

# JAVASLATOK AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK FEJLESZTÉSÉHEZ

Topolánszky Ákos, Jambrik Ágnes és Kósa Edina

A Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet,  
TÁMOP 5.4.1./08/1-2009/0002 számú kiemelt projekt

2011

Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 3.

## Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez

A kötet szakmai munkálatait „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillérje koordinálta.

A kötet szerzői:

dr. Jambrik Ágnes

dr. Kósa Edina

Topolánszky Ákos

Kiadja a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002  
(A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési  
kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása) kiemelt projektje.  
2011.

ISBN 978-963-7366-35-2

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával  
valósul meg.

A kötet a [www.modernizacio.hu](http://www.modernizacio.hu) internetes címen is olvasható.

Készült az ERFO Nonprofit Kft. Nyomdaüzemében

Felelős vezető: Kovács Gábor ügyvezető igazgató

Borítóterv és fotó: Bánlaki Szabolcs

# Tartalomjegyzék

Bevezetés .....	4
Eszközök és ajánlások az addiktológiai ellátás tervezéséhez a nemzetközi gyakorlatok alapján .....	5
Az addiktológiai ellátások fejlesztésének jogi környezete .....	17

## BEVEZETÉS

A TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt „*Addiktológiai ellátások fejlesztése*” sorozatának harmadik kiadványát tartja kezében az olvasó. Míg az első két kötetünk a szükséglet-meghatározás illetve szakmai szabályozás kérdéseivel foglalkozott, jelen kiadvány kifejezetten az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez kíván támpontokat nyújtani. E szakmai füzet célja, hogy az ellátás-tervezés és -fejlesztés tevékenységét szakmailag támogassa, és a nemzetközi gyakorlatok alapján ajánlásokat fogalmazzon meg.

A kiadvány első írásában Topolánszky Ákos a nemzetközi adatbázisok és szakmai portálok tanulmányainak áttekintése alapján röviden összegzi azokat a szempontokat és főbb vezérelveket, amelyeket az addiktológiai ellátás-fejlesztés során érdemes szem előtt tartanunk. Az írás sok esetben inkább csak jó kiindulópontnak tekinthető, a megadott szakirodalmi hivatkozások mentén azonban bővebben tájékozódhat az olvasó az adott jó gyakorlat részleteiről.

A második, hosszabb elemzés tisztán jogi természetű. Jambrik Ágnes és Kósa Edina az első fejezet ajánlásaiból kiindulva tekintette át a hazai jogszabályokat, hogy a lehetséges fejlesztési irányok törvényi kereteit bemutassa. A jogszabályi elemzés arra is irányul, hogy a bizonyos esetekben a szakmai ajánlások alapján jogszabály-módosítási javaslatokat tegyen. Bízunk abban, hogy az addiktológiai ellátások fejlesztése iránt érdeklődő szakemberek számára hasznos kiindulópontokat kínálunk ezzel a kiadvánnyal.

2011. február 17.

*Kun Bernadette*

TÁMOP 5.4.1 projekt

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

# ESZKÖZÖK ÉS AJÁNLÁSOK AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁS TERVEZÉSÉHEZ A NEMZETKÖZI GYAKORLATOK ALAPJÁN

Topolánszky Ákos

A „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” című TÁMOP - 5.4.1/08/1 kiemelt projekt „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillérének fontos célkitűzése a helyi-regionális kezelés-ellátás tervezés szempontjainak, feltételeinek és módszertanának kialakítása. A projekt keretében megtörtént a hazai kezelés-ellátás egészségügyi (Vitrai, Kiss és Kriston Vízi, 2010), valamint szociális ágazati (Bugarszki, 2010) tervezési kereteinek feltérképezése, valamint helyi ellátási-kezelési helyzetek feltérképezése, a kielégített és kielégítetlen szükségletek elemzése Miskolcon, Dunaújvárosban és Észak-Pest térségében.

## *Jelen elemzés módszertana:*

Az alábbi internetes felületek kerültek áttekintésre:

- legnagyobb szakanyag-tárak (NIDA, National Treatment Agency, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMSHA, National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE, International Society for the Study of Drug Policy – ISSDP),
- kutatóintézetek (Trimbos Institute, Drugscope, Canadian Centre on Substance Abuse)
- tudományos fórumok (Advisory Committee On Misuse of Drugs, Drug Policy Modeling Program – DPMP),
- valamint a tudományos keresőbázisok (EBSCO, Academic Search Complete, Medline) és
- tudományos könyvtár (National Library of Medicine).

A keresés az alábbi kulcsszavak és azok kapcsolatai mentén történt: „service planning”, “treatment planning”, “development” + “drugs/ psychoactive substances”

Ahogy a témát feldolgozva Rush és munkatársai (2009) megjegyzik, „meglepetésre kevés publikált anyag áll rendelkezésre a kezelés rendszerére nézve, akár a tudományos érdeklődés tárgyaként, akár a tervezés és operacionális perspektívák szempontjából”. További problémát jelent, hogy bár jelentős az irodalma a kezelés/ tervezés témájának és a terápiás programokon belül az egyéni terápia kialakításának, a kezelés tervezésének rendszerszerű, intézményközi és területi jellegű megközelítése annál csekélyebb irodalmi lenyomattal rendelkezik.

A National Institute on Drug Abuse (NIDA) egyik alapvető összefoglalója<sup>1</sup> az eredetileg 1999-ben kiadott, de 2009-ben újraserkesztett kézikönyv, mely a kezelés-ellátás kérdésének egyrészt definíciós, másrészt hatékonysági kérdéseivel foglalkozik. Emellett a kezelés speciális szempontjait, elsősorban a speciális csoportok és színterek sajátos igényeit és feltételeit is érinti, elemzi. Összefoglalja a tényalapú kezelés tervezésének és megvalósításának alapelveit, ismerteti a kezelés helyzetét az Egyesült Államokban, és végül a drogterápia tényalapú szemléleti kereteit mutatja be, mindenhol megadva az irodalmi hivatkozások összefoglalóit annak érdekében, hogy az érdeklődő szakember az adott témában továbbolvashasson. Bár ez a rövid kiadvány közvetlenül nem alkalmas egy tervezési folyamat operatív támogatására, azonban a benne megfogalmazott alapelvek mégis alapvető támpontokat adhatnak. Ezek a következők:

- Egyetlen kezelési forma sem alkalmas mindenki számára, azaz a kezelés színtereit, intervenciós eszközeit és szolgáltatásait a kezelt sajátos problémáihoz és szükségleteihez kell illeszteni.
- A kezelésnek rendelkezésre kell állnia és elérhetőnek kell lennie a kezelésbe kerülő számára, aki nehezen tájékozódik és adott esetben nem elégséges motivációval bír a kezelés elkezdése vonatkozásában.
- A hatékony kezelés az egyén több, problémát okozó szükségletére ad választ, és nem csak a droghasználatra. Így a kezelt orvosi, pszichológiai, szociális, munkaképességi és munkaerő-piaci, valamint jogi problémáival is foglalkozik, azokra professzionális szolgáltatásokat biztosít.

<sup>1</sup>

National Institute on Drug Abuse (2009). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide* (Second Edition). NIH Publication.

- Szintén fontos, hogy a kezelés a paciens korának, nemének, etnikai hovatartozásának és kultúrájának megfelelően legyen tervezve.
- A kezeléseket úgy kell megtervezni, hogy a kezelt megfelelő ideig abban benne is maradjon (retenció). A kezelés eredményességének kritikus feltétele, hogy a kliens egy meghatározott ideig kezelésben is maradjon. A drogfüggőségből való meggyógyulás egy hosszú távú folyamat, mely legtöbbször számos kezelési epizódon keresztül vezet. A visszaesés nem csupán gyakori jelenség, hanem a kezelés felülvizsgálatának és újratervezésének indikátora is. Egyben a kezelésnek az idő előtti kilépéssel együtt járó problémák enyhítésére is eszközöket kell alkalmaznia.
- A tanácsadás, egyéni és csoportterápiás eszközök vagy más viselkedésterápiák a drogkezelés alapmódszerei. A gyógyszeres kezelés szintén fontos elem, különösen, ha az előzőekben leírt terápiás eszközökkel együttesen kerül alkalmazásra.
- Kortárs- és sorstárs csoportok alkalmazása nagy támogató erővel bírhat a terápia eredményessége szempontjából.
- A NIDA összefoglaló kiemeli, hogy egyéni személyes kezelési tervet kell minden esetben készíteni, azt rendszeresen felül kell vizsgálni, szükség esetén módosítani. Mivel a droghasználat gyakran más mentális betegségekkel is együttjárhat, az állapotfelvételnek erre a szempontra is ki kell terjednie minden esetben.
- Az orvosilag felügyelt detoxifikáció csak első lépcső a kezelés folyamatában, önállóan nem áll meg, azt a kezelés más, szükséglet-orientált módozatainak kell kiegészíteni, a kezelési program folytatására pedig motiválni szükséges a klienseket.
- Megállapítja, hogy a kezelésnek nem kell feltétlenül önkéntesen megkezdődnie ahhoz, hogy eredményes legyen. A családi, szociális vagy jogi úton történő kényszerítéses helyzetekből is jó eséllyel lehet a kezelést alkalmazni.
- Végül kiemeli, hogy a kezelést úgy kell megtervezni, hogy mindig, folyamatosan monitorozva legyen, és legyen alkalmas arra, hogy szükség esetén a kezelési igényekhez rugalmasan lehessen hozzáigazítani<sup>2</sup>.

Hasonló feladatra vállalkozik a Canadian Centre on Substance Abuse, amikor összefoglalja a tényalapú kezelés alapelveit<sup>3</sup>. Ebben a megközelítésben az ártalomcsökkentő

<sup>2</sup> A NIDA természetesen sokrétű információt, szakanyagokat biztosít a kezelés különböző aspektusai tekintetében is. Elérhető: <http://www.drugabuse.gov/DrugPages/Treatment.html>

beavatkozásoknak, a kliens-orientált megközelítéseknek, a támogató, képessé tevő (felruházó), átmeneti és kezelést-követő szolgáltatások sokkal nagyobb teret kapnak. Ugyancsak egy progresszívebb megközelítésben a speciális populációs szükségletek, valamint a fogyasztási mintázatok mentén történő terápiás célkitűzések differenciáltabb aspektusa kerül kiemelésre.

Megemlíthető, hogy a CCSA jó anyagokkal rendelkezik fiatalok, a kényszerítéses (coerced) kezelési formák, a büntetés-végrehajtási rendszeren belüli, a bennszülött (indigenous) kisebbségeket érintő kezelések, a hatékonyság, a kezelési indikátorok, és a költség-hatékonysági szempontok vonatkozásában is.

Ugyancsak idetartozik az APA (American Psychiatric Association) kézikönyve a pszichoaktív szerfogyasztók körében végzett hatékony kezelés kérdésében<sup>4</sup>. Ez a manuál foglalkozik a definíciókkal, a kezelési alapelvekkel, majd szercsoportokként tekinti át a legjobb tényalapú kezelési módszereket.

A kezelés-ellátás fejlesztésének egy korai, de annál átfogóbb, és ma is még jól használható kézikönyve 1991-ben jelent meg a NIDA gondozásában (Pickens, Leukefeld és Schuster, 1991). Ebben a kézikönyvben szerfajták, ellátási modalitások, valamint a speciális kockázatok mentén kerül a téma feldolgozásra. A 400 oldalas monográfia kezelés-fejlesztési ajánlásokkal zárul. Ezek között nem csupán a klasszikus klinikai ajánlások jelennek meg, de igen nagy hangsúllyal a közösségi beavatkozások, az integrált megközelítések, az ártalomcsökkentő programok, a kisebbségi bevonódás (minority involvement) progresszív és finomhangolt kérdéskörei is.

Az Amerikai Egyesült Államok Egészségügyi Minisztériuma háttérintézményeként működő Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) gondozásában megjelenő kézikönyv<sup>5</sup> szerint a szűrés, állapotfelmérés és kezeléstervezés annak a folyamatnak három egymással szoros kapcsolatban lévő komponense, mely az ún. együttes megjelenésű zavarokkal küzdő páciensek számára (co-occurring disorders – COD) hatékonyan

---

<sup>3</sup> Canadian Centre on Substance Abuse (2006). *Evidence-based treatment: information for the service provider*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

<sup>4</sup> Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F., George, T.P., Greenfield, S.F., Kosten, T.R., O'Brien, C.P., Rounsaville, B.J., Strain, E.C., Ziedonis, D.M., Hennessy, G., Connery, H.S. (2007). Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition. *American Journal of Psychiatry*, 164(4 Suppl), 5-123.

<sup>5</sup> Screening, Assessment, and Treatment Planning for Persons with Co-Occurring Disorders. Samsha, Coce et al. [http://coce.samhsa.gov/cod\\_resources/PDF/ScreeningAssessment%28OP2%29.pdf](http://coce.samhsa.gov/cod_resources/PDF/ScreeningAssessment%28OP2%29.pdf)



megvalósított, megfelelően tájékoztatást adó, kliens-orientált szolgáltatások vonatkozásában valósítandó meg. E három egységes és egymást feltételező módszerét és gyakorlatát javasolja.

Az NTA egy másik igen jól használható kézikönyve a „Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006”, azaz a korábbi, még 2002-ben elfogadott kezeléstervezési irányelvek revideált kiadása<sup>6,7</sup>. Az NTA kifejezett célja, hogy 1998 és 2008 között kétszeresére emelje a hatékony, jól menedzselt kezelésben lévők számát, és jelentősen megnövelje az évente a kezelést sikeresen befejező vagy a kezelést megfelelően folytatók arányát. Ennek érdekében alakítja ki kézikönyveit, szakmai anyagait, standardjait is, mint az előbbiekben említett kiadványt is. A mostani, megrendelőikkel, a szolgáltatást végzőkkel, a szolgáltatások igénybe vevőivel és más aktorokkal közösen kialakított új irányelv a következő alapelvekre épít: a szolgáltatás biztosítás négy pillére, helyi szűrés és állapotfelmérés rendszere, tervezés és a gondozás koordinációja a strukturált drogkezelések középpontjában, valamint az integrált kezelési útvonalak fejlesztése. Ezen túlmenően a kezelés minőségfejlesztésére fordít nagy hangsúlyt. Ennek a fejlesztési megközelítésnek két központi „egysége” a helyi szolgáltatásbiztosítási partnerség és a drogkezelések szolgáltatói. Az NTA által igen részletesen és alaposan kialakított „tier”, vagy kezelési szintek mentén történik az elemzési és tervezési munka.

- Az első szint (tier 1) a droggal kapcsolatos tájékoztatás és tanácsadás, szűrés és specializált drogellátási rendszerekbe történő továbbirányítás szolgáltatási világa.
- A második (tier 2) magába foglalja részben az első részeit, ezen túlmenően prioritás felmérést, specializált kezelési formákba irányítást, rövid pszichoszociális beavatkozásokat, ártalomcsökkentő szolgáltatásokat és utógondozást.
- A harmadik (tier 3) a közösség alapú specializált drogfelmérést, a koordinált gondozást és a drogspecialistával való kapcsolat jellegzetességeit tartalmazza.
- A negyedik (tier 4) a rezidenciális, tehát bennfekvő drogspecifikus kezelési formákat képviseli, amely tervezett és koordinált gondozási folyamatot jelent a kezelés és utókezelés kontinuitásának biztosítására.

Természetesen az egyes szinteken belül a kezelési modalitások sokasága kerül kidolgozásra, valamint finomhangolásukra, egymáshoz való viszonyuk, kapcsolatrendszerük

---

<sup>6</sup> [http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta\\_modelsofcare\\_update\\_2006\\_moc3.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf)

<sup>7</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse (2002) *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers*. London: NTA.

optimalizálására kerül sor. A kezelés/tervezésének négy eleme kerül hangsúlyozásra: a kezelések iránti elköteleződés, szerződések megkötése, a kezelések biztosítása, beleértve a fenntartó programokat is, a közösségi integráció, valamint a kezelés befejezése kérdésköre. A kézikönyv ötödik fejezete foglalkozik a kezelés tervezésének kérdésköreivel. Megállapítja, hogy éppen azért (is) volt szükség a 2002-es irányelvek revíziójára, mert mind a mai napig sokszor ad hoc alapon kerül sor a kezelés biztosítására, és azt a helyi együttműködésben rutinszerűen kellene monitorozni és értékelni. A jó kezelés-tervezés, a kezelések jó koordinációja, valamint annak a szolgáltatások használóival történő gyakori és rendszeres felülvizsgálata a szolgáltatások fejlesztésének kulcstényezői. A kézikönyv meghatároz alapvető és továbbfejlesztett standardokat is, azonban ez az iránymutatás is alapvetően a kezelés egyéni, kliens oldali tervezéséről szól. Erős részét teszi ki a kiadványnak a minőségügyi követelmények rendszerének ismertetése mind a szolgáltatások vásárlóinak, megrendelőinek, mind azok biztosítóinak szemszögéből.

