

EGYSÉGES SZAKMAI PROGRAM

Szenvedélybetegek ambuláns egészségügyi ellátására, szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása szociális szolgáltatásokra



Készítették:

A Kék Pont Alapítvány munkatársai

Tartalom

Bevezető	3
1 Helyzetfelmérés	4
1.1 Magyarország drogügyi helyzete az Unióban	4
1.2 A hazai droghelyzet	5
1.2.1 A szerek okozta problémák társadalmi érzékelése	5
1.2.2 Hazai drogstratégia és jogi szabályozás	6
1.2.3 Kínálat és kereslet	6
1.2.4 Következmények és kezelési adatok	7
1.2.5 Covid-hatás	8
1.3 Budapesti adatok	9
1.4 A szolgáltatás ellátási területéhez tartozó kerületek és kistérségek kiegészítő adatai	11
1.4.1 I. kerület	11
1.4.2 II. kerület	11
1.4.3 III. kerület	11
1.4.4 IV. kerület	12
1.4.5 V. kerület	12
1.4.6 VI. kerület	12
1.4.7 VII. kerület	13
1.4.8 VIII. kerület	13
1.4.9 IX. kerület	14
1.4.10 X. kerület	15
1.4.11 XI. kerület	16
1.4.12 XII. kerület	16
1.4.13 XIII. kerület	16
1.4.14 XIV. kerület	17
1.4.15 XV. kerület	18
1.4.16 XVI. kerület	19
1.4.17 XVII. kerület	19
1.4.18 XVIII. kerület	19
1.4.19 XIX. kerület	20
1.4.20 XX. kerület	20
1.4.21 XXI. kerület	20
1.4.22 XXII. kerület	20
1.4.23 XXIII. kerület	21

1.4.24	Gödöllői kistérség	21
1.4.25	Ráckevei Járás	21
1.4.26	Szentendre	21
1.5	A helyzetkép összegzése, problémák	21
1.6	A helyzetkép elkészítéséhez felhasznált irodalom	23
2	A fenti helyzetfelmérésre alapozó szakmai munka programja	25
2.1	Járóbetegellátás.....	25
2.2	Szociális szolgáltatások	25
2.3	A megvalósítani kívánt szociális szolgáltatások konkrét bemutatása	26
2.3.1	Szolgáltatáselemek és tevékenységek	26
2.3.2	A szolgáltatásnyújtási kapacitás.....	27
2.3.3	A más intézményekkel történő együttműködés módja.....	29
2.4	Az ellátandó célcsoport leírása, ellátási terület	30
2.5	A fenntartó által biztosított szolgáltatási elemek a szociális szolgáltatásokban.....	31
2.5.1	Alacsonyküszöbű szolgáltatások.....	31
2.5.2	Felépülést célzó, közösségi szociális ellátás	32
2.5.3	Hozzá tartozók számára nyújtott szolgáltatások	32
2.6	Az ellátás folyamata az egészségügyi ellátásban és a szociális szolgáltatásokban ...	33
2.6.1	A szerhasználó kliensek ellátása	33
2.6.2	Hozzá tartozók ellátása.....	34
2.7	Az ellátás igénybevételének módja az egészségügyi ellátásban és a szociális szolgáltatásokban	35
2.8	A szolgáltatásnyújtásról szóló tájékoztatás helyi módja az egészségügyi ellátásban és a szociális szolgáltatásokban	36
3	mellékletek jegyzéke	38

BEVEZETŐ

A hazai addiktológiai ellátás jelenlegi, hazai helyzete diszfunkcionális tüneteket mutat. Ez tetten érhető mind a nemzeti szintű drogstratégia mind az átfogó szakmai koordináció hiányában. Az elmúlt években, a járványügyi helyzet hatására ugyanakkor jelentős mértékben változott a szerhasználók helyzete is. A szerhasználat általános csökkenése mellett a kockázati csoportokban határozott növekedés figyelhető meg, ami gyakran az egyes problémacsoportok ellátatlanságával találkozunk. Különösen sújtja ez a jelenség a többszörösen hátrányos helyzetű, gyakran szegregátumokban élő, vagyoni-társadalmi helyzetüket tekintve egyaránt marginalizálódott csoportokat, így a vidéki szegregátumokban élő, alacsony végzettségű embereket és a városi hajléktalan személyeket. Az ő esetükben az addiktológiai probléma a mélyszegénységből induló, többszörös depriváltság egyik tünete, s mint ilyen, kizárólag komplex, egészségügyi, pszichoszociális és szociális eszköztár segítségével kezelhető.

A fővárosi drogpolitikai helyzetet alapvető ismérveiben az össz-hazai helyzetet tükrözi, mind a szakmai stratégia és koordináció hiánya, mind a járványügyi helyzet hatásai terén. Az újraalakult Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum azonban 2021 második felében megkezdte munkáját, reményt adva arra, hogy a területen hamarosan új stratégia születik, megfogalmazva a legfontosabb problémákat, beavatkozási területeket, így egységes irányba terelve a meglévő helyi kapacitásokat. A fővárosi kerületek kábítószerügyi helyzetéről kizárólag részadatok állnak rendelkezésre, a legtöbb kerületben nincs aktuális drogstratégia a kábítószerügyi egyeztető fórumok működése hektikus és forráshiányos.

A Kék Pont Alapítvány fenntartóként a III. és IX. kerületben szenvedélybetegek számára járóbetegellátást, továbbá a III. és a IX. kerületben szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátását, a VIII. kerületben szenvedélybetegek közösségi ellátását működtet. Az ellátások célja az ellátási területen élő legális és illegális szerhasználók megkeresése, lakókörnyezetükben való ellátása, és ezzel a droghasználat ártalmainak megelőzése, integrációjuk elősegítése. A járóbetegellátás célja a szenvedélybetegek korai kezelésbevétele, majd felépülésük elősegítése. Az alacsonyküszöbű és a közösségi ellátás célja a meglévő erőforrások felhasználásával a droghasználók és más függőségi problémával élők (alkohol, gyógyszer, viselkedési függőségek) mielőbbi kezelésbe irányítása, esetleges későbbi rehabilitációjuk megkönnyítése. Mindez eredményezi a szűkebb környezetükre és a társadalomra háruló – egészségügyi, bűnügyi stb. – terhek mérséklését is.

Jelen szakmai program célja, hogy a megalapozó helyzetfelmérésre reagáló szolgáltatási struktúrát leírja, meghatározza a szolgáltatások mennyiségi és minőségi paramétereit, az igénybe vétel módját, folyamatát, feltételeit, illetve lehetséges kimeneteit, továbbá a szolgáltatások nyújtásában közreműködő szakemberek végzettségi és kapacitási jellemzőit. A szakmai program kitér a szakmai minőség biztosításához és fejlesztéséhez szükséges intézményen belüli együttműködési felületekre és szakmai hálózati együttműködésekre is.

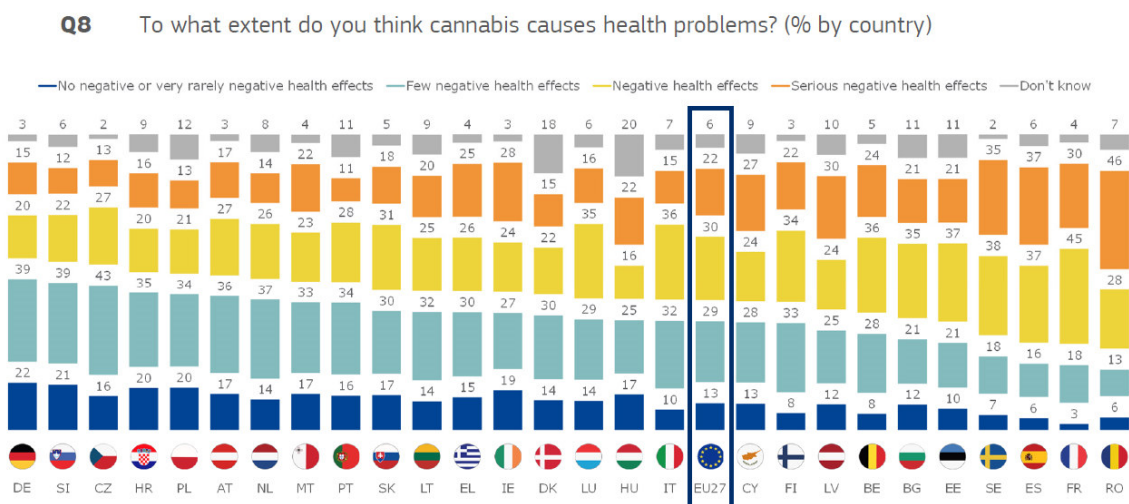
1 HELYZETFELMÉRÉS

1.1 Magyarország drogügyi helyzete az Unióban

Az Eurobarometer survey (Eurobarometer 2021) keretében 2021 június-júliusban közel 26 ezer, 15 éves és idősebb embert kérdeztek meg a 27 uniós tagállamban a kábítószerügyi helyzetről. A 2022 februárjában publikált kutatási adatok szerint a válaszadók több mint fele (54%) úgy érzékeli, hogy környezetében a kábítószeres fogyasztás és kereskedelme probléma, 30% gondolja, hogy a Covid okozta járványügyi helyzet fokozta ezt a gondot. A válaszadók kétharmada szerint a legnagyobb problémát a kábítószeres könnyű hozzáférhetősége okozza, illetve azok tinédzserek körében való terjedése. A válaszadók több mint fele (53%) a keménydrogok fogyasztását, közel fele (43%) a nyilvános marihuána fogyasztást érzékelték még jelentős problémaként.

A survey a jelenleg Magyarországon illegális szerek közül a kannabisz használatára tér ki részletesebben. A megkérdezettek közel háromnegyede (72%) saját bevallása szerint sosem fogyasztotta ezt a szert, míg 21% fogyasztotta már, de az elmúlt egy év során egyszer sem. A maradék 7%-ból a megkérdezést megelőző 30 napban mindössze 3% fogyasztott marihuánát. Az uniós átlagban 27%-ban előforduló, legalább egyszeri kannabisz fogyasztás csupán négy országban mutat magasabb prevalencia értéket, Csehország, Franciaország, Hollandia és Írország esetén (35-40% közötti értékek). Magyarországon a válaszadók 17%-a fogyasztott már kannabiszt legalább egyszer élete során. Uniós átlagban a válaszadók több mint fele (52%) gondolja, hogy a szer használatának negatív egészségügyi következményei lehetnek, 22% szerint komoly mértékben. A válaszok azonban ezen a téren országonként erősen megoszlának (1. ábra).

1. ábra: A kannabisz fogyasztásának negatív egészségügyi hatásairól alkotott vélemények országonként



Base: all respondents (n=25 713)

Forrás: Eurobarometer, 2021

A válaszadók a kannabiszt tartják a legkönnyebben elérhető, illegális szernek, 56% szerint az elérése kifejezetten vagy elég könnyű, míg a tiltott szerekhez hasonló hatást kiváltó, legális szerek elérése csupán 36% szerint ilyen egyszerű. Az egyéb klasszikus tiltott szerek elérését (MDMA, kokain, heroin) 18-28% találja hasonlóan könnyűnek.

Az elmúlt évtizedekben a kannabisz esetén jelentős változáson ment át a szer tiltásával kapcsolatos közvélekedés. Amíg az MDMA, kokain vagy heroin esetén a megkérdezettek 89-

92%-a a mai napig a tiltás híve maradt, a kannabisz teljes tilalmát mindössze a válaszadók alig több mint harmada (35%) támogatja, míg uniós átlagban 62% a szabályozott hozzáférés pártján áll. A legnagyobb, 70% feletti támogatottsága szabályozott hozzáférésnek Csehország, Lengyelország, Szlovénia és Horvátország válaszadói között van, míg a lett, finn, svéd és román válaszadók fele-kétharmada továbbra is a teljes tiltás híve maradt. Általában megfigyelhető, hogy a magasabb végzettségű, fiatalabb, városi környezetben élők, a két nem közül pedig a férfiak gyakrabban támogatják a szabályozott hozzáférés ügyét.

1.2 A hazai droghelyzet

1.2.1 *A szerek okozta problémák társadalmi érzékelése*

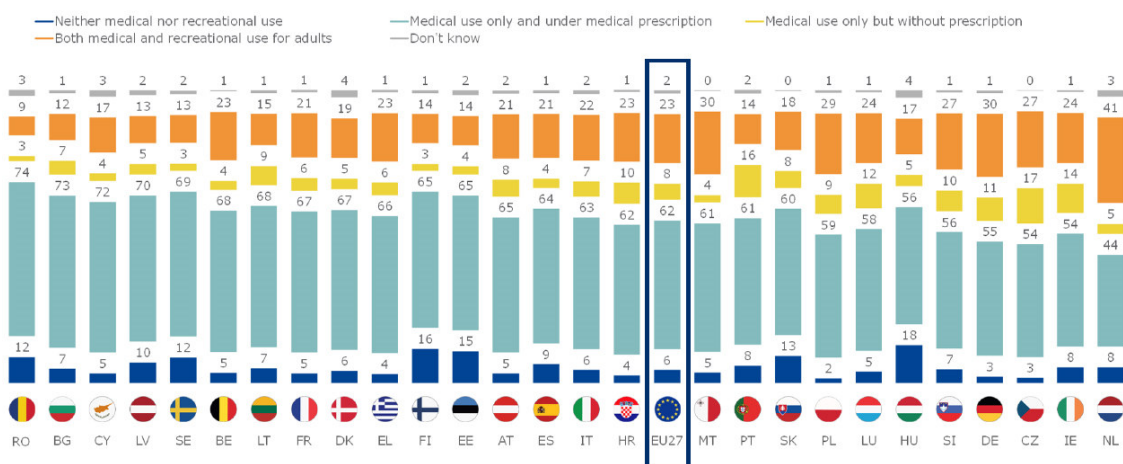
A fentebb összegzett Eurobarometer gyorsfelmérés eredményei szerint a hazai megkérdezettek a kábítószeres terjesztésével és fogyasztásával kapcsolatos problémák nagy részét az uniós átlagnál kevésbé érzékelik súlyosnak. Az uniós 54%-kal szemben a válaszadóknak mindössze 36%-a érzékeli, hogy a fogyasztás vagy a kereskedelem legalább valamelyest problémát okozna a társadalomban. A szerek elérhetősége és használata 10 százalékponttal kevesebb válaszadó (25%) számára tűnik jelentős, az életminőséget csökkentő tényezőnek, azok körében pedig, akik a kábítószeres problémának érzékelik a környezetükben, az ezzel összefüggésbe hozott problémák érzékelésének aránya 7-18%-kal kisebb. Némiképp torzult hazai érzékelést mutat, hogy a rendőrség által, a súlyosabb közúti balesetek során levett vér- és vizeletminták (226 mintavétel) 75%-a kimutatott olyan szert, ami a vezetési képességeket hátrányosan befolyásolja. A pozitív minták 45%-ában kannabiszból származó hatóanyagot (THC) találtak (EMCDDA/Drogfókuszpont 2021).

A hazai válaszadók nehezebbnek tartják a drogokhoz való hozzáférést is az uniós átlagnál, emellett feltűnő, hogy szignifikánsan nagyobb az ezzel kapcsolatos kérdésekre („nem tudom” választ adók aránya is (a legális szerek esetén 30%, a kannabisz esetén 25% választott így – az uniós átlag 20% és 11%). A legális szerekről a válaszadók alig harmada (28%) gondolja, hogy (viszonylag) könnyen hozzáférhetőek, míg a kannabisz esetén ez az arány 38% (EU 27: 36%, 56%). A magyarországi megkérdezettek azonban lényegesen jobban tartanak az online árusítás negatív következményeitől: a teljes minta 41%-a, a hazai válaszadók 55%-a ért egyet azzal, hogy a kábítószeres online értékesítése növeli az ezzel kapcsolatos problémákat a környezetében.

Míg a kannabiszon túli, klasszikus, tiltott szerekkel kapcsolatos vélemény az uniós átlaghoz hasonló, a kannabisz tilalmát az uniós átlagnál 6 százalékponttal többen támogatják (41%), a szabályozott forgalmazást pedig 7 százalékponttal kevesebben (55%). A megkérdezettek 61%-a gondolja, hogy a marihuána orvosi célú használatát (vénnel vagy anélkül) támogatni kéne, ez 9 százalékponttal marad alatta az uniós átlagnak, míg a rekreációs célú felhasználás támogatóinak aránya 6 százalékponttal kisebb (17%) (2. ábra).

2. ábra: A kannabisz felhasználási módjainak támogatása uniós viszonylatban, országonként

Q9 In your opinion, should cannabis be allowed for: (% by country)



Base: all respondents (n=25 713)

Forrás: Eurobarometer, 2021

1.2.2 Hazai drogstratégia és jogi szabályozás

A 2013-20 közötti Nemzeti Drogellenes Stratégia lejártát követően egyelőre nem készült új, az uniós stratégiához igazodó szakpolitikai program. A szakemberek így a korábbi keretrendszert tekintik irányadónak. A koordinációs feladatok a BM feladatkörébe tartoznak, az ellátó intézmények szakmai felügyeletét a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet, finanszírozásuk felügyeletét a MÁK biztosítja. A stratégia öt alapérték (Élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog; Személyes és közösségi felelősségvállalás; Közösségi aktivitás; Együttműködés; Tudományos megalapozottság) mentén határoz meg általános és konkrét célokat az alábbi területeken: Egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés; Kezelés, ellátás, felépülés; Kínálatcsökkentés. A kábítószer-probléma kezelésére fordított közkiadásokról nem áll rendelkezésre részletes információ.

