (N=9582)



Az egyes szerek között jelentős különbségeket láthatunk, ha megvizsgáljuk, hogy az egyes szereket fogyasztók milyen intézményekből kerültek kezelésbe. Az altatók és nyugtatók esetében van a legnagyobb arányban a beutaló intézmények között a kórház/egészségügyi intézmény, de ez valószínűleg összefügg azzal, hogy ez a szertípus felülreprezentált a nők körében, akik – ahogy az előzőekben leírtuk – nagyobb arányban kerülnek kezelésbe ebből az intézménytípusból. Amit még érdemes kiemelni, az a szociális ellátás: az altatók és nyugtatók használatához kapcsolódó kezelési események tizede érkezik ebből az intézménytípusból. Ez az arány csak az ÚPSZ-ek esetében magasabb. (26. ábra)

26. ábra: Beutaló intézmények az egyes szereket használók körében a nem elterelésben lévők között – 2016 (N=1668)



Azon esetekben, ahol az opiát az elsődleges szer, ott sokkal nagyobb arányban jellemző, hogy a kliens maga jelentkezik az ellátásba, illetve egy másik kábítószer-kezelőhely küldi. Ez leginkább abból eredhet, hogy régóta működő, speciális szolgáltatások érhetők el az opiát használók számára, így ők azok, akik legvalószínűbben eleve kapcsolatban vannak/voltak az ellátóhelyekkel, így saját maguk is könnyebben

jelentkeznek, ismerik a lehetőségeket. Ezt erősíti az is, hogy az opiát használók körében vannak a legidősebbek. Azonban közrejátszhat az is, hogy az ÚPSZ felbukkanásával a heroin használók aránya nagyon lecsökkent az elmúlt években, így akik opiát használóként a rendszerben maradtak, azok valószínűleg már régóta opiátot használnak, illetve szubsztitúciós kezelésben is részt vesznek (az adatbázis alapján 2016-ban az opiát használók kezelési eseményeinek 30,3%-ában jelezték, hogy vesz részt metadon programban – a korábbi években ennél magasabb volt az arány, a legmagasabb 2013-ban volt, 57,5%).

Az elsődlegesen amfetamint használóknál a legalacsonyabb azoknak az aránya, aki saját maga keresett kezelést, bár itt is ez adja a legnagyobb csoportot (48,4%). Ennél a szernél a másik kábítószer-kezelőhely felülreprezentált a beutalások tekintetében, illetve az "egyéb" úton bekerülők is az átlagnál magasabb arányban vannak közöttük. Azzal együtt, hogy a házi orvos útján bekerülők összességében nagyon kisszámú csoport, az amfetamin esetében az egyik legkisebb azoknak az aránya, akik a házi orvoson keresztül kerülnek kezelésbe. Valószínűleg az amfetamin használat lehet az egyik olyan szer, ami csak nagyon kevésbé észlelhető a házi orvosok perspektívájából (összesen 3 ilyen eset volt 2016-ban). A kannabiszt használóknál a saját maguk jelentkezők aránya a teljes 2016-os mintával megegyezik, ugyanakkor a kórház és a házi orvos, valamint a szociális ellátás aránya kisebb, a másik kezelőhelyen keresztül, illetve a család/baráti kör miatt kezelésbe lépők aránya nagyobb.

Az ÚPSZ használók körében a legnagyobb a szociális ellátás, valamint a házi orvosok felől érkezők aránya, ugyanakkor ennél a szernél a legalacsonyabb a másik kábítószer-kezelőhelyről továbbutaltak aránya. Ez utóbbi kategória csak az altatók, nyugtatók esetében ilyen alacsony (2,8% míg az ÚPSZ esetében 2,7%), ami arra utalhat, hogy az ÚPSZ használók vannak a legkevésbé kapcsolatban a kábítószerrel foglalkozó szolgáltatókkal, vagy ebben a körben a legnagyobb az adott szer kapcsán elsőként kezelésbe kerülők aránya. A szociális ellátás magas aránya párhuzamos azzal, hogy az ÚPSZ használók iskolai végzettsége a legalacsonyabb, így valószínűleg körükben a legnagyobb a rossz társadalmi státuszúak aránya. A házi orvos által bekerülők magas aránya is részben ezt erősíti meg, mert a házi orvos kiemelt kapcsolódási pont az ellátórendszerhez az alacsonyabb társadalmi státuszúak körében. Másik magyarázat lehet e tekintetben, hogy az ÚPSZ használat nagyon hamar tud fizikai vagy mentális problémákat okozni, így hamar láthatóvá tud válni a házi orvosok számára is.

2.4 Összegzés

2.4.1 Nem

A 2012-2016 közötti TDI adatokat elemezve általánosságban elmondható, hogy döntően férfiak kerülnek kezelésbe szerhasználat kapcsán, így a férfiak veszélyeztetettebbnek tűnnek, mint a nők. Ugyanakkor a korai kezelésbevétel szempontjából érdemes lehet hangsúlyt helyezni a női szerhasználókra, hiszen a férfiak és nők között a szerhasználat prevalenciája nem tér el olyan mértékben, mint amennyire túlsúlyban vannak a férfiak a kezelési eseményekben. Így lehet, hogy strukturális okai vannak a két nem eltérő arányának, azaz nem a férfiak vannak nagyobb kockázatnak kitéve, hanem a nők jutnak kevésbé kezelésbe. A legutóbbi ESPAD vizsgálat adatai például azt mutatják, hogy az iskoláskorú fiúk körében a kannabisz életprevalenciája 21%, a lányok körében pedig 16% (Jelentés 2017, 26. old.), a kezelési eseményekben viszont négyszer annyi férfi van, mint nő (a nem elterelésben lévők körében 81% a férfiak, és 19% a nők aránya).

2.4.2 Használt szerek

A használt szerekkel kapcsolatban az látszik, hogy a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe kerülők kétharmada kannabisz használó, hatodik elsődlegesen amfetamint használ, és 2016-ban körülbelül tizedük valamilyen ÚPSZ-t használt – ez utóbbi csoport aránya folyamatosan nőtt az elmúlt évek során.

A kezelésbe kerülés szempontjából relevánsabbak lehetnek a nem elterelésben lévő szerhasználati jellemzői, hiszen ők nem egy rendőrségi ügy miatt kerülnek kezelésbe. Az elsődlegesen használt szerre vonatkozó adatok alapján úgy tűnik, hogy körükben a két legnagyobb arányú csoport a kannabisz, illetve az ÚPSZ használók. Az ilyen szereket használók tették ki a kezelési események egy-egy harmadát 2016-ban. Kiemelnénk még az opiát (10,7%), az altatók és nyugtatók (10,1%) és az amfetamint használók (8,8%) kategóriáját, amelyek szintén jelentős arányt képviseltek a 2016-os adatokban.

A használt szerek szempontjából a korai kezelésbevétel tekintetében tehát az ÚPSZ, az opiát, az amfetamin, valamint az altató és nyugtató használók csoportjára érdemes koncentrálni. A kezelési események alapján úgy tűnik, hogy ezek a szerek azok, amelyek olyan mértékű problémát tudnak jelenteni, amely kapcsán kezelési igény jelentkezik. Bár a kannabisz is jelentős csoportot képvisel, mely semmiképp sem elhanyagolható, ugyanakkor a lakosságra jellemző prevalencia adatokhoz képest a kezelési események között alulreprezentált ez a szer.

2.4.3 Nem, életkor, iskolázottság összefüggései

A nemek vonatkozásában az látszik, hogy a nők esetében az altatók és nyugtatók használata kiemelt kockázatot jelent. A 2016-ban kezelésbe került nők közel harmada (30,1%) esetében ez volt az elsődlegesen használt szer. ÚPSZ és kannabisz kapcsán inkább férfiak kerülnek kezelésbe, így a korai kezelésbevétel szempontjából a férfiaknál ezekre a szerekre érdemes kiemelten figyelni.

Az életkor és használt szer összefüggései alapján érdemes az ÚPSZ-re és a kannabiszra fókuszálni a kezelésbe kerülés szempontjából, mert ezek a szerek azok, amelyeket a kezelésben lévőkhöz a legfiatalabbak használnak. Az amfetamin esetében a kapcsolódó kockázatoknak különösen a 19-34 év közötti korosztály látszik kitéve. Az opiátok, valamint az altató és nyugtató használatnál a 24 év felettiekre érdemes fokozottan odafigyelni.

Az iskolai végzettség szerinti mintázódás azt mutatja, hogy az opiátok, az amfetamin, illetve a nyugtatók és altatók használata inkább a magasabb végzettségűekre jellemző, körükben felülreprezentáltak a közép- és felsőfokú végzettségűek. Az ÚPSZ használók csoportjára viszont az alacsony iskolázottság jellemző, körükben felülreprezentáltak az alacsony vagy annál alacsonyabb végzettségűek.

2.4.4 Beutalás módja

Nagyjából állandó jellemzője a kezelési események beutalás szerinti megoszlásának, hogy a legnagyobb csoport az eltereltek után a kezelésbe saját maga jelentkezők csoportja. Ők nagyjából a hatodát jelentik a kezelési eseményeknek. A nem elterelés miatti kezelési események több mint felében (54%) a kezelt saját maga jelentkezett. Iskolai végzettség szerint bontva a kezelésbe kerülés módját az látszik, hogy minél magasabb végzettséggel rendelkezik valaki, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy saját maga jelentkezik kezelésbe. Ez a korai kezelésbevétel kapcsán annak a fontosságát emeli ki, hogy az ellátórendszer szerepe az abba való bekerülés szempontjából annál nagyobb, minél alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezik valaki.

2.4.5 Beutaló intézmény

Azt vizsgálva, hogy egyes kezelőhelyek közül mely beutalási intézmény jellemzően mely intézménytípushoz utalja tovább kezelési igény esetén az alanyokat, alapvetően két eltérő beutalási mintát követő csoportot lehet elkülöníteni: az elterelés miatt kezelésbe lépők, valamint a család miatt kezelést keresők.

A saját motivációval rendszerbe lépők, illetve a másik kábítószer-kezelőhelyről érkezők jellemzően a járóbeteg ellátóhelyeket részesítik előnyben, míg az egészségügyi intézményrendszerből (házi orvos, kórház) jellemzően fekvőbeteg ellátóhelyekre irányítják tovább a klienseiket. A szociális ellátórendszerből a három kezelőhely típus (alacsonyküszöbű szolgáltatás, járóbeteg és fekvőbeteg ellátóhely) mindegyikébe irányítanak tovább embereket.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokkal kapcsolatban érdemes kiemelni, hogy az egészségügyi ellátórendszer felől szinte egyáltalán nem utalnak tovább senkit ilyen típusú szolgáltatásba. A házi orvosok az öt év alatt egyetlen esetben sem irányítottak senkit alacsonyküszöbű szolgáltatáshoz.

Az ÚPSZ használók vannak a legkevésbé kapcsolatban a kábítószerrel foglalkozó szolgáltatókkal, esetükben a legalacsonyabb a más kábítószer kezelőhelyről érkezők aránya.

3. HIVATKOZÁSOK

A kezelési igény indikátor (Treatment Demand Indicator – TDI) Egységes protokoll 2.0, 2000 http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_protokoll_uj.pdf

Ádám Sz., Susánszky É., Székely A. (2018): Egészség- és rizikómagatartás alakulása a Kárpát-medencei magyar fiatalok körében. in: Székely L. (szerk.): Magyar fiatalok a Kárpát-medencében. Budapest, KUTATÓPONT p:213-268.

Albert F., Dávid B. (2016): A magyarországi kapcsolathálózati struktúrák jellemzői 2015-ben. DOI:10.18030/socio.hu.2016.3.22.

Arnold P. (2016b): Alkoholfogyasztási szokások. in: Németh Á., Köllő A, (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű az Egészségügyi Világszervezet együttműködésében megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, Budapest, 2016. p: 58-72

Arnold P. (2016c): Drogfogyasztási szokások. Németh Á., Köllő A, (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű az Egészségügyi Világszervezet együttműködésében megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, Budapest, 2016. p: 73-86

Arnold Petra (2016a): Dohányzási szokások in: Németh Á., Köllő A, (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű az Egészségügyi Világszervezet együttműködésében megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, Budapest, 2016 p:47-57

Beccaria, F., Guidoni, O.V. (2002): Young People in a Wet Culture: Functions and patterns of Drinking, Contemporary Drug Problems, 29(2), 305-334.

