

PROBLÉMAKATASZTER - VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az alábbiakban röviden összefoglaljuk, illetve – utóbb - részletesen kifejtjük, hogy milyen problémákat észlelünk a kábítószer-probléma kezelésével összefüggésben. A problémakatasztert, mely nem szisztematikus információgyűjtés, hanem szakértői vélemények eredményeképpen került összeállításra, a 4 szakmai ernyőszervezet készítette. Az információgyűjtés a 2014 májusában létrehozott KCKT (Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület) munkacsoportvezetőinek közreműködésével, az alakuló ülések jegyzőkönyveinek áttanulmányozása révén történt. Az anyag „fejezet struktúrája” a munkacsoportok kompetenciakörének megfelelően alakult ki, ennek megfelelően a problémák az alábbi tematikus egységek köré szereződnek:

- **Általános szakpolitikai, koordinációs, finanszírozási problémák**
- **Kutatás - értékelés**
- **Prevenció**
- **Kezelés – ellátás**
- **Ártalomcsökkentés**

Az alábbiakban kiemelt problémák csaknem valamennyi témakörrel kapcsolatban megjelennek:

- ✓ a finanszírozás súlyos elégtelensége általában és konkrétan egyes ellátási formákhoz esetében (alacsonykülönbű ellátások „kvázi” normatív finanszírozása, elterelés megelőző felvilágosító szolgáltatások)
- ✓ a koordináció érdekérvényesítő, szakmai képviseleti tevékenységének bátortalansága, a stratégiai gondolkodás hiánya, a koordináció államigazgatási képviseleti szintjének alacsony mivolta
- ✓ a különböző pszichoaktív szerhasználati politikák összerendezetlensége, ellentétes tartalmú üzenetek megfogalmazása, általában az egységes kommunikáció hiánya
- ✓ a kutatások hiánya csaknem valamennyi területen, melynek következtében a beavatkozások szükségletalapú tervezése valójában lehetetlenné válik
- ✓ az új pszichoaktív szerek megjelenésével kapcsolatban semmilyen koncepciózus beavatkozás megfogalmazására nem került sor, a „C” lista nem alkalmas a problémakör átfogó kezelésére
- ✓ az értékelő tevékenység hiánya, melynek következtében a beavatkozások eredményessége kérdéses, a beavatkozási irányokkal kapcsolatos döntések nem tényalapúak, hanem ideológiailag, politikailag tételezettek,
- ✓ a kínálatcsökkentési beavatkozások indokolatlan felértékelése, a beavatkozások eredményértékelésének tökéletesen hiánya
- ✓ a támogató intézményrendszer visszafejlesztése (NDI, KEF-ek)
- ✓ a prevenció tevékenység elsorvadása, különös tekintettel az iskolai szinten megjelenő prevenció intervenciókra
- ✓ súlyos szakember hiány bizonyos területeken,
- ✓ bizonyos ellátások krónikus hiánya (gyermekaddiktológiai ambuláns ellátás, zenés-táncos szórakozóhelyeken ártalomcsökkentő szolgáltatások, reszocializáció-rehabilitáció területén védett lakhatás, védett munkahelyek), egészségügyi ellátások területi egyenlőtlenségei

- ✓ szűrő programok hiánya, létező szűrőprogramok alacsony elérhetősége a leginkább érintett populáció számára
- ✓ általában a kábítószerügyet övező politikai/államigazgatási elítélő-szegregatív, erősen ideológikus szemlélete

