

**„SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK MODERNIZÁCIÓJA, KÖZPONTI ÉS TERÜLETI
STRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGERŐSÍTÉSE, SZOCIÁLPOLITIKAI
DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA”**

TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT

IV. Pillér

**Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillérrel összefüggő
helyi munkákra vonatkozó feladatok**

- IV. 1.2.1.1. A helyben alkalmazandó módszertan ismeretében a helyi adatszükséglet pontos operatív meghatározása
- IV.1.2.1.2. A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése
- IV.1.2.1.3. Az adatszolgáltatás technológiájának/algorithmusának vizsgálata, minőségi ajánlások megfogalmazása

ZÁRÓTANULMÁNY

Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás

Készítették:
A Dunaújváros Ifjúságáért Közalapítvány keretében:
Szente Tünde
Szemenyei István
Klein Imre

A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából



I. Bevezető

A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet (SZMI) 2009 év végétől vesz részt a TÁMOP (Társadalmi Megújulási Operatív Program) egyik kiemelt projektjében, az 5.4.1. számú projektben. A Szociális szolgáltatások modernizációja címet viselő program egyik pillérének célja a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő ellátások fejlesztése. Ezen fejlesztések indítására négy területet emeltek ki: Budapest 3. és 13. kerületét, Dunaújváros és Miskolcot.

A dunaújvárosi közös munka megkezdéseként 2010. május 12-13-án, a témában jártas szakemberek előadásai mellett műhelybeszélgetések folytak, s elkészült egy munkaterv a szükséglet-meghatározás, szükségletfelmérés megkezdéséhez.

A kétnapos tanácskozáson az elmúlt időszak kritikájaként fogalmazódott meg, hogy a megelőzési szolgáltatások, egészségügyi ellátások, szociális ellátórendszer egymástól függetlenül fejlődtek, így többnyire helyi szinten sem valósult meg ezek összehangolása. Jellemzően a gazdaságilag fejlettebbnek tekinthető nagyvárosi környezetben erősebb a kábítószer-probléma, mint egy falusias-kisvárosi térségben. Megállapítást nyert, hogy a helyi sajátosságokra adott helyi válaszok a leghatékonyabbak a drogprobléma kezelésében, mederben tartásában. Éppen ezért elsődleges cél a meglévő erőforrások sajátosságainak feltárása, valamint a kliens oldali szükségletekhez illeszkedő átszervezése vagy fejlesztése.

A helyzetfelmérés eredményeit tanulmányunkban rögzítettük. Feladatunk a helyzetértékelés országosan is használható módszertanának kialakítása. Ennek segítségével lehet létrehozni és működtetni az illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódó szolgáltatások minőségügyi rendszerét.

II. A helyi szükségletfelmérés módszertana

II.1.Hipotézisek

A vizsgálat hipotézisei az alábbiakban foglalhatók össze:

- Dunaújvárosban jelentős a szerhasználók száma
- A városban meglévő és működő intézményi infrastruktúra nem kielégítő
- Az intézményi profilok hiányoznak mind az érintettek számára
- A szerhasználók körében nincs olyan ismeretünk, amely az ellátási rendszert a szükségleteikhez igazítaná
- Az addiktológiai ellátáson belül nem ismerjük a kezelésbe vontak véleményét

II. 2. A felmérés tárgya

A városban lévő droghasználó csoportok és személyek azonosítása, egészségügyi és szociális szükségleteik feltárása, amelyet szeretnénk összevetni a jelenlegi intézményi és ellátó rendszer nyújtotta lehetőségekkel.

Az elvégzett szükséglet-meghatározás során azonosítani kell a szerhasználók körében a kielégítetlen, egészségügyi állapotukkal és ellátásukkal kapcsolatos szükségleteiket.

A felmérések eredményeinek tükrében megtudhatjuk, hogy helyi szinten melyek az ellátásszervezés prioritásai.

II. 3. A felmérés célja

A kutatás tárja fel azokat a szükségleteket, amelyeket az ellátórendszer – annak adott intézménye – nem tud kielégíteni.

A vizsgálat során meg kell fogalmazni azokat a döntéseket, amelyek segítségével egy hatékony és megvalósuló ellátásszervezés – egészségügyi- és szociális szolgáltatások helyi komplex rendszere – jön létre.

A helyi döntéshozók (politika) számára a kialakult helyzetek, társadalmi problémák értékelése során körültekintően mérlegeljük az egyéni és közösségi hatásokat, valamint kockázatokat, amelyeket elsősorban a meghozott beavatkozási alternatívák eredményeznek.

A projekt végére el kell jutnunk egy olyan állapothoz, amely a felmérések, helyzetelemzések tanulságai alapján jobb helyzetet teremtenek ezen a területen. Egyúttal a rendelkezésre álló erőforrásokat (humán- és tárgyi) rövid-, közép- és hosszú távra képes aktivizálni, működtetni.

II. 4. A felmérés jellege

A kutatás problémafeltáró, ugyanis nem rendelkezünk pontos információkkal a szóban forgó probléma jellegéről és kiterjedéséről.

A szakértői munkacsoport elvégzi a szükséglet-meghatározási folyamatokat, majd az így kapott adatokat, kisebb célcsoportokra bontva helyi szinten értékeli, majd felhasználja a további teendők elvégzéséhez.

II. 5. A felmérés módszertani háttere

A felmérést az egész projektre kiterjedő munkaterv alapján kezdtük meg, amelynek során a következő módszereket alkalmaztuk.

II. 5. 1. A szakirodalom áttekintése

A rendelkezésünkre álló szakmai anyagokat (módszertani segédanyagokat) megismertük. Ezek képezték a kutatásunk alapját.

II. 5. 2. Intézményi profilok meghatározása

A szenvedélybetegekkel közvetlenül kapcsolatba kerülő intézmények:

1. Sürgősségi Betegellátó Ambulancia
2. A Szent Pantaleon Kórház pszichiátriai osztályának detoxikációs részlege
3. A Szent Pantaleon Kórház pszichiátriai osztálya akut és rehabilitációs részlege
4. Pszichiátriai gondozó

II. 5. 2/1. Sürgősségi Betegellátó Ambulancia

2006. szeptember 15 óta működik, a Szent Pantaleon Kórház KHT irányításában, finanszírozása 100%-ban állami.

Szolgáltatás akut betegellátás.

Szenvedélybetegek vonatkozásában:

- klinikai vizsgálat,
- labor vizsgálat
- Rtg. CT vizsgálatra irányítás
- Ekg
- akut detoxikálás

- infúziós terápia,

Ellátó személyzet: 8 szakorvos főbeosztásban, 8 orvos részmunkaidőben, nővérek ápolószemélyzet

Kapcsolatok: a kórház osztályaival irányítás, továbbküldés

II. 5. 2/2. A Szent Pantaleon Kórház pszichiátria osztályának detoxikációs részlege

A pszichiátria osztály önálló (leválasztott) részlegeként 2010 szeptemberétől működik. két kórteremben, 6 férőhellyel férfi és nőbetegek részére.

Működési célja: akut beavatkozás a következő kórképekben

- Akut alkohol intoxikáció vagy megvonás eseteiben
- Drogtúladagolás vagy megvonási kórképekben
- Öngyilkossági szándékkal történő gyógyszer túladagolásban
- Egyéb akut pszichopatológiai helyzetekben

Szolgáltatások:

- Állapotfelmérés
- Anamnesis (kórelőzmény) felvétel az esetleges korábbi betegségeiről, aktuális betegségének történetéről, visszaesésének okáról és körülményeiről
- a kórházba kerülés körülményeinek tisztázása
- Leltárkészítés ruhákról, iratokról, esetleges értékekről
- Fürdetés
- Szükség szerinti gyógyszeres beavatkozás, vagy injekciós nyugtatás, esetleg rögzítés
- Folyadékpótlás, infúzió
- 24 órás megfigyelés

Forgalom: napi 4-6 beteg, az esetek 80%-ban alkoholabúzus, 20%-ban gyógyszermérgezés, drogabúzus és egyéb akut pszichiátriai kórkép.

Ellátó személyzet:

- 1 fő orvos (beosztás szerint és napi váltásban: addiktológus, pszichiáter szakorvos, segédorvos, rezidens orvos)
- 1 fő nővér (3 kinevezett nővér 3 műszakban)
- Szükség esetén az osztályos ápoló segítségének igénybe vételével

Kapcsolattartás:

- A Sürgősségi Betegellátó Ambulanciával (SBA)
- A pszichiátria osztály akut vagy rehabilitációs részlegével
- A kórház Intenzív Betegellátó Osztály (SBO) SOS részlegével

II. 5. 2/3. A Szent Pantaleon Kórház pszichiátria osztályának akut és rehabilitációs részlege

A Pszichiátria Kórház 1989-ben különálló intézményként kezdte meg működését 220 ágygal, miután különvált a Szent Pantaleon Kórház korábban vele együttműködő Ideg osztályától. A megalakulástól két évtizeden át önálló kórházként működött, majd Pszichiátriai osztállyá zsugorodva a Szent Pantaleon Kórház Közhasznú Társaság (KHT) részévé vált.

Az osztály az elmúlt 10 évben ágylétszámát tekintve további fokozatos és folyamatos karcsúsításokat szenvedett, így aktuálisan 50 akut és 20 rehabilitációs ágygal rendelkezik, ill.25 férőhelyes Nappali kórházat működtet.

Személyi feltételek:

- 2 fő nyugdíj mellett dolgozó, pszichiátria és ideggyógyász szakvizsgával rendelkező főorvos
- 1 fő nyugdíj mellett (csak 2011.03.31-ig dolgozó), pszichiátria és addiktológia szakvizsgával rendelkező adjunktus
- 1 fő pszichiáter szakorvos
- 2 fő rezidens orvos
- 2 főnővér
- ? asszisztens és nővér
- ? ápoló
- 2 adminisztrátor

II. 5. 2/4. Akut betegellátás (zárt osztály)

Célszemélyek:

- Akut pszichózisban szenvedő betegek,
- Szervedélybetegségek heveny formái,(akut megvonás, vagy túladagolás)
- Súlyos időskori zavartságok,
- Pszichoszomatikus kórképek, öngyilkossági veszély fennállásával kapcsolatos állapotok
- Major depressziók, hangulatzavarral küzdő betegek

Szolgáltatások:

- gyógyszeres ellátás, nyugtatás
- folyadékpótlás
- infúziós kezelés
- segítség a táplálkozásban, tisztálkodásban
- szükség szerint mobilizálás
- testi panaszok, egyéb betegségek esetén szakorvosi konzílium, laboratóriumi vizsgálatok, röntgen, ultrahang stb. biztosítása

Ellátó személyzet

- 1 fő osztályos orvos
- 2 fő nővér
- 1 fő ápoló
- Takarító személyzet

Naponta orvos vizitel, hetente főorvosi nagyvizit van, a nővérek és ápolók 2 műszakban 12 órát dolgoznak.

II. 5. 2/5. Rehabilitációs ellátás

Célszemélyek

Az akut kórképek lezajlását követően kerülnek ide a betegek, vagy ideggondozói előjegyzés alapján gyógyszermódosítás, terápia megszervezés, felülvizsgálat miatt.

Szervedélybetegek esetében itt történik az esetleges megvonások kezelése

Szolgáltatások:

- motiváció kialakítása
- a motiváció megerősítése
- pszichoterápiás csoportok,
- alkoholos csoportok,
- egyéni tréningek szervezése és működtetése
- munkahelyi, családi, szociális problémák átbeszélése

- szükség esetén további gyógyszeres terápia megtervezése, beállítása

Ellátó személyzet:

- 1 fő osztályos orvos
- 1 fő pszichológus
- 2 fő nővér
- 1 fő foglalkoztató nővér
- Takarító személyzet

A pszichiátria osztály akut és rehabilitációs részlegén kezelt betegek igénye és beleegyezésük alapján Betegelégedettségi felmérésben vehetnek részt, amely a Szent Pantaleon Kórház Betegügyi Képviselőtársaságához kerül feldolgozásra.