Csák R., Arnold P., Németh Á. (2017): Dizájnerdrog-fogyasztás a serdülőkorú fiatalok körében – HBSC-kutatás 2013/2014 in: Felvinczi Katalin (szerk.): Változó képletek. ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok. L'Harmattan, Budapest p: 11-24.

- Dávid B. – Lukács Á. (2015) Kapcsolatok és bizalom az iskolai és családi közösségekben. In Falus A. (szerk.) Sokszínű egészségtudatosság: Értsd, csináld, szeresd! Budapest: SpringMed Kiadó, 131–140.
- Elekes Zs. (2007) *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet. Budapest, 1-215.
- Elekes Zs. (2009): Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon, ESPAD 2007. NDI - L'Harmattan 2009 p: 240.
- Elekes Zs. (2016b): Az ESPAD kutatás módszertana, Dohányzás, Alkoholfogyasztás. in: Elekes Zs. (szerk.): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet Budapest, 2016. p:7-56.
- Elekes Zs. (2016c): Különböző fogyasztási/viselkedési csoportok és jellemzőik. in: Elekes Zs. (szerk.): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet Budapest, 2016. p:95-103
- Elekes Zs. (2017): Új pszichoaktív szerek a 2015. évi ESPAD-kutatásban. in: Felvinczi Katalin (szerk.): Változó képletek. ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok. L'Harmattan, Budapest p: 25-44 ISBN 978-963-414-120-4
- Elekes Zs. (2018): Az alkoholfogyasztás és az alkoholt fogyasztók jellemzői. ELEM 2014. ELEM Műhelytanulmányok 2. Budapest, KSH p:63-84
- Elekes Zs. (21004): Alkohol és társadalom. Budapest, OAI.
- Elekes Zs. (szerk.) (2016a): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet Budapest, 2016.
- Elekes Zs., & Paksi B. (2003). *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, NKFP.
http://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&language=hu
- EMCDDA (2007): A kábítószer probléma Európában. Éves jelentés <http://www.drogfokuszpont.hu/>
- ESPAD (2015): ESPAD REPORT. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. EMCDDA, Lisbon
- Freyssinet-Dominjon, J., Wagner, A.-C. L'alcool en fête: manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante (Alcohol in celebration: patterns of drinking of the new student youth). Paris: L'Harmattan, 2004.
- Gerevich, J., Bácskai, E., & Rózsa, S. (2006) A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21: 45–56.
- Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B. et al (2013) Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research* 20: (3) pp. 119-128.
- Inchley J., Currie D., Young T., Samdal O., Torsheim T., Augustson L., Mathison F., Aleman-Diaz A., Molcho M., Weber M., Barnekow V. (eds.) (2016): Growing up unequal: gender and

socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Järvinen, M., Room, R (eds.) 2007: Youth Drinking Ashgate Publishing Limited, Gower House, Hampshire.

Király O., Zsila Á., Demetrovics Zs. (2016): Viselkedési addikciók. in: Elekes Zsuzsanna (szerk.): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet, 2016. p:75-94.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007) Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12: 233-242.

Magyar Ifjúságkutatás (2016). Az ifjúságkutatás első eredményei. Ezek a magyar fiatalok! Új Nemzedék Központ, 2017.

Measham, F. (2004): The decline of Ecstasy, the Rise of Binge drinking and the Persistence of Pleasure, *Journal of Community and Criminal Justice*, 51 (4), 309-326.

Nyírády A. (2016): Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. in: Elekes Zs. (szerk.): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet Budapest, 2016. p:57-74

Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.

Paksi B. (2009). Populációs adatok alakulása. In: Felvinczi K., Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban*. (81-141) Budapest, L'Harmattan,

Paksi B. (2017): ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. in: Felvinczi Katalin (szerk.): Változó képletek. ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok. L'Harmattan, Budapest p: 45-68.

Paksi B., Demetrovics, Zs., Griffiths, M.D., Magi A., & Felvinczi K. (2018). Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behavior: – based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015. (megjelenés alatt)

Paksi B., Demetrovics, Zs., Magi A., & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 55–85.

Paksi B., Demetrovics, Zs., Magi A., & Felvinczi K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*. Megjelenés alatt.

Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P., & Demetrovics Zs. (2009) A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP)

reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 10 (2009) 4, 273–300

- Paksi B.: ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. In: Felvinczi K. (szerk.): *Változó Képletek –ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok, megoldások.* L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2017 (45-68)
- Parker, H. (2005): Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Addiction Research and Theory*. June 2005, 13(3): 205-215
- Parker, H., Aldridge, J., Measham F. (1998): *Illegal leisure. The normalization of adolescent drug use.* Routledge, Taylor and Francis Group, London, New York. P:177.
- Plant, Martin, Plant, Moira (2006): *Binge Britain. Alcohol and the national response.* Oxford University Press.
- Room, R. (2001): Thinking about how social inequalities relate to alcohol and drug use problems. <http://www.robinroom.net/> letöltés ideje: 2008.07.18.
- Room, R. (2010) Dry and wet cultures in the age of globalization, *Salute e Società* 10(3, Suppl.): 229-237.
- Room, R. (2015) Cultural aspects of and responses to addiction. In: El-Guebaly, N., Carrà, G. & Galanter, M., eds., *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, pp. 107-114. Milan, Heidelberg, New York, Dordrecht & London: Springer.
- Room, R., Livingston, M. (2016) The distribution of customary behavior in a population: The Total Consumption Model and alcohol policy, *Sociological Perspectives* 2017, Vol. 60(1) 10-22
- Room, R., Sato, H. (2002): Drinking and drug use in youth cultures: Building identity and community. *Contemporary Drug Problems* 29/Spring: 5-11.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Funete, J. R., & Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88: 791–804.
- Székely L. (szerk.) (2018): *Magyar fiatalok a Kárpát-medencében.* Budapest, KUTATÓPONT
- Vitrai J., Tóth G. (2018): A dohányzást befolyásoló tényezők szerepének nemek közötti különbsége és időbeli változása. in: *ELEF Műhelytanulmányok 2.* Budapest, KSH p: 113-130.
- WHO (2018): *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHA European Region, 2002-2014. Observation from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

2. MELLÉKLET

ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁKKAL FOGLALKOZÓ HAZAI INTÉZMÉNYEK

Komolaffe Cinderella

Péterfi Anna

1. Bevezetés

A hazai addiktológiai ellátórendszert a felépülés központú megközelítés jellemzi. Feladata a szerhasználat mérséklése, megszüntetése, továbbá a szerhasználatához – előzményként, társjelenséggként vagy következményként – kapcsolódó egészségügyi és szociális problémák megelőzése, mérséklése vagy megszüntetése, valamint az egyén társadalomba való visszailleszkedésének elősegítése.

A kábítószer problémával küzdők ellátása egészségügyi, szociális és vegyes profilú ellátóhelyeken valósul meg. A területi lefedettség egyenlőtlenségeiből adódóan, egyes területeken a pszichiátriai ellátók is részt vesznek az addiktológiai problémával küzdő betegek kezelésében.

A hazai ellátási palettán jellemzően nincsenek specializált kezelési programok⁵⁵, melyek egy-egy szertípus használóit céloznák, hanem a programok általánosságban az összes szertípus fogyasztóját vagy általában a szenvedélybetegségeket, pszichiátriai problémákkal küzdőket célozzák. Ez alól kivétel az opiát-helyettesítő kezelés. (Nemzeti Drog Fókuszpont 2017)

2. Addiktológiai intézménytípusok és ellátási formák

2.1 Közösségi, járóbeteg addiktológiai ellátási formák gyermekek és serdülők részére

A 18 év alattiak addiktológiai ellátására elérhetőek specializált beavatkozások egészségügyi, szociális és vegyes profilú intézményekben egyaránt. A szakellátások az addiktológiai probléma típusának és súlyosságának megfelelő gyógyszeres vagy egyéb pszichoszociális kezelést biztosítanak. A fiatalokat célzó ellátások és kezelési beavatkozások mindig nagy hangsúlyt fektetnek a családra, így a beavatkozások jellemző eleme a család terápiába történő bevonása.

Gyermek- és ifjúság addiktológiai ellátás korlátozottan érhető el hazánkban, így a kábítószer-problémával küzdő fiatalok ellátása sok esetben az alapellátásra, a pszichiátriai profilú ellátóegységekre vagy a felnőtt addiktológiai ellátást nyújtó intézményekre hárul.

Azok a kiskorú személyek, akik magyar állampolgársággal, menekült vagy oltalmazott jogállással és Magyarország területén lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkeznek, vagy nem magyar állampolgárok, de magyarországi lakóhellyel rendelkeznek, jogosultak az egészségügyi ellátás igénybevételére (NEAK, 2018). Mind az egészségügyi, mind a szociális beavatkozások esetében szükséges a szülő/gyám beleegyezése az ellátásba. A cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyek (a gyermekeket, kiskorúakat ezekbe a kategóriába sorolják) jogait a gondviselők gyakorolják. A gyermekeknek joguk van az életkoruknak megfelelő tájékoztatáshoz (1997. évi CLIV. törvény).

A közösségi vagy járóbeteg szakellátásokat ambuláns keretek között biztosítják, optimális esetben az érintett lakóhelye közelében. Az alábbiakban olyan ellátókat sorolunk fel, akik specializáltan a korcsoport számára nyújtanak ellátást, vagy szolgáltatásaikat ez a korcsoport is igénybe veheti.

⁵⁵ Ez alól kivétel a RIM Református Iszákos Mentőmisszió (Kékkereszt Egyesület) tevékenysége, ahol elsődlegesen, szinte kizárólag alkoholbetegeket fogadnak.

2.1.1 Gyermek- és ifjúsági addiktológiai gondozók és szakrendelők

A gyermek- és ifjúsági addiktológiai gondozók és szakrendelők járóbeteg szakellátást nyújtanak, általában a kliensek 18 éves koráig. A legtöbb helyen együttműködik a gyermek- és ifjúságpszichiátriával (Vetró et al. 2015). A gondozók célja a gyermek- és ifjúsági addiktológiai betegek kezelése, a visszaesés megelőzése és az ártalmak csökkentése.⁵⁶

2.1.2 Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére

Korlátozott számban, de elérhetőek olyan szenvedélybetegek számára szociális ellátást biztosító intézmények, amelyek kifejezetten a gyermekek, serdülők ellátását célozzák meg. A felnőtteknek szánt közösségi ellátás 16 éves kortól gondviselői engedéllyel vehető igénybe. (További részletekért ezen ellátási formáról lásd a 2.3. pontot.)

2.1.3 Drogambulanciák, addiktológiai ambulanciák

Ezek jellemzően keverten egészségügyi és szociális járóbeteg ellátást biztosító intézmények. Magyarországon egy intézmény van, mely *gyermek és ifjúság addiktológiai részlegén*⁵⁷ *serdülőkorú szenvedélybetegek addiktológiai gondozását is végzi országos ellátási körrel*, de más drogambulanciák, addiktológiai ambulanciák szolgáltatásai között is sok esetben vannak e populáció számára is hozzáférhető programelemek. A drogambulanciák jellemzően erős kapcsolattal rendelkeznek a drogbeteg-ellátás más intézményeivel is, így a megfelelő ellátóegység azonosításában és továbbutalásban is segítséget nyújthatnak.

2.2 Fekvőbeteg addiktológiai ellátási formák gyermekek és serdülők részére

A fekvőbeteg ellátási formákat a beteg környezetből való kiemelésével, bentlakásos keretek között biztosítják az erre specializálódott egészségügyi vagy kevert profilú intézmények.