A 9. fejezet a drog kezelési beavatkozások rendszeréről ad fontos szempontokat a helyi ellátásszervezés vonatkozásában. Ebben a részben a kiadvány foglalkozik a tanácsadással, az ártalomcsökkentéssel, a közösségi alapú beavatkozásokkal, a háziorvosi rendszeren belül végzett kezelői és gondozói kérdésekkel, specialisták által nyújtott szolgáltatásokkal, a strukturált pszichoszociális beavatkozásokkal, a strukturált nappali programokkal, a fekvőbeteg ellátásokkal, a rehabilitációs gyakorlatokkal, az utógondozással és mindezek egymáshoz való viszonyával. Ezt a kötetet egészíti ki az egyéni kezeléstervezési gyakorlati útmutató (Care Planning Practice Guide (NTA, 2006) is.

Az angliai kezelési szükségletekkel és az azokra adandó válaszokkal foglalkozik Best és munkatársai tanulmánya, elsősorban a tier 4 ellátások vonatkozásában (Best és mtsai, 2005).

A Belügyminisztérium az NTA-val és az egészségügyi tárcával közösen adta ki iránymutatását a bentfekvéses és rehabilitációs szolgáltatások tervezésére nézve 2006-ban<sup>8</sup>. Az NTA szakanyag-tárában rengeteg rész kérdéssel kapcsolatban (szer-, kor- célcsoport-, modalitás-specifikus ellátások) találunk irodalmat.

---

<sup>8</sup> Home Office/National Treatment Agency/Department of Health (2006) Initial Guide for the Commissioning of Inpatient and Residential Rehabilitation Drug and Alcohol Treatment Interventions as part of Treatment Systems.

Az NTA egy másik csúskiadványa egy olyan legjobb gyakorlatokat bemutató 2008-as kötet, melyben az ellátás-szervezés kérdései is előkerülnek<sup>9</sup>. A bevezetőben az ellátás-biztosítás buktatóival foglalkozik. Ezek a következők: stratégiai tervezés és koordináció hiánya helyi szinten, az elérhetőség értékelésének igen eltérő kritériumai, néhány ellátási modalitás adatszolgáltatási nehézségei, a szolgáltatás-vásárlás relatív kevéssé tényalapú volta, a kezelésből való kizárást követő utógondozások hiányosságai és kapacitásszegénysége.

Tekintettel arra, hogy az Egyesült Királyságban a DAT-ok (Drug Action Team) – eltérően a hazánkban működő KEF-ektől –, az ellátásszervezés kulcsalakzatai, hiszen a kormányzati alapokból regionális és helyi szinten ők maguk vásárolják a szolgáltatásokat, az ellátásszervezés is ezen a szinten és közvetlenül a DAT-okkal kapcsolatban állít fel kritériumokat. A kulcsszó ezen a területen a stratégiai ellátás-szervezés és -biztosítás, amely a következő elemekből áll: helyi szintű helyzetértékelés, a Tier 4 ellátások biztosításának tervezési folyamatába a használók és csoportjaik bevonása, csomag-szerződés (nem egyes ellátókkal történik a szerződéskötés, hanem már ezen a szinten is integrált ellátásszervezés folyik), helyi beszerzések, preferált szolgáltatók, helyi gondozási útvonalak kialakítása, korai beavatkozások, beavatkozás-politika a helyi büntető-igazságszolgáltatási rendszeren belül, kliens felkészítése a felvételre, kezelési idő-szükséglet, megfelelő utógondozás kisserződése, a kisserződéses rendszer termékei, forrásteremtés.

A kezelés hatékonyságának feltételei között a kiadványban a specialisták szerepe, a fekvőbeteg ellátás szinterei, a detoxifikációt követő legkevesebb hathetes rehabilitációs időszak, a kezelés kontinuum és kezelés-tervezés, a tanácsadók alacsonyabb munkaterhei, a magánéletet is biztosító elhelyezés, valamint a kiegyensúlyozott terápiás programok jelennek meg.

Sajátos szempontból tekinti át az ellátásszervezés kérdéseit a foglalkoztatás és munkaerőpiacra irányítás<sup>10</sup>, valamint házi orvosok számára készített tervezési iránymutatás<sup>11</sup>. További iránymutatásokat biztosítanak a NICE, a National Institute for Health and Clinical Excellence szakmai anyagai<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse (2008). Improving the quality and provision of Tier 4 interventions as part of client treatment journeys. A best practice guide. London: NTA.

<sup>10</sup> Drug and Alcohol National Occupational Standards (DANOS) Skills for Health 2003. The full range of competences are available at [www.skillsforhealth.org.uk/danos](http://www.skillsforhealth.org.uk/danos)

<sup>11</sup> Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners London (2005). *Roles and Responsibilities of Doctors in the Provision of Treatment for Drug and Alcohol Misusers*.

<sup>12</sup> Elérhető: <http://www.nice.org.uk/>

Fontos kérdéseket taglal az ellátás-szervezés etikai dimenzióinak elemzésével az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériumának kiadványa 2002-ből<sup>13</sup>. További speciális szempontokat vet fel az NTA két kiadványa, a használók és gondozók bevonására törekvő helyi partnerségről az ellátás-szervezésben<sup>14</sup>, valamint a bentfekvéses rehabilitáció modalitásáról<sup>15</sup>.

Ugyancsak az NTA kiadványa a bentfekvéses kezelésekre vonatkozó legjobb gyakorlatokat összegyűjtő is. Ebben nem csak az elérhetőség, hozzáférhetőség, de a finanszírozási és minőségfejlesztési szempontok is fellelhetők<sup>16</sup>.

A European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2002. évi jelentésének mellékletét képező „Sikeres kezelés” tematikus írása a legjobb kezelési gyakorlatok rövid foglalatát adja.<sup>17</sup>

Az NTA egyik kiemelkedően fontos kiadványa a „Needs assessment guidance for adult drug treatment”<sup>18</sup>. Bár alapvetően a szükségletelemzés elméletével, eszközeivel, szereplőivel, fajtáival és értelmezésével foglalkozik az egyébként is, de e kiemelt drogos pillér vonatkozásában különösen is sokat idézett segédanyag, kitér a hiány-elemzés mellett a felnőtt drogterápia tervezésére is. E tekintetben a stratégiai áttekintés a következő elemekből kell, hogy álljon: a drogkezelések partneri stratégiája általános oka és iránya, az elérő szolgáltatások, ártalomcsökkentő és strukturált drogkezelések iránti igény, különböző speciális populációk, a jelenlegi szükséglet-elemzés kulcsmegállapításai, beleértve a prevalencia adatokra és penetrációra vonatkozó rövid összefoglalót, kezelési rendszer feltérképezést, kezelési eredményességi értékeléseket. Itt kell értékelni a drogkezelések hatására történő fejlődések mérését, értékelését is. Az ellátás-szervezés a következő ábra szerint alakul (legalább is az Egyesült Királyságban):

---

<sup>13</sup> Department of Health (2002). Fair Access to Care Services – Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care. LAC 13. London: DH

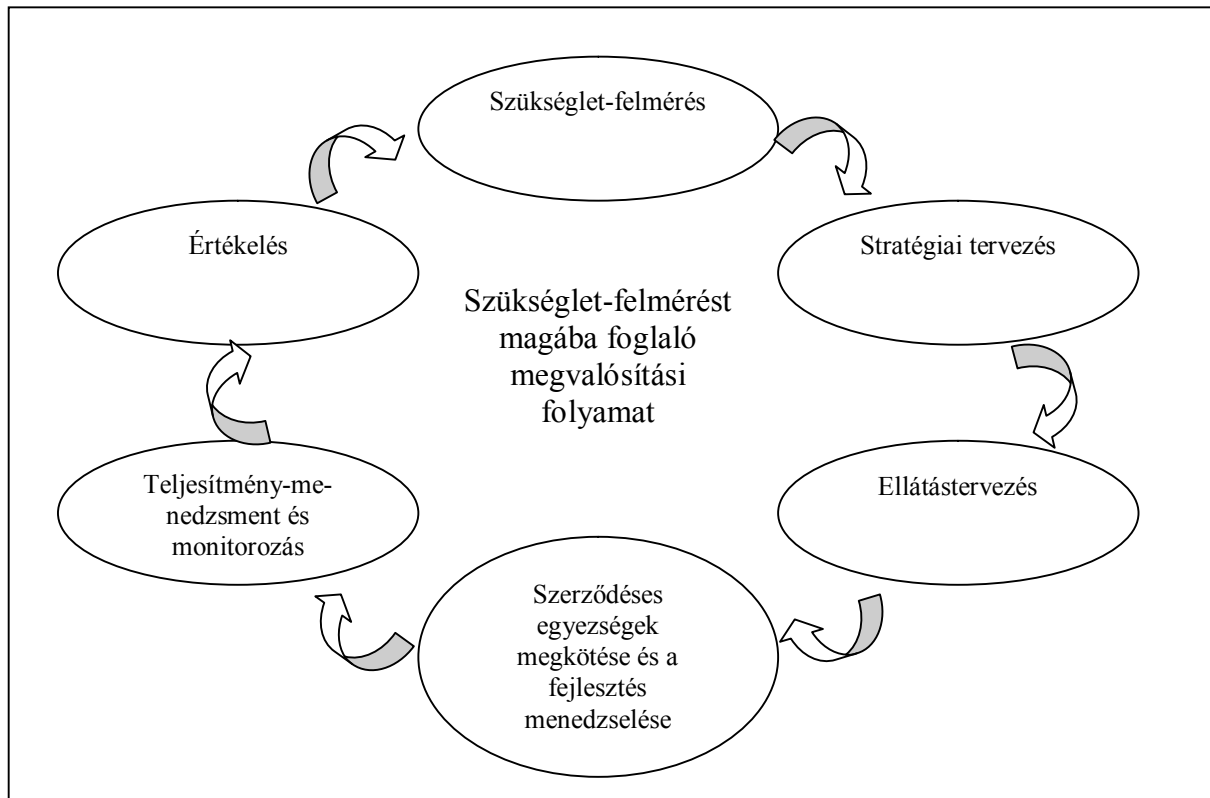
<sup>14</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse (2007). *NTA Guidance for Local Partnerships on User and Carer Involvement*. London: NTA

<sup>15</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse (2006). *Models of Residential Rehabilitation for Drug and Alcohol Misusers*. London: NTA

<sup>16</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse (2009). *Residential drug treatment services: a summary of good practice*. London: NTA

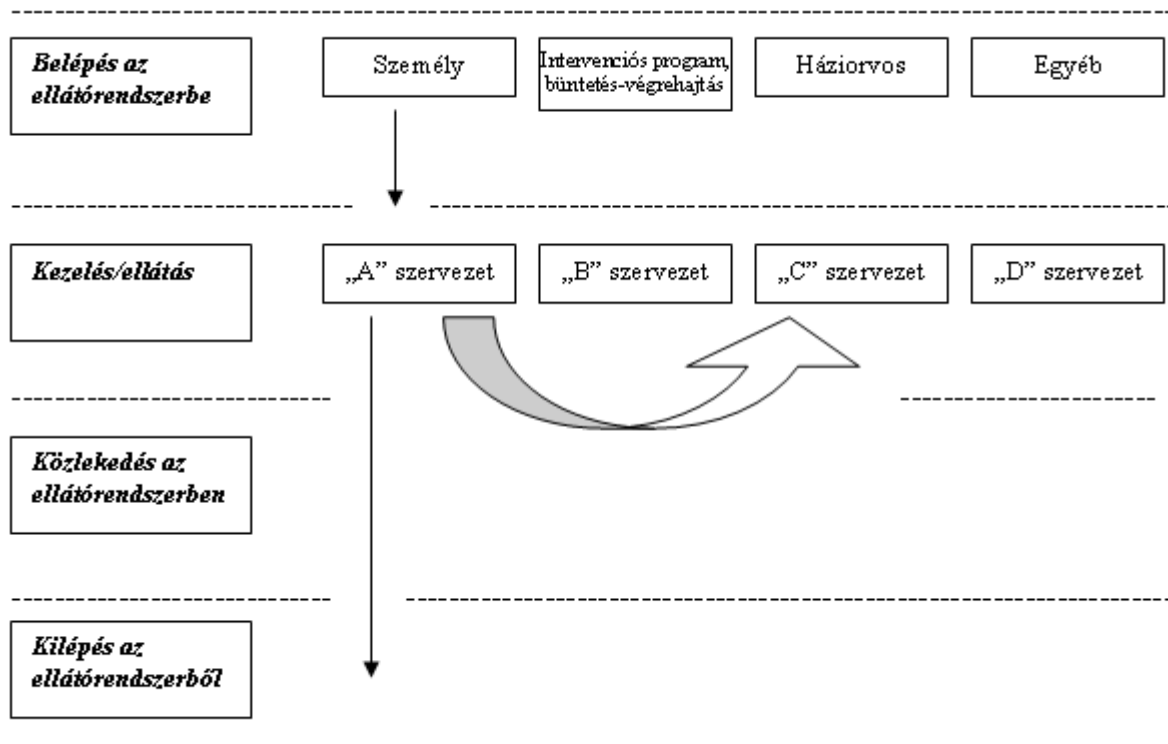
<sup>17</sup> EMCDDA (2002). *Successful treatment. Selected issue*.

<sup>18</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse (2007). *Needs assessment guidance for adult drug treatment*. London: NTA.



1. ábra: Az addiktológiai ellátáshoz kapcsolódó szükséglet-felmérés útmutatója. Forrás: NTA, 2007.

Tekintettel arra, hogy nincsen egy, mindenre kiterjedő és alkalmas kezelési modalitás, ezért van szükség olyan stratégiák kidolgozására, melyek a helyi igényeket, szükségleteket kívánják kezelni. A következő ábra (2. ábra) egy egyéni kezelési karrierrel (pathway) szemlélteti a kezelés tervezés szükségleteit és lehetőségeit. Az ilyen ábrákból kritikus mértékű esetre vonatkozó kezelési útvonal kitöltésével a kezelési rendszerről – és annak hiányosságairól – igen sokat tudhatunk meg.



2. ábra: Az egyéni kezelési karrier (pathway) az kezelés-ellátás rendszerében. Forrás: NTA, 2007.

Végezetül egy érdekes tanulmányt mutatunk be röviden a kezelteknek a kezelés tervezésébe való bevonásának kérdéséről (Bryant, Saxton, Madden, Bath és Robinson, 2008). Az egyébként igen empatikus ausztrál gyakorlatot elemezve is azt tudja megállapítani, hogy a szolgáltatások igénybe vevőinek bevonása annak ellenére sem tekinthető jelenleg még eléggé hatékonynak, hogy a szolgáltatás szervezők egyre gyakrabban és bátrabban vonják be a droghasználókat a stratégiai tervezésbe.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy annak ellenére, hogy a szükséglet- és hiányelemzés a tervezés előszobájaként már ma is rendkívül fontos szerepet kap, a terápiás modalitások rendszerszemléletű tervezésére mindeddig kisebb figyelem jutott – legalább is az átfogó, helyi, vagy regionális/országos tervezés vonatkozásában. Ugyanakkor egyes betegpopuláció, szerhasználati mintázat vagy egyéni sérülékenység vonatkozásában már igen sok tervezési dokumentum kidolgozására sor került. Mi sem kerülhetjük el – ha egyáltalán akarnánk -, hogy egy központi nagy tervezési irat helyett a részletterületekre kidolgozott stratégiai és szupervíziós dokumentumokat használjuk és alkalmazzuk.

## Irodalom

- Best, D. O'Grady, A., Charalampous, I., Gordon, D. (2005) *National Needs Assessment for Tier 4 Drug Services in England*. London, NTA.
- Bryant, J., Saxton, M., Madden, A., Bath, N., Robinson, S. (2008). Consumer participation in the planning and delivery of drug treatment services: the current arrangements. *Drug Alcohol Rev*, 27(2), 130-137.
- Bugarszki Zs. (2010). *A jelenleg Magyarországon a szociális szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. Kézirat*. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1. projekt.
- Canadian Centre on Substance Abuse (2006). *Evidence-based treatment: information for the service provider*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Department of Health (2002). Fair Access to Care Services – Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care. LAC 13. London: DH.
- Drug and Alcohol National Occupational Standards (DANOS) (2003). *Skills for Health*. The full range of competences are available at [www.skillsforhealth.org.uk/danos](http://www.skillsforhealth.org.uk/danos)
- EMCDDA (2002). *Successful treatment. Selected issue*.
- Home Office/National Treatment Agency/Department of Health (2006) Initial Guide for the Commissioning of Inpatient and Residential Rehabilitation Drug and Alcohol Treatment Interventions as part of Treatment Systems.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F., George, T.P., Greenfield, S.F., Kosten, T.R., O'Brien, C.P., Rounsaville, B.J., Strain, E.C., Ziedonis, D.M., Hennessy, G., Connery, H.S. (2007). Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition. *American Journal of Psychiatry*, 164(4 Suppl), 5-123.
- National Institute on Drug Abuse (2009). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide* (Second Edition). NIH Publication.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2002) *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers*. London: NTA.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2006). *Models of Residential Rehabilitation for Drug and Alcohol Misusers*. London: NTA.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2007). *Needs assessment guidance for adult drug treatment*. London: NTA.

