

FELVINCZI KATALIN – KALÓ ZSUZSA – NYÍRI NOÉMI – SZÉCSI JUDIT  
– SZEMELYÁCS JÁNOS

# Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdő kliensek ellátásának minőségi javítása érdekében

TANULMÁNY

DOI: 10.56699/MT. 2025.1.4

---

## ABSZTRAKT

2017 és 2019 között az EMMI felkérésére a Magyar Addiktológiai Társaság szakmai segédletet készített a korai kezelésbevétel nemzetközi kontextusáról, hazai és nemzetközi gyakorlatáról, valamint módszertani ajánlásokat fogalmazott meg a területen dolgozó szakemberek számára. Erre alapozva képzési program kidolgozására, 2021–2022-ben pedig pilotprojekt megvalósítására került sor. Jelen tanulmányban e projektről, a módszertanról és az értékelő/monitorozó tevékenység elsődleges eredményeiről számolunk be, továbbá a kezdeményezés fenntarthatóságával kapcsolatos javaslatokat is teszünk. A projekt tapasztalatai alapján elmondható, hogy a megvalósításba bevont szakemberek a teljes futamidő során együttműködtek, és pozitívan értékelték a szakmai fejlődést, a tudás és a kompetenciák bővülését. Érzékenységük és problémálatásuk árnyaltabbá és proaktívabbá vált, fokozódott a motiváció a kliensek specifikus ellátásba irányítására. A különböző szakmacsoportok közötti kooperáció előmozdításának eszközei azonban szegényesek. A hosszú távú fenntarthatóság proaktív szakmapolitikai erőfeszítések nélkül nem biztosítható.

**KULCSSZAVAK:** korai kezelésbevétel, szakmaközi együttműködés, képzés, szupervízió, értékelés

---

**A** korai kezelésbevétel olyan speciális beavatkozások gyűjtőfogalma, melyek azokat a rizikócsoportokat célozzák meg, amelyek tagjai érintettek valamely ártalmas viselkedés szempontjából. A pszichoaktív szerek használatára vonatkozóan ez azt jelenti, hogy a személlyel még időben, „korán”, azaz szerhasználói „karrierjének” egy viszonylag korai

szakaszában lépünk kapcsolatba, hogy megelőzzük állapotának a romlását, a függőség és egyéb mentális betegségek kialakulását, valamint a szerhasználatból eredő ártalmakat és az életvitel jelentős megromlását (Kaló–Kun, 2018; Kendall–Kessler, 2002; Kopusov et al., 2005; Liddle et al., 2004; Tait et al., 2002). A korai kezelésbevitel célja az egészség-magatartás és

---

A korai kezelésbevételi tevékenység két legfontosabb tartalmi pillére a probléma időben való felismerése és a kliens továbbirányítása (referral) megfelelő specifikus ellátásokba.

---

a szociális funkciók erősítése, az információátadás, a kezeléssel kapcsolatos motiváció növelése és az el-látórendszerbe vetett bizalom építése. A korai kezelésbevitel, amennyiben az ellátások kontinuumának perspektívájából tekintjük, hídszerepet tölt be a prevenció és a kezelés/ellátás között.

A szakirodalom szerint (Health Canada, 2006; NSW Department of Health, 2005) a korai kezelésbevételi technikák sikeresen alkalmazhatók nem ad-dikciós-specifikus ellátásokban, például a háziorvosi

praxisban, munkahelyeken, gyermekvédelmi intézményekben, szociális szolgáltatásokban, sürgősségi ellátásban, szabadidős helyszíneken és internetes platformokon. A korai kezelésbevételi tevékenység két legfontosabb tartalmi pillére a *probléma időben való felismerése* és a kliens *továbbirányítása (referral)* megfelelő specifikus ellátásokba. E két tényező egyidejű figyelembevétele és sikeres megvalósítása számos szervezeti és tágabb kontextuális tényező-től függ, s biztosításuk elengedhetetlen feltétele a későbbi korai kezelésbevételi tevékenység eredményességének. Korábbi jó gyakorlatok alapján (NSW Department of Health, 2005) az eredményesség szempontjából kulcsfontosságú a szervezetek együttműködése, melynek alapja a tisztelet, a partnerség, a koordinált munka, illetve az egymástól tanulás, és mindezt a kliensek, a munkatársak és a közösség iránti felelősség vállalásának kell kísérnie.

A korai kezelésbevételi tevékenység a gyakorlatban számos akadályba ütközik. Ezek az akadályok ismerethiányból, az intézményi kultúrák eltérő működéséből, valamint a jog-szabályi környezet sajátosságaiából erednek. Egy 2018-as tanulmány (Valaitis et al., 2018: 4) hét intézményi tényezőt azonosított, melyek megléte javítja, míg a hiányuk jelentékeny mértékben rontja a különböző intézményi szereplők közötti együttműködés lehetőségeit:

1. egyértelmű mandátum (felelősségkör), célrendszer és jövőkép meghatározása az együttműködő partnerek viszonylatában;
2. stratégiai koordinációs és kommunikációs mechanizmusok megléte;
3. a formális szervezeti vezetők példaadása;
4. az együttműködést előnyben részesítő szervezeti kultúra megléte;
5. a rendelkezésre álló források optimális felhasználása;
6. az emberi erőforrás optimális és célirányos felhasználása;
7. a programok és szolgáltatások kollaboratív eljárásrendben történő megvalósítása.

A fenti tényezők dinamikus kölcsönhatásban fejtik ki hatásukat, és valamennyi esetben további hatótényezők is azonosíthatók, például az adott szektorban a dolgozók kép-zettségi előzményei, megelőző munkatapasztalatok és általában a szakpolitikai kontextus.

