

A FŐVÁROSI DROGSTRATÉGIA ELKÉSZÍTÉSÉT MEGALAPOZÓ HELYZETFELMÉRÉS II.

A speciális céloknak megfelelő új kutatások

2023. március 15.

.

Tartalom

A FŐVÁROSI DÖNTÉSHOZÓK PROBLÉMA PERCEPCIÓJA, FEJLESZTÉSI ELKÉPZELÉSEI (SZÉCSI JUDIT ÉS FELVINCZI KATALIN)	6
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	6
A kutatás célja, háttere, fogalmi keretek	8
MÓDSZER	8
Az adatgyűjtés eszköze és módja	8
A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása	8
A kutatási elem összegző módszertani jellemzői	9
Elemzési eljárás	9
EREDMÉNYEK	9
Az addiktológiai problémákkal kapcsolatos általános percepció a főváros vezetésében	9
Információs szükségletek	10
Sérülékeny csoportok.....	11
Társadalmi problémák és addikció.....	11
Beazonosított szükségletek, hiányok, megoldási lehetőségek	12
Prevenció és képzések.....	12
Kezelés – ellátás	12
Együttműködések.....	13
Jógyakorlatok	14
A különböző szereplők feladatmegosztása	15
Fővárosi önkormányzat szerepvállalása, lehetséges feladatai.....	15
Jövőkép, optimális célok	17
IRODALOM	18
MELLÉKLETEK	19
Fókuszcsoport vezérfonal/Interjúvázlat.....	19
DROGSPECIFIKUS FŐVÁROSI ELLÁTÁSOK FELTÉRKÉPEZÉSE, TEVÉKENYSÉGÉNEK LEÍRÁSA – ELLÁTÁSI KATASZTER (KÉSZÍTETTE: PAKSI BORBÁLA, EISINGER ANDREA& PÉTERFI ANNA)	24
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	24
BEVEZETÉS	27
A kutatás célja	27
Fogalmi keretek.....	27
A célcsoportba tartozó szervezetek azonosításának menete	28
A kiinduló adatbázis összeállítása	28
Az adatgyűjtés eszköze és módja	29
EREDMÉNYEK	31
A fővárosban elérhető drogspecifikus ellátások szervezeti háttere	31
A drogspecifikus ellátást végző fővárosi ellátási egységek tevékenysége 2022-ben.....	33
A különböző ellátástípusokban elérhető ellátási helyek száma	33
A különböző addiktológiai problémákkal rendelkező kliensek ellátása a drogspecifikus ellátásban	35
A különböző szereket használó kliensek ellátása a drogspecifikus ellátásban	37
Speciális csoportokba tartozó, elsődlegesen droghasználati problémával jelentkező kliensek ellátása a fővárosi drogspecifikus ellátásban.....	39
A fővárosi drogspecifikus ellátás egyéb jellemzői	40
A beutaló intézménytípusok szerepe a kliensek drogspecifikus ellátásba juttatásában.....	45
Tendenciák a fővárosi drogspecifikus ellátásban.....	47
Összesített kliensforgalmi információkban megjelenő tendenciák.....	47
Ellátástípusokra vonatkozó kliensforgalmi tendenciák.....	49

<i>A különböző addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó kliensforgalmi információk alapján mutatkozó tendenciák</i>	50
<i>A különböző drogokat elsődlegesen használó klienscsoportokra vonatkozó kliensforgalmi információk alapján mutatkozó tendenciák</i>	52
<i>A speciális csoportokba tartozó droghasználó kliensekre vonatkozó kliensforgalmi információk alapján mutatkozó tendenciák</i>	53
IRODALOM	53
MELLÉKLETEK	55
Az adatgyűjtés eszköze: online adatlap	55
A szövegben hivatkozott táblázatok	72
DROGSPECIFIKUS ELLÁTÁST NYÚJTÓ SZOLGÁLTATÓK PROBLÉMAPERCEPCIÓJA ÉS A KLIENSEK SZÜKSÉGLETEI (KÉSZÍTETTE: ARNOLD PETRA, KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ)	76
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	76
BEVEZETÉS	81
A kutatás célja	81
MÓDSZER	81
Az adatgyűjtés eszköze és módja	81
A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása	81
A minta jellemzői	81
Elemzési eljárás	83
EREDMÉNYEK	83
Nehézségek, pozitívumok, megoldások	83
Általános nehézségek	83
Általános pozitívumok	90
Ellátás típus szerinti nehézségek	92
Megoldási lehetőségek	100
Kliensek szükségletei	102
A drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezői	111
Ellátórendszer helyzete az elmúlt 10 évben	121
IRODALOM	128
MELLÉKLETEK	128
Interjúvázlat	128
NEM DROGSPECIFIKUS ELLÁTÁSOK (KÉSZÍTETTE: CSÁK RÓBERT, SZÉCSI JUDIT)	136
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	136
A kutatás célja, háttere, fogalmi keretek	138
MÓDSZER	138
Az adatgyűjtés eszköze és módja	138
A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása	139
A minta jellemzői	139
Elemzési eljárás	139
EREDMÉNYEK	140
Percepció a szerhasználatról, általános helyzet	140
Legális szerek, alkohol, cigaretta és gyógyszerhasználat	141
Illegális szerek és azok mintázódása	143
Szerhasználathoz kapcsolódó problémák kezelése a szolgáltatók gyakorlatában	145
Szerhasználathoz kapcsolódó feladatok	146
Szakemberek felkészültsége	150
Intézményi környezet – a nem drogspecifikus ellátások intézményi kapcsolatai a szervedélybetegségek ellátásához	151
Akadályok, igények, javaslatok	154
Érintettek motiváltsága, a környezet támogatása	155
Szerhasználathoz kapcsolódó ellátórendszer elégtelen kapacitása	157

Ismerethiány, eszköztelenség	159
Javaslatok	159
A főváros szerepe	163
Jövőkép.....	166
ÖSSZEGZÉS.....	166
IRODALOM.....	168
MELLÉKLETEK.....	169
Fókuszcsoport vezérfonal/Interjúvázlat	169
OKTATÁSI INTÉZMÉNYEK (KÉSZÍTETTE: CSÁK RÓBERT, SZÉCSI JUDIT)	172
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	172
BEVEZETÉS	174
A kutatás célja, háttere, fogalmi keretek	174
MÓDSZER	174
Az adatgyűjtés eszköze és módja	174
A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása.....	174
A minta jellemzői.....	175
Elemzési eljárás	175
EREDMÉNYEK.....	175
Percepció a szerhasználatról, általános helyzet.....	175
Illegális szerek, alkohol, energiaital, cigaretta, snüssz és gyógyszerhasználat.....	176
Szerhasználat mintázódása és a háttérben látott okok	179
Szerhasználatához kapcsolódó problémák kezelése a gyakorlatban.....	180
Szerhasználatához kapcsolódó feladatok.....	180
Szakemberek felkészültsége.....	182
Intézményi környezet.....	183
Akadályok, igények, javaslatok.....	184
Igények, szükségletek.....	188
Jövőkép.....	192
ÖSSZEGZÉS.....	192
IRODALOM.....	194
MELLÉKLETEK.....	195
Hatásos beavatkozásokat akadályozó tényezők, helyezés szerinti megoszlás.	195
Fókuszcsoport vezérfonal/Interjúvázlat	197
A FŐVÁROSI KEF-EK PROBLÉMA PERCEPCIÓJA, FEJLESZTÉSI ELKÉPZELÉSEI – ÖSSZEGZÉS (KÉSZÍTETTE:	
FELVINCZI KATALIN ÉS FEHÉR RICHARD).....	200
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	200
BEVEZETÉS	203
MÓDSZER	203
Az adatgyűjtés eszköze és módja	203
A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása.....	203
A kutatási elem összegző módszertani jellemzői	204
ELEMZÉSI ELJÁRÁS	204
EREDMÉNYEK.....	204
A jelenlegi KEF-es pozícióból adódó legfontosabb problémák, legaggasztóbb kérdéskörök	204
Konkrét problémák.....	206
Van-e olyan probléma, aminek a kezelésében, megoldásában azért nem tudnak tovább lépni, mert információ hiány van.....	207
Az egyes társadalmi problémák kezelésére fordítható erőforrások kívánatos hangsúlyai.....	208
Kerületek közötti és a fővárossal való együttműködés lehetőségei, akadályai	209
Kinek lenne leginkább feladata (fővárosi, kerületi és kormányzati szinten) ezen társadalmi problémák kezelése tekintetében erőforrásokat mozgósítani?	210

Milyen eszközeik lennének kerületi szinten a probléma kezelésével kapcsolatban, amelyek még nem kellőképpen kihasználtak? Mit várnának el a kerületek a fővárosi önkormányzattól?	211
Milyen jövőképet tud megfogalmazni egy hároméves időtávban az addikciós problémák kezelése tekintetében?	212
ÖSSZEGZÉS.....	213
IRODALOM.....	213
MELLÉKLETEK.....	214
Fókuszcsoport vezérfonal/Interjúvázlat	214

A FŐVÁROSI DÖNTÉSHOZÓK PROBLÉMA PERCEPCIÓJA, FEJLESZTÉSI ELKÉPZELÉSEI¹

(Szécsi Judit és Felvinczi Katalin)

Vezetői összefoglaló

A fővárosi önkormányzat résztvevő vezetői és szakemberei a főváros szerepét a koordináció, az információgyűjtés és átadás, valamint a szemléletformálás-kommunikáció tekintetében látják a legmeghatározóbbnak. Fontosnak tartják, hogy a kormányzati kommunikációtól eltérő alternatívát tudjanak mutatni a probléma megoldására és sokkal inkább a kezelés kerüljön a középpontba, mintsem a moralizálás. Erősíteni kell a főváros koordináló, szakértői, háttér módszertani szerepét. A területek és szervezetek közötti együttműködés generálása és fenn-tartása, munkájuk összehangolása is fontos feladat. Emellett a problémában már érintettek informálását, a korai kezelésbe vétel jellegű fejlesztéseket, illetve a megelőzés terén tett erő-feszítéseket is erősíteni kell.

Fővárosi szinten percipiált legjelentősebb problémák:

- a kormányzati szinten prioritást élvező rendészeti szintű reakciók a főváros vezetése és szakemberei számára nem elfogadhatóak
- az addikciós szerek szétválasztásának hiánya
- a szenvedély magatartásról történő társadalmi diskurzus hiánya
- a drogprobléma átpolitizáltsága
- közterületi szerhasználat

Hol jelentkezik információhiány:

- az aktuális és valós helyzetkép, hiányoznak, az evidence based alapú elemzések
- nem ismert az intézmények és a benne dolgozó szakemberek attitűdje a problémával összefüggésben
- Hiányoznak az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos ismeretek

Leginkább sérülékeny csoportok:

- fiatalok
- diszfunkcionális családokban nevelkedők
- rekreációs célú szerhasználók
- mélyszegénységben élő emberek

Hol helyezkednek el az addikciós problémák a társadalmi problémák körében?

- az addikciós problémák elsősorban tüneti jelenségek, ezért a szegénység, lakhatás, oktatás, illetve a mentális problémák kezelése előrébb kerül a prioritások között
- a társadalmi problémák struktúrába rendeződnek

Szükségletek, hiányok, megoldási lehetőségek:

- hiányzik a folyamatos tájékoztatás
- hiányzik az iskolai prevenció
- hiányoznak a minőségi standardok megelőzési munka terén

¹ A tanulmány és a háttérben álló kutatás Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum megbízásából és finanszírozásával készült.

- hiányoznak azok a szolgáltatások is, melyeket a rekreációs szerhasználók vehetnének igénybe
- szükség lenne a korábbi jó gyakorlatok felelevenítésére
- a fogyasztók és környezetük tájékozatlan
- nyugtalanító jelenség, hogy a segítségkérők, ha a 112-es segélyhívónál kérnek segítséget, azok a mentők mellett a rendőrséget is riasztják
- problematikus a sokproblémával küzdő kliensek ellátása.

Milyen területeken vannak együttműködések?

- együttműködő partnert jelent a rendőrség
- az együttműködés, koordinált fellépés nem szükségképpen és nem mindenütt valósul meg

Jógyakorlatok:

- kerületi KEF kezdeményezések a tudásmegosztás terén
- részvételi költségvetés
- fővárosi hajléktalan stratégia
- korai kezelésbe vétel jellegű kezdeményezések a különböző intézmények és szakmacsoportok részvételével

Mely szereplőknek kellene a társadalmi problémák kezelésében többet tenniük? Mi lehet a főváros szerepe?

- a jogszabályi környezet behatárolja a főváros és a kerületek mozgásterét, a fővárosnak főleg koordinációs szerepe, kommunikációs, tudásmegosztó, képző szerepe lehet
- kisebb költségvetésű pilot projektek indítása lehet feladat, pl. éjszakai élet koordinátor
- a koordináció a források elosztásában is megnyilvánulhat
- a fővárosnak van szabályozási mozgástere is, pl. a közterületi rendeletek, bérleti szerződések terén

Milyen jövőképet látnak a fővárosi vezetők?

- az addiktológiai problémák bekerülnek a társadalmi közbeszédbe
- egy fenntartható, fővárosi szinten összehangolt működés, a kerületek számára is hasznos BKEF működése jelenik meg

Bevezetés

A kutatás célja, háttere, fogalmi keretek

A Fővárosi Önkormányzat megbízásából a Magyar Addiktológiai Társaság két lépcsőből álló helyzetfelmérési tevékenységet végez a budapesti Drogstratégia kimunkálásának megalapozása érdekében. A kutatási elem közvetlen célja az volt, hogy feltárjuk a fővárosi döntéshozók problémapercióját, valamint, hogy képet kapjunk azzal kapcsolatban, hogy milyen területeken, milyen tartalmi körök mentén látnak fejlesztési lehetőségeket és azok kiaknázásához milyen eszközök állhatnak rendelkezésre. Jelen összegzés a helyzetfelmérő tevékenység második szakaszának részeként, a fővárosi döntéshozók részvételével tartott fókuszcsoportos megbeszélés legfontosabb tanulságait foglalja össze.

Módszer

Az adatgyűjtés eszköze és módja

Az adatgyűjtés kvalitatív technikával, előre kimunkált fókuszcsoport vezérfonal mentén történt (lásd melléklet). A fókuszcsoportokat két moderátor vezette, a résztvevők hozzájáruló és adatkezelési nyilatkozatot írtak alá. A megbeszélés során hangrögzítés történt, aminek alapján szó szerinti átirat készült. Az elemzés alapját ez a szó szerinti átirat képezte.

A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása

A fókuszcsoportos megbeszélés résztvevőit a megbízó segítségével rekrutáltuk, meghívást kaptak azon fővárosi szereplők, akiknek szakmai felelősségkörébe tartozik az egészségügyi és/vagy szociális ellátásokkal kapcsolatos stratégiai tervezés, a feladatok végrehajtásának operatív irányítása, valamint néhány különösen is aktív fővárosi kerület önkormányzati vezetője (polgármester, alpolgármester, KEF elnök).

A megbeszélésen végül is csak egyetlen kerület képviselőjében jelent meg KEF elnök, a többi kerületből meghívott résztvevők egyéb elfoglaltságaik miatt a részvételt kevéssel a megbeszélést megelőzően lemondták.

A kutatási elem összegző módszertani jellemzői

Az adatfelvétel időpontja	2023. február 8.
Az adatfelvétel időtartama	100 perc
Az adatfelvétel módja	két moderátor, hangrögzítés, előre elkészített vezérfonal mentén
A résztvevők jellemzői	1 fő alpolgármester
	2 fő szakmai szakmai tanácsadó
	2 fő főtanácsadó
	1 fő főosztályvezető
	1 fő KEF elnök
Helyszín	az önkormányzat épülete
Adatkezelés	A résztvevők hozzájáruló és adatkezelési nyilatkozatot írtak alá a megbeszélés kezdetén
Adatfeldolgozás	Témakörönkénti tartalmi elemzés

Elemzési eljárás

A fókuszcsoport során rögzített hanganyagból készített szószerinti átirat képezte az elemzés alapanyagát. Az átiratot témakörönként és megszólalókhhoz rendelve rögzítettük egy xls fájlban, majd pedig a témakörökön belül megjelenő altémákat azonosítottuk és vizsgáltuk, hogy milyen az eredetileg kínált tematikus struktúrától eltérő fókuszok fogalmazódtak meg. Ennek alapján alakult ki az eredmények közlését megalapozó tematikus struktúra. Az eljárás a tematikus analízis szakirodalomban javasolt menetét követte (Braun & Clarke, 2006; Joffe, & Yardley, 2004).

Eredmények

Arra voltunk kíváncsiak, hogy a résztvevők hogyan látják az addiktológiai problémákat és azok kezelését a különböző pozíciókban dolgozó szakemberek a fővárosban. Milyen információkra lenne szükségük a cselekvéshez, mit várnak a fővárosi drogstratégiától. Mik a jelenleg érzékelt hiányosságok, szükségletek és problémák? Hol vannak azok a pontok, ahol az addiktológiai problémák kezelése változtatásra, fejlesztésre szorul? Mit tud vállalni a fővárosi önkormányzat a megfogalmazott addiktológiai problémák kezelésében.

Az addiktológiai problémákkal kapcsolatos általános percepció a főváros vezetésében

A résztvevők az addiktológiai problémákkal összefüggésben úgy találják, hogy **a probléma érzékelhető szinten van** a fővárosban és nem tudják és nem is akarják ezt a problémát elbagatellizálni vagy negligálni.

Egyértelmű, hogy a kormányzati szinten prioritást élvező **rendészeti szintű reakciók a főváros vezetése és szakemberei számára nem elfogadhatóak**, illetve véleményük szerint leginkább a probléma egyfajta elrejtése, a nem cselekvés érzékelhető a kormányzat részéről.

„rendészeti büntetőjogi szabálysértési problémaként kezeli és én nagyon örülnék, hogyha egyszer majd legalább fővárosi szinten legalább el tudnánk vinni ezt egy egészségpolitikai, szociálpolitikai irányba.” résztvevő 1

A vízió, hogy a meglévő fragmentált önkormányzati rendszerben, fenntartható, összfővárosi szinten, flexibilisen és a felmerülő igényekre reagálva működő rendszer, intézmény vagy így megvalósítható válaszok alakuljanak. Az együttműködésekre építve, a köznyelvi kommunikáción és elfogadottságon javítva, kis lépésekben megvalósuló stratégiát tudnának elképzelni a résztvevők. Abban teljes egyetértés volt a résztvevők között, hogy **a Fővárosi Önkormányzatnak az egész városra kell fókuszálni.**

A résztvevők körében **problémaként fogalmazódott meg az addikciós szerek szétválasztása** és a különböző szerek esetében az osztársadalmi szinten adott különböző reakciók szabályozások. Az alkohol és kábítószer kérdés szétválasztása nem indokolt és nem is helyes, sokkal inkább **egy szenvedély magatartásról történő társadalmi diskurzus** lenne célravezető és kívánatos. Ennek részét képezi – véleményük szerint - a társadalom vezető rétegeiben, konkrétan a politikai vezetők részéről történő megfelelő mintanyújtás, illetve a szabályozás következetesebbé tétele (pl. alkohol hozzáférhetőségének korlátozása).

„amíg menő dolog az hogy az országunk vezetői pálinkáznak és ezt... posztolják és ez a normális társadalmi norma, addig azt gondolom, hogy megengedhetetlen,... kvázi egy ilyen szabad és fel-emelt és nyugodtan mindenki főzzen saját magának pálinkát, szóval hogy ez szerintem.. és a másik meg a drog, szerhasználatról meg nem beszélünk, tehát ennek a kettőnek az attitűdje szerintem mindkettő hibás és én ezt az attitűd váltást én ezt látnám felülről jövőnek – nagyon fontosnak és ezek szerint a megelőzésnek és a társadalmi mintának. Példamutatásnak egy fontos szerepe kellene hogy legyen ebben.” résztvevő3

A résztvevők egybehangzó véleménye szerint, tény az is, hogy **a drogprobléma politikailag rizikós kérdés**, sok helyen erre fordítanak a legkevésbé figyelmet, ebben szerepet játszik a politikusok saját véleménye, a népszerűség, szavazatvesztés veszélye, mivel a társadalmi megítélés és politikai diskurzus egymást erősítve tabusítja a kérdést. Emellett a politikusi vélemények, érdekek, a költségvetési források szűkössége, a rövid távú gondolkodás és a szerhasználók hibáztatása is szerepet játszik.

Információs szükségletek

A résztvevők saját pozícióikból szemlélve az addikciós problémákat úgy gondolják, hogy többféle információra lenne szükségük a jelenség hatékonyabb kezelés érdekében. **Leginkább az aktuális és valós helyzetkép hiányzik, az evidence based alapú elemzések arra vonatkozóan, hogy ezen a területen mi történik**, milyen jellemzőket lehet beazonosítani: a fogyasztás mintázatai, társadalmi, területi megoszlások, a fogyasztók szerhasználati jellegzetességei, szocio-demográfiai jellemzői.

Fontos információ lenne **a különböző addiktológiai intézmények és szolgáltatások kapacitása**, valamint az, hogy ténylegesen, hogyan férnek hozzá a szerhasználók ezekhez a szolgáltatásokhoz. Mivel magyarázható az ügyfelek szemszögéből, az esetleges kihasználatlanság, illetve az ellátásokhoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei, a kerületekben fellelhető kapacitások és különbözőségeik. Érdekes lenne megismerni **az intézmények és a benne dolgozó szakemberek attitűdjét a problémához**, illetve azt a belső intézményi szabályozást, mely alapján működnek ezek az intézmények (házirend, nyitvatartás, stb.)

Még mindig **nagy nehézséget okoz az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos változó ismeretek** és az ezekkel kapcsolatos állandó vagy legalábbis bizonyos időközönkénti, frissített információk (jogi státusz változása, felmerülő új szerek, új problémák, reakciók az egészségügy, addiktológiai ellátás részéről) hiánya. Ehhez kapcsolódóan nagyon hasznos lenne az addiktológiai területen hatékonyan működő „jó gyakorlatok” megismerése is.

Sérülékeny csoportok

A résztvevők az addikciós problémákban **leginkább veszélyeztetett, érintett, így a legsérülékenyebb csoportnak a fiatalokat**, a függőség szempontjából a **diszfunkcionális családokban nevelkedőket, illetve a rekreációs céllal szerhasználó fiatalokat tartották**. Kiemelt figyelmet érdemel a különböző kulturális és/vagy turisztikai események, mint a fesztiválok, a fővárosban rendezett legény és leánybúcsúk résztvevői, mert ilyenkor ők kitettebbek a szerhasználatnak, több baleset is lehetséges. Emellett az **utcán élőket, illetve a városi szlumokban, mélyszegénységben élő embereket** említették.

„általában azok kerülnek bajba, akik ilyen mély szegénységben vannak, bizonytalan eredetű szert használnak, valamilyen designer drogot amihez olcsón hozzá tudnak férni, a legritkább esetben talákoztunk felső középosztálybeli kokain fogyasztóval, jól van valószínűleg... vagy van saját orvosa” résztvevő

Társadalmi problémák és addikció

Arra is kíváncsiak voltunk, hogyan gondolkodnak a résztvevők a szenvedély problémák kezelésének hangsúlyairól. Mennyi erőforrást kellene fordítani a különböző, felsorolt társadalmi problémák mérséklésére. (A társadalmi problémák körét a melléklet tartalmazza.) A résztvevők számára nehéz feladat volt ez, hiszen nagyon jó lenne mindenféle társadalmi problémára több forrást biztosítani, legyen az anyagi, személyi vagy más jellegű forrás. Ennek ellenére egy eléggé komprehenzív kép bontakozott ki a válaszokból.

Az addikciós problémák kezelése a középmezőnybe került, hiszen a résztvevők meglátása szerint **ez elsősorban tüneti jelenség**. A háttérben meghúzódó problémák kezelése megfelelő elmozdulást indukálna a szenvedélyproblémák területén is. Így a **szegénység, lakhatás, oktatás, illetve a mentális problémák kezelése** enyhíthetné a droghasználatot is. Az egészségügyi problémák, illetve az öngyilkosság megelőzése is a középmezőnybe került az addikciós problémák mellett. Legkevésbé problémát okozó, illetve „kezeletlen” területnek a munkanélküliséget és a HIV fertőzés megelőzését, kezelését tekintették a résztvevők.

Tulajdonképpen **a közel azonos szintre sorolt problémák, valamilyen struktúrába szerveződnek** és ha ennek mentén, rendszerszerűen lehetne előre lépni, akkor az ezekből generálódott problémák kvázi önmaguktól rendeződnének.

„Makroökonomiai kiinduló tézis: „az nagyon fontos volt, hogy tényleg hogy Mo-n nem segítjük a társadalom kettészakadását, hanem próbáljuk összetartani, akkor mindezek a problémák ezek sokkal kisebbek, ha eleve gátoljuk a szegénységet, támogatjuk az oktatást, lakhatást, akkor ezek mind mind csökkennek, nemzetközi szinten bizonyítottak, hogy azok a társadalmak, ahol.. ahol mesterségesen azon igyekszik a kormányzat, hogy a társadalmi különbségeket csökkentse, akkor ezek kevésbé fordulnak elő.” résztvevő 3

Külön ráfókuszálva a listából az alkohol és illegitim szerhasználatból fakadó problémák kezelésére, az rajzolódik ki, hogy a résztvevők az ide szánt többletforrást különböző területekre tudnák elkölteni.

Ide kapcsolódó nehézség, hogy a mostani önkormányzati törvény alapján, a jelenlegi struktúrákban **a fővárosnak semmiféle civil támogatási alapja nincs**, tehát általában sem tud civil szervezeteket támogatni, mely nehezíti a problémákra történő rugalmas és releváns válaszreakciókat.

Beazonosított szükségletek, hiányok, megoldási lehetőségek

A résztvevők számos, különböző szinten megjelenő és problémát okozó hiányosságot határoztak meg.

Jelentős problémaként érzékelik a fiatalok és a szüleik, továbbá a szakemberek **folyamatos tájékoztatásának a hiányát** az addiktológiai kérdésekről, a szerekről, az addikciók természetéről, valamint a segítségnyújtás lehetőségeiről. Ennek egyik nagyon fontos oka az iskolai prevenciós programok mind mennyiségi, mind minőségi leépülése.

Prevenció és képzések

Rendkívül **hiányzik az iskolai prevenció** a fiatalok és a szülők szakszerű, hiteles tájékoztatása, az addiktológiai problémák hatékony módszerekkel, megfelelő **minőségi standardokkal történő megelőzése**. A civil szervezetek, akik korábban a prevenciót végezték, kompetens tudással rendelkeztek, de mára az iskolai szintérré – jogszabályi változások miatt, már nem jutnak be.

„valamihez kapcsolódó minimum feltételeknek kellett megfelelni, vagy hát az ő feltételeiknek, amit kiadtak mint szakmai engedély vagy támogatás hogy mehelessé iskolába, de azt szakmai szemmel.....” résztvevő 6

A megelőző tevékenységnek az alkohol, dohányzás területére is ki kell terjednie, hiszen ezen legális szerek fogyasztásával kapcsolatban is számos tévhit kering és információhiány jellemző. **A rekreációs szerhasználókkal kapcsolatos gondolkodás, a nekik nyújtott szolgáltatások is hiányoznak**. Szükség lenne nemcsak a használók és környezetük tájékoztatására, hanem a közbeszédben történő diskurzus megindítására is. Fontos lenne elkezdni azzal foglalkozni, mi van azokkal, akik fogyasztanak és hogy tudnak biztonságosabban fogyasztani.

Fontos lenne **a korábbi jó gyakorlatok felelevenítése**, illetve, ha ezek a bevált programok nagyobb hangsúlyt kapnának. Például a mértékletes.hu oldal, a Kék Pont 'Száras november' kampánya, szerfogyasztás naplóztatása, ismeretterjesztés. A prevenció tárgykörébe tartozik az is, hogy **a fogyasztók és környezetük tájékozatlan** azzal kapcsolatban, hogy ha felismeri a problémát, ezt hogyan tudja kezelni, **hova tud fordulni**, ha nem szorul sürgősségi ellátásra. Ki, hol, miben tud neki segíteni?

Kezelés – ellátás

A sürgősségi ellátással kapcsolatban **nyugtalanító jelenség, hogy a segítségkérők, ha a 112-es segélyhívónál kérnek segítséget, azok a mentők mellett a rendőrséget is riasztják** és a helyszínre küldik kábítószerfogyasztás gyanúja esetén. Ebben sürgős egyeztetési lépéseket kell tenni, hiszen így a rejtőzködés fokozódhat, mely növeli az egészségügyi kockázatokat, illetve a maradandó vagy halálos következményekkel bíró baleseteket, túlادagolásokat.

„...a mentőhívások korábban a saját számon futottak be, de most már átálltak országosan a 112-re igen.. a BM-hez tartozik a tevékenységirányító központ, és ők meg gyakorlatilag amennyire én észleltem, automatikusan értesítik kábítószerfogyasztás esetén a rendőrséget is, és így megindul az eljárás akkor is, hogyha egyébként ő egy békés kábítószerfogyasztó.” résztvevő 2

További nehézséget jelent a **közterületi szerhasználat** és ennek kezelése, az utcai megkereső munka, alacsonykülönbű szolgáltatások korlátozott működése, a fejlesztések elmaradása, a lefedettség elégtelensége. Ehhez párosul, hogy **a mostani működő szolgáltatásokból hiányzik a proaktív szociális munka, a kliensek felkeresése**, illetve a szolgáltatások helybevitel. A közösségi ellátásokban a környezet bevonása is rendre elmarad, **alapvető félreértés van a közösségi ellátások értelmezésével az addiktológiai területen.**

Összességében szükség lenne a rehabilitációs ellátások fejlesztésére. A fővárosban a serdülők ambuláns addiktológiai ellátása nem megoldott, ami fájóan hiányzik. Bár van rehabilitációs ellátás, az ambuláns ellátás hiányzik, annak engedélyeztetése folyamatban van, a támogatás rendre elmarad.

Felmerülő dilemma és a mindennapokban megjelenő probléma **a sokproblémával küzdő kliensek ellátása.** Például az addiktológiai problémákkal küzdő hajléktalan ember, aki mentális problémákkal is küzdhet. A főváros fenntartásában működik szálló, mely informálisan ilyen feladatokat is ellát – jobb híján -, illetve egy alkoholproblémákkal küzdők számára fenntartott átmeneti szálló. Mégis a hajléktalan létből történő kivezetés erős akadálya, hogy **az ilyen típusú, sokproblémás** (hajléktatlanság, szenvedélybetegség, pszichiátriai betegség és ezek mátrixai) **klienseknek segítséget nyújtó intézmények és azokban ezekhez a területekhez értő, kompetens szakemberek hiányoznak.** A sokproblémával küzdő kliensek nehezen integrálhatóak egy-egy tiszta profilú intézmény működési rendjébe, azonban az is egyértelműen kirajzolódik, hogy **az intézmények működésükkel, belső szabályaikkal és a szakemberek érdekeivel összhangban nem igazán érzékenyek a sokproblémás, addiktológiai kliensek szolgáltatásba bevonására.**

„Mindenki a könnyebb végét szereti megfogni az ellátandó feladatnak, azért az biztosan van, hogy ez a lefölközös, nem tudom hogy jól mondom.. tehát hogy... ebben is van egy rivalizálás a másikkal.. A könnyebb ügyfelekkel szeretünk dolgozni...” résztvevő 4

Mivel **a meglévő férőhelyekre általában túljelentkezés van, ezért az intézmények megtehetik, hogy „válogassanak”** a kliensek között és a nagyobb sikerekkel kecsegtető, kevesebb és kevésbé mély problémákkal küzdő kliensek ellátását végzik el. Ha mégis bekerül vagy a bent tartózkodás alatt lesz valakinek addiktológiai problémája, akkor az általános gyakorlat a jogviszony és a szolgáltatásban való részvétel megszüntetése.

„Hát én erre utaltam ott a házirenddel, szerintem egy házirenddel nagyon jól ki lehet zárni a szerhasználó és az alkoholproblémás ügyfeleket, betegeket, időseket bármilyen intézményből és szerintem még a fővárosi önkormányzat idős otthonaiból sem mindenki fogad alkoholbeteget.” résztvevő 6

Együttműködések

A résztvevők pozíciójából nézve **a fővárosi önkormányzatnak a szenvedély problémák kezelése kapcsán együttműködő partnert jelent a rendőrség.** A főváros vezetésének a fővárosi rendőrséggel pozitív együttműködési tapasztalatai vannak. Erre jó példa, hogy az iskolában rendszeresen tevékenykedő rendőrségi drogprevenációs programokat sok kritika érte több oldalról is és erre válaszul ők elkezdtek civilekkel átnézni, korszerűsíteni a saját tananyagukat.

„Ami rész megoldás, de legalább aki bejut, az valami értelmes tananyagot ad át” résztvevő 1

Bizonyos kerületek vezetőivel is hasznos együttműködések alakultak ki. A kapcsolat minősége nem elsősorban politikai, ideológiai hovatartozás mentén változik, hanem sokkal inkább a kerületi vezetés személyes hozzáállásán, illetve a kerületben tapasztalt addiktológiai probléma súlyosságán múlik az egyes kerületek motivációja és aktivitása. A kormányzati szereplők közül az NNK-val, Majzik Balázs osztályával van kapcsolat, amiben sokat segít a korábbi szakmai múlt, a személyes kapcsolatok. Emellett a fővárosban különböző szinten dolgozó szakemberek közvetlen kapcsolatai, korábbi szakmai múltjukból hozott kapcsolatrendszerek szintén erőforrásnak számítanak. **Az együttműködés, koordinált fellépés nem szükségképpen és nem mindenütt valósul meg.** A résztvevők ennek legfőbb akadályát a kommunikáció hiányában, a rivalizálásban, szakmaközi konfliktusokban, esetleg a szakemberek korábbi személyes rossz tapasztalataiban látják.

„.....én érzek a szervezetek között rivalizálást arra a picike forrásra ami van, az nyilván nem tesz jót, hogy az elmúlt 8. 10 évben nincsenek források... a kábítószerüggyel foglalkozó civileknek és amik vannak, arra... arra meg.. nagyon nagy a versengés és ez versengést idéz elő a szervezetek között konfliktust...” résztvevő 4

A kerületek közötti együttműködés, egy újfajta alapokra helyezett összefogás a Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működésében elengedhetetlen.

„szerintem nagyon fontos, hogy.. minden kerület benne legyen, mert hogy ez egy olyan probléma, amit baromira nem fogunk megoldani úgy, hogy egyik kerületből átrugdossuk a szerhasználókat a másikba”.

Jógyakorlatok

A beszélgetés során a résztvevők számos, iránymutatónak tartott, már működő kezdeményezést is említettek, egyrészt példaként, másrészt bővíthető lehetőségként.

Az egyik **kerületi KEF konferenciát szervez** a helyi cselekvés előmozdítása céljából, azonban ehhez már egyre többen csatlakoznak, **országos konferenciává nőtte** ki magát. A főváros összehívta az összes fővárosi alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtó szervezetet egy tapasztalatcserére. Az újonnan bevezetett **részvételi költségvetés** rendszere keretében éppen egy **kifejezetten sérülékeny emberek segítségét célzó projektet szavaztak meg.**

Emellett olyan jógyakorlatok is szóba kerültek, amelyek esetében csekély anyagi forrásra volt szükség, inkább a szemléletváltás, közeledés, együttműködés generálása volt a fókuszban.

Az egyik egészségügyi és szociális szolgáltatásokat is nyújtó és ilyen végzettségű, munkakörű szakembereket is foglalkoztató intézmény kommunikációt kezdeményezett és együttműködést generált a két terület és dolgozói között. A résztvevők miután megtapasztalták, hogy az összedolgozás során sokkal jobb eredményeket értek el munkájukban, nemcsak a kliensek ellátása, hanem a légkör is javult, a munkavégzés is könnyebbé vált. Több **egészségügyi fekvőbeteg ellátásban, az utóbbi pár évben egyre inkább kezdték felismerni, hogy mire lehet jól használni a szociális munkásokat** és az osztályos munkába aktívan és egyenrangú félként vonják be őket.

A **fővárosi hajléktalan stratégia is jó mintául szolgálhat.** Itt a főváros koordinációs szerepe egyértelműen meghatározott. A hajléktalan ellátás területén működő utcai gondozószolgálatok koordinálásának mintájára lehetne az addiktológiai ellátás területén is hasonló kezdeményezni. Rendszeres fórumokat, tapasztalatcseréket, felméréseket szervezni azzal kapcsolatban, hogy az egyes szolgáltatók kiket érnek el. Az elért ügyfelek azonosíthatóságát, vagy életútját segítő rendszer kidolgozása, az adminisztráció egységesítése a relevánsabb helyzetkép kirajzolásához segítene hozzá.

Szintén kerületi KEF vállalta magára azt a feladatot, hogy összegyűjti azokat a prevenció programokat, melyek szakmailag ajánlhatóak, a szakmai minimum feltételeknek megfelelőek. Ezekkel felkeresték a KLIKK-et és figyelmükbe ajánlották ezen programokat (és csak ezen programok) felkérését a kerületi iskolákban.

„felvettük a kapcsolatot, és.. most már a KLIKK azt teszi, hogy a KEF, tehát a zuglói KEF ajánlja azt a prevenció programot, akkor.. bemehetnek az iskolákba, vagy az oktatási intézményekbe, a KLIKK-kel való együttműködés...” résztvevő 5

Az önszervező csoportokban is láttak lehetőséget a résztvevők, hiszen ezek a közösségek önrőből, önkéntes munkából végzik a tevékenységüket és működnek, egyértelműen hasznos kiegészítői lehetnek az ellátórendszernek a felépülés támogatásában. Azonban ezek nem intézmények, a működésükre ráhatás, ellenőrzés nem lehetséges, a működésüket esetleg hirdetni lehet.

A különböző szereplők feladatmegosztása

Arra a kérdésre, hogy **kinek kellene leginkább erőforrásokat mozgósítani a felsorolt, társadalmi problémák vonatkozásában, egyöntetűen a központi kormányzat nevesítődött**. Mindaddig teljesen egybehangzó ez a vélemény, amíg az anyagi forrásokra gondolunk. A résztvevők egyértelműen a központi kormányzatnak delegálják a súlyos társadalmi problémák megoldását strukturális szinten. Ez nemcsak a gazdálkodási struktúra és így az önkormányzatok anyagi korlátai indokolják, hanem így tud normatív lenni az ellátás.

„Ez egy iszonyú nehéz kérdést, merthogy mindent a központi kormányzatnak kellene biztosítani, hiszen az önkormányzatok úgy gazdálkodnak hogy a központi kormányzat ad feladatellátási normatívákat, szóval hogy nem tudom értelmezni ezt a három szintet, anyagi .. „.....ha a központi kormányzatban mások lennének az elosztásnak a hangsúlyai, akkor az önkormányzatok, akár fővárosi, akár kerületi – máshogyan tudna gazdálkodni... résztvevő 4

Fővárosi önkormányzat szerepvállalása, lehetséges feladatai

Azonban, ha az erőforrásokat szélesen értelmezzük, akkor abban egyetértenek a résztvevők, hogy mindhárom szereplőnek, így a fővárosnak is van feladata a probléma megoldásában. Minthogy a **jogszabályok**, hiába működik a főváros területén 24 önkormányzat, **koordinációs feladatokat nem rendelnek a fővárosi önkormányzathoz**, így csak a kerületek egyetértésével, kvázi megbízásából tud **koordinációs szerepet ellátni a fővárosi önkormányzat**, így a BKEF is. A résztvevők egyértelműen ide, vagyis saját intézményükbe és feladatkörükbe delegálják a koordinációs feladatokat, a társadalom és a szakemberek körében a szemléletformálás elősegítését, a problémával kapcsolatos tájékoztatást és a kommunikáció elősegítését.

„a főváros ilyen szempontból egy ilyen jó.. kerületek közötti kohéziós – összekapcsoló ereje kell, hogy legyen”3 résztvevő

Amikor kevés a szakember és egyéb erőforrás, akkor különösen elengedhetetlen, a különböző tudások összekapcsolása, a források jó kihasználása. Ezekben az esetekben különösen is nagy jelentősége van annak, hogy ezeket a különböző tudásokat összekapcsoljuk.

*„az egészségügygel hozok párhuzamot, bocsánat, de mi is küzdünk, hogy a kerületek között legyen kommunikáció, legyen együttműködés és pluszban kapcsoljuk bele a kormányzatot”
résztevő3*

A lakossággal való kommunikáció és egy más típusú gondolkodás, **egy alternatíva megmutatása kiemelten fontos.** Ezeket különböző médiafelületeken, összerendezett kommunikáció formájában tudják elképzelni. Mindez segítheti a témának és a hozzá kapcsolódó intézkedéseknek az elfogadottságát, konkretizálja, hogy van másféle közelítés, diskurzus is a nemzetin, kormányzatin kívül. A szervezetekkel pedig konferenciák, képzések, workshopok formájában képzelik el a kommunikációt és a koordinálást.

A résztvevőket tovább kérdezve, kíváncsiak voltunk arra, hogyan látják, mit tud a főváros felvállalni, hol látják az ő szerepét, egy elkészülő drogstratégia kapcsán is. Például: tájékoztatás, szabályozás, finanszírozás, működtetés, intézményeket létrehozatala, ellenőrzés, koordinálás, tehát hogy mik azok a területek, amelyekre most 2023-ban több erőforrást tudna a Főváros mozgósítani?

Ezek alapján a résztvevők **a szakemberek és a használók tájékoztatásában látják a legfontosabb szerepüket.** Elképzelhetőnek tartják, hogy a Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum **kiadványokat** (tájékoztató kiadványok, szakértői anyagok formájában) **készít, szakértői feladatokat lát** el, illetve a **prevenció területére** egyfajta **minimum standardokat állapít meg** a jelenleg elérhető tudományos megállapításokkal alátámasztva. Ötleként merült fel például **a biztonságos éjszakai étellel a biztonságosabb szórakozással kapcsolatos útmutatók készítése** (mitől biztonságos egy szórakozóhely), biztonságos szórakozóhely cím odaítélése, szórakozóhelyek megkeresése is. Elképzelhető, olyan saját kezdeményezés elindítása is, melyben van növekedés, és idővel egyre több kerület, szakember tudna kapcsolódni, ami mintaértékű, működő jógyakorlat lenne.

A koordinációs feladatokat nemcsak a szakmai területen, hanem a **finanszírozásban is elképzelhetőnek tartják:** a BKEF részletesen láthatja, hogy hol történik valami, hová kell pénzt tenni. Emellett a járóbeteg szakellátás bővítésének támogatása, a meglévő 16 önkormányzat saját szakrendelője mellé továbbiak létesítésének segítése is elvileg elképzelhető feladat lenne.

A szórakozóhelyek működését azokban az esetekben, ahol a fővárosnak van kompetenciája próbálhatnák a **szabályozás révén pozitív irányban változtatni.** A közterületi rendeletekben (Margit Sziget), **a szórakozóhelyek bérleti szerződéseiben, üzlethelyiség bérleti szerződéseiben lehet különböző vállalásokat kérni, cserébe engedményeket adni,** egyszóval az ártalomcsökkentő elemek, illetve azok működésének nem akadályozása lehet alku tárgya ezeknél a tárgyalásoknál és szerződéskötéseknél. pl.: mindenképpen működtessen parti szervízt és biztosítson ivóvizet a szórakozóhely.

A most nagyon kerületspecifikus közösségi és alacsonyküszöbű szolgáltatások megismerése, tapasztalataik összegyűjtése, együttműködések generálása és koordinálása segítené a kerületek közötti összefogást az un. **„vándorló” drogp probléma** kezelésében. Ezeknél az intézményeknél lehetne kezdeményezni a koordinációt, az idői és területbeli lefedettség egyeztetését is, hasonlóan a hajléktalanellátás gyakorlatához.

Fontos lenne a fogyasztók informálása a szolgáltatási piramisról, valamint fontos lenne a fogyasztókat segíteni problémáik korai felismerésében, önálló értékelésében (önteszt, tanácsadó cikkek), valamint a szolgáltatási piramisról való informálásban. **Releváns lehet honlap vagy más formában tájékoztatást nyújtani az elérhető szolgáltatásokról pl. járóbeteg szak-**

ellátás kataszter és kapacitások. Ezek az információk nem kerület specifikusak. A sokproblémás kliensek ellátása érdekében szükséges lenne a megfelelő ösztönzők alkalmazására a szakemberek számára.

„a támogatás a másik oldala pedig, hogy találjuk meg azt, hogy.. ezeket a jó szakembereket motiválttá tegyük valahogyan, (...) és arra buzdítani hogy együtt valamit cselekedjünk”. résztvevő 5

A különböző területeken dolgozó **szakemberek képzése**, alapvető addiktológiai ismeretekkel történő ellátása kiemelten fontos lehet. Az egyes szakterületeken belül és azok között a rendszeres tapasztalatcsere, alkalmazott gyakorlatok megosztása, egymás tájékoztatása szintén segítené az együttműködést. A sürgősségi osztályokon dolgozók képzése, addikciós problémákkal kapcsolatos felkészítése, tájékoztatása is kívánatos. **A prevenció tarthatatlan helyzetével kapcsolatban megfogalmazódott az a javaslat, hogy szükséges lenne a prevenciók lehetőségeinek bővítése, a prevenciók programok összegyűjtése, valamilyen „belső ajánlással”** (pl. KEF) való ellátása. Ez segítené a tájékozódást, a beavatkozások „megrendelését”. Mindezek mellett elengedhetetlen **a jogszabályváltozás kezdeményezése**, a közös fellépés, a nyomásgyakorlás, a lobbitevékenység.

Jövőkép, optimális célok

A résztvevők jövőképre rákérdezve, az érdekelt minket, hogy mit látnának szívesen, milyen 3 év múlva az az optimális állapot, ami a fővárost jellemezhetné. Milyen konkrét célokat tudnának megfogalmazni.

A résztvevők egyetértettek abban, hogy fontos horizontális cél, hogy **az addiktológiai problémák kerüljenek be a beszéd témák közé**, ne legyen tabu, a tényeket kommunikálva szakmai üzenetek, tények érik el a lakosságot, aminek következtében félelem nélkül, az ismert helyeken lehessen segítséget kérni.

„Nekem voltaképpen kis céljaim lennének, tehát hogy... hogy... azt elérni, hogy.. hogy itt ne valami iszonyatos tabu legyen, tehát hogy.. az amikor.. amikor így.. most a Reni mondta a tüsszere programot, az hogy halálosan be vagyunk szarva attól, hogy mit fognak szólni az emberek ha egyébként szakmailag messzemenően indokolható dolgokat csinálunk, abból szerintem valahogy ki kell jönni (...) hogyha nem beszélünk világosan, akkor az emberek fejében is össze fog mosódni egy csomó minden, azt gondolom ebből kell kikerülni, és akkor.. hogyha.. el tudunk kezdeni apró lépéseket csinálni, akkor ebből majd következik az, ha valakinek ilyen típusú segítségre van szüksége, akkor ide forduljon, ha olyan típusúra, akkor oda, és persze legyenek olyan helyek, ahová lehet fordulni. (...) hogy végre kilépünk abból, hogy emberek azért ne merjenek segítségért menni, mert félnek a következményektől. (...) és hogy vannak ezek a save have city-k amik így tök mást gondolnak arról, hogy mit kell csinálni bevándorlással, kábítószerrel, mint amit a központi kormányzat és én.. egy ideális világban azért az önkormányzatiságnak látnám olyan erejét, hogy mi magunk próbáljunk meg... az általunk optimálisnak tartott kereteket kialakítani és ez még akkor is igaz, hogyha.. hogyha.. ez mondjuk nem oldja meg azoknak az embereknek a problémáit, akik ilyen.. kis falvakban – egyre inkább használnak ilyen mindenféle alkoholpótló szereket – (...) nekünk van azzal dolgunk, hogy itt jóval kevésbé a boszorkányüldözés legyen mint inkább igény arra, hogy.. hogy értelmes megoldásokat találjunk...” résztvevő 1

A víziókban **egy fenntartható, fővárosi szinten összehangolt működést, a kerületek számára is hasznos BKEF működése jelenik meg.** A kerületek felismerték a BKEF hasznát, és abban

aktívan közreműködnek. A nagyon szűkös erőforrások hatékonyabb, összehangoltabb, felhasználása történhet meg a kerületek egyeztetésével. Esetleg egyes feladatokat (pl. szemléletformáló kampány) a kerületekkel összefogva, közösen tervezve és finanszírozva valósítanának meg.

Akiben felmerül az a gondolat, hogy saját magának vagy hozzátartozójának addikciós problémája van, egyértelmű legyen az hogy hová tud fordulni, hogy megismerje a város lehetőségeit.

„...akkor tartanám optimálisnak a kábítószer probléma kezelését Mo-n, ha ez olyan evidens lenne, mintha vakbélgyulladás van az embernek, tudja hová kell menni.” résztvevő 7

A résztvevők egy része szívesen látná valamilyen **kicsi pilot program elindulását**, ami felvállalható, nincs túl nagy erőforrás igénye és ez utóbb bejáratott programként működhethetne. Elképzelhető lenne például **egy éjszakai élet koordinátor alkalmazása**.

„...a főváros szempontjából ez nem olyan, nem egy nagy költségvetésű és nem is olyan nagy.. politikai súlya van bevállalni azt, hogy nem egy tűcserét nyitunk vagy egy belövő szobát vagy egy bevizsgáló helyiséget amit én nagyon szeretnék, ebben a sorrendben... (...) De erre nem tudunk.. szabályozás miatt ilyet nyitni, akkor menjünk abba az irányba, hogy mi az amit tudunk csinálni, aminek egyben van szemléletformáló... „ résztvevő 6

Elképzelhető lenne a **kerületi vagy civil jó kezdeményezések közös támogatása**, például, ha a kerületi önkormányzat helyiséggel támogat egy programot, a főváros pedig – lehetőségeihez mérten – a rezsiköltségeit vagy szóróanyagainak nyomtatását támogatja.

„van egy civil kezdeményezés, ami mögé odaáll egy kerület és ad neki egy helyiséget, mondatad ezt az éjszakai programot, és amellé – mögéáll a főváros és azt mondja, hogy az én lehetőségeimen belül egy kis pénzzel, egy kis kommunikációval, egy kis növekedési lehetőséggel még mögéd állok, akkor már három szereplő összekapcsolódott és ez egy jó példa lehet....” résztvevő 3

Képzésekre is szükség lenne a különböző célcsoportnak, például a főváros munkavállalóinak, akik 25 ezren vannak. Legalább a fővárosi és akár a kerületi önkormányzatok munkavállalóinak nyújtott képzés már segítséget jelentene abban, hogy addiktológiai probléma felmerülése esetén mi lenne a teendő, a munkavállalók közreműködhetnének a prevenciós beavatkozások azonosítása, kezelésbe jutás stb. segítése terén.

Irodalom

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Joffe, H., & Yardley, L. (2004). 4. Content and thematic analysis. *Research methods for clinical and health psychology*. California: Sage, 56-68.

Mellékletek

Fókuszcsoport vezérfonal/Interjúvázlat

Bevezető

A Fővárosi Önkormányzat felkérésére a Magyar Addiktológiai Társaság 2022-ben kezdte meg az addiktológiai problémákkal kapcsolatos stratégia kidolgozásának tényalapúságát lehetővé tevő helyzetfelmérés elkészítését. Ennek keretében, a két lépcsőből álló tevékenység célja, hogy a döntéshozók számára olyan megalapozott információkat biztosítsunk, mely lehetővé teszi a stratégia tényalapú tervezését.

A korábbi évben, a helyzetfelmérés első fázisában a rendelkezésre álló kutatások Budapestre vonatkozó adatainak áttekintése és fővárosi fókuszú másodelemzése történt meg. Most, a második szakaszban, fókuszcsoportos beszélgetés keretében a főváros területén, különböző szakterületeken (egészségügyi, oktatási, szociális, gyermekvédelmi és addiktológiai specifikus) működő intézmények szakembereit kérdezzük. A helyzet mélyebb megismeréséhez, a hiányosságok és megoldási lehetőségek feltérképezéséhez elengedhetetlen a problémával kapcsolatban lévő gyakorlatban dolgozó szakemberek tudása, tapasztalata. Többek között, ez tudja biztosítani a megalapozott, széleskörű szakmai elfogadást kivívó addiktológiai stratégia megalkotását, a probléma hatékonyabb kezelését, az ellátórendszer fejlesztését.

Jelen fókuszcsoportos interjú során érintett témák: az Ön munkavégzési területén tapasztalt szerfogyasztás (alkoholfogyasztás, illegális drogfogyasztás) problematikája, jellemzői, az ezzel kapcsolatos nehézségek és lehetőségek. A főváros szerepe és elképzelése a stratégiával kapcsolatban, a problémakezelést nehezítő hiányosságok beazonosítása, valamint a fejlesztési lehetőségek kijelölése.

Az interjú kb. 1 -1,5 órát vesz igénybe. Az elhangzottakat diktafonra rögzítjük, melyet legépelünk és elemzünk. A fókuszcsoportos interjú teljes mértékben anonim, így sem a résztvevőket, sem az intézményt nem lehet majd később beazonosítani a kutatási beszámolóban. A szövegeket teljesen bizalmasan kezeljük: a kutatókon és a szöveget legépelő gépírón kívül senki nem tekinthet be azokba. A beszélgetésen való részvétel önkéntes, az előzetes beleegyezés bármikor, minden következmény nélkül visszavonható, és a részvétel megszakítható.

Fókuszcsoport fővárosi döntéshozókkal
Vezérfonal

Általános kérdések

15 perc

1. Kérem, mutatkozzanak be! (Keresztnév)
2. Mi a végzettsége? Hol és milyen beosztásban, mióta dolgozik? (1. számú kérdőív kitöltése)
3. Mi az, ami leginkább foglalkoztatja Önt a saját jelenlegi pozíciójában az addikciós problémákkal kapcsolatban?
4. Milyen területeken és milyen információkra lenne szüksége ahhoz, hogy az addikciós problémák kezelése hatékonyabb legyen?

Szükségletek, hiányok, megoldási lehetőségek

25 perc

1. Milyen fő problémákat, kielégítetlen szükségleteket lát a fővárosi szinten az addikciós problémákkal kapcsolatban? Soroljon fel három olyan problémát, melyet Ön szerint a legsürgősebben meg kellene oldani!
2. Kiket lát különösen sérülékeny csoportoknak az addikciós problémák tekintetében? Mit gondol milyen specifikus igényeik, szükségleteik lennének, hogy esetükben az addikciós problémák megelőzhetőek, kezelhetőek legyenek?
3. A saját munkájából mondjon egy tipikus helyzetet/esetet, melyben konkrét információra lenne szüksége. Fogalmazza is meg, mi ez a kérdés, mely akadályozza a megoldás felé tett lépéseit?
4. Szenvedélyproblémák kezelésének hangsúlyai – 2. sz. kérdőív kitöltése, megbeszélése
 - a. Mely területeknek adott 5-ös, sokkal több értéket? Miért?
 - b. Hogyan függ ez össze az addikciós problémák jelenlétével?
 - c. A b.) és h.) pontoknál milyen értéket adott és miért?)
5. Egy-egy területen belül milyen szolgáltatások, támogatások, feltételek lennének célszerűek a szenvedélyproblémák kezelése érdekében?
6. Az Ön véleménye szerint melyek azok a legfontosabb tényezők/háttérben álló okok, amelyek, akár intézményi, akár egyéni szinten akadályozzák, hogy a szakemberek hatékonyan közreműködjenek a szenvedélyproblémák megelőzésében és kezelésében?

Együttműködések, a főváros szerepe

25 perc

1. Jelenleg Ön kikkel működik együtt a szenvedélyproblémák megelőzésének és kezelésének érdekében? Milyen egyéb fővárosi együttműködésekről tud?
2. Felelősség és erőforrás vállalások megosztása – 3. sz. kérdőív kitöltése és megbeszélése
 - a. Mely területeken nevezte meg a fővárost, mint leginkább felelős szereplőt? Miért?
 - b. Mely területeken jelölte meg a központi államot, illetve a helyi önkormányzatokat? Miért?
 - c. A b.) és h.) pontoknál kit nevezett meg és miért?)

3. Kiket lát a legfontosabb szereplőknek a szenvedélyproblémák megelőzése, azonosítása és kezelése tekintetében?
4. Hol látja a főváros szerepét az addiktológiai problémák megelőzésében és kezelésében?
 - a. Milyen mértékű szerepet lát a következő területeken: tájékoztatás, szabályozás, finanszírozás, működtetés, ellenőrzés, koordinálás.
 - b. Milyen konkrét feladatokat tud egy-egy fenti területen elképzelni a főváros számára?
5. Milyen együttműködést tudna elképzelni a főváros és a kerületek között, valamint a kerületek között? Milyen szerepe lenne ebben az együttműködésben a fővárosnak? Milyen szolgáltatásokat tudna kínálni a főváros a kerületek részére az együttműködés során?

Jövőkép, kimenet	15 perc
-------------------------	---------

1. Mi az az optimális állapot, melyet szívesen látna 3 év múlva a fővárosban addikciók megelőzésével és kezelésével kapcsolatos kérdésekben?
2. Fogalmazzon meg 2-3 konkrét célt, amit fővárosi szinten el kell érni a következő időszakban?
3. Ehhez milyen konkrét, gyakorlatba is átültethető lépéseket kellene megtenni?

1. számú kérdőív

Az Ön adatai					
Neve:					
Szervezet neve:					
Mióta dolgozik ennél a szervezetnél:					év
Jelenlegi munkaköre:					

2. számú kérdőív

Ön szerint mennyi erőforrást kellene fordítani a következő társadalmi problémák mérséklésére?
1 – sokkal kevesebbet, mint most; 2 – kevesebbet, mint most; 3 - ugyanannyit, mint most
4 – többet, mint most; 5 – sokkal többet, mint most; 9 – nem tudja

Társadalmi probléma	Mennyit?
a.) a szegénység kezelésére, mérséklésére	
b.) a kábítószer-fogyasztás megelőzésére, kezelésére	
c.) a lakhatási problémák megoldására	
d.) az egészségügyi ellátás problémáinak megoldására	
e.) az oktatás általános állapotának javítására	
f.) bűnözés mérséklésére, megelőzésére	
g.) környezetszennyezés csökkentésére	
h.) alkoholizmus megelőzésére, kezelésére	
i.) munkanélküliség kezelésére	
j.) a roma-problémára	
k.) az öngyilkosságok megelőzésére	
l.) az AIDS-probléma kezelésére, megelőzésére	
m.) mentális problémák megelőzésére, kezelésére	

3. számú kérdőív

Most arra lennének kíváncsiak, hogy Ön szerint mely szereplőknek kellene leginkább erőforrást mozgósítani a fenti társadalmi problémák kezelésére? (Jelölje a fenti táblázat harmadik oszlopába válaszait!)

1 - központi kormányzat, állam; 2 – főváros; 3 – kerületi önkormányzatok

Társadalmi probléma	Kinek?
a.) a szegénység kezelésére, mérséklésére	
b.) a kábítószer-fogyasztás megelőzésére, kezelésére	
c.) a lakhatási problémák megoldására	
d.) az egészségügyi ellátás problémáinak megoldására	
e.) az oktatás általános állapotának javítására	
f.) bűnözés mérséklésére, megelőzésére	
g.) környezetszennyezés csökkentésére	
h.) alkoholizmus megelőzésére, kezelésére	
i.) munkanélküliség kezelésére	
j.) a roma-problémára	
k.) az öngyilkosságok megelőzésére	
l.) az AIDS-probléma kezelésére, megelőzésére	
m.) mentális problémák megelőzésére, kezelésére	

DROGSPECIFIKUS FŐVÁROSI ELLÁTÁSOK FELTÉRKÉPEZÉSE, TEVÉKENYSÉGÉNEK LEÍRÁSA – ELLÁTÁSI KATASZTER²

(Készítette: Paksi Borbála, Eisinger Andrea & Péterfi Anna)

Vezetői összefoglaló

A drogspecifikus ellátások elérhetősége

A kutatás célja a fővárosi drogspecifikus, azaz a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket közvetlenül megcélzó egészségügyi és/vagy szociális ellátások feltérképezése, az ellátó szervezetek, valamint az általuk nyújtott ellátások jellemzőinek megismerése, a fővárosi drogstratégia kidolgozása során az ellátásfejlesztéssel kapcsolatos tervezési feladatok tényalapúságának erősítése.

A fővárosban 37 aktuálisan is működő drogspecifikus egészségügyi és/vagy szociális ellátást (is) végző szervezetet sikerült azonosítani. A drogspecifikus ellátást (is) nyújtó szervezetek főleg nonprofit szervezetként működnek, és fő tevékenységként szociális és/vagy egészségügyi ellátást nyújtanak kb. azonos arányban célzottan szenvedélybetegeknek és más klienscsoportoknak (is).

A 37 szervezet összesen 51 ellátási egységben végez célzottan valamilyen drogspecifikus ellátási tevékenységet, melyek közül a részletesen megismert 36 ellátási egység 120 ellátástípusban nyújt ellátást. Hozzáférhetőség alapján egyes ellátástípusok az alábbi nagy csoportokba sorolhatók:

Az ellátási egységek többségében (21 helyen) elérhető ellátástípus: <ul style="list-style-type: none">× Továbbirányítási / ellátásba kísérési szolgáltatás	Néhány (3-5) helyen elérhető ellátástípusok: <ul style="list-style-type: none">× Telefonsegély szolgáltatás× Egyéb reszocializációs szolgáltatás× Tűcsere× Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (nem MFSZ)× Fekvőbeteg kórházi ellátás
Minden harmadik-negyedik (9-12) helyen elérhető ellátástípusok: <ul style="list-style-type: none">× Egészségügyi járóbeteg ellátás× Öngyógyító csoport× Közösségi szenvedélybeteg ellátás× Drop-in szolgáltatás (tűcsere nélkül)× Elterelés – kábítószer függőséget gyógyító kezelés	Egy-egy helyen elérhető ellátástípusok: <ul style="list-style-type: none">× Drogterápiás intézeti elhelyezés× Opioid-antagonista kezelés× Támogatott lakhatás
Egyáltalán nincs: Félutasház; Szakember közreműködése nélküli automatizált szolgáltatás	

² Az adatgyűjtési stratégia kidolgozásában, valamint a kérdezési bázis összeállításában Kapitány-Fövény Máté is részt vett. Az adatgyűjtési munka során a szervezetek elérését és az adatlap kitöltéséhez a szakmai help-desk feladatokat Nyíri Noémi látta el.

A fővárosi drogspecifikus szolgáltatások a legtöbb ellátástípusban a hétköznapi napokon jóval nagyobb számban elérhetőek, mint a hétvégeken. Mindössze 8 ellátástípusban van szombaton, 7-ben pedig vasárnap is 1-2 elérhető szolgáltató³.

A fővárosi drogspecifikus ellátási egységekben nem feltétlenül érhetőek el olyan célzott szolgáltatások, melyek reflektálnak az általuk ellátott klienscsoportok speciális szükségleteire. A különböző droghasználói csoportok többsége esetében a szolgáltatók jellemzően nem is érzékelik az erre irányuló igényt. Leginkább az alkoholproblémák, némely viselkedési addikciók, valamint a nők, illetve a kábítószerhasználati problémával párhuzamosan mentális problémával is rendelkező kliensek esetében jelennek meg az ellátási egységek ellátási portfóliójában a célzott, a klienscsoport szükségletire reflektáló szolgáltatások.

A drogspecifikus ellátások finanszírozása

A drogspecifikus ellátások finanszírozásában az önkormányzat által biztosított állandó költségkeret, illetve az önkormányzati pályázatok a vizsgált ellátástípusok kétötödében jelennek meg forrásként, azonban az átlagos arányuk meglehetősen alacsony, 1-3%. Az állami pályázati finanszírozás ennél is kevesebb (mindössze 3) ellátástípus esetében van jelen a finanszírozási források között, átlagosan 1%-nál kisebb aránnyal. Az adományozói támogatás, a NEAK⁴, az NSZI⁵, valamint az egyéb állami finanszírozás jelenik meg leggyakrabban, azonban ezeknek a forrásoknak a szerepe jelentősen eltérő: míg a NEAK és a NSZI átlagos finanszírozási aránya is 30% körüli, addig az egyéb állami finanszírozás átlagosan 12%-kal, adományozó támogatás 4%-kal vannak jelen

Ellátásba juttatás szereplői

A kliensek drogspecifikus ellátásba juttatásában más – nem drogspecifikus – intézmények szerepét vizsgálva általában a szociális, egészségügyi, valamint pszichiátriai és egyéb mentális ellátást nyújtó szolgáltatók szerepét kell kiemelnünk, mint amelyeknek az átlagosnál nagyobb szerepük van a kliensek drogspecifikus ellátásba juttatása szempontjából. Sajnálatos módon ugyanakkor a nevelési tanácsadókból, valamint a háziorvosoktól alig érkeznek kliensek a fővárosi drogspecifikus ellátásba.

Tendenciák

Az adataink alapján az elmúlt 5 év egy átlagos évéhez képest 2022-ben a fővárosban drogspecifikus ellátási tevékenységet végző ellátási egységek összességében 30%-kal kevesebb klienst láttak el, s egy átlagos ellátási egységre, illetve azon belül az egy ellátástípusra jutó kliensforgalom megközelítőleg kétharmadára (68%) csökkent.

A legnagyobb kliensforgalom csökkenés az ún. megkereső szolgáltatások esetében tapasztalható (59%), de legalább egynegyedével csökkent négy másik ellátástípusban is – a fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon, az egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátásban, a drop-in (tűcsere nélkül), valamint az elterelés keretében végzett ún. kábítószer-használatot kezelő más (nem függőséget gyógyító és nem MFSZ keretében történő) ellátásban – a fővárosi kliensellátás volumene. Ugyanakkor egyetlen ellátástípusban sem mutatkozott érdemi (10%-ot meghaladó) kliensforgalom növekedés.

Egy ellátási egységben a különböző addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó forgalom 2022-ben átlagosan közel 21%-kal alacsonyabb volt a korábbi évek átlagos kliensforgalmához képest. Az elsődlegesen tiltott drogok fogyasztása miatt ellátott – legnagyobb létszámú – klienscsoport létszáma egynegyedével csökkent. Ugyanakkor többszörösére növekedett az elsődlegesen a visszaélészerű gyógyszerfogyasztási, vagy egyéb legális drogok fogyasztásával kapcsolatos prob-

³ Az adat nem tartalmazza a fekvőbeteg ellátást végző ellátási egységek elérhetőségét.

⁴ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által az egészségügyi ellátásoknak nyújtott finanszírozás

⁵ Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet által szociális alapszolgáltatásoknak és szakellátásoknak nyújtott finanszírozás

lémákkal rendelkező kliensek száma. A legnagyobb csökkenés az elsődlegesen kannabiszt, illetve a hallucinogéneket fogyasztó kliensek esetében mutatkozott. A korábbi évekhez képest a speciális klienscsoportok többségében szintén több mint 10%-kal csökkent az ellátás volumene. A legnagyobb csökkenés a 16 év alatti gyermekek és serdülők ellátásában volt tapasztalható.

Bevezetés

A kutatás célja

A kutatás célja a drogspecifikus fővárosi (1) egészségügyi és/vagy (2) szociális ellátások feltérképezése volt. Információk gyűjtése az ellátó szervezetekről, valamint az általuk nyújtott ellátásokról – a különböző drogspecifikus ellátástípusok hozzáférhetőségéről, kliensösszetételéről, speciális kliensszükségletekre való reflektálásáról stb. –, a szolgáltatási paletta főbb jellemzők mentén való leírása, a hiányosságok azonosítása céljából. Mindez kulcsfontosságú az ellátások tervezésével, valamint a lefedettség és a minőség javítása érdekében történő fejlesztésekkel kapcsolatos döntések támogatása szempontjából.

Fogalmi keretek

A szenvedélybeteg-ellátás interdiszciplináris megközelítésével és a kliensek egészségügyi és szociális szükségleteivel összhangban a kutatás célcsoportjába tartozónak tekintettünk minden olyan Budapesti jelenleg is működő, intézményesült (szervezeti és szakmai struktúrával rendelkező, közös ellátási filozófia/szemlélet szerint működő szervezet) ellátási tevékenységet, amely közvetlenül célozza meg a legális- és/vagy illegális droghasználatból eredő problémákkal küzdő személyeket és amely javítani kíván a droghasználattal összefüggő problémáik miatt segítséget keresők lelki, egészségi, vagy szociális állapotán, beleértve a droghasználattal kapcsolatos problémák megszüntetésére, illetve az azokkal kapcsolatos ártalmak csökkentésére irányuló beavatkozásokat is.

A fenti definíció alapján a kutatás a következő ellátási-típusokra terjed ki:

- (1) Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés
- (2) Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)
- (3) Egészségügyi járóbeteg ellátás
- (4) Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon
- (5) Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben
- (6) Opioid-agonista kezelés
- (7) Szendélybetegek nappali ellátása
- (8) Közösségi szenvedélybeteg ellátás
- (9) Tűcsere
- (10) Drop-in (tűcsere nélkül)
- (11) Támogatott lakhatás
- (12) Félutasház
- (13) Védett munkahely
- (14) Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás
- (15) Önsegítő csoportok
- (16) Telefonsegély
- (17) Interaktív online kezelőprogram
- (18) Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás
- (19) Megkereső szolgáltatások
- (20) Továbbirányítás / ellátásba kísérés

A kutatás adatfelvételi egységeit az (1) önálló szakmai vezetéssel, (2) körülhatárolható, önálló szakembergárdával és (3) közös ellátási filozófiával/szemlélettel rendelkező, (4) a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket közvetlenül megcélzó, (5) egészségügyi és/vagy

szociális ellátást végző (beleértve az ártalomcsökkentést is) (6) a fővárosban (7) egy telephelyen, (8) jelenleg is működő ellátási egységek képezték.

A kataszter készítésének módszere

A célcsoportba tartozó szervezetek azonosításának menete

A kiinduló adatbázis összeállítása

A kutatás első lépcsőjében – a korábbi hazai kataszterépítési tapasztalatokra (Paksi, Demetrovics & Czakó, 2002a, b; Paksi & Demetrovics, 2002, 2003, 2005; Paksi et al., 2006; Paksi, 2008; Paksi & Arnold 2010; Paksi & Demetrovics, 2011; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016, Paksi, Demetrovics & Felvinczi, 2022; Paksi & Felvinczi, 2022; Felvinczi & Paksi, 2022) építve – feltáró munkát végeztünk a kutatás célcsoportjába tartozó, azaz aktuálisan (2023-ban) a fővárosban drogspecifikus (1) egészségügyi és/vagy (2) szociális ellátást végző szervezetek azonosítása céljából. A kiinduló adatbázis összeállítása során az alábbi információ-forrásokat tekintettük át:

- (1) Ellátáskereső portál: <https://ellataskereso.hu/>
Az Ellátáskereső portál egy, a Nemzeti Drog Fókuszpont által létrehozott és üzemeltetett kereshető adatbázis, amely olyan állami, civil, egyházi és magán intézményeket, szolgáltatókat tartalmaz, akik drogprevenციót, illetve egészségügyi vagy szociális szolgáltatásokat nyújtanak droghasználók és hozzátartozók számára⁶. A portálon lévő adatbázisban Budapestre vonatkozóan a célcsoportunkba tartozó ellátástípusokra (Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés; Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ); Egészségügyi járóbeteg ellátás; Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon; Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben; Opioid-agonista kezelés; Szenvedélybetegek nappali/közösségi ellátása; Túcsere; Alacsonyküszöbű ellátás (túcsere nélkül);Támogatott lakhatás; Félutasház; Védett munkahely; Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás; Önszolgálat csoportok; Telefonsegély; Interaktív online kezelőprogram) futtatott részletes keresés 32 szolgáltatót adott ki, melyek 28 szervezethez tartoznak⁷.
- (2) TDI rendszerben jelentő budapesti szervezetek listája: 31 szervezet.
- (3) Fővárosi túcsereprogramok listája: 7 szervezet.
- (4) Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) tagjai szervezeti háttérében megjelenő fővárosi szervezetek: 20 szervezet.
- (5) Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) rendezvényein 2016 és 2022 között résztvevők szervezeti háttérében megjelenő fővárosi szervezetek: 34 szervezet.
- (6) Fővárosban (is) működő MADÁSZSZ tagok listája: <https://www.madaszsz.hu/> - 9 szervezet.
- (7) ÁNTSZ járóbeteg portál Budapesti szolgáltatói: <http://appserver.antsz.hu/jtek/ellatas>
A portálon lévő adatbázisban Budapestre vonatkozóan a célcsoportunkba tartozó ellátástípusokra (addiktológia; drogbeteg ellátás) futtatott részletes keresés 23 szolgáltatót adott ki, melyek 22 szervezethez tartoznak.

⁶ A portálon megjelenített programok kategorizálása és leírása a szervezetek részvételével történt, az adatbázisban kereshető programok/beavatkozások tartalmáért a Nemzeti Drog Fókuszpont felelősséget nem vállal.

⁷ Egy szolgáltatót (és egyben szervezetet) szakértői információ alapján töröltünk a kiinduló adatbázisból mert a szűrési algoritmus ellenére nem tartozott a célcsoportunkba. Így az ellátáskereső portálról végül 27 szervezetet integráltunk.

- (8) NKK fekvőbeteg kapacitás adatbázis Budapesti szolgáltatói:

<https://www.nnk.gov.hu/index.php/egeszsegugyi-igazgatasi-foosztaly/nyilvantartasok/kapacitas-adatok-nyilvantartasai/242-fekvobeteg-szakellatas-kapacitas-adatai-aktiv-es-kronikus>

Az adatbázisban Budapestre vonatkozóan a célcsoportunkba tartozó ellátástípusokra (szakma megnevezése: addiktológia; addiktológiai rehabilitáció; gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitáció; klinikai toxikológia) futtatott részletes keresés 5 szolgáltatót adott ki, melyek mindegyike külön szervezet.

- (9) SZGYF intézménykereső Budapesti szolgáltatói: <https://szocialisportal.hu/szakmai-intezmenykereso/>

Az adatbázisban Budapestre vonatkozóan a célcsoportunkba tartozó ellátástípusokra (szakma megnevezése: szenvedélybetegek átmeneti otthona; szenvedélybetegek nappali ellátása; szenvedélybetegek otthona; szenvedélybetegek rehabilitációs célú lakóotthona; szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye; szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás; szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás; támogatott lakhatás szenvedélybetegek részére) futtatott részletes keresés 28 szolgáltatót adott ki, melyek 23 szervezethez tartoznak.

- (10) Lélekben otthon portál: <https://lelekbenotthon.hu/>

A Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány által üzemeltetett – **többek között – a pszichiátriai és addiktológia ellátórendszerrel kapcsolatban elérhetőségi információkkal szolgáló felület** (<https://lelekbenotthon.hu/hova-fordulhat/>). Az oldalt az üzemeltetők – többek között a felhasználói visszajelzések alapján – folyamatosan frissítik. Az oldal alapján Budapesten 7 drogambulancia (<https://lelekbenotthon.hu/drogambulanciak/>), valamint 20 addiktológia gondozó (<https://lelekbenotthon.hu/addiktologiai-gondozok/>) került a látókörünkbe, melyek 18 szervezethez tartoznak.

- (11) Drogrporter oldalán megjelenített, a Covid alatt ellátást nyújtó szervezetek listája:

<https://drogrporter.hu/jarvany/>

Az Drogrporter a szakemberek, a döntéshozók és a drogfogyasztó emberek, illetve hozzátartozók tájékoztatása céljából az új típusú koronavírus járvány idején közzétett – s a szolgáltatók jelzései alapján rendszeresen frissített – egy táblázatot arról, hogy milyen addiktológiai szolgáltatások elérhetőek Magyarországon a Covid alatt. Ebben a listában 20 szolgáltató szerepelt, melyek 16 szervezethez tartoznak.

- (12) Egészségügyi Nyilvántartók Adatbázisa

A Nemzeti Népegészségügyi Központtól kikértük a budapesti telephelyen addiktológia, addiktológiai rehabilitáció, gyermek- és ifjúságaddiktológia, gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitáció, vagy klinikai addiktológiai szakpszichológia szakma ellátására működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók listáját, mely 35 – a célcsoportba tartozó – szolgáltatót tartalmazott, melyek 30 szervezethez tartoznak.

A fenti 12 adatforrásban szereplő, a halmozódásokkal együtt 280 szolgáltatót tartalmazó adatbázis komparatív elemzését, a duplikációinak kiszűrését követően egy 73 szervezetre kiterjedő, a potenciálisan a kutatás célcsoportjába tartozó kiinduló adatbázist hoztunk létre.

Az adatgyűjtés eszköze és módja

Az adatgyűjtés során használt adatlap kialakításának háttérét a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) által az EMCDDA nemzeti fókuszpontjaival, valamint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az ENSZ Kábítószer- és Bűnügyi Hivatalával (UNODC) együttműködésben kifejlesztett ún. Európai Ellátás Felmérési Kérdőív (European Facility Survey Questionnaire - EFSQ) képezte képezte (Pirona, Forsell, Antoine, Bafi, Péterfi & Necas, 2017).

Az adatgyűjtési battéria a következő főbb témakörökre terjedt ki:

- (1) Szervezeti (intézményi információk
 - a. szűrőkérdés
 - b. a szervezet adminisztratív adatai (név, jogi státus, elérhetőségi információk)
 - c. A szervezet tevékenysége (fő és egyéb tevékenységek)
 - d. A szervezeten belüli drogspecifikus ellátási egységek (ha vannak)
- (2) Ellátási egység adminisztratív adatai (név, elérhetőségi adatok)
- (3) Kutatási kontakt adatok
- (4) Az ellátási egység tevékenysége
 - a. ellátástípusok
 - b. pszichoaktív szer-használatból eredő problémákkal küzdő személyeket közvetetten megcélzó szolgáltatások
 - c. milyen más intézményekből érkeznek a kliensek
- (5) Az ellátási egység célcsoport és kliensadatai
 - a. kliensforgalom (ellátástípusonként, elsődleges addiktológiai problémák, ill. szerek szerint)
 - b. speciális szolgáltatások (különböző addiktológiai problémák, szerhasználói csoportok, speciális csoportok részére)
- (6) Az ellátási egység elérhetősége/nyitvatartása
- (7) Az ellátási egységben dolgozó szakemberek (különböző végzettségi / foglalkozási kategóriákba tartozó szakemberek száma ellátástípusonként, valamint az alkalmazás minősége szerint)
- (8) Az ellátási egység finanszírozása (ellátástípusonként)

Az adatgyűjtés emailen történő megkeresést követően, a jelen kutatás keretében készített, a <https://kataszter.viselkedeskutato.hu/> címen megtalálható „DREK-BP” (Drogspecifikus Ellátások Katasztere – Budapest) elnevezésű, a kutatásban részt vevő szervezetek számára előre megküldött felhasználónév és jelszó megadásával elérhető, a fenti kérdéskörökre kiterjedő⁸ adatgyűjtő program segítségével, online adatfelvétellel történt.

Az adatlap első kérdése szűrőkérdésként szolgált a ténylegesen a célcsoportba tartozó szervezetek azonosításához. A potenciálisan a kutatás célcsoportjába tartozó 73 megkeresett szervezet közül azok kerültek az adatgyűjtés tényleges célcsoportjába, melyekre az alábbi állítások mindegyike igaz:

- a) önálló jogi személy;
- b) szervezeti és szakmai struktúrával rendelkezik;
- c) közvetlenül megcélzza a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket;
- d) egészségügyi és/vagy szociális ellátást végez (beleértve az ártalomcsökkentést is);
- e) Budapesten (is) működik;
- f) a fenti kritériumok mentén leírható tevékenységet jelenleg is végzi.

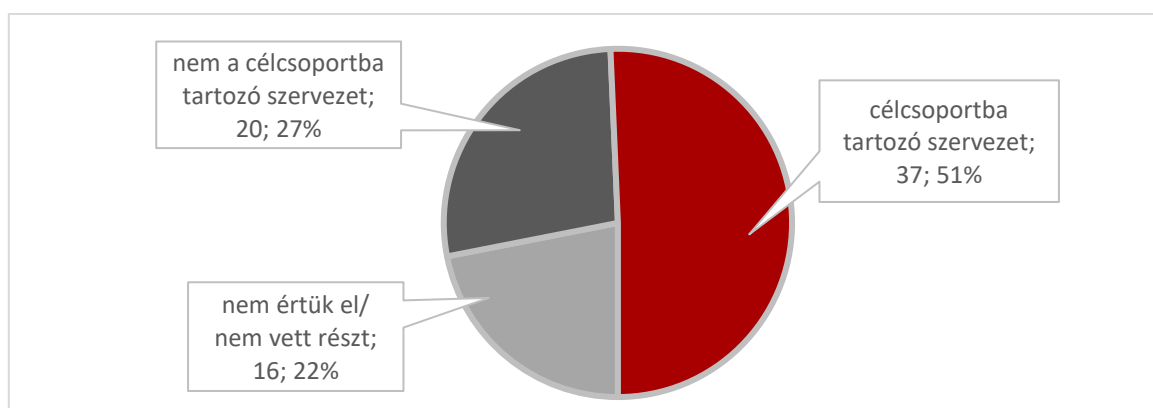
⁸ Az adatgyűjtő program kérdéseit offline megjelenítő adatlap megtalálható a mellékletben.

Eredmények

A fővárosban elérhető drogspecifikus ellátások szervezeti háttere

A potenciálisan a kutatás célcsoportjába tartozó, a fővárosban drogspecifikus egészségügyi és/vagy szociális ellátást nyújtó, a kutatás kiinduló adatbázisában szereplő 73 szervezet valamivel több mint egyötödét (22%), 16 szervezetet nem sikerült elérnünk, vagy nem vállalta a kutatásban való részvételt (az adatgyűjtési periódusban nem nyitotta meg a DREK-BP adatgyűjtő felületet). A felületet megnyitó 57 szervezet közel kétharmada, 37 szervezet (65%) a kiinduló adatbázisban szereplő szervezetek fele (51%-a) ténylegesen is a kutatás célcsoportjába tartozik (1. ábra).

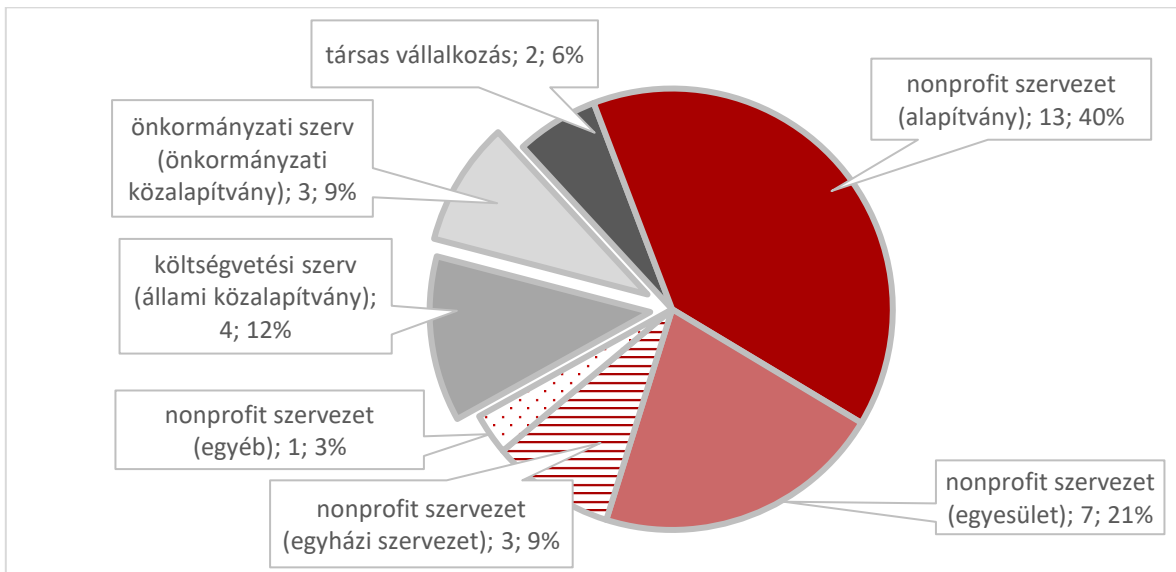
1. ábra: A kiinduló adatbázisban szereplő szervezetek megoszlása elérés, valamint a tényleges célcsoportba tartozás szerint (db; %; N=73)



Azaz 37 önálló jogi személyként működő, szervezeti és szakmai struktúrával rendelkező szervezet jelenleg is végez közvetlenül a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyek körében egészségügyi és/vagy szociális ellátást (beleértve az ártalomcsökkentést is) Budapesten (is)⁹. A célpopulációba tartozó, Budapesten drogspecifikus ellátási tevékenységet végző szervezetek közel háromnegyede (24 szervezet, 73%) nonprofit szervezet, azon belül is a leginkább meghatározó hányadot az alapítványi (a civil szervezetek több mint fele), s az egyesületi (a civil szervezetek 29%-a) formában működő szervezetek jelentik. A civil szerepvállaláshoz képest minden más szervezeti forma igen alacsony arányban jelenik meg: az általunk megismert ellátók között mindössze 4 állami és 3 önkormányzati drogspecifikus ellátást végző szervezet volt (2. ábra).

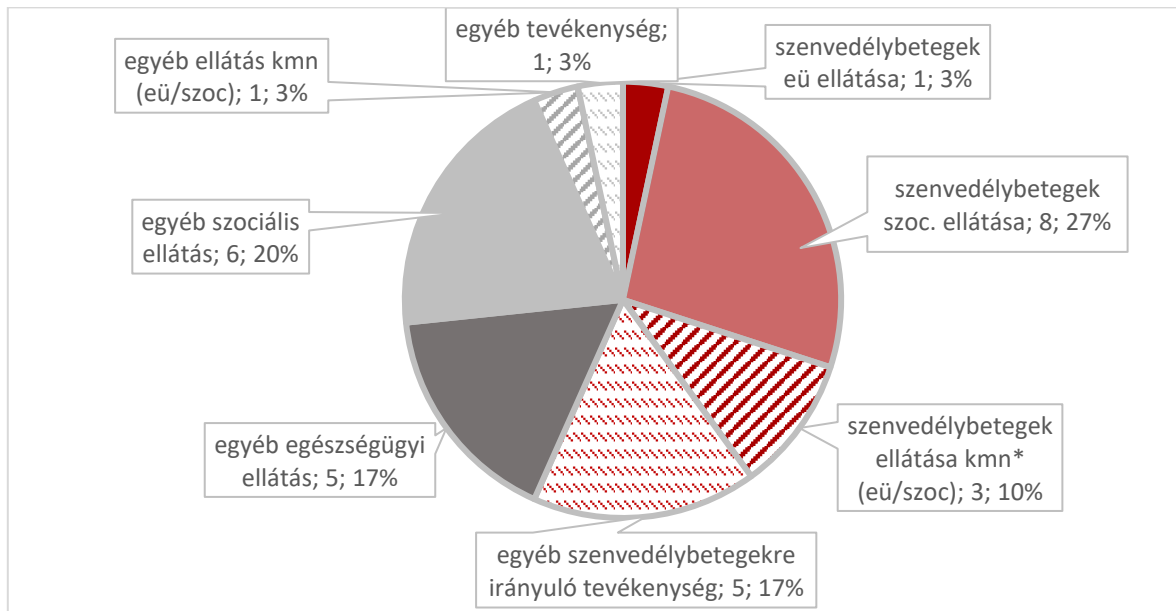
⁹ Az elért, de nem célcsoportba tartozó szervezetek többsége (85%, 20-ból 17 szervezet) nem célozza meg közvetlenül a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket, az a 3 kieső szervezet pedig, akik igen, ők más jellegű tevékenységet, nem egészségügyi és/vagy szociális ellátást végeznek körükben. E két tényező lefedi az összes megkeresett és nem a célcsoportba tartozó szervezetet, mindazonáltal emellett párhuzamosan előfordultak további kizáró tényezők is: 6 olyan szervezettel találkoztunk, ahol azt nyilatkozták, hogy a szervezetük nem rendelkezik szervezeti és szakmai struktúrával, és a látókörünkbe került 2 olyan, egyébként a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket más, nem ellátási területen megcélzó szervezet, ami már nem működik.

2. ábra: A kutatás célcsoportjába tartozó, Budapesten drogspecifikus ellátási tevékenységet végző szervezetek megoszlása a szervezet jogi státusa szerint (db; %; N=33)



A fővárosban drogspecifikus ellátási tevékenységet végző szervezetek közel háromötödének (57%) főtevékenysége szenvedélybetegekre irányuló szolgáltatások végzése, s ezen belül a szervezetek döntő többsége (40%) a jelen kutatás célját képező szenvedélybetegekre irányuló szociális és/vagy egészségügyi ellátást végez főtevékenységként, bár az elsősorban szenvedélybetegek egészségügyi ellátására szakosodott szervezet ritka (mindössze 1 ilyen szervezettel találkoztunk). A kutatásban elért szervezetek másik kétötöde (40%) – viszonylag kiegyenlített arányban – egyéb szociális és/vagy egészségügyi ellátás keretében nyújt drogspecifikus ellátást¹⁰ (3. ábra).

3. ábra: A kutatás célcsoportjába tartozó, Budapesten drogspecifikus ellátási tevékenységet végző szervezetek megoszlása a szervezet fő tevékenysége szerint (db; %; N=30)



* kmn= külön megjelölés nélkül

¹⁰ Az egyéb besorolásba került szervezet fő tevékenysége: az egyház társadalmi tanításának a megvalósítása.

Mint említettük, a kutatás adatfelvételi egységeit az (1) önálló szakmai vezetéssel, (2) körülhatárolható, önálló szakembergárdával és (3) közös ellátási filozófiával/szemlélettel rendelkező, (4) a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket közvetlenül megcélzó, (5) egészségügyi és/vagy szociális ellátást végző (beleértve az ártalomcsökkentést is), (6) a fővárosban (7) egy telephelyen, (8) jelenleg is működő ellátási egységek képezték.

A célcsoportba tartozó, Budapesten drogspecifikus ellátási tevékenységet végző 37 szervezet közül 20-ban nem különíthetők el a fenti definíciónak megfelelő önálló szakmai vezetéssel, szakembergárdával stb. jellemezhető ellátási egységek, tehát a szervezet egésze maga egy ellátási egységnek tekinthető. 10 másik célcsoportba tartozó szervezetben szervezetenként szintén egy-egy drogspecifikus ellátási tevékenységet végző ellátási egység található, azonban az egy, az ellátási egységnél nagyobb, más, nem drogspecifikus és/vagy nem egészségügyi és/vagy szociális ellátást végző, és/vagy nem a fővárosban működő – tehát nem a célcsoportunkba tartozó – ellátási egységgel vagy egységekkel együtt alkot egy szervezetet. További két célcsoportba tartozó szervezetnél 2 db, négy szervezetnél 3 db, egy szervezetnél pedig 5 db – önálló szakmai vezetéssel, körülhatárolható, önálló szakembergárdával és közös ellátási filozófiával/szemlélettel rendelkező, a pszichoaktív szer-használatból eredő problémákkal küzdő személyeket közvetlenül megcélzó, egészségügyi és/vagy szociális ellátást a fővárosban jelenleg is végző – ellátási egység található. Összesen tehát Budapesten 51 különböző drogspecifikus ellátási tevékenységet (is) végző ellátási egységet sikerült azonosítani.