- National Treatment Agency for Substance Misuse (2007). *NTA Guidance for Local Partnerships on User and Carer Involvement*. London: NTA
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2008). *Improving the quality and provision of Tier 4 interventions as part of client treatment journeys. A best practice guide*. London: NTA.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2009). *Residential drug treatment services: a summary of good practice*. London: NTA.
- Pickens, R. W., Leukefeld, C. G., Schuster, Ch. R. (1991): Improving Drug Abuse Treatment. *NIDA Research Monograph, 106*.
- Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners London (2005). *Roles and Responsibilities of Doctors in the Provision of Treatment for Drug and Alcohol Misusers*.
- Rush, B., Corea, L., Martin, G.: (2009): Monitoring alcohol and other drug treatment: What would an optimal system look like? *Contemporary Drug Problems, 36*(3-4).
- Vitrai J., Kiss N., Kriston Vízi G. (2010). *A jelenleg Magyarországon az egészségügyi szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. Kézirat*. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1. projekt.



# AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK FEJLESZTÉSÉNEK JOGI KÖRNYEZETE

Jambrik Ágnes és Kósa Edina

## I. Bevezető

A „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” című TÁMOP - 5.4.1/08/1 kiemelt projekt „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” című pillére keretében feladatunk egy tervezési eszköztár összeállítása a hazai addiktológiai szolgáltatások fejlesztése céljából.

Jelen kötet első fejezetében a szerző röviden bemutatta az ellátástervezés főbb szempontjait és ajánlásokat fogalmazott meg erre vonatkozóan. Jelen fejezet célja, hogy az ajánlásokat tételesen végignézzük a hazai jogszabályok, az állami irányítás egyéb jogi eszközei és a szakmai szabályozók szempontjából (A szakmai szabályozók egyes típusairól részletes összefoglalót lásd Kósa (2010) tanulmányában)<sup>19</sup>. Egyrészt megvizsgáltuk, hogy az adott ajánlás, szempont egyáltalán megtalálható-e a magyar (jog)szabályok között, másrészt amennyiben igen, milyen tartalommal, milyen „mélységben” kerül szabályozásra. Ezáltal a javasolt módszer felhasználhatóságát vizsgáltuk és értékeltük.

Először áttekintést adunk azon jogszabályokról, amelyek általánosságban meghatározzák a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások kereteit, majd ezután haladunk a speciálisabb, részletesebb szabályok felé. Mivel a kábítószer-kérdés jogpolitikai szempontból elsősorban a szociális és egészségügyi területen belül tárgyalt, ebben a részben elsősorban e két ágazat tervezéséről, fejlesztéséről – és nem speciálisan a kábítószerrel – szóló szabályok kerülnek említésre.

---

<sup>19</sup> Kósa E. (2010). Szakmai szabályozók. In: Kun B., Felvinczi K. (Szerk.) *Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Kutatási eredmények, legjobb gyakorlatok és eddigi szabályozási tapasztalatok.* 13-24. o. Budapest: SZMI, TÁMOP 5.4.1. projekt.

**Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** így ír a Nemzeti Egészségfejlesztési Program kapcsán:

*„Az ország középtávú fejlesztési, stratégiai tervezésének részét képező Nemzeti Egészségfejlesztési Program (a továbbiakban: NEP) az egészségügyi tervezés alapja. A NEP-ben foglaltakat a gazdaságpolitikai, a terület-, illetőleg településfejlesztési, továbbá valamennyi állami tervezés körébe tartozó döntés meghozatala, illetőleg végrehajtása során érvényre kell juttatni.” /146. § (1)/*

Majd mintegy a feladatok végrehajtóiként a következő entitásokat nevezi meg:

*„A Kormány egészségügyi szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátását a Nemzeti Egészségügyi Tanács (a továbbiakban: Tanács) segíti.” /148. § (1)/*

*„A RET az egészségügyi régióban a regionális egészségpolitika kialakításában közreműködő szervezet.” /149/A. § (1)/*

Mindezek költségvetési háttere:

*„Az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat (a továbbiakban: EFE) a Nemzeti Fejlesztési Tervvel, a regionális fejlesztési tervekkel, az Európai Unió által meghatározott fejlesztési irányokkal összhangban lévő egészségügyi fejlesztések támogatását szolgáló fejezeti kezelésű előirányzat.” /156/A. § (1)/*

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** a fent említett másik nagy ágazati körben határoz meg olyan kereteket (ellátási formákat), amelyek a kábítószer-problémával érintettek ellátására is vonatkoznak:

*„56. § (1) A szociálisan rászorultak részére személyes gondoskodást nyújtó ellátást (a továbbiakban: személyes gondoskodás) az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják.*

*(2) A személyes gondoskodás magába foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat.*

*57. § (1) Szociális alapszolgáltatások*

*a) a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás,*

- b)
- c) az étkeztetés,
- d) a házi segítségnyújtás,
- e) a családsegítés,<sup>20</sup>
- f) a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás,
- g) a közösségi ellátások,
- h) a támogató szolgáltatás,
- i) az utcai szociális munka,
- j) a nappali ellátás.

(2) A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást

- a) az ápolást, gondozást nyújtó intézmény,
- b) a rehabilitációs intézmény,
- c) a lakóotthon (a továbbiakban a)-c) pont együtt: tartós bentlakásos intézmény),
- d) az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény (a továbbiakban a)-d) pont együtt: bentlakásos intézmény),
- e)
- f) az egyéb speciális szociális intézmény nyújtja.

...

65/A. § (1) Községi ellátások a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott (2) bekezdésben meghatározott közösségi alapellátás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott (3) bekezdés szerinti alacsonyküszöbű ellátás.

...

65/F. § (1) A nappali ellátás hajléktalan személyek és elsősorban a saját otthonukban élő,  
a) tizennyolcadik életévüket betöltött, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek,

<sup>20</sup> A családsegítés, mint szociális alapszolgáltatás kapcsán érdemes kiemelni, hogy az kifejezetten mentálhigiénés problémák kezelésére is hivatott a jogszabály szerint, és az ahhoz kapcsolódó jelzőrendszer is meghatározásra kerül:

„64. § (1) A családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás.

(2) A családok segítése érdekében veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő jelzőrendszer működik. A jegyző, továbbá a szociális, egészségügyi szolgáltató, intézmény, valamint a gyermekjóléti szolgálat, a pártfogói felügyelői és a jogi segítségnyújtói szolgálat jelzi, a társadalmi szervezetek, egyházak és magánszemélyek jelezhetik a családsegítést nyújtó szolgáltatónak, intézménynek, ha segítségre szoruló családról, személyről szereznek tudomást.”

b) tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek,  
c) harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek  
részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak - ide nem értve az idős személyeket - napközbeni étkeztetését.”

A Szociálpolitikai Tanács, a szociálpolitikai kerekasztalok szerepéről a következőket találjuk a törvényben:

„58/B. § (1) A szociálpolitikai, gyermekvédelmi koncepciók, döntések, jogszabály-tervezetek véleményezése, a szolgáltatási típusok, formák, rendszerek értékelése, elemzése céljából Szociálpolitikai Tanács működik. A Szociálpolitikai Tanács szervezete ellátások szerint, illetve az ellátásokat igénybevevő társadalmi csoportok szerint, valamint területi jelleggel differenciált. A Tanács működtetéséhez szükséges előirányzatot a központi költségvetés szociál- és családpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium fejezete tartalmazza.  
(2) A 2000 fő feletti lakosságszámú települési önkormányzat vagy társulás, illetve a megyei, fővárosi önkormányzat helyi szociálpolitikai kerekasztalt hoz létre, különösen a szolgáltatástervezési koncepcióban meghatározott feladatok megvalósulásának, végrehajtásának folyamatos figyelemmel kísérésére. A helyi szociálpolitikai kerekasztal évente legalább egy alkalommal ülést tart, tagjai a helyi önkormányzat, illetve a társulás területén szociális intézményeket működtető fenntartók képviselői, továbbá a helyi rendeletben meghatározott szervezetek képviselői.”

Az országgyűlési határozatban kihirdetett nemzeti drogstratégia (106/2009. (XII. 21.) OGY határozat a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról) – mint címéből is kitűnik – már speciálisan a kábítószer-problémában érintettek számára nyújtott szolgáltatásokra fókuszál. A „Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés” elnevezésű pillérben fő célként fogalmazódik meg, hogy a jelenlegi stratégiai program időszakában (2010 – 2018) „elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbevitel elősegítését, ott és ahol lehetséges, a tartós absztinencia elérését, a szerhasználattal összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, és a

*tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű és az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítani.” (VII/2.1. Pillérfőcél) A későbbiekben részletezett tervezési eszközök között találjuk ezek közül a szolgáltatások elérhetőségét, az ártalomcsökkentés fontosságát és az etikai szempontok szem előtt tartását, mint egyfajta alapelveket. A stratégiai dokumentumban kifejtésre kerül az egyes pillérek szemléleti kerete is, amely a kezelés-ellátás-ártalomcsökkentés esetében a komplexitást és kliensközpontúságot hangsúlyozza: „...nem csupán az ágazatilag elkülönítve értelmezhető problémák adott keretek közötti megoldását, kezelését tartjuk a fő feladatnak, hanem sokkal inkább egy, az ellátásra szorultat és komplex élethelyzetét a középpontba helyező kliensközpontú megközelítés módszeres alkalmazását.*

...

*...a célokat a célpopuláció, a kliensek szükségleteit és lehetőségeit figyelembe véve rugalmasan szükséges kialakítani” (VII/2.2. A pillér szemléleti kerete)*

Szemléleti megközelítésként rögzíti a stratégia az eredményesség, a mérhetőség és az értékelés kulcsszavait is, amelyek szintén megtalálhatóak az ajánlott tervezési eszközök között.

*„ ... az eredményesség érdekében a kliens szükségleteihez megfelelően illeszkedő diverzifikált ellátási spektrum biztosítása a célravezető;*

- *értékelési rendszerek fejlesztése - folyamatos értékelést lehetővé tevő rendszerek kialakítására van szükség a különböző kezelési-ellátási-ártalomcsökkentő beavatkozások hatásának, hatékonyságának mérhetősége, továbbá a komparatív előnyök felbecsülése érdekében;” (VII/2.2. A pillér szemléleti kerete)*

A stratégiai periódusra megfogalmazott célkitűzések, illetve az azokhoz rendelt indikátorok és célértékek között – a kezelés-ellátás pillérén belül az ajánlott tervezési eszközökhöz illeszkedőként - az alábbiakat találjuk:

*„A)*

*a)...*

*A kliensszükségletekhez illeszkedő átfogó, területi lefedettséget biztosító intézményrendszer kialakítása és rendszerszerű működtetése, a veszélyeztetett és a speciális szükségletű csoportok tagjai számára is megfelelő ellátási formákkal.*

*Az egészségügyi és a szociális ellátások fogadókészségének, elérhetőségének és hatékonyságának növelése. ...*

*...*

*Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a kapcsolódó szakellátásokban dolgozó szakemberek érzékenyítése a drogprobléma irányába...*

*b)...*

*(ii) ...A hazai addiktológiai osztályokon nincs megfelelő háttér a delíriumok kezelésére, ezért cél az intenzív osztályokon történő, optimális ellátás feltételeinek kialakítása, gyakorlati szintű megvalósítása az érintett szakmai grémiumok bevonásával. A delírium lezajlása után a további kezelést célszerű addiktológiai ellátás keretén belül folytatni.*

*...*

*(iv)...a neonatológusok, nőgyógyászok képzésében a releváns ismeretek, készségek és jártasságok megjelenítése.*

*(v) A gyermek- és ifjúságpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás jelenleg megoldatlan. Az addiktológiai és gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakmai grémiumok együttműködésével a vonatkozó szakmai feltételek kialakítása, képzések biztosítása.*

*...*

*c)...*

*- Fontos cél az addiktológia területén tapasztalható szakemberhiány megszüntetése, a szakembergárda utánpótlása. Ehhez az akkreditált képzések mellett megfelelő ösztönzőrendszer kialakítása is szükséges.*

*d)...*

*- A drogterápiás intézetek ellátási igényeknek megfelelő kapacitásfejlesztése, különös tekintettel az új ellátási szükségletekre (fiatalkorúak, családban élő drogfüggők, hajléktalanok, HIV- és STD-fertőzöttek, pszichiátriai problémákkal küzdő szerfüggők, szerfüggő édesanyák és gyermekeik együttes fogadását biztosító kapacitások, valamint a büntetés-végrehajtási intézetek és a gyermekvédelmi intézmények keretében megvalósuló programok).*

e)...

- Jelenleg nem áll rendelkezésre a fiatalok számára a korcsoport sajátosságaira adaptált speciális addiktológiai szolgáltatás. Azok a szakmák, melyek az ellátás szakmai alapjait képezik (addiktológia, gyermekpszichiátria) önmagukban is hiányszakmák. Átmeneti célként fogalmazható meg a jelenleg már működő ellátók (addiktológia, gyermekpszichiátria, gyermekgyógyászat, pszichiátria) kompetenciájának kiterjesztése, speciális szakmai, személyi feltételek és infrastruktúra kialakításával. Akkreditált szakemberképzés szükséges a jelenlegi képzések kiegészítésével (gyermekgyógyászat, addiktológia, gyermekpszichiátria, pszichiátria).

...

h) Az alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése

- Az alacsonyküszöbű ellátások célja a rejtőzködő droghasználó csoportok felkutatása, kontaktusteremtés, valamint egészségügyi és/vagy szociális ellátásokba irányítása. A kontaktusteremtés módszerei elsősorban a megkereső szolgáltatások: megkereső munka ártalomcsökkentő és speciálisan fertőzőbetegség-megelőző tartalommal, a sorstársak bevonásával.

...

j)...

- A munkaerőpiacról kiszorult és munkaképességeiben korlátozott drogbeteg, drogproblémával küzdők életesélyeinek javítása érdekében szükséges félutas házak létrehozása, a védett munkahelyek számának növelése, megfelelő finanszírozási környezet kialakítása, intenzív szakmai együttműködés kialakítása a munkaügyi központokkal.

...

l) Szakemberképzés fejlesztése

- Hosszabb távon el kell indítani az érintett területen a szakemberek akkreditált képzését, a jelenlegi képzések kiegészítésével, mind az alapellátásban (pl. védőnői szolgálat, gyermekgyógyászat, háziorvosi ellátás területén), mind a szakorvosképzésben (pl. addiktológia, gyermekpszichiátria, pszichiátria).

- További fejlődési teret szükséges biztosítani az addiktológiai konzultáns rendszernek.

- Egyben olyan szervezeti és pénzügyi feltételeket szükséges biztosítani, amelyek következtében az adott szakterület vonzereje megnő és orvosolhatóvá válik a krónikus szakemberhiány. Az ismeretanyagok növelésére, „speciálkollégiumok” szervezésére van szükség.

...

*o) Szakmai fejlesztések a minőségi ellátások érdekében*

- *Szükséges a lejáró szakmai protokollok megújítása, a hiányzó szakmai protokollok elkészítése. Az érvényes szakmai protokolloknak megfelelő eljárásrendek és az ellátók folyamatos minőségi ellenőrzése. A szakmának indokolt meghatároznia azokat az indikátorokat, melyek a hatékony működés megfelelő mutatói.*
- *Az egyes ellátási formákhoz szükséges hozzárendelni a megfelelő értékelési rendszereket.*
- *A szakfelügyeleti rendszer fejlesztése, indikátorrendszerek kialakítása az ellátás színvonalának javítása érdekében.*

...

*B) A drogfogyasztás ártalmainak csökkentése*

...” (VII/2.3. Célkitűzések)

A fent megfogalmazott célkitűzésekhez rendelt indikátorok (VII/2.4. Indikátorok és lehetséges célértékeik) közül elsősorban a következők relevánsak tanulmányunk szempontjából:

- alacsonyküszöbű szolgáltatások forgalmi adatai (pl. túcsere);
- az egészségügyi ellátók és alacsonyküszöbű szolgáltatások területi lefedettségének mutatói, az egészségügyi ellátók betegforgalmi adatai, a kezelésben maradás időtartama, a kezelések kimenetelét jelző számok (absztinenciaarány, súlyos pszichiátriai szövődmények száma, intravénás használati arány csökkentése);
- HIV/HCV-szűrésben részt vettek és kezelésbe vettek száma a drogfogyasztók körében;
- intravénás fogyasztók körében az új HIV- és HCV-fertőzöttek száma, valamint a kezelésbe kerültek száma;
- szubsztitúciós kezelésben részesültek száma;
- rehabilitációs és reintegrációs programok elérhetősége és ellátásban részesülők száma;
- az egyes ellátási formák hatékonyságvizsgálatainak eredményei.



