



Addiktológiai ellátásba kerülést nehezítő tényezők a hazai segítő szakemberek percepciója tükrében¹

Arnold Petra

Kapitány-Fövény Máté

ARNOLD PETRA: PhD, szociológus, Semmelweis Egyetem ETK Addiktológiai Tanszék, HUN-REN-Corvinus Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport; arnold.petra@semmelweis.hu

KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ: PhD, klinikai szakpszichológus, Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Semmelweis Egyetem ETK Addiktológiai Tanszék; m.gabrilovics@gmail.com

ABSZTRAKT *Háttér és cél:* Az évente rendelkezésre álló hazai statisztikai adatok alapján becsléseket fogalmazhatunk meg az ellátórendszerben megforduló addiktológiai betegek tényleges számát illetően. Ezen adatok azonban inkább az ellátórendszer kapacitásáról nyújtanak információt, mintsem arról, hogy ténylegesen hányan küzdenek szerhasználati zavarral: sokan nem jutnak el az ellátórendszerbe, melynek hátterében – főként nemzetközi kutatási eredmények alapján – személyes, szociális és strukturális tényezők egyaránt állnak. Hazai kutatási eredmények korlátozottabban állnak rendelkezésre a témában, célunk ezen hiány pótlása. *Módszer:* Kvalitatív módszert alkalmaztunk, a célcsoportot a fővárosi drog-specifikus egészségügyi vagy szociális szolgáltatóknál több éve a területen dolgozó hazai szakemberek képezték. 11 interjút készítettünk. A szó szerint legépelet kivonatokat kvalitatív tematikus elemzéssel elemeztük. *Eredmény és következtetés:* A kliensek ellátásba kerülését strukturális, szervezeti és személyes szinten több tényező akadályozza: nem nagyon volt változás az elmúlt 5-10 évben a terület finanszírozásában és a finanszírozás kiszámíthatatlanságában, a szakmát figyelmen kívül hagyó, politikai érdekeket szem előtt tartó döntéshozatalban, a kiszámíthatatlan, adminisztrációs terhekkel teli jogszabályi környezetben, a társadalom drogfogyasztással szembeni attitűdjében, a szakember-ellátottságban. A hazai és nemzetközi kutatási eredmények is arra utalnak, hogy mély, rendszerszintű problémák tapasztalhatók az addiktológiai ellátásban, amelyek orvoslása többek között a társadalom érzékenyítésére irányuló programokkal, bizonyítékon alapuló, szakértők bevonásával történő döntéshozattal, prevencióval, egy kiszámíthatóbb jogi, pénzügyi környezet teremtésével, kapacitásbővítéssel és érdemi tájékoztatással lehetséges.

Kulcsszavak: addiktológia, ellátórendszer, kvalitatív kutatás, szakértők, drogstratégia

Experts' perception of difficulties in entering addiction treatment programs in Hungary

ABSTRACT *Background and aim:* Based on national annual statistical data, estimates can be made on the number of the clients entered treatment. However, these data provide information on the addiction treatment's capacity rather than on the real number of people with substance use disorders. A lot of

¹ A szerzők köszönetet szeretnének mondani a Budapest Fővárosi Önkormányzatnak, hogy a kutatást támogatta, valamint a Magyar Addiktológiai Társaságnak, hogy felkérte őket a kutatás lebonyolítására.

Arnold Petra köszönetét fejezi ki, hogy az Eötvös Loránd Kutatási Hálózat Támogatott Kutatócsoportok Irodája (HUN-REN-CORVINUS Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport), valamint Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (OTKA - K146029) támogatta a munkáját.

Kapitány-Fövény Máté köszönetét fejezi ki a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal OTKA pályázatának (FK134807, FK146396, K135629) támogatásáért.



international research found that many clients do not access addiction treatment due to personal, social and structural factors. In Hungary, research on entering treatment's barriers is more limited – our aim is to analyse the gaps in the substance use disorder treatment. *Method:* Qualitative method was applied. The target group consisted of national professionals who have been working in treatment for several years at health care system or social service providers in Budapest. 11 interviews were conducted. Verbatim transcriptions were analysed using qualitative thematic analysis. *Result and conclusion:* Several structural, organisational, and personal barriers of accessibility to substance use treatment have been explored. No change in the last 5-10 years has been found regarding the funding and unpredictability of funding in the field; the political interests of decision making that ignore experts' opinion; the unpredictable legal environment with administrative burdens; the attitudes of society towards drug use; the lack of qualified workforce. National and international research also suggests that there are deep, systemic problems in substance use treatment, which can be addressed through social sensitisation programmes, evidence-based decision-making involving experts, prevention, a more predictable legal and financial environment, capacity expansion and meaningful information.

Keywords: addictology, treatment, qualitative research, expert, drug strategy

BEVEZETÉS

Hazánkban az addiktológiai betegek ellátása több évtizedes múltra tekint vissza, a drogbetegekre irányuló ellátórendszer szélesebb körű kiépülése ugyanakkor csak a nyolcvanas, kilencvenes évekre tehető (Rácz – Kassai 2022). Azóta relatíve nagy lefedettségű ellátórendszer alakult ki Magyarországon, de még mindig számos olyan régió van, ahol nem érhető el célzott addiktológiai ellátás, illetve a rendelkezésre álló kezelőhelyek telítettsége miatt a klienseknek folyamatos várólistákkal kell számolniuk, valamint további tényezők is nehezítik az ellátórendszer működését és a kliensek ellátásba jutását.

A kábítószer-használat a hatvanas évek végén, hetvenes évek elején jelent meg Magyarországon, amikor is egy-egy esetről, híradásjellegű tudósításról van információnk a droghasználatra vonatkozóan (Bajzáth – Tóth – Rácz 2014): a fiatalok elsődlegesen alkoholt gyógyszerrel, Parkánt fogyasztottak, valamint szípuztak – a klasszikus kábítószerhez csak külföldről, pl. diplomata gyerekei jutottak hozzá (Rácz – Kassai 2022). Ebben az időszakban társadalmi/politikai okok folytán Magyarországon még nem definiálódhatott társadalmi problémaként a drogjelenség (Andorka – Buda – Cseh-Szombathy 1974, Elekes 1993), a kábítószer-használat tabutémának számított, az akkori politikai vezetés azt az ideológiát képviselte, hogy a drogkérdést elsősorban a rendőrségnek kell megoldania, így elmaradt a megelőzés-gyógyítást-rehabilitációt szolgáló intézményrendszer kiépülése (OKBI 2006, Bajzáth – Tóth – Rácz 2014).

A nyolcvanas évekre tehető a drogprobléma jelentősebb térnyerése: ebben az időszakban elsődlegesen kodeinszármazékok alkohollal kombinált használata, máktea, illetve intravénásan Hydrocodin fogyasztása volt megfigyelhető a fiatalok körében (Bajzáth – Tóth – Rácz 2014). A drogprobléma „hivatalossá” válását tekintve az áttörést az 1985. év jelentette, amikor is a sajtóhírzárlatot feloldották; megszületett a fiatalkori bűnözéssel foglalkozó Minisztertanácsi határozat, amely figyelembe vette a droghelyzetet, s egy megelőzésre és kezelésre épülő intézményhálózat kiépítését szorgalmazta (OKBI 2006). Egyre többen jelentek meg drogprobléma miatt az ellátórendszerben, akiket kezdetben jellemzően a pszichiátriai osztályokon ke-



zeltek, azonban elég hamar kiderült, hogy ezek az osztályok az addiktológiai betegek ellátására nem alkalmasak, ugyanis csak tüneti kezelést tudnak nyújtani, és hosszabb távú terápiát nem biztosítanak (Rácz – Kassai 2022). Mindemellett az egészségügyi intézmények nem is szívesen fogadták az addiktológiai betegeket, többek között nem együttműködő viselkedésük, illetve egészségügyi panaszaiikkal társuló szociális problémáik miatt (Rácz – Kassai 2022). Az addiktológiai betegek növekvő számára, illetve a szerhasználók egészségügyi rendszerben tapasztalható elutasítására reflektálva kezdett kiépülni a droghasználókat ellátó, komplex szolgáltatást nyújtó, multidiszciplináris teamben dolgozó speciális intézményrendszer (Rácz 1988, Rácz – Kassai 2022). Nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják, hogy az addiktológiai ellátás specifikus ellátási formaként hatékonyabban tud működni az általános egészségügyi ellátáshoz képest. Az addiktológiai betegek általános egészségügyben történő ellátása ellen szóló érvek (Adeniran et al. 2023, McNeely et al. 2018, Sokol et al. 2021, Storholm et al. 2017, Williams et al. 2018) között említhetjük egyrészt a személyes akadályokat: pl. hajléktalanság, bizalom hiánya; másrészt a szervezeti akadályokat, mint pl. klinikai, addiktológiai tudás/tapasztalat, továbbképzések hiánya; a téves hiedelmeket, pl. a farmakoterápia önmagában elégséges a probléma kezelésében; valamint azt a tényt, hogy a szerhasználattal szembeni stigma is nehezíti a szerhasználók ellátását. Az addiktológiai betegek ellátását strukturális, rendszer-szintű tényezők is hátráltathatják, amennyiben a kezelés nem specifikusan rájuk irányuló ellátási formában történik, ugyanis az általános egészségügyi ellátásban az addiktológiai betegek-re jutó forrás, személyzet és hely korlátozott, továbbá eltérő szervezeti kultúra, valamint szakpolitika érvényes az addiktológiai betegek kezelésére. Ezen tényezők is megerősítik tehát egy specifikus addiktológiai ellátórendszer kiépülésének fontosságát.

A rendszerváltást követően változott a droghasználat társadalmi mintázata: a klasszikus drogok berobbanásával változtak a fogyasztási szokások, nőtt a fogyasztók száma (Bajzáth – Tóth – Rácz 2014), így egyre nagyobb szükség mutatkozott egy kiterjedt ellátórendszer kiépülésére, ami a kilencvenes és kétezres években be is következett. Ezekben az években jelentős drogszakmai felívelést láthatunk, a „szolgáltatások és szakpolitikák” korszakát, amikor is kiépült a megelőző-gyógyító-ártalomcsökkentő ellátórendszer, sorra alakultak a szakmai szervezetek és megszületett az első drogstratégia (Rácz – Kassai 2022). Ennek a felívelésnek a 2010-es és 2020-as évek vetettek véget, amikor is számos olyan intézkedés született, amely az addiktológiai ellátórendszer minden szegmensét (megelőző-gyógyító-ártalomcsökkentő) hátrányosan érintette: mint pl. a prevenciót végző iskolák száma markánsan lecsökkent, sorra zártak be a tű- és fecskendőcsere szolgáltatások, illetve nagy betegforgalmú addiktológiai osztályok, forrásokat, normatívákat vontak meg az ellátóhelyektől. Mindez egy olyan időszakban történt, amikor folyamatosan új kihívásokkal kellett az addiktológiai ellátórendszernek szembenéznie, ideértve 1) az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ, dizájner drogok) 2009–2010-es berobbanását (az ÚPSZ-ok összetétele nagyon gyorsan változik, kiszámíthatatlan a hatásuk, gyors leépülést eredményeznek, így az ellátórendszer nagyon nehezen tud lépést tartani a folyamatosan változó, ismeretlen összetételű és hatású szintetikus szerekkel); vagy 2) a COVID-világjárvány ellátás-specifikus következményeit: a néhány évtizede hatékonyan működő terápiás kultúrát rendkívül szűk határidőn belül kellett online, telemedicina-jellegű ellátási formává alakítani.



Statisztikai regisztrátumok, mint az OSAP (Országos Statisztikai Adatfelvételi Program), vagy a TDI (Kezelési Igény Indikátor) évről évre rendelkezésre állnak, lehetővé téve, hogy becsléseket fogalmazzunk meg az ellátórendszerben megforduló kliensek tényleges számát illetően: a TDI adatok szerint az elmúlt 5 évben jellemzően 3400–3800 fő lépett először kezelésbe kábítószer-probléma miatt (nem elterelés keretében) (Péterfi – Bálint 2022), az OSAP adatok szerint 2017-ben 13 602 főt tartottak nyilván, akit addiktológiai gondozóban alkohol-, vagy kábítószer-probléma miatt kezeltek.² Ezen adatok kész tényként való értelmezésekor azonban nem árt kellő mértéktartással eljárni, ugyanis az adatok megbízhatóságát számos tényező befolyásolhatja (Arnold – Péterfi 2023), többek között³ az, hogy az adatok inkább nyújtanak információt az ellátórendszer kapacitásáról, mintsem arról, hogy ténylegesen hányan küzdenek drogproblémával: sokan nem jutnak el az ellátórendszerbe, melynek háttérben – főként nemzetközi kutatási eredmények alapján – személyes, szociális és strukturális tényezők egyaránt állnak (Farhoduian et al. 2022).