II. 5. 2/6. Nappali kórház

A pszichiátria osztállyal azonos épületben, az épület földszintjén működik.

Célszemélyek

A már gyógyult betegek folyamatos motivációjának fenntartása érdekében napi kontroll, megerősítés, támogatás biztosítása olyan páciensek számára, akik:

- munkaviszonnyal nem rendelkeznek
- magányos, vagy családi, hozzátartozói támogatást nem élveznek
- anyagi nehézségekkel küzdenek

Szolgáltatások:

- foglalkoztatás,
- közös délelőtti programok,
- séták szervezése,
- ebéd biztosítása.
-

Ellátó személyzet:

- 1 fő orvos heti két alkalommal vizitel
- 1 fő nővér állandó, napi 8 órás beosztásban

Kapcsolattartás:

Az akut módon felmerülő problémák esetére állandó kapcsolattartás biztosított az osztály orvosaival és dolgozóival.

A pszichiátria osztály egészének kapcsolati rendszere:

- a konzíliumok szükségessége esetén a kórház többi szakosztályaival
- a rehabilitációt igénylő esetek további ellátása terén:
A Kulcsi Klinika Rehabilitációs részlegével
- A Várpalotai Rehabilitációs Intézménnyel
- A drog rehabilitációs otthonokkal
- A fővárosi Nyírő Gyula Kórház addiktológia részlegével

II. 5. 2/7. Pszichiátriai gondozó

A pszichiátria osztállyal azonos épületben, azzal integráltan működik.

Infrastruktúra: (alaprész mellékelve)

- kartonozó
- vizsgáló
- kezelő
- váró

Működési program:

- Pszichiátria ambulancia (Kód:07022 1802) heti 20 órában
- Pszichiátriai szakrendelés (Kód:07022 1801) heti 20 órában
- Komplex pszichoterápiás szakrendelés (Kód: 07022 1805)
- Addiktológiai szakrendelés (Kód:0722 4501) heti 20 óra
- Addiktológiai gondozás (Kód:0702 G4502)heti 36 óra
- Ideggondozó (Kód:0702 G0901) heti 36 óra

Szolgáltatások:

- akut pszichiátriai betegek fogadása, ellátása, szükség esetén osztályos felvételének megszervezése
- Krónikus pszichés betegek gondozása, terápiájának rendszeres nyomon követése időszakos labor vizsgálata, depot inj. Alkalmazása
- Szenvedélybetegek akut ellátása, a terápia megbeszélése, sz.e. osztályos felvétele
- Visszaeső szerfogyasztók fogadása, fenntartó motiváció megerősítése, a visszaeséssel járó kudarcok feldolgozása, átkeretezés
- A kezelésbe elterelt drogbetegek állapotfelmérése,
- Egyéni pszichoterápia, önértékelési, önbizalom fejlesztési tréning
- Detoxikáció megszervezése az osztály speciális részlegén
- Információ, segítségadás a rehabilitációs intézményekben történő további kezelésekhöz, laboratóriumi szűrővizsgálatok megszervezése
- Igény és megbeszélés szerint felvétel biztosítása az osztály Nappali kórház részlegére
- Visszaesés (relapszus) prevenció
- Utógondozás, pszichológiai tesztek általi követések
- Hozzá tartozói konzultáció, szükség esetén bevonása a terápiába
- Szociális támogatás, jogi tanácsadás

Személyi feltételek:

- 1 fő szakorvos
- 2 fő 8 órában tevékenykedő nővér
- 1 fő részmunkaidőben dolgozó nővér

A gondozó munkatársai hetente részt vesznek az osztályos nagycsoport megbeszélésein, illetve a gondozók számára szervezett szinten tartó képzésekben rendszeresen szakmai képzést kapnak.

A gondozó betegforgalma: napi 45-50 beteg, 55%-ban krónikus pszichiátriai gondozott, 20%-ban szenvedélybeteg, 25%-ban hangulatzavar és szorongásos kórképek.

Gyakoriságuk és megjelenési létszámuk szerint a szenvedélybetegségek elsősorban alkohollal kapcsolatos problémák (abúzusok, megvonások, alkoholos pszichózisok alkoholos elbutulások, leépülések)

Sorrendben a második helyen a droggal kapcsolatos problémák szerepelnek, majd ezt követik a gyógyszerabúzusok, és a játékszenvedély

Gondozónk 1997-től rendszeresen foglalkozik a droggal visszaélők, vagy a droghasználat következményeivel járó problémákkal, ezen túl, 2005 és 2009 között a gondozói munkacsoport, egy addiktológus szakorvos irányításával részt vett az Elterelés –re kiírt pályázatban.

Kapcsolattartás:

- Ráckeresztúri Drogrehabilitációs Intézet
- Pécsváradi Drogrehabilitációs Intézet
- Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió

- Budapest- Kőbánya szenvedélybetegek rehabilitációs Intézete

II. 5. 2/8. Kliens profil

2009-es adatok alapján

Az év során kezelésre jelentkezett szenvedélybetegek száma: 578 fő,

- Ebből alkoholbeteg: 505 fő (446 ffi, 59 nő)
- A különböző drogokat kipróbálók, vagy használók száma: 73 fő (65 ffi. 8 nő)

A) A különböző szerek szerinti megoszlás:

- Opiát típus:3 fő: (2 ffi, 1 nő)
- Kokain:2 fő ffi.
- Kannabisz:58 fő (53 férfi, 5 nő)
- Amfetamin származékok: 8 fő (6 ffi. 2 nő)
- Polytoxicomania: 2 férfi

B) Új kliensek száma az év folyamán: 135 fő

- 91 fő alkoholbeteg (80 ffi. 11 nő)
- 44 fő drogbeteg (40 ffi. 4 nő) Ebből 36 fő kannabiszt, 1 fő kokaint, 7 fő amfetamin származékot használt

C) Az év folyamán kezelésben megjelent kábítószer fogyasztók megoszlása a kábítószer fogyasztás gyakorisága szerint:

- Naponta fogyasztók:75 fő (68 fő alkoholt, 7 fő drogokat)
- Hetente fogyasztók száma:359 (320 alkoholt, 39 fő különböző drogokat)
- Alkalomszerűen fogyasztók:144 fő (117 alkoholt, 27 drogot)

- Az év folyamán kezelésben megjelent fogyasztók megoszlása a kábítószer fogyasztás módja szerint:

- Szájon át: 518 fő (505 alkohol, 13 fő opiát és hallucinogének)
- Elszívás:58 fő kannabisz
- Szippantás: 2 fő kokain

- Az év folyamán kórházi kezelést igénylő szenvedélybetegek száma:81 fő ebből alkoholbeteg 79 fő, drogbeteg 3 fő
- Más intézménybe kerültek további kezelésre: 2 fő
- Büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek (elterelés) száma:61 fő, ebből 55 ffi. 6 nő
- A tárgyévből a hat hónapos kezelést befejezők száma: 25 fő, melyből 22 ffi és 3 nő.

A 2005 és 2009 es időintervallumban kezelésre jelentkezők létszáma szerinti felmérések azt vetítik előre, hogy lenne igény az elterelés folytatásának, is, Ennek legfőbb megvalósítását azonban EÜ vonatkozásban az orvos és ápolószemélyzet hiánya jelentősen befolyásolja.

(Mellékeljük az intézményi profil meghatározására készült adatlapokat I. II. melléklet. Illetve a 2009. évi kórház által vezetett adatlapokat.)

II. 5. 3. Addiktológiai problémával közvetlenül kapcsolatban álló személyek vélemények - Fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésekben az érintett szakmacsoportok képviselőit szólítottuk meg (lásd az „Eredmények” fejezet alatt).

II. 5. 3/a Kérdőíves felmérés

A rejtőzködő szerhasználók azonosítása, szociológiai háttértényezőinek, valamint a szükségleteik meghatározása kétfajta kérdőívvel történt. Az egyik típusúval a kannabisz-használókat, a másik segítségével az intravénás szerhasználókat kerestük meg.

A vizsgálat menete:

Fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések során ismertük meg az addiktológiai problémával közvetlen kapcsolatban álló személyek véleményét.

2010. augusztus 24. és augusztus 31. között a nevezett kiemelt projekt tárgykörében 5 fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés zajlott Dunaújvárosban. A fókuszcsoporthoz tartozó összetétele a következő volt:

- Szociális intézmények
- Egészségügyi intézmények
- Igazságügyi intézmények
- Oktatási intézmények
- Szabadidő-eltöltési és kulturális intézmények

A szociális intézmények képviselői: a gyermekjóléti szolgálat, a hajléktalan-ellátás, a családsegítő központ, a gyámhivatal, és a gyámhatóság egy-egy munkatársa.

A legnépesebb csoport az egészségügyi csoport volt. Üzemorvosok, gyermekorvosok, házi- és iskolaorvos, gyógyszerész, szakorvos, valamint az önkormányzat szociális és egészségügyi irodája, az ÁNTSZ védőnői szolgálatának képviselőitében folyt az irányított beszélgetés.

Az igazságügyi intézmények körét a városi ügyészség, a rendőrkapitányság, a polgárőrség, a büntetés-végrehajtás alkotta.

Az oktatási intézményekben szerzett tapasztalatokat a helyi középiskolák - gimnáziumok, szakközép- és szakiskolák-, a Dunaújvárosi Főiskola képviselői osztották meg a fókusz csoportot végzőkkel.

A szabadidő eltöltésében szerepet játszó szórakozóhelyek és kulturális intézmények vezetői illetve munkatársai, valamint a média, mint a programokon állandóan jelen levő és sok mindent látó képviselői hozzájárultak a helyzetkép körvonalazásához.

A beszélgetéseket mindig két személy vezette. Egyikük a Magyar Addiktológiai Társaság szakértője, a másik szakterület dunaújvárosi képviselője. Ez utóbbiak kérték fel, állították össze saját csoportjaikat.

A beszélgetésre hivatalos levélben hívták meg a szakembereket a Dunaújváros Ifjúságáért Közalapítvány kuratórium elnökének nevében. Az elhangzottakat diktatófonnal és írásban rögzítették, amelyek alapján jegyzőkönyvek készültek. A beszélgetés menetét egy standard kérdéssorozat képezte. Az alábbiakban az egyes kérdésekre adott válaszokat összesítettük.

II. 5. 3/b A fókuszcsoportos beszélgetések eredményei a kérdések alapján:

1. Munkája során találkozik-e szerhasználóval vagy egyéb szenvedélybeteggel? Milyen módon, milyen gyakorisággal? Mi alapján ismeri fel, hogy szenvedélybeteg?

Dunaújvárosban a leggyakoribb szenvedélybetegség az alkoholizmus, amellyel napi szinten lehet találkozni. Más drogok – legális vagy illegális szerek használói elsősorban a fiatalok köréből kerülnek ki. A szerhasználat leggyakoribb módjai a szipuzás, a gáz-szívás, illetve a marihuána-használata. Felnőtt klienseknél a marihuána fogyasztása a jellemző. Mind gyerekeknél, mind pedig felnőtteknél a gyógyszer-alkohol közös használata tapasztalható.

A sürgősségi osztályon a szenvedélybetegség előfordulása mindennapos. A szerhasználat legtöbbször önbevallás alapján derül ki, illetve, ha az ellátás akadályokba ütközik (például nem találni vénát az infúciónak), de a tünetek alapján is felmerül a gyanú. A koffein és az energitalok is sokszor okoznak problémát. Kiemelt probléma a dohányzás.