PROBLÉMAKATASZTER - RÉSZLETEK

Általános szakpolitikai, koordinációs, finanszírozási problémák

1. Rendkívül eltérő szemléleti megközelítések a különböző szenvedélypolitikákban, melyek gyakorlatilag lehetetlenné és értelmetlenné teszik a szakpolitikai tervezést és a programok végrehajtását.
2. Mind a mai napig nem került sor a drog-ellenes stratégiához kapcsolódó akcióterv véglegesítésére, elfogadására, ez súlyos problémákat okozott már az eddigiekben is, s mindez fokozódni fog, hiszen a költségvetés tervezése során nem állnak rendelkezésre olyan kikényszerítő erővel bíró jogforrások (pl. kormányhatározat), aminek következtében jogosan követelné a terület a szükséges költségvetési forrásokat.
3. A szakma stigmatizációja és kriminalizációja az elmúlt években. Politika és szakma elkülönülése, esetenkénti szemben állása
4. A KKB „szakmátlanítása”, a koordinációs, tanácsadó funkciók tekintetében az államigazgatási és civil-szakmai szereplők mesterséges szegmentálása, a jelenleg működő 2 testület közötti kommunikáció esetlegessé tétele, következmények nélküli testületi döntések,
5. Abszurd méretű forráskivonás. A 2010-es kormányváltástól kezdve kevesebb, mint egyharmadára esett nominálisan is a terület forrása (1 milliárd 2010-ben, ma 310 millió Ft), a 2004-esnek pedig 8 (!) %-a áll ma rendelkezésre (2004-ben reálértéken 3,4 milliárd, ma 310 millió Ft). A szűkös finanszírozás is esetleges módon, tervezhetetlenül működik, a drogkoordináció felelős munkatársai sem tudják érvényes adatokra támaszkodva megmondani, hogy a különböző finanszírozási csatornákon milyen források és milyen tevékenységek finanszírozását biztosítják. Nincs összehangoltság a források odaítélése tekintetében.
6. Stratégiai, rendszerben történő gondolkodás hiánya, ill. politikai, ideológiai megfontolások dominanciája.
7. A koordinációért, módszertani fejlesztésekért felelős államigazgatási, intézményi apparátus szakmai felkészültsége nem kielégítő (szakértelem vs. megbízhatóság), a döntések, kezdeményezések nem a szakmai érdekeket, hanem a politikai agendát szolgálják.
8. A tényleges helyzetről (fogyasztói szokásokról, azok társadalmi mintázódásáról, a háttérben meghúzódó tényezőkről, stb.) nem rendelkezünk érdemi és megbízható információval. A kutatások finanszírozásának, tervezésének korábbi rendszere megszűnt. Ezek a hiányosságok lehetetlenné teszik az érdemi és megalapozott intervenció tervezési tevékenységet, továbbá veszélyeztetik európai uniós adatszolgáltatási kötelezettségeink maradéktalan teljesítését. Azon kutatások esetében, amelyek valamilyen módon mégis finanszírozásra kerülnek, nem hozzák nyilvánosságra az adatokat (pl. http://www.ncsszi.hu/tamop-7_2_1_/kabitoszerugyi-piller).
9. Hiányzik a beavatkozások étékelésének gyakorlata, se finanszírozás, se szándék nem fogalmazódik meg ebben a tekintetben. Különösen is igaz ez a kínálatcsökkentési beavatkozások tekintetében, amire aránytalanul sok pénz fordítódik, ugyanakkor a beavatkozások hasznáról nincs információ.

10. A kínálatcsökkentés túlsúlya, szigora, és értékeletlensége. Költséghatékonysági vizsgálatok teljes hiánya minden területen, de különösen is a kínálatcsökkentési beavatkozások vonatkozásában!
11. A pszichoaktív szerek használatával kapcsolatos átgondolt, tervezett, egységes szempontokat szem előtt tartó kommunikáció teljes hiánya (3T uralma).
12. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet/Iroda minden támogató, fejlesztő funkciója eltűnt. Megszűnt a könyvkiadás, 4 év alatt gyakorlatilag semmilyen szempontból nem fejlődött a szakmai információs portál, nincsenek kutatások, nincsenek a szakmai közösséget megmozgató rendezvények, a szervezet semmilyen szempontból nem tölti be korábbi közvetítő, koordinációs, módszertani fejlesztő funkcióit.
13. Halódnak a kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF). Ez a kezdeményezés folyamatos pénzügyi és szakmai támogatást igényelne, ami az utóbbi években gyakorlatilag megszűnt: nincs humán erőforrás az NDI-ben, ami biztosítaná a KEF-ek működtetését, nincs anyagi erőforrás, aminek révén a KEF-ek betölthetnék a nekik szánt koordinációs, fejlesztő funkciókat.
14. A korábbi periódusok fejlesztései nem hasznosulnak (pl. TÁMOP 5.4.1 projekt kábítószerügyi pillér, azon belül Addiktológiai Ellátások Portálja), ez a közpénzekkel való felelős gazdálkodással kapcsolatos aggályokat is felveti.