További befolyásoló tényező a megközelítés társadalmi elfogadottsága. Hazánkban az addikciós problémákkal kapcsolatosan a társadalom rendkívül elutasító álláspontot képvisel, ez egyértelműen tükröződik az elmúlt évtizedekben végzett drogepidemiológiai vizsgálatok eredményeiben (Paksi et al., 2021; Felvinczi et al., 2021). Mind az alkoholproblémával küzdőkkel, mind az illegális szerek használóival kapcsolatban a magyar népesség több mint 80 százaléka markánsan elutasító attitűdöket tanúsít, amennyiben az elutasítás nagyságrendjét a Bogardus-féle társadalmi távolság skála szomszédsági viszonyok elfogadására/elutasítására vonatkozó tételével mérjük (Felvinczi et al., 2021).

## **A MAGYAR ADDIKTOLÓGIAI TÁRSASÁG ÁLTAL MEGVALÓSÍTOTT PILOTPROJEKT ELŐZMÉNYEI ÉS A MEGVALÓSÍTÁS TAPASZTALATAI**

A kábítószer-probléma kezelésével kapcsolatos kormányzati intézkedések koordinációjáért felelős minisztériumi szervezeti egység több fejlesztési projektet is kezdeményezett 2017 és 2019 között. Ezek egyike a korai kezelésbevétel nemzetközi kontextusának feltárását és módszertani ajánlások megfogalmazását, e tapasztalatok alapján képzési program kidolgozását, valamint egy konkrét magyarországi helyszínen pilotprojekt keretében a korai kezelésbevételi gyakorlat megvalósítását és a folyamat monitorozását célozta.

Az alábbiakban a pilotprojekt tanulságait összegezzük, majd általános megfontolásokat fogalmazunk meg egy ilyen jellegű kezdeményezés szélesebb körű megvalósításának lehetőségeiről és korlátairól.

### **A HELYSZÍN KIVÁLASZTÁSA**

A pilotprojekt helyszínéként olyan közepes-kis népességszámú települést kerestünk, ahol van egészségügyi alapellátás, nem addikcióspecifikus szociális és/vagy gyermekvédelmi alap, szakellátás, valamint az egészségügyi és szociális ágazathoz tartozó addiktológiai ellátás (kórházi osztály és/vagy járóbeteg-ellátás, alacsonyküszöbű/közösségi ellátás). Szükségesnek tartottuk továbbá, hogy a helyi szakemberek elkötelezettek legyenek az addikciós problémák és korai kezelésbevételi technikákkal zajló kezelésük iránt. A strukturális, intézményi szempontoknak több település is eleget tett, azonban végül, főleg a helyi szakemberek kinyilvánított motivációját szem előtt tartva, a választás Balassagyarmatra és a környező járásra esett.

### **A PILOTPROJEKT MEGVALÓSÍTÁSÁNAK EGYES LÉPÉSEI**

#### *Toborzás*

A helyszín kiválasztását követően korábbi szakmai kapcsolati hálónk igénybevételével kerestük azt a kulcsszemélyt, aki ismeri a helyi szolgáltatáspektrumot, és akitől azt vártuk, hogy segít a pilotprojektben részt vevő szakemberek toborzásában.

A toborzási tevékenység viszonylag zökkenőmentesen zajlott a nem addikcióspecifikus szociális és gyermekjóléti ellátások szakemberei, valamint a védőnői szolgálat

körében, azonban jelentős nehézségekbe ütköztünk az alapellátásban dolgozó orvosok tekintetében. Ez utóbbi szakmacsoport időhiányra, kompetenciaproblémákra, az egészségügyi szolgáltatások folyamatos átszervezéséből adódó nehézségekre és a Covid-járvánnyal összefüggő többletfeladatokra hivatkozva zárkózott el az együttműködéstől. A toborzás eredményeképpen összesen tizenhét, a szociális-gyermekjóléti területen és az egészségügyi alapellátásban dolgozó kollégával sikerült elkezdenünk az együttműködést.

#### *Képzési tevékenység*

A pilotprojekt eredményes megvalósítása érdekében a korábbi fejlesztések eredményeire támaszkodtunk, így a korai kezelésbevétel támogatását szolgáló kézikönyvre és a képzési tapasztalatokra.

A képzési alkalmak két eltérő csoportot céloztak meg: egyfelől a területen tevékenykedő, addikcióspecifikus ellátást biztosító szervezetek munkatársait, másfelől nem addikcióspecifikus ellátásokban dolgozó kollégákat.

#### *Képzés addikcióspecifikus ellátást nyújtó szervezetek munkatársai számára*

A képzés során a pilotprojekt általános célkitűzéseinek bemutatásán túl arra törekedtünk, hogy addiktológiai felfrissítő képzés valósuljon meg, valamint a területen dolgozó kollégák a Magyar Addiktológiai Társaság szakértőinek bevonásával vitathassák meg az aktuális helyzet legjelentősebb kihívásait. Ezek közé tartozott egyfelől a kliensek problémáinak súlyosbodása, mely részben a pandémiával függött össze, másfelől az addiktív viselkedések spektrumának szélesedése (viselkedési addikciók terjedése, különös tekintettel az okoseszközök használatára és az intenzív / problematikus internethasználatra, új pszichoaktív anyagok használatára és a rendszeresen előforduló kettős diagnózisú kliensekre). A szociális/gyermekjóléti terület súlyos alulfinanszírozottságából eredő problémák széles körét sem lehetett figyelmen kívül hagyni. A képzés elsősorban a Magyar Addiktológiai Társaság által készített szakmai anyagban (Felvinczi–Sebestyén, 2018) található általános és specifikus szakmai ajánlásokra támaszkodott.