Iskolai rendelőkben a gyakorlatokra való alkalmassági vizsgálat során derül ki a szerhasználat. Tanítási időszakban gyakoribb, de egyre ritkábban tapasztalják. A gyermekorvosi praxisban ritka, leginkább a hétvégi alkoholfogyasztás nyomán merül fel. A gyógyszerértékesítéssel való visszaélések jelennek meg, és az utókezelésben részesülő személyekkel találkoznak. Időnként a fiatalok tűt vásárolnak. Az üzemi rendelőkben a komolyabb kábítószeresekkel lehet találkozni – főnökeik, munkatársaik jelzése nyomán – illetve a pszichológiai alkalmassági vizsgálatok során szereznek tudomást róla. Akad olyan is, aki elmondja, hogy már leszokott, ez többnyire megkérdőjelezhető. Munkavégzés során kiderülnek a magatartászavarok, amelyeket a munkatársak is észlelnek. Aki ellen felmerül a gyanú, tiltakozik a drogteszt elvégzése ellen.

A védőnők munkája során a fiatalokon csak fáradtságot, kialvatlanságot tapasztalnak. Ha kiderül a szerhasználat, nem adminisztrálhatják a törzslapra. Találkoztak már kábítószeres várandós kismamával is.

A szociális intézményekhez a kliensek leggyakrabban a jelzőrendszeren keresztül jutnak el elsősorban viselkedésszavarok okán illetve a hozzátartozók fordulnak segítségért. Találkoztak már politoxikomán beteggel. Előfordult játékszenvedélyes, számítógép-függő és online szerencsejátékos is.

Az ügyészeti munka során havonta többször is találkoznak olyannal, aki ellen büntetőeljárás indul. Vádhalasztással - elterelés bevállalásával - könnyen elkerülhető a súlyosabb büntetés. A polgárőrök szerint ritka az olyan rendezvény, ahol ne találkoznának szerhasználóval, érezni például a füves cigi illatát. Ha nincs más következménye a szerhasználatnak, többnyire elmennek mellette. Kéthetente, havonta hatósági tanúként szerepelnek dílereknél végzett házkutatások során, gépjármű átvizsgálás esetén. A büntetés-végrehajtási intézménybe a hozzátartozók csempészik a szereket. A gyógyszer mindig jelen van. Naponta találkoznak Rivotriltól „beállt” fogva tartottal. A rendőrség havonta szembesül kábítószer-használóval.

Koncerteken is tapasztalható a szerhasználat. Nem a használókat, hanem a szer illatát ismerni fel. A vendéglátóhelyeken is előfordul. A teljesítménynövelő szerek a sportolás területén mindennaposak.

A használattal kapcsolatosan közvetlenül a kortárs gyerekektől, a védőnőktől, az Egészségmegőrzési Központtól, a rendőrségtől és a gyermekvédelmi szolgálatoktól kapni információt. Az iskolákban közvetlen szerhasználattal nem találkoznak a pedagógusok, inkább a hétvégi és parti események kísérője a drog. A felsőoktatásban az órákról történő hiányzásokból lehet következtetni az előző napi alkohol- és esetleges egyéb szerhasználatra. Főiskolai rendezvényeken ritka a marihuána jelenléte. A főiskolások a városban a hét közbeni

szerhasználók számát gyarapítják, mivel hétvégeken sokan hazautaznak. Köreikben a számítógép-függőség is említésre méltó.

A szerhasználók egyre fiatalabbak, a szerhasználat mértéke egyre nagyobb. Az Egészségmegőrzési Központ munkatársai napi szinten találkoznak drogozás következményeivel, esetleg másodlagos problémaként megjelenve, illetve áttételesen, ahol a családtag érintett. A kortárs segítők képzése évente kb. 30 főt érint, ezek a fiatalok a központ egyik fontos jelzőrendszerét képezik.

2.Milyen szerek használóval találkozott már munkája során? Mi alapján állapította meg, hogy milyen szert fogyaszt az illető?

Találkoztak marihuána-használóval (füves cigi formájában), alkoholbeteggel, szipussal (gáz-szívás), polítóxiomán beteggel, heroin-használóval. Nagy problémaként említették a nikotin-fogyasztást. Az intravénás szerhasználat úgy merült fel, hogy az iskolaorvosi rendelés végén a gyerek a hepatitis-től való félelmét megosztotta a szakemberrel.

A városban bármit be lehet szerezni. A kórházi drogteszt kimutatott már amfetamint, benzodiazepint, egyéb nyugtatókat. Könnyű hozzájutni amfetaminhoz, nyugtatókhoz, altatókhoz. Nagy nyilvánosságot kapott a közelmúltban a Gina-s eset is.

A büntetés-végrehajtási intézményben a gyógyszerhasználók kontrollálatlanok, nem őrzöngenek, azt sem tudják, hol vannak. A dobitól, a kávé-tea keveréktől túlpörögnek. Az egyik összeszűkült pupillájú elítélt zárkájából heroin került elő- melyet egy csomagban kapott könyv gerincében juttatták be az intézménybe.

A fű a sláger, mert olcsó és, akár otthon is tudják termesztani. Ezen belül széles a paletta: extasy, speed. Leginkább a pénztől függ, hogy ki mit szerez be.

Problémaként jelenik meg a dohányzás, de előtérbe helyezték a kávé és energiatital fogyasztást is. Kiemelten tartja magát az alkoholfogyasztás. Csak ezek után említik a gyógyszer és kábítószer-használatot, illetve a gyógyszer-alkohol kombinálását. Új elemként említették az éhezés és önéheztetés jelenségét, ami különösen veszélyes lehet, ha kávéval vagy egyéb szerrel kombinálják.

Az Egészségmegőrzési Központban találkoztak már kokain függőséggel, valamint LSD-használóval. Információk szerint ez utóbbi terjedőben van.

3.Amennyiben droghasználóval kerül kapcsolatba munkája során, mit tesz ilyenkor?

A szociális intézményeknél az a cél, hogy megfelelő, a problémára specializálódott intézménybe továbbítsák a klienseket. A Családsegítő Központba elsősorban a hozzátartozók jelentkeznek, ezek után környezetanulmány következik. Az érintettekkel felveszik a kapcsolatot. A kliens együttműködésével lehetséges a gondozásba vétele. A család erősítő szerepe kiemelendő. A hajléktalan-ellátásba kerülő szerhasználóknál az önkéntes együttműködés a kizárólagos megoldás.

Az orvosok a problémával való foglalkozást hárítják, igyekeznek magukat levédeni a jogi következményektől. Ha van rá lehetőség, illetve a páciens az önkéntes együttműködésre hajlandó, a helyi pszichiátriára, akut esetben a sürgősségre irányítják. Saját kérésére mehet máshová is, ha nem akarja, hogy kiderüljön helyben a szerhasználat. Lehetőségként felmerül a gyermekek számára az Egészségmegőrzési Központ, illetve az egészségügyi szolgáltatások helyett civil szervezetek által kínált lehetőségek igénybevétele.

Az ügyészség az eljárásban érintettet felvilágosítja a jogairól és kötelezettségeiről. A polgárőröknek se jogköre, se hatásköre nincs a reagálásra. A mentős dönti el, hogy rendőri intézkedés szükséges-e. A büntetés-végrehajtásnál létezik a kábítószer-prevenációs csoport, amelyben nem kötelező részt vétel. Előnyökhöz juttatással motiválják a bekapcsolódást (jobb elhelyezés, havonta többször kaphat csomagot). Szükség esetén egy másik intézetbe kerül, ahol működik az elterelés intézménye. Az egészségügyi szolgálat is segítséget ad, ha valaki igényli. A szabadságvesztés alatt álló fogyasztóknál fegyelmi eljárás indul, értesítik a rendőrséget. A rendőr elsősorban a terjesztőt próbálja felderíteni.

A középiskolák nem rendelkeznek semmiféle jogkörrel a közbelépésre. Félnek a következményektől, ezért inkább hátrítják a felelősséget. Jelzéseiket az iskola vezetése, a szülő, a nevelési tanácsadó, a családsegítő központ és az Egészségmegőrzési Központ felé adják. A központ ellátó és közvetítő szerepet tölt be a kezelésben. A kortárs segítőkre kiemelten támaszkodik. Szegényesnek találják a helyi addiktológiai ellátó rendszer lehetőségeit. Amennyiben saját hatáskörén belül nem tud megfelelő ellátást biztosítani, a helyi pszichiátriára küldik tovább a klienseket. Egyes iskolákban iskolapszichológushoz fordulhattak régebben. Vannak olyan iskolák, amelyek folyamatos kapcsolatot ápolnak a helyi pszichiátriával és a ráckeresztúri bentlakásos intézménnyel. A főiskolán az adott rendezvényről kitiltják a szerhasználót, illetve a diáktanácsadó tud segíteni az érintettnek.

A rendezvényszervezők és szórakozóhelyek vezetői leginkább a rendőrségtől és a mentőktől kérnek segítséget, ha a szerhasználó a többi vendég szórakozását bármilyen formában zavarja. Ha nem zavar senkit, szemet hunynak a probléma felett.

4.Mennyire érzi magát tájékozottnak ebben a témában? Honnan szerezte ismereteit? Vannak-e olyan esetek, amikor tanácstalan?

A szociális szférában dolgozók a témában leginkább a továbbképzések során juthattak ismeretekhez, ennek ellenére nem érzik, hogy teljes mértékben tájékozottak lennének a tárgyi tudás szempontjából és az intézményi háttér ismeretében. A városban voltak, vannak képzések, programok, melyek során tájékozódhatnának. Leggyakrabban akkor néznek utána egy kérdéskörnek, amikor felmerül a probléma.

Sok esetben szakmai kapcsolatok révén szereznek több információt, egyes intézményekbe ellátogatnak. Egyre nagyobb szerephez jutnak az információszerzésben az internetes portálok. A jó szakmai kapcsolatoknak köszönhetően egymástól, az adott problémakörben nagyobb tapasztalattal rendelkezőktől kérnek segítséget.

Az orvosok a kötelező továbbképzéseken csak érintőlegesen találkoznak a témával. Nagy problémának érzik, hogy az orvosi szóhasználat nagymértékben eltér a szlengtől. Néha kapnak tájékoztatót frissen megjelent drogokról. A gyógyszerészeket épp a közeljövőben, szeptember folyamán képezik a témában.

Általában elmondható, hogy a közvetetten drogproblémával foglalkozó szakemberek nem rendelkeznek elegendő információval és felkészítésükre több energiát kellene fordítani. Ebben meghatározó szerepe lehet az Egészségmegőrzési Központnak, akik évek óta végeznek tájékoztatásokat.

A rendőrök a bűnmegelőzési órákon kitérnek a kábítószeres használatának jogi következményeire a gyerekeknek, a pedagógusoknak és a szülőknek egyaránt. A rendőrség számára hiányosság leginkább a „hova tovább?” esetén érezhető. A kezelő helyekkel hivatalosan nem állnak kapcsolatban, csak személyes, ill. informális kapcsolatuk van. Nincs, illetve ritkán kapnak visszajelzést az eredményekről. Felmerült az igény arra, hogy a helyi szakemberek még jobban ismerjék egymást.

Az Egészségmegőrzési Központ rendszeresen, az életkori sajátosságot figyelembe véve visszatérően foglalkozik a drogprevenció különböző területeivel a város összes általános és középiskolájában.

A pedagógusok elméleti ismeretei összességében megfelelőek a folyamatos fórumoknak és képzéseknek köszönhetően, de itt is nagy a szórás, sok esetben a gyakorlati ismereteik hiányosak, a kezelő intézmények lehetőségeiről pedig kevés tudással rendelkeznek.

Elmondásuk szerint a környezetükben előforduló esetek alapján tájékozódnak, elsősorban kollégáktól, gyermekeiktől, esetleg interneten keresztül. A helyi média is információkhoz juttatja őket. A helyi kezelő szervezetek, intézmények hatékonyságát többen megkérdőjelezték.

5.Mit tapasztal saját intézményében: kollégái kellően tájékozottak-e a témában?