## II. Tervezési eszközként javasolt módszerek a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztésére

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

A kliensközpontúság manapság minden területen alapvető szempont az egyes szolgáltatások tervezésekor, fejlesztésekor. Mint láttuk, a nemzeti drogstratégia is kiemelt szerepet tulajdonít ennek. Törvényi szinten pedig **az egészségügyről szóló törvény** biztosítja ezen alapelv érvényesülését: „Az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik.” (1997. évi CLIV. törvény 2.§ (5)). Ugyanebben a jogszabályban olvashatunk az ún. progresszív ellátásról: „Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet (a továbbiakban: progresszív ellátás).” (75.§(3)). Amennyiben pedig a kliens szükségleteinek megfelelő ellátás adott intézményben nem garantált, a jogszabályok részletesen szabályozzák a továbbirányítás körülményeit, ezzel is biztosítva a kliensközpontúság alapelvét.<sup>21</sup> Ilyen szabályozást találunk az ún. elterelés rendeletben is (**42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól**): amennyiben a választott szolgáltató az elterelést az érintett személy részére az állapotának megfelelő módon nem tudja nyújtani, az érintett személy részére a szolgáltatás végzését megtagadja, majd mint elbocsátó intézmény továbbirányítja.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény nemcsak általánosságban, hanem az egyes ellátási területek kapcsán is kitér az emberközpontú, egyénre szabott szolgáltatások szemléletére. A rehabilitációt érintő részben például kifejtésre kerül, hogy a „rehabilitáció

---

<sup>21</sup> Hangsúlyozzuk, hogy ez csupán jogszabályi biztosítékot (lehetséges „hivatkozási alapot”) jelent. Jelen tanulmány nem terjed ki a szabályok mindennapi életben történő megvalósulására, illetve annak értékelésére.

*egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása.” (100.§(2)). Az egészségügyi dolgozó ellátási kötelezettségei között pedig szerepel az, hogy a beteg vizsgálata során a gyógyulást befolyásoló egyéni körülmények feltárását is el kell végezni (126.§(3)).*

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet** az előgondozás – melyet bentlakásos intézményi elhelyezés előtt kell alkalmazni - kapcsán rögzíti, hogy az előgondozást végző személy a megfelelő, személyre szabott szolgáltatás biztosítása érdekében tájékozódik a szolgáltatást igénybe vevő életkörülményeiről, egészségi állapotáról, szociális helyzetéről (4.§ (1)). Intézményi elhelyezésű előgondozás egyik céljaként határozza meg az igénybe vevő helyzetének megismerését annak megállapítása céljából, hogy az igénybe vevő állapotának és szükségleteinek megfelel-e az intézmény szolgáltatása (5.§ (1) a)). Ehhez a gyakorlati megvalósulás kereteit is szabályozza: *„...az előgondozást végző személy az intézményi elhelyezésre irányuló kérelem beérkezésétől számított húsz napon belül a helyszínen tájékozódik az ellátást igénybe vevő életkörülményeiről és egészségi állapotáról, valamint ellátásra való jogosultságának fennállásáról. Ennek ismeretében véleményt nyilvánít arról, hogy az intézmény szolgáltatásai megfelelnek-e az ellátást igénybe vevő szükségleteinek és állapotának. Ha az intézmény szolgáltatása az igénybe vevő szükségleteinek, állapotának nem felel meg, az előgondozást végző személy más ellátási forma igénybevételére tesz javaslatot...”* (6.§ (1)). A rendelet mellékletében szereplő előgondozási adatlap pedig részletesen meghatározza a felveendő adatokat, vizsgálandó körülményeket (lakás, család, szociális helyzet, egészségi állapot, életvitel, jellemző szokások, elhelyezéssel kapcsolatos kérés a kliens részéről, vallásgyakorlás, szabadidő, várható látogatók...stb.).

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** kimondja, hogy pszichiátriai betegek otthonába csak akkor vehető fel szenvedélybeteg, amennyiben az intézmény ezen alapbetegségével összefüggésben is szolgáltatást képes nyújtani számára (71.§ (2) c)). Speciálisan szenvedélybetegeket ellátó otthonról ugyanitt külön rendelkezést találunk, amely a kezelés színterének a kezelt sajátos szükségleteihez való igazítását szolgálja: *„A szenvedélybetegek otthonában annak a személynek az ápolását, gondozását végzik, aki szomatikus és mentális állapotát stabilizáló, illetve javító kezelést igényel, önálló életvitelre időlegesen nem képes, de - a külön jogszabályban meghatározott - kötelező intézeti*

*gyógykezelésre nem szorul.” (71/A. § (1)). Az ellátási lánc mintegy következő szemeként szolgáló rehabilitációs intézmények között, a szenvedélybetegek speciális csoportja – és ezzel a szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye - szintén a törvény részét képezi, ezzel is biztosítva a kezelési igényeknek megfelelő szolgáltatást. „*Pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget, illetve 16. életévét betöltött szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód.*” (73. § (1)).*

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményi ellátás kapcsán, szintén a szociális törvényben találjuk a kliensközpontúság szemléletét: „*A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményi ellátást igénybe vevő ellátottnak joga van szociális helyzetére, egészségi és mentális állapotára tekintettel a szociális intézmény által biztosított teljes körű ellátásra, valamint egyéni szükségletei, speciális helyzete vagy állapota alapján az egyéni ellátás, szolgáltatás igénybevételére.*” (94/E. § (1)).

A kliensközpontú szemlélet a különböző, szerhasználattal összefüggő kórképek kezelésével foglalkozó, egészségügyi témájú szakmai protokollok<sup>22</sup> szintjén is megjelenik, például amikor előírják, hogy az anamnézis során törekedni kell arra, hogy minél teljesebb kép alakuljon ki a klienssel kapcsolatban, de ezt a szemléletet tükrözi az esetmenedzselés fontosságának hangsúlyozása, illetve a terápiás szövetség fogalmának használata is. A metadon kezeléssel szülő protokoll<sup>23</sup> alapelve, hogy a metadon ne kerüljön a kliens kezébe. Indokolt esetben azonban maximum 1, különösen indokolt esetben pedig maximum 3 heti adag kiadható. Ezen kívül előírja a klienstájékoztatót a metadonnal kapcsolatos legfontosabb tudnivalókról.

A szociális szféra szakmai szabályozóiban is megjelenik az alapelv. Például a Szakmai ajánlás a közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című dokumentumban olvashatjuk, hogy a gondozás során a közösségi gondozó támogatja és megbecsüli a kulturális különbségeket, illetve a készségfejlesztés során, a kliens céljai eléréséhez szükséges készségeket tartja szem előtt. A közösségi ellátást végző, a tevékenysége során köteles figyelembe venni a kliens egyéni igényeit, aktuális állapotát, életkorát, képességeit és készségeit. A szenvedélybetegek

---

<sup>22</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az ópiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről és Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használattal összefüggő kórképek kezeléséről

<sup>23</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a metadon kezeléssel

részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére kiadott szakmai ajánlás hangsúlyozza, hogy a hatékonyabb beavatkozás érdekében figyelembe kell venni az egyén és környezete körülményeinek rendszerét (lehetőségeit, korlátait).

A fent vázoltak alapján láthatjuk, hogy az 1. szempont illetve módszer széleskörűen megjelenik a magyar, szociális és egészségügyi ellátásokról szóló jogszabályokban. Ugyanakkor az is kitűnik, hogy ezek az előírások meglehetősen általánosan fogalmazznak, legtöbbször a jogszabály alkalmazóitól függ, hogy mennyire terjesztik ki a „differenciált ellátás” fogalmát. A páciens nemét, etnikai hovatartozását, kultúráját figyelembe vevő szempontokat például nehezen találni konkrét jogszabályi előírásokban, és így nyilvánvalóan azok betartatása is akadályokba ütközik. Érdeemes lehet tehát a fent idézett jogszabályoknak, illetve egészségügy területén még inkább a szakmai protokolloknak a módosítása oly módon, hogy a meglévő általános kereteken belül, külön részletezésre kerüljenek az egyes, címben szereplő szempontok.

## **2. *A kezelés-szolgáltatás elérhetősége***

**Az egészségügyről szóló törvény** 1.§-a kimondja, hogy a törvény célja többek között *„hozzájárulni a társadalom tagjai esélyegyenlőségének megteremtéséhez az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük során”* (1997.: CVIV.tv. 1.§ b)). Másrészt a betegjogok tárgyaláskor is rögzíti a folyamatosan hozzáférhető egészségügyi ellátáshoz<sup>24</sup> való jogot (7. § (1)).

Az ellátások hozzáférhetősége kapcsán, illetve annak korlátozásakor is találkozunk a továbbirányítás rendszerével, hiszen, ha adott szolgáltató megfelelő tartalommal nem tudja nyújtani a kívánt szolgáltatást, tájékoztatást ad más szolgáltató elérhetőségéről. Amennyiben pedig a megfelelő időben történő ellátásnyújtásra nem képes, már a várólista intézményéről beszélünk (9.§ (1) (2) és 78.§ (1)).

Ezen általános alapelvek után nézzük, miképp rendelkezik a törvény az egyes ellátások tekintetében az elérhetőségről.

---

<sup>24</sup> „Folyamatosan hozzáférhető az ellátás, amennyiben az egészségügyi ellátórendszer működése napi 24 órán keresztül biztosítja annak igénybevehetőségét.” (1997. évi CLIV. törvény 7. § (3))

Az alapellátások tekintetében „*a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.*” (88. § (1)). A járóbeteg-szakellátás esetén is a folyamatos ellátás és gondozás alapelve, illetve azt „*a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően (a továbbiakban: lakóhelyének közelében) kell biztosítani.*” (89. § (1)). A fekvőbeteg-szakellátáson belül, elérhetőség szempontjából is különbséget tesz a jogszabály általános („*a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása*” 91. § (1)) és speciális szakellátás között: „*...az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra - a külön jogszabályban foglaltak szerint - speciális fekvőbeteg-szakellátást kell működtetni.*” (92. § (1)).

Az eddig tárgyalt előírások földrajzilag (*lakóhely közelében*) és időben (*folyamatosan*) határozták meg az ellátások elérhetőségét, az egészségügyi dolgozó kötelezettségei között a személyi oldal (*ki, milyen körülmények között, hogyan segít*) kerül részletezésre: „*Sürgős szükség esetén az egészségügyi dolgozó - időponttól és helytől függetlenül - az adott körülmények között a tőle elvárható módon és a rendelkezésére álló eszközöktől függően az arra rászoruló személynek elsősegélyt nyújt, illetőleg a szükséges intézkedést haladéktalanul megteszi. Kétség esetén a sürgős szükség fennállását vélelmezni kell.*” (125. §). Ezekben a kérdésekben kulcsfogalmak a *területi ellátási kötelezettség*, illetve ismét a *továbbirányítás*: az orvos a megfelelő tárgyi és személyi feltételek hiánya esetén a beteget a megfelelő szolgáltatóhoz, szakemberhez irányítja (126.§ (1)-(2)).

Kifejezetten a pszichiátriai ellátásra vonatkozóan is találunk hozzáférhetőségi szabályokat az egészségügyről szóló törvényben: „*Minden pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében ...kerüljön sor.*” (190.§ a)).

A fentebb már többször idézett **9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről** szintén rendelkezik a várólistára helyezés szabályairól: „*Ha az ellátásra vonatkozó igény a beutaló határozat megküldését követően férőhely hiányában nem teljesíthető, az intézményvezető erről - a nyilvántartásba*

vétel közlésével - írásban értesíti a jogosultat.” (12.§ (3)). A várólista megkerülésére (soron kívüli ellátásra) is lehetőséget szolgáltat azonban a jogszabály bizonyos esetekben: „...ha az igénybe vevő

a) önmaga ellátására teljesen képtelen és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodik, és ellátása más egészségügyi vagy szociális szolgáltatás biztosításával sem oldható meg,

b) a háziorvos, kezelőorvos szakvéleménye szerint soron kívüli elhelyezése indokolt,

c) szociális helyzetében, egészségi állapotában olyan kedvezőtlen változás következett be, amely miatt soron kívüli elhelyezése vált szükségessé,

d) kapcsolata vele együtt élő hozzátartozójával, eltartójával helyrehozhatatlanul megromlott, és a további együttélés életét, testi épségét veszélyezteti.” (15.§ (1)).

**A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet** (ún. elterelés-rendelet) is külön kitér az ellátási kötelezettségre, illetve a kliens oldaláról a hozzáférhetőségre: „Az érintett személy a szolgáltatást a szolgáltatás nyújtására jogosult intézmények bármelyikénél igénybe veheti. A lakóhely szerint illetékes, területi ellátási kötelezettséggel működő egészségügyi szolgáltató az érintett személy fogadását és ellátását nem tagadhatja meg.” Sőt, időbeni korlátot is állít a szolgáltató felé: „A szolgáltatást az érintett személy jelentkezésétől számított tizenöt napon belül meg kell kezdeni.” (4.§ (2)).

Az **ún. szociális törvényben (1993. évi III. törvény)** szereplő speciális szolgáltatás, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás már tartalmában az ellátás hozzáférhetőségének alapelvét szolgálja, hiszen akár a pszichiátriai betegek számára is otthonról elérhető ellátási formáról van szó (65. § (3)).

Egy másik fontos kérdés az ellátások hozzáférhetőségét illetően, hogy azok időben milyen hosszan vehetők igénybe. A folyamatos elérhetőség alapelve, mint láttuk, természetesen nem megkérdőjelezhető, de vannak olyan ellátási formák, ahol a beteg bizonyos megszakításokkal nem ki- és belép az ellátási rendszerbe (pl. járóbeteg-ellátás), hanem szabályszerűen abban és ott él (rehabilitációs intézmény, lakóotthon). Ezekre az esetekre a törvény időbeni korlátot szabott: az ellátás időtartama nem haladhatja meg a három évet, ez egyszer bizonyos feltételek megléte esetén, legfeljebb két évvel meghosszabbítható. Az időbeni korlát alól

kivételt képez az az eset, amikor a beteg, illetve ellátott az önálló életvitel kialakítására várhatóan csak részben lesz képes (112.§ (1) (2) (3)).

Az elérhetőség alapelve hangsúlyozottan jelenik meg az alacsonyküszöbű szolgáltatások esetében, hiszen ennek pont az a lényege, hogy „a szolgáltató szervezetek a célcsoportokhoz, illetve azok igényeihez igazítják telephelyük és nyitva tartási idejük kiválasztását – vagyis magukat könnyen, bárki számára elérhetővé teszik”<sup>25</sup>. Azaz egyrészt „a szolgáltatást ott kell végezni, ahol a rászorulóknak vannak; azokon a színtereken, ahol igény mutatkozik a szolgáltatásra”, másrészt pedig „biztosítani kell az intézmény minimum 6 óra/nap nyitva tartását és a nyitvatartási időt lehetőleg az ellátást igénybevevők igénye szerinti napszakhoz kell igazítani, például 15 órától 21 óráig”. A tágabb értelemben vett elérhetőséget biztosítja, hogy a szolgáltatások ingyenesek, mentesek a bürokráciától és az igénybevételnek nem feltétele az absztinencia. Az ajánlás a nehezen elérhető csoportokkal történő kapcsolatfelvétel elősegítése érdekében megkereső munka végzését javasolja.

A kábítószer-problémával kezelésbe, szolgáltatásba kerülők nagy része olyan akadályokkal kerül szembe, amelyek a fenti általános szabályoktól meglehetősen távol állnak. Az elérhetőség szempontjából talán legjellemzőbb probléma az országban, hogy adott régióban a teljes kezelési lánc hiányos, illetve amennyiben „papíron” léteznek is az adott ellátó szervezetek, a szakemberhiány és a kapacitáshiány miatt, az egyébként is speciálisnak számító addiktológiai szolgáltatásokon belül, még nehezebb pl. az ezen belüli speciális ellátásokhoz hozzáférni (pl. gyermek addiktológia).

A kábítószer-használó populáció speciális az elérhetősége szempontjából is, ezért ha valaki már bekerült valamilyen módon az ellátási rendszerbe, fontos lenne, hogy számára előre kiszámítható és átlátható legyen, milyen szolgáltatások, ellátási formák állnak még rendelkezésére állapotától függően. Amennyiben pedig hajlandó folytatni a szükséges kezeléseket, azok lakóhelyétől nem nagy távolságra elérhetőek legyenek.

---

<sup>25</sup>

Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére

Ezek a szempontok már nyilván megfogalmazódtak különböző ajánlásokban<sup>26</sup>, stratégiai programokban, de érdemes lenne konkrét jogszabályban meghatározni és egyúttal biztosítani a kábítószer-ellátás teljes kezelési láncát minden hazai régióban.