A hazai jogi szabályozást a stratégia által lefedett időszakban a BTK többszöri módosítása jellemezte. A gyakorlati helyzethez alkalmazkodva a BTK 2013 óta kitér az új pszichoaktív szerekre is, a csekély mennyiség tartását és megszerzését – a klasszikus szerekkel ellentétben – szabálysértésként definiálja. A jogi szabályozás továbbra is lehetővé teszi a csekély mennyiségre elkövetett birtoklás esetén az eljárás megszüntetését vagy a büntetés enyhítését, amennyiben az elkövető vállalja, hogy az elsőfokú ítélet meghozataláig kábítószer-használatot kezelő ellátásban (elterelés) vesz részt.

1.2.3 Kínálat és kereslet

Az EMCDDA és a Drogfókuszpont kutatásai szerint az ország elsősorban tranzit-országnak számít, célország jellege a kannabisz, amfetamin, dizájn drogok és MDMA tekintetében érvényesül (EMCDDA/Drogfókuszpont, 2021).

2010-től a hazai drogpiacon jelentős átrendeződés jellemezte: a klasszikus szerek mellett megjelentek az új pszichoaktív szerek. Ezeket a legális anyagokból való előállíthatóság, könnyű és viszonylag olcsó elérhetőség és a hatóanyagok állandó cserélődése miatt, nehéz tettenérhetőség jellemzi. A piac bővülésével 2014-re a lefoglalások 60%-át ezek az anyagok tették ki. Ezt követően egy szűkülési időszak következett, a lefoglalásokban jelentős eredmény 2020-ra mutatkozott, amikor a korábbi arányszám felére esett vissza.

Az elmúlt években 5-7 ezer közötti kábítószerrel összefüggő bűncselekmény vált ismertté, ezek valamivel több mint fele kannabiszhoz, közel harmada stimulánsokhoz köthető. A statisztikák 80%-ban fogyasztással kapcsolatos, csekély mennyiséggel elkövetett bűncselekményeket tartalmaznak.

Az ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) és az OLAAP (Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról) 2019-21 közötti vizsgálatai szerint legális vagy illegális szert a fiatalok közel negyede (23,2%) fogyasztott már valaha. A 18-64 éves magyarországi népességben minden tizenharmadik (7,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban pedig minden hetedik fiatal felnőtt (14%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot. A tiltott drogok közül legtöbben (6,1%) marihuánát, vagy hasist fogyasztottak eddig életük során, ezt követik az ecstasy és a szintetikus kannabinoidok (2-2,5% közötti értékek), illetve az amfetamin, a kokain és a dizájner stimulánsok (1,5% körüli érték). A többi szer életprevalencia értéke a kutatási mintában nem éri el az 1%-ot. A kutatás adatai alapján 2015-19 között nem történt lényeges változás sem a teljes felnőtt populáció, sem a fiatal felnőttek körében, sem a vezető, kannabisz használat, sem az ecstasy, sem a szintetikus kannabinoidok használatának elterjedtsége terén.

Az új típusú pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használatának 2014-ig tartó, fellendülését visszaesés követte. A szer azonban a hazai kábítószer-népszerűségi listának még mindig a harmadik helyén áll. Az ÚPSZ megjelenése a problémás használat szereinek változását, a klasszikus szerek (heroin, amfetamin) visszaszorulását hozta. Az intravénás használók mellett a jelenség jelentősen érintette a marginalizált csoportokat, így a mélyszegénységben és szegregátumban élőket, a hajléktalan embereket, fogvatartottakat, illetve az állami gondozottakat és a gondozásból kikerülőket.

1.2.4 Következmények és kezelési adatok

A heroin hozzáférhetőségének 2010-es drasztikus visszaesésével az e szerhez köthető halálesetek száma is lecsökkent, 2012-től kezdődően nőtt ugyanakkor az ÚPSZ-szel összefüggő halálesetek száma, így a szerstruktúrában bekövetkezett elmozdulás összességében nem okozott változást a halálesetek számában. 2015 és 2019 között mintegy 35-43 haláleset történt évente, 2020-ban 48 végzetes mérgezés történt.

A 2006 óta folyó országos szeroprevalencia vizsgálatok során 2014-ben azonosítottak először HIV-fertőzötteket a vizsgálatba bevont intravénás szerhasználó személyek között, ezt követően, 2019-ig, a vizsgálatban résztvevők között évi 1-3 fertőzöttet azonosítottak (a vizsgáltak 0,3-3%-a). A hepatitis C vírus előfordulásának országos átlaga 25% körül alakult az intravénás szerhasználók körében 2011-ig, ám 2015-re már négyből több mint három (79%) intravénás szerhasználó HCV fertőzött. Ezt valószínűleg az ÚPSZ injektálók számának növekedése és a tűcsere programok hozzáférhetőségének egyidejű csökkenése okozta. 2018-ra a felmérések szerint a detektált fertőzöttek száma csökkent, ám nem a gyógyulás, hanem a vizsgálattal elérték számának drasztikus csökkenése miatt.

A használók közül legtöbben a kannabisz használata miatt kerülnek kezelésbe. 2020-ban az új belépők kétharmada elsődleges szerként, további közel 7% másodlagos szerként jelölte meg a kannabiszt. A kannabisz miatt kezelésbe lépők számát erősen meghatározza az elterelésre érkezők aránya: a szám 2016-18 között követi az eltereléses esetek növekedését, majd 2018-20 között ugyanúgy leköveti a csökkenést is. Az elterelésre érkezők háromnegyede kannabisz használó, a kannabisz használók közel 90%-a elterelésre érkezik. Az önkéntesen belépők között a kannabiszhasználók aránya nem éri el a 35%-ot. A második legjellemzőbb, kezelést indokló szerhasználati probléma a stimuláns fogyasztás.

Az új pszichoaktív szerekhez köthető kezelési igény a kezelésbe lépők adatai alapján csökkenő tendenciát mutat, de bizonyos ellátási formákban, még mindig jelentős ellátási igény köthető hozzájuk. Feltételezhető, hogy az ellátórendszer még mindig nehezebben vonja kezelésbe, vagy el sem éri a kezelést igénylő ÚPSZ-használók egy jelentős részét.

Az új pszichoaktív szerek közé tartozó dizájner stimulánsok térnyerése 2010-től kezdődően a heroint, 2013-tól pedig már az amfetamint is kiszorította. Míg 2010-ben a tűcserébe járó intravénás szerhasználóknak kevesebb, mint 8%-a használt dizájner stimulánsokat, az ezt követő években folyamatosan emelkedett az arányuk, a legmagasabb 2015 és 2018 között volt (80% körüli), amit 2019-ben enyhe visszaesés követett (70%). 2020-ban folytatódott a csökkenés, 63%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere, de ez az arány még mindig jelentős dominanciára utal az injektálható szerek esetében. 2020-ban a heroin és egyéb ópiátok használata viszont enyhe emelkedést mutatott az elmúlt évhez képest. A dizájner stimulánsok injektálása a 25 év alatti kliensek körében a legmagasabb, 2020-ban 84%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

Az ÚPSZ minden fogyasztási formáját figyelembe véve elmondható, hogy 2014-ig emelkedett, ezt követően csökkent a kezelésbe kerülő új pszichoaktív szereket használók száma. 2020-ban a kezelésbe kerülőknek összességében alig 14%-ánál volt jelen ez a szer, elsődleges szerként a belépők 8,2%-a, másodlagosként 6,4% említette.

Az injektált ÚPSZ-fogyasztás hatására 2011-ben ugrásszerűen megnőtt a kiosztott fecskendők száma. Az igény fokozódása mellett 2012-től, a források csökkenése miatt mégis csökkent a kiosztott injektorok száma, az ezt követő, lassú emelkedés a 2011-es adatokat még 2014-ben sem érte el, a megjelent kliensek és kontaktok száma viszont rohamosan emelkedett. 2015-ben, a két legnagyobb tűcsere program előző évi bezárása után mutatkozott jelentős csökkenés mind a kliensforgalomban, mind a kiosztott injektorok számában. A csökkenő tendencia 2016 és 2019 között mérsékeltebben, de folytatódott, amely egyrészt további programok megszűnésének, a fővárosi szervezeteknél megfigyelhető kapacitáshiánynak, másrészt az intravénás szerhasználók szerhasználati mintázatában bekövetkezett változásnak tudható be. 2016 után az ellátói adatforrások a bevitt szerek és beviteli módok változásáról számoltak be: az addigi injektálók egy része a belégzés/inhalálásra (fóliázás), illetve a szintetikus kannabinoidok elszívására állt át. 2018-as és 2019-es kutatási adatok alapján az intravénás szerhasználók körében gyakoribbá vált a fecskendők gyógyszerárban történő beszerzése is. Míg 2011-ben közel 650.000 fecskendő került kiosztásra, addig 2020-ban 43.244 darab. A kliensek száma a 2013-ban mért 4624-ről 567-re esett vissza.

1.2.5 Covid-hatás

Az első járványhullámhoz képest a második koronavírus járványhullám alatt a dohány- és alkoholfogyasztás, valamint a benzodiazepinekkal való visszaélés nőtt meg jelentősen, a marihuána, a szintetikus kannabinoid (herbál) és a szintetikus katinon (kristály) használata kisebb mértékben. Ezeket leszámítva a többi szer használatában a szolgáltatók többsége szerint nem történt változás, kifejezett csökkenést az ecstasy / MDMA és az amfetamin használatában tapasztaltak leginkább feltehetően az éjszakai élet hiányával összefüggésben. Növekedett ugyanakkor a polidrog használat, a szolgáltatók a fogyasztási gyakoriság, illetve a mennyiségek növekedését és csökkenését is tapasztalták, gyakori volt a szerváltás. A szerváltást főként a szerek elérhetősége, ára, a fogyasztók anyagi lehetőségei és a kijárási korlátozásokkal járó életszintér váltások generálták. *„A kezelés megkezdését ... az új típusú koronavírus világjárvány 2020 folyamán visszavetette, és az év végéig csak körülbelül 500-600 beteget prognosztizálnak a kezelőhelyek. ... az intravénás szerhasználók esetében gyakran felmerülő probléma az aktív társadalombiztosítás hiánya, amit a kezelésbelépés előtt rendezni kell”* (EMCDDA Országjelentés, 2020, 172. o.)

A Kék Pont munkatársai számára a legfőbb kihívást a járványügyi időszakban az ellátástípusok, kezelési folyamatok folyamatosságának fenntartása, azon belül kiemelten a csoportok vagy más közösséget érintő tevékenységek hiánya jelentette. Nehézséget okozott a továbbutalás, magasabb, illetve következő ellátásba küldés. A kapcsolattartási problémákat kép és hang elérést is lehetővé tevő, elektronikus eszközök segítségével enyhítettük. Ennek hatására 2020 márciusától kezdődően az előző években tapasztaltaknak két-háromszorosára nőtt az átlagos, igényelt konzultációs szám, így 2020-21-ben, a kliensszám tíz százalék körüli visszaesése ellenére a kontaktusszám jelentős növekedését tapasztaltuk az önkéntesen jelentkezők között. Az önkéntes kliensekkel való munka volumenének növekedése az elterelésre fordítható kapacitások jelentős szűkülését okozta.

1.3 Budapesti adatok

A 2019. február 20.-án, a Fővárosi Közgyűlés 23 igen szavazattal, egy nem ellenében, öt tartózkodás mellett döntött, hogy a főpolgármester és a budapesti rendőr főkapitányság vezetésével Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórumot hoznak létre. Az elfogadott előterjesztés szerint a fórum megalakítását az teszi szükségessé, hogy a korábbi, klasszikus kábítószerrel szemben egyre inkább elterjednek az új pszichoaktív anyagok és a kábítószernek nem minősülő, tehát tiltólistán nem szereplő, bódító, tudatmódosító szerek. Ezen tendenciák térnyerése új szemléletű fellépést és társadalmi szerepvállalást jelent. A dokumentum tartalmazza továbbá, hogy a létrehozott Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum „a Nemzeti Drogellenes Stratégia alapvető beavatkozási területén, elsősorban nem a szankcionálásra fókuszáló rendészeti jellegű megoldásokat előtérbe helyezve tudja majd eredményesen és hatékonyan megvalósítani a hozzá fűzött elvárásokat”. A 2019 májusában megalakult KEF öt munkacsoportot működtet a kínálatcsökkentés, prevenció, ártalomcsökkentés, kezelés-ellátás és a kutatás területén, a szakmai munkában civil szervezetek is részt vesznek. A Kék Pont munkatársai mind az öt szakmai munkacsoportban jelen vannak. A járványügyi helyzet miatt a KEF munkája 2020-ban megtorpant, érdemi előrelépésre 2021 második felében került sor, a munkacsoportok 2022-ben kezdték meg a tényleges munkát, így az eredmények jelen helyzetfeltárás készítésekor még váratnak magukra.

Az ESPAD kutatása (Arnold et al. 2021) a középiskolások körében gyűjt adatokat. Ez alapján a 8-10 évfolyamos, fővárosi diákok közel kétharmada (64%) dohányzott már életében, míg közel egyharmad (31%) a kérdezést megelőző hónapban is. Napi rendszerességgel, kicsivel több, mint minden ötödik fiatal (22%) fogyaszt, közülük minden ötödik 10 száznál is többet naponta. Megfigyelhető, hogy a szerhasználat – különösen a legális szerek és a marihuana esetén egyre fiatalabb életkorra tolódik. Ugyanakkor a 16 évesek 16-20%-a már legalább egyszer kipróbált valamilyen illegális szert, de a 18 éves populációban ez a gyakoriság már 50%-ra tehető.

A budapesti felnőttek szerfogyasztásának helyzetéről frissebb adatokkal a 19-35 éves budapesti fiatal felnőtt populációban végzett longitudinális vizsgálat (Budapest Longitudinal Study) 2020-as hullámából rendelkezünk. A budapesti 19-35 éves fiatal felnőtt népességben a vizsgált tiltott drogok közül legtöbben kannabiszt fogyasztottak eddig életük során. A kannabisz után a leginkább elterjedt, más drogokhoz képest jelentősebb életprevalencia értékkel rendelkező tiltott szer az ecstasy, amit holtversenyben az amfetamin, a dizájnert stimulánsok és a kokain követnek. A többi szert a 2020-as adatok alapján a budapesti fiatal felnőtt népesség kevesebb, mint 1%-a próbálta ki (Paksi 2021).

A 19-35 éves budapesti fiatal felnőtt népességben azoknak, akik az életük során fogyasztottak már kannabiszt, valamivel több, mint egyharmada (34,7%-a) fogyasztott már valaha más tiltott drogot is. A kannabiszhasználók kockázata a valamilyen egyéb tiltott drog kipróbálása

tekintetében kb. háromszorosa a fővárosi fiatal felnőttek körében általában jellemzőnek – ez az országos átlagnál kisebb érték. Az egyes szerek közül különösen kisebb szerepet kap a szintetikus kannabinoid és a kokain használat. Azaz a budapesti fiatal felnőttek körében a kannabiszhasználó magtartás inkább jelent önálló, más szerhasználó magatartásoktól elkülönülő magatartást, mint általában a felnőtt népesség körében Magyarországon (Paksi 2021).

A 19-35 éves szintetikus kannabinoidot valaha használó fővárosi fiatal felnőttek körében viszont az egyes egyéb tiltott drogok életprevalencia értéke többszöröse a kohorszban mutatózó átlagos értékeknek. Így a kannabiszhasználat négyszerese, a dizájner stimulánsok, az amfetamin, az ecstasy és a kokain a tíz-tizenötszöröse, az LSD használat közel harmincszorosa, a heroin pedig negyvenszerese (Paksi 2021). A 18-64 éves felnőtt népesség körében 2019-ben készült országos adatfelvétel alapján kibontakozó szersorrendhez képest (Paksi et al., 2021) a budapesti fiatal felnőttek körében a szintetikus kannabinoidok használata más szerhasználó magatartásokhoz képest kevésbé népszerű.

A felnőtt korú hajléktalan populációban 2017 folyamán készült reprezentatív vizsgálat (Paksi et al 2020) a kábítószer-használattal kapcsolatos érintettség feltárására. Az életprevalencia értékek alapján a hazai hajléktalan populáció körében a legelterjedtebb tiltott szer a marihuána/hasis: minden ötödik-hatodik válaszadó fogyasztott már életében marihuánát, vagy hasist (Paksi et al. 2020). A közelmúltbeli droghasználatot tekintve azonban a szintetikus kannabinoidok használata megelőzi a marihuána/hasis népszerűségét. A szintetikus kannabinoid-használók körében 5-7-szer nagyobb az egyéb tiltott drogok használatának az esélye, továbbá az új stimulánsok (jellemzően szintetikus kationok) fogyasztása a kannabiszt használókhoz képest sokkal inkább elterjedt a szintetikus kannabinoid-használók körében (Paksi et al. 2020).

A 2020-as HEPAGO-NFP budapesti biomagatartás vizsgálat során (Tarján et al. 2021) megvizsgálták a vizsgálatba kerülő kliensek szerhasználati mintázatait, továbbá a koronavírus járvány okozta változásokat is felmérték a szerhasználat, a beszerzés, szociális helyzet és az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében. A vizsgálat 2020. június és december között zajlott. A megkérdezettek (110 fő) közül 96 fő fogyasztott már életében kábítószer vagy új pszichoaktív szert, közülük 57 fő volt intravénás szerhasználó. A 96 fő 81%-a volt férfi, 19%-a nő. Az elmúlt évben 64%-uk volt hajléktalan. Az elsődleges szert érintő szerváltás csekély mértékben történt a koronavírus járvány és ahhoz köthető korlátozások bevezetését (2020 március) követően a kliensek bevallása szerint. 65 fő esetében volt elérhető mindkét szerhasználati információ (járvány előtti elsődleges szer vs. elmúlt 4 hétben elsődleges szer) körükben: 1 fő alkohorról heroinra; 3 fő herbálról kristályra/ metamfetaminra/ kannabiszra; 2 fő kokainról kristályra/ kannabiszra és 4 fő kristályról amfetaminra/ herbálra/ kannabiszra váltott. A legtöbb vizsgálatba került személy elszívás vagy injekálás útján juttatta a szervezetébe az elsődleges szerét. A beviteli módban a járvány előtti időszakhoz (2020 márciusa előtt) viszonyítva nem volt kimutatható markáns változás.