#### *Képzés nem addikcióspecifikus ellátást nyújtó szervezetek munkatársai számára*

A nem addikcióspecifikus ellátást biztosító szolgáltatások/szervezetek munkatársai esetében a képzés a korai kezelésbevétel elméleti megfontolásainak és a sporadikusan létező hazai gyakorlatnak a megismertetésére fókuszált. Különös hangsúlyt helyeztünk az intézményi szereplők lehetséges feladatainak áttekintésére, a hiányzó kompetenciák azonosítására, valamint a gyakorlati megvalósítási lehetőségek tartalmi és technikai elemeire. A képzés e kör esetében több lépcsőben valósult meg, egyre inkább mélyítve az ismereteket és gyakorlati kompetenciákat azzal kapcsolatban, hogy az eltérő szervezeti, ágazati pozíciókban dolgozó kollégák miképpen tudják hasznosítani mindennapi munkájuk során a korai kezelésbevétel jól működő gyakorlatából származó tapasztalatokat, ajánlásokat. A képzés ez esetben is a Magyar Addiktológiai Társaság által készített

szakmai anyagra támaszkodott (Felvinczi–Sebestyén, 2018), kiemelt hangsúlyt helyezve az alábbi témakörökre:

- addiktológiai alapismeretek erősítése;
- hatékony intézményközi együttműködések kialakítása;
- a lakosság támogatása az ellátó intézményekről való ismeretszerzésben és a szolgáltatások igénybevételében;
- támogató, bizalmi légkör kialakítása a klienssel;
- alapismeretek megszerzése a korai kezelésbevételről és a módszerek alkalmazása;
- hosszú távú együttműködés kialakítása a szakellátásba irányított klienssel.

A képzés másik fontos elemét a pilotprojekt megvalósítását kísérő folyamatos szupervíziós alkalmak jelentették. Ezek segítették a szakembereket a megfelelő módszerek alkalmazásában, hogy a kliensekben tudatosodjanak, majd rendeződjenek addiktív zavarai, és megfelelő, specifikusabb ellátási formákba sikerüljön továbbirányítani őket. A szupervíziós alkalmak gerincét az esetek, illetve a hozzájuk kapcsolódó személyes és szakmai reflexiók képezték.

#### *Folyamatos kliensellátás és tevékenységadminisztráció*

A pilotprojekt megvalósítási szakaszában az egyes nem addikcióspecifikus ellátásokban folyamatosan zajlott a kliensekkel az adott szolgáltatási szegmensre jellemző tevékenység. A résztvevők feladata az volt, hogy addiktológiai probléma gyanúja esetén a kezelésben tanult alkalmazásával tárják fel a problémát, dolgozzanak a tudatosításán és a megfelelő ellátási modalitás megtalálásán. Egyértelműen nem addiktológiai esetkezelési, hanem esetazonosítási, továbbirányítási és minimális intervenciós feladatokat kaptak a kollégák a már látótérbe került ügyfelek esetében. Ez nem jelentette az esetszám növekedését, csak az addiktológiai szempont beemelését az ellátásba, gondozásba.

A tevékenységadminisztráció során a kliensek azonosítása a TDI- (Kezelési Igény Indikátor) kódznak megfelelően történt, így lehetőség nyílt duplikációmentesen nyomon követni az ellátásokban megjelenő, addiktológiai vetületet is hordozó klienseket. A tevékenységadminisztráció szempontrendszere az alábbi témaköröket fedte le:

- kliensadatok;
- az ellátásba kerülés módja;
- a kliens által hozott probléma;
- a segítő által azonosított problémák;
- a beavatkozás során alkalmazott technikák;
- a beavatkozás során alkalmazott kommunikációs elemek;
- a továbbirányítás ténye.

A tevékenységadminisztrációs rendszer kialakítása során a szociális és gyermekjóléti ellátásokban alkalmazott információgyűjtési technikákra támaszkodtunk, a kialakított adatgyűjtési rendszer szolgáltatói oldali megfelelőségét pedig a bevont szakemberekkel folytatott intenzív konzultáció révén biztosítottuk.

### Értékelés

A pilotprojekt keretében valódi eredményességértékelésre nem volt lehetőségünk. Az értékelőmunka a bevont szakemberek személyes percepcióit tárta fel abból a szempontból, hogy a kompetenciák bővülése, illetve a képzési és gyakorlati megvalósítás során szerzett tapasztalatok mennyire relevánsak és hasznosíthatók a mindennapi munkában. (Kaló et al., megjelenés alatt).

Az adatok elemzése alapján megállapíthattuk, hogy a szakmai ajánlások relevanciáját és megvalósíthatóságát, illetve a kompetenciákban történt személyes fejlődést eltérő módon értékelték a megkérdezettek, bár voltak pregnáns, egybehangzó tapasztalatok.

A korai kezelésbevitellel kapcsolatos ismeretek és gyakorlatok, valamint a klienssel közös támogató, bizalmi légkör kialakítása különösen fontosnak és relevánsnak bizonyult a különböző adatforrások tanúsága szerint.

A résztvevők arról számoltak be, hogy az esetleges szerhasználati problémákról vagy a szükséges viselkedésváltozásról sikerült nyíltabban és/vagy hatékonyabban kommunikálniuk klienseikkel azokban a helyzetekben, amelyekben a szűrést, a motivációs interjút és a család bevonását alkalmazták munkájukban, illetve a korai kezelésbevitel szemléletével összhangban cselekedtek, reflektálva szakmai működésükre.

Viszonylag háttérbe szorult a szakellátásba irányított klienssel kapcsolatos hosszú távú együttműködés kialakítása, biztosítása (a megkérdezettek nem annyira érezték fontosnak, és kevésbé is tudták megvalósítani a napi gyakorlat során; Kaló et al., megjelenés alatt).

## **A PILOTPROJEKT ÁLTALÁNOS TAPASZTALATAI ÉS KONZEVENCIAI, A FENNTARTHATÓSÁG KRITÉRIUMAI**

A pilotprojekt összességében beváltotta a hozzá fűzött reményeket, ennek ellenére nem tekinthetjük minden elemében sikeresnek. A legnagyobb problémát – a hiányzó ismereteken és gyakorlati készségeken túl – a következő területeken észleltük:

- valamennyi érdekelt fél bevonásával megvalósuló szakmaközi koordináció, központi szakmapolitikai támogatás,
- valamint a probléma relevanciájának valamennyi érdekelt fél körében történő felismerése.

Az alábbiakban röviden elemezzük e két kulcsfontosságú tényezőt, majd áttekintjük, hogy általában milyen előfeltételei vannak egy fejlesztési projekt intézményesülésének.