A szociális intézményekben azok a kollégák, akiknek a kliensei között volt már szerhasználó, sokkal tapasztaltabbak az adott szer által érintett területen, de elmondható, hogy általános ismeretekkel rendelkezik mindenki. A kollégák tájékozottsága hasonló a megjelentekéhez, mivel ugyanazokból a forrásokból származnak az információk. A budapesti Toxikológiai Központ segítségét tudják igénybe venni.

Az orvosok véleménye szerint részletes tudással az erre specializálódott szakembereknek kell rendelkezniük. A gyermekvédelmi osztály foglalkozik a problémával, tájékozottságukat megfelelőnek tartják.

Az oktatási intézmények ifjúságvédelmi – felelősök - pedagógus munkatársai nagyobb tájékozottsággal rendelkeznek, de számukra is jelentős mennyiségű képzést szerveznek a témában.

A vendéglátóhelyeken a kiszolgáló személyzet, illetve a vendégekkel közvetlen kapcsolatban álló fiatal kollégák a szerekről és azok hatásairól elegendő információkkal rendelkeznek melyek feltehetően informális tájékozódásból származnak.

6.Milyen szenvedélybeteg kezelő-ellátó szervezetet ismer a környezetében?

Megállapítást nyert minden csoportnál, hogy a város ellátó rendszere hiányos. Szinte csak a kórház pszichiátriai osztályát és az ott működő addiktológiát ismerték, valamint megemlítték az egyházi szervezetek hálózatait.

A szociális szféra dolgozói kénytelenek városon kívül intézményeket, ellátó helyeket keresni a kliensek számára. Megyén belül említésre került a Megyei Pszichiátria és Gyermekpszichiátria Székesfehérváron, szintén ott a RÉV Alapítvány, valamint a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon. Megyén kívül néhányan hallottak a budapesti Vadaskertről és a félutas-házakról, a pécsi INDIT Alapítványról, a Leo Amici-ről, a szekszárdi Palánkról, Kaskantyúról, Noszlopról. A kliensek továbbirányításának lehetősége a jó szakmai kapcsolatoknak köszönhető, valamint az ügyfelek is hoznak információkat.

Helyi szinten megemlítték az Egészségmegőrzési Központot, a Nevelési Tanácsadót és a Családsegítő Központot is, bár ezek nem tartoznak egyértelműen a kezelő-ellátó szervezetek körébe.

Dunaújvárosban a Mentőszolgálat Alapítvány foglalkozott érintőlegesen alkoholistákkal, drogosokkal, de a tűcsere program, mint alacsony küszöbű ellátás kb.8 hónapja megszűnt.

Nincs helyben jelenleg eltereléssel foglalkozó szakember. A helyi pszichiátriáról lesújtó a vélemény, az épület minősége és szakember ellátottság alapján is.

Említésre került még a Megálló Csoport, az Emberbarát Alapítvány, a Drog-vonal, valamint több különböző (Győr, Székesfehérvár, Dömös) alkoholbetegekkel foglalkozó egyházi szervezet. Internetes segítő lehetőségekről is hallottak már, de akadt olyan is, aki nem ismert semmiféle ellátó rendszert.

7.Mekkorára becsüli a szerhasználók számát a városban, a térségben? Mire alapozza vélekedését?

Nehezen tudták megbecsülni a szerhasználók számát a csoportokban. Az információk teljesen esetlegesek, hallomásokon és vélelmezéseken alapulnak az elmondott adatok. A becslésnél nem volt egyértelmű a szerhasználat fogalma (dohány, alkohol stb.) és különbözött az alap sokaság behatárolás is (teljes lakosság, felnőtt lakosság stb.). Így a 3%-tól a 90%-ig terjedő skálán mindenféle értéket kaptunk. Ez is rávilágított a probléma metodikai értelmezésének szükségességére.

A bizonytalanságot az is mutatta, hogy voltak olyanok is akik becslésekbe se mertek bocsátkozni.

8.Van-e a városnak olyan része (pl. tér, lakótelep stb.), ahol tapasztalataik szerint több a szerhasználó? Honnan szerezte az ezzel kapcsolatos információit?

Hallomásból, esetleg saját tapasztalat alapján értesülnek arról, hogy területileg hol jellemzőbb a szerhasználat a városban.

A felső Duna-partot említették, különösen a Római városrész felőli végét. Az alsó Duna-parton a betonos parkoló.

A szórakozóhelyek közül kiemelték a Hangulat Bárt, a Dunafit-tet, a Három Királyokat, a Havannát és a Béke éttermet.

Tanítási időben az iskolák környékén is feltehetően sok a szerhasználó gyerek. Említették a Széchenyi István Gimnáziumot, a Bánki Donát Gimnáziumot és Szakközépiskolát, az alapítványi iskolákat, szakiskolákat, a kereskedelmi iskolát, valamint azokat az intézményeket, ahol túlkoros diákok tanulnak, illetve felzárkóztatással foglalkoznak. Felmerült a főiskola és környéke is.

Szóba került a kórház, a pszichiátriai osztály, ahol valószínűleg mindig találni szerhasználót. Nagyobb tereken, parkolóban, például a Gorkij utca melletti parkolóban, vagy a Dunaferri Béke téri kapujánál levő parkolóban. Nagyobb rendezvényeken, minden nagyobb parkban éjjel után.

A következő helyszínek kerültek még említésre: Kiserdő, Petőfi liget, a gimnázium melletti park, Középiskolai kollégiumok, Római városrész, Kőtár, Kertváros, Múzeum környéke.

9.Ön szerint kiket tekinthetünk problémás droghasználóknak, azaz segítségre szoruló szerhasználóknak?

A résztvevők többféle megközelítést használtak a problémás droghasználók meghatározásánál, pl.:

- Minden droghasználó – aki legális vagy illegális szert használ - problémásnak tekinthető, hiszen az egészségüket veszélyeztetik, és nem csak önmagukra, hanem a közösségre nézve is problémát jelentenek, ugyanis belevisznek másokat is. Különbséget tesznek aszerint, hogy van, aki csak kipróbálja, de nem válik függővé, vannak, akik közösségrombolók, megpróbálják terjeszteni, belerántják a többi gyereket is. Mindegyik szintet kezelni kell.
- A kívülállókát kényszeríti bele egyéb helyzetekbe
- Aki nem tud lejönni a szerről, problémát okoz a környezetében
- Akinek az életminőségét, életvitelét befolyásolja a szerhasználat. Nem dolgozik, ellopja a pénzt, minden gondolata e körül jár
- Ha nincs mögötte a család és az elsődleges prevenció sem tud segíteni. Mindenki problémás, akinek nincsenek ambíciói, aki nem talál más elfoglaltságot az életben. Igazán problémás eset az, aki annyira elveszíti az önkontrollját, hogy szétver valamit.
- Aki használata során az egészségüggyel és a rendőrséggel kapcsolatba kerül, még akkor is, ha baleset történik
- Ha másnak kárt okoz
- Aki nem tud meglenni nélküle
- Akinek a szervezete az első kipróbálás során úgy reagál, hogy mentőt kell hívni hozzá
- aki nem ismer határokat ahhoz, hogy a napi adagokat beszerezze. Bűnöző válik belőle, otthonról lop, hazudik
- A fiatalkori kíváncsiságon túl minden droghasználó problémás. Segítséget annak lehet nyújtani, aki tudja, hogy bajban van, akinek van betegségtudata. A gyerekeket kötelezni kellene, hogy a szükséges kezelést megkapják, és végigvigyék
- A társadalomnak, a közösségnek, a családnak minden szerhasználó problémás
- A problémás szerhasználó számtalan deviáns magatartásformát vesz föl, többek között agresszív lesz, akár családon belül is. A szerhasználó nem csak a saját életét teszi tönkre, ugyanis, ha nem dolgozik, csak élősködik a társadalom „nyakán”.

10.Mekkorára becsüli a problémás droghasználók számát a városban, a térségben? Mire alapozza vélekedését?

A megközelítésből adódó különbségek tükröződtek a becsült értékeknél. Így 1-50% tartományban egyenletesen szóródnak a vélemények.

11.Ha lehetősége lenne rá, mit javítana a jelenlegi helyzeten?

Törvények és azok betartása

- EU konform törvények betartása és betartatása
- törvényi szigorítás
- szankciók súlyosbítása
- törvényekkel deklarált jogok az egészségügyi és pedagógus pályán dolgozóknak a diagnosztizáláshoz és a kezelésbe irányításhoz
- törvényben kötelezni a gyerekeket a kezelés elvégzésére (A gyermekvédelmi törvény szerint a gyerek önkárosító viselkedést nem folytathat. Ennek előfordulását szankcionálni kellene.)
- a rendőrségi jelenlét megerősítése (pl. iskola rendőr program)

Tájékoztatás és felvilágosítás

- tájékoztatás az iskolában
- a téma beépítése a tanrendbe
- szülők tájékoztatása
- felvilágosítás
- iskolai erkölcsi nevelés folytatása
- prevenció erősítése
- előadások hiteles személyekkel, minél fiatalabb kortól elkezdve

A szabadidő hasznos eltöltési lehetőségeinek bővítése

- ifjúsági program
- közösségi terek foglalkozásokkal, programokkal a szabadidő hasznos eltöltésére
- kulturális célok kitűzése
- egészségmegőrzés, egészségfejlesztés
- sportolási lehetőségek
- több nyílt sportnap, extrém sportok

A család szerepe a prevencióban

- a családokra fókuszálás
- családok nevelése
- a családi összetartás erősítése
- a családon belüli jó kapcsolatok kialakítása képességének megtanítása
- szülői képességek fejlesztés
- szülői felelősség hangsúlyozása, felelősségtudatuk növelése

Szakemberképzés

- szakemberképzés
- több specializálódott szakember
- iskolapszichológus

Az intézményrendszer elemeinek bővítése

- csapatmunka az ellátásban
- ellátó centrum létrehozása
- a rendszer minden szintjének erősítése
- az ellátórendszer fejlesztése, a problémák helyi szintű kezelése (Se a pénz, se az idő ne legyen akadály!)
- rengeteg pénzre lenne szükség
- Gyermekpszichiátriára és Addiktológiai osztályra
- egy lelkes és kitartó addiktológusra van szükség
- drogambulancia létrehozása, elterelés végzése, megerősítése

A kommunikációs rendszer erősítése

- szervezetek közötti kommunikáció (intézmények együttműködése)
- különböző hatósági intézmények harmonizációja, kapcsolatok erősítése az ellátó rendszerrel
- keretrendszer kiépítése az intézmények, hatóságok között
- oda-vissza tájékoztatás, jelzőrendszer működtetése
- komplex ellátó rendszer: a prevenciótól a bentlakásos rehabilitációs intézményig
- önkéntesek bevonása munkahelyeken, iskolákban, a kortárs segítség rendszerének folytatása
- a szerezőasztóknak olyan helyet teremteni, ahol következmények nélkül elmondhatják tapasztalataikat, ahonnan tovább irányíthatók.

II. 5. 3/c. A fókuszcsoporthoz során gyűjtött tapasztalatok összegzése

A fókusz csoportokba elsősorban azoknak a területeknek a képviselői kerültek leginkább, akikről azt gondoltuk, hogy formális és informális kapcsolata van, (-lehet) a kábítószer használók körében. Éppen ezért, a kutatás első fázisában velük ültünk le beszélgetni.

