

HELYI SZÜKSÉGLETEK ÉS FEJLESZTÉSI CÉLOK
AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

HELYI SZÜKSÉGLETEK ÉS FEJLESZTÉSI CÉLOK AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN



Csorba József, Juhászné Ceglédi Tünde, Klein Imre, Koleszár Ágnes,
Márványkövi Ferenc, Pászli Livia, Rácz József, Szemenyei István
és Szente Tünde

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet,
TÁMOP 5.4.1/08/1-2009-0002 számú kiemelt projekt

Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 4.

HELYI SZÜKSÉGLETEK ÉS FEJLESZTÉSI CÉLOK AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

A kötet szakmai munkálatait „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillérje koordinálta.

A kötet szerzői:
Dr. Csorba József
Juhászné Ceglédi Tünde
Klein Imre
Koleszár Ágnes
Márványkövi Ferenc
Pászli Livia
Dr. Rácz József
Szemenyei István
Szente Tünde

Kiadja a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002
(A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások
megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása.) kiemelt projektje.
2011.

ISBN 978-963-7366-37-6

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával
valósul meg.

A kötet a www.modernizacio.hu internetes címen is olvasható.

Készült az ERFO Nonprofit Kft. Nyomdaüzemében
Felelős vezető: Kovács Gábor ügyvezető igazgató
Borítóterv és fotó: Bánlaki Szabolcs

TARTALOM

Előszó	7
Fejlesztési célok és az addiktológiai ellátási háló összevetése	
Észak-Budán	9
Fejlesztési célok és az addiktológiai ellátási háló összevetése	
Észak-Pesten	19
Fejlesztési célok és az addiktológiai ellátási háló összevetése	
Dunaújvárosban	33
Fejlesztési célok és az addiktológiai ellátási háló összevetése	
Miskolcon	43
A helyi szükségletfelmérések értékelése	55

ELŐSZÓ

A TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt „Addiktológiai ellátások fejlesztése” sorozatának negyedik kiadványát tarja kezében az olvasó. A projekt egyik fő célja a szükséglet-alapú tervezés modellezése, a helyi szükségletek azonosítását követő fejlesztési célok megfogalmazása, majd az addiktológiai ellátásokra vonatkozó fejlesztések támogatása. A sorozat második kiadványában („Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás”) bemutattuk azt a folyamatot, amelynek mentén érdemes az addiktológiai ellátáshoz kapcsolódó, többlépcsős, komplex szükségletfelmérést elvégezni. A projekt keretében ez a folyamat négy modell helyszínen – Dunaújvárosban, Észak-Budán, Észak-Pesten és Miskolcon – megvalósult. A szükségletek azonosítását követően – számos szakmai egyeztetés után – a modell helyszíneken dolgozó szakemberek megfogalmazták az ellátások hiányosságait, majd célokat azonosítottak a fejlesztésekre vonatkozóan. Jelen kötet ezen négy helyszínen megfogalmazott célokat mutatja be, összevetve azokat az egyes helyszíneken jelenleg működő ellátórendszer egységeivel. A négy fejezetet a négy helyszínen dolgozó munkacsoportok koordinátorai/tagjai írták, bemutatva ezzel személyes tapasztalataikat, meglátásaikat. Bár a szükséglet-felmérésekre vonatkozó részletes beszámolók nem szerepelnek a kiadványban (elérhetők azonban a projekt honlapján, a www.modernizacio.hu oldalon), a fejlesztési célok megfogalmazásakor képet kaphatunk a helyi felmérések egyes eredményeiről.

A kötet második, nagyobb egysége részletesen foglalkozik a szükséglet-meghatározási folyamatok értékelésével. Rácz József és Márványkövi Ferenc kvantitatív és kvalitatív szempontok mentén értékeli a négy modell helyszínen lezajlott felméréseket, azok erősségeit és hiányosságait.

Bízunk abban, hogy jelen kiadvány hasznos támpontokat nyújthat azon szakemberek számára, akik a jövőben hasonló fejlesztéseket kívánnak megvalósítani a helyi addiktológiai ellátórendszer területén.

2011. április 21.

Kun Bernadette
TÁMOP 5.4.1. projekt
Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

FEJLESZTÉSI CÉLOK ÉS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSI HÁLÓ ÖSSZEVETÉSE ÉSZAK-BUDÁN

Márványkövi Ferenc, Pászli Livia és Rácz József

A TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt „*A kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése*” pillérének kapcsán 2010. szeptember – 2010 november között zajlott a terület feltérképezésére fókuszáló felmérés az észak-budai régióban. A kutatás célja a III. kerület és annak vonzáskörzetében – Szentendre, Pomáz, Üröm, Solymár – élő rejtőzködő, kezelésen kívüli kábítószer használók egészségügyi és szociális helyzetének felmérése volt, hosszabb távon pedig az azonosított szükségletek alapján az ellátórendszer fejlesztése. A kutatás továbbá kitért a droghasználók ellátásában részt vevő intézményrendszer, és az ahhoz kapcsolódó kapacitások felmérésére is. Emellett fókuszcsoportos megbeszélésen került sor a probléma árnyaltabb kibontására a drogfogyasztókkal közvetetten kapcsolatba kerülő, különböző területeken dolgozó szakemberek részvételével.

Jelen tanulmány a fenti kutatás tapasztalatainak integrálására, ezek kapcsán a kirajzolódott célok kibontására és az ellátási hálóval történő összevetésére tesz kísérletet.

A kutatásban a területen működő, szerhasználattal közvetlenül kapcsolatban álló szervezeteket, egységes intézményi profil adatlap mentén vizsgáltuk. Továbbá ezen intézményeknél vizsgáltuk a náluk megjelenő kliensek jellemzőit a TDI és OSAP adatok által. Ezek alapján kiderül, hogy a terület addiktológiai – illegitim szerhasználati – ellátását öt szervezet biztosítja:

- Békásmegyeren működő Kék Pont Alapítvány
- Pomázi Kék Kocka Nonprofit Bt.
- Gálfi Béla Kórház
- Szentendrei Mentálhigiénés Központ
- Csobánka téri pszichiátriai Gondozó

Adatszolgáltatás hiányában az öt intézményből az előbbi hármat állt módunkban részletesebben vizsgálni. Míg a III. kerületi Pszichiátriai gondozó arra hivatkozott, hogy nem kezelnek addiktológiai betegeket – a náluk megjelenőket a Kék Pont Alapítványhoz irányítják – addig a Szentendrei Mentálhigiénés Központ az idő és humánerőforrás kapacitás hiányában nem szolgáltatott adatokat az intézményt illetően. Az intézményi profilból kirajzolódik, hogy a Kék Pont Alapítvány látja el szolgáltatásait tekintve több területet is lefedve – szociális, egészségügyi, és jogi tekintetben – a szer-

használati problémákkal küzdők szükségleteit. A Kék Kocka Bt. elsősorban megelőző, prevenciós és pszichoedukációs jellegű csoportfoglalkozásokat nyújt a hozzájuk fordulók számára, kiegészítve ezzel a területi ellátók szolgáltatásait. A Gálfi Béla Kórház a területen az addiktológiai problémákkal küzdők rövid távú detoxifikálását végzi, továbbá lehetőséget kínál a hosszú távú – 6 hónapos – bentlakásos rehabilitációra. Klienseik között viszont alacsony számban jelennek meg illegitim szerhasználók, ellátottaikra inkább jellemző az alkohol, illetve illegitim kábítószer pszichiátriai problémával való együttállása. A terület sürgősségi detoxikálását az Péterfy Sándor utcai kórház toxikológiai osztálya végzi.

A szenvedély-beteg problémával közvetetten kapcsolatban álló intézmények számára fókuszcsoportos vizsgálatot szerveztünk. A fókuszcsoportra olyan egészségügyi, szociális, és büntetés végrehajtási intézmények dolgozói kaptak meghívást, akik munkájuk során találkozhatnak szerhasználókkal, de nem célzottan foglalkoznak a problémával. A fókuszcsoporton összesen 19 fő vett részt, és jelentős érdeklődés mutatkozott a háziorvosok, hajléktalan ellátásban dolgozók és a család gondozók részéről. A fókuszcsoportos beszélgetés egyik igen fontos tapasztalata, a társintézményekben dolgozó, kábítószer-problémával kapcsolatba kerülő szakemberek e témát érintő ismereteinek hiánya. Ennek kapcsán a terület képzés-továbbképzés alapvető szüksége rajzolódik ki. További fontos tapasztalat, hogy a résztvevők úgy látták, hogy a kábítószer-probléma csökkentésére irányuló tevékenységekre nem áll rendelkezésre elegendő anyagi forrás. A kábítószer-probléma visszaszorításának egyértelmű feltételeként fogalmazták meg a társadalmi-gazdasági helyzet javulásának szükségességét.

A kliensek droghasználatára a marihuána jellemző, de a Kék Pontnál az injekciós szerhasználat (főleg heroin, kisebb mértékben amfetamin) is megjelenik. A kliensek jellemzően 18 év felettek. 82% (Kék Pont), illetve 90%-ban (Kék Kocka) III. kerületi és vonzáskörzetbeliek (Szentendre, Pomáz, Üröm, Solymár) az ellátottak.

A kliens elégedettséget mérő kutatás célja volt a Kék Pont Drogonkonzultációs Központ és Ambulancia békásmegyeri (III. kerület) kihe-lyezett kezelőközpontjának, valamint a Pomázon található, Kék Kocka nevű, kábítószer-megelőzéssel és felvilágosítással foglalkozó alapítvány klienseinek elégedettség-mérése. Az adatok mindkét szervezet esetében magas kliens elégedettséget mutatnak a vizsgált 17 kérdésből álló kérdőív szerint. Mivel az adott pontszámok magasak (1-től 4-ig lehetett osztályozni, az átlag többnyire jóval 3 felett volt), a szórások is kicsik, ezért specifikus következtetéseket nehéz levonni. Mégis, az adatok arra utalnak, hogy kismértékben ugyan, de a nyitva tartással és a megközelíthetőséggel voltak problémáik a klienseknek mind a két szervezet esetén, illetve az egyiknél még a várólista hosszával. „A kapott szolgáltatás maximálisan segített abban, hogy hatékonyabban küzdjek meg a problémáimmal”: az erre a tételre adott ala-csonyabb pontértékek

(mindkét szervezetnél) arra utalnak, hogy a kapott szolgáltatás nem kellő mértékben segítette elő, hogy a kliensek hatékonyabban megküzdjenek problémáikkal. Mivel az elemszám alacsony, továbbá az erre a kérdésre adott pontszámok is viszonylag magasak, ezt a kijelentést inkább jelzésértékűnek foghatjuk fel. A válaszok felvetik annak lehetőségét, hogy a kapott szolgáltatás talán droghasználat, drogprobléma specifikus volt, és nem „holisztikus”, azaz a kliensek általános intra- és interperszonális hatékony megküzdését nem szolgálta kellően. De ez inkább olyan feltételezés, ami további vizsgálatokat igényel. A Kék Kocka esetén kapott alacsony pontszám arra a kérdésre vonatkozóan, hogy visszajönne-e a programba (alacsonyabb érték), utalhat arra is, hogy az ellátó helyre a „büntetés helyett kezelés” (elterelés) miatt kerültek a kliensek, és a „tartózkodásuk” talán ennek, és nem az ellátó helynek tudható be. Már csak azért is, mert egyébként utóbbival kapcsolatban pozitív képet alakítottak ki maguknak.

A kliens elégedettség fontos eszköz azon túl is, hogy a kliensek elégedettségéről a szolgáltatással kapcsolatban információkat kapjunk. Az „elégedettség” visszajelzés a szolgáltatás munkatársainak, hogy milyen irányban fejlesszék az ellátást.

A III. kerületben és annak vonzáskörzetében – Szentendre, Pomáz, Üröm, Solymár – rejtőzködő, kezelésen kívüli, több fajta kábítószer használók, illetve intravénás szerhasználók, egészségügyi és szociális kezelési szükségletének felmérése, feltérképezése során kapott eredmények értékelése:

A „többszörös droghasználó” mintából (34 fő) az elmúlt egy év során mindenki fogyasztott marihuánát, illetve a minta nagy része valamilyen amfetamin származékot és alkoholt, továbbá minden harmadik megkérdezett használt mefedront, illetve kokaint. A jelenlegi szerfogyasztásra vonatkozóan azt mondható el, hogy azok, akik marihuánát és alkoholt fogyasztottak az elmúlt egy évben, azok gyakorlatilag az elmúlt 30 napban is ezt tették. A minta fele (56%) állította, hogy valamilyen amfetamin származékot használt az elmúlt 30 nap során.

A mintában szereplőkről elmondható, hogy hosszú drogkarrierrel rendelkeznek: az összes szert tekintve megállapítható, hogy a mintába kerültek átlagosan minimum 10 éve fogyasztanak valamilyen szert. A megkérdezettek 85%-a, azaz többségük 10-15 év közötti drogkarrierrel rendelkezik. Az átlagos drogkarrier hossza, beleértve az alkoholt is, 13 év.

A megkérdezettek leginkább valamilyen családi problémával rendelkeztek az elmúlt 12 hónapban saját bevallásuk szerint. Jellemző még a rendőrségi, a pszichológiai és az élettársi, partneri probléma is, bár nem annyira, mint a családi probléma. Egészségügyi problémát mindössze 3, míg drog- vagy alkoholproblémát 2-2 fő jelzett.

Azok közül, akik valamilyen családi problémát említettek, senki nem fordult segítségért senkihez. Továbbá úgy tűnik, hogy a baráti, illetve az iskolai problémák is megbeszéletlenek maradtak. Ugyanakkor rendőrségi prob-

lémákkal 4-en fordultak valakihez segítségért a 7 problémát jelző személyből. Abból a hat főből, aki pszichológiai problémáról számolt be, négy nem fordult segítségért, míg a hat partneri problémát említőből hárman felkerestek valakit. A megkérdezettek nagy része nem említett semmi olyan egészségügyi vagy pszicho szociális-szolgáltatást, amire jelenleg szüksége lenne.

A több szert használókra irányuló kutatásban a kérdőív az alkohollal kapcsolatos családi, barát illetve intézményi visszajelzésekre – „*aggódtak-e már ivásod miatt*” – tér ki részletesen. Annak ellenére, hogy a kérdezettek az elmúlt egy év során, illetve az elmúlt 30 napban rendszeresen használtak szereket – alkoholt – a kérdőívekből az látszik, hogy sem a család, barátok, sem pedig az intézmények dolgozói nem jelezték vissza, illetve nem tartották problémásnak a kérdezettek szerhasználatát. Ez az adat a fókuszcsoportban is kirajzolódott, szerhasználati problematikával kapcsolatos információ hiánnyal is összezsenghet. Felveti, illetve alátámasztja az igényt, miszerint az egészségügyi, szociális ellátórendszerben dolgozó, az alkohol- és droghasználattal közvetetten kapcsolatban álló szakemberek részére képzés, továbbképzés lenne javasolt, mivel a probléma felismerésében, illetve az arra való adekvát reagálásban a drogproblémával kapcsolatos ismeretek hiánya rajzolódik ki. Mindezek szervezésére érdemesnek látszik a területen működő Kábítószer Egyeztető Fórumok (KEF) megerősítése, továbbá a helyi ÁNTSZ-szel való együttműködés a kerületi háziorvosok és a védőnői hálózat elérése kapcsán.

Ennek kapcsán felmerül a korai jelzőrendszer megerősítésének, és az integráció javításának szükségessége is a szerhasználati problémával közvetlenül és közvetetten kapcsolatban álló szakemberek között, az intézményi – beutalási, továbbküldési – utakban rejlő lehetőségek jobb kihasználásával.

A húsz megkérdezett injekciós droghasználóból 16 úgy nyilatkozott, hogy az elmúlt egy év során nem volt sikertelen kezelésbe jutási kísérlete, azaz nem fordult elő vele, hogy valamilyen drogellátást igénybe szeretett volna venni, de nem sikerült neki. Négy megkérdezett szeretett volna szubsztitúciós kezelést igénybe venni, de különböző okok miatt nem sikerült nekik. Hat fő jelezte, hogy szüksége lenne pszichológussal történő egyéni konzultációra, valamint szociális, családi és jogi jellegű tanácsadásra. A kockázati magatartásformák, tehát a közös tű használat, továbbá a szexuális kockázatok a megkérdezettek tekintetében igen magas (75%,70%), a megkérdezettek mégsem jelezték igényüket steril eszközök cseréjét illetően. A kutatásból úgy tűnik, hogy a megkérdezettekre jellemző a kockázatok alulbecslése. Másrészről, a kutatásban résztvevők közül többen beszámoltak arról, hogy használják a város különböző pontján előforduló tűcsere intézmények adta lehetőségeket, továbbá megemlítették, hogy a steril eszközöket patikákban szerzik be, részben a tűcsere intézmények felé történő bizalmatlanság miatt. Jelenleg az egyik legnagyobb szolgáltatási igény ebben a célcsoportban úgy tűnik a HIV- és Hepatitis-szűrésre mutatkozik, miközben a nappali jellegű, drop-in szolgáltatásokat – az internet-használat lehetőségének kivételével –

nem említették a megkérdezettek. A kerület illetve térség intézményi hálójában hiányszolgáltatásként szerepelnek a szűrési lehetőségek, ezért ennek beindítása kerületi szinten indokoltnak látszik.

A kezelésen kívüli szerhasználók legnagyobb kezelési hajlandósága a szubsztitúciós programok tekintetében mutatkozik. Ezzel párhuzamban ezt a szolgáltatás típust jelölték meg, melyet az elmúlt év során leginkább igénybe szerettek volna venni, de valamilyen ok folytán nem sikerült. Ez összhangban áll az országos adatokkal és kutatásokkal (Rácz és munkatársai, 2006.) is mely szerint a becsült problémás szerhasználók csupán 20%-a vesz rész szubsztitúciós kezelésen, és ennek lefedettsége nem nő. A szubsztitúciós programok az ártalomcsökkentő szolgáltatások közé tartoznak, mely az ellátási piramis első szintjén található. Tehát olyan programként működhetne, mely belépési lehetőséget kínál a rejtőzködő, egyéb kezelés tekintetében gyakran alulmotivált szerhasználók tekintetében. Tehát a kutatásból úgy tűnik, hogy a jelenleg potenciális ellátatlan szerhasználók másik legnagyobb szolgáltatási igénye a szubsztitúciós programokban való bekerülés. A III. kerületben és vonzáskörzetében, sőt Budán nem található szubsztitúciós program. A Békásmegyeri Kék Pont Drogambulancián ugyan létezik suboxone kezelés, de mindez önköltségen lehetséges, melyre a szerhasználóknak gyakran nincs lehetőségük. Ezért indokoltnak látszik támogatott suboxone program beindítása a kerületben.

A „rejtőzködő” droghasználókkal kapcsolatban megállapítható, hogy nem elsősorban a droghasználatuk jelent számukra problémát, hanem interperszonális kapcsolataik (család, munkahely, párkapcsolat), illetve a rendőrség. Tehát, nem elsősorban specifikus „drogbeteg-ellátásra” lenne szükségük, hanem kevésbé specifikus, egyben kevésbé stigmatizáló pszichológiai életvezetés, konzultációs típusú segítő kapcsolatokra. Ezt persze, nyújthatja egy drogambulancia is, de a hangsúly nem a „drogon” kell, hogy legyen, hanem az említett tényezőkön. feltehető, hogy az ilyen szolgáltatást elvileg nyújtó intézmények (pl. családsegítő, pszichiátriai ambulancia) túlterheltség és egyebek miatt (az adott személy nem „beteg”, illetve nincs súlyos szociális problémája) látókörébe be sem kerülnek ezek a potenciális kliensek, és fordítva, az ő látókörükbe pedig be sem kerülnek ezek a jól körülírt – és erősen stigmatizáló – névvel rendelkező szolgáltatók.

Olyan szolgáltatások működtetése indokolt tehát, melyek elsősorban, fő profiljukat tekintve nem a droghasználatra fókuszálnak. A bizalmi kapcsolat kiépülése után viszont lehetőséget kínál a szerhasználati, vagy akár családi, életvezetési problémák megosztására, a konzultáció típusú segítő kapcsolat kiépülésére is. Erre választ adó, indirekt beavatkozási minta, a kerületben a Kék Pont Alapítvány által működtetett City Art Műhely (CAM), ahová a fiatalok számukra érdekes foglalkozások – DJ, VJ, webdesign, filmezés, graffiti – kapcsán járnak be. Az itt dolgozó szakemberek is nagyrészt az ő szubkultúrájukból kerülnek ki, ezért elfogadják őket, hatékonyan tudnak információt továbbítani feléjük. Ehhez hasonló célzott programok kialakítása, támogatása szükséges.

Az intézményi profilok és a fókuszcsoporthoz tapasztalata is azt támasztják alá, hogy a súlyos droghasználattal járó esetek – a lehetőségekhez képest – még ellátásba kerülnek, azonban azok az esetek, ahol még nem alakult ki súlyos droghasználat, nem. Tehát az indikált prevenció, de tulajdonképpen a szelektív prevenció esetén, a beavatkozást jelentő eseteknél az intervenció nem valósul meg. Erre speciális szolgáltatásokat érdemes létrehozni, hiszen így megelőzhető a súlyosabb droghasználati karrier kialakulása. A speciális szolgáltatás nem feltétlenül igényel új intézményt: a jelenleg működő intézményeknél jobban, felhasználóbarátabb módon kell megjeleníteni, hogy ilyen típusú szükségleteket (interperszonális problémák) is el tudnak látni.

Ennek kapcsán megfogalmazódik a kortárs-, sorstárssegítés, mint a korai beavatkozás egyik lehetősége, mely segítségével csökkenthetők, a hosszú kezelésbe nem kerülő drogkarrierok. A kortárs-, sorstárs segítség fogalma magában foglalja a hasonló kortárs és sorstárs csoportokba – legyenek azok droghasználók, vagy droghasználat kapcsán veszélyeztetett csoportok – tartozó személyek között megvalósuló segítséget. Ezek a segítők jó esetben ugyanazokból a veszélyeztetett, a segítő szolgáltatások által igen nehezen elért csoportokból kerülnek ki, ami az intervenció célja. Mint a kutatás tapasztalataiból is láttuk, hogy területi szinten a rejtőzködő droghasználók szerhasználatára nem a nyílt színi droghasználat a jellemző, hanem elsősorban lakásokban, eldugott területeken zajlik a használatuk. Ezekben az esetekben jelentős előnnyel bír a „peer”-ek bevonása – akár a megkereső szolgáltatások erősítése céljából is –, hisz ők általában könnyebben, vagy bizonyos esetekben csak ők tudnak kialakítani segítő kapcsolatot ezekkel a közösségekkel. Így hidat képezhetnek – információ átadás, készségfejlesztés, edukáció – a veszélyeztetett csoportok és a segítő szolgáltatások között.

A területi védelemben vett gyermekek száma viszonylag magas, a fókuszcsoporthoz megbeszélés kapcsán is felmerült, hogy a gyermekjóléti szolgálat gyakorta eszköztelen. A segítő beszélgetéseken túl, heti egy alkalommal nem tud mit ajánlani. Igényként rajzolódott ki, ezen fiatalok számára a szociális készségfejlesztés. Felmerült a lehetősége, hogy a védelemben vett gyermekek számára is haszonnal járna a kortárs-, sorstárs képzés beindítása. Hisz azon túl, hogy ők nagy valószínűséggel az igen veszélyeztetett kortárs csoportokból kerülnek ki, Varenhost szerint kortárs segítség számos haszonnal bír maga a segítő számára, talán maga a segítő, aki leginkább profitál a képzésből. Varenhost (2004) fontos hatótényezőként említi a következőket: 1. tudatában van, hogy egyedi lény, 2. fontos csoport tagja, 3. értelmes szerepet tölt be az életben. Ez összhangban van az „empowerment” kifejezéssel, mely jelentése képessé tevés, jelen esetben pedig azt jelentheti, hogy be tudjuk vonni a kockázati csoportokat a segítő szolgáltatás működésébe, mely ma a segítői munka egyik legfontosabb kulcsmozzanata és célja. Hisz a bevonáson keresztül többszörösen profitálhatunk, részben elérünk olyan veszélyeztetett célcsoportokat, akiket a peer-ek nélkül lehetetlen, vagy nehézkes lett volna, továbbá a sorstárs segítők képzése, és maga a segítés folyamata, a segítő számára is

fontos fejlődési úttal párosul. Ezen szolgáltatás, illetve képzés beindításához a területi társintézmények – elsősorban gyermekjóléti és családsegítő szolgálatok – bevonása javasolt.

Emellett még szükségesnek látszik a régió segítőintézményeinek ismeret-ségének és hozzáféréseinek javítása, segítő intézményekről szóló tájékoztató anyagok kiadása.

A súlyosabb droghasználók ellátása kapcsán azt tapasztaltuk, hogy egy földrajzilag is nagy és inhomogén térség ellátását, illetve az ellátás gyakorlati szervezését egy többprofilú drogambulancia képes megvalósítani, ahol pszicho- és farmakoterápia, konzultáció, utcai munka és más megkereső szolgáltatások, szabadidős programok, a gondozást kiegészítő szolgáltatások (pl. felépült szenvedélybetegek csoportja), hozzátartozói csoport is rendelkezésre állnak. Ehhez azonban szükség van a térség önkormányzatainak (elsősorban a középponti jelentőségű III. kerületi önkormányzatnak) a drogambulancia ellátás-szervező lehetőségeit támogató, arra építő megközelítésének. Ez megnyilvánulhat a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumon keresztül is, de egyéb formális és informális úton is.