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

A korábban már említett, **az egészségügyről szóló törvényben** definiált progresszív ellátás lényege, hogy *„az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet”* (1997. évi CLIV. törvény 75.§ (3)). Tehát itt csak az egészségügyi állapotról van szó, amibe beletartozik például a pszichológiai státusz, az egyén munkaerőpiaci vagy jogi helyzete viszont nehezen. A törvény a megelőző ellátások kapcsán is hasonlóan fogalmaz, amennyiben meghatározza, hogy azok feladata egy konkrét *„egészségügyi ellátás során a beteg - az adott ellátással össze nem függő - egyéb betegségeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzése”* (79.§ e)). A rehabilitációt szabályozó szövegrészben viszont már találunk ennél tágabb körű előírást a szolgáltatásra vonatkozóan: *„A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása.”* (100.§ (2)). A rehabilitáció céljaként is megfogalmazódik, hogy a kezelték önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, képessé váljanak a családba, munkahelyre és egyéb közösségbe való visszatérésre (100.§ (4)). Ezen kívül kifejezést nyer a törvényben, hogy *„az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is.”* (100.§(5)).

Az egészségügyi dolgozó ellátási kötelezettsége körében találunk még ezen alapelvre vonatkozó előírást, amennyiben a beteget valamennyi panasza, kórelőzménye, és a gyógyulását befolyásoló egyéni körülmények figyelembevételével kell megvizsgálni. (126.§ (3)).

---

<sup>26</sup> Lásd részletesen: Vitrai J., Kiss N., Kriston Vízi G. (2010). A jelenleg Magyarországon az egészségügyi szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. Kézirat. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1. projekt.



**A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet** a szenvedélybetegek nappali intézményére vonatkozó szabályok között meghatározza a nyújtandó szolgáltatások formáját: az ellátást igénybe vevők igényei alapján felvilágosító, tanácsadó, tájékoztató, kulturális, szabadidős, képzési, átképzési állásközvetítő, védett lakhatást elősegítő, lakossági és családi programokat, alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatásokat (84.§ (1)). A jogszabály kifejezetten rögzíti, hogy ezen intézményeknek nem feladata az egészségügyi ellátás, „...*azonban az intézményben szervezett foglalkozások és programok révén törekedni kell az életmód-változtatás ösztönzésére, a visszaesés megelőzésére, ...*” (84.§ (3)).

A kliensközpontúság kapcsán már említett jogszabály, **a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről**, az előgondozás szabályait részletezve írja elő, hogy az ellátás igénybe vétele előtt fel kell mérni az igénylő életkörülményeit, egészségi állapotát, szociális helyzetét (4.§ (1)). E feladat teljesítéséhez az előgondozást végző személy felveheti a kapcsolatot pl. az illetékes gyámhivatallal, az igénylő legközelebbi hozzátartozóival, háziorvosával, hogy minél szélesebb körben tudjon tájékozódni az ellátandó személy életkörülményeiről. Sőt, a jogszabály azt is előírja, hogy „*az előgondozást végző személy szükség esetén segítséget nyújt az ellátást igénybe vevőnek az előgondozás során észlelt és hatáskörébe nem tartozó probléma megoldásához*” (9.§ (1) (2)). A rendelet mellékletét alkotja az előgondozási adatlap(ok), amely nem csak előírást, hanem egyúttal segítséget, támpontot is nyújt arra vonatkozóan, hogy az ellátandó különböző élethelyzetére vonatkozóan milyen adatokról kell tájékozódni.

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** a családsegítés mint szolgáltatás kapcsán előírja, hogy annak a szükséges mértékig ki kell terjednie az igénybe vevő környezetére, különösen családjának tagjaira (64.§ (5)). Nyilvánvalóan ennek a szolgáltatásnak – mint nevéből is adódik – az a lényege, hogy ne csak az egyénre fókuszáljon, hanem arra a mikroközegre, amelyben él. A nappali ellátás körében a pszichiátriai- és szenvedélybetegek kifejezetten említésre kerülnek, a szolgáltatás tartalmában a következőket jelenti: lehetőség a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére, igény szerint az ellátottak napközbeni étkeztetésének megszervezésére (65/F. § (1)). A szakosított ellátási formák között találunk rendelkezést az ún. teljes körű ellátásról, amely az önellátásra képtelen személyek részére biztosít háromszori

étkeztetést, szükség szerint ruházattal, textíliával való ellátást, mentális gondozást, meghatározott egészségügyi ellátást, lakhatást (67. § (1)). Az ellátás helyszíne az ápolást, gondozást nyújtó intézmény, amely lehet pszichiátriai betegek vagy szenvedélybetegek otthona (67. § (2)).

Kifejezetten az egyén jogi problémáival foglalkozik az ellátottjogi képviselő, aki mind az intézményi elhelyezést igénybe vevő, mind az „egyszerűbb” szolgáltatásban résztvevő számára nyújt segítséget (94/K. § (1)). Feladatai között szerepel pl. az ellátott alapvető jogairól való tájékoztatás, szükség esetén konfliktusmegoldásban való közvetítés az ellátott személy és a szolgáltató intézmény között, panasz, hatósági kérelem, beadvány megfogalmazásában való segítségnyújtás (94/K. § (2)).

A munkaerő-piaci, munkaképességi problémákra adhat választ a szociális intézményben való foglalkoztatás, amely szintén e törvényben szabályozott. Ennek alapján, a szolgáltatás az ellátott meglévő képességeire építve, korának, fizikai és mentális állapotának megfelelően munka-rehabilitáció vagy fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében biztosítható (99/B. § (1)). *„A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás célja ... munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.”* (99/E. § (1)).

Az egészségügyi témájú szakmai protokollok<sup>27</sup> szintjén is találkozhatunk olyan szabályokkal, amelyek alapján nem csupán a drogprobléma kezelése szükséges. Ilyen a már korábban említett esetmenedzser, aki segíti a beteget a különféle szervezetek és intézmények által nyújtott szolgáltatások igénybevételében. Vagy például a terápiás eljárások között itt is megtalálhatjuk a gyógyító célú foglalkoztatást.

A szociális területen megtalálható szakmai szabályozó anyagok több helyen is hangsúlyozzák a holisztikus szemlélet fontosságát. A közösségi ellátás célja, hogy klienseit hozzásegítse a teljes jogú közösségi léthez. Mivel ehhez az élet minden területét érintő beavatkozásra szükség lehet, így az ellátás akkor lehet igazán hatékony, ha átfogó választ ad a kliensek

---

<sup>27</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről és Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használattal összefüggő kórképek kezeléséről

különböző problémáira. A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás az alábbi feladatokat emeli ki:

- a jelenleginél hatékonyabb módokat, lehetőségeket találni a szenvedélybetegek rehabilitálására, s növelni a helyi közösség életében való részvételüket,
- a munkavállalással kapcsolatos készségek fejlesztésével, a motiváció fokozásával és a környezeti feltételek javításával az újra dolgozás lehetőségének keresése,
- csökkenteni eme igen erős társadalmi intoleranciával kezelt csoport sérülékenységet, különösen a társadalmi igazságtalanság, a diszkrimináció, kirekesztés és a szegénység tekintetében,
- növelni az anyagi, egészségügyi, szociális és pszicho-szociális javakhoz való hozzáférés lehetőségét.

Az ajánlásban megfogalmazottak alapján is „a közösségi ellátás fontos jellegzetessége ... a gyógyításon túl is felelősséget vállaló rehabilitációs szemlélet; amely aktív és alkotó társadalmi részvételre irányuló olyan egészségügyi, pedagógiai és pszicho-szociális rehabilitáció, melyben a pszicho-szociális rehabilitáció nyújtja a teljes életvitel megvalósításához szükséges (rendszer szemléleti és fejlődéselvű, folyamatjellegű) szemléletet”. Így a pszicho-szociális rehabilitáció alatt együttesen értjük:

- a munkához való hozzájutásnak, a szabadidő szervezett eltöltésének, a szabadidős, önszervező csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítségét,
- a tanácsadást, információnyújtást az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások, valamint a foglalkoztatási, oktatási, lakhatási lehetőségek igénybeviteléről<sup>28</sup>.

A szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére kiadott szakmai ajánlás alapján az ilyen típusú szolgáltatások – mint egyfajta közösségi ellátás - „alkalmasak lehetnek az igénybevevő súlyosabb testi, lelki károsodásainak, szociális és egyéb veszteségeinek megelőzésére, aktuális állapotának szinten tartására és javítására, további szolgáltatások igénybevitelének motiválására”.

A 3. szempont meglehetően jól kidolgozott a hazai jogszabályokban, az természetesen más kérdés, hogy a gyakorlatban mennyire alkalmazzák a szakemberek. Mindenesetre az jól kivehető a fentiekből is, hogy elsősorban – és jellegéből adódóan – a szociális szolgáltatásokra jellemző az egyén egyéb problémáira való fókuszálás, az egészségügyi ellátásban legfeljebb a droghasználaton kívüli egyéb egészségi állapotra kérdeznek rá. Nem

<sup>28</sup>

A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás

látjuk azonban, hogy ez probléma lenne, hiszen egyrészt az egészségügyből tovább lehet irányítani az egyént az egyéb (szociális) szolgáltatások felé, másrészt épp ez (is) adja e két ágazat elkülönítésének alapját. E területen tehát módosítást nem javasolunk.

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

Az ellátott személy kezelésben, kezelési láncban maradása talán egyik szakterületen sem olyan problematikus, mint a szenvedélybeteg-ellátásban. Egyrészt kényszeríteni valakit arra, hogy vegye igénybe a neki szükségesnek ítélt egészségügyi vagy szociális ellátást – néhány, jogszabályban rögzített esettől eltekintve – nem lehet, másrészt orvos-szakmai szempontból sem vezetne tartós eredményre. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy ez az az ellátotti kör – legyen a szenvedélybetegség vagy a kábítószer-használat bármilyen stádiumában is –, amely a legkevésbé motivált a szervezett keretek közötti, szabályok, előírások által behatárolt rendszerben való együttműködésre. Sok esetben fizikailag (elvonási tünetek, mentális zavarok) képtelen erre, de a legnehezebb talán odáig eljutni, hogy az illető érezze, szüksége van segítségre, egyedül nem tudja megoldani a problémát. Amennyiben valahogy sikerült felkelteni és megtartani a motivációt a segítség elfogadására, a kezelésbe lépésre, már könnyebb dolguk van a szakembereknek. Sokszor előfordul azonban, hogy éppen a segítő szakemberre hárul a motiváció-felkeltésének/fenntartásának feladata, amely a jelenlegi hazai körülmények (a szakemberhiány, a kezelési lánc hiányosságai, a megbecsültség hiánya a pszichiátriai és addiktológiai szakmában) között egész biztosan nem könnyű, és nagy valószínűséggel sokszor teljesíthetetlen.

A jogszabályok – a már említett kivételektől eltekintve, pl. kényszerszergyógykezelés – nyilvánvalóan nem írhatják elő az ellátott akarata ellenére való kezelésben maradását, sőt, az **egészségügyről szóló törvény** kifejezetten a másik oldalról közelít: rögzíti az egészségügyi intézmény elhagyásának jogát (1997. évi CLIV. törvény 12. § (1)). Annyi korlátozást ír elő, hogy a betegnek be kell jelentenie távozási szándékát a kezelőorvos felé, és amennyiben ezt nem teszi meg, az orvos e ténytet felünteti a betegdokumentációban és a beteg állapotától függően értesítheti az illetékes hatóságokat (közveszély lehetősége stb.), illetve a beteg korától, jogi helyzetétől függően (pl. cselekvőképtelenség) a törvényes képviselőt.

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** kifejezetten előírja a közösségi alapellátások kapcsán az addiktológiai betegek motiválását:

*„A pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére a közösségi alapellátás keretében biztosítani kell... az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését...” (65/A.§ (2) e)).*

Az ajánlás második része (A kezelésnek nem kell feltétlenül önkéntesen megkezdődnie – családi, szociális vagy jogi úton történő kényszerítés) éppen a fentiekben tárgyalt problematikát veti fel: hogyan lehet valakit a jogszabályokban meghatározott eseteken kívül kezelésre kényszeríteni? A családi, szociális vagy jogi úton történő kényszerítés elkülönítése eleve nem helyes, hiszen demokratikus jogrendszerekben a kényszerítés már eleve feltételezi valamilyen, az adott esetre vonatkozó jogszabály meglétét (pl. iskolai droghasználat következményeként elterelésbe lehessen valakit kényszeríteni), így tehát minden kényszerítésnek egyben joginak is kell lennie. Most nézzük, hogy a kezelés önkéntes, illetve kötelező jellegére vonatkozóan milyen jogszabályokat találunk.

Elsősorban **az egészségügyről szóló törvény** 15.§-a szögezi le az önrendelkezéshez való jogot: *„Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza...” (15.§ (2)).* Ehhez szorosan kapcsolódik az ellátás visszautasításának joga, ennek korlátja a mások életét vagy testi épségét veszélyeztető lehetséges következmény (20.§ (1)). A törvény a pszichoterápia kapcsán külön is rendelkezik az önkéntességről: *„A pszichoterápia csak a beteg és a pszichoterapeuta teljes önkéntességén alapulhat.” (103.§ (3)).* Ugyanakkor külön korlátozás is kapcsolódik ehhez az ellátotti körhöz: *„A pszichiátriai beteg gyógykezeléshez való beleegyezésére az általános szabályok az irányadók... addig, ameddig a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől az ezek elhárítását célzó korlátozások tekintetében, de a tájékoztatást ilyen esetben is a lehetőséghez képest meg kell kísérelni.” (191. § (1)).*

Az intézeti gyógykezelés kapcsán, a pszichiátriai betegek körében megkülönböztet a jogszabály önkéntes, sürgősségi (azonnali intézeti gyógykezelést szükségessé tevő közvetlen veszélyeztető magatartás esetén, az azt észlelő orvos intézkedése alapján), illetve kötelező (a bíróság elrendelő határozata alapján) gyógykezelést (196.§). Ez utóbbi nem azonos a

büntetőeljárás keretében elrendelt kényszergyógykezeléssel, hiszen: *„Ha a büntetőeljárás során elrendelt kényszergyógykezelés megszűnése után a beteg további intézeti gyógykezelése szükséges, a bíróság a beteg kötelező intézeti gyógykezelését a kényszergyógykezelés megszűnésének napjával rendeli el.”* (200.§ (7)). A két intézkedés a helyszínt illetően is különböző, hiszen a kötelező kezelést általános pszichiátriai intézetben, míg a kényszergyógykezelést az erre speciálisan létrehozott kényszergyógykezelő intézetek valamelyikében hajtják végre.

Az elterelés jogintézménye speciális az önkéntesség-kötelező erő szempontjából, hiszen a kezelt, illetve kezelésbe irányított személy számára adott az elvi lehetőség az elterelést jelentő hat hónapos szolgáltatás visszautasítására, és ezzel a büntetőeljárás normális mederben történő folytatására, a gyakorlatban azonban szinte nem fordul elő ilyen. Kvázi önkéntes kezeléstről beszélhetünk tehát az elterelés kapcsán **(42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól).**

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** is rögzíti általánosságban az önkéntességet: *„A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevétele önkéntes, az ellátást igénylő, illetve törvényes képviselője kérelmére, indítványára történik.”* (93. § (1)). A pszichiátriai betegek kapcsán bentlakásos intézményi ellátást a következő feltételek esetén rendelhet el a bíróság kötelező jelleggel: *„...ha*

*a) a pszichiátriai beteg további fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igényel, és saját lakóhelyére nem bocsátható vissza, mivel önmaga ellátására nem képes, ellátására alkalmas családtagja nincs, illetve*

*b) a korábban szociális vagy egészségügyi ellátásban részesült személy esetében tartós bentlakásos intézményi elhelyezés indokolt.”* (94.§ (2)).

A korábban már említett egészségügyi tárgyú szakmai protokollok is számos eszközt sorolnak fel, amelyek hatásosan alkalmazhatóak annak érdekében, hogy a kliensek megfelelő ideig kezelésben maradjanak (terápia-rezisztencia vizsgálata, esetmenedzselés, rehabilitáció, relapszus-prevenció, önszegítő csoportok, fenntartó metadon kezelés).

A szociális szolgáltatásokhoz készült szakmai szabályozók ugyan kevésbé koncentrálnak erre a kérdésre, de azért A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás a

szolgáltatás feladatának tekinti a visszaesés megelőzését, illetve a visszautasítás készségeinek kialakítását, fejlesztését. Mindezek elérésében fontos, hogy a közösségi gondozó lépésről lépésre, a klienst szükségleteihez és sajátosságaihoz igazodva motiválja a változásra.

Mint látjuk, a 4. szempont összetett és annak első részével (retenció) összefüggésben nem sok jogszabály rendelkezik a kezelésben tartásról. Egyedül a szociális törvényben találunk előírást a terápiás kezelésen, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzésére. Jogszabályi szinten érdemes lenne tehát ennek nagyobb hangsúlyozása, amennyiben a cél, hogy orvosilag szükséges esetekben az egyén a kezelésben maradjon. Ezzel el is jutunk a jogi kényszerítésig, hiszen jogszabályi felhatalmazás nélkül mindez nem lehetséges. Bizonyosan alkotmányossági kérdések merülnének fel azonban egy ilyen jellegű módosítás kapcsán, hiszen a jelenlegi jogszabályok hangsúlyozzák a törvényben meghatározott kivételeket (pl. kényszergyógykezelés).