Kutatás - értékelés

Az addiktológiai kutatások célzott támogatása 2010 után megszűnt, a kábítószerügyi koordináció az utóbbi 4 évben nem írt ki kutatástámogatási pályázatot, nincs kidolgozott rendszere a kutatástámogatásoknak, melynek következtében a témában zajló kutatások száma a korábbiakhoz képest felére-harmadára esett vissza. Különösen is nagy hiányok mutatkoznak a következő területeken:

(1) Nincsenek általános populációs vizsgálatok.

Az utóbbi 7 évben csak valamilyen más témába ágyazottan történtek droghasználattal kapcsolatos kérdéseket is vizsgáló adatfelvételek (pl. Ifjúságkutatás 2012; Paksi, 2013), ami nem tette lehetővé a drogepidemiológiai kutatások által megkívánt speciális módszertan érvényesítését, így azok adatai nehezen értelmezhetőek. A drogokkal való kapcsolatba kerülés tekintetében legnagyobb kitettségű iskolás populációkban készült vizsgálatok által jelzett kedvezőtlen tendenciák alapján különösen problematikus, hogy az utóbbi 7 évre vonatkozóan az általános populációban lezajló tendenciákról nincsenek megbízható adataink.

A felnőtt lakosság körében 2007-ben készült utoljára célzott drogepidemiológiai vizsgálat, holott a nemzetközi ajánlások a vizsgálatok legalább 4 évente való megvalósítását fogalmazzák meg, de olyan periódusokban, amikor a probléma nagyobb változásokon megy keresztül ennél nagyobb gyakorisággal szükséges a helyzet monitorozása.

(2) Csak az iskolás populációban zajlanak rendszeresen kutatások (ESPAD, HBSC), azonban ezek finanszírozási helyzete sem megnyugtató, a szaktárca nem, vagy csak kis részben, és kiszámíthatatlan egyedi támogatások keretében vesz részt azok finanszírozásában, ettől folyamatosan veszélyben van a megvalósításuk.

(3) Nincsenek szisztematikus célzott vizsgálatok a fokozottan veszélyeztetett speciális populációk körében.

Különösen is azokon a területeken sürgető ezek pótlása, ahol a rendelkezésre álló sporadikus információk komoly változásokra utalnak (pl. hajléktalan populáció, fogvatartottak). Az új szintetikus szerek használatára, a szervátás jelenségére irányuló kutatások szintén hiányoznak, a használatról, a használat jellemzőiről és motivációiról alig tudunk valamit.

(4) Hiányzik az intervenciók monitorozása, nincsenek sem az intervenciókat szisztematikus leíró kataszterek, sem hatékonyságvizsgálatok.

Például a prevenció területén egyáltalán nincs információk arról, hogy milyen programok, milyen eredményességgel valósulnak meg. De nagyon bizonytalan a tudásunk az adatszolgáltatási kötelezettséggel rendelkező ellátási területekről is, mivel nincsenek olyan kutatások, ami ezeknek a sokféle torzítottságot tartalmazó adatoknak a kontextuálását lehetővé tennék.

(5) A fenti, közvetlenül a drogjelenség és az arra irányuló beavatkozások monitorozására irányuló kutatások mellett – az addikciós politikák, és kutatások tekintetében egyaránt megjelenő nemzetközi trendekkel összhangban – érdemes lenne a vizsgálatokat kiterjeszteni az illegális drogokon túl az alkohollal, dohányzással, illetve a nem kémiai addikciókkal kapcsolatos kérdésekre is.

(6) Az (1-5) pontban leírtak folyományaiként jelentkező problémák:

- a. nem tudjuk, hogy hol vannak leginkább hiányok, így nem tudjuk az egyébként is korlátos erőforrásokat fókuszálni,
- b. az egyébként is nagyon korlátos beavatkozások helyzetadekvátsága megkérdőjelezhető, hiszen ha nem ismerjük a tényeket, nem tudjuk azokhoz illeszteni a beavatkozást.