A személyes tényezőkön belül a kezeléssel kapcsolatos téves információkat (pl. ellátás elérhetőségével, hatékonyságával kapcsolatos hiedelmek, ismeretek); a különböző félelmeket (pl. stigmától vagy a megvonásos tünetektől való félelem); az addiktológiai populáció sajátosságait (pl. motivációhiány, alacsony önbecsülés, érzelemszabályozási nehézségek, megküzdési stratégiák hiánya konfliktushelyzetekben vagy munkából való kimaradás a kezelésben való részvétel miatt); és a kettős diagnózisú eseteket lehet említeni (Farhoduian et al. 2022, Caris – Beckers 2022, Saunders et al. 2006, van der Pol et al. 2013, Wagner et al. 2017, Digiusto – Treatora 2007, Peterson et al. 2010, Rapp et al. 2006, Redko et al. 2006, Strathdee et al. 2006).

A szociális tényezők közül a drogfogyasztókkal szembeni stigma, a szociális (család, barátok) támogatás hiánya, illetve az ellátóhelyen a stábbal kapcsolatos nehézségek (pl. rugalmatlan, nem kliensorientált attitűd, az addiktológiai betegek túlzott stábtól való függése) emelhető ki releváns akadályozótényezőként (Farhoduian et al. 2022, Hudgins et al. 2021, Caris – Beckers 2022, Digiusto – Treatora 2007, Peterson et al. 2010, Rapp et al. 2006, Redko et al. 2006, Strathdee et al. 2006; Gilbert et al. 2015, Neale et al. 2007, Wagner et al. 2017). A szerhasználati zavart övező társadalmi stigma gyakori negatív következménye továbbá az érintettekben kialakuló fokozott önstigmatizációs hajlam is (Chen et al. 2022), mely nem pusztán a kezelésbe kerülés nehezítője, de a kezelés hatékonyságának akadályozója is lehet, elsősorban olyan negatív érzelmek és kognitív, anticipátoros folyamatok mediáló hatásán keresztül, mint a csökkent énhatékonyság érzete (Crapanzano et al. 2018), vagy akár a kezelésbe fordulás észlelt, vagy elővételezett káros következményeitől való félelem (pl. a munkáltatók kevésbé alkalmaznak olyan munkakeresőt, akiről kiderül, hogy szerhasználati zavar miatt kezelték) (Elkalla et al. 2023).

A strukturális tényezők egyrészt a jogi és politikai akadályokat (pl. kirekesztő politika, kezelést háttérbe szorító, büntetést előtérbe helyező drogpolitika) jelentik (Farhoduian et al.

² OSAP 2088 „Jelentés az addiktológiai betegek gondozásáról” Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0017.html. 2017 után nem állnak rendelkezésre adatok.

³ További tényezők: Definíciós nehézségek (pl. kit tekintünk drogfüggőnek); A drogprobléma más diagnózissal való regisztrálása; A regisztrálás folyamata (mennyire pontosan regisztrálják az adatokat; az egészségügyi, szociális személyzet leterheltsége); Az adatgyűjtés célja (a NEAK elsődlegesen finanszírozási célból gyűjti az adatokat).



2022), másrészt a következő, az ellátórendszer működéséhez kapcsolható akadályokat foglalják magukba: szakember-, forrás-, kapacitás-, és szolgáltatáshiány, hosszú várólista, nagy fluktuáció, továbbképzések hiánya, detoxifikáción való hangsúly (tüneti kezelés) a terápia helyett, túlzott adminisztráció, ellátásszervezés, továbbirányítás rugalmatlanságai vagy az ellátóhelyek nehéz megközelíthetősége, társadalombiztosításhoz kötöttség (Farhoduian et al. 2022, Gilbert et al. 2015, Neale et al. 2007, Blevins – Rawat – Stein 2018, Hudgins et al. 2021, Caris – Beckers 2022, Digiusto – Treatora 2007, Peterson et al. 2010, Rapp et al. 2006, Redko et al. 2006, Strathdee et al. 2006).

Összességében láthatjuk tehát, hogy számos nemzetközi vizsgálat taglalja az ellátórendszerbe jutást akadályozó tényezőket, de hazai kutatási eredmények korlátozottabban állnak rendelkezésre. Az elérhető empirikus adatok, melyek egy több mint 5 évvel ezelőtti magyarországi helyzet láttelelei (Erdős et al. 2018), mindazonáltal hasonló tényezőket emelnek ki, mint a nemzetközi szakirodalom, ideértve a kezelőhelytől való távolság (logisztikai tényezők), a finanszírozási deficit, az érintettek korosztályos sajátosságaiból (lásd pl. fiatalokú szerhasználók) fakadó kihívások, a szakemberek közötti együttműködések hiánya, valamint a hosszú várólisták és a szakemberhiányból eredő nehézségek szerepét. Mindezek miatt fontos lenne látnunk, hogy hazánkban aktuálisan mely tényezők nehezítik az addiktológiai betegek ellátásba kerülését, tekintettel arra, hogy az egészségügyi rendszer, így az addiktológiai ellátórendszer is kulturálisan beágyazott, azaz lehetnek eltérések az egyes országok között az ellátásba kerülést nehezítő tényezőket illetően, valamint figyelembe véve az említett kutatási jelentés (Erdős et al. 2018) által eltelt időszak potenciális változásait is.

A legutolsó drogstratégia a 2013–2020-as időszakra terjedt ki és azóta nem készült újabb stratégia, ami nagy hiány e területen: a drogprobléma komplex jelenségét szem előtt tartva az adott drogstratégia ugyanis kulcsfontosságú szerepet játszhat a probléma kontextusának alakításában, és a kliensek ellátásba kerülését akadályozó tényezőket csakis egy jól felépített, előre megtervezett, bizonyítékon alapuló multidiszciplináris megközelítést alkalmazó stratégia alapján lehet hatékonyan kezelni. Ennek a hiánynak a pótlására tűzte ki célul a Fővárosi Önkormányzat a Fővárosi Drogstratégia megalkotását, kutatásokkal⁴ alátámasztva. Az ellátórendszer hatékonyabb működéséhez és egy evidenciákon alapuló stratégia kialakításához nélkülözhetetlen többek között a drogbetegeket ellátó intézményekben dolgozó szakértők percepcióinak feltárása is: tanulmányunk célja tehát annak ismertetése, hogy az addiktológiai betegeket ellátó hazai szakemberek személyes, szakmai megítélése alapján melyek aktuálisan az érintett kliensek eredményes ellátásának elsődleges akadályai.

⁴ A kutatások a Budapest Főváros Önkormányzat megbízásából és finanszírozásával valósultak meg a Fővárosi Drogstratégia megalapozása céljából. A Fővárosi Önkormányzat a Magyar Addiktológiai Társaságot (MAT) kérte fel a kutatások elvégzésére. A MAT delegáltjai: Felvinczi Katalin (projektvezető), Paksi Borbála (kutatásvezető), valamint Arnold Petra, Bálint Réka, Csák Róbert, Csorba József, Eisinger Andrea, Fehér Richárd, Kapitány-Fővény Máté, Péterfi Anna, Szécsi Judit. A kutatás több pillére terjedt ki: a fővárosi döntéshozók, a Kábítószer Egyeztető Fórumok, a nem drogspecifikus és oktatási intézmények körében fókuszcsoport /interjú készült, illetve elkészült a drogspecifikus ellátások katasztere is.



MÓDSZER

Az adatgyűjtés eszköze és módja

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

A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása

A kutatás célcsoportját a fővárosi drogspecifikus egészségügyi és szociális szolgáltatók képezték. Törekedtünk arra, hogy egészségügyi/szociális pillér, valamint a szolgáltatók által nyújtott ellátástípus mentén heterogén legyen a minta. Mindemellert fontosnak tartottuk, hogy olyanok kerüljenek a mintába, akiknek nagy rálátása van a terepre és régóta a területen dolgoznak. A 11 interjúból⁵ 2 interjú online, 9 interjú pedig face to face, az adott szervezetnél valósult meg.

A minta jellemzői

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

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

⁵ A kutatásban résztvevő szervezetek (hozzájárultak ahhoz, hogy név szerint szerepeltesük a kutatásban, azonban idézetet nem társítunk az egyes szervezetekhez): ArtÉra Alapítvány, Drogprevenációs Alapítvány, Emberbarát Alapítvány, Józan Babák Egyesület, Józsefvárosi Szent Kozma Egészségügyi Központ (JEK) Addiktológiai Gondozó, Kék Pont Alapítvány, MRE Válaszút Misszió, Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet (OMIII) – Addiktológiai Pszichoterápiás Részleg, OMMIII – Drogbeteg Gondozó, Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet – Sürgősségi Betegellátó Osztály és Klinikai Toxikológia, Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány.

1. táblázat A mintában szereplő szervezetek jellemzői⁶

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

A következő táblázatban látható, hogy a kutatásban résztvevő szervezetek majdnem minden ellátástípust lefednek.

⁶ Az anonimitás megőrzése végett nem interjúalanyonként, hanem összesítetten mutatjuk be a minta jellemzőit.



2. táblázat A mintában szereplő szervezetek száma ellátás típus szerint

Ellátástípus	N
Alacsonyküszöbű ellátás (túcsere nélkül)	7
Továbbirányítás / ellátásba kísérés	6
Egészségügyi járóbeteg-ellátás	5
Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)	4
Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	4
Közösségi szenvedélybeteg-ellátás	4
Önsegítő csoportok	4
Telefonsegély	4
Megkereső szolgáltatások	4
Fekvőbeteg-ellátás kórházi osztályon	2
Opiát-helyettesítő kezelés	2
Túcsere	2
Védett munkahely	2
Fekvőbeteg-ellátás (nem kórházi) drogterápiás intézetben	1
Nappali ellátás	1
Támogatott lakhatás	1
Félutasház	1
Interaktív online kezelőprogram	1
Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás	0
Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás	0

Elemzési eljárás

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



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

EREDMÉNYEK

Az eredményeket a nemzetközi szakirodalommal összhangban a következő bontásban mutatjuk be. Először az addiktológiai betegek ellátásba kerülését nehezítő személyes és szociális akadályokat mutatjuk be, ezt követően a strukturális, rendszerszintű tényezőkre térünk ki.

SZEMÉLYES ÉS SZOCIÁLIS AKADÁLYOK

A kliens populáció sajátosságaiból fakadó személyes és szociális akadályozó tényezők egyaránt megjelentek a szakértők percepcióiban. A személyes tényezők közül egyrészt a szenvedélybetegséggel kapcsolatos előzetes ismereteket és attitűdöt (I9)⁷ (az online térben megszerzett tudás attitűdformáló hatásai), másrészt a viselkedésváltozási motivációinak szintjét (a droghasználat felhagyására vonatkozó belső motivációk hiánya vagy az ezzel kapcsolatos tépelődés, bizonytalanság) említették. Az ellátórendszer hiányzó láncszemei tovább nehezítik a kliensek motivációjának a fenntartását arra, hogy a kezelésbe vonásuk megtörténjen (I11a). A kliensek motiválatlansága az elterelés és a fiatalkorúak kapcsán is megfogalmazódott (I8, I11b): tekintettel arra, hogy az elterelést a kliensek nem önkényesen választják, és a fiatalok jellemzően nem önként kerülnek ellátásába, hanem szülői nyomásra, így szenvedésnyomás hiányában nehéz a ténylegesen problémával küzdőket kezelésben tartani.

Így 18 év alattiaknál igen, hát ott még ott még ez a buli van időszak, ott ott nehézség azért az, hogy lehet ezt a motivációt, aki már egy kicsit jobban belecsúszott, fenntartani, hiszen nincs még meg az a belátás, nem okoz neki olyan problémákat még, ha esetleg intenzívebben használ szert, hiszen még nem ilyenkor nyilván nehezebb akkor azt a folyamatban fenntartani. (I8)

Mondjuk van egy laptopja, azon mindent, tehát mindent, a diagnózisokat a gyógyszereket és már eleve úgy jön, oké, hogy utánanéz, de ebből sülnek ki a legborzasztóbb sületlenségek, mert az alapokat nem érti és akkor ott van, de ő tudja, hogy erre mit kell adni, meg hogy hogy kell ezt kezelni, akkor menjen, ez egy komoly probléma. (I9)

Emellett meg ami probléma számunkra, az az, hogy azért itt a járóbeteg ellátásban nagyon sok olyan kliens megjelenik, amik – akik absztinenciára nem alkalmasak, nem tudják ezt tartani, viszont nem nagyon van olyan fekvőbeteg részleg, ahol erre lehetőségük lenne, hogy azt az időt kibírják. (I11a)

⁷ Az anonimitás megőrzése végett az interjúalany (I) kódszámát jelöli és a dőlt betűvel szedett interjúrészletre utal.