A jogszabályok tehát elsősorban az önkéntességet hangsúlyozzák a különböző ellátások, szolgáltatások igénybevétele kapcsán. Tisztán kell látnunk, hogy először széleskörű szakmai konszenzus szükséges az egyébként már létező, kötelező kezelések mellett más „kényszerintézkedések” bevezetéséhez (pl. család, iskola „beutalója” az ellátásba), és csak azután következhetnek az alkotmányjogi, emberi jogi stb. viták egy-egy jogszabály esetleges módosítása kapcsán, hiszen – főleg ilyen kényes kérdésekben - a szakmának meg kell tudnia védeni igazát abban, hogy miért lenne az hasznos, szakmailag indokolt.

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

Ez az ajánlás szorosan összefügg az előző pontban részletezett retencióval, és számol a speciális ellátotti populáció nagy valószínűséggel bekövetkező magatartásával, miszerint nem járják végig a kezelést, illetve – amennyiben arra egyáltalán lehetőség van – a kezelési lánc egyes ellátási formáit.

Az egyes jogszabályokban elsősorban áttételesen találtunk erre vonatkozó előírásokat. **Az egészségügyről szóló törvény** megelőző tevékenységen többek között „*a már kialakult idült betegség vagy kóros állapot egyensúlyban tartását és romlásának megakadályozását, a kóros lelki folyamatok kialakulásához vezető tényezők időben történő felismerését és mentálhigiénés*

gondozását” érti (1997. évi CLIV. törvény 37.§ (3)). Ha nem is közvetlenül fogalmazódnak meg az idő előtti kilépésből eredő problémákra adott válaszként ezek az előírások, mondhatjuk, hogy általánosságban a megelőzés, mint az egészségügyi ellátás része, az állapotromlás megelőzősét szolgálja. Hasonlóan általánosságban fogalmaz a jogszabály egy későbbi szakasza, amely az ellátási rendszer működési elveit részletezi: *„Az egészségügyi szolgáltatások célja, hogy hozzájáruljon az egyének egészségének megőrzéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését.”* (75.§ (2)).

A rehabilitáció szabályozása kapcsán itt ismét idézhetjük a korábbiakban már részletezett törvényi szakaszokat, hiszen ezen ellátási forma lényege épp a korábbi társadalmi helyzetbe/közegbe való visszailleszkedés elősegítése. Ugyanakkor az e problematikával érintett ellátottakra éppen az jellemző, hogy el sem jutnak a kezelési lánc ezen szintjéig. Ha azonban mégis – hiszen az ajánlás nem határozza meg, hogy a kezelés mely formájából történik meg az idő előtti kilépés –, fontos hangsúlyozni, hogy a törvény milyen szolgáltatások nyújtásával próbálja biztosítani a rehabilitáció eredményességét. *(„...egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések...Az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is.”* (100.§ (2) (5)).

A rehabilitációhoz mint ellátási formához hasonlóan, a szenvedélybetegek nappali intézményéről szóló rendelkezések közül is ugyanazok a szakaszok idézhetők, mint már korábban a 3. pontban (a kezelés nem csak a droghasználatra fókuszál, hanem az egyén egyéb problémáira is). A kezelés, szociális ellátás során nyújtott sokrétű programok, az egyén minden életkörülményére kiterjedő széleskörű szolgáltatások ugyanis segítenek abban, hogy a kezelt még a kilépés előtt kapjon olyan információkat, elsajátítson olyan képességeket, amelyeket majd a „kinti”, – tegyük fel – szakmai segítség nélküli életben talán hasznosítani tud. A **1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről** tehát a következőképpen fogalmaz: *„A szenvedélybetegek nappali intézménye az önkéntességre és a speciális segítő programokra épülve biztosítja az ellátást igénybe vevők igényei alapján a felvilágosító, tanácsadó, tájékoztató, kulturális, szabadidős, képzési, átképzési állasközvetítő, védett lakhatást elősegítő, lakossági és családi programok szervezését és*



*lebonyolítását, valamint alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatást nyújt.*” (84. § (1)). Az is segítséget nyújthat a későbbiekben a kezelésből kiesőnek, hogy az intézményben *szervezett foglalkozások és programok révén törekedni kell az életmód-változtatás ösztönzésére, a visszaesés megelőzésére, illetve az intézményben dolgozó szociális munkás révén szükség szerint kapcsolatot kell tartani az ellátott kezelőorvosával, vagy az egészségügyi gondozást végző szakemberrel, továbbá a hozzátartozókkal.* (84. § (3)). Az ellátott orvosával vagy hozzátartozóival való kapcsolattartás különösen fontos lehet az idő előtti kilépés esetén, hiszen nagyobb esély van közösen motiválni a kilépőt kezelése folytatására, de egyéb problémáinak megbeszélésére, közös megoldására is, mint ha az ellátottal a különböző intézményekben és közegben (pl.család) találkozó segítők nem is tudnak egymásról.

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** szociális foglalkoztatásról szóló rendelkezéseit (99/B. § (1)) itt nem idézzük újra, csak jelezzük, hogy szintén fontos szerepe lehet a munka-rehabilitációnak és fejlesztő-felkészítő foglalkozásoknak akkor, amikor az ellátott úgy dönt, nem veszi többet igénybe a szakmailag még szükségesnek ítélt ellátást. Ezekenek a foglalkozásoknak ugyanis éppen az a célja, hogy védett munka keretében vagy akár a nyílt munkaerőpiacon történő, önálló munkavégzésre készítse fel az ellátottakat (99/E. § (1)).

Egyes szakmai protokollokban<sup>29</sup> a relapszus prevenció részeként előírják a relapszussal kapcsolatos pszichoedukációt, melynek részeként a klienst felkészítik egy esetleges megcsúszásra is. A cél a teljes visszaesés elkerülése.

A jogszabályok tehát, kifejezetten az idő előtti kilépéssel együtt járó problémák enyhítésére nem fogalmaznak meg rendelkezéseket. Ugyanakkor olyan széleskörű a társadalmi visszailleszkedést segítő programok listája, illetve az erről szóló előírások – jellegéből adódóan persze elsősorban a szociális szolgáltatások körében –, hogy ebben az esetben kizárólag akkor javasoljuk jogszabály-módosítás kezdeményezését, amennyiben a szakma szeretné kifejezetten az 5. pontban foglaltakat jogszabályi szinten is hangsúlyozni.

---

<sup>29</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használatával kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről és Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használatával összefüggő kórképek kezeléséről

Egyébként elegendőnek találjuk, ha a szakmai szabályozók tartalmazzak ilyen irányú eszközöket.

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

**Az egészségügyről szóló törvény** rehabilitációt szabályozó bekezdéseiben találunk olyan általános előírást, miszerint a különböző (egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális) intézkedéseket *együttesen és összehangoltan* kell alkalmazni (1997. évi CLIV. törvény 100.§ (2)). Másrészt az is meghatározásra kerül, hogy az orvosi rehabilitáció szerves része a pszichológiai ellátás (100.§ (5)). Szintén ez a törvény rendelkezik külön paragrafusokban a pszichoterápiás és a klinikai szakpszichológiai tevékenységről. Gyakran hallhatjuk, hogy a különböző lelki problémákkal orvoshoz, pszichoterapeutához forduló páciens rögtön első alkalommal (és utána folyamatosan) receptet kap a kezébe. Természetesen általánosítani nem lehet és mindig az adott eset határozza meg a szakember számára, hogy milyen terápiás módszer a leghatékonyabb. Mindenesetre itt fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az egészségügyről szóló törvény definíciója szerint a *„pszichoterápia többféle módszeren alapuló, tudományosan megalapozott, a pszichés és pszichoszomatikus zavarok esetén alkalmazott, egyéni vagy csoportos formában, több, meghatározott időtartamú ülésben történő terápiás eljárás, amelyet a pszichoterápiás eljárások végzésére képesítéssel rendelkező szakorvos vagy klinikai szakpszichológus végezhet önállóan”* (103. § (1)). Ugyanezen paragrafus (5) bekezdése kimondja, hogy *„gyógyszeres és pszichoterápiás kezelés együttes végzésére orvos pszichoterapeuta jogosult”*. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a pszichoterápia önmagában nem jelent gyógyszeres kezelést, noha a gyakorlat sokszor nem ezt tükrözi.

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** tematikájából adódóan nem is szólhat gyógyszeres kezeléssel, illetve annak az egyéb ellátási formákhoz való viszonyáról. Mégis kiemeljük itt azokat a rendelkezéseket, amelyek a tanácsadó jellegű szolgáltatásokat részletezik:

*„A családsegítés keretében biztosítani kell*

*a) a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást,*

*b) az anyagi nehézségekkel küzdők számára a pénzübeli, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését,*  
*c) a családgondozást, így a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését,*  
*d) közösségfejlesztő, valamint egyéni és csoportos terápiás programok szervezését,*  
*e) a tartós munkanélküliek, a fiatal munkanélküliek, az adóssághalakkal és lakhatási problémákkal küzdők, a fogyatékkal élők, a krónikus betegek, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek, a kábítószer-problémával küzdők, illetve egyéb szociálisan rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását,*  
*f) a családokon belüli kapcsolaterősítést szolgáló közösségépítő, családterápiás, konfliktuskezelő mediációs programokat és szolgáltatásokat, valamint a nehéz élethelyzetben élő családokat segítő szolgáltatásokat.” (64.§ (4))*

A retenció kapcsán már idézett, a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátásról szóló törvényi bekezdés azt is előírja, hogy az ellátás keretében biztosítani kell a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást, a meglevő képességek megtartását, illetve fejlesztését, a megkereső programok szervezését (65/A.§ (2)).

A már sokat említett szociális foglalkoztatás szintén kapcsolható ehhez a ponthoz is, mint a gyógyszeres kezelés mellett (is) alkalmazható csoport/viselkedésterápiás eszköz (99/B. § (1)).

Az egészségügyi tárgyú szakmai protokollok szintjén is általánosan megjelenő elv a gyógyszeres és nem-gyógyszeres terápiák együttes alkalmazása. Gyakori azonban, hogy ez csupán ajánlott, és nem kötelezően fogalmazódik meg.

Nem kifejezetten a drogkezelés, hanem általánosságban a pszichoterápia vonatkozásában találunk tehát olyan rendelkezést, amely előírja a gyógyszeres terápia mellett egyéb, egyéni és csoportos terápiák alkalmazását is. Emellett természetesen a szociális szolgáltatások körében találunk egyéb módszereket, de fontos, hogy az egészségügyi ellátásban is megjelenjen ez a szemlélet. Véleményünk szerint érdemes lenne egy olyan irányú jogszabály-módosítás, -kiegészítés kifejezetten a szenvedélybetegek gyógyítását illetően, mely rögzíti az alapelvet, míg annak részletes tartalmát szakmai szabályozókban kellene kifejteni.

## **7. Kortárs- és sorstárs csoportok alkalmazása**

Egyes egészségügyi tárgyú szakmai protokollok<sup>30</sup> a kortárs és sorstárs csoportok irányított bevonását javasolják a rehabilitációs kezelésbe.

A szociális terület szakmai szabályozói is megemlítik az elv fontosságát. *„A megkereső tevékenység bizonyos feladatainak ellátására önkéntes munkatársak – akár a célcsoport tagjai – is bevonhatók az alkalmazásban álló munkatársak felügyelete mellett. ”* (Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére) A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás a szolgáltatás vezérelvei között jegyzi meg, hogy *„a közösségi szolgáltatást nyújtó szakemberek az önsegítő csoport tagjaival, önkéntes segítőkkel közösen, egymásnak segítséget nyújtva végzik munkájukat”*.

Erre a módszerre vonatkozóan jogszabályi szinten nem találunk előírásokat, az egészségügyi tárgyú szakmai protokollok is csak ajánlott kiegészítő technikaként említik az önsegítő csoportok alkalmazását. Amennyiben szakmai szempontból fontosnak ítéltetik, lehetne kezdeményezni jogszabály-kiegészítést (akár a fenti pontban megfogalmazottakkal összefüggésben, az egyéni-, csoportos-, viselkedésterápiák mellett), ugyanakkor érdemes megfontolni, hogy szükség van-e ilyen részletekbe menő törvényi vagy rendeleti erejű szabályozásra.

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

**Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** az alapellátás keretében írja elő, hogy annak egyik célja lehet az egyén szakorvoshoz irányítása kezelési terv céljából (88.§ (2) b)). Az ápolási tevékenység kapcsán pedig úgy rendelkezik, hogy az a kezelőorvos által elrendelt terápiás tervben előírt beavatkozások végrehajtását szolgálja (98.§ (2)). Ezen kívül az *„ápolási, gondozási tevékenység az ápolási, gondozási terv alapján segíti a beteget azon tevékenységek elvégzésében, amelyek hozzájárulnak egészségéhez, gyógyulásához, rehabilitációjához.”* (98.§ (4)). Az ápolási, gondozási tervet a törvény szerint a beteg

---

<sup>30</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről és Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használattal összefüggő kórképek kezeléséről

kezelőorvosa hagyja jóvá, míg bizonyos esetekben<sup>31</sup> azt az ápoló önállóan készíti és hajtja végre (98.§ (3) c) és (4)).

**Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról** általánosságban írja elő, hogy „a szociális alapszolgáltatást nyújtó személy - külön jogszabályban meghatározott esetekben - gondozási tervet készít az egyes ellátottak részére nyújtott szolgáltatások formáiról, rendszerességéről, időtartamáról” (59.§ (4)). A szakosított ellátási formák esetén is hasonló a rendelkezés: az „igénybe vevő személyek ellátásáról, az állapotuk változásáról, valamint a részükre biztosított gondozási, terápiás, valamint ápolási, illetve egyéb szolgáltatások tartalmáról - a külön jogszabályban meghatározott tartalommal - gondozási tervet kell készíteni.” (66.§ (2)). A szociális foglalkoztatás pedig az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint biztosítható (99/B. § (1)).

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet** írja le részletesen az egyéni gondozási terv, rehabilitációs program és fejlesztési terv szabályait.

„Az **egyéni gondozási terv** tartalmazza

- a) az ellátott személy fizikai, mentális állapotának helyzetét,
- b) az állapotjavulás, illetve megőrzés érdekében szükséges, illetve javasolt feladatokat, azok időbeli ütemezését,
- c) az ellátott részére történő segítségnyújtás egyéb elemeit.

Az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember folyamatosan figyelemmel kíséri és elősegíti az egyéni gondozási tervben meghatározottak érvényesülését. Az egyéni gondozási tervet kidolgozó munkacsoport, illetve az alapszolgáltatások esetében a gondozási tervet készítő személy évente - jelentős állapotváltozás esetén annak bekövetkeztekor - átfogóan értékeli az elért eredményeket, és ennek figyelembevételével módosítja az egyéni gondozási tervet.

Ha az ellátásban részesülő személy állapota miatt ápolásra is szorul, az egyéni gondozási terv részeként **ápolási tervet** kell készíteni. Az ápolási terv az ápoló-gondozó otthonban elhelyezett személy részére nyújtott, e rendeletben meghatározott ápolási feladatok dokumentációja, amely az ápolásra szoruló személy állapotának javítására vonatkozó feladatokat, illetve az alkalmazható technikákat tartalmazza.

---

<sup>31</sup> Amennyiben az ápolás alapvető eleme a beteg intézeti keretek között végzett vagy otthonában történő ápolási és gondozási célú ellátásának (98.§ (3) c) és (4)).

*Az ápolási terv tartalmazza*

- a) az ellátást igénybe vevő egészségi állapotának leírását,*
- b) az ápolási tevékenység részletes tartalmát,*
- c) az ellátást igénybe vevő önellátó képességének visszanyeréséhez szükséges segítő tevékenységet,*
- d) az ápolás várható időtartamát,*
- e) szükség szerint más formában biztosítandó ellátás kezdeményezését (ápolóotthoni elhelyezését, fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezést stb.).*

*Az ápolási feladatok szakszerű ellátását az intézmény orvosa folyamatosan figyelemmel kíséri.*

*Az **egyéni rehabilitációs program** tartalmazza*

- a) a segítségnyújtás formáit, a rehabilitáció egyes elemeinek meghatározását a segítő folyamatban,*
- b) a rehabilitációval elérendő rövid és hosszú távú célok meghatározását, a várható eredmények elérésének módját, időtartamát, ütemezését,*
- c) a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket,*
- d) a konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait,*
- e) szükség esetén az intézményen kívüli élet, vagy a védett környezetben történő életkörülmények kialakításának módjait,*
- f) az ellátást igénybe vevőnek a társadalomba, a korábbi közösségbe történő visszailleszkedése érdekében szükséges, koordinált intézkedéseket.*

*A rehabilitációs program eredményeit a programot kidolgozó munkacsoport félévente értékeli, szükség esetén módosítja a programot, meghatározza a további feladatokat.*

*Az **egyéni fejlesztési terv** tartalmazza*

- a) az ellátást igénybe vevő állapotának leírását és az abban bekövetkezett változást, az egyéni fejlődést,*
- b) az egyénileg szükséges külön szolgáltatásokat, pedagógiai, mentális, egyéb segítségnyújtási feladatokat, azok időbeli ütemezését, a foglalkoztatásban való részvételt,*
- c) szükség szerint az új szolgáltatás vagy az új ellátási forma igénybevételére való felkészítést,*
- d) a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket,*
- e) a konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait.*

*Az egyéni fejlesztési tervet kidolgozó munkacsoport félévente értékeli az elért eredményeket, és szükség esetén módosítja az egyéni fejlesztési tervet. ” (9-12.§)*

Az amfetaminhasználattal összefüggő kórképek kezeléséről szóló szakmai protokollban megjelenik az egyéni terápiás terv készítésének szükségessége. A terápia egyes elemeit részletesen felsorolja a protokoll, viszont a tervezés folyamatáról, esetleges felülvizsgálatáról nem szól. A rehabilitáció tervezése kapcsán azonban számos figyelembe veendő tényezőt megad. Az ópiát-használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről szóló szakmai protokoll részletesen kifejti, hogy mely szempontok fontosak a terápiás terv kialakításakor. Ezek között megtalálhatjuk a kliens progressziójának nyomon követését, illetve az esetleges újabb állapotfelmérést, azaz a felülvizsgálat és az annak alapján történő módosítások szükségességét.