Paksi 2021-es felmérése szerint a budapesti fiatal felnőttek körében a nyugtatók/altatók, a hagyományos stimulánsok fogyasztása, valamint a kannabisz-használat van jelen önálló fogyasztói magatartásként, míg a szintetikus kannabinoidok és a dizájner stimulánsok használata azonban csak a polidrog-használat részeként jelenik meg. Ezek az eredmények részben összecsengenek a 2015-ös OLAAP vizsgálat eredményeivel, ugyanakkor a korábbi elemzéshez képest új látens csoportként megjelentek a hagyományos stimuláns használók.

A férfiak mintegy kétszer nagyobb eséllyel tartoznak a hagyományos stimuláns-használók, illetve a kannabisz-használók, s háromszor nagyobb eséllyel a polidrog-használók csoportjába, mint a nők. Az alacsony képzettségi státus általánosan jellemző kockázati szerepével összhangban a szakképzettség hiánya esetén is szignifikánsan magasabb a hagyományos stimuláns- és a kannabisz használók csoportjába tartozás esélye. Az anyagi státus mutatói

elsősorban a gyógyszer-fogyasztók és a kannabisz-használók látens csoportjai esetében jeleztek a nemhasználókhöz képest szignifikáns eltéréseket: a kedvezőbb státusz fokozott kockázatát mutatva. E mellett jelentős lehet a családi deviáns minták szerepe minden fogyasztói csoport vonatkozásában, míg a társas kapcsolatokkal való nagyobb fokú elégedettség esetén kisebb a szerhasználó csoportokba tartozás kockázata.

1.4 A szolgáltatás ellátási területéhez tartozó kerületek és kistérségek kiegészítő adatai

1.4.1 I. kerület

Budavár kerületben szerhasználati vagy a helyi kábítószerügyi fórum munkájára utaló adatok, illetve kerületi drogstratégia nem érhető el. A kerületben pszichiátriai betegek számára működik közösségi szociális ellátás, e mellett ide van bejegyezve a prevencióval foglalkozó Drog Alapítvány, illetve a prevencióval és kezeléssel is foglalkozó Szenvedélybeteg Fiatalokért Közhasznú Alapítvány. A két alapítvány működésével kapcsolatos adatok az interneten nem érhetőek el.

1.4.2 II. kerület

A II. kerület szerhasználati adatairól nem érhetőek el részletes adatok. Pszichiátriai betegekkel a kerületi szociális ellátó intézmény II. sz. gondozó központja és a Sotéria Alapítvány foglalkozik, szenvedélybetegek és hozzátartozóik számára alacsonyküszöbű, közösség, illetve nappali ellátást a Válaszút Misszió Drogkonzultációs Irodája nyújt.

A kerületben kábítószerügyi egyeztető fórum működik, a polgármesteri hivatal illetékes ügyosztályai, a rendőrség és a kerületi intézmények, illetve a Válaszút bevonásával. A KEF a kábítószer probléma kerületi szintű koordinációját, illetve a szakemberek ehhez szükséges tájékoztatását tűzi ki célul. A helyi drogstratégia a prevencióra fókuszál, ehhez a fiatalok és szülők tájékoztatása mellett a fiatalok számára hasznos szabadidő eltöltési lehetőség biztosítását választva legfőbb eszközl.

1.4.3 III. kerület

Óbuda-Békásmegyer kábítószer egyeztető fórumot működtet, a legutóbbi kerületi drogstratégia pályázatból finanszírozott kutatás alapján készült helyzetfelmérésre épül. A kutatásban elsősorban az ellátás területén részben vagy fő feladatként érintett szervezetek információit összegzik. Ezek szerint a kerületben leginkább fogyasztott kábítószer a marihuána, az új pszichoaktív szerekhez tartozó biofű, illetve az új pszichoaktív szerek általában véve, valamint a természetes úton előállított kannabisz, amit előfordulási gyakoriságban a szintetikus úton előállított „partydrogok” (speed) követnek. Az intravénás szerhasználók aránya a felmérést megelőző időszakban csökkent, a használók a kerületi szerhasználók társadalmi státusz mentén nem tipizálhatók. Kor és nem szerint a 14-30 közötti fiúk és férfiak a leginkább érintettek, a fiatalok kliensek aránya minden ellátónál emelkedő tendenciát mutatott az adatfelvétel idején. Az ellátást nyújtó szervezetek közül a Kék Pont Alapítvány, a Félkör Alapítvány és a Segítőpont Drogmegelőző, Egészségfejlesztő és Kutató Nonprofit Kft. kifejezetten szenvedélybeteg-fókuszú ellátási formákat nyújt, a járóbetegellátás és szociális ellátások széles spektrumát biztosítva a szerhasználók és hozzátartozóik számára. Alkohol-fókuszú ellátásokat biztosít a Szent Erzsébet Karitás Szennvedélybeteg Segítő Központ és a Szent Margit Rendelőintézet Pszichiátriai Gondozóintézet. A kezelőhálózattal közvetlen kapcsolatban vannak és néhány szolgáltatást szerhasználóknak vagy hozzátartozóiknak nyújtanak a Jövőbarát Alapítvány, a Sotéria Alapítvány, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat, az Óbuda-Békásmegyer Védőnő Szolgálat és az Óbudai Családi Tanácsadó és Gyermekvédelmi Központ telephelyein.

1.4.4 IV. kerület

Újpest szerhasználati helyzetéről nem állnak rendelkezésre részletes adatok. A kerületi szerhasználókat ellátó Drog Stop Egyesület a konzultációk mellett 5-10 alkalmas életviteli tanácsadást is végez, a hátrányos helyzetű és fogyatékos személyekre fókuszálva a szerhasználati problémával élők közül. A Drogoplex Ambulancián (Drogprevenációs Alapítvány) tanácsadást, egyéni és családi konzultációt, pszichoterápiát és gyógyszeres kezelést is végeznek, önszegítő és hozzátartozói csoport működik. Mindkét szervezet megelőző-felvilágosító elterelést is végez. A két ellátó a 2005 óta működő kerületi KEF tagja. A fórumban a bűnüldözési szervek, kerületi szociális és oktatási intézmények munkatársai is részt vesznek, a KEF célja a nemzeti drogstratégia kerületi szintű végrehajtása érdekében az együttműködés, információáramlás és koordináció biztosítása. A nemzeti stratégia zárását (2020) követő időszakból a KEF működéséről nem állnak rendelkezésre részletes adatok.

1.4.5 V. kerület

A Belvárosi Kábítószer Egyeztető Fórumról csak nagyon kevés nyilvános információ érhető el. 2017-ben a Belvárosi KEF a Józsefvárosi KEF-fel írt alá együttműködési megállapodást a Nemzeti Drogellenes Stratégia irányelvei alapján végzett munkájuk összehangolásával kapcsolatban. 2018 végén a kerületi nyolcadikosok számára szervezett a KEF prevencióeseményt. Nincs információ arról, hogy a kerületnek van-e, volt-e Drogellenes stratégiája. Addiktológiai problémákkal az V. kerületi lakosok a Kék Pont Alapítványon kívül a Péterfy Kórház Rendelőintézet által fenntartott TÁMASZ-hoz (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozó) fordulhatnak. A TÁMASZ tevékenysége a következőkre fókuszál: kémiai és viselkedési addikciók kezelésében önkéntes alapon jelentkezőknek segít, illetve elterelést is működtet, az V., VI., VII. kerület felnőtt lakosságát látja el.

1.4.6 VI. kerület

A Terézvárosi KEF 2005 óta működik, feladatának tekinti az érintettek közti kommunikáció segítését, az együttműködések generálását, támogatását, a szakmai munka összehangolását – nem program megvalósító szervezetként, hanem kommunikációs fórumként kíván működni. A KEF megbízásából a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet segítségével, 2005-ben elkészült a helyzetfelmérés, mely a kerület drogérinthettségét, az intézmények felkészültségét, attitűdjét, a gyermekek ismereteit, a prevenció, a kínálatcsökkentés, a segítség lehetőségeit vizsgálta. A kutatás a kerület drogérinthettségét, tekintettel a belvárosias lakóövezet jellegre, a fővárosi átlagnál valamivel magasabbnak becsülte. Nincs nyilvános, hozzáférhető információ arról, hogy a kerületnek van-e, volt-e Drogellenes stratégiája.

Jelenleg drogprevenációval a Terézváros Közrendjéért és Közbiztonságáért Közalapítvány foglalkozik a kerületben, mely szervezetet 2021. nyarán, testületi ülésen, a képviselők kérték fel saját drogmegelőző kampány kidolgozására és lebonyolítására a terézvárosiak körében. A kampányt az indokolta, hogy a fogyasztók száma nem csökken, és az iskolás kisdíjak egyre fiatalabban kerülhetnek kapcsolatba a kábítószerekkel. Polgármesteri javaslatra a programot az alkohol elleni prevenció kampánnyal egészítette ki a testület.

Addiktológiai problémákkal a VI. kerületi lakosok a Kék Pont Alapítványon kívül a Péterfy Kórház Rendelőintézet által fenntartott TÁMASZ-hoz (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozó) fordulhatnak. A TÁMASZ tevékenysége a következőkre fókuszál: kémiai és viselkedési addikciók kezelésében önkéntes alapon jelentkezőknek segít, illetve elterelést is működtet, az V., VI., VII. kerület felnőtt lakosságát látja el. Ezen intézményeken túl a kerületben 1998. óta jelen van a Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány. Az alapítvány függő csoportja nyitott a kémiai szerhasználók (alkohol, drog, gyógyszer) mellett a viselkedéses függőséggel (játék, munka, evési zavarok), magatartási, kapcsolati és pszichés problémákkal küzdők számára is. A hozzátartozók csoportja támogatást

jelent krízis helyzetben, az egyéni megoldások keresésében, a családi működés helyreállításában. Az alapítvány önszolgáltató csoportok mellett tematikus csoportokkal, szakmai előadásokkal, közösségi és szabadidős programokkal segít, egyéni, családi és párkonzultációt is működtet.

1.4.7 VII. kerület

Az Erzsébetvárosi KEF 2004-től működik. A legutóbbi, 2010-2018 időszakra szóló helyi drogstratégia a kerületi drogérzékenységet a budapesti átlagnál magasabbnak becsüli. Ezt részben a kerület földrajzi elhelyezkedésével, a belvárosi jelleggel és az ebből következő, nagy átmenő forgalommal magyarázza. Az iskolák jelzései arra mutatnak, hogy a fiatalok körében magasak a szerhasználati ráták, köztük az illegális szereké (elsősorban marihuána), az első fogyasztás pedig egyre fiatalabb életkorra tolódik – a marihuána esetén 14, 14-18 egyes gyógyszerek és az ópiátok esetén. A KEF fő feladatának a kerület intézmények munkájának összehangolását tekinti, az eredményesebb munka érdekében. A munkát a Hetedhét Gyermekjóléti Központ koordinálja.

Addiktológiai problémákkal a VI. kerületi lakosok a Kék Pont Alapítványon kívül a Péterfy Kórház Rendelőintézet által fenntartott TÁMASZ-hoz (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozó) fordulhatnak. A TÁMASZ tevékenysége a következőkre fókuszál: kémiai és viselkedési addikciók kezelésében önkéntes alapon jelentkezőknek segít, illetve elterelést is működtet, az V., VI., VII. kerület felnőtt lakosságát látja el. E mellett, 2012 óta a Cseresznye Ifjúsági és Információs Iroda végez drogzonzultációs tevékenységet. Az Információs irodát a 14-30 éves kor közötti személyek látogatják. Az ArtÉra Alapítvány 2009 óta működik a kerületben, elsődleges célja a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe vonása, ennek érdekében megkeresés és ártalomcsökkentés fókuszú alacsonyküszöbű ellátást működtet, így pl. tucserét, dropint tart fenn, szűréseket végez és utcai szociális munkásokkal dolgozik. A Sziget Droginformációs Alapítvány (és elődje, az 1987 óta működő Sziget Klub) az első hazai alacsony küszöbű programként drogfüggő fiatalok és hozzátartozóik számára nyújt szolgáltatásokat. Az alapítvány filmek kiadványok segítségével támogatja a kezelőhelyekkel, ellátásokkal kapcsolatos információ terjedését, az iskolai prevenciós tevékenység mellett szülőknek, más hozzátartozóknak, illetve pedagógusoknak szóló képzéseket, önszolgáltató csoportokat is működtet.

1.4.8 VIII. kerület

Józsefváros a budapesti kerületek közül az egyik legkedvezőtlenebb demográfiai és társadalomstatisztikai adatokkal rendelkezik, a lakosságnak mind egészségügyi, mind szociális, jövedelmi, munkaerőpiaci helyzete tekintetében. Józsefváros egyes területei között jelentős különbségek mutatkoznak a lakhatási helyzet, az iskolai végzettség, foglalkoztatottság, a jövedelmi és vagyoni helyzet arányaiban is. A Körúttól a belváros felé eső részen kedvezőbb, a kerület külső részein kedvezőtlenebb a helyzet. A kerületi lakosság halandósági hányadosa a budapesti átlagot 25%-kal haladja meg. A nyolcadik kerületi férfiak születésükkor várhatóan 66,19 életévre számíthatnak, szemben pl. a második kerületi 75,76 évvel. Halálozási kockázat tekintetében Józsefváros az összes szomszédos kerületet megelőzi. Nők esetében a születéskor várható életkor viszonylatában a második legrosszabb helyet kapja a kerület, de a 30 és 60 közötti halálozási valószínűségben a nők is első helyen vannak a fővárosban. A férfiaknál a légzőrendszer betegségei, a nők esetében a máj rosszindulatú daganata illetve hörgő és tüdődaganata okozta halálozások a súlyosan egészségtelen életmódhoz, alkohol és dohányfogyasztáshoz köthetőek (Kovács, 2012).

A kerületben a szerhasználat problémája folyamatosan szociális problémákkal összekapcsoltan jelenik meg. Ezen az sem változtatott, hogy az ÚPSZ megjelenésével a használt szerek ennek irányába tolódtak el, és ez a tendencia a mai napig fennáll. A kezdeti, intravénás szerhasználatot a 2010-es évek közepétől az inhalálás vagy a szívás, szippantás váltotta fel, a maradék

injektálók a tűcsere szolgáltatás megszűnését követően más kerületekbe húzódtak át. A kerületi KEF-hez érkező jelzések szerint a pandémia, a munkanélküliek megháromszorozódása, a bezártság és az ezek miatt keletkező, fokozott stressz miatt súlyosbította a szerhasználat problémáját a kerületben.

A Józsefvárosi KEF a kétezres évektől kezdődően többször át és újraalakult. A KEF 2021-22-ben feladatának tekinti egy olyan kerületi drogstratégia megalkotását, amely az intézményi segítségére koncentrál: üldözés helyett edukációt és alternatívát szeretne kínálni a szerhasználóknak. Mivel a kerületben erősen érezhető, hogy az addiktológiai problémák lakhatási gondokkal, szegénységgel kapcsolódnak, a KEF keresi az együttműködést a fővárosi és országos fórumokkal, a probléma komplex kezelése érdekében. A KEF munkájában a Kék Pont is részt vesz.

A Kék Pont kerületi közösségi ellátása mellett a kerületben a következő ellátó partnerek tevékenykednek: Józsefvárosi Szent Kozma Egészségügyi Központ, amely addiktológiai járóbetegellátást működtet, illetve pszichiátriai betegeket is fogad. Ébredések Alapítvány, amely közösségi pszichiátriai ellátást, e mellett nappali kórházat, ambulanciát és addiktológiai gondozást tart fenn. A Félúton Alapítvány az Orczy Klubban az alkohol-, gyógyszer-, drog- és viselkedéses függőséggel küzdőket segíti. A nappali ellátás kereteiben egyéni konzultáció, terápiás csoportok, illetve pár- és családterápia vehető igénybe. Ezek mellett alacsonyküszöbű ellátás, és elterelés is üzemel. Az Alternatíva Alapítvány alacsonyküszöbű szociális ellátásban elsősorban megkereső munkát és utcai ártalomcsökkentő tevékenységet és szűréseket végez. Fókuszában az olyan sérülékeny csoportok állnak, mint a szexmunkások és az intravénás droghasználók. A Megálló Csoport Alapítvány szerhasználók, viselkedési problémákkal, függőségekkel és életvezetési zavarokkal küzdő fiatalok számára kínál napi rendszerességű tevékenységet, egyéni- és közösségi támogatást a szerhasználat abbahagyásában és az életvitel rendezésében, szenvedélybetegek nappali-, közösségi- és alacsonyküszöbű ellátása, illetve intézményen belüli szociális foglalkoztatás keretében. Az elterelési lehetőségek közül megelőző-felvilágosító szolgáltatást működtet. A Józan Babák Egyesület a várandóssághoz vagy gyermekneveléshez kapcsolódó szerhasználat, viselkedési addikcióval járó válsághelyzetek kezeléséhez nyújt támogatást. Tanácsadásuk elsősorban arra irányul, hogy segítsék a veszélyeztető helyzetet elhárítani, és minél előbb biztonságos ellátáshoz jutni. A kerületben e mellett önsegítő csoportok (NA, AA, GA, SLAA, és ACA) gyűlései is elérhetőek.