A drogspecifikus ellátást végző fővárosi ellátási egységek tevékenysége 2022-ben

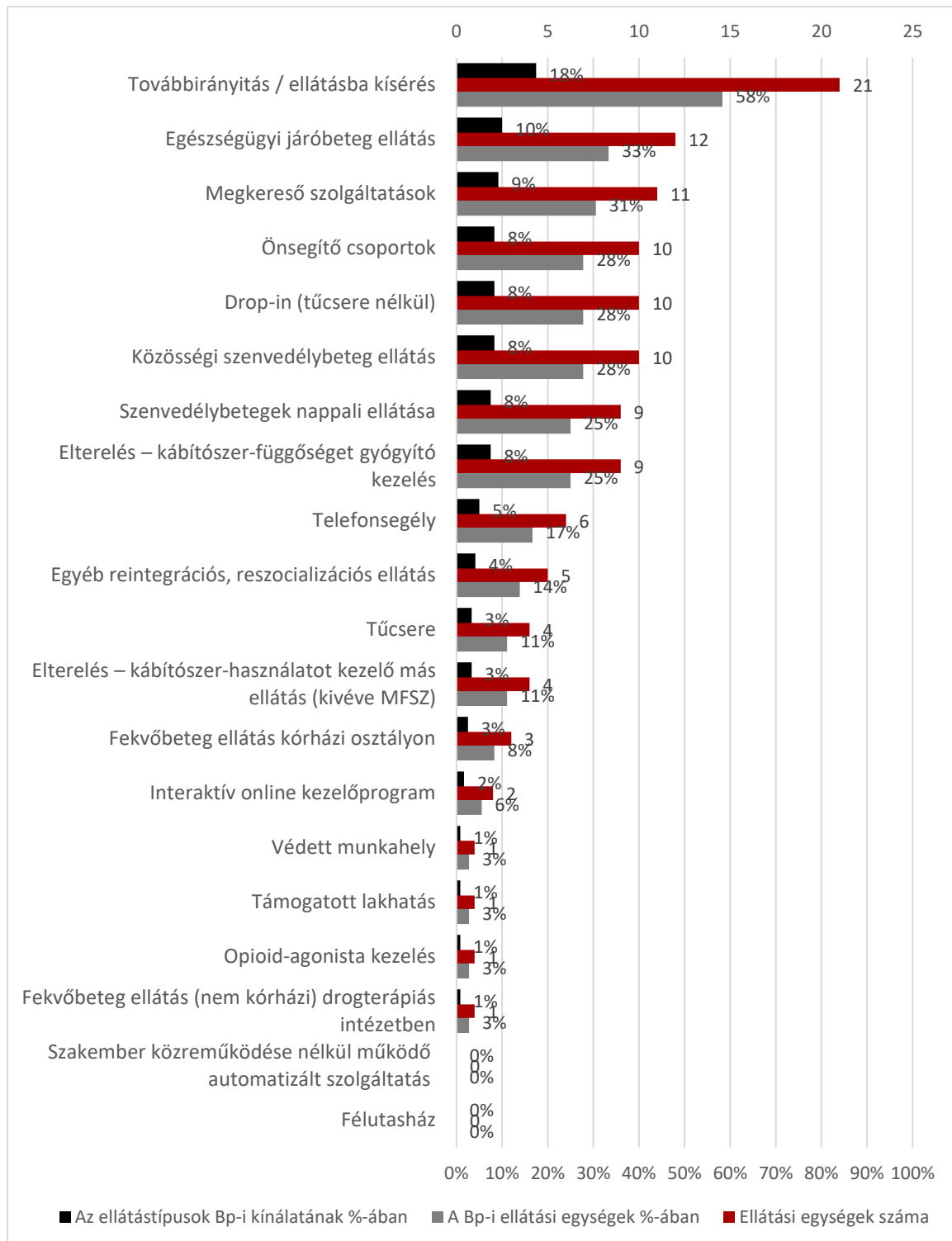
A Budapesten azonosított mintegy félszáz drogspecifikus ellátási tevékenységet (is) végző ellátási egység 70%-a (36 ellátási egység) esetében ismerjük, hogy a vizsgált 20 féle ellátástípus közül melyekben nyújtanak drogspecifikus ellátást. A kutatásban megismert fővárosi ellátási egységek leggyakrabban (módusz=1; 25%) egy, átlagosan 3,3 ellátástípusban végeznek ellátást, az ellátási egységek közel kétharmadában (63,9%) a kliensek maximum 3 ellátástípust érhetnek el. Az ellátástípusok fővárosi kínálatában – a megismert 35 ellátási helyen – a vizsgált 20 féle ellátástípusban összesen 120 elérési lehetőséget azonosítottunk.

A legutóbbi lezárt évben, 2022-ben a fővárosban drogspecifikus ellátási tevékenységet végző – általunk megismert – ellátási egységek (N=30) teljes kliensforgalma – az általuk megadott tényleges vagy becsült adatok alapján – 31.203 fő volt, egy átlagos ellátási egységé pedig 1040 fő.

A különböző ellátástípusokban elérhető ellátási helyek száma

Az ellátástípusok fővárosi kínálatában közel minden ötödik továbbirányítási / ellátásba kíséresi szolgáltatás. Az ellátási egységek többsége (háromötöde) biztosít a kliensek számára továbbirányítási / ellátásba kíséresi lehetőséget, a kliensek összességén 21 fővárosi ellátási egységben tudják igénybe venni ezt az ellátást, ami – egy kivétellel – más ellátástípusokkal együtt fordul elő az ezzel (is) foglalkozó ellátási egységek ellátási portfóliójában (4. ábra).

4.ábra: Különböző ellátástípusok aránya a fővárosi drogspecifikus ellátásban
 (az ellátási egységek száma (db); valamint az ellátási egységek (EE), ill. az ellátástípusok kínálatának (ETK) %-ában; $N_{EE}=36$; $N_{ETK}=120$)



Viszonylag széles azon ellátástípusok köre, amelyekkel minden harmadik-negyedik fővárosi ellátási egységben találkozhatunk. A vizsgált 20 különböző ellátástípusból 7 ebbe a körbe tartozik: 9-12 ellátási egységben elérhető egészségügyi járóbetegek ellátás és/vagy önsegítő csoport és/vagy közösségi szenvedélybeteg ellátás és/vagy drop-in szolgáltatás (túcsere nélkül) és/vagy az elterelés kábítószer függőséget gyógyító kezelési formája, illetve szenvedélybetegek nappali ellátása, továbbá az ellátási egységek közel egyharmada végez megkereső

szolgáltatást (is). Ezek az ellátástípusok egyenként a fővárosi kínálat megközelítőleg egytizedét teszik ki. Az egészségügyi járóbeteg ellátás kivételével – ami több esetben önállóan nyújtott ellátásként jelenik meg – ezek az ellátás típusok sem önmagukban fordulnak elő egy-egy ellátási egységben (4. ábra).

A fenti, viszonylag nagy gyakorisággal előforduló ellátástípusok mellett 6 ellátási egységben találkozunk telefonsegély szolgáltatással, 5-ben egyéb reszocializációs szolgáltatással, 4 foglalkozik tűcserével, illetve ugyanennyi végez elterelés keretében kábítószer-használatot kezelő más ellátást (nem függőséget kezelő, és megelőző felvilágosító szolgáltatást). Fekvőbeteg kórházi ellátást Budapesten 3 ellátási egység végez, egy ellátási egységben van lehetőség drogterápiás intézeti elhelyezésre. Szintén 1-1 ellátási egység biztosít opioid-agonista kezelést, támogatott lakhatást ill. védett munkahelyet. Egyáltalán nincs a megismert 35 fővárosi ellátási egység ellátási portfóliójában félutasház, valamint szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás (4. ábra).

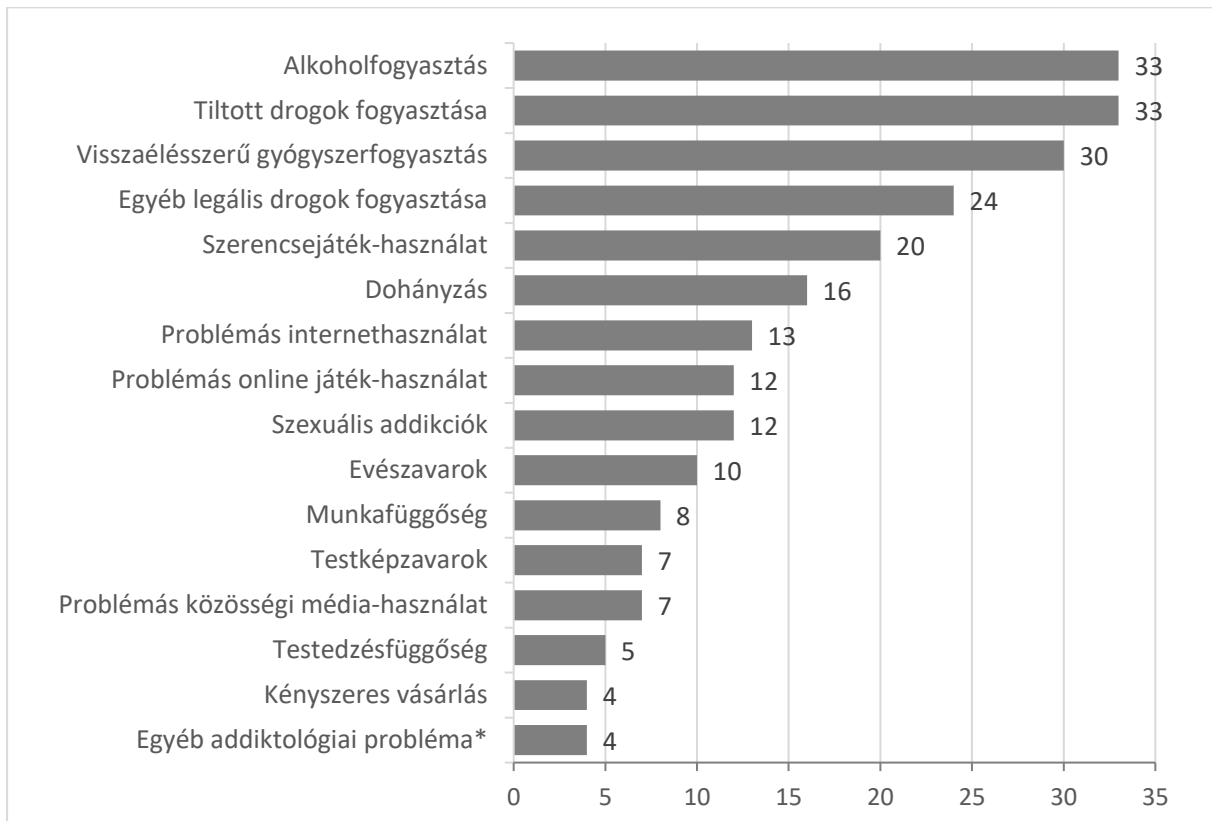
A pszichoaktív szer-használatból eredő problémákkal küzdő személyeket közvetlenül megcélzó ellátástípusok mellett 22 ellátási egység jelezte valamilyen, a szerhasználókat közvetetten megcélzó szolgáltatás elérhetőségét kínálatukban: 19 ellátási egységben elérhető hozzátartozói tanácsadás, 6-6 egységben végeznek családterápiát és/vagy nyújtanak valamilyen egyéb, a szerhasználókat közvetetten megcélzó szolgáltatást (pl. közösségfejlesztés, önkéntes konzultáció).

A különböző addiktológiai problémákkal rendelkező kliensek ellátása a drogspecifikus ellátásban

A fővárosi drogspecifikus ellátást végző ellátási egységek mindegyike – a kutatás célpopulációra vonatkozó definíciójának megfelelően – közvetlenül megcélozza a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal rendelkező személyeket, azaz a tiltott drogok fogyasztása és/vagy a visszaélés szerű gyógyszerfogyasztás mindegyik ellátási egység célpopulációjában megjelenik. Azonban a tiltott drogok fogyasztásából eredő problémákkal jelentkező klienseknek ellátást nyújtó ellátási egységekkel azonos arányban (33 egység, 94%) vannak jelen a fővárosi drogspecifikus ellátásban az alkoholproblémával rendelkező kliensekkel (is) foglalkozó ellátási egységek, s ezekből csak kismértékben marad el a visszaélés szerű gyógyszerhasználókat ellátó egységek száma (30 egység; 86%).

A fővárosi drogspecifikus ellátást biztosító ellátási egységek elsősorban a szerhasználó magatartással jelentkező klienskört célozzák meg, a valamilyen viselkedési addikcióval jelentkező kliensekkel általában az ellátási egységek egyharmada, vagy annál kisebb része foglalkozik (4-13 egység). A viselkedési addikciók közül egyedül a szerencsejáték-használatból eredő problémákkal rendelkező kliensek iránt nagyobb a drogspecifikus ellátásban a fogadókészség: 20 ellátási egység (57%) nyújt ellátást számukra (is).

5. ábra: A különböző addiktológiai problémákkal rendelkező kliensek számára ellátást nyújtó ellátási egységek száma a fővárosi drogspecifikus ellátásban (N_{EE}=35; db)

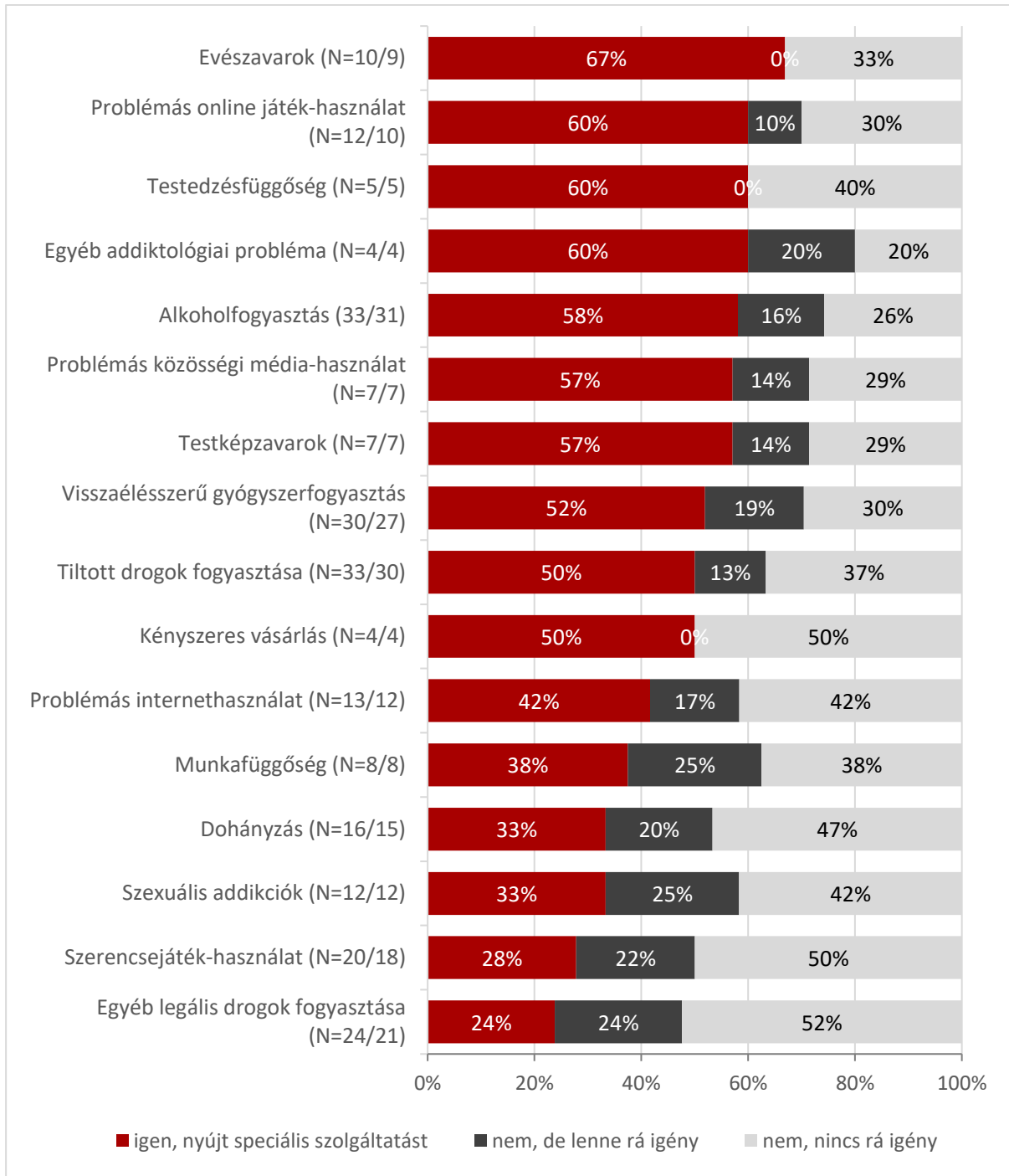


*Az egyéb válaszok között mind a 4 esetben a társfüggőség került említésre.

A fővárosi drogspecifikus ellátási egységek az általuk ellátott addiktológiai problémák esetén nem feltétlenül nyújtanak az adott addiktológiai problémákkal rendelkező klienscsoport szükségleteire reflektáló speciális szolgáltatást (6. ábra). A pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő, azaz tiltott drogok fogyasztási vagy visszaélészerű gyógyszerfogyasztási problémákkal rendelkező kliensek szükségleteire reflektáló speciális szolgáltatást is csak a fővárosi drogspecifikus ellátási egységek 50-52%-a nyújt.

Leginkább néhány viselkedési függőség ill. zavar – evészavarok (67%), problémás onlinejáték-használat, testedzésfüggőség, illetve az egyéb ellátott addiktológia problémák között jelzett társfüggőség (60%) – esetén, valamint az alkoholfogyasztási problémákkal küzdő kliensek számára léteznek speciális szolgáltatások a fővárosi drogspecifikus ellátási egységekben. Az adott addiktológiai problémákkal rendelkező klienscsoport szükségleteire szabott szolgáltatások csak az evészavarok, a testedzésfüggőség, valamint a kényszeres vásárlás esetén fedik le az ellátási egységek által percipiált igényeket (ennél a három klienscsoportoknál nincs olyan, a klienscsoportot ellátó ellátási egység, ahol úgy érzékelik, hogy lenne igény speciális ellátásra, de az egységük nem nyújt speciális szolgáltatást). A többi addiktológiai probléma esetében részben más okok húzódnak meg a speciális ellátások igényekhez képest deficités elérhetőségének hátterében.

6.ábra: Az különböző addiktológiai problémákkal rendelkező kliencsoportok számára speciális ellátást nyújtó ellátási egységek aránya a fővárosi drogspecifikus ellátásban (az adott problémát ellátó, a kérdésre válaszoló ellátási egységek százalékában)



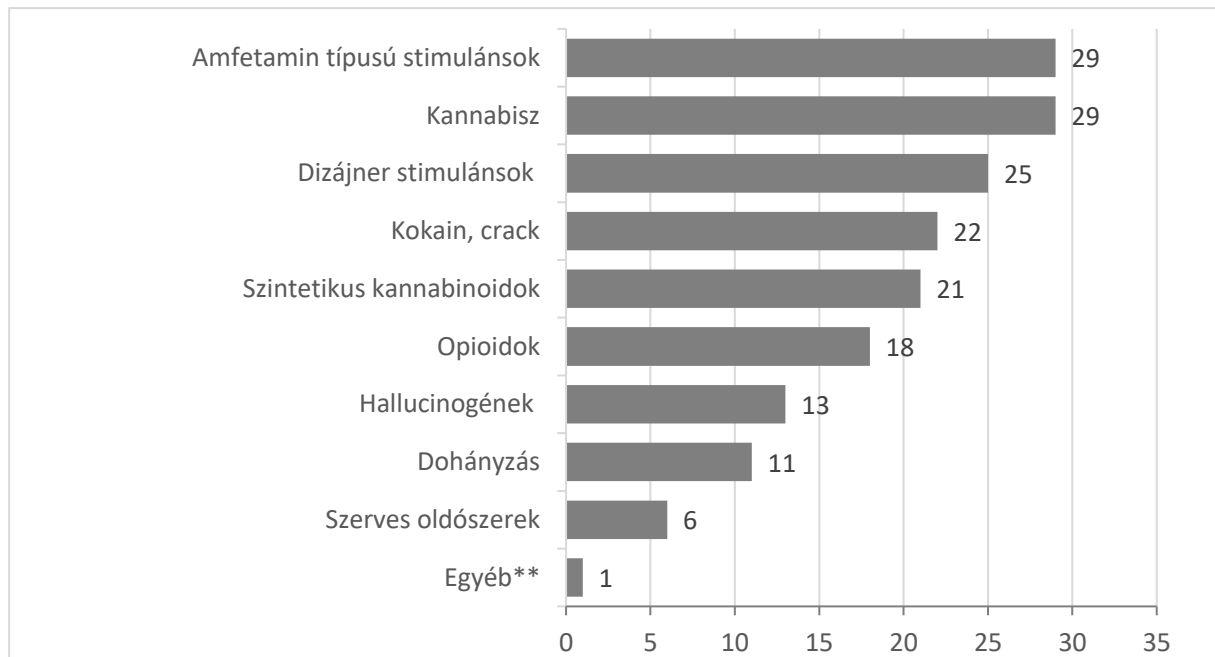
*Az egyéb válaszok között minden esetben a társfüggőség került említésre.

A különböző szereket használó kliensek ellátása a drogspecifikus ellátásban

A fővárosi drogspecifikus ellátásban megismert 51 ellátási egység közül a legtöbben (29 ellátási egység; 57%) elsődleges szerként amfetamin típusú stimulánsokat, illetve kannabiszt használó klienseket láttak el 2022-ben. Nem sokkal marad el ettől az elsődlegesen ún. dizájer stimulánsokat használó kliensek ellátását (is) jelző ellátási egységek száma: megközelítőleg minden

második (24-25) ellátási egységben megjelentek ezen klienscsoportok az elmúlt évben. Az ellátási egységek több mint háromötöde (21-22 ellátási egység) számolt be elsődlegesen szintetikus kannabinoidekat, illetve opiátokat használó kliensekről. Az elsődleges szerként hallucinogéneket használó, valamint dohányzó kliensek az ellátási egységek negyedében-ötödében jelentek meg, s csak kb. minden tizedik ellátási egység látott el elsődlegesen szerves oldószer használat miatt klienseket 2022-ben. Egy ellátási egység pedig többféle drog együttes használatával jellemezhető kliensek jelenlétéről (is) beszámolt.

7.ábra: Az ellátási egységek száma az elsődlegesen használt szer szerint a fővárosi drogspecifikus ellátásban (ellátási egység; db*)

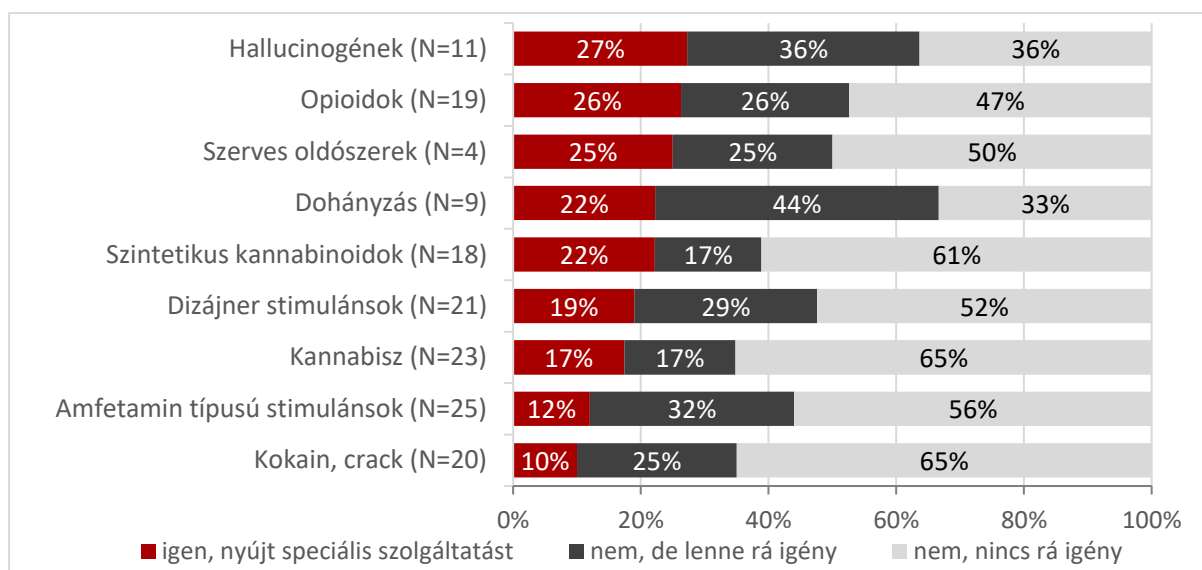


*Az elsődlegesen használt szer szerinti kliensforgalmi adatoknál az adott szer esetében valamekkora (nullánál nagyobb) forgalmat jelző ellátási egységek száma

**Többféle drog együttes használata

Mint a 6. ábrán láthattuk, a fővárosi drogspecifikus ellátási egységeknek mindössze 50-52%-a nyújt a kutatás fókuszát jelentő a pszichoaktív szer-használó magatartások, a tiltott drogok fogyasztási vagy visszaélészerű gyógyszerfogyasztási problémákkal rendelkező kliensek szükségleteire reflektáló speciális szolgáltatást. Amennyiben szűkebb szerhasználói csoportokra vizsgáljuk a speciális szolgáltatások jelenlétét, még kisebb arányokat látunk (8. ábra). A különböző típusú tiltott droghasználati problémákkal rendelkező, szipuzó vagy dohányzó kliensek speciális problémáira csak az ellátási egységek negyedében-ötödében léteznek speciális szolgáltatások, de előfordul, hogy csak tizede (kokain, crack) nyújt speciális ellátást. A szertípusonként nyújtott speciális szolgáltatások elérhetősége rendre igen alacsony – a különböző addiktológiai problémák esetében tapasztaltnál kisebb – előfordulási arányának hátterében – a dohányzók és a hallucinogéneket használó csoportok kivételével – meghatározóan az áll, hogy az ellátóhelyek fele-kétharmada nem percipiál ilyen igényeket. Ehhez képest kisebb arányú, de jelentős (17-44% között mozog) azoknak az ellátóhelyeknek az aránya is, ahol nem nyújtanak a különböző szerhasználói klienscsoportoknak speciális ellátást, de úgy gondolják, hogy „lenne rá igény”.

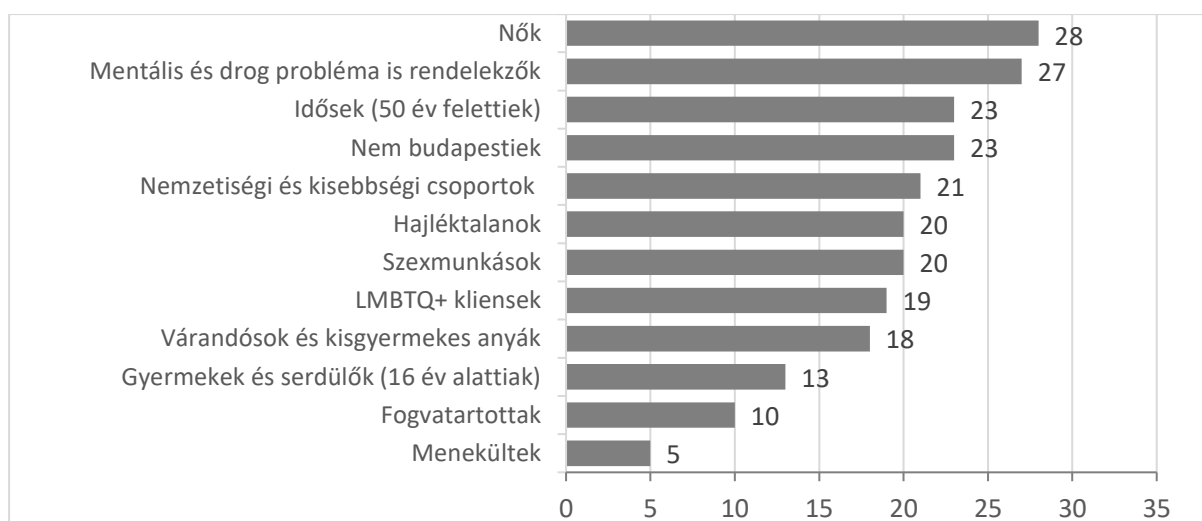
8.ábra: Az különböző szereket használó klienscsoportok számára speciális ellátást nyújtó ellátási egységek aránya a fővárosi drogspecifikus ellátásban (az adott klienscsoportot ellátó a kérdésre válaszoló ellátási egységek százalékában)



Speciális csoportokba tartozó, elsődlegesen droghasználati problémával jelentkező kliensek ellátása a fővárosi drogspecifikus ellátásban

A különböző speciális csoportokba tartozó, elsődlegesen droghasználati problémával jelentkező kliensek közül a nőket és a kábítószer-használati problémával párhuzamosan mentális problémával is rendelkező klienseket a fővárosi drogspecifikus ellátásban megismert ellátási egységek valamivel több mint felében (27-28 ellátási egység; 53-55%) láttak el 2022-ben. Az ellátási egységek negyedében-ötödében elláttak az elmúlt évben idős (50 év feletti), valamilyen nemzetiségi csoporthoz tartozó, hajléktalan, szexmunkás, LMBTQ+ embereket, valamint várandós vagy kisgyermekes anyákat is. A gyermekek és serdülők, a fogvatartottak, illetve a menekültek előfordulása az ellátási egységek klienskörében ennél ritkább (9. ábra).

9.ábra: A különböző speciális csoportokba tartozó, elsődlegesen droghasználati problémával jelentkező kliensek számára ellátást nyújtó ellátási egységek száma (ellátási egység; db*)

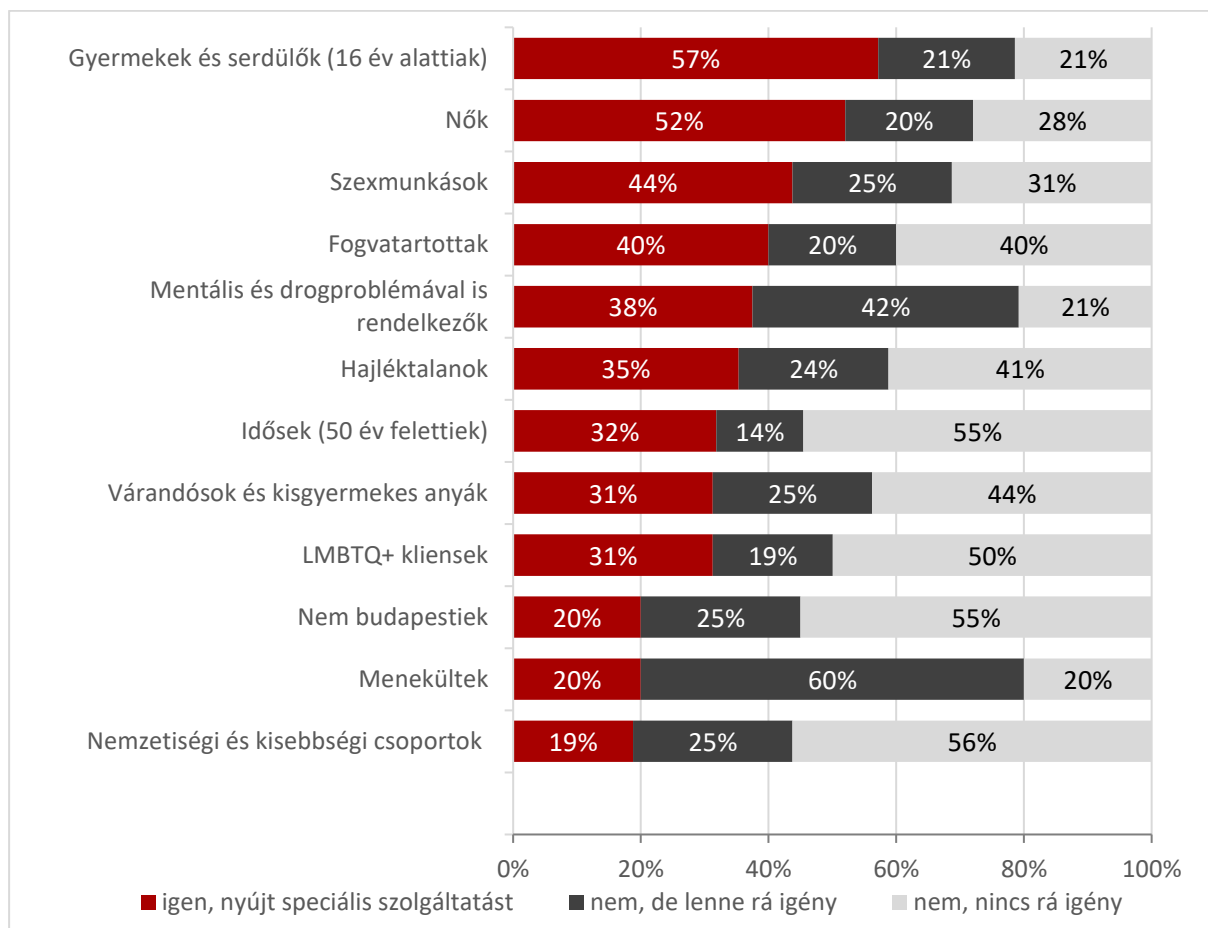


*Az elsődlegesen droghasználati problémákkal jelentkező és az adott speciális csoport esetében valamekkora (nullánál nagyobb) forgalmat jelző ellátási egységek száma

A vizsgált speciális klienscsoportok közül mindössze a két legtöbb ellátási egységben előforduló (9. ábra) csoport, a 16 év alatti gyermekek és serdülők, valamint a nők csoportja kap speciális, szükségleteikre szabott szolgáltatást az őket ellátó ellátási egységek legalább fele esetében (10. ábra).

A speciális klienscsoportok többsége esetében az őket ellátó ellátási egységek kétötödében-egyharmadában reflektálnak a nyújtott szolgáltatások célzottan a speciális szükségleteikre. Az ellátatlan szükségletek a speciális klienscsoportok esetében többnyire hasonló arányban vannak jelen az őket ellátó egységekben, mint a különböző addiktológiai problémákkal rendelkező kliensek esetében. Két, az ellátási egységek által különösen is ellátatlanként percipiált klienscsoportot láthatunk, az egyik a Menekültek, a másik a kábítószer használati probléma mellett mentális problémával is küzdő kliensek csoportja, az előbbiek esetében az ellátóegységek 60%-a, de az utóbbi klienscsoportban is több, mint kétötöde észlel ellátatlan igényeket.

10. ábra: Az különböző speciális csoportokba tartozó droghasználó kliensek szükségleteire szabott speciális ellátást nyújtó ellátási egységek száma a fővárosi drogspecifikus ellátásban (az adott klienscsoportot ellátó, a kérdésre válaszoló ellátási egységek százalékában)



A fővárosi drogspecifikus ellátás egyéb jellemzői

A különböző ellátástípusok időbeli elérhetősége (nyitvatartása)

A fővárosi drogspecifikus szolgáltatások a legtöbb ellátástípusban a hétköznapi napokon jóval nagyobb számban elérhetőek, mint a hétvégeken. Mindössze 8 ellátástípusban van szombaton, 7-ben pedig vasárnap is 1-2 elérhető szolgáltató (részletesen lásd a 11. ábrát).

11. ábra: Az egyes ellátástípusokban különböző napokon nyitva tartó drogspecifikus ellátást nyújtó ellátási egységek száma a fővárosban (db)



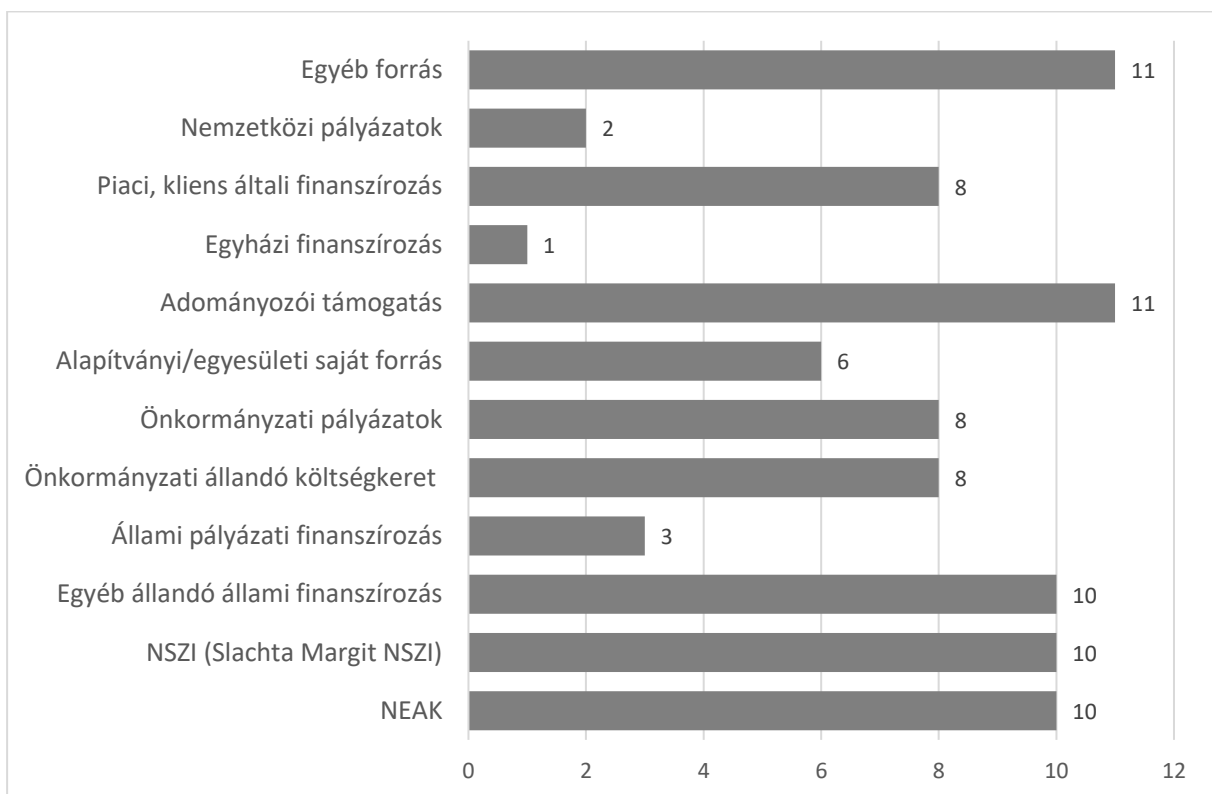
* Az adott ellátástípus nyitvatartására vonatkozó kérdésre válaszoló ellátási egységek száma (db)

Az ábra nem tartalmazza a fekvőbeteg ellátást végző ellátási egységek elérhetőségét.

A különböző ellátástípusok finanszírozása

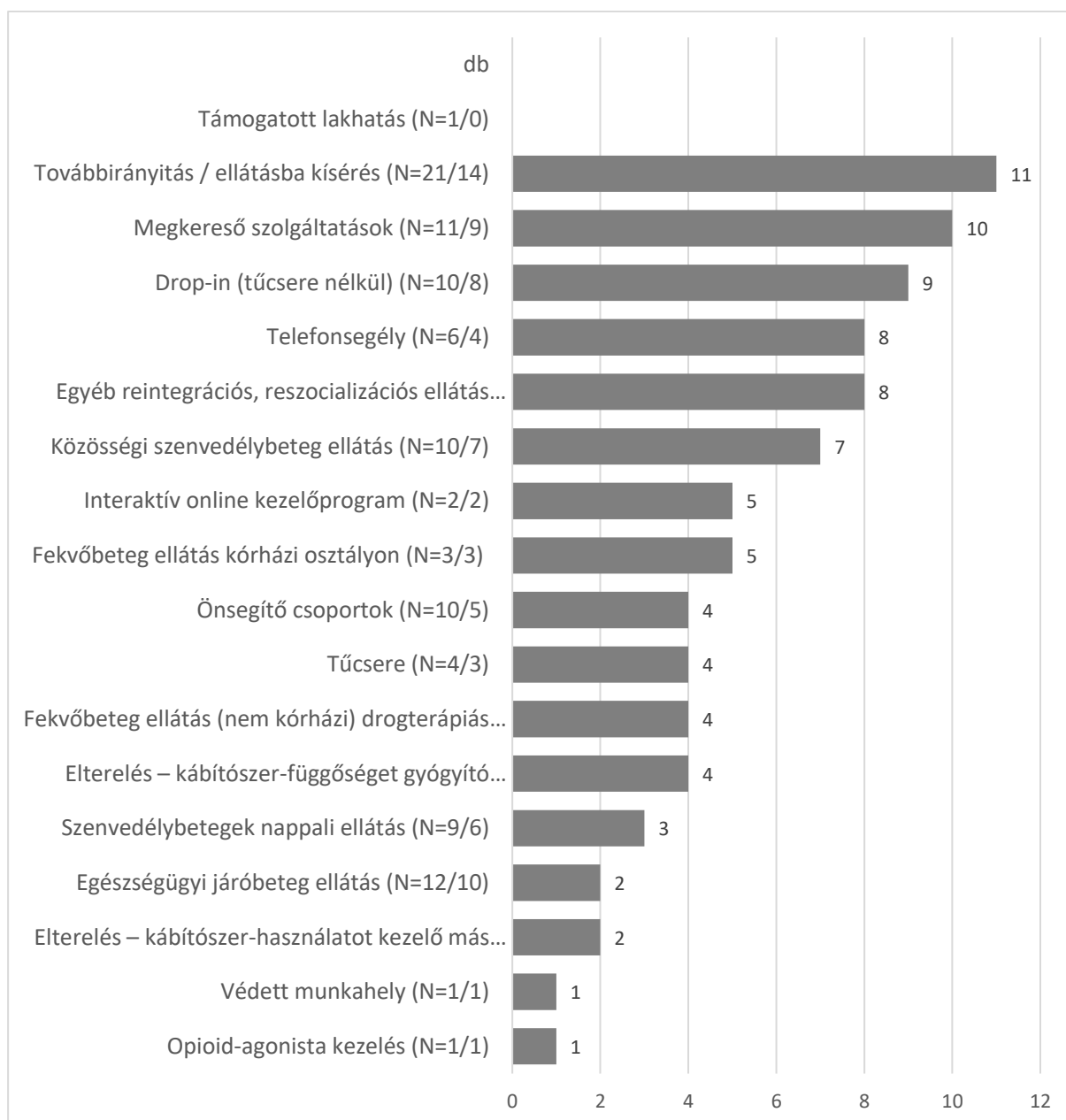
A vizsgált forrástípusok közül az adományozói támogatás, a NEAK, az NSZI, valamint az egyéb állami finanszírozás az, ami legalább minden második ellátástípus finanszírozásában megjelenik valamilyen arányban (12. ábra). Azonban ezeknek a forrásoknak a szerepe jelentősen eltérő: a NEAK és a NSZI az egyes ellátástípusokban szolgáltatást nyújtó ellátási egységekben az ellátástípus finanszírozásában átlagosan 32-31%-os arányban veszi ki a részét, addig az egyéb állami támogatások 12%-kal, az adományozó támogatás 4%-kal vannak jelen. Az önkormányzati által biztosított állandó költségkeret, illetve az önkormányzati pályázatok a vizsgált ellátástípusok kétötödében (18-ból 8-ban) jelennek meg, azonban az ellátóhelyek költségvetésében az átlagos arányuk meglehetősen alacsony, 1-3%. Az állami pályázati finanszírozás azonban ennél is kevesebb (mindössze 3) ellátástípus finanszírozásában vesz részt, átlagosan 1%-nál kisebb aránnyal. Legkisebb jelentőségűnek az egyházi finanszírozás és a nemzetközi pályázatok tűnnek, 1-2 ellátástípusban való 1% alatti finanszírozási aránnyal (a részletes adatokat lásd a melléklet 1. táblázatában).

12. ábra: A vizsgált különböző forrástípusok megjelenése ellátási típusok finanszírozásában a fővárosi drogspecifikus ellátásban, 2022-ben (az ellátástípusok száma a különböző forrástípusok esetében a kérdésre válaszoló ellátási egységek által megadott adatok alapján; db)



A fővárosi drogspecifikus ellátásban a különböző ellátástípusok finanszírozási összetétele – a kutatás során megismert ellátási egységek által megadott adatok alapján – nagymértékű heterogenitást mutat. A „több lábbon állás” leginkább a továbbirányítás/ellátásba kísérésre, a megkereső programokra, valamint drop-in (túcsere nélkül) szolgáltatásokra jellemző, ahol a vizsgált 12 különböző forrás többsége (legalább háromnegyede) a 2022-es évben megjelent valamilyen arányban valamelyik ellátási egység-nél. De a lehetséges forrástípusok legalább fele (legalább 6) jelen volt a telefonsegély szolgáltatások, az egyéb reintegrációs / reszocializációs ellátás, valamint a közösségi szenvedélybeteg ellátás finanszírozásában is. Ugyanakkor a kutatás során elért egy-egy opioid-agonista kezelés, illetve védett munkahely csak 1-1 forrásra, az előbbi NEAK-ra, az utóbbi az NSZI-re támaszkodik (12. ábra, illetve a részletes adatokat lásd a melléklet 1. táblázatban).

13.ábra: A források heterogenitása a különböző ellátási típusokban* a fővárosi drogspecifikus ellátásban, 2022-ben (az adott ellátástípusban szolgáltatást nyújtó, és a kérdésre válaszoló ellátási egységek által megadott forrástípusok száma; db)



*A támogatott lakhatás ellátástípusban a kutatásban résztvevő 1db ellátási egység nem szolgáltatott ilyen adatot.

Az ellátási egységek humánerőforrás összetétele

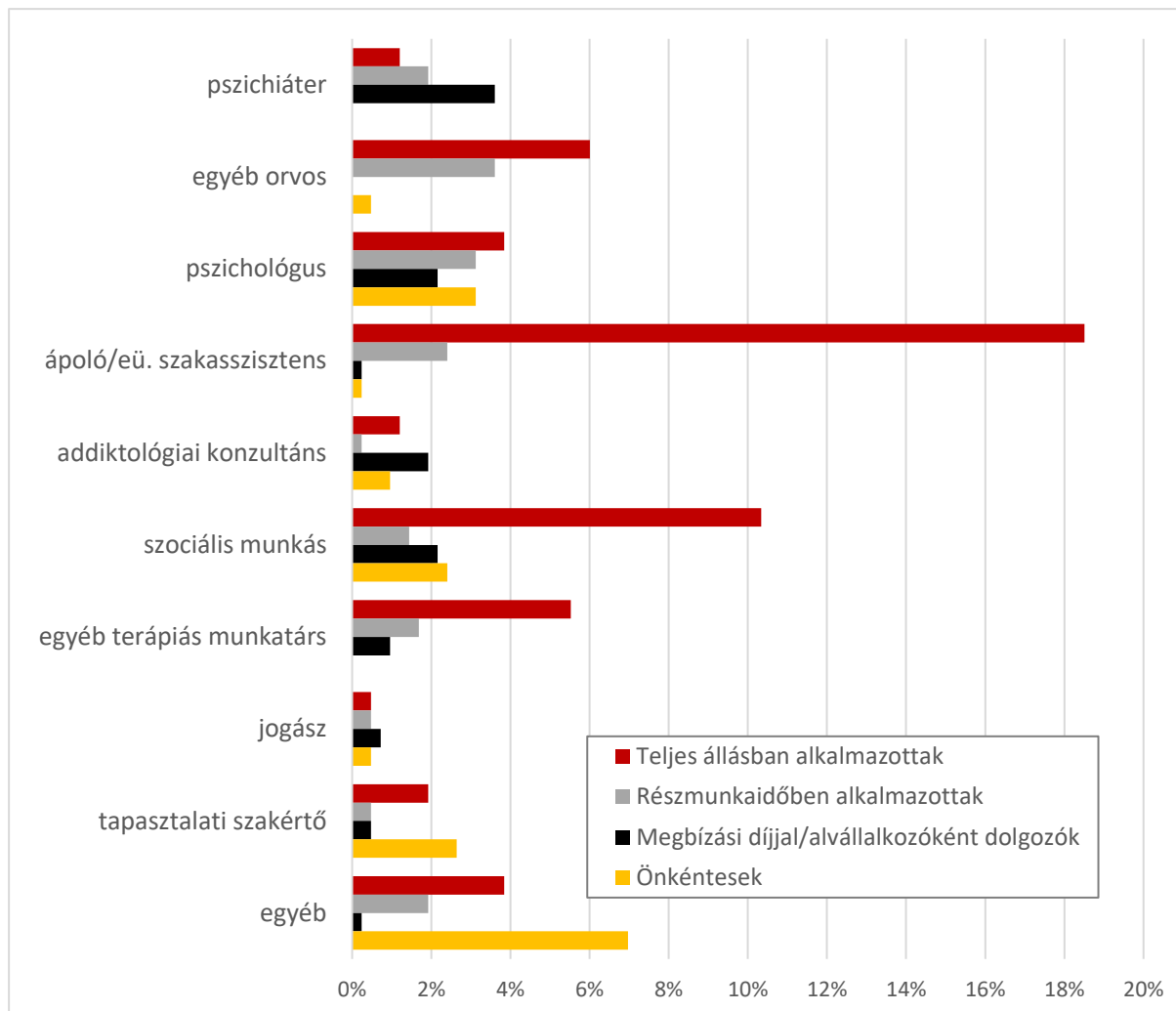
Szakmacsoport szerint vizsgálva a fővárosi drogspecifikus ellátásban dolgozók összetételét (melléklet 2. táblázat), az ellátási egységek által megadott adatok alapján legnagyobb arányban ápolók és szakasszisztensek (16%), orvosok (17%, ebből 7% pszichiáter) és szociális munkások (16%) dolgoznak. Minden nyolcadik dolgozó pszichológus. 10% alatti aránnyal vannak jelen drogspecifikus ellátásban az egyéb terápiás munkatársak (8%), a tapasztalati szakértők (6%), az addiktológiai konzultánsok (4%) és a jogászok (2%).

A fővárosi drogspecifikus ellátásban a kutatás során megismert ellátási egységekben dolgozók mintegy fele (53%) teljes állású alkalmazott, 17%-uk részállásban, 13%-uk (52 fő) pedig megbízási díjjal vagy

alvállalkozóként dolgozik. Emellett a fővárosi drogspecifikus ellátási egységek munkáját a részállásúkkal azonos arányú (17%) önkéntes (is) segíti (melléklet 3. táblázat).

A fővárosi drogspecifikus ellátásban dolgozók eloszlását szakma és alkalmazás típus szerint együtt vizsgálva (12. ábra) azt mondhatjuk, hogy az ellátórendszerben legnagyobb arányban főállású ápolókkal találkozhatunk (az összes dolgozó 19%-a), ezt követi a főállású szociális munkások (10%), illetve szintén főállásban dolgozó nem pszichiáter orvosok, valamint egyéb terápiás munkatársak (6-6%) előfordulási gyakorisága.

14. ábra: A fővárosi drogspecifikus ellátásban dolgozók szakma és alkalmazás típus szerinti aránya (a kérdésre válaszoló ellátási egységek által megadott létszámadatok összegének (N=416) százalékában)



Amennyiben a teljes- vagy részállásban dolgozók jelenlétét az ellátásbiztonság indikátorának tekintjük, akkor összességében az ellátási volumen humánerőforrás háttér biztosítottsága szempontjából nagyobb részt stabilnak tekinthető. Azonban az ellátásbiztonság különböző szakmák részéről való biztosítása tekintetében jelentős heterogenitás mutatkozik: a főállású munkatársak aránya az ápoló/eü. szakasszisztensek körében a legnagyobb (87%), de legalább 60% az egyéb terápiás munkatársak, a szociálmunkások, valamint a nem pszichiáter orvosok esetében. Ugyanakkor a két fontos szakterület dolgozói, a pszichiáterek, vagy addiktológiai konzultánsok körében leginkább az ellátásbiztonság szempontjából kevésbé kedvező megbízási díjjal/alvállalkozóként való alkalmazás jellemző (melléklet 3. táblázat).

A beutaló intézménytípusok szerepe a kliensek drogspecifikus ellátásba juttatásában

A kutatás során 11 féle intézménytípus (saját szervezet más ellátási egysége; más drogspecifikus egészségügyi szolgáltató; más drogspecifikus szociális szolgáltató; pszichiátria, egyéb mentális ellátást nyújtó szolgáltatók; házi orvos; egyéb egészségügyi szolgáltató; család és gyermekjóléti központ/szolgálat; nevelési tanácsadó; egyéb szociális szolgáltató; oktatási intézmény; rendőrség / bíróság; + egyéb intézmények) beutaló/küldő szerepét vizsgáltunk a fővárosi ellátási egységekben előforduló 18 féle ellátástípus vonatkozásában. Az ellátási egységek beszámolóí azt jelezték, hogy a kliensek valamilyen drogspecifikus ellátástípusba való bekerülésében összességében a „más drogspecifikus szociális szolgáltatóknak” van a legnagyobb szerepe: ezen intézménytípus az összes lehetséges említés (106¹¹) közel felével (49 említés) került az első helyre. Ezt követik szinte holtversenyben az „Egyéb szociális szolgáltatók”, valamint a „más drogspecifikus egészségügyi szolgáltatók” (43, illetve 42 említéssel). A vizsgált küldő/utaló intézmények átlagos említési gyakoriságát (31) meghaladja továbbá az „egyéb egészségügyi szolgáltatók”, a „pszichiátria, egyéb mentális ellátást nyújtó szolgáltatók”, valamint a „Család és Gyermekjóléti Központ/Szolgálat” említéseinek száma is, azaz ezen intézményeknek is az átlagosnál nagyobb szerepük van a kliensek drogspecifikus ellátásba küldése szempontjából. Kutatásunk adatai alapján ugyanakkor a legkevésbé a „nevelési tanácsadóból”, valamint a „házi orvosoktól” érkeznek kliensek a fővárosi drogspecifikus ellátásba (1. táblázat utolsó sor).

Amennyiben az egyes ellátástípusokba utaló intézmények heterogenitását vizsgáljuk (1. táblázat, utolsó oszlop), akkor elsősorban a „drogterápiás intézeti” ellátást kell kiemelnünk: az egy ellátási egységre jutó beutaló intézménytípusok száma ebben az ellátástípusban a legnagyobb, a fővárosban a drogterápiás intézeti ellátást nyújtó egyetlen ellátási egységbe 8 különböző intézmény küld/utal klienseket. Kiemelkednek még a „Szenvedélybetegek nappali ellátását”, valamint a „Fekvőbeteg ellátást kórházi osztályon” végző ellátási egységek, melyek esetében minden (vagy szinte minden) vizsgált intézménytípus megjelenik beutaló/küldő intézményként, s egy ellátási egységbe átlagosan 6 intézménytípusból érkeznek kliensek. A legkevésbé heterogén beutaló intézményi kapcsolatrendszerrel az „Interaktív online kezelőprogramok” a „Túccserék” és az „Elterelést – kábítószer-használatot kezelő más ellátást (kivéve MFSZ)” végző ellátástípusok rendelkeznek, azonban eltérő intézményi körrel (lásd: 1. táblázat adott ellátástípusokhoz tartozó adatai): míg a túccserében kizárólag más drogspecifikus szociális vagy egészségügyi szolgáltatótól érkeznek kliensek, az „elterelés más kábítószerhasználatot kezelő (nem függőséget gyógyító, és nem MFSZ) ellátástípusa” esetében értelemszerűen a rendőrségi/bírósági beutalás dominál, az interaktív online kezelőprogramok pedig az általunk felsorolt lehetséges intézmények körétől eltérő beutalói/ajánló körrel dolgoznak.

¹¹ Az egyes ellátástípusok esetében kérdésre válaszoló ellátási egységek összesített száma.

1.táblázat: A fővárosi ellátási egységek száma az általuk működtetett különböző ellátástípusokban a klienseket beutaló/küldő különböző intézménytípusok előfordulása szerint (db)

	Saját szervezet más ellátási egysége	Más drogspecifikus egészségügyi szolgáltató	Más drogspecifikus szociális szolgáltató	Pszichiátria, egyéb mentális ellátást nyújtó szolg.	Háziorvos	Egyéb egészségügyi szolgáltató	Család és Gyermekjóléti Központ/Szolgálat	Nevelési tanácsadó	Egyéb szociális szolgáltató	Oktatási intézmény	Rendőrség / Bíróság	Egyéb	Egy ellátási egységre jutó beutaló intézménytípus db
Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés (N=9/9)*	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	8	2	1,8
Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ) (N=4/4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1,5
Egészségügyi járóbeteg ellátás (N=12/9)	3	2	4	6	5	6	2	0	1	0	1	2	3,6
Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon (N=3/3)	2	1	1	2	2	2	1	0	1	3	3	1	6,3
Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben (N=1/1)	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	8,0
Opioid-agonista kezelés (N=1/1)	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5,0
Szenvedélybetegek nappali ellátás (N=9/8)	5	5	4	5	4	6	6	1	6	3	2	1	6,0
Közösségi szenvedélybeteg ellátás (N=10/8)	6	5	5	2	2	3	5	1	7	4	1	2	5,4
Túcsere (N=4/4)	0	2	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1,5
Drop-in (túcsere nélkül) (N=10/9)	2	3	4	2	0	3	3	2	6	2	1	4	3,6
Támogatott lakhatás (N=1/1)	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,0

	Saját szervezet más ellátási egysége	Más drogspecifikus egészségügyi szolgáltató	Más drogspecifikus szociális szolgáltató	Pszichiátria, egyéb mentális ellátást nyújtó szolg.	Háziorvos	Egyéb egészségügyi szolgáltató	Család és Gyermekjóléti Központ/Szolgálat	Nevelési tanácsadó	Egyéb szociális szolgáltató	Oktatási intézmény	Rendőrség / Bíróság	Egyéb	Egy ellátási egységre jutó beutaló intézménytípus db
Védett munkahely (N=1/1)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,0
Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás (N=5/4)	1	2	2	1	0	2	2	1	2	1	0	1	3,8
Önsegítő csoportok (N=10/9)	2	3	4	3	1	4	5	0	6	1	1	4	3,8
Telefonsegély (N=6/4)	0	1	3	2		1	2	2	1	1	1	0	3,5
Interaktív online kezelőprogram (N=2/2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,0
Megkereső szolgáltatások (N=11/11)	0	4	5	3	1	4	2	1	4	4	2	4	3,1
Továbbirányítás / ellátásba kísérés (N=21/18)	5	9	10	7	1	6	5	1	6	3	2	3	3,2
Összesen	29	42	49	36	17	39	34	9	43	23	27	28	3,5

*N=az ellátástípusba tartozó ellátási egységek száma/a kérdésre válaszolók száma

Tendenciák a fővárosi drogspecifikus ellátásban

Összesített kliensforgalmi információkban megjelenő tendenciák¹².

A Budapesten azonosított 51 drogspecifikus ellátási tevékenységet (is) végző ellátási egység kliensforgalmára vonatkozó információkkal a 2022-es évre 30, egy átlagos évre pedig 29 egység esetében van

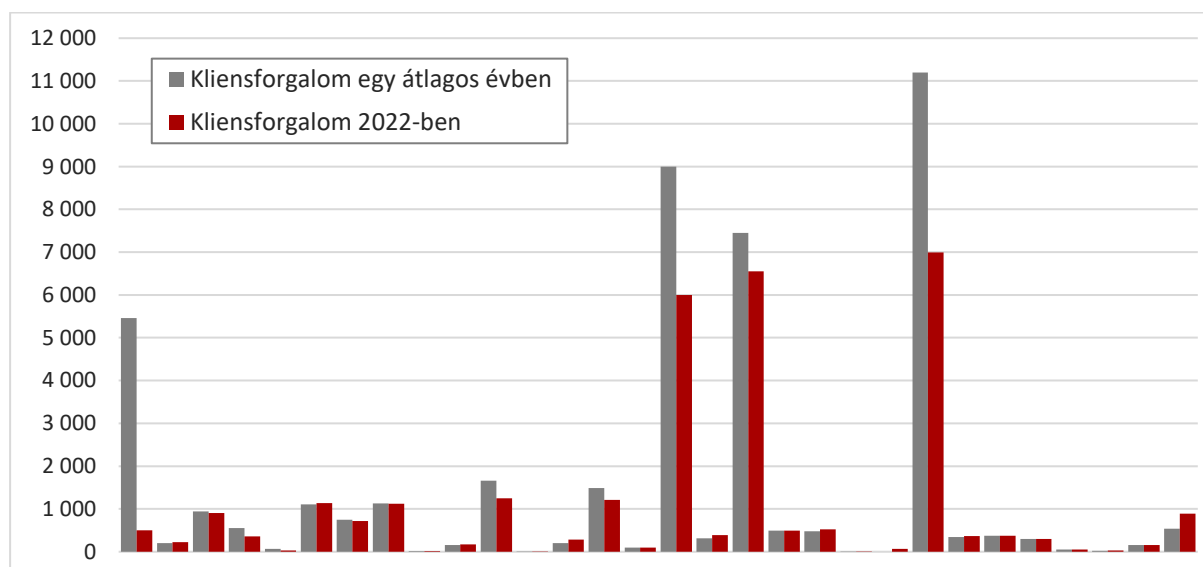
¹² A tanulmányban szereplő kliensforgalmi információk értelmezéséhez tudnunk kell, hogy az azok hátterét jelentő, a DREK-BP adatlapban megadott kliensforgalmi információk esetenként az ellátási egységek becslésein alapulhatnak. A kutatás rövid adatgyűjtési periódusa, illetve a kliensforgalmi – különösen a retrospektív, egy átlagos évre vonatkozó – adatok pontos megadásának nehézsége miatt ugyanis arra kértük a válaszolókat, hogy „Amennyiben nem tudja a pontos számot, kérjük, becsülje meg!” Tehát az adatainkra helyesebb a „kliensforgalmi

információnk a DREK-BP adatgyűjtő felületen megadott válaszok alapján. A legutóbbi lezárt évben, 2022-ben a fővárosban drogspecifikus ellátási tevékenységet végző – általunk megismert – ellátási egységek (N=30) teljes kliensforgalma 31.203 fő volt, egy átlagos ellátási egységre pedig 1040 fő. Az elmúlt 5 évben egy átlagos évre vonatkozóan ugyanezek az adatok a következők: teljes kliensforgalom 44.544 (N=29), egy ellátási egység pedig átlagosan 1536 főt értek el (lásd 2. táblázat, összesítő sora)¹³.

Az adataink alapján tehát az elmúlt 5 év egy átlagos évéhez képest 2022-ben a fővárosi drogspecifikus ellátási tevékenységet végző ellátási egységek összességében 30%-kal kevesebb klienst láttak el, s az egy átlagos ellátási egység kliensforgalma megközelítőleg kétharmadára (68%) csökkent.

A mindkét adatot megadó, összehasonlítható 29 ellátási egység közül 8 egységben több mint 10%-kal alacsonyabb volt a kliensforgalom 2022-ben, mint az elmúlt egy átlagos évben. Két ellátási egység kliensforgalmi adatai különösen nagyarányú, több mint 50%-os (egyik ellátási egységnél 91%-os) visszaesést jeleznek¹⁴. 7 másik ellátási egység esetében ugyanakkor a 2022-es kliensforgalom 10%-ot meghaladó mértékben magasabb volt, mint a korábbi 5 év egy átlagos évében. Az 5. ábrán azt is láthatjuk, hogy a nagy kliensforgalmú ellátási egységekben 2022-ben jellemzően a kliensforgalom csökkenése érvényesült.

15. ábra: A fővárosi drogspecifikus ellátás ellátási egységeinek kliensforgalma 2022-ben és egy átlagos évben (N₂₀₂₂=30; N_{átl}=29*; fő)



* N₂₀₂₂: a 2022-es kliensforgalmat megadó ellátási egységet száma; N_{átl}: az egy átlagos évre vonatkozó kliensforgalmat megadó ellátási egységet száma

információk” kifejezés használata, mindazonáltal az egyszerűbb használat miatt a szövegben általában egyszerűen kliensforgalomról, vagy kliensforgalmi adatokról beszélünk, de azok minden esetben a részben becsülésen alapuló információkat jelentik.

¹³ A tanulmányunkban közölt ellátástípusokra vagy ellátási helyekre összesített kliensforgalmi adatok értelmezéséhez tudnunk kell, hogy azok az egyes ellátási egységek által megadott kliensforgalmi adatok összegzésén alapulnak. A kutatás nem teszi lehetővé a különböző adatgyűjtési egységek vonatkozásában megadott adatok közötti átfedések (vagyis egy kliens több ellátónál való megjelenésének) kiszűrését, következésképpen a közölt adatok halmozódást tartalmaznak. Emiatt, továbbá az adatszolgáltatók és a vizsgált pszichoaktív szer-használó magatartások eltérő köre miatt a tanulmányunkban közölt adatok nem összehasonlíthatók a Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentéseiben (pl. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2022) megjelenő, csak a TDI adatgyűjtésekben résztvevő ellátói körre, és csak a kábítószer használó kliensekre vonatkozó kezelési adatokkal.

¹⁴ Érdekességként megjegyezzük, hogy a drasztikus forgalomcsökkenéssel jellemezhető két ellátási egység két 14. kerületi szervezethez tartozik.

Ellátástípusokra vonatkozó kliensforgalmi tendenciák

Amennyiben a kliensforgalmi információk alakulását a különböző ellátástípusokra vonatkozóan vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy a fővárosi drogspecifikus állomás területén azonosított, és a kliensforgalmi adatait megadó egységekhez tartozó 17 ellátástípus¹⁵ háromötödében, 10 ellátástípusban egy átlagos évhez képest érzékelhetően (több mint 10%-kal) csökkent a kliensforgalom. A legnagyobb csökkenés a megkereső szolgáltatások esetében mutatkozott (59%), de legalább egynegyedével csökkent négy másik ellátástípusban is – a Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon, az egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátásban, a drop-in (túcsere nélkül), valamint az elterelés keretében végzett (nem függőséget gyógyító és nem MFSZ keretében történő) kábítószer-használatot kezelő más ellátásban – a fővárosi kliensellátás volumene. Ugyanakkor nincs olyan ellátástípus, ahol 10%-ot meghaladó növekedés történt volna. Egy ellátási egység egy ellátástípusára jutó forgalma 2022-ben átlagosan közel kétharmadára csökkent a korábbi évek átlagos kliensforgalmához képest.

2.táblázat: A fővárosi ellátási egységek összes kliensforgalma ellátástípusonként 2022-ben, és egy átlagos évben (fő)

	kliens-forgalom 2022-ben	kliens-forgalom egy átlagos évben	változás (2022/átlagos év)
Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés (N=9/7/7)*	284	317	90%
Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ) (N=4/3/3)	66	91	73%
Egészségügyi járóbeteg ellátás (N=12/9/9)	2303	2583	89%
Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon (N=3/3/3)	7559	10975	69%
Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben (N=1/1/1)	359	375	96%
Szenvedélybetegek nappali ellátás (N=9/7/6)	1282	1346	95%
Közösségi szenvedélybeteg ellátás (N=10/7/7)	513	536	96%
Túcsere (N=4/4/4)	716	700	102%
Drop-in (túcsere nélkül) (N=10/7/7)	5129	7085	72%
Támogatott lakhatás (N=1/1/1)	15	15	100%
Védett munkahely (N=1/1/1)	5	5	100%
Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás (N=5/4/4)	812	1122	72%
Önsegítő csoportok (N=10/7/6)	900	1140	79%
Telefonsegély (N=6/5/5)	6830	8550	80%

¹⁵ Az „Opioid-agonista kezelés” ellátástípusban az ellátási egység (N=1) nem adott választ sem a 2022-es, sem az átlagos forgalomra vonatkozó kérdésre.

	kliens-forgalom 2022-ben	kliens-forgalom egy átlagos évben	változás (2022/átlagos év)
Interaktív online kezelőprogram (N=2/2/2)	57	65	88%
Megkereső szolgáltatások (N=11/10/10)	3617	8716	41%
Továbbirányítás / ellátásba kísérés (N=21/18/17)	756	923	82%
Összesen (halmozott N**)	31203 (99)	44544 (96)	70% (103%)
1 ellátási egység 1 ellátástípusára jutó átlagos forgalom	315	464	68%

*N=az ellátástípusba tartozó ellátási egységek száma / a 2022. évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma / az átlagos évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma

**A különböző ellátási típusokra vonatkozó adatokat megadó ellátási egységek összesített száma. Mivel egy ellátási egység átlagosan 3,3 ellátástípusban végez ellátást, így ez halmozott adat.

A különböző addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó kliensforgalmi információk alapján mutató tendenciák

Amennyiben a kliensforgalmi információk alakulását a különböző addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy a fővárosi drogspecifikus ellátás területén azonosított, és a kliensforgalmi adatait megadó ellátási egységekben 2022-ben egy átlagos évhez képest nem csökkent jelentősen (10%-ot meghaladó mértékben) a kliensforgalom. Azonban -mivel a 2022-es évre több ellátási egység forgalmi adatát ismerjük, mint egy átlagos évre vonatkozóan, így az egy ellátási egységben az addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó forgalom 2022-ben átlagosan közel 21%-kal alacsonyabb volt a korábbi évek átlagos kliensforgalmához képest.

A legnagyobb csökkenés az elsődlegesen munkafüggőséggel rendelkező kliensek esetében mutatkozott (76%), de kb. egyharmadára csökkent három másik addiktológiai probléma esetében is – a problémás internethasználat, a problémás online játék-használat, a problémás közösségi média-használat – a fővárosi kliensellátás volumene. Egynegyedével csökkent az elsődlegesen tiltott drogok fogyasztása miatt ellátott kliensek száma. Ugyanakkor többszörösére növekedett az elsődlegesen a kényszeres vásárlással, a visszaélészerű gyógyszerfogyasztási, vagy egyéb legális drogok fogyasztásával kapcsolatos problémákkal rendelkező kliensek száma, és kismértékű növekedés volt tapasztalható az egyéb addiktológiai problémáknál jelzett társfüggőségi problémával ellátott kliensek esetében is.

3.táblázat: A fővárosi ellátási egységek különböző addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó összes kliensforgalma 2022-ben, és egy átlagos évben (fő)

	kliens-forgalom 2022-ben	kliens-forgalom egy átlagos évben	változás (2022/átlagos év)
Tiltott drogok fogyasztása (N=33/28/21)	15973	21474	74%
Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás (N=30/21/19)	5685	2175	261%
Egyéb legális drogok fogyasztása (N=24/15/10)	422	226	187%

	kliens-forgalom 2022-ben	kliens-forgalom egy átlagos évben	változás (2022/átlagos év)
Alkoholfogyasztás (N=33/23/22)	7547	7575	100%
Dohányzás (N=16/9/8)	1016	1245	82%
Szerencsejáték-használat (N=20/15/13)	209	356	59%
Problémás internethasználat (N=13/8/5)	40	132	30%
Problémás online játék-használat (N=12/8/6)	49	143	34%
Problémás közösségi média-használat (N=7/5/4)	38	125	30%
Testedzésfüggőség (N=5/4/3)	7	7	100%
Kényszeres vásárlás (N=4/3/2)	4	1	400%
Munkafüggőség (N=8/4/3)	4	17	24%
Évészavarok (N=10/7/5)	280	322	87%
Testképzavarok (N=7/8/3)	82	122	67%
Szexuális addikciók (N=12/10/7)	294	556	53%
Egyéb addiktológiai probléma (N=4/2/2)	371	319	116%
Elsődlegesen addiktológiai problémákkal rendelkező kliensekre vonatkozó összesített kliens-forgalom (halmozott N**)	32021 (143)	34795 (111)	92% (129%)
1 ellátási egység elsődlegesen addiktológiai problémákkal rendelkező kliensekre vonatkozó átlagos forgalma	224	313	71%

*N=az ellátástípusba tartozó ellátási egységek száma / a 2022. évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma / az átlagos évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma

**az elsődlegesen különböző addiktológiai problémákkal rendelkező kliensekre forgalmi adatokat megadó ellátási egységek összesített száma. Mivel egy ellátási egység több addiktológiai magatartás esetén is megjelenik, így ez halmozott adat.

A különböző drogokat elsődlegesen használó klienscsoportokra vonatkozó kliensforgalmi információk alapján mutató tendenciák

A fővárosi drogspecifikus ellátásban ellátottakról az ellátás megkezdésekor azonosított elsődleges szerhasználati probléma szerint rendelkezésünkre álló kliensforgalmi információk alapján azt látjuk, hogy – a vonatkozó kliensforgalmi adataikat megadó ellátási egységekben – 2022-ben egy átlagos évhez képest 11%-kal csökkent a kliensforgalom (4. táblázat). Azonban mivel a 2022-es évre e tekintetben is több ellátási egység forgalmi adatát ismerjük, így az egy ellátási egységben elsődlegesen drogproblémákkal rendelkező kliensekre vonatkozó forgalom 2022-ben ennél jelentősebb mértékben, átlagosan 30%-kal alacsonyabb volt a korábbi évek átlagos kliensforgalmához képest.

A legnagyobb csökkenés az elsődlegesen kannabiszt használó kliensek esetében mutatkozott (54%), de közel felére csökkent az elsődlegesen hallucinogéneket fogyasztó kliensek száma is az fővárosi drogspecifikus ellátásban. Kisebb mértékű növekedés (14%) mindössze a több drogot együttesen használó kliensek számában mutatkozott.

4. táblázat: A fővárosi ellátási egységek különböző droghasználati problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó összes kliensforgalma 2022-ben, és egy átlagos évben (fő)

	kliens-forgalom 2022-ben	kliens-forgalom egy átlagos évben	változás (2022/átlagos év)
Opioidok (N=18/15/14)	561	631	89%
Kokain, crack (N=22/18/15)	527	747	71%
Amfetamin típusú stimulánsok (N=29/22/18)	2718	3406	80%
Dizájnér stimulánsok (N=25/20/15)	6578	7858	84%
Kannabisz (N=29/21/17)	1534	3326	46%
Szintetikus kannabinoidok (N=21/17/14)	4051	4331	94%
Hallucinogének (N=13/10/8)	414	761	54%
Szerves oldószerek (N=6/5/3)	461	514	90%
Egyéb*** (N=1/1/1)	183	161	114%
A droghasználó magatartásokkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó összesített kliensforgalom (halmozott N**)	20225 (150)	22622 (120)	89% (127%)
1 ellátási egység addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező kliensekre vonatkozó átlagos forgalma	128	182	70%

*N=az ellátástípusba tartozó ellátási egységek száma / a 2022. évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma / az átlagos évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma

**az elsődlegesen különböző droghasználati problémákkal rendelkező kliensekre forgalmi adatokat megadó ellátási egységek összesített száma. Mivel egy ellátási egység több droghasználó magatartás esetén is megjelenik, így ez halmozott adat.

***Többféle drog együttes használata

A speciális csoportokba tartozó droghasználó kliensekre vonatkozó kliensforgalmi információk alapján mutatkozó tendenciák

A rendelkezésünkre álló kliensforgalmi információk szerint a vizsgált 12 féle speciális klienscsoport közül 7-ben csökkent több mint 10%-kal az ellátás volumene (5. táblázat). A legnagyobb csökkenés a 16 év alatti gyermekek és serdülők ellátásában tapasztalható, ahol közel felére csökkent az ellátott kliensek száma. Emellett jelentős – legalább 30%-os – csökkenés mutatkozott a várandós és kisgyermekes anyák, valamint a szexmunkások ellátási volumenében is. Jelentősebb növekedés egyetlen klienscsoportban (nemzetiségi és kisebbségi csoportok) mutatkozott.

5. táblázat: A fővárosi ellátási egységek különböző speciális klienscsoportokra vonatkozó összes kliensforgalma 2022-ben, és egy átlagos évben (fő)

	kliens-forgalom 2022-ben	kliens-forgalom egy átlagos évben	változás (2022/átlagos év)
Gyermekek és serdülők (16 év alattiak) (N=13/10/8)	825	1468	56%
Kliensek párhuzamosan jelentkező mentális és kábítószer-használati problémával (N=27/20/16)	5343	5957	90%
Idősek (50 év feletti) (N=23/17/14)	1663	2257	74%
Nők (N=28/20/16)	11120	13770	81%
Várandósok és kisgyermekes anyák (N=18/11/11)	4997	7955	63%
Nem budapestiek (N=23/14/13)	2908	3170	92%
Hajléktalanok (N=20/13/11)	7480	8722	86%
Nemzetiségi és kisebbségi csoportok (N=21/14/10)	2687	1466	183%
Menekültek (N=5/3/4)	122	113	108%
Szexmunkások (N=20/14/12)	4713	6834	69%
LMBTQ+ kliensek (N=19/13/10)	2238	2328	96%
Fogvatartottak (N=10/8/7)	206	249	83%

*N=az ellátástípusba tartozó ellátási egységek száma / a 2022. évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma / az átlagos évre vonatkozó kérdésre válaszolók száma

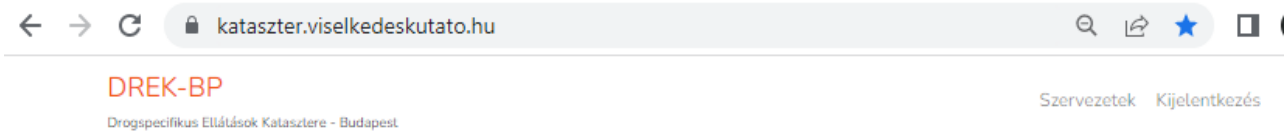
Irodalom

Felvinczi K. & Paksi B. (2022). Szenvedélymagatartások megelőzését célzó prevenciós beavatkozások országos katasztere II. – Mit kínálnak és hogyan? *Magyar Addiktológiai Társaság XIII. Országos Kongresszusa 2022. október 13-15., Siófok, Supplementum kötet 60 p. pp. 46.-47* <http://www.mat.org.hu/dok/kongresszus/00001.pdf>

- Nemzeti Drog Fókuszpont (2022) *2022-es ÉVES JELENTÉS (2021-es adatok) az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest. https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes2022_HU_final.pdf
- Paksi B. (2008): *Nem iskolai szintén megjelenő prevenciós programok feltérképezése*. Kutatási Beszámoló, SzMM
- Paksi B., Demetrovics Zs. és Czakó Á. (2002a): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése I. A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. *Addiktológia*. 2002.1. (15-37)
- Paksi B., Demetrovics Zs. és Czakó Á. (2002b): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése II. – A programok eredményértékelése. *Addiktológia*. 2002.1. (38-49)
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (2002): A prevenciós gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenciós programok felmérése és értékelése. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan.
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (2003): *Budapesti Drogprevenciós Adattár*. CD. ISM.
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (2005): *Országos Drogprevenciós Adattár*. CD. L'Harmattan Kiadó.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B. és Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addiktológia*, 1-2. (5-36)
- Paksi B. és Arnold P. (2010): *Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai és a projekttel szembeni igények*. Hozzáférhető: https://www.madaszsz.hu/files/ugd/178071_81385906bb1a44d095b7940af2b1ca65.pdf
- Paksi B., Magi A., Demetrovics Zs. (2016): Szenvedélymagatartásokra irányuló prevenciós beavatkozások országos katasztere, *Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése, 2016. június 2-4., Budapest*. In. Vargha A. (szerk) *Kivonatkiötet*. pp. 56-57. http://mptnagygyules.hu/images/MPT_Ngy2016_kivonatkiotet_0509.pdf. [Letöltve: 2016-09-01]
- Paksi B. & Felvinczi K. (2022). Szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó beavatkozások országos katasztere. <https://viselkedeskutato.hu/szemok/elemzes.pdf>
- Paksi B., Demetrovics Zs. & Felvinczi K. (2022). Szenvedélymagatartások megelőzését célzó prevenciós beavatkozások országos katasztere I. – Kik kínálják kiknek a beavatkozásokat? *Magyar Addiktológiai Társaság XIII. Országos Kongresszusa 2022. október 13-15., Siófok, Supplementum kötet* 60 p. pp. 45-46. <http://www.mat.org.hu/dok/kongresszus/00001.pdf>
- Pirone, A., Forsell, M., Antoine, J., Bafi, I., Péterfi, A., Necas, V. (2017): *European Facility Survey Questionnaire (EFSQ)*. EMCDDA. 2017. (utolsó elérés: 2023.03.24.) <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4153/EFSQ-2017-Final.pdf>

Mellékletek

Az adatgyűjtés eszköze: online adatlap



Tisztelt Kolléga!

A Fővárosi Önkormányzat felkérésére 2022-ben elindult egy szisztematikus tevékenység, melynek célja, hogy elkészüljön a fővárosi drogstratégia. Ennek keretében a drogstratégia előkészítését megalapozó helyzetfelmérést kezdtük meg 2022 nyarán. Első körben másodelemzéseket végeztünk, második körben pedig helyzetfeltáró, szükségleteket azonosító kutatásokat készítettünk. Ezen feltáró munka részeként a Magyar Addiktológiai Társaság kutatást végez a fővárosban működő drogspecifikus egészségügyi és szociális ellátások feltérképezésére. Ehhez kérjük az Ön/Önök segítségét!

Kutatásunk célja azon Budapesten működő, intézményesült (szervezeti és szakmai struktúrával rendelkező, közös ellátási filozófia/szemlélet szerint működő szervezet) ellátási tevékenységek megismerése, amelyek közvetlenül megcélazzák a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket, és amelyek javítani kívánnak a droghasználattal összefüggő problémáik miatt segítséget keresők lelki, egészségji, vagy szociális állapotán, beleértve a droghasználattal kapcsolatos problémák megszüntetésére, illetve az azokkal kapcsolatos ártalmak csökkentésére irányuló beavatkozásokat is.

A kutatás során a látókörünkbe került minden drogspecifikus egészségügyi és/vagy szociális ellátást nyújtó szervezetet megkeresünk, hogy minél teljesebb képet kapjunk a fővárosi drogspecifikus ellátás helyzetéről. Kérjük segítse a fővárosi drogstratégia tényalapúságát azzal, hogy kitölti a kérdőívünket.

Ha az adatlap kitöltésével kapcsolatosan kérdése van, Nyíri Noémi munkatársunk szívesen áll rendelkezésére (e-mail: MATkutatas@gmail.com tel: +36-30-6476222).

Annak érdekében, hogy mielőbb elkezdődhessen a fővárosi drogstratégia kidolgozása, a helyzetfeltárára rendelkezésre álló időnk meglehetősen rövid, ezért azt kérjük, az adatlapot legkésőbb 2023. február végéig töltsék ki!

Köszönjük az együttműködését!

Paksi Borbála

Péterfi Anna

Eisinger Andrea

Nyíri Noémi

Technikai instrukciók:

Az adatlap mentése kitöltés közben automatikusan megtörténik, ezért külön mentenie nem kell, bármikor abbahagyhatja, és újratekintheti az adatlap kitöltését.

Ha hosszabb ideig nem dolgozik az adatlapon, akkor a rendszer automatikusan kilépteti, de ez szintén nem jelenti azt, hogy a már beírt információk elvesznek. Nyugodtan lépjen vissza és folytassa a munkáját.

Szervezetek

1. SZERVEZETI (intézményi) INFORMÁCIÓK

1.1. Kérjük, jelölje be, hogy az alábbiak közül melyek igazak az Önök szervezetére?
(Mindegyik igaz állítást jelölje be!)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1.1.1. önálló jogi személy | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.2. szervezeti és szakmai struktúrával rendelkezik | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.3. közvetlenül megcélozzák a pszichoaktív-szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.4. egészségügyi és/vagy szociális ellátást végeznek (beleértve az ártalomcsökkentést is) | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.5. Budapesten (is) működnek | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.6. a fenti kritériumok mentén leírható tevékenységet jelenleg is végzik | <input type="checkbox"/> |

Amennyiben bármelyik állítást nem jelölte, akkor vége a kérdőívnek!

KÖSZÖNJÜK A VÁLASZÁT, AZ ÖN SZERVEZETE NEM TARTOZIK A KUTATÁSUNK CÉLCSOPORTJÁBA!

Csak akkor folytatódik a kérdőív, ha az 1.1 kérdésre az 1.1.1-1.1.5 válasz mindegyikét jelölte!

1.2. A szervezet adminisztratív adatai

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1.2.1. A szervezet neve | <input type="text"/> |
| 1.2.2. A szervezet jogi státusa | <input type="text"/> |

Legördülő menü

- 1 költségvetési szerv (állami közalapítvány)
- 2 önkormányzati szerv (önkormányzati közalapítvány)
- 3 társas vállalkozás
- 4 nonprofit szervezet (alapítvány)
- 5 nonprofit szervezet (egyesület)
- 6 nonprofit szervezet (egyház)
- 7 nonprofit szervezet (egyházi szervezet)
- 8 nonprofit szervezet (egyéb)

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1.2.3. A szervezet címe | <input type="text"/> |
| 1.2.4. A szervezet weboldala | <input type="text"/> |
| 1.2.5. A szervezet vezető neve | <input type="text"/> |
| 1.2.6. Telefonszám | <input type="text"/> |
| 1.2.7. E-mail | <input type="text"/> |

1.3. A szervezet tevékenysége

1.3.1. Kérjük, nevezze meg a szervezet fő tevékenységét, valamint sorolja fel a szervezet minden tevékenységét, és tüntesse fel, hogy az adott tevékenység a szervezet tevékenységének hány százalékát teszi ki.

Kérjük, a drogspecifikus ellátást külön soron jelenítse meg a tevékenységek között.

Kérjük ellenőrizze, hogy a beírt %-ok összege 100% legyen!

Legyen leprogramozva a 100% ellenőrzése!

	Tevékenység megnevezése	%		
1.3.1.1.	A szervezet (intézmény) fő tevékenysége:			
1.3.1.2.				
1.3.1.3.				
1.3.1.4.	A szervezet (intézmény) egyéb,			
1.3.1.5.	nem főtevékenységként végzett te-			
1.3.1.6.	vékenységei:			
1.3.1.7.				
1.3.1.8.				

1.4. A szervezeten belül elkülönülő drogspecifikus ellátást végző ellátási egységek

Ellátási egység: (0) **NEM önálló jogi személyként működő, de (1) önálló szakmai vezetéssel, (2) körülhatárolható, önálló szakembergárdával és (3) közös ellátási filozófiával/szemlélettel rendelkező, (4) a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket közvetlenül megcélzó, (5) egészségügyi és/vagy szociális ellátást végző (beleértve az ártalomcsökkentést is) (6) a fővárosban (7) egy telephelyen, (8) jelenleg is működő egység.**

1.4.1. Elkülöníthetők-e az Önök szervezeten belül különböző drogspecifikus ellátást végző ellátási egységek?

Legördülő menü

1 igen

0 nem, az egész szervezet egy drogspecifikus ellátási egységnek tekinthető

0 válasz esetén ugrás a 3. a kérdőív kitöltőjére vonatkozó részre!

1.4.2. Kérjük, nevezze meg a szervezeten belül működő, drogspecifikus ellátást végző ellátási egységeket.

Amennyiben a szervezeten belül elkülönített ellátási egységeket (1.4.1. kérdés=1), és a kérdőív végén a 10. kérdésre 1. igen választ adott akkor ide kell visszaugratni a kérdőívet!!

	Drogspecifikus ellátást végző ellátási egység megnevezése	Az ellátási egység vezető neve	Az ellátási egység vezető telefonszáma	Az ellátási egység vezető email címe	
1.4.2.1.					GOMB
1.4.2.2.					GOMB
1.4.2.3.					GOMB
1.4.2.4.					GOMB
1.4.2.5.					GOMB
1.4.2.6.					GOMB
1.4.2.7.					GOMB

1.4.2.8.					GOMB
1.4.2.9.					GOMB

Ha a szervezetben belül elkülönített ellátási egységeket (1.4.1. kérdés=1), ill. az 1.4.2. kérdéseknél megnevezte az ellátási egységeket, akkor jelenjen meg a következő instrukció!

Kérjük, a további kérdéseket egy-egy ellátási egységre vonatkozóan töltsse ki. Kezdje az 1.4.2.1. sorban megjelölt, első ellátási egységgel! Az ellátási egység melletti gombra kattintva az ott megnevezett ellátási egység adatlapja jelenik meg. Amikor a kérdések végére ért a program visszahozza ide, és folytathatja az 1.4.2.2. sorban megjelölt, második ellátási egységgel. Tehát a következő kérdéseket annyiszor kell kitöltenie, ahány ilyen ellátási egység van az Önök szervezeténél (azaz ahány sort kitöltött az 1.4.2. kérdésnél).

2. AZ EGYES ELLÁTÁSI EGYSÉG ADMINISZTRATÍV ADATAI

2.1. Szervezet neve	Automatikusan beírva az 1.2.1. sor
2.2. Az ellátási egység neve	Automatikusan beírva az 1.4.2. megfelelő sora
2.3. Az ellátási egység címe	
2.4. Az ellátási egység weboldala	
2.5. Az ellátási egység vezető neve	Automatikusan beírva az 1.4.2. megfelelő sora
2.6. Telefonszám	Automatikusan beírva az 1.4.2. megfelelő sora, de javítható
2.7. E-mail	Automatikusan beírva az 1.4.2. megfelelő sora, de javítható

3. A KÉRDŐÍV KITÖLTŐJÉRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

3.1. Név	
3.2. Munkakör	
3.3. Telefonszám	
3.4. E-mail	

4. AZ ELLÁTÁSI EGYSÉG ELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉGE

4.1. Kérjük röviden foglalja össze, hogy az ellátási egységben milyen drogspecifikus ellátási tevékenység folyik.

Drogspecifikus ellátási tevékenységnek tekintjük azt az ellátást, amely közvetlenül célozza meg a pszichoaktív szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket, és amely javítani kíván a droghasználattal összefüggő problémáik miatt segítséget keresők lelki, egészségi, vagy szociális állapotán, beleértve a droghasználattal kapcsolatos problémák megszüntetésére, illetve az azokkal kapcsolatos ártalmak csökkentésére irányuló beavatkozásokat is.

--

4.2. Az ellátási egység az alábbiak közül mely ellátás-típusokban nyújt drogspecifikus ellátást? (Mindegyik ellátástípust jelölje be, ami az ellátási egységnél előfordul!)

- | | |
|--|--------------------------|
| 4.2.1. Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.2. Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ) | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.3. Egészségügyi járóbeteg ellátás | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.4. Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.5. Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.6. Opioid-agonista kezelés | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.7. Szenvedélybetegek nappali ellátása | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.8. Közösségi szenvedélybeteg ellátás | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.9. Tűcsere | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.10. Drop-in (tűcsere nélkül) | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.11. Támogatott lakhatás | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.12. Félutasház | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.13. Védett munkahely | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.14. Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.15. Önsegítő csoportok | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.16. Telefonsegély | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.17. Interaktív online kezelőprogram | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.18. Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.19. Megkereső szolgáltatások | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.20. Továbbirányítás / ellátásba kísérés | <input type="checkbox"/> |

4.3. Az ellátási egység nyújt-e valamilyen, a pszichoaktív-szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket közvetetten megcélzó szolgáltatást? (Mindegyik szolgáltatást jelölje be, ami az ellátási egységnél előfordul!)

- 4.3.1. Családterápia
- 4.3.2. Hozzá tartozói tanácsadás/csoport
- 4.3.3. Egyéb, a pszichoaktív-szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket közvetetten megcélzó szolgáltatást, és pedig:
- 4.3.4. Az ellátási egység nem nyújt a pszichoaktív-szer-használatból (kivéve: alkohol, nikotin, koffein) eredő problémákkal küzdő személyeket közvetetten megcélzó szolgáltatást?