Helyi Fejlesztési lehetőségek összefoglalása:

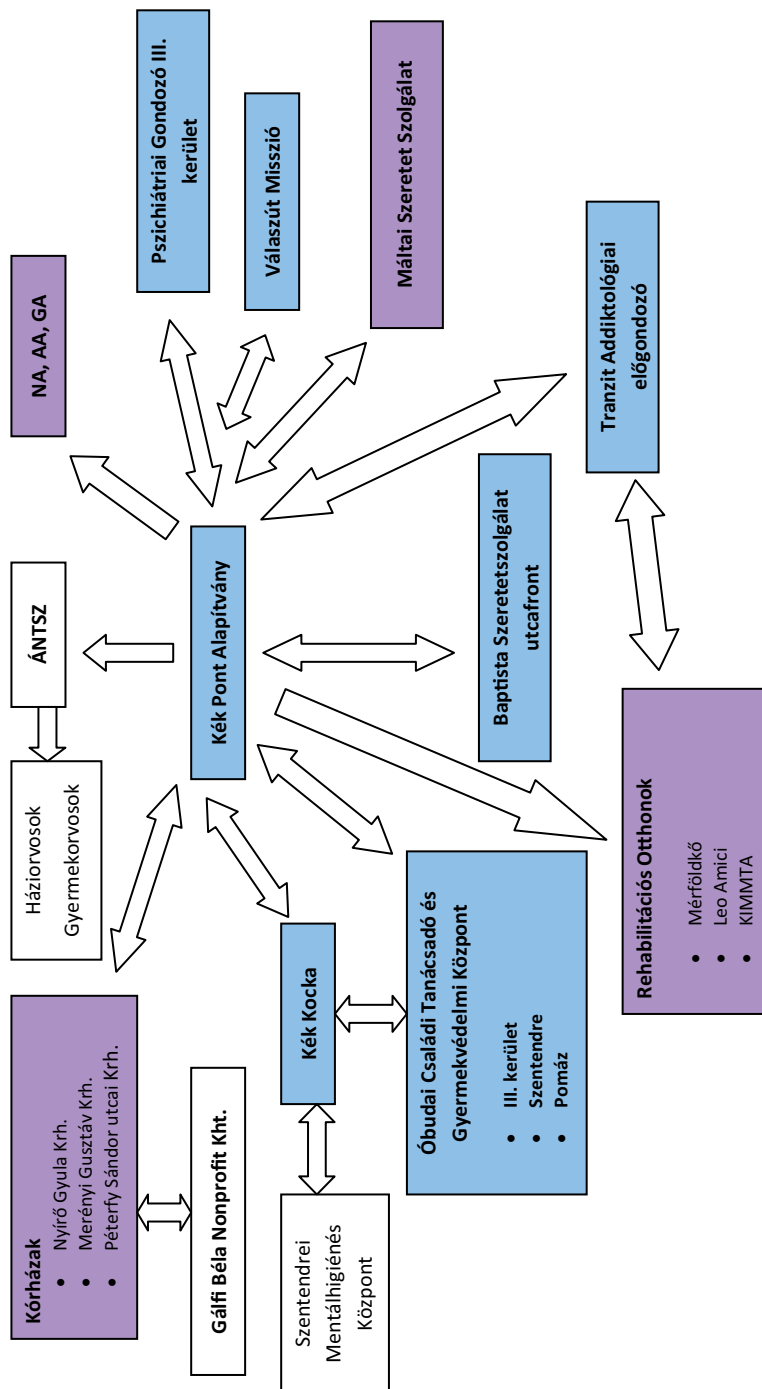
- A területen szerhasználati problémákkal közvetetten kapcsolatba kerülő szakemberek ismereteinek hiánya munkájuk során ezzel a problémával kapcsolatban, mely kapcsán képzés, továbbképzés javasolt a területen dolgozó házi- és gyermekorvosok, és a védőnői hálózat bevonásával a területileg illetékes ÁNTSZ-ek segítségével. Az intézmények integrációjának javítása, az intézményi utakban rejlő lehetőségek jobb kihasználásával.
- Korai jelzőrendszer megerősítése, a kerületi intézményi háló bevonásával.
- Az indikált prevenció, de tulajdonképpen a szelektív prevenció esetén, a beavatkozást jelentő eseteknél az intervenció nem valósul meg. Erre speciális szolgáltatásokat érdemes létrehozni, hiszen így megelőzhető a súlyosabb droghasználói karrierék kialakulása. Kortárs-, sorstárs segítő képzés és hálózat beindítása indokolt területi szinten, melybe bevonhatók a területi családsegítő és gyermekjóléti központok, akiknél az erre irányuló igény szintén kirajzolódik.
- Nehezen elérhető rejtőzködő szerhasználói csoportok elérése érdekében a megkereső tevékenység megerősítése – akár peer-ek bevonásával – azokon a területeken, amelyekről a kutatás során azonosított, illetve információink vannak. (Solymár, Kaszásdűlő, Aqvincum)
- Olyan szolgáltatások működtetése indokolt, melyek elsősorban, fő profiljukat tekintve nem a droghasználatra fókuszálnak, hanem kevésbé specifikus, egyben kevésbé stigmatizáló pszichológiai életvezetés, konzultációs típusú segítő kapcsolatokat kínál. Ennek kapcsán indokolt az ilyen típusú intézményi háló fejlesztése.

Célok és az ellátási térkép összevetése:

Az ellátási hálóból megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) a régióban részben kiépült, egyes szolgáltatók között viszont hiányosságok tapasztalhatók, vagy az információáramlás csupán egyoldalú. A szolgáltatások terén az egészségügyi és a szociális szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

A hiányzó szolgáltatások a már meglévő szolgáltatók infrastrukturális fejlesztésével alakíthatók ki.

Fejlesztési célok	A szolgáltatás elérhetősége (elérhető: X)	Megvalósításban bevonható egységek	Feladatok
Megkereső Tevékenység	X	<ul style="list-style-type: none"> • Máltai Szeretetszolgálat – utca, • Baptista Szeretetszolgálat utcafront, • Kék Pont Drogambulancia Alapítvány, • Kék Kocka Nonprofit Bt. 	<p>Utcai megkereső tevékenység megerősítése,</p> <p>Kortárs-, sorstárs- képzés</p>
Szűrés, steril eszközök cseréje, suboxone		<ul style="list-style-type: none"> • Kék Pont Drogambulancia Alapítvány 	
Képzés, továbbképzés, informáltság		<ul style="list-style-type: none"> • Kerületi KEF • ÁNTSZ – háziorvosok, védőnői hálózat • Családsegítő, gyermekvédelmi szolgáltatók • Kék Pont Drogambulancia Alapítvány, • Kék Kocka Nonprofit Bt. 	<p>Korai jelzőrendszer megerősítése, kerületi intézményi háló ismertségének növelése, tájékoztató anyagok.</p> <p>Háziorvosok és a védőnői hálózat elérése, kapcsolat kialakítása</p>
Intervenció – speciális szolgáltatások	City Art Műhely	<ul style="list-style-type: none"> • Kék Pont Drogambulancia Alapítvány, • Kék Kocka Nonprofit Bt. • Családsegítő szolgáltatások 	<p>Kortárs, sorstárs képzés a kezelésbe nem kerülő szerhasználók elérése érdekében.</p> <p>Nem speciálisan a drog-használatra fókuszáló, kevésbé stigmatizáló segítői kapcsolatok kialakítása, fejlesztése.</p>



FEJLESZTÉSI CÉLOK ÉS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSI HÁLÓ ÖSSZEVETÉSE ÉSZAK-PESTEN

Csorba József

1. A SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS ÖSSZEGZÉSE

1.1. INTÉZMÉNYRENDSZER

Nyolc intézményi kérdőív került kitöltésre és feldolgozásra. A régióban az egészségügyi és szociális ellátás aránylag megfelelően biztosított. A droghasználókkal foglalkozó intézmények száma aránylag magas más régiókhoz képest.

Általában országos vagy fővárosi területi ellátással rendelkeznek és komplex ellátási/szolgáltatási programokat nyújtanak. Minden típusú ellátás elérhető, bizonyos szolgáltatás-típusokat több intézmény is biztosít (pl. megelőző-felvilágosító szolgáltatás, szubsztitúciós kezelés, tűcsere program). A nagy kapacitás ellenére, egyes intézmények jelentős várakozási listát kénytelenek működtetni a szubsztitúciós kezelésre. Ez ugyanakkor nem kifejezetten regionális probléma, hanem fővárosi és országos hiányosság, amely a régióban koncentráldódik, mivel a főváros három szubsztitúciós kezelési központjából kettő a régióban található.

Több típusú ellátás hiányos (nappali ellátás, védett munkahely, védett szállás) vagy hiányzik, de nem szükségesek az aránylag megfelelő országos lefedettség miatt (pl. rehabilitációs intézet). Bizonyos speciális populációk esetében az ellátási lehetőségek is hiányosak, pl. hajléktalan drogfogyasztók, fiatal-korú drogfogyasztók. Fontos kiemelni, hogy az intézmények működési hatásköre jelentősen túllépi a regionális kereteket, emiatt az együttműködések is igen szerteágazóak.

1.2. KLIENSPROFIL

A részben regionális lakcímre leszűkített TDI adatok azt mutatják, hogy a THC-használók (főleg elterelésben jelennek meg) és a heroin-használók (főleg egészségügyi, szociális és alacsonyküszöbű ellátásban jelennek meg) vannak többségben. Összesen négy intézményből 135 TDI adatlap került feldolgozásra. A fekvőbeteg rendszerben az alkoholbetegek vannak többségben, az illegális drogok közül dominál a heroin. Aránylag magas számban van jelen a gyógyszer visszaélés szerű használata és a politoxikománia is. A régióban egy pszichiátriai/addiktológiai fekvőbeteg ellátó egység működik: a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztálya és három pszichiátriai osztály.

1.3. KIELÉGÍTETT ÉS KIELÉGÍTETLEN SZÜKSÉGLETEK

Három ellátási egységben történt felmérés: egy fekvő beteg osztályon, egy drogambulancián és egy tűcsere programban. A klienselégedettségi felmérés eredményei alapján, a különféle szolgáltatásokat igénybevevők nagyrészt elégedettek a kapott szolgáltatások minőségével, elérhetőségével, a szakemberek szakmai felkészültségével. A kielégítetlen szükségletek tekintetében a szubsztitúciós programba való bekerülés okoz lényegében problémát. Említésre érdemes még a nyitvatartási idő kérdése, valamint a terápiás és/vagy szolgáltatási rugalmasság.

1.4. FÓKUSZCSOPORTOK

Három szakmai tematikus fókuszcsoportos megbeszélés történt, egy egészségügyi csoport, egy rendészeti csoport és egy szociális-oktatási csoport bevonásával. Csoportonként 11-12 résztvevő volt jelen. A kábítószer-kérdéssel közvetetten kapcsolatban álló intézmények és szervezetek nagyon heterogén csoportot alkotnak. A fogalmak gyakran nem teljesen tiszták a résztvevők számára. Mindenki egyetértett abban, hogy a drogkérdés egyre jelentősebb és szükséges a hatékony prevenció és intervenció, ennek eszközei ugyanakkor jelentősen eltérnek egymástól. A széleskörű prevenció programok és az érintett szakemberek képzése, együttműködése mindenki által elfogadott tényezők.

1.5. REJTŐZKÖDŐ SZERHASZNÁLÓK FELTÉRKÉPEZÉSE

Az előzetes megbeszélés alapján két populációt céloztunk meg: a rejtőzködő intravénás droghasználókat és a politoxikomán, részben hajléktalan szenvedélybetegek csoportját. Az intravénás, nem kezelésben lévő droghasználó populáció (45 személy) elsősorban heroint használ, de magas az amfetamin-használat aránya és a heroin/amfetamin keveréke is. Addiktív magatartásuk nagyon kockázatos (pl. a közös tűhasználat miatt). Az alacsony-küszöbű szolgáltatásokat, ellátásokat vennék igénybe (pl. szubsztitúciós kezelést, HIV- és HCV-szűrést, tűcsere szolgáltatást stb.) A politoxikomán populáció (66 kérdőív) 100% arányban patológiás alkohol-használó és jelentős (90%) arányban jelen van az altató/nyugtató-használat, kisebb mértékben az amfetamin- és a THC-használat is. Elsősorban a klasszikus szociális és egészségügyi ellátást vennék igénybe.

2. CÉLOK MEGHATÁROZÁSI FOLYAMATA

A fejlesztési célok meghatározása egy több lépéses folyamat révén alakult ki.

- A szükségletfelmérés eredményeinek megbeszélése, értékelése a regionális programban résztvevő szakemberekkel;
- szükséglet-meghatározás eredményeinek bemutatása a helyi döntéshozók felé (ÁNTSZ képviselők, önkormányzati delegáltak) és a javaslatok, vélemények összegyűjtése;
- a tervezési, fejlesztési irányok körvonalazása a regionális szakemberek bevonásával;
- a kevert módszer – keresztkontroll technika tanulmányozása és elsajátítása;
- a szükségletfelmérés adatainak értékelése a keresztkontroll technika alapján;
- végleges célok, prioritások megfogalmazása.

3. CÉLOK MEGHATÁROZÁSA

3.1. MEGKERESŐ PROGRAMOK FEJLESZTÉSE, SZOLGÁLTATÁSOK KÖZÖTTI KOMMUNIKÁCIÓ ERŐSÍTÉSE, KOORDINÁCIÓ MEGVALÓSÍTÁSA

A régióban több megkereső, utcai program működik, ezek részben kifejezetten szenvedélybeteg populációt céloznak meg, részben hajléktalan populációra koncentrálnak. A régióban több hajléktalanszálló, szociális ellátóközpont működik, amelyek vonzzák a régióba a szenvedélybeteg, részben hajléktalan populációt. A hajléktalan populáció elérése, speciális motivációs eszközök használata fejlesztendő.

A fenti szükséglet a fókuszcsoport megbeszélésen, a rejtett populációs vizsgálaton és a munkacsoport megbeszéléseken is felmerült. Szükséges lenne az összes utcai megkereső program részletes feltérképezése, egy együttműködési rendszer kialakítása és egy közösen elfogadott koordináció bevezetése.

3.2. KÉPZÉSI PROGRAMOK FEJLESZTÉSE, SZÉLESEBB KÖRŰ ALKALMAZÁSA

A képzés több szinten szükséges:

- Általános típusú képzés a közvetetten szenvedélybetegekkel foglalkozó szakemberek számára: oktatási, rendészeti, egészségügyi és a szociális szférában működő szakembereknek. Az oktatásokra rendszerességgel lenne igény.
- Speciális oktatás a megkereső és/vagy tűcsere programban dolgozó szakemberek számára.

- Tapasztalat- és információcsere a szenvedélybetegekkel közvetlenül foglalkozó, különböző területeken dolgozó szakemberek számára.

A fenti célt az intézmény felmérési adatok, a fókuszcsoport, a döntéshozókkal való találkozás és munkacsoport megbeszélések támasztják alá.

3.3. NAPPALI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSE, BŐVÍTÉSE

A régióban több szenvedélybeteg nappali ellátóhely is működik, de az igényeket nem tudják kielégíteni. A régió már említett hajléktalan vonzóereje mellett egy másik speciális csoportot is vonz: az opiát-használókat, akik a szubsztitúciós kezelés lehetősége, arra való jelentkezés, a várólistára való felkerülés, illetve az esetleges feketepiaci tevékenység miatt jelennek meg a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciájának és a Drogoplex Ambulancia környékén. Számukra a nappali ellátások könnyebb elérhetősége, speciális kialakított programok fejlesztése (pl. szubsztitúciós kezelésre való felkészítés, motiválás) egy fontos szolgáltatás lenne.

A fenti fejlesztés igénye a rejtett populációs felmérés és munkacsoport megbeszéléseken is felmerült.

3.4. FIATALKORÚAK NAPPALI ELLÁTÁSA

A fiatalkorúak (10-16 éves korosztály) addiktológiai ellátása országosan hiányos, ahogy a régióban is jelentős problémának tekinthető. A fiatalkorúaknál speciális drogfogyasztási szokások (pl. szerves oldószer, mefedron) és speciális ellátási igények merülnek fel, emiatt a felnőtt nappali ellátóhelyektől elkülönítve és más szakmai programokkal kell működtetni.

A fenti fejlesztés igénye a fókuszcsoport, az intézményi felmérés, a döntéshozókkal való találkozás alkalmával, a munkacsoport megbeszéléseken is felmerült.

3.5. VÉDETT MUNKAHELY

A szenvedélybetegek és/vagy a hajléktalanok munkalehetőségei jelentősen beszűkültek az átlagpopulációhoz képest. Olyan munkahely-lehetőségek teremtése, amelyek figyelembe veszik a szenvedélybetegek megváltozott munka- és alkalmazkodási képességeit, hiánypótlók lennének. A védett munkahelyek hiánya szintén nemcsak regionális probléma, hanem országos is, ugyanakkor helyi szinten felmerült a kliensprofil elemzés és a kielégítetlen szükségletek elemzése kapcsán, a munkacsoport megbeszéléseken és a döntéshozókkal való találkozás alkalmával.

3.6. SZUBSZTITÚCIÓS PROGRAMOK ELÉRHETŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA

A szubsztitúciós programok elérhetősége Magyarországon és Budapesten is alacsony szinten jelenik meg, a legtöbb kezelőhelyen különböző okok miatt várólisták vannak.

Fenti probléma nem regionális szintű, ugyanakkor helyi szinten felmerült a rejtőzködő szerhasználók felmérése, a kliensprofil elemzés a kielégítetlen szükségletek elemzése kapcsán és a munkacsoport megbeszéléseken valamint a döntéshozókkal való találkozás alkalmával.

3.7. INFORMÁCIÓS RENDSZER KIALAKÍTÁSA

A régióban aránylag nagy számban működnek szenvedélybetegekkel foglalkozó intézmények. Ugyanakkor az intézmények sok esetben különböző szegmenseit érintik a prevenciónak, az ellátásnak, a kezelésnek vagy más szervezeti egységben, szférában (egészségügyi, szociális) működnek, emiatt hiányosak az információk a végzett tevékenységekről, a kínált szolgáltatásokról, kompetenciákról. A közvetetten szenvedélybetegekkel foglalkozó szakemberek informáltsága, tudása még hiányosabb.

A fentiek miatt egy regionális információs portál, ill. nyomtatott tájékoztató anyag lenne szükséges. Ez az igény a fókuszcsoporthoz, a döntéshozókkal való találkozás alkalmával és a munkacsoport megbeszéléseken is felmerült.

4. HELYI SZOLGÁLTATÁSI RENDSZER FELTÉRKÉPEZÉSE

A kiválasztás szempontja az volt, hogy a szenvedélybetegekkel közvetlenül kapcsolatba kerülő intézményeket próbáljuk meg feltérképezni. Az intézmények egy része csak részlegesen tudott választ adni a kérdőívre. Minden intézményben ingyenes a szolgáltatások, ellátások igénybevétele, az egészségügyi intézményekben szükséges a társadalombiztosítási igazolvány. Minden intézményben személyre szabott intervenciós terv készül.

4.1. IRÁNYTŰ IFJÚSÁGI ÉS MENTÁLHIGIÉNÉS ALAPÍTVÁNY

A szervezet 1992-ben került bejegyzésre, mint magánalapítvány, 1995. óta foglalkozik szenvedélybetegekkel. Az intézmény a droghasználó ellátás szempontjából megelőző-felvilágosító szolgáltatást (elterelést) végez. Havi pár kliens erejéig alacsonyküszöbű szolgáltatás – konzultáció, jogi tanácsadás, anonim HIV- és HCV-szűrés, tanácsadás – is történik, emellett végez reszocializációs tevékenységeket is. Az alapítvány jelentős tevékenységet végez az iskolai egészségfejlesztés, drogrevenüció, mentálhigiéné és szabadidő eltöltés területén. A kliensek kevesebb, mint 25%-a problémás drogfogyasztó.

Fő együttműködő partner: Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenciók Központ – állapotfelmérés végzése, nagyon jó a kapcsolat. Ezen kívül számos prevenciók szervezettel, megkereső programmal, kezelő- és szociális ellátóhellyel tartják a kapcsolatot.

4.2. FÉLÚTON ALAPÍTVÁNY, XIII KERÜLETI SZENVEDÉLYBETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA

A szervezet 1996-ban került bejegyzésre, mint magánalapítvány, 2006. óta foglalkozik szenvedélybetegekkel. Fő tevékenysége a szociális alapellátás és a közösségi ellátás biztosítása Budapest több kerületében, így a XIII. kerületben is.

A nyitvatartási idő 8-18 óra között van, a jelentkezőket teljes mértékben el tudják látni, nincs várólista. A kliensek 15%-a sikeresen befejezi a programot, 38%-a kilép a programból, 57%-ukat más intézménybe delegálják. Klienselégedettségi felmérés rendszeresen történik, folyamat- és eredményértékelés is történik.

Az együttműködő szervezetek: Nyíró Gyula Kórház, TÁMASZ gondozók, családsegítő intézmények, hajléktalan ellátó helyek.

4.3. MAGYAR ÖKUMENIKUS SEGÉLYSZERVEZET

A Magyar Ökumenikus Segélyszervezet a szenvedélybetegség ellátása (továbbá egyéb szociális, egészségügyi és karitatív ellátások) területén hazai és nemzetközi szinten szerteágazó tevékenységet folytat. A szervezet NGO egyesület formában működik, 1991-ben jött létre, 2000 óta foglalkozik szenvedélybetegekkel. Az észak-pesti régió szempontjából a XIII. kerületi Szociális Központ és Szenvedélybetegek Nappali Intézménye releváns.

Cél populáció: szenvedélybetegek és/vagy szociális hátránnyal rendelkező egyének széles köre. A nyitvatartási idő: 8-16 hétköznap. A napi kliens forgalom 40-45 fő, a gondozás időszaka átlagban 24 hónap, évi kliens forgalom 80-90 fő.

Főbb együttműködő partnerek: MÖSZ intézményei, Nyíró Gyula Kórház, Utcai szociális munkát végző szervezetek, munkanélküli központok, szociális intézmények

4.4. BAPTISTA SZERETETSZOLGÁLAT

A Baptista Szeretetszolgálat a szenvedélybetegség ellátása (továbbá egyéb szociális, egészségügyi és karitatív ellátások) területén hazai és nemzetközi szinten szerteágazó tevékenységet folytat. A szervezet NGO-egyházi szervezet, 1991-ben jött létre és 2001 óta foglalkozik szenvedélybetegekkel.

Az elmúlt 3 évben a szervezet bevétele nőtt, az alapterület és a helyiségek száma, az informatikai háttér megfelelő, a források többnyire elegendőek az ellátás elvégzésére. Az észak-pesti régió szempontjából az újpesti mobil tűcsere program és az időszakos megjelenés a Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia környékén releváns, amely 2002 óta működik.

Az újpesti tűcsere program kedden és pénteken 16-20 óra között érhető el a kliensek számára.

A program célja:

1. Korai kezelésbe vétel, a leszokás elősegítése
2. Alapvető emberi szükségletek kielégítése
3. A drogfogyasztásból adódó egyéni és társadalmi károsodások csökkentése

A célcsoport az újpesti intravénás droghasználó populáció. A kliensforgalom 2009-ben 53 fő volt, összesen 215 alkalommal.

Alkalmazott módszerek:

1. Korai kezelésbe vétel, a leszokás elősegítése: Olyan drogfogyasztókat érnek el, akiknek nincs kapcsolata más egyéb segítő intézménnyel. A program lehetővé teszi a lakótelepi intravénás szerhasználókkal történő rendszeres kapcsolattartást, a további egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való könnyebb hozzáférést, és a drogfogyasztás abbahagyásának elősegítését. Ehhez a szakmai munkához a segítő beszélgetés, a motiváció, az egyéni esetkezelés, és a szociális ügyintézés áll rendelkezésre.
2. Alapvető emberi szükségletek kielégítése: pihenés, meleg tea, élelmiszer és ruhaadományok folyamatos biztosítása.
3. A drogfogyasztásból adódó egyéni és társadalmi károsodások csökkentése:
HIV/Hepatitis prevenció (steril felszerelés biztosítása, a biztonságosabb droghasználat és szexuális élet elérése segítő kommunikációval és edukációval, a használt fecskendők és tűk szakszerű begyűjtése és megsemmisítése).

Együttműködő szervezetek: A BSZSZ intézményei, addiktológiai szakellátási központok, szociális ellátó helyek

4.5. DROG STOP BUDAPEST EGYESÜLET

A szervezet NGO – egyesület formájában lett bejegyezve. 1992-ben, a bejegyzés óta foglalkozik szenvedélybetegekkel. Alacsonyküszöbű, megelőző-felvilágosító szolgáltatást (elterelést) és telefonos segély szolgáltatást végeznek.

Alacsonyküszöbű ellátás 2009. óta működik Budapest területén, nyitva tartási idő hétköznap 9-13 óra, és 14-18 óra között, kedden és szerdán 14-20 óra között van.

A szolgáltatás napi 20 kliensfogadására képes, mindenkit tudnak fogadni, várólista nincs.

A szolgáltatás célja a szenvedélybetegek és közvetlen környezetük minél szélesebb körének elérése, fogadása, és ellátása, a szerhasználatának, valamint a járulékos ártalmainak csökkentése, a változás elindítása, és segítése, az életvitelbeli változás ösztönzése.

A célok megvalósítása során alkalmazott módszerek:

- pszicho-szociális intervenciók
- információs, felvilágosító szolgáltatások
- telefonos információs vonal működtetése.

Megelőző-felvilágosító szolgáltatás

A program 2003. óta működik, hatóköre Budapest több kerületére terjed ki, hétköznap 9-20 között tart nyitva. A szolgáltatás napi 15 fő fogadására alkalmas, mindenkit tudnak fogadni, várólista nincs.

A program a következő főbb szolgáltatásokat nyújtja: egyéni konzultáció, motiváció, szükségletek, tünetek felmérése, krízis intervenció, relapszus prevenció, tanúlással kapcsolatos tanácsadás, internet használat.

A kliens kör főleg drogambulanciáról vagy rendőrségi, bírósági eljárás következményeként jelentkezik és leggyakrabban kannabisz- és amfetamin-használók. Jelenleg klienselégedettség felmérés, illetve folyamat- és eredményértékelés nincs, de terveznek a jövőben.

Telefonos segélyszolgálat

A program elsőként indult Magyarországon 1992-ben, folyamatos, 24 órás elérhetőséggel.

Naponta 60 kliens hívását tudják fogadni, azonban ez csak részben felel meg az igényeknek, az ideális szám 150 lenne. A hívások 90%-a sikeresen befejeződik, 10% esetében megszakad a beszélgetés.