## **A SZAKMAKÖZI KOORDINÁCIÓ ELVI FONTOSSÁGA ÉS GYAKORLATI HIÁNYA**

A pilotprojekt megvalósítása céljából kiválasztott helyszín eleget tett minden előzetesen megfogalmazott intézményi elvárásnak. A szakemberek, akikkel előzetesen több körben egyeztetünk, minden szempontból motiváltak voltak. Azonban már a korai egyeztetési fázisban is fény derült arra, hogy bár a nem addiktóspecifikus szociális és gyermekjóléti ellátásban dolgozó kollégák együttműködési készsége mind egymással, mind az

egészségügyi szektorban dolgozókkal roppant nagy, hasonló nyitottságot az egészségügyi alapellátásban vagy a járóbeteg-ellátásban dolgozók részéről nem tapasztalnak. A területen dolgozó házi orvosok, házi gyermekorvosok közül senki nem vállalta a projektben való részvételt. Az előzetes egyeztetések során ugyan többen elismerték a probléma jelentőségét, valamint azt is, hogy az addiktív zavarral küzdők valóban megjelennek a szóban forgó ellátási formákban, azonban többnyire az volt a véleményük, hogy a beteg addiktív zavara nem tartozik az alapellátásban dolgozó orvosokra, nincs felhatalmazásuk ezzel kapcsolatban kérdéseket feltenni vagy javaslatokat megfogalmazni, hiszen e szempontok csak a betegek ellenállását váltanák ki. Felmerült az a szempont is, hogy teljesen szükségtelen az addiktív zavarokkal összefüggésben „felkavarni az állóvizet”, ugyanis az egészségügyi szegmensben dolgozók nem rendelkeznek tudással az intézményrendszer szereplőivel kapcsolatban, továbbá nem birtokolják azokat az ismereteket, melyek alapján az addiktív zavar súlyosságát képesek volnának megítélni. Az e szakemberek által megélt mindennapi nehézségek több okra vezethetők vissza:

1. Az orvosképzésben az addiktív zavarokkal való foglalkozás még mindig nem tekinthető súlyponti témának (Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, 2020).
2. Az addiktív problémákkal küzdők, illetve a pszichoaktív szert fogyasztók társadalmi megítélése rendkívül kedvezőtlen, ez az alkoholfüggők és az illegális szerhasználók esetében egyaránt igaz. A magyar társadalom szerhasználattal kapcsolatos veszélyészlelését erős hasítás jellemzi: míg az illegális szerek kipróbálását markánsan veszélyesnek látják, addig a legális szerek tekintetében ez az észlelet kevésbé hangsúlyos (Felvinczi et al., 2021). Ez az általános közvélekedés érvényesül a szakemberek körében is, ha nem is olyan mértékben, mint a társadalomban általában (Demetrovics et al., 2005, 2007, 2008; Barth et al., 2007).
3. Az egészségügyi és szociális/gyermekjóléti ellátások közötti együttműködés a kliens érdekében különösen is nehezített a szenvedélyproblémák terén.

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy létezik elvi tudás az addiktív problémák koordinált kezelésével kapcsolatban, fel is merül az együttműködés szükségessége, de a gyakorlatban ez csak eseti jelleggel valósul meg, a szakmaközi koordinált fellépés intézményi összetevői hiányosak, gyakran a meglévő lehetőségeket sem aknázzák ki kellő mértékben.

## KÖZPONTI SZAKMAPOLITIKAI TÁMOGATÁS

A szenvedélyproblémák természetéből adódóan az eredményes problémakezeléshez az érintettek által ismert és elfogadott szakmai iránymutatás, illetve az ennek bázisán kialakuló koordinált fellépés szükséges. A jelenség kezelésével összefüggő szakmai konszenzus azonban önmagában nem kielégítő, főként azért, mert az ellátások túlnyomó többsége központilag szervezett. A képzési portfóliókban (például orvosképzés) a szenvedélyproblémák komplex megközelítése nem elégséges mértékben és szakszerűséggel jelenik

---

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy létezik elvi tudás az addikciós problémák koordinált kezelésével kapcsolatban, fel is merül az együttműködés szükségessége, de a gyakorlatban ez csak eseti jelleggel valósul meg, a szakmaközi koordinált fellépés intézményi összetevői hiányosak, gyakran a meglévő lehetőségeket sem aknázzák ki kellő mértékben.

---

meg, az intézményi és jogszabályi környezet nem támogatja az intézményközi és főleg a szektorközi együttműködéseket. Ez megnehezíti a kliensek/betegek szükségletek szerinti ellátását. A szenvedélyproblémával küzdő személyek számos ponton eltérően viselkednek, mint a szomatikus megbetegedésekkel küzdők és/vagy a szociális ellátórendszerben egyéb problémával jelentkezők (például hiányzik a betegségelátás, nem kellő mértékben motiváltak a változásra). Ugyanakkor azt is fontos felismerni, hogy a szociális ellátórendszerben megjelenő kliensek meghatározó hányadánál jelen van a szenvedélyprobléma is, csak nem ez a vezető tünet, az ellátási folyamatban „felajánlott” probléma. Amennyiben a szakpolitika irányítói felismerik azt a körülményt, hogy az egészségügyi és/vagy a szociális probléma összekapcsolódik bizonyos