A 4.3.3. bejelölése esetén jelenik meg egy „Egyéb és pedig” szöveges mező.

4.4. Kérjük jelölje, hogy az egyes ellátás-típusokba milyen más intézményekből érkeznek a kliensek?

Csak azok az ellátás-típusok jelennek meg, amelyeket a 4.2. kérdésnél bejelölt.

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
4.4.1. Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.2. Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.3. Egészségügyi járóbeteg ellátás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.4. Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.5. Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogoterápiás intézetben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.6. Opioid-agonista kezelés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.7. Szenvédélybetegek nappali ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.8. Közösségi szenvédélybeteg ellátás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.9. Tűcsere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.10. Drop-in (tűcsere nélkül)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.11. Támogatott lakhatás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4.12. Félutasház																				
4.4.13. Védett munkahely																				
4.4.14. Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás																				
4.4.15. Önsegítő csoportok																				
4.4.16. Telefonsegély																				
4.4.17. Interaktív online kezelőprogram																				
4.4.18. Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás																				
4.4.19. Megkereső szolgáltatások																				
4.4.20. Továbbirányítás / ellátásba kísérés																				

5. AZ ELLÁTÁSI EGYSÉG CÉLCSOPORT ÉS KLIENSADATAI

5.1. (5.2) Az ellátási egység 2022-ben, valamint az elmúlt 5 évben egy átlagos évben hány klienst látott el az egyes ellátás típusokban, és összesen? Ha valamelyik ellátástípusnál csak kontaktus számot regisztrálnak, akkor kérjük becsülje meg a kliensek számát!

A 2022-ben jellemző létszámokat írja be az első, az elmúlt 5 évben egy átlagos évben jellemzőket a második oszlopba. Kérjük, egész számokat adjon meg!

Amennyiben nem tudja a pontos számot, kérjük, becsülje meg! Ha az adott ellátástípusban az adott időszakban nem volt kliensük, akkor kérjük írjon 0-t!

Csak azok az ellátás-típusok jelennek meg, amelyeket a 4.2. kérdésnél bejelölt.

	5.1. 2022- ben (fő)		5.2. Egy átlagos évben (fő)
5.1.1. Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés		5.2.1.	
5.1.2. Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)		5.2.2.	
5.1.3. Egészségügyi járóbeteg ellátás		5.2.3.	
5.1.4. Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon		5.2.4.	
5.1.5. Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben		5.2.5.	
5.1.6. Opioid-agonista kezelés		5.2.6.	
5.1.7. Szervedélybetegek nappali ellátás		5.2.7.	
5.1.8. Közösségi szervedélybeteg ellátás		5.2.8.	
5.1.9. Tűcsere		5.2.9.	
5.1.10. Drop-in (tűcsere nélkül)		5.2.10.	
5.1.11. Támogatott lakhatás		5.2.11.	
5.1.12. Félutasház		5.2.12.	
5.1.13. Védett munkahely		5.2.13.	
5.1.14. Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás		5.2.14.	
5.1.15. Önsegítő csoportok		5.2.15.	
5.1.16. Telefonsegély		5.2.16.	
5.1.17. Interaktív online kezelőprogram		5.2.17.	

5.1.18. Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.19. Megkereső szolgáltatások	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.20. Továbbirányítás / ellátásba kísérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3. Az ellátási egység az alábbiakban felsorolt addiktológiai problémák közül melyekben nyújt ellátást?

(Minden olyan addiktológiai problémát jelöljön be, melyekkel fogadnak klienseket!)

5.3.1. Tiltott drogok fogyasztása	<input type="checkbox"/>
5.3.2. Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás	<input type="checkbox"/>
5.3.3. Egyéb legális drogok fogyasztása	<input type="checkbox"/>
5.3.4. Alkoholfogyasztás	<input type="checkbox"/>
5.3.5. Dohányzás	<input type="checkbox"/>
5.3.6. Szerencsejáték-használat	<input type="checkbox"/>
5.3.7. Problémás internethasználat	<input type="checkbox"/>
5.3.8. Problémás online játék-használat	<input type="checkbox"/>
5.3.9. Problémás közösségi média-használat	<input type="checkbox"/>
5.3.10. Testedzéstüggőség	<input type="checkbox"/>
5.3.11. Kényszeres vásárlás	<input type="checkbox"/>
5.3.12. Munkafüggőség	<input type="checkbox"/>
5.3.13. Evészavarok	<input type="checkbox"/>
5.3.14. Testképzavarok	<input type="checkbox"/>
5.3.15. Szexuális addikciók	<input type="checkbox"/>
5.3.16. Egyéb addiktológiai probléma, éspedig	<input type="checkbox"/>
5.3.17. Egyéb addiktológiai probléma, éspedig	<input type="checkbox"/>

A 5.3.16. és az 5.3.17. bejelölése esetén jelenik meg egy „Egyéb éspedig” szöveges mező.

5.4. (5.5) Az ellátási egység kliensforgalma milyen arányban oszlott meg 2022-ben, valamint az elmúlt 5 évben egy átlagos évben a különböző addiktológiai problémákkal elsődlegesen rendelkező klienscsoportok között? Kérjük, %-os arányokat adjon meg!

Egy kliens egyszerre több probléma kapcsán is ellátásban részesülhet. Kérjük, hogy a válaszadás során az egyes problémák esetében azokat a klienseket vegye számba, akiknél az adott probléma elsődleges problémaként jelentkezett (amivel a kliens kezelésbe jelentkezett, vagy amit az állapotfelmérés megállapított).

A 2022-ben jellemző %-os arányokat írja be az első, az elmúlt 5 évben egy átlagos évben jellemzőket a második oszlopba. Kérjük, egész számokat adjon meg, s ellenőrizze, hogy a beírt %-ok összege egy-egy oszlopban 100% legyen! Amennyiben nem tudja a pontos arányt, kérjük becsülje meg! Ha az adott időszakban nem volt kliensük az adott csoportban, akkor kérjük írjon 0-t!

Csak azok az addiktológiai problémák jelennek meg, amelyeket az 5.3. kérdésnél bejelölt. A 100% ellenőrzése leprogramozva.

	5.4. 2022- ben (%)		5.5. Egy átlagos évben (%)
5.4.1. Tiltott drogok fogyasztása	<input type="text"/>	5.5.1.	<input type="text"/>
5.4.2. Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás	<input type="text"/>	5.5.2.	<input type="text"/>
5.4.3. Egyéb legális drogok fogyasztása (kivéve alkoholfogyasztás és dohányzás)	<input type="text"/>	5.5.3.	<input type="text"/>
5.4.4. Alkoholfogyasztás	<input type="text"/>	5.5.4.	<input type="text"/>
5.4.5. Dohányzás	<input type="text"/>	5.5.5.	<input type="text"/>
5.4.6. Szerencsejáték-használat	<input type="text"/>	5.5.6.	<input type="text"/>
5.4.7. Problémás internethasználat	<input type="text"/>	5.5.7.	<input type="text"/>
5.4.8. Problémás onlinejáték-használat	<input type="text"/>	5.5.8.	<input type="text"/>
5.4.9. Problémás közösségimédia-használat	<input type="text"/>	5.5.9.	<input type="text"/>
5.4.10. Testedzésfüggőség	<input type="text"/>	5.5.10.	<input type="text"/>
5.4.11. Kényszeres vásárlás	<input type="text"/>	5.5.11.	<input type="text"/>
5.4.12. Munkafüggőség	<input type="text"/>	5.5.12.	<input type="text"/>
5.4.13. Evészavarok	<input type="text"/>	5.5.13.	<input type="text"/>
5.4.14. Testképzavarok	<input type="text"/>	5.5.14.	<input type="text"/>
5.4.15. Szexuális addikciók	<input type="text"/>	5.5.15.	<input type="text"/>
5.4.16. Egyéb addiktológiai probléma, éspedig:	<input type="text"/>	5.5.16.	<input type="text"/>
5.4.17. Egyéb addiktológiai probléma, éspedig:	<input type="text"/>	5.5.17.	<input type="text"/>

5.6. Az ellátási egység nyújt-e a következő addiktológiai problémákkal rendelkező klienscsoport szükségleteire szabott speciális szolgáltatást? Amennyiben az ellátási egység nem nyújt az adott addiktológiai problémákkal rendelkező klienscsoport szükségleteire szabott speciális szolgáltatást, azt azért nem teszi, mert nincs rá igény, vagy valami más ok miatt?

Olyan szolgáltatásra gondolunk, amely kifejezetten az adott problémával rendelkező klienscsoport igényeire szabott, és más addiktológiai problémákkal nem vehetnek benne részt.

Csak azok az addiktológiai problémák jelennek meg, amelyeket az 5.3. kérdésnél bejelölt.

	igen, nyújt speciális szolgáltatást		
	1	2	3
5.6.1. Tiltott drogok fogyasztása	1	2	3
5.6.2. Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás	1	2	3
5.6.3. Egyéb legális drogok fogyasztása (kivéve alkoholfogyasztás és dohányzás)	1	2	3
5.6.4. Alkoholfogyasztás	1	2	3
5.6.5. Dohányzás	1	2	3
5.6.6. Szerencsejáték-használat	1	2	3
5.6.7. Problémás internethasználat	1	2	3
5.6.8. Problémás onlinejáték-használat	1	2	3
5.6.9. Problémás közösségimédia-használat	1	2	3
5.6.10. Testedzészfüggőség	1	2	3
5.6.11. Kényszeres vásárlás	1	2	3
5.6.12. Munkafüggőség	1	2	3
5.6.13. Evészavarok	1	2	3
5.6.14. Testképzavarok	1	2	3
5.6.15. Szexuális addikciók	1	2	3
5.6.16. Egyéb addiktológiai probléma, éspedig	1	2	3
5.6.17. Egyéb addiktológiai probléma, éspedig	1	2	3

A 5.6.16. és az 5.6.17. bejelölése esetén jelenik meg egy „Egyéb éspedig” szöveges mező.

5.7. (5.8.) Kérjük, adja meg az elsődlegesen droghasználati problémákkal jelentkező (Tiltott drogok fogyasztása; Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás; Egyéb legális drogok fogyasztása) kliensek százalékos megoszlását elsődleges szer szerinti bontásban a 2022-es, valamint az elmúlt 5 évben egy átlagos évre vonatkozóan!

Egy kliens egyszerre több szer kapcsán is ellátásban részesülhet. Az „elsődleges szer” az a szer, amely használata a leginkább hozzájárul a kliens problémájához a kliens bevallása és/vagy a szakember által végzett állapotfelmérés alapján. Kérjük, hogy a válaszadás során az egyes szerek esetében csak azokat a klienseket vegye számba, akiknél az adott szer elsődleges szerként jelentkezett.

A 2022-ben jellemző %-os arányokat írja be az első, az elmúlt 5 évben egy átlagos évben jellemzőket a második oszlopba. Kérjük, egész számokat adjon meg, s ellenőrizze, hogy a beírt %-ok összege egy-egy oszlopban 100% legyen! Amennyiben nem tudja a pontos számot, becsülje meg!

A 100% ellenőrzése leprogramozva.

	5.7. 2022- ben (%)	5.8. Egy átlagos évben
5.7.1. Opioidok	<input type="text"/>	5.8.1. <input type="text"/>
5.7.2. Kokain, crack	<input type="text"/>	5.8.2. <input type="text"/>
5.7.3. Amfetamin típusú stimulánsok (amfetamin, metamfetamin, MDMA, ecstasy)	<input type="text"/>	5.8.3. <input type="text"/>
5.7.4. Dizájner stimulánsok (pl. kristály, penta, MDPV, zene)	<input type="text"/>	5.8.4. <input type="text"/>
5.7.5. Dohányzás	<input type="text"/>	5.8.5. <input type="text"/>
5.7.6. Kannabisz	<input type="text"/>	5.8.6. <input type="text"/>
5.7.7. Szintetikus kannabinoidok (pl. bio, herbál)	<input type="text"/>	5.8.7. <input type="text"/>
5.7.8. Hallucinogének (pl. LSD, gomba)	<input type="text"/>	5.8.8. <input type="text"/>
5.7.9. Altatók és nyugtatók visszaélészerű fogyasztása	<input type="text"/>	5.8.9. <input type="text"/>
5.7.10. Szerves oldószerek	<input type="text"/>	5.8.10. <input type="text"/>
5.7.11. Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható drog, és- pedig:	<input type="text"/>	5.8.11. <input type="text"/>
5.7.12. Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható drog, és- pedig:	<input type="text"/>	5.8.12. <input type="text"/>

A 5.7.11. ill. 5.8.11. és az 5.7.12. ill. 5.8.12. bejelölése esetén jelenik meg egy „Egyéb és pedig” szöveges mező.

5.9. Az ellátási egység nyújt-e a következő droghasználati problémával rendelkező kliencsoport szükségleteire szabott speciális szolgáltatást?

Olyan szolgáltatásra gondolunk, amely kifejezetten az adott problémával rendelkező kliencsoport igényeire szabott, és más addiktológiai problémákkal nem vehetnek benne részt.

Csak azok az addiktológiai problémák jelennek meg, ahol az 5.7 vagy az 5.8. >0.

	igen, nyújt speciális szolgáltatást nem, de lenne rá igény nem, nincs rá igény		
	1	2	3
5.9.1. Opioidok	1	2	3
5.9.2. Kokain, crack	1	2	3
5.9.3. Amfetamin típusú stimulánsok (amfetamin, metamfetamin, MDMA, ecstasy)	1	2	3
5.9.4. Dizájnert stimulánsok (pl. mefedron, kristály, penta, MDPV, zene)	1	2	3
5.9.5. Dohányzás	1	2	3
5.9.6. Kannabisz	1	2	3
5.9.7. Szintetikus kannabinoidok (pl. bio, herbál)	1	2	3
5.9.8. Hallucinogének (pl. LSD, gomba)	1	2	3
5.9.9. Altatók és nyugtatók visszaélészerű fogyasztása	1	2	3
5.9.10. Szerves oldószerek	1	2	3
5.9.11. Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható drog, és pedig:	1	2	3
5.9.12. Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható drog, és pedig:	1	2	3

A 5.9.11. és az 5.9.12. bejelölése esetén jelenik meg egy „Egyéb és pedig” szöveges mező.

5.10. (5.11) Az elsődlegesen droghasználati problémákkal jelentkező (5.4.1-5.4.3. illetve az 5.5.1-5.5.3. sorokban jelzett) kliensek között előfordulnak-e az alábbi speciális csoportokba tartozók. Kérjük adja meg az egyes speciális csoportokba tartozóknak az elsődlegesen droghasználati problémákkal jelentkező kliensek közötti százalékos arányát a 2022-es, valamint az elmúlt 5 évben egy átlagos évre vonatkozóan!

A 2022-ben jellemző %-os arányokat írja be az első, az elmúlt 5 évben egy átlagos évben jellemzőket a második oszlopba. Kérjük, egész számokat adjon meg! Amennyiben nem tudja a pontos számot, becsülje meg! Ha az adott időszakban nem volt kliensük az adott csoportban, akkor írjon 0-t!

	5.10. 2022-ben (%)	5.11. Egy átlagos évben (%)
5.10.1. Gyermek és serdülő (16 év alattiak)	<input type="text"/>	5.11.1. <input type="text"/>
5.10.2. Kliensek párhuzamosan jelentkező mentális és kábítószer-használati problémával	<input type="text"/>	5.11.2. <input type="text"/>
5.10.3. Idősek (50 év feletti)	<input type="text"/>	5.11.3. <input type="text"/>
5.10.4. Nők	<input type="text"/>	5.11.4. <input type="text"/>
5.10.5. Várandósok és kisgyermekes anyák	<input type="text"/>	5.11.5. <input type="text"/>
5.10.6. Nem budapestiek	<input type="text"/>	5.11.6. <input type="text"/>

5.10.7. Hajléktalanok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.8. Nemzetiségi és kisebbségi csoportok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.9. Menekültek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.10 Szexmunkások	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.11 LMBTQ+ kliensek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.12 Fogvatartottak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.13 Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható speciális csoport, éspedig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.14 Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható speciális csoport, éspedig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.11.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A 5.10.13. ill. 5.11.13. és az 5.10.14. ill. 5.11.14. bejelölése esetén jelenik meg egy „Egyéb éspedig” szöveges mező.

5.12. Az ellátási egység nyújt-e a következő speciális klienscsoportok szükségleteire szabott speciális szolgáltatást?

Olyan szolgáltatásra gondolunk, amely kifejezetten az adott klienscsoport igényeire szabott, és

Csak azok az addiktológiai problémák jelennek meg, ahol az 5.7 vagy az 5.8. >0!

	igen, nyújt speciális szolgáltatást		
	1	2	3
5.12.1. Gyermek és serdülők (16 év alattiak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.2. Kliensek párhuzamosan jelentkező mentális és kábítószer-használati problémával	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.3. Idősek (50 év feletti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.4. Nők	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.5. Várandósok és kisgyermekes anyák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.6. Nem budapestiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.7. Hajléktalanok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.8. Nemzetiségi és kisebbségi csoportok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.9. Menekültek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.10. Szexmunkások	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.11. LMBTQ+ kliensek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.12. Fogvatartottak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.13. Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható speciális csoport, éspedig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.14. Egyéb, a fenti kategóriákba nem sorolható speciális csoport, éspedig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A 5.12.13. és az 5.12.14. bejelölése esetén jelenik meg egy „Egyéb éspedig” szöveges mező.

6. AZ ELLÁTÁSI EGYSÉGBEN LÉVŐ ELLÁTÁSTÍPUSOK ELÉRHETŐSÉGE /NYITVATARTÁSA.

Csak azok az ellátás-típusok jelennek meg, amelyeket a 4.2. kérdésnél bejelölt. Az egyes mezőkben től-ig időpontok beírását kérjük (formátum: 12:00).

	a	b	c	d	e	f	g
	Hétfő	Kedd	Szerda	Csütörtök	Péntek	Szombat	Vasárnap
6.1. Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés							
6.2. Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)							
6.3. Egészségügyi járóbeteg ellátás							
6.4. Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon							
6.5. Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogoterápiás intézet-							
6.6. Opioid-agonista kezelés							
6.7. Szervedélybetegek nappali ellátás							
6.8. Közösségi szervedélybeteg ellátás							
6.9. Tűcsere							
6.10. Drop-in (tűcsere nélkül)							
6.11. Támogatott lakhatás							
6.12. Félutasház							
6.13. Védett munkahely							
6.14. Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás							
6.15. Önsegítő csoportok							
6.16. Telefonsegély							
6.17. Interaktív online kezelőprogram							
6.18. Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás							
6.19. Megkereső szolgáltatások							
6.20. Továbbírányítás / ellátásba kísérés							

7. AZ ELLÁTÁSI EGYSÉGBEN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK

7.1. Hány különböző szakember dolgozik ellátástípusonként az ellátási egységnél?

Adja meg az egyes szakemberek létszámát, függetlenül az alkalmazás jellegétől! Kérjük, egész számokat adjon meg!

A 7.1. sorban lévő összesített adat nem feltétlenül az egyes sorok adatainak az összege (egy szakember több ellátástípusnál is feltüntethető).

Ha az adott ellátástípusban nem dolgozik adott szakember, akkor kérjük írjon 0-t.

Csak azok az ellátás-típusok jelennek meg, amelyeket a 4.2. kérdésnél bejelölt.

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
pszichiáter	egyéb orvos	pszichológus	ápoló/eü. szakasszisztens	addiktológiai konzultáns	szociális munkás	egyéb terápiás munkatárs	jogász	tapasztalati szakértő	egyéb

7.1.1.	Elterelés – kábítószer-függőséget gyó-																				
7.1.2.	Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)																				
7.1.3.	Egészségügyi járóbeteg ellátás																				
7.1.4.	Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon																				
7.1.5.	Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drog- terápiás intézetben																				
7.1.6.	Opioid-agonista kezelés																				
7.1.7.	Szenvedélybetegek nappali ellátás																				
7.1.8.	Közösségi szenvedélybeteg ellátás																				
7.1.9.	Túcsere																				
7.1.10.	Drop-in (túcsere nélkül)																				
7.1.11.	Támogatott lakhatás																				
7.1.12.	Félutasház																				
7.1.13.	Védett munkahely																				
7.1.14.	Egyéb reintegrációs, reszocializációs el- látás																				
7.1.15.	Önsegítő csoportok																				
7.1.16.	Telefonsegély																				
7.1.17.	Interaktív online kezelőprogram																				
7.1.18.	Szakember közreműködése nélkül mű- ködő automatizált szolgáltatás																				
7.1.19.	Megkereső szolgáltatások																				
7.1.20.	Továbbirányítás / ellátásba kísérés																				

7.2. Milyen minőségben alkalmazzák a különböző szakembereket? Kérjük, adja meg, hogy az ellátási egységnél a különböző szakemberek közül hányan vannak teljes állásban, részállásban, mennyien vannak megbízási szerződéssel, vagy alvállalkozóként foglalkoztatva, illetve hány fő dolgozik önkéntesként.

Az adatokat a teljes ellátási egységre, főben adja meg! Kérjük, egész számokat adjon meg, s írjon 0-t, ha nem alkalmaz szakembert az adott minőségben.

	pszichiáter	egyéb orvos	pszichológus	ápoló/eü. szakasszisztens	addiktológiai konzultáns	szociális munkás	egyéb terápiás munkatárs	jogász	tapasztalati szakértő	egyéb
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
7.2.1. Teljes állásban alkalmazott										
7.2.2. Részmunkaidőben alkalmazott										
7.2.3. Megbízási díjjal/alvállalkozóként dolgozik										
7.2.4. Önkéntes										

8. AZ ELLÁTÁSI EGYSÉG FINANSZÍROZÁSA

8.1. Az egyes források milyen arányban jelentek meg a különböző ellátástípusok finanszírozásában a 2022-es évben? Kérjük, töltsse ki az alábbi táblázatot!

Ha valamelyik forrás arányát nem tudja pontosan, akkor kérjük becsülje meg! Itt is egész számokat adjon meg! A beírt %-ok összege adja ki a 100%-ot!

Csak azok az ellátás-típusok jelennek meg, amelyeket a 4.2. kérdésnél bejelölt.

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
	NEAK	NSZI (Slachta Margit NSZI)	Egyéb állandó állami finanszírozás	Állami pályázati finanszírozás	Önkormányzati állandó költségkeret	Önkormányzati pályázatok	Alapítványi/egyesületi saját forrás	Adományozói támogatás	Egyházi finanszírozás	Piaci, kliens általi finanszírozás	Nemzetközi pályázatok	Egyéb forrás
8.1.1. Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (ki-												
8.1.2. Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (ki- véve MFSZ)												
8.1.3. Egészségügyi járóbeteg ellátás												
8.1.4. Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon												
8.1.5. Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben												
8.1.6. Opioid-agonista kezelés												
8.1.7. Szenvedélybetegek nappali ellátás												
8.1.8. Közösségi szenvedélybeteg ellátás												
8.1.9. Túcsere												
8.1.10. Drop-in (túcsere nélkül)												
8.1.11. Támogatott lakhatás												
8.1.12. Félutasház												
8.1.13. Védett munkahely												
8.1.14. Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás												
8.1.15. Önsegítő csoportok												
8.1.16. Telefonsegély												
8.1.17. Interaktív online kezelőprogram												
8.1.18. Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás												

- 8.1.19. Megkereső szolgáltatások
8.1.20. Továbbirányítás / ellátásba kísérés

9. MEGJEGYZÉSEK, KIEGÉSZÍTÉSEK

Csak akkor jelenik meg, ha a szervezeten belül elkülönített ellátási egységeket (1.4.1.=1).

10. Más ellátási egység adatlapjának kitöltése is tartozik Önhöz?

- 1 igen
0 nem

KÖSZÖNJÜK, HOGY VÁLASZAIVAL SEGÍTETTE A FŐVÁROSI DROGSTRATÉGIA MEGALAPOZÁSÁT!

A szövegben hivatkozott táblázatok

1.ábra: A különböző források megjelenésének átlagos aránya fővárosi drogspecifikus ellátásban ellátási típusonként (az adott ellátástípusban szolgáltatást nyújtó, és a kérdésre válaszoló ellátási egységek által megadott %-os értékek egyszerű számtani átlaga)

	NEAK	NSZI (Slachta Margit NSZI)	Egyéb állandó állami finanszírozás	Állami pályázati finanszírozás	Önkormányzati állandó költségkeret	Önkormányzati pályázatok	Alapítványi/egyesületi saját forrás	Adományozói támogatás	Egyházi finanszírozás	Piaci, kliens általi finanszírozás	Nemzetközi pályázatok	Egyéb forrás
Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés (N=9/7)*	45,7	14,3	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,7
Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ) (N=4/4)	55,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	45,0
Egészségügyi járóbeteg ellátás (N=12/10)	95,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon (N=3/3)	85,3	0,0	12,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,3	0,0	0,0
Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben (N=1/1)	56,0	0,0	38,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	4,0	0,0	0,0
Opioid-agonista kezelés (N=1/1)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Szenvedélybetegek nappali ellátás (N=9/6)	33,3	0,0	55,5	0,0	11,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Közösségi szenvedélybeteg ellátás (N=10/7)	40,0	0,0	49,9	0,0	2,7	1,6	0,0	1,1	2,1	0,0	0,0	2,6
Túcsere (N=4/3)	0,0	73,3	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	18,3

	NEAK	NSZI (Slachta Margit NSZI)	Egyéb állandó állami finanszírozás	Állami pályázati finanszírozás	Önkormányzati állandó költségkeret	Önkormányzati pályázatok	Alapítványi/egyesületi saját forrás	Adományozói támogatás	Egyházi finanszírozás	Piaci, kliens általi finanszírozás	Nemzetközi pályázatok	Egyéb forrás
Drop-in (túcsere nélkül) (N=10/8)	12,5	59,4	1,3	0,0	3,1	0,6	8,8	5,8	0,0	0,1	0,0	8,5
Támogatott lakhatás (N=1/0)	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
Védett munkahely (N=1/1)	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás (N=5/4)	0,0	37,3	27,5	0,0	6,3	1,3	20,0	4,3	0,0	1,5	0,0	2,0
Önsegítő csoportok (N=10/5)	0,0	19,8	0,0	0,0	0,0	0,0	40,0	20,2	0,0	0,0	0,0	20,0
Telefonsegély (N=6/4)	0,0	54,8	2,5	0,0	6,3	1,3	25,0	0,5	0,0	0,3	0,0	9,5
Interaktív online kezelőprogram (N=2/2)	0,0	85,5	0,0	0,0	5,0	5,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Megkereső szolgáltatások (N=11/9)	0,0	48,9	1,1	3,9	9,4	5,8	5,6	14,0	0,0	0,1	3,9	7,3
Továbbirányítás / ellátásba kísérés (N=21/14)	21,4	33,9	0,4	0,7	1,8	2,5	18,6	10,4	0,0	3,6	2,1	4,5
A különböző ellátástípusoknál szereplő átlagértékek súlyozatlan átlaga	32,0	31,0	11,9	0,3	2,7	1,3	6,9	3,9	0,1	0,9	0,4	8,5

*N=az ellátástípusba tartozó ellátási egységek száma/a kérdésre válaszolók száma

na: az adott ellátástípusban a kérdésre válaszolók száma=0

2.ábra: A fővárosi ellátási egységekben dolgozók száma szakma- és alkalmazástípus szerint (fő)

	pszichiáter	egyéb orvos	pszichológus	ápoló/eü. szakasszisztens	addiktológiai konzultáns	szociális munkás	egyéb terápiás munkatárs	jogász	tapasztalati szakértő	egyéb
Teljes állásban alkalmazottak	5	25	16	77	5	43	23	2	8	16
Részmunkaidőben alkalmazottak	8	15	13	10	1	6	7	2	2	8
Megbízási díjjal/alvállalkozóként dolgozók	15	0	9	1	8	9	4	3	2	1
Önkéntesek	0	2	13	1	4	10	0	2	11	29
Összesen (%)	7%	10%	12%	21%	4%	16%	8%	2%	6%	13%

3.ábra: A fővárosi ellátási egységekben dolgozó különböző szakemberek eloszlása az alkalmazás típusa szerint (%)

	pszichiáter	egyéb orvos	pszichológus	ápoló/eü. szakasszisztens	addiktológiai konzultáns	szociális munkás	egyéb terápiás munkatárs	jogász	tapasztalati szakértő	egyéb	összesen (%)
Teljes állásban alkalmazottak	18%	60%	31%	87%	28%	63%	68%	22%	35%	30%	53%
Részmunkaidőben alkalmazottak	29%	36%	25%	11%	6%	9%	21%	22%	9%	15%	17%
Megbízási díjjal/alvállalkozóként dolgozók	54%	0%	18%	1%	44%	13%	12%	33%	9%	2%	13%
Önkéntesek	0%	5%	25%	1%	22%	15%	0%	22%	48%	54%	17%

DROGSPECIFIKUS ELLÁTÁST NYÚJTÓ SZOLGÁLTATÓK PROBLÉMAPERCEPCIÓJA ÉS A KLIENSEK SZÜKSÉGLETEI¹⁶

(Készítette: Arnold Petra, Kapitány-Fövény Máté)

Vezetői összefoglaló

A kutatás a fővárosi egészségügyi és szociális drogspecifikus ellátást nyújtó szolgáltatók által észlelt problémákat és kliensszükségeket vizsgálja kvalitatív módszerrel. Összesen 11 interjút készítettünk a terápiás ellátás tekintetében nagy múltú szolgáltatóknál dolgozó szakemberekkel, akiknek széleskörű rálátása van a területre. Alábbiakban témánként összegezzük a főbb megállapításokat és eredményeket.

A szakértők által spontán megfogalmazott általános nehézségek az alábbi kategóriákba voltak sorolhatóak:

- Klienspopuláció sajátosságai: a drogbetegek egyes személyiségvonásából (pl. nagyfokú impulzivitás) és családi, szociodemográfiai jellemzőiből (pl. iskolázottság, szocializáltság), viselkedésváltozási motivációjának esetleges hiányából, illetve a betegségtudat jellegéből fakadó nehézségek, melyek korlátozhatják a terápia hatékonyságát
- Finanszírozás, materiális lehetőségek: a válaszadók az ellátóhelyek forráshiányait, a területen dolgozó szakemberek alacsony béreit, valamint az ellátás fizikai tereihez köthető kapacitáshiányt (pl. kevés szoba) emelték ki olyan alapvető nehézségként, mely negatívan érintheti a mindennapi működés eredményességét
- Humán erőforrás jellemzők: a területre jellemző általános szakemberhiány, a szakspecifikus végzettséggel rendelkező munkatársak hiánya, valamint a szakemberek kiegészése és többletterhei kerültek kiemelésre
- Szakmai együttműködés jellemzői: az interjúalanyok a szakmán belüli, illetve az egyes társszervezetekkel mutatott együttműködések limitációi mellett a döntéshozókkal való érdemi szakmai kapcsolat hiányát említették
- Adminisztratív terhek: a rendőrségi megkeresésekkel, beavatkozási kódokkal, az elterelés adminisztrációjával kapcsolatos teendők kerültek megemlítésre
- Kliensutak, kliensdelegálás jellemzői: a válaszadók a szervezetek közötti együttműködés és adekvát kommunikáció hiányából fakadó kliensdelegálási anomáliákat, az ellátórendszer kapacitáshiányából, valamint az ellátóhelyek alacsony számából eredő kliensküldési nehézségeket, az ellátóhelyekkel kapcsolatos információhiányhoz köthető kliensoldali tanácsstalanságot, illetve a kliensvisszatartás jelenségét tekintették a kliensdelegáláshoz kapcsolható főbb általános nehézségnek
- A terület társadalmi megítélése: a függőségek és az addiktológia területének negatív társadalmi megítélése mellett a terület irányába mutatott társadalmi figyelem hiánya bizonyult releváns problémának
- Politikai, szakmapolitika, szabályozási kérdések: a szakemberek a politikai megosztottságból fakadó problémákat, a terület átpolitizáltságából, illetve a politikai nyomásgyakorlásból eredő nehézségeket és a szakmai munkavégzés törvényhozáshoz és szabályozási rendszerhez köthető akadályait említették
- A kettős diagnózis terápiás kérdései: a komorbid pszichiátriai diagnózissal jellemezhető drogbetegek hatékony ellátásának akadályai kapcsán az addiktológiai ellátórendszer ilyen irányú limitációit, valamint az addikciós zavarral küzdők pszichiátriai osztályok általi elutasíthatóságát emelték ki a válaszadók.

¹⁶ A tanulmány és a háttérben álló kutatás Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum megbízásából és finanszírozásával készült.

Ellátás típusok szerint az alábbi főbb nehézségeket azonosítottunk a szakértők tapasztalatai alapján. Elterelés nehézségei:

- A kliensek motivátlansága
- Az elterelés pszeudo ellátás
- A segítők motivátlansága
- Állapotfelmérés folyamatának bonyolultsága

Járó-, fekvőbeteg ellátás nehézségei:

- Ellátórendszer hiányzó láncszemei: speciális csoportok, a nők, a várandós nők, a fiatalok, a hajléktalanok és a komorbid betegek ellátására nagyobb hangsúlyt fektetni, az absztinenciát megkövetelő fekvőbeteg ellátás előtti detoxikáló ellátóhely biztosítása
- Motiváció fenntartása: Az ellátórendszer hiányzó láncszemei miatt nehezebb a kliensek motivációját fenntartani arra, hogy a kezelésbe vonásuk megtörténjen
- Szakemberhiány: a szakemberek széles módszertani palettával dolgoznak és nagy szakmai felkészültséggel bírnak, de kapacitáshiány miatt további szakemberek bevonására lenne szükség ahhoz, hogy pl. más típusú mentális betegeket is el tudjanak látni
- Egészségügyi finanszírozás: a drogfüggők ellátása nagy költségvonzattal jár, de kevés beavatkozási pontot jelent, érdemes lenne a finanszírozást átgondolni
- Az opiát-helyettesítő kezelést akadályozza Suboxone, metadon hiány

Az alacsonyküszöbű ellátás hiányzó láncszemei:

- Dizájner szerhasználóknak dropin
- Megkereső munka bővítése, fejlesztése tapasztalati munkatársak bevonásával
- Tűcsere automata, busz működtetése
- Party service szolgáltatás

A szakértők fontosnak tartják, hogy a támogatott lakhatás, félutasház, védett munkahely ellátási formák rendszer szinten működjenek Magyarországon.

A szakértők a felmerülő nehézségekkel kapcsolatban általános megoldási javaslatokat is megfogalmaztak. E javaslatok a következő nehézségekkel kapcsolatban kerültek megemlítésre:

- Finanszírozás: a hozzátartozók ellátására vonatkozó specifikus finanszírozási formák kialakítása, valamint szakorvosi és gondozói órák támogatását célzó új pályázási lehetőségek bevezetése
- Tehermentesítés: a kliensforgalom csökkentése/a klienspopuláció szűrése az elterelés rendszerének módosítása által, a területen dolgozók szupervíziója/mentális tehercsökkentése, terápiás módszerek ajánlása az egyidőben ellátható kliensszám emelése érdekében, önkéntesek bevonása a szakmai teambe
- Kliensutak: a kliensdelegálás problémaszpecifikus útvonalainak kiépítése (pl. hepatitisz kezelés kapcsán)
- Kettős diagnózisú kliensek: több olyan ellátóhely létrehozása, ahol specifikusan a kettős diagnózisú drogbetegek szükségleteire fókuszáló terápiás program működne

A megszólított szakemberek ezeken felül kiemelték az univerzális mentálhigiénés és prevenciósz megközelítés fontosságát, valamint a kiegészítő terápiás formák (pl. állat-asszisztált terápia) és a kliensek képzésének (pl. pedagógusok bevonása az addiktológiai ellátás folyamatába) relevanciáját.

A kliensek szükségleteivel kapcsolatban a szakértők az alábbi specifikus igényekre hívták fel a figyelmet:

- Ellátásba kerülés várakozási ideje: a kliensek azon szükséglete, hogy mielőbb ellátást kapjanak, részben a drogbeteg populáció impulzivitásából, részben egyes társuló szomatikus (pl. neurológiai) tünetek potenciális súlyosságából ered
- Detoxikálás: a kórházi, osztályos körülmények között felügyelt méregtelenítés iránti igény
- Szociális és eszközszintű ellátás: ezen belül az alapvető fizikális szükségletek (pl. táplálkozás, öltözködés, lakhatás), az ellátás eszközszintű és megkereső munkához köthető szükségletei (pl.

steril fecskendők, eldobált tűszemét begyűjtése), illetve az egyéb szociális és jogi segítséggel kapcsolatos jellemzők kerültek kiemelésre

- Utógondozás és reintegráció: a csoportos utógondozás, valamint a védett munkahelyek és a támogatott lakhatás/félutas házak fontosságát több szakember is megemlítette
- Specifikus, problémaorientált intervenciók: e kliensszükségletek között a kodependencia, a hajléktalan létből fakadó kiszolgáltatottság, az intravénás szerhasználat, és a kontrollált szerhasználat iránti igény került kiemelésre
- Életkor-specifikus szükségletek: a szakemberek két korcsoport, a fiatal- és az időskorúak ellátási hiányosságaira hívták fel a figyelmet
- Egyéb alpopulációk speciális szükségletei: a speciális szükségletű alpopulációk tagjaiként lettek megemlítve a transznemű kliensek, az intellektuális és érzelmi fejlődés terén lemaradást mutató fiatalok és felnőttek, a női szerhasználók, beleértve a várandós, illetve traumatizált nőket, az elterelésben résztvevők, valamint a hozzátartozók

Az interjúk során továbbá feltárásra kerültek a közelmúltban megfigyelt új típusú szükségletek is, melyek között a szerhasználó édesanyák gyermekeivel való szakmai foglalkozás, az új pszichoaktív szerek szomatikus ártalmaival kapcsolatos kivizsgálás, a fiatalabb korosztály érdemi terápiás és szociális ellátása, illetve a viselkedési függőségekkel és szexualitással kapcsolatos új terápiás igények lettek nevesítve.

A drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezői mentén azt tapasztaltuk, hogy a társadalom attitűdje, a politikai környezet, a finanszírozás inkább a veszély/gyengeség dimenzióban jelennek meg, a média és a jogszabályi környezet pedig pozitív és negatív aspektusban egyaránt megmutatkozik. Az ellátórendszer kihívásai közé tartoznak a belső intézményi, a szervezet működését veszélyeztető tényezők, mint a kiégés, a szakemberhiány, valamint a szükségletek változását tükröző tényezők úgy, mint az állandó várólista és a dizájner drogok megjelenése. A kliensek számának növekedése pedig pozitív és negatív dimenziókban egyaránt megjelenik az interjúalanyok percepciójában. A szakértők véleménye szerint egyértelműen lehetőséget/erősséget jelentenek a különböző drogspecifikus vagy nem drogspecifikus szervezetekkel történő együttműködések, illetve a nemzetközi jógyakorlatok követése, a belső értékelések és a szupervízió. Az alábbi táblázatban összefoglaltuk, hogy a kutatásban résztvevő szakértők milyen magyarázatot adtak az egyes környezeti tényezők veszély/gyengeség, illetve lehetőség/erősség besorolására.

	Veszély/gyengeség	Lehetőség/erősség
Média	stigmatizáló, szenzációhajhász és nem szakszerű tájalásmód	kiváló platform lehetne a társadalom érzékenyítésére, szakszerű információk átadására és a kliensek elérése
Társadalom attitűdje	stigmatizálás, sztereotípiákban gondolkodás, tudatlanság	
Politikai környezet	nem támogató, a problémát figyelmen kívül hagyja, nem szakemberek bevonásával hoz döntéseket, a társadalomban élő stigmákat mélyíti el	
Jogszabályi környezet	az elterelés működése nem hatékony; a köznevelési törvény változtatása miatt prevencióra nincs lehetőség; a várandós szerhasználó nőket utolsó trimeszterben az intézményből elbocsátják	az elterelés egy lehetőség a büntetés helyett; lehetőség lenne az egészségügyi finanszírozás átgondolására vagy akár a dekriminalizációra

Finanszírozás	terület alulfinanszírozottsága, a pályázati források beszűkülése, nem versenyképes jövedelem	bérek rendezése az egészségügyi szférában
Drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés		motorja lehet a fejlődésnek
Nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés		lehetőség rejlik a nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködésben, mindazonáltal a velük való közös munka nem feltétlenül zökkenőmentes
Érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés	lehetőség lenne arra, hogy a terület érdekeit érvényesítsék, azonban gyengeség: nem nagyon tudnak sikereket elérni leginkább a politikai környezet érdektelensége miatt	
Nemzetközi jogyorkorlatok követése		lehetőség a fejlődésre, azonban forrás-, kapacitáshiány miatt nem mindig van lehetőség az adaptálásra
Belső értékelés, szupervízió		ha van: erősség, ha forráshiány miatt nincs: akkor lehetőség
Szakemberhiány	szociális szférában nincs versenyképes jövedelem, nincs utánpótlás, kevés addiktológia irányultságú pszichiáter	
Kiegészítés	veszély az alacsony fizetés, a terület (addiktológia) alábecsülése és a siker fogalmának az értelmezése miatt	
Továbbképzések		vannak, de inkább önköltségen; a kötelezők nem feltétlenül hasznosak (nem hitelesek)
Kapacitáshiány, állandó várólista	az ellátórendszer nem tud minden igényt kielégíteni, a kliensek nem tudnak várni és elveszítik a motivációjukat, tovább mélyülnek a szerhasználatot mozgató problémák	
Kliensek számának növekedése	ellátórendszer nem tud lépést tartani a növekvő számú kliensekkel	lehetőség az ellátórendszer bővítésére
Dizájn drog megjelenése	a szerekkel kapcsolatos kiszámíthatatlanság, a használatból fakadó súlyos fizikai, mentális leépülés; az ellátórendszernek nem sikerült még a klasszikus szerekhez hasonló protokollt kialakítania	

A drogspecifikus ellátás típusok helyzete az elmúlt 10 évben jellemzően rosszabb lett vagy nem változott a kutatásban résztvevő szakemberek megítélése szerint.

- Egyértelműen romlott a tűcserék, valamint az egyéb alacsonyküszöbű szolgáltatások, a megkereső munka helyzete, a tűcserék megszűnése és a pályázati pénzek elvonása miatt.

- A járó-, és fekvőbeteg ellátás is rosszabbodó tendenciát mutat, amelyet jellemzően a hosszabb várólistával és az ellátóhelyek megszűnésével magyaráztak az interjúalanyok, azonban egyes szakértők szerint fejlődés is megfigyelhető a javuló infrastrukturális feltételek vagy az OMIII bővülése miatt.
- Az önszolgáltató csoportok és az interaktív online kezelőprogramok esetében figyelhető meg egyértelműbb javuló tendencia.
- A többi ellátás típus helyzete jellemzően nem változott, vagy vegyesebb kép rajzolódik ki a megkérdezett szakemberek véleménye alapján. A változatlan állapot azonban negatív is lehet olyan értelemben, hogy pl. a védett munkahely, támogatott lakhatás, félutasház helyzete ugyanolyan rossz maradt, mint volt, pedig nagy igény lenne ezen ellátás típusokra.

A drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezőiről alkotott szakértői vélemények a következőképpen összegezhetők.

- A politikai környezet, a finanszírozás, a szakemberhiány és az ellátásban dolgozók kiegészése jellemzően rosszabb lett az elmúlt 10 évben. Néhányan úgy érzékelik ezen tényezők helyzete nem változott, azonban javulásról senki nem számolt be.
- A jogszabályi környezet, érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés, várólista esetében kb. fele-fele arányba gondolják úgy az interjúalanyok, hogy azok helyzete nem változott vagy rosszabb lett, de javulást ezen tényezők esetében sem tapasztaltak.
- A társadalom attitűdje és a média esetében vegyes a kép, a többség szerint nem változott, de van, aki szerint jobb lett, és van, aki úgy gondolja, hogy javult.
- A drogspecifikus és nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés, a belső értékelések, szupervízió, a nemzetközi jógyakorlatok követése és a továbbképzési lehetőségek helyzete jellemzően javult vagy nem változott, azonban néhány szakértő szerint rosszabbodás tapasztalható.

Bevezetés

A kutatás célja

A Fővárosi Drogstratégia megalkotásához kulcsfontosságú az drogspecifikus ellátást nyújtó szolgáltatók tapasztalatainak és véleményének a megismerése. A kutatás a fővárosi egészségügyi és szociális drogspecifikus ellátást nyújtó szolgáltatók által észlelt problémák és kliensszükségletek feltárását tűzi ki célul. Vizsgáljuk 1) a szolgáltatók által tapasztalt általános nehézségeket 2) az egyes ellátás típusokban és speciális csoportokon belül azonosítható problémákat 3) a drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezőit 4) a szolgáltatók által észlelt kliensszükségleteket 5) a drogspecifikus ellátórendszerben az elmúlt 10 évben tapasztalható változást.

Módszer

Az adatgyűjtés eszköze és módja

A kutatás kvalitatív, mélyinterjú technikával valósult meg - kiegészítve önkítöltős kérdőívekkel. A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim volt. Az interjú elején ismertettük a résztvevőkkel a kutatás célját, a beszélgetés szabályait, az adatkezelés körülményeit (anonimitás, adatok bizalmas kezelése stb.), ezt követően a résztvevők szóban járultak hozzá a kutatásban való részvételhez. Az interjúkat diktafonon rögzítettük. Összesen 11 interjút készítettünk 2023 februárban és márciusban, Budapesten. Az interjúkat a kutatók készítették. Az interjúvázlatot lásd a Mellékletben.

A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása

A kutatás célcsoportját a fővárosi drogspecifikus egészségügyi és szociális szolgáltatók képezték. Törekedtünk arra, hogy egészségügyi/szociális pillér, valamint a szolgáltatók által nyújtott ellátás típusa mentén heterogén legyen a minta. Mindemellett fontosnak tartottuk, hogy olyanok kerüljenek a mintába, akiknek nagy rálátása van a terepre és régóta a területen dolgoznak. A 11 interjúból 2 interjú online, 9 interjú pedig face to face, az adott szervezetnél valósult meg. A kutatásban az alábbi szervezetek, intézmények vettek részt:

- ArtÉra Alapítvány
- Drogprevenációs Alapítvány
- Emberbarát Alapítvány
- Józan Babák Egyesület
- Józsefvárosi Szent Kozma Egészségügyi Központ (JEK) Addiktológiai Gondozó
- Kék Pont Alapítvány
- MRE Válaszút Misszió
- Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet (OMIII) -Addiktológiai Pszichoterápiás Részleg
- Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet - Drogbeteg Gondozó
- Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet - Sürgősségi Betegellátó Osztály és Klinikai Toxikológia
- Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány

A minta jellemzői

A kutatásban résztvevő szervezetek a drogellátás tekintetében nagy múltra tekintenek, átlagosan 31 éve foglalkoznak drogbeteg ellátással. Egy szervezetet kivéve mind országos lefedettségűek. A szervezetek többsége (7 db) non-profit alapítvány, 3 költségvetési és 1 önkormányzati fenntartású intézmény szerepel a mintában. Fele-fele arányban vannak a szociális és egészségügyi pillért képviselő szervezetek száma: 5 szervezet szociális, 4 szervezet egészségügyi, 2 szervezet szociális és egészségügyi profillal bír.

1. táblázat: A mintában szereplő szervezetek jellemzői¹⁷

Interjúalany adatai		N	Szervezet adatai		N
Szervezetben belül tisztség	Vezető	8	Pillér	Egészségügyi	4
	Beosztott	3		Szociális	5
Végzettség	Pszichológus	2		Jogi státusz	Egészségügyi és szociális
	Pszichiáter, addiktológus szakorvos	2	Non-profit		7
	Addiktológus konzultáns, szociális munkás	7	Költségvetési		3
Mióta dolgozik szerhasználatot kezelő programban (év átlag)		26 év		Önkormányzati	1
Mióta dolgozik a szervezetnél (év átlag)		20 év	Lefedtség	Országos	9
				Egy megyére kiterjedő	1
				Egy településre kiterjedő	1
			Mióta foglalkozik drogbeteg ellátással (év átlag)		31 év

Az alábbi táblázatban látható, hogy a kutatásban résztvevő szervezetek majdnem minden ellátás típusot lefednek.

2. táblázat: A mintában szereplő szervezetek száma ellátás típus szerint

Ellátás típus	N
Alacsonyküszöbű ellátás (túcsere nélkül)	7
Továbbirányítás / ellátásba kísérés	6
Egészségügyi járóbeteg ellátás	5
Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)	4
Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	4
Közösségi szenvedélybeteg ellátás	4
Önsegítő csoportok	4
Telefonsegély	4
Megkereső szolgáltatások	4
Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon	2
Opiát-helyettesítő kezelés	2
Túcsere	2

¹⁷ Az anonimitás megőrzése végett nem interjúalanyonként, hanem összesítetten mutatjuk be a minta jellemzőit.

Ellátás típus	N
Védett munkahely	2
Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben	1
Nappali ellátás	1
Támogatott lakhatás	1
Félutasház	1
Interaktív online kezelőprogram	1
Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás	0
Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás	0

A 11 interjúalany közül nyolcan intézmény/szervezet vezetők. Az interjúalanyok pszichológus, pszichiáter, addiktológus szakorvos, addiktológus konzultáns képesítéssel bírnak. Az interjúalanyoknak nagy rálátása van a terepre, átlagosan 26 éve dolgoznak a területen (10 év a legkevesebb, 38 év a legtöbb tapasztalat) és átlagosan 19 éve az adott szervezetnél. Az interjúk kb. másfél órák voltak.

Elemzési eljárás

A szó szerint legépelte kivonatokat kvalitatív tematikus elemzéssel (Braun & Clarke, 2006) elemeztük Excel-ben rögzítve. A kódolást részben deduktív kódolással végeztük, előre meghatározva a kódokat, másrészt induktív kódolást is alkalmaztunk, amikor is szöveg alapján hoztunk létre kategóriákat (Mayring, 2014). Az önkítöltős kérdőíveket Excelben rögzítettük, azokon statisztikai elemzéseket nem készítettünk, csupán az interjúk elemzéséhez szolgáltattak háttérinformációval.

Kvalitatív kutatásról lévén szó, a kutatásban résztvevők nem reprezentálják a fővárosi drogspecifikus egészségügyi és szociális szolgáltatókat, így az eredmények nem általánosíthatók: az elemzés során tett megállapítások csupán azokra a szolgáltatókra érvényesek, akik a kutatásban részt vettek.

Eredmények

Nehézségek, pozitívumok, megoldások

Az interjúk felvételekor fontosnak tartottuk, hogy a válaszadók ne csak előre rögzített témák vagy hívszavak mentén fejthessék ki véleményüket, hanem lehetőséget kapjanak arra is, hogy megoszthassák általános elképzeléseiket az ellátórendszer aktuális kihívásaival és korlátaival, illetve pozitívumaival kapcsolatban, valamint, hogy elmondhassák az ellátás típusokkal kapcsolatos problémákat is. Mindemellett fontosnak tartottuk, hogy kitérjessenek arra is, hogy személyes meglátásaik szerint milyen lehetséges megoldási módok képzelhetők el a felsorolt nehézségek kezelésére.

Általános nehézségek

Az interjúalanyok által jelzett általános nehézségek kilenc tartalmi kategóriába sorolhatóak: 1) Klienspopuláció sajátosságai; 2) Finanszírozás, materiális lehetőségek; 3) Humán erőforrás jellemzők; 4) Szakmai együttműködés jellemzői; 5) Adminisztratív terhek; 6) Kliensutak, kliensdelegálás jellemzői; 7) A terület társadalmi megítélése; 8) Politikai, szakmapolitika, szabályozási kérdések; 9) A kettős diagnózis terápiás kérdései.

Klienspopuláció sajátosságai

A klienspopuláció sajátosságaiból fakadó nehézségeket 6 interjúalany emelte ki. Ezen nehézségek a terapeuta-kliens kapcsolat (P3) (elsősorban a klienssel való terápiás kötődés és együttműködés kialakítási nehézsége), a kliensek szociális és családi helyzete (P6, P8) (itt főként az iskolázottság terén való lemaradás, illetve a droghasználat háttérben meghúzódó családi rendszerszintű problémák), viselkedésváltozási motivációinak szintje (P7, P8, P11) (a droghasználat felhagyására vonatkozó belső motívációk hiánya vagy az ezzel kapcsolatos tépelődés, bizonytalanság), illetve a szenvedélybetegséggel

kapcsolatos előzetes ismeretei és attitűdjei (P9) (az online térben megszerzett tudás attitűdformáló hatásai) altémái köré szerveződtek.

Klienssel való kapcsolat kialakítása:

Hát.. a drogbetegek nem könnyű betegek, azzal kezdődik a dolog. P3

Kliensek szociális és családi helyzete:

Ugye ezek olyan drogos gyerekek, akik kétszer-háromszor is megbuktak mondjuk a hatodik osztályban de ha nem engedik át őket nyolcadikban, akkor nem lesz jogosítványuk, bele fog ülni az autóba és olyan kárt fog okozni az egészséges társadalmi polgároknak, megsérülnek, meghalnak, tehát fel kel őket zárkóztatni. És nincsen oktatási lába a rehabilitációnak, van eü-i, van szociális, van foglal.. szociális foglalkoztatás, de oktatási ága nincs. P6

...a család.. hozzáállás, a család ahogy segítené.. nem tudni mennyi probléma gyökerezik oda, lehet hogy az sem véletlen, hogy ilyen félelmet kipróbálgat, stb. de ez így szakmailag nehézség... P8

Kliensek viselkedésváltozási motivációinak szintje:

itt.. ebben a szolgáltatásban nem szoktuk megvárni, amíg valaki motivált lesz, tudod, mert 9 hónap áll a rendelkezésünkre és hát ugye... vannak ennek kockázatai ha nem kerül be ellátásba, úgyhogy sokkal több a kísérés, sokkal több a szállításban való segédkezés, a... tehát nagyon sok mindent a kliens helyett csinálunk meg csúnyán mondva, amit úgy egy normál szenvedélybeteggel nem tennénk meg, na ez okozza éppen most a nehézséget. P7

Így 18 év alattiaknál.. igen, hát ott még.. ott még ez a buli van időszak, ott... ott.. nehézség azért az, hogy... lehet.. ezt a motivációt.. aki már egy kicsit jobban belecsúszott, fenntartani, hiszen nincs még meg az a.. belátás, nem okoz neki olyan problémákat még, ha esetleg intenzívebben használ szert, hiszen még nem... ilyenkor nyilván nehezebb akkor azt a folyamatban fenntartani. P8

...emellett meg ami probléma számunkra, az az, hogy azért.. itt a járóbeteg ellátásban nagyon sok olyan kliens megjelenik, amik – akik absztinenciára nem alkalmasak, nem tudják ezt tartani, viszont nem nagyon van olyan fekvő beteg részlet, ahol.. erre lehetőségük lenne, hogy azt az időt.. kibírják.. P11

Kliensek szenvedélybetegséggel kapcsolatos előzetes ismeretei és attitűdjei:

...mondjuk van egy laptopja, azon mindent, tehát mindent, a diagnosizokat a gyógyszereket és már eleve úgy jön.....oké hogy utánanézz, de ebből súlnak ki a legborzasztóbb sületlenségek, mert.. az alapokat nem érti és akkor ott van, de ő tudja hogy erre mit kell adni, meg hogy. hogy kell ezt kezelni, akkor menjen, ez egy komoly probléma. P9

Finanszírozás, materiális lehetőségek

Az ellátás financiális, illetve egyéb materiális, fizikai korlátait 7 válaszadó emelte ki alapvető nehézségként. E korlátok között megemlítették az ellátás forráshiányait (P1, P2, P4, P5, P6, P8), a területen dolgozó szakemberek alacsony béreinek kérdését (P1, P2, P8), illetve az ellátás fizikai tereihez köthető kapacitáshiányt (P2, P4, P9).

Az ellátás forráshiányai:

Nehezítő körülmény mondhatom azt a... valószínűleg azt gondolom, mindenki ezt mondja, nyilván a finanszírozása a különböző szociális alap és TL-nek mint szakellátásnak hogy ebből... egyrészt... a szakfeladatot ellátó munkatársakat kell alkalmazni, megtartani, és egyébként egy intézményt kell működtetni, amiben van számos adminisztratív és technikai feladat, illetve nem tudom, ezt hogy nevezik, azon gondolkodom, hogy... hogy is fogalmazták.. hogy

kérdezték legutoljára... maradjunk a technikai – tehát ilyen karbantartó, takarító meg ilyenek.... **P1**

... a közösségi ellátásnak a kapacitása, ez a 41 befogadott feladatmutató, ami után kapják a közösségi ellátások a finanszírozást, ez 2012 januárjától van, előtte a... előtte pl. a IX. kerületi közösségi ellátásnak a feladatmutatója 80 volt, tehát a duplája és akkor volt egy ilyen nagy visszavágás, országosan, gyakorlatilag az összes közösségi ellátásnak lefelezték, szinte lefelezték a feladatmutatóját illetve azt mondom, nem biztos, hogy lefelezték, de mindenkinek ezt a 41-et állították be és hiába dolgozol felette, 45-46-50-es feladatmutatón, akkor a 41 és az 50 közötti ellátottak – feladatmutatót már nem fizetik ki. **P2**

És akkor nyilvánvalóan azok a programok, ahol nincsenek pályázati pénzek, mint régen voltak, azok megpróbálják túlélni és akkor a rezsiválság meg az egyéb finomságokról még nem is beszéltünk. **P4**

...persze mindig lehet mondani, hogy kevés a pénz, mert az sosem elég...**P5**

...de hogy tulajdonképpen nincsen meg a keret rá... de hogy ne vihessem el őket a velencei tóra vagy a Balatonra, hogy ne vehessek meg egy 1200 forintos hajójegyet nekik, szóval.. ezek.. ezek komoly problémák, akadályai a terápianak. **P6**

...egyrészt ez a hihetetlen szintre süllyedt forráshiány, ez nagy érvágás, ugye ez nemcsak erre az alacsony küszöbre, egy fillért fel nem emelték tavalyi díjat, abból nem lehet finanszírozni a törvényi elvárásoknak megfelelően egy ilyen szolgáltatást... **P8**

A területen dolgozó szakemberek alacsony béreinek kérdése:

...milyen szakembereket tudok alkalmazni, hogyan tudom biztosítani – bizonyos szinten versenyképes, így fogalmazok, fizetéseket, megfelelő felkészültségű szakembereknek, ö.. hogy... hogy fogom.. elnézést.. lehet hogy kicsit durva a megfogalmazás, fejnőket nyilván kapok jóval olcsóbban csak ők milyen ellátást fognak itt.. nyilván az adminisztratív részét ellátják ennek a dolognak, de másképp fognak viszonyulni az ellátottakhoz..... **P1**

...mondjuk ki, az anyagi lehetőségek, tehát hogy a... hogy... mh... szóval hogy a munkatársak azt a... bért, vagy azt a juttatást, amit elvárnának, vagy méltányosnak gondolnának, azt... ö... most így mondom, akkor lehetne több is... vagy lehetne méltányosabb is, de hogy így az Alapítvány meg ennyit tud kigazdálkodni, úgyhogy evégett, hogy emberek nem láttak perspektívát, vagy nem tudtak építkezni, ugye akkor így már mentek el az alapítványtól máshová, egész egyszerűen azért, mert hogy többet lehet keresni, nem azért, mert hogy oda vágyott... **P2**

...Hát ez egy hatalmas probléma, mert valamiből mégiscsak működni kell és nincs lehetőség béreket emelni vagy bármi, pedig hát az infláció meg.. szóval ez is... **P8**

Az ellátás fizikai tereihez köthető kapacitáshiány:

...szűken vagyunk, tehát hogy kinőttük igazából ezt a helyiség.. csoportot.. nagyon örülünk, hogy ez van, meg mindig izgulunk, meg szurkolunk, hogy így 3 évente újra és újra hosszabbítsa meg a IX. kerület a.. a... a szerződést, a bérleti szerződést, de hogy alapvetően igazán jó lenne egy nagyobb helyre menni. **P2a**

...Úgyhogy minden új bejelentkezőnek el szoktam mondani, hogy amikor bejön a lépcsőházban készüljön fel a legrosszabbra, minden várakozást alulmúl, valóban, de hogy amikor ide feljön akkor ez már szebb lesz, hát szóval nem egy hívogató környezet. **P2b**

...Ezzel együtt azért néha problémát jelent az, hogyha túl sok kezelő van egy időben, hogy akkor ki hová ül, vagy marad-e hely... **P2c**

...az ártalomcsökkentésről, akkor nincsenek bevizsgálószobák, nincsenek szűrőszobák, a tűcserék azok örülnek ha működnek, úgy ahogy működnek, nincsen heroin helyettesítő program. **P4**

Ez a mi kis csapatunk – hányan is vagyunk – öten – összesen öten – két pszichiáter, egy pszichológus, szakpszichológus meg a két gondozónő, ennyi és megkaptuk ezt a helyiséget meg a másikat. Harmadikat már nem, mert azt már így felváltva, most éppen a pszichológus kolléganő dolgozik ott, majd délután amikor elmegy, mivel jön a... a... főorvos úr, akkor majd a mi pszichológusunk is odamegy, tehát egy.. egy lehetetlen helyzet. P9

Humán erőforrás jellemzők

Az ebbe a kategóriába sorolható nehézségek az anyagi jellegű (pl. bérezésbeli) forrásdeficiten túlmutató olyan egyéb problémákat és akadályokat foglalnak magukba, melyek hozzájárulnak a terület kritikus szakemberhiányához. Összesen 5 válaszadó emelte ki ezeket a nehézségeket, melyek az általános szakemberhiány (P2), a szakspecifikus végzettséggel rendelkező munkatársak hiánya (P2, P3, P8, P11), valamint a területen dolgozó szakemberek kiégése és többletterhei (P7, P8) altémák szerint voltak értelmezhetőek.

Általános szakemberhiány:

...sokan vagyunk, de mégis kevesen, tehát akár a járóbeteg ellátásba is nagyon nagy a betegforgalom... P2

Szakspecifikus végzettséggel rendelkező munkatársak hiánya:

...milyen jó lenne ha lenne kapacitás több orvosra, persze azzal együtt meg ha lenne, akkor megint felmerül az, hogy a párhuzamos rendelés, egy időben több – tehát hol.. egy rendelőnk van.. a működési engedély szerint, az orvos a rendelőben rendelhet... jó a konzultációs szobában is lehet rendelni, mert azért elsősorban nem műtenek, tehát nem eü-i felszerelést igénylő helyeken történik a konzultáció, de akkor is. P2

...az addiktológiai gondozók esetében egész egyszerűen az addiktológiai szakvizsgával rendelkező orvosok illetve addiktológiai munkában résztvevő szakszemélyzet az biztos hogy kevesebb mint amilyen volt, legalábbis én úgy érzékelem. P3

...orvosunk speciálisunk van részállásban, de ő általános orvos aki erre a területre szeretne majd PSDZ-ni addiktológia, önkénteskedett nálunk, itt konzultál, tehát ugyanolyan konzultáns mint mi csak épp van egy általános orvosi végzettsége. Klinikai szakpszichológussal tudunk dolgozni, de egyre kevesebb időt tud ő is erre a munkára, az heti pár óra...gyermekpszichiáter baromi kevés van az országban, olyan meg akinek drog szakmai tapasztalata van, az meg még kevesebb... P8

Most van egy olyan nehézségünk, hogy kezdünk szakemberhiányba keveredni, mert felfutott az ambulancia az utóbbi fél évben és nagyon sokan keresnek minket pszichoterápiás igényre... mindannyian tele vagyunk új pszichológust nem valószínű hogy kapunk, pedig elférne, és... szükség is lenne rá, úgyhogy vagy várólistáznunk kell vagy be kell szűkítenünk a terápiáknak a hosszát, ami ugye... valahol a kliens sérelmére történik, hiszen akkor nem tudunk egyénileg megegyezni vele, hogy neki mire van szüksége, mert vannak itt azért olyan kliensek, akiknek tényleg több éves támogatásra van szükségük... P11

A területen dolgozó szakemberek kiégése és többletterhei:

...mindenki ki van égve mint az állat, ez most már így teljesen.. teljesen.. így kezelhetetlen gyakorlatilag.. most úgy néz ki, hogy megkereső munkát csak egy napon tudunk nyújtani, viszont.. sokkal több lenne rá az igény, tehát.. az... szóval azért működünk most hatékonytalanul, mert... mert iszonyúan kevés a kapacitás arra, hogy.. na szóval az van, hogy évente kb. 25-30 új várandós van, akiknek végig kell gondozni a terhességét és.. és kb. a duplája ennek akiket utánkövetés keretében látunk el. És.. vannak még ilyen.. csak ilyen betoppanó ügyfelek, ez így rengeteg..ha.. sok önkéntes van, akkor nekem többet kell foglalkoznom az önkéntesekkel mint a kliensekkel, ez így baromi nehéz... P7

... ténylegesen a motiváció is csökken a szakemberek részéről egy idő után, hogyha... sajnos a.. forrásokról kell beszélni, ez tényleg ez, szupervízió... minden évben volt két folyamat, most meg kell gondolnunk, most nem tudtam indítani még... P8

Szakmai együttműködés jellemzői

Összesen 4 interjúalany emelte ki a szakmai együttműködések hiányát vagy akadályoztatottságát általános nehézségként. Három válaszadó (P1, P4, P11) a szakmán belüli, illetve társszervezetekkel mutatott együttműködések limitációit, míg 1 válaszadó (P5) a döntéshozókkal való érdemi szakmai kapcsolatot hiányát nevesítette.

Szakmán belüli, illetve társszervezetekkel mutatott együttműködések limitációi:

...Másképpen az együttműködések látom problémásnak a... az intézményekkel, illetve mindenféle szervezetekkel, hivatkoztál itt a KEF-ekre, nem tudom hogy ezt én... habár mondom... névtelenül lesz ügyis... tehát a KEF-ek számomra ez ilyen abszolút nem működő, valaki létrehozta, mert neki valami szándéka van ezzel a történettel, és amikor ez a szándéka megvalósul, akkor hagyja, hogy hadd menjen ez a sztori, addig megy... ebbe a történetbe, addig szervezi, addig foglalkozik velem, amíg az ő saját elképzelése meg nem valósul és aztán utána azt mondja, engem már nem érdekel ez a sztori, csinálja valaki más....Tehát, ha valakikkel együtt akarunk működni, ha van személyes kapcsolatunk, egy ottani akármilyen státuszban lévő munkatárssal, szándékosan nem mondom képesítéseket meg nem tudom miket, akkor megvalósulhat valami együttműködés, egyébként meg sokszor csak a papírról szól, nekik is esetleg valamiért kell, nekünk is kell és akkor alá van írva, köszönöm szépen de nem is látjuk egymást. P1

...ha hatékonyabban működne a szociális-pedagógiai és az eü-i ellátórendszernek az ágazaton átívelő együttműködése, akkor azt gondolom, hogy nem ott tartanánk, hogy többszörösen előjönnek a gyerekvédelemből kikerülő olyan gyerekek, akik konkrétan hajléktalanok és utcán élnek és mélyen meglepődöm ha nem droghasználók lennének. P4

...az egyik nehezítő körülmény az az, hogy szakemberként eléggé izolálódunk egymástól, tehát hogy azért igyekszünk kapcsolatot tartani intézményen belül, az addiktológián belül dolgozó pszichológusok, de mégis a mindennapokban eléggé magányos a tevékenységünk mert főleg egyéni pszichoterápiával foglalkozunk itt legalábbis a Drogambulancián. P11

A döntéshozókkal való érdemi szakmai kapcsolat hiánya:

...a döntéshozók meg a terepen dolgozók közötti nagy űrt tartom én hiánynak. P5

Adminisztratív terhek

Egy interjúalany (P9) az ellátás során felmerülő adminisztratív terheket emelte ki olyan általános nehézségként, mely adott esetben a hatékony munkavégzést is gátolhatja:

...van egy olyan beavatkozási kód, hogy mit tudom én.. hivatalos.. rendőri valami hivatalos izé, 120 pontért, miközben mondjuk el elterelés felmérés több ezer forintos tétel lehetne vagy talán... tudom hogy volt ilyen... kötöttem szerződést x intézményekkel, aki az elterelésre ezt a bizonyos alapállapotfelmérést megcsinálták, mert ehhez orvos kell, pszichiáter kell, addiktológus kell. És nem pedig 118 pont – mert azért valamilyen pont az, hogy az ember beírj hogy semmi, semmi és aztán a végén rá kell írunk ugye, hogy más... más jellegű – intézménybe való kezelése... vagy valamilyen... az a lényeg, hogy más. P9

Kliensutak, kliensdelegálás jellemzői

A kliensdelegálás kérdésköre természetesen nem független a szakmai együttműködések témájától sem, ugyanakkor 5 interjúalany specifikusan is kiemelte a kliensek ellátórendszerben megtett útjának komplex problematikáját. Az ezen témakörbe sorolt nehézségek négy problémátípust reprezentálnak: a szervezetek közötti együttműködés és kommunikáció hiányából fakadó kliensdelegálási anomáliák

(P1, P4), az ellátórendszer kapacitáshiányából, valamint az ellátóhelyek alacsony számából eredő kliensküldési nehézségek (P1, P4, P7), az ellátóhelyekkel kapcsolatos információhiányhoz köthető kliensoldali tanácsstalanság (P11), illetve a kliensvisszatartás jelensége (P1, P5).

A szervezetek közötti együttműködés és kommunikáció hiányából fakadó kliensdelegálási anomáliák:

*...én olyan kliensről, akit más... ilyen kerületi XII és II. kerületi – ugye itt vagyunk a határon - más intézménytől delegáltak volna, az komoly bajban lennék, ha kellene mutatni. De ugyanígy vagyok más intézményekkel is, más ellátókkal. Nekem az a tapasztalatom, hogy... a kliens delegálás, kliens utak, útvonalaknak... egy ilyen együttműködésben megvalósulása valami... gyászos. **P1***

*...megpróbálják motiválni a klienseket arra, hogy eljussanak A-ból B-be, ezen kellene az ágazaton kívüli együttműködés, amit mi most úgy próbálunk megtenni, hogy konkrétan ember kíséri a klienst. **P4***

Az ellátórendszer kapacitáshiányából, valamint az ellátóhelyek alacsony számából eredő kliensküldési nehézségek:

*Eszembe jutott még egy nehézség, tehát ha mondjuk egy olyan kliens jelentkezik előgondozásra, akinek először valamilyen detoxikációs kezelésre lenne szüksége, akkor voltak helyek, akikkel felvettük a kapcsolatot, először úgy nézett ki, hogy ez fog tudni menni, aztán már az van, hogy mégsem... **P1***

*...a kliens, aki az aluljáróban fetreng a saját piszkában, üvöltve, a társadalomnak ropantul szúrja a szemét, azon kívül hogy a mentő beviszi, azon kívül... hogyan jut el... ha kirakják egy nap múlva mondjuk egy méregtelenítésre, ha nem működnek ezek a helyek... És hogy eléggé csekély felhasználású az, amit régen a Dél-Pesti kórház tudott, pl. ha ebből a területből indulok ki, a Honvéd pszichiátria tudott meg a Balassagyarmati kórház. Ezek a helyek voltak a kvázi józanításra beállított és a motivált kliens bekerülhetett a Nyírőbe. Ha kihúzzuk és marad csak a Nyírőnek az addiktológiai osztálya, ahol tényleg szuperek a programok, szám csak a dicshimnusz tudja előnteni, de ha az alatta lévő lépcsőfok nincs meg, akkor mi van. **P4***

*Gyakorlatilag úgy néz ki, hogy anyaoththonokba lehet őket elpakolni, tudtommal most nincs már olyan támogatott lakhatás, ahol kiskorút fogadnak, édesanyával, azt mi csináltuk, mert több helyről hallottam, hogy akarnak ilyet nyitni, de még nem történt meg. Úgyhogy ez.. ez baromi nehéz, mert be van dugulva a rendszer, tele vannak az anyaoththonok. **P7***

Az ellátóhelyekkel kapcsolatos információhiányhoz köthető kliensoldali tanácsstalanság:

*...talán nehezen átlátható az hogy éppen melyik intézmény éppen milyen szolgáltatásokat nyújt, hogy hová tudjuk tovább irányítani a klienseinket, ennek nagyon.. utána kell böngetni a neten és sok más szervezetnek meg szerintem a mi szervezetünknek sem megfelelő mondjuk a honlapon megjelenő információ tartalma tehát hogy ebből nem ismernek meg miniket sem a kliensek...nincsenek feltétlenül friss információk, nagyon utána kell járni, arra meg nem nagyon van tér, hogy mindenkit végig telefonálgassunk, meg nyilván azért igyekszem a kliensre is ezt ráhagyni, hogy ő menjen ennek utána, de nehéz alapvetően az ellátórendszerben mozogni... **P11***

A kliensvisszatartás jelensége:

*...pillanatnyilag azt látom, benntartani igyekeznek, azért nem delegálnak ide klienst, mert meg akarnak élni és ezért felvesznek boldogot meg boldogtalant, és ott tartják maguknál **P1***

*Talán mindenki tartani is akarja a saját kliensét, de ez nyilván a finanszírozásnak is egyfajta ilyen hátránya, vagy gyengesége, ebből a szempontból az alacsonynak jó a rendszere, mert.. mert ott nem... nem... kliensek után... nem fej...pénz van, hanem ott nem érdeke senkinek, hogy tők mindegy 3 embert látsz el egy hónapban vagy 33-at, mert nem azon... **P5***

A terület társadalmi megítélése

Két interjúalany az addiktológia területével kapcsolatos negatív társadalmi megítélés (P1), illetve a terület irányába mutatott társadalmi figyelem hiányát (P8) emelte ki.

Az addiktológia területével kapcsolatos negatív társadalmi megítélés:

Aztán problémásnak tartom az egésznek a megítélését, annak idején egy... neves addiktológus így fogalmazott, hogy: Az ezzel foglalkozó az a társadalom kloákájánál foglalja el a helyet, tehát hogy gyakorlatilag.. és ez a megítélés ugye... a közmegítélése ennek az egész történetnek, nyilván sokan így viszonyulnak ehhez az egész történethez, hogy ez itt egy ilyen.. szó szerint ez a kivezető rész.. itt ami.. borzalmas állapotban lévő emberek vannak. Ö.. hát nekem más.. körben.. azért.. nagyjából ennek a... szférának az alulértékeltége ami így... meghatároz főleg... P1

A terület irányába mutatott társadalmi figyelem hiánya:

...az is egy nehéz dolog szerintem, hogy semmi figyelem nincs a terület irányába, központilag se... semmilyen... szakmai szinten... hogy... hogy... vagy egyáltalán... érted, régebben rengeteg konferencia volt, központilag... vagy továbbképzés és hát most... persze biztos van egy pár valami, de.... úgy figyelem... az semmi. P8

Politikai, szakmapolitika, szabályozási kérdések

A 3 interjúalany által megemlített politikai, szakmapolitikai és szabályozási kérdések az alábbi általános nehézségek kapcsán kerültek megemlítésre: politikai megosztottságból fakadó problémák (P1), a terület átpolitizáltságából, illetve a politikai nyomásgyakorlásból eredő nehézségek (P1, P4), a szakmai munkavégzés törvényhozáshoz és szabályozási rendszerhez köthető akadályai (P8).

Politikai megosztottságból fakadó problémák:

...a politika, de mindegyik oldalról, mindenki a saját bullsite-jét fújja, az egyik ezt fújja, hogy ezt így kell, a másik mintha dafke fújná a full hülyeséget szintén és mivel nem is arra figyelnek, hogy mi lenne fontos az ellátottnak, klienseknek, vagy mi lenne fontos az ellátásban, csak a saját.. politikai meggyőződésük vagy felfogásuk vagy esetleg valami pártpolitika -fújják azt, hogy ezt kellene csinálni, márpedig ezt kellene... P1

A terület átpolitizáltságából, illetve a politikai nyomásgyakorlásból eredő nehézségek:

Ez is borzalmas, hogy a politikai élet ilyen módon szól bele ebbe a sztoriba, és ennek azt látom, hogy az ellátóknál lévő munkatársak is, amilyen politikai felfogásúak, ők is eszközévé válnak, mert ők is csak egyfolytában negatívumokat fogalmaznak meg, semmi nem jó vagy pedig.. azt pedig szenzációs, ami mit tudom én, azon az oldalon történik, vagy a másik oldalon szintén ez van. P1

...közben pedig az összes... döntéshozó.. önkormányzat, bárki, akárki.. állam, az azt szeretné, hogy roppant kreatívan tiszták legyenek az emberek, eltűnjenek az utakról, ne zavarják a bótban az embereket, ne legyenek ilyen települések ilyen szegregált helyek, valahogy a napfény hatására vagy nem tudom én mire működjenek, sose legyen velük probléma, nem segít hogy nincsen Drogstratégia, nem segít hogy sosem volt alkoholstratégia. P4

A szakmai munkavégzés törvényhozáshoz és szabályozási rendszerhez köthető akadályai:

Valójában az van, hogy úgy lehet benyújtani... szakmai programot is szakorvos közreműködésével írtuk, felhasználtuk még a... kezdetben amit Szegeden a... drogcetrumban özszeraktak szakmai ambulancia programot és... hát egyszerűen évente benyújtjuk, sajnos a kollégium a NEAK így dönt, mint a kollégium az addiktológia mindig pozitívan bírálja a szakmai programot, nagy szükség lenne rá, baromi nagy szükség lenne, de hát... ugye az van, hogy... persze így küldenek hozzánk serdülőket, hozzátartozókat, de nem olyan szinten, minőségben

*tudunk működni így házon belül, mint ahogy azt elterveztük tehát az okokat... nem tudjuk, sejtjük...ez amióta megjelent ez a pedofil törvényként elhíresült köznevelési törvénymódosítás, hogy azóta ugye nem vehetünk részt tanintézetben... prevenció az szinte... nullára csökkent, néha van egy-egy csoportunk, ha úgy jön össze, de itt pl. a kerületi intézményekkel nagyon intenzív együttműködésünk volt és két olyan az egyik már rendelkezett már NNK ajánlással a másik is bele lett nyújtva, közbejött a törvény és annak biztos tudod a tartalmát, hogy amíg azt a szervet ki nem jelölik ami majd... de hát azt a szervet még nem jelölték ki azóta, pár év óta, és most ez a... idétlen... illetve hát nem megoldható szituban rengeteg iskola keres minket, pont ma reggel Szentendréről is meg... meg a kerületiek is, hogy valahogy oldjuk meg, de valójában nem lehet ebben a témában sem foglalkozni a fiatalokkal, hát most nagyon bízunk a fővárosi pályázatban amit írunk, mert most a kerületi szocmunkásokat próbáljuk meg felkészíteni arra, hogy legalább valamelyest pótolják a tevékenységünket, ez inkább egy ilyen edukációs folyamat lesz, de hát nyilván azok a programok, amiket mi itt tartottunk, nekik – fél osztályok jöttek hozzánk suliidőben, nem jöhetnek... és hogy ez nagyon-nagyon hiányzik, ezt biztos sokszor elmondták már a fővárosi bármelyik kef meg mindenféle üléseken, hogy ez komoly nehézség. **P8***

A kettős diagnózis terápiás kérdései

Szintén 3 interjúalany nevezte meg általános nehézségként a kettős diagnózisú kliensek hatékony terápiás ellátásának akadályait, melyek egyrészt az addiktológiai ellátórendszer ilyen irányú limitációival (P1, P10), másrészt az addikciós zavarral küzdők pszichiátriai osztályok általi elutasítottságával voltak kapcsolatosak (P6).

Az addiktológiai ellátórendszer kettős diagnózisú kliensek hatékony kezelésével kapcsolatos limitációi:

*..Ami... talán így még eszembe jutott, hogy... ami a... egy ilyen nehézség és ebbe akkor beleveszem az alacsony küszöböt is, hogy... nagyon, nagyon sok.. szerhasználó szenved valamilyen pszichés problémában, egyre több srácot... problémával... egyre több srácot gondozunk elő ilyen jellegű problémákkal, ami... ami miatt nem biztos, hogy alapvetően meg tud gyógyulni, mert nem olyan helyre tudjuk begondozni rehabilitációra, ahol valójában tudnak az ő mentális dolgaival is foglalkozni. **P1***

*...az jutott eszembe, hogy ami probléma szokott lenni, hogy ami megvan, támogatott lakhatás, nem fogadják azokat a kettős diagnózisú klinseket, akiknek valamilyen okból kifolyólag még kell gyógyszert szedniük a... a.. mármint pszichiátriai gyógyszert, akkor is ha nem függőséget okozó, nem tudom, mondjuk az orvos azt ajánlja, hogy fél évig szedje az antidepresszánt, de még ne tegye le, de nem fogja élete végéig szedni, csak... csak még nem tette le és akkor nem fogadják, mert hogy csak teljesen gyógyszermentesen fogadnak, ami szintén érthető, meg valahogy így a felépüléshez kapcsolódó, mármint a mi speciális körünkben, ahol vannak olyan típusú pszichés problémák, amik igényelnek gyógyszeres ellátást, ott meg nem tudunk mást... javasolni akkor. **P10***

Az addikciós zavarral küzdők pszichiátriai osztályok általi elutasítottsága:

*És a... pszichiátriáról is igen hamar kikerülnek ezek a betegek, egyik nap beviszi a mentő, másik nap már itt áll a kapuban, ezek nagyon komoly problémák és ezek társadalmi problémák is, ami azt jelenti, hogy a pszichiátriai betegek igen szép számmal vannak, látenszen vagy így úgy, de ott van jelen és a drogok előhozzák, tehát ha a designer drogokon nem sikerül a... erőt venni, hogy megszűnjön vagy... kevesebb legyen, egyre többen fognak a pszichiátrián... és az a baj, hogy vannak dolgok, amik visszafordíthatatlanok. **P6***

Általános pozitívumok

Az interjúalanyok általános pozitívumként az alábbi tényezőket emelték ki: 1) Jól működő szakmai kapcsolatok, 2) Az online ellátás lehetőségei, 3) Az ellátás hatékonysága, 4) Szakmapolitikai/politikai és finansziális támogatások, 5) Kliensvisszajelzések, 6) Környezeti jellemzők.

Jól működő szakmai kapcsolatok

Nyolc válaszadó is kiemelte, hogy a nehézségek ellenére a területen belül létrejött és jól működő szakmai kapcsolatok jelentősen megkönnyítik a mindennapi munkát, az ellátás hatékonyságát. E témán belül az alábbi altémák voltak azonosíthatóak: a területen dolgozók szakmai elhivatottsága (P1), az

azonos ellátóhelyen dolgozó team összetartása, csoportkohéziója (P11), az ellátóhelyek közötti, illetve egyéb társszakmák képviselőivel történő kooperáció (P2, P8).

A területen dolgozók szakmai elhivatottsága:

...ezek meg a pozitívumok, hogy vannak azért olyan emberek az ellátásnak más területén, más intézményeknél is, akikkel való kapcsolat meg együttműködés lehetséges, mert nem pusztán.. hivatásként értelmezik amit csinálnak nem pedig pusztán munkaként. P1

Az azonos ellátóhelyen dolgozó team összetartása, csoportkohéziója:

...én ezt kifejezetten szeretem, hogy itt egy olyan csapat van, akik folyamatosan gondolkodnak és nem beleülnek abba ami van és folyamatosan megy az ötletelés, mindenki több projektet is futtat, emiatt lehet segítséget kérni egymással, meg lehet közösen dolgozni, én nyilván nem az egyéni pszichoterápiában, de minden másban – azért elég termékeny emiatt szerintem a csapatunk. P11

Az ellátóhelyek közötti, illetve egyéb társszakmák képviselőivel történő kooperáció:

...a többi szervezettel, akár Bp-en is ha közös projektjeink vannak, vagy közös elképzeléseink, főleg a civileket keressük a Megállót, hogy ha kitaláltunk valamit, akkor izé.. hú.. nézzük meg mit lehet csinálni, vagy a többi szervezetet, most csak így a megállót említettem. Tehát hogy akkor ez a partnerség megvan a többi civil között is és egyébiránt meg aki nem civil, akár mondjuk ilyen nagyobb, Máltai ilyen szervezetek, hogy azért ott is azt látom, hogy igazából, most már tulajdonképpen ismerjük egymást, tudunk egymásról, a közös platformokon ahol jelen vagyunk. P2

...ami így nagyon jó hogy kialakult, hogy pl. iskolai szociális munkásokkal, iskolapszichológusok csapatával több éve működünk együtt és akkor.. ezek az intézmények közötti, családsegítőhöz tartozik a szocmunkás kör, hogy ezek valamit tudnak így abban.. segítséget adni... P8

Az online ellátás lehetőségei

Egy válaszadó (P2) említette meg, hogy az elsősorban a COVID-világjárvány hatására előtérbe kerülő telemedicina új lehetőségeket teremtett az ellátás bővítése, illetve a területen dolgozók komfortja szempontjából:

...ebben időzjelben segített a covid, hogy megtapasztaltuk az online esetkezelésnek a lehetőségeit, és rájöttünk, hogy ez működik, addig eszünkbe sem jutott, hogy ilyen lehet, de akkor ez kényszer végett belementünk és akkor rájöttünk, hogy igazából így ez jó, vagy hogy tud működni, úgyhogy például most az van, hogy a munkatársak, fel van osztva, munkatársak egy része bent van munkaidőben, egy másik része meg otthon van és akkor home office-ből konzultál... P2

Az ellátás hatékonysága

Egy interjúalany (P3) általános pozitívumként az ellátórendszer hatékony működését emelte ki:

...a.. gyermekpszichiátriai – tehát a fiatalok – tinédzsereknek a pszichiátriai ellátása is nagyon sokat javult, ott még azért bőven van mit javítani azt gondolom, de azért nagyon sokat javult, tehát nem probléma, hogy elhelyezni ilyen betegeket, illetve hát olyan értelemben probléma, hogy.. nyilván az ő helyük.. az is korlátos, de egyébként úgy.. nincsen az az elhárító magatartás, ami azért régebben volt. ...És hát a rehab intézetek is működnek, tehát... azért.. olyan – tehát most én úgy érzékelem, hogy nincsen akkora.. nagy probléma magával az ellátási struktúrával. P3

Szakmapolitikai/politikai és pénzügyi támogatások

Két válaszadó nevesítette azokat az akár szakmapolitikai vagy politikai jellegű (P8), akár pénzügyi természetű támogatásokat és forrásokat (P10), melyek hozzájárulnak az ellátórendszer hatékony működéséhez, illetve a területen belüli új projektek létrehozásában és működtetésében:

...az is nagyon pozitív egyébként, hogy az önkormányzat itt a kezdetektől, hogy elkezdünk az ellátásban menni, hogy.. tényleg minden évben támogatott minket és hogy nagyon elismerik a munkánkat, bármilyen oldal... P8

...nagyon nagy pozitívum, ami anyagilag volt, de hát ez szerintem nem ide tartozik, az ugye... Szerencsejátékos pályázatból kaptunk egy csomó támogatottságot, hogy annak idején el tudjunk indulni, meg hogy meglegyenek az alap eszközeink, ebben az évben.. P10

Kliensvisszajelzések

Egy válaszadó (P8) emelte ki a kliensek által nyújtott visszajelzések fontosságát, elsősorban a szakma végzéséhez szükséges belső motiváció fenntartásának tekintetében:

Ami nagyon.. jó még, az azt gondolom hogy egy pozitív visszajelzés mindig, hogy ilyen kötelező kapcsolat miatt idekerülök, mint az eltereltek, hogy ők is úgy.. azt gondolom nagy %-uk azt tapasztaljuk, hogy így elégedett azzal, amit itt kap. És... hát ugye más mint aki... saját döntése alapján keres meg minket, ők idekerülnek és az tök jó visszajelzés szakmailag a közvetlen célcsoporttól, hogy ők egy csomó jó dolgot... megköszönnek, amit kapnak ebben a folyamatban, és hogy visszajárnak ez is szakmailag pozitív, hogy több elterelt konzultációs folyamatot igényel utólag. P8

Környezeti jellemzők

Egy interjúalany (P9) az általa képviselt ellátóhely környezeti jellemzőit említette pozitívként:

...ezek ilyen külsőségek, de hogy tiszták a falak, hogy.. van lift. P9

Ellátás típus szerinti nehézségek

Az interjúalanyok elsődlegesen arról az ellátás típusról beszéltek, amellyel az általuk képviselt szervezet is foglalkozik, azonban, ha valaki úgy ítélte meg, hogy a szervezet által nem nyújtott szolgáltatásra is van rálátása, akkor azokról is kifejtette a véleményét. Összességében azt tapasztaltuk, hogy minden ellátás típusal kapcsolatban néhány interjúalany osztotta meg a tapasztalatait, ami köszönhető az ellátás típus szerinti heterogén mintának. Az alábbiakban ezen tapasztalatokat mutatjuk be.

Elterelés

Az elterelés két típusát (kábitószer-használatot kezelő más ellátás, kábitószer-függőséget gyógyító kezelés) együtt kezelték az interjúalanyok és sok esetben a megelőző felvilágosító szolgáltatással is egy kalap alá vették azokat. Az elterelés az interjúalanyok szerint mindenképpen jobb megoldás a börtönbüntetésnél (P4), azonban az alábbi elterelés intézményrendszerével kapcsolatos problémák jelentek meg a percepciókban, amelyek nehezítik a munkát, kapacitást vonnak el a szolgáltatóktól, és a szolgáltatók kis arányban tudnak érdemlegesen, hatásosan klienseket bevonni a kezelésbe.

Ö.. hát.. az elterelés az egy szuper dolog, ahhoz képest, hogy be legyenek az emberek csukva és akkor elinduljon egy ilyen negatív folyamat, hogy ők a börtönben továbbképződnek P4

1) A kliensek motivátlansága (P4, P11a): tekintettel arra, hogy az elterelést a kliensek nem önkényesen választják, így nehezen motiválhatóak, különös tekintettel a drogokat soha nem fogyasztó dílekre, akik a rendszer "hibája" miatt jelennek meg elterelésen.

2) Az elterelés pszeudo ellátás: a motivátlansághoz kapcsolódik, hogy a kliensek passzívak, nehezen vonhatóak be a folyamatba, így az elterelésen elhangzottak nem igen vannak hatással rájuk (P2a), azonban néhány interjúalany szerint kis arányban előfordulnak olyan esetek is, akiknél megnyit egy kaput az önismeret felé és ugródeszka a kezelésbe vonás tekintetében (P2b).

3) Megjelenik a segítők motivátlansága is az eltereltekkel való közös munka esetében, ami a kliensek motivátlanságára, a kapacitáshiányra vezethető vissza (P11a, b).

4) Állapotfelmérés folyamatának bonyolultsága: volt aki említette, hogy az állapotfelmérés jelenlegi formában túl sok időt vesz el az orvosoktól/szakpszichológusoktól, akik ahelyett, hogy ezt az időt a

ténylegesen szerhasználati problémával küzdő kliensekre fordítanak, egészséges emberek állapotfelmérésére kell áldozniuk (P2c). Mindemellett szintén az állapotfelmérés nehézsége, hogy nem feltétlenül szűri ki a tényleges problémát: alkalmi kannabisz használónak diagnosztizálják, de nem derül ki, hogy pl. dizájnertől függő (P2a).