Alapvetően nyilván az elterelteknél van motivációs probléma, ők azért gyakran kiesnek az ellátásból meg az elterelésük – azért ott vannak nehézségeik, nem tudunk velük olyan jól tervezni, mert hiába látom én azt, hogy jó akkor a következő hat hónapban ide fog járni és akkor utána valaki új klienst fel tudok venni, van, hogy hónapokra eltűnnek és később jelentkeznek, tehát hogy a mi kapacitástervezésünk emiatt nehézkes velük. Ezért is vagyunk mi kevésbé motiváltak arra, hogy elterelést végezzünk. (I11b)

A szociális tényezők közül a terapeuta-kliens kapcsolat nehézségei (I3) (elsősorban a klienssel való terápiás kötődés és együttműködés kialakítási nehézsége), illetve a kliensek családi helyzete (I8) (a droghasználat háttérében meghúzódó családi rendszerszintű problémák) kerültek említésre.

Hát a drogbetegeket nem könnyű betegek, azzal kezdődik a dolog. (I3)

A család hozzáállása, a család ahogy segítené nem tudni mennyi probléma gyökerezik oda, lehet, hogy az sem véletlen, hogy ilyenfélét kipróbálgat stb., de ez így szakmailag nehézség. (I8)

STRUKTURÁLIS AKADÁLYOK

Politikai akadályok

Politikai, szakmapolitikai, szabályozási kérdésekben a szakértők a politikai megosztottságból fakadó problémákat (I1a), a terület átpolitizáltságából, illetve a politikai nyomásgyakorlásból eredő nehézségeket (I1b, I4) és a szakmai munkavégzés törvényhozáshoz és szabályozási rendszerhez köthető akadályait (I8) említették, amelyek nehezíthetik a kliensek ellátásba való kerülését.

A politika, de mindegyik oldalról, mindenki a saját bullshitjét fújja, az egyik ezt fújja, hogy ezt így kell, a másik mintha dafke fújná a full hülyeséget szintén, és mivel nem is arra figyelnek, hogy mi lenne fontos az ellátottaknak, klienseknek, vagy mi lenne fontos az ellátásban, csak a saját politikai meggyőződésük vagy felfogásuk vagy esetleg valami pártpolitika – fújják azt, hogy ezt kellene csinálni, márpedig ezt kellene. (I1a)

Ez is borzalmas, hogy a politikai élet ilyen módon szól bele ebbe a sztoriba, és ennek azt látom, hogy az ellátóknál lévő munkatársak is, amilyen politikai felfogásúak, ők is eszközévé válnak, mert ők is csak egyfolytában negatívumokat fogalmaznak meg, semmi nem jó, vagy pedig azt, pedig szenciáció, ami mit tudom én, azon az oldalon történik, vagy a másik oldalon szintén ez van. (I1b)

Közben pedig az összes döntéshozó önkormányzat, bárki, akárki állam, az azt szeretné, hogy rop-pant kreatívan tiszták legyenek az emberek, eltűnjenek az utakról, ne zavarják a bozótban az embereket, ne legyenek ilyen települések, ilyen szegregált helyek, valahogy a napfény hatására vagy nem tudom én mire, működjenek, sose legyen velük probléma, nem segít, hogy nincsen Drogstratégia, nem segít, hogy sosem volt alkoholstratégia. (I4)

Valójában az van, hogy úgy lehet benyújtani szakmai programot is szakorvos közreműködésével irtuk, felhasználtuk még a kezdetben, amit Szegeden a drogcentrumban összeraktak szakmai am-



bulancia programot, és hát egyszerűen évente benyújtjuk, sajnos a kollégium, a NEAK így dönt, mint a kollégium, az addiktológia mindig pozitívan bírálja a szakmai programot, nagy szükség lenne rá, baromi nagy szükség lenne, de hát ugye az van, hogy persze így küldenek hozzánk serdülőket, hozzátartozókat, de nem olyan szinten, minőségben tudunk működni így házon belül, mint ahogy azt elterveztük, tehát az okokat nem tudjuk, sejtjük. Ez amióta megjelent ez a pedofil törvényként elhíresült köznevelési törvénymódosítás, hogy azóta ugye nem vehetünk részt tanintézetben, prevenció az szinte nullára csökkent, néha van egy-egy csoportunk, ha úgy jön össze, de itt pl. a kerületi intézményekkel nagyon intenzív együttműködésünk volt és két olyan az egyik már rendelkezett már NNK ajánlással, a másik is be lett nyújtva, közbejött a törvény és annak biztos tudod a tartalmát, hogy amíg azt a szervet ki nem jelölik, ami majd, de hát azt a szervet még nem jelölték ki azóta, pár év óta, és most ez az idéltlen, illetve hát nem megoldható szituban rengeteg iskola keres minket, pont ma reggel Szentendréről is meg, meg a kerületiek is, hogy valahogy oldjuk meg, de valójában nem lehet ebben a témában sem foglalkozni a fiatalokkal, hát most nagyon bízunk a fővárosi pályázatban, amit írunk, mert most a kerületi szocmunkásokat próbáljuk meg felkészíteni arra, hogy legalább valamelyest pótolják a tevékenységünket, ez inkább egy ilyen edukációs folyamat lesz, de hát nyilván azok a programok, amiket mi itt tartottunk, nekik – fél osztályok jöttek hozzánk suliidőben, nem jöhetnek és hogy ez nagyon-nagyon hiányzik, ezt biztos sokszor elmondták már a fővárosi bármelyik KEF meg mindenféle üléseken, hogy ez komoly nehézség. (18)

A szakértők szerint a politikai környezet nem támogató (18), a problémát figyelmen kívül hagyja (12), nem szakemberek bevonásával hoz döntéseket (110), a társadalomban élő stigmákat mélyíti el (11), amelyek szintén akadályozzák, hogy az addiktológiai betegek ellátásba kerüljenek.

Médiánál azért jelöltem veszélyt, mert ami – ahogy ott megjelenítik, ahogy ott foglalkoznak vele, az egy nagyon negatív megítélést okoz. (11)

A közpolitikában, vagy a politikában, az országos politikában, az, hogy a szenvedélybetegség, felépülés probléma, ez annyira nincs jelen, teljesen más dolgokkal foglalkozik, igazából ez. Nyilván aki meg kábítószer-fogyasztó az bűnös, az egyrészt erkölcsileg erkölcsileg elítélhető, meg büntetőjogilag is elítélhető, lehet ugyanúgy ezt is veszélyként feltüntetni, egyrészt a nem foglalkozom, semmi más nem csinállok, minthogy elítélem, ugye. (12)

A politikaiban azt gondolom, hogy az aktuálisan itt a kormányzat részéről egy, amit már említettem, hogy hogy semmi minimális szándék meg ilyen spec valahogy az egyházak tekintetében látunk erősödést, ők tudnak bővílni, új szolgáltatásokkal, ez ilyen látványos, és hogy egyébként meg nem történnék fejlesztések, sőt forrásmegvonások vannak sok éve, nemcsak az infláció óta. (18)

Politikai környezetre nézve meg azt látom, hogy nem nagyon, eddig azt láttam, hogy nem nagyon volt nyitottság arra, hogy kommunikáljanak velünk, tehát amiket így döntéseket hoznak, azokat nem a tapasztalatból merítik vagy a szakemberek megéléseire építik, nem nagyon kérdezik meg, hogy nekünk mire lenne szükségünk, csak úgy megtörténnék a dolgok. (110)



Jogi akadályok

Az interjúalanyok szerint a jogszabályi környezet veszélyt jelent, mint például az elterelés intézményrendszerének nem hatékony működése (I10); a köznevelési törvény változtatása (I8) – ugyanis így nem tudnak az iskolákba menni prevenciót tartani, ami pedig egy újabb felület lehet a problémás fogyasztók kezelésbe vonására –, vagy a várandós szerhasználó nők utolsó trimeszterben az intézményből való elbocsátása miatt (I7).

Jó, ami nekem tök nehéz, hogy pl. vannak olyan intézmények, ahol várandós nő – nem tudom az utolsó trimeszterben nem tartózkodhat, ez tök szuper, mert nem arra való ez a hely, de akkor hol, az utca szokott maradni és egy csomószor van, hogy kiraknak embereket utcára utolsó trimeszterben. Hogy hogy egészségügyben sincs annyira leszögezve, hogy a veszélyeztetett terhes nőket hogyha utcán él, hogy rak ki az ember az utcára, ezek ilyen nem fix dolgok, és ilyen csomószor nagyon veszélybe sodorja a nőket is meg a magzatot is, életveszélybe, nekem ez az állandó nyomorom, főleg a téli időszakban. (I7)

Hát a jogszabályt is említettem – hogy itten inkább ilyen nehezítő körülmények alakultak ki, mint ez a köznevelési törvény, hogy nem lehetnek a szakemberek a fiatalok közé, mert kártékonyak, ez valami elképzelhetetlen volt. (I8)

Politikai környezet, hát az is abszolút a négyest (szerk.: veszélynek) mondanám. Hát a politikai-jogszabályi is, nem tudom, hogy ezt lehet-e így összevonni, mert nem a nem az empatikus ellátás fókuszának kedvez az, ami jelenleg így politikailag vagy akár jogszabályilag vannak erre, hogyha a büntetethezességgel kapcsolatban gondolkodom, tehát hogy oké, hogy van az elterelésre lehetőség, de hogy az nem feltétlenül egy megoldás, vagy még nincsen rá olyan jellegű megoldás, hogy azok az emberek hogyan lehetnek úgy bevonhatóak abba a folyamatba, hogy annak legyen is értelme. (I10)

Gazdasági, pénzügyi akadályok

Az ellátás pénzügyi, illetve egyéb materiális, fizikai korlátait több szakértő is kiemelte alapvető nehézségként. E korlátok között megemlítették az ellátás forráshiányait, a pályázati források beszűkülését (I2a, I4), a területen dolgozó szakemberek alacsony béreinek kérdését (I8), illetve az ellátás fizikai tereithez köthető kapacitáshiányt (I2b). Mindemellett volt, aki azt hangsúlyozta nehézségnek, hogy a szociális szféra nem tud az egészségügyi szférához hasonlóan versenyképes jövedelmet biztosítani, ami nehezíti az orvos/pszichiáter alkalmazását és akadályozza a minőségi munka elvégzését (I1). Mindemellett a bérek rendezése egyik interjúalany szerint erősségnek számít, azonban a bérrendezés miatti bérfeszültség pl. az ápolókkal nehezíti a munkát (I10a). Volt, aki az egészségügyi finanszírozást kifogásolta, ugyanis a drogfüggők ellátása nagy költségvonzattal jár, de kevés beavatkozási pontot jelent: ha nem is mindig súlyos mentális problémával párosul a szerhasználat, de a szerfüggőség jellemzően érzelmes szabályozás zavarral jár együtt, amelynek a kezelése pszichoterápiát igényel – ami időigényesebb –, ha a probléma gyökerét mélyebben fel szeretnénk tárni és egy hosszabb távú absztinenciát szeretnénk elérni (I11b).