A tevékenység célja: Az ország egész területén ingyenesen elérhető 24 órás vonal működtetése a szerhasználók, hozzátartozók, szakemberek számára.

A megvalósítás során rogersi alapokon nyugvó egyéni esetkezelést használnak.

4.6. DROGPREVENCIÓS ALAPÍTVÁNY

A szervezet 1994-ben jött létre, mint nonprofit szervezet, és 1995 óta foglakozik szenvedélybetegekkel.

Többféle szolgáltatást nyújtanak:

- alacsonyküszöbű ellátás
- megelőző-felvilágosító szolgáltatás
- egészségügyi és szociális ellátás
- reszocializáció, reintegráció

Jelentős szakmai háttérrel és tapasztalattal rendelkeznek. Szerteágazó együttműködési rendszert alakítottak ki, regionális, budapesti és országos szinten.

4.7. NYÍRÓ GYULA KÓRHÁZ, ADDIKTOLÓGIAI OSZTÁLY

Az önálló Addiktológiai osztály 1979-ben jött létre. A rendelkezésre álló alapterület, helységek és férőhelyek száma elfogadható szinten vannak. A számítógép park nagyon hiányos. A források 99%-a OEP bevétel és többnyire nem elegendőek a zavartalan működéshez. Az osztály fekvőbeteg, addiktológiai, akut és rehabilitációs ellátást folytat. Regionális (Budapest, Pest megye egy része) ellátási területe van, de lényegében az ország egész területéről fogadnak betegeket. A nyitva tartás folyamatos, munkaidő után ügyeleti rendszer működik. Az osztály 70 ágygal rendelkezik, ez nem mindig felel meg az igényeknek, előjegyzési rendszer működik, a várakozás kb. 1 hét, de az akut ellátást igénylő eseteket azonnal felveszik.

A célcsoport: minden típusú szenvedélybetegség ellátása.

Módszerek: bio-pszicho-szociális intervenciók széles spektruma.

A beteg útja:

- 60% sikeresen befejezi a programot,
- 2% kilép, de ismerik a beteg útját,
- 20% kilép, és nem ismerik a beteg útját,
- 10% más intézménybe delegálják (pl.: Emberbarát Alapítvány).

A 2009-es kliensforgalmi adatok szerint a betegforgalom kb.10%-kal nőtt az utolsó évben és kevesebb, mint 25% a problémás drogfogyasztók aránya. A kezelés átlag időtartalma 4-6 hét. Folyamatosan történik beteg elégedettségi felmérés. Az osztály nagyon sok intézménnyel, osztállyal, járóbeteg rendelővel működik együtt (pl. Nyíró Gyula Kórház osztályai, részlegei, drogambulanciák, Támasz Gondozók, Emberbarát Alapítvány, stb.), az együttműködés nagyon jó.

4.8. NYÍRŐ GYULA KÓRHÁZ DROGAMBULANCIA ÉS PREVENCIÓS KÖZPONT

A Drogambulanciát 1987-ben létesítették, a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórházának részeként, ez volt az első drogambulancia Magyarországon. A férőhelyek száma a volumen-korlátozás miatt nem elegendő, jelentős igény van a kezelésre, emiatt előjegyzés van, főleg a szubsztitúciós kezelésre, a várakozási idő 3–4 hónap. Javasolják a vényre felírt suboxon kezelést, más gyógyszeres kezelést.

Széles körű szolgáltatási palettájuk van:

- a) Egészségügyi addiktológiai szakellátás:
 - állapotfelmérés (orvosi státusz, pszichiátriai státusz, addiktológiai státusz, laboratóriumi vizsgálat, HIV, HEP szűrés, egyéb szakorvosi vizsgálat)
 - terápiás menet kidolgozása
 - methadon, suboxone detoxikációs kezelés
 - detoxikációs kezelés
 - naltrexon program
 - komorbid pszichiátriai betegségek kezelése
- b) Pszicho-szociális addiktológiai ellátás:
 - szociális státusz felmérés
 - általános szociális intervenciók
 - egyéni esetvezetés
 - egyéni pszichoterápia
 - önszorgító hozzátartozói csoport (Mátrix Egyesület együttműködésével) megelőző – felvilágosító elterelés (egyéni és csoportfoglalkozás)
 - rehabilitáció, motiváció
- c) Ártalomcsökkentés:
 - tűcsere automata működtetése
 - tanácsadás és információ-szolgáltatás
 - szubsztitúciós kezelés

A drogambulanciának szerteágazó regionális, budapesti és országos együttműködési rendszere van. Általában ezek az együttműködések kétirányú delegálást jelentenek, és jó a kapcsolatok alakultak ki.

Főbb együttműködő partnerek:

- Soroksári Addiktológiai Centrum
- Mátrix Egyesület
- Nyíró Gyula Kórház fekvő- és járóbeteg ellátása
- Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány

- Félúton Alapítvány, XIII. kerületi szenvedélybetegek közösségi ellátása
- Magyar Ökumenikus Segélyszervezet, XIII. ker. Szociális központ és nappali ellátás
- Baptista Szeretetszolgálat, Utca Front és hajléktalanszálló
- Drog Stop Budapest Egyesület
- Drogprevenációs Alapítvány
- MEJOK, Józan Baba Klub
- Mérföldkő Egyesület
- Válaszút Misszió

5. KAPCSOLATI RENDSZEREK VIZSGÁLATA

A régióban feltérképezett intézmények jelentős része nagy ellátó rendszerek részeként működik, amelyek az esetek többségében túllépik a regionális működést, fővárosi vagy országos hatáskörük van.

Három intézmény típust különíthetünk el:

- a) Segélyszervezethez vagy országos hálózathoz tartozó szolgáltatások:
- MÖSZ – XIII. kerületi Szociális Központ és Szendvedélybetegek Nappali Intézménye
 - BSZSZ – az újpesti mobil tőcsere program és az időszakos megjelenés a Nyírő Gyula Kórház Drogambulanciájának környékén
 - Félúton Alapítvány XIII. kerületi szenvedélybetegek közösségi ellátása

A fenti intézmények elsősorban a saját szervezetükhöz tartozó szolgáltatásokkal tartanak szoros kapcsolatot, de nyitottak más szervezetekkel való kapcsolattartás felé is.

- b) Egészségügyi rendszerhez tartozó szolgáltatások
- Nyírő Gyula Kórház Addiktológiai Osztály
 - Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia

Elsődlegesen a kórház egységeivel van kapcsolatuk, de az ő esetükben is szerteágazó együttműködések jellemzők.

- c) Önálló NGO szervezetek
- Drogstop Egyesület
 - Drogprevenációs Alapítvány
 - Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány

Mivel önálló szervezetek, aránylag szabad kezük van az együttműködések kialakításában.

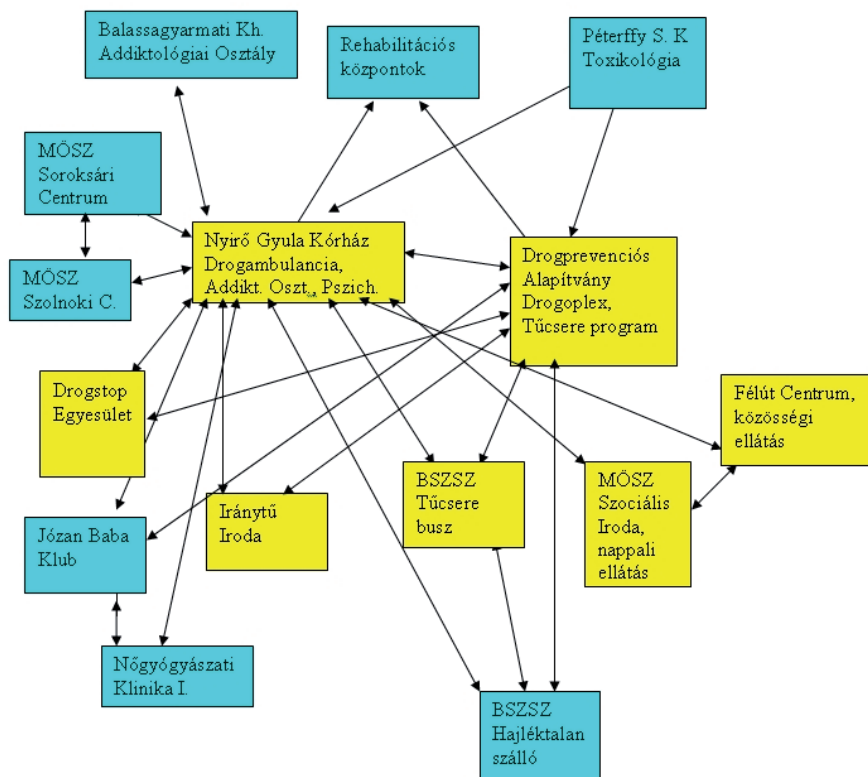
Regionális szempontból két fő központi egység határozható meg:

- Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia
- Drogprevenciós Alapítvány.

A két központ regionális szempontból a legtöbb típusú szolgáltatást és együttműködést biztosítja. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy mindkettőnek szerteágazó budapesti és országos kapcsolatai vannak.

Az együttműködési ábra egy medúzához hasonlít. A testrész képezi a központot, a nyúlványok pedig azok az együttműködési irányok, amelyek a központ hatékony működése szempontjából begyűjtik a szükséges szolgáltatásokat, információkat, együttműködéseket. De a nyúlványok által az együttműködő partnerek is megkapják a szükséges információkat, szolgáltatásokat.

Ellátási térkép



Megjegyzés: sárga = régióban működő ellátások; kék: régió kívüli ellátások

6. CÉLOK ÉS SZOLGÁLTATÓI TÉRKÉP ÖSSZEVETÉSE

A meghatározott fejlesztési célok beillesztésénél a már létező rendszerben figyelembe vettük az intézmények létező szolgáltatásait, a helyi stratégiákat, a fejlesztési szándékokat, kapacitásokat. Fontos szempont volt, hogy országos, budapesti vagy regionális szinten hiányzó szolgáltatásról legyen szó.

Meghatározott célok	Hiányos szolgáltatás szintje	Megvalósításban bevonható egységek	Feladatok
<i>Megkereső programok fejlesztése, szolgáltatások közötti kommunikáció erősítése, koordináció megvalósítása</i>	regionális	MÖSZ BSZSZ Drogstop Egyesület	kapcsolat-erősítés, koordinációs központ megnevezése
<i>Képzési programok fejlesztése, szélesebb körű alkalmazása</i>	regionális	Az összes együttműködő szakmai szervezet	Konkrét igények felmérése, időpontok, helyszínek megszervezése
<i>Nappali ellátás fejlesztése</i>		MÖSZ BSZSZ Drogstop Egyesület Iránytű Alapítvány Drogprevenciós Alapítvány Közösségi ellátás	Helyiség felkutatása, finanszírozás biztosítása
<i>Fiatalok nappali ellátása</i>	országos	MÖSZ BSZSZ Drogstop Egyesület Iránytű Alapítvány Drogprevenciós Alapítvány Közösségi ellátás Nyíró Gyula Kórház	Helyiség felkutatása, finanszírozás biztosítása
<i>Védett munkahely</i>	országos		Helyiség felkutatása, finanszírozás biztosítása
<i>Szubsztitúciós programok elérhetőségének javítása</i>	országos	Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia Drogprevenciós Alapítvány	OEP finanszírozás biztosítása
<i>Információs rendszer kialakítása</i>	regionális	Az összes együttműködő szakmai szervezet	Konkrét igény-felmérés, megjelenési forma (elektronikus, nyomtatvány) pontosítása

7. KONKLÚZIÓK

- A régióban az egészségügyi és szociális ellátási rendszer aránylag fejlett, amely heterogén az ellátási spektrum és a tulajdonosi háttér szempontjából.
- Széleskörű ellátási típusok érhetők el.
- Az együttműködési rendszer szerteágazó, regionális, budapesti és országos szinten egyaránt megfigyelhető.
- Az ellátásban két fő központ körvonalazódik.
- A fejlesztési célok szempontjából egyetértés van az intézmények között.
- A hiányos vagy hiányzó szolgáltatások csak részben regionális problémák.

FEJLESZTÉSI CÉLOK ÉS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSI HÁLÓ ÖSSZEVETÉSE DUNAÚJVÁROSBAN

Klein Imre, Szemenyei István és Szenté Tünde

1. BEVEZETÉS

Dunaújvárosban a szenvedélybetegségben élők száma folyamatosan nő, erősen fertőzöttnek tekinthető.

A meglévő és működő intézményi infrastruktúra nem kielégítő. Fontos intézmények hiányoznak a szerhasználók egészségügyi és szociális ellátási rendszeréből. Úgy véljük, hogy a helyi döntéshozókat olyan aktuális, a jelenlegi helyzetet objektíven tükröző adatokkal kell megismertetni, amelyek birtokában fogékonyak, elkötelezettek lesznek az ellátórendszer helyi szintű fejlesztésében.

A szakmai felügyelet kiépítése és az értékelési rendszer fejlődése az előrelépés kulcseleme lehet és feltétel ahhoz, hogy a rejtőzködő szerhasználók, valamint a segítséget igénylők intézményi protokollja hatékonyabbá, egyúttal ismertté váljon a városban.

Az ellátórendszer fejlesztéséhez eddigi munkánk alapján adatokat kaptunk ahhoz, hogy meghatározzuk azokat a konkrét célcsoportokat, amelyeknek egészségügyi és szociális szükségleteit kielégítjük. Ezek a célcsoportok a következők:

- szociális problémákkal küzdő fiatalok,
- problémás családból származó fiatalok,
- rossz környéken élő fiatalok,
- tanulási problémákkal küzdő fiatalok,
- fiatal bűnelkövetők,
- iskolából kimaradók.

A kezelési lánc teljes spektruma (alacsonyküszöbű-, járó- és fekvő betegellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) nem épült ki, illetve hiányos. A városban mind a járó beteg-ellátásban, mind a fekvőbeteg-ellátásban jelentős szakemberhiány érezhető.

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.

2. DUNAÚJVÁROSBAN ELVÉGZETT SZÜKSÉGLET MEGHATÁROZÁS EREDMÉNYE

2.1. INTÉZMÉNYI PROFIL

Dunaújváros városban működő drogfogyasztókkal foglalkozó szervezetek, intézmények:

A városban a Szent Pantaleon Kórház **Pszichiátriai és Addiktológiai osztályán** fogadnak pszichiátriai betegségekkel (pszichózisok, szorongásos és depressziós kórképekkel) küzdő pácienseket. A pszichiátriai betegek mellett addiktológiai betegek akut ellátására is lehetőség van, ágyak állnak rendelkezésre.

A szerrel visszaélők között 90%-ban alkoholbetegek, 10%-ban szenvedélybetegek kerülnek ellátásra, mindössze néhány napig, akut tüneteik megszűnéséig. Közülük mindazok, akik absztinenciára motiváltak, saját kérésükre rehabilitációs létszámba kerülnek, kezelésük folytatása motivációjuk megerősítése érdekében.

A kórház vonzáskörzete a megyén belül több települést érint, de nem egy alkalommal a szomszédos Tolna megyéből is fogadnak betegeket.

Az osztályon 3, két szakvizsgával rendelkező (2 pszichiáter és neurológus, 1 pszichiáter és addiktológus), 1 pszichiáter szakorvos, 2 rezidens orvos van, az osztályon az egészségügyi közalkalmazottak száma 23 fő.

Addiktológia tekintetében tevékenységük:

- sürgősségi ellátás
- osztályos detoxikálás
- addiktológiai kórházi szakellátás
- mentálhigiénés, pszichoterápiás kórházi ellátás.

A pszichiátriai osztály épületében működik a pszichiátriai gondozó, ahol az osztályos orvosok napi váltásban, meghatározott program szerint dolgoznak, három ott foglalkoztatott egészségügyi alkalmazottal.

A gondozóban heti egy alkalommal, addiktológiai szakrendelés történik, addiktológus szakorvos rendelésével.

Összegzés:

Az intézményprofil elemzése során megállapítást nyert számunkra, hogy a vizsgálat során csak a Szent Pantaleon Kórházban folyik közvetlenül szerhasználók egészségügyi ellátása, mely humán-erőforrási problémái és a teljesítményvolumen korlát miatt kis számban lát el szerhasználó betegeket.

A városban közvetlenül kábítószer használó beteggel az ellátó rendszeren belül még a kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályán (SBO) találkozhatunk, de itt a detoxikálás, vagy más hasonló beavatkozás után a beteget továbbküldik más osztályra, vagy kilép az ellátórendszerből.

Gyakorlatilag Dunaújvárosban egészségügyi szolgáltatásokat csak a kórház nyújt. Drogbeteggek részére más szolgáltatást (pl. alacsony küszöbű szolgáltatást, ambuláns egészségügyi és szociális szolgáltatást, közösségi ellátást, reszocializációs programokat) nem tud nyújtani a város.

Megszűnt a tőcsere program is közel már egy éve, ami szintén veszélyeket hordoz.

A szubsztitúciós kezeléseket a szerhasználók csak más ellátóhelyeken (más városokban) érik el, ahová sok esetben nehézkes a bekerülés.

A szerhasználók egészségügyi és szociális ellátása tekintetében egyértelmű, hogy az ellátási háló meglehetősen hiányos. A rendelkezésre álló szolgáltatások az érintettekhez illetve a lakosságszámához viszonyítva csekély számú.

Nem biztosított a szerhasználók számára nappali ellátás, drogambulancia, rehabilitációs lehetőség, félutas ház, védett munkahely stb.

2.2 A SZERHASZNÁLÓK KIELÉGÍTETT ÉS KIELÉGÍTETLEN SZÜKSÉGLETEINEK VIZSGÁLATA

A városban megkérdezett szerhasználók ismeretei az ellátó rendszerről, a rendelkezésre álló szolgáltatásokról közepesnek mondhatók. Ennek egyik okát a dunaújvárosi ellátórendszer fejletlensége is magyarázhatja.

A másik ok az is lehet, hogy a megkérdezettek nemcsak azért nem ismerik az ellátórendszert a városban, mert az fejletlen, hanem mert nem biztos, hogy szükségük van rá, nem érzik problémásnak a szerhasználatukat.

Leginkább a kórházi, pszichiátriai kezelésekről hallottak, ami Dunaújvárosban is elérhető. Viszont, a megkérdezettek csaknem fele a közösségi ellátás lehetőségeiről, módjairól nem is hallott.

Az elterelés intézményét a megkérdezettek 57%-a ismeri, ami arra utal, hogy tisztában vannak azzal a ténnyel, hogy tiltott szert használnak, s így módon kerülhetik el a törvényi számonkérést.

A megkérdezettek tájékoztatatlanságáról árulkodik az a tény is, hogy a megfelelő ellátó-rendszeri elérés az a kritérium, amelyik jellemzően hiányzik az ismereteikből.

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

Akik viszont már valamilyen ellátásban részesültek a különböző szolgáltatások közül, azok többsége elégedett volt a szolgáltatások minőségével.

A kielégítetlen szükségletek közül többen megfogalmazták, hogy a szubsztitúciós programok helyben nem érhetők el, és az abba való bekerülés máshol is nehézségeket okoz.

Problémaként fogalmazódik meg, hogy a városban nem található nappali ellátás szerhasználók számára, csak a hajléktalan ellátási rendszerben van ilyen szolgáltatás.

Hiányzó szolgáltatásként jelölték meg a megkérdezettek a szerhasználók vonatkozásában a következőket:

- drogambulancia,
- tűcsere-program,
- közösségi ellátás,
- önszegítő csoportok,
- félutas ház,
- rehabilitáció,
- védett munkahely.

2.3 A FÓKUSZ CSOPORTOK SORÁN GYŰJTÖTT TAPASZTALATOK ÖSSZEGZÉSE

A fókusz csoportokba elsősorban azoknak a területeknek a képviselői kerültek, akikről úgy véltük, hogy formális és informális kapcsolatban vannak, (vagy lehetnek) kábítószer-használókkal. 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 a városban.

A drogprobléma egyes területeivel kapcsolatosan tájékozatlanság jellemző, mind a törvényi, mind az egészségügyi és szociális intézményi keretek, lehetőségek tekintetében. A fókuszcsoporthoz tagjai közül jó páran csak részinformációkkal rendelkeznek a vizsgált témában.

Véleményük szerint cselekvési programokra, komplex addiktológiai ellátóhelyre, kidogozott protokollokra lenne szükség. Szélesíteni szükséges a prevenciós, tájékoztatási programokat, melynek célcsoportja a család, illetve a szülők lennének.

A kezelési lehetőségek társadalmasítása, ismertté tétele időszerű feladat, a meglévő kommunikációs rendszereket bővíteni kell. A segítő szolgáltatásokat rendszerbe kell foglalni, átjárhatóvá kell tenni a betegutakat amellet, hogy alapvetően a szolgáltatások, és ellátási tevékenységek is bővítésre szorulnak.

Megállapítást nyert a csoportokban, hogy a droghasználattal kapcsolatos probléma-kezelés kultúrája helyi szinten majdhogynem kezdetleges. A társadalmi kommunikáció erősítése fontos feltétel a probléma megoldásában, így célszerű lenne ezt a területet is átvizsgálni.

Megfogalmazódott, hogy Dunaújvárosban a kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások köre hiányos. Az alacsonyküszöbű 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 fókuszcsoportos beszélgetések során kiderült, hogy Dunaújvárosban az Egészségmegőrzési Központ kiemelkedő szerepet tölt be a drogprevenációs tevékenységben, s a legtöbben hozzájuk fordulnak, ha kérdésük van a témával kapcsolatosan.

2.4. REJTŐZKÖDŐ SZERHASZNÁLÓKRÓL SZERZETT TAPASZTALATOK ÖSSZEGZÉSE

A rejtőzködő szerhasználók körében a mariuhána-fogyasztókat és az intravénás szerhasználókat értük el, melyek felkutatása nehéz volt a látencia miatt.

Az elért populációban a férfiak aránya magasabb, mint a nőké. Legtöbben a 18-22 éves korcsoporthoz tartoztak. A szülők nélkül, vagy gyenge szülői kontroll mellett nevelkedők a legveszélyeztetettebbek közé sorolandók. A fiatalok körében meghatározó tényező a barátoknak, kortárs csoportoknak való megfelelés.

A dohányzás, alkoholfogyasztás, valamint az illegális drog kipróbálása és használata markáns együttjárást mutatott. 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 kerülnek az iskolát.

A megkérdezett szerhasználók ismeretei az ellátó rendszerről, a rendelkezésre álló szolgáltatásokról közepesnek mondhatók. 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 elérés, illetve az információáramlás legkomolyabb gátja a problématudat hiánya és a drogfogyasztás kriminalizált megítélése.

A vizsgált populáció sajátossága a nehéz kezelésbe vonhatóság. Mivel a problémát elbagatelizálják, ezért túlzottan magabiztosak a tekintetben, hogy a szerhasználatot bármikor abba tudják hagyni. Ily módon is védik látencijukat a környezetükkel szemben.

Felmerülő problémáik közül szakemberekkel a családi problémákat, a lelki és kapcsolati problémákat osztanák meg. A megkérdezettek fele nem venné igénybe a kezelő-ellátó helyek szolgáltatásait, mert félnek, hogy az igazságszolgáltatás szervei előtt lebuknak, mert a családok még mindig szé-

gyellik, hogyha kábítószeres van a családban és nem helyesen kezeli a helyi társadalom a szerhasználókat - tabuként kezelik. Illetve nem bíznak a kezelőhelyek hatékonyságában és eredményességében.

A kezdeti szerhasználatnál a marihuána- és az alkoholfogyasztás jellemző a 12-17 évesek korcsoportjában. A 16 és 22 évesek között jelen vannak 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 körnél nem érik be kevesebbel. Úgy vélik, képesek abbahagyni, 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.

3. CÉLOK AZ ELLÁTÁSI HÁLÓ VÁROSI FEJLESZTÉSÉRE

Az eddig bemutatott tények ismeretében úgy tűnik, hogy a szenvedélybetegségek a közeli és távoli jövőben továbbra is jelentős társadalmi és egyéni károkat fognak okozni. Erre valamilyen módon reagálni kell.

Ezt a helyzetet csak tervszerű, átgondolt intézkedésekkel lehet és kell kezelni, hogy a jelenlegi állapotokból egy stabil, területileg lefedett, szakmailag megalapozott kezelő-, ellátórendszer valósuljon meg Dunaújvárosban.

Mindezek alapján kijelenthető, hogy az alábbiakban felvázolandó célok nem képzelhetők el majd egy multidiszciplináris, szakmaközi működő kapcsolat nélkül, melyben feladata van az egészségügynek, a szociális szférának és a civil társadalom szereplőinek is.

Ennek a célnak megfelelni és pláne megvalósítani nem kis feladat. A kezelő-, ellátórendszer jelenlegi állapotának helyi szintű körülményeit és feltételeit ismerjük, a fejlesztési feladatok megvalósulásához komoly támogatottságot kell elérni. Lehet, hogy a szavak szintjén mindez a városnál megvan, de nélkülözhetetlen a célokhoz a pénzügyi forrás megteremtése is.

Egy olyan modell értékű komplex és integrált intézményrendszer és hozzátartozó szolgáltatási terület kialakítása a célunk, amely elsősorban Dunaújváros és annak kistérsége számára nyújthat megoldást.

Ezen intézmény tevékenysége során a drogproblémával kapcsolatosan általános információkat nyújt, a városban működő megelőzési tevékenységet végző intézménnyel együttműködik, elősegíti a szenvedélybetegség korai

felismerését, annak kezelését, közösségi programokkal, szociális, jogi, életvezetési, konfliktuskezelési tanácsadást biztosít.

Feladatának tekinti, hogy más szakterületekkel, azok képviselőivel munkakapcsolatot létesítsen annak érdekében, hogy a városban és vonzásokörzetében élő szenvedélybetegek komplex nappali ellátása megvalósulhasson.

Célként azt fogalmazzuk meg, hogy a kialakítandó komplex intézmény könnyen elérhetővé váljon a szerhasználóknak, egyben olyan személyeknek is, akik kockázatnak vannak kitéve, vagy csak érdeklődnek a drogok iránt.