*És hogy.. egy mondattal.. ezeknek a nagy része, főleg a kezelések, én nem.. a segítői oldalról pseudo ellátás. Tehát úgy csinálunk mintha.... 90-95%-ban passzív szereplői szeretnének lenni egy folyamatnak, mint egy hivatal... És nem egyszer megtörténik, hogy.. mit tudom én kannabisz-szal kapják el, hát alkalmi cannabis használó és az hogy egyébként mellette designereket lő, az nem derül ki. És akkor.. akkor nyilván.. megy megelőző felvilágosító szolgáltatásba, ami meg tényleg olyan, hogy végigüli.. tehát hallgatja, ott valami edukáció történik meg informálás... meg adott esetben készségfejlesztés, de ott is csak annyiba vonódik be, amennyiben úgy gondolja.. hogy bevonódik és igazából ténylegesen a problémáját nem tudjuk megérinteni, mert nem akar vele valójában dolgozni, ezért mondom, hogy pseudo ellátás. Ő is úgy csinál, mintha dolgozna valamit meg a segítő is úgy csinál, és akkor így mindenki örül, megkapja a papírt **P2a***

*És aztán meg amikor valaki ténylegesen, nem ilyen pseudo segítséget kér, hanem ténylegesen, akkor már vannak készségek, amiket tudok használni. Rengeteg elterelő esetet vittem végig, nem egy, nem kettő indult be, hogy amikor eljött és ide beült és egyszer csak ráérezett arra hogy ez az ő tere, ez az ő konzultációja, ezt ő mire használhatja, nem egy elvonó ez, nem egy fejtágító, nem egy tanfolyam, hanem tényleg egy olyan hely, ahol a saját problémáival foglalkozhat és ehhez... professzionális segítséget kap, akkor.. akkor vannak akik ezt elkezdik használni, de arányaiban jóval több a pseudo ellátás amiről azt gondolom, hogy kidobott pénz. **P2b***

*..az egyik orvosunkhoz, aki heti 4 órában rendelt, többnyire ő fogadta az állapotfelmérésre a jelentkezőket, és hogy.. általánosságban az volt igaz, hogy a heti 4 órájából 3 óra....általában teljesen egészséges embereknek a nagyon korrekt pszichiátriai és addiktológiai vizsgálatával telt. Értékes orvosi óra, ami.. önmagában is értékes, pénzügyileg is értékes, arra megy el, hogy egészséges emberek, akik.. akik egyébként nem jönnének ide, eljönnek, mert remélnék egy papírt azért hogy ne kapjanak pénzbüntetést vagy felfüggesztett szabadságvesztést, eljönnek és részt vesznek egy ilyen vizsgálaton, ez is kidobott pénz. **P2c***

*..egyre több olyan ember jelenik meg drogambulancián, aki konkrétan droghasználó vagy drogfutár, mondván, hogy akkor ő csücsült egy kicsit, volt bent ilyen prevenció helyen, de különös magatartási szabálynak adják neki hogyha kijön, hamarabb kijöhet, ha ő elmegy ilyen intézménybe. Csücs. Mert én értem, hogy nem kell neki bent lenni, rossz hír.. drogambulancia...és erre megérkezik egy drogdealer, aki az életében nem fogyasztott semmit.. **P4***

*Alapvetően nyilván az elterelteknél van motivációs probléma, ők azért gyakran kiesnek az ellátásból meg az elterelésük – azért ott vannak nehézségeik, nem tudunk velük olyan jól tervezni, mert hiába látom én azt, hogy jó akkor a következő hat hónapban ide fog járni és akkor utána valaki.. új klienst fel tudok venni, van hogy hónapokra eltűnnek és később jelentkeznek, tehát hogy.. a mi kapacitástervezésünk emiatt nehézkes velük. Ezért is vagyunk mi kevésbé motiváltak arra hogy elterelést végezzünk **P11a***

*hát mi is kevésbé vagyunk rá motiváltak, mert annyi önként jelentkező pszichoterápiás igényű kliensünk van, hogy nyilvánvalóan azért velük nemcsak könnyebb – hanem akár.. hatékonyabban is együtt tudunk dolgozni, emiatt a.. az elterelési.. kapacitásaink csökkentek, az utóbbi években jelentősen, ez egy gyengeség, hogy kevés kapacitásunk van erre.... **P11b***

Járó- és fekvőbeteg ellátás, opiát-helyettesítő kezelés

A járó- és fekvőbeteg ellátással kapcsolatos tapasztalatok három téma köré csoportosíthatóak.

1) Ellátórendszer hiányzó láncszemei: megfogalmazódott, hogy rendkívül fontos lenne a speciális csoportok, a nők, a várandós nők, a fiatalok és a hajléktalanok ellátására nagyobb hangsúlyt fektetni, és

az ellátórendszert ezen csoportokra irányuló lehetőségekkel bővíteni (P2a,b, P4, P7a). Többen is megfogalmazták, hogy egyre nagyobb nehézséget jelent a komorbid betegek ellátása is: a rehabilitációs intézetek nincsenek felkészülve a pszichés problémákkal küzdők ellátására, a pszichiátriák pedig a függők kezelésére (P1) és ambuláns ellátásban is korlátozottan van erre kapacitás (P2c). Jelenleg nagyon kevés helyre tudják továbbirányítani a komorbid klienseket (P1), ahol nem tudnak szakember- és kapacitáshiány miatt minden típusú mentális problémát ellátni (P10a). Továbbá szintén hiányzó láncszem az ellátórendszerben az absztinenciát megkövetelő fekvőbeteg ellátás előtti detoxikáló ellátóhely biztosítása (P10b).

2) Motiváció fenntartása: Az ellátórendszer anomáliái (hiányzó láncszemek) miatt nehezebb a kliensek motivációját fenntartani arra, hogy a kezelésbe vonásuk megtörténjen (P10b). Különösen a fiatalok és a várandós nők körében nehéz az ellátásba vonás és a motiváció, tekintettel arra, hogy a 18 alattiakat jellemzően a szülők küldik kezelésbe és nem önszántukból mennek (P8), ugyanígy a várandós nők sem feltétlenül önkényesen kerülnek az ellátórendszerbe, és esetükben még az idő is egy szorító tényező (P7b).

3) Szakemberhiány: az interjúalanyok szerint bár a szakemberek széles módszertani palettával dolgoznak és nagy szakmai felkészültséggel bírnak, de kapacitáshiány miatt további szakemberek bevonására lenne szükség ahhoz, hogy pl. más típusú mentális betegeket is el tudjanak látni (P10c); kognitív hátrányos helyzetű kliensek felzárkóztatása megtörténjen annak érdekében, hogy hatékonyan részt tudjanak venni a terápiában (P10d); pszichoedukációval és ne gyógyszerrel orvosoljanak egy-egy enyhébb esetet, pl. egy alvászavart (P11a).

4) Egészségügyi finanszírozás: a drogfüggők ellátása nagy költségvonzattal jár, de kevés beavatkozási pontot jelent: ha nem is mindig súlyos mentális problémával párosul a szerhasználat, de a szerfüggőség jellemzően érzelemszabályozás zavarral jár együtt, amelynek a kezelése pszichoterápiát igényel, - ami időigényesebb - ha a probléma gyökerét mélyebben fel szeretnénk tárni és egy hosszabb távú absztinenciát szeretnénk elérni (P10e, P11b).

Az opiát-helyettesítő kezeléssel kapcsolatban az egyik interjúalany nehézségként a Suboxone, metadon hiányt említette (P11c).

*Vannak olyan kliensek, olyan problémákkal rendelkező kliensek, akiket egyszerűen nem tudunk hová delegálni, mert ha tudunk is olyan helyet, ahol foglalkoznak pl. kettős diagnózissal, azt mondják hogy jelen pillanatban teljesen telítettek vagyunk, vagy azt mondják, hogy így nem ebben a bentlakásos vagy ilyen-olyan formában, de egy hajléktalant.. ha nem bentlakásos, akkor ambuláns módon nem lehet ellátni, egy ilyen helyen. És gyakorlatilag nincs.. vannak olyan kliensek, akik kiszorulnak egyszerűen, itt ezért nem fogadják őket, ott pedig azért nem, pszichiátrián azért nem, mert isten őrizz, hát szerhasználati problémája van, drogos, egyszerre csak x-et, ennyit vagy annyit, vagy egyet sem fogadunk, a szenvedélybeteg ellátó olyan szintű, ilyen befekvéses meg eü meg mit tudom én milyen szinteken meg azt mondják, ja hogy neki van egy ilyen pszichés problémája is, pszichiátriai státusza van, ó hát akkor nem tudjuk kezelni. **P1***

*..a női csoport, kodependens nők – ilyen gyógyító csoportja, az nagyon népszerű volt és hogy az.. az nagyon klassz volt, ahogy meghirdettük, tulajdonképpen pár napon belül 12-15 fő rögtön rekrutálódott, nem kellett várni, hogy akkor majd ki jön, aggódni, hogy hogyan fogjuk az indikátorszámokat teljesíteni. Na arra nagy szükség lenne. **P2a***

*...nincsenek gyermekpszichiátriában képzett munkatársaink, felelősségteljesen nem merünk serdülőkkel dolgozni és akkor persze itt visszakanyarodunk még a továbbirányítás – 20-as, hogy hová tudjuk őket irányítani, serdülőket jelen pillanatban Bp-en nagyon.. itt van egy hihetetlen szükséglet, nem tudunk a szükségletekre reagálni, mert két hely van, na szóval csak azt mondom, hogy igazából.. hogy.. és hogy nagyon jó lenne, hogyha lenne még.. öö.. olyan serdülő, tini drogambulancia Bp-en, egy olyan intézmény, aki az egész Bp-i népszerűséget elbírja, mindazokat a 11-12-13-14-15 éves gyerekeket és családjukat, akik ott kopogtatnának, egészen biztos nem ülnének ott hogy nem jön senki, nagyon sokan mennének **P2b***

30-40%-a komorbid és hogy baromira szerencsénk van azzal, hogy a ** (szerk. pszichiáter) megint csak ezt tudom mondani – itt van minden délután...4-6 óra között, mert hogy akkor ezekkel az emberekkel párhuzamosan dolgozunk, egyszerre foglalkozik velük a konzultáns és egyszerre foglalkozik velük a pszichiáter szakorvos. És akkor így egy ilyen kettős esetvitellel tudjuk biztosítani a szakmailag felelős ellátást. Na de kérdem én, azokban a közösségi ellátásokban és ez megint nem kritika csak.. ahol havi 4 órás orvos áll rendelkezésre mert a jogszabály ennyit kér, havonta négy óra, hetente egy nagyjából, és hogy értelemszerűen a jogszabályból adódóan, ami teljesen rendben van, hogy szociális szakemberek dolgoznak benne, addiktológiai konzultánsok, okleveles pszichológusok, tehát nem pszichoterepauták, nem klinikai szakpszichológusok, nem gyógyító szakemberek, nem orvosok, hogy akkor így... hogy.. hogyha nincs meg ez az orvosi támogató háttér, ők mit tudnak kezdeni a komorbid kliensekkel, valószínűleg ott se kisebb az arányuk ezekben az ellátásokban **P2c**

...de azt szintén saját bőrünkön tapasztaltuk meg, hogy egy 72-es születésű fickó, aki konkrétan értelmileg és esetleg mozgásában korlátozott lesz, ha ő hajléktalan – akkor bazi nehéz és ilyen IZOLA szinten működött, tehát ilyen fapad, baromi nehéz őket betermelni, normális fekvőbeteg ellátó – ápoló-gondozó otthonba, tehát valószínűleg sokkal többre lenne szükség. **P4**

Jó, ami nekem tök nehéz, hogy.. pl. vannak.. olyan intézmények, ahol várandós nő – nem tudom az utolsó trimeszterben nem tartózkodhat, ez tök szuper, mert nem arra való ez a hely, de akkor hol, az utca szokott maradni és egy csomószor van, hogy kiraknak embereket utcára utolsó trimeszterben. Hogy.. hogy.. egészségügyben sincs annyira leszögezve hogy a.. veszélyeztetett terhes nőket... hogyha.. utcán él, hogy rak ki az ember az utcára, ezek ilyen.. nem fix dolgok, és ilyen.. csomószor.. nagyon.. veszélybe sodorja a nőt is meg a magzatot is, életveszélybe, nekem ez a... az állandó nyomoraim, főleg a téli időszakban. **P7a**

És.. ráadásul ugye.. itt.. ebben a szolgáltatásban nem szoktuk megvárni, amíg valaki motivált lesz, tudod, mert 9 hónap áll a rendelkezésünkre és hát ugye... vannak ennek kockázatai ha nem kerül be ellátásba, úgyszólván sokkal több a kísérés, sokkal több a szállításban való segédkezés, a... tehát nagyon sok mindent a kliens helyett csinálunk meg csúnyán mondva, amit úgy egy normál szenvedélybeteggel nem tennénk meg, na ez okozza éppen most a nehézséget. **P7b**

..sok esetben ami nem nehézség, csak egy sajátosság, de van némi nehézség is vele, hogy többször a szülő – hív fel minket, és...nehézség, hogy ilyen.. a család.. hozzáállás, a család ahogy segítené.. nem tudni mennyi probléma gyökerezik oda, lehet hogy az sem véletlen, hogy ilyen féltékeny kipróbálgat, stb. de ez így szakmailag nehézség.. nem tudom hogy érthető-e, hogy a fiatalokkal.. elkezdni sem könnyű velük dolgozni, sokszor, pont emiatt, mert semmi motiváció **P8**

..ugye különböző pszichoterápiás módszerek vannak, mit egy vonalon gondolkodunk, de az nem fed le minden mentális problémát, tehát mondjuk amire mi tudunk így fókuszálni és sokan megkeresnek minket vele, azok szorongásos problémák, hangulati problémák, trauma okozta PTSD vagy ilyen hasonló trauma fókuszú dolgok, szomatizáció, ilyesmik főleg és.. de pl. olyan típusú problémák, amik ilyen.. hát akár így a pszichózis határát nem feltétlenül akut pszichotikus állapot, de olyanok is vannak, ahol hát sosem lehet tudni, hogy a szer okozza vagy előtte is volt rá hajlama, de ilyen típusú problémákra ez a kognitív viselkedés terápiás fókusz annyira nem alkalmas.. és akkor ők például tőlünk is kiesnek vagy hogyha olyan szerhasználat okozta hosszútávú, organikus sérülése van, ami mondjuk így a kognitív képességeire hat, akkor kognitív terápiát megint csak nem lehet, szóval hogy ilyen jellegű problémák is vannak és pl. eljönnek, felvételiznek, látjuk, hogy az ő problémájukra mi terápiánk nem tud választ adni, de viszont nem is tudnák nagyon alternatívát még.. szoktunk gondolkodni, hogy esetleg így.. Szigetvár ..az ő programjuk pl. kevésbé ez a mi... lélektani feltáró terápia, hanem ott azért ilyen skill fókuszú dolgok vannak, oda szoktuk ezeket a pácienseket küldeni de egyébként nem tudunk

olyan programról, ami kifejezetten ilyen jellegű kliensekre fókuszálna. Szóval ez is nehéz tud lenni. **P10a**

...bizonyos szintű absztinenciát el tudjon érni, ebbe a típusú ellátásba be tudjon kerülni, abban úgy nem nagyon van támogatottság, ambulánsan tudják ezt elérni vagy tudunk együttműködést kérni pszichiátriai osztályoktól, de olyan osztály, aminek mondjuk ez a stabilizáló – detoxikáló funkciója lenne az ugye nem nagyon van a Péterffy-be tudnak bekerülni meg kikerülni relatív hamar, ha ott nincs rögtön, azonnal átvételre lehetőség hozzánk, akkor a köztes időben megint ugyanúgy visszaeshet. Szóval valahogy ez a.. ez a része így a felépülésnek ez az eleme úgy hiányos, kiesik, hogyha valaki tudja ambulánsan vállalni, ott pedig fennáll annak a veszélye, hogy közben elveszíti a motivációját, mert hogy ja ez akkor nekem megy így is, nem kell befeküdnöm. **P10b**

Persze hogyha majd egyszer a.. nem tudom, távoli jövőben tudunk esetleg bővülni, mind ágy-számban, mind munkaerőben, akkor lehetne esetleg olyan típusú szakembereket is felvenni, akik más típusú.. módszerekkel tudnak mondjuk akár ilyen.. skizofrénia jellegű problémákkal foglalkozni vagy organikus eredetű károsodásokkal kapcsolatos fejlesztéssel foglalkozni, tehát olyan dolgok, amiket per pillanat nem tudunk lefedni is, lefedésre tudjanak kerülni. **P10c**

..azok a kliensek, akik akár ez a halmozottan hátrányos helyzetű kategória, akik már eleve nem.. tehát.. sok szempontból nem történt meg a fejlesztés és még a szerhasználat is elakadásokat okoz akár kognitív tehát az ilyen típusú felzárkóztatás fejlesztése a.. a... akár ilyen.. mentális meg kognitív elakadásoknak, az ő szocializálásuk szerintem nagyon nincsen megoldva, mert vagy.. túl magas nekik a küszöb, vagy nem.. tudnak olyan típusú ö.. terápiához kapcsolódni, ami ilyen.. nem is tudom.. mélyebb kognitív működést igényel, meg az olyan típusú problémák, ahol hosszan elhúzódó szerhasználat miatt vannak a kognitív sérülések. **P10d**

...hogy azért mi meg nagyon kicsi egység vagyunk ahhoz, hogy ez gazdaságilag fenntartható legyen. Bár kevesen.. kevés a kliens, akit be tudunk fogadni, mégis az ő.. problémájuk, személyiségük, stb. minden annyira súlyos, hogy egyszerűen muszáj annyi szakembert működtetni, ahányat működtetünk, hogy egyszerűen az érzelmi meg egyéb leterheltség így kiküszöbölhető legyen – 3 pszichológus és 1 pszichiáter dolgozik nálunk ezen a 12 ágyas részlegen és nekem folyamatosan az az aggodalmam, hogy mikor fogják azt mondani, hogy ez gazdaságilag nem fenntartható. **P10e**

..illetve ami a gyengesége a programnak, hogy alapvetően az lenne az irányelv, hogy mindenkinek legyen egy esetmenedzsere, erre nekünk itt nincsen már jó ideje kapacitásunk.. tehát hogy ezért is jó lenne növekedni, hogy legyen esetmenedzselés, mert én le szoktam ülni a lányokhoz és néha ott csak így hallgatom hogy mi zajlik, ha van időm és azt látom, hogy sokszor keresik őket, az asszisztenseinket többnyire olyan problémákkal, amiket egy esetmenedzser tudna segíteni, akár egy alvászavar, ott egy alváshigiénét tanítani egyáltalán átbeszélni, hogy kell orvoshoz menni gyógyszeres kezelésre vagy lehetne pszichoedukálni azzal kapcsolatban, hogy hogyan javítson az alvásán, ott is két perc alatt kiderülnek olyan dolgok, hogy nem feltétlenül egyből a farmakoterápiás ellátásra van szükség, hanem pszichológiai eszközökkel meg életmódváltással is lehet orvosolni a problémákat és ebből nem egy ilyen van.. és a lányok terhelődnek, minekünk meg nincs elég kapacitásunk rá, tehát erre valami.. kiadványokat is gyárt-hatnánk, vagy automatizálhatunk valamifajta felületet erre, hogy ők tudjanak jobban segítséget kérni tőlünk.. **P11a**

Egészségügyi finanszírozásnak a rendszere rendkívül rossz, hiszen nem igazán tudunk ezekkel az ellátási formákkal jó pénzt termelni, miközben nagyon nagyok a költségei, úgyhogy a lehetőségekben azt látnám, hogy tudjunk bővülni, illetve hogy magát a palettát magát is tudjuk bővíteni, viszont probléma, hogy nem fognak változtatni valószínű sem a státusz mennyiségünkön sem pedig azon, hogy hogyan finanszírozzák a pszichoterápiás ellátási formákat, borzasztó

pár ezer forintot fizetnek ezért, közben meg azért.. tőlünk is egy nagy erőforrás, mert szakvizsgázunk, tanulunk folyamatosan, tehát ez nincs arányban egyébként. **P11b**

...általában meg szoktam hallani, hogy.. éppen van-e, szerintem jelenleg nincsen, de pár hete azért ment ez.. igen.. probléma volt.. volt.. buprenorfint kaptak, az elmúlt másfél-két évben egy konstans, vissza-visszatérő probléma, de amúgy medatonból is volt olyan, hogy kevesebbet kaptak **P11c**

Alacsonyküszöbű, nappali, közösségi ellátás, megkereső munka

A közösségi ellátással kapcsolatban két észrevétel fogalmazódott meg: egyrészt a túlzó adminisztrációs terhek, amelyek túl sok kapacitást visznek el, és nem azt monitorozzák, hogy az adott szolgáltató milyen minőségi munkát végez (P2a). Másrészt megfogalmazódott, hogy egyre nagyobb az igény a hozzátartozók ellátásba való bevonódására, amire a közösségi ellátás finanszírozása nem elegendő (P2b).

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások (beleértve a túcserét is) kulcselem ahhoz, hogy a kliensek eljussanak egy magasabb szintű ellátásba (P2c). A szolgáltatók szerint az alacsonyküszöbű ellátás jól működik annak ellenére, hogy számos túcserét bezártak az elmúlt években: így is meg tudják szólítani a klienseket és igénybe veszik a szolgáltatást (P4a). Negatívumként hangzott el az alacsonyküszöbű szolgáltatások finanszírozása, mely a közösségi ellátással ellentétben nem fejkvóta szerint történik. Ez különösen a túcseré esetében nehezebb, mert ott a kiadott eszközöknek magasabb költségvonzata van.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások körében is megjelentek az ellátás hiányzó láncszemei: fontos lenne a dizájnner szerhasználóknak egy dropin-t létrehozni (P2d); a megkereső munkát bővíteni, fejleszteni tapasztalati munkatársak bevonásával (jelenleg jellemzően alacsonyküszöb részeként működik forráshiány miatt) (P2e, P5); túcseré automatát, buszt működtetni (P4b); party service szolgáltatást rendszeresen és nem csak alkalmasszerűen bevinni szórakozóhelyekre (P8).

Hát ami a közösségi ellátást jelenti még, ami persze sok munkát ad, az a közösségi ellátás adminisztrációja, én ezt egy kézben tartom, mert az a tapasztalat, tényleg nagyon sokrétű, ha többen csináljuk, szétesik, de.. hát elég sok munkaórát elvisz, akár a napi... forgalmi adminisztráció, havi, aztán az éves beszámoló, + felkészülés az államkincstári ellenőrzésekre, két évente jönnek, és akkor ott... az adatbázisok összeállítása az ellátottakról sokszor energiát visz el, vagy adott esetben kormányhivatali ellenőrzést kapunk, működési engedélyt aki kiadja, arra szintén ugyanígy ezekkel az indikátorokkal fel kell készülni, most nem kezdem el mondani, teljesen felesleges, jogszabályban utána lehet nézni, mi mindent kell vezetni, nagyon sok mindent kell vezetni, akkor vagy jó, ha... a... adminisztrációd rendben van. Az, hogy a munkád milyen minőségű, az.. az mondjuk az állam.. értelemszerűen és ez nem kritika, csak mondom, az államkincstárt igazából nem érdekli, nem is tudja bemérni. **P2a**

..ez a korlátozott feladat mutató meg a hozzátartozókkal a munka, tehát a hozzátartozóknak lényegesen.. hogy nagyobb igényük lenne ebbe az ellátási formába bekapcsolódni és egyéni segítséget kapni, mint amennyit finanszírozni lehet ebből az ellátási formából **P2b**

...szükség van, mert ha nincsenek alacsonyküszöbű szolgáltatások, amik elérik az embereket, bevonják az embereket, akkor nagyon kis részük fog eljutni az elvonóra, és mire oda eljut, meghal....szóval ez az alacsony küszöb, egyrészt az, hogy bevonnak az embereket – csökkenteni a szerhasználatnak a kockázatait, másrészt az alacsony küszöbű programok tudnak megjelenni a mindennapok szintjén, akár egy utcai rendezvényen, amit az önkormányzat.. szóval hogy ott, ezt a felépülést.. felépülés híré.. mint az evangéliumot terjeszteni. **P2c**

...olyan dropin, ami a designer függő embereket fogadja ahonnan nincsenek kitiltva aznapra, ha már előtte beszípkáztak, mert általában az a tapasztalat, hogy ezek az emberek a.. a hajléktalan ellátásban lévő nappali melegezők egy részébe landolnak vagy azokat használják, de csak addig tudnak a szolgáltatásban részt venni egy adott napon, amíg nem szívtak, mert abban a pillanatban, ahogy azt tapasztalják az ott dolgozók és ez nem kritika, tény, ez nem egy ítélet, hogy miért így csinálják, csak ez egy tény, nem lehet bemenni beállva és ha azt látja,

hogy nagyjából... tök jó lenne ha lenne egy olyan dropin, ahová a designer használók mehetnének akkor is, ha előtte szívtak, vagy kimennek szívni és visszamennek. És akkor itt egyrészt egy ilyen klasszikus haj.. hát egy ilyen nappali melegedős ellátás, hogy valami étkezés biztosítása, leülés, víz, akár fürdési lehetőség, mosási lehetőség, stb. stb. és akkor még ugyanehhez az intézményhez tartozóan egy strukturáltabb segítségnyújtás, mondjuk ez egy olyan időben, amikor délelőtt lenne ez a.. mindenkit fogadunk, délután meg akiket visszahívunk azért, hogy elkezdjünk velük dolgozni, mert úgy tűnik, hogy valamit szeretnének, tehát a felépülési utakat átbeszélni, végigjárni és hogy akiben valahogy ez megmozdul, szeretne ezen elindulni, ezért dolgozni, akkor ki tudjon lépni ebből a térből, el tudjon menni ha néha szükséges detoxifikációra, rehabra... vagy olyan szállókat bevonni, ahol amíg eljut a detoxifikáció után a rehabra hogy akkor ott ő.. ilyen védett körülmények között, hogy ne essen vissza. ...Mindenesetre nagy szükség lenne rá, de egyrészt melyik az a kerület, aki egy ilyet bevállal meg az biztos, hogy egy ilyen intézménynek a finanszírozása nem terület... hanem.. akár főváros, kerület, akár kilépve ebből a térből, minisztérium, itt több faktornak be kellene szállni és hát.. természetesen a munkának az első egy-két éve, még mielőtt az első költészet megtörténik – most ezt jelképesen – na itt lesz a Dropin – előtte egy ilyen.. nagyon aktív érzékenyítés, azok körében, akik a Dropin környékén laknak – de akár tágabb környezetben is, hogy.. hát hogy így ne az legyen, hogy megnyílik és egy hét múlva bezár a felháborodás miatt. **P2d**

Ezzel együtt azt szeretném mondani, hogy igen, tehát.. az ilyen.. az utcán.. élő... designer... függő embereknek az elérése, a rájuk irányuló megkereső munkának a fejlesztésére nagy szükség lenne, de önmagában azt szeretném mondani, ha csak professzionális segítők állnak bele, akkor nem fognak elérni célt, ezt a **– ő mondja nem én – hogyha ezt.. egyedül kezdte volna, akkor még mindig a Népliget sarkán állna és nézelődne, hogy merre tovább, mert hogy persze az emberek ott vannak, fekszenek az utcán, de hogy a kapcsolatba lépés az a felhasználókon keresztül tud menni, egyébként nem, nem történik meg vagy csak nagyon hosszú idő után alakul ki ez a féle bizalom. **P2e**

Szerintem tök jó az alacsony küszöbökre visszatérve, hogy a túcsere megnyirbálása mellett is, de hogy tudnak működni, és hogy többfélék plusz arra is reagáltak, hogy észrevették azt amit nálunk sokáig nem értettek, hogy hogy tudunk mi.. úgy lenni, hogy nem szerhasználós konkrétan ópiátossal foglalkozunk vagy speed-essel, hát úgy hogy be kellett csalogatni és ha ez 3 szelet kenyérral meg egy... ekkora felvágottal, akkor azzal, de hogy idejön és beszél és ezt elviszi. Szerintem tök jó hogy egy csomó túcsere így tudott változtatni illetőleg ráment nekik is, hogy csoportoznak vagy nem tudom mit tesznek, tehát szerintem jó irányba változtak a túcserek **P4a**

Hát nincs túcsere.. automata pl. mert azt mindig elrontották és nem volt értelme felrakni, az is gáz, de lehetne, és hát olyan szinten működne ez a rendszer, hogy... heroin program, metadon program amit volt szerencsénk megnézni a 2003-ban ..Madridban – hogy konkrétan busz szintű ellátás és a kliensnek nem oda kell bejárni, csúcsszuper, de ezek mind ...nagyon vágyálmós, amit én mondok. Meg a többszintű.. rehab tehát.. így saját magamat ki is nevetem ezekkel a gondolatokkal – úgyhogy álmódásokat tudnék mondani, annak nulla relevanciáját látom, ha ekkora lyukak vannak. **P4b**

..megkereső szolgáltatás, ez is egy.. ez fontos, mert ez a megkereső szolgáltatást ugye.. főleg a fővárosnál ugye volt egy pályázat is, hogy.. hogy megkeres.. hogy az utcán lévőket felkutatni valahogy, felkeresni, megtalálni, ö... ez jó lenne ha ezt valaki nagyon jól csinálná, de a megkereső szolgáltatás az is egy... az is egy.. hogyha.. van egy nyitva álló helyiség, alacsonyba, akkor megkereső szolgáltatás.. nagyon-nagy pluszokat kér, ahhoz hogy kimenjen innen két ember az utcára, az... azt helyettesíteni kell, itt plusz két ember kell. Évekig csináltuk azt, hogy mentünk.. szedni a fecskendőket – valójában akkor kint voltak az utcán, de ezt nem lehet anélkül, hogy erre ne legyen plusz forrás, de a megkereső szolgáltatás az valójában az alacsonyon belül van jelen pillanatban, az tök jó lenne, nyilván azt ki kellene dolgozni teljesen **P5**

*..hát azt gondolom a rugalmassága a szolgáltatásnak szintén erősség, mert... ugye volt most miután már a Dürerben nem tudtunk, nincs Dürer itt, hogy itt működtettük ezt a Party Service-t sok évig, és akkor utána voltak felkérések a Budapest Parktól, ott is voltunk szolgáltatást nyújtani, Deákon mi az a hatalmas hodály, a Gödör? Nem tudom.. de ez igazából az egyik felsőoktatású intézmény kért fel minket, ott volt valami ilyen évindító nagy bulijuk – majd eszembe jut.. és ott is.. még ősszel voltunk így party service – tehát tudunk ilyen hirtelen még összerántani az önkénteseket.. Szolgáltatás gyengeségei, egyrészt amiket terveztünk, nem tudjuk fenntartani, pl. a.. party service-t ahogy mondtuk.. egyébként így.. más nem jut eszembe. **P8***

Támogatott lakhatás, félutasház, védett munkahely, önszolgáltató csoportok

A felépülő függők reszocializálását elősegítő ellátási formák, mint a támogatott lakhatás, félutasház, védett munkahely lényeges szerepet töltenek be abban, hogy segítsék a társadalomba történő integrálódást. Egy-egy vélemény hangzott el ezen ellátási formákkal kapcsolatban: fontosnak tartják, hogy ezen ellátási formák rendszer szinten működjenek Magyarországon (P4, P5). Ugyanígy az önszolgáltató csoportok is markáns elemei a felépülésnek: az egyik interjúalany szerint az NA-k mellett szükséges lenne más szemléletű önszolgáltató csoportok indítása (P2).

*..szóval az a tapasztalat, hogy aki elmegy NA-ba felépülőként az vagy nagyon bekötődik és hihetetlen motorja tud lenni a felépülésnek a csoportra járás, vagy odamegy és eljön és azt mondja, hogy ez nem az ő világa, leginkább hogy valahogy ezt a spirituális szemléletet nem képes még befogadni, nem még.. mert az életébe nem fér bele, valami ellenérzése van, nem tudja legyőzni, ezért azt gondolom, szükség lehet olyan relaxos prevenció csoportokra is, amik szintén a visszaesés megelőzését célozzák de nem ezzel a klasszikus NA meg AA szemlélettel vagy akár szakmai vezetéssel, úgyhogy akkor egy ilyet is tervezünk. **P2***

*Tök jó hogy vannak Félutas Házak, én sokkal többszintűt tudok elképzelni, vagy ilyen támlak szerű félutas ház, ennek a kombinációját sokkal több célcsoportnak megfelelően, mert jelenleg arra bírunk koncentrálni, akik a reha-ról kijöttek és tiszták....Én azt gondolom, hogy a védett munkahely az nagyon érdekesen működik, mert szintén ezek a talpraállt fiatalok tudnak ajánlani, ami metásoknak és tudnak velük foglalkozni, de ez nem rendszer szinten működik Mo-n ami mondjuk esetleg baj. **P4***

*Nagyon lehetne használni én ezt nagyon-nagyon jó ellátási formának (szerk. támogatott lakhatás) tartom, ha az jól van.. beillesztve és jó céllal van használva, az egy nagyon-nagy segítség. **P5***

Telefonsegély, interaktív online kezelő program

A telefonsegély és interaktív online kezelő programról egy-egy interjúalany beszélt. Elhangzott olyan vélemény, mely szerint a telefonsegély elavult (P5), azonban volt, aki szerint sokan telefonálnak (azonban inkább szociális munkások tanácsot kérni). Ezzel szemben az online kezelő programok sokat fejlődtek, és népszerűbbek (részben a COVID-nak köszönhetően) (P10).

*A telefonsegély szintén amiről beszéltünk, nyilván ebben a kommunikációs fejlődésben szerintem maga a telefon kopik el, tudakozót sem nagyon hívunk fel, szerintem – telefonkönyv.. ugyanarra a sorsra jutnak talán ezek a telefonos segélyhívók.. **P5***

*..teljesen ingyenes – nincs rá semmilyen forrás.. ez csak egy ilyen.. nem tudom.. én hobbinak mondanám, ki van írva, hogy déltől 6-ig és déltől 6-ig telefonálhatnak, mostanában képzeld el inkább az ellátórendszerből szoktak telefonálni mindenféle szociális munkások leginkább és mivel kevés a kapacitásunk, inkább a.. az egyéb humán szolgáltatóknak szoktam végigkísérni a munkáit, tehát így... inkább.. inkább a.. a szolgáltatások szociális munkásainak zajlik tanácsadás. **P7***

*Na viszont az online cucc az meg jobb lett... mert.. több.. fókusz került rá és.. lett is egy pár.. még fejlesztettünk mi is egyet.., ez tök jó hogy erre van nyitottság meg lehetőség ilyesmiben gondolkodni. **P10***

Megoldási lehetőségek

Az általános nehézségek feltárását követően fontosnak tartottuk annak megismerését is, hogy interjúalanyaink milyen megoldási lehetőségeket látnak reálisnak az általuk felvetett problémák vagy akadályok leküzdésében. A válaszok az alábbi 6 terület mentén voltak kategorizálhatóak: 1) Finanszírozás, 2) Tehermentesítés, 3) Kliensutak, 4) Kettős diagnózisú kliensek, 5) Univerzális mentálhigiénés és preventív megközelítés, 6) Kiegészítő terápiás formák és képzések.

Finanszírozás

A finanszírozási nehézségek lehetséges kezelési módjait 1 válaszadó tartotta fontosnak kiemelni, a közösségi ellátás többletfinanszírozását (P2a), a hozzátartozók ellátásának külön finanszírozását (P2b), valamint a szakorvosi és gondozói órák támogatására vonatkozó új pályázati források relevanciáját (P2c) említve:

*...több forrást kellene a rendszerbe tenni, tehát mondjuk adott esetben a közösségi ellátást azt – nem egy klasszikus normatív finanszírozás, mert a 41-nél le van állítva... klasszikus normatív finanszírozás az azt jelenti, hogy amennyit egy év alatt ellátsz, azt kifizetik. **P2a***

*...lehetőség lenne, és... és a hozzátartozókat... vagy külön valamilyen... egyéb finanszírozási formát kitárolni a hozzátartozókra, vagy adott esetben ebbe a... ami már a 41 felett van, azt is lehetne mondani, hogy mondjuk a 41-ig 30%, de ha te a 41 felett dolgozol, 50-60, akkor ott az már lehessen bárki, lehessen F10-től az F19-ig és a játékszenvedélyesek vagy a hozzátartozók is ott már igazából teljesen mindegy hogy milyen arányban. **P2b***

*... az OEP vagy a NEAK is... tehát hogy lehessen oda is pályázni... szakorvosi órákra, gondozói órákra, ha az egészségügyi ellátásban gondolkodunk. **P2c***

Tehermentesítés

Az ellátórendszer tehermentesítésének lehetőségei 4 szempontból kerültek megemlítésre: a kliensforgalom csökkentése/a klienspopuláció szűrése az elterelés rendszerének módosítása által (P2), a területen dolgozók szupervíziója/mentális tehercsökkentése (P4), terápiás módszerek az egyidőben ellátható kliensszám emelése érdekében (P7), önkéntesek bevonása a szakmai teambe (P7).

A kliensforgalom csökkentése/a klienspopuláció szűrése az elterelés rendszerének módosítása által:

*...egyrészt a BTK-ból vegyük ki... a... fogyasztást meg a csekély mennyiségű tartást, megszerzést, ne a BTK-ban legyen rögzítve, legyen szabálysértés, vagy nem tudom mi, és hogy akkor.. másrésztől ha meg.. ilyen... mondjuk ez a liberális... felfogás, ha meg mondjuk egy konzervatív felfogásban gondolkodom, akkor is beszántanám és akkor maradjon ez és akkor büntessék meg az embereket, ha elkapják, és ha már másodszor kapták el, és azt mondja, hogy harmadszor nem akarom hogy elkapjanak, mert ez így elég volt, akkor ténylegesen elmegy kezelésbe, és részt vesz... nem eltűri... hanem részt vesz egy olyan programban, amiből önmaga változást remél, hogy harmadszor ne történjen meg az, hogy lebukik a kábítószer miatt. **P2***

A területen dolgozók szupervíziója/mentális tehercsökkentés:

*...ha az összes ilyen helyen, minimum Bálint csoport lenne – gondolok itt az emberekkel foglalkozó szakemberekre, vagy szupervízió és netántán benne lenne a kis kultúránkban, hogy... járjon terápiára az a kiegészítő, és ez úgy nem árt neki, az aki pedagógus, annak sem árt, az aki eü-i szakember, annak sem, akkor lehet, hogy az emberekkel foglalkozó szakemberek is sokkal tovább lennének nem kiégett állapotban vagy esetleg leválogatva. **P4***

Terápiás módszerek az egyidőben ellátható kliensszám emelése érdekében:

...arra álltunk rá, hogy mindenkit el tudjunk látni, hogy... csoportokat működtetünk, van kétféle művészetterápiás programunk, van egy erőcsoportunk, erő a változásért női önbecsülésnövelő program, sorstársegítő programok, mi van még ami csoport... Jó most ez a háromféle csoport megy egészen biztosan, lesz még egy színházi csoportunk – egy ilyen playback

színházi csoport, ahol.. az egy improvizációs, szocioterápiás program, ami még működni fog és így lehet a betérő ügyfeleket nagyjából egyben tartani. P7

Önkéntesek bevonása a szakmai teambe:

...Amit itt próbálok, hogy minél több önkéntest bevonni a programba, csak.. minőség-biztosítási okokból nem mindig egyszerű ez... P7

Kliensutak

Egy válaszadó (P4) jelezte, hogy az általa képviselt ellátóhely működtet olyan projektet, mely a kliens-delegálás hatékonyságát hivatott növelni:

Van egy ilyen programunk is. Már nagyon régen működik, de program szinten 5 éve. Pl. arra hogy legyen TAJ kártyája vagy eljusson hepatitisz kezelésre vagy valamire – ebből fejlődött ki pl. a Rékákéknak a Hepago programja. P4

Kettős diagnózisú kliensek

Egy interjúalany (P2) említette meg annak szükségét, hogy a kettős diagnózisú kliensek számára specifikusan az ezen klienspopuláció speciális szükségleteire fókuszáló ellátóhelyek jöjjenek létre:

...Igen, tök jó lenne, ha lenne olyan központ, nyilván most erről beszélgetünk, akik arra szerződnek az ő terápiás rezsimjük arra szerződik, hogy komorbid kliensek akik túl vannak a... az aktív használaton, és kijózanodnak az addiktológiai központokban de markáns személyiségzavarral élnek, ők jöhetnek ide és mi őket fogadjuk. És akkor mi nagy örömmel küldenénk ezeket az embereket, mert hogy tudjuk, hogy jó helyre mennek. P2

Univerzális mentálhigiénés és prevenció megközelítés

Egy interjúalany abban látná az addikciós zavarok visszaszorításának egy lehetséges módját, ha több, az általános népességet célzó, univerzális mentálhigiénés és prevenció projekt kerülne megvalósításra, beleértve a legális szerek (alkohol, benzodiazepinek) fogyasztásával kapcsolatos attitűdformálást (P4a), a környezeti prevenciót (P4b), a tizenévesek mentálhigiénés egészségét segítő szakemberek (szociális munkás, pszichológus) bevonását az oktatási rendszerbe (P4c), valamint a közösségfejlesztést (P4d) is:

...csináljunk alkohol stratégiát, nézzük meg, hogy ezt a frontin-xanax-rivotril mire szedik az emberek, ki miért írja fel, mennyi ideig írja fel, mi van azokkal, akik ebbe belekonzerválódtak, ugyanis ennek is van gyereke, ennek is van unokája, nagymamája akárkije, bárkije és ha ez az alap, akkor ez így... így működik, tehát mentálhigiénés a társadalom vacak állapotban van. P4a

...a prevenció fogalmát nem egy tágabbra értelmezzük, nem egy ilyen mentálhigiénés kultúrára, ami úgy átmozgatná, hogy hogy vagyunk... addig szerintem esély nincs arra, hogy egy kicsit másképpen álljunk hozzá. P4b

...lehetne több iskolai szociális munkás, hogy lehetne pszichológus több az iskolákban, hogy mondjuk nem a frontinnal foglalkoznánk hanem rögtön mellé a pszichológussal, aki ha lehet klinikai... P4c

...olyan programok legyenek, ami közösségfejlesztő, öngyógyító.. több mentálhigiénével, több terápiával jár, több terepautával, ami ingyenes mert hogy ne annyira pénzes legyen. P4d

Kiegészítő terápiás formák és képzések

A hagyományos farmako- és pszichoterápiás kiegészítéseként alkalmazott egyéb terápiás formák és szociális jellegű beavatkozások potenciális előnyeire 1 interjúalany hívta fel a figyelmet, megemlítve az állat-asszisztált terápia (pl. lovasterápia) és a különböző élményterápiás módszerek hasznosságát (P6a), a munkaterápia (pl. szerelóműhely) pozitív hatásait (P6b), valamint a pedagógusok addiktológiai ellátásba való bevonásának fontosságát (P6c):

Na most ezért térnék vissza a lovasterápiára, hogy én ezt nagyon fontosnak – az élménypedagógiát a kalandpedagógiai módszereket, a játékterápia, ezek nagyon fontos részei annak, ha valaki ifjúsági vagy gyermek rehabilitációval foglalkozik. P6a

...van egy szerelőműhelyünk, annak nagyon nagy sikere van, mégpedig azért, mert egy olyan valaki csinálja, aki közben autóversenyző is és hát ezeket – ezeknek a gyerekeknek kell valami hobbi, valami más cél, mint a drog meg az a környezet, amiben ők éltek. P6b

...Szükség van pedagógusra, gyógypedagógusra, felzárkóztató pedagógusra. P6c

Kliensek szükségletei

A kliensszükségletek felmérésekor az interjúalanyok által felsorolt általános szükségletekre, a közel-múltban azonosított új szükségletekre és potenciális szükségletváltozásokra, valamint az esetlegesen megjelenő új klienscsoportokra voltunk kíváncsiak. Az általános szükségletek az alábbi 8 téma szerint kerültek strukturálásra: 1) Ellátásba kerülés várakozási ideje, 2) Detoxikálás, 3) Szociális és eszközszerű ellátás, 4) Utógondozás és reintegráció, 5) Specifikus, problémaorientált intervenciók, 6) Életkor-specifikus szükségletek, 7) Egyéb alpopulációk speciális szükségletei, 8) Hozzá tartozói és egyéb családi rendszerhez köthető szükségletek.

Ellátásba kerülés várakozási ideje

Az ellátásba kerülés várakozási idejével kapcsolatos kliensszükségletek egyfelől az addikt populáció impulzivitása és relapszus-sérülékenysége (P1, P9), másfelől az ellátórendszer kapacitáshiánya (P1, P3) kapcsán kerültek megemlítésre.

Az addikt populáció impulzivitása és relapszus-sérülékenysége:

Persze, persze, tehát nem tud várni, ha valakinek itt a támogatott lakhatásban azt mondom, hogy pillanatnyilag nem tudunk felvenni, hanem majd gyere vissza fél év múlva, mert lehet hogy akkor lesz üresedés nálunk, fél év múlva hol lesz valaki, aki éppen felépülőben van éppen tartja a józanságát. P1a

...így működik, hogy én akkor most leállok és akkor villámgyorsan elkezd kapkodni és a rendszer már nem úgy működik 2023-ban, hogy oké akkor gyere, hanem oké, akkor akkor tudsz jönni, pillanatnyilag sorállás van, pillanatnyilag nem... P1b

...addiktológiai – mint minden addiktológiai beteg – így habzsolnak minket, abszolút... tehát... nyilván hogy a legtöbb beteg, sok beteg azonnal és most lássuk el, azonnal és most írjuk fel a receptet, alkudoznak, de nem igaz, mert elfogyott, hazudoznak, elvesztettem a gyógyszert, van egy ilyen és akkor azt azonnal... a szenvedélybeteg – azonnal meg kell oldani mindent, vagy így, vagy úgy, de meg kell oldani. P9

Az ellátórendszer kapacitáshiánya:

...sokkal nagyobb probléma az, ha a PET CT-re várni kell két hetet... P3

Detoxikálás

Egy válaszadó (P1) a detoxikálással kapcsolatos kliensoldali igényeket is megemlítette általános szükségletként:

... amit mondjuk azt hogy én tapasztalok, az én pozícióból, az egyrészt adott esetben a méregtelenítés, detoxikálás, adott esetben az fontos történet és az a tapasztalatunk, hogy nekünk nagyon nehezen szervezhető meg a kórházi, addiktológiai osztályos elhelyezés, van olyan kliens, aki ezzel küszködött és nem tudott bekerülni. P1

Szociális és eszközszerű ellátás

Az ezen kategóriába sorolt kliensszükségletek (8 interjúalany által megemlítve) részben az alapvető fizikális szükségletekkel (pl. táplálkozás, öltözködés, lakhatás) (P1, P2, P4, P5, P6, P7), részben az ellátás

eszközszintű és megkereső munkához köthető szükségleteivel (pl. steril fecskendők, eldobált tűszemét begyűjtése) (P5), részben pedig az egyéb szociális és jogi segítséggel (P9, P10) kapcsolatos jellemzőkkel voltak összefüggésbe hozhatóak.

Alapvető fizikális szükségletek:

Hát aztán van nálunk szükséglet, itt érnek – élelmiszert osztunk, ez ilyen napi.. működés.. az életben tartáshoz szükséges szolgáltatási elemek. P1a

Igen, támogatott lakhatás, ha ezt nevezhetjük annak. Azt látom, hogy az olcsó szállás, ami nem.. ami nem hajléktalan szálló jellegű, olcsó szállás... azt gondolom arra is nagy igény, szükséglet van. P1b

...hát egy ilyen nappali melegedős ellátás, hogy valami étkezés biztosítása, leülés, víz, akár fürdési lehetőség, mosási lehetőség, stb.... P2a

...olyan dropin, ami a designer függő embereket fogadja, ahonnan nincsenek kitiltva aznapra, ha már előtte beszípkáztak, mert általában az a tapasztalat, hogy ezek az emberek a.. a hajléktalan ellátásban lévő nappali melegedők egy részébe landolnak vagy azokat használják, de csak addig tudnak a szolgáltatásban részt venni egy adott napon, amíg nem szívtak... P2b

...Eszik, iszik, alszik és ez nincs meg. Sehol formálisan a szerhasználók kapcsán. Volt egy-két kezdeményezés olyan jellegű, hogy szállásra meg rehabra, de ahogy mondtam, a rehabok még csak-csak de.. az alacsony küszöbhez tartozó még szert használóknak – azok bemennek az alap hajléktalan szállóra és a szállósok sem tudnak mit csinálni a nappali melegedősök se tudnak mit csinálni, erről szól pl. a.. a.. hajléktalan munkacsoport is. P4

...megkereső szolgáltatás, ez is egy.. ez fontos, mert ez a megkereső szolgáltatást ugye.. főleg a fővárosnál ugye volt egy pályázat is, hogy.. hogy megkeres.. hogy az utcán lévőket felkutatni valahogy, felkeresni, megtalálni, ö... ez jó lenne ha ezt valaki nagyon jól csinálná. P5a

...Az alacsonyban, mivel... mivel valahogy jobban, nagyobb a... nagyobb az igény az ilyen kiegészítő... azon túl hogy felveszi az ártalomcsökkentő eszközöket, gondolok itt a fecskendőre, alkoholos törölő, vitamin ilyenek, de nagyobb az igény a ruhamosásra, a ruhák – vannak ilyen használt ruháink, az ami a hajléktalanság, az utcán való léttel kapcsolatosan szükséglet... P5b

Csak úgy lehetne, ha valami módon.. tudnám úgy segíteni, hogy lakáshoz jussanak, egy szobakonyhás, lerobbant, amit neki kell rendbehozni, illetve hát kap segítséget, netán még támogatást, szociális munkás, hogy mit hogy kell – meg volt kliensek összefognak és együtt megcsinálják, ez a megoldás... az ami... segítene esetleg ezen. P6

...hogya... igénybe is vesz egy szerhasználó várandós nő addiktológiai szolgáltatást és úgy.. még rendben is lenne és.. és alkalmas is gyerekevelésre, működőképes, nagyon-nagyon nehéz abból a környezetből kihozni és bentlakásos ellátást találni neki. P7a

... csomószor nem tudom ellátásba juttatni a... hajléktalan klienseimet, mert a... szóval bentlakásos intézményekbe, mert egy csomószor a hajléktalan előélet kizáró ok. P7b

...pl. vannak... olyan intézmények, ahol várandós nő – nem tudom az utolsó trimeszterben nem tartózkodhat, ez tök szuper, mert nem arra való ez a hely, de akkor hol, az utca szokott maradni és egy csomószor van, hogy kiraknak embereket utcára utolsó trimeszterben. P7c

...valamilyen élelmiszerhiány, táplálkozási nehézségek, várandós vagy kisgyereket nevelő nőknél ez a... hogy egyszerűen nem tudja megszerezni a napi betevőjét, ki se tud állni prostituáltként olyan nagy óraszámokban, őt állandóan segíyezni kell adományozni kell, hogy... hogy... hogy.. egyáltalán együtt lehessen vele működni. P7d

Az ellátás eszközszintű és megkereső munkához köthető szükségletei:

...pusztán anyagi okok miatt kell limitálnunk azt, hogy mit adunk ki, fecskendőket sem tudjuk kiszórni, amennyit csak szeretne, hanem... kettőt adunk, nem hozott és akkor maximum 10-ig cserélünk, ez azért akár lehetne több, nyilván azt is nézem, ami az ártalomcsökkentő célja, akkor minél több steril fecskendőt kiadok – kikerül annál jobb, lenne a dolog, de nem tudunk korlátlanul, nem tudjuk ezt kiszórni, azért úgy erre lenne igény. **P5a**

...és a megkereső szolgáltatásokat én nem látom szenvedélybetegeknél a megkeresőt hogy az dübörögne, vagyis hogy az lenne. Szerintem amíg több ilyen túcsere működött vagy.. tehát valahogy talán még jobban.. ha más nem csak a drogszemét szedegetése kapcsán ha azt annak veszem, hogy egyfajta megkereső szolgáltatás mert ha odamegyek, ahol vannak eldobált fecskendőt, akkor előfordult azért, hogy lehetett találkozni olyan emberekkel is, de ilyen talán már – nem tudom hogy valaki csinál-e megkereső szolgáltatást.. lehet hogy igen, attól még nem tudok róla, de nem tudok róla, hogy valaki erre kifejezetten.. pedig iszonyatos nagy szükség lenne... **P5b**

Egyéb szociális és jogi segítség:

...hogyan mondjuk a szert letegye, a szer letétele ne okozzon különösebb rosszuléteket, félnek ettől a dologtól, ebben abszolút segítségre vár, szorong a testi állapota miatt, tehát.. nézzünk már egy hasi ultrahangot, ezeket biztosan.. aztán ugye nyilvánvalóan előkerülnek a párkapcsolati problémák, ez egy nagyon alap tud lenni, a magányosságában... aztán a.. munkahelyi konfliktusok, a.. a home office-ban való munka, van akinek nagyon-nagyon bejön.. van aki ezt gondolja, van aki meg szenved tőle, eleve a munkanélküliség, aztán a hajléktalanság. **P9**

...nyilván a szociális problémák, tehát.. nekünk nincs is szociális munkásunk, hanem az osztályos kollégával működünk együtt, ez is pl. egy ilyen gyakran felmerülő szükséglet, hogy.. mondjuk hiába.. gondoljuk a lelkivilágát meg építjük az önbecsülését, ha vannak tényleges egzisztenciális meg egyéb jellegű elakadások, akkor azokkal valahogy praktikus is kell tudni foglalkozni. **P10a**

...Meg.. meg a jogi.. jutott még eszembe, hogy a jogi.. elakadásokkal kapcsolatos szükségletek, hogy milyen jó lenne, ha erre mondjuk tudnánk reagálni, tudnánk küldeni mondjuk őket olyan helyekre, ahol ezzel kapcsolatban tudnak tanácsot kapnak vagy segítséget. De nem is feltétlenül ilyen.. ő.. nem is feltétlenül ilyen.. nem tudom, tehát vannak a... vannak a szerhasználat következményeiből adódó olyan jogi elakadások is, mint mondjuk láthatás, gyerek láthatása vagy a válás utáni nem tudom vagy rendezés, tehát olyan dolgok, amik amúgy egy hétköznapi életben is előfordulnak de ők meg jobban el vannak akadva vele. **P10b**

Utógondozás és reintegráció

A rehabilitációt követő utógondozás (P1) és reintegráció (P2, P3, P4) mint általános kliensszükséglet 6 interjúalany által került megnevezésre. A reintegráció kapcsán elsősorban a védett munkahelyek és a támogatott lakhatás/félutas házak témája volt kiemelhető.

Utógondozás:

... egy utógondozó csoport, ahol van ilyen.. de ami.. adott esetben szakember által vezetett, de hasonlóan működik mint az NA, van egy struktúrája, szabálya, hogy akik és ahogy részt vehetnek rajta, csak nem NA hanem egy intézmény munkatársa az aki ezt adott esetben működteti, utógondozó csoport és adott esetben ilyenek.. NA-ra is.. tehát ez a csoport. **P1**

Reintegráció:

...akkor így a foglalkoztatás és a lakhatás kérdése. Alapvetően most azokról beszélek, akik felépülnek és.. túl vannak egy rehabon. Bentlakásos terápiás otthonon, vagy kettőn, és akkor mi van, tehát hogy... öt évet töltött heroin vagy kokain függőségben, vagy nem tudom milyen függőségben, eljutott odáig, hogy ez nem tartható tovább, elment kórházba meg elment mondjuk a Leo Amicihez vagy bármelyik más bentlakásos terápiára, 9 hónap, egy év, másfél év. És hogy

akkor így ez az integráció.. a reintegráció, hogy itt hiány.. itt vannak szükségletek és itt hiányoznak intézmény típusok. **P2**

...nem is tudom, hogy lehet ezt megfogalmazni, hogy ilyen munkaközösség, ahol vannak az ott dolgozó szociális munkások, akik ügyesen elterelgetik őket, hogy ezt kell csinálni, azt kell csinálni, csekket befizetik helyette meg mit tudom én. Tehát hogy.. én azt gondolom, hogy ezeknek a betegeknek, ilyenek.. 50 év felettiéknél sok. **P3**

...Én azt gondolom, hogy a védett munkahely az nagyon érdekesen működik, mert szintén ezek a talpraállt fiatalok tudnak ajánlani, ami metásoknak és tudnak velük foglalkozni, de ez nem rendszer szinten működik Mo-n ami mondjuk esetleg baj.....tök jó hogy vannak Félutas Házak, én sokkal többszintűt tudok elképzelni, vagy ilyen támlak szerű félutas ház, ennek a kombinációját sokkal több célcsoportnak megfelelően, mert jelenleg arra bírunk koncentrálni, akik a rehabról kijöttek és tiszták. **P4**

Specifikus, problémaorientált intervenciók

Négy interjúalany (P2, P3, P4, P11) nevezett meg olyan kliensszükségleteket, melyek egy-egy specifikus probléma megoldási igényéhez voltak köthetőek. E specifikus problémák között a kodependencia (P2), a hajléktalan létből fakadó kiszolgáltatottság (P3), az intravénás szerhasználat (P4) (ennek kapcsán az ártalomcsökkentés rendszerének hiányosságai - pl. túcsere automaták, opioid szubsztitúciós programok limitált elérhetősége), illetve a kontrollált szerhasználat iránti igény (P11) kerültek megemlítésre.

Kodependencia:

...kodependens nők – ilyen gyógyító csoportja, az nagyon népszerű volt és hogy az... az nagyon klassz volt, ahogy meghirdettük, tulajdonképpen pár napon belül 12-15 fő rögtön rekrutálódott, nem kellett várni, hogy akkor majd ki jön, aggódni, hogy hogyan fogjuk az indikátorszámokat teljesíteni. Na arra nagy szükség lenne. **P2**

A hajléktalan létből fakadó kiszolgáltatottság:

És akkor ott, amit írtam ez a hajléktalan betegeknek az ellátása, hát.. nem tudom.. ugye mert azért nem minden hajléktalan alkoholista meg drogbeteg, tehát azoknak a szempontjait, hogy nem tud eljárni dolgozni, mert egyfolytában kirabolják, elviszik a cuccait, egy csomóan azért vannak kint az utcán, nem azért mert nem szeretnek bent hemperegni valami fűtött helyen, hanem azért mert amit összegyűjtött motyóját azt biztos hogy kirabolják. Tehát hogy.. valahogy elválasztani azokat, akik képesek betartani az alapszabályokat... **P3**

Intravénás szerhasználat:

Hát nincs túcsere.. automata pl. mert azt mindig elrontották és nem volt értelme felrakni, az is gáz, de lehetne, és hát olyan szinten működne ez a rendszer, hogy... heroin program, metadon program amit volt szerencsénk megnézni a 2003-ban jókat vigyorgok ezen – Madridban – hogy konkrétan busz szintű ellátás és a kliensnek nem oda kell bejárni, csúcssuper... **P4**

Kontrollált szerhasználat iránti igény:

...ami gyakran megfogalmazott igény, hogy hogyan tudnak úgy szert használni, hogy ne.. okozzon számukra problémát, hogy hogyan.. ez egy ilyen folyamatos dilemmázás, hogy szociális ivók tudnak lenni az alkoholisták, hogy egyáltalán le kell-e tennem a szert, nem kell teljesen letennem, ki tudok-e alakítani ebben egy kontrollált szerhasználatot, ugyanúgy most már az illegális szerhasználatnál is... felmerülő kérdés, hogy le kell-e tenniük teljesen vagy sem, vagy hogy hogyan tudják jobban kontrollálni, hogy ne okozzon annyi problémát, mint amit addig. **P11**

Életkor-specifikus szükségletek

Négy válaszadó emelte ki a fiatalkorúak (P2,P3,P8) (megfogalmazva a tizenévesek külön ellátását a felnőtt korosztálytól, valamint az addiktológia területén jártas gyermekpszichiáterek alacsony számát) és az időskorúak (P4) (demenciából és egyéb szomatikus, idegrendszeri problémákból fakadó nehézségek kezelési szükségessége) életkor-specifikus szükségleteit, elsősorban a korcsoportokra külön fókuszot helyező ellátóhelyek hiányát említve.

Fiatalkorúak ellátási hiányosságai:

...nincsenek gyermekpszichiátriában képzett munkatársaink, felelősségteljesen nem merünk serdülőkkel dolgozni és akkor persze itt visszakanyarodunk még a továbbírnyítás – 20-as, hogy hová tudjuk őket irányítani, serdülőket jelen pillanatban Bp-en nagyon.. itt van egy hihetetlen szükséglet, nem tudunk a szükségletekre reagálni, mert két hely van....a szóval csak azt mondom, hogy igazából.. hogy.. és hogy nagyon jó lenne, hogyha lenne még.. öö.. olyan serdülő, tini drogambulancia Bp-en, egy olyan intézmény, aki az egész Bp-i népséget elbírja, mindazokat a 11-12-13-14-15 éves gyerekeket és családjukat, akik ott kopogtatnának, egészen biztos nem ülnének ott hogy nem jön senki, nagyon sokan mennének. P2

...meggyőződésem, hogy a fiatalkorúakkal nem kell összeereszteni az idősebbeket, tehát.. ezt nem itt.. bár itt is lehet látni, tehát hogy a.. szóval hogy egyszerűen teljesen másképp lehet csak megközelíteni őket, egyszerűen más keretek között és a Vadaskertben is meg a Heim Pálban is foglalkoznak velük meg abajgatják őket meg mindenféle, kevesen vannak azt gondolom. Ott azért, hogy lehet javítani, úgy hogy csinálunk nekik egyet és akkor úgy. Szerintem, de nyilván ez elsősorban pénz kérdése, ez az egyik. P3

És akkor itt az ellátórendszeri hiány jelent meg, hogy ez egy nagy szükséglet lett volna.. ugyanez van most – ugyanúgy – már említettem, hogy nincs gyermekpszichiáter. P8

Időskorúak ellátási hiányosságai:

...itt nyilván a demens, meg az idős néni, meg a bácsi... ilyenre is, mert hogy ezek 40-50+-osok csak egyre szarabb állapotban vannak..az időseknél, hogyha ápolásra szorul, akkor nagyon nehéz bekerülni egy ápoló-gondozó otthonba, de hozzáteszem, az öreg nyugdíjas, bácsinak, néninek is. Más ilyen ami ilyen nagyon fontos lenne szerintem nem, hát fiatalokat is mondtam, hogy gyerek-serdülőre konkrétan 14 év alatti az megszűnik, konkrétan nincs, lányoknak úgy nincs. Gondolom, hogy lehet Ráckeresztúr mellé ott meg Zsibrik majd lehet hogy valamit csinál és hogy kellene több olyan mint Szatymaz volt, ami nem egyházi... jellegű azt gondolom. P4

Egyéb alpopulációk speciális szükségletei

A 10 interjúalany által kiemelt speciális szükségletű alpopulációk között a transznemű kliensek (P3), az intellektuális és érzelmi fejlődés terén lemaradást mutató fiatalkorúak (P4, P6) és felnőttek (P9), a női szerhasználók (P5), beleértve a várandós, illetve traumatizált nőket (P7), az elterelésben résztvevők (P8), illetve a hozzátartozók (P10, P11) kerültek megemlítésre.

Transznemű kliensek:

Tehát nem lehet mindenkinek egy külön szobát biztosítani, aki ugyan fiú még de úgy gondolja hogy lány, vagy aki félig eljutott odáig hogy már átoperáltatja magát, azt nem rakhatom össze azzal aki még manifest férfi? P3

Intellektuális és érzelmi fejlődés terén lemaradást mutató fiatalkorúak:

...azok a gyerekek, akik.. soha nem kapták meg azt az alapot a szüleiktől, a pedagógusaitól, vagy a szociális gyermekvédelmi, egészségügyi rendszertől, hogy igazából gyerekek legyenek, nem lesznek olyan képességeik, készségeik, hogy az utcára, ha kivágódnak, hogy ne lennének drogosok. Nekik... konkrétan a szocializációt kell megtanítanunk, gyere be, mossál

kezet, fújd ki az orrodát és... a kormányhivatalban hogy vagy csöndben, amikor elintézed a papírjaidat és nem óbégatsz. **P4**

...otthon ugye nincs lepedő.. akkor az ember rögtön tudja, hogy... hogy.. hogy van, mint van... vannak a dolgok és amikor egy gyerek elmondja, hogy ők még a patkányt is megsütik a nagymamával mert nincs mit enni, hát akkor én ugye... szóval egy más... világ... mit várunk el tőlük... honnan tudná, hogy mi a... helyes... vagy mi a jó... hogyha ő egyszer ezt nem kapta meg csecsemőnek, ami már akkor kijárt volna. **P6**

Intellektuális és érzelmi fejlődés terén lemaradást mutató felnőttek:

...tehát szeretetet, odafigyelést, megértést, vele való együttműködést, vele való – nem tudom – egy ilyen cinkosságot meg hát ugye a segítő... tehát... a legtöbb ember be akarja kebelezni a segítőjét, na ez... **P9**

Női szerhasználók:

...női rehab egyáltalán nincs, ha én ezzel foglalkoznék, vagy.. csak úgy fejben, az egy tök hiány a női rehab, csajok.. dunaharaszti vagy (x) van még lehet (x) de az egy pár férőhely, tehát sz rintem ez ilyen értelemben ö... nekik ez sokkal nehezebb, hogy lányokat hová lehet küldeni rehabra. **P5**

....egy szerhasználó vagy akármilyen addiktológiai problémával élő várandós nőnek nemcsak az az egy darab eü-i gondja van, hogy most még várandós is, hanem... hanem... jellemzően 3-4 helyre kellene elmennie eü-i problémáit kezelje, továbbá nagyon nehezen fér hozzá szociális ellátásokhoz, nem... és... kis gyereket nevel, mert várandós, tehát egy ilyen nehezen... Szóval hogy.. ezekkel a.. kliensekkel az a helyzet, hogy állandóan kísérni kellene őket...ilyen 99% bántalmazott nő, valamilyen formában bántalmazott nő, és... állandóan oda kell figyelni, hogy az ő egyéni biztonsági tervük meglegyen és állandóan figyelmeztetni is kell őket, ha van akár még ilyen témáról beszélünk, otthon ne viselkedjen egészen máshogy, mert nem fogják beengedni a szolgáltatásba vagy nagyon megverik. **P7**

Elterelésben résztvevők:

... elterelés kapcsán ugye az az egyszerűbb, ha úgy nézzük, ott... valójában.. ez a... szükséglet... az... szakmai szinten azt gondolom, hogy... nyilván ez egy fura dolog, kötelező, meg kell csinálnia, de hogy szükségletként szerintem megfogalmazódik számára nagyon sok esetben az, hogy milyen jó, hogy ilyenekben tud fejlődni, az önismeretében, az ismereteiben, hogy jobban látja.....edukációs szükségletük mindenképpen van nekik és tudattalan módon van egy csomó, amit mi próbálunk felfedezni és arra reagálni úgy, hogy abban segíteni, amennyire úgy lehet... ha be tud indulni egy konzultációs folyamat, ott az az igény mindig megvan vagy szükséglet, hogy a már meglévő problémával vagy a már veszélyesebbnek tűnő szerhasználattal, függőséggel valamit kezdeni szeretne és ebben kér segítséget. **P8**

Hozzátartozók:

Nagyon gyakran merül fel rendszerszintű probléma, családi rendszerszintű probléma, hogy mondjuk tök jó lenne arra úgy reagálni, hogy biztosítani nekik valamilyen családi konzultációs – ha nem is családterápiás folyamatot, de valamilyen családi... vagy így a hozzátartozókkal való munka ha nagyobb szerepet tudna kapni, nem is feltétlenül külön, a hozzátartozó, hanem együtt. **P10**

...egyre többen keresnek meg úgy, hogy ők hozzátartozói függő személyeknek és ők maguk szeretnék dolgozni a saját... mentális állapotukon, mentális egészségükön, nekik is van egy pszichoterápiás igényük... **P11**

Új szükségletek

Az interjúk során felmértük, hogy az ellátásban dolgozó szakemberek tapasztalták-e új típusú szükségletek megjelenését a közelmúltban. Négy válaszadó emelt ki újonnan megjelenő vagy egyre markánsabbá váló szükségletet. Ezek között a szerhasználó édesanyák gyermekeivel való szakmai foglalkozás (P7), az új pszichoaktív szerek szomatikus ártalmaival kapcsolatos kivizsgálás (P8), a fiatalabb korosztály érdemi terápiás és szociális ellátása (P8, P10), valamint a viselkedési függőségekkel és szexualitással kapcsolatos új terápiás igények (P11) kerültek megemlítésre.

Szerhasználó édesanyák gyermekeivel való szakmai foglalkozás:

...újabbán nagyobb az igény a gyerek szolgáltatásokra, hogy... hogy tartsunk nekik me-seolvasást, hogy a gyerekkel hogy foglalkozunk, okos-e, nem okos-e, ilyeneket szoktak kér-dezni, hogy nézzük meg az ő kisfiukat, igazából erre a problémakörre már volt.. volt próbálko-zás, majd remélem most is lesz, hogy elkezdünk DIXIT terápiát csinálni és szülőkonzultációkat tartani, tényleg ez egy változás volt. P7

Új pszichoaktív szerek szomatikus ártalmaival kapcsolatos kivizsgálás:

Új szerek meg minden amit mi itt tapasztalunk, hogy valójában.. a szükségletek.. most ha az ellátórendszerre gondolok, igen.. ott.. pl. többször.. főleg a fiataloknál.. hogy egyik srác, aki.. már... ja igen, még nem volt 18.. és.. szív... szívproblémái voltak, közben egy jól karban lévő srác volt, mármint az anyukája jött be vele, és hogy őneki stimulánsokat tolt elég rendszeresen, konkrétan minden hétvégén, pont a stimulánsok azért a szívre.. a keringési rendszert azért jól megtolják és neki úgy tűnt, akkor itt volt velünk a gyermekpszichiáter is, hogy őt az elvonási – megvonási időszakban osztályra kellene befektetni, kórházi osztályra, de ugye olyan nincs, ahol fogadták volna, gyermekpszichiátriára szerhasználót nem. P8

A fiatalabb korosztály érdemi terápiás és szociális ellátása:

Hát igen.. ez.. érdekes, most ez jut eszembe, hogy lenne lehetőség.. de pont itt az ifjúsági am-bulancia kellene – fejleszteni kellene.. de hogy ez gyengesége ha így nézem, ha az egész ellátó-rendszert tekintjük a több fiatal ellátása.. igen.. + egyértelmű gyengeség... P8

Sok és gyakori most a... a.. akár a hajléktalanság a fiatalabbak körében is, tehát hogy annyira korán kezdődik a szerhasználat, hogy egzisztenciálisan teljesen elakad, család.. ugye már így nem szeretne kapcsolódni hozzá vagy még nincs meg a bizalom és egy csomószor van igény támogatott lakhatásra a kezelést követően, ennek az intézése is nyilván nehézkes, mert nagyon kevés a férőhely, többre lenne igény, többre lenne szükség, hogy valamilyen fajta biztonságosabb környezetben tudják elkezdni az egyébként izolációban töltött nagyon friss és törékeny józanságukat, szóval.. tök jó lenne ha erre lenne valami rendszer vagy lehetőség, vagy továbbküldési lehetőség. P10

Viselkedési függőségekkel és szexualitással kapcsolatos új terápiás igények:

...egyre inkább előtrében vannak pl. a viselkedési függőségek, ami egy új csoport azért nekünk is, és itt nemcsak feltétlenül a videójáték vagy az internetfüggőség merül fel, hanem egészen egy széles.. skálával dolgozunk a szexfüggőségtől kezdve mindenén át... ..ami még.. hát új szükséglet, vagy hát egy új.. számunkra új téma, az itt a 'chem sex' témakör, főleg ott az LGBTQ kliensek, a szexuális viselkedésben úgymond kisebbségben lévő klienseknek a működése, ott azért egy nehéz helyzet, hogy hogyan tudom üzni azt a szexuális helyzetet szerek nélkül vagy lehet-e egyáltalán, ebben kell változni.. ezek új témák. az új.. szükségletek – ott egy lehetőség van, én azt mondanám, hogy itt... szerintem törekszik a szakma, ezt egy erősségnek is monda-nám, de gyengeségnek is, hogy akár a... különböző... ö... nem tudom, a... különböző... pl. az LGBTQ klienseknek az érintettségére nem teljesen vagyunk felkészülve és az (x) ellátás az még szerintem gyerekcipőben jár itt az addiktológián belül is. P11

Kliensszükségletek változásai és új klienscsoportok megjelenése

Az interjúalanyok az elmúlt években a kliensszükségletek és klienscsoportok terén megfigyelt trendekről és változásokról gondolkodva a kannabiszhasználók és az alkoholfüggők (P2), a komorbid pszichiátriai zavarral küzdők (P2), a fiatalkorúak (P2, P6, P9), az új pszichoaktív szerek használói (P2), a hajléktalanok (P4), a viselkedési addikcióval érintettek (P10), a női szerhasználók (P10) és a magasabb szocioökonómiai státusszal jellemezhetőek (P11) magasabb arányáról, az intravénás használat visszaszorulásáról (P5), a hozzátartozói igények növekedéséről (P2) tettek említést.

Kannabiszhasználók és alkoholfüggők magasabb aránya:

*...aztán látványosan berobbant a cannabis használói kör. Miért? Mert jöttek eltérésbe, tehát egyet szívtam elkapott a rendőr, elmegyek kezelésbe. ...az elmúlt 4-5 évben az a helyzet, hogy az alkoholproblémával élők és az ő hozzátartozóik keresnek a legnagyobb arányban minket, ez.. valószínűleg az az oka, hogy azt a.. száraz november kampányt elindította a Kékpont.....talán.. 30-40% alkohol, 10-20% cannabis és az összes többi designer, stimuláns nagyjából ezek mennek. **P2***

Komorbid pszichiátriai zavarral küzdők magasabb aránya:

*...az a képzetünk, az a percepciónk, hogy több a komorbid kliens az elmúlt években, ez nem biztos, hogy így van, csak jobban vannak szűrve, tehát jobban ki van mutatva a második komponens, mint volt azelőtt. **P2***

Fiatalkorúak magasabb aránya:

*...több fiatal, így van, ez is egy veszély, ahogy mondtam, a fiatal szerhasználóknak az ellátatlansága, úgyhogy nincs hová fordulni. **P2***

*És hát az új... csoportok megjelenése az egy lehetőség.. tehát ahogyan amikor a gyermek megjelentek a designer drogok és egyre több gyerek belekerült ebbe a csapdába, az is egy lehetőség volt, hogy megnyithattuk a gyermekek... **P6***

*...ezek a fiatalok, akik... akik.. akikre jellemző az, amit már az előbb is mondtam, hogy nagyon értelmesek, nagyon okosak, mindent megnéznek a neten, ez a másik jelenség azért, nyilván nem minden korosztályban meg nem minden.. attól is függ ki milyen anyagi helyzetben van, és mondjuk van egy laptopja, azon mindent, tehát mindent, a diagnózisokat a gyógyszereket és már eleve úgy jön... **P9***

Új pszichoaktív szerek használóinak magasabb aránya:

*...designer szerhasználóknak a... tehát az hogy ilyen alapvető emberi szükségletek, mondjuk meg tudjak mosakodni, akkor is ha be vagyok... beszípkáztam már, vagy... vagy ki tudjam mosni a ruháimat, vagy le tudjak ülni valahová és... valamit... akár valamit nyugodtan... valamivel foglalkozni. **P2***

Hajléktalanok magasabb aránya:

*... és az hogy új klienscsoportok, persze egyre több hajléktalan... **P4***

Viselkedési addikcióval érintettek magasabb aránya:

*...egyre jobban a köztudatba emelkedik az, hogy milyen az amikor nem szertől függ valaki hanem egyéb dolgoktól meg viselkedéstől, szerintem ők eddig is léteztek meg voltak, csak most már szerintem eltemetődött jobban a köztudatban is, van... most már olyan... kliensünk is, nem száz számával, de előfordul olyan is, akik kifejezetten viselkedéses függőséggel jelentkeznek. Ez érdekes, mert ugye nem mindig vagyunk rájuk felkészülve, nem úgy építjük fel a protokollt, de tükre van rá igény. **P10***

Női szerhasználók magasabb aránya:

*... tehát.. tudtak megjeleníteni kifejezetten.. női csoportok... **P10***

Magasabb szocioökonómiai státusszal jellemezhető magasabb aránya:

... nemcsak a... a... hát az alacsonyabb társadalmi osztályokból vagy az alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkező kliensek jönnek hanem egyre többen a magasabb státuszú – tehát középosztályból is jönnek és segítséget kérnek, tehát lehet hogy ez egy változás...

P11

Intravénás használat visszaszorulása:

...csökkent az injekciós használók száma, ennek nyilván nagyon sok oka van, börtönbe kerültek, de hogy.. hogy a.. az injektálás is.. azért azt is tapasztaljuk, van hogy az injektálás helyett más – elszívja, felszívja és akkor csak szipkát visz, szívószálat vagy valamit. P5

Hozzá tartozói igények növekedése:

... és ami még.. ami még érezhető a nagyobb arány a hozzátartozók, a segítségkérő hozzátartozóknak az aránya érezhetően nő. P2

Szükségletfelmérések gyakorlata

Minthogy az ellátás hatékonyságát növelheti a kliensek szükségleteinek monitorozása, a kutatásba bevont szakembereket arról is megkérdeztük, hogy az általuk képviselt ellátóhely mindennapi gyakorlatának része-e ezen szükségletek feltárása, illetve esetlegesen a terápiás folyamat során bekövetkező szükségletváltozások azonosítása. Az interjúalanyok válasza alapján a szükségletfelmérés részint a terápiás folyamat legelején, az explorációs alkalmak és állapotfelmérés kapcsán (P1, P2, P8, P10), részint a folyamatértékelés részeként (P6) zajlik, és míg egyes ellátóhelyeken a fókusz a kliens erőforrásainak feltérképezésére (P2) helyeződik, addig más központokban a szomatikus tünetek kivizsgálása (P3), a terápiás beavatkozások kliens általi szubjektív megélésének felmérése (P6), a kliensek új programokkal kapcsolatos igényfelmérése (P7), a kliens céljainak monitorozása (P8), illetve a terápiás folyamat hatékonyságvizsgálata (P10) képezi a szükségletfelmérés részét.

A kliens erőforrásainak feltérképezése:

...amit úgy hívunk, hogy.. eredetileg úgy hívtuk, hogy felépülési tőke, Angliából hozta a kollégám és mi pedig átalakítottuk egy kicsit a magyar viszonyokra, és most az a neve, hogy erőforrás mérleg. És hogy abban – négy dimenzió van – nagyon egyszerűen beikszeli a kliens, hogy mi az ami van a puttyban, és mi az ami nincs. És ami nincs, az a szükséglet, nagyon jól lehet látni. P2

Szomatikus tünetek kivizsgálása:

Hát úgy szoktuk...olyan szinten persze, hogy mi kell neki ahhoz, hogy el tudjon menni egy rehabra, szükség van arra hogy HIV meg hepatitis szűrés meg mellkas röntgen, azokat megcsináljuk, hurcoljuk be a leletet, ruhákat, hogy legyen ruha, ma hárman mentek el úgy, hogy tetőtől talpig ki kellett cserélni a ruházatot, ilyen szükség – de ez más, ez egy akut ellátás, az itteni szükségletek azok nem.. nem ugyanazok... P3

A terápiás beavatkozások kliens általi szubjektív megélésének felmérése:

Mindig szoktunk, a fejlődésüket is mérjük, vannak erre ugye megfelelő... űrlapok is, nézz szembe önmagaddal, ugye amikor a kliens írja le, hogy ő.. saját magát hogy látja, a csoport terápiás foglalkozásokon, egy héten kétszer amit a főnök tartott, házi feladatot is írnak, ami mindig arról kell hogy szóljon, ahogyan ő éli meg azt, amiről.. ott a csoporton beszéltek, de ott nagyon komoly dolgokról beszélgetnek és hát ez megdöbbenő amiket leírnak. És aztán hát a szociális munkások is időközönként felméréseket, hogy ki hol tart, muszáj mert a terápián csak úgy tudunk változtatni, hogyha felmérjük azt, hogy hol tart és miért nem fejlődik, akkor nyilván meg kell vizsgálni, hogy mi az ami terápiában nem neki való vagy ami nem illik abba az ő...P6

A kliensek új programokkal kapcsolatos igényfelmérése:

Általában... úgy szoktuk csinálni a programjainkat, hogy.. hogy.. hogy.. ki szoktunk tölteni évente egy ilyen... vagy... milyen programokra van szükség, mit szeretnének, mihez van kedvük, ha bejönnek a szolgáltatásba, de igen, csak tényleg ezek a kisgyerekes anyák ugyanazokat a dolgokat akarják évek óta, tizen-huszonéve. Sokszor van ez, hogy.. hogy.. időnként mondják, hogy legyen álláskereső klub, de olyan csekély hatékonysággal működik, ezt így el szoktuk vetni egy idő után, mert ez nem.. általában az ilyen rekreációs programok működnek, ahol nem is tudom kettő órára kicsekkol és nem a saját gyerekével foglalkozik és.. hanem valami terápiás.. művészetterápiával leginkább, azok a kedvenceik és akkor kisimultabban hazatérnek. P7

A kliens céljainak monitorozása:

Igen, meg ki is tölt.. egy nagyon egyszerű kis.. de ez kifejezetten, mondjuk leginkább én használok szerintem de van egy másik hasonló amit a kollégák.. ilyen célmeghatározós... nagyon jó képet ad a személyről, azért szeretem az elején, hány évesen éppen hol tart az ő céljaival, mit szeretne elérni meg ilyenek. P8

A terápia folyamat hatékonyságvizsgálata:

...a részlegen csinálunk felmérést az ő állapotáról az elején meg a végén is, eddig elsősorban azzal a céllal, hogy vissza tudjunk jelezni neki a fejlődéséről, van egy ilyen terápiás célja ennek de hosszútávon meg kutatási vágyakkal és.. ugyanígy a szociális része is rögzítésre kerül, van.. van ilyen törekvésünk, hogy ezek majd valamilyen adatként tudnak szolgálni, egyelőre konkrét terv nincs ezzel kapcsolatban. P10

A drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezői

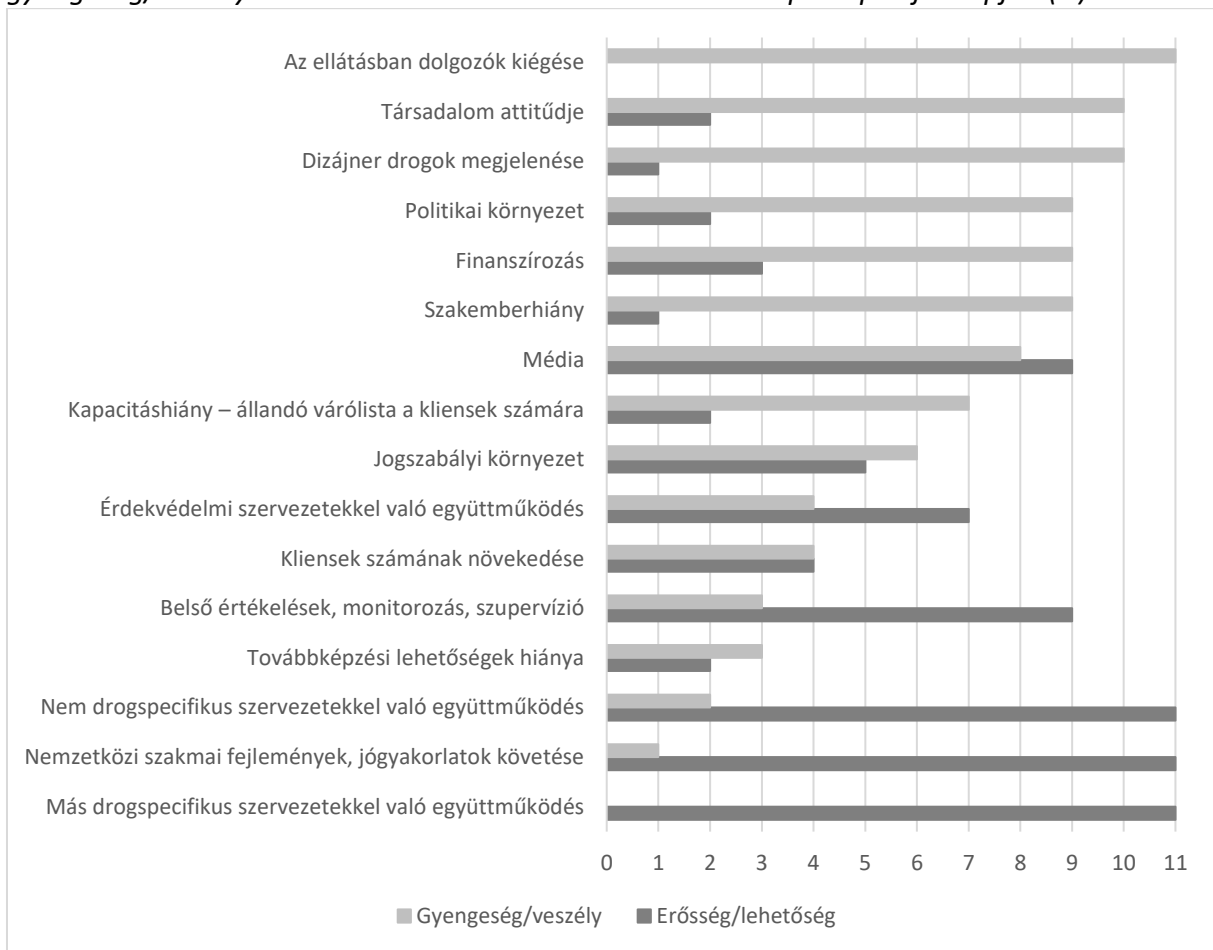
Az interjúalanyok önkéntöltős kérdőívben jelölték meg, hogy az egyes környezeti tényezők véleményük szerint erősséget, gyengeséget, veszélyt és/vagy lehetőséget jelent a drogspecifikus ellátórendszerre nézve (egy tényezőhöz több választ is megadhattak pl. a média lehet veszély és lehetőség is). A kérdőív kitöltését követően szóban indokolták válaszukat. Az 1. ábrán látható, hogy a kutatásban résztvevő szakemberek percepciójában az egyes környezeti tényezők inkább negatív (veszély és/vagy gyengeség) vagy inkább pozitív (lehetőség és/vagy erősség) aspektusban jelennek-e meg.

A drogspecifikus ellátórendszer makro (társadalmi, rendszerszintű) tényezői, úgy mint a társadalom attitűdje, a politikai környezet, a finanszírozás inkább a veszély/gyengeség dimenzióban jelennek meg, a média és a jogszabályi környezet pedig pozitív és negatív aspektusban egyaránt megmutatkozik.

Az ellátórendszer kihívásai közé tartoznak a belső intézményi, a szervezet működését veszélyeztető tényezők, mint a kiégés, a szakemberhiány, valamint a szükségletek változását tükröző tényezők úgy mint az állandó várólista és a dizájner drogok megjelenése. A kliensek számának növekedése pedig pozitív és negatív dimenziókban egyaránt megjelenik az interjúalanyok percepciójában.

A szakértők véleménye szerint egyértelműen lehetőséget/erősséget jelentenek a különböző drogspecifikus vagy nem drogspecifikus szervezetekkel történő együttműködések, illetve a nemzetközi jógyakorlatok követése, a belső értékelések és a szupervízió.

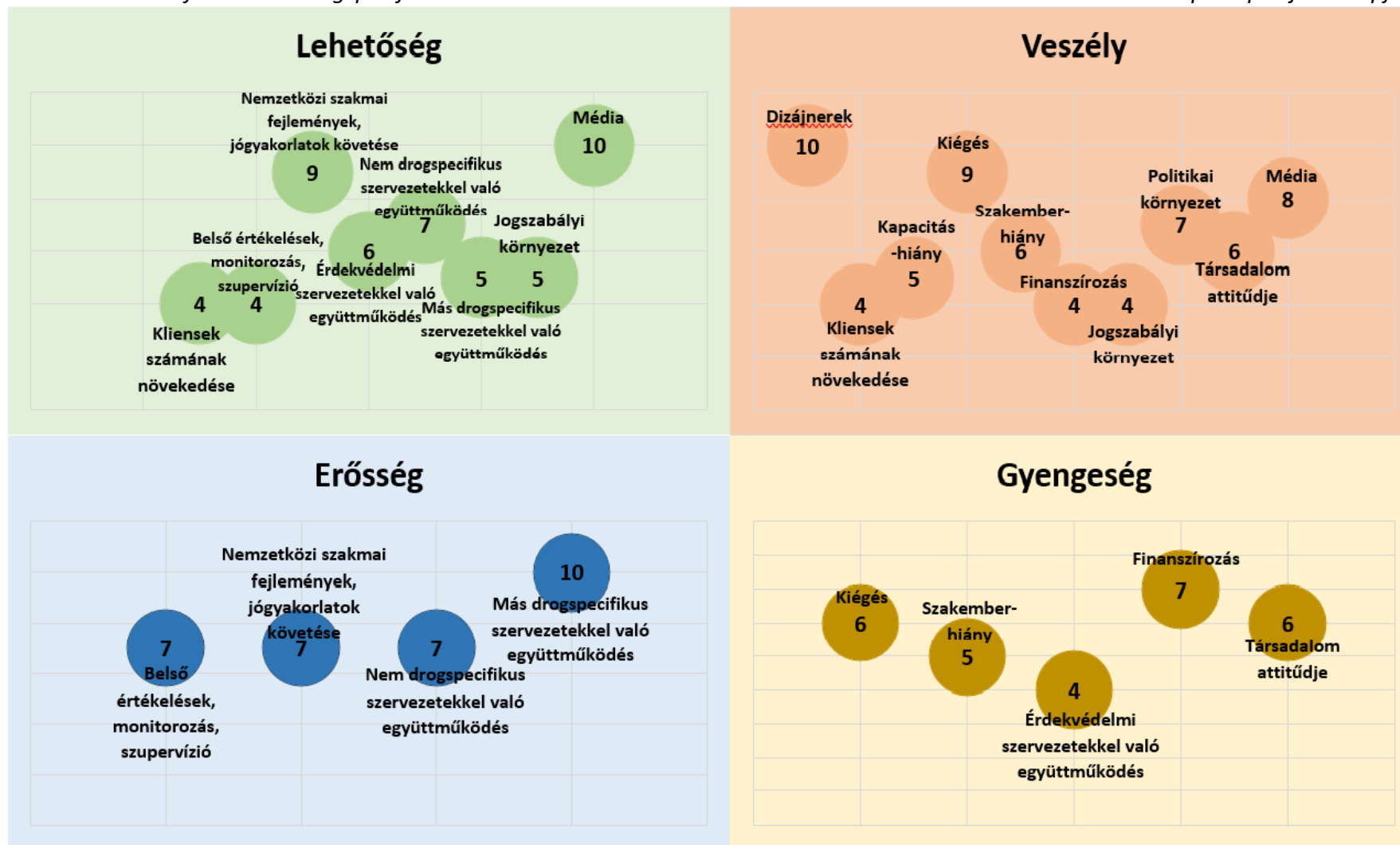
1. ábra: A fővárosi drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezői erősség/lehetőség és gyengeség/veszély¹⁸ dimenziókban a kutatásban résztvevők percepciója alapján (N)



Ha árnyaltabb képet szeretnénk kapni a drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezőiről, akkor fontos a tényezők gyengeség-erősség-veszély-lehetőség dimenziókban történő vizsgálata (2. ábra), amelyet az alábbiakban fejtünk ki részletesen.