Nem tudunk olyan minőségibb ellátást biztosítani, mint amit adott esetben kétszer-háromszor ennyire pénzből tennénk, mert akkor alkalmaznánk új pszichiátert és a többi és a többi ez is pl. egy



probléma, hogy a pszichiáterek orvosi státuszban vannak, nálunk nincs egészségügyi ellátás, nem egészségügy státuszok vannak, viszont az egészségügyi béreket rendezve nyilván a pszichiáterek most már egészségügyi béreket kapnak. Nem egészségügyi intézményben, szociális intézményben nem képes az ember kigazdálkodni azt a szintű bérezést, amit egy egészségügyi intézmény adott esetben normatívából biztosít egy pszichiáternek. Szóval ez is egy ilyen, de lényeg, hogy nem veszélynek látom a finanszírozást, hanem gyengének. Meg lehet ebből élni, csak nem jó, nem az, ami tehát nyilván egy csomó dologra azt gondolom, sokkal többet fordítanak és azon gondolkodom, hogy mire és amivel adott esetben jobban is tud működni. (I1)

A finanszírozás egyértelműen veszély, hihetetlenül alulfinanszírozott a szektor, ha így marad, akkor nem lesz egy idő után ember, aki ezt így végezze, mert hogy közben meg nagyon jó szakemberek képződnek a szociális ellátásban is, a pszichológus képzésen is, az orvos ráadásul most itt pontosan az orvosok – hogy amikor tavalyelőtt elment az egyik orvosunk, azért ment el, mert sokkal jobb fizetést – akkor emelték meg az orvosoknak a bérét az egészségügyi ellátásban, de ebből a civil szervezetek, akik egészségügyi ellátást nyújtanak – nem kapnak olyan kompenzációt, tehát nem tudunk annyit fizetni egy orvosnak, amennyit tudnak fizetni az emelt bérekkel az országos klasszikus egészségügyi ellátásban. (I2a)

Szűken vagyunk, tehát hogy kinőttük igazából ezt a helyiségcsoportot, nagyon örülünk, hogy ez van, meg mindig izgulunk, meg szurkolunk, hogy így 3 évente újra és újra hosszabbítsa meg a IX. kerület a szerződést, a bérleti szerződést, de hogy alapvetően igazán jó lenne egy nagyobb helyre menni. (I2b)

És akkor nyilvánvalóan azok a programok, ahol nincsenek pályázati pénzek, mint régen voltak, azok megpróbálják túlélni és akkor a rezsisválság meg az egyéb finomságokról még nem is beszélünk. (I4)

Hát ez egy hatalmas probléma, mert valamiből mégiscsak működni kell és nincs lehetőség béreket emelni vagy bármi, pedig hát az infláció meg szóval ez is. (I8)

*Mert nem nagyon van lehetőség mondjuk pályázni, már mostanában – tehát azért annak idején, amikor még mondjuk úgy, hogy te vagy én voltunk a **-nál (szerk.: 2007–2008 környéke), azért én még ott emlékszem, hogy egy csomó lehetőség volt, most ezek így egyre inkább szűkülnek, tehát hogyha pályázatokra gondolok, ugye akár csak az imént említett lehetőség, amiből még 2019-ben volt lehetőségünk még elindítani egy részleget, az most már nincsen. (I10a)*

Egészségügyi finanszírozásnak a rendszere rendkívül rossz, hiszen nem igazán tudunk ezekkel az ellátási formákkal jó pénzt termelni, miközben nagyon nagyok a költségei. (I11b)

KULTURÁLIS/TÁRSADALMI AKADÁLYOK

A szakemberek a média stigmatizáló, szenzációhajhász és nem szakszerű tájalásmódját hangsúlyozták, azonban meglátásuk szerint a média kiváló platform lehetne a társadalom érzékenyítésére, szakszerű információk átadására és a kliensek elérésére – hozzájárulhatna ahhoz, hogy a szerhasználattal járó stigma és szégyenérzet csökkenjen; a függők merjenek jobban szakemberhez fordulni és segítséget kérni (I8, I11).



Hát itt a médiát mondom inkább, hogy lehetőség nyilván arra is, hogy valahol ellátórendszer bemutakozzon, megismerjék a lehetőségeket ezen a speciális területen, de veszély sok esetben a média irányultsága – ezt tudjuk, hogy nem feltétlenül a lényegi dolgokat emelik ki, túlmisztifikálnak meg félelemkeltéstől kezdve riogatás, minden van ott, lehetőség lenne sokkal jobban megismertetni értelmes dolgokkal nemcsak a fiatalokat. (I8)

A médiát veszélynek jelölöm, illetve lehetőségnek is, nyilván lehetőség az, hogy attitűdöt formáljunk, tájékoztassuk a médiát, különböző médiumokon keresztül a klienseket, illetve az embereket arról, hogy hová tudnak fordulni, ami pont veszély is, mert nagyon sokszor a különböző médiumok inkább a sztereotípiákra mennek rá és inkább az előítéletet növelik a függőkkel szemben, mint azt, hogy pont ezeket építenék le vagy támogatnák a segítségkérést és emiatt viszont ha növekszik a szégyen, akkor akár kevesebbet, kevésbé mernek hozzájuk fordulni a kliensek. (I11)

A médiához hasonlóan a társadalom attitűdje esetében is a stigmatizálás, a sztereotípiákban gondolkodás és a tudatlanság jelent meg (I10). Elhangzott olyan vélemény is, mely szerint a média, a politikai környezet és a társadalom attitűdje egymáshoz szorosan kapcsolódik (I8a). Mindemellett néhány szakember az addiktológia területével kapcsolatos negatív társadalmi megítélés (I1), illetve a terület irányába mutatott társadalmi figyelem hiányát (I8b) emelte ki.

Aztán problémásnak tartom az egésznek a megítélését, annak idején egy neves addiktológus így fogalmazott, hogy: Az ezzel foglalkozó az a társadalom kloákájánál foglalja el a helyet, tehát hogy gyakorlatilag és ez a megítélés ugye a közmegítélése ennek az egész történetnek, nyilván sokan így viszonyulnak ehhez az egész történethez, hogy ez itt egy ilyen szó szerint ez a kivezető rész itt, ami borzalmas állapotban lévő emberek vannak. Ő hát nekem más körben azért nagyjából ennek a szférának az alulértékeltége, ami így meghatároz főleg. (I1)

Hát következik is kicsit majdnem, hát a politikai környezet nagyon fel tudja erősíteni a társadalmi attitűdöt és azért mindenhová elérő média birodalmán keresztül és ha mindenhol ezt halljuk, hogy sehol nincs probléma, drog, tényleg nem lesz probléma, nem kell ellátórendszer és ugye az is vagy ha éppen egy olyan dolog, hogy csak a bűnüldözés kapcsán születnek hírek a fő orgánumban, akkor ez ehhez megint az attitűdöt nyilván – bűnözők, drogosok meg ennyi meg csak ezek csak a negatív hírek jelennek meg, amikor krokodil és akkor mindenki attól félt, hogy krokodil drog meg a stb. Persze fontos az, hogy legyen hír, mert hogy nagyon speciálisan összefügg ez a három itt nekem tehát a jogszabály is. (I8a)

Az is egy nehéz dolog szerintem, hogy semmi figyelem nincs a terület irányába, központilag se, semmilyen. Szakmai szinten, hogy hogy vagy egyáltalán, érted, régebben rengeteg konferencia volt, központilag, vagy továbbképzés és hát most, persze biztos van egy pár valami, de, úgy figyelem, az semmi. (I8b)

Társadalom attitűdje hm ő hát veszély abból a szempontból, hogy nagyon stigmatizáló a függőkkel kapcsolatos attitűd. Ez jut eszembe és ez nem nagyon változik, tehát azért nálunk ugye így végigpörgetem magamban, az utóbbi egy évben milyen típusú kliensek futottak be, nagyon-nagyon vegyes, hogy ő most a nem is tudom, hogyan mondjam, szóval, hogy így több diplomás szakember is ugyanúgy tud függő lenni, de mégis valahogy a stigma szerint nem ez van előtérben. (I10)



SZERVEZETI AKADÁLYOK

Az ellátórendszer működésével kapcsolatos tényezők is akadályozzák a kliensek ellátásba kerülését. Több szakértő is említette nehézségként az általános szakemberhiányt (I2, I11a), és a különböző humán erőforrás problémákat, úgymint a szakspecifikus végzettséggel rendelkező munkatársak hiányát (I10a), valamint a területen dolgozó szakemberek kiegészését és többletterheit: a ellátásban dolgozók kiegészése az interjúalanyok véleménye alapján egy teljesen reális félelem, amihez hozzájárul a terület (addiktológia) alábecsülése (I11b) és a siker fogalmának az értelmezése (I10c). Előfordult olyan szakértő, aki végzettséggel nem rendelkező tapasztalati munkatársak túlsúlyba kerülését szorítaná vissza és alakítana ki egy protokollt ennek a szabályozására (I5). Az egyik szakértő szerint a szakemberek széles módszertani palettával dolgoznak és nagy szakmai felkészültséggel bírnak, de kapacitáshiány miatt további szakemberek bevonására lenne szükség ahhoz, hogy pl. más típusú mentális betegeket is el tudjanak látni (I10b).

Sokan vagyunk, de mégis kevesen, tehát akár a járóbeteg-ellátásba is nagyon nagy a betegforgalom. (I2)

Én nem azt mondom, hogy nincs szükség tapasztalati segítőre, ilyen 8 osztályos szinten vannak és attól még lehet valaki nagyon jó segítő és nagyon jó képességgel rendelkező, de hogyha ez átbillen egy bizonyos határon, arányokban, akkor szerintem az akkor az nem olyan jó, nem olyan jó. Ezen a területen az nem elég, mert pont az lenne a lényeg, hogy nagyon széles ilyen értelemben tudással legyen az ember és ismerje, felismerje, hogy kinek mire van szüksége, mert ha arra, akkor arra, tök jó, hogy azt tudom, de hogyha csak az az egyetlen út, én ebben nem hiszek. Ha én magamtól nem tudom az én szakmai kompetenciámat, akkor ebben valaki húzzon egy határt, mert nem biztos, hogy tudom én magamtól, mert lehet, hogy nem, és felülértékelem magam, ha még alul, az a jobbak, de ha felül, akkor azért itt mégiscsak emberekkel vagyunk, mindenféleképpen ezt így jobban világosabbá tenném, jobban szabályoznám. (I5)

Mindenki ki van égve, mint az állat, ez most már így teljesen, teljesen így kezelhetetlen, gyakorlatilag most úgy néz ki, hogy megkereső munkát csak egy napon tudunk nyújtani, viszont sokkal több lenne rá az igény, tehát az szóval azért működünk most hatékonytalanul, mert iszonyúan kevés a kapacitás arra, hogy na szóval az van, hogy évente kb. 25-30 új várandós van, akiknek végig kell gondozni a terhességét és kb. a duplája ennek, akiket utánkötetés keretében látunk el. És vannak még ilyen csak ilyen betoppanó ügyfelek, ez így rengeteg, ha sok önkéntes van, akkor nekem többet kell foglalkoznom az önkéntesekkel, mint a kliensekkel, ez így baromi nehéz. (I7)

Ténylegesen a motiváció is csökken a szakemberek részéről egy idő után, hogyha sajnos a forrásokról kell beszélni, ez tényleg, ez szupervízió. Minden évben volt két folyamat, most meg kell gondolnunk, most nem tudtam indítani még. (I8)

Orvosi szempontból talán azt mondanám, most így, ha nemcsak feltétlenül a mi szűk területünkre gondolok, mert ugye a miénk nagyon speciális, meg kicsike, de általában azt tapasztaljuk, hogy hogy kevés az a pszichiáter, aki mondjuk nyitott az addiktológia iránt vagy addiktológiai szakvizsgával rendelkezik, vagy szeretne ebbe az irányba továbbképeződni valami miatt, az úgy nem. Nem tetszik nekik vagy nem annyira népszerű, sajnos. (I10a)



Most van egy olyan nehézségünk, hogy kezdünk szakemberhiányba keveredni, mert felfutott az ambulancia az utóbbi fél egy évben és nagyon sokan keresnek minket pszichoterápiás igénnyel. Mindannyian tele vagyunk, új pszichológust nem valószínű hogy kapunk, pedig elférne, és szükség is lenne rá, úgyhogy vagy várólistáznunk kell, vagy be kell szűkíteniünk a terápiáknak a hosszát, ami ugye valahol a kliens sérelmére történik, hiszen akkor nem tudunk egyénileg megegyezni vele, hogy neki mire van szüksége, mert vannak itt azért olyan kliensek, akiknek tényleg több éves támogatásra van szükségük. (I11a)

Persze hogyha majd egyszer a nem tudom, távoli jövőben tudunk esetleg bővülni, mind ágyszám-ban, mind munkaerőben, akkor lehetne esetleg olyan típusú szakembereket is felvenni, akik más típusú módszerekkel tudnak mondjuk akár ilyen skizofrénia jellegű problémákkal foglalkozni, vagy organikus eredetű károsodásokkal kapcsolatos fejlesztéssel foglalkozni, tehát olyan dolgok, amiket perpillanat nem tudunk lefedni is, lefedésre tudjanak kerülni. (I10b)

Ellátásban dolgozók kiégése: Hát ez sajnos abszolút fennáll, főleg, amikor nem tudom, többedjére találkozunk újra ugyanazzal a klienssel, visszajelentkezik kezelésbe és és újra nem tudom, tapasztaljuk azt, hogy visszaesés történt, mert ezek is nagyon, szóval nehéz így átértékelni a siker fogalmát, hogy akkor abból is tudjunk tovább, hogy újra elindulni, újra építkezni, szóval hát ez egy veszély az addiktológiában abszolút, a kiégés veszélye. (I10c)

Az ellátásban dolgozók kiégése az egy iszonyatosan nagy veszély és egy gyengeség, egyszerűen mindenki túl van terhelve, amúgy ez egy nehéz munka, nagyon megterhelő munka és kevés talán a hát ugye eleve a megbecsültség is viszonylag minimális, úgyhogy az is támogatja a kiégést. (I11b)

Egy interjúalany (I9) az ellátás során felmerülő *adminisztratív* terheket emelte ki olyan általános nehézségként, mely adott esetben a hatékony munkavégzést is gátolhatja: a rendőrségi megkeresésekkel, beavatkozási kódokkal, az elterelés adminisztrációjával kapcsolatos teendők kerültek megemlítésre.