Elérendő cél az is, hogy a szociális hátrányt elszenvedő szenvedélybetegek társadalmi visszailleszkedéséhez is hozzájáruljon a kialakítandó szervezet.

Amikor családok, egyének élete felborul, amikor kialakul a pszichotróp, pszichoaktív szerektől, vagy más viselkedéstől való függés, valamilyen támaszt kell adnunk helyben az érintetteknek.

A mi általunk elképzelt **nappali ellátó intézmény** felvállalná az alacsony küszöbű ellátás, valamint az ártalomcsökkentés modelljét és módszereit, amely a szerekekkel kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyének és családok segítségévé válhat.

Az alacsonyküszöbű programok szükségességét az indokolja legfőképpen, hogy képesek elérni a rejtőzködő szerhasználókat, akiket a hagyományos egészségügyi ellátók, intézmények nem nagy hatékonysággal érik el.

A szükségletfelmérést lezáró tanulmányunkban már jeleztük, hogy Dunaújváros és annak vonzásokörzetéből a 14-35 éves korosztályon belül nagy érintettséget képvisel hasonló szolgáltatások igénybevétele, amelyek nem a városban működnek. A veszélyeztetettek száma ennél nagyságrendekkel is több.

Szándékaink szerint a városban szerhasználó, kallódó, deviáns fiataloknak a kialakítandó intézményben olyan ellátást kívánunk nyújtani, mellyel gyors, hatékony és elsősorban megfelelő segítséget kaphatnak adott problémáik megoldásához, kezeléséhez.

Mivel tudjuk és jelzéseink vannak arról, hogy jelen van Dunaújvárosban az intravénás droghasználat, ezért feltétlenül szükséges és indokolt, hogy legyen olyan hely a városban, ahol a szolgáltatást végzők az őket igénybe vevőkkel szemben nem támasztanak magas követelményeket.

A szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdők elérése, fogadása, egészségügyi-, szociális problémájuk kezelése, járulékos ártalmainak csökkentése, akár a kezelésbe vonás elindítása fontos cél. Ezáltal a magas kockázatú, problémás szerhasználókat is el lehet érni.

A másik nagyon fontos terület a megkereső munka fejlesztése. Ez a tevékenység azt feltételezi, hogy Dunaújváros ellátási területén élő, ott életvitelszerűen jelen lévő szerhasználók az ellátórendszerrel semmilyen kapcsolatot nem tartó személyeket megszólítsuk, velük valamilyen kapcsolatba kerülhessünk annak érdekében, hogy megismerhetővé váljanak az ellátási szükségleteik és azokra érdemi választ tudjunk adni.

3.1. A NAPPALI INTÉZMÉNY KERETEIN BELÜL NYÚJTANDÓ ALACSONY KÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁSOK

I. Konzultációs részleg

1. Nyitott „klub” foglalkozások
2. Mosakodási és mosási lehetőség biztosítása
3. Egészségügyi szolgáltatások
4. Szociális csoportmunka
5. Hálózatépítés más intézményekkel
6. Jogsegély szolgáltatás
7. Önsegítő csoportok támogatása (AA; mNA;)
8. AIDS, Hepatitis, TBC prevenció, felvilágosítás - később szűrés
9. Munkahelykeresés; információ-képzési, átképzési lehetőségekről
10. Szociális ügyintézés

II. Megkereső szolgáltatások (outreach)

- Utcai szociális munka
 - Információ nyújtás a droghasználat veszélyeiről
 - mobil-tűcsere program
 - krízis-intervenció
 - segítő intézményekbe delegálás
- Bulisegély szolgálat – Party Service
 - A biztonságosabb droghasználat és szexuális magatartás érdekében, személyes és szóró-anyagok útján végzett felvilágosítás.

A nappali ellátóval közösen működne, így a szenvedélybetegek közösségi ellátása – amely biztosítani tudja a szenvedélybetegek lakókörnyezetben való gondozását, azok elérését és korai kezelésbe vételét – is megvalósulna.

3.2. DROGAMBULANCIA - EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ HELY

Alapvetően pszichoszociális, pszichiátriai modellt tekintenénk elsődleges tevékenységnek. A szolgáltatást igénybe vevők felé komolyabb elvárásokat fogalmaz meg, működése során egyéni-, csoportos-, valamint családterápiát is alkalmazna, akár gyógyszeres kiegészítéssel. OEP-pel kötött szerződés alapján kívánjuk létrehozni.

Tervezett tevékenységek:

1. pszichoaktív szerhasználat és káros szokások, viselkedések, problémák miatt segítséget kérők támogatása - terápiás tevékenységek, tanácsadás;
2. gyógyszeres kezelés;
3. visszaesés megelőzése;

4. elterelés,
5. öngyógyító módszerek alkalmazása;
6. egészségfejlesztés és ártalomcsökkentés;
7. a lakosság folyamatos tájékoztatása az éppen divatos drogokról, valamint a szenvedélybetegségek természetéről.

Szándékaink szerint a drogambulancia működéséhez 30 óra orvosi szakrendelői, 30 óra orvosi gondozói és 30 óra nem orvosi gondozói óra szükséges, amik alapján éves bevétel kalkulálható.

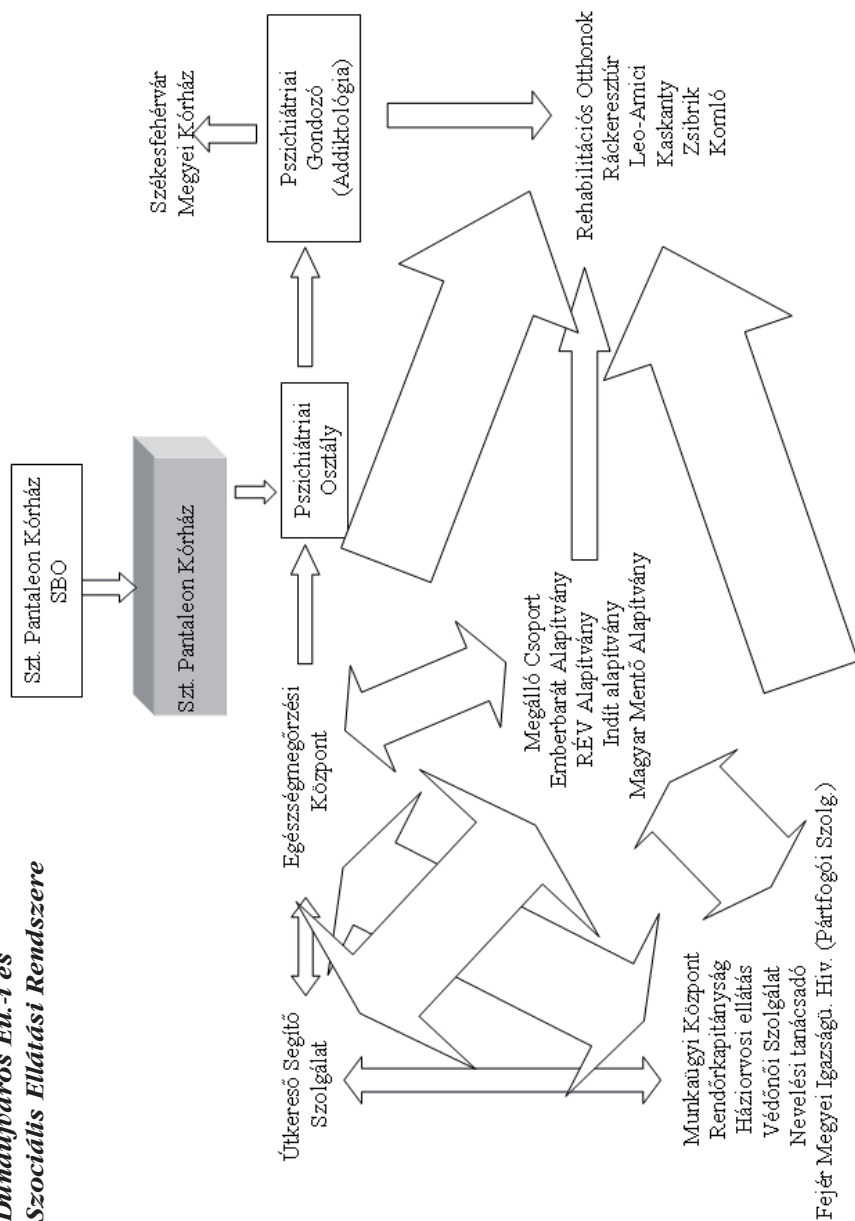
A szenvedélybetegek nappali ellátójában 6 fő szociális munkás dolgozna, míg a drogambulancián 1 főállású, 2 félállású pszichiáter, 3 diplomás segítő, adminisztrátor, takarítónő foglalkoztatható.

4. RÖVID TÁVÚ, RÉÁLISAN MEGVALÓSÍTANDÓ CÉLOK

- Célok ismertetése a közvetlen és közvetett egészségügyi-, és szociális ellátórendszer jelenlegi szereplőivel KEF ülés keretén belül.
 - Források (pályázati, önkormányzati) kutatása
 - Szakmai tapasztalatcsere az INDIT Közalapítvány „TÜKÖR” Somogy megyei Drogambulancia és Kaposvár Szendvedélybetegek Nappali Ellátójánál.
 - Egyeztetés a megvalósulandó hely kiválasztására
 - Megfelelő objektum esetén annak áttevezése, engedélyeztetése, kivitelezése
 - Az intézményekben folyó tevékenységekhez a megfelelően motivált szakemberek kiválasztása és felkérése
- (1) Megvalósulás esetén az intézmények kommunikációs tervének elkészítése

A jelenlegi ellátási hálóból megállapítható, hogy a kezelési útvonalak, kapcsolati rendszerek a tervezett két szolgáltatóval jelentősen megváltozna. Az ellátórendszerek, akár az egészségügyi, akár a szociális szektor teljesen más filozófiát, munkakapcsolatot alakíthatnának ki, ami biztosan javítana a jelenlegi helyzetünkön.

Dunaújváros Eü.-i és Szociális Ellátási Rendszere



FEJLESZTÉSI CÉLOK ÉS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSI HÁLÓ ÖSSZEVETÉSE MISKOLCON

Juhászné Ceglédi Tünde és Koleszár Ágnes

I. BEVEZETÉS

I. A HELYSZÍN RÖVID BEMUTATÁSA

Az Észak-magyarországi régió egészen a kilencvenes évekig Magyarország egyik legiparosodottabb régiója volt. A kilencvenes évek végére a hagyományos ágazatok hanyatlása, az ipari termelés visszaesése a régió hosszan elhúzódó, tartós válságához vezetett.

Miskolc hazánk harmadik legnépesebb városa (172.000 fő). Borsod-Abaúj-Zemplén megye és ezen belül Miskolc városa az országos átlaghoz viszonyítva erősen fertőzöttnek bizonyul a szenvedélybetegségek tekintetében.

Miskolc városában addiktológiai gondozó nem működik, a pszichiátriai szakrendelők látják el a legális szerhasználókat, az illegális szereket fogyasztó betegeket a miskolci drogambulanciára irányítják.

A Drogambulancia statisztikai adatai azt mutatják, hogy az illegális szerhasználat kezdete egyre fiatalabb életkorra tolódik. Legjellemzőbb a 15-24 éves korosztályban, növekvő tendenciát mutat a 35 év felettiek száma is.

II. A HELYI SZÜKSÉGLET MEGHATÁROZÁS EREDMÉNYEI

II.1. INTÉZMÉNYI PROFIL

Miskolc városában működő drogfogyasztókkal foglalkozó intézmények, szervezetek:

1. Drogambulancia Alapítvány
 - Drogambulancia
 - TÁMOGAT-LAK Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása
 - TÁM-PONT Szenvedélybetegek Alacsonyküszöbű Ellátása
 - Megelőző-, felvilágosító szolgáltatás
2. Önmegvalósítás Egyesület
 - Önmegvalósítás Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása
3. Baptista Szeretetszolgálat
 - Miskolci Utcafront - Avasi Tűcsere-program
 - Miskolci Női Lakóotthon
4. Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktatókórház Nonprofit Kft.
 - Pszichiátriai Osztály

5. B.A.Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

- Toxikológiai osztály

II.1.1. Drogambulancia Alapítvány

Az alapítvány 1991 óta működik.

Az alapítvány a drogproblémában érintett kliensek számára az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- Drogbetegek egészségügyi ellátása
- Szenvedélybetegek közösségi ellátása
- Szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatás
- Megelőző-, felvilágosító szolgáltatás
- Prevenációs programok
- Reszocializációs programok

II.1.1.1. Drogambulancia

A miskolci drogambulancia 1996-ban kezdte meg működését a miskolci Semmelweis Kórház fenntartásában. A Drogambulancia Alapítvány 2007.10. 27-én ÁNTSZ működési engedélyt kapott drogbeteg-ellátás és addiktológiai ellátás nyújtására. Az alapítvány az engedély alapján 2007. december 20-án a Miskolci Egészségügyi Központtal közreműködői szerződést kötött, melynek értelmében 2008. január 1-től a Drogambulancia Alapítvány teljes körűen átvette a Drogambulancia működtetését.

Az ambulancia megyei hatáskörű, de klienseket az ország egész területéről fogad.

II.1.1.2. TÁMOGAT-LAK Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása

A közösségi ellátás 2008.09.01-től működik. A szolgáltatás olyan hosszú távú, egyéni szükségletekre alapozott gondozást kínál, amely nagymértékben épít az ellátottak aktív és felelős részvételére, valamint a természetes közösségi erőforrásokra, őket is oktattva és támogatva.

Az ellátási terület Miskolc városára terjed ki.

II.1.1.3. TÁM-PONT Szenvedélybetegek Alacsonyküszöbű Szolgáltatása

Alacsonyküszöbű ellátást 2000-től biztosít az alapítvány pályázati finanszírozásból. Működési engedéllyel, FSZH támogatással 2009.01.01-től működik a szolgáltatás.

Az ellátási terület Miskolc városára terjed ki.

II.1.1.4. Megelőző-felvilágosító Szolgáltatás

2003-tól a Drogambulancia Alapítvány végzi Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a megelőző - felvilágosító tevékenységet, más szolgáltató nem áll rendelkezésre a megyében.

Az ellátási terület Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megyére terjed ki.

II.1.2. Önmegvalósítás Egyesület

Az egyesület 2006. óta működik, 2009-től foglalkozik szenvedélybetegek ellátásával. Az egyesület a drogproblémában érintett kliensek számára az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

II.1.2.1. Önmegvalósítás Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása

A szolgáltatás 2009 óta működik. Feladata az alkoholbetegek integrálása a társadalomba, konfliktusok, problémák megoldására való felkészítés. Szociális, mentális, egészségügyi ellátáshoz való hozzájárulás.

Az ellátási terület Miskolc városára terjed ki.

II.1.3. Baptista Szeretetszolgálat

A Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány 1995 óta működik, jogutódja 2008-tól a Baptista Szeretetszolgálat E.J.Sz.

II.1.3.1. Miskolci Utcafront - Ávasi Tűcsereprogram

A szolgáltatást 2006 augusztusától biztosítják önkéntesek bevonásával, FSZH támogatással 2009.01.01-től működnek.

II.1.3.2. Miskolci Női Lakóotthon

A lakóotthon 2006. óta működik. Olyan félutas-ház, ahol gyógyult szenvedélybeteg nők kapnak segítséget. A lakók többnyire rehabilitációs intézményekből, szenvedélybetegek közösségi ellátásából, hajléktalanszállókról érkeznek. Az intézményben három évet lehet eltölteni, amelyet indokolt esetben két évvel meg lehet hosszabbítani.

Az ellátási terület: országos.

II.1.4. Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

A kórház 1958-ban kezdte meg működését, 1966-tól foglalkoznak szenvedélybetegek ellátásával.

II.1.4.1. Neurológiai Osztály Toxikológiai részleg

A részleg 1966. óta működik. 14 éves kor felett, valamennyi mérgezés és öngyilkosság esetén látják el a betegeket. Drogproblémával kapcsolatban kizárólag az akut mérgezéses, illetve túladagolós esetek toxikológiai ellátását végzik.

Az ellátási terület: B.A.Z. megye.

II.1.5. MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft.

A Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ 1856-ban kezdte meg működését Erzsébet kórház néven 304 ágyas, pavilonrendszerű közkórházként. 1952-től viselte Semmelweis Ignác nevét 2007-ig. Ekkor a két városi

Kórház (Simmelweis és Diósgyőri) összevonásával létrehozták a Miskolci Egészségügyi Központot, mely 2009 márciusában átalakult nonprofit Kft.-vé.

II.1.5.1. Pszichiátriai osztály

1978 óta működik a Pszichiátria önálló osztályként, ezt megelőzően az idegosztály részeként üzemelt. 2008-ig két helyen volt Miskolcon pszichiátriai fekvőbeteg ellátás, a városi és a megyei kórházban. 2008-tól a feladatot a MISEK látja el. Megyei szinten ez az egyetlen pszichiátriai osztály, ahol azonban addiktológiai részleg nincs elkülönítve.

Ellátási területe: B.A.Z. megye. A szolgáltatás elérhetősége folyamatos.

Az osztály vegyes profilú, detoxikáló funkciókat, akut és krónikus pszichiátriai megbetegedésben szenvedőket lát el 170 ágyon, melyből 44 krónikus ágy, 10 addiktológiai ágy, 116 akut ágy. Az akut ágyszám kapacitásuk sokszor kevésnek bizonyul, ennek ellenére az igényeket minden esetben kielégítik. Ahhoz, hogy teljes mértékben ki tudják elégíteni az igényeket, további 20-25 ágyra lenne szükségük.

ÖSSZEGZÉS

Az intézményprofil elemzése során megállapítást nyert, hogy a vizsgált 5 szervezet közül 2 szervezet (Megyei Kórház és MISEK) minimális számban lát el droghasználót kórházi ellátás keretében, míg az Önmegvalósítás Egyesület a szenvedélybetegek közül csak a legális szerhasználókat látja el. Gyakorlatilag Miskolc városában 2 szervezet biztosít drogbetegek részére szolgáltatásokat. A Baptista Szeretetszolgálat EJSZ, mely alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújt, valamint női lakóotthont üzemeltet, a lakóotthonban azonban szintén minimális számban vannak jelenleg az illegális szerhasználók. A Drogambulancia Alapítvány a legnagyobb szervezet, mely a legsokrétűbb szolgáltatási palettát kínálja Miskolcon. Drogbetegek részére alacsonyküszöbű szolgáltatást, ambuláns egészségügyi és szociális ellátást, közösségi ellátást, megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújt, valamint prevenciós, reszocializációs programokat kínál.

A területen dolgozó szervezetek humánerőforrása a jelenlegi szolgáltatások biztosításához elegendő, azonban a szolgáltatások fejlesztésére nem ad lehetőséget.

Az intézmények heti ügyfélfogadási rendje általában hétfő és péntek közé eső napokra esik. Ettől eltérő a két kórház nyitva tartása, ahol folyamatosan fogadják a betegeket, a Baptista Szeretetszolgálat Tücsere-programja szombaton délelőtt is igénybe vehető, valamint a Drogambulancia Alapítvány metadon programja hétfőn és ünnepnapokon napi két órában érhető el.

A kliensek teljesebb ellátása érdekében együttműködő intézmények hálójából látható, hogy az ellátási háló meglehetősen hiányos. A meglévő szolgáltatások a lakosságszámhoz viszonyítva alacsony számúak, az egészségügyi ellátás szinte kizárólag a drogbetegek ambuláns ellátására kor-

látozódnak. Nem biztosított a városban szenvedélybetegek részére nappali ellátás, rehabilitációs lehetőség, félutas ház, védett munkahely, nem működik önszolgáltató csoport.

II.2. A KLIENSEK KIELÉGÍTETT ÉS KIELÉGÍTETLEN SZÜKSÉGLETEINEK VIZSGÁLATA

A megkérdezettek 90%-a elégedett az általa igénybevett szolgáltatással. 10%-uk az eredményesebb ellátás érdekében az alábbi változtatásokat javasolja.

Meglévő szolgáltatások és programok elérhetőségével kapcsolatban az alábbi igények jelentek meg:

– metadon-programba való könnyebb bekerülés

Az intézményi adatlapon jelzett probléma a klienskör számára is érzékelhető. A metadon-programba való bekerülés várakozási ideje hosszú.

– rugalmasabb időpontok

A szolgáltatások időbeni elérhetősége korlátozott.

Új szolgáltatások iránt igényként merült fel:

- lakás és munkahely biztosítása

A válaszok arra utalnak, hogy a megkérdezettek az általuk igénybe vett szolgáltatást bővítenék szociális szolgáltatásokkal.

A kliensek a városban elérhető szolgáltatásokat ismerik.

A megkérdezettek az alábbi szenvedélybetegekkel foglalkozó szolgáltatásokat jelölték meg:

- drogambulancia
- tőcsere-program
- detoxikáló
- közösségi ellátás

A megkérdezettek 17%-a jelölt meg olyan hiányzó szolgáltatást, amely számára fontos

- kórházi ellátás
- rehabilitáció
- önszolgáltató csoport
- táborozás, kirándulás
- gyermekfelügyelet
- lelki segítségnyújtás

Kielégített és kielégítetlen szükségletek

A klienselégedettség mérés eredményei alapján a különféle szolgáltatásokat igénybevevők nagyrészt elégedettek a kapott szolgáltatások minőségével, elérhetőségével, a szakemberek szakmai felkészültségével. A kielégítetlen szükségletek tekintetében a metadon programba való bekerülés nehézsége

okoz problémát. Hiányzó láncszemként jelölték meg a kórházi ellátást, valamint olyan szolgáltatásokat, melyek egy részét nappali ellátás keretében lehetne biztosítani.

II.3. FÓKUSZCSOPORTOK

A szenvedélybetegek ellátásával közvetlenül nem foglalkozó, de velük kapcsolatba kerülő helyi egészségügyi, szociális és egyéb intézmények szakemberei tapasztalataikat fókuszcsoporthoz vitatták meg.

A fókuszcsoporthoz beszélgetésen a kábítószer-probléma nagyságára és a probléma okaira vonatkozó ismeretek jelentős hiányossága volt tapasztalható a munkájuk során ezzel a problémával kapcsolatba kerülő szakemberek között. Emiatt a képzés/továbbképzés alapvető szükségletnek látszik. A résztvevők úgy látják, a kábítószer-probléma csökkentésére irányuló tevékenységek nem elég hatékonyak, az erőforrások egy részét eredménytelenül használják fel. Egyöntetű véleményként lehet továbbá megfogalmazni, hogy tapasztalataik szerint az intézményrendszer nem illeszkedik eléggé a kábítószer-fogyasztás kezeléséhez és a fogyasztók ellátási szükségleteihez.

II.4. REJTŐZKÖDŐ SZERHASZNÁLÓK FELTÉRKÉPEZÉSE

A rejtőzködő marihuána- valamint intravénás droghasználók elérése nehézségekbe ütközött, elsősorban személyes ismeretségen keresztül lehetett őket felkutatni. A rejtőzködő marihuána fogyasztók 45%-a nem érzi szükségét, hogy szerfogyasztása miatt kezelő intézményhez forduljon. Kiemelkedően magas arányban jelölték meg, hogy szerhasználatuk miatt családi problémáik, konfliktusaik vannak. Hatékonyabb elérésük érdekében célszerű lenne a családokat elérő szolgáltatások fejlesztése.

A rejtőzködő intravénás szerfogyasztókra nem jellemző az utcai fogyasztás, szálláskörülményeik nagyrészt rendezettek. Kezelési igényként az opiát-használók részéről a metadon program merült föl. Viszonylag magas azoknak az aránya, akik a szubsztitúciós szereket a feketepiacon szerzik be. A megkérdezettek több mint 50%-a mutat hajlandóságot a változásra, de még nem keresett fel segítő intézményt, szervezetet.

III. KONKRÉT CÉLOK A HELYI FEJLESZTÉSRE VONATKOZÓAN

III.1. ALACSONYKÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁS FEJLESZTÉSE

Miskolc városában a már működő alacsonyküszöbű szolgáltatások mellett további két szolgáltatás létrehozása:

- a) Miskolc város nyugati részén (Vasgyár) – fő probléma: szerves oldószer

használók (szipusok) nagyszámú megjelenése, itt a helyzetet a mély-szegénység problémájával együtt kell kezelni

- b) Belvárosi-lakótelep – fő probléma: serdülőkorúak intravénás droghasználata

Az alacsonyküszöbű kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket az igénybe vevőkkel szemben, a szolgáltatás igénybevételének szinte nincs feltétele. A szenvedélybetegségek ártalmait csökkentő, pszichoszociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások térítés nélkül, könnyen elérhetőek, akár a szolgáltatás kihelyezésével, mobilizálásával is sokak által igénybe vehetők.

Az ellátás során nincsenek szigorú elvárások, terápiás szerződések, nem követelmény az absztinencia, nem feltétel a betegbiztosítás (TAJ-kártya), a szolgáltatást igénybevevő akár nevének közlése nélkül is kaphat segítséget. Az alacsonyküszöbű intézmény az, ahol a változást igénylő szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdők, kortársaik, hozzátartozóik, közvetlen szociális környezetük szolgáltatásban részesül.

A szolgáltatások célja a szenvedélybetegek, az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, a változás elindítása és segítése. Célcsoportjaik között egyaránt megtalálhatóak a deviáns életvitelű fiatalok, a nehezen elérhető és magas kockázatú csoportok.

Az alacsonyküszöbű intézmények, szolgáltatások sajátos módszerei, eszközei, eljárásai alkalmasak lehetnek az igénybevevő súlyosabb testi-lelki károsodásainak, szociális és egyéb veszteségeinek megelőzésére, aktuális állapotának szinten tartása, javítására, további szolgáltatások igénybevételének motiválására.