¹⁸ A diagramon feltüntetett N az adott tényezőt lehetőségnek és/vagy erősségnek, valamint veszélynek és/vagy gyengeségnek értékelők számát mutatja.

2. ábra: A fővárosi drogspecifikus ellátórendszer SWOT analízise a kutatásban résztvevők percepciója alapján¹⁹ (N)



¹⁹ Az ábrán csak azokat a tényező-kategória (erősség, gyengeség, lehetőség, veszély) kombinációkat tüntettük fel, amelyeket legalább 4 szakember választotta.

A megkérdezett szakemberek percepciójában a média határozottan veszélyforrásként, valamint lehetőségként jelent meg. Veszélyforrásnak egyhangúlag a média stigmatizáló, szenzációhajhász és nem szakszerű tájalásmódját hangsúlyozták, azonban meglátásuk szerint a média kiváló platform lehetne a társadalom érzékenyítésére, szakszerű információk átadására és a kliensek elérése - hozzájárulhatna ahhoz, hogy a szerhasználattal járó stigma és szégyenérzet csökkenjen; a függők merjenek jobban szakemberhez fordulni és segítséget kérni (P2, P7, P8, P11).

Ebből a szempontból veszély, hogy tovább stigmatizálhat, abból a szempontból meg egy lehetőség, hogyha a felépülést be tudja mutatni, felépülési utakat be tudná mutatni, akkor ezt az ösztársadalmi szemléletet, vagy ezt a véleményt ami mondjuk így az emberek nagyrésztében van, ezt hosszabb távon meg lehetne változtatni. P2

Hát az egy lehetőség.. igazából nagyon-nagyon ritkán van olyan – látok olyan cikket vagy a problémának olyan bemutatását, amit... ami.. ami nem valami tragédia kapcsán történik tudod és akkor... és.. de ha van ilyen, akkor.. akkor.. nagyon-nagyon jól lehet beszélgetni utána róla.. csomószor bementünk a komment szekcióba is, mikor volt erre energia. Mindig úgy látom, hogy iszonyú jó erről beszélni, mert... a.. a nők.. eleve is egy olyan.. olyan.. bocs.. szóval hogy.. eleve is rejtőzködébbek, sokkal nagyobb stigma hogy ők szert használnak, pláne ha gyerekük is van vagy várandósak, viszont.. viszont.. sokkal gyakrabban előfordul, mint gondolnánk P7

Hát itt a médiát.. mondom inkább.. hogy lehetőség nyilván arra is, hogy valahol.. ellátórendszer bemutatkozzon, megimserjék a lehetőségeket ezen a speciális területen, de veszély sok esetben a média irányultsága – ezt tudjuk hogy nem feltétlenül a lényegi dolgokat emelik ki... túlmisztifikálnak meg félelemkeltéstől kezdve riogatás, minden van ott, lehetőség lenne sokkal jobban megismertetni értelmes dolgokkal nemcsak a fiatalokat P8

...a médiát veszélynek jelölöm illetve lehetőségnek is, nyilván lehetőség az, hogy.. attitűdöt formáljunk, tájékoztassuk a médiát.. különböző médiumokon keresztül a... a.. klienseket illetve az embereket arról, hogy hová tudnak fordulni, ami pont veszély is, mert nagyon sokszor a különböző médiumok inkább a sztereotípiákra mennek rá és inkább az előítéletet növelik a függőkkel szemben, mint a.. azt hogy pont ezeket építenék le vagy támogatnák a segítségkérést és emiatt viszont ha növekszik a szégyen, akkor akár kevesebbet.. kevésbé mernek hozzánk fordulni a kliensek. P11

A 11 interjúalany közül 10-en veszélynek és/vagy gyengeségnek jelölték meg a társadalom attitűdjét: a médiához hasonlóan ez esetben is a stigmatizálás, a sztereotípiákban gondolkodás és a tudatlanság jelent meg (P10). Elhangzott olyan vélemény is, mely szerint a média, a politikai környezet és a társadalom attitűdje egymáshoz szorosan kapcsolódik (P8).

Hát.. következik is kicsit majdnem, hát a politikai környezet nagyon fel tudja erősíteni a társadalmi attitűdöt és azért mindenhová elérő média birodalmán keresztül és ha mindenhol ezt halljuk, hogy sehol nincs probléma, drog, tényleg nem lesz probléma, nem kell ellátórendszer és ugye az is.. vagy ha éppen egy olyan dolog, hogy csak a bűnüldözés kapcsán születnek hírek, a.. fő orgánumban.. akkor.. ez.. ehhez megint az attitűdöt nyilván – bűnözők, drogosok.. meg ennyi.. meg di... csak ezek.. csak a negatív hírek jelennek meg... amikor krokodil és akkor mindenki attól félt, hogy krokodil drog meg a stb.. Persze fontos az, hogy legyen hír.. mert hogy nagyon speciálisan összefügg ez a három itt nekem.. tehát a jogszabály is. P8

Társadalom attitűdje.. hm.. ö... hát.. veszély abból a szempontból hogy.. nagyon stigmatizáló... a..függőkkel kapcsolatos attitűd. Ez jut eszembe és ez nem nagyon változik, tehát azért nálunk ugye így a.. végigpörgetem magamban az utóbbi egy évben milyen típusú kliensek futottak be, nagyon-nagyon vegyes, hogy.. ő most a.. nem is tudom, hogyan mondjam.. szóval hogy így... több diplomás szakember is ugyanúgy tud függő lenni, de mégis valahogy a stigma szerint nem ez van előtérben. P10

A megkérdezett 11 szakember közül 9-en veszélynek és/vagy gyengeségnek ítélik meg a politikai környezetet, amelyet a következőkkel magyaráztak: a politikai környezet nem támogató (P8), a problémát figyelmen kívül hagyja (P2), nem szakemberek bevonásával hoz döntéseket (P10), a társadalomban élő stigmákat mélyíti el (P1). (A politikai környezet gyengesékeként vagy veszélyként való megítélése mentén nem mutatnak eltérő mintázatot a vélemények, jellemzően hasonlóan értelmezték e két kategóriát.)

...médiánál azért jelöltem veszélyt, mert.. ami – ahogy ott megjelenítik, ahogy ott foglalkoznak vele, az egy nagyon negatív megítélést okoz..P1

...a közpolitikában, vagy a politikában, az országos politikában, az hogy a szenvedélybetegség, felépülés probléma, ez annyira nincs jelen, teljesen más dolgokkal foglalkozik, igazából ez.. Nyilván aki meg kábítószer fogyasztó az bűnös, az egyrészt erkölcsileg.. erkölcsileg elítélhető meg büntetőjogilag is elítélhető, lehet ugyanúgy ezt is veszélyként feltüntetni, egyrészt a nem foglalkozom, semmi mást nem csinálok, minthogy elítélem, ugye.. P2

A politikaiban azt gondolom, hogy az aktuálisan.. itt a.. a kormányzat részéről egy.. amit már említettem, hogy.. hogy.. hogy semmi.. minimális szándék meg.. ilyen spec.. valahogy az egyházak tekintetében látunk erősödést, ők tudnak bővíteni, új szolgáltatásokkal, ez ilyen látványos, és hogy egyébként meg.. nem történnek fejlesztések, sőt forrásmegvonások vannak sok éve, nemcsak az infláció óta. P8

...politikai környezetre nézve meg azt látom, hogy nem nagyon.. eddig azt láttam, hogy nem nagyon volt nyitottság arra, hogy kommunikáljanak velünk, tehát amiket így.. döntéseket hoznak, azokat nem a tapasztalatból merítik vagy a szakemberek megéléseire építik, nem nagyon kérdezik meg, hogy nekünk mire lenne szükségünk, csak úgy megtörténnek a dolgok. P10

A jogszabályi környezet fele-fele arányban jelenik meg a veszély/gyengeség (6 fő) és a lehetőség (5 fő) dimenziókban. Az interjúalanyok szerint a jogszabályi környezet veszélyt jelent az elterelés intézményrendszerének nem hatékony működése (P10); a köznevelési törvény változtatása (P8) - ugyanis így nem tudnak az iskolákba menni prevenciót tartani, ami pedig egy újabb felület lehet a problémás fogyasztók kezelésbe vonására -; vagy a várandós szerhasználó nők utolsó trimeszterben az intézményből való elbocsátása miatt (P7). A szakemberek percepciójában a jogszabályi környezet mint lehetőség olyan értelemben jelent meg egyrészt, hogy az elterelés egy lehetőség a büntetés helyett (P5, P6), másrészt lehetőség lenne az egészségügyi finanszírozás átgondolására (P11); harmadrészt akár a dekriminalizációra, bár ez utóbbi, mint veszély is megjelenik az egyik szakember véleménye szerint (P1).

...egyrészt tudom, hogy nem egyszerű, mert ezek üzenetek, társadalmi üzenet, hogyha – hogy itt állandóan felmerül a drog liberalizáció, legalizáció, vagy legalábbis dekriminalizáció...akkor azzal üzennek és nem azoknak fog ez üzenet lenni pusztán, akik már érzik vannak abban az életkorban, és abban a mentális állapotban vannak, hogy ezt meg tudják normálisan élni, hanem azoknak is üzenni fog, akik egyáltalán egy csomó dolognak nincsenek tudatában, fiatal tinédzserek és teljesen ilyen érzelmi alapon döntenek és nekik az lesz az üzenet, hogy ezt lehet...egyébként mert hogy azt mondjuk, hogy a drogos egy bűnöző, meg mit tudom én.. automatikusan elfogyasztott – nálam lenne itt egy rakéta és én egyből BT-kba ütköző tevékenységet valósítok meg ugye, mert.. itt van nálam.. THC tartalmú, ezt büntetni rendeli a törvény, mehetnék magamhoz elterelésre. Tehát ez sem jó ez a történet, bár azt gondolom, ezért rendeli el hozzá az elterelés lehetőségét.P1

Jogszabályi környezet... hát az is egy lehetőségnek gondolom.. mert lehetne róla.. de ahhoz meg a politikai környezetnek kellene jobbnak lenni hogy a jogszabályi... ott is úgy vannak a jogszabállyal, hogy.. pl. az elterelés kapcsán is, hogy... hogy jobb hogyha inkább nem írnak.. igen.. szóval hogy.. tehát hogy az a fajta... ilyen bizonytalanság, hogyha bármihez hozzányúlunk, az csak.. attól csak rosszabb lesz, inkább maradjon úgy ami még van...Szóval lehetőségnek tartanám mert lehetne rajta mit igazítani... de hát.. P5

Jogsabályi környezet... az is egy lehetőség, mégpedig azért, mert az elterelés meg a.. hogy lehet a kezelést választani, az egy nagyon jó jogsabály, nem? P6

Jó, ami nekem tök nehéz, hogy.. pl. vannak.. olyan intézmények, ahol várandós nő – nem tudom az utolsó trimeszterben nem tartózkodhat, ez tök szuper, mert nem arra való ez a hely, de akkor hol, az utca szokott maradni és egy csomószor van, hogy kiraknak embereket utcára utolsó trimeszterben. Hogy.. hogy.. egészségügyben sincs annyira le... szögezve hogy a.. veszélyeztetett terhes nőket... hogyha.. utcán él, hogy rak ki az ember az utcára, ezek ilyen.. nem fix dolgok, és ilyen.. csomószor.. nagyon.. veszélybe sodorja a nőket is meg a magzatot is, életveszélybe, nekem ez a... az állandó nyomoraim, főleg a téli időszakban. P7

Hát a jogsabályt is említettem – hogy itten.. inkább ilyen nehezítő körülmények alakultak ki, mint ez a köznevelési törvény, hogy nem mehetnek a szakemberek a fiatalok közé mert kártékonyak, ez valami elképzelhetetlen volt..P8

Politikai környezet, hát az is abszolút a.. négyest (szerk. veszélynek) mondanám. Hát a politikai – jogsabályi is, nem tudom, hogy ezt lehet-e így összevonni, mert... nem.. nem a... nem a.. az empátikus ellátás fókuszának kedvez az ami jelenleg így politikailag vagy akár jogsabályilag vannak erre a.. hogyha a... a... büntethetőséggel kapcsolatban gondolkodom, tehát hogy oké hogy van az elterelésre lehetőség, de hogy az nem feltétlenül egy megoldás, vagy még nincsen rá olyan jellegű megoldás, hogy azok az emberek hogyan lehetnek úgy bevonhatóak abba a folyamatba, hogy annak legyen is értelme. P10

..lehetne mind a jogsabályi környezetben lehetőségeket teremteni, itt akár az eü-i finanszírozásra is gondolok, de jelen pillanatban inkább az ellátórendszernek a leépítését láthatjuk a kevesebb támogatását a szociális ellátórendszernek a leépítését tehát nem feltétlenül a legjobb irányba mozdulunk P11

A finanszírozás esetében 11-ből 9 szakember jelölte meg, hogy az veszélyt és/vagy gyengeséget jelent a drogspecifikus ellátórendszer számára. A gyengeség leginkább annak tudható be, hogy a szociális szféra nem tud az egészségügyi szférához hasonlóan versenyképes jövedelmet biztosítani, ami nehezíti az orvos/pszichiáter alkalmazását és akadályozza a minőségi munka elvégzését (P1). Mindemellett a bérek rendezése egyik interjúalany szerint erősségnek számít, azonban a bérrendezés miatti bérfevültséget pl. az ápolókkal gyengeségnek ítélte meg, ami nehezíti a munkát (P10a). A terület alulfinanszírozottságát, a pályázati források beszűkülését a szakemberek veszélyforrásnak ítélik meg (P10b).

...nem tudunk olyan minőségibb ellátást biztosítani, mint amit adott esetben kétszer-háromszor ennyi pénzből tennénk, mert akkor alkalmaznánk új pszichiátert és a többi és a többi.. ez is pl. egy probléma, hogy a pszichiáterek orvosi státuszban vannak, nálunk nincs eü-i ellátás, nem eü státuszok vannak viszont az eü-i béreket rendezve nyilván a pszichiáterek most már eü-i béreket kapnak. Nem eü-i intézményben, szociális intézményben nem képes az ember kigazdálkodni azt a szintű bérezést, amit egy eü-i intézmény adott esetben normatívából biztosít egy pszichiáternek. Szóval ez is egy ilyen... de lényeg, hogy nem veszélynek látom a finanszírozást, hanem gyengének. Meg lehet ebből élni, csak nem jó... nem az ami... tehát.. nyilván egy csomó dologra azt gondolom, sokkal többet fordítanak és... azon gondolkodom, hogy mire.. és amivel adott esetben jobban is tud működni. P1

A finanszírozás egyértelműen veszély, hihetetlenül alulfinanszírozott a szektor, ha így marad, akkor nem lesz egy idő után ember, aki ezt így végezze, mert hogy közben meg nagyon jó szakemberek képződnek a szociális ellátásban is, a.. a... pszichológus képzésen is, az orvos.. ráadásul most itt pontosan az orvosok – hogy amikor... tavalyelőtt elment az egyik orvosunk, azért ment el, mert sokkal jobb fizetést – akkor emelték meg az orvosoknak a bérét – a.. az eü-i ellátásban, de ebből a civil szervezetek, akik eü-i ellátást nyújtanak – nem .. nem kapnak olyan kompenzációt, tehát nem tudunk annyit fizetni egy orvosnak, amennyit tudnak fizetni az emelt bérekkel az országos.. klasszikus eü-i ellátásban P2

Mert... nem nagyon van lehetőség... mondjuk pályázni, már mostanában – tehát azért annak idején, amikor még mondjuk úgy hogy te vagy én voltunk a **-nál (szerk. 2007-2008 környéke), azért én még ott emlékszem, hogy egy csomó lehetőség volt, most ezek így egyre inkább szűkülnek, tehát hogyha pályázatokra gondolok, ugye akár csak az imént említett lehetőség amiből még 2019-ben volt lehetőségünk még elindítani egy részleget, az most már nincsen. **P10a**

Ö.. viszont azt.. hát nem tudom, az ide tartozik, az is ilyen kettősség, hogy az orvosok, illetve pszichológusok bére azért jelentős emelkedést mutatott, tehát mondjuk nem.. feltétlenül.. mennek el inkább magán ellátásba, vagy nem ezért mennek el magán ellátásba a kollégák, hanem akkor már inkább maradnak de tehát hogy ebből a szempontból akár be lehet ikszelni az egyeset is, de.. ez meg önmagában nem elég.. hogy működőképes legyen, de ha csak a finanszírozást nézzük, akkor végül is ez.. ugyanakkor a kettőshöz meg odaírnám, hogy az ápolók, meg a szakdolgozók bére meg ugyanannyi maradt, az meg mindamellert egy bérfezültséget okoz olyan szoros együttműködést igénylős stábmunkában, mint ami nálunk van. **P10b**

Más drogspecifikus szervezetekkel való együttműködést a szakemberek (10 fő) egyértelműen erősségnek ítélik meg és mindemellert többen lehetőségnek is gondolják, ami motorja lehet a fejlődésnek, azonban van aki szerint kapacitáshiány miatt az együttműködés korlátozottabban tud megvalósulni (P4, P11).

...más drogspecifikus.. szervezettel meg nem drogspecifikussal is az együttműködés az egyértelműen erősség és lehetőség lenne csak kapacitáshiánya nem lesz rá szerencsétlen szervezetnek – közben meg elvárják hogy magától számokat produkáljon és tegye be egy pályázat mellé, hogy ő ezt csinálta, de hogy az istenbe, ha erre így nem újdonságként kap finanszírozást. **P4**

nyilván a drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés lehetőség lenne, van hová fejlődni, de azért erősségnek mondanám, ma a MAT-on keresztül igyekeznek a szervezetek valamilyen nyire kapcsolatot tartani egymással.. **P11**

A nem drogspecifikus ellátórendszerrel való együttműködést minden interjúalany erősségnek és/vagy lehetőségnek gondolja, azonban az együttműködés milyensége tekintetében vegyesebb kép rajzolódott ki: a megkérdezett szakemberek fele szerint jól működik a nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés, tehát erősségnek ítélik meg azt (P6, P11). Ezzel szemben a szakemberek másik fele úgy gondolja, lehetőség rejlik a nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködésben, mindazonáltal a velük való közös munka nem feltétlenül zökkenőmentes, ami pl. a köznevelési törvény megváltoztatására és ezáltal egy érdemi kapcsolat hiányára (P5), vagy a kliensek szemszögéből a hatósággal való együttműködés nehézségeire vezethető vissza (P1).

Egyrészt lehetőség, hogy akkor felbukkanjanak – veszély is, mert adott esetben rendőrséggel, gyermekvédelemmel – mivel hatóság – az együttműködés mindig necces, egy kliens nem szeretne feltétlenül a rendőrrel együttműködni vagy... tehát.. oké, ezért lehetőség és veszély egyszerre. **P1**

...oktatás meg ilyen gyerekvédelem.. de ez nem rajtuk múlik, de nem jó, lehetőség van mindenféleképpen, de nem olyan jó. Mert hogy.. hogy.. szerintem most ott pont azzal a jogszabállyal hogy belevették a nem tudom mibe, hogy nem mehet be akár iskolákba – oda van csapva a szenvedélybeteg ellátás is, ezzel gyakorlatilag, ha akarnánk sem tudnánk jó kapcsolatot, tehát érdemi kapcsolatot fenntartani egy oktatási intézménnyel, mert hogy nem.. a jogszabály... jog szabályoznak minket, a gyerekvédelem, rendőrség ügyis ő dönti el hogy szóba áll-e bármelyikünkkel is... de hogy.. erre így ezért gondolok így, hogy nem lehet.. lehet hogy jó lenne a kapcsolat, de nem nagyon tud.. most... tehát ez a szegmens, amiben mi vagyunk. **P5**

...nagyon jó együttműködésünk van pl. a rendőrséggel, sok gyereknek van viselt ügye és nagyon együtt lehet működni, tehát nem.. nincs az ami régen volt.. **P6**

*Egyébként a.. a.. akár a.. akár mondjuk itt a kerületben az látszik, hogy a rendőrség, gyerekvédelem igyekszik kapcsolatot tartani velünk, tehát itt is van egy lehetőség a szorosabb együttműködésre, azért sok helyre pl. már prevenciót tartani iskolákba – tehát ennek van azért.. egy .. inkább erősségnek mondanám.. de itt is van hová fejlődni. **P11***

Az interjúalanyok az érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködést jellemzően gyengeségnek, illetve lehetőségnek ítélték meg. Véleményük szerint lehetőség lenne arra, hogy a terület érdekeit érvényesítsék, azonban gyengeségnek tekinthető az, hogy nem nagyon tudnak sikereket elérni, ami inkább a politikai környezet érdektelenségének tulajdonítható (P4, P8).

*...érdekvédelmi szervezetek, hát azok oly halványan tudnak szegények lenni.. lehetőség lenne.. de.. de igazán nem nagyon tudnak érdeket érvényesíteni, mert senkit nem érdekel, hogy mit akarnak. Kész csoda, hogy a főváros bármit akar, valószínűleg azért, mert nem kormánypárti...Az érdekvédelmi szervezeteket mondtam, hogy azok.. azok évek óta így vannak, meg beszélnek, de a kutyát nem érdekli, tehát nincs párbeszéd a kormányzat és a civilek között **P4***

*Érdekvédelmi szerv.. hát ez gyengeség szerintem.. nem nagyon tudunk területen érdeket képviselni, már hogy a MADÁSZ-szal sem értünk el túl nagy sikereket, voltak eredmények, de azért ott is sok évig. **P8***

A nemzetközi szakmai fejlemények, jógyakorlatok követése a szakemberek megítélése szerint mindenképpen egy kiváló lehetőség a fejlődésre, azonban forrás-, kapacitáshiány miatt nem mindig van lehetőség az adaptálásra (P2, P10). Elhangzott olyan vélemény is, mely szerint a nemzetközi jógyakorlatok nem feltétlenül ültethetőek át a hazai ellátórendszerre (P7). A már átvett nemzetközi minták mindenképpen a szervezet erősségét jelenti az interjúalanyok véleménye alapján (P1).

*Nemzetközi szakmai szervezetek, jó gyakorlatok követése – hát érdekes lehet az adaptációjuk, meg ez is hogy milyen köntösben jelenik meg, mit tartanak jó gyakorlatnak, meg mi alapján. Fú.. lehet erősség adott esetben, a portage-nál pl. azt láttam, hogy ez.. az egy jó.. örülök hogy bevezetődött ez a történet, á.. legyen lehetőség is.. ha valóban csak a szakmai elköteleződés van mögötte meg a szakmai munka, akkor oké. **P1***

*Nemzetközi szakmai fejlemények, jó gyakorlatok követése – mindenképpen fontos, főleg ha vannak pályázatok, amik... amikről lehet forrást teremteni más országok szakmai szervezetével együttműködésben. Csereutazásra, egymás munkájának megismerésére, jó az online világban igazából a távolság.. de hogy azért ... na mindegy... ez nagyon fontos, de ehhez is forrás kell. **P2***

*Hát ez egy... figyelj ez egy lehetőség, csak annyira speciális a... az... az.. itthoni ellátórendszer meg.. és a.. hogy.. itt mit lehet csinálni, hogy egyfolytában – szoktam nézegetni, hogy igen, ez mennyire szuperül működik itt, de... aztán mindig rájövök, hogy annyira speciális a mi működésünk, hogy nem nagyon tudom ráhúzni. **P7***

*V: Nemzetközi szakmai fejlemények, jó gyakorlatok.. mh.. lehetőség lenne, de.. de hiány vagy hogy mondjam.. hát igen.. lehetőség abszolút. M: Miért hiány? V: Szerintem nem azért, mert nem lenne nyitottság rá, hogy mondjuk átvegyünk protokollokat meg vannak erre azért kezdeményezések, csak.. egyszerűen szerintem a leterheltség mellett nem fér bele mondjuk így a kutatómunka, kapcsolat a nemzetközi együttműködőkkel, hogy.. tehát hogy nem elég a nap 24 órája hogy ezeket tudjuk integrálni, vagy arra akkor kellene külön, ha van olyan erőforrás, aki ezekkel foglalkozik, mondjuk így a.. terápiás napi terápiás munka mellett, nekem személy szerint nehezen fér bele, az egy más típusú, az agyam más területét igénylő... **P10***

A belső értékelést, szupervíziót a szakértők nagyon fontosnak tartják és nagy hangsúlyt fektetnek rá, ebben az értelemben erősség a szervezet számára (P2). Azonban vannak szervezetek, ahol erősségnek ítélték meg akkor, amikor volt rá anyagi forrás, de jelenleg a lehetőségként értelmezendő és a forráshiány miatt gyengeségnek is (P11).

*Belső értékelések, monitorozás, szupervízió – abszolút muszáj, ez kell, és ezt.. erre a ** nagy hangsúlyt fektet, ez erősség. P2*

...és ebben volt benne a szupervízió is, de mivel a kormány visszavonta ugye ennek a pályázatnak idén a lehetőségét, mert átrakták rezsisvédelmi alapba ezt az összeget, ezért... nem tudtuk folytatni ezeket a programokat sem a szupervíziót, tehát itt lett egy forráshiányunk gyakorlatilag, úgyhogy.. most egy intervíziót / vagy intervenciót? Igyekszünk kialakítani egymás között meg nyilván mindenki saját zsebből fizeti a saját szupervízióját azért az egy probléma.

P11

A szakértők a szakemberhiányt gyengeségnek és veszélynek gondolják. Az egyik interjúalany szerint a drogspecifius ellátórendszerre nézve gyengeségnek tekinthető az, hogy ha a végzettséggel nem rendelkező tapasztalati munkatársak túlsúlyba kerülnek a segítő szakmában - mindenképp szükséges lenne egy szakmai protokoll megalkotása, amely kijelöli a szakmai kompetenciákat, a szükséges szakmai végzettséget (P5). A szakemberhiány veszélyt jelent a szociális szférában a már említett nem versenyképes jövedelem miatt, másrészt amiatt is, hogy kevés pszichiáternek van addiktológiai érdeklődése (P10).

...tehát ez is ilyen jogszabályi.. kérdés szerintem, de hogy már szinte.. semmilyen végzettség nem kell, lehet csinálni, 1/2000-esben ha megnézzük, akkor a.. tehát ezek a... és amire én nem azt mondom, hogy nincs szükség tapasztalati segítőre...ilyen 8 osztályos szinten vannak és attól még lehet valaki nagyon jó segítő és nagyon jó képességgel rendelkező, de hogyha ez átbillen egy bizonyos határon, arányokban, akkor szerintem az.. akkor az nem olyan jó, nem olyan jó. ezen a területen az nem elég, mert pont az lenne a lényeg, hogy nagyon széles.. ilyen értelemben tudással legyen az ember és ismerje.. felismerje hogy kinek mire van szüksége, mert ha arra, akkor arra, tök jó hogy azt tudom.. de hogyha csak az az egyetlen út.. én ebben nem hiszek...Ha én magamtól nem tudom az én szakmai kompetenciámat, akkor ebben valaki húzzon egy határt, mert nem biztos, hogy tudom én magamtól, mert lehet hogy nem, és felülértékelem magam.. ha még alul, az a jobbik, de ha felül, akkor azért.. itt mégiscsak emberekkel vagyunk..mindenféléképpen ezt így jobban világosabbá tenném, jobban szabályoznám. P5

...orvosi szempontból talán azt mondanám, most így ha nemcsak feltétlenül a.. mi.. szük... területünkre gondolok, mert ugye a miénk nagyon speciális, meg kicsike, de általában azt tapasztaljuk, hogy.. hogy kevés a... az a... pszichiáter aki mondjuk nyitott az addiktológia iránt vagy addiktológiai szakvizsgával rendelkezik vagy szeretne ebbe az irányba továbbképződni valami miatt, az úgy nem. Nem... nem tetszik nekik vagy nem annyira népszerű, sajnos. P10

A szakemberhiányhoz kapcsolódik az ellátásban dolgozók kiegészése, amely az interjúalanyok véleménye alapján egy teljesen reális félelem, amihez hozzájárul a terület (addiktológia) alábecsülése (P11) és a siker fogalmának az értelmezése (P10).

Ellátásban dolgozók kiegészése: Hát ez sajnos abszolút fennáll, főleg amikor.. nem tudom többedjére találkozunk újra ugyanazzal a klienssel, visszajelentkeznek kezelésbe és.. és.. és újra nem tudom, tapasztaljuk azt, hogy visszaesés történt, mert ezek is nagyon... szóval nehéz így átértékelni a siker fogalmát, hogy akkor abból.. is tudjunk tovább.. hogy újra elindulni, újra építkezni, szóval.. hát.. ez egy veszély az addiktológiában abszolút, a kiegész veszélye. P10

..az ellátásban dolgozók kiegészése az egy iszonyatosan nagy veszély és egy gyengeség, egyszerűen a.. mindenki túl van terhelve amúgy ez egy nehéz munka, nagyon megterhelő munka és kevés talán a.. hát.. ugye .. eleve a megbecsültség is viszonylag minimális, úgyhogy az is támogatja a kiegészést P11

A szakértők fele úgy gondolja, hogy (önköltséges) továbbképzési lehetőségek vannak (P8), tehát továbbképzési lehetőségek hiányáról nem beszélhetünk. Néhány interjúalany a központi kötelező képzésekkel kapcsolatban fejtette ki aggályát: nem nagyon vannak (P8), vagy ha vannak akkor nagyon költségesek és nem hiteles szakemberek tartják (P4).

...amit megszabnak...kötelező továbbképzésben, azt engedjük el, az konkrétan – az veszély ami ott megy, amikor kijön a kormányhivatalból ide egy nő, aki régen szocmunkás volt és elmondja, hogy ez a képzés tök jó, amin pl. az alacsony küszöbűeknek kötelező lenne résztvenni, én azt nettó kikértem magamnak a kollégáim.. mért mert hogy egy alacsony küszöbben életében nem dolgozó ember...néhány továbbképzés jó ha nincs. **P4**

Továbbképzési lehetőségek hiánya.. hát ez az amiről beszélek, hogy van-e, egyáltalán van-e lehetőség továbbképzésre, ha akarok menni, pl. nekünk előírja az 1/2000-es, hogy.. hogy menni kell vezetői képzésre, az kell hogy legyen vezetőként, de nincsen csak nem tudom.. 300 ezer forintért, tehát hogy nem.. most ezt vagy ki lehet fizetni vagy nem, amúgy meg kötelező, meg kell hogy legyen. Tehát a továbbképzési lehetőség hiánya az is veszély. **P5**

Továbbképzési lehetőségek – hiány nélkül az egy gyengeség lenne, mert hogy veszély. nem feltétlen veszélynek élem meg, mert aki meg akar, az úgymint képződik, ezt tapasztalom itt házon belül is.. Leginkább ilyen.. önmaga és akkor fizetésre a kollégák – mindenki tanul valamit mindig. És hogy ezt – persze továbbképzési lehetőség – de ha központira gondoltatok, leginkább azokra, azok hiánya is nyilván egy veszély. **P8**

Kapacitáshiány, állandó várólista a kliensek számára egyértelműen veszélyként és/vagy gyengeségként mutatkozik a drogspecifikus ellátórendszerre nézve. Gyengeség, mert nem tud minden igényt kielégíteni (P5), veszély, mert a kliensek nem tudnak várni és elveszítik a motivációjukat, tovább mélyülnek a szerhasználatot mozgató problémák (P1, P6, P10). Előfordult olyan szakember, aki úgy gondolja a várólista egy lehetőség, ugyanis ez egy jelzés arra, hogy igény van az ellátórendszer bővítésére (P1).

A várólista azért lehet veszély, mert eltűnnek a kliensek. Lehetőség meg azért lehet, mert.. ennek mentén azt lehet mondani, hogy lehetne létrehozni még intézményeket.**P1**

Bizonyos értelemben gyengeség, mert nem tud beereszteni annyit, amennyit akar.. amennyire igény lenne, tehát.. hogy.. **P5**

Az is veszély, az állandó kapacitáshiány.. várólista, ugye egy drogbetegeket akkor kell felvenni, amikor jelentkeznek, mert holnapután nem fog idejönni a várólistára. **P6**

Kapacitáshiány, várólista a kliensek számára.. hát igen, ez egy valós.. veszély.. főleg a.. az addiktológiai klienseknél tekintve, hogy nem.. nem ugyanúgy... várakozik mint mondjuk egy nem tudom gyomorpanaszos vagy nem tudom. hanem hogy még.. tovább.. mélyül a problémája és további veszélyeket rejt magában, ha sokáig kell várakoznia vagy nem tudja fenntartani a motivációját, elmélyül a használta, úgyhogy emiatt...**P10**

A kliensek számának növekedéséről a szakértők egy része úgy gondolja, hogy lehetőség az ellátórendszer bővítésére (P6), a másik része szerint pedig veszély, mert az ellátórendszer nem tud lépést tartani a növekvő számú kliensekkel (P11).

Lehetőség ha a kliensek száma nő, mert akkor.. lehet újabb szolgáltatásokat létrehozni **P6**

A kliensek számának növekedése mindenképpen egy veszély, merthogy nem növekszik vele az ellátórendszer – viszont egyre többen kérnek segítséget, kérnek viselkedési függőségekkel kapcsolatban is **P11**

A dizájn drogok megjelenését majdnem mindegyik interjúalany veszélyként értékeli, amely a szerekkel kapcsolatos kiszámíthatatlanságnak, a használatból fakadó súlyos fizikai, mentális leépülésnek tudható be (P7), illetve annak, hogy az ellátórendszernek nem sikerült még a klasszikus szerekhez hasonló protokollt kialakítania (P10).

Designer drogok megjelenése.. öh.. igen.. igen.. most.. most sokan.. rengeteg kristályos terheség volt, amit végig kellett menedzselni, iszonyú nehéz, iszonyú nehéz, most egy csomószer nosztalgiáztunk hogy ne jó lenne végre egy heronista várandós – egy amfetaminos mennyire

csodálatos lenne minden.. ő... nagyon-nagyon gyorsan kerülnek borzalmas állapotba az emberek és sokkal nehezebben lekövethető, hogy mi fog történni, tehát ez egy.. igen.. az egy nehézség, borzasztó nehézség . P7

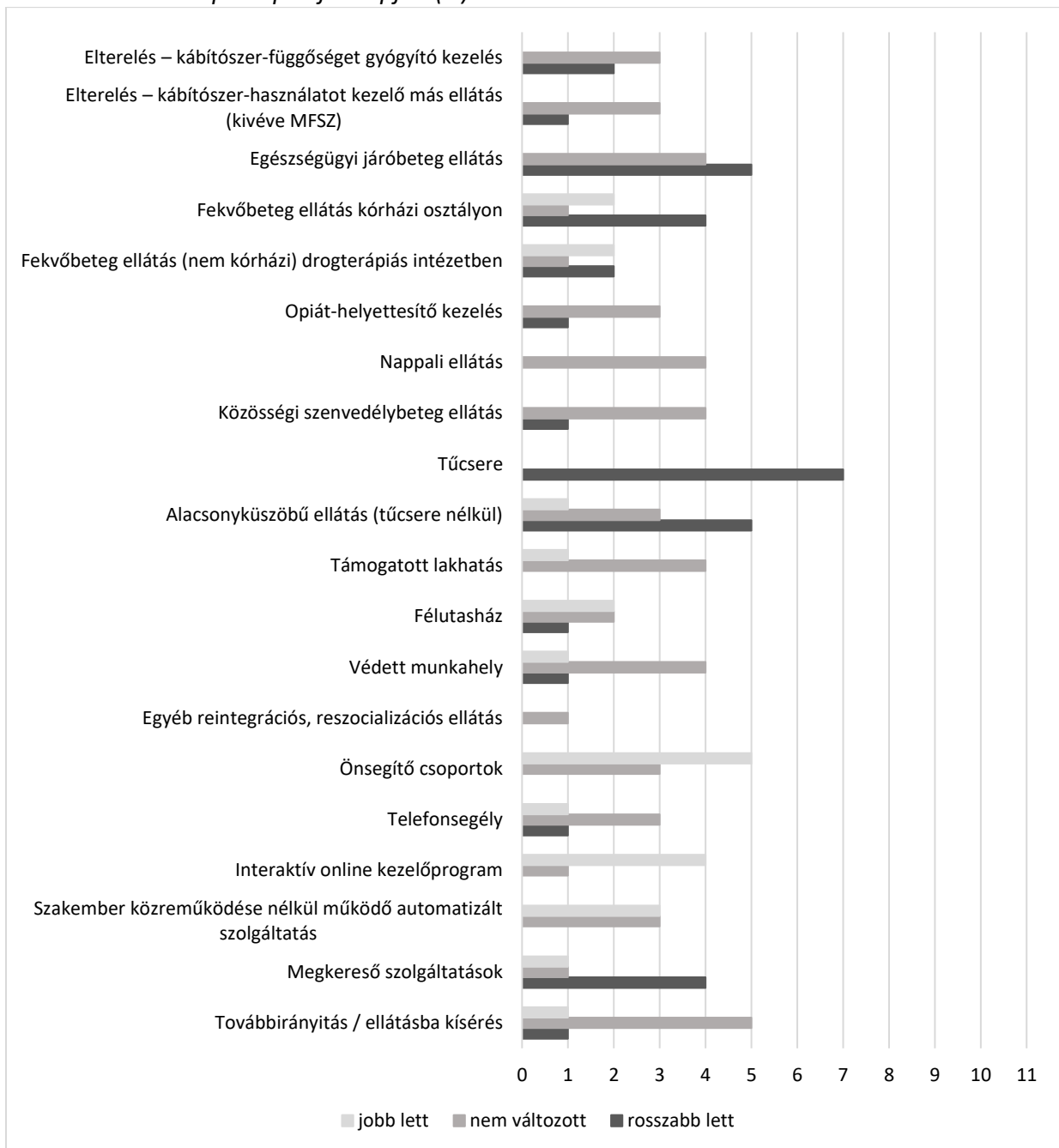
Designer drogok megjelenése, hát igen.. az is.. azt is a négyesre (szerk. veszély) raknám, mert mondjuk a régi típusú szerekkel jobb.. arra volt.. protokoll, arra volt gyógyszer, van szubsztitúció, egyebek, itt meg szerintem azóta is el vannak akadva, pedig már nem új jellegű a probléma, akár így orvosilag. P10

Ellátórendszer helyzete az elmúlt 10 évben

Az interjúalanyokat arra kértük, hogy önkitalós kérdőívben jelöljék meg, hogyan változott az ellátás típusok (3. ábra) valamint a környezeti tényezők (4. ábra) helyzete Magyarországon. Ezt követően szóban indokolták válaszukat.

A drogspecifikus ellátás típusok helyzete az elmúlt 10 évben jellemzően rosszabb lett vagy nem változott a kutatásban résztvevő szakemberek megítélése szerint. Egyértelműen romlott a təcserék, valamint az egyéb alacsonyküszöbű szolgáltatások, a megkereső munka helyzete, mindemellett a járó-, és fekvőbeteg ellátás is rosszabbodó tendenciát mutat. Az önsegítő csoportok és az interaktív online kezelőprogramok esetében figyelhető meg egyértelműbb javuló tendencia. A többi ellátás típus helyzete jellemzően nem változott, vagy vegyesebb kép rajzolódik ki a megkérdezett szakemberek véleménye alapján. Az alábbiakban részletesen bemutatjuk az egyes ellátás típus változásáról alkotott véleményeket.

3. ábra: A drogspecifikus ellátás típusok helyzete az elmúlt 10 évben Magyarországon a kutatásban résztvevők percepciója alapján (N)



Az interjúalanyok szerint az elaterelés jellemzően nem változott az elmúlt 10 évben. Összesen két szolgáltató ítélte meg úgy, hogy rosszabb lett az elterelés, amit a jogszabályi körülményeknek tudható be (nem egyértelmű a szabályozás) (P11), illetve a finanszírozásnak, ugyanis a tavalyi elterelés nem lett még kifizetve (P6).

Hát itt az eltereléssel kapcsolatban hogy rosszabb lett-e, hát nem kaptuk meg a finanszírozást az elvégzett munkáért, gondolom mások sem. P6

Szerintem az elterelés alapvetően rosszabb lett, sokkal kevesebb helyen csinálnak már nem megelőző felvilágosító elterelést és abban is probléma van, hogy sok MFSZ-es befogadja a függőket, tehát hogy.. itt van egy szabályozatlanság egyébként. Az biztos. Azt tudom, hogy erre már vannak lépések, hogy új minimum feltételt írjanak elő ezzel kapcsolatban. P11

Az egészségügyi járóbeteg ellátásról fele-fele arányban gondolják úgy, hogy rosszabb lett illetve nem változott a helyzete. A szolgáltatók kapacitáscsökkenéssel, a kielégítetlen szükséglet növekedéssel, hosszú várólistával és az addiktológiai gondozók bezárásával magyarázzák a járóbeteg ellátás rosszabb helyzetét (P2, P8, P9, P10).

..szerintem rosszabb lett, mert kisebb a kapacitás, növekednek a szükségletek de nincsen új befogadás, nem jönnek létre új járóbeteg ellátások. P2

Pont emiatt, hogy mindig volt biztos várólista, bejutni szakorvoshoz valahogy egyre nehezebbnek tűnik...P8

...addiktológiai gondozóban, addiktológiai nappali kórházban – megszűnt, ezek így huss.. megszűntek.. P9

..a járóbeteg ellátásnál az nem lett kevesebb azt hiszem, lehet hogy csak egy pár szűnt meg, de mondjuk nem tudják ellátni – tehát nem is bővült mondjuk így kapacitás szempontjából nem lett több dolgozó, sőt kevesebb. P10

A kórházi fekvőbeteg ellátás helyzetét négyen rosszabbnak ítélik meg mint 10 évvel ezelőtt: a járóbeteg ellátáshoz hasonlóan a hosszabb várólistát és osztályok megszűnését emelték ki az interjúalanyok (P4, P8, P10, P11). Egy-egy interjúalany szerint az elmúlt 10 évben fejlődött a kórházi fekvőbeteg ellátás, ami a fejlődő infrastrukturális feltételeknek és az OMIII bővülésének (pszichoterápiás részleg, Minnesota) tudható be (P2, P5). A nem kórházi fekvőbeteg ellátásról két szolgáltató úgy gondolja, hogy romlott annak helyzete intézmények megszűnése miatt (P10), ketten pedig úgy gondolják, hogy javult, amit szintén a javuló infrastrukturális feltételekkel magyaráztak (P5). Az interjúalanyok megítélése szerint az opiát-helyettesítő kezelés jellemzően nem változott az elmúlt 10 évben: az egyik interjúalany a Soboxone és metadon hiány miatt gondolja úgy, hogy annak helyzete romlott (P11).

Fekvőbeteg ellátás, kórházi osztályon – mondjuk ezt így rendezték, hozzákötötték a detoxifikációt a pszichiátriákhoz és megjelentek az addiktológiai osztályok meg a Minnesoták – ez szerintem jobb lett, lásd Nyírőbeli változások. P2

..rosszabb lett az eü-i, főleg a covid miatt is, vagy arra kenve, inkább így fogalmaznék, rosszabb lett a fekvői is, nehezebb lett a bejutás. P4

Ami jobb, a fekvőbeteg ellátás, kórházi osztályon, tehát tíz évről – tíz év alatt valamennyire biztos kellett jobbnak lennie, ha más nem a körülmények vagy nem tudom – szebb ágyak vannak. Rehabok azok is.. azok fejlődnek hál istennek azért.. szebbek, jobbak, azt.. az oké...Rehabok azok is.. azok fejlődnek hál istennek azért.. szebbek, jobbak, azt.. az oké.P5

Tényleg csak azt jelöltem meg – meg egy szerintem nem változott, ugye az ellátás – pont beszéltem a kórházi osztályokon meg ezt itt pont most így hallom is, hogy milyen várólisták vannak nehéz bekerülni, nyilván ezzel én olyan szinten nem.. csak ezt pont hallom, a kevés szakmai diskurzus során hogy mennyit kell várni egy osztályra. P8

...rosszabb lett, mert nincs.. megszűnt egy csomó addiktológiai osztály, kevesebb a hely.. meg.. Akkor fekvőbeteg ellátás.. nem kórházi drogterápiás intézetben.. hát az is.. azért mondanám, hogy rosszabb lett, mert ott is valami megszűnt.P10

...a fekvőbeteg ellátás az abból a szempontból rosszabb lett, hogy zártak be azóta osztályokat, pl. a Merényinek az addiktológiáját...az opiáthelyettesítő... hát ott is rosszabb lett, mert itt vannak ezek a bizonytalanságok, azzal hogy milyen gyógyszer van éppen elérhető vagy milyen nincs, nem teljesen fix az ellátás, illetve nálunk mondjuk specifikusan ugye csökken erre a kapacitásunk P11

A kutatásban résztvevők a nappali és közösségi ellátás helyzetét jellemzően változatlanoknak ítélik meg az elmúlt 10 évben. Egy interjúalany gondolja úgy, hogy kapacitás csökkentés miatt romlott a helyzete

(P2). A tűcseréről minden válaszoló interjúalany úgy gondolja, hogy az rosszabb lett az elmúlt évtizedben a tűcsere megszűnések és a pályázati pénzek elvonása miatt (P2, P10). Az alacsonyküszöbű ellátás helyzetét is többen rosszabbnak gondolják, mint régebben a szűkülő szolgáltatás paletta miatt, ami részben annak tudható be, hogy magasabbra tették a küszöböt (P10) – bár van aki szerint épphogy a szolgáltatások széleskörűbb elérhetősége miatt javult annak helyzete (P5a). A szolgáltatói tapasztalatok szerint a tűcsere helyzetének rosszabbodása maga után vonta a megkereső szolgáltatások visszavonását is (P5b).

Tűcsere.. helyzet – egyértelmű hogy változott, most nincsenek rá pályázatok meg ilyenek.. rosszabb lett. P1

Közösségi ellátás, pont ahogy mondtam 2012-ben lett visszavágva, rosszabb lett nem a minősége hanem a kapacitás miatt. P2

Alacsony küszöb – tűcsere nélkül, oké.. nagyon hosszan lehetne erről meg lehet hogy az alacsonyküszöbű ellátók külön erről.. én szívesen beszélgetnék erről, de vegyük azt hogy ez jobb lett azzal, hogy így.. kicsit így... szélesítve lett ez az egész... szolgáltatási ... nem tudom rendszer, ami itt az alacsonyba lehet csinálni, biztos. .én azt gondolom, akik csinálják, jobban csinálják mint korábban. P5a

...és a megkereső szolgáltatásokat én nem látom szenvedélybetegeknél a megkeresőt hogy az dühögné, vagyis hogy az lenne. Szerintem amíg több ilyen tűcsere működött vagy.. tehát valahogy talán még jobban.. ha más nem csak a drogszemét szedőgyűjtése kapcsán ha azt annak veszem, hogy egyfajta megkereső szolgáltatás mert ha odamegyek, ahol vannak eldobált fecskendőket, akkor előfordult azért, hogy lehetett találkozni olyan emberekkel is, de ilyen talán már – nem tudom hogy valaki csinál-e megkereső szolgáltatást.. lehet hogy igen, attól még nem tudok róla, de nem tudok róla, hogy valaki erre kifejezetten.. pedig iszonyatos nagy szükség lenne.. P5b

Hát rosszabb lett, nem, hát bezárt egy csomó.. sőt .. nekem is be kellett zárnom egyet, sokkal kevesebb... szolgáltatás működik most, a szolgáltatáson belül sokkal kevesebb programem működik most. Háromszor ennyien.. dehogyis.. ötször ennyien dolgoztunk... tíz évvel ezelőtt.. ja... P7

...tűcsere az ugye rosszabb lett, gyakorlatilag nincs vagy nagyon kevés helyen..alacsony küszöbű ellátás is rosszabb lett, mert szerintem egy csomó alacsony küszöbű szerintem – ez a magán vélemény – a saját frusztrációjukból adódóan magasabbra tette a küszöböt és nyilván ezáltal kevesebb lett a lehetőség.....De hogy nyilván a szakemberek szempontját is meg tudom érteni valahogy kell nekik is a... picit motiváltabb kliens, hogy tudjanak némi sikerélményt elérni vagy szakmailag fejlődni. P10

A védett munkahely, félutasház és támogatott lakhatás helyzete jellemzően nem változott vagy valamelyest javult (P2, P5): az egyik interjúalany hangsúlyozta, hogy a nem változást az inkább negatívan lehet értelmezni, mert eleve rossz volt pl. a védett munkahely helyzete (P4). Más interjúalany kiemelte, hogy nagy igény lenne ezen ellátási típusokra (P2, P10). Elhangzott olyan vélemény is, mely szerint pl. a védett munkahely és a félutasház rosszabbodott, mert nincs lehetőség a bővítésre, fejlesztésre.

Félutas ház.. az.. ott azt tudom, ezek a védett szállások úgymond, ezekre értem, ezekből lett több, jobb lett, de jóval több kellene.P2

Hm.. hm.. Én a védett munkahelyre azt írtam, hogy nem változott, de hogy az rossz is volt a drogbeteg ellátás kapcsán. Tehát az ott nem előny, hogy nem változott. P4

Támogatott lakhatás az azért lett biztos hogy jobb, mert az egy új – tíz éves tekintetben új szolgáltatás, tehát annak fejlődnie kellett, egyre több.. biztos hogy több van, ezáltal jobban elérhető, akik csinálják, tanulják, tehát egyre jobbak. P5

*...félutas ház, hát.. miénk.. nekünk több.. több ágyra lenne szükségünk, hát akkor.. írom hogy rosszabb lett..A félutas ház, mert dupla annyi helyre lenne szükség, mint amennyi van, 12 ágyunk van, a félutas házban legalább 24-re lenne szükség, semmiféle lehetőség arra nincs, nem látszik..és a védett munkahelyeknél is azt látom, hogy kevesebb lett a védett munkahely. ..Hát a védett munkahelyekkel kapcsolatban itt sincs semmiféle beruházásra, tehát növekedésre lehetőség, ezért gondolom, hogy rosszabb lett. Vagy például ezek a.. pékség kemencéi 30 évesek – kicserélése 10 milliók nincsenek, ezek veszélyeztetik és a liszt ára borzasztóan felment, egy szállítmány liszt, egymillió forintba kerül, na most ha – ugye védett foglalkoztatásról van szó, az nem profitorientált foglalkoztatás, tehát.. szűnnek meg a védett munkahelyek mert nincs mögötte... meg a forrás a fejlesztésre, a lehetőség.. ezért.. **P6***

*Ö.. támogatott lakhatás és félutasra is azt mondanám, hogy... nem változott, de hogy ez közben meg szomorú is, amit az előbb mondtam, hogy igény lenne rá, hogy több legyen, de ugyanannyi van, ugyanúgy működnek. **P10***

Az ellátás típusok közül az önsegítő csoportok és az interaktív online kezelőprogramról gondolják legtöbben, hogy azok fejlődtek az elmúlt 10 évben (P2, P10, P11). Az automatizált szolgáltatásokról fele-fele arányban gondolják úgy, hogy nem változott vs. jobb lett a helyzetük, a telefonsegély pedig jellemzően nem változott az interjúalanyok percepciója szerint.

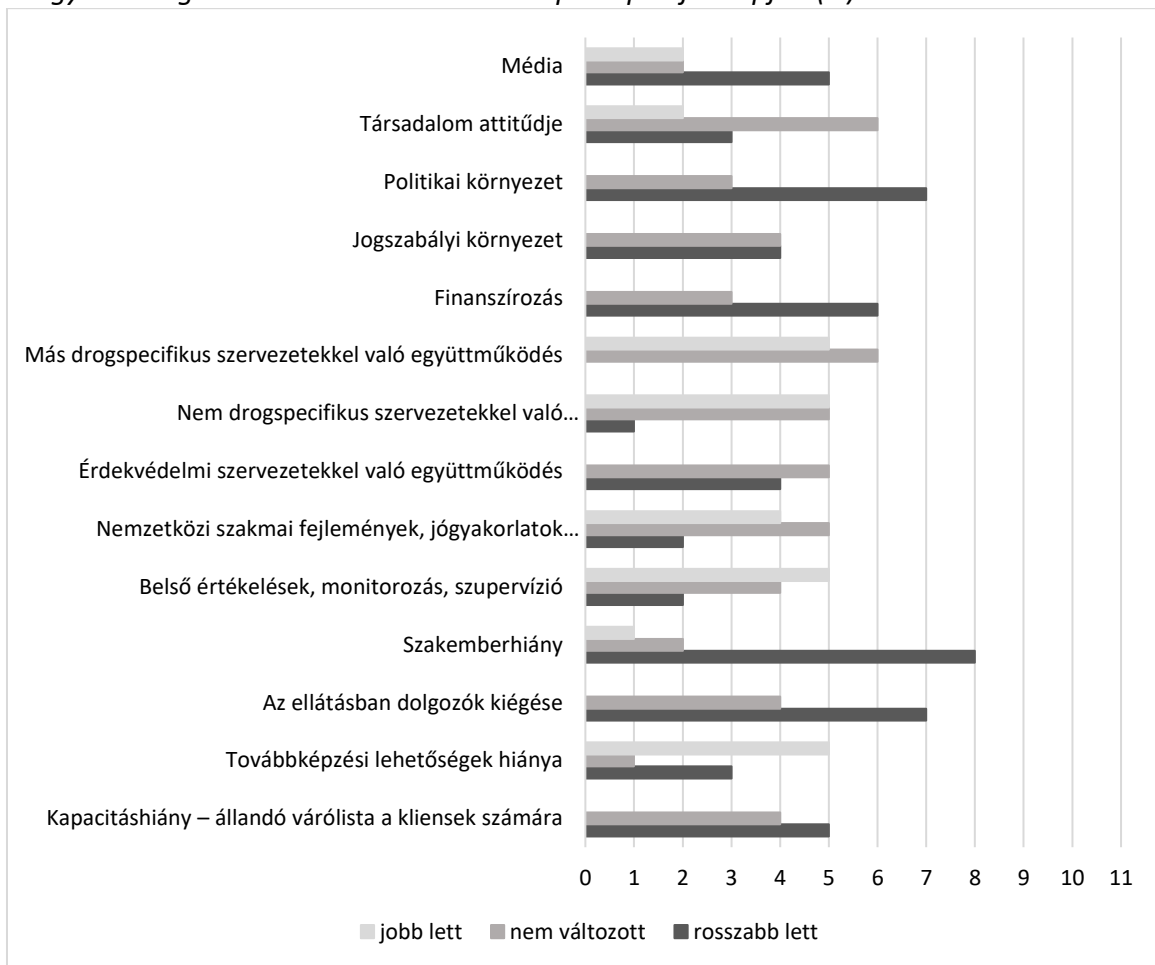
*..hát hogyha az AAK-nak meg az NA-knak a fejlődését is idevesszük, akkor az jobb lett, ők viszont abban az önsegítő térben hihetetlenül jók és nagyon klassz dolgokat csinálnak, beindultak a lépés csoportok, kőkemény személyiségfejlesztő programokat nyújtanak egymásnak a 12 lépésen keresztül, nemcsak az van, hogy akkor bízunk benne hogy józanok maradunk.. szóval szerintem az jó, jobb lett.**P2***

*Na viszont az online cucc az meg jobb lett... mert.. több.. fókusz került rá és.. lett is egy pár.. még fejlesztettünk mi is egyet...ez tök jó hogy erre van nyitottság meg lehetőség ilyesmiben gondolkodni. **P10***

*Önsegítő csoportból azt látom, hogy egyre több is van meg hogy egyre elfogadottabb önsegítő csoportba járni, vagy legalábbis én ezt a klienseimtől ezt találom. **P11***

A drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezőit vizsgálva a következőket tapasztaltuk. A szakemberek megítélése szerint a politikai környezet, a finanszírozás, a szakemberhiány és az ellátásban dolgozók kiegészése jellemzően rosszabb lett az elmúlt 10 évben. Néhányan úgy érzékelik ezen tényezők helyzete nem változott, azonban javulásról senki nem számolt be. A jogszabályi környezet, érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés, várólista esetében kb. fele-fele arányba gondolják úgy az interjúalanyok, hogy azok helyzete nem változott vagy rosszabb lett, de javulást ezen tényezők esetében sem tapasztaltak.

4. ábra: A drogspecifikus ellátórendszer környezeti tényezőinek helyzete az elmúlt 10 évben Magyarországon a kutatásban résztvevők percepciója alapján (N)



A politikai helyzet rosszabb megítélése mögött a kiszámíthatatlanság (P9), a nem támogató közeg (P10a), a probléma nem létezése (P7), és a szakma figyelmen kívül hagyása a döntéshozatalban (P9) húzódnak meg. A politikai környezetet jellemzően összevonták a jogszabályi környezettel. A finanszírozás rosszabb helyzete a pályázatok hiányának, a forrásmegvonásnak tudható be (P6, P10a). A szakemberhiány és a kiégés helyzete egy-egy interjúalany meglátása szerint a nem versenyképes fizetés (P6) és az utánpótlás hiánya (P10b) miatt lett rosszabb. Az érdekvédelmi szervezetek helyzetét a kisebb aktivitás miatt gondolják rosszabbnak (P8).

..szerintem a szakemberhiány rosszabb lett, ennek is a Lidl-be majd dolgozni, a kiégés szerintem rosszabb lett, pont a pénz miatt P4

Finanszírozásban sincs, rosszabb lett a finanszírozás. Ugye.. egyáltalán nem írnak ki pályázatokat..P6

Hát hogy igazából csak annyi, hogy mintha .. mintha megszüntették volna ezt a problémát, tehát szavak szintjén sem fejeződik ki, az addiktológia szó is nagyon kevésbé szerepel, tehát hogy egy ilyen.. én azt érzem mostanában, vagy látom vagy tapasztalom, hogy igyekeznek ezt a problémát nem létezővé tenni, ez csak rosszabb lett, sokkal rosszabb lett. P7

...érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés is, nyilván intenzívebb is volt, nem látja értelmét valahogy a.. szakma.. vagy én nem tudom, az egyes szervezetek sem.. nagyon nem látják a lehetőséget, hogy bármit el lehetne érni, hát erről beszéltem kicsit P8

*A politikai környezet..számomra rosszabb lett, mert... kiszámíthatatlan például, nem.. mert kiszámíthatatlan, holnap más törvény lesz, így olyan nehéz dolgozni, ezért mert kiszámíthatatlanok...erre mondom ez a bizonytalanság, ez a kiszolgáltatottság.. hogy.. hogy miért nem.. a szakma irányítja a szakmaiságot egyértelműen.. nem? Tehát.. régen sem volt könnyű nyilvánvalóan az államapparátussal, vagy a vezetőkkel való kommunikáció, de hogy ennél jobb volt és egyértelműbb volt és sokkal inkább elfogadták a szakmai véleményeket.. **P9***

*..mondjuk politikailag ugye.. kritikusabbak, kevesebb a támogatottság, kevesebb a lehetőség, kevesebb a... a... nyitottság..Finanszírozás meg hát ugye így a.. megvonás... a... bizonyos lehetőségeknek, meg elvesztése a pályázati lehetőségeknek. Nekem ilyen.. így gondolnám.. vagy nagyon megszűrik, hogy kiknek.. adnak forrásokat és kik esnek el ettől, ez egyben kapcsolódik a politikaihoz is. **P10a***

*Mert nincs mindig.. nincs mindig utánpótlás, vagy olyan szempontból, hogy nem változott a tizes szerintem itt a szupervízió, önmagunk fejlesztése vagy akár a 9-es, nemzetközi dolgoknak így a.. az átvétele, frissítése tudna segíteni a kiégésen, csak mivel ugyanabban a.. a mókuskerekben vagyunk így folyamatosan, ezért... ezért hát.. nem javul ez a dolog. Vagy hogyha lehetne mondjuk.. több képzésre járni, vagy lenne több ilyen együttműködésre sarkalló projekt és lenne idő ezekben részt venni, az tudna lelkesítő lenni.**P10b***

A társadalom attitűdje és a média esetében vegyes a kép, a többség szerint nem változott, de van aki szerint jobb lett, és van aki úgy gondolja, hogy javult. A média rosszabb helyzete magyarázható a kevesebb független médiummal (P7), a több drog problémát bűnügyi kontextusba állító cikkel (P5a), azonban van aki szerint a média árnyaltabban mutatja be a drogroblémát mint régebben (P10). A társadalom attitűdje egyik interjúalany szerint rosszabbodott, mert negatív és elítélő (P8), míg más szakember szerint javult, ugyanis a rekreációs szerhasználat esetében a normalizálódás figyelhető meg és sokkal elfogadóbbak vele az emberek (P5b).

*A médiára írtam, azért írtam hogy rosszabb lett, mert ...Kétfény szinten beszélünk bármiről, akár a híradó.. mind.. tényleg egy ilyen bűnügyi.. média.. tehát semmi.. semmilyen.. pozitív nagyon-nagyon kevés pozitív médiamegjelenést látok ilyen szenvedélybeteg ügy kapcsán. **P5a***

*Társadalom attitűdje, hát ebben így hinni akarok, hogy talán egy kicsit a társadalom másképp.. itt meg pont az, hogy a generáció.. ahogy fiatalabbak – máshogy gondolkodnak, az eltereltek között nyilván érzékelt, hogy.. már önmagában az is, hogy ezek büntetőügyesek – rendőrök ahogy eljárnak, nekik most megint más kérdés, hogy jól van-e vagy nem, törvény, ő azt követi, de hogy tök jó fejek, ilyen fiatalabbak a rendőrök, más.. pontosan tudják hogy nem fogták meg az év bűnözőjét, ez a fajta.. ha csak ezt nézem, és ezt kivetítem a társadalomra, hogy generációváltásokkal és nem a... nagyon súlyos függőségben élők, hanem a rekreációs használók – erről azért változik nagyon a..változik a hozzáállás **P5b***

*Ö.. jó.. hát kevesebb a független médium és.. azt hiszem hogy sokkal többet kerestek minket régebben, több megjelenésünk volt. **P7***

*..droghasználók esetében nem történt előrelépés a társadalmi attitűd tekintetében.. én csak ezt így.. tényleg azt gondolom.. a folyamatosan.. ezek a negatív aspektusok meg az ítélező attitűd – médián keresztül folyamatosan ez uralja a médiát, ez jut az emberekhez, hogy ez nem tud javulni, ez rosszabb lesz, azt gondolom.**P8***

*..mert végül is valahogy.. több szempontból szerepet kap még akkor is ha nem mindig adekvátan, de legalább szóba kerül **P10***

A drogspecifikus és nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés (P5a), a belső értékelések, szupervízió (P2a), a nemzetközi jogyakorlatok követése (P9) és a továbbképzési lehetőségek helyzete (P5b) jellemzően javult vagy nem változott, azonban néhány szakértő szerint rosszabbodás tapasztalható (P2b, P8).

Belső értékelés, monitorozás, szupervízió – ez szerintem jobb lett, ez minőségfejlesztés, azt gondolom ezt mindenki valamilyen módon erre hangsúlyt fektet **P2a**

...nemzetközi szakmai.. szerintem ez rosszabb... nincs.. ehhez is pénz kellene **P2b**

...drogspecifikus szervezetekkel való együttműködést, ezt is egyébként -nyilván ahogy telik az idő meg széles meg több a szervezet meg jobbak a.. ezek a kiépített kis kapcsolati utak, szerintem ez jobb **P5a**

...továbbképzési lehetőségek – azért lehet hogy fizetés, de azért talán mégiscsak minőségibb vagy hogy mondjam.. ezzel nem azt mondom, hogy tíz éve nem volt az, de talán több elérhető. **P5b**

..főleg a belső értékelések.. szupervízió.. lehetőségekből van kevesebb itt is. **P8**

...személy szerint nekem biztos, nemzetközi szakmai fejlemények, jó gyakorlatok követése ez is azt gondolom, hogy jobban hozzáférhető, már nemcsak az internet hanem olyan kollégák által is, akik... akik járnak ilyenekre és továbbképzési lehetőségek tényleg vannak... **P9**

Irodalom

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Mayring, P. (2014). Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Klagenfurt. http://www.psychopen.eu/fileadmin/user_upload/books/mayring/ssoar-2014-mayring-Qualitative_content_analysis_theoretical_foundation.pdf

Mellékletek

Interjúvázlat

Téma	Módszer	Idő (Kum)
I. Bevezetés		
<ul style="list-style-type: none"> – Bemutatkozás – A beszélgetés célja, témája: A Fővárosi Önkormányzat felkérésére 2022-ben elindult egy szisztematikus tevékenység, melynek célja, hogy elkészüljön a fővárosi drogstratégia. Ennek keretében a drogstratégia előkészítését megalapozó helyzetfelmérést kezdtük meg 2022 nyarán. Első körben másodelemzéseket végeztünk, második körben pedig helyzetfeltáró, szükségleteket azonosító kutatásokat készítettünk a fővárosban. Ehhez kérjük az Ön segítségét! Jelen beszélgetés során a drogspecifikus ellátást nyújtó szolgáltatók körében az Ön által észlelt problémákat és kliensszükségeket szeretnénk feltárni. Összesen 10 interjú készítettünk a drogspecifikus ellátás területén dolgozó kulcsszereplők körében. A beszélgetés jellemzői/szabályai <ul style="list-style-type: none"> ▪ tegeződés vagy magázódás ▪ nincsenek rossz vagy jó válaszok: tapasztalataira, véleményére vagyunk kíváncsiak ▪ Kb. 90 perces lesz – Engedélykérés a felvételkészítéshez, felvételkészítés indoka, adatkezelés-anonimitás – Kutatásban való részvétel hozzájárulás szóban – Hozzájárul-e, hogy a tanulmányban felsoroljuk, hogy a szervezettel/ellátási egységgel készült interjú 		3 (3)
II. Bemutatkozás		
Kérem töltse ki az 1. kérdőívet	Kérdőív 1	2 (5)
Mióta dolgozik a területen? Hol dolgozik? Mi a beosztása, feladata?	Beszélgetés	2 (7)
III. Általános helyzet		
<ul style="list-style-type: none"> • Jelenleg milyen <u>nehézségeket, problémákat</u> tapasztal a munkája során? • <u>Hogyan</u> próbálták leküzdeni ezeket az akadályokat? • Milyen <u>pozitívumokat</u> tud említeni, amelyek segítik a munkáját? 	Beszélgetés	10(17)
IV. Problémafeltárás ellátási típus szerint: SWOT analízis		
<ul style="list-style-type: none"> • Kérem tekintse meg az 1. kérdőívet, ahol az egyes ellátási típusok vannak felsorolva. A SWOT ábra segítségével beszéljen arról, hogy Ön szerint az egyes <u>ellátási típusok</u> esetében melyek az <u>erősségek, a gyengeségek, a lehetőségek és a veszélyek</u>? CSAK AZOKRÓL AZ ELLÁTÁSTÍPUSOKRÓL BESZÉLJEN ELŐSZÖR, AMELYEKET MEGJELÖLT A KÉRDŐÍVEN! • Ön szerint hogyan lehetne a gyengeségeket, veszélyeket <u>kezeln</u>i? • Milyen tapasztalata van a <u>többi ellátási típussal</u> kapcsolatban? SWOT analízis ezen ellátási típus esetében? Hogyan lehet a gyengeségeket, veszélyeket kezelni? 	Kérdőív 1 ellátási típusok + SWOT ábra	10(27)
V. Problémafeltárás speciális klienscsoportok szerint		

<ul style="list-style-type: none"> • Kérem tekintse meg az 1. kérdőívet, ahol az egyes speciális klienscsoportok vannak felsorolva. Ön szerint milyen nehézségek tapasztalhatók ezen <u>klienscsoportok ellátása</u> során? CSAK AZOKRÓL BESZÉLJEN, AMELYEKET MEGJELÖLT A KÉRDŐÍVEN! • Hogyan lehetne ezeket a nehézségeket <u>kezelni</u>? • Milyen tapasztalata van a <u>többi speciális klienscsoporttal</u> kapcsolatban? Milyen nehézségek vannak? Hogyan lehet ezeket a problémákat kezelni? 	Kártya 1 speciális kliens csoportok	5(32)
VI. Szervezet környezeti tényezői SWOT analízis mentén		
Kérem töltsse ki a 2. kérdőívet!	Kérdőív 2	3(35)
<ul style="list-style-type: none"> • Melyeknél jelölt <u>veszélyt, gyengeséget</u>? Miért? Hogyan lehet kezelni a veszélyeket, gyengeségeket? • Melyeknél jelölte, hogy <u>erősség, lehetőség</u>? Miért? • <u>Más tényezők</u>: Vannak-e olyan tényezők, amelyeket nem soroltunk fel és fontosak? Melyek ezek? 	Beszélgetés a 2. kérdőívről	10(45)
VII. Kliensek szükségletei		
<ul style="list-style-type: none"> • Milyen <u>kliensszükségletek</u> azonosíthatóak? Melyeket tudja az ellátórendszer kielégíteni? Melyeket nem? Miért nem? • Tapasztalata szerint milyen <u>új típusú szükségletek</u> azonosíthatóak? • Megjelentek-e <u>új típusú kliens csoportok</u>? Milyen új típusú szükségletet indukálnak? • Milyen <u>választ</u> tudnak adni ezekre az új szükségletekre? Ha nem tudnak adni, miért nem? • Készülnek-e <u>szükségletfelmérések</u> a kliensek körében? HA IGEN: Milyen gyakorisággal? Melyek a felmérés tapasztalatai röviden összegezve? Méri-e, hogy az ellátás kielégítette-e a kutatás során azonosított kliensszükségeket? HA NEM KÉSZÜL: mi az oka? 	Beszélgetés	12(57)
<ul style="list-style-type: none"> • Kérem tekintse át az 1. kérdőíven szereplő ellátási típusokat és speciális klienscsoportokat. Ön szerint mely ellátási típusok, csoportok esetében <u>változtak a szükségletek</u>, a kezelési igény? Miért? 	Beszélgetés támpont 1. kérdőív	5(62)
VIII. Változás az elmúlt 10 évben		
<ul style="list-style-type: none"> • Az elmúlt 10 évben Ön szerint a drogspecifikus ellátórendszerben milyen változások figyelhetők meg Magyarországon? 	Beszélgetés	5(67)
Kérem töltsse ki a 3. kérdőívet!	3. kérdőív	3(70)
<ul style="list-style-type: none"> • Mely ellátási típus esetében jelölte meg, hogy <u>romlott</u>? Miért? • Mely ellátási típus esetében figyelhető meg <u>javulás</u>? Miért? 	Beszélgetés 3. kérdőívről	7(77)
Kérem töltsse ki a 4. kérdőívet!	4. kérdőív	3(80)
<ul style="list-style-type: none"> • Mely tényezőkre jelölte meg, hogy <u>romlott</u>? Miért? • Mely tényezők esetében figyelhető meg <u>javulás</u>? Miért? 	Beszélgetés 4. kérdőívről	7(87)
IX. Zárás		

<ul style="list-style-type: none"> Kérem fejezze be a következő mondatot: Az ellátórendszer legnagyobb problémája jelenleg az, hogy..... A szakma legfontosabb feladata az lenne, hogy:..... Más észrevétel? 	3(90)
--	-------

1. KÉRDŐÍV

Az Ön adatai										
Neve:										
Szervezetbeli tisztsége:										
Mióta dolgozik valamilyen szerhasználatot kezelő programban:										év
Mióta dolgozik ennél a szervezetnél:										év
A szervezet adatai										
A szervezet neve:										
Ellátási egység:										
A szervezet jogi státusza?										
<input type="checkbox"/>	költségvetési szerv (állami közalapítvány)				<input type="checkbox"/>	nonprofit szervezet (egyesület)				
<input type="checkbox"/>	önkormányzati szerv (önkormányzati közalapítvány)				<input type="checkbox"/>	nonprofit szervezet (egyház)				
<input type="checkbox"/>	társas vállalkozás				<input type="checkbox"/>	nonprofit szervezet (egyházi szervezet)				
<input type="checkbox"/>	nonprofit szervezet (alapítvány)				<input type="checkbox"/>	nonprofit szervezet (egyéb)				
A szervezet bejegyzésének éve:										év
A szervezet mióta foglalkozik drogbeteg ellátással:										év
A szervezet tevékenységének hatóköre:										
<input type="checkbox"/>	egy település				<input type="checkbox"/>	több megyére kiterjedő				
<input type="checkbox"/>	több település				<input type="checkbox"/>	regionális				
<input type="checkbox"/>	egy megyére kiterjedő				<input type="checkbox"/>	országos				
<p>HA VANNAK A SZERVEZETEN BELÜL ÖNÁLLÓ SZAKMAI VEZETÉSSSEL RENDELKEZŐ, EGY TELEPHELYEN, TÖBBÉ-KEVÉSBÉ EGYSÉGES SZAKEMBERGÁRDA ÁLTAL BIZTOSÍTOTT SZOLGÁLTATÁSOKAT VÉGZŐ ÚN. ELLÁTÁSI EGYSÉGEK, AKKOR A KÖVETKEZŐ KÉT KÉRDÉST CSAK ARRÁ VONATKOZÓAN TÖLTSE KI, AMELYIKNÉL DOLGOZIK.</p> <p>Az Ön által képviselt szervezet/ellátási egység milyen speciális kliens csoportokban nyújt szolgáltatást? Kérem jelölje meg (karikázza)! A jobb oldali oszlopba tegyen x-et a három leginkább jellemző speciális csoport mellé!</p>										
1) Gyermekek és serdülők (18 év alattiak)										
2) Kliensek párhuzamosan jelentkező mentális és kábítószer-használati problémával										
3) Eltereltek (elterelés keretében kezelésbe kerülők)										
4) Idősek (50 év felettiak)										
5) Várandósok és kisgyermekes anyák										
6) Hajléktalanok										
7) Nemzetiségi és kisebbségi csoportok										
8) Menekültek										
9) Szexmunkások										
10) LMBTQ+ kliensek										
11) Fogvatartottak										

Az Ön által képviselt szervezet/ellátási egység milyen ellátási típusban nyújt szolgáltatást? Kérem jelölje meg (karikázza) a szervezet által nyújtott ellátási típust! A jobb oldali oszlopba tegyen x-et a három leginkább jellemző ellátási típus mellé!

1) Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	
2) Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve megelőző felvilágosító szolgáltatás)	
3) Egészségügyi járóbeteg ellátás	
4) Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon	
5) Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben	
6) Opiát-helyettesítő kezelés	
7) Nappali ellátás	
8) Közösségi szenvedélybeteg ellátás	
9) Tűcsere	
10) Alacsonyküszöbű ellátás (tűcsere nélkül)	
11) Támogatott lakhatás	
12) Félutasház	
13) Védett munkahely	
14) Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás	
15) Önszegítő csoportok	
16) Telefonsegély	
17) Interaktív online kezelőprogram	
18) Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás	
19) Megkereső szolgáltatások	
20) Továbbirányítás / ellátásba kísérés	

KÉRDŐÍV 2

Kérem jelölje meg, hogy Ön szerint az alábbi tényezők erősséget, gyengeséget, lehetőséget és/vagy veszélyt jelentenek a drogspecifikus ellátórendszert tekintve!

Soronként több választ is jelölhet!

	Erősség	Gyengeség	Lehetőség	Veszély	nem tudom
1) Média	1	2	3	4	0
2) Társadalom attitűdje	1	2	3	4	0
3) Politikai környezet	1	2	3	4	0
4) Jogszabályi környezet	1	2	3	4	0
5) Finanszírozás	1	2	3	4	0
6) Más drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés	1	2	3	4	0
7) Nem drogspecifikus szervezetekkel (jelzőrendszer: rendőrség, gyermekvédelem, oktatás stb.) való együttműködés	1	2	3	4	0
8) Érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés	1	2	3	4	0
9) Nemzetközi szakmai fejlemények, jógyakorlatok követése	1	2	3	4	0
10) Belső értékelések, monitorozás, szupervízió	1	2	3	4	0
11) Szakemberhiány	1	2	3	4	0
12) Az ellátásban dolgozók kiegészése	1	2	3	4	0
13) Továbbképzési lehetőségek hiánya	1	2	3	4	0
14) Kapacitáshiány – állandó várólista a kliensek számára	1	2	3	4	0
15) Kliensek számának növekedése	1	2	3	4	0
16) Dizájner drogok megjelenése	1	2	3	4	0
17) Új típusú szükségletek megjelenése és az azokra adott válasz/módszer	1	2	3	4	0
18) Új klienscsoportok megjelenése (pl. több fiatal, nő stb.)	1	2	3	4	0
19) Egyéb:	1	2	3	4	0
20) Egyéb:	1	2	3	4	0
21) Egyéb:	1	2	3	4	0
22) Egyéb:	1	2	3	4	0

KÉRDŐÍV 3

Az Ön véleménye szerint elmúlt 10 évben hogyan változott az egyes ellátás típusok helyzete Magyarországon?

Minden sorban egy választ jelöljön!

	rosszabb lett	nem változott	jobb lett	nem tudom
1) Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	1	2	3	0
2) Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)	1	2	3	0
3) Egészségügyi járóbeteg ellátás	1	2	3	0
4) Fekvőbeteg ellátás kórházi osztályon	1	2	3	0
5) Fekvőbeteg ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben	1	2	3	0
6) Opiát-helyettesítő kezelés	1	2	3	0
7) Nappali ellátás	1	2	3	0
8) Közösségi szenvedélybeteg ellátás	1	2	3	0
9) Túcsere	1	2	3	0
10) Alacsonyküszöbű ellátás (túcsere nélkül)	1	2	3	0
11) Támogatott lakhatás	1	2	3	0
12) Félutasház	1	2	3	0
13) Védett munkahely	1	2	3	0
14) Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás	1	2	3	0
15) Önsegítő csoportok	1	2	3	0
16) Telefonsegély	1	2	3	0
17) Interaktív online kezelőprogram	1	2	3	0
18) Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás	1	2	3	0
19) Megkereső szolgáltatások	1	2	3	0
20) Továbbirányítás / ellátásba kísérés	1	2	3	0

Az elmúlt 10 évben hogyan változtak a drogspecifikus ellátás alábbi környezeti tényezői Magyarországon?

Minden sorban egy választ jelöljön!

	rosszabb lett	nem változott	jobb lett	nem tudom
1) Média	1	2	3	0
2) Társadalom attitűdje	1	2	3	0
3) Politikai környezet	1	2	3	0
4) Jogszabályi környezet	1	2	3	0
5) Finanszírozás	1	2	3	0
6) Más drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés	1	2	3	0
7) Nem drogspecifikus szervezetekkel (jelzőrendszer: rendőrség, gyermekvédelem, oktatás stb.) való együttműködés	1	2	3	0
8) Érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés	1	2	3	0
9) Nemzetközi szakmai fejlemények, jógyakorlatok követése	1	2	3	0
10) Belső értékelések, monitorozás, szupervízió	1	2	3	0
11) Szakemberhiány	1	2	3	0
12) Az ellátásban dolgozók kiegészése	1	2	3	0
13) Továbbképzési lehetőségek	1	2	3	0
14) Kapacitás – várólista a kliensek számára	1	2	3	0
15) Egyéb:	1	2	3	0
16) Egyéb:	1	2	3	0
17) Egyéb:	1	2	3	0
18) Egyéb:	1	2	3	0

NEM DROGSPECIFIKUS ELLÁTÁSOK²⁰

(Készítette: Csák Róbert, Szécsi Judit)

Vezetői összefoglaló

A vizsgálati elem a nem drogspecifikus ellátásokat célozta négy nagyobb ellátási területre bontva: család és gyermekjóléti ellátórendszer, szociális ellátórendszer, hajléktalanellátás és egészségügyi ellátórendszer.

A nem drogspecifikus ellátásokban dolgozó szakemberek szerhasználat aktuális helyzetével kapcsolatos **percepciója egybehangzó volt, mindennapjaiban az illegális szerhasználat nem jelentős probléma, és az illegális szereknél a legális szerek, mint alkohol, cigaretta és gyógyszerhasználat sokkal nagyobb problémát jelentenek, mint a kábítószer.**

Az illegális szerek **minden típusa előfordul a nem drogspecifikus szolgáltatásokban**, az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) két nagy kategóriája, a szintetikus kannabinoidok, illetve a szintetikus katinonok azok, amelyek jelentős problémát okoznak ezekben az ellátásokban.

A szerhasználattal kapcsolatos feladatok döntően a **továbbirányításról, a megfelelő szolgáltatás megtalálásáról** szólnak. A beszélgetések során **általánosan jellemző motívum volt, hogy a résztvevők magukat inkompetensnek érzik a szerhasználattal, függőségekkel kapcsolatban**, és saját ismereteiket hiányosnak látják. A legtöbben azokkal a helyzetekre tudnak hatékonyan reagálni, melyekben a szenvedélyproblémával küzdő maga is belátja a problémáját vagy önkéntesen kér segítséget, tehát motivált a változásra. Fontos kiemelni ugyanakkor, hogy néhány szolgáltatónál megvalósult már az érintettek bevonása a vonatkozó szolgáltatások megvalósításába.

A **gyermekvédelemben, családsegítésben dolgozó szervezeteknél előfordult, hogy az adott kerületben vagy környéken az iskolai prevenciós feladatok ellátásában is részt vesznek**, ez utóbbi volt még egy jellemző, szerhasználathoz kapcsolódó szolgáltatás, amit a nem drogspecifikus szolgáltatásokban esetenként megtalálható. A résztvevő szakemberek percepciója szerint, **ahogyan nő a túlterheltség az egészségügyi ellátórendszerben, úgy csökken a kapacitás és a türelem a szenvedélybeteg, illetve a hajléktalan és szenvedélybeteg, vagy egyéb sokproblémás kliensekkel szemben.** Az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége a továbbirányításoknál egyértelmű akadályt jelent. A házi orvosok esetében szintén a továbbirányítás a jellemző, szerhasználathoz kapcsolódó tevékenység.

A **szerhasználók stigmatizáltságát többször említették a résztvevők**, mint az ellátáshoz való megfelelő hozzáférés akadályát. A nem drogspecifikus ellátásokban a szerhasználók elítélése, lekezelése fontos probléma.

A budapesti, nem drogspecifikus intézményeknek **jellemzően több addiktológiai szolgáltatást nyújtó intézménnyel van kapcsolata**, többnyire a működési helyének környékén a kerületben. A gyermekvédelem területén működő szervezetekkel ellentétben **a hajléktalanellátó szervezetek alig kapnak meghívást a kerületi kábítószer egyeztető fórum (KEF) munkájába**, nincs kapcsolatuk ezekkel a kerületi szintű koordináló testületekkel.

²⁰ A tanulmány és a háttérben álló kutatás Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum megbízásából és finanszírozásával készült.

Minden nem drogspecifikus terület résztvevő szakemberei körében megfogalmazódott, hogy nehéz számukra ezekkel a helyzetekre reagálni, eszköztelennek érzik magukat azzal kapcsolatban, hogyan lehet a motivációt erősíteni, fenntartani. **A hajléktalan ellátás területéről érkező szakemberek mindezeket túl azt is megfogalmazzák, hogy számukra külön problémát jelent, hogy a kliensek motivációját erősítsék, hogy jövőképet építsenek.**

A fókuszcsoporthoz **több javaslat is született az érzékelt hiányosságokra reagálva.** Minden beszélgetés során az **elsőik között fogalmazódott meg egy intézményi kataszterre vonatkozó igény,** mely megkönnyítené a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberek delegálási feladatait. Szintén **erős igény mutatkozott arra vonatkozóan, hogy ezek a szakemberek megoszthassák kérdéseiket, dilemmáikat, tapasztalataikat és jó gyakorlataikat egymással.** Emellett **minden terület nagyon hasznosnak tartaná egy-egy státusz erejéig addiktológiai szakember alkalmazását** akár kerületenként vagy intézményenként vagy utazó formában, esetleg telefonos szakmai tanácsadás formájában, ez nagyban tudná segíteni a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakembereket a felmerülő, aktuális addiktológiai kérdésekben, valamint a továbbirányításhoz megfelelő intézmény megtalálásában.

A javaslatok alapján **a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberek vagy igazgatásban dolgozók érzékenyítése is fontos lehet,** hiszen sokszor nemcsak a szélesebb körben vett társadalomban, hanem a kliensekkel kapcsolatba kerülő szakemberekben is számos tévhit, előítélet, akár stigmatizáció, klienshibáztatás is megjelenik.

A résztvevők **a főváros szerepét elsősorban koordinációban, az együttműködések generálásában, a lobbitevékenységben, a közvetítésben látják.** A prevenciós programokkal kapcsolatos szabályozás megnyugtató rendezését, a szolgáltatások kapacitásának jobb kihasználásának segítségét jelölték meg legfontosabb feladatként. Ez különösen fontos terület, mert **az iskolai prevenció fájdalmas hiánya a beszélgetések alatt többször is előkerült.**

A nem drogspecifikus ellátásban dolgozó résztvevő szakemberek arra a kérdésre, hogy mit látnának szívesen 3 év múlva optimális esetben az addiktológia területen, egyértelműen és egyöntetűen **egy intézményi katalógust, tényleges és felkészített szakemberek által vezetett prevenciós programokat látnának.** Emellett fontosnak tartanák az intézmények szakmai segítségét is.

Bevezetés

A kutatás célja, háttere, fogalmi keretek

A Magyar Addiktológiai Társaság kutatása a Fővárosi Önkormányzat felkérésére készült. A 2022-ben elkezdődő munka első fázisában a rendelkezésre álló adatok fővárosi fókuszú másodelemzése történt meg. A második fázisban olyan helyzetfelmérést végeztünk, melynek célja, hogy a fővárosi drogstratégia elkészítéséhez megbízható információval lássa el a döntéshozót, ezzel is biztosítva a stratégia tényalapúságát. Ennek keretében kerestünk meg szakembereket az ellátórendszer minden szegmenséből, hogy feltérképezzük a tapasztalatokat, hiányokat, akadályokat és jó példákat.

A következő tanulmány a nem drogspecifikus ellátást nyújtó szolgáltatókkal készített felmérés tapasztalatait mutatja be. Az interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések keretében a főváros területén, különböző szakterületeken (egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi és addiktológiai specifikus) működő intézmények szakembereit kérdezzük. A helyzet mélyebb megismeréséhez, az észlelt problémák és hiányosságok az akadályok és megoldási lehetőségek feltérképezéséhez elengedhetetlen a problémával kapcsolatban lévő, gyakorlatban dolgozó szakemberek tudása, tapasztalata.

Módszer

Az adatgyűjtés eszköze és módja

Az interjúk és fókuszcsoportos beszélgetés során a nem drogspecifikus ellátást nyújtó szolgáltatókat kerestük meg, hogy feltárjuk az szolgáltatásokban dolgozó szakemberek által észlelt problémákat és kliensszükségeket. A fókuszcsoportos interjú során érintett témák a következők voltak: a résztvevő munkavégzési területén tapasztalt szerfogyasztás jellemzői, az ezzel kapcsolatos tapasztalatok az alkalmazott beavatkozások, az intézményi és szakemberek közötti együttműködések, az ellátást nehezítő hiányosságok, valamint a fejlesztési lehetőségek és akadályok. Mivel az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége kapcsán feltételeztük, hogy a fókuszcsoporton való részvétel követelménye (adott helyen, adott időpontban való megjelenés) akár el is lehetetlenítheti a megvalósítást, ezért számukra felajánlottuk a személyes vagy telefonos interjút, mint alternatívát a kutatásban való részvételre. Így a házi orvosokkal kizárólag interjúk készültek (két esetben személyesen, a többi esetben telefonon), valamint csak interjú keretében tudta vállalni a részvételt a sürgősségi ellátás (mentőszolgálat) képviselője, illetve a kórházi ellátás területéről egy hepatológiai osztály képviselője.

A fókuszcsoportok 1,5-2 órás, az interjúk 25-45 perc közötti időtartamúak voltak. Az elhangzottakat diktafonra rögzítettük, melyet legépeztünk és elemztünk. A fókuszcsoportokon, illetve az interjúkon való részvétel önkéntes volt, azért ellentételezést nem ajánlottunk fel, az előzetes beleegyezés bármikor, minden következmény nélkül visszavonható, és a részvétel megszakítható volt. Az adatokat teljes mértékben anonim módon dolgoztuk fel, így sem a résztvevőket, sem a résztvevő intézményeket – az anonimizálás következtében – nem lehet azonosítani.

A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása

A vizsgálatban a nem drogspecifikus ellátásokat céloztuk négy nagyobb ellátási területre bontva: család és gyermekjóléti ellátórendszer, szociális ellátórendszer, hajléktalanellátás és egészségügyi ellátórendszer. Négy fókuszcsoporthot szerveztünk a négy ellátási területnek, és 10 interjú készült, 8 háziorvossal és az egészségügyi ellátórendszer másik két képviselőjével.

A résztvevők rekrutálásánál a főváros minél szélesebb területi lefedettségét igyekeztünk biztosítani. Minden fókuszcsoporthot igyekeztünk úgy összeállítani, hogy belső és külső kerületekben, valamint Budán és Pesten működő szervezetek egyaránt képviselve legyenek, és fontos szempont volt, hogy egy fókuszcsoporthon belül lehetőleg minden résztvevő másik kerületből érkezzen. A fókuszcsoporthokra intézményvezetők, programkoordinátorok, vagy az általuk kijelölt, a témában kompetens, a szervezet tevékenységét átlátó kollégák vettek részt. A háziorvosok esetében a privilegizált hozzáférés (Griffiths et al. 1993) módszerét használtuk, egy háziorvos segítségével toboroztuk a résztvevőket, aki a háziorvosok belső kommunikációs csatornáit használva tett közzé a felhívást a kutatásban való részvételre.

A minta jellemzői

Mivel a gyermekjóléti, illetve szociális ellátórendszer résztvevői könnyen beazonosíthatóak lennének a kerületek megnevezésével, ezért a résztvevő szervezetek és szakemberek anonimitásának megőrzése érdekében a fókuszcsoporthokon résztvevők kerületi eloszlását csak aggregálva közöljük. A fókuszcsoporthok résztvevői a következő kerületekből érkeztek: 2., 3., 6., 7., 8., 9., 10., 12., 13., 14., 19., 20. és 22. kerület, ezen felül minden ellátási területről részt vettek az adatfelvételben fővárosi hatókörű szervezetek vezetői vagy képviselői is.

Az interjúkban résztvevő háziorvosok a következő kerületekben végzik munkájukat: 2., 3., 8. (két fő), 9., 11., 18. és 20. kerület.

6.táblázat: A fókuszcsoporth résztvevők főbb jellemző (fő)

A fókuszcsoporth megnevezése	A fókuszcsoporth típusa	N
Fókusz1	Család és gyermekjólét	7
Fókusz2	Szociális ellátórendszer	9
Fókusz3	Hajléktalanellátás	11
Fókusz4	Egészségügyi ellátórendszer	2

Elemzési eljárás

Az adatok elemzésében első lépésként mind a fókuszcsoporthok, mind az interjúk hanganyaga szó szerinti begépelésre került, ügyelve a személyek megszólalásainak elkülönítésére és az anonimitás megőrzésére. Ezen kívül az átírás során megjelenítésre kerültek egyes jellegzetes non-verbális megnyilvánulások – például nevetés vagy helyeslés –, amelyek az adatok értelmezhetőségéhez szintén hozzájárultak.