1.4.9 IX. kerület

Ferencváros nagyvárosi szegregátumok sajátosságait mutató kerületrészeiben az alkoholfogyasztás erős és folyamatos jelenléte, illetve a receptre kapható szerek nem rendeltetésszerű használata mellett, a kétezres évekre az amfetaminszármazékok, a marihuána, a heroin, az ecstasy, valamint a fel nem írt (tehát illegálisan beszerzett) metadon vált meghatározóvá. Az illegális szerek használata alapvetően alkalmi jellegű volt, a dizájner drogok előretörése azonban alapvetően változtatta meg a környékbeli fiatalok és fiatal felnőttek szerhasználati szokásait. A szintetikus kábítószeres elterjedése után a közös balhék már nem annyira az unalomról és a kortárs közösségen belüli státusz fenntartásáról szóltak, hanem fokozatosan a szerhasználat finanszírozásához kapcsolódó kriminális magatartásokká alakultak. Amíg a középosztálybeli tizenévesek körében az új típusú pszichoaktív szerek jellemzően partidrogként funkcionálnak, addig a társadalmon kívüli szegénységben élő fiatalok esetében hétköznapi addikciókká váltak. (Balázs, 2017)

A Ferencvárosi KEF 2004 óta folyamatosan üzemel, a Kék Pont kezdetektől részt vesz a KEF munkájában. A 2015-20-as időszakra szóló Drogstratégiát a kerület még nem újította meg, részben a járványügyi helyzet miatt, részben azért, mert az annak alapjául szolgáló országos stratégia sem újult meg. A legutóbbi, a szerhasználati mintákat feltérképező kutatás a kerületben 2012-ben készült (Elekes és mtsai). Megállapította, hogy a dohányzási szokások alapján a

kerület diákjai nem különböznek lényegesen a főváros vagy az ország más iskoláiban tanuló diákjaitól (ESPAD mintavétel). A kerület nyolcadik osztályosai a fővárosi átlaghoz hasonló mértékben dohányoznak, és kevesebbet az országos átlagnál. A tizedikesek körében pedig a fővárosi és az országos átlaghoz képest is kisebb mértékű a dohányzás.

Az alkoholfogyasztás azonban a nyolcadikosok körében elterjedtebb, mint akár az országos, akár a teljes fővárosi fiatalok körében. A ferencvárosi, vizsgált fiatalok gyakrabban, több alkoholt fogyasztanak, és a szélsőséges fogyasztási minták is jellemzőbbek rájuk. A kerület nyolcadik osztályosai között elterjedtebb az egyéb drogok fogyasztása, és különösen figyelemre méltó az orvosi javallat nélküli gyógyszerek fővárosi és országos átlagot is meghaladó aránya. Mindezen szerek tekintetében a tizedikesek mind a fővárosi mind az országos átlagtól elmaradnak valamelyest. Az ÚPSZ fogyasztásról a felmérésben adatfelvétel nem történt, ám a kerületi lakosság szociális helyzetéből, a környező kerületek, illetve a felnőtt lakosság fogyasztási szokásaiból sejthető, hogy az ÚPSZ Ferencváros szegregátumokban élő lakossága körében, illetve a serdülők között is jelen van.

Ferencváros a drog- és alkoholproblémák kezelése tekintetében a főváros legjobban ellátott kerületei közé tartozik, az ellátási piramis legtöbb szintjén magas szakmai színvonalú szolgáltatások működnek. A különböző szolgáltatásokat és ellátásokat részben a Ferencvárosi Önkormányzat által fenntartott intézmények, részben civil szervezetek biztosítják. A Kék Pont Alapítvány szenvedélybetegek közösségi ellátására és alacsonyküszöbű szolgáltatások nyújtására kliensek számára nyitva álló helyiséget üzemeltet a kerületben, ezen felül addiktológiai szakrendelést biztosít járóbeteg-szakellátás keretében. Szendélybetegek nappali ellátását a kerületben az Írisz Klub Szendélybetegek Nappali Intézménye biztosítja. Addiktológiai problémákkal küszködőknek a IX. kerületi Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó és Szakrendelés szintén kezelési lehetőséget biztosít a kerületben. Az utóbbi években a Konkáv Közösségi tér és a Haller 32 Közösségi Ház tart fenn (részben) prevencióos célú közösségi teret a serdülők számára. Előbbi szervezet iskolai programot is működtet.

1.4.10 X. kerület

Kőbányán, a harminc évvel ezelőtti privatizációt követő gyárbezárások és leépítések hatására megindult a lakosság elszegényedése, illetve a magasabban képzett emberek elvándorlása. Ez a tendencia, az utóbbi évek részben kedvező gazdasági változásaival együtt is rányomja bélyegét a kőbányai emberek szociális és egészségügyi helyzetére.

A kerületi droghelyzetre vonatkozó naprakész, megbízható statisztikai adatok csak töredékesen állnak rendelkezésre, a bűnüldözési adatokból, az Emberbarát Alapítvány kutatási adataiból, és Addiktológiai Gondozójának betegforgalmi adataiból, valamint az országos adatokból vannak le következtetések. A drogfogyasztás korábbi szerkezete (diszkódrogok, marihuána, heroin) az átalakult kínálatot követve megváltozott. Sűrűn váltakozva jelennek meg újabb szerek az illegális piacon, a dizájner-drogok. Az illegális üzletbe a kerület egyes, deprivált negyedeinek lakói (Pongrácz úti lakótelep, Hős u. és környéke, illetve Újhegyi lakótelep, és a mélyszegénységben élő családok és környezetük stb.) közül is sokan bekapcsolódtak.

A kétezres évek eleje óta működő Kőbányai KEF kiemelten fontosnak tartja, hogy a drogprevencióos tevékenysége részeként támogassa az iskolák pedagógusainak munkáját. Új drogstratégia jelenleg nincs a kerületben.

A kerület a Kék Pont ellátási területére esik, a VIII. kerületi közösségi ellátás nyújt szolgáltatásokat a felnőtt lakosságnak. Az ellátást végző intézmények közül a kerületben székhellyel is rendelkezik az Utcafront Menedék Hajléktalan Személyek és Szendélybetegek Integrált Intézménye, amely utcai megkereső munkát végez a hajléktalan szerhasználók körében, az elsősorban az intravénás használókat célzó alacsonyküszöbű ellátás (szűrés, krízisellátás, ártalomcsökkentés, túladagolás megelőzése) mellett szenvedélybetegek közösségi ellátása is működik, az ellátottak természetes támogató közegére építve. E mellett az intézmény

a hajléktalan emberek számára éjjeli menedék és nappali melegedő szolgáltatást és támogatott lakhatást is kínál. Az Emberbarát Alapítvány Alkohol- Drogrehabilitációs Intézetet tart fenn, ahol 10 éves kortól fogadják a szenvedélybeteg gyerekeket, illetve a felnőtteket. Az alapítvány átmeneti és lakóotthonának célja a szenvedélybetegek támogatása az önálló életvitel feltételeinek kialakításában és az egészséges életvezetésben, a visszaesés megelőzése, az ellátottak társadalomba és a családba való visszailleszkedésének elősegítése és teljes re-integrációja. Az alapítványnál e mellett képzés és foglalkoztatás is elérhető a rehabilitáció részeként. Az Életrevaló Egyesület: drogrehabilitációs kisfilm-készítő műhelyeket és önismereti csoportokat szervez projekt jelleggel gyermekek és fiatalok részére. Céljuk, hogy a fiatalok saját élményeiken keresztül drogrehabilitációs témájú kisfilmet készítsenek. A kerületen az önszervező csoportok közül AA érhető el.

1.4.11 XI. kerület

Újbudán KEF működik, mely a hatásköri szempontból érintett szervezetek képviselőinek részvételével rendszeresen ülésezik. A jelenleg hatályos drogrehabilitációról internetes forrásokból nem érhető el információ.

A kerületben szenvedélybetegeket ellátó közösségi, nappali és alacsonyküszöbű ellátási formák is elérhetőek. A RÉV Szendélybeteg-segítő Szolgálat elsősorban az alkohol-, a drog-, a gyógyszerfüggő, étkezési zavarral küzdő, játékszendély-betegek és egyéb addiktív problémával küzdő személyek és hozzátartozóik alacsonyküszöbű, közösségi és nappali ellátását biztosítja. A szolgálat célja az egészségügy és a szociális ellátások együttműködése a szenvedélybetegek teljes körű ellátásában. A volt állami gondozott, szenvedélybeteg, különösen veszélyeztetett, hajléktalan fiatalokkal a Fiatalok Önszervező Egyesülete is foglalkozik a kerület nappali melegedőjében. A kerület illetékes addiktológia gondozója a Szent Kristóf Szakrendelőben található, helyileg a XXII. kerületben.

1.4.12 XII. kerület

A Hegyvidéki KEF működéséről nem áll rendelkezésre információ.

A szenvedélybetegek ellátását nappali és közösségi ellátás működtetésével a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület, illetve nappali ellátás keretében a Magyarországi Református Egyház Választás Misszió biztosítja. A Szent János Kórházban működő TÁMASZ Pszichiátriai Gondozó látja el a terület alkoholológiai betegeit, illetve hozzátartozóikat.

1.4.13 XIII. kerület

Angyalföld az elmúlt években jelentős, kedvező átalakuláson ment keresztül. A több mint egy évszázadon át meghatározó ipari tevékenység csaknem teljesen megszűnt, helyette intézmények sora költözött ide, kereskedelmi és szolgáltató cégek tevékenykednek a kerületben. Ezzel párhuzamosan kicserélődött a lakosság is, előszeretettel költöznek be fiatalok, családostól, így folyamatosan nő a fiatal lakosság száma, melynek köszönhetően a gyermeklétszám arányában folyamatos gyarapodás tapasztalható.

Az elmúlt években végzett kutatások és az e témában megjelent szakirodalmi források fővárosi szinten drog szempontjából "veszélyeztetett" területeként tartják számon a kerületet. A kerület kábítószer fertőzöttség szerinti megoszlása az alábbi képet mutatja: a Metró teljes vonala, illetve az aluljárók, ezen belül kiemelten az Árpád híd, a Domus Áruház előtti villamos megálló, a Duna Plaza és környéke, valamint a Gyöngyösi utcai autóbusz végállomás. A Jász utcai és a Szent László utcai drogambulanciák környéke is jelentős mértékben fertőzött. A megkérdezett szakemberek szerint a kerületben a szerfogyasztás meghaladta a budapesti átlagot. Aggasztó, hogy a fogyasztók körében egyre nő a 14-18 év közötti fiatalok száma.

2003 óta működik KEF a kerületben, a jelenlegi Mentálhigiénés és drogrehabilitáció a 2020-24-es időszakra vonatkozik. A stratégia prevenciós szemlélete az egészség megőrzésére, egészség-tudatos magatartás kialakítására, a negatív minták elutasítására, a már kialakult kábítószer-

fogyasztás ártalmainak csökkentésére, további súlyosbodásának megelőzésére irányul. A kerületi stratégia a többi között feladatának tartja, hogy csökkentse a kábítószer használók jelenleg igen erős társadalmi stigmatizációját, és segítse, hogy minél több érintett kerülhessen ellátásba. Ugyancsak fontosnak tartják, hogy az egyéni és közösségi felelősség ténye egyaránt megjelenjen. A KEF tagjai innovatív prevenció programokat hoztak létre: Tudat törő szabadulószoza, <https://tudattoro.voltegyyszer.com> Melyik úton? Éjjeli Utak c. drogprenvenció film. <http://melyikuton.hu/>

Az ellátó intézmények közül az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztálya előgondozást és személyes motivációs interjút követően 3 hónapos, bentlakásos kezelést nyújt, elsősorban csoportos foglalkozások segítségével. Az Addiktológiai Osztály Minnesota Részlege alkohol- és szerencsejáték-függő klienseket fogad előzetes felvételi interjú után, nyolchetes felépülési program keretein belül. Az Addiktológiai Pszichoterápiás Részlegen olyan kettős diagnózisú klienseket látnak el, akik függőségük mellett személyiség zavarral, szorongásos kórképpel, hangulati zavarral, szomatizációs zavarral, illetve egyéb, traumatikus eredetű problémával (PTSD) is küzdenek. ~~(Ez a részleg jelenleg nem működik).~~ A [Drogbeteg Gondozó és Prevenció Központ](#) ambulanciáján, állapotfelmérést követően farmakoterápiás, pszichoszociális, pszichoterápiás kezelés és intervenció folyik egyéni és csoportos formában, illetve család és párkonzultáció keretében. Itt foglalkoznak az ópiátfüggőség kezelésével, Methadon és Suboxone programokban is. Az ambulancián e mellett megelőző-felvilágosító kezelés, valamint a függőséget gyógyító elterelő kezelés érhető el egyéni vagy csoportos formában. A TÁMASZ Gondozó a részlegen szenvedélybetegek ambuláns ellátása zajlik. Kémiai szerfüggőket (alkohol-, gyógyszer-, drogfüggőség), viselkedéses függőket (szerencsejáték-, Internet-, videójáték-, vásárlás-függőség, túlevés, szexfüggőség, pornófüggőség) kezelnek, illetve elő- és utógondozást végeznek a fekvőbeteg rehabilitációs részlegek számára. E mellett elterelésre (kábitószer-függőséget gyógyító ellátás, kábítószer-használatot kezelő más ellátás) is van lehetőség a gondozóban. A Nyíró Gyula Kórház Függőkertje a kórházi osztály kiegészítése egy közösségi térrel, ami egyszerre fogadja be az anonim közösségeket, a szakmai műhelyeket és a felépülőknak szánt programokat. A Függőkert egy felépülők által használható józan, biztonságos környezet, ahol megvalósulhatnak az önségítés jegyében alulról szerveződő tevékenységek. A kerület ellátásban e mellett az Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány közreműködik, megelőző-felvilágosító szolgáltatás (elterelés) nyújtásával, illetve a Drogoplex Ambulancia. Utóbbi Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogramjában (C.A.T) cél a droghasználatból fakadó egyéni és társadalmi károk mérséklése, az egészségtudatosság növelése. Az ambulancia ehhez egyéni és családkonzultáció keretében kínál segítő beszélgetést, szűrővizsgálatokat szervez, illetve HIV, HBV, HCV, STD szűrésre, kezelésbe irányít, és ártalmak csökkentését szolgáló eszközöket (szűrő, kanál, óvszer, alkoholos törlőkendő, vénaápoló krémek) és terhességi tesztet biztosít a szerhasználóknak. A kerületben működő, önségítő csoportok: NA, AA, GA.

1.4.14 XIV. kerület

Zugló lakosainak számában 2014-től folyamatos csökkenés tapasztalható, az elvándorlás magasabb, mint a beköltözők száma, illetve a lakosság több mint negyede 60 év feletti, míg a gyermekek száma alacsony. A népesség egészségügyi helyzetére jellemző, hogy gyakoriak a krónikus betegségek, a magas vérnyomás, magas koleszterin, illetve a szív és érrendszeri betegségek, és a cukorbetegség. A daganatos betegségek helyzete az országosnál kedvezőtlenebb, főleg a nők körében.

Zuglóra vonatkozó friss kutatási adatok a szerhasználattal kapcsolatosan nem állnak rendelkezésre, azonban a korábbi összehasonlító országos és területi vizsgálatok alapján jelenleg a friss országos kutatási adatok figyelembe vételével vonhatóak le következtetések.

Alkoholfogyasztás a kutatások szerint mind az 50 feletti mind a 18 alatti korosztályok esetében jelentős probléma. Az 50 feletti alkoholfogyasztók közül minden negyediknél jellemző a rohamivás, havi legalább egy alkalommal. A 7-9. osztályos tanulók háromnegyede, a 12. évfolyamosok közül majd mindenki (96%) fogyasztott már valamilyen alkohol tartalmú italt. A fiatalabb korcsoport több mint negyede, az idősebbek kétharmada volt már legalább egyszer részeg. Az alsóbb évfolyamokon a fővárosi átlaghoz képest kedvezőbb az alkoholfogyasztás, a középiskola végére azonban a zuglói diákok elérik a fővárosi átlagot. A drogellenes stratégiához készült elemzés szerint a fiatalok között a dizájner drogok elterjedése folyamatosan emelkedik. A kipróbálás életkora egyre alacsonyabb, átlagban 12-13 év.

A Zuglói KEF résztvevői 2020-ban elkészítették a 2025-ig tartó időszak drogellenes stratégiáját, amely a legális (dohányzás, alkohol), az illegális szerek és az ÚPSZ fogyasztásával, valamint a problémás internet- és online játékok használatával is foglalkozik. Kiemelt célnak tartják egy prevenció központ létrehozását, és a helyi társadalom érzékenyítését a legális- és illegális drogfogyasztással kapcsolatban. A stratégiában fontos szerepet kap a legális és illegális szerek illetve a viselkedési függőségek veszélyeinek egyenrangúságának elfogadása, az alkoholfogyasztás problematikájának megfelelő, reális kezelése.

A szenvedélybetegek ellátását a kerületben a Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány ingyenes, anonim, önkéntes alapú és személyre szabott segítségnyújtással biztosítja, egyéni, hozzátartozói és csoportos szolgáltatások keretében. Az alapítvány emellett parti szerviz szolgáltatást is működtet, illetve megelőző-felvilágosító elterelést biztosít, egyéni vagy csoportos formában. A Zuglói Egészségügyi Szolgálat szakrendelésén elsősorban szer- és viselkedéscsoportos klienseket gondoznak, de az addikciókhoz kapcsolódó egyéb pszichés zavarokat is kezelik. Fogadják azokat a XIV. kerületi kábítószerfüggőket, akik elterelésre jelentkeznek. A Zugló Egészségfejlesztési Iroda: dohányzás ellenes, leszokásra ösztönző tevékenységet végez, míg az Egészség Porta Egyesület dohányzás leszokást támogató foglalkozásokat tart. A kerület önszolgáltató csoportjai: AA, GA.

1.4.15 XV. kerület

Budapesten az egyik legidősebb korstruktúrája a XV. kerületnek van, ahol száz gyermekkorúra 208 idős személy jut. Rákospalotán működik KEF, de jelenleg nincs a kerületnek érvényes drogellenes stratégiája, és nincsenek olyan adatok, amely a kerületre vonatkozóan reprezentatívan mutatják a drogfogyasztási szokásokat. Ugyanakkor a kerület, a helyi szakemberek szerint, nem tartozik a legfertőzöttebb kerületek közé.