2.2.1 Gyermek- és ifjúság addiktológia rehabilitációs ellátás

A gyermek- és ifjúságaddiktológia rehabilitációs osztályok fekvőbeteg szakellátást biztosító intézmények. Azon gyermek vagy serdülők esetében javasolt az addiktológiai rehabilitációs osztályokon történő elhelyezés, akiknek a közösségi ellátás keretein belül nem megoldott a rehabilitációja, és ezért indokolt kiemelni őket a környezetükből (Vetró et al. 2015). A kevert profilú gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitációra szakosodott intézmények számos, e korcsoport szempontjából fontos kiegészítő szolgáltatást nyújtanak az addiktológiai ellátás mellett, melyek célja a fiatalok képessé tétele a társadalomba való be-/visszailleszkedésre. A rehabilitációs folyamatban fontos szerepe van a közösségnek és a kortársaknak, az egymásnak nyújtott segítségnek (pl.: a sóvárgás időszakában) (Berényi et al 2016.). A rehabilitáció része a fiatal korábbi gondozási helyére, vagy családba történő visszagondozása. Ennek érdekében e programok nagy hangsúlyt fektetnek a családdal való kapcsolattartásra, a család terápiás folyamatba való bevonására. A terápia hossza az egyéni szükségletek mentén kerül meghatározásra; az eddigi tapasztalatok szerint jellemzően 6 és 18

⁵⁶ Pozitív fejlemény, hogy jelenleg fut egy Európai Uniósi támogatású projekt, mely fejlesztéseket tesz lehetővé a területen: Gyermek és ifjúságpszichiátriái, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése (EFOP-2.2.0-16-2016-00002) https://www.aEEK.hu/szechenyi_2020?p_p_id=szechenyiprojects_WAR_aEEKportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_col_id=column-5&p_p_col_count=2&p_p_state=NORMAL&szechenyiprojects_WAR_aEEKportlet_webcontentid=187595&szechenyiprojects_WAR_aEEKportlet_categoryid=187648&szechenyiprojects_WAR_aEEKportlet_mvcPath=%2Fhtml%2Fportlet%2Faeek%2Fszechenyi%2Fdetail.jsp

⁵⁷ <https://egeszsegdokk.hu/ebben-segitunk/gyermek-es-ifjusagi-addiktologia/>

hónap közé tehető (Berényi et al 2016.). A szolgáltatás igénybevételének feltételei intézményenként eltérnek.

2.3 Közösségi, járóbeteg addiktológiai ellátási formák felnőttek részére

Az egészségügyi ellátások biztosított felnőttek részére térítésmentesen vehetőek igénybe (1997. évi LXXXIII. törvény). Az igénybevételhez szükséges a TAJ kártya és érvényes jogosultság. A szociális ellátások igénybevételének feltételei az egyes ellátási formák esetében eltérőek.

A társadalombiztosítással rendelkező személyek orvosi beutalás nélkül igénybe vehetik a pszichiátriai és addiktológiai egészségügyi ellátásokat (217/1997. [XII. 1.] Korm. rendelet).

2.3.1 Addiktológiai szakambulancia

Az addiktológiai szakambulanciák a járóbeteg szakellátás keretein belül, de általában a fekvőbeteg részlegekhez hozzárendelten működnek. Jellemzően az osztályról elbocsátott betegek kezelését folytatják ambuláns keretek között.

2.3.2 Addiktológiai gondozó, TÁMASZ gondozó

Az addiktológiai gondozókban, járóbeteg szakellátás keretein belül az alkohol- vagy drogproblémával küzdők részesülnek gyógykezelésben. Egy szakorvos által vezetett team biztosítja az adott területhez tartozó addiktológiai betegek gondozását, folyamatos monitorozását, gyógyítását, és segíti a rehabilitációjukat, reintegrációjukat. Az intézmények feladatkörébe tartozik a rehabilitációs osztályos kezelést igénylő betegek előgondozása. Az addiktológiai gondozók kettős diagnózisú betegek fogadására is alkalmasak. A gondozási feladatokat az intézményen kívül, a beteg lakókörnyezetében is elláthatják.

2.3.3 Opiát-helyettesítő kezelés

Súlyos és hosszú ideje opiátfüggőséggel küzdők számára speciális beavatkozási forma az opiát-helyettesítő kezelés. Ez Magyarországon csak meghatározott addiktológiai járóbeteg ellátóknál érhető el, fekvőbeteg ellátás keretében történő alkalmazása kevésbé jellemző. A hosszú távú opiát fenntartó kezelés alternatívát jelenthet az absztinencia elérésére nem vállalkozó, problémás opiáthasználók számára is. A kezelés célja az ártalomcsökkentés (többek között a HIV, HCV fertőzés kockázatának csökkentése), a bűncselekmények elkövetésének megelőzése és a magasabb társadalmi funkcionalitás elérése. A hazai kezelőhelyeken metadon, illetve buprenorfin/naloxon (suboxone) az elérhető helyettesítő gyógyszerek. Az opiát-helyettesítő kezelés során a gyógyszeres terápiát pszicho-szociális beavatkozásokkal egészítik ki.

A helyettesítő kezelés kritériuma a több éve fennálló opiátfüggőség, betöltött 18 év és sikertelen próbálkozás absztinenciát célul kitűző kezelési programban. A kezelésbevételhez a klienssel terápiás szerződést köt az ellátó intézmény, mely rendelkezik a terápia kereteiről (Országos Addiktológiai Intézet, 2008).

2.3.4 Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére

A közösségi ellátás a beteget a lakókörnyezetében támogatja, segíti az önálló életvitel fenntartásában, további gyógyulásban, rehabilitációban. A meglévő képességeket fejlesztik, pszicho-szociális rehabilitációt, továbbá szociális és mentális gondozást nyújtanak (1993. évi III. törvény). Megszervezik

a kliensek számára a könnyebb hozzájutást az egészségügyi ellátásokhoz, segítenek a munkához jutásban (Berényi et al., 2018). A közösségi ellátás során feltérképezik a kliens természetes segítő kapcsolatait és a családját. Erre építve igyekeznek elősegíteni a gyógyulást. Segítenek újjáépíteni a megromlott vagy elvesztett kapcsolatokat, és új csoportokhoz, közösségekhez terelik az egyéneket (Berényi et al., 2018). A közösségi ellátás könnyen elérhető, ezért olyan ellátotti kör is konkrét, egyénre szabott kezelést kap, aki más módon nem juthatna célzott ellátáshoz (pl.: mélyszegénységben, büntetés-végrehajtási intézményekben, falvakban élők) (Berényi et al., 2018).

A közösségi ellátás önkéntesen és térítésmentesen vehető igénybe. Az szolgáltatásról és az ellátás módjáról az igénylő és a szolgáltatást nyújtó megállapodást köt (Berényi et al., 2018).

2.3.5 Nappali ellátás szenvedélybetegek részére

A nappali ellátás célja, hogy a saját otthonukban élő szenvedélybetegek és hozzátartozóik részére egészségügyi és szociális alapszolgáltatásokat nyújtson. A szolgáltatás preventív, ártalomcsökkentő hatással is bír. Segít megelőzni a szenvedélybeteg állapotának súlyosbodását és az izolációt (Kovács et al., 2018). A biztosított szolgáltatások: a napközbeni intézményi tartózkodás, higiéniai szükségletek kielégítése, igény szerinti étkeztetés, társas kapcsolatok építése, fenntartása, szociális és mentális támogatás, helyszín biztosítása közösségi programoknak, öngyógyító csoportoknak. A patológiásan működő család egészét próbálják kezelni, nem csak a szenvedélybetegséggel élő egyént (Kovács et al., 2018).

A nappali ellátást önkéntesen veheti igénybe minden 16. életévét betöltött személy, attól függetlenül, hogy rendelkezik vagy nem a szolgáltatás területén bejelentett lakcímmel. A szolgáltatást igénylő, vagy a törvényes képviselője írásbeli, vagy szóbeli kérelme után vehető igénybe az ellátás. A 16. életév betöltése után már nem szükséges a törvényes képviselő engedélye. A kérelemhez mellékelni kell a kezelőorvos vagy szakorvos véleményét. Amennyiben az igénylő nem rendelkezik szakorvosi véleménnyel, a szolgáltatást a kérelem benyújtása utáni három hónapig, átmeneti jelleggel, szakorvosi vélemény hiányában is biztosítják. A nem térítésmentesen biztosított szolgáltatások igénybevétele esetén a kérelemmel együtt be kell nyújtani jövedelemnyilatkozatot és jövedelemigazolást. Az intézmény a szolgáltatásról adott tájékoztatás után megállapodást köt az igénylővel. A megállapodásban szerepel az ellátás időtartama, a nyújtott szolgáltatások, a személyi térítési díj megállapítása és a fizetésre vonatkozó szabályok amennyiben az ellátás térítési díjfizetéssel jár. Az igénybevevőnek meg kell adnia a személyes adatait (Kovács et al., 2018).

2.3.6 Alacsonyküszöbű ellátás szenvedélybetegek részére

Az alacsonyküszöbű ellátás célja, hogy elérje az addiktológiai problémákkal küzdőket és közvetlen környezetüket. Kezelést biztosít az aktuális problémára, törekszik az ártalmak csökkentésére, a súlyosabb károk megelőzésére, továbbá a pácienszt ösztönzi a változásra és további szolgáltatások igénybevételére. (Arany et al. 2018)

Az alacsonyküszöbű ellátások esetén az igénybevételnek nem kritériuma az absztinencia. Az igénybevétel formája önkéntes. Ingyenesen és térítésmentesen lehet hozzájutni. Nem kötött életkorhoz vagy lakóhelyhez. Nem tagadnak meg ellátást a szerhasználó kientstől az állapota miatt.

A következőkben az alacsonyküszöbű szolgáltatások két legjellemzőbb típusát mutatjuk be.

Drop in

A Drop in (megpihenő klub vagy kontaktklub) szerhasználó klienseknek biztosít józanodási és pihenési lehetőséget. A szolgáltatás keretein belül lehetőség van elsősegélynyújtásra, információ átadásra, életviteli tanácsadásra és egyszerűbb pszicho-szociális intervenciókra. A szolgáltatás kiegészülhet ingyenes hideg élelem biztosításával, telefon és internet használattal, fürdési, tisztálkodási lehetőségekkel és a személyes ruházat tisztítási lehetőségeivel (Szemelyácz et al., 2006).

Túcsere programok

A túcsere programok segítséget nyújtanak az intravénás szerhasználattal összefüggő betegségek (HIV, HCV) megelőzésében. Steril injekciókat biztosítanak az oda érkező klienseknek. Biztosítják az intravénás szerhasználók könnyebb elérését, és segítik a magasabb küszöbű ellátásokba kerülésüket. Továbbá HIV, HCV szűrést és tanácsadást nyújtanak a szerhasználóknak. A szolgáltatás igénybevételének nincsenek egészségügyi biztosításhoz vagy szermentességhez, leszokáshoz kötött feltételei a kliensekre nézve (Csák et al., 2010).

2.3.7 Programok szerhasználó szülőknek

Egyre több program fókuszál a szülőség és szerhasználat metszetében felmerülő speciális problémákra. Ezek jellemzően önsegítő csoportok és azokat kiegészítő szociális, támogató szolgáltatások formájában valósulnak meg. E szolgáltatások szenvedélybetegeket célzó szociális (pl.: a Józan Babák Klub alternatív terhes gondozási programja és önsegítő csoportja) vagy egészségügyi szolgáltatások keretében vagy kiegészítéseként jelennek meg (pl.: a Drogrevenicós Alapítvány MEPA/MENYA tanácsadása metadon programban lévő szülők számára).

2.3.8 Önsegítő csoportok

Az önsegítő csoportok többsége olyan 12 lépéses program, melyben azonos problémával küzdő személyek vesznek részt. Ide tartoznak az Anonim Alkoholistákat (AA) vagy Névtelen Drogfüggőket (NA) összefogó csoportok. A csoportok üléseiről, foglalkozásairól nem készül semmilyen írásos dokumentum. Egyedül azt kell vállalnia a résztvevőknek, hogy valamit tesznek a függőségük ellen. Amikor az adott résztvevő elég érettnek és józanság mellett elkötelezettnek érzi magát, elkezdheti az önsegítő csoportok 12 lépéses terápiás programját. A csoportok célja egy teljes szemlélet-, életforma-, életstílus váltás (Rácz, 2011).