A szociális területen is megjelenik az egyéni kezelési terv szükségessége, igaz, csak említés szintjén: a közösségi ellátás az egyén szükségleteit figyelembe vevő, hosszú távú, összetett egyéni gondozási terv alapján történik (A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás).

Kezelési, terápiás, gondozási terv elkészítéséről, felülvizsgálatáról, szükséges módosításáról csak a szociális tárgyú jogszabályok rendelkeznek kellő részletességgel. Egészségügyi alapellátás esetén ez csupán egy lehetőség, mégpedig a szakorvos, és nem az alapellátást végző részére. Úgy gondoljuk, nem csak a szenvedélybeteg-ellátást, de az általános egészségügyi ellátást illetően is fontos lenne e szempont alapvető szintű rögzítése a jogszabályokban, míg a részletes szabályok (mikor, kinek, milyen adatokkal kell tervet készítenie és mi történik azzal a tervvel a későbbiekben) a szakmai szabályozókban kerülhetnének kifejtésre.

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

Ezen ajánlás a 3. pontban kifejtett javaslattal van szoros összefüggésben, hiszen adott ellátási forma úgy adhat a droghasználat-kezelésén túli komplex válaszokat a kezelt egyéb problémáira, ha előzetesen ezek a problémák feltárásra kerülnek. **A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet** már

sokszor idézett, előgondozással kapcsolatos bekezdései bár szó szerint nem szólnak előzetes állapotfelmérésről, az előgondozást végző személy tájékoztatói kötelezettsége (az ellátást igénybe vevő életkörülményeiről, egészségi állapotáról, szociális helyzetéről) (4. § (1)), illetve a rendelet mellékletében szereplő előgondozási adatlap is arra engednek következtetni, hogy ezen szociális ellátás igénybevétele előtt komoly, széleskörű állapotfelmérést kell eszközölni.

**A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet** alapján az elterelés, mint jogintézmény fontos és kötelező részét képezi az előzetes állapotfelmérés. A jogszabály ezúttal a szakmai szabályozó anyagokra hivatkozik annak végrehajtására vonatkozóan, illetve annyit árul el, hogy az állapotfelmérést elsősorban az addikció súlyosságát kell megállapítani (2. § (1)).

Az egészségügyi tárgyú szakmai szabályozók<sup>32</sup> külön felhívják a figyelmet a szenvedélybetegségekkel gyakran együttjáró mentális betegségek diagnosztizálásának szükségességére.

Mivel a szociális szolgáltatásoknak nem feladata diagnózis felállítása, ezért itt csak érintőlegesen jelenik meg az elv. A közösségi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások közül az addiktológiai, pszichiátriai gondozók feladata a diagnosztizálás, a részletes pszichiátriai vizsgálat (A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás).

A 9. pontban foglalt szempontra vonatkozóan közvetlenül tehát nem találunk törvényi előírásokat, sőt, az idézett jogszabályok is vagy a szociális ellátás kapcsán szólnak állapotfelmérésről (ill. előgondozásról), vagy – az elterelést illetően – az addikció súlyosságának megállapítását írják elő. Tehát nincs szó kifejezetten a *kezelést megelőző* és az *egyéb mentális betegségekre is kiterjedő* előzetes állapotfelmérésről. A szakmai szabályozók rendelkezéseitől függetlenül érdemes lehet ezt az elvet jogszabályi szinten előírni, hiszen az állapotfelmérés megléte és minősége talán legfontosabb feltétele a minőségi ellátásoknak.

---

<sup>32</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használatával kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről és Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használatával összefüggő kórképek kezeléséről



## **10. A kezelés folyamatos monitorozása, szükség esetén a kezelési igényekhez való igazítása**

**Az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet** határozza meg, hogy az egyes szakágazatokban miről, milyen időközönként, kinek és milyen határidővel kell adatokat szolgáltatni. Így témánk szempontjából jelentés készül az addiktológiai betegek gondozásáról, a kábítószer-fogyasztókról és kezelésükről, a kábítószer-fogyasztók kezelési igényéről (kezelési igény indikátor, ún. TDI-jelentés), illetve az elterelésben résztvevőkről. Természetesen ezek – mint ahogyan a jogszabály címéből is kitűnik – személyazonosításra alkalmatlan adatok, így nem a konkrét ellátott kezeléséről, hanem nemzeti szinten az adott ágazatban történő ellátási formáról kapunk képet.

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** értelmében a *»legalább kétezer lakosú települési önkormányzat, illetve a megyei önkormányzat a településen, illetve a megyében, fővárosban élő szociálisan rászorult személyek részére biztosítandó szolgáltatási feladatok meghatározása érdekében szolgáltatástervezési koncepciót készít. Amennyiben a települések egyes szociális feladataikat társulás keretében látják el, e szolgáltatások tekintetében a szolgáltatástervezési koncepciót a társulás készíti el. A szolgáltatástervezési koncepció tartalmát a helyi önkormányzat, illetve a társulás kétfévente felülvizsgálja és aktualizálja.«* Bár konkrétan a törvény nem mondja ki, de a koncepció kötelező kétfévenkénti felülvizsgálata értelemszerűen magában foglalja a kezelés monitorozását és a kezelési igényekhez való igazítását is.

A már többször idézett egészségügyi tárgyú szakmai protokollok<sup>33</sup> meghatároznak intézményi szintű indikátorokat, amelyek segíthetik az ellátások kezelési igényekhez való igazítását.

---

<sup>33</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről és Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használattal összefüggő kórképek kezeléséről

Helyi szinten, tehát az adott szolgáltatók, ellátók szintjén sok helyen szabályozásra és alkalmazásra kerül a monitorozás, a kérdés, hogy szeretnénk-e ezt a szempontot ezen és a szakmai szabályozókon kívül országos jogszabályi szinten is előírásokkal ellátni.

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

Ezen szakmai javaslat szoros kapcsolatban áll a korábbiakban kifejtett két ajánlással. Az egyik, hogy a kezelés a droghasználton kívül az egyéb problémákra is megpróbál választ adni, a másik a kezelés idő előtti elhagyásával együtt járó problémák enyhítésére alkalmazandó eszközök kialakítása. Ezek általában olyan szolgáltatások nyújtását jelentik, amelyek a klienst valamilyen formában támogatják, vagy meglévő készségeit hivatottak fejleszteni, illetve új képességekkel próbálnak felruházni.

**Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** rehabilitációt szabályozó részében rögzíti, hogy annak célja *„az egészségi állapotukban károsodottakat és a fogyatékosokat - az egészségtudomány eszközeivel - meglévő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, más közösségbe való beilleszkedésre.”*(100.§ (4)).

**Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról** meghatározza, hogy a közösségi alapellátás keretében a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére biztosítani kell a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését (65/A.§ (2)). A szociális foglalkoztatás az ellátott meglévő képességeire építve, korának, fizikai és mentális állapotának megfelelően munka-rehabilitáció vagy fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében biztosítható (99/B. § (1)). Ugyanebben a paragrafusban definiálásra kerül a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás: *„célja a szociális intézményben ellátott személy számára munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.”* (99/E. § (1)).

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet** szenvedélybetegek nappali intézményére vonatkozó különös szabályai meghatározzák annak tartalmát: az ilyen

intézmény felvilágosító, tanácsadó, tájékoztató, kulturális, szabadidős, képzési, átképzési állasközvetítő, védett lakhatást elősegítő, lakossági és családi programok szervezését és lebonyolítását, valamint alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatást nyújt (84. § (1)). Ezek a programok elő kell, hogy segítsék az ellátást igénybe vevő rehabilitációját, a társadalomba, korábbi közösségébe való visszailleszkedését (84. § (2)). A mind pszichiátriai, mind szenvedélybetegek számára kialakított átmeneti intézményekben *„folyó munka célja az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával és speciális programok szervezésével (kétségfejlesztés, stresszkezelés, munkavállalással kapcsolatos tréningek, szociális esetmunka, életvezetési készségek fejlesztésének elősegítése, szabadidős programok).”* (87. § (3)).

Az elvvel - annak természete miatt - inkább a szociális tárgyú szabályozó anyagokban találkozhatunk. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások közül a konzultáció már fogalmi szinten is támogató, képessé tevő szolgáltatás. A telefonos, információs vonal fenntartásának célja, *„hogy a krízisbe jutott kliens számára lehetővé tegye az önerőből való segítség formájának és tartalmának felfedezését”* (Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére). A közösségi ellátás keretében biztosítani kell a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését. Mindennek alapján A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás a szolgáltatás feladatait a következőkben határozza meg: *„segítséget nyújt a szenvedélybetegek számára egészségi és pszichés állapotuk javításában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában”*. Tevékenységi oldalról ez leginkább a készségfejlesztésben jelenik meg, melynek keretében *„életvitellel kapcsolatos tréningek szervezése vagy közvetítése; az önellátásra való képesség javítása és fenntartása; kommunikációs készség fejlesztése; asszertivitást fejlesztő tréningek szervezése vagy közvetítése”* történik.

Koordináció szintjén pedig az esetmenedzselés tükrözi vissza az elvet, ami a szakmai ajánlás megfogalmazása szerint *„a kliens és a szakember közt bizalmi és hatalommal felruházó (empowering) kapcsolatot feltételező professzionális gyakorlat, tudományos tevékenység és művészet egyaránt”*.

A 11. pontban megfogalmazott szempont tehát jól körülhatárolt jogszabályi szinten, ugyanakkor ha jobban szemügyre vesszük a fenti jogszabályokat, látjuk, hogy többségük bizonyos ellátás-szolgáltatás „céljaként” említi a képessé tevő programokat. Önmagában ez

nem probléma, a kérdés csak az, hogy a mindennapi gyakorlatban mennyire veszik komolyan ezt a jogszabály alkalmazói. Nyilván ez a kérdés feltehető minden más szempont, ajánlás kapcsán is, itt azonban nem javasolnánk jogszabály-módosítást („erősebb” megfogalmazások beiktatásával) mindaddig, amíg nem történt kifejezetten erre vonatkozó vizsgálat a területen (milyen mértékben használják a szakemberek ezeket a szolgáltatásokat).

## ***12. Átmeneti és kezelést-követő szolgáltatások***

**Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény** ápolásról szóló rendelkezései többek között az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása érdekében történő szolgáltatásokról szólnak (98. § (1)).

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** rendelkezik az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekről, ezen belül a pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek átmeneti otthonáról. Előbbiekben azok a betegek helyezhetők el, akiknek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése nem indokolt (83/A. §). Utóbbiakban az a személy helyezhető el, akinél szakorvosi (addiktológus, pszichiáter) szakvélemény alapján szenvedélybetegség került megállapításra, és ellátása átmeneti jelleggel családjában vagy lakókörnyezetében nem oldható meg (83/B. §).

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet** a pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek átmeneti intézményéről rendelkezik: „*A szenvedélybetegek átmeneti intézménye az alkohol-, drog- és egyéb függőségi problémával küzdő személy részére nyújt ideiglenes elhelyezést.*” (87. § (2)). Az itt folyó munka célja „...*az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával és speciális programok szervezésével (kétségfejllesztés, stresszkezelés, munkavállalással kapcsolatos tréningek, szociális esetmunka, életvezetési készségek fejlesztésének elősegítése, szabadidős programok).*” (87. § (3)).

E két fajta szolgáltatás mindegyike részletesen szabályozott mind az egészségügyi, mind a szociális ágazat területén (ápolás, rehabilitáció, átmeneti elhelyezés), ezért nem látjuk indokoltnak erre vonatkozó jogszabályok módosítását, kiegészítését – legalábbis ami a szolgáltatások meglétét illeti. Azok tartalmi elemei, hozzáférhetősége, a keretükben megvalósuló szolgáltatások minősége már más kérdés, a szakmai szabályozók szintjén pedig szintén érintett.

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

Erre az ajánlásra vonatkozóan szintén nem találunk jogszabályokat (hacsak nem vesszük ide pl. a terhes kábítószer-függő nők, illetve gyermekeik kezelését), a szakmai szabályozók szintjén említésre kerülnek, de ott is inkább csak felsorolás szinten. A kérdés megint csak az, elegendő-e ez utóbbi szint vagy szükséges a törvények, rendeletek körében szabályozni a differenciált terápiákat. A területek szabályozási sajátosságainak megfelelően véleményünk szerint az egészségügyben elegendő lenne a szakmai szabályozók, míg a szociális szférában jogszabályi szinten szabályozni a kérdést.

### ***14. Szűrés – állapotfelmérés – kezeléstervezés hármass folyamata***

Ehhez az ajánláshoz szinte lehetetlen olyan jogszabályt találni, amely e hármass egység összefüggő folyamatát írná elő, ezért itt elsősorban az első egységgel, a szűréssel foglalkozunk. Az **egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** a megelőző ellátások kapcsán írja elő, hogy azok feladata szűrővizsgálatok elvégzése, ezen belül többek között különös tekintettel kell lenni a mentálhigiénés megelőzésre és gondozásra, a gyermek- és ifjúság-egészségügyi gondozásra (79.§ b)). Ezen kívül szükséges „*az egészségügyi ellátás során a beteg - az adott ellátással össze nem függő - egyéb betegségeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzése*” is (79.§ e)). A szűrővizsgálatokon belül a célzott vizsgálat vonatkozik a kábítószer-használókra: „*...a lakosság egyes kor, nem vagy egyes kockázati tényezők által meghatározott veszélyeztetett csoportjainak szűrésére, illetve egyes népbetegségek felderítésére irányul....A célzott szűrővizsgálaton való részvételre a szűrés céljának, idejének és helyének pontos megjelölésével, közérthető és mindenki számára hozzáférhető módon kell felhívni az érintett csoportok figyelmét. Amennyiben a szűrésre*

*valamely környezeti tényező következtében veszélyeztetett csoportban kerül sor, a szűrés céljáról, idejéről és helyéről az érintetteket egyénileg is értesíteni kell.”(82.§ (3) (4)).*

Amennyiben tehát szükségesnek látszik a három szolgáltatás együttes, folyamatként való szabályozása, mindenképp jogszabály-kiegészítés szükséges. Ennek hiányában ugyan mindhárom ellátási forma megtalálható a jogszabályokban elszórtan, de ezzel nem hangsúlyozódik ki azok folyamatként való alkalmazásának fontossága. Másrészt az állapotfelmérés (milyen körre terjed ki) és kezeléstervezés (egyéni kezelési terv) mint szempontok jogszabályi szinten való megjelenésének hiányosságairól már az előző pontokban esett szó.

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

Bár az **egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** itt idézett szakaszában nem az ellátás-fejlesztés kapcsán kidolgozott irányelvekről van szó, hanem az egyes konkrét egészségügyi ellátás döntéseiről, fontosnak tarjuk megemlíteni, mert ritkán találkozunk jogszabályi keretek között a legkinkább érintettek (az ellátottak, betegek) bevonásával. A 15.§ (3) bekezdése kimondja, hogy a betegnek joga van a kivizsgálását és kezelését érintő *döntésekben való részvételre. „Az e törvényben foglalt kivételektől eltekintve bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg megítélésétől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését (a továbbiakban: beleegyezését) adja.” (15.§ (3)).*

Az EszCsM szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvfejlesztésről szintén javasolja a minél szélesebb körű együttműködést.