III.1.1. Megkereső munka fejlesztése

Amfetamint, mefedront, szerves-oldószert szerhasználók elérése

A megkereső munka olyan segítő tevékenység, amelynek célja az ellátási területen élő, vagy ott életvitszerűen tartózkodó, vagy az ellátási területen meghatározott céllal megjelenő, „rejtőzködő” – segítő intézménnyel kapcsolatot nem tartó droghasználó egyénnel, csoportokkal, közösségekkel történő – kapcsolatfelvétel.

A kapcsolatfelvétel célja a nehezebben elérhető csoportok ellátása, annak érdekében, hogy felmérhetőek legyenek a szükségleteik, és meghatározhatóak legyenek az e szükségletekre adható segítői válaszok.

III.1.2. Parti szerviz megszervezése és működtetése

A parti szerviz olyan segítő tevékenység, amelynek célja a biztonságos szórakozás és a biztonságos táncolás elősegítése az elektronikus zenei par-

tiken. A parti szerviz szolgáltatásai a szermentes, a szereket kipróbáló, alkalmi és rekreációs használó egyéneket és csoportokat egyaránt célozzák. A szolgáltatások elsősorban a droghasználatból adódó fizikai és pszicho-szociális ártalmak csökkentésére irányulnak.

A parti szerviz legfőbb szolgáltatásai:

- biztonságos szórakozás szemléletmódjának átadása
- pihenési lehetőség biztosítása
- a célcsoport szükségletei szerinti, a droghasználat ártalmait csökkentő információk megadása
- a célcsoport ellátása a droghasználat ártalmait csökkentő információs anyagokkal, egyéb ártalomcsökkentő eszközökkel
- a célcsoport tagjainak informálása, tájékoztatása a problémáikkal foglalkozó egészségügyi, szociális intézmények szolgáltatásairól,
- szükség szerint az intézményi szolgáltatások elérésének elősegítése,
- krízisintervenció

III.1.3. Drop In („toppanj be”) helyiség kialakítása

A Drop In (megpihenő klub/kontaktklub) elsősorban szerhasználó szenvedélybetegek számára minimális elvárások mellett biztosít pihenési, józanodási lehetőséget. A Drop In programjai kiegészülhetnek a pszichoaktív anyaghasználat ártalmainak mérséklésére irányuló további szolgáltatásokkal.

A szolgáltatás tartalma:

- melegedő, pihenő funkció
- intoxikált kliensek számára józanodási lehetőség biztosítása
- elsősegély (lásd a megkereső munkánál leírtakat!)
- testi/lelki krízis-menedzselés
- információnyújtás (segítő intézményekről)
- szociális segítség

III.2. NAPPALI ELLÁTÁS KIALAKÍTÁSA

Miskolc városban nem működik szenvedélybetegek nappali ellátása.

Az ellátás célja: a szenvedélybetegek komplex pszicho-szociális rehabilitációjának segítése, önszegítő aktivitásuk támogatása, az integráció és reintegráció, valamint a társadalmi kirekesztettség megakadályozása, a kliens környezetében élők – a társadalom – negatív attitűdjének megváltoztatása.

Nappali megnevezés arra utal, hogy adott helyiségben napközbeni ellátásokat nyújt szenvedélybetegek részére. Fontos, hogy ezek a szolgáltatások a kliensek széles köre számára legyenek elérhetőek, és a szenvedélybetegségből adódó sokrétű problémára egyéni megoldások megtalálását segítse elő.

A szer vagy viselkedési addikció hatásaiban nemcsak az azzal élő, visszaélő egyén érintett, hanem a családtagjai, a szűkebb, tágabb környezete is, ezért a szolgáltatásoknak nem elég csak az egyént megcélózni, hanem a környezetében élők számára is elérhető ellátásokat kell biztosítani a szenvedélybetegek nappali ellátása keretében.

A szolgáltatás egyéni szükségletekre alapozott, hosszabb távú ellátásokat kínál, amely nagymértékben épít a kliensek aktív és felelős részvételére, valamint a nyitott programokon résztvevők kooperatív készségére.

III.3. ÖNSEGÍTŐ CSOPORT LÉTREHOZÁSA, TÁMOGATÁSA

Az önszegítő csoportok a kölcsönös segítségre és egy speciális cél elérésére alakult önkéntes kiscsoport struktúrák. Azonos élethelyzetű emberek hozzák létre, egymás kölcsönös segítésére. Az önszegítő csoportok társulásának célja egy közös szükséglet kielégítése, közös egészségkárosodás vagy probléma leküzdése, a kívánt társadalmi illetve személyes változás előidézése. Az önszegítő csoportok szemtől szembeni interakciókat, a tagok személyes felelősségét hangsúlyozzák, anyagi segítséget és érzelmi támogatást egyaránt nyújtanak egymásnak.

III.4. KÖZÖSSÉGI TÉR KIALAKÍTÁSA

Pláza projekt és alternatíva típusú szolgáltatások kiépítése. A közösségi tér a helyi lakosok szabadidejének aktív, közösségben történő eltöltését szolgálja, közösségi programoknak biztosít helyszínt, a közösségek aktivitását segíti elő, közösségi funkciókat lát el. A helyi közösségi erőforrásokra támaszkodva segítik elő a szerhasználattal szembeni vonzó alternatívák biztosítását, illetve biztosítják a segítő szolgáltatásokhoz való eljutás lehetőségét.

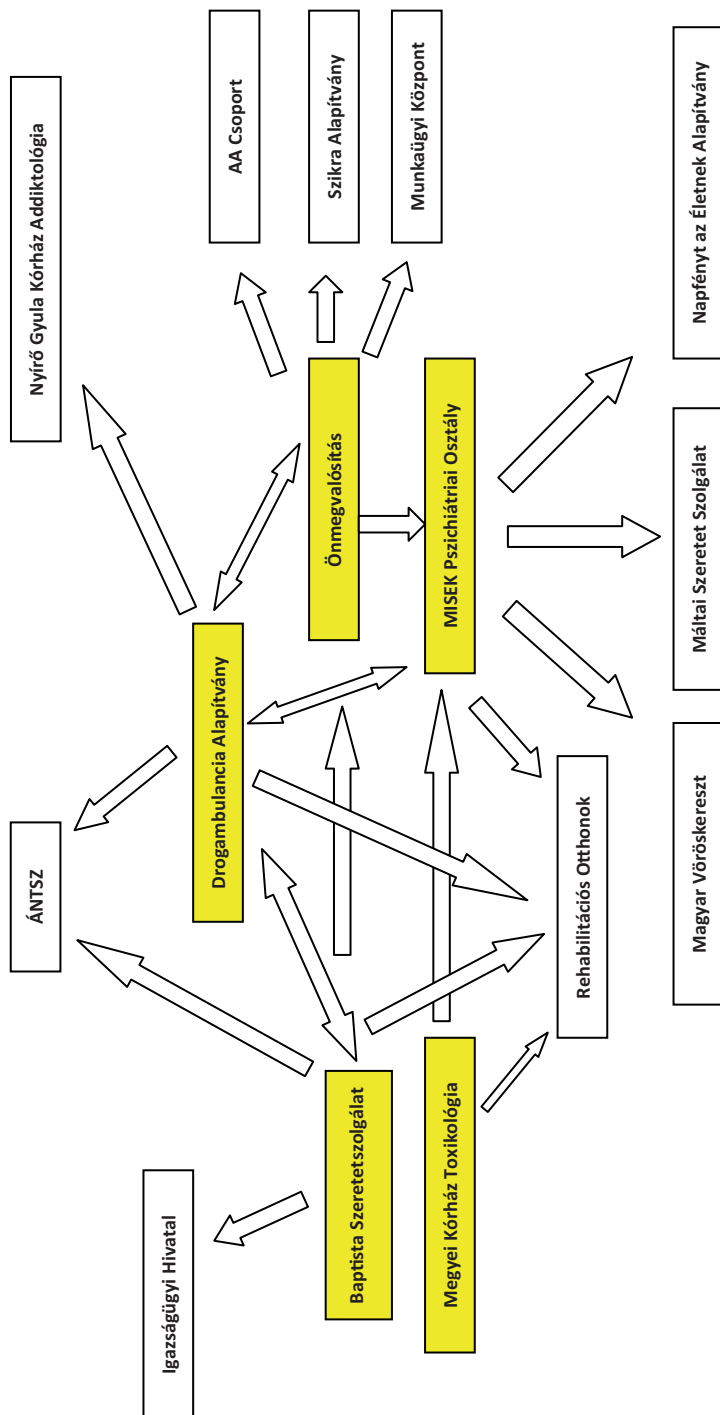
III.5. KORAI KEZELÉSBE VÉTEL FEJLESZTÉSE

Az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek érzékenyítése a drog-probléma iránt.

Az egészségügyi alapellátásban a minimális intervenció gyakorlata alig terjedt el, a háziorvosok többsége nem törekszik aktívan a szenvedélybetegek azonosítására, a betegek informálására és szakemberhez való irányítására, holott ezeknek a hatásossága bizonyított és tömeges alkalmazásuk társadalmi szinten is képes lehet a probléma kiterjedtségét befolyásolni.

A fejlesztés érdekében az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek ismereteinek bővítése.

IV. ELLÁTÁSI HÁLÓ



V. CÉLOK ÉS AZ ELLÁTÁSI TÉRKÉP ÖSSZEVETÉSE

Az ellátási hálóból megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) a régióban nem épült ki. A szolgáltatások terén az egészségügyi és a szociális szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

A hiányzó szolgáltatások a már meglévő szolgáltatók infrastrukturális fejlesztésével alakíthatók ki.

Fejlesztési célok	A szolgáltatás elérhetősége (elérhető: X)	Megvalósításban bevonható egységek	Feladatok
Alacsonyküszöbű szolgáltatás	X	Baptista Szeretetszolgálat Drogambulancia Alapítvány	2 új szolgáltatás kialakítása
Megkereső tevékenység	X	Baptista Szeretetszolgálat Drogambulancia Alapítvány	A megkeresést végző szakemberek számának bővítése
Parti szervíz			Szakmai megvalósító felkutatása
Drop In		Baptista Szeretetszolgálat	Személyi és tárgyi feltételek megteremtése
Nappali ellátás		Baptista Szeretetszolgálat Drogambulancia Alapítvány	2 szolgáltatás személyi és tárgyi feltételeinek megteremtése, engedélyeztetés
Önsegítő csoport		Önmegvalósítás Egyesület	Szakmai segítség nyújtása
Közösségi tér		Baptista Szeretetszolgálat	Személyi és tárgyi feltételek megteremtése
Korai kezelésbe vétel		KEF	Információnyújtás, felvilágosítás

A HELYI SZÜKSÉGLETFELMÉRÉSEK ÉRTÉKELÉSE

Márványkövi Ferenc és Rácz József

BEVEZETÉS

A tanulmány a négy városban/régióban (Miskolc, Dunaújváros, Észak-Pest és Észak-Buda) végzett szükséglet-meghatározásokat tekinti át; azt vizsgálja, hogy a szükséglet-meghatározás során kapott eredmények mennyire:

- hasznosíthatóak
- elfogadottak.

A hasznosíthatóság és az elfogadottság azt jelenti, hogy sikerült-e adatokat kapni arról, hogy az adott régióban milyen szükségletek vannak a droghasználattal összefüggésben; ezeket a meglevő ellátórendszer mennyiben képes kielégíteni, milyen kielégítetlen szükségletek vannak és végül, ezekre az eredményekre alapozva elvégezhető-e egy olyan vizsgálat, ami a kielégített és a kielégítetlen szükségletek közötti különbségek kezelését hivatott ellátni. A tanulmány céljai érdekében áttekintjük a szükséglet-meghatározás fontosabb fogalmait, a szükséglet-meghatározás folyamatát és a tanulmányban követett elemzési rendszert.

A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS FOLYAMATA

A tanulmány kiindulópontjai: a szükséglet-meghatározás¹

A szükséglet-meghatározás kulcsfontosságú annak megállapításában, hogy a szolgáltatások spektruma és kapacitása rendelkezésre áll-e, valamint, hogy ezek a droghasználók és hozzátartozóik részére hozzáférhetők és elérhetők-e egy adott földrajzi területen. Így a szükséglet-meghatározás:

- azonosítja a célpopulációt és annak szükségleteit egy adott földrajzi területen,
- felállítja a szükségletek prioritását annak érdekében, hogy jobban lehessen a helyi szolgáltatásokat tervezni vagy a forrásokat hatékonyabban hozzárendelni a szolgáltatásokhoz,
- a szükségletfelmérésből származó tapasztalatok alapján szolgáltatás-fejlesztési tervet készíthetünk, amely tartalmazza, hogy az azonosított szükségleteket milyen módon fedjük le szolgáltatásokkal,
- a szükséglet-meghatározás hosszú távú következménye lehet – feltéve, hogy a megtervezett és működtetett szolgáltatások valóban a szükség-

Itt a Paksi és Felvinczi (szerk.), 2010: Kézikönyv-re utalunk, illetve onnan vettünk át néhány elemet.

lETFELMÉRÉSI tapasztalatokra reflektálnak -, hogy a droghasználók és hozzátartozóik ellátási szükségletei kielégülnek, vagy hatékonyabban elégülnek ki,

- a szükséglet-meghatározás nyomán megvalósuló szolgáltatásfejlesztés, illetve szolgáltatáskoordináció révén elérhetjük, hogy a droghasználókat célzó beavatkozások tekintetében megfelelő egyensúlyt teremtsünk a prevenció, az ártalomcsökkentés, az egészségügyi kezelés és a szociális ellátások között.

A szükséglet-meghatározás és az ellátás-tervezés, -fejlesztés együttes értelmezése nem szokványos a magyarországi ellátás fejlesztési gyakorlatban, az ugyanis általában nem alulról építkezik, a létrejövő, illetve folyamatosan, szerencsés esetben normatív alapon finanszírozott szolgáltatások, ellátások sokkal kevésbé a szükségletekre, mint inkább az intézményi hagyományokra, illetve a rendelkezésre álló forrásokra reflektálnak.

A szükséglet-meghatározás definíciója

A szükséglet-meghatározás olyan szisztematikus eljárás, amelynek során (1) azonosítjuk és részletesen jellemezzük a célpopulációt, (2) a célpopuláció egészségi állapotával és tágabb értelemben életminőségével kapcsolatos kielégítetlen szükségleteit, (3) az egészségügyi és szociális ellátással kapcsolatos szükségleteit, (4) adott szempontrendszer mentén jellemezzük a rendelkezésre álló szolgáltatásokat; majd (5) javaslatokat fogalmazunk meg a kívánatos változtatások tekintetében, annak érdekében, hogy az előbbiekben említett szükségletek kielégíthetők, illetve lefedhetők legyenek. Fontos megjegyezni, hogy ebben az általános megfogalmazásban nincs különbség azok között, akik nincsenek ellátásban, és azok között, akik ellátásban vannak, de bizonyos szükségleteik az adott ellátórendszerben lefedetlenek.

Az szükséglet-meghatározás egy másik irányú definíciója annak folyamat-jellegét és bizonyos kimenettel rendelkező tulajdonságát állítja előtérbe; egyben utalva arra, hogy önmagában szükséglet-meghatározást nem érdemes végezni, hanem csak egy ellátás-szervezési, minőségfejlesztő folyamat részeként.

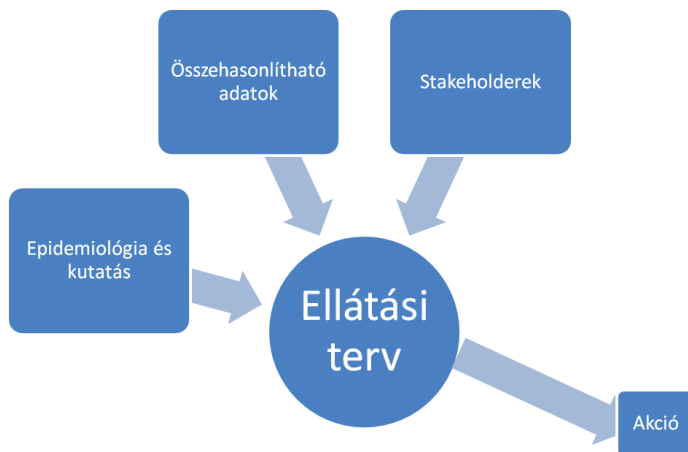
A szükséglet-meghatározás céljai

A hatékony szükséglet-meghatározáshoz fel kell mérni a következőket:

- mi az, ami működik a droghasználókat ellátó szolgáltatásokban és milyen kielégítetlen szükségletek maradnak a rendszeren belül?
- hol vannak azok a pontok, ahol a rendszer nem képes „kötni” és bent tartani a klienseket?
- milyen rejtett droghasználó populációk vannak (beleérve a drogstratégia által körülhatárolt vulnerábilis csoportokat is), és azoknak milyen a kockázati profiljuk?

- az ellátórendszerben kik vagy melyek az „előremozdító” és kik vagy melyek a „blokkoló” ágensek?
- milyen kapcsolat van az ellátásba kerülés és a kockázati helyzet között, amit a drogstratégia szeveritásnak nevez?

A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS FORRÁSAI ÉS FOLYAMATA AZ ELLÁTÁSI TERV KÉSZÍTÉSEL:



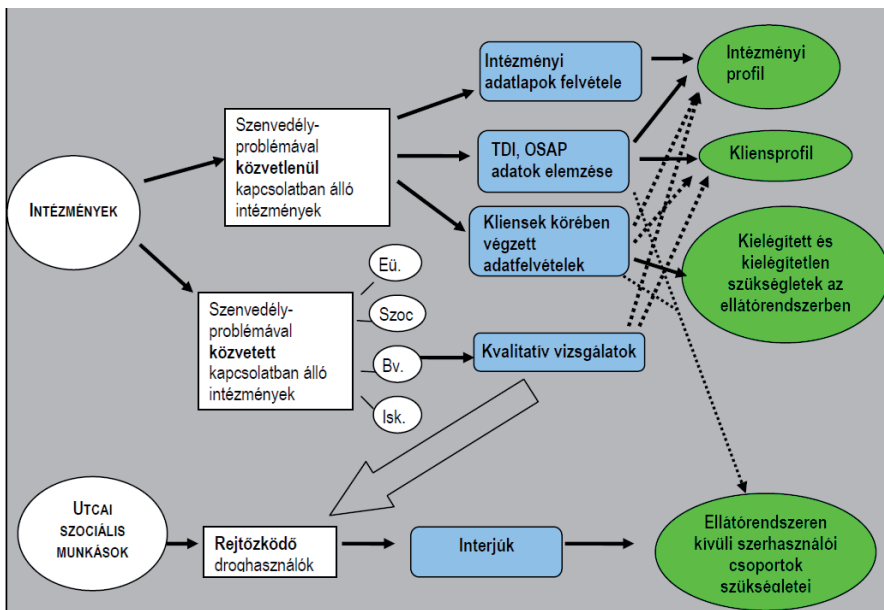
A folyamat lépései

1. A rendelkezésre álló információk áttekintése: ehhez az információk mellett tudnunk kell, hogy azok honnan származtak (megbízhatóság, érvényesség), valamint milyen szempontból, milyen elvek szerint fogjuk ezeket áttekinteni.
2. A „kielégített” igények feltárása: itt olyan droghasználókról van szó, akik már bekerültek valamilyen ellátásba. Ennél a lépésnél történik meg a *kezelőrendszer feltérképezése*, valamint a *kliens-profilok* megalkotása.
3. „Kielégítetlen” szükségletek feltárása: azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni.
4. A szükséglethordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező populáció feltérképezése: itt az ellátórendszeren kívüli, rejtőzködő szerhasználókról van szó.
5. Hiányelemzés: az ellátórendszer hiányainak elemzése a szakértői munkacsoport és – amennyiben létrejött –, a felügyelő bizottság tagjai segítségével történik. A sikerességnek és az eredményességnek akkor a legnagyobb az esélye, ha minél inkább sikerül egy-egy földrajzi területen a célcsoportok meghatározása, majd e csoportok szükségleteinek feltárása az alábbi szempontok szerint csoportosítva:

- az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek: a droghasználat kockázatainak megelőzése és csökkentése (pl. fertőző betegségek); az általános egészségi állapot javítása;
 - addikció-specifikus szükségletek: a szerhasználat megelőzése, az ártalmak csökkentése, illetve a szerhasználat miatti kezelések, utókezelés, gondozás, utánkötés;
 - lakhatással kapcsolatos szükségletek: ideiglenes vagy tartós lakhatási lehetőségek biztosítása, krízis, illetve az ellátás idején, illetve annak befejezését követően;
 - foglalkoztatási szükségletek: az alapkészségek fejlesztésétől (általános iskolai követelmények) a specifikus, a munkaerő-piaci pozíció javítását célzó képzésekig, illetve átképzésekig; fontos része e szükségleteknek a munkaerő-piaci helyzetben bekövetkezett változások követése és a beilleszkedésben való segítségük;
 - a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek: jogsegélyszolgálat, a büntetésüket töltők kezelési igényei, a felfüggesztett vagy próbára bocsátottak, illetve az „elterelt” kezelési vagy más ellátásbeli szükségletei; a büntetés végrehajtó intézményekből szabadultak speciális reintegrációs szükségletei.
6. A tapasztalatok értékelése és a fejlesztési prioritások meghatározása.

A szükséglet-meghatározás összetevői

Az integrált addiktológiai ellátási modalitások kialakítását célzó helyi szükséglet-meghatározás folyamatábrája: célcsoportok, módszerek, outputok (*Paksi és Felvinczi, 2010, 23. o.*)



A tanulmány felépítése

A tanulmányban a négy régióban végzett szükséglet-meghatározások eredményeit értékeljük. Az értékelés során bemutatjuk, hogy az adott régióban milyen a droghasználattal kapcsolatos problémák percepciója – ez elsősorban ott mond értékelhető eredményeket, ahol az intézményrendszer kevésbé kialakult és nincsenek speciális, a droghasználókat célzó szolgáltatások, vagy csak kevés van belőlük. Ezután áttekintjük a régiók beszámolóit, valamint az intézményi adatlapok (data information map) alapján a régió ellátó szervezeteinek jellemzőit, az ellátási térképet (ha ezt a szó szoros értelmében nem is tudjuk mindig megrajzolni), majd a kliens profilok következnek. A kliens profilok az ellátott szükségletekre világítanak rá az ellátott droghasználó csoportok vonatkozásában. Egy következő pontban megvizsgáljuk, hogy maguk a kliensek mennyire érzik szükségleteiket ellátottnak, erre a kliens elégedettségi vizsgálatok eredményeiből következtethetünk. Áttekintjük a régiókban folytatott, a rejtőzködő droghasználókat célzó vizsgálatok eredményeit: ezek az ellátáson kívüli csoportok szükségleteit mutatják meg, amelyek az ellátástervezésben kell, hogy szerepet kapjanak. Értékeljük a helyi szükséglet-meghatározás folyamatát: maga a folyamat (és annak egyes elemei, szereplői) mennyire alkalmas arra, hogy releváns eredményeket kapjunk, és ezek az eredmények mennyire hasznosíthatóak egy ellátás-tervezési folyamatban, illetve mennyire elfogadottak a helyi szakemberek, stakeholderek számára.

Az elemzésnél az előzőekben bemutatott lépések értékeléséhez intézményi adatokat (az intézményről, illetve a szolgáltatásról), a kliensek jellemzőit, elégedettségüket, valamint a rejtőzködő szerhasználókra vonatkozó kérdőíves, illetve adatlapos vizsgálatokból származó és az OSAP és TDI adatokat használtuk fel. Ha más adatforrást is felhasználtunk, azt jelezni fogjuk.

Minden régióban készültek fókuszcsoportos vizsgálatok, ezek a szükséglet-meghatározás egy-egy stádiumát vagy a folyamat egészét vizsgálták. E csoportok jegyzőkönyveinek kvalitatív elemzése szintén hozzájárult az előzőekben bemutatott szükséglet-meghatározás árnyaltabbá tételéhez, annak eldöntéséhez, hogy a rendelkezésre álló adatok mennyire állnak össze egy használható, koherens rendszerré, vagy pedig, ha hiányosságokat tapasztaltunk az adatok szintjén, akkor annak megállapítására, hogy ez minek volt köszönhető. Kvalitatív információkat azonban nemcsak a fókuszcsoportokból, hanem más módon is szereztünk: az intézményleírásokban, a kliens profilban, a rejtőzködő droghasználókat célzó kutatások beszámolóiban találtunk olyan, nem számszerűsíthető adatokat (véleményeket, értékeléseket, megjegyzéseket), amelyek szintén alkalmasak voltak arra, hogy egy-egy régióban a kapott képet árnyalják, a nyert adatok értelmezését elősegítsék.

A tanulmányban az eredmények hasznosságának és az elfogadottságának bemutatásához a szükséglet-meghatározás logikáját és lépéseit követtük.

Ki végezze a szükséglet-meghatározást?

- *akik ismerik a problémát:* szolgáltatók, kutatók;
- *akik „törődnek” ezekkel a problémákkal:* a célpopuláció tagjai, szolgáltatók, a helyi közösség szereplői;
- *akik változtatni tudnak:* szolgáltatás szervezők és a szolgáltatások vezetői, a policy-ért felelős döntéshozók.

Hiányanalízis

A kapott adatok mennyire használhatók az ellátott és a nem ellátott szükségletek közötti hiány feltérképezésére, illetve lehetséges-e az ellátás-tervezés és -fejlesztés érdekében felhasználni a kapott adatokat. Ezt a rendelkezésre álló adatok alapján nem minden régióban lehetett elvégezni.

A szükséglet-meghatározás összetevői

A szükséglet-meghatározás folyamata a következő elemekből áll:

- *helyi folyamatot* kell létrehozni, amely a meghatározás hajtóereje,
- *szolgáltatás-térkép* elkészítése, valamint a kliens-profil meghatározása,
- az *ellátórendszeren kívüli szerhasználói csoportok* szükségleteinek és ártalmainak meghatározása,
- e szükségletek értelmezése: ez már a *szakértői csoport* bevonásával történik, az értelmezés a következtetésekhez – a szolgáltatásfejlesztéshez – vezet,
- *értékelés és prioritás: hiányanalízis,*
- *ellátási terv* készítése, majd ennek végrehajtása, a szükséges forrásallokációval együtt.