szenvedélyproblémákkal, akkor vélhetőleg ennek megfelelő ellátási portfólió kialakítására fognak törekedni. A balassagyarmati pilotprojekt tapasztalatai alapján érzékelhető az egészségügyi szegmens relatíve alacsony érdekeltsége, mely értelemszerűen hozzájárult az alacsony részvételi hajlandóságához. Az érdekeltség hiánya jelentős mértékben annak volt köszönhető, hogy nincs, illetve nem volt központi iránymutatás arról, hogy a szenvedélyproblémák felismerése és megfelelő specifikus ellátásba irányítása feladata az alapellátásnak (a házi orvosoknak). Szintén központi beavatkozást, iránymutatást igényelne az is, hogy a konkrét ellátási modalitásokban egyéb okoknál fogva megjelenő, szenvedélyproblémával küzdő személyeket merre és milyen technikák igénybevétele kellene továbbirányítani. E tekintetben újabb problémára kell rámutatni, nevezetesen az addikcióspecifikus ellátórendszer hiányos, töredezett voltára, sokszor kapacitáshiányára. Ha a házi orvos kiszűri a szenvedélyproblémával küzdő személyt, és egy szakszerűen alkalmazott minimál intervenció segítségével eléri, hogy az ráismerjen a problémára, akkor ezt a kivételes pillanatot fel lehet használni, hogy a klienst specifikus ellátás felé terelje. Ehhez viszont ismerni kellene az ellátást biztosító intézményeket, továbbá kísérni, monitorozni lenne szükséges a következő lépéseket. Ehhez érvényes és naprakész adatbázisokra, valamint a kliens kísérésére kiképzett személyzetre lenne szükség. E viszonylag egyszerű lépéseket azonban csak akkor tudja biztosítani bármilyen nem addikcióspecifikus ellátás, ha a jogszabályi környezet és az intézményi viszonyok lehetővé teszik, sőt, bizonyos esetekben kikényszerítik.

## A FENNTARTHATÓSÁG TÉNYEZŐI

### *Egy fejlesztési projekt intézményesülésének általános feltételei*

A fejlesztési projekttel kapcsolatban leggyakrabban megfogalmazódó kritika, hogy az ígéretes kezdeti lelkesedés, a különböző szinteken megnyilvánuló kreativitás és elkötelezettség a projektfinanszírozás elmaradását követően alábbhagy. Ez a tapasztalat a legkevésbé sem tekinthető meglepőnek. A fejlesztési projektek logikája azt diktálná, hogy a sikeres kezdeményezések utóbb az állami, önkormányzati vagy intézményi működés szerves részévé váljanak, hiszen – optimális esetben – bebizonyosodott társadalmi hasznosságuk. Gyakran azonban a fejlesztési projektek nem ezen az átgondoltsági szinten működnek, a pillanatnyi (ez a „pillanat” éveken át is tarthat) finanszírozási lehetőséget maximálisan kihasználják az érdekeltek, azonban a hosszú távú és fenntartható eredményességről nem gondoskodnak. A nemzetközi szakirodalom számos ajánlást fogalmaz meg a fejlesztési projektek fenntarthatóságával kapcsolatban, az alábbiakban ezeket mutatjuk be.

1. Szükséges a hosszú távú és biztonságos finanszírozás feltételeinek biztosítása a sikeresnek bizonyuló fejlesztési projektek esetében.
2. Megalapozott pénzügyi tervre van szükség, amely realisan és megbízhatóan jeleníti meg a következő periódus anyagi, intézményi és jogszabályi igényeit. Itt is kulcstényező a megfelelő érdekhordozókkal való folyamatos kommunikáció és együttműködés.
3. Megfelelő nagyságrendű forrásokat kell biztosítani a folyamatos értékelési tevékenység érdekében. Az értékelés erőforrás- és időigényes, erre már a tervezési periódusban szükséges gondolni. Különös figyelmet érdemel a folyamatértékelés, ugyanis ez teszi lehetővé, hogy már a pilotperiódusban végre lehessen hajtani a szükséges kiigazításokat, éppen a fenntarthatóság érdekében.
4. Részletes terveket szükséges készíteni, hogy a fejlesztési szakaszból át lehessen lépni az intézményesülés fázisába.
5. Nagyban segíti az intézményesülést, ha az adott fejlesztési projekt illeszkedik a tágabb szakmapolitikai kontextushoz.

A fenti javaslatok általában jelenítik meg a fenntarthatósághoz vezető utat, függetlenül a fejlesztési projekt sajátos tartalmától. A szenvedélyproblémákkal küzdők korai kezelésbevételét célzó fejlesztési projektek esetében a szokásosnál nagyobb körültekintéssel szükséges eljárni, éppen azon tényezők miatt, amelyeket a korábbiakban már említettünk.

## **MILYEN INTÉZKEDÉSEK LENNÉNEK SZÜKSÉGESEK, AMELYEK NÖVELNÉK A KORAI KEZELÉSBEVÉTELI BEAVATKOZÁSOK HOSSZÚ TÁVÚ FENNTARTHATÓSÁGÁNAK ESÉLYÉT?**

A korai kezelésbevételi beavatkozások, beavatkozásrendszerek kialakítása, a klienspopuláció sajátos szükségleteihez illesztése érdekében mindenképpen szükség van pilotprojektekre. A szenvedélyproblémák sajátos társadalmi mintázódást mutatnak (például

Paksi et al., 2021; Horváth et al., 2021), tehát e problémakör kezelése esetében különösen is igaz a „no one size fits all” megállapítás, tehát hogy nem ugyanaz az eljárásrend, beavatkozási mód megfelelő valamennyi kliens esetében. Ha a pilotprojekteket eltérő gazdasági, etnikai, kulturális, ellátórendszeri sajátosságokkal rendelkező helyeken való sítják meg, nagyban hozzájárulhatnak, hogy olyan tartalmi és intézményi megoldásokat lehessen javasolni, amelyek hosszú távon hozzásegíthetnek a probléma eredményesebb és rendszerszintű kezeléséhez.

A rövid távon és bármilyen közegben megvalósítandó korai kezelésbevételi beavatkozás működtetésének feltételei a következők:

- A nem addikcióspecifikus szociális és gyermekvédelmi /jóléti ellátási egységekben legyenek olyan munkatársak, akik alapvető és naprakész addiktológiai ismeretekkel rendelkeznek. E munkatársak lehetnek szociális munkások, speciális képzettségű orvosok, pszichológusok, védőnők. A képzettségi minimum elsajátítása történhet az adott szakterületre vonatkozó hagyományos képzések keretében, de valószínűleg nagyobb hatékonyságú lenne a munkatapasztalattal már rendelkező munkatársak ilyen irányú továbbképzése. Egy ilyen jellegű továbbképzési csomag mintegy 30–50 órát venne igénybe, és ágazati értelemben vegyes csoportokban lehetne megvalósítani. A képzés gerincét az alábbi témakörök adhatnák:
  - a szenvedélyproblémák koncipiálásának elvi alapjai;
  - a szenvedélyproblémák elterjedtsége és társadalmi mintázódása;
  - a szenvedélyproblémák kezelésének modelljei;
  - a szenvedélyproblémák kezelésére szakosodott intézmények sajátosságai, profilja;
  - a korai kezelésbevétel elméleti alapjai, nemzetközi és hazai gyakorlata;
  - a korai kezelésbevétel során alkalmazható, a problémafelismerést elősegítő módszerek, szűrési technikák;
  - az ellátásba irányítás technikái – minimál intervenció, esetmenedzsment, motivációs interjú stb.;
  - kapcsolattartás a társintézményekkel;
  - tevékenységadminisztráció.