2.2.9 Hozzá tartozói csoportok

Az önsegítő csoportok egy speciális típusa a hozzátartozói csoport. Jellemzően szerhasználók ellátásával foglalkozó intézmények nyújtják e szolgáltatást szerhasználók közeli hozzátartozói részére.

2.4 Fekvőbeteg addiktológiai és szociális ellátási formák felnőttek részére

2.4.1 Addiktológiai osztály

A fekvőbeteg ellátás keretein belül működő addiktológiai osztályra abban az esetben kerül a beteg, ha betegségének súlyossága azt indokolja, vagy a járóbeteg szakellátás keretein belül nyújtott gondozás nem bizonyult elég hatékonynak. A fekvőbeteg ellátó intézményekben folyamatos benttartózkodás mellett diagnosztikus, gyógykezelési, ápolási vagy rehabilitációs kezeléseket kap a páciens (Borda és Vojtek, 2016). Állapotának javulása után ismét kikerülhet az ambuláns ellátórendszerbe. Az addiktológiai osztályok típusai:

- Az *addiktológiai aktív fekvőbeteg osztályok* akut betegeket is fogadnak. Diagnosztikai feladataik vannak. Megtervezik a felépülést, kezelik a megvonási tüneteket, komorbid állapotokat. Ellátnak speciális szaktudást igénylő betegcsoportokat is (pl.: függő várandósok).
- Az *addiktológiai rehabilitációs osztályokon* felépülés-központú szemlélet uralkodik. Gyógyszeres, pszichológiai és szocioterápiát is alkalmaznak ezeken az osztályokon. Jellemzően a Minnesota modell alapján épül fel a terápia. A cél az absztinencia elérése és fenntartása.
- Az *addiktológiai krónikus osztályokon* a betegek hosszan tartó ellátása zajlik.

2.4.2 Fekvőbeteg/bentlakásos szakosított szociális ellátások felnőttek részére

Amennyiben a szociális alapellátás keretein belül a kliensekről koruk, egészségi állapotuk vagy szociális helyzetük miatt nem lehet gondoskodni, szakosított ellátási formában kell őket kezelni. Ezek hosszan tartó bentlakásos ellátásként, rehabilitációs vagy reintegrációs céllal érhetők el.

Az ellátások önkéntesen vehetőek igénybe, az igénylő vagy a törvényes képviselője kérelmére. Az ellátásokért térítési díjat kell fizetnie az igénylőnek vagy gondviselőjének. Ingyenes ellátásban részesülhetnek, akik jövedelemmel nem rendelkeznek. A tartós bentlakást biztosító intézményeknél egyéb kritériumok is felmerülnek az ingyenességgel kapcsolatban (az ellátottnak nincs jelzalog alapjául szolgáló vagyona és olyan nagykorú, vérszerinti vagy örökbefogadott gyermeke, aki jogerősen térítési díj fizetésére kötelezett).

Szenvedélybetegek otthona

Olyan személyek fogadhatóak az otthonban, akik kötelező intézeti gyógykezelésre nem szorulnak, de időlegesen önálló életvitelre nem képesek és állapot javító kezelést igényelnek. Az ellátás keretében gondoskodnak a napi legalább háromszori étkezésről, mentális gondozásról, meghatározott szintű egészségügyi ellátásról, valamint az ellátott lakhatásáról, szükség esetén ruházat és egyéb textília biztosításáról (EMMI, 2016).

Szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye

Olyan személyeket látnak el itt, akik már betöltötték a 16. életévüket és nem szorulnak kötelező gyógyintézeti kezelésre, de utógondozásukra nincs más mód. Az intézmény célja, hogy helyreállítsa vagy kialakítsa az önálló életvitelt (EMMI, 2016).

Szenvedélybetegek átmeneti otthona

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézményben az a személy helyezhető el, legfeljebb egy évnyi időtartamra, akinél szakorvosi szakvéleményben szenvedélybetegséget állapítottak meg és az ellátása a családjában vagy környezetében átmeneti jelleggel nem oldható meg (EMMI, 2016).

Lakóotthon

A lakóotthonok célja lehet rehabilitációs vagy ápoló-gondozó. A lakóotthonokban olyan 16 évet betöltött, de az öregségi nyugdíjkorhatár alatt lévő személyek kerülhetnek, akiket a lakóotthoni elhelyezésre alkalmasnak nyilvánítottak. Az ellátás során alapvizsgálat, alkalmassági vizsgálat, felülvizsgálat rendszere működik. Ez segíti elő az egyénre szabott ápolási és gondozási terv kialakítását és megvalósítását. A lakóotthonok 8-14 főt fogadhatnak (EMMI, 2016).

Támogatott lakhatás

A tartós bentlakásos intézményekben elhelyezett szenvedélybetegek számára biztosít intézményen kívüli lakhatási formát (EMMI, 2016).

2.5 Rehabilitációs otthonok, drogterápiás intézetek

Jellemzően az addiktológiai rehabilitációs osztályos ellátást és különböző szakosított szociális ellátásokat ötvöző intézmények. A rehabilitációs otthonok nem hagyományos kórházi-egészségügyi intézményrendszeri keretek között működő, pszichoaktív szerhasználók és viselkedési függőségekben szenvedők többszörös kezelési igényére kialakított hosszú távú, közösségi-együttéléses módon terápiás választ adó, jellemzően egyházi, civil, illetve önkormányzati fenntartású szervezeti egységek (Nemzeti Drog Fókuszpont 2017). A szolgáltatás igénybevételének feltételei intézményenként eltérnek.

2.6 Elterelés

Bizonyos kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van kezelési/megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni, amennyiben megfelel az alábbi feltételeknek: 1. csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természet, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt; 2. a bűncselekmény elkövetését beismeri; 3. nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer birtoklás vagy -kereskedelem kapcsán a megelőző két évben; 4. nem vett részt elterelésben a megelőző két évben. (Btk. 180. §)

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (továbbiakban MFSZ) – mely inkább javallott prevenció beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe. A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat a klasszikus járó- vagy fekvőbeteg kábítószer-kezelő programok keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához (Nemzeti Drog Fókuszpont 2017).

Az elterelés megkezdéséhez szükséges okmányok: személyes okmányok (személyi igazolvány, lakcímkártya), TAJ kártya, rendőrségi tanúsítvány.

ELLÁTÁSKERESŐ PORTÁL

A kábítószer-használók ellátását végző kezelőhelyek földrajzi elhelyezkedés és ellátási forma alapján kereshető adatbázisai: www.ellataskereso.hu, valamint madrisz.hu.

3. Források

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
- Arany Zoltán, Figeczki Tamás, Máté Zsolt, Tóth Róbert (2018) Szakmai ajánlás. Szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása részére. EMMI
- Berényi András, Darabosné Bíró Virág, Siposné Kohári Szilvia (2018) Szakmai ajánlás – Szenvedélybetegek közösségi ellátása. EMMI
- Berényi, A., Batizi, I., Tóth, B. A., Holb, G. (2017): Gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátásának az Emberi Erőforrások Minisztériuma által támogatott monitorozása. Forrás Lelki SegítőK Egyesülete. 2017. Kézirat.
- Borda Viktória és Vojtek Éva (2016): Addiktológiai ellátórendszerek. In.: Borda Viktória és Vojtek Éva (szerk.): Addiktológia. Oktatási segédanyag kulturális közösségfejlesztők és médiszakemberek számára. 36-61. oldal
- Csák Róbert, Gyarmathy V. Anna, Varga Mónika, Honti Judit (2010) Tűcsereprogramok In.: Kun Bernadette, Felvinczi Katalin (szerk.): Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I.
- EMMI (2016): Szociális szolgáltatások rendszere
emmiugyfelszolgalat.gov.hu/download.php?docID=4678
- EMMI Központi Ügyfélszolgálati Iroda (2018) Tájékoztató a szociális ellátásokról
- Kovács Csaba, Komán Gabriella Edit, Kovács Tibor (2018) Szakmai ajánlás. Nappali ellátás szenvedélybetegek részére. EMMI
- NEAK (2018): Kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosultak.
http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/jogosultsag_az_ellatasra/az_egszsegbiztositas_szolgaltatasaira_jogosultak/kizarolag_egeszsegugyi_ellatasra
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2017) 2017-es ÉVES JELENTÉS (2016-os adatok) az EMCDDA számára
- Oberth József (2011): A Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programja. In.: Kaló Zsuzsa és Oberth József (szerk.): Gyermekvállalás és droghasználat. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány, Budapest.116-143.
- OPAI (2018) Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet honlap információk <http://nygy-opai.hu>
- Országos Addiktológiai Intézet (2008): Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele A Metadon kezelésről
- Rácz József (2011) Az ártalomcsökkentés In: Kaló Zsuzsa és Oberth József (szerk.): Gyermekvállalás és droghasználat. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány, Budapest. 48-52.
- Szemelyác János, Bódy Éva, Fehér Otília, Kály-Kullai Károly, Kun Gábor, Lencse Menyhért, Márton Andrea, Máté Zsolt (2006): Szakmai irányelv. Alacsonyküszöbű szolgáltatások a

szenvédélybetegek szociális alapellátásában. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Addiktológiai Szakértői Munkacsoport. Budapest

Vetró, Ágnes et al. (2015) Szakmai javaslat az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) keretében megvalósuló. Gyermek és Ifjúságpszichiátriai, Addiktológiai és Mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztésére 2015.

3. MELLÉKLET

A KORAI KEZELÉSBEVÉTEL SZEMPONTJÁBÓL KIEMELT INTÉZMÉNYI SZEREPLŐK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERBEN

Felvinczi Katalin

Komolafe Cinderella

Mátyássy Adrienn

Péterfi Anna

Sebestyén Edit

Szemelyácz János

Szécsi Judit

1. Az egészségügyi ellátórendszer korai kezelésbevitel szempontjából kiemelt intézményi szereplői és ellátási formái

1.1 Egészségügyi alapellátás

A 2015. évi CXXIII. törvény az *egészségügyi alapellátásról* határozza meg a települési önkormányzatok számára, hogy az egészségügyi alapellátás körében gondoskodjon az alábbi területekről:

- a) a házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátásról,
- b) a fogorvosi alapellátásról,
- c) az alapellátáshoz kapcsolódó házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról,
- d) a védőnői ellátásról, és
- e) az iskola-egészségügyi ellátásról

A 2015. évi CXXIII. törvényben meghatározott feladatok lefedik a korai megelőzésben való szerepvállalás kötelezettségét, mely kimondja, hogy „*az ellátott lakosságra vonatkozó, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás*” keretében meg kell történnie az egyén egészségügyi felvilágosításának, az egészségtervezés támogatásának és szükségesnek ítélt esetben a szakorvoshoz történő irányításának.

A *házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről* szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet határozza meg a házi orvos feladatát. Hatáskörükbe sorolja az ismert és kivizsgált, kompenzált állapotban levő addiktológiai betegek gondozása mellett az egészségmagatartás fejlesztését, és függőségéről leszoktató intervenciók technikák alkalmazását.

A „26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az „*iskola-egészségügyi ellátásról*” értelmében: „A tanulók egészségügyi ellátásán kívüli egyéb iskola-egészségügyi feladatokat (környezet-egészségügy, élelmezés-egészségügy, balesetvédelem, egészségnevelés, pályaválasztási tanácsadás) az iskolaorvos és a védőnő az oktatási intézmény vezetőjével, illetőleg a szakmai szervezetekkel együttműködve végzi.” „A 3-18 éves korosztály, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők megelőző jellegű, az egészségügyi alapellátás keretében szervezett iskola-egészségügyi ellátásban való rendszeres részvételéről [a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 10. § (1) bekezdés b)-c) pont] az óvodák és iskolák (a továbbiakban együtt: nevelési-oktatási intézmények) e rendeletben foglaltak szerint gondoskodnak.

Foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet szerint „a szolgálat az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe veheti a mentőszolgálatot, a szolgálat orvosa járóbeteg-szakellátást nyújtó szakrendelésekre, illetve házi orvosi ellátásra utalhatja a társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkező munkavállalót, speciális kórházi ellátást igénylő foglalkozási megbetegedés vagy annak gyanúja esetén pedig – sürgősséggel vagy előzetes helybiztosítás útján – a munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi szerv fekvőbeteg osztályára utalhatja a beteget.”

1.2 Egészségügyi szakellátás

Sürgősségi-betegellátó osztályok (SBO): Sürgősségi-betegellátó osztályra történő felvételre sor kerülhet mind az addiktológiai problémával direkt, mind indirekt összefüggésben kialakuló állapotok miatt. A magyarországi kórházak jelentős részében az ún. egykapus betegút megvalósítására törekednek, mely során az első kórházi színtér az SBO. 2013 óta Budapesten egyértelműen, de az ország jelentős részén úgyszintén, az ún. detoxikálás is a Sürgősségi Osztályokon történik (szemben a korábbi gyakorlattal, melyben Detoxikáló Állomásokon, vagy a Pszichiátriai Osztályokon történt a kijózanítás).

Szakorvosi ellátás járóbeteg és kórházi ellátásban (nem pszichiátriai és/vagy addiktológiai szakirányú): A szakorvosok általában rövid időre kerülnek kapcsolatba a betegekkel, szemben a pszichiáterekkel és/vagy addiktológus szakorvosokkal.

Pszichiátriai szakellátás: A korai kezelésbevételei leginkább az ún. kettős-diagnózisú betegeknél merülnek fel, abban a stádiumban, ahol a pszichiátriai betegség (szorongásos zavar, hangulati zavar stb.) elfedheti a szakellátásba kerülést megelőzően az addiktológiai probléma kialakulását.

Egészségpszichológiai szakpszichológusi ellátás: A Szegedi Tudományegyetem ÁOK és BTK „Alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus” képzése nyújt lehetőséget az interdiszciplinaritás jegyében a korai kezelésbevételei elemeinek a szomatikus betegségeket kezelő fekvő és/ vagy járóbeteg szakellátásokba való bejutására.

2. A szociális ellátórendszer korai kezelésbevételei szempontjából kiemelt intézményi szereplői és ellátási formái

2.1 Szociális szolgáltatások

A szociális szolgáltatások rendszerét a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény foglalja egységes keretbe. E jogszabály tartalmazza a szociális ellátórendszer struktúrájára, működési szabályaira vonatkozó főbb szabályokat. Ehhez kapcsolódik az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet. A törvény a szolgáltatásokat két alapvető kategóriába sorolja: (1) szociális alapszolgáltatások és (2) szakosított ellátások. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevétele önkéntes, az ellátást igénylő, illetve törvényes képviselője szóbeli vagy írásbeli kérelmére, indítványára történik.

2.1.1 Szociális alapszolgáltatások

Az alapszolgáltatások megszervezésével az állam és a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulóknak részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásában.

Falu- és tanyagondnoki szolgáltatás: Célja hozzájárulni a települési hátrányok enyhítéséhez, lehetővé tenni az alapvető szükségletek kielégítését, a segítő szolgáltatásokhoz, a közszolgáltatásokhoz való hozzájutást, segíteni az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítését.

Családsegítés: A családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás. A rászorulóknak elérése érdekében a családsegítést végző intézmény *jelzőrendszert működtet* (tagjai: jegyző, a járási hivatal, a szociális, egészségügyi szolgáltató, intézmény, a pártfogói felügyelő, civilszervezetek és magánszemélyek). A családsegítést nyújtó szolgáltató a jelzés után személyesen felkeresve tájékoztatja az egyént a családsegítés céljáról, tartalmáról.

A családsegítés keretében biztosítani kell: a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást, az anyagi nehézségekkel küzdők számára a pénzügyi, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését, a szociális segítőmunkát, a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését, a közösségfejlesztő programok szervezését, egyéni és csoportos készségfejlesztést, a tartós munkanélküliek, a fiatal munkanélküliek, az adósságterhekkel és lakhatási problémákkal küzdők, a fogyatékkal élők, a krónikus betegek, a *szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek, a kábítószer-problémával küzdők*, illetve egyéb szociálisan

rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását, a kríziskezelést, valamint a nehéz élethelyzetben élő családokat segítő szolgáltatásokat, a nagy létszámú intézmények átalakítását követően támogatott lakhatást igénybe vevők után követését biztosító esetmenedzseri feladatokat.

A családsegítés a gyermekjóléti szolgáltatással egy szolgáltató – *a család- és gyermekjóléti szolgálat* - intézményi keretében működtethető (települési szint). A *család- és gyermekjóléti központ* (járási szint) a család szociális helyzetének átfogó vizsgálata alapján elkészíti a szociális diagnózist, mely meghatározza az igénybe venni javasolt szociális szolgáltatásokat, és amely kötelezi a szociális szolgáltatókat és a szociális intézményeket.

Utcai szociális munka: Az utcai szociális munka feladata az utcákon, közterületeken élő hajléktalan emberek segítése: felderíteni, hol tartózkodnak hajléktalan emberek és milyen segítségre van szükségük; elhárítani a krízishelyzeteket (kiszáradás, kihűlés, éhezés vagy alultápláltság, betegségek) és csökkenteni az utcai létből fakadó ártalmakat. Az utcai szociális munka célja, hogy segítségével az utcán, közterületen élő hajléktalan emberek képessé válhassanak az utcai életmód feladására, igénybe vegyék a nappali ellátásokat, az éjjeli menedékhelyeket, vagy hajléktalan szállóra, illetve önálló lakhatásba tudjanak költözni.

Nappali ellátás: A nappali ellátást biztosítani kell azon rászoruló személyek részére, akik segítséget igényelnek önálló életvitelük fenntartásához. A klienscsoport 18. életévüket betöltött, a saját lakásukban élő, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek, illetve fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek. A nappali ellátás elkülönült célcsoportjai: idősek, fogyatékkal élők, *pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek, hajléktalanok*. A szolgáltatás keretében biztosítani kell a célcsoport igényeinek megfelelő szolgáltatásokat, melyek a következők lehetnek: napközbeni intézményi tartózkodás, higiéniai szükségletek kielégítése, igény szerinti étkeztetés, társas kapcsolatok építése, fenntartása, szociális és mentális támogatás.

Közösségi ellátások: A közösségi ellátás a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátást, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást jelenti. A közösségi alapellátás a pszichiátriai vagy szenvedélybetegek lakókörnyezetben történő támogatása az önálló életvitel fenntartásában, a további gyógyulás és rehabilitáció elősegítése érdekében. Ennek érdekében a közösségi programok megkereső tevékenységet szervezhetnek az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében. A közösségi ellátások keretében biztosítani kell: a meglévő képességek megtartását és fejlesztését, pszicho-szociális rehabilitációt, szociális és mentális gondozást. További feladat a házi- és kezelőorvossal való kapcsolattartás révén az ügyfél állapotának figyelemmel kísérése, illetve egészségügyi, terápiás szolgáltatásokon, szűrővizsgálaton való részvételének ösztönzése. Az alacsonyküszöbű ellátás a szervezett megkereső programokon felül biztosítja az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat és a kríziskezelést.

A következőkben felsorolt szociális alapszolgáltatásoknál is felmerülhet addiktológiai probléma, a szakember látóterébe kerülhetnek ilyen problémával küzdő kliensek, azonban az esetek száma valószínűleg kevesebb, mint a fentebb ismertetett szolgáltatások esetén.

Étkeztetés: Az étkeztetést – napi egyszeri meleg étkezés – mint szociális alapszolgáltatást minden települési önkormányzatnak biztosítania kell azon rászoruló személyek részére, akik azt más formában megoldani nem tudják.

Házi segítségnyújtás: A szolgáltatás gondozási szükséglet vizsgálata után vehető igénybe. Elsősorban az ellátott és lakókörnyezete higiénés körülményeinek megtartásában való közreműködést, háztartási, gondozási és ápolási feladatok elvégzését és veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, elhárításában való segítségnyújtást biztosít.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás: Olyan szociálisan rászoruló személyek részére nyújtott szolgáltatás, akik önálló életvitelük fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárításához igényelnek segítséget. A szolgáltatás az év minden napján, 24 órán keresztül működik.

Támogató szolgáltatás: A támogató szolgáltatás a fogyatékossgal élő személyek lakókörnyezetben történő ellátására irányuló szociális szolgáltatás. Ennek keretében biztosítani kell a személyi segítséget, mint speciális segítségnyújtási formát az igénybevevő lakásán és lakókörnyezetében és a szállító szolgáltatást a közszolgáltatások elérésének segítése érdekében. A támogató szolgáltatás feladata az egyén alapvető szükségleteinek kielégítése; a fogyatékossgal jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás támogatása; a fogyatékossgal élő ember társadalmi integrációjához, munkavégzéséhez, munkavállalásához történő hozzájárulás elősegítése.

2.1.2 Szakosított szociális ellátások

Abban az esetben, ha életkoruk, egészségi állapotuk, szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapellátás keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelően szakosított ellátási formában kell gondozni, melynek típusai a következők: (1) ápolást, gondozást nyújtó intézmények, (2) rehabilitációs intézmények, (3) átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, (5) lakóotthonok.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények: az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek elhelyezésére és ellátására szolgál. Ezekben az intézményekben gondoskodni kell a napi legalább háromszori étkezésről, mentális gondozásról, meghatározott szintű egészségügyi ellátásról, valamint az ellátott lakhatásáról, szükség esetén ruházat és egyéb textília biztosításáról. Ápolást, gondozást nyújtó intézménytípusok:

Idősek otthona: a nyugdíjkorhatárt betöltött személyek ápolását, gondozását végzik gondozási szükséglet vizsgálatát követően. Az otthonba 18. életévét betöltött személy is felvehető, ha betegsége miatt nem tud önmagáról gondoskodni.

Pszichiátriai betegek otthona: krónikus pszichiátriai beteget lát el, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztetető állapotú, akut gyógykezelést nem igényel, de egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes.

Fogyatékos személyek otthona: a fogyatékos személy gondozható itt, akinek oktatására, képzésére, gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség.

Szenvedélybetegek otthona: annak a személynek az ápolását, gondozását végzik, aki szomatikus és mentális állapotát stabilizáló, illetve javító kezelést igényel, önálló életvitelre időlegesen nem képes, de kötelező intézeti gyógykezelésre nem szorul.

Hajléktalanok otthona: olyan hajléktalan személy gondozását biztosítja, akinek az ellátása átmeneti elhelyezésben, vagy rehabilitációs intézményben nem biztosítható, és kora, egészségi állapota miatt tartós ápolást, gondozást igényel.

Rehabilitációs intézmény: célja, hogy az intézményben lakók önálló életvezetési képességeit kialakítsa, vagy helyreállítsa. Rehabilitációs intézménytípusok:

Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye: azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget látja el, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul, de utógondozására nincs más mód. Az intézményben élők részére képzési, munka jellegű vagy

terápiás foglalkoztatást szerveznek, és előkészítik a családi és lakóhelyi környezetükbe történő visszatérésüket.

Fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye: előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást.

Szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye: azt a 16. életévét betöltött szenvedélybeteget látja el, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul, és utógondozására nincs más mód.

Hajléktalanok rehabilitációs intézménye: annak az aktív korú, munkaképes, de egészségi, pszichés és szociális állapotában visszafordítható módon károsodott hajléktalan személynek az elhelyezését szolgálja, akinek szociális ellátása ily módon indokolt, és önként vállalja a rehabilitációs célú segítőprogramokban való részvételt. A bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények: ideiglenes jelleggel, legfeljebb egy évi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak. Ebbe az intézményi körbe tartozik:

Időskorúak gondozóháza: azoknak az időskorúaknak, valamint a 18. életévüket betöltött beteg személyeknek biztosítanak ellátást, akik önmagukról betegségük miatt vagy más okból otthonukban időlegesen nem képesek gondoskodni.