Tapasztalatokra alapozva a beszélgetések résztvevői elmondták, hogy városunkban a szenvedélybetegségek közül a leggyakoribb az alkoholfüggőség, a dohányzás és a koffeinfüggőség. A szenvedélybetegek, ezen belül a kábítószer-fogyasztók becsült aránya a lakossághoz képest, nagy szórást mutat a válaszadók között. A kábítószer-fogyasztókról konkrét számadat nem áll rendelkezésünkre. Csak feltételezések vannak a korcsoportokra, a fogyasztási szokásokra és a szerhasználók térbeli fellelhetőségére vonatkozóan is.,

A drogügyben egyes területeken tájékoztatatlanság jellemző, mind a törvényi, mind az intézményi keretek tekintetében. A fókuszcsoporthoz tagjai részinformációkkal rendelkeznek a vizsgált témában. Cselekvési programokra, kidolgozott protokollokba lenne szükség intézményi szinten. Szélesíteni szükséges a prevenciós, tájékoztatási programokat, melynek célcsoportja a család, illetve a szülők. A kezelési lehetőségek társadalmasítása, ismertté tétele időszerű, a meglévő kommunikációs rendszereket bővíteni kell. A segítő szolgáltatásokat rendszerbe kéne foglalni, átjárhatóvá kéne tenni amellet, hogy alapvetően is bővítésre szorulnak.

Megállapítást nyert, hogy a drog használatba kapcsolatos probléma-kezelés kultúrája helyi szinten kezdetleges. A társadalmi kommunikáció erősítése fontos feltétel a probléma megoldásában, így célszerű lenne azt a területet is átvizsgálni.

Dunaújvárosban a kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások köre hiányos. Az alacsony küszöbű szolgáltatások közül a tűcsere program megszűnt. A városban nincs drogambulancia, a kezelő-ellátó rendszernek csak egyes elemei lelhetők fel. A városi KEF lehet a jövőben ennek az ellátó rendszer fejlesztésének a gesztora, döntések előkészítője, mozgatója.

A fókuszcsoporthoz beszélgetések során kiderült, hogy Dunaújvárosban az Egészségmegőrzési Központ kiemelkedő szerepet tölt be a drogprevenciós tevékenységben, s a legtöbben hozzájuk fordulnak, ha kérdésük van a témával kapcsolatosan.

III. 3. Rejtőzködő szerhasználók szükségletfelmérő kérdőíveinek kiértékelése

A kutatás ezen szakaszának célja annak feltárása, hogy az ellátórendszer jelenlegi struktúrája, a felkínált szolgáltatások, illetve ezek hozzáférhetősége és minősége mennyiben találkozik a valós társadalmi szükségletekkel.

III. 3. 1. A kérdőívek típusai és kitöltése

A rejtőzködő szerhasználók feltérképezéséhez kéttípusú kérdőívet használtunk, amelyeket a SZMI ajánlásával adaptáltunk. Az egyik változata a rejtőzködő marihuána használókba vonatkozik, a másik pedig az intravénás használók megkérdezésére alkalmas.

A kérdőívek kitöltését önkéntesekre bízta, akiket egyrészt a fókuszcsoporthoz megbeszélések során választottunk ki, másrészt a Dunaújvárosi Főiskola Diák Szolgáltató Központja (DSZK) önkénteseit, kortárssegítőket alkalmaztunk, harmadrészt a hajléktalan ellátásában dolgozó szociális munkásokba támaszkodtunk. Számukba tartottunk egy módszertani felkészítőt, amely a megkeresések mikéntjére és a lekérdezések menetére vonatkozott. A visszajelzésekbe kiderült, hogy a legkülönbözőbb módon érték el a szerhasználókat. Volt, aki saját ismeretségi

köréből keresett fel, más a munkájából kifolyólag érte el a lekérdezetteket, de akadt olyan is, akit maga a szerhasználó ajánlott.

Mivel aggályos volt jogilag a 18 év alattiak bevonása a lekérdezésbe – az adatszolgáltatás biztosítására-, ezért a módszertani oktatásnál felhívtuk a kérdezőbiztosok figyelmét arra, hogy erre a szempontra ügyeljenek.

A beérkezett adatlapok feldolgozása még folyamatban van, azonban az eddigi kutatási eredményeket ismertetjük azzal a szándékkal, hogy a továbbiakat is beépítjük a munkánkba. Amennyiben azok tartalma lényegileg megváltoztatja az addigi értékelést, természetesen a szerint korrigáljuk a kutatási jelentést. Időigényes kutatásunk egyik oka a látens populáció elérhetőségének nehézsége.

III. 3. 2. A kérdőív struktúrája

A kérdőív négy fő részből állt: Alapadatok – Társas kapcsolatok – Ellátási szükségletek és akadályok - Szerhasználat

A lekérdezés megkezdése előtt az úgynevezett szűrőkérdések segítségével kiderült, hogy az általunk felállított kritériumoknak megfelelt-e a megkeresett személy. E szerint olyanokat kerestünk, akik betöltötték 18. életévüket, jelenleg is szerhasználók és az ellátási rendszerben nem szerepeltek. Ennek ellenére az adatok feldolgozásakor kiderült, hogy egy-két esetben a szűrés nem volt pontos, ugyanis a mintába került olyan is, aki valamilyen módon részévé vált az ellátórendszernek.

III. 3. 3. A kutatás állása

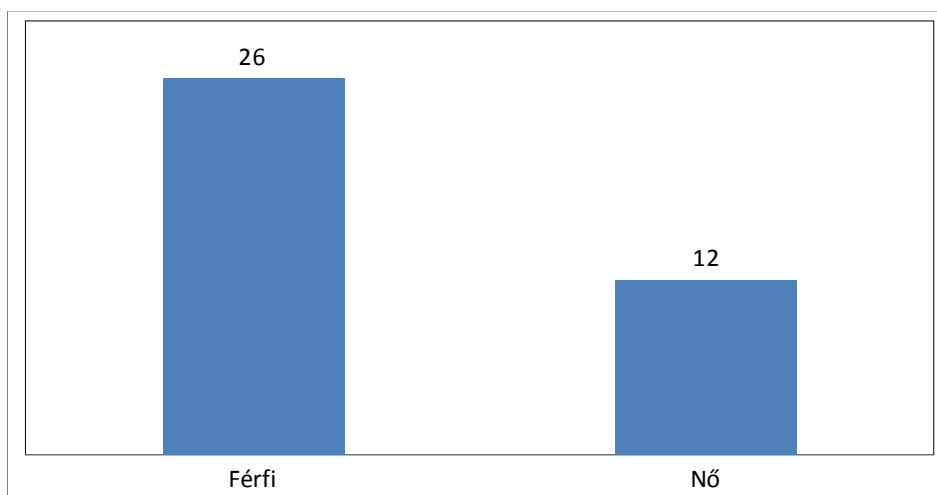
A kutatás jelenlegi szakaszában 38 személyt értünk el, s ők valamennyien marihuánás szerhasználók.

III. 3. 3/a. Szociodemográfiai jellemzők

Alapadatok és társas kapcsolatok

Nemek szerinti megoszlás, a férfiak és a nők aránya

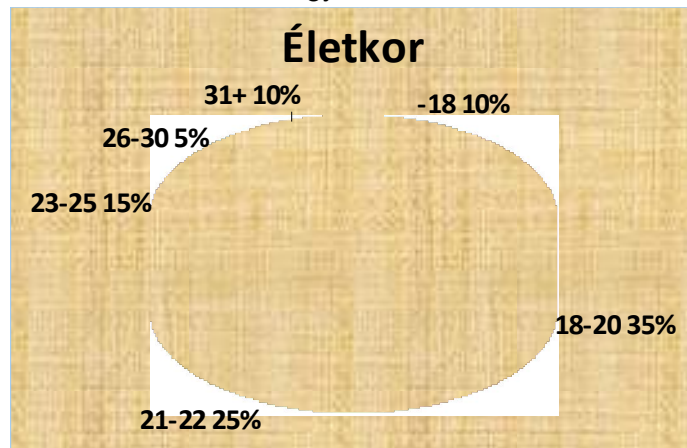
Az elért populációban a férfiak aránya kétszerese a nőkének (26 – 12 fő).



1.ábra

Életkor szerinti megoszlás

Az ábrából is látható, hogy az elért személyek közül legtöbben (14 fő) a 18-20 éves korcsoportba tartoznak, míg a második legtöbb érintett (10 fő) a 21-22 évesek közé sorolható. Érdekes, hogy a 31 év felettiek között is négy főt találtunk.

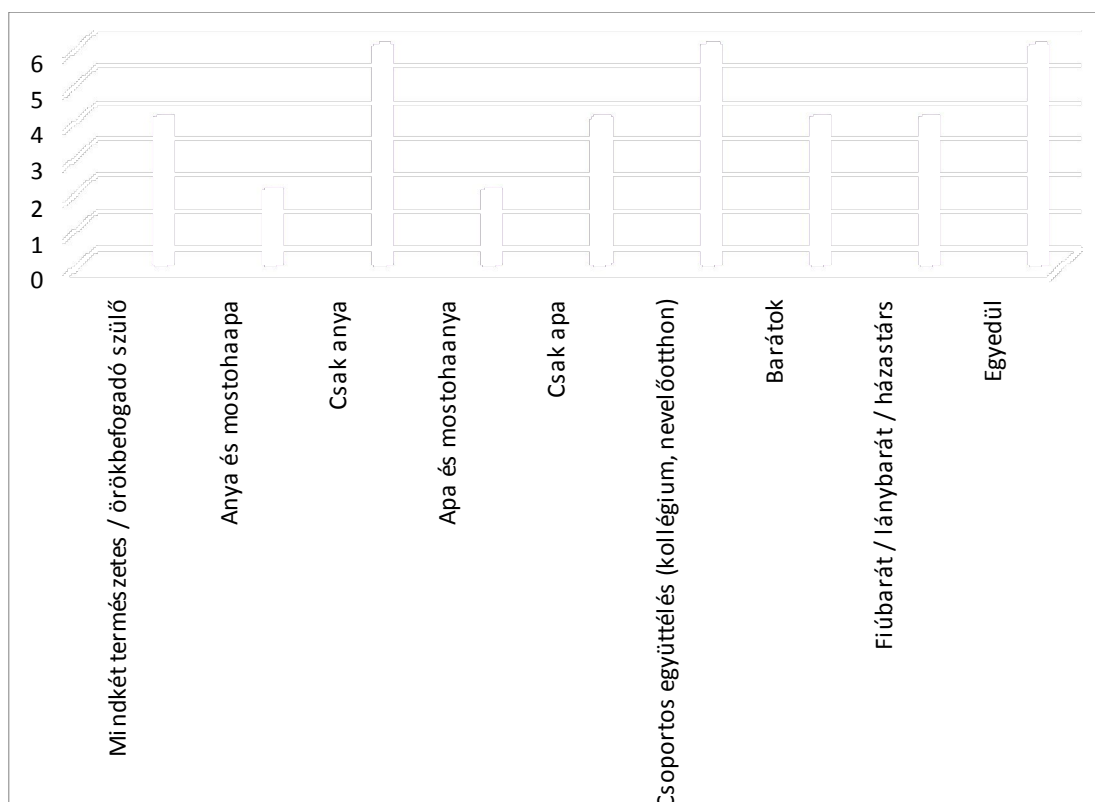


2. ábra

Szociális háló

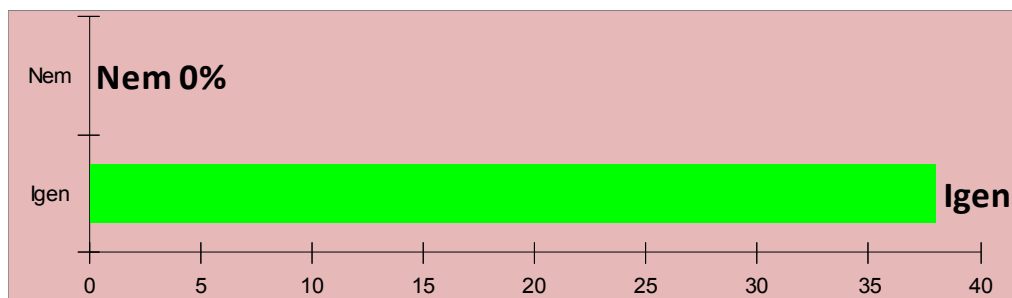
A családszerkezet szerinti vizsgálat alapján megállapítható, hogy a kétszülős családban élők védettsége nagyobb azoknál, akik csonka családban élnek. Ez is nyomatékosítja a család belső konzisztenciájának erősségét. Az is érezhető, hogy a csoportos együttélés kedvezőtlen hatással van a szerhasználatra.