A továbbképzést egy erre felhatalmazott szervezetnek kellene megalapítania. Az egyedi képzések indításának feltételeit is szükséges kidolgozni, meghatározni. A közös képzések szükségessége szakmai szempontból nem kérdéses, azonban jelen pillanatban egy ilyen közös képzést nehéz megvalósítani akkreditált formában. Ha mégis sor kerül rá, az főleg a résztvevők személyes motiváltságának, „nagyvonalúságának” köszönhető.

A képzéseket követően szupervíziós támogatásra van szükség, vélhetően az eredeti képzési csoportok tagjainak részvételével. Ez a megoldás a szakmaközi kapcsolatok erősödését és a személyes kompetenciákban való támogatottság érzését is kedvezően befolyásolhatja.

- A szakmacsoportok közötti együttműködés támogatása, előmozdítása. Mint a balassagyarmati pilotprojekt tapasztalatai is bizonyítják, a legnagyobb kihívást az egészségügyi alapellátást és a szociális/gyermekjóléti ellátásokat biztosító szakemberek egyidejű megszólítása jelentette. Egy 2013 és 2017 között, svájci támogatásból megvalósuló pilotprojekt hasonló célkitűzéseket fogalmazott meg, mint amelyeket mi is szem előtt tartottunk a korai kezelésbeveteli pilotprojekt során. A svájci támogatásból megvalósuló fejlesztési projekt az egészségügyi alapellátás profiljának bővítését és az együttműködések kiterjesztését célozta. E kezdeményezés homlokterében azonban nem egy speciális betegcsoport, hanem általában az alapellátási tevékenység hatékonyságnövelése és a járóbeteg-ellátás terheinek csökkentése állt (Dózsa et al., 2017). A projekt mind gazdasági, mind ellátásminőségi szempontból jelentős sikereket mutatott fel, ugyanakkor rendszerbe szerveződésére, további működésére vonatkozó információk nem állnak rendelkezésre. E projekt témánk szempontjából releváns tanulsága, hogy bizonyos, már meglévő intézményi alapokon megszervezhető a szakmaközi együttműködés. Nem szükséges új intézményeket létrehozni, hanem a már meglévő kereteket kell oly módon tágítani, hogy a betegellátási folyamatba egyéb szakmacsoportokat is be lehessen vonni, lehetőleg „házon belülről”.

Tehát a szakmaközi együttműködések előmozdítása érdekében rövid távon azt a logikát lenne szerencsés követni, amelyet a praxisközösségek létrehozását támogató projekt keretében már kipróbáltak. Nincs szükség arra, hogy nagy beruházásigényű integrált ellátási modalitások jöjjenek létre, melyek több szakágazat szabályozási és finanszírozási környezetét átalakítják, hanem a meglévő egészségügyi alapellátási és szociális/gyermekjóléti ellátást biztosító intézmények működtetésében kell kisebb kiigazításokat végrehajtani, melyek eredményeképpen lehetőség nyílik a korábban már említett képzettséggel rendelkező szakemberek foglalkoztatására, s így megtörténhet az addiktológiai problémával is küzdő páciensek/kliensek idejekorán történő azonosítása.

- Ahhoz, hogy a szenvedélyproblémával küzdő személy megfelelő ellátásba kerüljön, természetesen nem elégséges az esetazonosítás, szükség van azokra az ellátási modalitásokra is, amelyek a korábban azonosított kliens/beteg ellátását valóban képesek megvalósítani. Mint fentebb már leírtuk, az ellátási lánc töredezett, és számos ponton hiányos, valamint nem tükrözi a progresszivitás iránti elvárást (ellátások piramisa), vagyis minden ellátási szinten körülbelül azonos mennyiségű szolgáltatás áll rendelkezésre, szemben azzal a szakmai ajánlással, mely szerint a kevésbé specifikus és kevésbé definitív megoldást nyújtó ellátási formákból sok, majd a specifikusság emelkedésével egyre kevesebb ellátás biztosítása szükséges. A korai kezelésbevetel eredményes működtetéséhez nem elegendő a nem addikciós-specifikus ellátások felkészítése, hogy észleljék és helyesen azonosítsák az addiktológiai eseteket, hanem a specifikus ellátásokat is fel kell készíteni, hogy

új szereplők jelennek meg, s vélhetően nagyobb kapacitásokra lesz szükség a feltárt esetek ellátása érdekében. Tehát minimum háromoldalú az együttműködés, amelynek során (1) az egészségügyi alapellátás és (2) a szociális/gyermekjóléti szolgáltatások az eseteket nem megoldják, hanem feltárják, míg (3) a specifikus egészségügyi és/vagy szociális ellátások a kliens szükségleteihez illeszkedő, azokra reflektáló beavatkozásokat kínálnak. Mindezt azért szükséges hangsúlyozni ezen a ponton, mert tisztában kell lenni azzal, hogy önmagában véve a korai kezelés-bevétel intézményi és személyi feltételeinek biztosítása nem vezet automatikusan a helyzet látványos javulásához. Magas szintű szakmapolitikai elköteleződésre, a korai kezelés-bevételi programok elveinek és gyakorlati tapasztalatainak ismertetére és szükségletalapú tervezésre lenne szükség az eredményesség érdekében.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunkban áttekintettük a Magyar Addiktológiai Társaság által szervezett, a korai kezelés-bevétel szakmai megalapozását és elterjesztését szolgáló hivatott projekt legfőbb tapasztalatait, s ezek alapján, valamint a nemzetközi szakirodalom ajánlásait figyelembe véve szempontokat és megoldási módokat javasoltunk egy ilyen kezdeményezés szélesebb körű elterjesztésével és a fenntarthatóságát biztosító tényezőkkel kapcsolatban. Összegzésképpen megállapítható, hogy a korai kezelés-bevételi beavatkozásokra az addiktológiai problémákkal küzdők körében különösen nagy szükség van, főleg a problémaviselkedés gyakran rejtőzködő jellege, a kliensek/páciensek alacsony motivációja miatt. Megállapítottuk, hogy a korai kezelés-bevétel eredményes működése csak szakmapolitikai elköteleződés, szakmaközi együttműködés és az ezt elősegítő intézményi fejlesztések révén biztosítható.