A szenvedélybetegek ellátását a Drogprevenció Alapítvány végzi, a Drogoplex ambulancián 2006 óta foglalkoznak 14 éves kor feletti szenvedélybetegekkel és hozzátartozóikkal. Egyéni addiktológiai konzultáció mellett pszichoterápia, család- és hozzátartozói konzultáció, pszichoterápia, Suboxon és Methadon program működik, e mellett elterelésre is fogadnak szerhasználókat. A Félúton Alapítvány a kerületben négy szociális ellátást biztosít szenvedélybetegek és hozzátartozóik részére: nappali, átmeneti, és alacsonyküszöbű szolgáltatást, illetve elterelést. Az ellátás az átmeneti ellátást kivételével térítésmentes. A XV. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Intézményének Addiktológiai Gondozója elsősorban alkoholbetegséggel és gyógyszerfüggőséggel foglalkozik, de kezeli a pszichés betegségeket, valamint a viselkedési függőségeket is. A kezelés az esetleg szükséges gyógyszeres terápia mellett pszichoterápiát is magában foglalhat. A betegeket 14 éves kortól fogadják. A megelőzés területén eredményesen tevékenykedik a Koma Bázis. Céljuk, hogy megtartva az eredményes közösségi színházi munkát, a fiatalok számára olyan szolgáltatás- és tevékenységrendszert kínáljanak, amely lehetőséget ad számukra élethelyzetükön változtatni. Ezt, különösen akkor, ha droghasználat szempontjából veszélyeztetettek, nem tudják segítség nélkül megtenni. Ezért a KOMA feladata megvalósítani egy személyközpontú közösség fejlesztési és támogatási

modellt, amely képessé teszi az elhanyagolt fiatalokat a változásra, fejlődésre, önérvényesítésre.

1.4.16 XVI. kerület

A kerületben a rendőrségi hírek és közösségi médiában megjelenő hírek alapján nem igazán jellemző a közterületi kábítószer használat. A kábítószer bűncselekmények elsősorban terjesztők elfogása esetén kerülnek felderítésre, de jellemzően nem kapcsolódnak szervesen a kerületi lakossághoz. A kerület bevásárlóközpontja a Pólus Center, ami nem mutat olyan jellegzetességeket, amelyek alapján indokolt lenne utcai munka vagy más megkereső szolgáltatás beindítása. A lakótelepek Facebook csoportjaiban nem téma a drogfogyasztás vagy az ezzel kapcsolatos problémák. A kerületben nincsenek metróvonalak így az ezeket jellemző szintetikus kannabinoid használói csoportokról sincs tudomásunk.

A kerületi KEF működik, a drogstratégia a XV. kerületi Drogoplex adataira épül, kiegészítve az ESPAD vizsgálat eredményeivel. Az addiktológiai ellátást elsősorban a TAMASZ Addiktológiai Gondozó nyújtja, de elérhető magánrendelés is az Árvai-Barta MED keretein belül. A Centenárium Lakótelep Facebook csoportjában mindössze két esetet említenek ahol drog-érintettség merült fel. A kábítószer bűncselekmények és az utcai fogyasztást a terepismerettel rendelkező tapasztalati munkatársunk az Örs vezére teréhez kötötte elsősorban.

1.4.17 XVII. kerület

Rákosmente kapcsán az elmúlt években több olyan terjesztő elfogásáról szoltak a hírek, amelyben 200-300 gramm marihuána került lefoglalásra a rendőrség által. A bűncselekmények között nagyjából azonos arányban szerepeltek felderítések és véletlenszerű ellenőrzések is. A Rákosmenti kisebb erdőkben és ipari telepeken folyamatosan jelen vannak a hajléktalan emberek, így valószínűsíthető, hogy itt a biofű használat is előfordul.

A kerületben több alkalommal tartottak drogmegelőző programokat, ezek elsősorban a rendőrséghez köthetők, de aktívan vannak jelen önkormányzati programok is. A helyi TV folyamatosan foglalkozik a megelőzés kérdéseivel, minden évben feldolgozzák a Tépőzár és a Száraz November témákat is. A tapasztalati munkatársunk szerint relatíve sok termesztő él a kerületben, ezt a bűnügyi hírek is alátámasztják. A kerületben működik Budapest egyik legnagyobb használtcikk piaca a Bakancsos utcában, itt minden szűrés ellenére a tapasztalatok szerint viszonylag erős illegális gyógyszer kereskedelem nyomait figyelhetjük meg.

A kerületben 2017-ben alakult újra a KEF, a VIII. kerületi KEF és a kerületi rendőr főkapitányság közreműködésével. A 2020-ig tartó stratégiai ciklusban a kerület a prevencióra és „a kábítószer elleni harcra” koncentrált, jelenleg drogstratégiával nem rendelkezik.

1.4.18 XVIII. kerület

Pestszentlőrinc-Pestszentimre egyik legnagyobb lakótelepe a Havanna telep, amely az elmúlt évtizedekben több alkalommal került a hírekbe az ott tapasztalt magas kriminalisztikai mutatók okán. A telepen élők szerint a kamerák felszerelésével javult valamennyit a helyzet, de továbbra is jellemző a közterületi droghasználat. Főleg az éjszakákat tartják veszélyesnek. A tömegközlekedés során előfordulnak kisebb atrocitások, a Határ út közelsége is erősen befolyásolja a drogfogyasztók jelenlétét. A kerületben az utcán szerzett információk szerint a sűrűbben lakott lakótelepeken relatíve sok díler árul, de ezek inkább lokális igényeket elégítenek ki, kisebb mennyiségeket forgalmazva.

A kerületben működik a Dióhéj Otthon – Hajléktalan Fiatalok Átmeneti Otthona, amit a Diótörés Alapítvány működtet. Aktív még a Katolikus Karitás Rév szolgálata is, akik a helyi KEF-ben is vállalnak feladatokat. A kerületi KEF 2005 óta működik, 2017 óta széleskörű kapcsolatokat épít, elsősorban a fiatalok körében végzett prevencióra koncentrált.

1.4.19 XIX. kerület

Kispest évtizedek óta Budapest egyik erősen érintett kerülete. A Kispesti lakótelep, a Határ úti metrómegálló és a szomszédos kerületben található Óhegy környéke a biofű használat egyik meghatározó területe a fővárosban. A KÖKI Terminál és a vasúti pályaudvar környéke több kisebb társaság által “uralt” terület, gyakori az atrocitás és kisebb súlyú bűncselekmények. A rendőrségi hírekben gyakran szerepelnek elfogások, főleg terjesztők esetében.

Az addiktológiai ellátás elsősorban a Kispesti Egészségügyi Intézet Pszichiátriai osztályán történik, az érintettséghez képest alacsony a szolgáltatók jelenléte. A KEF munkájára utaló információk nem érhetőek el.

1.4.20 XX. kerület

Pesterzsébeten a helyiek szerint elsősorban a családi házas övezetben tapasztalható jelentős méretű érintettség, de a lakótelepeken is érezhető a dizájner drogok jelenléte. A pesterzsébeti droghasználói színtereken a biofű használat és az új stimulánsok egyaránt jelen vannak, több esetben jelentek meg köztereken ezeket a szereket használó egyének vagy kisebb csoportok. A kerület egyik sajátossága, hogy itt talált otthonra az egykori Gubacsi úti Dzsumbuj telep lakóinak egy jelentős része, magával hozva az ottani szerhasználati szokásokat. A dizájner drogok mellett a klasszikus szerek használói is jelen vannak, a rendőrségi hírekben gyakran szerepelnek pesterzsébeti terjesztők.

A kerületben aktív a helyi KEF és több felépülési program indítását is tervezik, szakmai napok minden évben megrendezésre kerülnek. Szenvedélybeteg ellátás a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet Pszichiátriai Addiktológiai Rehabilitációs Osztályán történik.

1.4.21 XXI. kerület

A Csepeli KEF működéséről, drogstratégiáról, fogyasztási adatokról nincsenek elérhető, releváns információk. A fogyasztásra leginkább a marihuána, kokain, [extasyecstasy](#), és amfetamin lefoglalásokból, bűnügyi statisztikákból következtethetünk. A rendőrségi adatok alapján a kerület, településhatár közeli helyzeténél fogva, a délről keletre tartó szállítmányok átvadó helye lehet.

A szenvedélybetegek ellátása az interneten elérhető adatok alapján a kerületben igen szegényes. A kerületi Tóth Ilona Egészségügyi központ addiktológiai járóbetegellátást működtet, ahol a kezelés mellett eltereléshez szükséges állapotfelmérés is elérhető. A szenvedélybetegek ellátásával kapcsolatban, a kerületben a Lelkünkért Mentálhigiéné Alapítvány tevékenykedik, elsősorban megelőzés, felvilágosítás területén. E mellett a Viktória Alkoholmentes Klub foglalkozik szenvedélybetegekkel, főleg a fiatalok alkoholfogyasztásának megelőzését, csökkentését támogató programokat működtet. A szenvedélybetegek, főleg droggal, alkohollal és cigarettával élők leszoktató kezelésére specializálódott a Biofizikai Kezelésekkel a Szenvedélybetegekért Alapítvány, ami térítéses szolgáltatásokat nyújt biofizikai orvoslás eszközeivel (bármit is jelentsen ez). E mellett a IX. kerületben hajléktalan nappali ellátást működtető Az Új Út Szociális Egyesület és a VII. kerületi, széleskörű szenvedélybeteg ellátást nyújtó Sziget Alapítvány jelenik meg Csepelen működőként, azonban esetükben konkrét kerületi tevékenységről nincs érdemi információ.

1.4.22 XXII. kerület

A kerület lélekszáma az utóbbi években lassú ütemű növekedést mutat. A Budafoki KEF működéséről, Drogstratégiáról vagy fogyasztási szokásokról nincs információ. A helyi esélyegyenlőségi program szerint a Budafok ténylegi Család és Gyermekejóléti Központ az intézményben megjelent esetekben a gyermekeket veszélyeztető tényezők közül az egyik kiemelkedőnek a szenvedélybetegséget tartja, amelyre egyéni esetkezelői szolgáltatást nyújtanak.

Az illetékes addiktológiai gondozó szolgáltatója a Szent Kristóf Szakrendelő. A kerületben működik a Thalassa ház és (vele azonos épületben) a Segély Helyett Esély Alapítvány fenntartásában működő Tisztás Szenvedélybetegek Rehabilitációs Intézménye. Ennek célja az ellátásban résztvevő személyt képessé tenni az önálló életvitelre, elősegíteni a családi, társadalmi környezetbe való visszailleszkedését, mindezt a teljes absztinencia elérése mellett.

1.4.23 XXIII. kerület

A soroksári szerhasználati helyzetre leginkább a kerületi marihuána, kokain, **extasyecstasy**, és amfetamin lefoglalásokból, bűnügyi statisztikákból következtethetünk. A rendőrségi adatok alapján a kerület, Csepelhez hasonlóan, a délről keletre tartó szállítmányok átadó helye lehet. A kerületben 2017 óta KEF működik, amelyben a helyi hivatal, bűnüldözési szervek és intézmények képviselői vesznek részt. A KEF célja, hogy helyi szinten összehangolja a közösség és az együttműködés, a megelőzés és gyógyítás, a rehabilitáció és a kínálatcsökkentés szervezeteinek és intézményeinek munkáját, egységes szakmai és módszertani stratégiák kidolgozásával. A fórum a járványügyi időszak alatt évente egyszer ülésezett, a 2021. évi szolgáltatóstervezési koncepció felülvizsgálata utoljára a KEF 2020. évi működéséről tartalmaz utalást. A KEF felsősöknek szóló, prevenciók rajzpályázatát írt ki 2021-ben, egyéb információ a működéséről nem érhető el.

1.4.24 Gödöllői kistérség

A kistérség 12 településből áll, összesen közel 105 ezer lakossal rendelkezik. A kistérség honlapja nem érhető el, a szerhasználati helyzetről nincsenek részletes adatok. Gödöllő és a környező települések addiktológiai ellátását nagyrészt a Máltai Szeretetszolgálat Egyesület biztosítja, a gödöllői központú "Fogadó" Támogató Szolgálat és Szenvedélybeteg Segítő Központon keresztül, amely a települési önkormányzattal együttműködésben dolgozik. A Fogadó a szerhasználati vagy viselkedési emberek és hozzátartozóik részére szenvedélybetegek közösségi ellátását nyújtja. A fellelhető adatok szerint a területen iskolai prevencióval az Esély Mentálhigiénés Alapítvány foglalkozik, az alapítvány tevékenységéről részletesebb információk nem találhatók.

1.4.25 Ráckevei Járás

Települései: Ráckeve, Dömsöd, Kiskunlacháza, Apaj, Áporka, Lórév, Makád, Szigetbecse, Szigetcsép, Szigetszentmárton és Szigetújfalu, népessége egyközepes budapesti kerületéhez mérhető. Ráckeven, a járás székhelyén és egyetlen városaként, összpontosulnak a szociális szolgáltatások. A járás 11 településéből hétben látja el a szociális szolgáltatásokat a Ráckeve és Környéke Család- és Gyermekjóléti Központ, azonban kifejezett szenvedélybeteg-ellátás nincs a járás területén. Ráckeve város szegregátumában több éve probléma a szerhasználat, egyre nagyobb számban jelennek meg a dizájner drogok is. Helyi KEF működéséről nincs információ.

1.4.26 Szentendre

Szentendre népessége egy kisebb kerületének megfelelő. A szenvedélybetegek részére tanácsadást a Dunakanyari Család- és Gyermekjóléti Intézményben nyújtanak. A településen működik továbbá a Félkör Alapítvány. Az alapítvány alapvető célkitűzése a kábítószerrel találkozók, illetve a már kábítószer problémával küzdő fiatalok segítése, speciális tanácsadás nyújtása és foglalkozások, személyes elbeszélgetések keretében. A városban nincs addiktológiai ellátás. A szentendrei KEF működéséről nincsenek friss információk.

1.5 A helyzetkép összegzése, problémák

A szenvedélybetegségek, az addikciós problémák a magyar társadalomban álságosan és ellentmondásosan kezelt jelenségek. Miközben nagy az alkoholfogyasztás elfogadottsága, sőt

az alkoholfogyasztásra buzdító üzenetek is mindennaposak, a problémaivás megjelenésével az addigi fogyasztó megbélyegzetté válik. Nehezen jut megfelelő egészségügyi, szociális vagy más segítséghez. A tömeges problémás szerhasználat hatásai nemzetgazdasági szinten is jelentkeznek és a közbiztonságot is veszélyeztetik. Ez a társadalom közérzetét, hangulatát, szolidaritását is negatívan befolyásolja.

A kábítószer használók társadalmi elutasíttasága a legnagyobb a társadalmilag nemkívánatos csoportok közül. A kábítószer fogyasztást övező társadalmi diskurzus – a kirekesztésen és a stigmatizáción keresztül – alapvetően az egyén hibájaként állítja be a jelenséget. Így a kábítószer-problémákkal küzdő egyének és családtagjaik nem motiváltak a kezelésre. A morális ítékezés a szakemberek számára is nehézzé teszi a “józan”, azaz értékítéletek helyett a probléma gyökereire és a lehetséges megoldásokra koncentráló társadalmi diskurzust.

A magyar társadalom az elmúlt évtizedben a kábítószer-problémára fokozódó kriminalizációval reagált, miközben a kábítószer-probléma kezelésére hivatott állami közigazgatási csúcsszervek (pl. nemzeti kábítószerügyi koordináció) államigazgatási és szakmai presztízse és a rendelkezésre álló állami pénzalap is jelentősen csökkent. Erre az időszakra esik az új pszichoaktív anyagok (herbál vagy biofű, kristály vagy penta) megjelenése, ami teljesen megváltoztatta a drogpiacon. A kábítószer-probléma minőségi átalakulása és az azt menedzselő intézményrendszer leépülése párhuzamosan haladt.

Mindennapossá váltak a média által felkapott utcai jelenetek, amik a társadalmi előítéletességet növelik, és a szolidaritást csökkentik. Ez a megbotránkoztató, otrombán tréfás, de mindenképpen elutasító stílus vált a drogproblémák bemutatásának szinte kizárólagos formájává.

A tisztánlátást nehezíti, hogy Magyarországon jelenleg a szerhasználat, így az illegális szerekkel kapcsolatos kutatások igen szórványosak. Általános adatokkal a Nemzeti Drogfókuszpont éves jelentései szolgálnak. A Fókuszpont csak összegyűjti az ellátóktól a meglévő adatokat, nincs lehetősége arra, hogy egy-egy földrajzi területre vagy részproblémára fókuszáló strukturált adatgyűjtést végezzen. Az elérés problémái miatt így éppen a veszélyeztetett, többszörösen hátrányos helyzetű csoportokról tudunk a legkevesebbet.

Köztük az ÚPSZ használókról, akik elsősorban többszörösen hátrányos helyzetű, marginalizálódott, alacsony iskolai végzettségű személyek. Szerhasználatuk motivációja a túlélés. Ebben különböznek a többi, elsősorban rekreációs használótól. Velük addiktológiai kapcsolatfelvétel szinte egyáltalán nem történik. Korábban a tücsere programok érték el ezt a populációt, jelenleg, eseti jelleggel, a hajléktalan-ellátásban jelennek meg. Közbiztonsági szempontból közülük kerülnek ki a leginkább látható szerhasználók. Körükben, a korábbi injekciós használat helyett, a szippantás és a fóliázás aránya nőtt meg.

Egyre inkább a láthatatlanok közé sorolódnak az injekciós használók is – a használt szer fajtájától függetlenül. Az injekciós használat csökkenni látszik ugyan az elmúlt 10 évben, ám az injektálók kezelői hálózathoz való eltűnése nem csak a használat, hanem az érintettek elérésének csökkenését is sejteti. A becslések országosan 6700 injekciós használót feltételeznek, kezelésbe kevesebb, mint 10%-uk kerül. Ezzel párhuzamosan csökkenni látszik az injektálók körében a HCV fertőzöttek aránya is. Az azonban, hogy a kiszűrt fertőzöttek száma 2014-18 között közel felére esett vissza (79-ről 43%), nem a széleskörű gyógyulásra, inkább a szűrő- (és kezelő-) programokból való kiesésre enged következtetni.