Az, akiket az édes szülők együtt nevelnek, akik elégedettek a szüleikhez fűződő viszonyukkal, és ahol a szülők kontrollálják gyermekek szabadidős tevékenységét, ott a fiatalok kisebb valószínűséggel lesznek rendszeres droghasználók. Édes szülő nélkül, vagy gyenge szülői kontroll mellett nevelkedők, vagy akik elégedetlenek szüleikhez fűződő viszonyukkal, egyértelműen a legvesélyeztetettebbek közé tartoznak.



3. ábra

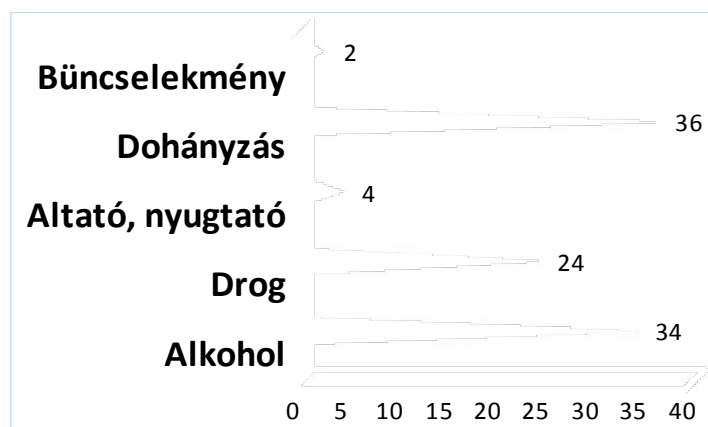
A család helyett meghatározó tényező a kollégiumi lét, illetve a barátoknak, kortárs csoportoknak való megfelelés. Ezt a megállapítást az is bizonyítja, hogy a megkérdezettek mindegyike arra a kérdésre, hogy van-e olyan barátod, akivel a problémáidat megoszthatod, egyértelműen azt válaszolták, hogy igen.



4. ábra

A dohányzás, alkoholfogyasztás valamint az illegális drog kipróbálás és használat igen markáns együttállást mutat. Ez is alátámaszthatja azt a feltételezésünket, hogy ez a kör sokkal nagyobb létszámot mutat, magas a látencia.

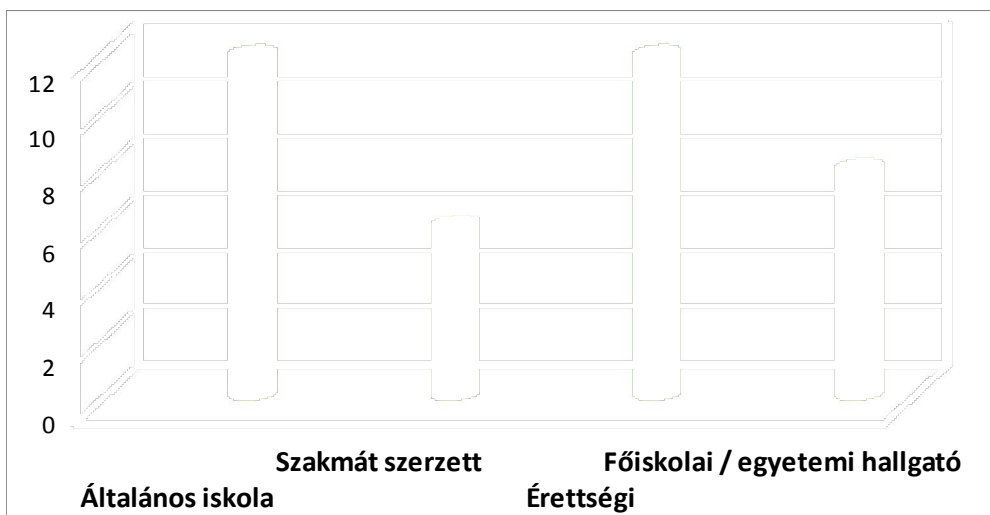
Az is látszik, hogy a legális és illegális drogok beszerzése jellemzőn nem okoz nehézséget a fiataloknak. A megkérdezettek jelentős többsége próbált már életében valamilyen tiltott szert. A tiltott drogokat használó fiatalok túlnyomó többsége marihuánát fogyasztott, ezt követik a gyógyszerek visszaélészerű, ill. az amfetaminok használata. Legjellemzőbb a kipróbáló magatartás, az 1-2 alkalommal történő használat. Feltételezzük, hogy a fiatalok jelentős részének nincs reális veszélyérzete a droghasználat kapcsán.



5. ábra

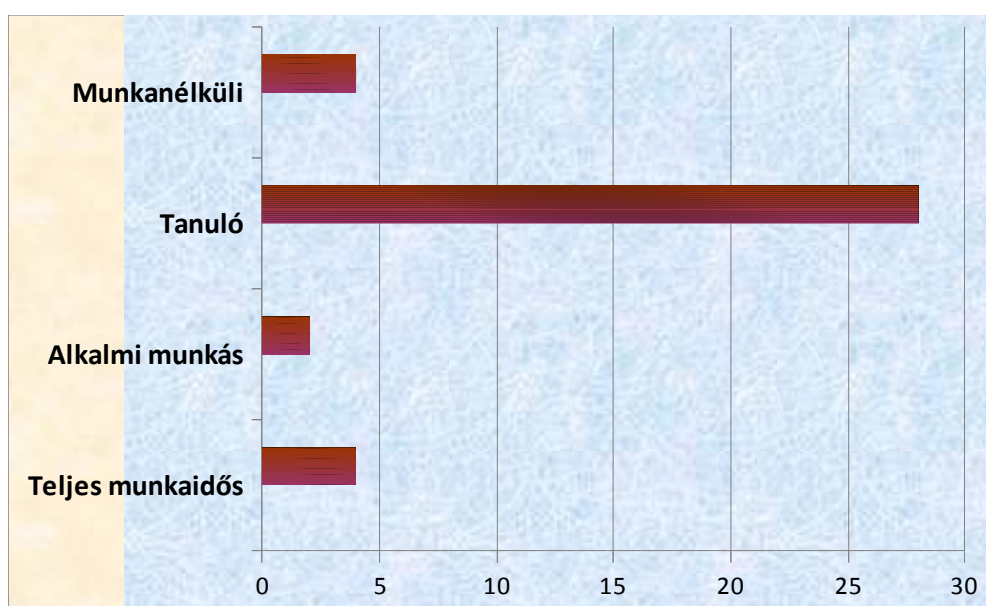
Iskolai végzettség

Az iskolai végzettséget tekintve a vizsgált személyek több mint fele (20 fő) érettségivel illetve magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik. Az is kiderült számunkra, hogy azonos az érettségivel rendelkezők és a nyolc általános iskolát végzettek aránya. A szakmával rendelkezők száma a kutatás e fázisában fele akkora, mint az előbbieken említettek (6 fő).



6. ábra

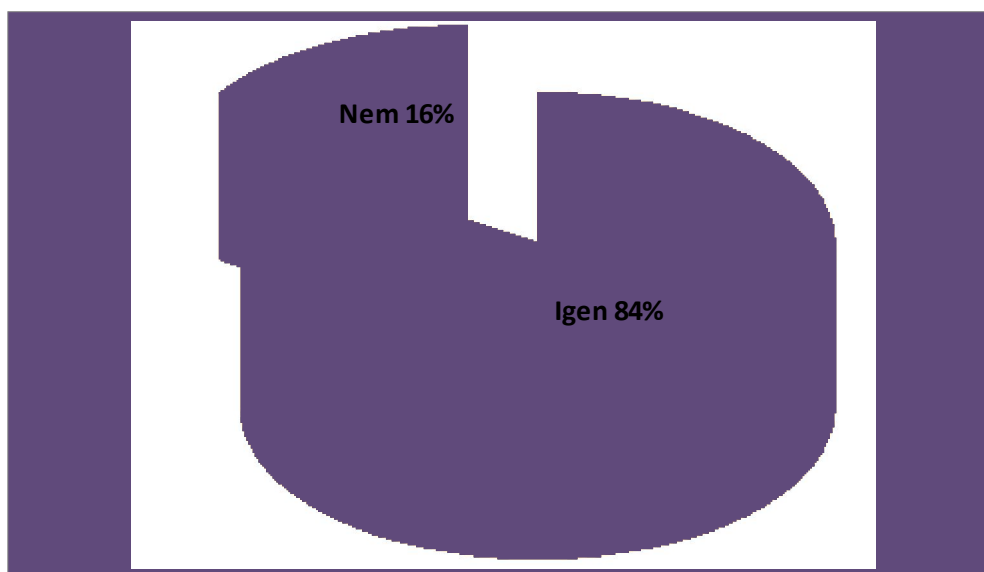
Az életprevelencia érték a 18-22 éves korcsoportban a legmagasabb, az idősebb korcsoportokban is megjelenik. A drogkipróbálás a felsőoktatási intézményrendszerbe való bekerülés időszakában növekszik meg.



7. ábra

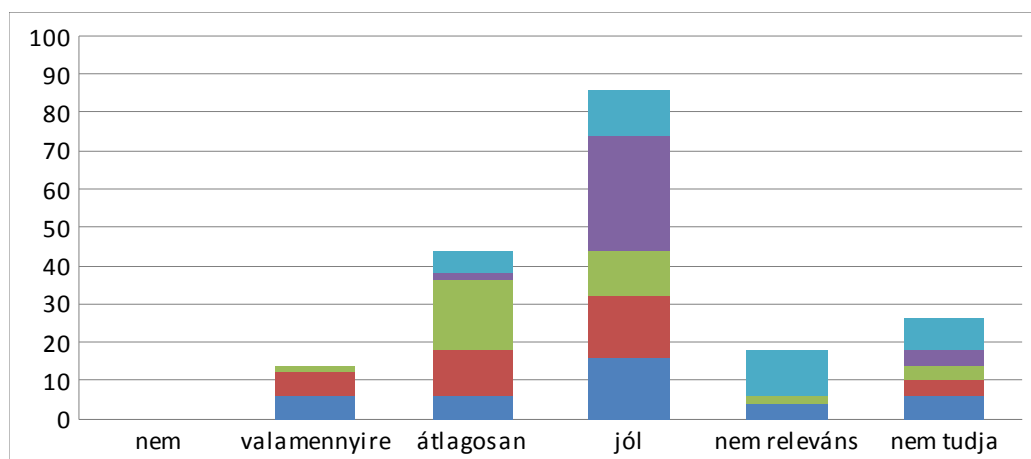
A vizsgált személyek többségének jogviszonya tanuló (28 fő). A munkanélküliek aránya nem számottevő, ami adódhat abból is, hogy a városban a foglalkoztatási ráta magas.

Mivel a megkérdezettek körében számottevő a tanulók aránya, így rákérdezve arra, hogy az utóbbi években előfordult-e vele az iskolakerülés, az ábrán látható arányt kaptuk. Eszerint megállapítható, hogy jelentős azoknak a fiataloknak a száma, akik szerhasználat alatt gyakorta kerülnek az iskolát. Ez az iskolák számára jelzés értékű lehet a későbbiek során.