Fogyatékos személyek gondozóháza: azoknak a fogyatékos személyeknek biztosít ellátást, akiknek ellátása családjukban nem megoldott, vagy az átmeneti elhelyezést a család tehermentesítése teszi indokolttá.

Pszichiátriai betegek átmeneti otthona: az a pszichiátriai beteg helyezhető el itt, akinek ellátása átmenetileg más intézményben, vagy a családban nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése, vagy fekvőbeteg gyógyintézeti kezelése nem indokolt.

Szenvedélybetegek átmeneti otthona: az a személy helyezhető el itt, akinél szakorvosi (addiktológus, pszichiáter) szakvélemény alapján szenvedélybetegség került megállapításra, és ellátása átmeneti jelleggel családjában vagy lakókörnyezetében nem oldható meg.

Hajléktalanok átmeneti szállása: azoknak a hajléktalan személyeknek az elhelyezését biztosítja, akik az életvitelszerű szálláshasználat és a szociális munka segítségével képesek az önellátásra. Az átmeneti szállás az igénybevevőknek éjszakai pihenést, tisztálkodási, ételmelegítési, szükség szerint étkezési lehetőség megszervezését biztosítja.

Éjjeli menedékhely: az önellátásra és a közösségi együttélés szabályainak betartására képes hajléktalan személyek éjszakai pihenését, valamint krízishelyzetben éjszakai szállás biztosítását lehetővé tevő szolgáltatás. A menedékhely célcsoportját azok a hajléktalan férfiak/nők jelentik, akiknek elsősorban arra van igényük, hogy éjszakára fedél legyen a fejük felett.

Lakóotthon: olyan 8-12, kivételes esetben 14 fő pszichiátriai beteget, szenvedélybeteget vagy fogyatékos személyt befogadó intézmény, amely az ellátást igénybe vevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít. A lakóotthon lehet rehabilitációs célú vagy ápoló-gondozó. Pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek lakóotthona esetében csak rehabilitációs célú a lakóotthon.

Rehabilitációs célú lakóotthon: az a 16. életévét betöltött, de a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt még el nem érő, önellátásra legalább részben képes személy helyezhető el

itt, aki bentlakásos intézményi elhelyezése során felülvizsgálatban részt vett, és megfelelőnek találtatott a rehabilitációs célú lakóotthoni életvitelre.

Ápoló-gondozó célú lakóotthon: az ellátottnak teljes körű ellátást biztosít. A fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonába a fogyatékoság jellegétől és súlyosságától függetlenül helyezhető el fogyatékos személy.

Fontos hangsúlyozni, hogy a fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek ápoló-gondozó ellátása, illetve a rehabilitációs intézményi ellátás során alapvizsgálat, alkalmassági vizsgálat, felülvizsgálat rendszere működik. A vizsgálati rendszer célja – az egyénre szabott ellátás biztosítása érdekében – annak megállapítása, hogy az ellátott számára mely ellátási típus és forma megfelelő, valamint az egyéni gondozási, illetve fejlesztési terv elkészítésének segítése. A vizsgálatokat a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal területileg illetékes működési helyei végzik.

Támogatott lakhatás: Ez a szociális szolgáltatási forma 2013-tól került be a jogi szabályozásba. Az addig tartós bentlakásos szociális intézményben élő fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek részére biztosít intézményen kívüli lakhatási szolgáltatást az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően. Az egyén önálló életvitelének segítése érdekében – a lakhatás mellett – biztosítja a mentálhigiénés, szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett esetvitelt, és az ellátott életkörülményeinek figyelemmel kísérését biztosító támogatást ad. Mindezek mellett a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások igénybevételéhez is segítséget nyújt. A szolgáltatás komplex szükségletfelmérés alapján biztosítható. Ennek alapján kiegészítő szolgáltatások: felügyelet, étkeztetés, gondozás, készségfejlesztés, tanácsadás, pedagógiai, gyógypedagógiai segítségnyújtás, háztartási segítségnyújtás. A lakhatási szolgáltatás legfeljebb 6 fő számára kialakított lakásban vagy házban, 7-12 fő számára kialakított lakásban vagy házban, legfeljebb 50 fő elhelyezésére szolgáló lakások, épületek együttesében működhet azzal a kitételrel, hogy az önálló életvitelt támogató szolgáltatások helyszíneinek el kell különülni a lakhatási szolgáltatások helyszíneitől.

1. Táblázat: A szociális törvény szerinti szociális alapszolgáltatások és szakosított ellátások összefoglalója

(a korai kezelésbevétel szempontjából jelentős szolgáltatások vastagon szedve)

	Szolgáltatás megnevezése	Célcsoport
Alapellátások	Falu – és tanyagondnoki szolgáltatás	
	Családsegítés	Intézmény: Család- és Gyermekjóléti Szolgálatok
	Utcai munka	Hajléktalanok
	Nappali ellátás	Idősek, fogyatékkal élők, szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek, hajléktalanok
	Közösségi ellátás	Célcsoport: szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek
	Étkeztetés	Szociálisan rászorulóknak számára
	Házi segítségnyújtás	Idősek
	Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	Idősek
	Támogató szolgáltatás	Fogyatékkal élők
Szakosított ellátások		
Átmeneti elhelyezést	Éjjeli menedékhely	Hajléktalanok

	Szolgáltatás megnevezése	Célcsoport
nyújtó intézmények		
	Átmeneti otthonok: Időskorúak gondozóháza Fogyatékos személyek gondozóháza Hajléktalanok átmeneti otthona Pszichiátriai betegek átmeneti otthona Szenvédélybetegek átmenti otthona	Idősek, Fogyatékosok Hajléktalanok, Pszichiátriai betegek Szenvédélybetegek
Ápolást, gondozást nyújtó intézmények	Idősek Otthona Pszichiátriai betegek otthona Fogyatékos személyek otthona Szenvédélybetegek otthona Hajléktalanok otthona	Idősek, pszichiátriai betegek, fogyatékos személyek, szenvédélybetegek, hajléktalanok
Rehabilitációs otthonok	Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye Fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye Szenvédélybetegek rehabilitációs intézménye Hajléktalanok rehabilitációs intézménye	Pszichiátriai betegek, fogyatékos személyek, szenvédélybetegek, hajléktalanok
Lakóotthonok	Rehabilitációs célú lakóotthonok Ápoló, gondozó célú lakóotthonok	Pszichiátriai betegek, szenvédélybetegek, fogyatékos személyek
Támogatott lakhatás		Fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek, szenvédélybetegek

2.2 Gyermekvédelmi rendszer

A gyermekvédelem tartalmazza a gyermekek érdekeit szem előtt tartó és védő jogszabályok, ellátások és szolgáltatások rendszerét, melynek célja a gyermekek családban történő nevelkedésének elősegítése, veszélyeztetettségük megelőzése és megszüntetése, valamint a családból kikerülő gyerekek nevelése, gondozása.

A gyermekvédelmi rendszert a „Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény” szabályozza. Alapelvei között a gyermek érdekeit és jogainak érvényesítését helyezi előtérbe, ennek megfelelően elsődleges a gyermek családban történő nevelkedésének biztosítása. Ennek érdekében a különböző támogatások és szolgáltatások széles körét biztosítja a család és a gyermek számára, és csak utolsó eszközként teszi lehetővé a családból való kiemelését, azonban ebben az esetben is kiemelt feladatként határozza meg a családba történő visszakerülését. Mivel a gyerekek legfontosabb környezeti tényezője a család és annak helyzete, a szülők, gondozók állapota, ezért a gyermekvédelmi rendszer a gyerekek érdekének maximális érvényesülése miatt a szülőkkel is dolgozik, segítségük szintén cél és feladat.

A gyermekvédelmi törvény elkülöníti a hatósági intézkedéseket és a segítő szolgáltatások rendszerét, ennek helyét más-más intézménybe rendeli. A gyermek és a család sorsát érintő hatósági döntéseket – pl. családból való kiemelés és visszahelyezés; gyám kijelölése, döntés az örökbefogadásról – a gyámhatóság (jegyző, gyámhivatal) végzi. A különböző típusú szolgáltatásokat, amelyeket a rászoruló családok, gyerekek vehetnek igénybe, az alapellátás intézményei, főként a család-és gyermekjóléti szolgálatok és központok nyújtják.

A jogszabálynak négy alappillére van: (1) alap- és (2) szakellátások, a (3) hatósági intézkedések, valamint a (4) pénzügyi és természetbeni ellátások. A gyermekvédelmi rendszer működtetése

alapvetően állami és önkormányzati feladat, a szolgáltatások biztosításában azonban részt vesznek civil és egyházi szervezetek vagy egyéni vállalkozók is.

2.2.1 Gyermekjóléti alapellátás

A gyermekjóléti alapellátás célja, hogy a szociális munka eszközeivel hozzájáruljon a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődésének, jólétének, a családban történő nevelésének elősegítéséhez, a veszélyeztetettség megelőzéséhez, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetéséhez.

Gyermekjóléti szolgáltatás: feladata a szociális munka eszközeivel (1) a gyermeki jogokról és a támogatásokról való tájékoztatás, a támogatásokhoz való hozzájutás segítése, (2) a családtervezési, a pszichológiai, a nevelési, az egészségügyi, a mentálhigiénés és a káros szenvedélyek megelőzését célzó tanácsadás vagy az ezekhez való hozzájutás megszervezése, (3) a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint különböző szolgáltatásokhoz, a családok átmeneti otthoni ellátáshoz történő hozzájutásának szervezése, (4) tájékoztatás az inkubátor programokról, illetve az örökbeadás lehetőségeiről, (5) szabadidős programok szervezése, (6) hivatalos ügyek intézésének segítése, (6) *jelzőrendszer működtetése*, a tagokkal való kapcsolattartás, tevékenységük összehangolása, (7) a veszélyeztetettséget előidéző okok feltárása és ezek megoldására javaslat készítése, (8) iskolai szociális munka végzése, (9) *szociális munka, esetkezelés biztosítása, a gyermek problémáinak rendezése, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozásának segítése*, (10) a családi konfliktusok megoldásának elősegítése, különösen a válás, a gyermekelhelyezés és a kapcsolattartás esetében, (11) *különböző szociális alapszolgáltatások, egészségügyi ellátások, pedagógiai szakszolgáltatások igénybevételének kezdeményezése*.

A gyermekjóléti alapellátás biztosításának meghatározó szervezetei a települési család- és gyermekjóléti szolgálatok, valamint a járási szinten (Budapesten kerületenként) működő család- és gyermekjóléti központok.

Család- és gyermekjóléti szolgálat: A gyermekjóléti szolgáltatást a családsegítéssel együtt, egy szolgáltató – a család- és gyermekjóléti szolgálat – keretében működtetik. A gyermekjóléti szolgálat – összehangolva a gyermekeket ellátó egészségügyi és nevelési-oktatási intézményekkel, illetve szolgálatokkal – szervezési, szolgáltatási és gondozási feladatokat végez. A fent nevesített gyermekjóléti szolgáltatásokat, valamint a szociális törvény szerinti családsegítés (64. par. 4. bek.) feladatait a gyermekjóléti szolgálat látja el. Ezekon a feladatokon túl: (1) folyamatosan figyelemmel kíséri a településen élő gyermekek szociális helyzetét, veszélyeztetettségét, (2) meghallgatja a gyermek panaszát, és annak orvoslása érdekében *megteszi a szükséges intézkedést*, (3) *jelzőrendszert működtet*.

A jelzőrendszer tagjai (ezek az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos, a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, a köznevelési intézmények, a rendőrség, az ügyészség, a bíróság, a pártfogó felügyelői szolgálat, az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek, a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása, az egyesületek, az alapítványok és az egyházi jogi személyek, a munkaügyi hatóság, a javítóintézet, a gyermekjogi képviselő, a gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint az állam fenntartói feladatainak ellátására a Kormány rendeletében kijelölt szerv) kötelesek jelzéssel élni, ha környezetükben egy gyermek veszélyeztetettségét tapasztalják, vagy tudomást szereznek róla. Továbbá kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidéztet súlyos veszélyeztető magatartása esetén. Ilyen jelzéssel és kezdeményezéssel bármely állampolgár és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet. A jelzőrendszeri tagok a gyermek családban történő

nevelkedésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése és megszüntetése érdekében kötelesek egymással együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni.