Az ellátás intézményeit kapacitási és finanszírozási problémák sújtják. A probléma egyik kulcsa, hogy teljesen hiányzik a kábítószerügyi koordináció, nemzeti szinten, a budapesti KEF az érdemi munkát újraelalakulása után csak 2021 végén tudta megkezdeni, így ennek hatása még nem érzékelhető, a kerületi önkormányzatok kapacitásait pedig a járványügyi helyzetben más egészségügyi és szociális kérdések terelték el a kerületi KEF-ektől, így azok működése lényegében leállt. Ennek következtében a rendszer több részszolgáltatás terén súlyos kapacitásgondokkal küzd.

Megkereső, elérést biztosító, utcai addiktológiai programok gyakorlatilag nincsenek. A kezelésbe vonás, felépülés támogatása terén nem elegendők a kapacitások: kevés a közösségi pszichiátriai és a közösségi addiktológiai kapacitás. Az addiktológiai gondozóhálózat és kórházi ágyak elsősorban alkoholfüggőket fogadnak. Ezért az önként jelentkező kliensek ellátásában gyakran jelentkeznek várólisták. Budapesten a gyermek- és serdülőkorúak addiktológiai ellátása nem megoldott (fekvőbeteg kezelés nincs, az egyetlen működő ambulanciát az OEP nem finanszírozza). Az utógondozás megoldatlan, a Budapestet is kiszolgáló rehabilitációs férőhelyek száma elégtelen. Még nagyobb probléma, hogy az új pszichoaktív szerek használóiira az intézmények egyáltalán nem felkészültek, a használók pedig általában el sem jutnak oda.

A probléma másik fő összetevője, hogy a finanszírozás szűkös és nem kiszámítható, így a szakmai szolgáltatók túlnyomó többsége folyamatosan a túlélésért küzd.

A széleskörű prevenció érdekében, a fiatalok szerhasználatával kapcsolatos kutatások adatai alapján elmondható, hogy nagy szükség volna olyan iskolai prevencióra is, ami strukturált, rendszerbe épített, megalapozott szakmai munkával kezeli ezt a helyzetet. Ugyanakkor jelenleg az iskolai prevenciót a rendőrségi programok uralják. Ezek eseti jelleggel elérhetőek, elsősorban rendészeti (bűnmegelőzési) szempontúak. Azaz a gondnak csak kis részét kezelik, azt sem a napi nevelési munkába ágyazottan. Korszerű, készségfejlesztésen alapuló, interaktív csoportos programok szinte nincsenek az iskolákban. A pedagógusképzésben nem, a továbbképzésben pedig elvéve szerepel olyan ismeret, módszertan, eszköztár, ami alkalmassá tenné a szakembereket a napi gyakorlatba épített prevenció munkára. A fiatalokkal találkozó egyéb szakmák közül a szociális szektorban egyáltalán nem jelenik meg a kábítószerügyi prevenció. A szociális munkások egyáltalán nincsenek, az egészségügyi szakdolgozók, így a védőnők, csak kis mértékben vannak erre felkészítve a szakképzés során.

1.6 A helyzetkép elkészítéséhez felhasznált irodalom

Arnold P., Bencsik N., Elekes Zs. (2021): Új szerek — új mintázatok? Dizájnertdrogok és klasszikus tiltott szerek társadalmi mintázata egy európai iskolai felmérés, az ESPAD hazai adatai alapján, Egészségfejlesztés 2021. 62. évf. 4. szám, 13-30. o.

Balázs A. (2017): Az új típusú droghasználat szerepe és megjelenése a társadalom perifériáján élő fővárosi roma közösségekben, Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola Szociológia és társadalompolitika doktori program, Kézirat

Bíró J. (Szerk.): Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószerfogyasztás megelőzéséről (2006), L'Harmattan – ELTE TTK, Budapest

Csák R., Magyar É., Márványkövi F., Szécsi J., Rácz J. (2020): Vidéki szegregátumokban élők pszichoaktív szerhasználata és a segítség lehetősége. In: Esély 1/2020, 50–72. o.

Csák R., Márványkövi F., Rácz J. (2017): Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban 2017. Kutatási beszámoló

Csák, R., Kassai, Sz., Márványkövi, F., Szécsi, J., Rácz, J. (2018b): Új Pszichoaktív Szerhasználat városi szegregátumi környezetben: hiányelemzés és szükségletfelmérés a hazai ellátórendszerre vonatkozóan. MAT-EMMI, 2018. Kézirat.

ENYÜBS (2021): A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos 2020. évre vonatkozó adatai.

EU Drugs Action Plan (2021-2025), letöltve: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021XG0708%2801%29> (utolsó letöltés: 2022.03.20.)

EU Drugs Strategy (2021-2025), letöltve: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14178-2020-INIT/en/pdf> (utolsó letöltés: 2022.03.20.)

- Eurobarometer survey (2021), letöltve: https://ec.europa.eu/home-affairs/news/eurobarometer-survey-european-citizens-are-concerned-about-impact-drugs-2022-02-01_en (utolsó letöltés: 2022.03.20.)
- Kaló Zs., Szabó R., Bálint R., Péterfi A., Port Á., Szatmári D., Tarján A., Horváth G. (2018): Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017-2018-ban. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kutatási beszámoló, Kézirat.
- Kovács A. K. (2012): Budapest VIII. kerület lakosai egészségi állapotának elemzése Doktori értekezés, Kézirat
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2020): 2020-as éves jelentés (2019-es adatok) az EMCDDA számára, letöltve: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf (utolsó letöltés: 2022.03.20.)
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2021): 2021-es éves jelentés (2020-es adatok) az EMCDDA számára, letöltve: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf (utolsó letöltés: 2022.03.20.)
- NFP (2019): TDI adatgyűjtés halálozási modul: Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozási adatok 2018-ban.
- Paksi B. (2021): BLS 2020: Droghasználat és szerhasználó csoportok a budapesti 19-35 éves populációban a BLS (Budapesti Longitudinális Kutatás) 2020. évi adatfelvétele
- Paksi B., Magi A. (2018b): Hajléktalanság és droghasználat. A hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata. Viselkedéskutató Kft. Kutatási beszámoló
- Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei. Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, o. 53. letöltve: http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf (utolsó letöltés: 2022.03.20.)
- Paksi B., Magi A., Gurály Z. (2021): Hajléktalanság és droghasználat – A hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata. In: Esély Vol. 32. No. 1. 62–91. o.
- Paksi, B. (2021): Droghasználat és szerhasználó csoportok a budapesti 19-35 éves populációban a BLS (Budapesti Longitudinális Kutatás) 2020. évi adatfelvétele alapján. Kézirat
- Paksi, B., Demetrovics, Zs., Magi A., Felvinczi, K. (2018a): A Magyarországi felnőtt népesség droghasználatára – Az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. In: Magyar Pszichológiai Szemle 73(4):541-565. o.
- Szécsi, J., Sik, D. (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban, Esély 2016/2, 115-131. o.

2 A FENTI HELYZETFELMÉRÉSRE ALAPOZÓ SZAKMAI MUNKA PROGRAMJA

2.1 Járóbetegellátás

A Kék Pont Alapítvány fenntartóként a III. és IX. kerületben szenvedélybetegek számára járóbetegellátást működtet. A járóbetegellátás célja a szenvedélybetegek korai kezelésbevétele, majd felépülésük elősegítése.

A szakembereink által végzett rehabilitációs jellegű, felépülés célzatú szolgáltatásainkkal lehetőséget teremtünk klienseink számára a drogmentes élet eléréséhez és megtartásához. Járóbetegellátásunkat elsősorban szenvedélybetegek, másodsorban hozzátartozóik veszik igénybe, elsődlegesen egyéni konzultációk formájában. A szolgáltatás a társadalombiztosítással rendelkezők részére térítésmentes, III. és IX. kerületi ambulanciánkon, három fő pszichiáter, addiktológus szakorvos által biztosított. Orvosaink jelentős tapasztalattal rendelkeznek a rehabilitációs intézménybe való bekerülést segítő előgondozásban, a visszaesés megelőzésében, illetve a kettős diagnózisú kliensek tartós kezelésében is. Az egészségügyi szolgáltató szakemberei orvoskonzultánsként a szociális ellátást nyújtó szakemberek munkáját is segítik. Az egészségügyi ellátás lehetőséget nyújt a legális, illetve illegális drogokat használó kliensek számára az orvosi állapotfelmérésre. Ezt követheti a közösségi szociális ellátás keretében nyújtott szolgáltatás vagy az orvossal való rendszeres, terápiás célú konzultáció, avagy ezek szükség szerinti kombinációja.

A szolgáltatások székhelye:

- III. kerületi szenvedélybetegek járóbetegellátása, III. kerületi drogambulancia és drogbeteg gondozó: 1039 Budapest, Lukács Gy. u. 1-3.
- IX. kerületi szenvedélybetegek járóbetegellátása, IX. kerületi drogambulancia és drogbeteg gondozó: 1095 Budapest, Gát u. 25. 1/8.

Mindkét járóbetegellátás teljes Budapest, illetve az agglomeráció területéről is fogad betegeket. Az ellátás a III. kerületi drogambulancián 23 orvosi órában, a IX. kerületi drogambulancián 24 orvosi órában történik.

2.2 Szociális szolgáltatások

A 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (továbbiakban: 1/2000 r. vagy a rendelet) 5/A § (1) bek. alapján a fenntartó a szociális szolgáltatások működését az alábbi szakmai keretek és **szolgáltatási célok** mentén határozza meg.

„A **szenvedélybetegek közösségi ellátása** olyan önkéntesen igénybe vehető, hosszú távú, közösségi alapú, az ellátott otthonában, illetve lakókörnyezetében történő gondozás, amelynek célja az életmódváltozás elindítása, segítése és folyamatos nyomon követése.” (1/2000 r., 19/J§ (1)) „Az ellátás feladata a munkához való hozzájutás, a szabadidő szervezett eltöltésének segítése, szabadidős, önszervező csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése, információnyújtás az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások, valamint a foglalkoztatási, oktatási, lakhatási lehetőségek igénybeviteléről.” (1/2000 r. 19/F§ (6)) „A **szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása** a megkereső munkára, valamint az

anonim és önkéntes igénybevételre épülő szolgáltatás, amelynek célja a szenvedélybetegség által okozott ártalmak csökkentése, az életet veszélyeztető helyzetek elhárítása, valamint az életmódváltozás elindítása, segítése.” (1/2000 r. 19/L§ (1)).

A **Kék Pont Alapítvány fenntartóként** a III. és a IX. kerületben szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátását, a VIII. kerületben szenvedélybetegek közösségi ellátását működtet. Az ellátások célja az ellátási területen élő legális és illegális szerhasználók megkeresése, lakókörnyezetükben való ellátása, és ezzel a droghasználat ártalmainak megelőzése, integrációjuk elősegítése.

Az alacsonyküszöbű és a közösségi ellátás célja a meglévő erőforrások felhasználásával a droghasználók és más függőségi problémával élők (alkohol, gyógyszer, viselkedési függőségek) mielőbbi kezelésbe irányítása, esetleges későbbi rehabilitációjuk megkönnyítése. Mindez eredményezi a szűkebb környezetükre és a társadalomra háruló – egészségügyi, bűnügyi stb. – terhek mérséklését is.

A szolgáltatások székhelye:

- III. kerületi szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása: 1039 Budapest, Lukács Gy. u. 1-3.
- IX. kerületi szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása: 1095 Budapest, Gát u. 25. 1/8.
- VIII. kerületi szenvedélybetegek közösségi ellátása: 1084 Budapest, Auróra u. 11. I/6.

2.3 A megvalósítani kívánt szociális szolgáltatások konkrét bemutatása

2.3.1 Szolgáltatáselemek és tevékenységek

A rendelet 2§ l) pontja, illetve 39/J§ (2) bek. szerinti szolgáltatási elemek közül a Fenntartó jelen szakmai programmal érintett **szenvedélybetegek közösségi ellátása szolgáltatásokban** a következőket biztosítja:

- **tanácsadás:** az igénybe vevő bevonásával történő, jogait, lehetőségeit figyelembe vevő, kérdésre reagáló, élethelyzetének, szükségleteinek megfelelő vélemény-, javaslatkialakítási folyamat, a megfelelő információ átadása valamilyen egyszerű vagy speciális felkészültséget igénylő témában, amely valamilyen cselekvésre, magatartásra ösztönöz, vagy nemkívánatos cselekvés, magatartás elkerülésére irányul.
- **esetkezelés:** az igénybe vevő, vevők szükségleteinek kielégítésére (problémájának megoldására, illetve céljai elérésére) irányuló, megállapodáson, illetve együttműködésen alapuló, tervszerű segítő kapcsolat, amely során számba veszik és mozgósítják az igénybe vevő, vevők saját és támogató környezete erőforrásait, továbbá azokat a szolgáltatásokat és juttatásokat, amelyek bevonhatók a célok elérésébe, újabb problémák megelőzésébe.
- **készségfejlesztés,** amely életvitellel kapcsolatos tréningek szervezésére vagy közvetítésére, az önellátásra való képesség javítására és fenntartására, a betegséggel kapcsolatos tudnivalókról szóló tájékoztatásra, az ahhoz való alkalmazkodás és kezelés teendőire irányul. Az igénybe vevő társadalmi beilleszkedését segítő magatartásformáinak, egyéni és társas készségeinek kialakulását, fejlesztését szolgáló helyzetek és alternatívák kidolgozása, lehetőségek biztosítása azok gyakorlására.
- **(mentális és addiktológiai) gondozás:** az igénybe vevő bevonásával történő, tervezésen alapuló, célzott segítség mindazon tevékenységek elvégzésében, amelyeket saját maga tenne meg, ha erre képes lenne, továbbá olyan rendszeres vagy hosszabb idejű testi-lelki

támogatása, fejlesztése, amely elősegíti a körülményekhez képest legjobb életminőség elérését, illetve a családban, társadalmi státuszban való megtartását, visszailleszkedését.

- **megkeresés:** szociális problémák által érintett vagy veszélyeztetett azon egyének közvetlen, illetve közvetett módon történő elérése vagy felkutatása (a releváns szolgáltatásokhoz való hozzájuttatás céljából), akik vélhetően jogosultak egy adott szolgáltatásra, de azt bármilyen okból elérni nem tudják.

A szolgáltatási elemek nyújtása előtt minden esetben állapotfelmérést vagy szükségletfelmérést szükséges végezni a személyes célokra és a változtatásra motiváló tényezőkre figyelemmel.

A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a fenti szolgáltatásokat anonim módon teszi elérhetővé. Ezekon kívül a következő szolgáltatásokat is biztosítja:

- **háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás:** az igénybe vevő segítése mindennapi életvitelében, személyes környezete rendben tartásában, mindennapi ügyeinek intézésében, valamint a személyes szükségleteinek kielégítésére szolgáló lehetőségek és eszközök biztosítása, ha ezt saját háztartásában vagy annak hiányában nem tudja megoldani. Ebben a szolgáltató a fenti szolgáltatásokhoz kapcsolt, elsősorban a háztartással kapcsolatos készségek fejlesztésére irányuló, eseti tanácsadás/tréning tevékenységeken keresztül tud segítséget nyújtani, illetve az érintett klienseket partner intézményekhez irányítani további segítség céljából.
- **közösségi fejlesztés:** egy településrész, település vagy térség lakosságát érintő integrációs szemléletű, bátorító- ösztönző, informáló, kapcsolatszervező tevékenység, amely különböző célcsoportokra vonatkozó speciális igényeket tár fel, szolgáltatásokat kezdeményez, közösségi együttműködéseket valósít meg. A közösségi fejlesztés mindkét alacsonyküszöbű szolgáltatásban megvalósul, a későbbiekben részletezettek szerint.
- A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a rendelet szerint magában foglalja továbbá:
- az **egészségügyi ártalmak csökkentését**, amelyet az alapítvány eszközök vagy szűrések rendszeres biztosításával nem végez. Az ártalomcsökkentés tevékenység elsősorban az alacsonyküszöbű ellátás keretében végzett esetkezelés és tanácsadás szolgáltatások részeként valósul meg.
- a **krízis-intervenciót, az egészségügyi vagy egyéb terápiás kezelésein, szolgáltatásban való részvétel ösztönzését**, ami a megkeresés és a tanácsadás szolgáltatások során valósul meg.

2.3.2 A szolgáltatásnyújtási kapacitás

A szolgáltatások működtetéséhez az Alapítvány legalább az 1/2000 r. 2. sz. mellékletében előírt, a rendelet 3. sz. mellékletében megfogalmazott szakmai végzettségeknek megfelelő létszámot biztosítja. A Fenntartó lehetőség szerint gondoskodik a rendelet 39/N§ (1) bek¹.-ben foglaltaknak való megfelelésről.

¹ 39/N. §* (1) A szenvedélybetegek közösségi ellátásában és alacsonyküszöbű ellátásában - a (2) bekezdés szerinti kivétellel - csak olyan személy foglalkoztatható, akit a foglalkoztatás kezdő időpontjában a munkáltató bejelentett a szenvedélybetegek közösségi ellátása képzésre vagy a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása képzésre, és azt a foglalkoztatás kezdő időpontjától számított két éven belül elvégzi. (2) Az (1) bekezdés szerinti képzés elvégzése alól mentesül *a)* a szenvedélybeteg gondozó OKJ 55 762 05, az addiktológus szakorvos, a pszichiáter szakorvos, az addiktológiai pszichológus, a klinikai szakpszichológus, a pszichológus, az addiktológiai konzultáns képesítéssel rendelkező személy, és *b)* az a személy, aki szenvedélybetegek közösségi ellátásában vagy alacsonyküszöbű ellátásában egy évnél hosszabb foglalkoztatotti jogviszonnyal rendelkezik.