Van egy olyan beavatkozási kód, hogy mit tudom én hivatalos rendőri valami hivatalos izé, 120 pontért, miközben mondjuk el, elterelés felmérés több ezer forintos tétel lehetne vagy talán tudom, hogy volt ilyen, kötöttem szerződést x intézményekkel, aki az elterelésre ezt a bizonyos állapot-felmérést megcsinálták, mert ehhez orvos kell, pszichiáter kell, addiktológus kell. És nem pedig 118 pont – mert azért valamilyen pont az, hogy az ember beírja, hogy semmi, semmi és aztán a végén rá kell írunk ugye, hogy más, más jellegű – intézménybe való kezelése vagy valamilyen, az a lényeg, hogy más. (I9)

Az ellátás igénybevételét nehezítő tényező a szakértők percepciója szerint a kapacitáshiány és a folyamatos várólista (I5, I6a). Mindemellett az ellátórendszer hiányzó láncszemei is akadályozzák, hogy a kliensek ellátásba kerüljenek, mint például a speciális csoportokra, a nőkre, a várandós nőkre, a fiatalokra, a hajléktalanokra (I2, I4), az absztinenciát megkövetelő fekvőbeteg-ellátás előtti detoxikáló ellátóhely biztosítására is nagyobb hangsúlyt kellene fektetni (I10b). Néhány interjúalany nevezte meg általános nehézségként a kettős diagnózisú kliensek hatékony terápiás ellátásának akadályait, melyek egyrészt az addiktológiai ellátórendszer ilyen irányú limitációival (I1, I10a), másrészt az addiktív zavarral küzdők pszichiátriai osztályok általi elutasítottságával voltak kapcsolatosak (I6b).



Ami talán így még eszembe jutott, hogy ami egy ilyen nehézség és ebbe akkor beleveszem az alacsony küszöböt is, hogy nagyon, nagyon sok szerhasználó szenved valamilyen pszichés problémában, egyre több srácot problémával, egyre több srácot gondozunk elő ilyen jellegű problémákkal, ami, ami miatt nem biztos, hogy alapvetően meg tud gyógyulni, mert nem olyan helyre tudjuk begondozni rehabilitációra, ahol valójában tudnak az ő mentális dolgaival is foglalkozni. (I1)

A női csoport, kodependens nők – ilyen gyógyító csoportja, az nagyon népszerű volt és hogy az az nagyon klassz volt, ahogy meghirdettük, tulajdonképpen pár napon belül 12-15 fő rögtön rekrutálódott, nem kellett várni, hogy akkor majd ki jön, aggódni, hogy hogyan fogjuk az indikátor-számokat teljesíteni. Na arra nagy szükség lenne. (I2)

De azt szintén saját bőrünkön tapasztaltuk meg, hogy egy 72-es születésű fickó, aki konkrétan értelmileg és esetleg mozgásában korlátozott lesz, ha ő hajléktalan – akkor bazi nehéz és ilyen IZOLA szinten működött, tehát ilyen fapad, baromi nehéz őket betermelni, normális fekvőbeteg-ellátó – ápoló-gondozó otthonba, tehát valószínűleg sokkal többre lenne szükség. (I4)

Bizonyos értelemben gyengeség, mert nem tud beereszteni annyit, amennyit akar, amennyire igény lenne, tehát hogy... (I5)

Állandó kapacitáshiány várólista, ugye egy drogbeteg akkor kell felvenni, amikor jelentkezik, mert holnapután nem fog idejönni a várólistára. (I6a)

És a pszichiátriáról is igen hamar kikerülnek ezek a betegek, egyik nap beviszi a mentő, másik nap már itt áll a kapuban, ezek nagyon komoly problémák és ezek társadalmi problémák is, ami azt jelenti, hogy a pszichiátriai betegek igen szép számmal vannak, látenszen vagy így, úgy, de ott van jelen és a drogok előhózzák, tehát ha a designer drogokon nem sikerül erőt venni, hogy megszűnjön vagy kevesebb legyen, egyre többen fognak a pszichiátrián, és az a baj, hogy vannak dolgok, amik visszafordíthatatlanok. (I6b)

Az jutott eszembe, hogy ami probléma szokott lenni, hogy ami megvan, támogatott lakhatás, nem fogadják azokat a kettős diagnózisú klienseket, akiknek valamilyen okból kifolyólag még kell gyógyszer szedniük a mármint pszichiátriai gyógyszert, akkor is ha nem függőséget okozó, nem tudom, mondjuk az orvos azt ajánlja, hogy fél évig szedje az antidepresszánt, de még ne tegye le, de nem fogja élete végéig szedni, csak, csak még nem tette le és akkor nem fogadják, mert hogy csak teljesen gyógyszermentesen fogadnak, ami szintén érthető, meg valahogy így a felépüléshez kapcsolódó, mármint a mi speciális körünkben, ahol vannak olyan típusú pszichés problémák, amik igényelnek gyógyszeres ellátást, ott meg nem tudunk mást javasolni akkor. (I10a)

Bizonyos szintű absztinenciát el tudjon érni, ebbe a típusú ellátásba be tudjon kerülni, abban úgy nem nagyon van támogatottság, ambulánsan tudják ezt elérni vagy tudunk együttműködést kérni pszichiátriai osztályoktól, de olyan osztály, aminek mondjuk ez a stabilizáló-detoxikáló funkciója lenne, az ugye nem nagyon van a Péterffybe tudnak bekerülni meg kikerülni relatív hamar, ha ott nincs rögtön, azonnal átvételre lehetőség hozzánk, akkor a köztes időben megint ugyanúgy visszajuthat. Szóval valahogy ez a ez a része így a felépülésnek ez az eleme úgy hiányos, kiesik, hogyha valaki tudja ambulánsan vállalni, ott pedig fennáll annak a veszélye, hogy közben elveszti a motívációját, mert hogy ja ez akkor nekem megy így is, nem kell befeküdnöm. (I10b)



Az alacsonyküszöbű szolgáltatások körében is megjelennek a hiányzó láncszemek: fontos lenne a dizájn szerhasználóknak egy dropin-t létrehozni (I2d); a megkereső munkát bővíteni, fejleszteni tapasztalati munkatársak bevonásával (jelenleg jellemzően alacsonyküszöb részeként működik forráshiány miatt) (I2e, I5); tűcsere automatát, buszt működtetni (I4b); party service szolgáltatást rendszeresen és nem csak alkalmyszerűen bevinni szórakozóhelyekre.

Olyan dropin, ami a designer függő embereket fogadja, ahonnan nincsenek kitiltva aznapra, ha már előtte beszípkáztak, mert általában az a tapasztalat, hogy ezek az emberek a hajléktalan-ellátásban lévő nappali melegedők részébe landolnak vagy azokat használják, de csak addig tudnak a szolgáltatásban részt venni egy adott napon, amíg nem szívtak, mert abban a pillanatban, ahogy azt tapasztalják az ott dolgozók és ez nem kritika, tény, ez nem egy ítélet, hogy miért így csinálják, csak ez egy tény, nem lehet bemenni beállva és ha azt látja, hogy nagyjából tök jó lenne, ha lenne egy olyan dropin, ahová a designer használók mehetnének akkor is, ha előtte szívtak, vagy kimennek szívni és visszamennek. És akkor itt egyrészt egy ilyen klasszikus hely, hát egy ilyen nappali melegedős ellátás, hogy valami étkezés biztosítása, leülés, víz, akár fürdési lehetőség, mosási lehetőség, stb. stb. és akkor még ugyanehhez az intézményhez tartozóan egy strukturáltabb segítségnyújtás, mondjuk ez egy olyan időben, amikor délelőtt lenne ez a mindenkit fogadunk, délután meg akiket visszahívunk, azért, hogy elkezdjünk velük dolgozni, mert úgy tűnik, hogy valamit szeretnének, tehát a felépülési utakat átbeszélni, végigjárni és hogy akiben valahogy ez megmozdul, szeretne ezen elindulni, ezért dolgozni, akkor ki tudjon lépni ebből a térből, el tudjon menni, ha néha szükséges detoxifikációra, rehabra vagy olyan szállókat bevonni, ahol amíg eljut a detoxifikáció után a rehabra hogy akkor ott ő ilyen védett körülmények között, hogy ne essen vissza. Mindenesetre nagy szükség lenne rá, de egyrészt melyik az a kerület, aki egy ilyet bevállal, meg az biztos, hogy egy ilyen intézménynek a finanszírozása nem terület, hanem akár főváros, kerület, akár kilépve ebből a térből, minisztérium, itt több faktornak be kellene szállni és hát természetesen a munkának az első egy-két éve, még mielőtt az első köletétel megtörténik – most ezt jelképesen – na itt lesz a dropin – előtte egy ilyen nagyon aktív érzékenyítés, azok körében, akik a dropin környékén laknak – de akár tágabb környezetben is, hogy hát hogy így ne az legyen, hogy megnyílik és egy hét múlva bezár a felháborodás miatt. (I2d)

*Ezzel együtt azt szeretném mondani, hogy igen, tehát az ilyen az utcán élő designer függő embereknek az elérése, a rájuk irányuló megkereső munkának a fejlesztésére nagy szükség lenne, de önmagában azt szeretném mondani, ha csak professzionális segítők állnak bele, akkor nem fognak elérni célt, ezt a **8 – ő mondja nem én – hogyha ezt egyedül kezdte volna, akkor még mindig a Népliget sarkán állna és nézelődne, hogy merre tovább, mert hogy persze az emberek ott vannak, fekszenek az utcán, de hogy a kapcsolatba lépés az a felhasználókon keresztül tud menni, egyébként nem, nem történik meg, vagy csak nagyon hosszú idő után alakul ki ez a féle bizalom. (I2e)*

Hát nincs tűcsere automata pl., mert azt mindig elrontották és nem volt értelme felrakni, az is gáz, de lehetne, és hát olyan szinten működne ez a rendszer, hogy heroin program, metadon program, amit volt szerencsénk megnézni 2003-ban Madridban – hogy konkrétan busz szintű ellátás és a kliensnek nem oda kell bejárni, csúcscsúper, de ezek mind nagyon vágyálmok, amit én mondok. Meg a többszintű rehab, tehát így saját magamat ki is nevetem ezekkel a gondolatokkal – úgyhogy álmódásokat tudnék mondani, annak nulla relevanciáját látom, ha ekkora lyukak vannak. (I4b)

⁸ Anonimitás megőrzése végett törölve a név.



Megkereső szolgáltatás, ez is egy, ez fontos, mert ez a megkereső szolgáltatás ugye főleg a fővárosnál ugye volt egy pályázat is, hogy hogy megkeres, hogy az utcán lévőket felkutatni valahogy, felkeresni, megtalálni, ő, ez jó lenne, ha ezt valaki nagyon jól csinálná, de a megkereső szolgáltatás az is egy, az is egy, hogyha van egy nyitva álló helyiség, alacsonyba, akkor megkereső szolgáltatás nagyon nagy pluszokat kér, ahhoz, hogy kimenjen innen két ember az utcára, az, azt helyettesíteni kell, itt plusz két ember kell. Évekig csináltuk azt, hogy mentünk szedni a fecskendőket – valójában akkor kint voltak az utcán, de ezt nem lehet anélkül, hogy erre ne legyen plusz forrás, de a megkereső szolgáltatás az valójában az alacsonyon belül van jelen pillanatban, az tök jó lenne, nyilván azt ki kellene dolgozni teljesen. (15)

A dizájnerek drogok megjelenését majdnem mindegyik interjúalany veszélyként értékeli, amely a szerekkel kapcsolatos kiszámíthatatlanságnak, a használatból fakadó súlyos fizikai, mentális leépülésnek tudható be (17), illetve annak, hogy az ellátórendszernek nem sikerült még a klaszszikus szerekhez hasonló protokollt kialakítania (110).

Designer drogok megjelenése, öh, igen, igen, most most sokan, rengeteg kristályos terhésség volt, amit végig kellett menedzselni, iszonyú nehéz, iszonyú nehéz, most egy csomószor nosztalgizáltunk, hogy ne, jó lenne végre egy heroinista várandós – egy amfetaminos mennyire csodálatos lenne minden, ő, nagyon-nagyon gyorsan kerülnek borzalmas állapotba az emberek és sokkal nehezebben lekövethető, hogy mi fog történni, tehát ez egy igen, az egy nehézség, borzasztó nehézség. (17)

Designer drogok megjelenése, hát igen, az is, azt is a négyesre (szerk.: veszély) raknám, mert mondjuk a régi típusú szerekkel jobb, arra volt protokoll, arra volt gyógyszer, van szubsztitúció, eyebeek, itt meg szerintem azóta is el vannak akadva, pedig már nem új jellegű a probléma, akár így orvosilag. (110)

ELLÁTÓHELYEK KAPCSOLÓDÁSAI

A szakmai együttműködés és a kliensutak, kliensdelegálás akadályai is hatással lehetnek az ellátás igénybevételére. Néhány interjúalany a szakmai együttműködések hiányát vagy akadályoztatottságát emelte ki: előfordult olyan, aki a szakmán belüli, illetve társszervezetekkel mutatott együttműködések limitációit (11, 14), míg más a döntéshozókkal való érdemi szakmai kapcsolat hiányát nevesítette (15).