1. MISKOLC

A PROBLÉMA ÉSZLELÉSE

A helyi kutatásokat bemutató tanulmány alapján jól látszik, hogy Miskolcon a különböző egészségügyi, szociális, gyermekjóléti, büntető-igazságszolgáltatási, oktatási intézményekből kikerülő, illetve más szereplők ismerik a város drogproblémáit, azokat a területeket is, ahol ez a probléma fokozottan jelentkezik. A droghasználók számának becslésében, a súlyossági fokozatokban, a vulnerábilis csoportok nagyságára vonatkozóan azonban nagyon eltérő adatok, illetve vélemények jelentek meg.

A fókuszcsoportos beszélgetések fontos tapasztalata a kábítószer-problémával kapcsolatos ismeretek súlyos hiánya a munkájuk során ezzel a problémával kapcsolatba kerülő szakemberek között. Emiatt a képzés/továbbképzés alapvető szükségletnek látszik. A másik fontos „üzenet”: a résztvevők úgy látják, a kábítószer-probléma csökkentésére irányuló tevékenységek nem kellően koordináltak, az erőforrások egy részét eredménytelenül használják fel.

A fókuszcsoport-résztevők az adatgyűjtéssel kapcsolatban teljesen kaotikus állapotokról beszéltek. Folyamatos bizonytalanságot jelentett számukra, hogy mit is kezdenek ezekkel az adatokkal, „mi is a megbízás, mit is akarunk...?” Szinte egyáltalán nem voltak bevonhatók a munkába a házi orvosok, védőnők. A kutatás hozadéka, hogy „lett egy csapat, kialakult egy hatékonyabb kommunikáció, mely alapvetően más, ahogy a KEF működik”. A helyi szakértők szerint gyermek-ifjúsági adatokra, illetve bűncselekményekkel kapcsolatos adatokra lett volna még szükség. Fontos lenne tudni, hogy ezen adatok mennyiben határozzák meg az ellátás alakulását (legális, illegális szerek).

Azonosított intézmények: ellátási térkép

A kutatási beszámoló három szakosított intézményt említ, melyek a kábítószer-fogyasztók kezelésével közvetlenül kapcsolatba hozhatók. A beszámoló megállapítja, hogy az ellátási spektrum fontos intézményei hiányoznak.

A drogbetegek ellátásában közvetlenül részt vevő intézmények:

1. Drogambulancia Alapítvány
2. Önmegvalósítás Egyesület
3. Baptista szeretetszolgálat
4. B.A.Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft.
5. MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft.

AZ ELLÁTÓRENDSZER LEÍRÁSA

Szolgáltatási spektrum

Az intézményprofil elemzése során a drogbeteg-ellátással közvetlenül kapcsolatba kerülő intézmények kerültek áttekintésre. 5 szervezetnél vettek fel intézményi adatlapot. 2 szervezet minimális számban lát el droghasználót kórházi ellátás keretében, míg az Önmegvalósítás Egyesület szenvedélybetegek közül csak legális szerhasználókat lát el. Miskolc városában 2 szervezet biztosít drogbetegek részére szolgáltatásokat. A Baptista Szeretetszolgálat alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújt, valamint női lakóotthont üzemeltet, a lakóotthonban azonban minimális számban vannak jelenleg az illegális szerhasználók. A Drogambulancia Alapítvány a legnagyobb szervezet, mely speciális szolgáltatások kínál Miskolcon. Drogbetegek részére alacsonyküszöbű szolgáltatást, ambuláns egészségügyi és szociális ellátást, közösségi ellátást, megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújt, valamint preventív és reszocializációs programokat kínál. Nem biztosított a városban szenvedélybetegek részére nappali ellátás, rehabilitációs lehetőség, félutas ház, védett munkahely, nem működik önsegítő csoport, és nincsenek bűnmegelőző programok. Az opiát szubsztitúció folyamata feltáratlan maradt.

A nem speciálisan kábítószeres ellátórendszerben kezelt kliensek körében ellátott szerhasználók arányát célszerű lehet meghatározni az ellátórendszer alaposabb megismerése érdekében.

A tipikus betegutak azonosításra kerültek, ellátási térkép megrajzolása megtörtént. Az ellátási térképet a szakemberek, szolgáltatók munkatársai elmondása alapján rajzolták meg. Ilyen formában is igen hasznos, további kutatás alapját képezheti, de elsősorban kvalitatív forrásnak tekinthető.

Elérhetőség, hozzáférhetőség:

A szolgáltatási spektrum – bár nem tekinthető teljesnek – több ellátást is kínál. Nem egyértelmű azonban ezeknek a szolgáltatásoknak a területi illetékessége. A beszámoló említi, hogy elterelésre két megyéből is érkeznek kliensek. A tűcsere és a megkereső munka jellegénél fogva lokális. A járóbeteg szakellátás szolgáltatásait feltehetően a környező városokból érkező kliensek is igénybe veszik. A rehabilitáció és az említett női lakóotthon regionális, ill. országos hatáskörű. Ez megnehezíti a feltárt lokális kielégítetlen szükségletek és a heterogén földrajzi illetőségű kielégített szükségletek összehasonlítását.

A szolgáltatások nagy részénél nem olvashatunk kapacitásbeli problémát, kivéve a pszichiátriai osztályos ellátás esetében (várólista). Több esetben szükség lenne ugyanakkor több szakemberre, így szakorvosra, addiktológiai konzultánsra és szociális munkásra, egyebek mellett. A továbbképzés több esetben megoldatlan. A kutatás kitér a nyitva tartásra, a megközelíthetőséget egy helyen problémaként említi, de alaposabb jellemzésre nem vállalkozik. A hozzáférés, kezelésbe kerülés akadályainak részletesebb ismertetése további munkát igényel.

AZ ELLÁTÓRENDSZER EGYES INTÉZMÉNYEINEK LEÍRÁSA

Drogambulancia Alapítvány

Szolgáltatások: A szervezet több programot is működtet:

(1) A drogambulancia biztosít állapotfelmérést, tanácsadást, szakorvosi konzultációt, szociális és pszichés tanácsadást, pszichoterápiát és jogi tanácsadást. A ellátásokat egyéni és csoportos formában is igénybe lehet venni. A drogambulancia az elterelés egészségügyi típusait is biztosítja: kábítószer-függőséget gyógyító kezelést és kábítószer-használatot kezelő más ellátást nyújt, az állapotfelmérést a kliensek helyben igénybe vehetik. Az ambulancia a szociális és munkaügyi ellátórendszer igénybevételével kapcsolatosan teljes körű tanácsadást és segítségnyújtást végez. Hozzá tartozói konzultáció igénybe vehető. Egészségügyi szolgáltató lévén biztosítottak az általános egészségügyi szűrés és a fertőző betegségekre irányuló szűrővizsgálatok.

(2) TÁMOGAT-LAK néven működik az alapítvány közösségi ellátásra szakosodott programja. A program egyéni konzultáció formájában elsősorban

relapszus prevenciót, krízisintervenciót, tanácsadást kínál, működik hozzátartozói konzultáció is.

(3) TÁM-PONT néven működik a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása. Szolgáltatásaik kiterjednek az állandó telephelyű tűcserére, automata üzemeltetésére és a megkereső munka biztosítására. Nyújtanak szűrési lehetőséget (HIV, HCV, HBV), folytatnak tanácsadást (jogi és szociális ellátásokkal kapcsolatosan, életvezetési tanácsok) és a szexuális magatartás fejlesztésére irányuló tanácsadást és kondomosztást is végeznek.

Elérhetőség, hozzáférhetőség:

(1) A drogambulancia nyitva tartása áttekintésre került, célcsoportjai meghatározásra kerültek. Az ambulancia ellátási területe kiterjed a teljes megyére, de klienseket az ország egész területéről fogad. A kliensek ellátása folyamatos, a kapacitások elégségesek (40 fő per napi kapacitással), várólista csak a szubsztitúciós kezelés esetében van. Az ambulancia célcsoportjában nevesítve az illegális szerhasználók, a szerves oldószer használók és a játék-szenvedéllyel küzdők szerepelnek. A kliensek fele problémás szerhasználónak tekinthető.

(2) A közösségi ellátást nyújtó program nyitva tartását rögzítették, a kapacitásai (5 fő per nap) elmondásuk szerint elégséges. A szolgáltatások klienseinek mintegy fele problémás szerhasználó, elsősorban rendszeres opiát-, kannabisz- és politoxikomán szerhasználók. Várakozási idő nincs, az ellátás folyamatos.

(3) Az alacsonyküszöbű ellátás nyitva tartása bemutatásra került. Nem ismert, hogy elhelyezkedése, megközelíthetősége megfelel-e a klienseknek, de a megkereső munka és az automata feltehetően javítja az elérhetőséget. A napi szinten 15 kliens ellátásra alkalmas program által nyújtott ellátás folyamatos, várólista nincs. A beszámoló szerint a megkérdezettek a felmerülő igényeket ki tudják elégíteni.

Folyamatértékelés:

(1) Folyamatértékelést az intézmény eddig nem hajtott végre. A drogambulancia szakembergárdáját bemutatták, továbbképzés a beszámoló szerint biztosított. A szakszemélyzet száma a kutatás szerint csak részben elégséges, szükséges lenne a szakorvosi és a nem szakorvosi (pszichológus, szociológus) munkaórák növelésére is. A drogambulancia az anamnézis felvétele után egyénre szabott kezelési tervet készít. Szerződésről nem esik szó.

(2) A szolgáltató vagy a kutatás folyamatértékelést nem hajtott végre. A program személyi összetétele bemutatásra került, a beszámoló szerint a személyi állomány összetétele és száma megfelelő a program zavartalan működtetéséhez. Kontaktus alapú adatgyűjtés zajlik a működésről, kezelési terv minden esetben készül.

(3) Az alacsonyküszöbű program folyamatértékelést nem végzett, a kutatás ilyen elemeket nem tartalmazott. A program kliens- és kontakthalapú adat-

gyűjtést is végez. A program személyzete, a munkaórák bemutatásra kerültek. A szolgáltató annak összetételét megfelelőnek ítéli.

Eredményértékelés:

(1) A kutatási beszámolóban a drogambulancia esetében szerepel, hogy a kliensek kb. 70%-a ismételten kezelésre jelentkezik. Az ellátásból kilépők 40%-a zárja sikeresen a programot, továbbutalás az esetek 20%-ára jellemző. A kliensek 10%-ával a kilépés után sem szakad meg a kapcsolat, 30%-uk további útja nem ismert.

(2) A közösségi ellátás során ellátott kliensek 30%-át más intézménybe utalják tovább (pszichiátriai osztály, rehabilitációs intézet), további 30% útja ismert, 10% kilép a programból, további kapcsolat nélkül. A kliensek 30%-a helyben sikeresen fejezi be a programot.

(3) Az alacsonyküszöbű program eredményértékelést nem végzett. A kliensek jellemzően intravénás szerhasználók, opiát- és amfetamin-injektálók. Az alacsonyküszöbű jelleg miatt a kilépés okát vagy a kilépéskori státuszt meghatározni nehéz feladat.

Gazdasági értékelés:

(1) Drogambulancia: A szolgáltató bevételeinek 90%-a állami, a pályázatok és a teljesítményhez kötött finanszírozás aránya 50-50%. A szolgáltató bevételei az utóbbi 3 évben növekedtek, a zavartalan működéshez többnyire elegendők.

(2) Gazdasági értékelés a közösségi ellátási programban sem történt.

(3) Gazdasági értékelést az alacsonyküszöbű program esetében nem végeztek, az anyagi és infrastrukturális feltételek bővebb elemzésre, bemutatásra nem kerültek.

Drogambulancia Alapítvány – Megelőző-felvilágosító szolgáltatás

Szolgáltatások: Külön pontként került bemutatása az alapítvány megelőző-felvilágosító programja. A program egyéni és csoportos formában biztosít konzultációt a megelőző-felvilágosító szolgáltatás törvényi előírásainak megfelelően.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A beszámoló szerint a megelőző-felvilágosító szolgáltatás ellátási körzete nem csak Borsod-Abaúj-Zemplén, hanem Heves megyére is kiterjed. A szolgáltatás célcsoportja a hatósági eljárás miatt jelentkező fiatalok.

Folyamatértékelés: A szolgáltató kliens- és kontaktusalapú adatgyűjtést végez. A szakembergárdája bemutatásra került, a beszámoló szerint megfelelő a program zavartalan működéséhez. Elégedettség-vizsgálatot alkalomszerűen végeznek.

Eredményértékelés: A kliensek 85%-a sikeresen befejezi a programot, mely ez esetben az igazolás megszerzését jelenti. A további 15% további ellátási útja nem ismert. Egyéb eredményértékelési elemet a beszámoló nem tartalmazott.

Gazdasági értékelés: A szolgáltató gazdasági értékelést nem végzett.

Önmegvalósítás Egyesület

Szolgáltatások: A szolgáltató közösségi ellátást nyújt. A szociális szolgáltatások között a konzultáció, a tanácsadás, a hozzátartozói konzultáció mellett a többi szociális ellátás is egyéni és csoportos formában is elérhető. Biztosítanak szakorvosi tanácsadást is, relapszus prevenciók programot, és támogatják öngyógyító csoportok (AA, GA) szerveződését is. Az illegális szerhasználatból közvetlenül összefüggő programkínálat további meghatározása indokolt lehet.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szolgáltatás napi 8 klienst képes fogadni. Várólista előfordulhat, a jelenlegi kapacitások részben képesek kielégíteni az igényeket. Az ellátottak nagy része alkohol- és gyógyszerfogyasztó. Illegális szerhasználatból eredő pszichiátriai problémák miatt ellátottak aránya nem ismert. A kezelés időtartama egyénenként eltér.

Folyamatértékelés: Az ellátás megkezdésekor állapotfelmérés történik, kontaktalapú adatgyűjtést vezet a szolgáltató. Egyéni kezelési terv minden esetben születik. A szolgáltatónál elégedettség vizsgálat történik, a beszámoló szerint külső és belső folyamat- és eredményértékelés „készül”. A program humán erőforrásait a kutatás leírta, mely a beszámoló szerint teljes mértékben megfelelő a zavartalan működéshez.

Eredményértékelés: A kliensek 30%-a fejezi be sikeresen a programot, a lemorzsolódók aránya 10%, további 40% bár kilép, a további útja ismert, 20% került delegálásra.

Gazdasági értékelés: A szolgáltató működését 100%-ban állami források biztosítják, teljes mértékben pályázati úton. A szervezet bevételei nőttek az elmúlt 3 évben. A források többnyire elegendők a zavartalan működéshez. Infrastrukturális ellátottságot a kutatás nem vizsgálta.

Baptista Szeretetszolgálat

Szolgáltatások: A szervezet két programja kerül kapcsolatba illegális szerhasználókkal.

(1) Az ún. avasi tücsere program halmozottan hátrányos helyzetben élőket céloz meg, utcai megkereső munka segítségével, tücsere és tanácsadás biz-

tosításával. A szolgáltató biztosítja a fertőző betegségek szűrésével kapcsolatos munkát is. A szociális tanácsadási szolgáltatások mellett van hozzátartozói csoport is.

(2) A szervezet női lakóotthona félutas ház, rehabilitációs intézményekből, lakóotthonokból, közösségi ellátásból érkező nők számára. Az intézmény országos hatókörrel rendelkezik. A szerhasználók arányát a kutatás nem vizsgálta, a kliensek kevesebb, mint 25%-a tekinthető problémás szerhasználónak.

Elérhetőség, hozzáférhetőség:

(1) Az alacsonyküszöbű szolgáltatások célzott helyszínen működnek, nyitva tartásuk áttekintésre került. Várólista nincs, a napi 8 fő tanácsadását és 50-60 fő tüsszere ellátását elvégezni tudó szervezet kapacitási problémákkal nem szembesül. A kliensek több mint fele problémás droghasználónak tekinthető. A szolgáltatás egész Miskolcra kiterjed.

(2) A női lakóotthon 10 fő befogadására képes, ezzel a kapacitással részben tudják kielégíteni a szükségleteket. Várólista működik, a kutatás pillanatában várakozó kliens nem volt. A szerhasználók aránya nem ismert, kevesebb, mint 25% a problémásnak tekinthető szerhasználók aránya. A kliensek felvétele szakorvosi javaslatra, állapotfelmérés után történik.

Folyamatértékelés:

(1) Folyamatértékelést a szolgáltató eddig nem végzett. A személyi állomány áttekintésre került, a kutatás megállapítja, hogy további szakemberekre (szociális munkásra, addiktológiai konzultánsra) is szükség lenne a zavartalan működéshez. Továbbképzésük nem biztosított. A szolgáltató kliens és kontaktus alapú adatgyűjtést végez.

(2) A kliensek hozzátartozó révén vagy egészségügyi vagy szociális ellátók irányából érkeznek. A programban egy, másfél évet töltenek jellemzően, ahol személyre szabott kezelési terv készül. Kliens- vagy kontaktus alapú adatgyűjtés nem készül, szolgáltatási szintű adatgyűjtés zajlik az intézményben. A női program személynézete hiányos, pszichiáter szakorvosi és háziorvosi ellátásra lenne szükség.

Eredményértékelés:

(1) Az alacsonyküszöbű programban eredményértékelést nem végeztek, ilyen irányú programelem nincs.

(2) A női lakóotthon kliensei közül 25% fejezi be sikeresen a programot. 31%-uk útja nem ismert, további 31% ismert körülmények között távozik, továbbutalásra (pszichiátriai osztályra, rehabilitációs intézetbe) 13%-uk kerül.

Gazdasági értékelés:

(1) A tüsszere program forrásainak 80%-a állandó, 20%-a pályázatból származik. A finanszírozás 99%-ban állami. A kutatás megállapítja, hogy a források

többnyire nem elegendők a program zavartalan működéséhez. Egyéb infrastrukturális feltételek teljesülését nem vizsgálták.

(2) A női lakóotthon pénzügyi és infrastrukturális körülményeit a kutatás nem vizsgálta.

B.A.Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház – Toxikológiai részleg

Szolgáltatások: A szolgáltatások az akut mérgezéses, túladagolós esetek ellátását takarják.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: Az osztály 26 ágygal működik, a betegek ellátása folyamatos, a várólista itt nem értelmezhető. Az osztály látja el a teljes megye ilyen jellegű eseteit.

Folyamatértékelés: A betegek általában egy-két napot töltenek az osztályon. A betegek 30%-a pszichiátriai rehabilitációs osztályra kerül. A betegek kevesebb, mint 10%-a kerül be kábítószer-fogyasztás miatt, a kliensek jellemzően gyógyszer- és/vagy alkohommérgezés miatt szorulnak ellátásra. További folyamatértékelési elemek nem kerültek elemzésre.

Eredményértékelés: Eredményértékelés nem készült. A kórházi adatgyűjtés nem különíti el az illegális szerhasználat miatti eseteket.

Gazdasági értékelés: A szolgáltató külső és belső gazdasági-, folyamat- és eredményértékelést végez, az egészségügyi ellátókra vonatkozó kötelezettségek szerint. Az OEP finanszírozott intézmény infrastrukturális feltételeit a kutatás során nem vizsgálták.

MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Pszichiátriai Osztály

Szolgáltatások: A kórház egyebek mellett infektológiai, bőrgyógyászati és pszichiátriai ellátást biztosít. A kutatás a pszichiátriai ellátást vizsgálta, az infektológiai (HIV és HCV) valamint a bőrgyógyászati ellátást nem vizsgálta. A pszichiátriai ellátás detoxifikációt, akut és krónikus ellátást is biztosít.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A kórház ellátási területei: Miskolc I. és II. kerület valamint a déli és a bükkii agglomeráció. A pszichiátriai és az addiktológiai ágyak nincsenek elkülönítve. Kábítószer-fogyasztó beteg addiktológiai ágyon maximum 12 napig látható el. A szolgáltatás folyamatos, a kapacitások a beszámoló szerint nem elégségesek.

Folyamatértékelés: A betegek 4-41 napig maradnak az intézményben, betegségtől függően. A szerhasználat miatt ellátásra szoruló aránya nem került meghatározásra.

Eredményértékelés: A programból kilépő betegek követésére nincs lehetőség. Eredményértékelés nem történt.

Gazdasági értékelés: A szolgáltató bevételei csökkentek az elmúlt három évben, többnyire nem elégségesek a tevékenység zavartalan folytatására. A finanszírozás 22%-a pályázati, 78%-a teljesítményhez kötötten történik.

Kvalitatív információk és a fókuszcsoportok tapasztalatai

Az egyik fókuszcsoport tagjai szerint az intézményrendszert bővítenék, hogy a rehabilitációra alkalmasabb legyen, csökkentenék az intézménybe kerülés bürokratikus terheit. A résztvevők tapasztalatai szerint az intézményrendszer nem illeszkedik eléggé a kábítószer-fogyasztás kezeléséhez és a fogyasztók ellátási szükségleteihez. Egy másik fókuszcsoport tagjai szerint, akik elsősorban szerves oldószert fogyasztó (szipus), illetve gyógyszert+alkoholt fogyasztó fiatalokkal találkoznak, a drogprobléma megoldását a térítésmentesen igénybe vehető sportolási lehetőségek kiszélesítésében, közösségi programok szervezésében látják. Egyöntetű véleményként lehet továbbá megfogalmazni, hogy tapasztalataik szerint az intézményrendszer nem illeszkedik eléggé a kábítószer-fogyasztás kezeléséhez és a fogyasztók ellátási szükségleteihez. A résztvevők úgy látták, a kábítószer-probléma csökkentésére irányuló tevékenységek nem kellően koordináltak, az erőforrások egy részét eredménytelenül használják fel.

A kliensek teljesebb ellátása érdekében együttműködő intézmények hálójából látható, hogy az ellátási háló meglehetősen hiányos. A meglévő szolgáltatások a lakosságszámhoz viszonyítva alacsony számúak, az egészségügyi ellátás szinte kizárólag a drogbetegek ambuláns ellátására korlátozódik. Nem biztosított a városban szenvedélybetegek részére nappali ellátás, rehabilitációs lehetőség, félutas ház, védett munkahely, nem működik önszolgáltató csoport. Összességében az ellátórendszerrel megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) a régióban nem épült ki. A szolgáltatások terén az egészségügyi és a szociális szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

Az ellátási térkép vonatkozásában a szükséglet-meghatározás céljait sikerült teljesíteni. A helyi kutatók megállapították, hogy az ellátás zömét – bár sok potenciális szereplő van, ahogy ez az ábrán is látszik – valójában két szervezet biztosítja. E két szervezet működésétől, erőforrásaitól és kapcsolattrendszereitől függ, hogy a kliensek milyen ellátást kapnak, illetve hogyan mozognak az ellátórendszerben: irányítottan vagy pedig véletlenszerűen. A kliensek nagyobb része – tehát akik már valamilyen módon bekerültek az ellátásba – irányítottan kerül az egyik intézményből a másikba (és itt nemcsak a két említett intézményről van szó, hanem az ábrán szereplő többiről is, amelyek speciális eseteket, jóval kisebb kapacitással látnak el). Az egészségügyi

ellátások közül a fekvőbeteg-ellátás kapacitáshiányos, illetve a sürgősségi esetek kapcsán nincs lehetőség az esetek követésére, vagy a beutalás, továbbküldés „eredményének” monitorozására.

A két szervezet (a Drogambulancia és a Baptista Szeretetszolgálat) „láthatósága” a többi szervezet, illetve szakember felé jó, a két szervezet ismert. A két szervezet képes lefedni az ellátásban megjelenő szerhasználókat, illetve azok szükségleteit nagyrészt kielégíteni. A gond inkább az ellátásba nem kerülő, „rejtőzködő” vagy valójában nem is rejtőzködő, csak éppen az ellátórendszer irányába nem motiválható szerhasználókkal van, illetve azokkal a szakemberekkel, akik ezt a megkereső-motiváló munkát nem végzik el. Alapvetően azért, mert nem ez a munkakörük, vagy nem értelmezik ezeket a feladatokat úgy, hogy az a munkakörük része. Így ugyan vannak ismereteik a szerhasználókról, olyan csoportokról is, amelyek alig jelennek meg az ellátásban, de azt nem tudják elérni, hogy ezek a szerhasználók oda be is kerüljenek. Érdekes, hogy sok esetben éppen ezek a szakemberek fogalmaznak meg olyan alternatív „ellátásokat” (sport, szabadidő eltöltés), amik önmagukban ezeknél a szerhasználó, illetve vulnérabilis csoportoknál aligha használnának. Ez összefüggésben lehet a helyi szakértők által is többször emlegetett hiányokkal: a szakemberek megfelelő információval való ellátásával és/vagy képzésben történő részvételükkel.

Célként jelenik meg a két intézmény vonatkozásában az ellátás folyamatossága, a kliensek továbbküldés esetén történő követése. Nem látszik, mi történik a rendszerből „kieső”, azt nem tervezetten elhagyó kliensekkel. Feltehető, hogy egy részük újra megjelenik egy idő után – ez a szolgáltatások iránti bizalom jele, azonban a „kiesés” idején nagyon valószínű a visszaesés, ezért ezt az állapotot jó lenne kezelni. Az ellátók többsége vezet kliens-alapú nyilvántartást, ez kiindulópontja lehetne ilyen „kiesés-menedzselésnek” (pl. ez lehetne annak informatikai – adatbázis – háttere). De ez már átvezet a kliens profil kérdéséhez.

Még egy kérdéskört érdemes említeni: ez az, hogy az egyes ellátásokat inkább egy helyen („onsite” szolgáltatások) vagy pedig több helyen („offsite”) nyújtják. Előbbi előnye, hogy a kliens könnyebben hozzájut a szolgáltatásokhoz, hátránya, hogy költségesebb, illetve a nyújtott szolgáltatások színvonala esetleg alacsonyabb. Nyilvánvaló, hogy bizonyos szolgáltatásokat nem lehet kitelepíteni (pl. laboratóriumi háttért igénylő vizsgálatok). Miskolc esetében inkább azt a modellt látjuk, hogy egy helyen igyekeznek minél több szolgáltatást nyújtani, amivel egyrészt az integrált ellátások, másrészt a holisztikus modell felé mozdulnak el a szolgáltatók (mármint az érintett kettő). Ugyanez vonatkozik az állapotfelmérésre is: helyben végeznek többféle célú, több életbeli funkciót érintő állapotfelmérést vagy pedig több helyen. Miskolcon inkább egy helyen végeznek többféle célt szolgáló állapotfelmérést („single assessment point” modell).