- c. a „Drogellenes stratégia” indikátorainak nincsenek kiinduló értékei, melyekhez képest változásokat, a stratégiai megvalósításának eredményességét becsülni lehetne.

Prevenció

A prevenció területén a legnagyobb probléma, hogy elvéve vannak preventív programok általában, a legjelentékenyebb visszafejlődés az iskolai szinten megjelenő programok vonatkozásában tapasztalható. Ennek számos oka van:

1. Az iskolai szinten megjelenő programok szakmai ajánlása. A szakmai ajánlások szükségességét törvényi szinten a Köznevelési Törvény, illetve a kapcsolódó kormányrendelet (20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról) teremtette meg. A szakmai ajánlások kibocsátásáért felelős szervezet az OEFI. 2013 szeptemberétől kezdődően csak olyan program lehet jelen a köznevelési intézményekben, amelyek rendelkeznek ezzel az ajánlással, a mai napon (2014. augusztus 14.) 19 ajánlott program van (lásd OEFI honlap (http://www.oefi.hu/iskolaiprajanlas/iskolaiprogramokajanlasi_4.html)), ezekből drogprevenációs céltételezéssel mindössze 5 program rendelkezik, de ezen intervenciók megvalósítására sem kerül sor számos esetben, mert a programok finanszírozására a köznevelési intézmények nem rendelkeznek forrással. A KLIK nem tartja feladatának, hogy bátorítsa az intézmények ilyen irányú törekvéseit. Számos ajánlással nem rendelkező program szolgáltató ugyanakkor (pl. DADA, Ellenszer program, szcientológiai egyház programja), ezek ugyanis nem igényelnek többlet ráfordítást az iskoláktól. A preventív szolgáltatók nem kapnak támogatást, célzott képzést annak érdekében, hogy elnyerjék a szakmai ajánlást; az egész folyamat nem támogató, nem segítő jellegű.
2. Méltatlanul kevés anyagi erőforrás biztosított a preventív tevékenységek megvalósítására, jól menő és ígéretes kezdeményezések elhalnak, mert a pályázati források nem teremtik meg a fenntarthatóság feltételeit (pl. City Art, Békásmegyer).
3. Megelőző – felvilágosító szolgáltatás: ezek a szolgáltatások a büntető eljárás alternatíváját jelentik az enyhébb súlyú kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények elkövetői körében, közismert nevén ez az elterelés. A nem egészségügyi típusú elterelés pénzügyi feltételeit az NDI költségvetésének kellene biztosítania, hiszen az NDI lenne felelős egyfelől az ellátások megszervezéséért, finanszírozásáért, másfelől szakmai gondozásáért. 2011 óta az egész folyamat akadozik, a szolgáltatók (cc. 54 szervezet) általában szerződés nélkül végzik a munkát (addig nem köt velük szerződést az NCSZI-NDI, ameddig nincs ott a pénz, a minisztérium viszont rendre nem tervezi ezeket a költségeket, vagy nem adja át azt időben az NDI-nek), mások megszüntetik az ilyen jellegű szolgáltatásokat, mert nem látják biztosítottnak, hogy valaha is hozzájutnak a jogos fizetéshez.
4. Nem biztosított a szervezetek szakmai fejlődése, az országban megvalósuló közvetlen EU finanszírozású projektek légmentes térben valósulnak meg, pl. Európai Drogprevenációs Minőségi Standardok, 2. fázis.
5. Ha vannak is pályázati források, azok rossz ritmusban íródnak ki, nem igazodva a célcsoport „munkarendjéhez”.