Másrészt az együttműködések látom problémásnak az intézményekkel, illetve mindenféle szervezetekkel, hivatkoztál itt a KEF-ekre, nem tudom, hogy ezt én habár mondom, névtelenül lesz ügyis, tehát a KEF-ek számomra ez ilyen abszolút nem működő, valaki létrehozta, mert neki valami szándéka van ezzel a történettel, és amikor ez a szándéka megvalósul, akkor hagyja, hogy hadd menjen ez a sztori, addig megy, ebbe a történetbe, addig szervezi, addig foglalkozik vele, amíg az ő saját elképzelése meg nem valósul és aztán utána azt mondja, engem már nem érdekel ez a sztori, csinálja valaki más, tehát, ha valakikkel együtt akarunk működni, ha van személyes kapcsolatunk, egy ottani akármilyen státuszban lévő munkatárssal, szándékosan nem mondom képzéseket meg nem tudom miket, akkor megvalósulhat valami együttműködés, egyébként meg sokszor csak a papírról szól, nekik is esetleg valamiért kell, nekünk is kell és akkor alá van írva, köszönöm szépen, de nem is látjuk egymást. (11)



Ha hatékonyabban működne a szociális-pedagógiai és az egészségügyi ellátórendszernek az ágazatokon átívelő együttműködése, akkor azt gondolom, hogy nem ott tartanánk, hogy többszörösen előjönnek a gyerekvédelemből kikerülő olyan gyerekek, akik konkrétan hajléktalanok és utcán élnek és mélyen meglepődöm, ha nem droghasználók lennének. (14)

A döntéshozók meg a terepen dolgozók közötti nagy űrt tartom én hiánynak. (15)

A kliensdelegálás kérdésköre természetesen nem független a szakmai együttműködések témájától sem, ugyanakkor néhány interjúalany specifikusan is kiemelte a kliensek ellátórendszerben megtett útjának komplex problematikáját. Az ezen témakörbe sorolt nehézségek négy problémátípust reprezentálnak: a szervezetek közötti együttműködés és kommunikáció hiányából fakadó kliensdelegálási anomáliák (11a, 14), az ellátórendszer kapacitáshiányából, valamint az ellátóhelyek alacsony számából eredő kliensküldési nehézségek (17), az ellátóhelyekkel kapcsolatos információhiányhoz köthető kliensoldali tanácsstalanság (111), illetve a kliensvisszatartás jelensége (11b).

Én olyan kliensről, akit más ilyen kerületi XII. és II. kerületi – ugye itt vagyunk a határon – más intézménytől delegáltak volna, az komoly bajban lennék, ha kellene mutatni. De ugyanígy vagyok más intézményekkel is, más ellátókkal. Nekem az a tapasztalatom, hogy a kliens delegálás, kliens utak, útvonalaknak egy ilyen együttműködésben megvalósulása valami gyászos. (11a)

Pillanatnyilag azt látom, benntartani igyekeznek, azért nem delegálnak ide klienst, mert meg akarnak élni és ezért felvesznek boldogot meg boldogtalant, és ott tartják maguknál. (11b)

Megpróbálják motiválni a klienseket arra, hogy eljussanak A-ból B-be, ezen kellene az ágazaton kívüli együttműködés, amit mi most úgy próbálunk megtenni, hogy konkrétan ember kíséri a klienst. (14)

Gyakorlatilag úgy néz ki, hogy anyaotthonokba lehet őket elpakolni, tudtommal most nincs már olyan támogatott lakhatás, ahol kiskorút fogadnak, édesanyával, azt mi csináltuk, mert több helyről hallottam, hogy akarnak ilyet nyitni, de még nem történt meg. Úgyhogy ez ez baromi nehéz, mert be van dugulva a rendszer, tele vannak az anyaotthonok. (17)

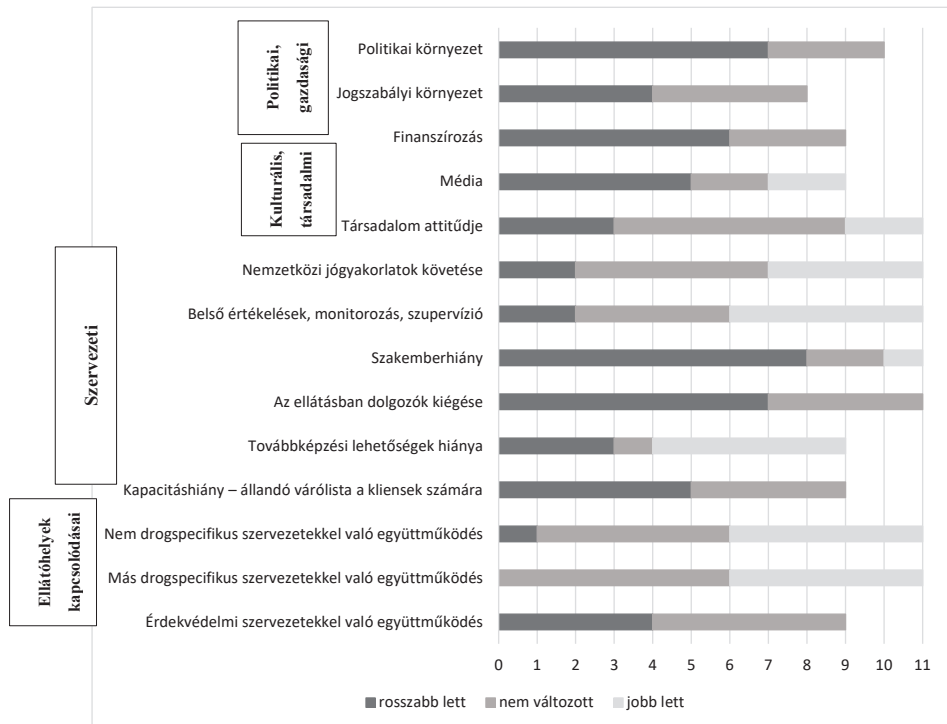
Talán nehezen átlátható az, hogy éppen melyik intézmény éppen milyen szolgáltatásokat nyújt, hogy hová tudjuk tovább irányítani a klienseinket, ennek nagyon utána kell böngészni a neten és sok más szervezetnek, meg szerintem a mi szervezetünknek sem megfelelő mondjuk a honlapon megjelenő információtartalma, tehát hogy ebből nem ismernek meg minket sem a kliensek. Nincsenek feltétlenül friss információk, nagyon utána kell járni, arra meg nem nagyon van tér, hogy mindenkit végigtelefonálgassunk, meg nyilván azért igyekszem a kliensre is ezt ráhagyni, hogy ő menjen ennek utána, de nehéz alapvetően az ellátórendszerben mozogni. (111)



ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÓRENDSZER STRUKTURÁLIS TÉNYEZŐINEK A HELYZETE AZ ELMÚLT 10 ÉVBEN

Az alábbiakban a tanulmányban korábban is alkalmazott tematikus bontásban (politikai, jogi, finanszírozás, társadalmi/kulturális, szervezeti és együttműködés) mutatjuk be, hogyan változtak az elmúlt 10 évben a kliensek ellátásba kerülését befolyásoló tényezők. A szakértők megítélése szerint a politikai környezet, a finanszírozás, a kulturális tényezők (média) és a szervezeti tényezők közül a szakember- és kapacitáshiány, az ellátásban dolgozók kiegészése romlott leginkább az elmúlt évtizedben.

1. diagram Az addiktológiai ellátórendszer strukturális tényezőinek helyzete az elmúlt 10 évben Magyarországon a kutatásban résztvevők percepciója alapján (N)⁹



⁹ A szakértőket arra kértük, hogy önkéntes kérdőívben jelöljék meg, hogyan változott az adott tényező helyzete az elmúlt 10 évben (rosszabb lett, nem változott, javult), majd a választott kategória indoklását szóban fejtette ki az interjúalany.



Politikai, jogszabályi környezet és finanszírozás változása

A szakemberek többsége szerint a politikai környezet, a finanszírozás jellemzően rosszabb lett az elmúlt 10 évben, néhányan úgy érzékelik, hogy ezen tényezők helyzete nem változott, azonban javulásról senki nem számolt be. A politikai helyzet, amely jellemzően a jogszabályi környezettel együtt jelent meg a percepciókban, rosszabb megítélése mögött a kiszámíthatatlanság (I9), a nem támogató közeg (I10), a probléma nem létezése (I7), és a szakma figyelmen kívül hagyása a döntéshozatalban (I9) húzódnak meg. A finanszírozás rosszabb helyzete a pályázatok hiányának, a forrásmegvonásnak tudható be (I6, I10).

Szerintem a szakemberhiány rosszabb lett, ennek is a Lidl-be majd dolgozni, a kiegész szerintem rosszabb lett, pont a pénz miatt. (I4)

Hát, hogy igazából csak annyi, hogy mintha mintha megszüntették volna ezt a problémát, tehát szavak szintjén sem fejeződik ki, az addiktológia szó is nagyon kevésbé szerepel, tehát hogy egy ilyen, én azt érzem mostanában, vagy látom vagy tapasztalom, hogy igyekeznek ezt a problémát nem létezővé tenni, ez csak rosszabb lett, sokkal rosszabb lett. (I7)

A politikai környezet számomra rosszabb lett, mert kiszámíthatatlan például, nem mert kiszámíthatatlan, holnap más törvény lesz, így olyan nehéz dolgozni, ezért mert kiszámíthatatlanok, erre mondom, ez a bizonytalanság, ez a kiszolgáltatottság, hogy hogy miért nem a szakma irányítja a szakmaiságot egyértelműen, nem? Tehát régen sem volt könnyű nyilvánvalóan az államapparátussal, vagy a vezetőkkel való kommunikáció, de hogy ennél jobb volt és egyértelműbb volt és sokkal inkább elfogadták a szakmai véleményeket. (I9)

Mondjuk politikailag ugye kritikusabbak, kevesebb a támogatottság, kevesebb a lehetőség, kevesebb a nyitottság. Finanszírozás meg hát ugye így a megvonás a bizonyos lehetőségeknek, meg elvesztése a pályázati lehetőségeknek. Nekem ilyen így gondolnám vagy nagyon megszűrik, hogy kiknek adnak forrásokat és kik esnek el ettől, ez egyben kapcsolódik a politikaihoz is. (I10)

Társadalmi, kulturális tényezők változása

A társadalom attitűdje és a média esetében vegyesebb a kép: a média a többség szerint rosszabb lett, a társadalom attitűdjét pedig jellemzően változatlanoknak ítélték meg a szakértők. A média rosszabb helyzete magyarázható a kevesebb független médiummal (I7), a több drogproblémát bűnügyi kontextusba állító cikkel (I5a), azonban az egyik szakértő úgy ítéli meg, hogy a média árnyaltabban mutatja be a drogproblémát, mint régebben (I10). A társadalom attitűdje egyik interjúalany szerint rosszabbodott, mert negatív és elítélő (I8), míg más szakember szerint javult, ugyanis a rekreációs szerhasználat esetében a normalizálódás figyelhető meg és sokkal elfogadóbbak vele az emberek (I5b).