AZ ELLÁTÓRENDSZERREL KAPCSOLATBAN LÉVŐ KLIENSEK LEÍRÁSA: KLIENS PROFIL

Drogambulancia Alapítvány

TDI adatok áttekintése: A kutatási beszámoló megkülönbözteti az elterelésben, azon belül is a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részt vevő kliensek csoportját a többi szerhasználó csoportjától. A 2009-ben kezelést kezdők 67%-a hatósági eljárás kapcsán jelentkezett kezelésre. Az opiáthasználók aránya alacsony, az ilyen szerhasználók jellemzően idősebbek, mint a kannabisz-fogyasztók. Az amfetamin-fogyasztók 17-20%-át teszik ki az összes kezeltnek. A kezelésben lévő kliensek 22%-a intravénás szerhasználó. A férfiak és a nők aránya nem ismert. A kliensek 44%-a a 20-24 évesek csoportjába tartozik. A beszámolóból nem derül ki, hogy mely tipikus betegcsoportok milyen ellátásokat vesznek jellemzően igénybe.

OSAP adatok áttekintése: A kutatás áttekintette a 2009-re vonatkozó OSAP adatokat. A férfiak és a nők aránya 85:15. A legnépesebb korcsoportok a kezelték körében a 20-24, ill. a 25-29 évesek csoportja. A férfiak körében jelentős a 35 év felettiek aránya. A leggyakrabban fogyasztott szer a kannabisz, a kezelték 58%-ára ez jellemző. Az adatgyűjtésben megjelennek az állapotfelmérésen részt vevő kliensek, akik valahol másutt folytatják a kezelést, ami torzítást okozhat az adatokban. Az opiát miatti kezelési igények (16,3%) és az amfetamin miatti kezelési igények (15%) közel egyforma részesedést tesznek ki. Kokain és hallucinogének miatti kezelési igények száma alacsony. A szerves oldószerek miatt kezelték száma alacsony, 2009-ben növekedést mutatott. A kliensek 15%-a intravénás szerhasználó. A kliensek 57%-a hetente vagy gyakrabban (naponta) fogyasztotta elsődleges szerét.

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: Az intézmény egyéb adatgyűjtést nem végez.

Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: nem történt

Területi lefedettség meghatározása: A kutatási beszámoló nem vizsgálta alaposabban a kliensek lakóhelyét. A szolgáltató területi lefedettsége széles, elterelésre két megyéből is érkeznek kliensek.

Kliensek létszámának meghatározása: 2009-ben 118 fő jelentkezett a drogambulancián. Tendenciák meghatározására nem került sor.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A kliensek szerhasználati mintázataira vonatkozóan nem kerültek bemutatásra a részletes adatok.

Betegutak feltárása: A beszámoló kitér az azonosított betegutak kiindulási pontjára és a továbbírányítás irányára, azaz a delegálás során azonosított intézményekre. A be- és továbbutalás kvantitatív megközelítése hiányzik, az elmondások inkább egyfajta kvalitatív forrásként értelmezhetők.

A B.A.Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Toxikológiai Osztály és a MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház kliensei körében nem történt részletesebb adatfelvétel a kliensek szerhasználati mintázatairól. A toxikológiai ellátó TDI és OSAP adatgyűjtést nem folytat, az OEP adatok áttekintésére nem került sor. Az utóbbi ellátó pszichiátriai osztályos ellátása során OSAP adatokat rögzítenek, de az osztály számára nem volt hozzáférhető, így a kutatás részére nem biztosították az adataikat. E szolgáltató esetében 8 személy TDI adatlapja került felvételre, melyek részletes közlésétől eltekintünk. Indokolt lenne e szolgáltatók esetében a szerhasználati összefüggő kezelési igények azonosítása, a szerhasználati sajátosságok feltárása és a kezelési útvonalak alaposabb feltérképezése.

Kvalitatív információk és a fókuszcsoportok tapasztalatai

A kliens profil tekintetében a két szervezet klienseiről jól körülhatárolt képpel, pontos adatokkal rendelkezik. Több olyan szervezet is van, amelyek a klienseikről – a droghasználókról is – pontos adatokkal rendelkeznek, azonban a kliensutak követése itt is probléma. Nem látszik az a rendszer sem, ami lehetővé tenné a több helyen egyszerre vagy közvetlenül egymás után megjelenő, avagy a rendszerből „kieső” vagy továbbküldött kliensek követését, monitorozását. Nem látható, hogy az egyes intézmények – az adatvédelmi szabályok betartásával, a kliens tájékoztatáson alapuló beleegyezésével – milyen adatokat osztanak/oszthatnak meg egymással. Pontosan nem állapítható meg, hogy a droghasználattal kapcsolatos vagy a pszichiátriai, tágabban egészségügyi szükségleteken túl milyen más szolgáltatást nyújt egy egészségügyi ellátó. Ez fordítva is igaz, a szociális ellátókra: nem tudjuk, milyen egészségügyi ellátást nyújtanak. Mi a szükségletek kielégítésének útja: a kliens szükségletek alakulnak az intézménytől függően (amilyen ellátást nyújt, olyan szükségleteiket jelenítik meg a kliensek) vagy az intézmények alakítják szolgáltatásaikat a kliens szükségleteknek megfelelően? A két, emlegetett intézménynél látható a kliens szükségletek figyelembevétele, máshol ezekről a tényezőkről pontos adatokkal nem rendelkezünk.

Ellátórendszeren kívüli droghasználók

Miskolc, más helyszínekhez hasonlóan, nem rendelkezett előzetes adatokkal arra vonatkozóan, hogy milyen az akár a városban, akár a város ellátási területén élő populáció drogérintettsége. A térségre vonatkozó egyetlen drogérintettségi adat egy korábbi kutatásból származik (*Rácz és Ritter, 2003*),

amely során a gyors helyzetfelmérés és válasz módszerével vizsgálták a város, illetve a régió intravénás szerhasználati érintettségét. Az akkori beszámoló megemlíti, hogy B.A.Z. megye a kábítószer-fogyasztás elterjedtsége tekintetében az egyik lefertőzöttebb megye Magyarországon, nem csak az intravénás használat tekintetében. Jóllehet prevalencia adatok hiányában nem lehet következtetni a térség szerhasználati mintázatára sem, az említett tanulmányban a kulcsinformációval bíró személyek szerint a heroin mellett az amfetamin és az MDMA voltak a legelterjedtebb szerek. Szintén jellemző volt az intravénás használat gyors terjedése, főként a 16-24 éves korosztály között. Fontos adalék volt, hogy az injekciós használat egyes városrészekre volt jellemző.

Ezen korábbi adatok, illetve az ambulancia forgalmi adatai és az utcai munkán szerzett tapasztalatok alapján a projekt gazdái két célcsoport szükségletfelmérését érezték relevánsnak. Az egyik a város különböző közterein jelen lévő marihuána használói csoport volt, míg a vizsgálat másik része intravénás használókra irányult. Fontos volt mindkét célcsoport esetében, hogy a kezelőrendszeren kívüliek legyenek, olyanok, akik még soha nem voltak semmilyen kezelési formában. A kezelésen kívüli intravénás használók szükségletfelmérését elsősorban az indokolta, hogy az injekciós használatot egy állandó, régóta jelenlévő problémának érzékelték a szakemberek, ráadásul az ambulancia klienseinek körében (2009-es adatok alapján) az ilyen jellegű használat meglehetősen elterjedt. Jóllehet működik a városban tűcsere szolgáltatás, a helyi szakemberek előzetesen úgy érezték, hogy elérésük és kezelésbe segítségük nem megfelelő. A marihuána használók szükségletfelmérésének elsődleges indoka az volt, hogy jóllehet az ambulancia 2009-es adatai szerint a bekerülő kliensek között a marihuána használók aránya a legnagyobb, ezek a kliensek túlnyomórészt csak állapotfelmérésen esnek át, majd ezt követően megelőző-felvilágosító kezelésben vesznek részt – azaz felmerült kérdésként, hogy az ambulancián kis időre felbukkanó marihuána használók a legmegfelelőbb kezelésben részesülnek-e, illetve mennyire célzott és milyen eltérő kezelési igényű ez a használói csoport. Mindezekből fakadóan a rejtőzködők közti adatgyűjtés céljaként a Miskolcon élő, rejtőzködő, kezelésen kívüli marihuána-, illetve intravénás szerhasználók egészségügyi és szociális kezelési szükségletének felmérése, feltérképezése fogalmazódott meg.

Kockázatként fogalmazódtak meg az alábbiak:

1. sikerül-e megfelelően alkalmazni a hólabda módszert?
2. hajlandóak lesznek-e az interjúalanyok a kérdésekre válaszolni?
3. nem lesznek-e az utcán bizalmatlanok a kérdezőkkel szemben?

Ami az egészségügyi prioritások meghatározását illeti, elmondható, hogy a város, illetve a térség szerhasználói profiljának meghatározása nem teljesült.

Amint ezt említettük, erre vonatkozólag korábbi adat sem állt rendelkezésre. Szintén nem valósult meg a kezelésen kívüli szerhasználók számának becslése sem, ami kiváltképpen alkalmas lett volna arra, hogy lássuk, hogy a helyi ambulancia a potenciális kliensek hány százalékát éri el. Ugyanakkor az adatgyűjtés által megcélzott célcsoportok profiljára vonatkozóan sikerült megfelelő mennyiségű információt szerezni. A mintába 74 marihuána használó került be, míg intravénás használók közül 44 fő. Ezek az elemszámok – mind a korábbi, hazai kutatásokhoz, mind a más helyszíneken lefolytatott szükségletfelméréshez képest – jónak mondhatók.

A mintába került marihuána használók közel háromnegyede férfi, eloszlásuk különböző korcsoportokban meglehetősen kiegyenlített, azaz a használat korfüggetlennek tűnik. Szociális háttérüket tekintve nem tűnnek kifejezetten veszélyeztetettnek, hiszen nagyrészüket rendelkezik valamilyen állandó jövedelemforrással. Családi problémák jellemzik őket, kortársaikra pedig jellemző, hogy nagy arányban fogyasztanak rendszeresen legális és illegális szereket. A problémaészlelés elsősorban a családi kapcsolatokra irányult. Más a helyzet az intravénás használók között, hiszen az adatokból arra következtettünk, hogy az elért célcsoport – akik jelentős része férfi – szociálisan vulnerábilis helyzetű (nagy a munkanélküliek aránya, jövedelem tekintetében sokan másoktól függenek, illetve illegális eszközökhöz folyamodnak, alacsony iskolázottságúak).

Bizonyos tekintetben sikerült feltárni a rejtőzködő csoportok egészségügyi állapotát is, bár a kérdőívben szereplő kérdéseket nyilvánvalóan nem lehet diagnosztikus adatokként kezelni. A marihuána használók egészségi állapota a felmérés alapján nem tűnik veszélyeztetettnek: elenyésző hányaduk percipiált egészségügyi problémát, és az önbevallás alapján úgy tűnik, hogy szerhasználati mutatóik sem magasak. Az injekciós használók egészségügyi helyzete nem ennyire kedvező – ami kiváltképpen említésre méltó, hogy sok azok aránya, akik nem voltak még szűrésen, illetve egyharmaduk jelenleg is oszt meg tűt másokkal. Ez alapján további következtetések fogalmazhatóak meg az ő egészségi státuszukkal kapcsolatban.

Az elért rejtőzködő csoportokról elmondható, hogy egyaránt meg tudtak fogalmazni egészségügyi és szociális szükségleteket. A marihuána használóknál a családi problémát jelölték meg elsődleges észlelt problémaként, az intravénás használók esetében erre vonatkozóan nincs információ, bár esetükben nagy hangsúllyal szerepelt a metadon fenntartó kezelés iránti szükséglet. Továbbá egészségügyi, szociális és szerhasználati adataik alapján feltételezhetünk kifejezetlen, látens szükségleteket (munkahelyi, fizikális és pszichés függőségi probléma). Mindezek annak fényében válnak még inkább értelmezhetővé, hogy mindkét csoport esetében a célcsoport tagjainak körülbelül feléről elmondható, hogy kevésbé ismerik és használják az ellátórendszert.

Összességében elmondható, hogy a miskolci projekt keretében – csakúgy, mint más helyszíneken – nem sikerült adathoz jutni sem a régió szerhasználati

mintázataira, sem pedig az illegális használók vélt számára és profiljára vonatkozóan. A szükséglet-meghatározás korábbi kvalitatív kutatási adatokra, illetve az ambulancia kliens adataira támaszkodva jelölte ki aktuális célcsoportjait. Ugyanakkor viszonylag nagy számban sikerült elérni a megválasztott célcsoportokat, és különböző mennyiségű, minőségű információt sikerült gyűjteni mind egészségügyi, mind szociális helyzetükre, állapotukra vonatkozóan. Viszonylag megfelelő mennyiségű (nagy elemszámú) és minőségű adat áll rendelkezésre arról, hogy milyen jellegű szükségleteket fogalmaztak meg a célcsoport tagjai, más, ki nem fejezett vagy fel nem tárt szükségletekre pedig – nem közvetlenül – a gyűjtött adatok alapján következtethetünk. Ezek segítségével jól azonosíthatók a további fejlesztési irányok. Az is elmondható, hogy teljesültek a szükséglet-meghatározás alapvető lépései, illetve az egészségügyi prioritások meghatározása. A korábbi félelmek, amelyek elsősorban a célcsoportok elérhetőségére vonatkozóan fogalmazódtak meg, úgy tűnik, kevésbé igazolódtak be: az adatgyűjtésre rendelkezésre álló idő rövidsége ellenére viszonylag nagy elemszámú mintát sikerült elérni, kifejezetten a marihuána használók esetében.

Kvalitatív információk és a fókuszcsoportok tapasztalatai

Az egyik fókuszcsoport tagjai inkább a nem intézményes ellátásokat tartják fontosnak, mint a sportolás, a szabadidő eltöltés és a család megerősítése. Ugyanakkor éppen ezen a területen – ahonnan a fókuszcsoport tagjai kikerültek – fordul elő a legtöbb injekciós használó, elsősorban a gyógyszereszek (injektorok vásárlása) és a rendőrök véleménye szerint. Egy másik fókuszcsoport tagjai szerint, akik elsősorban szipus, illetve gyógyszert és alkoholt együtt fogyasztó fiatalokkal találkoznak, a probléma kezelésében tehetetlennek érzik magukat, a szipusok vonatkozásában a hatóságoknak nincs intézkedési jogkörük, hiányoznak az ellátó helyek is. Az avasi fókuszcsoport tagjai tudják, hogy városszerte az a hír járja, hogy az Avas minden szempontból a legfertőzöttebb területe Miskolcnak, de az itt dolgozó szakemberek nem így látják a helyzetet. A csoporttagok a problémás droghasználat vonatkozásában egyrészt tanácstalanok, másrészt bizonytalanok.

Úgy tűnik, hogy Miskolcra jellemzőek a szipusok, illetve az, hogy ezek a szipus fiatalok az intézmények látókörébe kerülnek, és azok valamilyen ellátást igyekeznek nyújtani a számukra. Az is látszik, hogy ez nem túl eredményes. Egy másik, a fókuszcsoportokon sokat emlegetett populáció, az általános és középiskolás alkohol és gyógyszerrel együtt fogyasztó csoport. Az ellátásban ezek az esetek sem jelennek meg. A két – egymástól nagyon különböző – célcsoport elérése, motiválása és ellátásba kerülése komoly kihívás, ami még egy jól működő, integrált ellátórendszer számára is nehezen megoldható.

Kielégített és kielégítetlen szükségletek

A célok érvényesülésére alapvetően a rejtőzködőkre irányuló kutatásból, valamint a kliens elégedettségi vizsgálatokból következtethetünk.

A kutatásból az nem derült ki, hogy milyen rejtett szerhasználói populációk vannak általában a régióban, hiszen célzott, specifikus célcsoportra vonatkozó adatgyűjtés történt. Ugyanakkor elmondhatjuk, hogy a rejtőzködőkre irányuló kutatás jól segítette egyes rejtett populációk azonosítását, azon belül is a vulnérabilisabb csoportokét (intravénások), illetve azok kockázati profiljának meghatározását: intravénás használók esetében a kockázati magatartásformákra, a szerhasználatra, valamint a szociális és egészségügyi helyzetre utaló kérdés modulok segítségével jól megnevezhetők azok a kockázati faktorok, amelyek a célcsoport veszélyeztettségére mutatnak. Azt megállapíthatjuk, hogy a kutatási adatok azt támasztják alá, hogy mind szociális, mind egészségi szempontból az injekciós használók kockázatosabb, veszélyeztetettebb célcsoportnak tekinthetők, mint a marihuána használók, ez pedig eltérő megközelítést igényel.

A rejtőzködőkre irányuló felmérés jól rávilágított az ellátórendszer hiányosságaira is, amelyből egyes blokkoló ágensek jelenlétére következtethetünk. A marihuána használók esetében azt tapasztaltuk, hogy a drogambulanciát kivéve nem vagy nem nagyon ismerik az ellátórendszer különböző szolgáltatásait, jelentős részük nem vagy nem igazán fordulna orvosi, pszichológiai segítségért szakorvoshoz, és több mint felük úgy véli, hogy a jelenlegi rendszer nem tud problémáikon segíteni. Azaz nem kismértékű bizalmatlanságot mutatnak a megkérdezettek az ellátórendszer iránt, amelyek akár a kezelésbe jutást blokkoló tényezőkként is értelmezhetőek. A mögöttes okok kiderítése további vizsgálatokat igényel, amely segítségével közelebb juthatunk a „taszító” tényezők megismeréséhez és csökkentéséhez. Egyelőre csupán hipotézisekkel élhetünk erre vonatkozóan: az ellátórendszer, de akár tágabb értelemben a társadalom elítélő, stigmatizáló a használókkal és a kezelésben lévő drogbetegekkal szemben.

Az intravénás használók esetében szintén elmondható az ellátórendszer hiányos ismerete. Jóllehet a tūcserét a megkérdezettek fele ismeri (ami valójában figyelmeztető adat), 43%-uk használja. Ennél jóval kevesebben cserélnék tűt utcai munkásokon keresztül, ami akár utalhat az utcai munka nem megfelelő jelenlétére. Szintén jellemző, hogy nem veszik igénybe a szakorvosi ellátásokat sem, amelyek egyrészt jól szolgálhatják az akut jellegű megbetegedések felismerését, gyógyítását, másrészt a probléma felismerést és a megfelelő szolgáltatások felé történő utalást, irányítást. A szakorvosi ellátások minimális igénybevételének okainak felderítése további exploratív vizsgálatokat igényel, de a feltételezések között egyaránt említhetjük a szerhasználók motiválatlanságát vagy éppen a stigmatizáló egészségügyi rendszer jelenlétét mint távol tartó tényezőket.

Szeveritás

Azt is megnéztük, hogy a kezelt és kezeletlen használók között végzett kutató-sok mennyiben világítanak rá az ellátásba kerülés és a kockázati helyzet közti viszonyra (szeveritás). A városban jól észlelhetően jelen van egy magas kockázatú szerhasználói csoport (intravénások) – az ő ellátásuk azonban csak részben megoldott. Működik ugyan a városban tűcsere, ennek kihasználtsága azonban nem megfelelő – legalábbis, ha arra gondolunk, hogy a megkérdezettek kevesebb, mint fele használja jelenleg. Az utcai megkereső munka szintén nem megfelelőnek mutatkozik, ha arra gondolunk, hogy milyen kevesen cserélnék tűt utcai munkásokon keresztül, ami persze lehet a bizalmatlanság következménye is. Ugyanakkor, mindig a szolgáltatónak kell proaktív szemlélettel nyújtani a szolgáltatást, és törekedni arra, hogy a bizalmatlanságot bizalom váltsa fel – erre jó kiindulópont lehet a tűcsere személyzettel való magas fokú elégedettség. A marihuána-használók kezelőhelyek iránti bizalmatlansága szintén a szeveritás érvényesülését fenyegethetik: mi a teendő, ha van szolgáltatás, de a potenciális kliensek bizalmatlanok iránta?

Azt is megnéztük, hogy a klienselégedettségi adatgyűjtés mennyire szolgálta annak érvényesülését, hogy azonosítani lehessen a kezelőrendszer pozitívumait, negatívumait, előremozdító és blokkoló ágenseit. Miskolcon két klienselégedettségi vizsgálat is történt. A drogambulancián 116, az alacsony-küszöbű tűcsere szolgáltatásban 16 fő töltött ki klienselégedettségi kérdőívet. A kérdőíveket a kutatás időtartama alatt az illegális szerhasználóknak nyújtott szolgáltatásokban megjelenő kliensek töltötték ki. A kérdőív kitöltése önkéntes volt. Az ambulancia kliensei alapvetően három ellátási, szolgáltatási formából érkeztek: ambuláns kezelés, megelőző-felvilágosítás, közösségi ellátás. A megkérdezettek tehát három különböző ellátással kapcsolatban nyilatkoztak. A szolgáltatásokkal való elégedettség mérése mellett a kérdőívek (a két kérdőív különböző volt) mindkét adatfelvétel szolgáltatott kliensprofil adatokat is.

Általánosságban elmondható, hogy az ambulancia kliensei jó véleménnyel voltak a szolgáltatásról, ami egyaránt vonatkozik azok színvonalára, illetve az abban dolgozókra. A megkérdezettek kezelésbe kerülés előtti elvárásaikat összevetették a kezelés eredményességével, azzal a céllal, hogy információt nyerjenek a kielégített és kielégítetlen szükségletekkel kapcsolatban. A megkérdezettek a szolgáltatást igen hasznosnak találják a droghasználat csökkentésében és a társas kapcsolatok javulásában is, de más dimenziók mentén is javulást éreztek (lelki és egészségi problémák) – nagyjából akkora mértékben, mint amennyire korábban javulást vártak. Ezek alapján arra következtethetünk, hogy az ambulancia kliensei tulajdonképpen azt kapják, amit előzetesen elvárnak a szolgáltatótól, tehát az ambulancia igyekszik a kliensek igényeihez igazodni – egyedül az eltereléssel kapcsolatos elvárásokat lehet fenntartással kezelni. Az adatokból tehát úgy tűnik, hogy az ambulancia klienseinek körében nemigen detektálhatók kielégítetlen szükségletek, bár itt

hozzá kell tennünk, hogy a mérőeszköz nélkülöz egyes olyan modulokat, amely a hiányosságok pontosabb meghatározását segítené. Ugyanakkor a megkérdezettek megfogalmaztak egyes kielégítetlen igényeket is, mint amilyen a metadon fenntartó programokba való bekerülés, a rugalmasabb időpontok, valamint a szociális szolgáltatások iránti igény.

Az alacsony-küszöbű szolgáltatásra – és ennek részeként a tűcserére – vonatkozó elégedettség-mérés kevésbé alkalmas arra, hogy információhoz jussunk a kielégített és kielégítetlen szükségletekre, valamint a rendszer hiányosságaira vonatkozóan. A megkérdezettek meglehetősen elégedettek a szakmai személyzettel és annak tudásával, legkevésbé pedig a konzultációk időpontjával – utóbbival kapcsolatban sajnos nem derül ki, hogy az túl korai, vagy túl kései. A tűcserére vonatkozó adatok alapján elmondható, hogy a szolgáltatást a megkérdezettek megfelelőnek találják, míg a segítő szakemberek felkészültségét, rátermettségét, szakmai tudását átlagon felülinek értékelik. A tanácsadás helyszínével és időpontjával kapcsolatban átlag alattiak az értékek, de nem rosszak. A kliens elégedettségi mérésekkel kapcsolatban kérdésként merül fel, hogy a szolgáltatások átlagon felüli megítélése mennyire tudható be a kérdezett – kérdező viszonynak. Továbbá mindkét mérőeszköz esetében elmondható, hogy azok kevésbé (különösen az alacsony-küszöbű szolgáltatásé) alkalmasak a ki nem elégített szükségletek feltárására, illetve arra, hogy mindezen információk alapján kijelölhetőek legyenek a szóban forgó szolgáltatások fejlesztési irányai – persze ez a megjegyzés kevésbé helytálló, ha a kliensek ténylegesen ilyen mértékben elégedettek a szolgáltatásokkal. Ami egyértelmű igényként jelentkezik, hogy hiányoznak a szociális jellegű szolgáltatások, és nehéz metadon fenntartó kezelésbe bekerülni. Mindezekről függetlenül további, célzott adatgyűjtésre lenne szükség, hogy más kezelési szükségletekre, a jelenlegi ellátórendszer további hiányosságaira és egyben erősségeire is fény derüljön.

A kliens elégedettségi mérésekből szintén kevésbé következtethetünk arra, hogy az ellátórendszerben kik vagy melyek az „előremozdító” és kik vagy melyek a blokkoló ágensek, jóllehet ezekre a szempontokra nem elsősorban a kliens elégedettségi mérésekből kell következtetnünk. Amennyiben a szociális szolgáltatások, illetve a metadon programba történő könnyebb bejutás iránt kifejezett igényeket nézzük, valamelyest következtethetünk egyes hátráltató tényezők jelenlétére. Ezen szolgáltatások hiánya vagy nehéz elérhetősége, ha nem is feltétlenül távol tart egyeseket a kezelőrendszertől, de nem feltétlenül motiválja őket az abba való bekerülésre – ebben az értelemben ezeket akár blokkoló ágensként is értelmezhetjük.

Mindent összegezve elmondható, hogy a kezelésen kívüli és a kezelésben lévő kliensek között végzett adatgyűjtésekben jól manifesztálódtak a szükséglet-meghatározás céljai. Jóllehet további adatgyűjtések tovább segíthetnék az ellátástervezés irányainak megszabását (kiváltképpen a kezelésben lévőkre vonatkozóan), konkrét ötletek már most megfogalmazhatóak.