A fókuszcsoporthokon mindkét kutató részt vett, és jegyzeteket készített a későbbi feldolgozást támogatóként. A leiratok feldolgozásában tartalomelemzés (Braun & Clarke, 2006) módszerét használtuk. A szöveg aktív olvasása során a tartalmak megértése, jelentések és mintázatok keresése után kódoltuk a szövegeket. A kódok kialakításakor elsődleges szempont volt az adatok rendszerezése, később azok témákba csoportosítása. A témák kialakításakor az interjú, illetve fókuszcsoporth vezérfonal főbb tematikus egységeit vettük alapul, majd azon belül a beszélgetések során felmerültek alapján altémákat alkottunk.

Eredmények

Percepció a szerhasználatról, általános helyzet

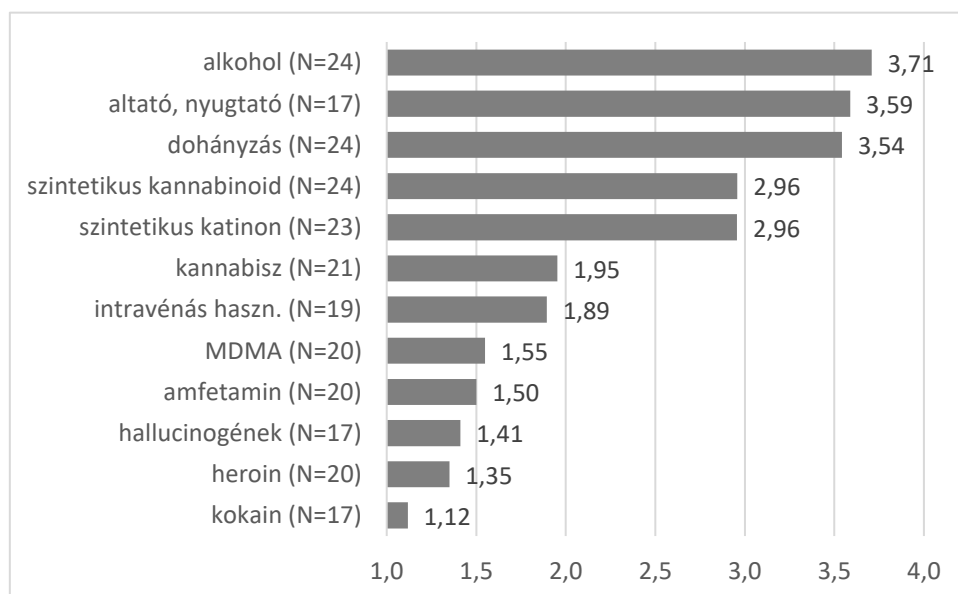
A nem drogspecifikus ellátásokban dolgozó szakemberek általánosságban úgy látják, hogy szerhasználat témakörében az illegális szereknél a legális szerek, mint alkohol, cigaretta és gyógyszerhasználat nagyobb problémát jelentenek, mint a kábítószer. A fókuszcsoportok résztvevőit egy rövid kérdőív kitöltésére is megkértük, facilitáljuk a beszélgetést, ezek eredményei (lásd 1. ábra) szintén jól illusztrálják ezt a megállapítást. A kérdőívre kapott válaszokkal kapcsolatban fontos megemlíteni, hogy az altató, nyugtató kategória nem szerepelt az előre megadott szerek között, azt a fókuszcsoporton résztvevők maguktól említették (25 résztvevőből 17-en), de az első spontán említés után a jellemző reakció a helyeslés volt minden fókuszcsoporton, azok részéről is, akik maguk nem írták fel a gyógyszerhasználatot saját kérdőívükre. Spontán említett szer volt még az alkohol és gyógyszer kombinált használata különálló problémaként (N=3, átlagérték=4), a szipuzás (N=1, átlagérték=3), az elfbar (N=1, átlagérték=4), a metadon (N=1, átlagérték=3), valamint a gyermekjóléti ellátások fókuszcsoportjában előkerült még az energitalok fogyasztása (N=3, átlagérték=3,3) is.

*Alkohol, dohányzás. Ez a kettő, ami szerintem a legtöbb problémát okozza. A dohányzás az nyilván az egészségügyi dolgok miatt. Az alkohol amellet pluszban még a különböző házirend betartási nehézségek, meg az egymással való konfliktusok mentén. Azt gondolom az az igazi probléma. **Fókusz3V1***

*A dohányzás, az alkohol az nálunk is 4-es lett, amit nem írtam fel, de teljesen adja magát, és [X] is mondott a gyógyszer. Ami szerintem nálunk akár a Dankóban vagy akár a vidéki egységeknél, ami a problémának a vegyítése. **Fókusz3V2***

*Itt ez alatt az egy év alatt inkább alkoholproblémákkal találkoztam, egyéb szerek még így nem derültek ki... dohányzás az igen... mondjuk..., de így kábítószer... vagy akár gyógyszerfüggőség sem. Itt ez nem... ebben a praxisban így nem derült ki még. Meg inkább akkor a pszichiátriára járnak, ott íratják fel a gyógyszereket. **Háziorvos18.ker.***

1.ábra: Mennyire okoz problémát az adott szer használata a résztvevők szakterületén (25 fő) (1=egyáltalán nem probléma, 4=nagyon nagy probléma)



Legális szerek, alkohol, cigaretta és gyógyszerhasználat

A dohányzást egybehangzóan, mind a fókuszcsoportok résztvevői, mind a házi orvosok olyan problémának látják, amely nincs a probléma súlyosságának, az ártalmak komolyságának megfelelően kezelve. Ez alól kivételt leginkább a fiatal életkor jelent, úgy látják, hogy leginkább kisgyerekek esetében tekintik olyan problémának a dohányzást, amivel mindenképpen foglalkozni kell. Szintén a gyerekek, fiatalok kapcsán jelent meg az égésmentes dohánytermékek használata, de a nem drogspecifikus ellátásokban dolgozók körében ez a típusú dohánytermék nem jelent meg külön kategóriaként.

*Már kiskamaszkorban látjuk, hogy a gyerekek dohányoznak 12 éves korban is akár és sajnos rengeteg szülő támogatja. Tehát akár, hogy is próbáljuk csúrní, csavarni csak kiderül, hogy a szülő megveszi neki, hiszen be se mehetne a dohányboltba 18 év alatt, de hát ez papíron szépen hangzik, de simán amúgy is bemennek, vagy megkér valakit, ha nem veszi meg a szülő, de támogatják általában a szülők. **Fókusz2V1***

*Mi a bióra, kristályra, az alkohol, dohányzás és mi írtunk az egyébbe az benzot [benzodiazepin]. A ragasztó, tehát ezek a szerves oldószeres cuccok, az Elfbár, Ami nálunk iszonyú nagy divat lett már 12 évesen is elfbároznak és terjesztik, veszik is ugye a neten, vagy nem tudom hol lehet ezt. **Fókusz1V1***

*Alapvetően az alkohol és a dohányzás az, amit én megjelöltem a fő problémának. A dohányzás az olyan, hogyha nem fiatalkorú, vagy nem kiskorúról van szó, akkor azt már szerintem mindenki úgy veszi, hogy természetes, hogy az nem is probléma. A dohányzás az nem probléma. A gyerekek átmeneti otthonában nyilván ott ezzel foglalkozni kell. Foglalkoznak is, illetve az intézmény területén tilos a dohányzás, tehát ez inkább a 14 év kor alattiaknál van az, hogy ez úgymond problémát jelent. **Fókusz2V2***

*A legfontosabb – a legnépszerűbb szerhasználat az a cigaretta meg az alkohol... a cigaretta az egy nem titkolt betegséggé vagy szerhasználatként jelenik meg, ezt az emberek, akik dohányoznak bevallják, elmondják, hogy mennyit szívnak. Van, aki igyekszik jobban, hogy változtasson, de az emberek többsége általában olyan szerként használja, hogy általában fel sem merül bennük az, hogy erről jó lenne leszokni. Az alkohol az egy... az egy más probléma... azt tudom mondani, hogy az általam ismert alkoholisták közül nagyjából a fele letagadja vagy legalábbis a mennyiséget tagadja amennyit fogyaszt. ... vannak más szerhasználók is elvéve, de nem az a jellemző a körzetben. **Házi orvos11.ker.***

Az alkoholfogyasztást, mint problémát – ellentétben a cigarettával – jellemzően az idősebb korosztályhoz kötötték a résztvevők. A gyermekvédelem, családsegítés területéről érkezők a szülők kapcsán látták problémának az alkoholfogyasztást, a hajléktalanellátásban pedig „megszokott” általánosan elterjedt szerhasználatként beszéltek róla, amely gyakorlatilag a hajléktalanságban élők túlélési stratégiájának, illetve öngyógyítási eszközének része. A házi orvosok szemszögéből az alkoholproblémák kapcsán döntően az aluldiagnosztizáltság témaköre jelent meg, a házi orvosok tisztában vannak a jelenség elterjedtségével, amivel szemben áll a saját gyakorlatukban felmerülő esetek száma. A fókuszcsoportok és interjúk szakterületeken átívelő motívuma volt, hogy az alkoholprobléma jellemzően egyéb problémák kapcsán tud felszínre kerülni.

*Hát olyan egy kezemen meg tudom számolni az ilyen szenvedélybetegeket, akik droggal küzdenek, alkoholista persze több van, de hát ők általában nem is keresik a lehetőséget, hogy meggyógyuljanak az alkoholfüggőségéből. **Házi orvos8.ker_1***

*A dohányzás, alkohol szinte teljesen jellemző inkább a törvényes képviselőknél. Ugye mi gyermekek átmeneti otthona vagyunk, tehát a törvényes képviselő, a szülő személyes képviselője én velem kötök megállapodást, tehát ez egy elég jellemző probléma. **Fókusz2V1***

*Amit viszont egyre súlyosabb problémának látok az az alkohol. Nagyon nagyon, tényleg ilyen extrém helyzeteket vonultatnak fel nap, mint nap az ügyfelek. Elmegy inni, fejre áll, megmentik, visszajön oh, nem történt semmi baj, csak egy kicsit beszélgettünk. Aztán másnap ugyanígy fejre áll, mentő, kiviszik a kórházba, kiteszik, megint fejre áll... és egyébként nagyon sok kliensünkönél ugyanez a tendencia. Egyébként most a napokban olvastam, hogy ismét világszerte Magyarország az alkoholfogyasztásban. Úgyhogy ez egy vaskos probléma maradt és szerintem a különböző dráguló szerek, meg eltűnőben levő szereket mindig az alkohol váltja ki. Úgyhogy ez a jövőben valószínűleg még erősebb probléma lesz. **Fókusz3V3***

*Tehát a betegforgalomnak, a teljes munkának a 0,5%-a addiktológia, miközben ugye tudjuk a statisztikákból, hogy az embereknek, ha nem is a tíz, de legalább 7-8%-a alkoholproblémákkal küzd és még nem beszéltünk a többiről. Tehát... ez egy ilyen nagyon-nagyon aluldiagnosztizált témakör – nálunk... és... máshol is... rejtőzködnek ők, vagy nem járnak orvoshoz, vagy ha eljönnek orvoshoz, nem derül ki a szerhasználati zavar, csak akkor, ha valami akut krízis van, szerintem ez a fő szabály. **Háziorvos9.ker.***

A gyógyszerhasználat minden fókuszcsoporton és interjúban felmerült, mint elterjedt és jelentős problémát okozó szerhasználat, kiemelt csoport ezen belül a benzodiazepinek (pl.: Frontin, Rivotril, Xanax). A fő jellemzője ennek a típusú szerhasználatnak a megkérdezettek szerint, hogy a nyugtatók, altatók szedését nagyon kevésbé tekintik az emberek kockázatosnak. Ennek okaként egyrészt az elterjedtséget látják (azaz, hogy sokaknak van a közvetlen környezetében olyan, aki rendszeresen szed ilyen gyógyszert), másrészt azt, hogy egy orvos, pszichiáter vagy háziorvos írja fel. Ez utóbbit többen is említették a könnyű hozzáférhetőség okaként.

*Ami a legszembeötlőbb és valójában ez egy legális forma, az a nyugtatókkal való visszaélés, ö... ebben... szinte mindenki, minden társadalmi csoport érintett valamilyen szinten. **Háziorvos8.ker_2***

*Egymás között összejönnek a téren, szívják a cigit, meg adják veszik egymás között a Rivotrilt. Mondja a gyerek, hogy ja, hát én már 10-15 szem Rivotrilt bevettem és ittam rá és nézze meg, még mindig itt vagyok, hát ez miért akkora probléma. Hát az anyám is szedi és ő is bevesz egy nap 5-öt és évek óta szedi és nincs baja. **Fókusz2V3***

*De... ez nagy számban, tehát akik rendszeresen íratják ezeket a nyugtatóféle gyógyszereket, olyan nagyon sok van, ők tulajdonképpen nincsenek is tisztában vele, hogy ők függők. **Háziorvos8.ker_1***

*Az ügyfél elmondása szerint nagyon sok esetben nem is találkozik pszichiáterrel, hanem elmondása alapján a házi orvos bemondásra felír neki nyugtatót nagy mennyiségben. Nincsen beállítva a gyógyszerelés és kapkodja be. Folyamatosan utánpótlás van és nagyon nagyon nehéz úgy megküzdeni az ügyféllel és próbálni neki elmagyarázni, hogy ez milyen addiktológiai hatásokkal vált ki, és hogy mennyire nehéz erről leállni és utána egy nagyon komoly munka, hogy valamennyire csökkentse, vagy akár el is hagyja ezeket a szereket, amikhez tényleg úgy szokik hozzá, hogy 3-4-et is bevesz egyszerre. Rossz esetben még alkoholt is fogyaszt hozzá. **Fókusz2V4***

*Azokkal van viszonylag könnyebb dolgom a felismerés szintjén, akik benzodiazepin függők, mert ők ugye azt velünk íratják fel. Tehát hogy a nyugtatófüggő esetén mi vagyunk az a díler, akin keresztül ő megszerzi az anyagot. Az alkoholnál ugye nem így van, ott bemegy a boltba és megveszi, az alkoholt. Az illegális szerhasználóknál meg pláne nem így van. **Háziorvos9.ker.***

Itt érdemes megemlíteni még egy, a sürgősségi ellátásban dolgozó interjúalany által a gyógyszerhasználat kapcsán elmondott trendet, mely szerint a benzodiazepinek használata a koronavírusjárvány kapcsán emelkedő tendenciát mutat.

*Azt pontosan jól látjuk, hogy a benzodiazepinek használata egy emelkedő képet mutat. Ezeknek a gyógyszerészeti forgalmon kívül egy olyan 6-8%-os fekete piaci forgalmuk van. Itt egy jelentős emelkedés volt a koronavírus kapcsán, itt több, mint félmillió dobozzal emelkedett a benzodiazepinek forgalma 2020-ban. Talán most egy kis visszaesés van, de nem került vissza arra a szintre, ami a járvány előtti szintet jelentette. Ez egy abszolút emelkedő tendencia. **Mentők***

Illegális szerek és azok mintázódása

Bár az illegális szerek minden típusa előfordul a nem drogspecifikus szolgáltatásokban, az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) két nagy kategóriája, a szintetikus kannabinoidok, illetve a szintetikus katinonok azok, amelyek problémát okoznak ezekben az ellátásokban. A hagyományos szerek, mint a kannabisz, amfetamin, kokain, hallucinogének csak nagyon kevéssé jelennek meg a különféle szolgáltatók feladataiban, általánosságban nem okoznak igazán jelentős problémát a mindennapokban. Mivel itt nem drogspecifikus ellátásokról beszélünk, a kábítószerek használata jellemzően rejtett marad, csak kivételes esetekben derül ki a szerhasználat, akkor jellemzően egyéb problémák kapcsán, nem önmagában jelenik meg.

*Ugye nem minden szerhasználó viselkedik zűrösen, nagyon sok, aki itt az orvosi rendelőben normálisan viselkedik, kivárák a sorukat, elmondják hogy éppen náthásak, vagy mit tudom én, magas a vérnyomásuk, megkapják arra a kezelést, sose derül ki, hogy ő szerhasználó. Azoknál szokott kiderülni, hogy szerhasználó, akiknél magatartászavar vagy valami komplexebb pszichiátriai probléma van, esetleg egy depressziós krízis van, nyilván rá szoktam kérdezni a szerhasználatra – és akkor kiderül, hogy ja egyébként az is van. **Háziorvos9.ker.***

*Nálunk a drog alkalomszerűen jelenik meg, tehát nagyon ritkán. Úgyhogy már évek óta kis gyerekes családjaink vannak. Ez azt jelenti, hogy a tinik nem nagyon vannak jelen. A gyerekek körében nincs addiktív szer. Ugyanakkor 4-est adta a dohányzásra, illetve az alkoholra 3-ast adtam. Jelenleg elmondható, hogy gyakorlatilag most nincs se alkoholistánk, se drogosunk **Fókusz1V2***

*Igazából az amfetamin, speed, extasy-t nem nagyon tudjuk. Inkább a bio [szintetikus kannabinoid] az, ami nagyon jelen van, ez 4-es lett, illetve a kristály, a szintetikus katinonok is, mert azok a lányok, akik mondjuk prostitúcióval érintettek, azok nagyon sok esetben használnak is, tehát az mindenképp probléma. **Fókusz2V5***

*Az hogy a fiatalok között mekkora a marihuána fogyasztás az nem derül ki itt, mert nem jön ide... bár... bár van olyan fiatal aki elárulja, hogy ő fogyaszt, mert megbeszéljük, érdeklődik, és akkor beszélünk róla. Én mondjuk már nem fogyasztok marihuánát, de fiatal koromban én rendszeresen... az alkoholt súlyosabb szernek gondolom. **Háziorvos2.ker.***

Az intravénás szerhasználat nem igazán jelent meg problémaként a fókuszcsoportokon, illetve interjúkban, amely mögött ennek a beviteli módnak az országra általánosságban jellemző csökkenő trendje állhat (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2022, p66). Ez alól egy terület volt kivétel, a hajléktalanellátás, ahol ez jelenleg is problémát jelent.

*Itt igazából, ami nagyon kevéssé jelenik meg az az intravénás szerhasználat, mit tudom én szemben tizenegynéhány évvel ez előtthöz képest. **Fókusz2V5***

A bio, a kristály és az intravénás használat, az alkoholra adtam 4-est. Nálunk ez jellemzően jelen van. A legnagyobb problémát ezek okozzák. Nagyon sok fiatal érintett nálunk. Az alap összetételnek körülbelül az egyharmada. Intravénásan egyre többen használják. Rengeteg fecs-

*kendőt találunk eldobálva az intézményben reggelente. Nyilván az ár, az olcsósága az, ami befolyásoló. Ilyen 500 forint körüli egy ilyen adagnak az ára. Sajnos árulják is benn nálunk az intézményben, úgyhogy nálunk ez a legnagyobb probléma. A többi az nagyon elenyésző. A cannabis, hasis az egyáltalán nem probléma. A speedek, extasy ezt nem nagyon tudják kifizetni, a kokaint szintén nem tudják kifizetni. **Fókusz3V4***

A kábítószerhasználat területi mintázódása az egyik legegységelműbb dimenziója a fővárosi kábítószerproblémának. Leginkább a belső kerületek tűnnek magasabb prevalenciájú helyeknek, egyrészt a belvárosi „bulinegyed” városrész kapcsán – amely jellemzően a sürgősségi ellátásban dolgozókat érinti, másrészt a 8., 9., 10. kerületekben, ahol az alacsony társadalmi státuszú, marginalizált csoportok, illetve a hajléktalanságban élők koncentrációja kapcsán jelennek meg a szerhasználat magas kockázatú típusai. Ez utóbbi jellemzően ÚPSZ használatot jelent, illetve esetenként intravénás használatot, amelyet a résztvevők egyértelműen ezen szerek alacsony árához kötöttek, szemben az ezekhez képest drágábbnak tartott klasszikus szerekkel (pl.: MDMA, amfetamin, kannabisz). Ennek a dimenzióknak a másik véglete a drágának tartott kokain használata, amelyet elsősorban a magasabb társadalmi státuszú lakosággal rendelkező kerületekben látnak előfordulni. A harmadik típusba, a legalacsonyabb érintettségűnek látott területek pedig a külső kerületek, ahol szinte semmilyen illegális szerhasználat nem találkozunk a résztvevő szakemberek.

*Olyan volt még a praxisomban, akinek kokainhasználat miatt szívinfarkta volt, megbeszéltük, hogy igen, le is állt a kokainról, van ez a gazdag Pasaréti – gazdag rózsadombi réteg... ott pl. a kokain az, ami eléggé népszerű. **Háziorvos2.ker.***

*Én a VIII. kerületben dolgozom, ott azért az én környékemen közepes vagy inkább alacsony státuszú emberek élnek, inkább alacsony státuszú úgy mondom, ezért ez a... mindenféle utcai vegyes jellegű kábítószer, amiket nagyon-nagyon pár embertől meg bírtam kérdezni és elmondta, hogy mit fogyasztanak, ő... egyetlen ember volt, aki egyszer mondta, hogy régebben kokainozott, amikor volt rá pénze... aztán utána ő átszokott a nyugtatókra, meg ő vissza is élt a nyugtatókkal, árulja... és hasonló dolgok. A nyugtatókkal való kereskedés szerintem nagyon-nagyon gyakori, csak ez is olyasmi, amit csak gyanítani lehet. **Háziorvos8.ker_2***

*Elég rejtetten van nálunk [budai kerület] bármiféle fajta szerhasználat. Ugye zömében jobb anyagi körülmények között élő családok, akik a klienseink. Ők ugye olyan szereket használnak, ami idézőjelbe mondom, hogy jobb minőségű és ez valahogy ennél fogva a külső tüneteket kevésbé mutatja. Tehát sokkal rejtettebb én azt gondolom és sokszor az esetvezetés során derül ki, hogy igazán a probléma mögött akár alkoholizmus, vagy valamilyen egyéb droghasználat, ami a magatartásban valami fajta változás zavarokat okoz, van mögötte tehát, hogy és ezek nem igazán felvállalt... tehát nem, nem kerül ki az asztalra. **Fókusz1V3***

*Nálunk vagy nem jut el, vagy úgy tűnik, hogy marginális probléma egyelőre. Nagyon kevés jelzést kapunk ezzel kapcsolatban. Kicsit olyan, mintha egy kicsit konszolidáltabb lenne ezen a téren egyelőre legalábbis. Más jellegű problémák vannak, ez is kicsit jobb módú kerület és hát viszonylag sok a családi kapcsolati, válással, szülők közötti háborúval kapcsolatos probléma. **Fókusz1V4***

Amit mi látunk a napi gyakorlatban, hogy hétvége egy picit megemelkedik az esetszám, amiben semmi újdonság nincsen, hiszen hétvégén a partik és szórakozóhelyek telítve vannak. Ebből a szempontból fizikálisan is meghatározhatóak azok a helyek, ahol kábítószerhasználat miatt bekerülő fiatalok vannak. Ez elsősorban a bulinegyedre értendő. Viszont az egyéb szerek megjelenése szempontjából, itt elsősorban az intravénás szerhasználat az jelentősebb szórást mutat területi szempontból. 9. kerület, 9. 10. kerület határa. A nyócker bizonyos részei mind a mai napig fertőzöttek. Esetenként az észak pesti régió, ahol halmozottabb számban fordul elő.

*De azt kell mondjam, hogy az intravénás használat az itt a statisztikákat ismerve azért jelentős módon lecsökkent. **Mentők***

Megjelent még mintázódásként az életkor is, itt alapvetően az illegális szereket, mint nagy csoportot, általánosságban a fiatalabbakra jellemzőnek gondolták a résztvevők. Ez alól a kokain volt kivétel, amelyet inkább a középkorúakhoz, 30 év felettiekhez kötöttek. Emellett a hajléktalanellátásban dolgozók az ÚPSZ használatával kapcsolatban időbeli trendeket is láttak, azaz az ÚPSZ használat megjelenése a szolgáltatásokban hullámzó, részben kisebb, szerhasználó közösségek szolgáltatásokban való megjelenéséhez köthetőek.

*Az új pszichoaktív szerek azok ilyen hullámzó módon jelentkeznek nálunk, vagy legalábbis tetten érhetők. Ugyanúgy elvág, mint a kristály is. Most úgy tűnik, hogy ez lefelé ívelő tendencia. Tehát szerintem ez benne van a levegőbe, hogy bármikor, bármikor berobbanhat. Nálunk a használat, nyilván amiről beszélek az új dizájnerek használata inkább a fiatalabb korosztály és ők úgy szoktak érkezni, hogy megjelennek ketten, hárman, aztán négyen öten és akkor jönnek, jönnek, jönnek és aztán 10-15 főre duzzad ez a létszám, de egy idő után nyilvánvaló az ő keret-tartási nehézségeik miatt nagyon gyakran kipörögnek, és nagyon hamar kipörögnek a szállók-ról és akkor van egy ilyen tisztább időszak és aztán újra van egy felfutása ennek. **Fókusz3V5***

*Mi alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtunk. Szóval azt tapasztaljuk, hogy... eddig nem tudom a 16-17 évesek elszívtak 1-1 füves cigit, de most már a 13-14 évesek is, bandákban. Elég nyíltan beszélünk bent az irodában erről, hogy legalább tudják, hogy mit szívnak, hogy hova vezet, hogy legyenek bizonyos információk birtokában. ... Nagyon könnyen hozzájutnak és a nagyon gagyi minőséget, amit 1000 forintért meg tudnak venni. Ez nálunk bőven ott van, nálunk elég gyakori az ilyen tényleg 500 forintért hozzá férnek és azt se tudják, hogy mi van benne és mit fog kiváltani. **Fókusz1V5***

*A befogadó otthonban már a gyerekek nagy része, a kamaszok nagy része aktív szerhasználattal jelenik meg. Elmondásuk alapján 9 éves korukban találkoztak először bio fűvel, később kristállyal és azóta is ezt használják. A függőséget abszolút elutasítják. Nem tartják magukat függőnek. A kristály [szintetikus katinon] és biofű [szintetikus kannabinoid]. 250-300 forintért veszik a biofüvet. A kristályt azt 1200-1500 körül. **Fókusz1V6***

Összességében elmondható, hogy a nem drogspecifikus ellátásokban dolgozók a fővárosi kábítószerhelyzetről gyakorlati tapasztalataik alapján reális képet alkottak, a fókuszcsoportokon, illetve interjúk során elhangzottak párhuzamosak a szakirodalomban, kutatásokban talált trendekkel és mintázódásokkal.

Szerhasználathoz kapcsolódó problémák kezelése a szolgáltatók gyakorlatában

Bár a vizsgálat fókuszában a szerhasználat áll, azt fontos megjegyezni, hogy a nem drogspecifikus szolgáltatók mindennapjaiban nagy általánosságban a szerhasználat nem jelentős probléma. Természetesen a célcsoporttól, illetve a kerülettől függően ebben vannak eltérések, de ahogy azt az előző részben bemutattuk, a legálisan kapható szerek (alkohol, cigaretta, gyógyszer) azok, amik jellemzően a függőséggel kapcsolatos feladatokat adják a szolgáltatóknak.

*Azt kell mondjam kicsinyke [része a feladataiknak]. Alapvetően kicsinyke, azt gondolom, hogy az 1-2% környékét se éri el. Jóval magasabb az ittasok száma, amit direkt nem vettem ez alá a kalap alá. Az azért jelentős. Az legalább a 8-10%-t kiteszi a betegforgalomnak. **Mentők***

*Ami nagyon sok feladatot ad, az tényleg ezek a nyugtatók és az azokkal való hadakozás, meg hogy kéthetente akarja íratni meg hasonlót, de a nyugtatók legálisak. Illegális szer miatt gyakoribb táppénzre vétel az egy-két eset, annál az alkohol sokkal gyakoribb, ami miatt táppénzre kell valakit venni. **Háziorvos8.ker_2***

Szerhasználathoz kapcsolódó feladatok

Azoknál a szervezeteknél, ahol a szolgáltatást helyben veszik igénybe a kliensek, ott általában van valamilyen szabály arra vonatkozóan, hogy részegen vagy kábítószer hatása alatt mennyiben lehet igénybe venni a szolgáltatást. Ebben fontos szempont, hogy a szerhasználatból fakadó következmények a munkatársakat vagy harmadik személyt, például jelen lévő gyereket veszélyeztetik. Néhány intézmény, jogással is egyeztetve, saját szabályokat alakított ki a többi kliens, a kiskorú gyerek és a munkatársak védelme érdekében. Itt problémaként merülhet fel, hogy az érintettek bagatellizálják vagy tagadják a szerhasználatot. Az egyik szolgáltatónál például megoldásként bevezették azt a szabályt, hogy ha két dolgozó egyetért abban, hogy részeg valaki, akkor el kell hagynia az intézményt. Ezzel együtt jellemzően pragmatikus hozzáállásról számoltak be a résztvevők, azaz az együttműködésre való képesség felől közelítik meg a problémát és ettől teszik függővé az intézményi szolgáltatás igénybevételét.

*Nálunk nincsen különösen protokoll, hogyha érzékeljük a problémát, akkor mindig a rendelkezésre álló repertoárból próbálunk válogatni és valahogy az ügyfeleket rávenni arra, hogy vegyék igénybe. Olyan jellegű probléma nincsen, hogy az ügyfelek hogyan érkeznek, ha valaki valamennyire ittas, de használható állapotba van, akkor szoktuk fogadni. Van, aki agresszívbabb, az egy másik tészta, akkor fellépünk, ha átlép egy bizonyos küszöböt, ha olyan a magatartása. **Fókusz1V4***

*Mindig gond volt, hogyha ittasan jön az apuka ugye a kapcsolattartásra, akkor ugye kihívjuk, a kolléga foglalkozik a gyerekekkel és akkor megkérdezzük, hogy fogyasztott-e alkoholt és akkor mondja, hogy nem és akkor mondjuk, hogy de a mozgásán és az illatokon érezzük. De akkor se... És hoztuk azt a szabályt, hogyha két szakember azt mondja, hogy már pedig én ittasnak látom, akkor haza kell menni, tehát meg kell szakítani a kapcsolattartást, mert gyermek veszélyeztető helyzet. **Fókusz1V1***

*Nálunk minden állapotban fogadni kell a gyerekeket. Amikor jönnek le a szerről változó agresszívó, hol farkaséhesek, hol törnek, zúznak, székeket dobálnak. Ezeket igazából csak kontroll alatt tudjuk tartani ezeket a szituációkat. Amikor ismert a gyógyszer túladagolás, akkor mentőt hívunk. Ennyit tudunk igazából tenni, de mindenkit fogadni kell. **Fókusz1V6***

A hajléktalan ellátásban a résztvevő szakemberek azt fogalmazták meg, hogy bár vannak intézményi szabályok, ezek elsősorban a közösségi együttélés érdekében, ésszerű feltételeket tartalmaznak, mivel ők azt látják, hogy egyrészt a hajléktalan szerhasználók sokproblémás kliensek, másrészt a hajléktalan szolgáltatások a végső lehetőséget jelentik nekik. Éppen ezért sok helyen az alkoholfogyasztást, szerhasználatot bizonyos fokig tolerálják, tehát nem zéró tolerancia az elvárt az intézmények házirendjében.

*A nappali melegedőben nem igazán sikerül azon kívül, hogy beengedjük őket, hogy ne legyenek az utcán... a kitiltások hosszát mi is igyekszünk minimalizálni, hogyha konfliktus van. Nagyjából ennyi. **Fókusz3V1***

*Aki nálunk kiissza magát a szállóról és ahhoz tényleg nagyon sokat kell inni, tényleg igyekszünk nagyon minimális adminisztrációval, végletekig benntartani az ügyfelet, hogy ne emiatt kerüljön ki..." **Fókusz3V6***

*Nálunk van egy csigalépcső, amin le kell tudni jönni, ez a szűrő igazából. Aki leér az aljára azt beengedjük és hogy nem szoktunk ilyen addiktológiai..., hogy kimondottan azért, mert valaki alkoholos, vagy bármilyen más állapotban van azért kitiltani..." **Fókusz2V6***

Érdemes megemlíteni, hogy a hajléktalanellátásban dolgozó résztvevők azt tapasztalják, hogy alkoholhasználók, illetve a kábítószereseket (döntően ÚPSZ-t) használók között sok a konfliktus

– amely meglátásuk szerint generációs különbségekre is visszavezethető. Itt szintén egyedi megoldásokat alkalmaznak a szolgáltatók, amely leginkább a két közösség szétválasztásából, illetve konfliktuskezelésből áll. Az egyik éjjeli menedékhely külön szintet hozott létre az ÚPSZ fogsztó, fiatalabb hajléktalanok számára.

*2016 környékén nyitottunk meg egy elszeparált szintet a melegedő helyen. Ugye mi azt láttuk, hogy a régi klasszikus csöveseink, meg mindenféle ilyen gyógyszeres csövik, nem nagyon férnek meg az új dizájneres fiatalokkal. Minden este háború volt. Mentő, rendőr szóval hát nézzük és akkor elkezdtek őket, hogy mit csináljunk. Elkülönítettük őket egy külön szinten és elkezdett működni ez a történet. Abszolút nyugi lett a szállón. El tudtunk velük kezdeni dolgozni. **Fókusz3V4***

Mivel nem drogspecifikus szolgáltatásokkal beszéltünk, így a szerhasználattal kapcsolatos feladatok döntően a továbbirányításról, a megfelelő szolgáltatás megtalálásáról szólnak. Néhány szolgáltatónál vannak helyben is igénybe vehető, szenvedélybetegséghez kapcsolódó szolgáltatások is. Ilyen az intézményben elérhető pszichológus vagy pszichiáter, de több esetben számoltak be arról, hogy a szervezet munkatársai között van addiktológiai konzultáns végzettségű kolléga, ilyenkor megvan a lehetősége annak, hogy a szervezeten belül foglalkozzon valaki olyan esetekkel, amikor szerhasználathoz kapcsolódó probléma merül fel. Fontos kiemelni, hogy néhány szolgáltatónál megvalósult már az érintettek – a résztvevők szóhasználatával: tapasztalati szakértők – bevonása a szolgáltatások megvalósításába.

*Megpróbálunk nem belesodródni abban, hogy mi jobban akarjunk józanodni, mint ő. Tehát, hogy egyfajta magatartással, vagy elvárás van a dolgozóinkkal szemben is, hogy érzékelniük kell, hogy vissza kelljen jelezni, hogy most volt egy visszaesés. Amennyiben vállalnak együttműködést, akkor többféle ellátást tudunk nekik helyben felajánlani. Vannak ugye tapasztalt szociális munkásaink, az intézményben heti egyszer pszichológus dolgozik. Tapasztalati szakértőnk van kettő éve segítői munkakörben, egy tíz éves józan ember, aki szintén tart csoportokat. Szükség esetén az önszolgáltató közösségbe irányítjuk az ügyfeleket a függőségüknek megfelelően. Illetve az intézmény szakmai vezetője, addiktológiai konzultáns. ... mindent igénybe vesznek, félelemből az intézményben, amit lehetséges, félnek kimozdulni. Szeretnének absztinens maradni, akkor leginkább beszorulnak az intézménybe és nem mennek ki, hogy nehol találkozzanak az éppen árusítókkal, meg a barátokkal.” **Fókusz3V7***

*Az viszont tény, hogy az intézményben belül van egy olyan szakemberünk, aki addiktológiai képzettséggel is rendelkezik. Ez igazából nem annak az érdeme, hogy olyan sok képzés lenne, hanem ez a kollégánál egyéni motivációból teszi. Ez hiány viszont, hogy kevés a képzés, kevés az ilyen szakember az intézményekben. **Fókusz2V2***

Veszélyeztetés esetén a szabályok megalkotása, a rendészeti-hatósági megközelítés és a tűzoltás, tehát a helyzet azonnali kezelése a fő iránya a kapcsolódó gyakorlati feladatoknak. A résztvevők elmondták, hogy a hatósági eljárások során megfogalmazott határozatok és a hozzá kapcsolódó intézkedések nem jelentenek valós megoldást a problémára. A szakemberek ezt két dologgal magyarázzák. Egyrészt a kliens motivációja, belátása ezzel nem változik, másrészt az addiktológiai ellátás szereplői, ahova a kliens eljut, elsősorban gyógyszeres kezelést nyújthat, mely nem tűnik hatékony beavatkozásnak, különösen, ha ezen kívül más típusú terápia beavatkozást nem alkalmaznak.

*Vicces helyzet az, amikor van egy rendőrségi adatlapunk, ahol leírják, hogy esetleg tesztelték is, és ugye ez a gyámhivatalba bekerül, védelembé vétel és születik egy gondozási terv és a gyámhivatali ügyintéző leírja, hogy kedves apuka tartózkodjon a szerhasználatától. Tehát, hogy ennél viccesebb helyzet, hogy a kolléga pedig ül a gép előtt, hogy akkor, hogy írjam a gondozási tervet, mert szeretné, ha betartaná. Ő nem tart ott, hogy ezzel foglalkozzon. **Fókusz1V1***

*...amikor már probléma van, akkor jut el hozzánk, mert akkor nem biztos, hogy egy családsegítőnek vagy esetmenedzsernek van ezzel dolga. A prevencióban és a támogató család motivációjában igen, de ha már megjelenik egy probléma, ott már kevesebb lesz... **Fókusz2V2***

A felnőttek esetében nehezebb a helyzet, itt ugyanis a veszélyeztetés ténye is nehezen tetten érhető, de az intézkedésre is kevesebb a mozgástér. A családsegítő szolgálatok elsősorban a rendőrségtől vagy a szomszédoktól kapnak jelzést, leginkább családon belüli erőszak miatt.

*Valójában vagy az van, hogy a szomszédok az indulatos emberre hívnák őket ki, vagy az történik, hogy családon belüli erőszak történik úgy, hogy nincs kiskorú, és akkor mind a két felnőtt, vagy akár több felnőtt... Tehát, hogy amennyiben a bántalmazó nem akar semmilyen formában segítséget kapni, annyit tudunk tenni, hogy időről időre ránézünk a családra. Van olyan, aki meg is köszöni a bántalmazott, mert a bántalmazó teljesen elutasít minket és hogy a mögöttes az a szer használat valamilyen formában és egyébként valamilyen pszichiátriai probléma, de ezek semerre sem indulnak el, mert a jogszabályi keret az egyáltalán nem megfelelő és nincsen semmilyen olyan, mint a mi például van Ausztriában jogszabályi keret, hogy olyan szerhasználó felnőttek, akiknek nincsen kiskorú, vagy valamilyen formában kényszer intézkedés alkalmazható legyen, hogy foglalkozhassanak ezekkel a szer használókkal ilyen nálunk nincs. **Fókusz2V4***

A gyermekvédelemben, családsegítésben dolgozó szervezeteknél előfordult, hogy az adott területen vagy környéken az iskolai prevenciók feladatainak ellátásában is részt vesznek, ez utóbbi volt még egy jellemző, szerhasználathoz kapcsolódó szolgáltatás, amit a nem drogspecifikus szolgáltatásokban esetenként megtalálhatók.

*A probléma az jelen van, viszont külön effektíve erre irányuló szolgáltatás, illetve segítségnyújtás a területbe nincs. Nincs, most az óvoda, iskolai szociális segítők indítottak még nagyon frissen talán egy vagy két alkalom volt csoportot kamaszoknak, szenvedély beteg szülők, illetve kifejezetten alkoholista szülők gyermekeinek. Úgyhogy ez még most van indulóba, illetve az intézményünk egy prevenciók központot is mostanában kezd elindítani. Nem kifejezetten csak kábítószer, illetve szenvedély betegeknek irányul, hanem minden egyéb is. Ez is része. Illetve a kerületi KEF az, aki próbál tevékenykedni e körben és velük vagyunk úgy kapcsolatba, de ezen kívül nagyon nálunk ott helyileg nulla, semmi. **Fókusz2V7***

*Az intézmény most februárban szerencsére tudott kötni megállapodást rész munkaidőbe pszichiáterrel, úgyhogy nálunk az intézményben felnőtt pszichiáter is van bizonyos óraszámban szerencsére. Nálunk az iskolai és óvodai szociális segítség az nálunk úgy indult be 2018-ban, hogy a tankerülettel kötöttünk megállapodást és úgy tudtunk bejutni első körbe az általános iskolákba és kerületen belül az óvodákba. Iskolavezetés, iskola válogatja, hogy hogyan és miként keresnek meg minket ... Van olyan iskola, ahova minden egyes osztályba bejutottunk 18 óta prevenciók programmal akár bűn megelőzés, akár drog használattal kapcsolatban, de van olyan iskola, ahol ... inkább a bántalmazás, a bullying, ami miatt kérnek segítséget. **Fókusz2V4***

A hajléktalan ellátás különböző szintjeiről érkező szakemberek a saját intézményi gyakorlatukban számos addiktológiai problémákat is kezelni hivatott szolgáltatást neveztek meg. Krízisellátás, visszaesés kezelése, segítő beszélgetés, visszajelzés, motiváló beszélgetés, személyiségfejlesztő, konfliktuskezelő, józanságot támogató csoportok, delegálás, kapcsolatépítés az addiktológiai ellátóintézményekkel. Több helyen van lehetőség pszichiáter, pszichológus, mentálhigiénés szakember igénybevételére. Ugyanakkor ez a saját anyagi, emberi, szakmai erőforrásból történő kigazdálkodást jelenti és sokszor a továbblépéshez nem eléggé hatékony szolgáltatásokat tudnak csak biztosítani.

A hajléktalan ügybe semmilyen szakember szükséglet, forrás és egyebek nincsenek. Tehát ezek ki vannak izzadva, ... költségvetésileg és tudásilag is. Az 1/2000-es jogszabályba sincs ilyesmiről. Tehát az, hogy nálunk vannak pszi kezdetű szakmák, azt kigazdálkodtuk valahogy, meg

*nem tudunk ellenállni a szükségletnek. ... Ez egy kicsit végeláthatatlan történet és én nem vagyok róla meggyőződve, hogy ez az út, ami egy kényszerpálya, amit szolgálja egyébként bárki-nek az érdekét hosszútávon, mert nem gondolom, hogy itt van a helye. Tehát, hogy az a megoldás, hogy minden társadalmi probléma hullik, hullik, hullik lefelé és akkor landol valahogy a hajléktalan ügyben. **Fókusz3V3***

Az egészségügyi ellátás területén működő Toxikológiai osztályokra a szerhasználat kapcsoltában két esetben érkezik beteg. Egyrészt öngyilkossági szándékkal, másrészt spontán, balesetből adódó túladagolás miatt. A krízis elhárítása után további lépések, kifejezetten az addikció kezelésére, gyakorlatilag nem történnek. Míg a szuicid szándék esetén egyértelmű protokoll van arra, hogy a betegnek a távozás előtt pszichiáterrel kell konzultálnia, addig a mérgezéses eseteknél nincs olyan protokoll, mely találkozást, konzultációt ajánlana vagy előírna pszichiáterrel, addiktológussal vagy bármilyen már szakemberrel való konzultációt, így a szociális munkással sem. A kezelőorvos dönti el, hogy ilyen esetekben hív-e pszichiátert, illetve milyen további, az addiktológiai problémák kezelésére irányuló beavatkozást alkalmaz.

*Szakmai segítség, ha kell, akkor az a pszichiáter, az egészségügyben az, hogy szocmunkás, hiába tudják, hogy addiktológiai konzultáns is vagyok.... Orvosi kompetencia ezt eldönteni, de az orvosi protokollt nem ismerem. Ez az én tapasztalásom. ... Az orvos nem hagyja, hogy az osztályos szociális munkás bármit kezdeményezzen, felmérjen, hanem nagyon konkrét igénnyel, kéressel fordul a szociális munkáshoz. pl. 43-as férfi cipő kell, a kerületi addiktológiai osztály elérhetősége kell, stb. Nagyon gyakran nem is az orvos, hanem a főnővér az, aki felveszi és tartja a kapcsolatot a szociális munkással, közvetíti az orvosi kéréseket. Az intézkedés megállapítása tehát orvosi kompetencia, amit ledelegál a főnővérnek, a valós intézkedést pedig a szociális munkás hajtja végre. **Fókusz4V1***

A házi orvosok esetében döntően a továbbírányítás az, ami a szerhasználatához kapcsolódó feladat, amelyben gyakran informális kapcsolatokat használnak, hogy át tudják hidalni az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható hosszú várakozási időt. Több házi orvos említette a gyógyszerhasználatot, mint ami egy olyan szerhasználat, ahol érzik a felelősségüket és kompetenciájukat – ezekben az esetekben döntően a tevékenység az adott benzodiazepin felírásának a megtagadása, illetve a páciens visszairányítása az adott gyógyszer eredetileg felíró pszichiáterhez (hogy biztosítva legyen a megfelelő szakmai kontroll).

*Pár %-ban előfordul, hogy hogy megkérdezem, mennyit fogyaszt alkoholt, megbeszéljük, elküldöm, megpróbálom elküldeni, nagyon nehéz különben..., hogy a Nyírőbe kell elküldeni és nekem több küzdelmem már volt, telefonálgattam – itt van egy a II. kerületnek itt – 2/A. kerületnek van egy rehab része, ők is elutasítóak, mert ott egy pszichiáter dolgozik, és... abszolút... és ő van mindenre... és hát ugye ez tök nehéz, alkoholt is oda kell küldenem, meg a drogot is, tehát nincsenek meg a betegutak, meg hívogatom a Nyírőt, ahol nem veszik fel és akkor még a Nyírőnek van még az addiktológiai osztálya, akkor adom a beutalót, a beteg vagy elmegy, vagy nem megy. **Házi orvos2.ker.***

*Ott is volt olyan fiatal ember szerencsére, akinek sikerült ebben változást csinálni, tehát nagyon komoly alkoholfogyasztó volt, sikerült – ott a Nyírő Gyula kórház pszichiátriája segítségével – egy leszokást és ő azóta is mondjuk tiszta és rendben van, ő előtte elég komoly belgyógyászati bajai is lettek az alkoholizmusból. **Házi orvos11.ker.***

A nyugtatókkal való kereskedés szerintem nagyon-nagyon gyakori, csak ez is olyasmi, amit csak gyanítani lehet, ha valaki felírat magának 3 x 1 Frontint, meg 3 x 1 Rivotril egy napra meg még estére egy geodolmot, szóval hogy.. az vagy nagyon komolyan függő, vagy... hát nemcsak ő használja azt a szert. Ilyenkor egyébként azt szoktam, hogy hát megkérdezem erről a dologról, hogy mit gondol arról, hogy ilyen sok nyugtatót fogyaszt és hogy beleegyez-e abba, hogy én őt addiktológiai gondozásba utaljam tovább, és aztán utána hogyha ebbe beleegyez, ezt a

beutalót kiállítom és akkor elmondom neki, hogy én viszont többet nem fogok írni nyugtatószert, mert innentől az az addiktológiai gondozó feladata erre figyelni és volt olyan is, hogy felhívtam az addiktológiát, a VIII. kerületben aki ott dolgozik – a rendelőt és akkor ott orvost kértem, volt olyan is, hogy megbeszéltük, hogy innentől csak ők írják. **házi orvos8ker_2**

A házi orvosok szerepéről az addiktológiai feladatok alapellátás szinten történő kezelésével kapcsolatban hosszabban idéznék az egyik interjúalanyunk által elmondott esetet, amely jól példázza, hogy az addiktológiai problémák területén milyen tevékenységekre van lehetőség a házi orvosi ellátásban.

*Mondok még egy pozitív példát. Ez friss... ő egy 65 év körüli, ilyen enyhén depressziós, de jól funkcionáló nő, egyedül él, illetve van párja, de nem élnek együtt, hol az egyiküknél vannak, hol a másikuknál. És... a hangulata mélyült és emiatt egy rutininterjút végeztem és rákérdeztem rutinból az alkoholfogyasztásra és akkor derült ki, hogy napi egy üveg bor van meg esetleg még tömény is. Főleg ha kint van a kertben és egész nap kertészkedik, akkor már reggel pálinkával indít, tehát kiderült, hogy van egy, az ajánlást mondjuk tisztelesen meghaladó alkoholfogyasztása, napi 8-10 egység alkoholt ő elfogyaszt és akkor audit teszt készült, olyan pontszámot adott, ami alapján úgy tűnt, hogy ő nem dependens, hanem csak kockázati ivó és ennek megfelelően egy hónapos absztinenciában egyeztünk meg. Közben kontrolláltam, egy hónapos absztinenciát tudta tartani, végén megbeszéltük, hogy mit érzett, ürességet érzett-e, és természetesen. Nekik az a problémájuk, hogy rohadt nagy ürességet éreznek és próbáltuk megerősíteni azért így ennek a jó oldalát... tehát hogy miket nyert rajta, kiszámoltuk, hogy mennyi pénzt spórolt stb., meg hogy a párja elégedettebb vele, meg sok helyzetben jobban funkcionált így hogy nem volt ittás. És akkor most ez van, tehát ez így nagyon jól hangzik, de nem gondolom, hogy ő hosszú távon tiszta marad, mert neki a belátása azért elég ambivalens volt, közepes mértékű belátással rendelkezik a probléma súlyosságát illetően. **Házi orvos9.ker.***

Szakemberek felkészültsége

A nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberek abban megosztottak voltak, hogy az addiktív problémák kezelésébe mennyire tudnak és mennyire dolgozik bekapcsolódni. Ismeretek hiánya, inkompetencia érzés sokszor előkerült a fókuszcsoportok során, többen úgy érzik, hogy a kompetenciahatárukat és tudásukat is meghaladja az addiktológiai problémák kezelése és ezen egy képzés sem segítene érdemben. A legtöbben azokkal a helyzetekre tudnak hatékonyan reagálni, melyekben a szenvedélyproblémával küzdő maga is belátja a problémáját, motivált a változásra. Ilyenkor addiktológiai specifikus szolgáltatásba irányítják az illetőt. A budapesti szociális és gyermekvédelem területén működő intézményeknek több, átlagosan 2-3 addiktológiai szolgáltatást nyújtó intézménnyel van kapcsolata, többnyire a működési helyének környékén a kerületben. Többen a tájékozottságuknak köszönhetően a népszerű, ismert, magukat hirdető addiktológiai intézményekkel alakítottak ki kapcsolatot.

*Ahogy elkezdtem kitölteni ezt én nagyon sok helyre azt írtam be, hogy nem tudom. Mert a fű az oké, de hogy a többi azt nem tudom... szóval, ha bejön valaki akkor soha nem azzal, hogy drogos vagyok szeretnék leszokni, hanem van valami más problémája és ugye a bizalom kiépítése után így ki jön az, hogy gyógyszer, vagy alkohol, vagy drog. ... azért is szívesen jöttem ide, mert hogy én nem tudom, szóval persze tudom, de nem ismerem fel, hogy ez melyik ez, ami éppen benne van az illetőben. **Fókusz2V8***

*Mik a lépések [ha szerhasználat merül fel]?. az, hogy továbbítom addiktológiára, ennyi, én nem tudok más módszert, hogy mit lehet kezdeni egy ilyen helyzetben és ez mondjuk tök rossz. **Házi orvos8.ker_2***

Sajnos hiába.. kérdezed, nem tudok rá válaszolni, még csak azt sem tudom bizonyítani, vagy arra sem tudnék rájönni, hogy a különböző nagyon furcsa viselkedések mögött tényleg kábítószerek áll-e... miután ez a 10-15 lélekszám nem jelent igen nagy számot és... letudom azzal hogy vagy a pszichiátriára vagy valamilyen alapítványhoz küldöm őket, onnantól én úgy gondolom, hogy nem a szakmám, nem is tudom kezelni, azt sem tudom, hogy egy drogfogyasztóval hogy kellene foglalkozni vagy hogy.. nagyon sok időt igényelnének – ezt így nem tudnám felvállalni sehogy sem. **Háziorvos20.ker.**

A szerhasználók stigmatizáltságát többször említették a résztvevők, mint az ellátáshoz való megfelelő hozzáférés akadályát. A nem drogspecifikus ellátásokban a szerhasználók elítélése, lekezelése fontos probléma, amelyet mindenképpen érdemes lenne kezelni.

Egyáltalán nem [felkészültek a házi orvosok addiktológia területén] és szerintem sok az előítélet – a szerhasználó emberekkel szemben a kollégáim között, és az összes kábítószerek egy tömbként kezelik. Ez lehet, hogy azért van, mert eleve van ez a társadalmi előítélet, vagy ez még egy másik generáció, mint az én generációm, 92-ben születtem... szóval, hogy a kábítószerek között különböző súlyosságúak, meg különböző addikciós potenciálúak vannak, meg attól, hogy valaki életében egyszer csinálja, attól még nem válik függővé és nem válik bűnözővé... nekem ez a hozzáállásom, de én úgy tapasztalom, hogy a kollégáim között, az már egy fél bűnöző státusz, aki beismeri magáról, hogy füvezik. **Háziorvos8.ker_2**

Igen, sajnos igen. de ezt általánosságban kell mondani, hogy egy-két intézményt kivéve a kábítószeres akkor van jó helyen, hogyha az az intézményen kívül van úgy, hogy az intézménynek az ajtaja belülről be van zárva. Nagyon sokszor tapasztaltam korábbi munkahelyeimen, hogy például mondjuk az intravénás szerhasználóknak a különböző szűrési szövődményeiknek az ellátása az... gyakorlatilag úgy vágta ki a szakrendelőből, hogy a lábán csúszott végig, hogy takarodj innen te mocskos drogos köcsög, be ne tedd ide a lábad. Azért ez nagyon sokszor elhangzott. És ez hihetetlenül nem jó. Igen, ezt pontosan tudjuk, hogy senki se erőszakolta rá, hogy ő kábítószert használjon, és saját hibájából csúszott ebbe bele. De úgy gondolom, hogy kritikát gyakorolhatunk saját magunkban, de a beteggel érzékeltetni ezt az nagyon nagyon etikátlan. **Mentők**

Intézményi környezet – a nem drogspecifikus ellátások intézményi kapcsolatai a szenvedélybetegségek ellátásához

A budapesti szociális és gyermekvédelem területén működő intézményeknek több, átlagosan 2-3 addiktológiai szolgáltatást nyújtó intézménnyel van kapcsolata, többnyire a működési helyének környékén a kerületben. Ez ugyanakkor eltérő lehetőségekkel is jár, mert vannak kerületek, ahol több, és van, ahol kevesebb szenvedélybetegellátással foglalkozó szervezet van.

Újpesten dolgozom civilként, felnőttekkel inkább és egyedül álló nő szerfogyasztó. Egyáltalán nincs szolgáltatás, tehát nem tudom hova irányítani. Motivált a leállásra, van lakása, nem is hátrányos helyzetű. Középosztálybeli nőről beszélünk, nincs gyermeke, nincs családja, nincs erőforrás mögötte. Nem tud kire támaszkodni és segítséget kért és megmondom őszintén, hogy nem tudom hova irányítani. Kórházba nem akar menni. Tehát arra nincsen szüksége. Nem tudom hova irányítani. **Fókusz2V1**

A 9. kerület, vagyis hát mi abban a szerencsés helyzetben is vagyunk, hogy egy saroknyira van a Kék Pont. Tehát a Kék Ponttal nagyon jó az együttműködésünk a család és gyerekjóléti szolgálattól nem is kell átküldeni az érintettet, hogyha jön, nehogy elveszzen azon az 50 méteren is, vagy ne érjen oda, hanem át is jönnek, ha hívjuk őket. Van egy ifjúsági irodánk, ők is tartanak prevenció foglalkozásokat és csoportokat. Ugyanitt pár száz méteren belül van a Konkáv Kö-

zösségi tér, ugye ott van egy kiállító termünk is azon kívül, hogy inkább ők drog specifikus szolgáltatásokat nyújtanak. Van egy nappali szenvedélybeteg ellátó intézményünk is, tehát affelé is tudjuk terelni. Ennek az intézménynek nagyon jó kapcsolata van a kerületi pszichiátriával is.

Fókusz2V2

*Orsi: Nálunk a 20. kerületbe a probléma jelen van. A kliens kör, hát így nem tudom összefoglalva mini Szabolcs és Borsod, nem tudom nagyjából. Aki onnan szeretne szerencsét próbálni általában a 20. kerületbe érkezik meg úgy tűnik és aztán itt ragadnak. A probléma az jelen van, viszont külön effektíve erre irányuló szolgáltatás, illetve segítségnyújtás a kerületbe nincs. **Fókusz2V7***

Mindezzel együtt a résztvevők döntő többsége fel tudott sorolni 1-4 együttműködő partnert. Elhangzottak:

- Egészségügyi intézmények: Péterffy Sándor utcai toxikológia, Heim Pál kórház, Bethesda, kerületi pszichiátriai gondozók,
- Addiktológiai ellátás területéről: Nyíró Gyula Kórház pszichiátriai és addiktológiai osztályai, Balassa utcai kórház pszichiátria, Hepago, Kék Pont, Drogprevenációs Alapítvány, Ráckersztúri Drogterápiás Otthon, Emberbarát Alapítvány, Válaszút Misszió Drogkonzultációs Iroda, Anonim Alkoholisták illetve Narcotic Anonymous csoportok, RÉV Szendvedélybeteg-segítő Szolgálat, Köztes Átmenetek Drogkiállítás, Konkáv Közösségi Tér.

A résztvevők elmondásai alapján a kerületi közösségi és nappali szenvedélybeteg ellátással voltak legkevésbé kapcsolatban, döntően egyáltalán nem volt együttműködés ezekkel a szolgáltatásokkal. Egyrészt vannak, akik nem ismerik ezeket az intézményeket a kerületükben, másrészt viszont több esetben jelezték a résztvevők, hogy nem érzik megfelelőnek ezeket a szolgáltatásokat az intézményekben dolgozó szociális munkások, mert a klientúrájukban nem pont ezekre a szolgáltatásokra lenne igény. Fontos kiemelni, hogy a megkérdezett hajléktalanellátó szervezetek egyike sem vesz részt a kerületi kábítószerügyi egyeztető fórum (KEF) munkájában, nincs kapcsolatuk ezekkel a kerületi szintű koordináló testületekkel. A gyermekvédelem képviselői ennél valamivel jobb helyzetről számoltak be, a kerületekben működő KEF-ek jellemzően bevonják őket a munkájukba. Az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége a továbbirányításoknál is érezhető, a szociális és gyermekvédelemben dolgozó szakemberek azt jelezték, hogy az egészségügyi ellátás szakembereivel az együttműködés nagyon nehéz, sok esetben nem lehet őket elérni, a közös esetvitelt teljesen kizártnak látták. A résztvevő szakemberek percepciója szerint, ahogyan nő a túlterheltség az egészségügyi ellátórendszerben, úgy csökken a kapacitás és a türelem a szenvedélybeteg, illetve a hajléktalan és szenvedélybeteg, vagy egyéb sokproblémás kliensekkel szemben. Az együttműködést nehezíti még, hogy a delegáló vagy jelzési kötelezettséggel rendelkező intézmények semmilyen visszajelzést nem kapnak.

*Az anononimitás kérdése, amikor abba ütközünk bele, hogy az ügyfeleink járnak különböző nappali ellátási formákba, de nem tudunk együttműködni velük, mert anonim veszik ezek az ügyfelek igénybe és ezek megnehezítik az oda-vissza való partner kapcsolati munkát **Fókusz3V4***

*Nagyon megnövekedett az előítélet a még működő osztályokban is. Vagy az, hogy drog, akkor már ide nekünk nem kell. Nem kell a probléma. Vagy az, hogy hajléktalan. A kettő együtt meg pláne. **Fókusz3V8***

Jelenleg van egy kliensünk, a lábába bele van törve egy ekkora tű darab. Egy hónapja járkal gyakorlatilag orvoshoz. Minden honnan elhajtották, majd most már egy hónapja, mert a szociális munkás elkísérte. Most már az időpontok mennek. Amint meglátják, abba a pillanatba az

*a szöveg megy, hogy magadnak köszönheted. De azért majd gyere vissza ekkor és akkor majd valamit csinálunk, és ez megy. Egyre rosszabb állapotban van. **Fókusz3V3***

*A pszichiáterrel vagy akárkivel beszélni akár telefonon, akár esetmegbeszélést tartani erről az esetről... nem lehet.” **Fókusz2V8***

*Én azért inkább azt mondanám, hogy a szociális munkásnak van gyomor görcse, amikor akár krízisautóként, akár intézményben mentőt kell hívni, mert már készül rá, hogy irtózatossá nagy parasztok lesznek. Jó esetben csak az ügyféllel, de velünk is. Szóval az egészségügy az sokkal nehezebb és az egyeztetés is. Akár milyen szinten egyeztetünk én azt tapasztalom, hogy mindenki mással könnyű az egészségüggyel nagyjából lehetetlen. **Fókusz3V4***

Az egészségügyben dolgozó szakemberekkel folytatott beszélgetések ettől eltérő képet mutattak. A háziorvosok nem állandó kapcsolatokról számoltak be, jellemzően akkor keresnek utána a városban elérhető lehetőségeknek, amikor az adott paciens miatt felmerül valamilyen igény. Ezen túl általánosságban jellemző volt az egészségügyben dolgozóakra az egészségügyi ellátórendszeren belüli továbbirányítás, amelyekben gyakran személyes kapcsolatokat, kölcsönös szívességeket is használtak egy-egy betegük bejuttatásához az aktuálisan megcélzott osztályra vagy rendelésre. A sürgősségi ellátás teljesen más képet mutat, ott a szolgáltatás jellegéből adódóan két intézményről volt szó a szerhasználat kapcsán, a Péterffy Sándor utcai toxikológiára szállítják a felnőtt mérgezettet, gyerekkorú mérgezéses eseteknél pedig a Heim Pál Kórház az illetékes intézmény.

*Ott is volt olyan fiatalember szerencsére, akinek sikerült ebben változást csinálni, tehát nagyon komoly alkoholfogyasztó volt, sikerült – ott a Nyírő Gyula kórház pszichiátriája segítségével – egy... leszokást és ő azóta is mondjuk tiszta és rendben van. **Háziorvos11.ker.***

*Hát én különböző Alapítványokat hívtam fel [amikor kábítószerhasználat merült fel], és akkor van egy ilyen hogy Drogprevenációs Alapítvány meg még fel is írtam kettőt, amikben úgy gondoltam, hogy érdemes felhívni és akkor.. ők azt mondták, hogy az illető hívja fel telefonon őket és annyit tudok, amíg itthon lévő édesanyjától, hogy intézetbe került. De már most nincs itthon az édesanya. ... Telefonon keresztül.. tehát elkezdtem az interneten keresztül beírni a szenvedélybetegségek, drogbetegségek stb. és.. ezen keresztül találtam meg. **Háziorvos20.ker.***

*A főorvost felhívom és megkérem, hogy x. y-t vegye fel, beutalom és vegyék fel az osztályra, így ha beküldöm, csak úgy, hogy nem szólok oda a főorvosnak, akkor nem biztos, hogy felveszik az osztályra. Arra hivatkoznak, hogy még nincs olyan rosszul, még éppen nem delirál, és nincs helyük. Majd kérjen egy időpontot... Dehát hogyha a beteg végre eldönti, hogy bemegy és vállalja ezt, lehet hogyha elküldik, akkor nem akar újra bemenni. Ez nagyon fontos lenne, hogy amikor a beteg elhatározza magát, akkor legyen is fogadó intézmény, ne utasítsák el. **Háziorvos18.ker.***

Akadályok, igények, javaslatok

**2.ábra: Mi akadályozza leginkább a határos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az önök területéről nézve?
Adott problémakört **első helyre** sorolók száma (25 fő)**



**3.ábra: Mi akadályozza leginkább a határos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az önök területéről nézve?
Adott problémakört a **második helyre** sorolók száma (25 fő)**



4. ábra: Mi akadályozza leginkább a hatásos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az önök területéről nézve? Adott problémakört a **harmadik helyre** sorolók száma (25 fő)



Spontán említették még a fókuszcsoportok résztvevői a következő tényezőket a legfontosabb három között:

- perspektíva hiánya,
- közösségtelenség,
- kilátástalanság,
- körülményes ügyintézés,
- szociális szakemberek hiánya,
- szemléletformálás hiánya,
- rejtőzködő cselekedet a szerhasználat,
- jogszabályi háttér

Érintettek motiváltsága, a környezet támogatása

A szociális, gyermekvédelem és egészségügy területén dolgozó résztvevő szakemberek egységesen komoly problémának találják a kliensek motiválatlanságát, mely nehezíti munkájukat. A beszélgetés során árnyalódik a kép, és kiderül, hogy a motiválatlanság mögött több tényező is meghúzódik. Egyrészt a klienscsoport sajátosságai: ahogyan a bevezetőben leírtuk, a nem drogspecifikus ellátásban megjelenő ügyfelek elsődleges problémájukat nem a droghasználatban látják és nem is erre kérnek, várnak segítséget. Másrészt pedig, a szakemberek ismeret, készség hiányában, melyet később ők is megfogalmaznak eszköztelennek és inkompetensnek érzik magukat a szenvedélyproblémák kezelésében. Minden nem drogspecifikus terület résztvevő szakemberei körében, tehát a szociális, hajléktalanellátás, gyermekvédelem és egészségügy területéről érkező résztvevők között is megfogalmazódik, hogy úgy érzik, nagyon nehéz számukra ezekkel a helyzetekre reagálni, a problémát felvetni, eszköztelennek érzik magukat azzal kapcsolatban, hogyan lehet a motivációt erősíteni, fenntartani.

“ nagyon sok esetben még el se jutott addig a szerhasználó, hogy ő számára problémát jelent az, hogy a mindennapokat így és ilyen formában éli.” Fókusz2V4

A hajléktalan ellátás területéről érkező szakemberek mindezekén túl azt is megfogalmazzák, hogy számukra külön problémát jelent, hogy a kliensek motivációját erősítsék, hogy jövőképet építsenek. Úgy érzékelik, hogy a hajléktalanságban lévő szerhasználók egy részét a hosszú utcai élet, az azt megelőző és a hajléktalanság alatt bekövetkezett traumatizáltság, a hozott családi minták nagyon erősen akadályozzák a változások elindulásában. Mindehhez hozzájárul a megfelelő lakáspolitikai hiányában a hajléktalanságból kivezető utak is korlátozottak. Emellett a hajléktalanként, szerhasználóként elkövetett kisebb-nagyobb bűncselekményekből, felhalmozott adósságokból fakadó következmények is folyamatosan ott lebegnek a felépülés után is jelentkezőknek, ami már a változás iránti kezdeti motivációt is aláássa.

“ a totális őskáosz, családirag, tehát ott a mostohák és az állami gondozás és a börtön, a szülők börtöne, a szülők drogfogyasztása...” Fókusz3V3

“...lehetne mire motiválni, de hogy nincs perspektíva, hogy inkább ez a gond és akkor részben érintve az előző, hogy mire már eljutna oda, hogy leszokik addigra majd utoléri a bírósági ügyei és jól leültetik vagy addigra jön az adósság spirál emiatt és akkor e miatt, illetve hát tényleg, hogy hova. Tehát hogy hogy nincs nagyon hova mennie, és amikor 20-30-40 évesen gyakorlatilag le van írva az ember, mert, hogy neki vége van az elég szomorú, mert jó esetben még hátra van egy pár év.” Fókusz3V1

A résztvevő szakemberek közül a környezet támogatásának hiányát is többen jelölték. Egy részük itt elsősorban a családi környezetre gondolt, azon belül is az elhanyagolás, a traumatizáció vagy a mintakövetés fogalmazódik meg, mint a droghasználat családi prediktorait emelték ki. A változás, a felépülés támogatásának hiánya is megfogalmazódott.

“nem tudom, délbem felkel a fiatal és másnap megy haza. Senkit nem érdekel.” Fókusz1V5

“... ez a támogató környezet az, ami hiányzik a legtöbb ügyfelünkénél, aki ilyen formában... vagy az történik, hogy a szociális környezete olyan, ami hát megszokott, hogy ők így élnek...” Fókusz2V2

Többen azonban ennél szélesebben értelmezték a környezetet és annak támogatását vagy éppen egyértelműen akadályozó tényezőnek tartják a droghasználat kezelésében. Ez két dologban nyilvánul meg. Egyrészt az általános társadalmi negatív megítélésben, mely sokszor a többségi társadalom részéről elítélésben, diszkriminációban, de mindenképpen egy erős stigmatizáltságban valósul meg. Több szakember megfogalmazta, hogy ez a jelenség olykor magukban a segítő szakemberekben is megvan, tehát az egészségügyi, igazgatási vagy akár a szociális szférában is az addiktológiai problémákkal küzdő kliensekkel szembeni különböző mértékű előítélet figyelhető meg. Mindezeket elsősorban a problémával kapcsolatos tudatlanságra vezetik vissza. Az érzékenyítés, életutak megismerése mellett a szakemberek addikció specifikus képzése is indokolt lenne.

“A támogató környezetnél nekem nagyon benne van a szenvedélybetegség megítélés, sokszor ez is nagyon komoly probléma szokott lenni, hogy akár szakemberek is, hogy nem biztos, hogy tudja helyén kezelni, hogy mit jelent a szenvedélybetegség, hogy ez egy betegség, hogy mennyi minden, milyen nehéz életutak vannak mögötte.” Fókusz4V2

A másik környezeti veszélyt magában a társadalmi működésben, a dezintegrált társadalomban, különösen az erős frusztrációt okozó, nagyfokú társadalmi egyenlőtlenségekben látják. Ezzel szorosan összefügg az egyes családok anyagi helyzete és a kulturális jellemzők, szokások is befolyásolják a problémamegoldási stratégiákat.

A szakemberek egy része a támogató környezet közé sorolja az aktuális drogpolitikai intézkedéseket és ezeket inkább hátráltató tényezőként azonosítják. A stratégiai gondolkodás hiánya tovább tanúsítja a problémát, rejtőzködővé teszi a használókat, tovább fokozza a negatív társadalmi megítélést. Az iskolai prevenció fájdalmas hiánya a beszélgetések alatt többször is előkerült.

*“... akinek a szüleinek nincs energiájuk, hogy ne kütyüzzön, meg a TV, az gyökeresen másik irányba indul el és még a gazdaságról nem beszéltem. Amit üzen a kultúra, azt érzem, hogy ez mind, mind ellene megy, vagy megágyaz annak a kilátástalan helyzetnek, amiből aztán egyszerűen következhet a szerhasználat.” **Fókusz1V4***

*“... mondjuk a jelenlegi drogstratégia, ami nincs. Az is egy stratégia, igen. Meg az, ahogy például az iskolákba megszűrik, hogy ki mehet be, milyen előadást tartani, miről beszéljenek az óvodai, iskolai szociális segítők. Mi a hozzáállás az oktatási intézményekben a szerhasználó gyerekekhez, de nemcsak a szerhasználót osztani. Tehát az, mind, mind besöpörhető a nem támogató környezet alá,” **Fókusz2V5***

Szerhasználathoz kapcsolódó ellátórendszer elégtelen kapacitása

Nagy problémát jelent a nem drogspecifikus ellátásban dolgozóknak, hogy klienseiket addiktológiai ellátásba delegálják. Úgy látják, hogy az addiktológiai ellátórendszer egyes intézményeit nehéz megtalálni, elérni, illetve a kapacitásukat sem tartják megfelelőnek, a várólisták hosszúak, a szolgáltatás igénybevételének feltételei nehezen teljesíthetőek: biztosított TAJ kártya, sokproblémás klienseket kevesen fogadnak vagy több helyen absztinenciát követelnek. Különösen nehéz azoknak a felnőtt klienseknek segítséget találni, ahol nincs gyerek vagy már felnőtt a gyerek, mert sem a jogszabályi háttér nem teszi lehetővé az intézkedést, de még inkább a szolgáltatások igénybevételének feltételei korlátozottak, a kifejezetten erre a célcsoportra létesített intézmények száma kevés.

*“Mikor intézményt kerestem google-ztam, mint egy hülye. Utána telefonálgattam, mint egy hülye. Nyilván nem áll rendelkezésre egy adott infrastruktúra, egy lista, hogy oda kattint az ember és akkor megtalálja azt, ahol... Jó mondjuk, azt ne mutassa, hogy van-e hely, mert az nyilván az intézmények, de x kerület itt fogadja...” szociális munkás, **Fókusz1V7***

*“... az ellátórendszer elégtelen kapacitása, mert szerintem nehéz szerezni... napokig tartó telefonálgatás, vagy hetekig és akkor nem akar menni vidéke, de nem akar menni, nem tudom milyen helyre és akkor a pszichiáterrel a kapcsolat... szóval nehéz” **Fókusz2V8***

*“... nagykorú felnőttek esetében, ahol nincs kiskorú ott a jogszabályi háttér hiánya, (...) amennyiben nem akar semmilyen formában segítséget kapni, annyit tudunk tenni, hogy időről időre ránézünk a családra...” **Fókusz2V4***

*“egyedülálló szerfogyasztó. Egyáltalán nincs szolgáltatás, tehát nem tudom hova irányítani. Motivált a leállásra, van lakása, nem is hátrányos helyzetű. Középosztálybeli nőről beszélünk, nincs gyermeke, családja, nincs erőforrás mögötte. Nem tud kire támaszkodni és segítséget kért és megmondom őszintén, hogy nem tudom hova irányítani. Kórházba nem akar menni, arra nincs is szüksége. A lakhatása most még megoldott, de valószínű el fogja veszteni a lakhatását és a hajléktalan ellátáson túl nem tudom hova irányítani, mert gyerek jogon vannak az intézmények, CSAÓ, anyagotthon, stb. De amúgy felnőtt férfiről is beszélhetnénk.” szm, **Fókusz2V1***

A résztvevő szakemberek egyöntetűen megfogalmazzák, hogy úgy érzik, hogy az addiktológiai ellátás mellett, hogy nehezen elérhető, gyenge hatékonyságú is. Frusztráló számukra, hogy úgy érzik sok energiát, munkát, erőfeszítést tettek azért, hogy kliensüket delegálják és ott nem történik meg az általuk elvárt további erőfeszítés.

*“...vörös szőnyegen eltolom, motiválom, mindent csinállok az ügyféllel és akkor a szakember megkérdezi, hogy van-e probléma, nincs probléma. Köszönöm szépen, mert ebbe az 5 percbe ez fér bele.” **Fókusz2V8***

*“...ha felnőtt pszichiáterről beszélünk, tehát hogy ő a hozott problémával tud foglalkozni.(...) És sajnos, hogyha az ügyfél azt mondja neki, hogy én küldtem, akkor mondja, hogy jó akkor kívül tágasabb kábé. Nem ezt mondja szó szerint, de hát ezzel ezt tudja kezdeni... **Fókusz2V4***

Ha lehet, még ennél is nagyobb gondot okoz, hogy sokszor a járulékosan kialakuló vagy már eredetileg is meglévő mentális problémákkal, pszichiátriai zavarokkal még nehezebben lehet megfelelő kezelőhelyre delegálni. Fájoan hiányoznak az elérhető és hatékonyan működő, a gyógyszeres kezelésen kívül más szolgáltatásokat is felkínáló járó és fekvőbeteg ellátások mind a felnőttek és különösen a 18 év alatti gyermekkorúak számára.

*“Hát mondjuk összehasonlítva a két ellátó rendszert sokkal nagyobb problémának látom, hogy a gyerekeket nem tudjuk megfelelő pszichiátriai ellátásba..., hogy addiktológiára mindig könnyebben megtaláljuk a megfelelő szolgáltatást.” **Fókusz1V8***

*“Mondjuk a szármosság is... legalább is nálunk a pszichiátriai ellátás iránti igény magasabb volna, mint az addiktológiai.” **Fókusz1V3***

Külön nehézséget okoz a gyermekvédelmi szakellátás intézményeiben élő gyerekek ellátása, mivel még a speciális szükségletű gyerekek esetében - a jogszabályi előírás ellenére - sincs elegendő és megfelelő, a témában kompetens, segítő szakember, akik az alapvető szakmai protokollokon túl, kreatív, modern pedagógiai és terápiás eszközökkel is tudnának dolgozni.

*“A szakellátó intézmények erre nagyon kismértékben vannak felkészülve. Sokszor a szer használó gyerekek azok nyilván nem is nagyon tartózkodnak bent az intézményben és a speciális szükségletű gyerekek ellátása is egyre nagyobb problémát jelent, hogy nem kapnak szakszerű ellátást. (...) És hiába kerülnek be (...) az addiktológus szakember, pszichiáter abszolút hiány van és ráadásul, tehát, hogy én nem állnék meg a pszichiáter, pszichológusban heti két alkalommal, tehát, hogy ez egészen másfajta alternatív szolgáltatás. Tehát mit tudom én az állapot terápiaától kezdve lehet sok minden más is. “ **Fókusz2V5***

Szintén speciális nehézségként jelentkezik a hajléktalan szenvedélybetegeknél, hogy az ellátások igénybevételéhez vagy az ehhez szükséges feltételek teljesítéséhez (orvosi vizsgálatok, szűrések) szükséges biztosítási jogviszony hiányzik, így ezek az emberek könnyen kiesnek az ellátásokból. A hajléktalan ellátás területéről érkező szakemberek azt érzékelik, hogy - különösen a COVID-19 járvány óta - nagyon nehéz az addiktológiai intézmények szolgáltatásait igénybe venni. Ráadásul az addiktológiai osztályokra a bekerülés feltételei is teljesíthetetlenek nagyon sok kliens számára. A klienskör sajátossága miatt elsősorban az alacsonyküszöbű ellátásokat hiányolják, itt is a bentlakásos, fizikailag és mentálisan megerősítő funkciót ellátó szolgáltatásokat. A résztvevők úgy érzik, hogy az fekvőbeteg ellátásban azokat a szolgáltatásokat, melyek a klienseik számára szükségesek lennének egyáltalán nem nyújtják. Pl. detoxikálás, lassú megvonás, roborálás. Mindezek hosszú várólistával, motivációt vizsgáló, késleltetett időpontokkal tud csak megvalósulni, így az azonnali segítség, a sürgősségi ellátáson kívül sehol sem elérhető. Ennek is köszönhető, hogy a hajléktalan ellátásban dolgozó megszólaló szakemberek úgy érzik, hogy az addiktológiai problémákkal, azok kezelésével egyedül maradtak.

“hívogatunk ilyen ellátókat nincs hely, majd jövő héten, vagy két hét múlva, vagy három hónap múlva. Nagyon sokan vannak, hosszú a várólista. Nincs TAJ kártyája, a szakellátásba nem tud részt venni. Tehát ez egy ilyen komplett csomag, amiből mire kiérünk a végére, addigra már

*benne van 1-2-3 éve szerencsétlen gyerek és nem tud szabadulni ebből az állapotából.” **Fókusz3V4***

*“nekem így a négy évem alatt kettő olyan történetem van, amikor kimondottan emberek kértek tőlem segítséget és, és, és akkor abba így beletört a bicskám pont a körülményes ügyintézés miatt. Az, hogy amikor így az siker élmény számomra, hogy valaki a személyi igazolványát megcsináltatja, és akkor eljutunk oda, hogy jöhet a TAJ kártya, de akkor elküldik a NAV-hoz, hogy 90 ezer forintos tartozása van. Beküldjük a kérelmet az eltörlésre és akkor 60 napjuk van válaszolni és közben az ember ott áll, igen így lóg a levegőbe. És akkor nekem folyamatosan ugye tudnom kellene őt motiválni, hogy hogy ezek, ezek a nehézségek így ne vegyék vissza azt, ami akkor abban a pillanatban meg volt.” **Fókusz3V10***

*“Nincsenek kezelőhelyek. Tehát, hogy én is ezt tudom mondani, hogy a covid előtt ugye megtörténtek a bizonyos összevonások. Ott megjelent egy óriási hiány a szenvedélybetegek ellátásában és marad a Nyírő Gyula Kórház, ahol úgy működik a dolog, hogy te, mint függő felhívod azt a bizonyos vonalat. Ott egy interjú időpontot kapsz két-három hét múlva, és hogyha az interjún úgy látják, hogy te elszánt vagy a józanságra, akkor majd talán két-három hónap múlva bekerülhet” **Fókusz3V3***

*“Mi igazából visszasírjuk a régi Nyírőt, amikor az emberek ott lehettek hónapokig. Ez leginkább azért van, mert hogy ugye mi tartósan utcán élő ügyfeleket veszünk fel, akiknek ez a pár hónapos roborálás ez ilyen kábé életmentő, és most már nem tudunk így embereket elhelyezni. Tehát aki nálunk kiissza magát a szállóról és ahhoz tényleg nagyon sokat kell inni, tényleg igyekszünk nagyon minimális adminisztrációval végletekig benntartani az ügyfelet, hogy ne emiatt kerüljön ki. Hogy egyszerűen nincs az a lépés, amikor azt mondták, hogy most elmész a Nyírőbe X időre és aztán majd visszajön. Kicsit jobban néz ki, kisimulnak a ráncai, nekünk sajnos egy kicsit hiányzik.” **Fókusz3V6***

Ismerethiány, eszköztelenség

A nem drogspecifikus ellátásban dolgozók úgy érzékelik, hogy az addiktológiai ismereteik hiányosak, különösen az ellátórendszer szolgáltatásairól hallanának többet, de kiemelten fontosnak tartják, hogy a gyakorlatban jól és azonnal használható képzéseken szeretnének részt venni. Azt is megfogalmazzák, hogy egyértelműen érzékelhető azonban, hogy az intézményük munkatársai erősen túlterheltek és motiváltságuk, kapacitásuk a tanulásra igen csekély.

*“én hiányosságként élek meg a mindennapokban az ismeret, tudás hiányt a kollégák részéről. Szerintem jóval alaposabb hangsúlyt kell, hogy kapjon a képzésben az addiktológia (...) mert, hogy biztos, hogy például egy motivációs interjút fel tud venni egy szociális munkás, aki hajléktalan ellátásban dolgozik, ami mondjuk tök jó lenne, mert meg lehet találni azokat az apró motívum szemcséket amire lehetne építeni, a mire alapozható lenne **Fókusz3V5***

A résztvevők egyöntetűen azt fogalmazták meg, hogy a területtől függetlenül jelentős szakemberhiányt érzékelnek. A pszichiátria, addiktológiai, egészségügyi szakemberek mellett erős hiány van a szociális szakemberek körében, mely okát elsősorban az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiányában látják. Ezt a problémát tovább fokozza a szakemberek túlterheltsége, mentális állapota. Összességében az intézményvezetők szerint nehéz motivált, hozzáértő, jó szakembereket találni az egyes pozíciókba a saját intézményükben.

Javaslatok

A fókuszcsoportokban több olyan javaslat is született, mely összezsengett. Ezek főként a hiányosságokra reagáltak. Minden beszélgetés során az elsők között fogalmazódott meg egy intézményi kataszterre vonatkozó igény, melynek megvalósulási formájára már különböző

elképzések voltak. Ez a tudástár nagyban megkönnyítené a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberek delegálási feladatait. Emellett erős igény mutatkozott arra vonatkozóan, hogy ezek a szakemberek megoszthassák kérdéseiket, dilemmáikat, tapasztalataikat és jó gyakorlataikat egymással. Képzések, esetmegbeszélők, workshopok, rendszeres szakterületi megbeszélések mind elhangzottak javaslatként.

Az addiktológiai szolgáltatások fejlesztése az alacsonyküszöbű, ambuláns és fekvőbeteg ellátások bővítése, a minőség javítása mind megfogalmazódott igényként.

Emellett minden terület nagyon hasznosnak és kívánatosnak tartaná, egy-egy státusz erejéig addiktológiai szakember alkalmazását az intézményekben. kerületenként vagy Intézményenként vagy utazó formában, esetleg telefonos szakmai tanácsadás formájában is el tudják képzelni. A megoldások sokszínűségéből is látszik, hogy erre a funkcióra is óriási igény van.

Kataszter

Az addiktológiai ellátórendszerrel kapcsolatos tudások, az egyes intézmények és szolgáltatásaik, az igénybevétel feltételeinek megismerése érdekében egy intézményi és szolgáltatási kataszter összeállításának és folyamatos karbantartásának határozott igénye fogalmazódott meg. Ez kivétel nélkül, minden beszélgetésben felmerült, egy-egy beszélgetés során több szakember részéről is. A régi adatgyűjtések felelevenítése vagy más, főként a hajléktalan ellátásban működő diszpécser szolgálat mintájára tudnák elképzelni ezt a szolgáltatást. Ez nagyon sok időt és fáradságot tudna megspórolni az egyébként nem addiktológiai szolgáltatók számára.

*“Jó lenne, mert most is mondtatok olyan helyeket a közeli kerületekben, amiket felírtam. Utána nézek, mert nem nagyon látom ezeket az intézményeket. A CSÁO-knál, vagy az anya otthonoknál van mindig egy ilyen menhely diszpécser szolgálat. Ki ad minden évben egy katalógust, mi így hívjuk, és minden évben beszerezzük és lapozgatjuk. És tudjuk, hogy ez van, mást nem muszáj keresned, mert ebbe benne van minden és tök jó.” **Fókusz1V1***

*“...a különböző civil szervezetek, hogy kik, milyen kapacitással, milyen spéci feladatot felvállalva működnek a témakörben, és azt megnézni, hogy ez mennyire fedi le a fővárost és hogy lehet, hogy nekik kellene a támogatás, mert hogy ott azért ott vannak az elkötelezett szakemberek, akiket lehetne, tehát nem feltétlenül új intézményeket létrehozni, hanem azt erősíteni és olyan mértékben, hogy az valóban kapacitásban lefedje...” **Fókusz1V3***

*“...hogy legyen egy olyan tudástár kiadvány, nevezzük bárminek, amiben a legfontosabb szolgáltatások benne vannak, tehát nem az, hogy leül a kolléga a Google elé és keresi és hívogatja és tehát hogyha nem tudom a hajléktalanoknál van egy jó kis diszpécser központ.” **Fókusz2V2***

*“...egy tudástár, ami egy ilyen aktualizált, és mondjuk nem tudom, mint kb. van a menhely füzet, hogy akkor ott. Havonta egyet ránézni, vagy kéthavonta, negyedévente, akármi aztán utána azt már tudhatja a két diszpécser szolgálat és meg lehet kérdezni bárkinek tőlük, hogy szenvedély beteg vonalon mi a teendő, vagy mik a lehetőségek, igen ezt össze kéne szedni és ezt aztán úgymond frissen tartani, mert ez biztos, hogy ez egy állandó munka.” **Fókusz3V1***

Felmerült egy a szakemberek számára fenntartott segítségnyújtási lehetőség, mely valójában egy élő tudástárat, egy diszpécser szolgálatot jelent, ahol addiktológiai szakember tudná segíteni a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakembereket a felmerülő, aktuális addiktológiai kérdésekben, delegálásban, stb.

“egyedi esetek kapcsán lehetne adott esetben mondjuk segítséget kérni egy kicsi intézménybe én nagyon szívesen venném, ha lenne egy diszpécser szolgálat, nevezzük így, nem tudom mi

lenne a neve, ahol én meg tudnám kérdezni, hogy adott esetben egy visszaeső emberrel mit tudok kezdeni. Segítsen nekem abban, hogy keressek neki egy helyet, ahol elvonják, szóval hogy egy ilyen típusú dolgot én például szívesen vennék, ha ezt a főváros egy ilyen be tudna vállalni. Lehet, hogy ez országos szinten kellene, de én ezt gondolnám.” Fókusz3V4

Szolgáltatásfejlesztés

A résztvevő szociális és gyermekvédelmi szakemberek úgy érzékelik, hogy az addiktológiai ellátórendszer különböző szintű szolgáltatásai fejlesztésre szorulnak. Egyrészt kapacitásbővítést tartanak fontosnak, mellyel csökkenthetőek a hosszú várólisták, hiszen sok esetben a változás iránti adott motiváció kihasználását éppen ez akadályozza. Másrészt újabb szolgáltatások bevezetésére is gondolnak, mivel a családsegítőben megjelenő kliensek számára például a nappali ellátás nem megfelelő szolgáltatás, az ambuláns ellátások viszont nehezen elérhetőek.

Felmerült az is, hogy a kliensek körében a felépülés kezdeti szakaszában, a munkavállalási képesség kialakulásáig, érdemes valamilyen átmeneti támogatást (anyagi, természetbeni, rezsi hozzájárulás stb.), adni, hogy ebben a rosszulétekkel is tarkított időszakban az egyén magára és a változására tudjon koncentrálni. Emellett minden fókuszcsoportban felmerült, hogy a szociális és gyermekvédelmi szakemberek hiányosnak látják a védett szállásokat, a támogatott lakhatást, és itt elsősorban kapacitás problémákat említettek. Az egészségügyi sürgősségi ellátásban pedig a beteg 5-7 napos toxikológiai osztályos kezelése alatt további szolgáltatások nyújtására lenne szükség, mely magában foglalná a megfelelő kezelésbe eljuttatást, a motiváció erősítését, valamint az aktuális egészségállapota, életminősége javítása érdekében tovább irányítani, a megfelelő szolgáltatásokhoz eljuttatni (pl. HIV, Hepatitis szűrés, kísérés stb.)

“... az ellátó rendszerek igazából kevés működik, kevés forrásból, tehát hogy a meglévő a meglévő problémákat igen, tevékenyen el kéne tudni látni, ahogy elhangzott, azért több mindenről kellene, hogy szóljanak ezek az ellátások. Kapacitásbővítés, hosszú várólisták vannak azért ezt is tudjuk. Nehéz az ellátásokhoz hozzáférni. Ami még a kollégák részéről elhangzott, hogy fontos lenne Fókusz2V2

“legnagyobb akadály az együttműködés hiánya, ahogy itt látszik is... a szakemberek közötti együttműködés hiánya. Aztán a szerhasználók motivátlansága, merthogy nem is érdeklődnek ők sem és a pénzt írtam a harmadik helyre. Én biztos, hogy csinálnék egy pár szocmunkásból vagy addiktológiai konzultánsból egy kis csapatot, hogy tudjanak aládolgozni a dokiknak. Ők tüzet oltanak és mi meg próbálnánk az utat, hogy ezt lehetne, azt lehetne... Az osztályra tenném a csapatot, mert szerintem ezt csak úgy lehet, kicsit vicces, hogy én lejövök, akkor látom először... tehát hogy jelen van az osztály életében. (...) oda be kellene kapcsolódnival néhány addiktológiai konzultánsnak, mert úgy látom, így csak tűzoltás folyik, ha egyet meg tudnánk menteni 50 közül, vagyis ő magát, de akkor kapná a munkát, amikor szüksége lenne rá, mert azért ezek a traumák előre vivők is lehetnek.” Fókusz4V1

Képzés, esetmegbeszélés, folyamatkísérés, szupervízió

A résztvevő szakemberek egyetértenek abban, hogy az addiktológiai ismereteik nem elégségesek, abban viszont már megosztottabbak, hogy egyáltalán lenne-e szükségük és ha igen pontosan milyen típusú tudásra. Olyan vélemények is elhangzottak, hogy az addikcióval, annak elméleteivel valójában tisztában vannak, inkább a gyakorlatban alkalmazható, praktikus tudásuk hiányzik. Sokkal inkább olyan képzéseket üdvözölnének, ahol gyakorlati tapasztalattal rendelkező szakemberek adnák át jógyakorlataikat, bevált módszereket mutatnának meg. Még inkább szükség lenne folyamatos esetmegbeszélésekre, ahol nemcsak az egy

munkakörben dolgozók találkozása lehet fontos, hanem a szakmaközi egyeztetések, feladatmegosztások tisztázása is.