A médiára írtam, azért írtam, hogy rosszabb lett, mert Kékfény szinten beszélünk bármiről, akár a híradó, mind, tényleg egy ilyen bűnügyi média, tehát semmi, semmilyen pozitív, nagyon-nagyon kevés pozitív médiamegjelenséget látok ilyen szenvedélybeteg ügy kapcsán. (I5a)



Társadalom attitűdje, hát ebben így hinni akarok, hogy talán egy kicsit a társadalom másképp itt meg pont az, hogy a generáció ahogy fiatalabbak – máshogy gondolkodnak, az eltereltek között nyilván érzékeli, hogy már önmagában az is, hogy ezek büntetőügyesek – rendőrök ahogy eljárnak, nekik most megint más kérdés, hogy jól van-e vagy nem, törvény, ő azt követi, de hogy tők jó fejek, ilyen fiatalabbak a rendőrök, más pontosan tudják, hogy nem fogták meg az év bűnözőjét, ez a fajta ha csak ezt nézem, és ezt kivetítem a társadalomra, hogy generációváltásokkal és nem a nagyon súlyos függőségben élők, hanem a rekreációs használók – erről azért változik nagyon változik a hozzáállás. (15b)

Hát kevesebb a független médium és azt hiszem, hogy sokkal többet kerestek minket régebben, több megjelenésünk volt. (17)

Droghasználók esetében nem történt előrelépés a társadalmi attitűd tekintetében, ezek a negatív aspektusok meg az itélkező attitűd – médián keresztül folyamatosan ez uralja a médiát, ez jut az emberekhez, hogy ez nem tud javulni, ez rosszabb lesz, azt gondolom. (18)

Mert végül is valahogy több szempontból szerepet kap még akkor is, ha nem mindig adekvátan, de legalább szóba kerül. (110)

Szervezeti tényezők változása

A vizsgált szervezeti tényezők közül a szakember- és kapacitáshiány, az ellátásban dolgozók kiegészése a szakértők többsége szerint rosszabb lett az elmúlt évtizedben. A szakemberhiány és a kiegészés helyzete egy-egy interjúalany meglátása szerint a nem versenyképes fizetés (16) és az utánpótláshiány (110) miatt rosszabbodott. A belső értékelések, szupervízió (12a), a nemzetközi jogyakorlatok követése (19) és a továbbképzési lehetőségek helyzete (15) jellemzően javult vagy nem változott, azonban néhány szakértő szerint rosszabbodás is tapasztalható, ami a forráshiányhoz hozható összefüggésbe (12b, 18).

Belső értékelés, monitorozás, szupervízió – ez szerintem jobb lett, ez minőségfejlesztés, azt gondolom ezt mindenki valamilyen módon erre hangsúlyt fektet. (12a)

Nemzetközi szakmai szerintem ez rosszabb, nincs, ehhez is pénz kellene. (12b)

Továbbképzési lehetőségek – azért lehet, hogy fizetős, de azért talán mégiscsak minőségibb vagy hogy mondjam, ezzel nem azt mondom, hogy tíz éve nem volt az, de talán több elérhető. (15)

Finanszírozásban sincs, rosszabb lett a finanszírozás. Ugye egyáltalán nem írnak ki pályázatokat. (16)

Főleg a belső értékelések, szupervízió, lehetőségekből van kevesebb itt is. (18)

Személy szerint nekem biztos, nemzetközi szakmai fejlemények, jó gyakorlatok követése ez is azt gondolom, hogy jobban hozzáférhető, már nemcsak az internet, hanem olyan kollégák által is, akik járnak ilyenekre és továbbképzési lehetőségek tényleg vannak. (19)



Mert nincs mindig, nincs mindig utánpótlás, vagy olyan szempontból, hogy nem változott, a tízes szerintem itt a szupervízió, önmagunk fejlesztése vagy akár a 9-es, nemzetközi dolgoknak így az átvétele, frissítése tudna segíteni a kiegészen, csak mivel ugyanabban a mókuserékben vagyunk így folyamatosan, ezért nem javul ez a dolog. Vagy hogyha lehetne mondjuk több képzésre járni, vagy lenne több ilyen együttműködésre sarkalló projekt és lenne idő ezekben részt venni, az tudna lelkesítő lenni. (110)

Együttműködés változása

A drogspecifikus és nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés (15) tekintetében egyértelműen javulás vagy változatlanosság tapasztalható a szakértők meglátása szerint, az érdekvédelmi szervezetek helyzetét pedig a kisebb aktivitás miatt gondolják rosszabbnak (18).

Drogspecifikus szervezetekkel való együttműködést, ezt is egyébként – nyilván ahogy telik az idő, meg széles, meg több a szervezet meg jobbak ezek a képzített kis kapcsolati utak, szerintem ez jobb. (15)

Érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés is, nyilván intenzívebb is volt, nem látja értelmét valahogy a szakma, vagy én nem tudom, az egyes szervezetek sem nagyon nem látják a lehetőséget, hogy bármit el lehetne érni, hát erről beszéltem kicsit. (18)

ÖSSZEZÉS

A tanulmányban az addiktológiai kliensek ellátásának elsődleges akadályait vizsgáltuk a fővárosi drogspecifikus egészségügyi és szociális szolgáltatóknál több éve a területen dolgozó hazai szakemberek személyes, szakmai megítélése alapján.

A szociális és egészségügyi ellátórendszer eltérő kulturális beágyazottsága okán feltételezhetjük azt, hogy az egyes országokban más-más tényezők nehezítik az addiktológiai betegek ellátásba kerülését, azonban a tanulmány eredményei arra utalnak, hogy hazánkban hasonló tényezők jelentenek akadályt, mint a többi országban. Hangsúlyeltolódásban feltehetően tapasztalható eltérés az egyes országok között, azonban tekintettel arra, hogy jelen és a szakirodalomban fellelhető kutatások is elsődlegesen kvalitatív eredményekre támaszkodnak, így arra nem fogunk tudni választ adni, hogy az egyes országokban mely akadályozó tényezők jelennek meg dominánsabban.

Erdős és munkatársai 2016-os szociális és egészségügyi ellátórendszerben dolgozók körében készült kutatásának eredményei jelen tanulmány megállapításaival erősen egybecsengenek, ami azt jelzi, hogy az elmúlt több mint 5 évben jelentős változás nem tapasztalható ezen a területen. Mindezt megerősítik a jelen kutatás eredményei is: az elmúlt 10 évben a szakértők megítélése szerint a politikai környezet, a finanszírozás, a média tájalásmódja, az érdekvédelmi szervezetek aktivitása, és a szervezeti tényezők közül a szakember- és kapacitáshiány, az ellátásban dolgozók kiegészése esetében rosszabbodás tapasztalható.

Jelen kutatás eredményei és Erdős (2018) tanulmánya is arra utalnak, hogy az olyan strukturális tényezők, mint a politikai és jogszabályi környezet és a finanszírozás is egyértelműen nehezítik a kliensek ellátásba kerülését: a terület átpolitizáltságából, illetve a politikai nyomás-



gyakorlásból eredő nehézségeket, a szakmai munkavégzés törvényhozáshoz és szabályozási rendszerhez köthető akadályait, mindemellett a nem támogató, a problémát és szakemberek véleményét figyelmen kívül hagyó, a társadalomban élő stigmákat elmélyítő politikai környezetet emelték ki a szakértők. Mindemellett öt évvel ezelőtt az egészségügyi/szociális rendszerek közötti harmonizáció problémáit, a széttagoaltságot, a kompetenciaproblémákat, a szakmai feladatokat háttérbe szorító adminisztrációs terheket is említették (Erdős 2018), amit jelen kutatás szakértői is megerősítettek. Más országokban is akadályozó tényezőt jelent a kirekesztő hozzáállás, a szakértők bevonása nélkül meghozott politikai intézkedések (Horgan et al. 2001).

Az ellátás finanszírozásával, illetve egyéb materiális, fizikai korlátaival kapcsolatos nehézségek, mint például az épület rossz állapota, hiányosságai, forráshiány, pályázati források beszűkülése, alacsony bérezés és az ehhez kapcsolódó kapacitáshiány öt évvel ezelőtt, és a mostani kutatásban is több szakértő percepciójában megfigyelhető volt és ugyanígy tetten érhető nemzetközi viszonylatban is (Rehm et al. 2006, Hadland et al. 2018).

Az öt évvel ezelőtti kutatáshoz hasonlóan a kulturális, társadalmi tényezők, úgymint a média stigmatizáló, szenzációhajhász és nem szakszerű tálalásmódja, a társadalom stigmatizáló attitűdje, a sztereotípiákban gondolkodás és a tudatlanság szintén megjelentek a szakértői véleményekben. A szerhasználattal kapcsolatos megbélyegzés súlyos negatív következményekkel járhat a testi, lelki egészségre nézve, és akadályozhatja a kezelésbe kerülést (Chen – Johnny – Conway 2022), egyrészt abban, hogy a kliensek merjenek segítséget kérni, az ellátóhelyre bejelentkezni, másrészt abban, hogy valós információt kapjanak akár a problémáról vagy arról, hol lehet segítséget kérni. Hazai médiaelemzések eredményei a szakértők percepcióit támasztják alá: a drog-jelenség médiareprezentációjában az 1999 és 2007 közötti írott és online sajtóban a cikkek döntő többsége a bűnüldözéssel hozta kapcsolatba a kábítószer-jelenséget, ami a társadalom gondolkodásában a bűnözés és a drogjelenség összekapcsolódására vonatkozó képzetek, valamint a drogfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi távolság/kirekesztés fennmaradását eredményezheti az olvasóban, ugyanakkor nyomokban kimutathatók kedvezőbb, a stigmatizáció potenciális csökkentésének lehetőségét hordozó tendenciák is (pl. semlegesebb, kevésbé szenzációhajhász tálalásmód, drogfogyasztó megszólaltatása) (Paksi – Kaló – Arnold 2018). A 2013 és 2015 közötti online és közösségi médiatartalmak vizsgálata ezzel szemben a kedvező tendenciák hanyatlását jelzi, és azt mutatta ki, hogy a drogjelenséghez többnyire negatív tartalmak társulnak (Paksi – Kaló – Arnold 2018). Nemzetközi médiaelemzés a hazai eredményekhez hasonlóan a közösségi médiában a szerhasználat szembeni stigma jelenlétét mutatta ki (Chen – Johnny – Conway 2022).

A szakértői percepciókat támasztják alá az országos attitűdvizsgálatok (Felvinczi – Magi – Sárosi – Paksi 2020) eredményei is: a felnőtt lakosság körében – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot az elmúlt 20 évben mindvégig a kábítószer-fogyasztók képezték Magyarországon. A droghasználókkal kapcsolatos kirekesztő társadalmi attitűdállapotok és a drog-jelenség médiareprezentációjában 1999 és 2007 között mutatkozó részben kedvezőbb tendenciák közötti ellentmondás háttérben az állhat, hogy a negatív hírek gyorsabban terjednek és jelentősebb tartalomfogyasztást generálnak (Robertson et al. 2023), így elképzelhető, hogy a stigmatizáció csökkenésének lehetőségét hordozó tartalmak kisebb hatásúak, ezáltal kisebb társadalmi szemléletformáló potenciált is hordozva (Paksi – Kaló – Arnold 2018).



Az elmúlt öt évben nincs jelentős változás a szakember-ellátottság tekintetében sem: kutatásunk és Erdős (2018) vizsgálata szerint is az általános szakemberhiány, a szakspecifikus végzettséggel rendelkező munkatársak hiánya, a területen dolgozó szakemberek kiegészése és többletterhei továbbra is égető probléma e területen. Abban sem történt változás, hogy az ellátás igénybevételét továbbra is nehezíti a kapacitáshiány, a folyamatos várólista és az ellátórendszer hiányzó láncszemei, mint például a dizájnner szerhasználók számára létrehozott dropin szolgáltatások; a megkereső munka bővítése, fejlesztése; tűcsere automata, busz; party service szolgáltatás bővítése; speciális csoportokra irányuló ellátás; absztinenciát megkövetelő bentlakásos ellátás előtti detoxikáló biztosítása; vagy a kettős diagnózisú kliensek érdemi ellátása. Nemzetközi viszonylatban is hiányterületnek számít a kettős diagnózisú kliensek ellátása, jelen van a hosszú várólista és a képzett szakemberhiány problematikája is (Rehm et al. 2006, MSI 201, MDH 2000).

Az ellátóhelyek kapcsolódásai és a kliens populáció sajátosságaiból fakadó személyes tényezők az öt évvel ezelőtti kutatásban nem jelentek meg dominánsan, azonban a nemzetközi irodalom (Blevins – Rawat – Stein 2018, Rehm et al. 2000, MSI 2011, NIDA 2000) is rámutatott arra, hogy ezen tényezők is okoznak nehézséget a kliensek ellátásba kerülését tekintve. Ez előbbi egyrészt a szakmán belüli, illetve társszervezetekkel mutatott együttműködések limitációit, másrészt a döntéshozókkal való érdemi szakmai kapcsolat hiányát jelenti. Mindemellett megjelent a kliensek ellátórendszerben megtett útjának komplex problematikája is, úgymint a szervezetek közötti együttműködés és kommunikáció hiányából fakadó kliensdelegálási anomáliák; az ellátórendszer kapacitáshiányából, valamint az ellátóhelyek alacsony számából eredő kliensküldési nehézségek; az ellátóhelyekkel kapcsolatos információhiányhoz köthető kliensoldali tanácsstalanság; illetve a kliensvisszatartás jelensége. A személyes tényezők (pl. előzetes ismeretek, attitűd; motiváció szintje, fenntartása) és szociális tényezők (pl. a terapeuta-kliens kapcsolat nehézségei; a kliensek családi helyzete) egyaránt akadályozhatják az addiktológiai betegek ellátásba kerülését.