Kezelés – ellátás

1. Továbbra is hiányzó szegmens a Gyermekek és Ifjúsági Addiktológiai ellátás (detoxifikáció, ambulancia hálózat, utógondozás)
2. Túl azon, hogy a fenti ellátási modalitások csak nyomelemi szinten vannak jelen, az azok működtetéséhez szükséges módszertani fejlesztések és tapasztalatok is hiányoznak a rendszerből
3. Általában méltatlanul alacsony az ellátásokhoz kapcsolódó finanszírozás szintje (szociális tevékenységek: közösségi ellátás, nappali ellátás, alacsonyküszöbű ellátás, medicinális tevékenységek: járóbeteg ellátás OENO pontrendszer)
4. Továbbra is megoldatlan az integrált ellátási formák biztosítása (átjárhatóság és egységes szakmai gondolkodás hiánya az egészségügyi és szociális ellátások viszonylatában az addiktológiai kliensek ellátásában), ez gyakorlatilag lehetetlenné teszi a felépülésközpontú ellátási modell érvényesülését.
5. Jelentős területi ellátási hiányosságok, funkcionális egyenlőtlenségek: az ellátó intézmények területi elhelyezkedése és működési profilja nem reflektál a helyi szükségletekre, az ellátások tervezése nem szükségletalapú, ez új intézmények szolgáltatások létrehozását, OEP kapacitás bővítését teszi szükségessé
6. Az új pszichoaktív szerek használata nyomán tapasztalható klinikai tünetek nehéz értelmezhetősége, az ellátó rendszer képviselői sem tudják, hogy mit használnak a kliensek
7. Drámai szakember hiány (főleg szakorvos)
8. Tevékenység monitorizálása (tevékenység adminisztráció) nem illeszkedik az adott szakmai tevékenység tényleges tartalmához, a működésnek nem szerves része a minőség biztosítás
9. Anomáliák a nyilvántartási rendszerben, a hatósági és szakmai szereplők közötti kommunikáció elégtelensége, bizonytalanságok -KENYSZI

Ártalomcsökkentés

1. Az alacsonyküszöbű és/vagy tűcsere programok finanszírozásának kérdése: a jelenlegi évi 6-7 millió forintos alapfinanszírozás nem elegendő, 13,5 millió forintra kellene felemelni, és be kell vezetni a sávós finanszírozási rendszert (lásd a KCKT vonatkozó, minisztériumhoz eljuttatott ajánlását). Számos program pályázatát elutasították, ezért programok szűntek meg, szüneteltek, illetve limitálták a kiadott eszközök számát és a nyitvatartási óráikat, illetve váltak meg munkatársaiktól.
2. A rendőrség gyakran akadályozza az ártalomcsökkentő programok működését, formális együttműködési szerződésre van szükség az ORFK-val, illetve a rendőrök továbbképzésére.
3. Az alacsonyküszöbű programok szórakozóhelyeken való megjelenése szórványos, hiányzik a jogszabályi háttér, a pénzügyi támogatás és a koordináció a szórakozóhelytulajdonosok és civil szervezetek között, holott a szórakozóhelyek kulcsfontosságú helyek mind a prevenció, mind az ártalomcsökkentés szempontjából.
4. Egyre nő a hepatitis C fertőzött drogfogyasztók száma, mégis nagyon kevés drogfogyasztó jut gyógykezeléshez, részben a kirekesztő egészségügyi gyakorlat, részben a drogfogyasztókat motiváló programok hiánya miatt.
5. Az ártalomcsökkentés és a HIV és HCV szűrés szinte teljesen hiányzik a büntetés-végrehajtásból, holott a kutatások szerint a fertőzésveszély a börtönökben fokozottan jelen van.
6. A tűcsere programok elleni politikai támadások ügyében az EMMI hallgatása rossz üzenetet küldött a társadalom és a szakma felé, a drogkoordináció nem töltötte be a társadalmi egyeztető szerepet.
7. A HIV és hepatitis C szűrés és tanácsadás lefedettsége nem megfelelő az injekciós drogfogyasztók körében, az OEK kampányszerű szűrőprogramjának fenntartása mellett a tűcsere programokban rendszeresíteni és terjeszteni kellene a gyorsesztek hozzáférhetőségét.
8. Évek óta nincs kutatás az injekciós szerhasználók számának alakulásáról az országban. További kutatásokra lenne szükség a fővárosi és vidéki mikroszegregátumokban a drogfogyasztási szokások feltárása céljából.