*“Szerintem az nagyon fontos lenne és többen is jeleztük, hogy ugye ismeretek hiánya a kollégákban. Tök jó lenne egy olyan nem kötelező képzési rendszer, vagy nem tudom ebben a témában, akik hiteles szakemberek, akik valóban tudnak olyan információt, mankót adni azoknak a kollégáknak, akik szeretnének azzal foglalkozni. Szóval tényleg nem egy kötelező és ingyenes képzés ez fontos. Egy ilyen nem tudom képzési valami roadshowt csinálnak olyan szakemberekkel, akik hitelesek, akik tudnak újat nyújtani ez nekem nagyon fontos lenne. (...) tök jó, hogy van egy tankönyv és azt úgy elmondja nekem, mert, hogy az nem érdekel, hanem van egy új módszer, amit kipróbált.” **Fókusz1V5***

*“Hát lehet, hogy akkor ilyen, ilyen, nekem egy folyamat jut eszembe, nem is egy képzés, hanem egy folyamatot végig vinni, tehát inkább, inkább szuper víz... megbeszélőszerű, hogy mert, hogy ugye mindenki ott kínlódik az esetével és abban a folyamatban végig kísérni.” **Fókusz1V4***

*“szerintem ilyen workshopokat, vagy eset megbeszéléseket lehetne tartani és akkor ott lenne addiktológus, meg pszichiáter, meg szocmunkás, meg utcai, meg szóval mindenki és akkor ott beszélgetni. Mert bevallom, hogy nem tudom mi a különbség, de nem is kell feltétlen tudni, hogy most ez a szer, vagy az a szer.... Azt látom rajta, hogy valami van, és ezzel kell kezdeni valamit. Tehát, hogy szakmai támogatás egymásnak (...) Hogy el lehessen menni egy helyre, ahol esetről van szó és akkor mindenki hozzászól...” **Fókusz2V8***

Voltak szakemberek, akik azt fogalmazták meg, hogy a tapasztalataik szerint a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberek vagy igazgatásban dolgozók érzékenyítése is fontos lehet, hiszen sokszor nemcsak a szélesebb körben vett társadalomban, hanem a kliensekkel kapcsolatba kerülő szakemberekben is számos tévhit, előítélet, akár klienshibáztatás is megjelenik. Erre leginkább az előítéletesség lebontása, a stigmatizáció enyhítése lehet cél, amihez viszont nem annyira az ismeretátadás, hanem az érzékenyítés, egy-egy életút megismerése, a háttér megértése lehetne a megoldás.

*“A szemléletváltás is fontos, hogy a szenvedélybetegség betegségként való kezelése, hogy tudjanak a szenvedélybetegséghez kapcsolódni az emberek így általánosságban, de sokszor a szakemberek sem.” **Fókusz4V2***

Szakember alkalmazása

A szociális és gyermekvédelmi rendszerben tevékenykedő szakemberek üdvözlőnék egy intézményenkénti vagy legalább kerületenkénti addiktológiai problémákhoz értő szakember kötelező foglalkoztatását és ennek finanszírozását. Úgy érzik, hogy a képzések mellett mégis az adná a legnagyobb biztonságot, ha helyben, a saját klientúrájuknak lenne olyan szakember, aki érdemi beavatkozást tudna nyújtani a klienseknek vagy esetvezetési segítséget a kollégáknak. A rendszer létrehozására olyan javaslat hangzott el többször is, hogy a család- és gyermekjóléti központokban, akár egy esetmenedzseri státuszban tudják elképzelni az addiktológiai szakember (például konzultáns) foglalkoztatását, hasonlóan a szociális diagnózist készítő esetmenedzserhez, fogyatékosügyi tanácsadóhoz vagy pszichológushoz, családterapeutához hasonlóan.

“a gyerek jólétibe kötelező egy szociális diagnózist készítő eset menedzsert alkalmazni. Ugye kötelező a fogyatékosügyi tanácsadó. Az mondjuk Pesten van, meg Budán van egy-egy. De hogy miért nincs a szenvedélybetegségre? Akár kerületenként, hogy kötelező, én felveszek még egy esetmenedzsert, ha az van, hogy addiktológiáért, vagy szenvedélybetegségért felelős sze-

*mély. Őt küldöm és őt képezem és így az összes többi kolléga tulajdonképpen van egy kapaszkodója, van egy szakembere és már ezzel tudunk dolgozni. Azt gondolom, hogy ennek így van értelme.” szociális munkás, középvezető, **Fókusz1V1***

*“... az lenne jó, ha legalább egy vagy két magabiztos szakember lenne egy-egy szakmai egységben legyen az GYÁÓ, legyen az szolgálat, legyen az központ, mert a többiek akkor már tudnak tőle kérdezni.” **Fókusz2V2***

Az addiktológiai szakember alkalmazását még úgy is el tudnák képzelni a résztvevők, hogy az un. utazó szakemberként működne az intézményekben, hasonlóan a gyógypedagógusokhoz. Jó megoldás lehet, különösen az ellátási lánc két végpontján, az alacsonyküszöbű, illetve rehabilitációs szolgáltatásoknál a tapasztalati szakértő, érintett szakember alkalmazása is. A tapasztalatok szerint az érintett kliensekkel a kapcsolatfelvétel, a bizalom kialakítása és mélyítése könnyebben létrejön.

Az egészségügyi ellátásban dolgozó kórházi szociális munkás is hasonló ötletet fogalmazott meg. A toxikológiai osztályi ellátás javítására, a krízishelyzetből adódó, ilyenkor felerősödő motiváció kihasználására fontos lehet a megfelelő helyre történő irányítás, a terápiás illeszkedés figyelembevételével a kezelés megtervezése és az első lépések segítése. Erre a toxikológiai osztályon addiktológiai konzultáns státusz létesítése lenne megoldás, hiszen aki helyben van, ismeri a betegeket, az orvosi munka kiegészítéseként saját szakmai hatáskörben tudna felállítani problématerképet és javasolni intézményeket, szakembereket.

A főváros szerepe

A résztvevők a főváros szerepét elsősorban koordinációban, az együttműködések generálásában, a lobbizás tevékenységben, a közvetítésben látják. A prevenciós programokkal kapcsolatos szabályozás megnyugtató rendezését, a szolgáltatások kapacitásának jobb kihasználásának segítségét jelölték meg legfontosabb feladatként.

A résztvevő szakemberek nagy többsége szerint az intézmények és az egyes szakterületek közötti együttműködést erősíteni kell, a hálózatosodás feladata lenne a kapacitások kihasználása, a jobb lefedettség elérése. Különböző munkacsoportok létrehozásával erősíteni lehetne nemcsak a szakemberek tudását, ismereteit, hanem az intézmények, szolgáltatások közötti együttműködést is. A szakemberek egy része a felvetett kapacitási problémák megoldására elsősorban az együttműködést látja. El tudják képzelni, hogy a fővárosi BKEF a kerületekkel közösen intézményeket, szolgáltatásokat tart fenn, finanszíroz. Szerintük azonban már meglévő szolgáltatások működési feltételeinek biztosítása, kapacitás és szolgáltatások bővítése, nagy tapasztalatú, elhivatott civilek támogatása a célravezető az új intézmények létesítésével szemben. Ezek elsősorban az addiktológiai járóbeteg, ambuláns ellátásokat jelentené, különösen a fiatalokat célozva. A résztvevők a civilek támogatását különösen üdvöznék, mivel ők rugalmasabban tudnak reagálni a felmerülő, aktuális problémákra, változásokra, illetve úgy érzékelik, hogy a szakértelem is elsősorban ott összpontosul. Ezért érdemes lenne a biztonságos, kiszámítható működésükről gondoskodni.

*“... a főváros szerepe, mint koordinációs szerep, intézmények közötti koordináció. hogy időről időre egy ilyen kör elüljön szerintem minimum lenne egy fővárosban.” **Fókusz3V4***

*“...ugyanígy gondot jelent náluk is meg máshol is a forráshiány. Tehát, hogy tudom, hogy ez mindenhol gondot jelent, de az, hogy tinirehab Szatymazon a rezszi költségek miatt, forrás hiány miatt bezárjon az szerintem gáz.” **Fókusz2V2***

“Hát, hogyha mondjuk a területen tevékenykedő civileknek lenne egy olyan szerződésük, vagy támogatottságuk, hogy gyakorlatilag lehet, hogy az egész Budapestet lefednék. Az van, hogy

megvan a katalógus, kinézem, nem tudom, felhívom az egyiket, hogy milyen jó lenne, ha eljön-nél a nem tudom melyik csoport foglalkozásra és mivel a fővárossal van egy együttműködési megállapodás és benneteket támogatnak, hogy tudjatok túlélni és adott esetben meg is élni és hiteles szakemberek vagytok, akkor ez így működne. Szóval ez nekem nagyon fontos lenne.”

Fókusz1V5

A hajléktalan ellátás területéről érkező résztvevők úgy érzik, hogy növelni kell a hajléktalan ellátás mellett addiktológiai feladatokat is felvállaló intézmények, szolgáltatások finanszírozását, más típusú normatíva elszámolást tartanak indokoltnak, hisz ezek az intézmények kettős feladatot látnak el, több probléma kezelésében vesznek részt, mely plusz szolgáltatások működtetését, személyi és akár tárgyi feltételek meglétét jelenti. Bár elismerik, hogy ez nem elsősorban fővárosi kompetencia, a közös gondolkodást, közös finanszírozást, valamilyen lépéseket a probléma megoldására várnának a fővárosi BKEF-től is.

“hogy lehetnének akár normatív módon, akár pályázati forrásból lehívható pénzek, amiből tud az ember csinálni egy védett szintet, egy ilyen csoportot, egy olyan csoportot, akár felbérelni egy addiktológiai szakembert, és vagy kitanítani a kollegákat, ilyesmiket csinálunk is a magunk eszközei szerint, de ehhez kapcsolódnia kell valamilyen országos ellátó rendszernek.”

Fókusz3V3

Fontos lenne egy paradigmaváltás a segítség felfogásában is, hogy a szolgáltatások nyújtása a kliensek lakóhelyén valósuljon meg, sokkal proaktívabb szociális munkát tartanának hatékonynak, mely azt is jelenti, hogy bővíteni érdemes az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat. A megkereső és alacsonyküszöbű szolgáltatások azok, melyek láthatóvá teszik a problémát, elérik a rászorulókat, változásokat tudnak generálni a kliensekben és hidat képeznek a változás fókuszú szolgáltatások felé. Az alacsonyküszöbű, megkereső szolgáltatások munkáját azonban nehezíti, hogy rájuk is ugyanolyan szabályok vonatkoznak például a parkolás, behajtás tekintetében, pedig ők sokszor éppen fővárosi fenntartású intézményként, közfeladatot teljesítenek. Üdvöznének ebben való elmozdulást is.

“... azokat a szolgáltatásokat kellene izmosítani, amelyek ott a helyszínen megragadják a problémát, kezelik. (...) ha ott helyben az utcán élőknel valahogy sikerül bármifajta kezelési irányokat kitalálni...”

Fókusz3V5

“Nem fogadják el azt, hogy ott ülünk a krízisautóban. Nekünk is parkolást kell fizetnünk, pedig mi azért a fővároshoz tartozunk.”

Fókusz3V8

A prevenciós programokkal kapcsolatban is több, egymással megegyező javaslat született. Minden fókuszcsoportban, több résztvevő szakember is hangot adott annak, hogy hiányoznak az iskolai prevenciós programok, illetve a meglévők nem a megfelelő üzeneteket állítják fókuszba, illetve nem korszerű módszereket alkalmaznak. A prevenció, a tájékoztatás a szenvedélybetegségről, szerekéről, a segítség lehetőségeiről a szülők, felnőttek számára is kiemelkedően fontos lenne, hogy felismerjék, ha probléma van és adekvátan tudjanak reagálni a gyerek és a saját érdekükben. A jelenlévő szakemberek azzal is világosan tisztában vannak, hogy a hatékony prevencióval szemben milyen szakmai elvárások vannak, tehát ezek meglehetősen közismert szakmai tények. A megfelelő, tapasztalt szakember, a megfelelő célok, üzenetek megfogalmazása mellett, fontos a prevenció folyamatossága, tudatos felépítettsége, és az összes szereplő (szülő, pedagógus, gyerek) elérése.

“Egyrészt a civilek erősítését fontosnak tartanánk, egyrészt sokkal szabadabban tudnak szolgáltatásokat szervezni és biztosítani sajnos, mint egy önkormányzati fenntartású intézmény. Viszont őket nagyon hátráltatja a jogi környezet. Azt, hogy az iskolába nem igazán tudnak bejutni.”

Fókusz2V2

“És nyilván az menjen be az iskolába ebbe a témába, aki ebben felkészült és ne olyan szervektől várjuk az akkreditációt, vagy nem tudom hol tart ez az egész mocsokság, ami van, akik azt se tudják, hogy most így ki adhat, ki nem adhat. Hogy van?” **Fókusz1V5**

“Én abszolút hiszek a prevencióban, tehát, hogy iskolai szinten elkezdni, mert amíg olyanokat hallok esetet a gyerek szájából, hogy kristályozott és akkor utána az itt jelenlévő pszichológus mondja el, hogy mi az és milyen hatással lehet rá és miért nem csak füveztél kábé, (...) hogy a gyerekek nem tudják, és igen, ugye azzal a körrel, akivel nagyon dolgozunk az alulsocializáltak, és nem kapják meg a szülőktől sem azokat az információkat, amiket esetleg egy középhétegyezredes meg tud adni... vagy nem, de reménykedünk benne, igen szóval szerintem a prevenció, az iskolákba való bejutás” **Fókusz2V3**

V1: Igen és akár lehetne igen a szülők, vagy a felnőttek számára is ilyeneket.

V2: Mindenesetre a prevenció az nem egy 45 perces, mert az semmit nem ér, tehát annak egy folyamatnak kell lennie és...

V3: Jól felépített folyamatnak... “ **Fókusz2, 3 résztvevő párbeszéde**

A résztvevők elvárják a fővárostól, hogy kormányzati szinten is egyeztetéseket kezdeményezzen és lobbizzon a terület jobb ellátottsága, illetve különösen az iskolai prevencióval kapcsolatos jogszabályok változása érdekében. Bár abban többen bizonytalanok, hogy ki a megfelelő szereplő ennek képviselésére, de az jól érzékelhető volt, hogy égető szükség van az iskolai szinten történő, megfelelő színvonalú tájékoztatásra, programokra.

V1: Beszéljen a kormánnyal... hogy nyomást vagy hatást gyakoroljon a kormányra...

V2: Lehet egyszerűbb lenne, ha nem a fővárostól jönne és nem az lenne, hogy egyből elutasítják. Tehát, ahogy valmait puhítani kell, muszáj lenne, a stratégia kapcsán is...

V1: Ha a civilektől jön az nem jó, ha a tanároktól jön, az se jó. **Fókusz2, két résztvevő párbeszéde**

A résztvevő szakemberek komplex problémalátásáról tanúskodik, hogy gyakran fogalmaznak meg olyan igényeket is, melyek nem drogspecifikus ellátásokra, közvetlen prevencióra vonatkoznak, hanem olyan járulékos problémákat időben tudjanak kezelni, melyek bizonyítottan és köztudottan prediktorai az addikciók vagy akár devianciák kialakulásának. Ilyen például a megfelelő és időben történő pszichiátriai járóbeteg ellátás, a felmerülő problémákra válaszul specifikus szolgáltatások időleges nyújtása (pl. csoportfoglalkozás, indulatkezelési készségek fejlesztése, gyászfeldolgozás, stb.). A fiatalok számára közösségi terek biztosítása, készségfejlesztés, tanulási nehézségek, lemaradások kezelése, oktatási rendszer fejlesztése, stb. A hajléktalanellátás területén mindezek mellett a lakáspolitikai fejlesztésének, illetve a társadalmi környezet érzékenyítésének igénye fogalmazódott meg, mint szélesebb perspektíva.

“... nem biztos, hogy ide kell tenni az erőforrást, hanem már sokkal korábban kéne elkezdni...”
Fókusz1V4

“... csoportokat szervezzünk (...) speciálisan egy-egy olyan csoportot, amit nem mi tudunk, mert tényleg képzettség hiányában tartani, hogy ennek megvásárlására a költségvetésünk lehetőséget adna...” **Fókusz1V2**

“... az a legnagyobb prevenció, ha ezeknek a fiataloknak van egy olyan hely, hogy jól tudnak lenni és mondjuk elfogadóak velük.” **Fókusz1V7**

“egyszerűen látom, hogy most nekem kéne odamenni önkéntes munkába és a már most leszakadó gyerekekkel olvasni, mert nem fog olvasni. HA nincsen ember arra, hogy itt elkezdje behozni ezt, akkor ez simán ide fog vezetni.” Fókusz1V4

A résztvevők közül többen is jelezték, hogy valójában alig tudják biztosan, hogy mi zajlik a saját munkaterületükön addikciós problémák tekintetében. Szívesen tájékozódna, de ehhez sem érzik magabiztosnak a kutatómódszertani ismereteiket. Ehhez szívesen vennének segítséget, például egy vagy két évente fővárosi szociológus szakmai támogatását, akitől vagy strukturált interjút, tesztet kaphatnának vagy az általuk megfogalmazott kérdésekre mérőeszközt állítanának össze és az elemzésében is segítséget nyújtanának.

“... merthogy ezek ilyen benyomások, meg megkérdeztem nyilván a kollégáimat (...), de szociológiai felmérések végzésére nincs se időm sem energiám. (...) szakmailag kitalálni, ha kapunk valami mankót, hogy itt vagyunk (...) és ha a fővárosban ül egy szociológus, akkor néha ide, néha oda megy és akkor meg tudná csinálni...” Fókusz1V4

Mindezek mellett elhangzottak még további javaslatok is. Fontos lehet az önkéntesség felfuttatása, különösen a kortársak körében. A középiskolákban kötelező közösségi szolgálatát, valamint az egyetemisták tudását is jobban ki lehetne aknázni. Az életkori közelségből adódóan a fiataloknak mintául, követendő például szolgálhatnak a néhány évvel idősebb kortársak véleménye, életpályája, tudása.

Jövőkép

A nem drogspecifikus ellátásban dolgozó résztvevő szakemberek arra a kérdésre, hogy mit látnának szívesen 3 év múlva optimális esetben az addiktológia területen, egyértelműen és egyöntetűen egy intézményi katalógust, tényleges és felkészített szakemberek által vezetett prevenció programokat látnának. Emellett fontosnak tartanák az intézmények szakmai segítségét, helyben, addiktológiai szakember által, akár heti vagy kéthetente egy napon is.

“Hogy meg tudjuk őket találni, igen. Én is ezt gondolom, hogy valahogy legyen erejük ezeknek a civil szervezeteknek. Mindazoknak, akik ebben el tudnak köteleződni, és hogy ne legyen ez ilyen nagyon esetleges, hogy ők éppen milyen erőforrással bírnak. Mekkora kapacitással tudnak rendelkezni. Mert, hogy ennek stabilnak kéne lenni, tehát hogy ahhoz hogy hogy ez megfelelő színvonalon működjön, ahhoz stabilitás kell. A gyerekek, fiatalok számára is, hogy tudja, hogy holnap is be tud menni, meg tegnapelőtt is ott voltam, az holnapután is lesz.” Fókusz1V7

Természetesen a fókuszcsoportokon elhangzottak az egész szektort sújtó számos problémák is, melyek érintőlegesen, de kapcsolódnak az addiktológiai témához. A szociális és gyermekvédelmi, egészségügyi területen dolgozók túlterheltsége, szakemberhiány, megbecsültség hiánya. Az alacsony fizetés, a kliensmunkától jelentős időt elvonó adminisztrációs terhek, az elégtelen továbbképzési rendszer is számos, az addiktológiai munkát is hátráltató, mindennapos problémát jelent a szakemberek életében és összefüggésben áll a szakemberek mentális állapotával, mely viszont közvetlenül kihat a kliensmunkára.

Összegzés

A vizsgálatban a nem drogspecifikus ellátásokat céloztuk négy nagyobb ellátási területre bontva: család és gyermekjóléti ellátórendszer, szociális ellátórendszer, hajléktalanellátás és egészségügyi ellátórendszer. Négy fókuszcsoportot szerveztünk a négy ellátási területnek,

valamint készült 10 interjú, 8 háziorvossal és az egészségügyi ellátórendszer másik két képviselőjével.

A nem drogspecifikus ellátásokban dolgozó szakemberek szerhasználat aktuális helyzetével kapcsolatos percepciója egybehangzó volt, mindennapjaiban a szerhasználat nem jelentős probléma, és az illegális szereknél a legális szerek, mint alkohol, cigaretta és gyógyszerhasználat sokkal nagyobb problémát jelentenek, mint a kábítószer. A dohányzást egybehangzóan, mind a fókuszcsoporthoz tartozók, mind a háziorvosok olyan problémának látják, amely nincs a probléma súlyosságának, az ártalmak komolyságának megfelelően kezelve. Az illegális szerek minden típusa előfordul a nem drogspecifikus szolgáltatásokban, az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) két nagy kategóriája, a szintetikus kannabinoidok, illetve a szintetikus katinonok azok, amelyek jelentős problémát okoznak ezekben az ellátásokban. A kábítószer használata döntően rejtett marad, jellemzően egyéb problémák kapcsán, nem önmagában jelenik meg.

Mivel nem drogspecifikus szolgáltatásokkal beszéltünk, így a szerhasználattal kapcsolatos feladatok döntően a továbbirányításról, a megfelelő szolgáltatás megtalálásáról szólnak. A beszélgetések során általánosan jellemző motívum volt, hogy a résztvevők magukat inkompetensnek érzik a szerhasználat, függőségekkel kapcsolatban, és saját ismereteiket hiányosnak látják. A legtöbben azokkal a helyzetekkel tudnak hatékonyan reagálni, melyekben a szenvedélyproblémával küzdő maga is belátja a problémáját vagy önkéntesen kér segítséget, tehát motivált a változásra. Fontos kiemelni ugyanakkor, hogy néhány szolgáltatónál megvalósult már az érintettek bevonása a vonatkozó szolgáltatások megvalósításába.

A gyermekvédelemben, családsegítésben dolgozó szervezeteknél előfordult, hogy az adott területen vagy környéken az iskolai prevenció feladataiban is részt vesznek, ez utóbbi volt még egy jellemző, szerhasználathoz kapcsolódó szolgáltatás, amit a nem drogspecifikus szolgáltatásokban esetenként megtalálhatók. A résztvevő szakemberek percepciója szerint, ahogyan nő a túlterheltség az egészségügyi ellátórendszerben, úgy csökken a kapacitás és a türelem a szenvedélybeteg, illetve a hajléktalan és szenvedélybeteg, vagy egyéb sokproblémás kliensekkel szemben. Az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége a továbbirányításoknál egyértelmű akadályt jelent. A háziorvosok esetében szintén a továbbirányítás a jellemző, szerhasználathoz kapcsolódó tevékenység, ugyanakkor ők ki tudják használni meglévő szakmai kapcsolataikat, így csökkentve a hosszú várakozási időt.

A szerhasználók stigmatizáltságát többször említették a résztvevők, mint az ellátáshoz való megfelelő hozzáférés akadályát. A nem drogspecifikus ellátásokban a szerhasználók elítélése, lekezelése fontos probléma, amelyet mindenképpen érdemes lenne kezelni.

A budapesti, nem drogspecifikus intézményeknek jellemzően több addiktológiai szolgáltatást nyújtó intézménnyel van kapcsolata, többnyire a működési helyének környékén a területen. Ez ugyanakkor eltérő lehetőségekkel is jár, hiszen nem minden területen található szenvedélybetegellátással foglalkozó szervezet. Fontos kiemelni, hogy a gyermekvédelem területén működő szervezetekkel ellentétben a hajléktalanellátó szervezetek alig kapnak meghívást a kerületi kábítószer egyeztető fórum (KEF) munkájába, nincs kapcsolatuk ezekkel a kerületi szintű koordináló testületekkel.

Minden nem drogspecifikus terület résztvevő szakemberei körében, tehát a szociális, hajléktalanellátás, gyermekvédelem és egészségügy területéről érkező résztvevők között is megfogalmazódott, hogy nehéz számukra ezekkel a helyzetekkel reagálni, eszköztelennek érzik magukat azzal kapcsolatban, hogyan lehet a motivációt erősíteni, fenntartani. A hajléktalan

ellátás területéről érkező szakemberek mindezekén túl azt is megfogalmazzák, hogy számukra külön problémát jelent, hogy a kliensek motivációját erősítsék, hogy jövőképet építsenek.

A fókuszcsoporthoz több olyan javaslat is született az érzékelt hiányosságokra reagálva. Minden beszélgetés során az elsők között fogalmazódott meg egy intézményi kataszterre vonatkozó igény, mely megkönnyítené a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberek delegálási feladatait. Szintén erős igény mutatkozott arra vonatkozóan, hogy ezek a szakemberek megoszthassák kérdéseiket, dilemmáikat, tapasztalataikat és jó gyakorlataikat egymással. Képzések, esetmegbeszélők, workshopok, rendszeres szakterületi megbeszélések mind elhangzottak javaslatként. Emellett minden terület nagyon hasznosnak tartaná egy-egy státusz erejéig addiktológiai szakember alkalmazását akár kerületenként vagy intézményenként vagy utazó formában, esetleg telefonos szakmai tanácsadás formájában, ez nagyban tudná segíteni a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakembereket a felmerülő, aktuális addiktológiai kérdésekben, valamint a továbbirányításhoz megfelelő intézmény megtalálásában.

A javaslatok alapján a nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberek vagy igazgatásban dolgozók érzékenyítése is fontos lehet, hiszen sokszor nemcsak a szélesebb körben vett társadalomban, hanem a kliensekkel kapcsolatba kerülő szakemberekben is számos tévhit, előítélet, akár stigmatizáció, klienshibáztatás is megjelenik.

A résztvevők a főváros szerepét elsősorban koordinációban, az együttműködések generálásában, a lobbizás területén, a közvetítésben látják. A prevenciós programokkal kapcsolatos szabályozás megnyugtató rendezését, a szolgáltatások kapacitásának jobb kihasználásának segítségét jelölték meg legfontosabb feladatként. Ez különösen fontos terület, mert az iskolai prevenció fájdalmas hiánya a beszélgetések alatt többször is előkerült. A prevenciós programokkal kapcsolatban is több, egymással megegyező javaslat született. Minden fókuszcsoporthoz, több résztvevő szakember is hangot adott annak, hogy hiányoznak az iskolai prevenciós programok, illetve a meglévők nem a megfelelő üzeneteket állítják fókuszba, illetve nem korszerű módszereket alkalmaznak.

A nem drogspecifikus ellátásban dolgozó résztvevő szakemberek arra a kérdésre, hogy mit látnának szívesen 3 év múlva optimális esetben az addiktológia területén, egyértelműen és egyöntetűen egy intézményi katalógust, tényleges és felkészített szakemberek által vezetett prevenciós programokat látnának. Emellett fontosnak tartanák az intézmények szakmai segítségét is.

Irodalom

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B., Strang, J. (1993): *Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues*. *Addiction*, 88(12): 1617–1626.

Nemzeti Drog Fókuszpont (2022) *2022-es ÉVES JELENTÉS (2021-es adatok) az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest. https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes2022_HU_final.pdf

Mellékletek

Fókuszcsoport vezérfonal/Interjúvázlat

NEM DROGSPECIFIKUS INTÉZMÉNYEK – FÓKUSZCSOPORT VEZÉRFONAL

Bevezető

5p

A Fővárosi Önkormányzat felkérésére a MAT 2022-ben kezdte el a munkát, a **helyzetfelmérés célja, hogy a fővárosi drogstratégia elkészítéséhez megbízható információval** lássa el a döntéshozót, azaz a stratégia tényalapúságának biztosítása.

A helyzetfelmérés 1. fázisában a rendelkezésre álló Bp-i adatok áttekintése és fővárosi fókuszú másodelemzése történt meg. Pl. budapesti felnőtt, illetve fiatal felnőtt lakosság, iskoláskorúak drogfogyasztása, intravénás szerhasználat, túcsere programok, illetve városi szegregátumokban végzett kutatások adatainak elemzése, hajléktalan emberek drogérzékenysége, Budapesten elérhető prevenció programok. **A helyzetfelmérés második fázisa zajlik most, ennek keretében keresünk meg szakembereket az ellátórendszer minden szegmenséből, hogy feltérképezzük a tapasztalatokat, hiányokat, akadályokat és jó példákat.**

A fókuszcsoportos interjú során **érintett témák:** az Ön **munkavégzési területén tapasztalt kábítószerfogyasztás jellemzői**, az ezzel kapcsolatos **tapasztalatok**, az intézményi és szakemberek közötti **együttműködések**, valamint az **ellátást nehezítő hiányosságok** beazonosítása és a fejlesztési lehetőségek kijelölése.

Az interjú kb. 1 -1,5 órát vesz igénybe. Az elhangzottakat diktafonra rögzítjük, melyet legépelünk és elemzünk. A fókuszcsoportos interjú teljes mértékben anonim, így sem a résztvevőket, sem az intézményt nem lehet majd később beazonosítani a kutatási beszámolóban. A szövegeket bizalmasan kezeljük: a kutatókon és a szöveget legépelő gépirón kívül senki nem olvashatja el őket. A beszélgetésen való részvétel önkéntes, az előzetes beleegyezés bármikor, minden következmény nélkül visszavonható, és megszakítható.

Bemutakozás

10p (15)

Rövid bemutatkozás, mivel foglalkozik ő, mit csinál az intézmény

- Kérem, mutakozzanak bel! (Keresztnév)
- Mi a végzettsége? Hol és milyen beosztásban, mióta dolgozik?
- Van-e valamilyen a munkahelyével, a klienskörrel kapcsolatos specialitás, ami eltérő és fontos lehet, itt ma nekünk? (szerhasználat szempontjából fontos sajátosságai a populációinak, pl társadalmi, szocio-kulturális háttér stb.)
- Van-e az intézménynek ehhez kapcsolódóan többlet szolgáltatása?

Szerhasználat a munkájában – általános helyzet

20p (35)

Hogyan jelenik meg munkájuk során a szerhasználat?

Mi a **jellemző szerhasználatához kapcsolódó probléma** amivel találkozhatnak?

- Szerfogyasztás jellemzői, mértéke, szerfogyasztók főbb jellemzői az intézmény klienskörében (Milyen szerek? Kik a leginkább érintettek? Milyen korosztály? Milyen háttérrel?) – Saját tapasztalatok
- Ha nem említik rákérdezni külön is: hagyományos szerek, ÚPSZ, gyógyszer. alkohol(?)

Általánosságban a szakmájában **fővárosi szinten ez mekkora probléma?**

- Ha végiggondolja a gyakorlatában eltöltött éveket (a korábbi munkahelyeket is beleértve), milyen az általános kép a fővárosban érzékelhető szerfogyasztással kapcsolatban? Javuló vagy éppen romló tendenciát mutat? Jellemezze ezt a gyakorlati tapasztalatai alapján?

Szerhasználat a munkájában – jelenlegi gyakorlat

20p (55)

Mekkora probléma ez a terület, **mekkora része a feladataiknak?**

Mi történik, ha szerhasználat merül fel egy-egy kliensénél/betegénél? Nyújt az intézményük bármilyen szerhasználatához kapcsolódó szolgáltatást?

- Végez-e **bármilyen nemű szűrést**, mely az alkohol/drogfogyasztással összefüggő? Van-e bármilyen kérdőív, vagy sztereotip kérdések, amiket feltesz a klienseinek (akár új, vagy régi kliensről van szó)?
- Folytat-e **bármilyen megelőző tevékenységet?** Részt vesz-e valamilyen megelőzési programban?

- Valamilyen formában végez-e információ átadást
- Van-e valamilyen útmutatás, **belső szabályzat a saját gyakorlatukban**/intézményi kereteik között a szenvedélybetegek ellátásával kapcsolatban?

Az tapasztalataik szerint **mennyire felkészültek a különböző szakemberek, a kollégák az Önök intézményében az addiktológia területén?**

- Ismerik-e azokat **módszereket**, amelyek az addiktológiai problémával küzdők esetén jól használhatók? **(Konkrétan ki és mit csinál, ha felmerül egy ilyen eset)**
- Az intézményében dolgozó segítő **szakemberek honnan tájékozódnak a droproblémákkal összefüggő kérdéskörrel?** Van-e **munkatárs, aki képzett** szerhasználati problémák azonosítása ill. korai kezelésbe vétel módszerei tekintetében (szerek, tünetek, ellátás, rizikófaktorok stb.)

Saját, jellemző vagy tanulsággal szolgáló konkrét példákat említsenek

- Van-e olyan konkrét eset, amelyet említeni tudna, mint jó gyakorlatot/példát/ dilemmát/elakadást ahol szerhasználatához kapcsolódó esetet kezeltek, mik voltak a lépések, intézkedések, tanulságok?

Intézményi környezet

15p (70)

Vannak szerhasználatához kapcsolódó **intézményi kapcsolatok, együttműködések**, amiket a munkája során használnak? **Honnan jönnek esetek, hova irányítanak tovább?**

- **Kikkel működik együtt** szenvedélyproblémákkal küzdő kliens **segítése** vagy **prevenció, veszélyeztető tényezők csökkentése, korai kezelésbe vétel** érdekében? Mi a szerepe ezeknek az intézményeknek, szakembereknek?
- **Irányítja-e valamilyen kezelésbe**-ellátásba kliensét? Milyen esetekben?
- **Milyen lehetőségei vannak** a szakembereknek a szenvedélybetegeket ellátó **intézményekkel való együttműködésre?** (akár közös programok, vagy pl. beutalás)

Igények, hiányosságok és fejlesztési lehetőségek

15p (85)

Jelenlegi gyakorlat alapján **mi segítené legjobban a szerhasználatához kapcsolódó problémák kezelését?** Mik a legnagyobb **hiányosságok, lyukak** az ellátórendszerben az önök területéről nézve? **Milyen szakmai támogatás** lenne a legfontosabb, **mi segítené a munkájukat?**

- Az Ön véleménye szerint melyek azok a legfontosabb tényezők/háttérben álló okok, amelyek, akár intézményi, akár egyéni szinten akadályozzák, hogy az önök területén a szakemberek hatékonyan közreműködjenek a szerhasználati problémák kezelésében?
- Milyen szolgáltatás, támogatás lenne célszerűek a szerhasználati problémák vonatkozásában az Önök intézményében? Fővárosi szinten?

Zárás

5p (90)

Mi az az optimális állapot, melyet szívesen látna 3 év múlva a fővárosban addikciók megelőzésével és kezelésével kapcsolatos kérdésekben?

Ha marad idő: Kérem fejezzék be a következő mondatot:

Az ellátórendszer legnagyobb problémája jelenleg az, hogy.....

A szakma legfontosabb feladata az lenne, hogy:.....

Bármilyen, ami bennük maradt, nem hangzott el és fontos lenne megemlíteni?

KÉRDŐÍV 1

Kérjük 1-től 4-ig terjedő skálán adja meg, hogy az ön területén mennyire okoz problémát az adott szer használata?

(Minden sorban egy választ jelöljön!)

	egyáltalán nem probléma	1	2	3	4	nagyon nagy probléma	nem tudom
23) Kannabisz, hasis	1	2	3	4	0		
24) Amfetamin, speed	1	2	3	4	0		
25) Ecstasy, MDMA	1	2	3	4	0		
26) Kokain	1	2	3	4	0		
27) Szintetikus kannabinoidok ("bio")	1	2	3	4	0		
28) Szintetikus katinonok ("kristály")	1	2	3	4	0		
29) Hallucinogének (LSD, gomba)	1	2	3	4	0		
30) Opiátok, heroin	1	2	3	4	0		
31) Intravénás használat	1	2	3	4	0		
32) Alkohol	1	2	3	4	0		
33) Dohányzás	1	2	3	4	0		
34) Egyéb:	1	2	3	4	0		
35) Egyéb:	1	2	3	4	0		
36) Egyéb:	1	2	3	4	0		
37) Egyéb:	1	2	3	4	0		

KÉRDŐÍV 2

Mit gondol, mi akadályozza leginkább a hatásos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az önök területéről nézve?

Jelölje meg a három legfontosabbat! (írjon 1-t a legfontosabbhoz, 2-t a második, és 3-t a harmadik legfontosabbhoz)

1) Speciális addiktológiai ismeretek hiánya az önök szervezetében	
2) Addiktológiai szakemberek hiánya	
3) Kevés pénz, források hiánya a szerhasználathoz kapcsolódó szolgáltatásokban	
4) Szerhasználathoz kapcsolódó ellátórendszer elégtelen kapacitása	
5) Szerhasználathoz kapcsolódó ellátórendszer nehéz elérhetősége (területi)	
6) Együttműködések hiánya	
7) Szerhasználathoz érintettek motiválatlansága	
8) Nem támogató környezet	
9) Egyéb:.....	
10) Egyéb:.....	
11) Egyéb:.....	
12) Egyéb:.....	

OKTATÁSI INTÉZMÉNYEK²¹

(Készítette: Csák Róbert, Szécsi Judit)

Vezetői összefoglaló

Az oktatási intézményekben leginkább problémát okozó szerek, addiktív magatartások:

- A legális szerek, a dohányzás és az alkohol állandó problémát jelent az iskolákban, részben a legalitás miatti nagyobb láthatóság, részben ezeknek a szereknek a valóban nagyobb a használati gyakorisága miatt.
- Külön említendő a snüssz, amely az elmúlt időszakban jelent meg az iskolákban, és nagy népszerűsége miatt. Ezzel a szerrel kapcsolatban nagy a tanácstalanság, nincs bevett válasz rá az iskoláknak. A nikotin stimuláns jellegéből adódóan a diákok akár dolgozatírás, felelés vagy tanulás közben is használnak snüsszt, a beviteli mód miatt pedig a sportolók körében is nagyon elterjedt a használata.
- Az illegális szerek kevésbé látszanak a mindennapok során, a használat jellemzően az iskolán kívül történik, de leginkább a kannabiszt látják elterjedtnek, a hétvégi bulikon bármi előfordulhat

Az egyes szerek kipróbálásában, használatában meghúzódozó feltételezett okok:

- a kortárs csoportnak és a családnak (szülők, testvérek) a szerepét látszik kiemelkedőnek
- meghatározó lehet az osztályközösség, ami akár évfolyamon belül is eltérő érintettséget tud okozni
- a diákok leterheltsége, illetve
- a családi körülményekből eredő stressz.

Az iskolán belüli problémakezelés

- A dohányzás, illetve a telefonhasználat kezelése többnyire kapcsolódik a házirendhez,
 - o a dohányzás kapcsán az iskola épületének elhagyására vonatkozó szabályozás volt egy jellemző eszköz,
 - o a telefonhasználat kapcsán pedig a készülékek nap elején vagy óra elején való begyűjtését említették.
 - o Kiemelkedő feladat: a lebukások kezelése, ez jelentős feladatnak tűnik az ilyen ügyek intenzitása és átfogó (szülőket, tantestületet egyaránt érintő) jellege miatt.
 - o Az iskolai drogprevenციót egyértelműen olyan terület, amit minden típusú iskolákban dolgozó szakember az iskolarendszer feladatának gondol.
 - o A drogprevenციót nem önmagában álló témának gondolják, hanem inkább egy általános függőségek témakör részeként, és inkább tartanának kívánatosnak olyan programokat, amelyek nem önmagában álló előadások, hanem egy komplex program egyik elemeként kezelik a szerhasználatot.

²¹ A tanulmány és a háttérben álló kutatás Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum megbízásából és finanszírozásával készült.

- Ha van az iskolákban drogprevenációs program, az jellemzően vagy a rendőrség által tartott előadás vagy egy érintett előadása, esetleg egy iskolában dolgozó szakember (például az iskolapszichológus), esetleg az iskolai szociális segítő által tartott drogprevenációs előadás.

Kinek a feladata az iskolán belüli problémakezelés és annak akadályai:

- Az iskolai szociális segítők feladatuknak tekintik a szerhasználathoz kapcsolódó ügyek kezelését, igyekeznek naprakészen tartani a tudásukat, képzik magukat.
- A tantestületek szemszögéből egyértelmű saját ismereteik elégtelensége, de általánosságban nézve a tanárokat nem tartják hiteles szereplőnek a drogprevenáció területén
- Egyértelműen a külső szakembereket látják alkalmasnak ilyen foglalkozások megtartására
- az iskoláknak nem igazán vannak élő kapcsolatai az ellátórendszerrel a szerhasználat kapcsán.
- az elégtelen feladatellátás okai:
 - kapacitáshiány,
 - hatékony prevenációs programok hiánya,
 - ismerethiány,
 - az együttműködés hiánya a gyermekvédelmi intézményekkel, a gyermekeket ellátó pszichiátriai és addiktológiai intézményekkel.
 - az iskolai drogprevenáció bizonytalan törvényi szabályozása, valamint
 - a szerhasználathoz kapcsolódó ellátórendszer alulfinanszírozottsága nyomán a civil szervezetek szinte teljesen eltűntek az iskolai prevenációs színterről;
 - az iskolában inkább jelen lévő viselkedési függőségekkel kapcsolatos ismeretek hiánya;
 - a támogató környezet hiánya, amelyben egyik tényező a szülői együttműködés hiánya, a társadalmi, addikciós politikai terület működési módja, nincs a területnek gazdája, a korábban kialakult, meglévő szolgáltatások mind a prevenáció, mind a kezelés területén erőteljesen beszűkültek.

Lehetséges fejlesztési irányok:

- a feladatok, kompetenciák és jogosítványok tisztázása, átláthatóbbá egyértelműbbé tétele
- az ismeretek bővítése
- módszertani lehetőségek bővítése
- networking lehetőségek biztosítása, jógyakorlatok megosztása
- az iskolai szinten a tényleges addikciós helyzet felmérésére vonatkozó adatok megismerése, módszertani segítség, vagy „utazó szociológus” státusz létesítése
- érvényes intézményi kataszter

Bevezetés

A kutatás célja, háttere, fogalmi keretek

A Magyar Addiktológiai Társaság kutatása a Fővárosi Önkormányzat felkérésére készült. A 2022-ben elkezdődő munka első fázisában a rendelkezésre álló adatok fővárosi fókuszú másodelemzése történt meg. A második fázisban olyan helyzetfelmérést végeztünk, melynek célja, hogy a fővárosi drogstratégia elkészítéséhez megbízható információval lássa el a döntéshozót, ezzel is biztosítva a stratégia tényalapúságát. Ennek keretében kerestünk meg szakembereket az ellátórendszer minden szegmenséből, hogy feltérképezzük a tapasztalatokat, hiányokat, akadályokat és jó példákat.

A következő tanulmány az iskolarendszer szereplői körében készített felmérés tapasztalatait mutatja be. Az interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések keretében a főváros területén, különböző típusú (szakiskolák, gimnáziumok, 4/6/8 osztályos középiskolák), különböző fenntartású iskolákban dolgozó szakembereket kérdeztünk meg. A helyzet mélyebb megismeréséhez, az észlelt problémák és hiányosságok az akadályok és megoldási lehetőségek feltérképezéséhez elengedhetetlen a problémával kapcsolatban lévő, gyakorlatban dolgozó szakemberek tudása, tapasztalata.

Módszer

Az adatgyűjtés eszköze és módja

Az interjúk és fókuszcsoportos beszélgetés során az oktatásban, ezen belül is a középfokú közoktatásban dolgozó szakemberek által észlelt problémákat és szükségleteket mértük fel. A fókuszcsoportos interjú során érintett témák a következők voltak: a résztvevő munkavégzési területén tapasztalt szerfogyasztás jellemzői, az ezzel kapcsolatos tapasztalatok, az alkalmazott gyakorlati lépések, illetve beavatkozások, az intézményi és szakemberek közötti együttműködések, valamint az ellátást nehezítő hiányosságok, valamint a fejlesztési lehetőségek és akadályok.

A fókuszcsoportok 1,5-2 óra időtartamúak voltak. Az elhangzottakat diktafonra rögzítettük, melyet legépeztünk és elemeztünk. A fókuszcsoportokon való részvétel önkéntes volt, ezért ellentételezést nem ajánlottunk fel, az előzetes beleegyezés bármikor, minden következmény nélkül visszavonható, és megszakítható volt. Az adatokat teljes mértékben anonim módon dolgoztuk fel, így sem a résztvevőket, sem a résztvevő intézményeket anonimizáltuk.

A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása

A vizsgálatban két fókuszcsoportot szerveztünk, egyikben döntően az oktatási intézményekben az oktatást támogató szakemberek vettek részt, azaz az óvodai és iskolai szociális segítők (akik középfokú intézményekben dolgoznak), iskolapszichológusok és iskolai védőnők képviselői, a másik fókuszcsoportban pedig iskolaigazgatók vagy az általuk kijelölt, témában kompetens tanárok voltak a meghívottak.

A résztvevők rekrutálásánál a főváros minél szélesebb területi lefedettségét igyekeztünk biztosítani, a területi lefedettségénél a kerületeket alapul véve. Minden fókuszcsoportot úgy állítottunk össze, hogy belső és külső kerületekben, valamint Budán és Pesten működő iskolákban dolgozó szakemberek egyaránt képviselve legyenek, és fontos szempont volt, hogy

egy fókuszcsoporton belül lehetőleg minden résztvevő másik kerületből érkezzen. Az oktatási intézmények kiválasztásához véletlenszerű kiválasztást alkalmaztunk: a budapesti iskolák ABC szerint sorbarendezett listájáról (amelyben szerepelt minden típusú fővárosi iskola, azaz szakiskola, gimnázium, 4-6-8 osztályos középiskolák, egyházi, állami, illetve alapítványi fenntartású iskolák) véletlenszerű kiindulóponton minden kilencedik iskolát megjelölve 15 iskolát választottunk ki, amelyeknek emailben tájékoztatást és felkérést küldtünk majd telefonon kerestünk fel. Mivel az első 15 iskolából nem sikerült megfelelő számú résztvevőt beszervezni, ezért az eljárást még egyszer megismételtük újabb 15 iskolát kiválasztva.

A minta jellemzői

A résztvevő szervezetek és szakemberek anonimitásának megőrzése érdekében a fókuszcsoportokon résztvevők kerületi eloszlását csak aggregálva közöljük. A fókuszcsoportok résztvevői a következő kerületekből érkeztek: 2., 3., 4., 7., 11., 12., 14., 17., 18., 20., 21 kerület.

7.táblázat: A fókuszcsoport résztvevők főbb jellemző (fő)

A fókuszcsoport megnevezése	A fókuszcsoport típusa	A fókuszcsoporton résztvevők pozíciója	N
Fókusz1	Iskolai szociális segítők	Iskolai szociális segítő (4fő), iskolapszichológus, iskolai védőnő	6
Fókusz2	Iskolaigazgatók	Iskolaigazgatók vagy helyettesek (7 fő), iskolapszichológus	8

Elemzési eljárás

Az adatok elemzésében első lépésként mind a fókuszcsoportok, mind az interjúk hanganyaga szó szerinti begépelésre került, ügyelve a személyek megszólalásainak elkülönítésére és az anonimitás megőrzésére. Ezen kívül az átírás során megjelenítésre kerültek egyes jellegzetes non-verbális megnyilvánulások – például nevetés vagy helyeslés –, amelyek az adatok értelmezhetőségéhez szintén hozzájárultak.

A fókuszcsoportokon mindkét kutató részt vett, és jegyzeteket készített a későbbi feldolgozást támogatóként. A leíratok feldolgozásában tartalomelemzés (Braun & Clarke, 2006) módszerét használtuk. A szöveg aktív olvasása során a tartalmak megértése, jelentések és mintázatok keresése után kódoltuk a szövegeket. A kódok kialakításakor elsődleges szempont volt az adatok rendszerezése, később azok témákba csoportosítása. A témák kialakításakor az interjú, illetve fókuszcsoport vezérfonal főbb tematikus egységeit vettük alapul, majd azon belül a beszélgetések során felmerültek alapján altémákat alkottunk.

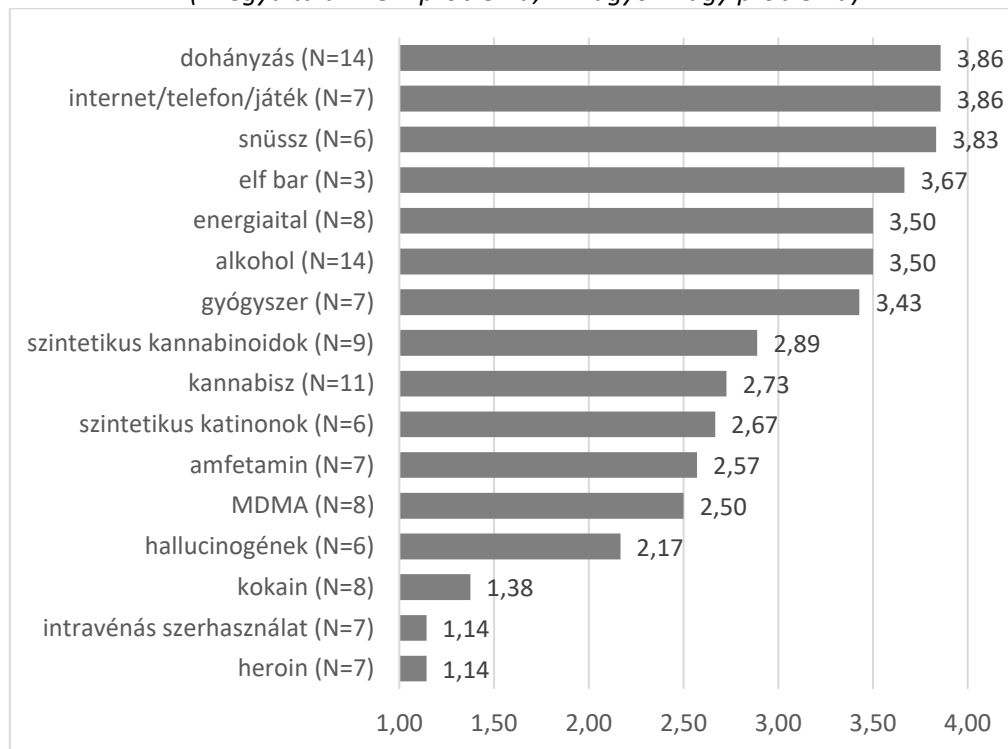
Eredmények

Percepció a szerhasználatról, általános helyzet

Az oktatási intézményekben dolgozók elmondása alapján egyértelmű kép bontakozott ki az iskolai szinten problémát okozó szerek kapcsán: a legális szerek lényegesen nagyobb problémát jelentenek az iskolákban, mint az illegális szerek. A fókuszcsoportokon az adott szerek problémássága kapcsán kitöltött kérdőív eredményei jól illusztrálják a helyzetet, a tizenhat kategória első hét helyén legális szerek és viselkedéses függőség (internet- és telefonhasználat, valamint játékfüggőség) szerepeltek. Érdemes kiemelni, hogy a dohányzás

volt az egyetlen olyan kategória, amit minden egyes résztvevő megjelölt, és két válaszadó hármas értékelésén kívül mindenki a legmagasabb, négyes értéket adta, azaz nagyon nagy problémának látják.

5.ábra: Mennyire okoz problémát az adott szer használata a résztvevők munkájában, átlagérték (14 fő)
(1=egyáltalán nem probléma, 4=nagyon nagy probléma)



Illegális szerek, alkohol, energital, cigaretta, snüssz és gyógyszerhasználat

A fókuszcsoportokon elhangzottak alapján a dohányzás és az alkohol az, ami állandó problémát jelent az iskolákban. Emögött részben a legalitás áll, ezek a legjobban látható szerhasználati módok, ugyanakkor az iskolákban dolgozók percepcióját megerősítik az iskoláskorúak szerhasználatát vizsgáló kutatások eredményei, az alkohol fogyasztás, a dohányzás, és a gyógyszerhasználat prevalenciája jóval meghaladja az illegális szerek prevalenciáját (lásd például az ESPAD kutatás eredményeit²²).

Dohányzás egyértelmű. 5-öst isadtunk volna. Fókusz2V6

Én a dohányzásra írtam 4-est, de lehet, hogy az alkoholra is, csak az az iskolai életben nem jelenik meg. Viszont, amikor visszajönnek egy-egy hétvégéről, akkor halljuk azt, hogy ki milyen állapotban volt ettől, attól, amattól. Konkrétan nem lehet tudni, hogy ebben drogok, vagy a drogok milyen szinten játszanak szerepet. És hát a dohányzás, igen, tehát ott a kibíratatlan időszaknak látszik egy 3-4 órás vizsgaszakasz, amikor nem lehet kimenni a teremből, vagy nem lehet elhagyni az épületet ugye. Fókusz2V1

²² Elekes, Zs., Arnold, P., & Bencsik, N. (Eds.). (2020). *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD-kutatás magyarországi eredményei.* <http://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar>

*Én az alkoholra, dohányzásra, a snüsszre és az energiatitalra írtam 4-est. Ugye mondtam, hogy egyházi iskola vagyunk, úgyhogy elég szigorú szabályrenddel, meg itt-ott-amott szigorú háttérrel. Tehát az iskolában ilyen formán semmi sincsen jelen, de azért azt látjuk, hogy amint vége van a tanításnak a sulikaputól 3,5 méterre már veszik elő a cigarettát. **Fókusz2V2***

*Az alkohol egyértelmű, a dohányzás az nálunk is tűzzel, vassal, és nagyon jó öltet volt ez a játék, telefon, igen az egy mérgező dolog, miközben a telefont én is azt gondolom, hogy nálunk is minden órán használják szinte, tehát nyilván erre megy a jövő és ezt korlátozni én úgy látom, hogy nem is nagyon lehet. Illetve, hát a józan belátásra próbálok én is hagyatkozni. **Fókusz2V3***

*Mindenféle elektromos kütyü. Nálunk van elfbár, volt tőlünk, akit elvittek nikotinmérgezővel az elfbár miatt. Hiába illegális, alsós gyereket. **Fókusz1V6***

Érdemes külön kiemelni a snüsszt (nikotin tartalmú, ínyhez felhelyezhető párna), amely az elmúlt időszakban jelent meg az iskolákban, és nagy népszerűsége tette szert a tanulók körében. A beszélgetésekből érezhető volt a tanácstalanság, mivel ez egy újonnan megjelenő szerhasználati mód, egyelőre nincs bevett válaszuk rá az iskoláknak. Részben hasonló az elmúlt évek során megjelent égésmentes nikotintermékekhez, mint az IQOS vagy az elfbár, ugyanakkor a snüssz füstmentes, így tágabb a használók köre. A fókuszcsoportokon résztvevők beszámoltak arról, hogy akár órán is használják, de a snüssz nagyon népszerűnek tűnik sportolók körében is. Ez utóbbi indokát abban látják, hogy nem terheli a tüdőt, tehát az edzők is elnézőbbek vele, ugyanakkor stimuláns, azaz fokozza a teljesítményt. A nikotin stimuláns jellegéből adódóan a diákok akár dolgozatírás, felelés vagy tanulás közben is használnak snüsszt a beszámolók alapján, tehát van egy „funkcionális” szerhasználati mintázata is.

*És hát nálunk is nyilván itt a, a snüssz az egy bemelegítésre szolgáló eszköz, vagy szinten tartáson, vagy tehát, hogy már már egy teljesen elfogadott. Itt a sport teljesítményhez köthetően elképesztő **Fókusz2V3***

*A legkevesebb a parti drog, mert ez a snüssz... nem tudok iskolát, ahol ne lenne snüssz. És a snüssz az egy hivatalosan, a gyerekek szerint legális eszköz. A boltba lehet vásárolni, csak azt kell hazudni, hogy 18 éves vagy, ezt mondják a gyerekek. [...] Nagyon sok élsportoló gyerek van [aki snüsszözik]. Az élsportolók azt mondják, hogy azt teljesen szabad és az edzők engedik a snüsszt mivel nem árt a tüdőnek, nyugodtan lehet használni, mert spannol és teljesítményt fokoz. És ezt dolgozathoz ugyanúgy használják, mint bármi máshoz. **Fókusz2V4***

*A snüssz megjelent. A sportolók ugyanazt mondták nekem, amikor mondtam, hogy de hát rosszul vagy, mentőt kell hozzád hívni, nem bírsz lábra állni: Ez jó neked, az edző is mondta. **Fókusz2V5***

Az energiatital (koffein) fogyasztását szintén problémaként látják a résztvevők. Itt kiemelték, hogy sokszor ezek kapcsán a szülők se tájékozottak, és szülői jóváhagyással fogyasztják a gyerekek. Itt a legkisebb a tudatosság a fókuszcsoportok alapján, beszámoltak arról is, hogy az iskola büféjében is árulják, vagy akár szakmai rendezvényen megjelenő promóció is előfordul.

*Az energia ital pedig szülői jóváhagyással. Mint a limonádét úgy isszák, és nem tudjuk [a szülőknek] megmagyarázni, hogy az nem biztos, hogy jót tesz a gyerekeknek... hogy nem kéne engedni, hogy a 7 éves gyerek este nyolckor film közben bedob két energia italt és utána másnap mondják a pedagógusok, hogy elalszik órán. Hát mert fél éjszaka fenn van, nem tud aludni. És egyszerűen nem megy át az infó. **Fókusz1V1***

*Most elárulok egy titkot. Nálunk még az iskolába is lehet kapni. Én majdnem lefordultam a székről, amikor ez így kiderült, hogy hát ez hogy?! Mert az egy külsős cég és a gyerekek azzal nyitnak a büfében és utána így ül a gyerek és 10 órakor meg már fekszik, mert annyira elfárad, kifárad a szervezete. **Fókusz2V2***

*Most magunk ellen beszélnek, a tanévnyitó iskolai védőnő konferencián megjelent az energiatál társaság nem tudom kicsodája és ódákat zengett arról, hogy az energiatál mennyire nem veszélyes. Fölállt a hátamon a szőr. A Magyar Védőnői Egyesület beengedi a tanévnyitó iskolai konferenciára. **Fókusz1V2***

A gyógyszerhasználat kapcsán döntően benzodiazepin használatról beszéltek a fókuszcsoportokon, azaz Xanax és Frontin van jelen elsősorban az iskolákban. Ahogy a szakemberek is megfogalmazták, ez nem új jelenség, régóta jelen van a tanulók között, jellemzően a lányok körében. Amit itt érdemes kiemelni a beszámolókból, az a növekvő tendencia, a résztvevők úgy látták, hogy a gyógyszerhasználat egyre gyakoribb, ami mögött meglátásaik alapján egyrészt a magas leterheltség és stressz állhat, másrészt az ellátórendszer leterheltsége, a megfelelő pszichológusok, pszichiáterek hiánya, amely miatt sokszor a terápia helyett gyógyszerekkel kezelik a problémákat. Ezen túl felmerült a tanárok gyógyszerhasználatára is problémás területként.

*Nálunk a gyógyszer használat egyértelműen nagyon benne van, de ez évtizedes probléma. [...] A gyerekeknél az elmúlt két évben látjuk azt a tendenciát, hogy ahogy egyre kevésbé lehet hozzáférni a pszichológiai ellátásokhoz, pszichiátriai ellátáshoz. Megnőtt az én érzésem és a tapasztalatom szerint a gyógyszert kapó gyerekeknek a száma, olyan emocionális problémára kapnak a gyerekek gyógyszereket, amik egyértelműen családterápiás, pszichoterápiás megközelítést igényelnének. **Fókusz1V5***

*Amin teljesen elképedek, hogy a tanárok is néha említik, hogy ők bizony nyugtatókat szednek, mert nem bírják a terhelést. Lehet, hogy ő elmegy a pszichiáterhez, és úgy jut hozzá, vagy a háziorvosához, vagy valami ilyen, de én ezt is nagyon problémásnak érzem. **Fókusz1V3***

Az illegális szerek kevésbé látszanak a mindennapok során, mert a használat jellemzően az iskolán kívül történik, de leginkább a kannabiszt látják elterjedtnek, viszont a hétfégi bulikon bármi előfordulhat a résztvevők meglátása alapján, akár kokain is. Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) szintén felmerültek, jellemzően az olcsóságuk miatt (ez az, amit a diákok meg tudnak engedni maguknak), de kevésbé tűnik kritikusnak a helyzet, mint néhány évvel ezelőtt, többen úgy látták, hogy ezek használatára csökkenő tendenciát mutat. Ugyanakkor ki kell hangsúlyoznunk, hogy sokkal intenzívebb diskurzus folyt a csoportokban a legális szerek elterjedtségéről, mint a kábítószerokról. A függőség, szerhasználat komoly problémaként jelenik meg, hiszen az iskolás kor az, amikor elindul a tudatmódosítással való kísérletezés, ezért a tanárok érzik a felelősségüket, azonban ezek használatára csak a kirívó esetek kapcsán látnak rá, mint például rosszullet az iskolában vagy esetleg kábítószerkereskedelem felmerülése egy osztályban.

*Hát, hogy ugye ezeknél a családoknál sokszor a szülők is használják, vagy a nagy tesó, vagy valaki a családból, akivel együtt laknak... szerintem inkább a bio, de volt a kristály is. De azt inkább pár éve hallottam úgy jobban. A biófü az mindig, az van. **Fókusz1V6***

*A fű, a füre írtam azt a 4-est, hogy a fűnek a használata az az iszonyú elterjedt. Kevésbé, mint az alkohol vagy a dohányzás, de nagyon jelen van az iskolán belül. Nem az iskolán belül, legalábbis nagyon ritkán. Nem szívják az iskolán belül, de nagyon ritkán van olyan, hogy kiderül, hogy ott van nála [...] és a bióra adtam még 4-t, bár az utóbbi időben az már annyira nem jellemző úgy veszem észre, lehet, hogy arra 3-ast kellett volna adnom. **Fókusz2V6***

Én meg akarom magyarázni, hogy miért adtam nagyon sok nullát [a „nem tudom” válasz a kérdőívben]. Azért, mert ebben a pillanatban olyan, mint hogyha nálunk nem lenne. Teljes béke, nyugalom van mindenféle területen, még a dohányzás sem akkora probléma, de a pszichológus azt mondta, hogy hozzá viszont bemennek gyerekek önként, és a teljesítménykényszerről, a totális kimerültségről, kikészülésről beszélnek, és ennek kapcsán elmondják, hogy hétfégén a

buliban ott aztán kontrollálatlanul bármit. Azt mondta, hogy fű, de a kokain is előfordul. Fókusz2V5

Szerhasználat mintázódása és a háttérben látott okok

Akár legális, akár illegális szerekről volt szó, az egyes szerek kipróbálásában, használatában a kortárs csoportnak és a családnak (szülők, testvérek) a szerepét látják kiemelkedőnek. Meghatározó lehet az osztályközösség, ami akár évfolyamon belül is eltérő érintettséget tud okozni. A családot, barátokat meghatározónak látják a dohányzás, az alkohol, gyógyszerek és az illegális szerek kapcsán egyaránt. Ezzel párhuzamosan a társadalmi státusz, anyagi helyzet inkább a használt szerek kapcsán jelent meg (rosszabb anyagi háttérrel rendelkezők olcsóbb szereket használnak), kevésbé a szerhasználat elterjedtségét meghatározó tényezőként.

És még az érdekes, hogy tulajdonképpen ilyen osztályok szerinti megoszlás van így, hogy nem abszolút iskola szintű probléma, amiket itt felsoroltam. Vannak olyan osztályok, ahol érintettek a gyerekek, van ahol snüsszel, van ahol egyáltalán nem, akár évfolyamon belül is. Fókusz2V2

A dohányzás az ugye, az nagyon kiugró a gyerekek, felnőttek körében is. Komplettn dohányzó családok vannak, ahol a gyerekek is dohányoznak a felnőttekkel együtt. Mi nyilván egy réteget látunk leginkább. Tehát, hogy a családsegítő, gyerekjóléti rétegben, azért nyilván egy kicsit más a reprezentációja ezeknek a szereknek. Fókusz1V3

Nekem pont az a tapasztalatom itt a területben, hogy ugyanazokkal a gondokkal küzdenek az alul szocializált és rossz anyagi körülmények között élő családok, mint a nagyon jól menő családok és ez vonatkozik a szerhasználatra is. Nyilván más típusú dolgokat fogyasztanak, hiszen az árak erősen befolyásolják, de nálunk a fele nagyjából a jó családból származó gyerek és az akár mély szegénységben élő gyerekeknek az aránya. Fókusz1V1

A résztvevők jelentős háttérben meghúzódnak látják a szerhasználat kapcsán a diákok leterheltségét, illetve a családi körülményekből eredő stresszt – amire viszont nem igazán tudnak megoldást kínálni az iskolák. A leterheltség, teljesítménykényszer motívumot erősítheti meg az is, hogy a nagyon problémásnak ítélt szerek között két stimuláns is volt (nikotin, koffein), és az is, hogy az altatók, nyugtatók használata szintén a nagy problémát jelentő szerek között szerepel.

A válások aránya iskolai szinten ezen a magasan kvalifikált részén 70%. És ez a gyerekeket szét-szedi, szétszedi. Közben próbálnak iszonyú jól tanulni, 4,86-os átlaggal érettségiznek, ez az iskola átlag... [...] nekünk azokra a konfliktusokra, és feszültségre amiben a gyerekek érnek ezekre semmi megoldásunk nincs, csak az, hogy ne csináld. Ez nem egy ideális megoldás. Se ne használd ez, ne dohányozz, ne pörgesd fel magad, hanem tűrd. Fókusz2V4

Mi technikum vagyunk és a drogozásnak ugye sok oka van és nálunk nem az a kilátástalan élethelyzet típusú drogozás van, hanem a divat és a feszültség oldás, mint ok. Fókusz2V7

Nem szerhasználat, de ijesztő méretű bizonyos osztályokban, hogy milyen tragikus pszichén állapotban vannak, és akkor ez megnyilvánul testképzavarban, táplálkozás zavarban, súlyos gyógyszeres kezelést igénylő depresszióban. Van olyan osztály most, ahol most nyolcan vannak folyamatosan vadaskerti ellátással és rendszeres kórházi bent fekvéssel, falcolással. Fókusz2V2

Az iskolapszichológust kifaggattam mielőtt jöttem, hogy mit mondhatok. És azt mondta, hogy elég jellemző az is, hogy valamilyen gyógyszerkészítménnyel próbálják magukat az adott helyzetben kezelni... ha például stresszhelyzetre készülnek, dolgozat, vagy valamire, akkor képesek egymásnak adni Xanaxot, vagy ilyesmit, Frontint... vagy pedig teljesen önjáró módon beszerzik valahonnan, erről keveset tudok, de azt biztos, hogy jelen van és a lány osztályokra ez nagyon jellemző [szakiskola, szakmák szerint van különbség az osztályok nemi összetételében]. Fókusz2V7

Szerhasználathoz kapcsolódó problémák kezelése a gyakorlatban

Szerhasználathoz kapcsolódó feladatok

A fókuszcsoportokon elhangzottak alapján a láthatóság egy fontos faktor abban, hogy a mindennapi munka során a szerhasználat mennyi feladatot ad az iskoláknak. Illegális szerhasználat iskolaidőben nagyon ritkán fordul elő, ezek jellemzően iskola utáni, a hétvégi szórakozáshoz kapcsolódó tevékenységek, így nem feltétlenül jelenik meg feladatként az iskolákban dolgozók számára. A dohányzás, illetve telefonhasználat ebből adódóan is jelenhetett meg az illegális szerekhez képest sokkal nagyobb arányban a megkérdezettek beszámolóiban, hiszen ezek kevésbé rejtett, a napi, órai munka közben előforduló tevékenységek. Ezek kezelése többnyire kapcsolódik a házirendhez, a dohányzás kapcsán az iskola épületének elhagyására vonatkozó szabályozás volt egy eszköz, amit említettek. A telefonhasználat kapcsán pedig a készülékek nap elején vagy óra elején való begyűjtése egy megoldás – ez utóbbival kapcsolatban felmerült, hogy több helyen használhatják az órai feladatok elvégzéséhez, így ez nem egy általános gyakorlat.

Egy iskolai szociális segítő beszámolt arról a kerületében jellemző gyakorlatról is, hogy a 16 évnél idősebb, azaz nem iskolaköteles korú gyerekeket egyszerűen kirúgják az iskolából, ha kiderül, hogy kábítószerrel foglalkoztak, így távolítva el a problémát az iskolából.

M: Szerhasználathoz kapcsolódó feladataiknak?

*V: Ha akarod, akkor semekkorra. Tehát el tudom fedni ezt úgy, hogy nem veszem észre. Ha figyelek a szülői jelzésekre, a diákok elejtett mondataira, az iskola pszichológus jelzéseire, akkor úgy látom. Tehát meg lehet oldani így is, úgy is. Azt mondjuk, hogy nálunk nincs, mert nem találkozunk vele. **Fókusz2V4***

*Az iskolánk úgy működik, hogy ha bejönnek az iskola tanulók nem mehetnek ki csak a tanítás végén. Majdnem minden iskola így működik. A nagykorúak pedig két szünetben mehetnek ki. Van ott egy kis előkertünk, ahol dohányoznak. Előfordul, hogy iskola után már látunk a kezükbe sört, vagy valamilyen alkoholos italt is, de akkor már ugye iskolán kívül és a mi formális tankörünkön kívül fogyasszák el ezt. Illetve a telefont, tehát az, ha már elveszem tőle úgy harcol érte, mintha az ujját vágnám le. Szó szerint képes konfliktusba keveredni a tanárával, hogyha ez így szóba kerül, pedig házirendben szabályoztuk, mindig szépen elmagyarázzuk és a szülőknek is, hogy ez miért van. **Fókusz2V7***

*Nálunk több középiskolában a területen az van, hogy aki betöltötte a 16. életévét és nem tanköteles és kiderül róla, hogy drogot fogyaszt, itt, ott, akár egyszerűen kirakják a szűrét. Tehát nem, és ez több iskola egyértelműen, világosan megmondja. Itt nem lesznek drogozó gyerekek. **Fókusz2V1***

Kiemelkedő feladatként lehet még említeni a lebukások kezelését. A beszámolók alapján ez jelentős feladatnak tűnik, nem a gyakoriság, hanem az ilyen ügyek intenzitása kapcsán, hiszen ilyenkor a helyzet kezelése során nem csak a tanulóval kell foglalkozni, de a szülők informálása is az iskolára hárul, és magának a tanári munkaközösségnek is fel kell dolgoznia az esetet (tanárok felelősségén át a kapcsolódó, iskola szintű változtatásokig).

*Amikor meg van egy-egy lebukás... nálunk volt egy sítáborba vittek piát, meg fűvet, amit nem szabad. Persze kiderült és akkor van ügy és akkor, és akkor az ügy kezelése, menedzselése, következményei, már úgy értem a következményei, hogy az évfolyam, vagy az intézmény számára, vagy a tábor számára, tehát nem az, hogy intőt kap, vagy nem, hanem, hogy mit kezdünk ezzel a helyzettel, hogy mi történik. **Fókusz2V***

*Nagyon sokszor volt olyan, hogy a szülőket én kerestem meg, akik semmiről nem tudnak. Ezek azért nehéz percek, órák, amikor a szülővel kell közölni, hogy nagy a baj. Meg még bőven volt ilyen online beszélgetés szülők közt az esti órákban, úgyhogy nekem nagyon sok időmet veszi el. **Fókusz2V2***

*Ha az osztályfőnökök az osztályban látnak ilyesmit, akkor azonnal jeleznek és próbálunk valamit mi is kampányszerű, vagy felvilágosítást, meg egyebeket tartani. Nagyon sok külső előadó jön. Hívtam azt a Zacher Gábort. Hát én szerintem rossz volt. **Fókusz2V4***

Az iskolai drogprevenció természetesen hangsúlyos téma volt, ez egyértelműen olyan feladat, amit minden típusú iskolákban dolgozó szakember az iskolarendszer feladatának gondol. Ebből következően ez az a terület, ahol az ellátórendszer hiányosságai a leginkább érezhetőek számukra – erről bővebben az „Akadályok, igények, feladatok” részben írunk, itt az aktuális gyakorlatra fókuszálunk. A szakemberek diskurzusában nagyon jellemző volt, hogy a drogprevenციót nem önmagában álló témának gondolják, hanem inkább egy általános függőségek témakör részeként, és inkább tartanának kívánatosnak olyan programokat, amelyek nem önmagában álló előadások, hanem egy komplex program egyik elemeként kezelik a szerhasználatot.

*A tudatosítás, meg a prevenció, amivel mi nagyon sokat foglalkozunk és próbálunk... Tehát egyrészt nemcsak drog, hanem függőség, hogy egyáltalán mi az, észleld magadon. Mi az oka? Mikor, mi a teendő? Mit csináljál? Hogyan álljál hozzá? És ebben nagyon sok munka van. **Fókusz2V8***

Ha van az iskolákban drogprevenációs program, az jellemzően két nagy kategóriába tartozik, vagy a rendőrség által tartott előadás vagy egy érintett előadása, akinek van szerhasználó múltja, de már nem használ kábítószeret. Az ilyen programoknak a színvonala eltérő; volt, aki nagyon hatásosnak látta a „leállt drogos” típusú előadásokat, de volt aki szerint ezek inkább kontraproduktívak, és fókuszcsoportokon beszámoltak jól működő, rendőr által tartott órákról annak ellenére, hogy a résztvevők többsége egyetértett, hogy a rendőrség nem megfelelő, illetve nem kizárólagos szereplő a drogprevenációs színtéren. A két nagy kategória mellett megjelent harmadik típusként az iskolában dolgozó szakember, jellemzően az iskolapszichológus vagy a terület iránt affinitást érző tanár esetleg az iskolai szociális segítő által tartott drogprevenációs előadás. Az iskolai szociális segítők elmondták, hogy sokszor kéri meg őket prevenció órák tartására, viszont a felkérések jelentős része nem drogprevenációról szól, hanem az iskolákban gyakrabban megjelenő problémákról, mint például a szexuális élethez kapcsolódó témák, a bullying vagy egyéb, a mentális egészség témakörébe tartozó jelenségek.

Drogprevenációban jártas, erre specializálódott civilszervezet által végzett prevenció munká elenyésző számban jelent meg a beszámolóinkban.

*A rendőrkapitányságtól rendszeresen jár ki egy hölgy, aki mindenféle témakörben tart nekik előadásokat. Pont ugyanezt mondja ő is, hogy őt is próbálják meggyőzni arról, hogy ezzel igazából nincsen semmi baj, hanem tulajdonképpen minket felnőtteket zavar, hogy ezt a szép színes elfbárt, vagy nem tudom micsodát szívják, tehát hogy ezzel alapvetően nekik nincs bajuk. **Fókusz2V1***

Mert itt most csak a prevencióról volt szó és nálunk is ez hasonló, úgyhogy ezt nem részletezném, meg én is iskolapszichológusként is tartok ilyen drogmegelőző előadásokat a testi, meg a lelki, meg a szellemi függőség kialakulásáról. Meg a tanácsadó referens, vagy mit tudom én a

rendőrségről, szakellátó, meg ilyenek jönnek és egyébként a mi tanácsadó referensünk az szerintem egy jól működő nagyon klassz csávó. Jól csinálja szerintem. Jó vele a kapcsolatunk. **Fókusz2V6**

Régi kapcsolatainkból adódóan volt olyan előadássorozatunk, ahol egy zenész nem jut eszembe a neve, szerhasználó, jött hozzánk gyerekeknek előadást tartani, aki első kézből adott át információt. Nyilván ez kétélű fegyver, mert lehet, hogy valakinek eszébe se jutott eddig, de aztán majd most igen. **Fókusz1V6**

Nekünk nagy hiány az, amikor, hogy nincsenek akkreditált, ugye hivatalosan csak akkreditált szervezet folytathat drogprevenciós tevékenységet az iskolába. Ugye ilyen nincs. Volt egy év, hogy csak 9 darab védőnő volt az országban, aztán kicsit javult a helyzet, de nem nagyon. Tehát, hogy nem nagyon van kit hívni, meg mármint így jól felépített nem az, hogy egy rendőr eljön egy előadást tartani, hanem egy rendszerre vagy egy hosszabb folyamatra. Nincs ilyen szervezet. Ez nagyon nagy hiány. **Fókusz2V**

Úgyhogy másfajta módszereket alkalmazunk kilencedikeseknek, tizedikeseknek tehát egy ilyen felüldített programmal. Bár az iskolánk rendőrével működünk együtt, de ezek inkább ilyen drámapedagógiai módszerek, színházi előadások, ahol a gyerekek aztán tényleg megnyílnak, és nagyon okosan beszélgetnek. Mindig az osztályfőnök kíséri el őket és akkor az osztályfőnököknek a következő órán arra ráépülve kell foglalkozni a gyerekekkel. Minden prevenciós lehetőséget megragadunk, amit érdekesnek és jónak tartunk. Igen, elég szegényes a lehetőségek tárháza. **Fókusz2V5**

Szakemberek felkészültsége

A szerhasználattal kapcsolatos felkészültség szerint eltérő volt az iskolai szociális munkások, illetve az iskolaigazgatók fókuszcsoportja. Az iskolai szociális segítők feladatuknak tekintik a szerhasználathoz kapcsolódó ügyek kezelését, és gyakran prevenciós foglalkozásokat is kell tartaniuk, így a résztvevők arról számoltak be, hogy igyekeznek naprakészen tartani a tudásukat, képzik magukat, hogy meg tudjanak felelni az elvárásoknak (például prevenciós órák megtartása). Az igazgatók fókuszcsoportjában a diskurzus során jellemző motívum volt a saját ismereteik elégtelensége, de általánosságban nézve a drogtémát saját kompetenciájukon kívül eső területnek látják. Ezen túl hangsúlyosan jelent meg az is, hogy tanárként vagy osztályfőnökként nem ők azok, akik hitelesek lehetnek a kábítószerrel kapcsolatban, egyrészt szerepükből adódóan másrészt életkoruknál fogva. Ez utóbbi kapcsán előkerült a tantestületek elöregedése is, többen mondták, hogy 50 év a tantestület átlagéletkora, azaz a tanárok többsége már idős ahhoz, hogy a tanulók ne egy teljesen másik generáció képviselőit lássák bennük.

Náluk 50 egy néhány év az átlagéletkor. Mi elképesztőek vagyunk a gyerekek szemével. Egyszerűen nem jön oda a problémájával, mert azt mondja, hogy minek úgy sem értem meg. Azok a fiatal összekötők hiányoznak, azok a korcsoportban hozzá közelálló tanárok hiányoznak, meg szociális segítő valaki, akihez oda merne menni, mert feltételezi, hogy érti a problémát és esetleg tud segíteni. **Fókusz2V7**

Az osztályfőnökök pedig próbálnak külső szakembereket hívni, akik nekik segítenek. Az osztályfőnök azt mondja, hogy ebben én teljesen tehetetlen és felkészületlen vagyok. De a felelősséget mindenki érzi. **Fókusz2V4**

Nálunk nem vált be az, hogy hívtunk olyat, aki szerhasználó volt. Inkább felkérés volt a tánkra, igen. [...] A saját tanáraink szerintem kevésbé tudják átadni ezt, mint egy külsős előadó. Nekem ez a tapasztalatom, igazából ezekben a prevenciós témákban. Osztályfőnök is egyes esetekben nehezen tud úgy beszélni, hogy az tényleg egy beszélgetés legyen. Nekem ez a tapasztalatom. **Fókusz2V3**

*Nem hiteles minden osztályfőnök, nem tud mindent, nem? Tehát én nekem ez az érzésem, hogy e miatt ez egy nem feltétlenül hálás feladat. Nyilván az az osztályfőnök, aki úgy érzi, hogy neki ez nem ruhája az nem fog bele öltözködni, vagy a saját nézőpontját fogja adni. Tehát ez egy nehéz dolog. Jó lenne a külső. Mi egy darabig rendőrséggel dolgoztunk, de hozta a bőröndjét és nekem az nem tetszett megmondom őszintén. Én azt láttam, hogy az volt a népszerűsítése. Kinevették a rendőrt, bocsánat. Többet tudtak a gyerekek, azt mondták nekem, hogy ők többet tudnak, mint amennyit hallottak. **Fókusz2V5***

A szakemberek felkészültsége kapcsán mindkét fókuszcsoportban szembe állították saját, jellemzően korlátozott ismereteiket a tanulók gyakran nagyon mély, átfogó ismereteivel a szerhasználat kapcsán, legyen szó illegális szerekről vagy éppen az elfbárról vagy a snüsszről.

*Prevenációs foglalkozásokat tartok ugye kerületen belül és volt olyan, amikor ilyen egészség-napra hívtak minket drogprevenációs témakörrel és a fiatalok jobban képben vannak tényleg. Én csak pislogok, le vagyok maradva. **Fókusz1V1***

*döbbenet az, hogy a gyerekek lemagyarázzák a bármilyen szakembert, bármilyen szakembert és megmondják azt, hogy ez hülyeség... külső előadókkal beszélgettem és ők így álltak, hogy ők nagyon felkészültek, meg úgy számítottak kérdésekre, de olyan szinten fölvilágosultak ebben és meggyőzőetlenekek ebben. **Fókusz2V2***

*Ugye volt annak idején ez a KIABÁL projekt, ahol kifejezetten játékos formában próbáltak egy-részt minket felkészíteni, hogy tudunk prevenációs foglalkozást tartani. Sajnos ez egy akkreditált képzés, tehát most már nincsen a házon belül olyan kollegám, aki vihet ilyen hivatalosan iskolába. Nyilván szemfülesek vagyunk, megpróbáljuk azt a tananyagot valahogy átforgatva vinni még is... hogy naprakészek legyünk végtelen mennyiségű fórumot kell áttúrnia az embernek, hogy ne úgy menjünk az iskolába. De nálunk a kerületben többségében nem ezzel kapcsolatban kérnek prevenációs foglalkozást, hogy drog prevenció, hanem a zaklatás, a bántalmazás. Tehát főleg mi inkább ilyen bullying jellegű foglalkozásokkal tudjuk az iskolákat segíteni **Fókusz1V3***

Intézményi környezet

A fókuszcsoportok tapasztalatai alapján az iskoláknak nem igazán vannak élő kapcsolatai az ellátórendszerrel a szerhasználat kapcsán. Jól illusztrálja ezt, hogy az iskolaigazgatók fókuszcsoportjában mindössze két iskola jelezte, hogy kapcsolatban van a helyi kábítószerügyi egyeztető fórummal, több résztvevő nem is tudta pontosan miről van szó.

M: A ti iskolátok kapcsolatba van a kerületi kábítószer ügyi egyeztető fórummal?

V1: Mi még a nevét se hallottuk.

V2: Hál Istennek nincs.

M: Úgy szokták becézni, hogy KEF.

V3: KEF, igen

V4: Én nem tudom, hogy van-e nekünk.

*V5: Én se. **Fókusz2, több ember párbeszéde***

Az iskolai drogprevenáció bizonytalan törvényi szabályozása, valamint a szerhasználatához kapcsolódó ellátórendszer alulfinanszírozottsága nyomán a civil szervezetek szinte teljesen eltűntek az iskolai prevenációs színtérről, ennek megfelelően az iskolák kapcsolatai civil szervezetekkel elenyészőek. A rendőrség merült fel legtöbbször, mint olyan szervezet, amivel a szerhasználat kapcsán van valamilyen együttműködés, akár iskolai prevenációról van szó, akár egy-egy aktuális ügy kapcsán kezdeményezett eljárásról, esetleg látványos megfélemlítő akciókról.

Egyedül a rendőrséggel van ilyen jellegű kapcsolat. Olyan volt, hogyha kiderült a suliban, akkor csináltak vizelet tesztet és akkor kiderült, hogy mi van, de aztán elindult a rendőrségi ügy

és kimaradtam belőle. A családsegítőnél egyébként ugyanez van, hogyha oda jelzek, akkor kimaradok belőle, tehát hogy nem. Nem tudom nálatok, hogy van, de a védőnők általában kimaradnak a családsegítő ügyekből. **Fókusz1V2**

2-3 évente történik egy olyan eset, amikor hát így a besúgó rendszer révén, mert vannak gyerekek akik ezt eldumálgtatják ofőnek, valakinek, hogy valakinél van valami, vagy valaki kereskedik valamivel na, és akkor egy ilyen nagyon demonstratív megoldást választ a mi igazgatónk, hogy akkor órán bemegy, lecsap, pakold ki a táskádat, pakold ki a zsebeidet, és akkor hívja a rendőrt, aki kutyával jön és hát ő azt mondja a rendőrnek, hogy légy szíves bilincsben vidd el a gyereket, de valami demonstratív módon legyen kikísérve, hogy lássa az egész iskola és akkor 2-3 évig nyugi van. **Fókusz2V6**

Az iskolai szociális segítők körében több intézményes kapcsolatot tudtak felsorolni, ami jelzi, hogy ezek a szakemberek nagyon fontos híd szerepet tudnak betölteni az iskolák és az ellátórendszer között. Ugyanakkor a nem drogspecifikus ellátások területén tapasztaltak itt is megjelennek, a szakemberek a szolgáltatásokat egyedileg, egyedül, az interneten keresve találják meg. Emellett a fókuszcsoporton résztvevők elmondták, hogy szerhasználat kapcsán az iskolákkal való együttműködésnek jellemző akadály, hogy vannak iskolák, akik a szerhasználatához kötődő stigmatizáció következményeitől tartva igyekeznek titokban tartani az ilyen eseteket. A rendőrség náluk is megjelent, mint intézményi kapcsolat, mert ha egy gyereknek rendőrségi ügye lesz, akkor a rendőrség felől érkezik jelzés erről.

Hát azért nálunk a kollegák elég sok intézményi kapcsolatot használnak. Tehát most nem tudom, hogy még van-e Józán Babák, de hogy a Józán Babákat használtuk. A Kék pontot használtuk, a Megállót használtuk. Ilyen rehabilitációs otthonba szülőket próbáltunk begyömöszölni. Sajnos a gyerekeket nem nagyon tudjuk. De nekem az a tapasztalatom, hogy hogy az oiszosok [óvodai iskolai szociális segítők] is, de hogy a családgondozók is, ilyen személyre szabottan feltúrják a netet és akkor megnézik, hogy milyen lehetőségek vannak és akkor így telefonon megpróbálják azt az adott gyereket valahova. Tehát, hogy igazából nincsen erre recept. A recept az az, hogy keresni kell, aztán vagy találunk, vagy nem. **Fókusz1V2**

Az iskolákkal azért nehéz együttműködni. Egyszerűen negálják az egészet, tehát kiderül, hogy a gyerek rosszul lett a suliban, ráhívták a mentőt, mikor próbálunk beszélni az igazgatóval, osztályfőnökkel, az aktuális tanárral, oh nem, nem, nem probléma. Féltik az iskola jóhírét, felteszem. Félnék a tankerülettől, félnék a szülőtől, félnék mindentől. Inkább nem volt. És hát így meg nagyon nehéz. **Fókusz1V1**

Ami konkrét jelzésbe érkezik annak a 99 %-a rendőrségtől jön. Igazoltatás közben megfogták, gyanúsán feküdt az úttesten keresztbe, tehát hogy ennyi, de elenyésző. De egyébként a rendőrségen kívül igazán nem jelent senki. Tehát valóban a pedagógusok nem jeleznek, a szülő hülye lenne jelezni, hát nem fogja meghurcoltatni a saját családját. **Fókusz1V1**

Akadályok, igények, javaslatok

A két fókuszcsoport résztvevőit arra kértük, hogy gondolják végig, mi akadályozza leginkább az oktatás területén a hatásos beavatkozást az addikciós problémákkal kapcsolatban. A kapcsolódó kérdőívben kellett megjelölniük sorrendben azt a három tényezőt, melyet a legfontosabbnak tartanak. Az előre megfogalmazott kategóriákon túl itt is lehetőség volt saját válaszok megfogalmazására.

A 14 résztvevőből 10 említette az addiktológiai ellátórendszer kapacitáshiányát, és harmadik helyen az addiktológiai szakemberek hiányát mind az ellátórendszerben, mind az intézményükben. A második helyen, mindezekkel összefüggésben is az együttműködések

elégtelenségét jelölték meg. Ezután még az addiktológiai ismeretek hiánya, illetve az érintettek motiválatlansága fogalmazódott meg akadályozó tényezőként.

6.ábra: Mi akadályozza leginkább a hatásos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az oktatás területéről nézve?

Adott problémakört a **legfontosabb három között megjelölők** száma összesen (14 fő)



Együttműködések hiánya

Ahogy azt az intézményi környezet kapcsán bemutattuk, az iskolarendszerben dolgozóknak nagyon kevés kapcsolata van az intézményrendszerrel. Ezzel párhuzamosan a résztvevők akadályozó tényezőként érzékelik az együttműködés hiányát a gyermekvédelmi intézményekkel, a gyermekeket ellátó pszichiátriai és addiktológiai intézményekkel. Ez utóbbi okát elsősorban kapacitáshiányban látják, az előbbi esetében pedig az intézményben rendszeresen és hatékonyan jelen lévő szakemberek hiányában, illetve a túlterheltségben. Több esetben megfogalmazták a résztvevők, hogy valójában nincsenek eszközeik, tudásuk és kapacitásuk az addiktív problémák vagy egyéb gyermekvédelmi probléma kezelésére, ugyanakkor éreznek egy nyomást azzal kapcsolatban, hogy ők oldják mindezeket meg, hiszen a gyerek idejének nagy részét valóban az intézményben tölti. Azt is megfogalmazzák ugyanakkor, hogy ha segítséget kérnek, azt érdemben alig vagy nagyon lassan kapnak. Mindezek erős bizonytalanságot, tehetetlenséget és egyfajta magányosság érzéseit idézték elő a résztvevőkben.

*Kellene az együttműködés a különböző területek között. Mert, hogy én nem a prevencióban gondolkodtam őszintén megvallom, hanem a drogos gyerekek ellátása, akkor nekem hiányzik az együttműködés. Nekünk mindig volt kapcsolatunk a kerületben is és tágabb környezetben is. Ezek az utóbbi években totálisan elhaltak... De volt pszichiáter ismerős, tehát kapcsolat konkrétan személyes kapcsolat, tehát mindig el tudtuk, tehát mindig segíteni tudtunk annak a gyerekeknek, aki hozzánk fordult... **Fókusz2V5***

*Együttműködés akkor lenne, hogyha az összes olyan professzionális kör bent lenne az iskolában, aki segíteni tud. Jelen pillanatban túlélés van... **Fókusz2V4***

A résztvevő oktatási szakemberek arról is panaszkodtak, hogy az együttműködés hiányának élik meg azt is, hogy bár nekik jelzési kötelezettségük van a gyermekvédelmi intézmények felé,

ugyanakkor a gyereket érintő ügyekbe nem vonják be őket partnerként. Nagyon hiányolják a valódi párbeszédet, a gyerek érdekében történő összefogást, együtt dolgozást, de leginkább a visszajelzést, hogy mi történt az ő jelzésük után, illetve arról sem minden esetben értesülnek, ha a gyereket érintő eljárás indult (pl. rendőrség, elterelés stb.). Sok esetben a jelzés megtételének hasznát a saját felelősségvállalás biztosításában a törvényi kötelezettség teljesítésében látják.