A rendelet 19/A. § (6) szerint „...a szolgáltató, illetve az intézmény vezetője látja el a különböző szakmai egységek vezetését is (...), ha az intézményben, illetve a szolgáltatónál foglalkoztatottak száma – a fenntartó mérlegelése szerint – nem teszi indokolttá az egyes szolgáltatások tekintetében az önálló vezetéssel működtetett szakmai egység kialakítását.”

Mivel a fenti jogszabályhelyen hivatkozott körülmény az alapítvány esetében fennáll, az öt, önálló szakmai egységként működtetett szolgáltatás szervezetenként egyetlen szociális intézményhez tartozik, amelynek vezetését a szociális intézmény *intézményvezetője* látja el.

A munkakör célja: az alapítvány, mint fenntartó által működtetett szociális intézmény (öt önálló szakmai egységként működő szolgáltatás) jogszabályi előírásoknak és szakmai program(ok)nak megfelelő működésének folyamatos biztosítása. Az intézményvezető teljes körűen képviseli az szociális intézményt a hatósági ellenőrzések során.

Feladatait az adott kérdésben kompetens szakmai koordinátor(ok)kal, illetve az alapítvány kuratóriumi elnökével, mint szakmai vezetővel, gazdasági vezetőjével és jogi tanácsadójával való konzultáció, illetve a fenntartót képviselő ügyvezető igazgató utasításai alapján látja el.

A rendeltékben foglaltak szerint az intézményvezető összehangolja a gondozók munkáját, rendszeres esetmegbeszéléseket szervez, biztosítja a szupervíziót, szervezi a rehabilitációs célú foglalkoztatási lehetőségek igénybevételét, ehhez kapcsolódó ösztönző programokat dolgoz ki, szervezi a gondozók rendszeres szakmai továbbképzését, közösségi munkacsoportot működtet, éves jelentést készít a fenntartónak, amelyben beszámol az ellátás tapasztalatairól, valamint javaslatot tesz a szükséges fejlesztésekre.

Az intézményvezető feladatainak, jogkörének, felelősségi körének részletezését a Szervezeti és működési szabályzat (továbbiakban: SZMSZ) 2. számú mellékletét képező munkaköri leírás tartalmazza.

A rendeletben foglaltak szerint egy munkatárs legfeljebb 25 fő ellátotról gondoskodhat. A 25 fő ellátotti létszám további legfeljebb 10 fővel növelhető, ha a gondozottak legalább felénél a rehabilitációs folyamat intenzitása nem haladja meg a havi 4 találkozást.

Ennek érdekében a Fenntartó alacsonyküszöbű és közösségi *szolgáltatásonként további legalább 80-80 órányi* (2 fő teljes munkaidős vagy több részmunkaidős) szakmai *szolgáltatásnyújtó szakemberről* gondoskodik, akik közül – a közösségi szolgáltatások közül legalább 60 órányi, az alacsonyküszöbű szolgáltatások esetén legalább 40 órányi létszám a rendelet 3. sz. mellékletében foglalt szakmai végzettségek valamelyikével rendelkezik. A fenntartó a szakmai végzettségű létszámot minden szolgáltatás esetén felsőfokú szakmai végzettséggel rendelkező munkatársakkal biztosítja.

A középfokú szakmai végzettségű és a szakmai végzettséggel nem rendelkező közép vagy felsőfokú végzettségű munkatárs segítő munkakörben dolgozik, a segítő feladatait szociális vagy terápiás munkatárs mellett végzi.

A szociális szakmai végzettséggel rendelkező munkatárs (szociális munkás, szociálpedagógus stb.) szociális munkatárs munkakörben, a pszichológus (BA/MA), addiktológiai konzultáns, illetve mentálhigiénés végzettséggel rendelkező munkatársak terápiás munkatárs munkakörben dolgoznak. A felsőfokú végzettségű munkatársak a munkaköri leírás szerinti feladataikat önállóan végzik, feladat és felelősségi körüket részletesen munkaköri leírásuk szabályozza.

A *közösségi ellátásokban*, mindhárom ellátás esetén a Fenntartó heti 1 (*havi 4*) óra *orvos konzultánst* foglalkoztat. Az orvos konzultáns pszichiáter, illetve addiktológus szakvizsgával rendelkező orvos lehet.

Az alacsonyküszöbű és közösségi szociális szolgáltatásokban az intézményvezető munkáját – az intézményvezető döntése szerint, átmeneti vagy tartós jelleggel, teljes vagy részidőben – *szakmai koordinátor* segítheti. A szakmai koordinátor feladata a napi munka tervezése, szervezése, irányítása és ellenőrzése. A szakmai koordinátor részt vesz a szolgáltatásra vonatkozó éves szakmai terv elkészítésében, az éves és időszakos beszámolókhöz a további

szakemberektől adatokat gyűjt és adatokat szolgáltat. Jogkörét és felelősségi körét részletesen munkaköri leírása szabályozza, közvetlen felettese az intézményvezető.

A Fenntartó SZMSZ-e meghatározza az Alapítvány szervezeti felépítését, jelen szakmai programmal érintett szolgáltatások szervezeten belüli elhelyezkedését, kapcsolódásait. A szolgáltatásokban alkalmazott főbb feladatköröket, a szervezeti egységek, így jelen szolgáltatások közötti kapcsolattartás rendjét, formáját, módját, felületeit. Ezen belül különösen az *esetmegbeszélés és szupervízió* kérdését. Ezek havonta egy-egy alkalommal, kétheti váltásban, két-kétórás időtartamban ülésező megbeszélések, amelyek résztvevői az alacsonyküszöbű és közösségi ellátások kliensellátásban résztvevő munkatársai. Célja konkrét esetek, szakmai módszertani kérdések megvitatása, a teamen belüli problémák, konfliktusok, elakadások kezelése. Az esetmegbeszélés a közösségi ellátások szakmai koordinátorainak vezetésével, orvos konzultáns vagy intézményvezető vezetésével, a szupervízió külsős szakember vezetésével zajlik. Az SZMSZ rendelkezik a *szakmai minőség folyamatos biztosításához* szükséges egyéb intézkedésekről, eljárásokról, így a dolgozók *továbbképzéséről* és a *belső ellenőrzés* rendjéről.

2.3.3 A más intézményekkel történő együttműködés módja

Jelen szakmai program, a rendeletben foglaltaknak megfelelően tartalmazza az egészségügyi szolgáltatókkal, különösen a területileg illetékes pszichiátriai, illetve addiktológiai gondozóval való együttműködés módját.

A külső kommunikációról az SZMSZ rendelkezik, ide értve a kliensek tájékoztatását és a szakmai partnerekkel való kapcsolattartást, illetve az ezekhez szükséges kommunikációs formákat, felületeket is. A kliensek tájékoztatásával kapcsolatos legfontosabbakat jelen szakmai program vonatkozó fejezete is tartalmazza.

Az ellátást végzők munkájukba az ellátott lakókörnyezetében megtalálható önkéntes segítők, így különösen a családtagokat, szomszédokat és egyéb, az ellátottal kapcsolatban álló önkéntes közreműködőket, illetve, szükség esetén, az egészségügyi és szociális alap- és szakellátást nyújtó intézményeket is bevonják.

Az intézményvezető egyik feladata a közösségi munkacsoport működtetése. A közösségi munkacsoportot az ellátottak szükségleteinek megfelelően kell összeállítani, bevonva a gondozási, személyi segítségi feladatok hatékony ellátásához szükséges személyeket. Így pl. háziorvos, védőnő, pszichiáter, pszichiátriai gondozó, pszichológus és a szociális alap- és szakellátás, a család- és gyermekjóléti szolgálat, a gyámhivatal, a rehabilitációs szakértői szerv, fővárosi kormányhivatal illetékes osztálya, az önszolgáltató és civil szervezetek, a szabadidős szolgáltatást nyújtó intézmények képviselői.

Ennek érdekében a Fenntartó 1996 óta az egészségügyi és szociális szakmai területen, minden közösségi ellátás területén széleskörű együttműködést alakított ki. Az együttműködések egy része írásos megállapodáson, egy része a szakemberek közötti személyes, gyakorlati szakmai kapcsolaton alapszik. A megállapodások rögzítik a rendszeres megbeszélések gyakoriságát, egyéb körülményeit, valamint - arra az esetre, ha egyes ellátottak állapota ezt szükségessé teszi - az eseti megbeszélések összehívásának módját.

Az együttműködések célja a kliens érdekében történő közös munka, megoldáskeresés mellett a széles értelemben vett környezettel való közös kommunikáció (informálás, szemléletformálás), illetve a tudás megosztása, tapasztalatcsere, szakmai módszertan fejlesztése, közös vagy egymást kiegészítő szolgáltatásnyújtás, illetve a fentiek érdekében projektek készítése és megvalósítása.

Szakmai együttműködő partnereink (közösségi munkacsoportok tagjai):

- Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia,

- Drogprevenciós Alapítvány,
- Leo Amici 2002 Addiktológiai Alapítvány
- Megálló Csoport a Szenvedélybetegekért Alapítvány,
- Szent Erzsébet Karitasz Szenvedélybeteg-segítő Lelki Központ
- Ébredések Alapítvány,
- TÁMASZ gondozó,
- Aluljáró Ifjúsági Iroda
- Belvárosi Tanoda Alapítvány
- FESZGYI
- Óbudai Családi Tanácsadó és Gyermekvédelmi Központ
- Szent Miklós Általános Iskola, Diákotthon és Gyermekotthon
- Erzsébet Kórház Krízisintervenciós Osztály
- III., VIII., IX. kerületi Pszichiátriai Gondozók
- IX. kerületi Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó
- Merényi Gusztáv Kórház Addiktológiai Osztály
- Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály, Drogambulancia, I-es, a II-es és III-as Pszichiátria
- Országos Epidemiológiai Központ
- Péterffy Sándor Utcai Kórház Sürgősségi Belgyógyászati Osztály és Klinikai Toxikológiai Osztály
- Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai Klinika
- Szent István Kórház
- Szent László Kórház

Rendszeresen együttműködünk továbbá a kerületi NA és AA csoportokkal, a BRFK-val, a Társaság a Szabadságjogokért-tal és a Magyar Emberi Jogvédő Alapítvánnyal.

A Fenntartó együttműködik a III., VIII., IX. kerületi önkormányzatokkal, így tagja ezen kerületek Kábítószerügyi Egyeztető Fórumainak. Ezen keresztül a fentiek mellett a kerületi rendőrkapitányságokkal, kerületi civil szervezetekkel, kerületileg illetékes Kormányhivatal Népegészségügyi Osztályaival, illetve egyéb önkormányzati fenntartású intézményekkel, szervezetekkel, továbbá a kerületben működő szociális, egészségügyi, kulturális és közösségi intézményekkel, iskolákkal, házi orvosokkal is szakmai kapcsolatot ápolunk. Munkatársaink részt vesznek a Budapest Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum mind az öt munkacsoportjának munkájában.

Az Alapítvány által fenntartott szociális szolgáltatások természetesen együttműködnek az Alapítvány által fenntartott járóbetegellátással, így a III. és a IX. kerületi drogambulanciával és drogbeteg gondozóval.

2.4 Az ellátandó célcsoport leírása, ellátási terület

Az egészségügyi szolgáltatásban, illetve a szociális ellátásokban is elsődleges célcsoportunk az ellátási területen élő, vagy életvitelszerűen ott tartózkodó legális és illegális szereket használó emberek. Ezen belül:

- Az ún. **rejtett droghasználók** – akik az intézményi ellátást nem preferálják, a terápiás kezelésre motiválatlanok, illetve azzal szemben bizalmatlanok. Ők az alacsonyküszöbű ellátások fő célcsoportja.

- Az **ambuláns ellátás keretében gondozottak**, akik az életviteli problémáikhoz, a szabadidő eltöltéséhez további segítséget igényelnek. Elsősorban közösségi ellátás keretében.
- A **kórházi, rehabilitációs otthoni ellátásban részesülők**, és az onnan kikerülők, akik a reintegrációban, az absztinencia megtartásában támaszt kérnek. Elsősorban közösségi ellátás keretében.

A szerhasználó célcsoport mellett kisebb volumenben viselkedési addikcióval küzdőket is kezelünk.

Másodlagos célcsoportunk a **szerhasználók hozzátartozói**, lakókörnyezete. Részben alacsony küszöbű ellátás keretében, csoportos formában, illetve a közösségi ellátás 30%-os keretének erejéig közösségi ellátásban tudjuk ellátni őket.

A célcsoport részletesebb összetételével jelen szakmai program első, helyzetfeltáró fejezetének 1.3 és 1.4 szakaszai foglalkoznak.

A célcsoport egésze összességében ezres nagyságrend, ebből közösségi szolgáltatásonként egyidőben, a feladatmutató alapján 41 főt, a három szolgáltatásban összesen 123 főt tudunk ellátni.

A III. és IX. kerületben működő **alacsonyküszöbű szolgáltatások elsődleges ellátási területe Budapest** közigazgatási területe. A **közösségi ellátások** ellátási területe a következők szerint alakul:

III. kerületi szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása 1039 Budapest, Lukács Gy. u. 1-3.	Budapest I., II., III., XI., XII., XXII., XXIII. kerületei és Szentendre
IX. kerületi szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása 1095 Budapest, Gát u. 25. 1/8.	Budapest IV., V., VI., VII., IX., XIII., XIV., XV., XVI., XVII., XVIII., XIX., XX., XXI. kerületei, továbbá a Gödöllői Kistérség és a Ráckevei Járás
VIII. kerületi szenvedélybetegek közösségi ellátása 1084 Budapest, Auróra u. 11. I/6.	Budapest VIII., X. kerületei
III. és IX. kerületi drogambulancia	Budapest és az agglomeráció

2.5 A fenntartó által biztosított szolgáltatási elemek a szociális szolgáltatásokban

2.5.1 Alacsonyküszöbű szolgáltatások

A program által érintett célcsoportok a IX. és III. kerületben élő, vagy ott tartózkodó szerhasználók, a fiatalok, akik nem droghasználók, de életkörülményeikből adódóan veszélyeztetettek tekinthetők, előzőek hozzátartozói, illetve a velük foglalkozó szakemberek. A program által nyújtott, tipikus szolgáltatások:

- **Megkereső munka**, rendelkezésre állás és kapcsolattartás: ezzel elsősorban a rejtőzködő, problémás droghasználók, droghasználó csoportokat kívánjuk elérni, illetve a problémás használattal veszélyeztetetteket, a probléma kialakulásának megelőzése és a problémás használat korai felismerése érdekében.
- **Információnyújtás**: kezelőhelyekről, szociális és egészségügyi ellátásokról, jogi

helyzetről, a drogok fajtáiról, hatásmechanizmusokról, használatuk rövid és hosszú távú veszélyeiről, lehetséges váratlan következményeiről stb. Online vagy személyes beszélgetés, illetve kiadványok segítségével történhet.

- **Tanácsadás**, pszichoedukáció: ártalomcsökkentés, kríziskezelés vagy magasabb szintű, illetve más formájú (pl. kórházi) ellátásba irányítás céljával történhet, speciális formája a jogsegély, a szerhasználattal összefüggő jogi (rendőrségi, bírósági) ügyek kezelésének segítése. Tanácsadás online vagy személyes formában nyújtható. A pszichoedukációs tevékenység körébe tartozik a hozzátartozói, a visszaesés-megelőzési és az egyéb, nem terápiás célú, anonim csoport.
- **Közösségépítő programok** szervezése, felépülési közösségek generálása és támogatása.

Prevenció: a hagyományos iskolai prevenciós foglalkozásokat 2007-től előbb a szülőket is bevonó programok, 2015 után a fiatalokkal foglalkozó szakemberekre fókuszáló programok váltották fel. A hangsúly jelenleg is a veszélyeztetett csoportokkal foglalkozó szakemberek képzésén van, annak érdekében, hogy ezek a szakemberek a prevenciós tevékenységet a mindennapi munkában végezhessék. Jelenleg személyes formájú képzésen két akkreditált szakember továbbképzésünk érhető el, e mellett egy tájékoztató jellegű képzés online és személyes formában, illetve egy akkreditált e-learning képzés áll rendelkezésre. A prevenciós jellegű tevékenység másrészt a lakossági mértékletességkampányokban érhető tetten, amelyek célja a tartós és mértékletes örömforrás élvezet elősegítésével a problémás fogyasztás kialakulásának megelőzése. Legfontosabb mértékletesség fókuszú kampányunk a Száraz November, e mellett 2022-től egész éven át kínálunk eszközöket, információkat a mértékletes örömfogyasztás jegyében. A prevenciós tevékenységünk a jogszabályi értelmezés szerinti információnyújtás, közösségi tevékenység és megkeresés tevékenységeket tartalmaz.

2.5.2 Felépülést célzó, közösségi szociális ellátás

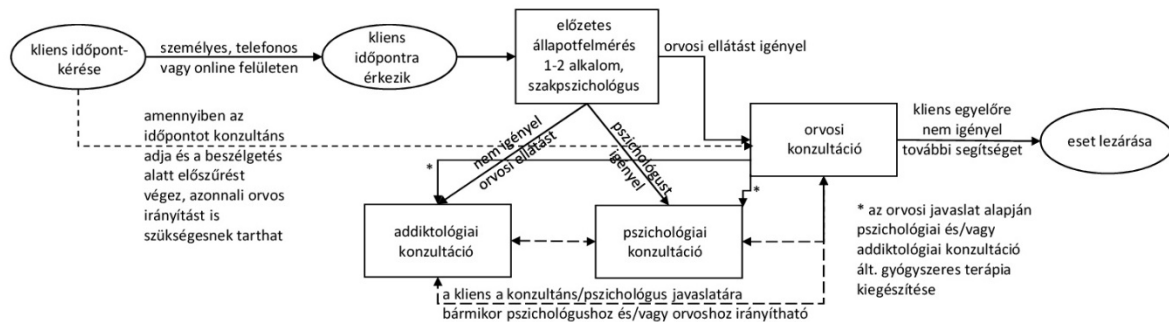
A szociális szolgáltatás keretében nyújtott közösségi ellátás lehetőséget ad a legális és illegális drogokat használó kliensek számára, hogy az állapotfelmérést követően egy jól tervezett segítő-kliens kapcsolatban építsék önmagukat. Az egyéni esetmunkát gyakran család gondozás egészíti ki, nagy hangsúlyt fektettünk az orvosi és terápiás beavatkozások után az utógondozásra. Az ellátás elsősorban egyéni konzultációk alkalmával történik, a társadalombiztosítással rendelkezők számára térítésmentesen elérhető. A konzultációkon a szerhasználat, viselkedési addikcióval közvetlenül összefüggő kérdéseken túl a kliens életvitelével kapcsolatos, stresszt okozó tényezők közül több is szóba kerül. Az együttműködés fő célja a kliens célelérésének segítése a jobb életminőség érdekében.