Összefoglalva: a fenntarthatóságot nagyban segítené, ha az érintett intézmények működési rendjének természetes részét képeznék az addiktológiai fókuszú vezetők/szakemberek, akik képesek és motiváltak arra, hogy a rendszeresen tartott esetmegbeszélő/szupervíziós alkalmakon a korai kezelés-bevétel szakmai tartalmát és iránymutatását alkalmazzák. Ehhez szükségesnek tűnik az elkötelezettség felkeltése, a motivációerősítés, a munkaköri rutin kiépítése, az új szemlélet és attitűd fenntartása, támogatása. Minden hatékonyabb és eredményesebb, ha nem önként vállalt feladatként, hanem anyagilag is ellentételezett és szervezeten belüli támogatott munkavégzésként jelenik meg. A helyi erőforrások figyelembevételével ez történhet egy szervezeten belüli (belső) szakember munkavégzési profiljának átalakítása és/vagy megfelelő tudással rendelkező külső szakember alkalmazása révén is.

## Felhasznált irodalom

- BARTH ÁKOS – DEMETROVICS ZSOLT – BOGNÁR GÉZA (2007): Drogfüggő betegek kezelésével kapcsolatos ismeretek és attitűdök vizsgálata pszichiáter szakorvosok körében, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (3), 179–192. DOI: <https://doi.org/10.1556/Mental.8.2007.3.1>
- DEMETROVICS, ZSOLT – BARTH, ÁKOS – BOGNÁR, GABRIELLA – KUN, BERNADETTE – VAN DEN BRINK, WIM (2007): Wiedza i postawy psychiatrów wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz sposoby ich leczenia na Węgrzech [Knowledge of and Attitudes About Drug Addicts and Their Treatment Among Psychiatrists in Hungary], *Alkoholizm i Narkomania*, 20 (3), 303–312.
- DEMETROVICS, ZSOLT – PAKSI, BORBÁLA – KUN, BERNADETTE – BARTH, ÁKOS (2005): Psychiatrists' view on drug addiction and its treatment, *48th International ICAA Conference on Dependences, Budapest, Hungary, 23-28 October*.
- DEMETROVICS ZSOLT – PAKSI BORBÁLA – KUN BERNADETTE – RÓZSA SÁNDOR – ARNOLD PETRA (2008): Háziorvosok droghasználók kezelésével kapcsolatos attitűdjeinek felmérése, in *Tudat, valóság, identitás. A Magyar Pszichiátriai Társaság XV. Vándorgyűlése, Debrecen, 2009. január 28–31.*, 32–33.
- DÓZSA KATALIN – SINKÓ ESZTER – MERÉSZ GERGŐ – VELKEY ZITA (2017): Alapellátás-fejlesztési modellprogram záró értékelés, [https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3\\_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9s\\_SH\\_8\\_1\\_WP8\\_SE\\_EMK\\_2017.pdf](https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9s_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf) (letöltve: 2025. 02. 28.).
- FELVINCZI KATALIN – MAGI ANNA – SÁROSI PÉTER – PAKSI BORBÁLA (2021): A pszichoaktív szerhasználattal és szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások, in PAKSI BORBÁLA – DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon. Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében*, Budapest, L'Harmattan – ELTE PPK, 198–244.
- FELVINCZI KATALIN – SEBESTYÉN EDIT (szerk.) (2018): *Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében. Elméleti és módszertani segédlet. Szakmai ajánlások a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítéséhez*, Budapest, Magyar Addiktológiai Társaság.
- HEALTH CANADA (2006): Best Practices – Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Youth with Substance Use Problems. Ottawa, Ontario, [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/early-intervention-precoce-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/early-intervention-precoce-eng.pdf) (letöltve: 2025. 02. 28.).
- HORVÁTH ZSOLT – DEMETROVICS ZSOLT – PAKSI BORBÁLA (2021): A különböző addiktológiai problémák kapcsolódása, in PAKSI BORBÁLA – DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon. Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében*, Budapest, L'Harmattan – ELTE PPK, 127–157.
- KALÓ ZSUZSA – ALEXANDROV ANNA – HOFFMANN TAMÁS – GAZDAGI REBEKA – FELVINCZI KATALIN (megjelenés alatt): Az addiktológiai korai kezelésbevétel gyakorlata. A szociális ellátórendszer szakembereinek első tapasztalatai Magyarországon, *Esély*.