Ugyanakkor látjuk, hogy önmagában még a fent idézett jogszabály sem az együtt kidolgozott döntésről szól, a szakmai irányelv megvalósulása pedig igencsak kétséges. Nyilvánvalóan az egyén (páciens) konkrét ellátásakor nehéz elképzelni, hogy laikusként együtt szabja meg az orvossal vagy más szakemberrel ellátásának további menetét, ilyen szempontból tehát az elvi törvényi biztosíték (tájékoztatáson alapuló beleegyezés), illetve a döntésekben való részvétel elegendőnek tűnik. De tágabb keretekben gondolkodva – az

ellátás-fejlesztés kapcsán – már igenis elvárható, hogy nem csak a páciens, tehát a szolgáltatást igénybe vevő, hanem a szolgáltatást végző is részt vegyen közvetlenül az irányelvek kidolgozásában.

## ***16. Minőségbiztosítás – minőségfejlesztés - eredményességi értékelés***

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása címmel rendelkezik az ágazati minőségi rendszerről, amely *„magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének ellenőrzését, értékelését, szükség szerint tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést.”* (119. § (2)). Külső és belső minőségügyi rendszert különít el a jogszabály, előbbi az egészségügyi szolgáltató minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere, utóbbit a szakmai felügyeletet gyakorló szervezet minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere, továbbá a megfelelőség-tanúsítás biztosítja (120. §). A szolgáltatások megfelelő minőségének feltételeit a törvény szabályozza külön az egyén szempontjából is (119. § (2)). Eszerint az egyén számára akkor megfelelő minőségű a szolgáltatás, ha az az egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezi és lehetővé teszi a betegjogok érvényesülését. A belső és külső minőségügyi rendszer is szabályozásra kerül, elsősorban ezek céljainak, és az azt végző szervezetek feladatainak részletezésével (121-124.§).

Az eredményességi értékelések bizonyos szempontból a minőségbiztosítás és fejlesztés szerves részét képezik, hiszen az ellátások kimeneti adatait (outcome) vizsgálják, amely információk nélkül elvileg nem is lehetne megtervezni a további fejlesztéseket, esetleges módosításokat. Az egészségügyi törvény legáltalánosabban talán a népegészségügy kapcsán rendelkezik a szükséges, átfogó jellegű elemzések, értékelések elvégzéséről, illetve az ezeken alapuló további célmeghatározásokról, stratégiaalkotásról:

*„A népegészségügyi tevékenység keretében*

*a) rendszeresen elemezni kell a lakosság egészségi állapotát és az ezt befolyásoló kémiai, fizikai, pszichikai, biológiai, környezeti és társadalmi tényezőket,*

*b) az elemzés során feltárt adatok alapján értékelni kell az egészségkárosító hatások kockázatát és rangsorolni kell a népegészségügyi feladatokat,*

...

*e) a szolgáltatásokat hatékonyságuk, hozzáférhetőségük és egyéb minőségi jellemzőik szerint rendszeresen értékelni kell.*

*(4) Az egészséget támogató társadalompolitika céljainak meghatározásánál, valamint a döntések előkészítésénél támaszkodni kell a népegészségügyi tevékenység során feltárt adatokra.” (35.§ 3))*

Az egészségügyről szóló törvény általánosságban rendelkezik a minőségügyi rendszerről, amely nyilván vonatkozik a szenvedélybeteg-ellátás szolgáltatóira is. Ennél részletesebb, speciálisabb szabályok meghatározása véleményünk szerint elegendő a szakmai szabályozók<sup>34</sup> szintjén is, ahol – főként az egészségügy területén - megfelelő részletességgel kidolgozott a kérdés.

### **17. A hatékonyság egyik feltétele a speciális szaktudás**

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 90.§-a rendelkezik a speciális járóbeteg-szakellátásról, amely olyan betegségek ellátására szervezett szolgáltatást jelent, amely valamilyen különleges szaktudást, valamint anyagi, tárgyi és szakmai feltételeket igényel (90.§ (2)). Hasonló rendelkezést tartalmaz a speciális ellátási igényű csoportok ellátására vonatkozó bekezdés (98/A. §).

Általános előírás az egészségügyi dolgozók szakmai fejlődéséhez való jog és kötelezettség, amelyen a szakmai ismeretek „a tudomány mindenkori állásával, fejlődésével összhangban történő – folyamatos továbbfejlesztését” érti a jogszabály (140. §).

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** a személyes gondoskodást végző személy szakmai továbbképzéséről rendelkezik (92/D. § (1)), akit,

---

<sup>34</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez, Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez, A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás (FSZH)



amennyiben a képzést sikeresen befejezi, egyszeri anyagi elismerésben is részesíteni kell, amelynek nagyságáról a jogszabály-szöveg szintén előírást tartalmaz (92/D. § (2)).

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet** a pszichiátriai és szenvedélybetegek lakóotthonára vonatkozó különös szabályokban írja elő a szociális segítő részére az ellátott kezelőorvosával, szakorvosával való kapcsolattartást, illetve azt, hogy az ellátottakat a közösségi pszichiátriai gondozó, illetve a szenvedélybetegek közösségi gondozója legalább hetente egyszer meglátogatja (101. § (2) (3)). E rendelet egyik melléklete előírja az egyes személyes gondoskodást nyújtó ellátások szakmai létszámnormáit is. Így rendelkezéseket tartalmaz a pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali intézménye, a drogbetegeket ellátó intézmény, illetve szenvedélybetegek lakóotthona vonatkozásában. A jogszabály egy másik melléklete az ilyen intézményekben foglalkoztatottak képzési előírásait határozza meg, így a szenvedélybetegek közösségi ellátása és az alacsonyküszöbű ellátás, a szenvedélybetegek nappali intézménye, valamint a szenvedélybetegek bentlakást nyújtó intézményei által foglalkoztatott különböző végzettségű munkatársak (pl. közösségi koordinátor, közösségi gondozó, terápiás segítő, részlegvezető, intézményvezető, orvos, mentálhigiénés segítő) képzési követelményeit.

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet** előírja, hogy a pszichiátriai és szenvedélybetegek bentlakásos intézményébe történő felvétel előtt meg kell vizsgálni az igénybe vevő szakorvosának, kezelőorvosának szakvéleményét, a közösségi pszichiátriai ellátás igénybevételére irányuló kérelemhez pedig mellékelni kell a pszichiáter vagy neurológus szakorvos szakvéleményét a pszichiátriai betegség fennállásáról (21.§ (1) (3)).

Az ún. elterelés-rendelet az előzetes állapotfelmérést végző szakember számára írja elő a pszichiátriai és az addiktológiai szakmai irányelvekben és módszertani levelekben meghatározott követelményeknek megfelelő eljárást, illetve a megfelelő szakképzettséget (egészségügyi szolgáltató pszichiáter, addiktológus szakorvos vagy klinikai szakpszichológus). Magát az elterelő szolgáltatást végző intézmény számára pedig a szakmai irányelvekben és módszertani levelekben meghatározott követelményeknek való megfelelést írja elő. **(42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól, 2.§ (1) (2) és 5.§).**

**Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet 3. számú melléklete** határozza meg az oktatási intézmény védőnőjének önálló feladatait, amelyek között az egészségtan oktatás keretén belül történő részvétele különösen az alábbi témákban ajánlott: az egészséggel kapcsolatos alapismeretek, családtervezés, fogamzásgátlás, önvizsgálattal kapcsolatos ismeretek, szenvedélybetegségek megelőzése.

Úgy gondoljuk, a területre vonatkozó szakmai és egyéb, a különböző kábítószer-használókkal foglalkozó szakemberek együttműködésére vonatkozó előírások elegendőek jogszabályi szinten, a gyakorlatban mutatkozó problémák (szakemberhiány, kapacitáshiány) azonban újból felvetik a kérdést: hogyan lehetne ezen a helyzeten a törvényszövegeken kívül változtatni. Elsősorban nyilván az oktatáspolitikai területén kell kezdeni, ugyanakkor nem tekinthetünk el a foglalkoztatáspolitikai szempontoktól sem: a manapság gyakori jelenségről, az orvosok (nagy részben épp a pszichiátria, addiktológia területéről), és egyéb, az egészségügyben tevékenykedő szakember külföldre vándorlásáról.

### ***18. Megfelelő munkakörülmények biztosítása tanácsadók részére***

Általános előírás **a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben**, hogy a szociális ágazatban foglalkoztatottak számára biztosítani kell a munkavégzéshez kapcsolódó megbecsülést, tiszteletet, emberi méltóságot, személyiségi jogaik, munkájuk elismerését, valamint azt, hogy a munkáltató megfelelő munkavégzési körülményeket biztosítson számukra (94/L. § (1)).

Közvetett módon, a tanácsadók alacsonyabb munkaterheit is hivatottak biztosítani a szakmai minimumfeltételeket előíró jogszabályok<sup>35</sup>, amikor meghatározzák az adott ellátás/szolgáltatás elvégzéséhez szükséges minimum létszámot és képzettséget.

A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére című szakmai ajánlás leszögezi, hogy „*a minőségi munkavégzéshez szükséges a személyi és tárgyi feltételek folyamatos biztosítása,*

---

<sup>35</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről és 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

*valamint a jó légkörű, biztonságos munkavégzés feltételeinek megteremtése, amelyben a munkatársak fejleszthetik tudásukat, képességeiket, hasznosíthatják tapasztalataikat”.*

Bár nyilvánvalóan fontos szempont a minőségi szolgáltatás nyújtása szempontjából az ajánlás, jelenleg nem tűnik reálisnak a Munka Törvénykönyvében meghatározottnál alacsonyabb mértékű munkavégzési kötelezettség megállapítása az egészségügyi és szociális területen dolgozó szakemberek esetében.

### ***19. A magánéletet is biztosító elhelyezés a kezelték számára***

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** alapján az ellátást igénybe vevőt megilleti személyes adatainak védelme, valamint a magánéletével kapcsolatos titokvédelem (94/E.§ (5)). Az intézmény alapvetően nem korlátozhatja az ellátottat a személyes tulajdonát képező tárgyai, illetve mindennapi használati tárgyai használatában (94/E.§ (6)). Ezen kívül a jogszabály előírást tartalmaz az intézményen belüli és intézményen kívüli szabad mozgásra (94/E.§ (9)). A családi kapcsolatok fenntartására, rokonok, látogatók fogadására is kitérnek a rendelkezések (94/E.§ (10)) úgy, hogy természetesen minden részletszabályt az egyes házirendek határoznak meg.

Jogszabályi szinten a szempontban megfogalmazott elvárás biztosított, így ezen a szinten módosítás, kiegészítés nem javasolt.

### ***20. Házi orvosok számára készített tervezési iránymutatás***

Az **egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** 40.§ (2) bekezdése közvetetten utal a házi orvosi tevékenységre, amikor a „lakosság egészségi állapotát hosszú távon is jelentősen befolyásoló területek” (pl. család- és nővédelmi gondozás, ifjúság-egészségügyi gondozás) meghatározásakor utal arra, hogy egyébként a házi orvos végez ilyen jellegű tevékenységeket.

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** témánk szempontjából előírja, hogy a szociális szolgáltató, illetve intézmény együttműködik pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg esetén különösen a házi orvossal és a kezelőorvossal

(59.§ (2) d)), illetve, hogy a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére a közösségi alapellátás keretében biztosítani kell a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését (65/A.§ (2) c)).

**A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.)**

**EüM rendelet** meghatározza természetesen a háziorvos feladatát: személyes és folyamatos orvosi ellátás nyújtása az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése és gyógyítása céljából (2. § (1)), ennek keretében különösen az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadás és szűrés, a beteg vizsgálata, gyógykezelése, egészségi állapotának ellenőrzése, orvosi rehabilitációja, illetve szükség esetén szakorvosi vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálatra, gyógykezelésre való utalása (4. § (1)). Egy későbbi bekezdésben a jogszabály kitér a háziorvos egészségnevelésben betöltött szerepére is: *„...feladatkörébe tartozik továbbá...az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban való részvétel...”* (4. § (2)c).

A háziorvosi praxis hatásköri listája alapján diagnosztikus tevékenysége keretében elvégzi a tájékoztató pszichiátriai anamnézis és heteroanamnézis felvételét, a rizikótényezők és a pszichés státusz elsődleges felmérését, a szükséges fizikális vizsgálatokat, felismeri az esetleges szomatizációkat, valamint pszichés és mentális állapotot felmérő tesztet vehet fel. Önálló betegellátási tevékenysége keretében feladata a pszichés kórállapotok prevenciója, akut életveszélyt jelentő pszichiátriai történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása, az ezzel kapcsolatosan elvégzendő sürgősségi beavatkozások: akut megvonási szindróma elsősegély-szintű ellátása és a közvetlen veszélyeztető állapotok, „cry for help” felismerése. Hatáskörükbe tartozik az ismert és kivizsgált, kompenzált állapotban levő addiktológiai betegek gondozása, valamint az egészségmagatartás fejlesztése, családvezetés, és függőségről leszoktató intervenciós technikák alkalmazása. Kompetens gyógyító beszélgetések lefolytatásában. Pszichiátriai betegek rehabilitációját kezdeményezheti, követheti és vezetheti a háziorvosi team rehabilitációs tevékenységét.

A különböző kábítószerkezeléséről szóló protokollok<sup>36</sup> is ajánlják a háziorvosokkal való együttműködést, míg a közösségi ellátásról szóló szakmai ajánlás értelmében ez elengedhetetlenül fontos.

Mint látjuk, a fent idézett jogszabályok a háziorvos feladatai, együttműködési kötelezettsége körében tesznek közvetlenül vagy közvetetten említést a témánk szempontjából fontos szolgáltatásokra (egészségnevelés, ifjúság-egészségügyi gondozás, szenvedélybeteg közösségi ellátásakor kapcsolattartás). Ugyanakkor nem szólnak konkrétan az ajánlásban megfogalmazott, kifejezetten számukra készítendő tervezési iránymutatásról. Arról sokat hallunk, hogy a háziorvosok számára szerveznek a kábítószer-kérdéssel kapcsolatos képzéseket, konferenciákat, de ez nyilván nem lehet olyan széles körű, átfogó, mint egy alaposan kidolgozott iránymutatás esetlegesen szakmai szabályozó formájában.

## **21. Az ellátás-szervezés etikai dimenziói**

Az **egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** több helyen említést tesz etikai szabályokról, természetesen általánosságban, hiszen az egyes szakmáknak külön-külön alakultak ki az etikai kódexei. Mintegy minőségi kritériumként írja elő, hogy megfelelő az ellátás, amennyiben az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik (7. § (2)). Később konkrétan a betegellátás kapcsán úgy rendelkezik, hogy *„minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni”* (77. § (3)).

A törvény szintén rendelkezik az országos és megyei etikai tanácsokról, amelyek etikai szabályok kidolgozására, illetve szakmai-etikai eljárás lefolytatására jöhetnek létre. (140/A. § (1)).

A pszichiátriai betegek ellátására ez esetben is valamivel szigorúbb szabályok vonatkoznak: *„...személyiségi jogait egészségügyi ellátása során - helyzetére való tekintettel - fokozott*

---

<sup>36</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használatával kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről és Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használatával összefüggő kórképek kezeléséről

*védelemben kell részesíteni.” (189. § (1)). „...jogai - egészségügyi ellátása során - csak az e törvényben foglaltak szerint, a feltétlenül szükséges mértékben és ideig...abban az esetben korlátozhatók, ha a beteg veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít. Az emberi méltósághoz való jog azonban ebben az esetben sem korlátozható.” (189. § (2)).*

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

## Felhasznált jogszabályok jegyzéke<sup>37</sup>

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről

337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról

92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről

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

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

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról

3/2008. (IV. 15.) SZMM rendelet a szociális módszertani intézmények kijelöléséről és feladatairól, valamint a szociális szolgáltatók, intézmények engedélyezési eljárásának szakértői díjáról

2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről

---

<sup>37</sup>

Az itt felsorolt jogszabályok nem mindegyike került végül idézésre az anyagban.

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

106/2009. (XII. 21.) OGY határozat a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról

46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

96/2005. (XII. 25.) OGY határozat az Országos Fejlesztéspolitikai Koncepcióról

6/2010. (X. 19.) NEFMI utasítás a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Szervezeti és Működési Szabályzatáról

## **Felhasznált szakmai szabályozók jegyzéke**

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az ópiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használattal összefüggő kórképek kezeléséről

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az ópiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a metadon kezelésről

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja kannabisz használattal kapcsolatos zavarokról

ESzCsM szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvfejlesztésről

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: A háziorvosi praxis hatásköri listája

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről

Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez

Szakmai ajánlás a közösségi ellátás szenvedélybetegek részére (FSZH)

Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére (FSZH)



### **Szöveg a hátsó borítóra:**

A TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt „*Addiktológiai ellátások fejlesztése*” sorozatának harmadik kiadványát tartja kezében az olvasó. Míg az első két kötetünk a szükséglet-meghatározás illetve szakmai szabályozás kérdéseivel foglalkozott, jelen kiadvány kifejezetten az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez kíván támpontokat nyújtani. E szakmai füzet célja, hogy az ellátás-tervezés és -fejlesztés tevékenységét szakmailag támogassa, és a nemzetközi gyakorlatok alapján ajánlásokat fogalmazzon meg.