Továbbá (4) részt vesz az ellátási területén eseti vagy rendszeres juttatás célzott és ellenőrzött elosztásában, (5) szervezi a – legalább három helyettes szülőt foglalkoztató – helyettes szülői hálózatot, illetve működtetheti azt, vagy önálló helyettes szülőket foglalkoztathat, (6) segíti a nevelési-oktatási intézmény gyermekvédelmi feladatának ellátását, (7) felkérésre környezettanulmányt készít, (8) kezdeményezi a települési önkormányzatnál új ellátások bevezetését, (9) biztosítja a gyermekjogi képviselő munkavégzéséhez szükséges helyiségeket, (10) részt vesz a külön jogszabályban meghatározott Kábítószerügyi Egyeztető Fórum munkájában, (11) nyilvántartást vezet a helyettes szülői férőhelyekről.

Család- és gyermekjóléti központ: Család- és gyermekjóléti központnak (a továbbiakban: gyermekjóléti központ) a járásszékhely településen működő gyermekjóléti szolgálat minősül. Ellátja a településre vonatkozó illetékesség keretében a fent felsorolt feladatokat mint a település gyermekjóléti szolgálata. Központként további feladata különböző plusz szolgáltatások biztosítása a teljes járás területére, például az (1) utcai és lakótelepi szociális munka, (2) kapcsolattartási ügyelet és a hozzá kapcsolódó közvetítői eljárás, (3) kórházi szociális munka, (4) készenléti szolgálat (0-24 órás telefonos ügyelet), (5) jogi- és pszichológiai tanácsadás, (6) családterápia, családkonzultáció, családi döntéshozó konferencia.

A hatósági intézkedésekhez kapcsolódóan, a gyermek védelme érdekében: (7) kezdeményezheti a gyermek védelembe vételét vagy ideiglenes hatályú elhelyezését, (8) együttműködik a pártfogó felügyelői szolgálattal és a megelőző pártfogó felügyelővel a bűnisméltés megelőzése érdekében, (9) a családjából kiemelt gyermek visszahelyezése érdekében szociális segítőmunkát koordinál és végez, (10) utógondozást végez a gyermek családjába történő visszakerülése után. Mindezek mellett harmadik feladatként kapcsolatot tart és szakmai támogatást nyújt az ellátási területén működő gyermekjóléti szolgálatok számára.

Gyermekek napközbeni ellátása: A gyermekek napközbeni ellátásaként a családban élő gyermekek életkorának megfelelő nappali felügyeletét, gondozását, nevelését, foglalkoztatását és étkeztetését kell megszervezni azon gyermekek számára, akiknek szülei, nevelői, munkavégzésük, betegségük vagy egyéb ok miatt napközbeni ellátásukról nem tudnak gondoskodni. A napközbeni ellátásokat a különböző települések nem egyforma mértékben tudják biztosítani. Ide tartozik a (1) bölcsőde, (2) napközbeni gyermekfelügyelet, (3) alternatív napközbeni ellátás.

Gyermekek átmeneti gondozása: Ennek keretében a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését elősegítő ellátásáról, gondozásáról, neveléséről, lakhatásáról kell gondoskodni, ha a szülő ezt egészségügyi körülményei, életvezetési problémája, indokolt távolléte vagy más akadályoztatása miatt nem tudja megoldani, de a gyermekvédelmi gondoskodásba vétel nem indokolt. A gyermekek átmeneti gondozását biztosító szolgáltatások azt a célt szolgálják, hogy a gyermek lakóhelyén sikerüljön megoldást találni a felmerült problémára, krízishelyzetre, így a gyermek ne szakadjon ki a megszokott környezetéből. A gyermekek átmeneti gondozását biztosító ellátások (helyettes szülő, gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona) igénybevételére kizárólag a szülő kérelmére vagy beleegyezésével kerülhet sor, tehát az nem érinti a szülő felügyeleti jogait. Az átmeneti gondozás maximális időtartama: 12 hónap + 6 hónap. A gyermekek átmeneti gondozásának három formája van: (1) helyettes szülő, (2) gyermekek átmeneti otthona, (3) családok átmeneti otthona.

2.2.2 Gyermekvédelmi szakellátás

A gyermekvédelmi szakellátás a családjukban valamilyen ok miatt nem nevelhető gyermekek számára biztosít olyan családpótló, a családi modellhez közelítő ellátást, amely garanciát nyújt a gyermek életkorának megfelelő nevelkedésére és társadalmi integrációjának megalapozására. A személyes gondoskodást nyújtó szakellátás keretébe az otthont nyújtó ellátás, az utógondozói ellátás, valamint a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás tartozik.

Otthont nyújtó ellátás: Az ellátás biztosítja (1) a nevelésbe vett gyermek teljes körű ellátását (étkeztetés, ruházattal való ellátás, egészségügyi ellátás, gondozás-nevelés, oktatás, lakhatás); (2) a családi környezetbe történő visszahelyezéseinek előkészítését, (3) a családgondozást, (4) a családi kapcsolatok ápolását. Az utógondozás keretében lakhatást és szükség esetén további ellátást kell biztosítani a nevelésből kikerült fiatal felnőttnek.

Különleges ellátást kell biztosítani a 0-3 év közötti, a tartósan beteg, illetve fogyatékos gyermek számára. Speciális ellátásra jogosult a súlyos személyiségfejlődési, érzelmi élet- és impulzuskontroll-zavarokkal küzdő, illetve súlyos pszichotikus vagy neurotikus tüneteket mutató gyermek, a súlyos magatartási és beilleszkedési zavarokat vagy súlyos antiszociális viselkedésformákat tanúsító gyermek (súlyos disszociális tüneteket mutató gyermek), az alkohol, drog és egyéb pszichoaktív szert használó gyermek. Különleges és speciális ellátást együttesen kell biztosítani a különleges és speciális szükségletet egyidejűleg mutató gyermek (a továbbiakban: kettős szükségletű gyermek) számára. Az otthont nyújtó ellátások intézményei kiterjedt kapcsolathálózatot működtetnek a gyermekjólétben és gyermekvédelemben dolgozó szakemberekkel, együttműködnek oktatási intézményekkel, munkahelyekkel, a gondozásba bevont egyéb szervezetekkel. Az otthont nyújtó ellátások két formája *(1) a nevelőszülői gondoskodás és (2) a gyermekotthoni elhelyezés különböző típusú otthonokban.*

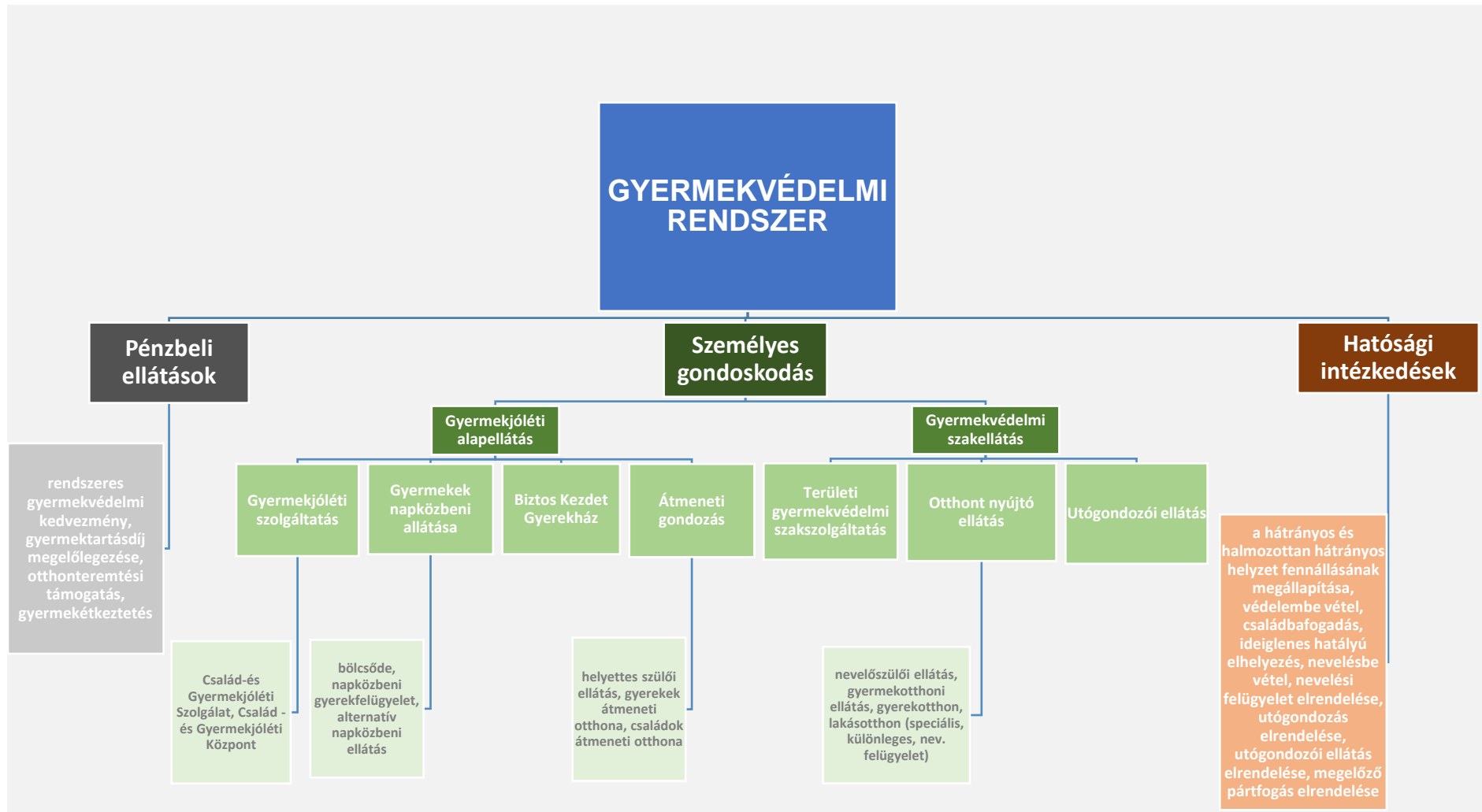
Területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás: Ebbe a körbe tartozik a *Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat* (korábbi nevén Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat, TEGYESZ), mely komplex feladatrendszerével a gyermekvédelmi hálózat meghatározó szereplője.

2.2.3 Gyermekvédelmi gondoskodás keretébe tartozó hatósági intézkedések

Ennek keretében történik a hátrányos helyzet, halmozottan hátrányos helyzet megállapítása adott kritériumok mentén. A hatósági intézkedések közé tartozik *(1) a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzet megállapítása, (2) a védelembe vétel, (3) a családba fogadás, (4) az ideiglenes hatályú elhelyezés, (5) a nevelésbe vétel, (6) a nevelési felügyelet elrendelése, (7) az utógondozás elrendelése, (8) az utógondozói ellátás elrendelése, (9) a megelőző pártfogás.*

A gyermekvédelmi rendszer átfogó ábráját lásd a 166. oldalon (1. ábra).

1. ábra: A gyermekvédelmi rendszer felépítése a 2018-ban érvényes törvényi szabályozás alapján



2.3 Források

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

2017. EüK. 12. szám EMMI közlemény

26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról

27/1995. (VII. 25.) NM rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról

Csurgó Bernadett, Hodosán Róza, Rácz Andrea, Szombathelyi Szilvia: Gyermekvédelemben nevelkedettek társadalmi integrációs esélyei, Rubeus Egyesület, 2012

Hegedűs Judit: A gyermekvédelmi szakellátás és a speciális szükséglet a gyermekvédelmi szakértői bizottságok szemszögéből, 2017, kézirat

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV>

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.TV>

Rácz Andrea – Szombathelyi Szilvia: A magyar gyermekvédelmi rendszer, 2003., www.ncsszi.hu/download.php?file_id=1300

4. MELLÉKLET

FOGALOMTÁR

Addiktológiai konzultáció: Legrövidebb út a terápiás segítség biztosítására.