2.5.3 Hozzátartozók számára nyújtott szolgáltatások

A szülői és más hozzátartozói konzultáció szervesen kapcsolódik a Kék Pontban folyó gondozó-gyógyító tevékenységhez. A szolgáltatások a szülők és más hozzátartozók mentális egészségének javítását, a problémás szerhasználóval való kapcsolatuk tisztázását, az addiktív viselkedés hátterének mélyebb megértését és realisabb értékelését, valamint ezzel összefüggő problémakezelésük javítását célozta. Egyéni konzultációt, térítésmentes formában a szolgáltatási kapacitás (jogszabály által lehetővé tett) legfeljebb 30%-áig, elsősorban a hozzánk járó kliensek hozzátartozói számára nyújtunk, hozzátartozói csoportunk anonim, térítésmentes formában, az alacsonyküszöbű ellátás keretében érhető el. Esetenként, adomány vagy projekt finanszírozásban pár és családkonzultációra, és tematikusan vagy célcsoportra fókuszált hozzátartozói csoportok szervezésére (pl. kamaszcsoport, női csoport...) is lehetőségünk van.

2.6 Az ellátás folyamata az egészségügyi ellátásban és a szociális szolgáltatásokban

2.6.1 A szerhasználó kliensek ellátása



A kliensellátás folyamata a Kék Pont Drogambulanciáin

1 Jelentkezés, állapotfelmérés

- Az ellátást a 16-18 év közöttiek szülői beleegyezéssel, illetve szülői kísérettel vehetik igénybe, a 16 év alatti jelentkezőket továbbirányítjuk a fiatalkorúak ellátására szakosodott partnerintézményekbe.
- A kliensellátás minden esetben állapotfelméréssel kezdődik. Az állapotfelmérést az erre kijelölt szakpszichológus(ok) vagy felügyeletük alatt szakpszichológus jelöltek végzik.
- Állapotfelmérésre a kliens elsősorban telefonon, másodsorban online (e-mail), esetleg személyesen jelentkezhet, időpontot egyeztetve. Mivel a szolgáltatásnyújtás feltétele az együttműködés, kizárólag a kliensnek adunk időpontot, hozzátartozó azt a kliens számára nem kérhet.
- A betelefonáló kliens megkeresését általában a segítő/irodavezető fogadja. Az időpont mellett ő a klienst az ellátással kapcsolatos alapvető információkkal is ellátja.
- Amennyiben a kliens megkeresését szakember fogadja, az időpont és alapvető információadás mellett előzetes szűrést is végezhet. Ez alapján a szakember dönthet úgy, hogy a klienst a szakpszichológus helyett orvosi állapotfelmérésre irányítja.
- Amennyiben a kliens megkeresését a segítő/irodavezető fogadja, és a kliens egyes kérdéseinek megválaszolása szakembert igényel, a segítő/irodavezető:
 - segítséget kér a helyszínen lévő szakembertől, akinek van kapacitása a kliens hívását átvenni vagy a kérdést röviden megválaszolni.
 - Rögzíti a kliens kérdését, nevét és telefonszámát, és jelzi, hogy a válasszal egy munkanapon belül visszahívja, majd a kérdés megválaszolásához szakember segítségét veszi igénybe.
 - Krízis esetén a segítő/irodavezető az illetékes krízisvonal elérhetőségét adja meg.
- Az előzetes állapotfelmérésre a kliens az előre megállapodott időpontban jelenik meg.
- Az előzetes állapotfelmérésre várók között az önként érkezők az elterelésre jelentkezőkhöz képest előnyben részesülnek.
- Mivel intézményünk addiktológiai fókuszú, az addiktológiai és pszichiátriai diagnózissal is rendelkező klienseket legalább részben továbbirányítjuk: lehetőség szerint pszichiátriai ellátással foglalkozó partnerintézményt vonunk be az ellátásba.
- Az előzetes állapotfelmérés egy vagy két konzultációs alkalom során készül el. Ennek során rögzítésre kerül legalább az anamnézis, diagnózis és a terápiás javaslat.

- k) Az előzetes állapotfelmérés eredményét a szakpszichológus minden esetben egyeztetni az orvossal, az eredményt az orvos jóváhagyja, vagy szükség szerint bírálja felül.

2 Kezelés, ellátás

- a) Az előzetes állapotfelmérés eredménye alapján a kliens addiktológiai konzultáción (addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés szakember vagy erre képzett szociális szakember végzi) vagy pszichológus által végzett addiktológiai konzultáción vesz részt.
- b) Amennyiben az állapotfelmérés eredménye ezt indokolja, a kliens e mellett orvosi konzultációkon is részt vesz.
- c) Amennyiben az állapotfelmérés krízist, azonnali ellátást igénylő, súlyos, akut esetet tár fel, amelynek kezelésére az adott körülmények között az intézményen belül nincs kapacitás, a klienst külső partnerszervezet felé irányítjuk tovább.
- d) A klienst az addiktológiai konzultánsa a folyamat során, szükség esetén bármikor orvosi konzultációra irányíthatja.
- e) Amennyiben orvosi konzultáció is történik, a gyógyszeres kezelést szükség szerint egészíti ki orvosi pszichoterápia és/vagy addiktológiai konzultáció. A terápiáról és az abban résztvevő szakemberekről ez esetben a kezelőorvos dönt.
- f) Az addiktológiai konzultációt végző szakemberek és az ellátásban résztvevő orvosok havi egy alkalommal esetmegbeszélést, egy alkalommal szupervíziót tartanak, a szakemberek számára az ezeken való megjelenés kötelező.
- g) E mellett eseti konzultációt bármely szakember kezdeményezhet, az ellátásért felelős egységvezető felé jelezve igényét. Ez esetben az egységvezető köteles az ülést ésszerű határidőn belül összehívni.

3 Az esetek lezárása

- a) Amennyiben a kliens egyelőre nem igényel további segítséget, a vele dolgozó szakember az eset lezárását javasolja. A lezárás az illetékes orvossal és a felelős egység vezetőjével egyeztetve történik.
- b) Az eset zárása akkor is megtörténik, ha a klienst további kezelés céljából partnerintézménynek, így krízisellátónak, fekvőbeteg ellátásnak vagy rehabilitációs ellátásba adtuk át.

4 Meg nem jelenő kliens

- a) Amennyiben a jelentkező az első egyeztetett időpont alkalmával nem jelenik meg, nem válik kliensé. Amennyiben az állapotfelmérésre várólistát tartunk fenn, az egyeztetett időpontban meg nem jelenő jelentkező a várólista végére kerül vissza.
- b) Amennyiben a kliens a konzultációs alkalmon nem jelenik meg, és azt nem mondja le, a konzultáns vagy a segítő telefonon vagy e-mailben megkeresi, a terápiás kapcsolat fenntartása céljából.
- c) Az utolsó megvalósult találkozást követően 30 napig nem jelentkező vagy az egyeztetett időpontban meg nem jelenő kliens az együttműködés hiányára való hivatkozással, az egységvezetővel egyeztetve lezárható. A lezárás előtt az egyéni szempontokat mindenképp mérlegelni kell!

2.6.2 Hozzá tartozók ellátása

- a) Hozzá tartozó időpontot önmaga számára, a szerhasználók számára nyitva álló felületeken keresztül kérhet.

- b) A hozzátartozói ellátás során az aktuálisan vagy korábban nálunk kezelt kliensek hozzátartozói előnyben részesülnek.
- c) A hozzátartozók ellátása elsősorban hozzátartozói csoportban történik, az aktuális csoportokról az intézmény honlapján található tájékoztató. A csoportba való bekapcsolódáshoz előzetes állapotfelmérés nem szükséges.
- d) Amennyiben a hozzátartozó egyéni konzultációra jelentkezik, a kliensekhez hasonlóan állapotfelmérésen vesz részt. Az állapotfelmérés a kliensek előzetes állapotfelmérésével megegyező módon működik.
- e) Amennyiben az állapotfelmérés eredménye szerint a hozzátartozó számára az egyéni ellátás a megfelelő, a következőket kell alkalmazni:
 - i. a várhatóan néhány (1-4) konzultációt igénylő eseteknél elsősorban az alacsonyküszöbű ellátás anonim tanácsadás szolgáltatásának személyes vagy online verzióját kell használni és dokumentálni.
 - ii. a várhatóan 4 alkalomnál több konzultációt igénylő esetek a közösségi ellátás hozzátartozói kerete terhére láthatóak el. A kapacitásokat és az ellátási igényt is figyelembe véve az ellátott hozzátartozók száma egyidőben, szolgáltatásonként legfeljebb 8 fő lehet, ahol a párkonzultációra vagy családi konzultációra járók személyenként külön számítanak.
- f) Egyebekben a hozzátartozói ellátásra a kliensellátással kapcsolatos szakmai elvek vonatkoznak.

2.7 Az ellátás igénybevételének módja az egészségügyi ellátásban és a szociális szolgáltatásokban

A **járóbetegellátásban** az ellátást előzetes, telefonos bejelentkezés alapján, rendelési időben, személyesen, szükség esetén online formában lehet igénybe venni.

A szociális szolgáltatásokban:

Az Szt. 94/C. § (1) bekezdése szerint Az ellátás igénybevételének megkezdése előtt „...b) egyházi fenntartású és nem állami fenntartású intézmény (szolgáltató) esetén a fenntartó vagy az általa megbízott személy az ellátást igénylővel, illetve törvényes képviselőjével írásban megállapodást köt. (2) Nem kell az (1) bekezdés szerint megállapodást kötni... ..d) szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás... [során],,

Az ellátás tehát a **közösségi szenvedélybeteg ellátásban megállapodás** alapján történik, az ellátást a Szt.-ben előírt módon a „Közösségi szenvedélybeteg ellátás **kérelem**” űrlapon kell kérelmezni, illetve **nyilatkozni** kell a más közösségi ellátás igénybe vételéről. Az ellátást megelőzően a klienst a konzultáns tájékoztatja a **házi rendről**, a **kliens jogairól**, **kötelezettségeiről**, illetve a hatályos **adatvédelmi előírásokról**. Az ellátás kezdetén gondozási/**felépülési terv** készül, amit a kliens és a konzultáns közösen dolgoz ki.

A kliens-segítő szakember közti **kapcsolattartás formája**: Az ellátás folyamatát részletesen a 2.4.5 pont írja le. Az ellátás során a konzultációkra általában heti 1-2 alkalommal kerül sor. A konzultánsok által végzett egyéni esetkezelés mellett egyéni pszichoterápiában, családi konzultációban, gyógyszeres kezelésben is részesülhetnek a rászorulóak. Előnyben részesítjük az egyéni kezelési formákat. A csoportos kezelés a relapszus prevenció során indokolt, illetve abúzus eseteiben edukációs és önismereti/motiváló céllal, továbbá a hozzátartozók ellátásában ez az elsődleges eszköz. A találkozások száma a folyamat során a kliensek problémáival, státuszával és igényeivel összhangban változó, általában 1 és 20 alkalom között.

Az **alacsonyküszöbű ellátás** során megállapodást nem kötünk. A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása során, a jogszabályoknak megfelelően, minden esetben biztosítjuk az anonimitást, a személyes adatokat nem kell megadni, igazolni és nyilvántartani, illetve egyéni gondozási tervet nem kell készíteni. A szolgáltatás nem tagadható meg az absztinencia hiánya és a szenvedélybetegség során jelentkező tünetek, magatartási formák miatt mindaddig, amíg azok nem veszélyeztetik a biztonságos feladatellátást.

A kliensek és betegek számára nyitva álló helyiségek

III. kerületi szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása, III. kerületi drogambulancia járóbetegellátás	hétfőtől csütörtökig 10-18 óra pénteken 8-16 óra között, előzetes időpont egyeztetés alapján	1039 Budapest, Lukács Gy. u. 1-3.
IX. kerületi szenvedélybetegek alacsonyküszöbű és közösségi ellátása, IX. kerületi drogambulancia járóbetegellátás	hétfőtől péntekig 10-18 óra előzetes időpont egyeztetés alapján	1095 Budapest, Gát u. 25. 1/8.
VIII. kerületi szenvedélybetegek közösségi ellátása	hétfőtől péntekig 10-18 óra előzetes időpont egyeztetés alapján	a kliens lakókörnyezetében

Egészségügyi ellátásunk érvényes TAJ számmal, szociális szolgáltatásaink a szociális ellátásra jogosultak számára díjmentesek.

A szolgáltatások online eszközök használatával (skype, messenger, telefon) is igénybe vehetők.

2.8 A szolgáltatásnyújtásról szóló tájékoztatás helyi módja az egészségügyi ellátásban és a szociális szolgáltatásokban

Szolgáltatásaink fajtái, jellemzői, szolgáltatást nyújtó szakemberek	<ul style="list-style-type: none"> • személyes, telefonos vagy online megkeresésre, • saját online felületeken (FB, honlap) • partner intézményeken keresztül • saját események, partnerek eseményei, honlapjai, médiumok, esetenként saját kiadványok
Igénybe vétel módja, helye, költsége	<ul style="list-style-type: none"> • személyes, telefonos vagy online megkeresésre, • saját online felületeken (FB, honlap) • partner intézményeken keresztül • saját események, partnerek eseményei, honlapjai, médiumok, esetenként saját kiadványok

Házirend, kliens jogok, köteleességek	<ul style="list-style-type: none"> • személyes, telefonos vagy online megkeresésre, • saját online felületeken (FB, honlap)
Adatvédelmi kérdések	<ul style="list-style-type: none"> • személyes, telefonos vagy online megkeresésre, • saját online felületeken (FB, honlap)

1/2000 r. 5/A§ (3) szerint jelen szakmai programot – illetve annak szociális szolgáltatásokra vonatkozó részeit – az (1) bekezdés szerinti elemeinek változása esetén módosítani kell. Felülvizsgálata évente, tárgyévi első negyedévében történik.

3 MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

1. Szabályzatok jegyzéke és a rájuk vonatkozó tájékoztatási kötelezettség
2. Szt. 94/C. § (1) bekezdése szerinti megállapodások tervezete
3. A Fenntartó szervezeti és működési szabályzata

1. sz. melléklet

Szabályzatok és a rájuk vonatkozó tájékoztatási kötelezettség:

megnevezés	kötelező (I/N)	nyilvános/ nem nyilvános (T/N)	tájékoztatás felületei			szerveren/ nyomtatva tárolt (S/P)
			honlap	ellátási székhelyen kifüggesztve	konzultáns megbeszéli a klienssel	
Általános szabályzatok, alapiratok:						
Alapító Okirat (nem szabályzat, alapiratok között)	I	T	X			SP
Szervezeti és működési szabályzat	I	N	X			SP
Számviteli és gazdálkodási szabályzatok:						
Tájékoztatató térítési díjról	I	T	X	X		SP
Tájékoztatató önköltségi árakról	N	I	X	X	X	SP
Számviteli politika	I	N				SP
Bizonylati rend	I	N				SP
Értékelési szabályzat	I	N				SP
Pénzkezelési szabályzat	I	N				SP
Leltározási szabályzat	I	N				SP
Selejtezési szabályzat	I	N				SP
Humánpolitikai szabályzatok						
Továbbképzési terv	I	N				S
Munkaruha juttatás szabályozása	I	N				SP
Jubileumi pótszabadság szabályzat	N	N				SP
Minőségügyi és biztonságpolitikai szabályzatok						
Panaszkezelési szabályzat	I	T	X	X	X	SP
Munkavédelmi szabályzat (oktatási anyag, oktatási napló, baleseti napló)	I	N				SP
Tűzvédelmi szabályzat (oktatási anyag, oktatási napló)	I	N				SP
Iratkezelést szabályozó ügyvezetői utasítás (7. sz.)	I	N				SP
Adatvédelmi szabályzat	I	T	X			SP
1. melléklet: Adatkezelői nyilvántartás	I	N				S
2. sz. melléklet: Munkavállalóknak szóló	I	T	X			S

adatkezelési tájékoztató						
3. sz. melléklet: Közösségi ellátást és egészségügyi szolgáltatást igénybe vevőknek szóló adatkezelési tájékoztató	I	T	X	X	X	SP
4. sz. melléklet: Anonim szolgáltatások igénybe vevőknek szóló adatkezelési tájékoztató	I	T	X	X	X	SP
5. sz. melléklet: Képzésben résztvevőknek szóló adatkezelési tájékoztató	I	T	X			S
6. sz. melléklet: Az egyes adatkezelések biztonsági fokozatai és a hozzájuk tartozó védelmi intézkedések	I	N				S
7. sz. melléklet: Érdekmérlegelési teszt	I	N				S
Házirend	N	T	X	X	X	SP
Tényleges tulajdonosi nyilvántartás	I	N				SP
Informatikai biztonsági szabályzat	N	készítés alatt				
Közérdekű adatok megismerésére irányuló igények teljesítési rendjének szabályozása	I	I	X			SP