- KALÓ ZSUZSA – KUN BERNADETTE (2018): Gyakorlati eszköztár az addiktológiai kliensek korai kezelésbevételéhez, in FELVINCZI KATALIN – SEBESTYÉN EDIT (szerk.): *Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében. Elméleti és módszertani segédlet. Szakmai ajánlások a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítéséhez*, Budapest, Magyar Addiktológiai Társaság, 20–50.
- KENDALL, C. PHILIPP – KESSLER, C. RONALD (2002): The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: Policy implementations, comments, and recommendations, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 70 (6), 1303–1306. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.6.1303>
- KOPOSOV, ROMAN A. – RUCHKIN, VLADISLAV V. – EISEMANN, MARTIN – SIDOROV, PAVEL I. (2005): Alcohol abuse in Russian delinquent adolescents: Associations with co-morbid psychopathology, personality, and parenting, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 254–261. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0463-x>
- LIDDLE, HOWARD A. – ROWE, CYNTHIA L. – DAKOF, GAYLE A. – UNGARO, ROCIO A. – HENDERSON, CRAIG E. (2004): Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment, *Journal of Psychoactive Drugs*, 36 (1), 49–63. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399723>
- NSW DEPARTMENT OF HEALTH (2005): *Interagency guidelines for the early intervention, response and management of drug and alcohol misuse*, Australia, NSW Department of Health, <https://www.health.nsw.gov.au/aod/resources/Publications/interagency-full.pdf> (letöltve: 2025. 02. 28.).
- PAKSI BORBÁLA – MAGI ANNA – PILLÓK PÉTER – KÓTYUK ESZTER – FELVINCZI KATALIN – DEMETROVICS ZSOLT (2021): Módszertani háttér, in PAKSI BORBÁLA – DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon. Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében*, Budapest, L'Harmattan – ELTE PPK, 14–61. DOI: <https://doi.org/10.56037/978-963-414-870-8>
- SEMMELEWEIS EGYETEM ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR (2020): *Tanulmányi tájékoztató 2020/2021*, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://semmelweis.hu/aok/files/2020/09/Tanulm%C3%A1nyi-t%C3%A1j%C3%A9koztat%C3%B3-2020-2021..pdf> (letöltve: 2025. 02. 20.).
- TAIT, ROBERT J. – HULSE, GARY K. – ROBERTSON, SUZANNE I. – SPRIVULIS, PETER (2002): Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs, *Addiction*, 97 (10), 1269–1275. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00191.x>
- VALAITIS, RUTA – MEAGHER-STEWART, DONNA – MARTIN-MISENER, RUTH – WONG, SABRINA T. – MACDONALD, MARJORIE – O'MARA, LINDA (2018): Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration, *BMC Health Services Research*, 18 (420). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3194-7>

# Improving the quality of care for clients with addiction problems through early treatment

## ABSTRACT

Between 2017 and 2019, at the request of the EMMI, the Hungarian Association on Addictions prepared a professional guide on the international context and practice of early treatment and formulated methodological recommendations for professionals working in the field. Based on this, a training programme was developed, and a pilot project was implemented in 2021-2022. In this paper, we report on this project, the applied methodology, and the primary results of the evaluation/monitoring exercise. We also make recommendations on the sustainability of the initiative. The experience of the project shows that the professionals involved in its implementation have cooperated throughout its duration and have positively evaluated the professional development, knowledge and competence enhancement. Their sensitivity and perception of problems became more nuanced and proactive, and their motivation to refer clients to specific care increased. However, the tools to promote cooperation between different professional groups are poor. Long-term sustainability cannot be ensured without proactive professional policy efforts.

**KEYWORDS:** early intervention, interprofessional cooperation, training, supervision, evaluation

**FELVINCZI KATALIN** | Pszichológus, az ELTE Pedagógiai és Pszichológia Karának egyetemi tanára, kutatási tevékenysége elsősorban az addiktológiai problémákra, azon belül a komplex humán-intervenciók tervezésére, a területen tevékenykedő szakemberek professzionális fejlődésére koncentrál.

**KALÓ ZSUZSA** | Tanácsadó szakpszichológus, nyelvész. Az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Karának habilitált egyetemi docense, tanszékvezető. Kutatói érdeklődése a kvalitatív drogtudományokra, az interdiszciplináris adatgyűjtésre és -elemzésekre, valamint a lányok és nők traumánarratíváinak, addikcióinak vizsgálatára irányul.

**NYÍRÍ NOÉMI** | Pszichiátriai és szenvedélybetegек szociális ellátása témában szakvizsgázott szociálpedagógus, addiktológiai konzultáns, szupervizor, reflektív coach, szimbólumterápiás gyakorlatvezető. Érdeklődési köre kiterjed az addiktív problémákkal összefüggő területek csaknem mindegyikére.

**SZÉCSI JUDIT** | Szociális munkás, addiktológiai konzultáns, szupervizor, az ELTE Társadalomtudományi Karának adjunktusa. Kutatási és szakmai területei: peremhelyzetű csoportok szerhasználata, érintettség és segítővé válás, a szociális és gyermekvédelem, valamint az addiktológia határterületei, együttműködések.

**SZEMELYÁ CZ JÁNOS** | Addiktológus, pszichiáter, pszichoterapeuta, az ELTE és a Pécsi Tudományegyetem címzetes egyetemi docense, a Magyar Addiktológiai Társaság és az Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozatának elnöke. Huszonöt éve vezeti az INDIT Közalapítványt. Fő érdeklődési területe az integrált, komplex szolgáltatói rendszerek hatékony működése.

➤ A segítő  
szakma lapja

MÁLTAI  
TANULMÁNYOK



Folyóiratunk webes felületen, online formában a **maltaitanulmanyok.hu** címen is elérhető. Honlapunkon megtalálják a Máltai Tanulmányok lapbemutató kerekasztal-beszélgetésein készült videófelveleket, illetve a szerzőinkkel készült interjúkat, podcastfelveleket és egyéb extra tartalmakat. Cikkeink teljesen akadálymentesítettek, így a hallás- és látássérültek számára is hozzáférhetőek.

A videófelveleket a Máltai Tanulmányok **YouTube** csatornáján is követhetik.

A beszélgetések az **Apple Podcast**, **Spotify**, **SoundCloud**, **Spreaker**, **Amazon Podcast**, **Atalon**, **Podcast Addict** és más ismert podcast-oldalokon is meghallgathatóak.

Aktuális információinkról, híreinkről, plusztartalmainkról a közösségi média felületein – a **Facebookon** és az **X-en** – is tájékozódhatnak.

A szakmai közönség számára lehetőség van a lapban megjelentek véleményezésére, megvitatására az **Academia.edu** oldalán.

Találkozunk Önnel a virtuális térben is!