Alacsony küszöbű programok: mindenki számára elérhető, ártalomcsökkentésre orientált, az elsődleges cél a megvonási tünetek és a szer utáni vágyakozás csökkentése, - valamint az életminőség javítása, a kezelési lehetőségek széles választéka,

Családi szociális munka: a család segítése abban, hogy erőforrásait használni tudja, tagjai képesek legyenek megelőzni vagy kezelni szociális jellegű gondjaikat.

Családterápia: A családterápia, a családot egységként kezelő segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás, azaz interakció, kommunikáció révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban, lehetőséget teremtve a családi rendszer átrendeződésére. A terápiának része a családi kommunikáció javítása és a stressz csökkentése, a gyógyszereléssel kapcsolatos információk biztosítása. A beteg és hozzátartozói tervezett és didaktikus módon oktatást kapnak a betegséggel kapcsolatos minden fontos kérdéstről. Külön hangsúlyt kap a tréning során a korai figyelmeztető tünetek megismerése.

Egyéni esetkezelés: egyéni életfeltételek javítása a családban és a társas kapcsolatban.

Egyéni terápia: a szociális, mentális gondok kialakulásának, az egyéni életút összefüggéseinek feltárása és az egyén motivációjának felmérése a cél.

Esetmenedzselés: Célja, hogy a páciens ne vesszen el a különböző ellátási formák, közösségi szervezetek, programok között. Egy úgynevezett esetmenedzser segíti a beteget, hogy a különféle ellátó szervezetek által nyújtott tevékenységeket koordinálja, folyamatossá és átfogóvá tegye a páciens számára. Segít például a szociális támogatások megszerzésében, munkahelykeresésben, meglátogatja a páciens, ha nem jelentkezik gondozáson.

Esetmunka: a szociális munka módszere, amelyek egyének vagy családok intrapszichés, interperszonális, szocio-ökonómiai, környezeti problémáit közvetlen kapcsolatban segítenek megoldani.

Felépülési modell: azt vizsgálja, hogy pszichoaktívanyag-használó (vagy valamilyen viselkedéses addikcióban szenvedő) egyén mennyire kész megváltoztatni használói viselkedését. A változás folyamatában különböző stádiumok különíthetők el, amelyekben az egyénnek különböző célokat kell elérnie. A stádiumok hossza egyénenként és az egyén motivációs állapotától függően nagyon különböző lehet, egy-egy stádiumban akár éveket is el lehet tölteni."

Farmakoterápia: gyógyszeres kezelés, az addiktológiában elsődlegesen a dependencia pszichés és fizikai tüneteit csökkenti, a relapszus kivédését segíti elő és vágycsökkentő (anticraving) hatású.

Gyógyfoglalkoztatás: A munkaképesség helyreállításának eszköze a gyógyfoglalkoztatás segítségével teljesítmény-centrikus termelő tevékenység célzott alkalmazása, amely a beteg szomatikus és pszichés állapotának javulását, személyiségének integrálódását és gazdagodását, munkaképességének társadalmilag elfogadott szintre emelését szolgálja a mielőbbi rehabilitáció érdekében. Nem tekinthető munkaterápiának a beteg terápiás cél nélküli dolgoztatása, megmaradt munkaerejének kihasználása. A munka lehetőleg kiscsoportos keretek között folyik, hogy érvényesüljenek a csoportdinamikai hatások.

Klubszerű szolgáltatás: az intézmény célkitűzéseinek megfelelően kliensforgalma, valamint a felmerülő igények alakíthatják. Rendszeres, rögzített időpontban, időtartamban nyílt, keretben működik. Az intézmény elsősorban a kereteket és a feltételeket biztosítja.

Konzultáció: olyan kapcsolat, amelyben a segítő arra törekszik, hogy segítse kliensét eldöntendő problémáinak megértésében és megoldásában. A konzultáció során a kliens megtanulhatja, hogy hogyan hozzon döntéseket, hogyan alakítsa viselkedését, hogyan kezelje érzelmeit, indulatait. A segítő a kliensek fejlődési és szituatív problémáinak megoldásában nyújt segítséget.

Magas küszöbű programok: magas kritériumszint; kis esély a bekerülésre, absztinencia orientált (ami magába foglalja hosszú távon a metadonra vonatkozó absztinenciát is), rendszeresen alkalmazott vizelet-vizsgálat, a terápiából való kizárás merev szempontok szerint történik (az illegális drogfogyasztás nem engedélyezett)

Megkereső munka: olyan segítő tevékenység, amelynek célja az ellátási területen élő, vagy ott életvitelszerűen tartózkodó, vagy az ellátási területen meghatározott céllal megjelenő, „rejtőzködő” – segítő intézménnyel kapcsolatot nem tartó droghasználó egyénekekkel, csoportokkal, közösségekkel történő – kapcsolatfelvétel

Módszerspecifikus pszichoterápia: szupportív légkörben a páciens és a terapeuta közösen határozzák meg a módosítani kívánt céltüneteket, melyeket aztán specifikus technikákkal vélekedésmódosítás, gondolat stop, a természetes megküzdő mechanizmusok segítségével igyekeznek kontroll alá vonni.

Motivációs interjú: motiváló technika, módszer, például a szenvedélybetegségből való felépülésben, de minden nemkívánatos viselkedés megváltoztatásában is.

Önsegítő csoportok: Az önsegítő csoportokkal kapcsolatban kevés kontrollált vizsgálat áll rendelkezésre. Egyes adatok szerint javítja a tüneteket, az életminőséget és a szociális hálót, jobb mindennapi funkcionálitással és betegségvezetéssel jár együtt, csökkenti a hospitalizációk számát és hosszát

Partiszerviz: olyan segítő tevékenység, amelynek célja a biztonságos szórakozás és a biztonságos táncolás elősegítése az elektronikus zenei partikon. A partiszerviz szolgáltatásai a szermentes, a szereket kipróbáló, alkalmi és rekreációs használó egyéneket és csoportokat egyaránt célozzák. A szolgáltatások elsősorban a droghasználatból adódó fizikai és pszicho-szociális ártalmak csökkentésére irányulnak.

Pár- és családterápia: a pár és családi konfliktusok kialakulásában, fennmaradásában az esetek többségében kommunikációs zavar áll. Ezért a családot, mint egységet, mint rendszert kell támogatni, ahhoz, hogy a nehézségek tartós megoldást nyerjenek.

Prevenció - Megelőzés

Univerzális prevenció – Általános prevenció: a családok vagy a fiatalok általános populációjára irányul. Pl. ilyen az iskolai programok java része, a média-programok többsége.

Szelektív prevenció – Célzott prevenció: nagy kockázatú egyéneket vagy családokat céloz meg azon az alapon, hogy magas kockázatú csoportok tagjai. A prevenció célcsoportjai azok a csoportok, melyek epidemiológiai vagy más gyakorlati szempontból kockázati faktorokkal rendelkeznek. Ezek a kockázati faktorok lehetnek demográfiaiak, a pszichoszociális környezettel összefüggők és genetikai vagy biológiai tényezők. Ezek a prevenációs programok hosszabbak, inkább „belenyúlnak” a család életébe, és kisebb létszámú csoportokkal dolgoznak, ha csoportmódszereket is alkalmaznak.

Indikált prevenció – Javallott prevenció: többszörös kockázati tényezőket céloz meg diszfunkcionálisan működő családok esetében. Ezeket a családokat általában jelzik vagy beutalják speciális intézményekbe valamilyen konkrét, diagnosztizált problémával. Ezeknél a prevenációs programoknál a prevenió és a terápia közötti határ meghúzása néha nehéz: pl. a gyerek magatartászavarára irányuló

kezelés terápiának minősül, de ugyanez a droghasználat kialakulása szempontjából prevenció beavatkozásként kategorizálható (ha a gyerek még nem drogozik).

Problémamegoldó esetmunka: a szociális esetmunka egyik formája. A modell által hangsúlyozott legfontosabb gyakorlati módszerek: az esetmunka beavatkozási céljának tisztázása, a koncentrált és időkorlátos intervenció és azon környezeti társadalmi erők figyelembe vétele, amelyek az ügyet befolyásolják, illetve amelyet ő befolyásol.

Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia: A pszichoanalízis dinamikus szemléletére építő, nem időhatáros egyéni terápia, amely több paraméterében eltérhet a standard analízistől a beteg terápias terhelhetőségének függvényében. Feltáró módszer, amely a személyiség átdolgozásán keresztül éri el a tünetek javulását és a személyiség változását.

Pszicho-szociális tanácsadás: használja a konzultáció eszközeit, de a segítség során a szociális kontextus figyelembevétele kiemelt hangsúlyt kap. A pszicho-szociális segítő intervenció rendszerszemléletű megközelítésben foglalkozik a segítségkérővel. A segítségkérő nem feltétlenül a szenvedélybeteg vagy az addiktológiai problémával küzdő, hanem lehet hozzátartozó (barát, családtag, munkatárs, stb.) is. A pszicho-szociális tanácsadás célja ismeretek átadása, az önértékelés erősítése, az életvitel, a magatartás, a kapcsolatok, kapcsolatrendszerek megváltoztatása, az erőforrások feltárása.

Specifikus pszichoszociális intervenciók: Az ellátást a komplex pszichiátriai (addiktológiai, biológiai, szociálpszichiátria és pszichoterápiás) kezelési stratégia határozza meg. A pszichoszociális intervenciók a pszichofarmakológiai kezeléssel kölcsönösen javítják az opioid dependencia lefolyását.

Szupportív terápia, pszichoterápiás betegvezetés: Pszichoterápiás szemlélettel vezetett célzott beszélgetések, melyek a beteg problémáinak felismerését, életvezetési nehézségeinek megoldását, egyéb kezeléseinek segítségét és kiegészítését szolgálják. Csatlakozhat osztályos vagy ambuláns pszichoterápiához is, követési jelleggel. A farmakoterápia kiegészítéseként jöhet szóba. Osztályos kezeléseknél pszichoterápiás betegvezetés, ambuláns kezelésnél követés.

Tű és fecskendőcsere szolgáltatások: olyan ártalomcsökkentő segítő tevékenységek, amelyek lehetőséget adnak az intravénás, injekciós droghasználók számára, hogy az injekciózás során használt eszközeiket (tű, fecskendő, injektor, szűrő, kupak, kanál stb.) steril eszközökre cseréeljék.

Források és egyéb kapcsolódó szakmai anyagok

Nemzeti Drog Fókuszpont Fogalomtár <http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-i/>

Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásban – Szakmai ajánlás,

EMMI, 2018

http://szocialisportal.hu/documents/10181/154042/005_SZAKMAI+AJANLAS_szenvedelybetegek_alacsonykuszuobu_ellatasa_reszere.pdf/f997c0fa-e28c-1ec2-f887-bf0051854f19

Nappali ellátás szenvedélybetegek részére – Szakmai ajánlás, EMMI, 2018

<http://kozossegiellatasok.hu/doc/SzenvedelybetegNappaliAjanlas.pdf>

Szenvedélybetegek közösségi ellátása – Szakmai ajánlás, EMMI, 2018

<http://kozossegiellatasok.hu/doc/KozSzenvedelybetegAjanlas.pdf>

ALKOHOLBETEGSÉG. Pszichiátriai Szakmai Kollégium Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, 2009 <https://docplayer.hu/724066-Alkoholbetegseg-pszichiatricai-szakmai-kollegium-az-egeszsegugyi-miniszterium-szakmai-protokollja-1-az-orvosszakmai-iranyelv.html>

Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a Metadon kezelésről, Országos Addiktológiai Intézet, 2008 http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_metadon_protokoll.pdf

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Amfetamin-használattal összefüggő kórképek kezeléséről, Országos Addiktológiai Intézet, 2008 http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_amfetamin_protokoll.pdf

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Kannabisz használatával kapcsolatos zavarokról, Országos Addiktológiai Intézet, 2008 http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_kannabisz_protokoll.pdf

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Opiát használatával kapcsolatos betegségek kezeléséről, Országos Addiktológiai Intézet, 2008 http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_opiat_protokoll.pdf