Összességében azt láthatjuk tehát, hogy a kliensek ellátásba kerülését strukturális, szervezeti és személyes szinten egyaránt akadályozza valamilyen tényező és ebben nem nagyon volt változás az elmúlt 5-10 évben. Nincs változás a terület finanszírozásában és a finanszírozás kiszámíthatatlanságában, a szakmát figyelmen kívül hagyó, politikai érdekeket szem előtt tartó döntéshozatalban, a kiszámíthatatlan, adminisztrációs terhekkel teli jogszabályi környezetben, a társadalom drogfogyasztással szembeni attitűdjében, a szakember-ellátottságban stb. A hazai és nemzetközi kutatási eredmények is arra utalnak, hogy mély, rendszerszintű problémák tapasztalhatóak az addiktológiai ellátásban, aminek az orvoslása nem egyik napról a másikra történik. A társadalomban uralkodó szemléletet a legnehezebb megváltoztatni: e szemlélet formálásával, a társadalom és a médiamunkások érzékenyítésére irányuló képzésekkel, információs anyagok széleskörű disztribúciójával meg lehetne tenni az első lépéseket arra, hogy a drog- és alkoholfogyasztókkal szemben elfogadóbb társadalmi közeg formálódjon. Természetesen ennek kapcsán érdemes hozzátenni, hogy a társadalmi érzékenyítés önmagában még nem vezet el az érintettek addiktológiai problémáinak tényleges megelőzéséhez, ahhoz sokkal inkább a potenciális fogyasztói oldal attitűdjeit lenne szükséges megváltoztatni, egybeként környezeti prevenciók programok implementációjával. Fontos lenne bevonni a szakértőket a politikai döntéshozatalba, ugyanis a hatékony működéshez nélkülözhetetlenek



a bizonyítékon alapuló döntések. Egy kiszámíthatóbb jogi, pénzügyi környezet teremtésével pl. pályázati források biztosításával az addiktológiai ellátás biztosabb talajon állhatna. Ellátóhelyek közötti kapcsolódásokat lehetne erősíteni például egy online elérhető, kereső funkcióval bíró információs adatbázissal, ahol a szakértők a továbbirányítási lehetőségekről, a kliensek pedig az ellátási lehetőségekről tájékozódhatnak.

Figyelembe véve a kezelésbe fordulóknak rendkívül alacsony arányát – mind hazai, mind nemzetközi szinten – a döntéshozók és az ellátórendszer előtt az alábbi lehetőségek állnak rendelkezésre ezen arány javítására (van den Broek et al. 2023): 1) a kapacitásbővítésen keresztül biztosítani az ellátottak számának növekedését és a várólisták hosszúságának csökkentését; 2) az általános populációban növelni a mentális egészséggel kapcsolatos tudatosságot és csökkenteni az addikciókat övező stigmatizáció mértékét (kampányszintű univerzális beavatkozások); 3) az érintettek hatékonyabb felismerését célzó szűrőprogramok indítása (pl. alapelátásban addiktológiai szűrőteszt alkalmazása); 4) a segítségkérési hajlandóság növelése az azonosított érintettek körében (pl. automatizált emlékeztetők, motiváló üzenetek formájában); 5) telemedicinális programok fejlesztése.

IRODALOM

- Adeniran, E. – Quinn, M. – Wallace, R. – Walden, R. R. – Labisi, T. – Olaniyan, A. – Brooks, B. – Robert Pack, R. (2023): A scoping review of barriers and facilitators to the integration of substance use treatment services into US mainstream health care. *Drug and Alcohol Dependence Reports* 7. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100152>
- Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. (1974): Bevezetés. In: Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. (szerk.): *A deviáns viselkedés szociológiája*. Budapest: Gondolat, 11–43.
- Arnold P. – Péterfi A. (2023): Alkoholbetegek az ellátórendszerben. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon. Tények, adatok, elemzések*. Budapest: ELTE PPK, L'Harmattan Kiadó, 93–138.
- B. Erdős M. – Bognár A. – Borda V. – Brettner Zs. – Kelemen G. – Madácsy J. – Márk M. – Mihaldinecz Cs. – Molnár D. – Szijjártó L. – Szöllösi G. – Vojtek É. (2018): Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata: Kutatási zárójelentés. *Szociális Szemle*, 11(1–2): 8–289. <https://doi.org/10.15170/SocRev.2018.11.01-02.01>
- Bajzáth S. – Tóth E. ZS. – Rác J. (2014): *Repülök a gyógyszerrel. A kábítószerrel történő története a szocialista Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Blevins, C. E. – Rawat, N. – Stein, M. D. (2018): Gaps in the substance use disorder treatment referral process: provider perceptions. *J Addict Med*. 12: 273–277. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000400>
- Braun, V. – Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Caris, L. – Beckers, T. (2022): Accessibility of substance use treatment: A qualitative study from the non-service users' perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2022 (141). <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108779>



- Chen, A. T. – Johnny, S. – Conway, M. (2022): Examining stigma relating to substance use and contextual factors in social media discussions. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 3: 100061.
- Crapanzano, K. A. – Hammarlund, R. – Ahmad, B. – Hunsinger, N. – Kullar, R. (2018): The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10: 1–12. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183252>
- Digiusto, E. – Treloar, C. (2007): Equity of access to treatment, and barriers to treatment for illicit drug use in Australia. *Addiction*, 102(6): 958–969. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01842.x>
- Elekes Zs. (1993): *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében*. Budapest: OAI.
- Elkalla, I. H. R. – El-Gilany, A. H. – Baklola, M. – Terra, M. – Aboeldahab, M. – Sayed, S. E. – ElWasify, M. (2023): Assessing self-stigma levels and associated factors among substance use disorder patients at two selected psychiatric hospitals in Egypt: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1): 592. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05093-0>
- Farhoudian, A. – Razaghi, E. – Hooshyari, Z. – Noroozi, A. – Pilevari, A. – Mokri, A. et al. (2022): Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: an overview of systematic reviews. *Subst Abuse* 16: 1118462. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>
- Felvinczi K. – Magi A. – Sárosi P. – Paksi B. (2021): A pszichoaktív szer-használattal és használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon, helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. Szerhasználó magatartások*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 198–245.
- Gilbert, H. – Drummond, C. – Sinclair, J. (2015): Navigating the alcohol treatment pathway: A qualitative study from the service users' perspective. *Alcohol and Alcoholism*, 50: 444–450. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn027>
- Hadland, S. E. – Bagley, S. M. – Rodean, J. et al. (2018): Receipt of timely addiction treatment and association of early medication treatment with retention in care among youths with opioid use disorder. *JAMA Pediatr.* 172: 1029–1037. <https://doi.org/10.1001/jama-pediatrics.2018.2143>
- Horgan, C. – Skwara, K. C. – Strickler, G. et al. (2001): *Substance Abuse: The Nation's Number One Health Problem*. Robert Wood Johnson Foundation and Schneider Institute for Health Policy.
- Hudgins, A. – Uzwiak, B. – Pizzicato, L. – Viner, K. (2021): Barriers to effective care: Specialty drug treatment in Philadelphia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108639>
- McNeely, J. – Kumar, P. C. – Rieckmann, T. – Sedlander, E. – Farkas, S. – Chollak, C. – Kannry, J. L. – Vega, A. – Waite, E. A. – Peccoralo, L. A. – Rosenthal, R. N. – McCarty, D. – Rotrosen, J. (2018): Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 13(1): 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0110-8>
- Mayring, P. (2014): *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt. https://www.researchgate.net/publication/266859800_



Qualitative_content_analysis_-_theoretical_foundation_basic_procedures_and_software_solution (Utolsó letöltés: 2024. 04. 29.)

- MSI (2011): Substance abuse and mental health services administration. *Psychol Addict Behav.* 9: 135–142.
- Neale, J. – Sheard, L. – Tompkins, C. N. E. (2007): Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2: 31–44. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-31>
- NIDA – National Institute on Drug Abuse (2000): *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- OKBI (Országos Kémiai Biztonsági Intézet), Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (2006): A kábítószer világa. Budapest. http://www.uzemdoki.hu/pdf/kabszer_teljes.pdf (Utolsó letöltés: 2014. 10. 03.)
- Paksi B. – Kaló Zs. – Arnold P. (2018): A drog-jelenség reprezentációja az online és a nyomtatott sajtóban, valamint a közösségi médiában az elmúlt 18 évben – különös tekintettel a tematikus kontextusra. In: Gabos E. (szerk.): *A média hatása a gyermekekre és fiatalokra IX.*: Balatonalmádi, 97–108.
- Peterson, J. A. – Schwartz, R. P. – Mitchell, S. G. et al. (2010): Why don't out-of-treatment individuals enter methadone treatment programmes? *J Drug Policy*, 21(1): 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.07.004>
- Péterfi A. – Bálint R. (2022): 2022-es éves jelentés (2021-es adatok) az EMCDDA számára. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Rapp, R. C. – Xu, J. – Carr, C. A. – Lane, D. T. – Wang, J. – Carlson, R. (2006): Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat.* 30(3): 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.002>
- Redko, C. – Rapp, R. C. – Carlson, R. G. (2006): Waiting time a barrier to treatment entry: Perceptions of substance users. *J Drug Issues*, 36(4): 831–852. <https://doi.org/10.1177/002204260603600404>
- Sokol, R. – Tammaro, E. – Kim, J. Y. – Stopka, T. J. (2021): Linking MATTERS: barriers and facilitators to implementing emergency department-initiated buprenorphine-Naloxone in patients with opioid use disorder and linkage to long-term care. *Subst. Use Misuse*, 56(7): 1045–1053. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1906280>
- Storholm, E. D. – Ober, A. J. – Hunter, S. B. – Becker, K. M. – Iyiewuare, P. O. – Pham, C. – Watkins, K. E. (2017): Barriers to integrating the continuum of care for opioid and alcohol use disorders in primary care: a qualitative longitudinal study. *J. Subst. Abuse Treat*, 83: 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.09.015>
- Rác J. (1988): *A drogfogyasztó magatartás*. Budapest: Medicina.
- Rác J. – Kassai F. Á. (2022): A kényszer-elvonókúrától a pszichoterápiáig. Szemlények és tendenciák a hazai addiktológia történetéből. In: Kiss A. – Farkas J. – Kapitány-Fővény M. (szerk.): *Az addiktológiai zavarok pszichoterápiája*. Budapest: Medicina Kiadó, 41–64.
- Rehm, J. – Baliunas, D. – Brochu, S. et al. (2006): The costs of substance abuse in Canada 2006.



- Robertson, C. E. – Pröllochs, N. – Schwarzenegger, K. – Pärnamets, P. – Van Bavel, J. J. – Feuerriegel, S. (2023): Negativity drives online news consumption. *Nature Human Behaviour*, 7(5): 812–822. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01538-4>
- Saunders, S. M. – Zygowicz, K. M. – D'Angelo, B. R. (2006): Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30: 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.003>
- Strathdee, S. A. – Ricketts, E. P. – Huettner, S. et al. (2006): Facilitating entry into drug treatment among injection drug users referred from a needle exchange program: Results from a community-based behavioral intervention trial. *Drug Alcohol Depend*, 83(3): 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.11.015>
- Van Den Broek, M. – Gandhi, Y. – Sureshkumar, D. S. – Prina, M. – Bhatia, U. – Patel, V. – Singla, D. R. – Velleman, R. – Weiss, H. A. – Garg, A. – Sequeira, M. – Pusdekar, V. – Jordans, M. J. D. – Nadkarni, A. (2023): Interventions to increase help-seeking for mental health care in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002302>
- Van der Pol, P. – Liebrechts, N. – De Graaf, R. – Korf, D. J. – Van den Brink, W. – Van Laar, M. (2013): Facilitators and barriers in treatment seeking for cannabis dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 133: 776–780. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.08.011>
- Wagner, V. – Bertrand, K. – Flores-Aranda, J. – Acier, D. – Brunelle, N. – Landry, M. – Brochu, S. (2017): Initiation of addiction treatment and access to services: Young adults' accounts of their help-seeking experiences. *Qualitative Health Research*, 27(11): 1614–1627. <https://doi.org/10.1177/1049732316679372>
- Williams, E. C. – Achtmeyer, C. E. – Young, J. P. – Berger, D. – Curran, G. – Bradley, K. A. – Richards, J. – Siegel, M. B. – Ludman, E. J. – Lapham, G. T. – Forehand, M. – Harris, A. H. S. (2018): Barriers to and facilitators of alcohol use disorder pharmacotherapy in primary care: a qualitative study in five VA clinics. *J. Gener. Intern. Med.* 33(3): 258. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4202-z>