8. ábra

A kapcsolati intenzitásra kapunk választ a testvérekhez, szülőkhöz, családtagokhoz, kortársakhoz és egyéb kapcsolatokhoz viszonyulást vizsgálva. A kortársakkal a legjobb a kapcsolat, ezt követi a családtagokhoz, testvérekhez és szülőkhöz fűződő átlagos illetve jó viszony. Összességében a kapcsolati rendszer vegyes képről árulkodik, amely tartalmaz elégséges, átlagos és jó viszonyulást a testvérekhez, a szülőkhöz, a családtagokhoz, a kortársakhoz és egyéb kapcsolatokhoz. Ugyanakkor az is érdekes, hogy a válaszadók között néhányan nem adtak értékelhető válaszokat, illetve nem tudták megítélni ezen attitűdjeiket.



9. ábra

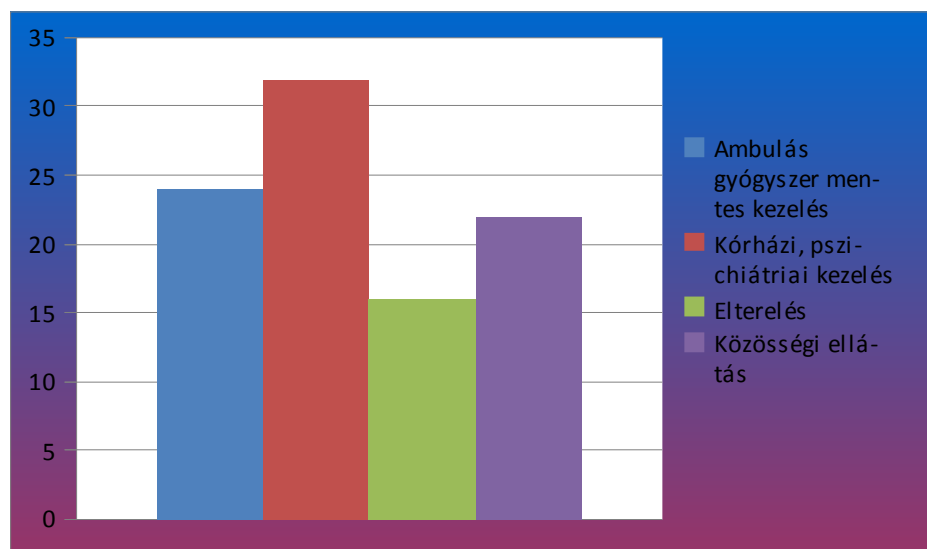
III. 3. 3/b. Kezelés-ellátás

A megkérdezett szerhasználók ismeretei az ellátórendszerről, a rendelkezésre álló szolgáltatásokról közepesnek mondhatók. Ennek egyik oka lehet a dunaújvárosi ellátórendszer fejletlensége is.

Leginkább a kórházi, pszichiátriai kezelésekről hallottak, ami a városunkban is elérhető. Viszont, a megkérdezettek csaknem fele a közösségi ellátás lehetőségeiről, módjairól nem is hallott (16 fő). Az elterelés intézményét a megkérdezettek 42 %-a ismeri, ami arra utal, hogy

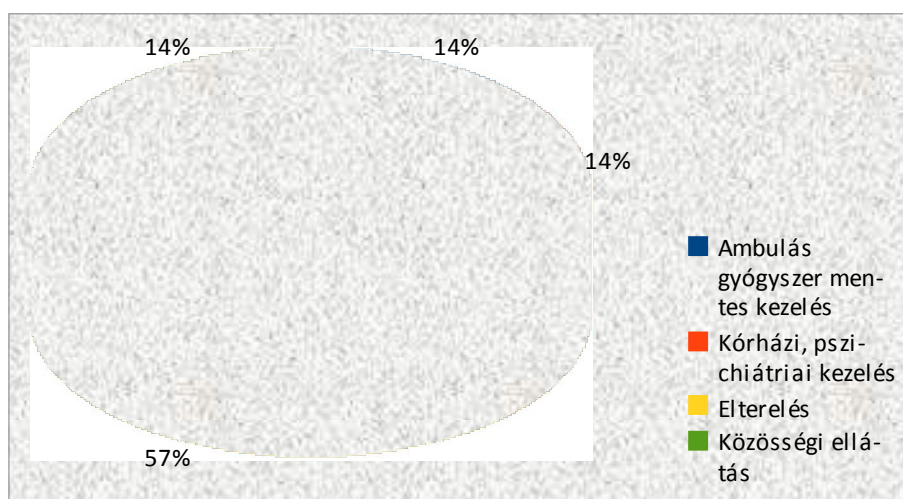
tisztában vannak azzal a ténnyel, hogy tiltott szert használnak, s ily módon kerülhetik el a törvényi számonkérést.

A megkérdezettek tájékozatlansága arról is árulkodik, hogy a megfelelő ellátó-rendszeri elérés az a kritérium, amelyik jellemzően hiányzik az ismereteikből. Az elérés, illetve az információáramlás legkomolyabb gátja a problématudat hiánya, a kognitív disszonanciák sikeres csökkentése, valamint a drogfogyasztás kriminalizált megítélése, amely annál erősebb védekező reakciókat gerjeszt náluk (pl. elkerülő magatartás, titkolódzás, bizalmatlanság).



10. ábra

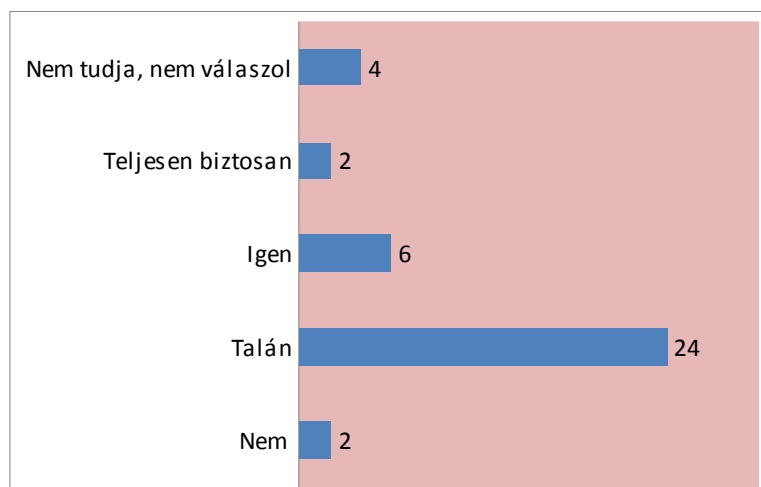
A kezelési eljárások közül összesen 14-en jelölték be valamilyen változatot. Ezek közül legtöbben, 8-an az elterelés intézményében vettek részt, ami mint az elején jeleztük, módosíthatja a kutatási eredményeinket. Ezen kívül két-két fő említette meg az ambuláns gyógyszermentes-, a pszichiátriai kezelést, valamint valamilyen közösségi ellátást.



11. ábra

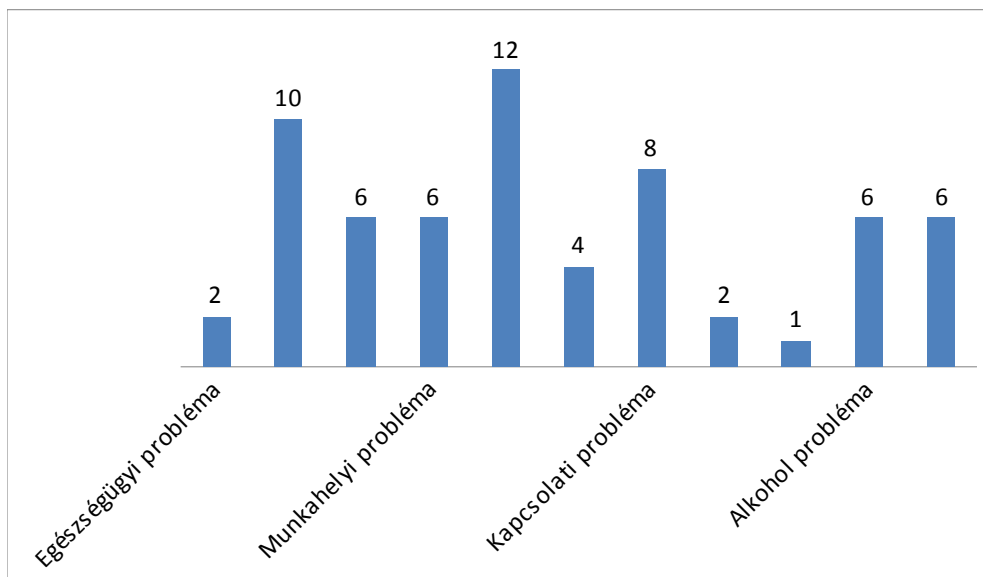
Arra a kérdésre, hogy ha valamilyen kábítószer-problémád adódna a jövőben, fordulnál-e megfelelő orvosi-, pszichológiai segítségért, a megkérdezettek többségének válasza bizonytalanságról árulkodott, ugyanis 24-en a „talán” választ adták. Határozottan csak 8 személy fordulna a nevezett szakemberekhez. Ebből több következtetés is levonható, hogy nincs betegségtudatuk, túlzottan magabiztosak a tekintetben, hogy a szerhasználatot bármikor

abba tudják hagyni, valamint úgy vélik, hogy ily módon is védik a látenciájukat a környezetükkel szemben. Tehát a vizsgált populáció sajátossága a nehéz kezelésbe vonhatóság.



12. ábra

A megkérdezettek abban a kérdéskörben, hogy a felmerülő problémáikkal fordulnának-e szakemberhez, vagyis milyen az attitűdjük a szakemberekhez, az alábbiak szerint alakult. A legtöbb (12 fő) a családi problémáit osztaná meg velük, ezt követi a lelki problémakör, majd a kapcsolati problémák megbeszélése. Hasonló arányban jelölték meg (6-6 fő) a következőket: iskolai-, munkahelyi-, alkohol- és droprobléma. Itt is láthatóvá vált, hogy egészségügyi problémáikat nem szeretnék megosztani senkivel (2 fő), illetve az illegalitás miatt a hatóságokkal sem (2 fő). Szexuális problémáikat pedig senki nem vállalta fel.

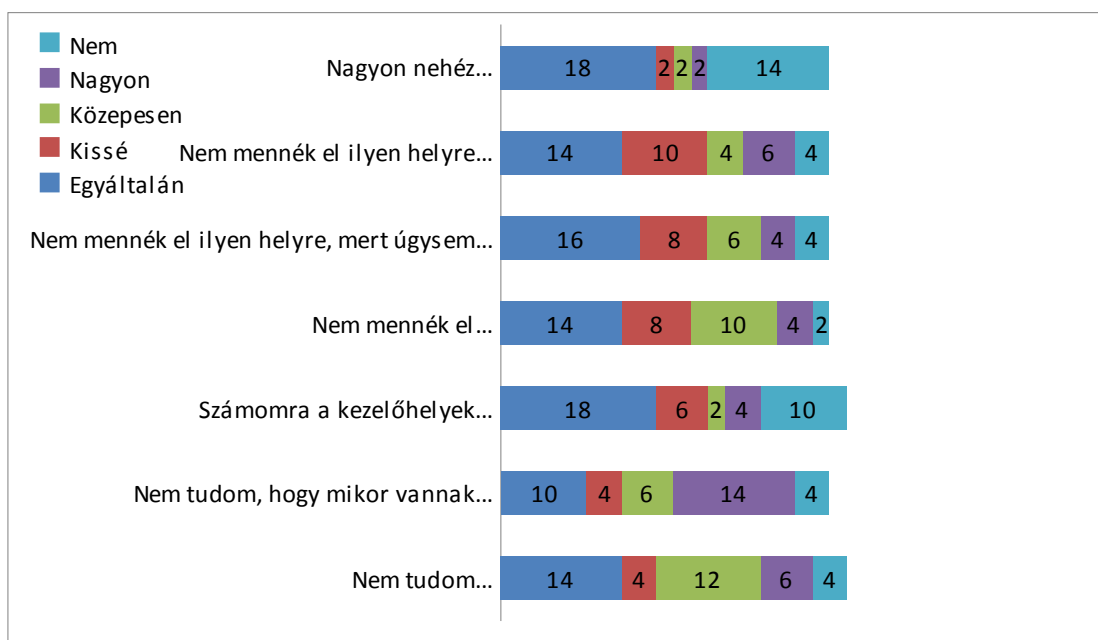


13. ábra

Az ellátó rendszer ismeretére rákérdezve, az alábbi megállapításokat tehetjük:

- nem jellemző rájuk, hogy problémát okozna az ellátó rendszer nyújtotta szolgáltatások igénybevétele,
- 16 fő válaszolta azt, hogy igénybe vennék a segítők helyeket,
- 18 főre, vagyis a kérdezettek felére egyáltalán nem jellemző, hogy a kezelőhelyek megközelíthetők számukra, tehát ha szándékukban állna, akkor elmennének a kezelőhelyekre,

- 10 személy pedig el se menne.