V1: *Annyi, hogy te megtetted, ami neked elő van írva*

V2: *Mi nálunk még az is felmerült, hogy nagyon jó lenne, ha elterelésre kerül egy gyerek akkor arról, még ha nem is akkor, de utólag, de valahogy jelzést akar az iskola, hogy hahó volt nálatok probléma, legalább ennyi. Hogy az elterelés után tudjuk követni a gyereket, vagy tudjunk segíteni, nem retorzió miatt. Tehát nem ezért.*

V3: *Bocsánat a pártfogói felügyeletől kaptok levelet, hogyha bármi van? Mi általában akkor.*

V2: *Mi az eltereléseket is csak onnan tudjuk, hogyha a jó fej szülő jön és mondja, hogy elterelésben van a gyereke. Mi nulla értesítést kapunk.*

V1: *Eset megbeszélésről esetleg kapunk, de semmiféle visszajelzést a rendőrségtől sem. **Fókusz1 több résztvevő párbeszéde***

Szakember és kapacitáshiány

A résztvevők arról panaszkodtak, hogy az oktatási szcénában mind a pedagógusok, mind az őket segíteni hivatott oktatási szakemberek és ezen belül is leginkább az iskolapszichológus kapacitása alacsony. Az oktatási intézményen belüli reagáláshoz hiányoznak a hozzáértő szakemberek, illetve akik vannak nagyon alacsony óraszámban tudnak csak jelen lenni. A hatásos prevenció programok hiánya – mint minden fókuszcsoporton – itt is jelentős problémaként fogalmazódott meg. Emellett a résztvevő pedagógusok és oktatási szakemberek szívesen látnának, további egyéb, nem megszokott, de igazoltan hatékony szereplőket is, például kortárssegítőket, olyan programokat, ahol pozitív példát nyújtó fiatalok jelennek meg.

*Kevés szabad kapacitása van az iskola pszichológusunknak egész egyszerűen és... nincsenek megfelelő személyek, de ez ugyanaz. Egyrészt unalmas, ha mindig mindent a tanár mond, nem ért mindenhez. Kellenének képzések a tanároknak, tehát az is együttműködés, hogy minket képezzenek. Tehát nem arról, hogy hogy ismerem fel a legújabb drog készítményt, hanem arról, hogy milyen módszerekkel tudok dolgozni, hogy milyen esetekben mit kell csinálni. [...] nincsenek akkreditált szervezetek, amikkel jól lehetne dolgozni és a megfelelő személyek, igen nagyon kellenének a suliba. Mindenfélék, kortárs segítők. Nagyon fontosnak tartjuk, de őket is képezni kéne. **Fókusz2V5***

*Én úgy fogalmaztam, hogy összefoglalva túlterheltség. Tehát a rendszer túlterhelt. A közoktatási rendszer terhelt, az osztályfőnök hátára azért most már mindent ráteszünk és 10 évvel ezelőtt az osztályfőnökök vetélkedtek, hogy ki legyen melyik osztály osztályfőnöke. Most nem tudok megkérni osztályfőnököt, „csak engem ne” ez a válasz ezekért. Tehát ugyanolyan mennyiségű feladat szakad rá az alap munkán kívül esetleg egy osztályfőnökre... Valamit próbálunk csinálni, deaz, hogy mindent ugye az iskola meg a tanárok egy köre kap meg feladatként ez ellen lázadnak. És jogosan. **Fókusz2V4***

Az addiktológiai ellátórendszer nehéz elérhetőségét és ezen szolgáltatások kapacitáshiányát szintén érzékelik a résztvevők. A hosszú várólisták a delegálást nehezítik, de az is súlyos nehézségeket okoz, hogy a különböző szolgáltatások, mind a szenvedélybeteg ellátás, mind a pszichiátriai, mentálhigiénés szolgáltatások területén megtalálása rengeteg idő és

energiaráfordítással jár az ilyen problémákkal kapcsolatba kerülő és felvállaló szakembereknek. A résztvevők külön kiemelték a sok esetben az addikciós problémákkal együtt járó mentális zavarok kezelésének nehézségét is, itt a gyermekpszichológusokat, gyermekpszichiátereket, illetve az ilyen szolgáltatást nyújtó intézményeket hiányolják.

*Én az egyest az addiktológiai szakemberek hiányát jelöltem meg, mert hát ezt is szó szerint értem, hogy akár gyermek pszichiáter elérhetősége, száma eszméletlen alacsony. Olyan várólisták vannak, hogy az iskola pszichológusok kénytelenek ilyen kompetencia határ túllépésre, ha azt akarják, hogy egy gyerek ellátásban maradjon. Ez nem csak az addiktológia terület, hanem bármiről legyen szó... **Fókusz1V4***

*én első helyre tettem, mert akkor, amikor az elégtelen kapacitásról beszélünk, akkor gyakorlatilag a prevenciós programok hiányától kezdve gondolkodom a szakembereken keresztül a szervezettek, az intézmények, tehát, hogy én egy ilyen teljesen kontextusba tettem és ezt tettem az első helyre. A második helyre a nehéz elérhetőséget tettem, ami egyébként nagyon szorosan kapcsolódik ehhez, hogy végül is meg lehet találni dolgokat, de hogy ebbe időt és energiát kell úgy fektetni, hogy hogy azért ez elég sok kapacitást elvisz attól, aki ezzel foglalkozik. Akár azért, mert célzottan próbál egy helyzetet megoldani, akár azért, mert prevencióban gondolkodik. **Fókusz1V5***

Ismeretek, eszközök hiánya

Az ismeretek hiánya több dimenzióban is felmerült, mellyel kapcsolatban a résztvevő pedagógusok és iskolai szakemberek szívesen bővítenék tudásukat. Egyrészt az addikciós ismeretek bővítését fogalmazták meg a résztvevők. Itt az egyes szereken túl sokkal nagyobb hangsúlyt kapott az iskolában inkább jelen lévő egyéb szerekekkel, illetve viselkedési függőségekkel kapcsolatos ismeretek hiánya. Mivel az oktatási szcéna képviselői egyértelműen megfogalmazták, hogy a probléma konkrét kezelése meghaladja a kompetenciájukat, az ismeretek elsajátítását inkább a tájékozottság miatt tartják fontosnak, emellett a hatékony cselekvés, a delegálás módszereit, eszközeit sajátítanák el mélyebben. A képzések kapcsán a gyakorlatban használható, konkrét eszközöket átadó, gyakorlott szakemberek által vezetett, rövid képzések iránti igény volt hangsúlyos. Szintén fontos ismerethiányt jelent az addiktológiai intézményrendszerrel, az egyes szolgáltatások tartalmával, igénybevétel feltételeivel kapcsolatos ismeretek, hogy adott helyzetben hova tudnak fordulni további segítségért.

*panaszkodunk, panaszkodunk, hogy nincs elég szolgáltatás, de ugyanakkor az van, hogy nálunk azért a kollegák java része engem is beleértve viszonylag tájékozatlan kábítószer ügyben. Tehát nem tudjuk, hogy hogy kell kezelni. Nem tudjuk, hogy hogy kell észrevenni. Azt már kezdjük látni és kezdjük feltérképezni, hogy mik azok a vélhetőleg gyakori okok, ami miatt egy gyerek ebbe belesodródik. Tehát ezek meg vannak, és ha ezt az ember felismeri, akkor ott már el tudunk kezdeni valamit. **Fókusz1V1***

*Én is írtam az ismeretek hiányát. Többször megfordult a fejembe az előző kör kapcsán, hogy sok esetben mi futunk, loholunk a diákjaink, fiataljaink után tudásban, mert ugyebár az ő felkészültségük sokszorosa a miénknek, De az is az ismeretek hiányát jelenti, hogy nem tudjuk sok esetben, hogy kihez forduljunk, és hol keressünk segítséget. **Fókusz2V2***

Támogató környezet

Mindkét csoportban többen jelölték a támogató környezet hiányát, mint a munkájukat és az addikciós problémák kezelését akadályozó tényezőt. Ezalatt elsősorban két terület rajzolódott ki. Egyrészt a szülői együttműködés hiánya. A résztvevők úgy érzik, hogy nehéz a kapcsolatot felvenni és kialakítani a mostani szülőkkel. A sokszor alacsony nevelési kompetenciával,

készségekkel rendelkező szülők a gyerekevelésben is korlátozottak, nem hatékonyak, így a nevelési problémák orvoslását az iskolától várják. A szülői felelősség felvállalását hiányolják és úgy érzik, hogy nekik delegálnák ezt át. Emellett több esetben érzékelik, hogy a szülők nem hajlandók semmilyen partnerség kialakítására, hanem inkább a gyerek és a szülő alkot szövetséget, sokszor az iskola ellenében. Ennek is tulajdonítják, hogy maguk a gyerekek is bizalmatlanok a tanárokkal szemben, így hozzájuk sem fordulnak segítségért. A támogató környezet hiányának másik megnyilvánulását a résztvevők a társadalmi, addikciós politikai területen érzékelik. Úgy érzik nincs a területnek gazdája, a korábban kialakult, meglévő szolgáltatások mind a prevenció, mind a kezelés területén erőteljesen beszűkültek. A jelenlévő pedagógusok azt fogalmazták meg, hogy kevésbé tudják a mozgásterületet, illetve azt, hogy kinek-mi lenne a dolga az oktatás területén felbukkanó addikciós jelenségek kezelésével kapcsolatban.

*A másik nagyon fontos problémát szintén az együttműködés hiányát írtam én is a szülőkkel is. Katasztrófális, katasztrófális. Hogy egyébként meg a szülők közül nagyon sokan azt várják, hogy az iskola oldja meg. **Fókusz2V2***

*És harmadik helyre tettem a nem támogató környezetet, ahol én viszont teljesen és egyértelműen egy társadalmi környezeti apátiára gondolok, amiben gyakorlatilag maga a szerhasználat, bármilyen típusú szerhasználat egyszerűen nem téma, nem probléma, nem jelenik meg társadalmi kampányokban. Ez nem az iskola problémája, ez egy komoly társadalmi probléma, amivel kellene foglalkozni és nagy volumenű kampányokkal és folyamatosan beépítve. **Fókusz1V2***

*Nekem az az érzésem, hogy ugyanott tartunk, mint ezelőtt nem tudom 30-40-50 évvel, hogy azt mondjuk, hogy Magyarországon kábítószer nincs (nevetnek) Mert van, csak nem foglalkozunk vele. **Fókusz1V1***

Ígények, szükségletek

A kérdést megfordítva, a következőkben azokat az igényeket, szükségleteket vesszük sorra, melyek az oktatási szcénából delegált résztvevők szerint az addikciók megelőzésében és kezelésében a leghasznosabbak lennének, a leginkább tudnának szakmai támogatást nyújtani a hatékonyabb reagáláshoz.

Együttműködések fejlesztése

A résztvevők leginkább a feladatok, kompetenciák és jogosítványok tisztázását, átláthatóbbá egyértelműbbé tételét látják fontosnak. Az együttműködések erősítésével, elsősorban ezeket a jogi, szakmai kérdéseket lehetne tisztázni. Ide kapcsolódik a kliens utak közös kialakítása is a különböző szakmák képviselőivel, melyhez elengedhetetlennek tartják a különböző szempontok átbeszélését. Második lépésként pedig a különböző partnerektől a nagyobb szerepvállalást, a kompetenciák felvállalását és tényleges cselekvést várnának.

*Szerintem igen is van hatékony eljárás, de hogy ez hol vannak, kinél, mi van, milyen eszközök vannak ezt fontos tudnunk iskola szinten tanárként, iskola pszichológusként mindenkinek, hogy hol, kinek, milyen eszköze van és azt, hogy tudjuk együtt használni. Erre utakat látni, példákat látni. Különböző szintű problémák. Tehát van, amikor csak azt látom, hogy rosszul van és felvetődik a probléma, vagy folyton álmos, vagy kialvatlan, vagy azt látom, hogy cserélgetnek folyton, mintha biznisszelnének, meg ezer dolog, eset van, hogy mit, hol, hova jelentsünk. **Fókusz2V8***

Ismeretek bővítése, képzések, tájékoztatás

Az ismeretek bővítésére való igény a hiányoknál említetteknek megfelelően, következetesen fogalmazódik meg. A képzések, melyek az addiktológiai ismereteken, konkrétan az illegális és legális szerekkel, új trendekkel kapcsolatos információkon túl módszereket sajátítanak el szívesen, elsősorban a gyakorlatban is jártas, a tananyaggal kapcsolatban tapasztalt szakemberektől. Úgy érzik, hogy a diákjaik többet tudnak az egyes aktuális szerekkel kapcsolatban és kínosnak, tekintélycsorbítóknak vélik a tájékoztatatlanságukat, mely a magabiztos fellépés esélyét is rontja. Ezeket a képzéseket, információátadásokat a továbbképzési rendszer részeként, a kötelező vagy a választható sávban is el tudják képzelni a résztvevők. Felmerült egy tanév elején vagy esetleg a végén szervezhető, rendszeres tájékoztatás az aktuális trendekről, a budapesti vagy kerületi helyzetről.

*Az klassz lenne, hogyha tudnánk kapni az első kettőhöz kapcsolódva egy folyamatos, friss tájékoztatást, hogy jelenleg mire figyeljünk. Hogy milyen addikt szerek futnak a mi iskolánkba járó diákok között, akár Budapesten és akkor így nem kell kifejezetten ránk specializálódni, de hogy képbe legyünk, mert marha nehéz így követni minden más mellett. Én nem csodálom, ha egy pedagógus nincs képbe ezzel. Örül, ha megtartja az óráit... **Fókusz1V4***

*én azt gondolom, hogy ez egy elég nagy probléma, hogy a képzésekkel nem a hatszázadik kommunikációs technikákra kéne mennem 5 darab kredit ponttért, hanem lehetne, hogy napra készbb információkat tudjak meg és akkor azt legalább be tudnám építeni a saját munkámba és az iskolába ugyanúgy a pedagógusoknak. **Fókusz1V5***

Rendszeres workshopok

A résztvevő oktatási szakemberek és pedagógusok azt is megfogalmazták, hogy hasznos lenne számukra a rendszeres találkozás is, ahol az addiktív kérdésekkel kapcsolatos tapasztalataikat, bevezetett és működő jó gyakorlataikat, esetleges kudarcikat tudnák megosztani. Ezekben az alkalmakban esetmegbeszélésekre is sor kerülhetne fókuszban a tanári kompetenciákkal és a társszakmák együttműködésével. Külön figyelmet kellene szentelni a prevenció programokra, illetve a droghasználatot is megelőző egészségfejlesztési tartalmakra, különösen most, hogy prevenciót csak az iskolában tevékenykedő vagy oda külön eljárás útján jogosítványt szerzett szakemberek végezhetnek. Az előre menekülés jegyében a résztvevők fontosnak tartanák ezen tevékenység végzését is, valamilyen típusú belső munkamegosztásban (tanár, védőnő, pszichológus, esetleg bevont rendőr). Az is világosan kiderült, hogy a résztvevő pedagógusok egyértelműen tudják, hogy a drogmegelőzés jelentős részét képezi a készségfejlesztés, konfliktuskezelés, így az ilyen típusú kezdeményezésekben már inkább látják a szerepüket. Az, hogy a rendszeres képzéseknek, workshopoknak mennyi a realitása, már megoszlottak a vélemények. Nehezen egyeztek meg abban, hogy a túlterhelt pedagógusok és egyéb iskolai szakemberek számára mikor lenne a megfelelő időpont ezekre az alkalmakra.

*kifejezetten támogatnám egy olyan rendszernek a kialakítását, amit esetleg a főváros kezdeményezhetne, hogy egy tanév első hónapjában, tehát a legelső szeptemberi időszakban egy helyzet felméréssel egybekötött általános felkészítés, ilyen jellegű témában, tehát prevenció témában, mert ez örületesen hiányzik. Tehát tényleg az van, hogy mindenki fél ettől a folyamattól, nincs információja, nincs protokoll, nem tudja, hogy mit kéne tenni. **Fókusz2V4***

Mondjuk nem kéne kitalálni a spanyolviaszt nemzetközi kutatásokra, vagy olyan országoknak a jó gyakorlatára lehetne építeni ezt magyarosítva, vagy magyar valóságra adaptálva, hogy mit tudom én, ha már lehet ilyen tippeket adni biztos, hogy ezt csinálnám és utánanéznék és

*én mindig visszamérenék. Mert, hogy vannak ilyenek, mint én, hogy inkább hitelesnek kell lennie, hogy akkor most ezt miért csináljuk, hogy lesz-e értelme. **Fókusz1V4***

*ismét behoznám a CSÉN (családi életre nevelés) órákat, mert, hogy ez erről szól. A családi életre nevelés órákat, CSÉN-nek rövidíti önmagát a program, mert, hogy ez erről szól ez a havi néhány alkalommal önismeret, meg minden, amiről itt az előbb beszéltünk. Akkor én ezt most ismét behoznám, én ezt szeretném látni. **Fókusz1V2***

Helyzetkép és hatásosság

Különösen az iskolaigazgatói szerepkörből érkező résztvevők fogalmazták meg, hogy nagyon bizonytalanok abban, hogy az iskolájukban éppen aktuálisan milyen az addikciós helyzet, az érintettség, a szerek típusai. Igyekeznek nem bagatelizálni és nem is túlreagálni az adott eseteket, viszont vágnának valamilyen eszközre a valós helyzet feltárásának érdekében. A rapid teszt mellett, módszertani segítség igénye is megfogalmazódott, mely segítséget a fővárostól várnák, akár ilyen tesztek kidolgozását, akár egy „utazó szociológus” státusz létesítését, mely aktuálisan annak az iskolának segítene a felméréssel kapcsolatban, amely iskola ezt éppen aktuálisan igényli. Ezzel párhuzamosan felmerült a hatékonyságvizsgálatok igénye is a prevenció programokkal kapcsolatban, megnyugtató lenne olyan programokat követni, melyek bizonyítottan megérik a ráfordított időt és energiát.

*Jó dolognak tartanám az ilyen központi adatgyűjtést, meg azért, amit kiadnak évest az olyan óriási kerülvél jut vissza akár egy kompetenciamérés is egy év késedelemmel jut vissza hoz-zánk. Pont használhatatlan a fejlesztőknek azzal, amit egyébként meg tudtunk róla, mert már elmúlt. Tehát olyan kellene, mint a szociometria, meg az etnogram a gyerekek kitöltögetik az osztályfőnök feltölti és hopp meg van a szociális háló, megszártuk a góccokat, a gyereket kicsit izolálni, vagy bekötni kellene. Valami ilyesmire gondolok, hogy ilyen rögtön használható **Fókusz2V7***

*A tudományos igényesség az én munkámat nagyon segítené, mert nekem az nagyon fontos, hogy mérjék vissza a hatékonyságát ezeknek az állítólagos drog prevenció programoknak. Tudom, hogy marha kínos lenne szembenézni ezzel. [...] Tehát akkor úgy vagyok vele, hogy a fe-neketlen kútba minek költsünk ennyi pénzt, meg energiát. Akkor rakjuk olyanba, aminek tény-leg van értelme.. **Fókusz1V4***

Az oktatási területről érkező szakemberek mindkét fókuszcsoportban megfogalmazták – a többi nem drogspecifikus ellátásban dolgozó szakemberhez hasonlóan – hogy nagy szükségük lenne egy intézményi kataszterre, mely időt és energiát takarítana meg az addikciós esetek eljárása során. Lerövidíteni a megfelelő intézmény kiválasztásának és így a tényleges cselekvésnek is az idejét. Hasonló katasztert a prevenció területen is el tudnának képzelni. A könnyű hozzáférés fontos feltételként fogalmazódott meg, így felmerült a Kréta rendszer ilyen irányú használata is, de abban egyetértés volt, hogy a könnyebb aktualizálás érdekében érdemes online felületet létrehozni erre a célra.

*ha lenne mondjuk egy ilyen lista, nem tudom hogy mondjam, hogy például milyen szervezeteket kereshetünk mi meg, mint intézmény, hogyha ezzel kapcsolatban bármit szeretnénk akár pre-venციót, akár megoldást keresni. Hogy konkrétan hova fordulhatunk. **Fókusz2V1***

Szolgáltatásfejlesztés, források növelése

Az iskolán belüli segítséget leginkább az oktatást támogató szakemberek számának és kapacitásának bővítése jelenthetné a résztvevők szerint. Az iskolapszichológustól sokat várnak, sok problémának, nemcsak az addikciós helyzeteknek a kezelését delegálnák az egyébként általuk is túlterheltnak vélt szakemberhez. A jelenlegi várólisták nagyon megnehezítik az azonnali, hatásos reagálást egy kialakuló iskolai helyzetre.

*Nekem nagyon nagy szerencsém van, mondtam már, hogy egy nagyon jó pszichológus dolgozik az iskolába. Időnként lerogy délután az irodámba és akkor így rámenti, hogy mit oszt meg és próbálunk valamit kezdeni vele, de ez nem általános, meg nem is mindenkihez jut el. **Fókusz2V7***

Az addiktológiai tudás intézményben történő megjelenése – a képzések mellett – a hozzáértő szakemberek iskolákban történő megjelenésével lenne leginkább megvalósítható. Ezt nemcsak szakember önálló vagy intézmények által közös alkalmazásával, hanem az aktuális igényekhez igazított szolgáltatások megvásárlásával, képzések igénybevitelével is megoldható. Mindehhez azonban szabad felhasználású, erre a célra elkülönített keretre, többletfinanszírozásra lenne szükség, különösen azokban az iskolákban, ahol felvállaltan jelen van addikciós probléma a diákok körében. A problémák jelenlegi ellátatlansága az oktatási szakembereket olyan dilemmába kényszeríti, hogy a cselekvés érdekében kompetenciájukat átlépve reagáljanak. Ez azonban nemcsak nem hatékony, hanem jelentős frusztrációt és így mentális terheket jelentenek a szakembereknek.

*nincs pszichiáter és kompetencia átlépés van. Nincs iskola pszichológus, kompetencia átlépés van, én játszok iskola pszichológust az iskolában, mert nincs iskola pszichológus. Nem az én szakterületem, nem tanultam, nem dolgozom. Mégis nekem kell csinálni. Üzenjük a fővárosnak, hogy a tankerületek legyenek rákötelezve arra, hogy a státuszt fenn kell tartani és a szakembert le kell vadászni. Én muszáj, de nem akarok iskola pszichológust játszani, mert nem vagyok rá alkalmas. **Fókusz1V2***

A tabuk megdöntése, a téma diskurzusba hozása, a társadalom érzékenyítése, valamint az információátadás érdekében szükséges valamilyen típusú kampány folytatására, mely szintén lehetne fővárosi kezdeményezés, feladat. A résztvevők fontosnak tartják, hogy ezek korszerű eszközökkel, akár online felületeken is, a célcsoport igényeinek és szerhasználati mintázatainak megfelelően, semmiképpen sem minősítő vagy hibáztató üzeneteket fogalmazzanak meg.

*egy társadalmi konszenzuson alapuló drog stratégiát azt elvetem, mert az nem nagyon jönne össze, de mondjuk egy olyan drog stratégiát, ami tényleg főváros szinten egy jól kapcsolódó és most engedjük el ezeket a KEF-es izéket, mert nem tudom mennyire működnek, biztos nagyon jól működnek valahol. De, ami, ami kellene az biztos, hogy a kampányoknak egy nagyon magas szintű alkalmazása és használata, de jópofákkal. Tehát, hogy arra pénzt költeni, hogy jó minőségű marketing cégeket megbízni azzal, meg nem tudom én grafikai, meg kivitelező, meg egyéb cégeket, hogy el kezdjék az embereket arra érzékenyíteni. **Fókusz1V1***

További ötletként merült fel kortárs segítők kiképzése és foglalkoztatása, ehhez viszont kortárs segítői csoport folyamatos működtetésére a benne résztvevők állandó támogatására lenne szükség. A diákönkormányzatoknak is nagyobb szerepet lehetne szánni, mely a kapcsolattartásban, a téma tabusításának lebontásában tudnának segíteni. Felmerült a szabadidő eltöltésének nehézségei, különösen a kamaszkorúak számára kevés olyan tér működik, ahol biztonságban, hasznosan, de az érdeklődésüknek megfelelő programokkal tudják eltölteni a szabadidejüket, különösen hétvégi időszakban. Az iskolák az ilyen típusú elfoglaltság vagy ehhez tér biztosítását nem vagy csak nagyon ritkán tudják megoldani.

*amit én nagyon hiányolok ezek a kortárs, nem ilyen sikeresen leszokó drogosokat – mi azt is próbáltuk és nagyon szimpatikusak voltak és majdnem együtt sírtunk velük – hanem azokat a fiatalokat akik valamiért találnak más megoldást arra, hogy hogy foglalják el magukat, hogy töltsék el az idejüket. **Fókusz2V4***

*Szerintünk nagyon jó lenne, ha lennének a fővárosban olyan közösségi terek, ahol a gyerekek el tudnák tölteni az idejüket, hogyha éppen nem, nincs kedve haza menni, ha nem tud hazamenni, mert bajba van. [...] Kimennek és egy csomó gyerek nem tud hova menni. Nincs hol értelmes dolgot csinálnia. A városliget nekünk ott van közel, tömve van. Tehát nincsenek helyek, ahol lehetnek a gyerekek, szerintünk ez fontos lenne nagyon. **Fókus2V8***

Jövőkép

A fókuszcsoport zárásaként a jövőképre rákérdezve az oktatási szakemberek és pedagógusok nagyon önreflexíven elsősorban a saját szerepeik meghatározását tartották fontosnak, figyelve a kompetenciáik betartására. Emellett azonban érezhetően tisztában vannak azzal, hogy mi az, amit viszont ők tudnak és át is tudnak adni a fiatalok számára, illetve amiben a saját feladatkörükből fakadóan fejlődni szeretnének. Ezek a feladatok elsősorban nem az addikciókhoz kapcsolódnak közvetlenül, hanem olyan diák jóllét elősegítését célozzák, melyek védenek a függőség kialakulásától.

*és nálunk nem az a kilátástalan élethelyzet típusú drogozás van, hanem a divat és a feszültség oldás, mint ok. Én azt szeretném egyszer elérni, hogy ezt az ok, okozati láncot tisztán lássuk, és valahol be tudjunk avatkozni. Tehát mi láncszemek elejét tudjuk venni ennek a dolognak. [...] Minden mást, amit elmondtatok, tehát a rendszer hiánya, a nem támogató környezet, a szülőknek a problémája ez teljesen jelen van, amibe mi iskolaként kompetensek vagyunk azt gondolom hogy ezt a láncot valahol megszakítsunk. Valahol olyan segítséget adjunk, amihez mi értünk. **Fókus2V7***

*Szakemberek ezt megtanulnák, akkor ők már talán tudnák a szülőket is arra terelni, mert nemcsak a pedagógusokat kellene oktatni, meg a szociális munkásokat, hanem a szülőnek is tudniuk kellene, hogy hogy vegye észre, hogy a gyereke drogozik. De ha nem veszi észre, akkor nekünk kéne lenni a szócsőnek, meg az iskolának ahhoz, hogy megpróbáljuk arra terelni a szülőt, hogy tessenek odafigyelni arra a gyerekekre, mert úgy néz ki a Lajos, hogy megint be van állva. **Fókus1V1***

Összegzés

Az oktatási intézményekben dolgozók elmondása alapján egyértelmű kép bontakozott ki az iskolai színtéren problémát okozó szerek kapcsán: a legális szerek lényegesen nagyobb problémát jelentenek az iskolákban, mint az illegális szerek. A dohányzás és az alkohol az, ami állandó problémát jelent az iskolákban, részben a legalitás miatti nagyobb láthatóság miatt, részben valóban nagyobb a prevalenciája ezeknek a szereknek a kábítószerekhez képest. Érdemes külön kiemelni a snüsszt, amely az elmúlt időszakban jelent meg az iskolákban, és nagy népszerűsége tette szert a tanulók körében. A beszélgetésekből érezhető volt a tanácsstalanság, mivel ez egy újonnan megjelenő szerhasználati mód, egyelőre nincs bevett válaszuk rá az iskoláknak. A nikotin stimuláns jellegéből adódóan a diákok akár dolgozatírás, felelés vagy tanulás közben is használnak snüsszt, a beviteli mód miatt pedig a sportolók körében is nagyon elterjedt a használata. Az illegális szerek kevésbé látszanak a mindennapok során, mert a használat jellemzően az iskolán kívül történik, de leginkább a kannabiszt látják elterjedtnak, viszont a hétvégi bulikon bármi előfordulhat a résztvevők meglátása alapján. Ugyanakkor ki kell hangsúlyoznunk, hogy sokkal intenzívebb diskurzus folyt a csoportokban a legális szerek elterjedtségéről, mint a kábítószerekről.

Akár legális, akár illegális szerekről volt szó, az egyes szerek kipróbálásában, használatában a kortárs csoportnak és a családnak (szülők, testvérek) a szerepét látják kiemelkedőnek.

Meghatározó lehet az osztályközösség, ami akár évfolyamon belül is eltérő érintettséget tud okozni. A családot, barátokat meghatározónak látják a dohányzás, az alkohol, gyógyszerek és az illegális szerek kapcsán egyaránt. A résztvevők jelentős háttérben meghúzódnak látják a szerhasználat kapcsán a diákok leterheltségét, illetve a családi körülményekből eredő stresszt – amire viszont nem igazán tudnak megoldást kínálni az iskolák.

A dohányzás illetve a telefonhasználat kezelése többnyire kapcsolódik a házirendhez, a dohányzás kapcsán az iskola épületének elhagyására vonatkozó szabályozás volt egy jellemző eszköz, a telefonhasználat kapcsán pedig a készülékek nap elején vagy óra elején való begyűjtését említették. Kiemelkedő feladatként lehet még említeni a lebukások kezelését, a beszámolók alapján ez jelentős feladatnak tűnik az ilyen ügyek intenzitása és átfogó (szülőket, tantestületet egyaránt érintő) jellege miatt. Az iskolai drogprevenciót egyértelműen olyan feladat, amit minden típusú iskolákban dolgozó szakember az iskolarendszer feladatának gondol. A drogprevenciót nem önmagában álló témának gondolják, hanem inkább egy általános függőségek témakör részeként látják a drogprevenciót, és inkább tartanának kívánatosnak olyan programokat, amelyek nem önmagában álló előadások, hanem egy komplex program egyik elemeként kezelik a szerhasználatot. Ha van az iskolákban drogprevenciós program, az jellemzően vagy a rendőrség által tartott előadás vagy egy érintett előadása, esetleg egy iskolában dolgozó szakember (például az iskolapszichológus) esetleg az iskolai szociális segítő által tartott drogprevenciós előadás.

Az iskolai szociális segítő feladatuknak tekintik a szerhasználatához kapcsolódó ügyek kezelését, és mivel gyakran prevenciós foglalkozásokat is kell tartaniuk, igyekeznek naprakészen tartani a tudásukat, képzik magukat. A tantestületek szemszögéből egyértelmű saját ismereteik elégtelensége, de általánosságban nézve a tanárokat nem tartják hiteles szereplőnek a drogprevenció területén, egyrészt a tanári, osztályfőnöki szerepből adódóan másrészt életkoruknál fogva. Egyértelműen a külső szakembereket látják alkalmasnak ilyen foglalkozások megtartására. A fókuszcsoportok tapasztalatai alapján az iskoláknak nem igazán vannak élő kapcsolatai az ellátórendszerrel a szerhasználat kapcsán. Az iskolai drogprevenció bizonytalan törvényi szabályozása, valamint a szerhasználatához kapcsolódó ellátórendszer alulfinanszírozottsága nyomán a civil szervezetek szinte teljesen eltűntek az iskolai prevenció szinterről.

Azzal párhuzamosan, hogy az iskoláknak kevés kapcsolata van az intézményrendszerrel, a résztvevők akadályozó tényezőként érzékelik az együttműködés hiányát a gyermekvédelmi intézményekkel, a gyermekeket ellátó pszichiátriai és addiktológiai intézményekkel. Ez utóbbi okát elsősorban kapacitáshiányban látják, az előbbi esetében pedig az intézményben rendszeresen és hatékonyan jelen lévő szakemberek hiányában, illetve a túlterheltségben. A hatásos prevenciós programok hiánya jelentős problémaként fogalmazódott meg. Emellett a résztvevő pedagógusok és oktatási szakemberek szívesen látnának, további, nem megszokott, de igazoltan hatékony szereplőket is, például kortárssegítőket, olyan programokat, ahol pozitív példát nyújtó fiatalok jelennek meg. Az ismeretek hiánya az igények és hiányosságok kapcsán is felmerült. Itt az addikciós ismeretek bővítését fogalmazták meg a résztvevők, de egyes szereken túl sokkal nagyobb hangsúlyt kapott az iskolában inkább jelen lévő egyéb, viselkedési függőségekkel kapcsolatos ismeretek hiánya. A támogató környezet hiánya szintén általános probléma, amelyben egyik tényező a szülői együttműködés hiánya. A támogató környezet hiányának másik megnyilvánulását a résztvevők a társadalmi, addikciós politikai területen érzékelik. Úgy érzik nincs a területnek gazdája, a korábban kialakult, meglévő szolgáltatások mind a prevenció, mind a kezelés területén erőteljesen beszűkültek.

A lehetséges fejlesztési irányokkal kapcsolatban résztvevők leginkább a feladatok, kompetenciák és jogosítványok tisztázását, átláthatóbbá egyértelműbbé tételét látják fontosnak. Az ismeretek bővítésére is nagy igény mutatkozott, mert azt érzik, hogy a diákjaik többet tudnak az egyes aktuális szerekkel kapcsolatban és kínosnak, tekintélycsorbítónak érzik a tájékozatlanságukat. Az addiktológiai ismereteken, az illegális és legális szerekkel, új trendekkel kapcsolatos információkon túl módszereket sajátítanának el szívesen., mely a magabiztos fellépés esélyét is rontja. A résztvevő oktatási szakemberek és pedagógusok azt is megfogalmazták, hogy hasznos lenne számukra a rendszeres találkozás is, ahol az addikciós kérdésekkel kapcsolatos tapasztalataikat, bevezetett és működő jó gyakorlataikat, esetleges kudarcaikat tudnák megosztani.

Különösen az iskolaigazgatói fókuszcsoport résztvevők fogalmazták meg, hogy nem látnak rá arra, hogy az iskolájukban éppen aktuálisan milyen az addikciós helyzet. Nagy segítséget nyújtana ebben valamilyen módszertani segítség, mely segítséget a fővárostól várnák, akár egyszerű mérőeszközök (kérdőív, teszt) kidolgozásával, akár egy „utazó szociológus” státusz létesítésével. Az oktatási területről érkező szakemberek mindkét fókuszcsoportban megfogalmazták, hogy nagy szükségük lenne egy intézményi kataszterre, mellyel jelentős időt és energiát takarítanának meg.

Irodalom

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

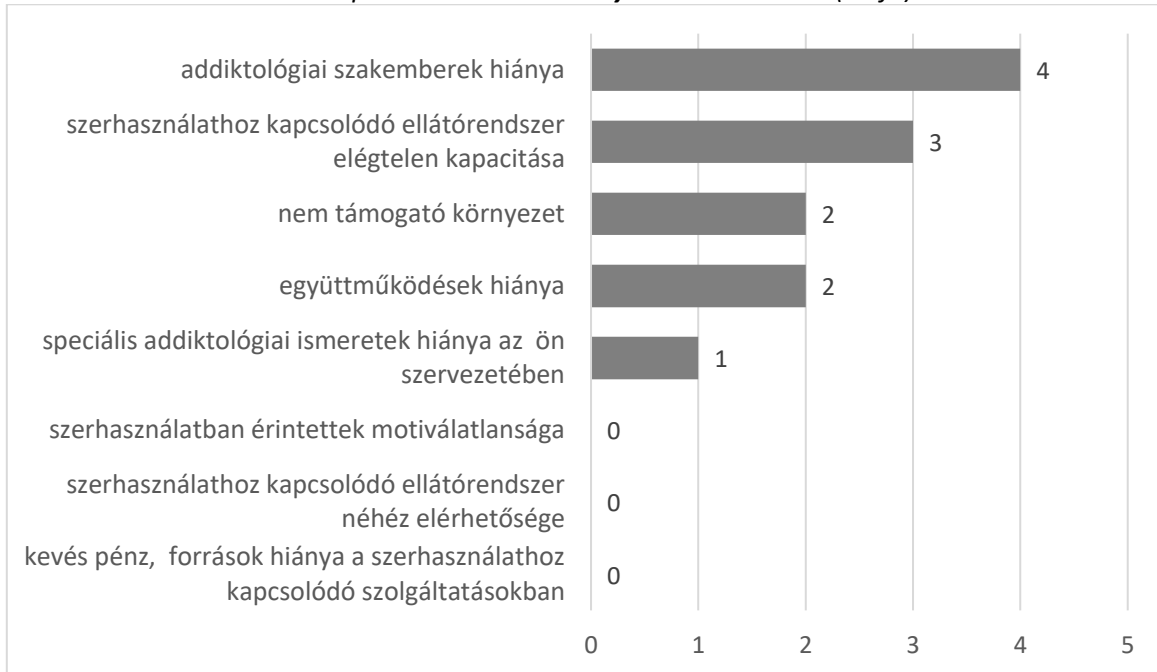
Elekes, Zs., Arnold, P., & Bencsik, N. (Eds.). (2020). *Iskolások egészségkárosító maga-tartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD-kutatás magyarországi eredményei*. <http://deviancia-kutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar>

Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B., Strang, J. (1993): *Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues*. *Addiction*, 88(12): 1617–1626.

Mellékletek

Hatásos beavatkozásokat akadályozó tényezők, helyezés szerinti megoszlás.

7.ábra: *Mi akadályozza leginkább a hatásos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az oktatás területéről nézve? Adott problémakört **első helyre** sorolók száma (14 fő)*



8.ábra: *Mi akadályozza leginkább a hatásos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az oktatás területéről nézve? Adott problémakört **második helyre** sorolók száma (14 fő)*



9.ábra: Mi akadályozza leginkább a hatásos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az oktatás területéről nézve? Adott problémakört **harmadik helyre** sorolók száma (14 fő)



A Fővárosi Önkormányzat felkérésére a MAT 2022-ben kezdte el a munkát, a **helyzetfelmérés célja, hogy a fővárosi drogstratégia elkészítéséhez megbízható információval** lássa el a döntéshozót, azaz a stratégia tényalapúságának biztosítása.

A helyzetfelmérés 1. fázisában a rendelkezésre álló Bp-i adatok áttekintése és fővárosi fókuszú másodelemzése történt meg. Pl. budapesti felnőtt, illetve fiatal felnőtt lakosság, iskoláskorúak drogfogyasztása, intravénás szerhasználat, túcsere programok illetve városi szegregátumokban végzett kutatások adatainak elemzése, hajléktalan emberek drogérzettsége, Budapesten elérhető prevenció programok. **A helyzetfelmérés második fázisa zajlik most, ennek keretében keresünk meg szakembereket az ellátórendszer minden szegmenséből, hogy feltérképezzük a tapasztalatokat, hiányokat, akadályokat és jó példákat.**

A fókuszcsoportos interjú során **érintett témák:** az Ön **munkavégzési területén tapasztalt kábítószerfogyasztás jellemzői**, az ezzel kapcsolatos **tapasztalatok**, az intézményi és szakemberek közötti **együttműködések**, valamint az **ellátást nehezítő hiányosságok** beazonosítása és a fejlesztési lehetőségek kijelölése.

Az interjú kb. 1 -1,5 órát vesz igénybe. Az elhangzottakat diktafonra rögzítjük, melyet legépelünk és elemzünk. A fókuszcsoportos interjú teljes mértékben anonim, így sem a résztvevőket, sem az intézményt nem lehet majd később beazonosítani a kutatási beszámolóban. A szövegeket bizalmasan kezeljük: a kutatókon és a szöveget legépelő gépirón kívül senki nem olvashatja el őket. A beszélgetésen való részvétel önkéntes, az előzetes beleegyezés bármikor, minden következmény nélkül visszavonható, és megszakítható.

Bemutakozás

10p (15)

Rövid bemutatkozás, mivel foglalkozik, iskola jellemzői (iskolák, ellátási terület jellemzői isk. szocmunkások, pedagógiai szakszolgálat, isk. pszichológusok esetében)

- Kérem, mutatkozzanak be! (Keresztnév)
- Milyen beosztásban, mióta dolgozik?
- Van-e valamilyen a munkahelyével, a klienskörrel kapcsolatos specialitás, ami eltérő és fontos lehet, itt ma nekünk? (szerhasználat szempontjából fontos sajátosságai a populációnak, pl társadalmi, szocio-kulturális háttér, stb.)
- Van-e az intézménynek ehhez kapcsolódóan többlet szolgáltatása?

Szerhasználat az iskolákban – általános helyzet

20p (35)

Hogyan jelenik meg munkájuk során a szerhasználat?

Mi a **jellemző szerhasználathoz kapcsolódó probléma** amivel találkozhatnak?

- Szerfogyasztás jellemzői, mértéke, szerfogyasztók főbb jellemzői az iskoláskorúak körében (Milyen szerek? Kik a leginkább érintettek? Milyen korosztály? Milyen háttérrel?) – Saját tapasztalatok
- Ha nem említik rákérdezni külön is: hagyományos szerek, ÚPSZ, gyógyszer, alkohol(?)

Általánosságban a szakmájában **fővárosi szinten ez mekkora probléma?**

- Ha végiggondolja a gyakorlatában eltöltött éveket (a korábbi munkahelyeket is beleértve), milyen az általános kép a fővárosban érzékelhető szerfogyasztással kapcsolatban? Javuló vagy éppen romló tendenciát mutat? Jellemezze ezt a gyakorlati tapasztalatai alapján?

Mekkora probléma ez a terület, mekkora része a feladataiknak?

Mi történik, ha szerhasználat merül fel egy-egy tanulónál? Nyújt az intézményük bármilyen szerhasználatához kapcsolódó szolgáltatást?

- **Iskolai prevenció?** Folytat-e bármilyen megelőző tevékenységet? Részt vesz-e az iskola valamilyen megelőzési programban?
- Valamilyen formában végez-e információ átadást?
- Van-e valamilyen útmutatás, belső szabályzat a saját gyakorlatukban, (ha rálát: iskolákban általában) a szerhasználatához kapcsolódó problémák kezelésére?

Az tapasztalataik szerint mennyire felkészültek a különböző szakemberek, a kollégák az Önök intézményében az addiktológia területén?

- Ismerik-e azokat módszereket, amelyek az addiktológiai problémával küzdők esetén jól használhatók? (Konkrétan ki és mit csinál, ha felmerül egy ilyen eset)
- Az intézményében dolgozók honnan tájékozódnak a droproblémákkal összefüggő kérdésköről? (szerek, tünetek, ellátás, rizikófaktorok stb.)

Saját, jellemző vagy tanulsággal szolgáló konkrét példákat említsenek

- Van-e olyan konkrét eset, amelyet említeni tudna, mint jó gyakorlatot/példát/ dilemmát/elakadást ahol szerhasználatához kapcsolódó esetet kezeltek, mik voltak a lépések, intézkedések, tanulságok?

Intézményi környezet

15p (70)

Vannak szerhasználatához kapcsolódó intézményi kapcsolatok, együttműködések, amiket a munkája során használnak? Honnan jönnek esetek, hova irányítanak tovább?

- Kikkel működik együtt szenvedélyproblémákkal küzdő kliens segítése vagy prevenció, veszélyeztető tényezők csökkentése, korai kezelésbe vétel érdekében? Mi a szerepe ezeknek az intézményeknek, szakembereknek?
- Irányítja-e valamilyen kezelésbe-ellátásba kliensét? Milyen esetekben?
- Milyen lehetőségei vannak a szakembereknek a szenvedélybetegeket ellátó intézményekkel való együttműködésre? (akár közös programok, vagy pl. beutalás)

Igények, hiányosságok és fejlesztési lehetőségek

15p (85)

Jelenlegi gyakorlat alapján mi segítené legjobban a szerhasználatához kapcsolódó problémák kezelését? Mik a legnagyobb hiányosságok, lyukak az ellátórendszerben az önök területéről nézve? Milyen szakmai támogatás lenne a legfontosabb, mi segítené a munkájukat?

- Az Ön véleménye szerint melyek azok a legfontosabb tényezők/háttérben álló okok, amelyek, akár intézményi, akár egyéni szinten akadályozzák, hogy az önök területén a szakemberek hatékonyan közreműködjenek a szerhasználati problémák kezelésében?
- Milyen szolgáltatás, támogatás lenne célszerűek a szerhasználati problémák vonatkozásában az Önök intézményében? Fővárosi szinten?

Zárás

5p (90)

Mi az az optimális állapot, melyet szívesen látna 3 év múlva a fővárosban addikciók megelőzésével és kezelésével kapcsolatos kérdésekben?

Ha marad idő: Kérem fejezzék be a következő mondatot:

Az ellátórendszer legnagyobb problémája jelenleg az, hogy.....

A szakma legfontosabb feladata az lenne, hogy:.....

Bármilyen, ami bennük maradt, nem hangzott el és fontos lenne megemlíteni?

Kérdőív 1

Kérjük 1-től 4-ig terjedő skálán adja meg, hogy az ön területén mennyire okoz problémát az adott szer használata?

(Minden sorban egy választ jelöljön!)

	egyáltalán nem probléma			nagyon nagy probléma		nem tudom
	1	2	3	4	0	
38) Kannabisz, hasis	1	2	3	4	0	
39) Amfetamin, speed	1	2	3	4	0	
40) Ecstasy, MDMA	1	2	3	4	0	
41) Kokain	1	2	3	4	0	
42) Szintetikus kannabinoidok ("bio")	1	2	3	4	0	
43) Szintetikus katinonok ("kristály")	1	2	3	4	0	
44) Hallucinogének (LSD, gomba)	1	2	3	4	0	
45) Opiátok, heroin	1	2	3	4	0	
46) Intravénás használat	1	2	3	4	0	
47) Alkohol	1	2	3	4	0	
48) Dohányzás	1	2	3	4	0	
49) Egyéb:	1	2	3	4	0	
50) Egyéb:	1	2	3	4	0	
51) Egyéb:	1	2	3	4	0	
52) Egyéb:	1	2	3	4	0	

Kérdőív 2

Mit gondol, mi akadályozza leginkább a hatásos beavatkozásokat a szerhasználattal kapcsolatban az önök területéről nézve?

Jelölje meg a három legfontosabbat! (írjon 1-t a legfontosabbhoz, 2-t a második, és 3-t a harmadik legfontosabbhoz)

13) Speciális addiktológiai ismeretek hiánya az önök szervezetében	
14) Addiktológiai szakemberek hiánya	
15) Kevés pénz, források hiánya a szerhasználathoz kapcsolódó szolgáltatásokban	
16) Szerhasználathoz kapcsolódó ellátórendszer elégtelen kapacitása	
17) Szerhasználathoz kapcsolódó ellátórendszer nehéz elérhetősége (területi)	
18) Együttműködések hiánya	
19) Szerhasználathoz érintettek motivátlansága	
20) Nem támogató környezet	
21) Egyéb:.....	
22) Egyéb:.....	
23) Egyéb:.....	
24) Egyéb:.....	

A FŐVÁROSI KEF-ÉK PROBLÉMA PERCEPCIÓJA, FEJLESZTÉSI ELKÉPZELÉSEI – ÖSSZEGRÖZÉS²³

(Készítette: Felvinczi Katalin és Fehér Richard)

Vezetői összefoglaló

A fókuszcsoporthoz megbeszélésen 8 fő vett részt nyolc budapesti kerület képviselőjében, a résztvevők háromnegyede pesti, ¼-e budai kerület képviselőjében. Valamennyi résztvevő teljeskörű jogosítványokkal rendelkezett a képviselő tekintetében.

Az alábbiakban röviden összegezzük a fókusz csoportos megbeszélés legfontosabb tapasztalatait megállapításait.

A legfontosabb **problémák**, amit a résztvevők pozíciójukból adódóan percepiálnak:

- a szakmapolitikai iránymutatás hiánya
- a designer szerek, illetve más pszichoaktív szerek használata az ifjúsági korosztályban
- az elesettekkel való foglalkozás általános hiánya
- a nyílt diskurzus hiánya a szerhasználattal, szerhasználati problémákkal összefüggésben
- az iskolai prevenciós programok ellehetetlenülése a jogszabályi környezet következtében
- a pályázati rendszer működésképtelensége
- a kerületek magára hagyottsága, az anyagi és módszertani támogatás hiánya
- a fővárosi kerületek közötti együttműködés hiánya
- a szolgáltatások zavartalan működtetését lehetetlenné tevő jogszabályi környezet (egészségügyi rendszer átalakítása)
- az ellátó rendszer hiányos, töredezett, összerendezetlen működése.

A fentiekben felsorolt általános nehézségek mellett néhány **további konkrét probléma** is nevesítésre került:

- a terület átpolitizáltsága
- az önkormányzati törvény nem éppen támogató jellegű a nagyobb szabású kerületi és/vagy fővárosi fejlesztések megvalósítása tekintetében
- az ellátások rendelkezésre állása és elérhetősége rendkívül heterogén a fővárosban, az egyes kerületekben

Néhány területen az érdemi munkát, fejlesztések megvalósulását **az információhiány is nehezíti:**

- súlyos nehézséget jelent az adatkérések, kutatási tevékenységek koordinátlansága
- a reguláris adatgyűjtésekhez kapcsolódóan a visszacsatolás hiánya, ami motivátlanságot eredményez

²³ A tanulmány és a háttérben álló kutatás Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum megbízásából és finanszírozásával készült.

- bizonyos rendelkezésre álló információk (pl. a rendőrségnél) nem kerülnek megosztásra más szakemberekkel, érdekeltekkel

Az egyes **társadalmi problémák kezelésére fordított erőforrások** esetleges átrendezésével kapcsolatos javaslatok:

- valamennyi felsorolt társadalmi probléma kezelésére általában több erőforrást kellene mozgósítani
- a problémák struktúrába rendeződnek, ha a főbb elemek (oktatás, egészségügy, lakhatás) több figyelmet és erőforrást kapna, akkor a további területek többlet támogatása nem is lenne releváns

Azzal kapcsolatban, hogy az említett társadalmi problémák kezelésében **mely közigazgatási szintnek lenne leginkább feladata** az alábbi észrevételek fogalmazódtak meg:

- valamennyi területen szükséges lenne a központi kormányzati, a fővárosi és a kerületi egyeztetett fellépésre
- a kerületek lehetősége, hogy – különösen is anyagi – erőforrásokat mobilizáljanak a probléma kezelése érdekében rendkívül egyenlőtlen
- az állam szerepe meghatározó a források elosztásában és a probléma kezelésében is

A kerületek közötti, illetve a fővárossal való **együtműködés akadályai és lehetőségei** tekintetében megfogalmazódott, hogy

- központi útmutatásra lenne szükség a szakmai prioritások és megoldások szempontjából
- az addikciós problémákról való gondolkodás stigmatizált volta akadályozhatja a kerületek közötti együtműködést
- a kerületen belüli információhiány is akadályozhatja a kerületek közötti együtműködést
- az ellátások fővárosi szintű koordinációja fontos feladat lenne és ez segítené a szűkös erőforrások értelmesebb felhasználását

A még nem kellőképpen kihasznált **helyi szinten rendelkezésre álló eszközök, illetve a főváros szerepvállalása** tekintetében megfogalmazódott, hogy:

- szükséges lenne helyi szolgáltatások szakma általi minőségbiztosított és koordinált nyújtása
- lehetséges lenne a kerületek szabályozási kompetenciájának jobb kiaknázására
- részfinanszírozás (pl. helyiségbérlés) nyújtása szakmailag megalapozott programokat megvalósító szervezetek számára
- a kerületi szolgáltatás tervezési koncepció adta lehetőségek jobb kihasználása

A **kívánatos jövőkép** tekintetében az alábbi főbb megállapítások születtek:

- fővárosi szinten koordinált és elérhető, a teljes spektrumot lefedő ellátórendszer
- szolidaritáson alapuló teherviselés a kerületek között
- koordinált formában működő a pszichiátriai ellátás
- ártalomcsökkentő célú fejlesztések legyenek
- nyílt társadalmi diskurzus

- a területen dolgozó szakemberek azonos szakmai keretrendszerben történő kommunikációja

Bevezetés

A Fővárosi Önkormányzat megbízásából a Magyar Addiktológiai Társaság két lépcsőből álló helyzetfelmérési tevékenységet végez a budapesti Drogstratégia kimunkálásának megalapozása érdekében. Jelen összegzés a helyzetfelmérő tevékenység második szakaszában szervezett, a fővárosi kerületi KEF-ek részvételével tartott fókuszcsoportos megbeszélés legfontosabb tanulságait foglalja össze.

A kutatás célja, háttere, fogalmi keretek

A kutatási elem célja elsősorban az volt, hogy az addikció problémák, gazdasági lehetőségek, a lakosság mérete szempontjából eltérő adottságokkal rendelkező kerületek kábítószerügyi egyeztető fórumainak képviselőivel tudjunk diskurzust folytatni annak feltárása érdekében, hogy az adott kerületben a probléma milyen sajátosságait percipiálják a résztvevők, valamint, hogy a probléma kezelés szempontjából milyen tapasztalatokkal rendelkeznek. A megbeszélés során törekedtünk arra, hogy konkrét példák, megélt tapasztalatok mentén jellemezzék a résztvevők a helyzetet, mutassanak rá azokra a területekre, ahol súlyos hiányokat érzékelnek, illetve ahol megoldási lehetőségeket tudnak azonosítani. A fókuszcsoportos megbeszélés az alábbi témakörök mentén törekedett az információk összegyűjtésére:

- A jelenlegi KEF-s pozícióból adódó legfontosabb, legaggasztóbb kérdéskörök
- Területek, amelyeken az előrehaladást leginkább az információhiány akadályozza
- Szükségletek hiányok, megoldási lehetőségek
- Az egyes társadalmi problémák kezelésére fordítható erőforrások kívánatos hangsúlyai
- Kerületek közötti és a fővárossal való együttműködés lehetőségei, akadályai
- Kinek lenne leginkább feladata (fővárosi, kerületi és kormányzati szinten) ezen társadalmi problémák kezelése tekintetében erőforrásokat mozgósítani?
- Milyen eszközeik lennének kerületi szinten a probléma kezelésével kapcsolatban, amelyek még nem kellőképpen kihasználtak? Mit várnának el a kerületek a fővárosi önkormányzattól?
- Milyen jövőképet tud megfogalmazni egy hároméves időtávban az addikciós problémák kezelése tekintetében?

Módszer

Az adatgyűjtés eszköze és módja

Az adatgyűjtés kvalitatív technikával, előre kimunkált fókuszcsoport vezérfonal mentén történt (lásd melléklet). A fókuszcsoportokat két moderátor vezette, a résztvevők hozzájáruló és adatkezelési nyilatkozatot írtak alá. A megbeszélés során hangrögzítés történt, aminek alapján szó szerinti átirat készült. Az elemzés alapját ez a szó szerinti átirat képezte.

A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása

A fókuszcsoportos megbeszélésen 8 fő vett részt nyolc budapesti kerület képviselőjében, a résztvevők háromnegyede pesti, ¼-e budai kerület képviselőjében. Valamennyi résztvevő teljeskörű jogosítványokkal rendelkezett a képviselő tekintetében. A Budapesti kerületekben

működő KEF-ek kaptak meghívást a fókuszcsoporthoz megbeszélésre, eredendően törekedtünk arra, hogy külső és belső, budai és pesti kerületek is legyenek a részt vevők között. Összeségében 15 KEF kapott meghívást a fókuszcsoporthoz és felkérésünket végül is 8 kerület fogadta el. A részvétel önkéntes volt és biztosítottuk a részt vevőket, hogy megnyilvánulásait a kutatás etikai szabályoknak megfelelően kezeljük, személyes azonosíthatóságukat semmilyen elkészült dokumentum, kutatási jelentés nem fogja feltárni.

A kutatási elem összegző módszertani jellemzői

8.táblázat: Összegző módszertani jellemzők

Az adatfelvétel időpontja	2023. február 20
Az adatfelvétel időtartama	2 óra
Az adatfelvétel módja	két moderátor, hangrögzítés, előre elkészített vezérfonal mentén
A résztvevők jellemzői	1 fő közbiztonsági referens
	1 fő szakmai társelnök
	2 fő KEF koordinátor
	2 fő KEF elnök, alpolgármester
	1 fő KEF elnök
	1 fő KEF tag
Adatkezelés	A résztvevők hozzájáruló és adatkezelési nyilatkozatot írtak alá a megbeszélés kezdetén
Adatfeldolgozás	Témakörönkénti tartalmi elemzés

Elemzési eljárás

A fókuszcsoporthoz rögzített hanganyagból készített szó szerinti átirat képezte az elemzés alapanyagát. Az átiratot témakörönként és megszólalókhoz rendelve rögzítettük egy xls fájlban, majd pedig a témakörökön belül megjelenő altémákat azonosítottuk és vizsgáltuk, hogy milyen az eredetileg kínált tematikus struktúrától eltérő fókuszok fogalmazódtak meg. Ennek alapján alakult ki az eredmények közzétételét megalapozó tematikus struktúra. Az eljárás a tematikus analízis szakirodalomban javasolt menetét követte (Braun & Clarke, 2006; Joffe, & Yardley, 2004).

Eredmények

A jelenlegi KEF-es pozícióból adódó legfontosabb problémák, legaggasztóbb kérdéskörök

A résztvevők körében egyetértés mutatkozott abban a tekintetben, hogy jelen pillanatban az egyik legjelentősebb probléma a **szakmapolitikai iránymutatás hiánya**. Nincsenek kapaszkodók, nincs transzparens információ, nincs iránymutatás.

„.....nincs drogstratégia; lebegünk a nem tudom hol és nincsenek kapaszkodók, hogy egyáltalán mi az irány, vagy az irányokat vagy legalábbis személy szerint néha hátast dobok, hogy mi az irány. Nincsenek olyan dokumentumok, vagy egyáltalán elképzelések, hogy semmi, hogy mihez tudnánk

kapcsolódni, hogy mi az irány és lehet, hogy, hogy nem biztos, hogy egyetértünk vele, vagy nem biztos, hogy azonosulunk vele, de mi nem is tudjuk, hogy mihez.”

„...nincsenek olyan dokumentumok, vagy egyáltalán elképzelések, hogy semmi, hogy mihez tudnánk kapcsolódni, hogy mi az irány és lehet, hogy, hogy nem biztos, hogy egyetértünk vele, vagy nem biztos, hogy azonosulunk vele, de mi nem is tudjuk, hogy mihez.”

„...stratégiai hiánya, hogy vak repülés van.”

A konkrétumok tekintetében, egyes kerületekben továbbra is jelentős probléma a designer drogok előfordulása, használata, valamint az ifjúsági korosztályban általában a különböző tudatmódosító szerek fogyasztása. Más kerületekben a gyógyszer fogyasztás jelent komoly nehézséget.

„A másik pedig, ami ugye nálunk nagy probléma az a designer drogok, meg a fiatalok kábítószer fogyasztás és ugye itt a rendőrséggel nekünk egy egész jó kapcsolatunk van, de még azért mindig szerintem nehéz elérni náluk, hogy azokat, akik mondjuk erről a végéről vannak a láncnak, azokat kicsit másképp kezeljék, mint azokat, akik tényleg az okozói ennek a folyamatnak és hogy ez az, ami szerintem még egy ilyen érdekes és nehéz kérdés,”

Általánosnak volt tekinthető az a vélekedés, hogy az esetekkel való foglalkozás jelenleg nincs a középpontban. Több megszólalónál is problémaként jelent meg a drog/addiktológiai problémákról való **nyílt diskurzus hiánya**, a jelenlévők egyetértettek abban, hogy a nem-beszélés nem segít a probléma megoldásában.

„Nekem a fővárosi kerületek együttműködése is hiányzik...Na, nekem az egyértelmű volt, hogy ezt egy kerület nem fogja elkezdni tudni csinálni, mert akkor megskalpolják a polgármestert. Úgy-hogy én ilyet nem kezdtem el egyedül, de nyilván egyeztetni igen.”

Sokan említették, hogy az egyik különösen is nagy probléma a prevenció programok/szolgáltatások kitiltása a köznevelési intézményekből. Megemlítették azt is, hogy a korábbi tanúsítási rendszer lehet, hogy nem volt „hibátlan”, de legalább volt valami. Volt olyan kerületi képviselő, aki azonban azt mondta, hogy eltérően más kerületek probléma percepciójától, ők ott vannak a köznevelési intézményekben. Egy másik kerületi KEF képviselője többször aláhúzta, hogy **mi-lyen jelentős problémát jelent az, hogy szabályosan nem lehet bejutni a köznevelési intézményekbe.**

„...hogy értsétek, hogy mi se jutunk be iskolákba. Az iskolai szociális segítőkön keresztül igen, akik egyébként tartanak drog prevenció foglalkozást a fiataloknak, ami kidolgozott, abszolút, tehát nem ilyen oldalágon, mert nem mindenki ugyanazt a tematikát követi, de mi úgy oldottuk meg a prevenciót, hogy hozzánk jönnek az osztályok...”

„...kerületi iskolákból 2% volt a prevenció órákon a drog prevenció óra, amit valamilyen pedagógus tartott. Na, most, hogy az milyen minőségű, miről szólt azt mi sem tudjuk, csak a beszámolókból derül ki.”

Problémaként fogalmazódott meg a **pályázati rendszer hiánya**, ami rendkívül kedvezőtlen hatást gyakorol a szervezetekre, ennek következtében a szervezetek állapota rendkívül rossz. Több megszólaló jelezte, hogy **a kerületek magukra van hagyva**, ha csinálnak valamit az önkéntes vállalás, **sem anyagi sem módszertani támogatásban nem részesülnek.**

„Leginkább, ami engem zavar az, hogy a szakmai szervezetek állapota, tehát a pályázatok kiírásának a hiánya és ez tovább hozzájárul ahhoz, hogy vakrepülésbe menjen tovább mondjuk az önkormányzat egy-egy ilyen dologba, hiszen, ha az önkormányzat nem támogatja a saját szakmai szervezeteit, akkor más forrásból nem tudnak forrásokhoz jutni.”

„Azt látom, hogy ebbe is magukra lettek hagyva az önkormányzatok. Erre plusz forrást nem kap senki, önként csinálsz, ha csinálsz valamit.”

A percipiált problémák között hangsúlyosan jelent meg **a fővárosi kerületek közötti együttműködés hiánya**. Az egyik megszólaló nagyon negatívan látja, hogy nincsen szakmai elvárás a helyi politikusok körében a megfelelő minőségű beavatkozások megvalósításával kapcsolatban.

„Zavart az, hogy olyan prevenciókra volt büszke az önkormányzat, amire nem volt monitoring. Az volt, hogy az egész iskola részt vett, tehát akkor ez sikeres dolog volt. Francokat volt sikeres, vagy hát nem tudjuk, hogy az volt e?”

Egy kerületi KEF képviselő elmondásából kitűnt, hogy az egészségügy átalakítása még további problémákat is okoz, hiszen pl. komoly nehézségekkel kell szembesülnie annak a szervezetnek, amelyik nem tisztán egészségügyi szolgáltató, **felmerül ugyanis annak a kockázata, hogy a kiszereződött szolgáltatásokat már nem lehet a továbbiakban folytatni, minthogy nem rendelkeznek egészségügyi szolgálati jogviszonnyal.**

„...van egy közös halmaza a szociális ellátásoknak, hajléktalan ellátásoknak, meg az egészségügyi szolgáltatásoknak és hogy ezeken a területeken is a jogszabályi rendezetlenség van mindenféle tekintetben és ezt erősíti szerintem azt a bizonytalanságot. Aztán ugye az ifjúsági addiktológiai ellátás kérdése a családsegítőben végzett munkámon keresztül látom, de az ambulancián is, hogy iszonyú nehéz delegálni valahová a klienseket. Tulajdonképpen ezt is saját ismeretségi, kapcsolati hálónkon keresztül kell intézni.”

Több megszólaló is elmondta, hogy a KEF-ben való aktív részvételi iránti motiváció is nagyon lecsökkent. A motiváció csökkenésével egyidejűleg említette több részt vevő is a KEF tagok tekintetében megjelenő jelentékeny fluktuációt, ami nehézkessé, esetenként reménytelenné teszi a működést, hiszen minden esetben *„nulláról kell indulni”*.

„Régen teljesen más volt ez. Szerintem jóval többen akartak önszántukból, de már az intézmények sem érzik kötelességüknek, feladatunknak az, hogy a helyi KEF-nek tagja legyen mondjuk az ő szervezete. Tehát ez az egyik nehéz dolog szerintem...”

Konkrét problémák

Az egyik résztvevő – feltételezve, hogy ez többekkel közös élménye – **aggályának adott hangot** azzal kapcsolatban, hogy vajon **milyen esélyei vannak a jelenlegi fővárosi nekirugaszkodásnak**. Tapasztalatai szerint politikai okokból megtorpannak a dolgok, **a politika maga alá temeti a szakmai kezdeményezéseket**.

„.....nem szeretném ide keverni az összes többi ilyen fővárosban zajló egyeztetést, hogy ott is a politika valahogy így maga alá temeti ezeket az együttműködéseket, mert hogy az is egy ilyen politika által vezérelt kérdés, hogy hogyan működnek együtt a kerületek és akkor milyen színű az a kerület, aki hajlandó együttműködni a másikkal és melyik nem.”

„Szóval rácsatlakoznék így arra, hogy a politika tesz sokszor a szakmának keresztbe és ez nem jó. Ezzel kéne valamit kezdeni.”

Említésre került az **önkormányzati törvény nem éppen támogató jellege**, illetve az a körülmény, hogy a főváros nincs fölrendelt helyzetben a kerületek viszonylatában. Ebből adódóan látta a megszólaló bizonytalanul a fővárosi szintű koordinált fellépés lehetőségeit. Egy másik kerületi képviselő pedig arra mutatott rá, hogy olykor a főváros kezdeményez valamit, de nem vonja be kellő mértékben a kerületeket. A mondanivaló illusztrálására a megszólaló a hajléktalan ellátás analógiáját használta. Hangsúlyozta ugyanakkor, hogy jelentősek a különbségek az addiktológiai problémák, illetve a hajléktalan ügy tekintetében, s ez a különbség részben az ellátások eltérő jellegéből adódik: míg a hajléktalan ellátásban vannak központosított megoldások, addig az addiktológiai ellátások végtelenül szétaprózottak. Ezen kérdéskör kapcsán is az előkerült **az ellátások hozzáférhetősége, vagyis az elérhető ellátások hiánya**. Mint az egyik hozzászóló fogalmazott: *mi történne, ha most 500 piás azt mondaná, hogy gyógyulni szeretne.*

„...amikor konkrét kérdések vannak, hogy mondjuk, van egy ellátás, ami az egyik kerületben működik és akár a kerület finanszírozza, akár egy civil szervezet, de budapesti hatáskörű, vagy ne adj Isten országos hatáskörű, rögtön megjelenik a kérdés, hogy akkor ki, mivel száll be ennek a finanszírozásába. Persze erre példa a főváros. Na, ugyanakkor mindig megfagy a levegő, mert a fővárosnak arra se nagyon van pénze, hogy a főváros által fenntartott intézményeket fenntartsa és nyilván neki meg ez az elsődleges érdeke.”

Van-e olyan probléma, aminek a kezelésében, megoldásában azért nem tudnak tovább lépni, mert információ hiány van

Ezen kérdés kapcsán a megszólalók az **adatkérések koordinátlanságát** említette, valamint a **visszacsatolás hiányát**, ami roppant mód elkedvetleníti, motiválatlanná teszi a szolgálattókat. Az adatszolgáltatási hajlandóságot a célzott visszajelzések javítanák, hiszen a minőségi munka iránti igény a szervezetek körében is jelen van.

„Csak oda szeretnék kilyukadni, hogy nagyon sokszor az a dilemma, hogy oké szolgáltatók adatokat, de a visszacsatolás, ráadásul mikro szinten, vagy konkrétan az én kerületemben, vagy konkrétan az én szolgáltatómban, konkrétan a mi fiataljaink, a mi időseink, a mi egészségügyi intézményünk, a mi szociális intézményünk mi az, amiben vissza tud forogni a saját jog működéséhez, vagy, hogy így monitorozni tudjam.”

„Jobban működne és konzekvensen lenne, és mindjárt lenne, a mindjárt azt nem időbeliségre értem, hanem hogy magának az adatszolgáltatást követné kötelező módon egy olyan visszacsatolás, amiről az a megélése az ott dolgozó szakembereknek, meg a benne résztvevőknek, hogy akkor ezt mind fel tudjuk használni, volt értelme a dolognak.

Konkrét problémaként merült fel, hogy bizonyos információkat, noha rendelkezésre állnak, a rendőrség például nem oszt meg a KEF-ben dolgozó kollégákkal. Holott ezek az információk ellátás-szolgáltatás szervezési szempontból kulcsfontosságúak lennének és segítenék a helyi döntéshozatali folyamatokat is. Például a kerület az így azonosított gócpontokra több szociális munkást tudna irányítani.

„A rendőrség nem adja ki nekünk azokat az adatokat, hogy melyik területen vannak a gócpontok....., egy összes számot mondanak, hogy ennyi intézkedés volt a hónapra lebontva. De azt például nem, hogy hol problémás, hogy a mi szociális szolgáltatóknak hol kéne mondjuk több utcai

szociális munkát elvégeznie, vagy a szervezeteknek hol. A szervezetek valószínűleg tudják, de az önkormányzat erről hivatalos információt nem kap.”

„Itt elhangzott az, hogy az adatok, vagy a szakma milyen visszajelzéseket kap. Egyáltalán itt, hogy lehet. Elhangzott az is, hogy döntéshozók teljesen fogalmatlanok, egy csomó esetben. Szerintem is, egyetértek. De a másik, hogy elláthatod a döntéshozót, a politikust információkkal.... Amíg a társadalomnak az informáltsága ilyen, addig a politikus nem fogja azt mondani, hogy probléma van, mert akkor azzal alkalmatlan”

Az egyes társadalmi problémák kezelésére fordítható erőforrások kívánatos hangsúlyai

Ezen kérdés megválaszolása érdekében a résztvevők az alábbi rövid kérdőívet töltötték ki:

Ön szerint mennyi erőforrást kellene fordítani a következő társadalmi problémák mérséklésére? 1 – sokkal kevesebbet, mint most; 2 – kevesebbet, mint most; 3 - ugyanannyit, mint most; 4 – többet, mint most; 5 – sokkal többet, mint most; 9 – nem tudja

Társadalmi probléma	Mennyit?
1. a szegénység kezelésére, mérséklésére	
2. a kábítószer-fogyasztás megelőzésére, kezelésére	
3. a lakhatási problémák megoldására	
4. az egészségügyi ellátás problémáinak megoldására	
5. az oktatás általános állapotának javítására	
6. bűnözés mérséklésére, megelőzésére	
7. környezetszennyezés csökkentésére	
8. alkoholizmus megelőzésére, kezelésére	
9. munkanélküliség kezelésére	
10. a roma-problémára	
11. az öngyilkosságok megelőzésére	
12. az AIDS-probléma kezelésére, megelőzésére	
13. mentális problémák megelőzésére, kezelésére	

A problémák szubjektív rangsorolása tekintetében a jelenlévők általában **valamennyi felsorolt társadalmi probléma tekintetében több erőforrás mozgósítását látták szükségesnek**, ugyanakkor elhangzott az a felvetés is, hogy **a problémák csoportokba szerveződnek**, illetve valamilyen rejtett struktúrát jelenítenek meg. Bizonyos problémák eredményesebb kezelése valamennyi további probléma szinte automatikus rendeződését vonná maga után. Pl., ahogy az egyik résztvevő jelezte, amennyiben az oktatási, lakhatási és egészségügyi kérdések kezelése eredményesebb lenne, akkor nem kellene föltétlenül fokozni a ráfordítások mértékét az alkohol és/vagy drog probléma tekintetében.

„Én egy kicsit elrugaszkodtam a dologról és megmondom őszintén, hogy én csak két dologra adtam 5-öst. És ez a kettő az oktatás és az egészségügy, mert én azt gondolom, hogy minden az oktatásból indul ki.”

„Én inkább a társadalmi alrendszereket meg az okokat tenném 5-re és az okozatoknak adnék 4-es támogatást.”

A fókuszcsoport résztvevői között egyetértés uralkodott abban a tekintetben, hogy a felsorolt társadalmi problémák mindegyike kiemelt fontossággal bír, azonban a realitás valamennyi megszólaló véleményében jelen volt: **amennyiben arra nincs lehetőség, hogy az itt nem felsorolt területek/alrendszerek tekintetében mérsékeltebb legyen az allokáció, akkor nincs lehetőség gyarapítani a rendelkezésre álló forrásokat, tehát nem ezen problémák kezelésére kellene kevesebbet fordítani, hanem az itt nem megjelenített területek rovására kellene a felsoroltakat többlet támogatásban részesíteni.**

„...inkább a társadalmi alrendszereket meg az okokat tenném 5-re és az okozatoknak adnék 4-es támogatást. Így a szegénységet azt módosítottam. Szegénység, lakhatás, egészségügy, oktatás, munkanélküliség és a mentális problémák én ezekre adtam 5-öst, a többire 4-est. Ha ezekben tudunk nagyon tevőleg tenni.”

Kerületek közötti és a fővárossal való együttműködés lehetőségei, akadályai

A kérdés kapcsán ismét előtérbe került a **központi útmutatás kérdése**, ami biztosítaná, hogy az érdekeltek tudják: megfelelő irányban haladnak és számíthatnának arra, hogy a társ intézmények és kerületek is hasonlóképpen gondolkodnak.

A hatékony problémakezelés akadályozó tényezői tekintetében megfogalmazásra került a **problémával kapcsolatos társadalmi közbeszéd, közgondolás sajátossága**, aminek következtében akadályozott a szereplők közötti együttműködés. **A drog téma stigmatizált** és a vele való foglalkozás is stigmatizációhoz vezet.

„Ő is mindig találkozik a saját egészségügyi intézményével, szociálissal, minden héten leülnek, miért ülnének még úgy is, hogy drog. Tehát, hogy miért nevesítsük ezt a dolgot.”

A KEF-ek működésével kapcsolatban megfogalmazódott egy belső szervezeti probléma is, nevezetesen, hogy a kerületek, **az önkormányzati vezetése esetenként nem is tud arról, hogy az adott kerületben működik KEF**, tehát ennek a kvázi szervezetnek nincs helyi szintű ismertsége, ami számos kérdést vet fel önmagában is. A problémák között került említésre a senioritás problémája is, vagyis, hogy ki képviseli a KEF-et valamilyen egyeztetés során.

„...nem vagyunk magabiztosak, hogy mit kellene tenni és nem merjük felvenni a kapcsolatot a kerületekkel, egymással, hogy hogy nehogya úgy tűnjék, hogy nálunk nincsen semmi. Rossz irányba megyünk, és ez kiderül és akkor kiröhögnek, vagy kioktatnak.”

„...megkeresem az összes fővárosi kerületet, hogy tényleg olyan képviselőt küldjön, aki képpen van a KEF-fel kapcsolatba. Nagyon sok helyen az volt, hogy azt se tudják, hogy miről beszélek.”

...hogya kéne lennie jó esetben kéne lennie egy kábítószerügyi egyeztető fórumnak, de nyilván nem működik, csak névlegesen, lehet, hogy egy-két beszámoló 5 mondata, hogy jól működik, de semmi nem működik és nyilván az intézményeken kívül senki nem tudja...”

Az egyik kerületi képviselő azt is felvetette, hogy az addikciós problémákkal sok helyütt koncentráltan kerületi szinten foglalkoznak. Véleménye szerint ebben a tekintetben kellene továbblépni, vagyis pl. **főváros szinten koordinálni, hogy milyen ellátás, szolgáltatás érhető el**, s ennek a budapesti szükségletekre kellene reagálnia.

„Talán nem kellene, hogy minden kerület csinálja. Tehát nem kellene kis városok, de területi lefedettségre szükség volna. Tehát mondjuk egy Pesterzsébeti a Gát utcába elmegy, a Jász utcába már

nem, mert sok busz jegy kell hozzá. Nem kellene tényleg 23-szor csinálni ugyanazt, de mondjuk Pesten legalább három tini ellátásnak azért lehet, hogy kéne lennie.”

„Hát elvileg most se akadályozná meg senki, persze, amikor konkrét ügyről van szó nyilván van egy csomó rendezetlenség, meg ellentmondás, hogy átgondolja azt egy kerületi önkormányzat, vagy átgondolják azt a szomszédos kerületi önkormányzatok, hogy hol, milyen ellátásra van szükség, amit ő a kerületben megvalósít, vagy kiszereződik valahova. Például drog ambulancia nem biztos, hogy minden kerületbe kell, de nyilván régióként nem árt, hogyha van egy ilyen ellátás. Akkor van olyan, ahol ez megvalósíthatatlan már az, hogy ne csak olyat láss el, aki kerületi lakos, mert például az iskolai prevenció, akár iskolai szintén kívül zajlik, akár az iskolában, és most nemcsak a drogra gondolok, hanem bármi fajta ilyen gyermek fényezés, az ugye nem kerületileg valósul meg, mert az iskolába járnak olyanok is, akik nem abban a kerületben élnek, de gondolom megkapják ingyen a szolgáltatást. Csak hát erre nyitottság is kellene.”

Kinek lenne leginkább feladata (fővárosi, kerületi és kormányzati szinten) ezen társadalmi problémák kezelése tekintetében erőforrásokat mozgósítani?

Ezen kérdés megvitatása során a korábban már bemutatott társadalmi problémák kerültek ismét terítékre, most azonban azt kellett a résztvevőknek vizsgálniuk, hogy mely szereplőknek (kerületi önkormányzat, főváros, állam – központi kormányzat) kellene leginkább erőforrásokat mozgósítania

„...ez az előző esetre is érvényes, vagy az előző pontozásra, hogy annyira komplex, átfogó területek vannak, hogy nem tudnék egy ilyen prioritást előállítani. Szegénység kezelésének is van olyan szegmense, amiről azt gondolnám, hogy a központi kormányzatnak, de mondjam el lehetőleg a fővárosnak is...”

A feladatot a kerületi képviselők meglehetősen nehezen megoldhatónak tartották. Volt, aki azt jelezte, hogy szinte valamennyi területen szükségesnek látnák a központi kormányzati, a fővárosi és a kerületi egyeztetett fellépést, mert nem igen van olyan feladat, problémakör, ahol a kerületnek egyáltalán nincs „hatásköre”, dolga, azonban olyan sem igen van, ahol a kerület önállóan tudna fellépni.

„Nem sok olyat tudnék ezek közül, ahol a kerületnek nincsen feladata, hogy ez csak az állam, de olyat se, amiben csak a kerületnek van és egyedül bármit is nagyon tud állami oszlopok nélkül.”

Ezen kérdéskör tárgyalása kapcsán felmerült az a szempont is, hogy az egyes kerületek tehetősége eltérő megvilágításba helyezi ezt a kérdést, azokban a kerületekben, ahol a helyi adóbevételek következtében jelentősebb gazdálkodható források állnak rendelkezésre ott pl. a lakhatási problémákat bérlakás programmal tudja orvosolni az önkormányzat, ahol azonban az alapvető működési költségek sem állnak rendelkezésre ott a problémakezelési lehetőségek köre roppant szűkös. A résztvevők között egyetértés mutatkozott abban a tekintetben, hogy **az állam szerepe meghatározó a források elosztásában**, s a helyzet fonáksága éppen abból adódik, hogy probléma esetén az állampolgár ennek ellenére is az önkormányzattól várja a cselekvést.

„...így is nehéz, mert nyilván azt gondolom, hogy egy egészségügy, meg egy oktatás annak nagyon nagyon fontos, hogy legyen önkormányzati felelőssége, mert oda jön a szülő, ott van az orvos, de azért még se tenném önkormányzati, vagy fővárosi dologra. Az akkor is egy nagyobb kalap szerintem, ezért mert konkrétan ezt várják el az államtól, ezért azt oda raknám.”

Milyen eszközeik lennének kerületi szinten a probléma kezelésével kapcsolatban, amelyek még nem kellőképpen kihasználtak? Mit várnának el a kerületek a fővárosi önkormányzattól?

A kérdés kapcsán felmerült, hogy **helyi szolgáltatások szakma általi minőségbiztosított és koordinált nyújtása nagyon jó lehetőség lenne.**

„.....mondjuk azokat az ifjúsági irodákat, azokat az ingyenes programokat, azokat a lakossági lehetőségeket, tehát azt a harmadik lábat berakni, amik a szakembereknek is tud segíteni. Szerintem ez mindenképpen egy önkormányzati lehetőség, meg feladata igazából. Csak ez tök jó, hogy a szakma koordinálja, hogy ez jó program, ez nem jó program, ide kéne monitoring, igen.”

Továbbá **a szabályozás, helyi stratégia alkotás területén is lenne feladata a kerületi önkormányzatnak.** Pl. az egyik önkormányzat képviselőjében jelen lévő elmondta, hogy **náluk van mentálhigiénés stratégia, aminek a végrehajtását az önkormányzat éves szinten ellenőrzi** (kétszer is) készítenek beszámolót.

„Nálunk van kerületi mentál higiénés stratégia, ugyan nem kutatásokon alapuló, de nyilván egy irányvonalat megfogalmaztunk magunknak és nem tudom, tehát nálunk egy alpolgármesterhez tartozik az oktatás, az egészségügy és a drog témakör. Valószínűleg ezért is kapunk ennyi pénzt egyébként, mert neki ez a hármas szív ügye... Évente kétszer készítünk beszámolót a képviselő testület felé...”

Más kerületekben is vannak stratégiai dokumentumok, azonban ezek haszna attól függ, hogy van-e valamilyen mechanizmus, ami a stratégiai dokumentumokban megjelenő elköteleződések betartatását biztosítja. Ilyen stratégiai dokumentum több kerületben van az ifjúsági ügyek, lakhatási/lakásgazdálkodási ügyek terén.

„....ifjúsági koncepcióban is abszolút hozzátartozik egyébként nálunk legalábbis egy része a koncepciónak. Az esély egyenlőségénél is. Tehát több koncepció nyilván összefügg, az egészségügy, stb, stb, mindegyikben megjelenik a kábítószer kérdés, a megelőzés.”

Egy másik lehetőség, ami a problémakezelést áttételesen segítheti a civil szervezeteket és az ő munkáját a drogprobléma kezelése terén, ha az önkormányzat támogatást biztosít a helyiség bérlet költségeinek részleges, vagy teljes átvállalása révén. **A működési támogatás nyújtása is programhoz és annak a szakmai tartalmához kötődik.** A pénzfelhasználás ellenőrzése nemcsak számszakilag történik meg, hanem a program megvalósítással kapcsolatos tapasztalatokról is köteles a támogatást elnyerő civil szervezet beszámolni.

„A másik, amit meg még mi csinálunk az a civil egyesület, civil szervezeteknek és egyesületeknek kedvezményes helyiség bérlet. Első évben azt hiszem csak közös költség, de hogy ugye erre is szakmai programmal tudnak pályázni alapvetően, hogy mit akarnak csinálni.”

„Tehát nemcsak pénzügyi, hanem szakmai beszámolás is szükséges az együttműködésekhez és nemcsak pályázatok vannak, hanem együttműködési megállapodások, amikor soron kapják a szervezetek a támogatást. Kifejezetten célra, valamilyen célra.”

Az egyik megszólaló rámutatott arra, hogy az önkormányzatnak **szolgáltatás tervezési koncepciót is meg kell fogalmazniuk** és a jogszabályi környezet nem tiltja, hogy valamilyen szolgáltatást az önkormányzat elindítson, pl. valamilyen szociális szolgáltatást. Ennek azonban jelentős pénzügyi vonzatai vannak.

„... az önkormányzatoknak azért szolgáltatás tervezési koncepciójuk is kvázi van, és ha van egy hiányzó szolgáltatási elem mondjuk egy szenvedély beteg nappali ellátás, akkor azt is joga van indítani.”

Milyen jövőképet tud megfogalmazni egy hároméves időtávban az addikciós problémák kezelése tekintetében?

E kérdéskör tekintetében a bevezetőben már kifejtett problémák megoldására tértek vissza a beszélgetés résztvevői.

Hangsúlyosan **említették az ellátórendszert, annak elérhetőségét és teljességét, a koordinációt, a szolidaritáson alapuló teherviselést.** Egészen konkrét elképzelések is megfogalmazódtak azzal kapcsolatban, hogy mit kellene fővárosi szinten biztosítani és milyen ellátásoknak az elérhetőségét kellene fővároson belüli regionális elrendezések formájában nyújtani.

„Koordináció, igen, mert lehet, hogy az erőforrások meg vannak, csak lehet, hogy mi se látjuk át. Én ebbe éreznék olyat, amit meg tudunk lépni esetleg fővárosi koordináció.”

„Én azt gondolnám, hogy ellátás szempontjából ilyen regionális területek jöhessenek létre, ahol egyrészt központi ellátások is biztosítva lehessenek, ami állami finanszírozású, illetve a kerületek között egy ilyen bartel, hogy neked ez van, nekem ez van, mi ellátjuk a tiéteket, ti a miénket.”

Szintén fontosnak tartották a megszólalók, **hogy fővárosi szinten koordinált formában fejlődjön a pszichiátriai ellátás,** valamint, hogy specifikus kábítószerhasználókat segítő, főleg **ártalomcsökkentő célú fejlesztések legyenek** (belövő szoba), valamint ideális esetben 3 év múlva **nyílt társadalmi diskurzus** folya az addiktológiai problémákkal összefüggésben is. Ez a felvetés több megszólaló esetében is megjelent, hangsúlyozva, hogy nagyon fontos lenne, **ha a területen dolgozó szakemberek azonos szakmai keretrendszerben kommunikálnának,** tehát, a szakemberek képzése is fontos feladat lenne és optimális esetben ennek eredményei már három év múlva érzékelhetőek lennének.

„Tehát vannak olyan kerületek, amik viselik az egész fővárosi terhet és ott vannak a normális lakók és nem akarja lelőni a hajléktalant, de valószínű, hogy neki egy utcára három is van és mondjuk bizonyos budai kerületekben meg nulla. Akkor ez így nem oké. Nyilván hosszú távon a kisebb ellátó rendszerek, de összességében az, hogy ezek nagyobb szórást mutassanak és ehhez fővárosi koordináció kell,

....hogy ellátás szempontjából ilyen regionális területek jöhessenek létre, ahol egyrészt központi ellátások is biztosítva lehessenek, ami állami finanszírozású, illetve a kerületek között egy ilyen bartel, hogy neked ez van, nekem ez van, mi ellátjuk a tiéteket, ti a miénket. Tehát ilyen összehangolt ellátás....”

„Én kiegészítésként annyit mondanék hozzá, hogy a kommunikáció javuljon és hogyha valaki mond valamit, akkor ugyanazt értse a másik is alatta és ne valami tök mást.”

„Én örülnék, hogyha 3 év múlva lenne pénze a fővárosnak és tudná pótolni a pszichiátriai szolgáltatás kicsit nagyobb kapacitását megoldani, illetve az is fontos lenne, hogy nyíljanak mondjuk, ha azt nézzük, akkor igen is kellenek belövő szobák, meg ilyen létesítmények is Budapest szinten és el kell kezdeni nyíltabban beszélni és egy nyílt párbeszéd szerintem nagyon jó lenne, ha három év múlva el tudna, vagy lenne erről az egészről és utána ezek létre tudnának jönni és ezek is fontos részei annak, hogy tudjunk tenni ezek ellen.”

Összegzés

A fókuszcsoport sok releváns, új információval gazdagította a problémakör megértését, kivilágolt, hogy a problémák percipiálásában nagy egyetértés van a résztvevők között, ugyanakkor a problémakezelési lehetőségekben már vannak említésre méltó különbségek a kerületek között, a nagyobb gazdasági potenciállal rendelkezők ugyanazokat a problémákat könnyebben kezelhetőnek tartják, mint a szegény – és ennek megfelelően arányaiban nagyobb problémahalmazzal szembesülő – kerületek. Sok esetben kivilágolt a megbeszélés során, hogy a minden tekintetben akadályt jelentő jogszabályi környezet is jelentősebb kihívás elé állítja azokat, amelyek rosszabb anyagi körülmények között folytatják munkájukat; ott, ahol van anyagi erőforrás ott a szolgáltatás létesítés, vagy a szolgáltatások közötti koordináltabb fellépés megvalósítása sem tűnik lehetetlennel. Tehát a jogszabályi béklyók (egészségügyi törvény, önkormányzati törvény, gyermekvédelmi törvény) ezekben az esetekben is több mozgásteret biztosítanak a „gazdagabb”, mint a rossz anyagi körülmények között működő településrészek esetén. Általános problémaként merült fel a problémakör átpolitizáltsága, mely a lehetséges stakeholderek közötti együttműködést is akadályozza. Fontos és a jövő cselekvési irányait tekintve is jelentős szempontként merült fel a társadalmi problémák kezelése és a kezelésben megjelenő felelősség. Egyetértés mutatkozott azzal kapcsolatban, hogy az említett problémák egy hierarchikus struktúrába rendeződnek és a drog/addikciós problémák tünetnek tekinthetőek, valójában a háttérükben meghúzódó okok kezelésére kellene nagyobb figyelmet fordítani. Általános igényként és a jövőkép részeként került többszörösen is megállapításra, hogy a főváros által biztosított határozott koordináció segíthetné az erőforrásokkal való jobb gazdálkodást és hozzájárulhatna ahhoz is, hogy a kerületek között „vándorló droproblémával” kapcsolatban érdemi és fenntartható válaszok szülessenek.

Irodalom

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Joffe, H., & Yardley, L. (2004). 4. Content and thematic analysis. *Research methods for clinical and health psychology*. California: Sage, 56-68.

Mellékletek

Fókuszcsoport vezérfonal/Interjúvázlat

4. számú kérdőív

Az Ön adatai					
Neve:					
Szervezet neve:					
Mióta dolgozik ennél a szervezetnél:					év
Jelenlegi munkaköre:					

5. számú kérdőív

Ön szerint mennyi erőforrást kellene fordítani a következő társadalmi problémák mérséklésére?
1 – sokkal kevesebbet, mint most; 2 – kevesebbet, mint most; 3 - ugyanannyit, mint most; 4 – többet, mint most; 5 – sokkal többet, mint most; 9 – nem tudja

Társadalmi probléma	Mennyit?
n.) a szegénység kezelésére, mérséklésére	
o.) a kábítószer-fogyasztás megelőzésére, kezelésére	
p.) a lakhatási problémák megoldására	
q.) az egészségügyi ellátás problémáinak megoldására	
r.) az oktatás általános állapotának javítására	
s.) bűnözés mérséklésére, megelőzésére	
t.) környezetszennyezés csökkentésére	
u.) alkoholizmus megelőzésére, kezelésére	
v.) munkanélküliség kezelésére	
w.) a roma-problémára	
x.) az öngyilkosságok megelőzésére	
y.) az AIDS-probléma kezelésére, megelőzésére	
z.) mentális problémák megelőzésére, kezelésére	

6. számú kérdőív

Most arra lennének kíváncsiak, hogy Ön szerint mely szereplőknek kellene leginkább erőforrást mozgósítani a fenti társadalmi problémák kezelésére? (Jelölje a fenti táblázat harmadik oszlopába válaszait!)

1 - központi kormányzat, állam; 2 – főváros; 3 – kerületi önkormányzatok

Társadalmi probléma	Kinek?
n.) a szegénység kezelésére, mérséklésére	
o.) a kábítószer-fogyasztás megelőzésére, kezelésére	
p.) a lakhatási problémák megoldására	
q.) az egészségügyi ellátás problémáinak megoldására	
r.) az oktatás általános állapotának javítására	
s.) bűnözés mérséklésére, megelőzésére	
t.) környezetszennyezés csökkentésére	
u.) alkoholizmus megelőzésére, kezelésére	
v.) munkanélküliség kezelésére	
w.) a roma-problémára	
x.) az öngyilkosságok megelőzésére	
y.) az AIDS-probléma kezelésére, megelőzésére	
z.) mentális problémák megelőzésére, kezelésére	