14.ábra

III. 3. 3/c. Szerhasználat

A kérdőív végén három kérdéskör foglalkozott a szerhasználattal. Az első arra irányult, hogy jelenleg milyen szereket használnak a megkérdezettek. Ebben kitértek a szerek fajtáira, a kezdeti és a jelenlegi szerhasználatra, illetve az első használat életkorára. Jellemzően a marihuána és az alkoholfogyasztás van jelen a kezdeti szerhasználatnál. E szereknél a prevalencia egyre inkább a 12-17 év közé tevődik.

A megkérdezettek közül 28 fő marihuánát használ vagy használt, illetve az alkoholt 32 személy jelezte, hogy a drogos karrierjében szerepelt. A fentiekén kívül az amfetamin származékok fogyasztását adták meg, elsősorban a 16 és 22 év közöttiek (16 fő). Az altatókat és nyugtatókat, valamint a velük együtt használt alkoholt szintén ugyanennyien vallották be. A korcsoport is megfelelt az előbbieknél.

Érdekes módon a szipuzást nagyon kevesen használták, mint bevezető drogot. A megkérdezettek közül 6 fő. Ezzel együtt az igaz nálunk is, hogy a 15-17 éves korosztály hajlamos a szert használni. A többi szer - crack, kokain, heroin, amfetamin-heroin, felírt methadon, utcai methadon, suboxon, más ópiátok - nem szerepelt a felsorolásban.

A 21. kérdés a kannabisz használatra vonatkozott, azon belül is arra voltunk kíváncsiak, hogy ez elmúlt évben milyen gyakorisággal nyúltak a szerhez. Ebből az derült ki számunkra, hogy a délelőtti szerfogyasztás nem jellemző (28 fő). Az is a kannabisz használók sajátossága, hogy egyedül nem fogyasztják, hanem társasági droként szerepel.

A megkérdezettek közül már voltak olyanok is, akik a szerhasználat során már tapasztaltak memória problémákat (14 fő). A környezetükben élők, mivel valószínűsíthetően a szerhasználatukról nem tudnak, ezért a megkérdezettek több mint fele soha nem kapott olyan figyelmeztetést, hogy csökkentse a szerhasználatot. Ugyanez az arány jellemző arra a kérdésre adott válaszból is, hogy saját magától csökkentené-e a szerhasználatot. A kannabisz

használatból a megkérdezettek jelentős többségének nem származott semmilyen problémája, ami szintén arra utal, hogy a szert rejtőzködve használják.

Az alkoholfogyasztási szokásokra rákérdezve kiderült, hogy jelentős problémák vannak. A gyakoriságot illetően a hetente 2-3 alkalommal fogyasztók aránya a legmagasabb (22 fő). Őket követi a havonta, vagy ritkábban ivóké (10 fő). Olyan válasz nem érkezett, hogy valamelyikük nem inna. Amikor isznak, 5-6 italt (16 fő), 1-2 italt (10 fő), 3-4-et (8 fő) fogyasztanak. Hat vagy több italt egy alkalommal havonta 12 fő fogyaszt, ritkábban, mint havonta 6 fő iszik alkoholt.

Az elmúlt évben nem volt jellemző a megkérdezettek többségére, hogy nem voltak képesek abbahagyni az ivást (26 fő). Többségük (18 fő) annyit ivott, hogy még el tudta végezni, amit rendes körülmények között elvártak tőle. Bár szép számmal akadt köztük olyan is, aki havonta, vagy annál ritkábban még sem volt erre képes (8-10 fő).

Egy évre visszatekintve, egy nagyobb alkalom után ritkábban, mint havonta 10 fővel fordult elő, hogy másnap reggel innia kellett, hogy elkezdhesse a napját. A megkérdezettek többségére (24 főre) ez egyáltalán nem jellemző. Ugyanennyien a fogyasztás után büntudatot, vagy megbánást éreztek. 12 személy ritkábban, mint havonta viaskodott ezzel az érzéssel. Az elmúlt esztendő távlatában havonta egy alkalommal annyi alkoholt fogyasztott (14 fő), hogy az alkohol fogyasztás miatt nem volt képes visszaemlékezni az előző éjszakára. Tizenkettőnél ilyen ritkábban, mint havonta fordult elő. Nyolcnál pedig egyáltalán nem.

Az alkoholos befolyásoltság miatti sérülésekre kérdezve, előfordult, hogy egy évnél régebben 6 fő sérült meg, a többséggel illetve a környezetében italozóval ilyen nem fordult elő. Szinte senkiért nem aggódott rokon, barát, orvos, más egészségügyi dolgozó a vizsgált személyek italfogyasztása miatt, s nem is javasolták, hogy csökkentsék az alkalmakat (28 főnél). Nyolc személynél előfordult ilyen az elmúlt egy évben, kettőnél korábban.

IV. A kérdőívek értékelése során szerzett tapasztalatok

Szociodemográfiai jellemzők

Az elért populációban a férfiak aránya magasabb, mint a nőké. Legtöbben a 18-22 éves korcsoportba tartoznak. Az édes szülő nélkül, vagy gyenge szülői kontroll mellett nevelkedők a legveszélyeztetettebbek közé sorolandók. A család helyett meghatározó tényező a barátoknak, kortárs csoportoknak való megfelelés.

A dohányzás, alkoholfogyasztás, valamint az illegális drog kipróbálás és használat markáns együttállást mutat. A legális és illegális drogok beszerzése nem okoz nehézséget. A megkérdezettek többsége próbált már életében valamilyen tiltott szert, túlnyomó többségük marihuánát. A fiatalok jelentős részének nincs reális veszélyérzete a droghasználat kapcsán.

Az iskolai végzettségüket tekintve a vizsgált személyek több mint fele érettségivel, illetve magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik. Többségük jogviszonya tanuló. Jelentős azoknak a fiataloknak az aránya, akik szerhasználat alatt gyakorta kerülik az iskolát.

Kezelés-ellátás

A megkérdezett szerhasználók ismeretei az ellátó rendszerről, a rendelkezésre álló szolgáltatásokról közepesnek mondható. Ennek egyik oka a dunaújvárosi ellátórendszer fejletlensége. Leginkább a kórházi, pszichiátriai kezelésekről hallottak, ami városunkban is elérhető.

A megkérdezettek fele a közösségi ellátás lehetőségeiről, módjairól nem is tud. Az elterelés intézményét a megkérdezettek kevesebb, mint a fele ismeri. Az elért, illetve az információáramlás legkomolyabb gátja a problématudat hiánya és a drogfogyasztás kriminalizált megítélése.

A vizsgált populáció sajátossága a nehéz kezelésbe vonhatóság. Nincs betegségtudatuk, túlzottan magabiztosak a tekintetben, hogy a szerhasználatot bármikor abba tudják hagyni. Ily módon is védik látenciájukat a környezetükkel szemben. Felmerülő problémáik közül szakemberekkel a családi jellegűeket, a lelkit és kapcsolati típusút osztanák meg. A megkérdezettek fele nem venné igénybe a kezelő-ellátó helyek szolgáltatásait.

Szerhasználat

A kezdeti szerhasználatnál a marihuána és az alkoholfogyasztás jellemző a 12-17 évesek korcsoportjában. A 16 és 22 évesek között jelen van az amfetamin származékok, valamint az altatók és nyugtatók alkohollal egyidejű fogyasztása. A kannabisz társasági drog. Használata egyeseknél memória problémákhoz vezetett. Rejtőzködő használata miatt a vizsgált személyeket a környezetük nem próbálta rávenni a szerhasználat csökkentésére. Komolyabb problémájuk ez idáig nem származott belőle.

Ami az alkoholfogyasztási szokásokat illeti, a megkérdezettek körében is jelentős problémaként jön felszínre. Magas a hetente 2-3 alkalommal fogyasztók aránya. Amikor isznak, 5-6 italnál nem érik be kevesebbel. Úgy vélik, képesek abba hagyni, és csupán annyit fogyasztanak, ami után még el tudják végezni, amit rendes körülmények között elvárnak tőlük. A megkérdezettek többségére nem jellemző, hogy másnap reggel innia kell, hogy elkezdhesse a napját. Ugyanakkor ivás után bűntudatot, megbánást éreznek. Nem ritka, hogy az ivás miatt nem képesek visszaemlékezni az előző éjszakára. A környezet nem szól bele az alkoholfogyasztásukba.

V. Összegzés

A kutatási hipotézisek visszacsatolása

A kutatás során beigazolódott, hogy Dunaújvárosban jelentős a szerhasználók aránya. A városban meglévő és működő intézményi infrastruktúra nem kielégítő. Az intézményi profilok hiányoznak az érintettek számára. Fenntartjuk azt a véleményünket, hogy a döntéshozókat olyan aktuális, a jelenlegi helyzetet objektíven tükröző adatokkal kell megismertetni, amelyek birtokában fogékonyak, elkötelezettek legyenek az ellátórendszer helyi szintű kialakításában.

A szakmai felügyelet felépítése és az értékelési rendszer fejlődése az előrelépés kulcseleme és feltétele ahhoz, hogy a rejtőzködő szerhasználók és a segítséget igénylők intézményi protokollja hatékonyabbá, egyúttal ismertté váljon.

Az ellátórendszer fejlesztéséhez adatokat kaptunk ahhoz, hogy meghatározzuk azokat a konkrét célcsoportokat, amelyek szükségleteit kielégítjük. Így:

- a szociális problémákkal küzdő fiatalokat,
- a problémás családból származó fiatalokat,
- a rossz környéken élő fiatalokat,
- a tanulási problémákkal küzdő fiatalokat,
- a fiatal bűnelkövetőket,
- az iskolából kimaradókat.

A kezelési lánc teljes spektruma (alacsony küszöbű-, járó- és fekvőbeteg-ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) nem épült ki, illetve hiányos.

A városban mind a járóbeteg-ellátásban, mind a fekvőbeteg-ellátásban súlyos szakemberhiány jellemző.

A járóbeteg-ellátók közül a drogambulanciák a megyehatárokon túlról is sok beteget vesznek fel, mivel a kevésbé specializált ellátók tovább is küldik, ha erre van lehetőség.

A bentlakásos rehabilitációs otthonok pedig egyáltalán nem területi szempontok alapján vesznek fel betegeket.

VI. Javaslatok

- A helyi KEF szerepének további erősítése
- Szakemberek képzése
- Készségfejlesztés a veszélyeztetetteknek és hozzátartozóiknak
- Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése
- Önismeret-fejlesztés
- Egyéb szociális készségek fejlesztése
- Érzelmi nevelés
- Szülők felkészítése – előadások, beszélgető-körök
- Kommunikáció – együttműködés a helyi médiával
- Tájékoztató kiadványok készítése
- Kiállítások rendezése
- Civil szféra segítségének igénybevétele
- Teljes körű minőségbiztosítási rendszer a kábítószerügyi integrált ellátórendszer működtetéséhez.