Hiányanalízis – Irányok

A használók között végzett kvantitatív adatgyűjtés nagyban hozzájárult a régió ellátórendszeréből hiányzó szolgáltatások azonosításához: ezek leginkább a metadon fenntartó kezelés és a kötődő szociális szolgáltatások, de úgy tűnik, hogy az utcai megkereső munkában is vannak kihasználatlan kapacitások. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a hiányosságok a szolgáltatásbeli integráció hiányára engednek következtetni.

A kezelt és kezeletlen kliensek között végzett adatgyűjtések tekintetében összefoglalva az állapítható meg, hogy azok jól szolgálták a szükséglet-felmérés irányelveinek érvényesülését. Az innen nyert információ jól segítheti a jelenlegi szolgáltatások továbbfejlesztési irányainak, valamint az új szolgáltatások kijelölését, miközben további adatgyűjtésre lenne szükség arra vonatkozóan, hogy jobban fel lehessen mérni a jelenlegi ellátórendszer deficitjeit, ellátási kapacitását. Populációs adatok hiányában csak feltételezéseket fogalmazhatunk meg arra vonatkozóan, hogy mekkora az esetlegesen ellátásra szoruló aránya a régióban, és hogy az ellátandók pontosan milyen szociodemográfiai, szerhasználati mutatók mentén jellemezhetőek. Itt különös hangsúlyt lehet fektetni az iskoláskorúak veszélyeztetettségére és ellátatlanságára, kiváltképpen az utcai marihuána használók esetében.

A SZÜKSÉGLETEK ÖSSZEGZÉSE

Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek: A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó információkat. A háziorvosi és a sürgősségi ellátás adatai további információval szolgálhatnak a kábítószer-fogyasztással összefüggő esetekről. Az infektológiai és a bőrgyógyászati ellátás kliensei között is indokolt lehet a kábítószeres esetek azonosítása.

Addikció-specifikus szükségletek: A térségben az ellátási lánc számos eleme jelen van. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások (utcai megkeresés, tűcse-re, közösségi ellátás) biztosítottak. Járóbeteg szakellátó a térségben működik. Az elterelés intézményrendszere (állapotfelmérés, megelőző-felvilágosító szolgáltatás, egészségügyi típusú elterelés) működik. Ezen ellátások esetében fő kérdés, hogy bár a szolgáltató jelen van, vajon elégségesek-e a szolgáltatások (van-e elég kapacitás, megfelelő-e az elérhetőség és a hozzáférhetőség), valamint az, vajon megfelelő-e az ellátás minősége (szakembergárda, kezelési program megléte, folyamatok minősége). A beszámoló nem tér ki az opiát-szubsztitúció elérhetőségére a térségben. A szociális reintegráció és rehabilitáció ellátórendszere hiányos. Bár a beszámoló bemutatja az egészségügyi, nem droghasználat-specifikus addiktológiai ellátókat, kérdés, hogy ezek szolgáltatásai, szakmai programjai kezelésbe tudják-e vonni a kábítószer-

fogyasztókat. Munkahelyi reintegrációs programokról, védett munkahelyekről nem történt említés, feltehetően hiányoznak a térségben. Félutas ház említésre került, kizárólag nőknek. A drogambulancia és az alacsonyküszöbű ellátások kivételével mindenhol elmondható, hogy a kábítószer-fogyasztással összefüggő esetek arányának meghatározása az összes kezeltben belül további kihívásokat állít a kutatás elé (pl. a pszichiátriai osztályon, a toxikológián stb.). A beszámoló a közösségi ellátás keretein belül említett viselkedési addikciókra vonatkozó tanácsadást, mely valószínűleg továbbbírányítás. Az ilyen kielégítetlen kezelési szükségletekkel rendelkezők az ellátórendszer számára feltehetően rejtve maradnak. Több program is említette hozzátartozói csoportok működését.

Lakhatással kapcsolatos szükségletek: A lakhatással kapcsolatos szükségletek nem kerültek azonosításra. A kezelésben részt vevő kliensek szociális ellátásba történő továbbbírányítása nem ismert. A térségben egy lakhatási támogatást végző program került azonosításra, mely kizárólag nőknek biztosít ellátást. A szerhasználók aránya ebben a szolgáltatásban 25% alatti.

Foglalkoztatási szükségletek: A kliensek munkaügyi státusza nem ismert. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképességűeket támogató program nem került azonosításra.

A bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek: Az eltereléshez kapcsolódó szolgáltatások biztosítottak, kérdés, hogy a kapacitások elegendőek-e. Bűnmegelőzési programról, szabadidő eltöltését támogató programról nem történt említés.

Vulnerábilis csoportok azonosítása: A kutatás nem tért ki a kezelésben lévők körében azonosított speciális, veszélyeztetett (hajléktalanok, gyermekkorúak, etnikai csoportok, bűnelkövetők, iskolai vagy szociális hátrányokkal küzdő) egyéb csoportokra. Az ellátórendszer szereplői között ilyen speciális programok vagy ellátók nem kerültek azonosításra.

2. DUNAÚJVÁROS

A PROBLÉMA ÉSZLELÉSE

A szükséglet-meghatározás irányelveire vonatkozóan a helyi projekttel kapcsolatosan az egyik legfőbb megállapításunk, hogy a legalapvetőbb kérdések közül nem sikerült fényt deríteni arra, hogy pontosan – mind minőségileg, mind mennyiségileg – hogyan jellemezhető az a populáció, ami illegális szereket használ a régióban. Ez populációs vizsgálatokat igényelt volna, amire nem volt lehetőség jelen kutatás keretei között. Azt viszont nem tudjuk, hogy

történt-e kísérlet arra vonatkozóan, hogy a négyévente lebonyolított ESPAD kutatások adatbázisából olyan adatokhoz jussanak a projekt gazdái, amiből a régió drogérintettségére lehetne következtetni. Tudomásunk szerint nem állt rendelkezésre olyan, korábbi prevalencia- adat sem, amely más kutatásból származott volna. Szintén nem használtak jelen kutatás keretében a régió droghasználóinak számára irányuló becslési eljárást, továbbá a szükséglet-meghatározás során nem alkalmaztak mortalitás-alapú becslési módszereket sem.

Úgy tűnik, hogy a régióban a rejtőzködő szerhasználók egy szegmensében az egyik legmarkánsabb probléma a probléma észlelésének hiánya, illetve annak bagatellizálása. Ez felveti annak kérdését, hogy milyen szolgáltatások kellenek ahhoz, hogy az ilyen attitűddel rendelkező fogyasztókkal kezdeni lehessen valamit. Nyilvánvalóan olyan csoportról van szó, akik egyáltalán nem motiváltak az ellátórendszerbe való kerülésre, mi több, számos – korábban tárgyalt – ok miatt nem is kívánnak oda belépni. Mindeközben vannak olyanok, akik igénybe vennének szolgáltatásokat, de azok vagy nincsenek, vagy fizikai értelemben kevésbé megközelíthetőek (Pécsen vagy Budapesten vannak). A kezelési láncból, amint azt a kutatást végzők kiemelték, olyan fontos ellátási formák hiányoznak, mint az alacsonyküszöbű szolgáltatások, az utcai megkereső szolgáltatások, amelyek a fent említett problémára megoldást jelenthetnének. Ezen szolgáltatások keretében elért használókat nagyobb eséllyel lehetne az ellátórendszer más formáiba küldeni, amelyek szintén további fejlesztésre és bővítésre szorulnak.

A helyi szakemberek is megfogalmazták, hogy inkább információ-gyűjtés történt (és nem adatgyűjtés), igazán letisztult adatok nem jöttek elő, és ezekben is igen nagy szórás volt tapasztalható. A szolgáltatók (eü., szoc., oktatási) nehezen beszéltek magukról és hiányosságaikról („a mundér becsülete”), számos félelem él bennük az adatszolgáltatással kapcsolatban. Ha sorrendbe kéne tenni az adatszolgáltatókat, akkor a legelutasítóbbak az egészségügyben dolgozók voltak, aztán a szórakozóhelyek képviselői és az oktatási intézmények következtek, és talán legnyitottabbak a rendvédelmi dolgozók voltak.

Szintén a fókuszcsoporton fogalmazódott meg, hogy a szükséglet-meghatározás folyamata során számos hiány kiderült, és ezek alapján a tervezés elkezdődhet. Továbbá átalakult gondolkodásukban a problémakezelés helye, iránya, a folyamatba bevonható intézményi és személyi szükséglet. Felértékelődött a civilek, a közös gondolkodást biztosító szinterek (fórumok, KEF, stb.) szerepe.

Azonosított intézmények: ellátási térkép

A kutatási beszámoló három szakosított intézményt említ, melyek a kábító-szer-fogyasztók kezelésével közvetlenül kapcsolatba hozhatók. A beszámoló megállapítja, hogy az ellátási spektrum fontos intézményei hiányoznak.

A drogbetegек ellátásában közvetlenül részt vevő intézmények:

1. Szent Pantaleon Kórház Sürgősségi Betegellátó Ambulancia
2. Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai Osztály – detoxikációs részleg
3. Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai Osztály – akut és rehabilitációs részleg
4. Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai Gondozó

A kvalitatív adatfelvétel alapján elmondható, hogy vannak olyan szereplők, melyek közvetett módon részt vesznek a szenvedélybetegек azonosításában, ellátásában, kezelésbe irányításában. Ezekről az intézményekről, ill. az általuk ellátott kliensekről csak kvalitatív információkkal rendelkezünk. A közvetetten érintett szervezetekről (pl. szociális szolgáltatások, bűnmegelőzés) felsorolás sem áll rendelkezésre, intézményi profiljaik, ill. szerepük az ellátási láncban nem került feltárássra. A drogbetegек ellátásában közvetetten részt vevő intézmények között szereplő intézmények a következők a fókuszcsoportos adatgyűjtések alapján: mentők, háziorvosi és iskolaorvosi szolgálat; helyi ÁNTSZ, foglalkozás-egészségügyi szakemberek, védőnői hálózat, az önkormányzat egészségügyi és szociális irodája, a gyermekvédelmi és a családsegítő intézmények, valamint a büntető igazságszolgáltatás képviselői, a rendőrség, a büntetés-végrehajtás, a pártfogó felügyelet az ügyészség és a polgárőrség. Nevesítésre került az Egészségmegőrzési Központ és a Családsegítő Központ, de egyebek mellett azok kábítószeres ellátással kapcsolatos tevékenységeinek azonosítására sem került sor.

AZ ELLÁTÓRENDSZER LEÍRÁSA

Szolgáltatási spektrum: A kutatási beszámoló alapján elmondható, hogy az ellátások széles köre nem biztosított a szerhasználók számára. Alacsony-küszöbű ellátások körében hiányzik a megkereső munka és a tűcsere-szolgáltatás. Egy helyen említi a vizsgálat, hogy a gyógyszerárakban történik túvásárlás, de ilyen irányú speciális program (gyógyszerárakok tájékoztatása, segítése) hiányzik. A térségben nem biztosított az intravénás szerhasználók HIV és hepatitisz szűrése, tanácsadás nem történik. Antivirális kezelés fertőzöttek számára nem ismert.

Magasküszöbű ellátások körében jelen van az addiktológiai gondozás és a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás. Ezekben az intézményekben az illegális szerhasználattal összefüggésben kezelték aránya feltehetően alacsony. Drogambulancia a térségben hiányzik. Metadon szubsztitúció a térségben nem történik. A beszámoló megemlíti a várandós szerhasználó nők kezelés iránti igényét, de ilyen ellátás nem hozzáférhető.

Állapotfelmérést végző intézményt a kutatási beszámoló nem említi. Nem ismert, hogy az érintettek hol veszik igénybe a megelőző-felvilágosító szolgáltatást vagy az elterelés egyéb formáit, jóllehet a pszichiátriai ellátó elvben köteles elterelést végezni.

A rehabilitáció, a szociális reintegráció intézményei (félutas ház, védett munkahely programok) hiányoznak a térségben.

A betegutak nem kerültek azonosításra, ellátási térkép megrajzolása ez ideáig nem valósult meg.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: Az ellátórendszerrel, az ahhoz történő hozzáféréssel kapcsolatos kvantitatív adatok nem állnak rendelkezésre. Intézményi várólisták áttekintésére nem került sor.

AZ ELLÁTÓRENDSZER EGYES INTÉZMÉNYEINEK LEÍRÁSA

Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai Osztály

Szolgáltatások: A pszichiátriai osztály önálló, leválasztott részlegeként működik annak detoxikációs részlege, 6 férőhellyel. A detoxikáció állapotfelmérést követően megfigyeléssel, anamnézis felállításával folytatódik, ezt követően a beteg továbbutalásra kerül. A pszichiátriai osztály rendelkezik még 50 akut és 20 rehabilitációs ágygal, valamint egy 25 férőhelyes nappali kórházat is működtet. Az akut ágyakon történik a gyógyszeres ellátás, a laboratóriumi vizsgálatok; a rehabilitációs ellátás keretében nyílik lehetőség egyéni és csoportos pszichoterápiára. A nappali kórház gyógyult betegek részére biztosít szociális jellegű ellátást: foglalkoztatást, ebédet és orvosi konzultációs lehetőséget. Az ellátások minden esetben általánosak, elsősorban alkoholbetegek és gyógyszerabúzus miatt kezelték jelennek meg. Az illegális szerhasználók arányának pontosabb meghatározása javasolt.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: Nyitva tartási idő, elérhetőség nem került rögzítésre. A várólisták hossza nem ismert, ill. detoxifikációs kezelés esetén nem értelmezhető. Az OEP-pel szerződött munkaórák száma felsorolásra került. A forgalmi adatok a különböző szolgáltatástípusoknál említésre kerültek. Nem ismert a kezelésre jelentkezők körében a kábítószer-fogyasztók aránya. A kutatási beszámoló nem érinti a személyzet és a forgalom vonatkozásában a kapacitás kérdéseit.

Folyamatértékelés: A fekvőbeteg-ellátás leírásánál az osztály és a detoxikációs részleg személyzeti összetétele megállapításra került. Az osztályos ellátások esetében és a nappali ellátás keretében szakszemélyzet rendelkezésre áll. A beutalás rendje nem került rögzítésre, sürgősségi ellátás esetén ez nem is releváns. A továbbirányítás menete azonban további elemzésre szorul, meghaladva az együttműködés során szóba jöhető intézmények pusztá felsorolását.

Eredményértékelés: A kezelés megszakításának vagy befejezésének körülményei nem kerültek azonosításra.

Gazdasági értékelés: A szolgáltatások OEP finanszírozásban részesülnek. Infrastrukturális feltételeik nem kerültek bemutatásra.

Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai Gondozó

Szolgáltatások: A gondozó a járóbeteg szakellátás megkezdése előtt fogadja, és szükség esetén szervezi és segíti a beteg osztályos felvételét. A gondozó nagyobb szerephez a kezelés alatt, még inkább a kezelés után jut. Biztosítja a krónikus pszichés betegek ellátását, a terápia nyomon követését, a motiváció fenntartását és egyéb tréningeket. A rehabilitációs intézetekbe történő továbbírányítást támogatja, végez szociális és jogi tanácsadást. Hozzá tartozói konzultáció szükség esetén biztosított. Bár korábban az ellátó végzett elterelést, a szolgáltatás 2009-ben megszűnt. A szolgáltató viselkedési addikcióban szenvedők számára is biztosít ellátást.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: Nyitva tartási idő nem került rögzítésre. Az addiktológiai szakrendelés hetente egy alkalommal történik.

Folyamatértékelés: A gondozóban egy szakorvos mellett 3 nővér dolgozik, az óraszámok ismertetésre kerültek. A beszámoló szerint napi 45-50 beteg fordul meg az intézményben. 55%-uk krónikus pszichiátriai gondozott, 20%-uk szenvedélybeteg, 25%-uk hangulati zavarban szenved vagy szorongásos kórképeket mutat. A kábítószer-fogyasztók aránya nem került meghatározásra. A pszichés kórképpel rendelkezők körében nem ismert a (korábbi) drog-fogyasztók aránya. A szolgáltató kapcsolatot tart rehabilitációs intézményekkel, de a továbbutalások rendje számszerűsítésre nem került, csak az együttműködő partnerek kerültek felsorolásra.

Eredményértékelés: A kezelés megszakításának vagy befejezésének körülményei nem kerültek azonosításra.

Gazdasági értékelés: A szolgáltatás OEP finanszírozott, kapacitása, infrastrukturális körülményei nem kerültek azonosításra.

Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó – Megelőző-felvilágosító szolgáltatása a beszámoló szerint 2009. május 31-én megszűnt.

Kvalitatív információk és a fókuszcsoporthoz tapasztalata

Dunaújvárosban a városi kórházban van addiktológiai fekvő- és járóbeteg-ellátás. Az ellátás a drogbetegek esetében a detoxikációra és a sürgősségi ellátásra szorítkozik, az átlagos kezelési idő néhány nap. Ez után lehetőség van arra, hogy a kliensek „közül(ük) mindazok, akik absztinenciára motiváltak, saját kérésre rehabilitációs létszámba kerülnek, kezelésük folytatása,

motivációjuk megerősítése érdekében” fogalmaznak a helyi tanulmány készítői. A kórház és az Egészségmegőrzési Központ között is több éve van olyan együttműködés, hogy a kliensek életvezetési támogatást kapnak problémájuk megoldásához. 1997-től 2009. május 31-ig megelőző-felvilágosító szolgálat is működött, később a feltételek hiánya miatt erre nem pályáztak.

Ezekből az információkból az sejthető, hogy a drogbetegek sürgősségi ellátása megoldatlan vagy nem is jelennek meg a rendszerben. A megoldatlanság mellett szól, hogy sürgősségi, detoxikációs céllal mégis megjelennek, továbbá az is, hogy noha nincs megelőző-felvilágosító szolgáltatás, erre lenne igény. A „rehabilitációs létszám” emlegetése nehezen értelmezhető; ez megint arra utal, hogy lehetséges, hogy elvileg kialakult egy rendszer a drogtérapiás intézetek felé történő beutalás tekintetében, ezt a gyakorlatban ritkán veszik igénybe. Ha gyakrabban vennék igénybe, akkor nem ilyen homályos megfogalmazást kapnánk, hanem pl. egy beutalási utat (a beutalás célintézményeivel, feltételeivel, indikációival, a beutaltak, illetve a továbbutaltak létszámadataival).

„A szociális szféra dolgozói kénytelenek városon kívül intézményeket, ellátó helyeket keresni a kliensek számára. Megyén belül említésre került a Megyei Pszichiátria és Gyermekpszichiátria Székesfehérvárott, szintén ott a RÉV Alapítvány, valamint a Ráckeresztúri Drogtérapiás 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 továbbírányításának lehetősége a jó szakmai kapcsolatoknak köszönhető, valamint az ügyfelek is hoznak információkat.”

Ez az idézet is megerősíti az előbbieket: a városban és vonzáskörzetében az akut ellátást leszámítva nincs olyan egészségügyi vagy szociális ellátás, ahol célzottan, szervezeten és folyamatosan droghasználókkal foglalkoznának.

Nemcsak a megelőző-felvilágosító szolgálat, de a helyi mentőszervezet által végzett tücsere-szolgáltatás is megszűnt (utóbbi megszűnésének oka nem ismert).

Az ellátás javítása kapcsán megfogalmazandó igények elég széles skálán szórnak, de a törvényi szigorítás szinte mindenhol megjelenik (szigorúbb jogi eljárás a droghasználóval szemben, törvényi úton kötelezővé tett kezelés stb.). Az ellátások fejlesztésével kapcsolatban kevés a konkrét javaslat, főleg az olyané, amit bizonyos feltételek mellett akár azonnal be is lehetne vezetni. A hiányosságokat maguk a résztvevők is elismerték: „megállapítást nyert, hogy a droghasználattal kapcsolatos probléma-kezelés kultúrája helyi szinten kezdetleges”.

AZ ELLÁTÓRENDSZERREL KAPCSOLATBAN LÉVŐ KLIENSEK LEÍRÁSA: KLIENS PROFIL

A kutatási beszámolóból nem derül ki, hogy mely adatgyűjtés kliens adatai kerültek bemutatásra. A vonatkozó intézmények a TDI adatgyűjtésben részt vesznek. Mivel egészségügyi szolgáltatásokról van szó, az OSAP adatgyűjtésben

részvételük kötelező. A bemutatott adatok feltehetően az OSAP adatgyűjtésből származnak. A kliens adatok a kórház pszichiátriai osztályán ellátottak adatai, az egyes szolgáltatástípusok szerint részletezés nem történt.

Az intézmények a kliensekről standardizált, aggregált formába hozható adatgyűjtést nem végeznek, mely felhasználható lenne a szükségletfelmérés során az ellátott és az ellátatlan kezelési igények összevetésére, a hiányanalízis kvantitatív alátámasztására.

Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai Osztály

TDI adatok áttekintése: nem ismert

OSAP adatok áttekintése: részben megtörtént

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: A kutatási beszámoló elmondása szerint az osztály részletes anamnézist vesz fel, mely kitér a kliensek családi és szociális szükségleteire, a munkakörülményeikre, a szerhasználat (alkoholfogyasztás) kezdetére és mintázataira. Felvételkor alkalmazták az ún. Petneházy kérdőívet (erről a tanulmány nem számol be, pontosan mit takar), ill. a Beck-féle depresszió-, valamint a Taylor-féle szorongás skálát is, szükség szerint. A beszámoló nem tér ki az illegális szerhasználat miatt kezelési igénnyel jelentkezőkkel kapcsolatos anamnézis meghatározásának részleteire.

A pszichiátriai osztály specifikusan klienselégedettségi vizsgálatot nem végez. A kórház általános gyakorlatában szerepel ilyen jellegű adatgyűjtés. A pszichiátriai osztályt érintő elégedettségi visszajelzések nem állnak rendelkezésre.

Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: nem történt.

Területi lefedettség meghatározása: A kutatási beszámoló megemlíti, hogy a kórház ellátási területe több környező települést érint, felsorolás nem olvasható. Egy említés utal arra, hogy Dunaföldvállról is érkeznek betegek. Az ellátottak lakóhelyére vonatkozóan nem állnak rendelkezésre adatok.

Kliensek létszámának meghatározása: A beszámolóban olvasható, hogy a pszichiátriai osztály klienseinek 10%-a droghasználat következtében került kapcsolatba az ellátóval. A beszámoló szerint 578 szenvedélybeteg jelentkezett kezelésre az év során. Illegális szer miatt 73 fő részesült kezelésben. A kezelésben lévők közül 135 fő jelentkezett első alkalommal kezelésre. A beszámoló megállapítja, hogy kórházi kezelést 3 fő drogbeteg igényelt, elterelésben 61 fő vett részt. Ez feltehetően a megelőző-felvilágosító szolgáltatás megszűnése előtti időszakra vonatkozik. Nem egyértelmű, hogy az

egészségügyi típusú elterelést területi ellátási alapon nyújtani köteles pszichiátriai osztály és gondozó milyen tevékenységet folytat.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A kezelésben lévő kliensek körében a kannabisz-fogyasztás dominált, 58 fő kezdett emiatt kezelést. Opiát (3 fő), kokain (2 fő) vagy amfetamin (8 fő) miatt alacsony számban kezelnek klienseket. Az említett 578 fő nagyrésze alkoholbeteg, körükben jellemzőbb a napi fogyasztás. Az illegális szerhasználók mintegy fele heti fogyasztó, mintegy egyharmaduk alkalmoszerű fogyasztó, és kb. 10%-uk napi szerhasználó. Az alkoholbetegek felülreprezentáltsága miatt a szájon át történő fogyasztás a domináns. A beszámoló szerint 13 fő fogyaszt opiátot szájon át, ezeknek az eseteknek az alaposabb feltárása javasolt. Intravénás szerhasználatot a beszámoló nem említ.

Betegutak feltárása: A beutalás eredete, illetve a továbbutalás pontos iránya nem került azonosításra.

ELLÁTÓRENDSZEREN KÍVÜLI DROGHASZNÁLÓK

Dunaújvárosban a rejtőzködő szerhasználók szükséglet-feltárására irányuló adatgyűjtést megelőzően nem volt specifikusan megnevezett, definiált célpopuláció. Amint az a helyi szakemberekkel történő korábbi egyeztetések folyamán kiderült, a térségben az illegális szerhasználók – a helyi infrastruktúra, ellátási rendszer komoly hiányosságai miatt – elsősorban Pécsre vagy Budapesten keresnek ellátást. Arra vonatkozóan azonban nem volt pontos információ vagy akár hipotézis, hogy pontosan milyen demográfiai, illetve szerhasználati profilú célpopulációra irányulna a szükséglet-meghatározás, melyek pontosan azok a szerhasználói csoportok, akik szükségletei kielégíthetetlenek. A kutatás kezdetekor az alábbi, a célpopulációra vonatkozó általános hipotézis fogalmazódott meg: „Dunaújvárosban jelentős a szerhasználók száma”.

Vagyis a helyi szakemberek – kellő ismeretek hiányában – célpopulációként általánosan a dunaújvárosi illegális szerhasználókat nevezték meg, és a célpopulációt hipotézisükben inkább mennyiségi oldalról közelítették meg. Másképpen fogalmazva: más helyszínekkel ellentétben nem törekedtek a célpopuláció pontos meghatározására, az adatgyűjtés tulajdonképpen a városban lévő droghasználó csoportok és személyek azonosítását nevezte meg célként, illetve általában az ő egészségügyi és szociális szükségleteik feltárását irányozta elő. Tehát a célcsoport pontos meghatározása nem, illetve túl tágan, általánosan történt meg, továbbá az sem derül ki pontosan, hogy mit akartak a helyi szakemberek elérni. Az erre vonatkozó megfogalmazás túl általános:

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

A projekt korai fázisában szintén kockázatként merült fel, hogy pontosan kiket, kikkel és hogyan kívánnak elérni a projekt gazdái. Itt elsődleges félelemként az fogalmazódott meg, hogy a projekt keretében rendelkezésre álló idő szűkössége mennyiben szab gátat a használói szcénákkal való bizalmas viszony kiépítésére, ami alapja az adatszerzés megbízhatóságának. Szintén kockázati faktor volt, hogy korábbi kutatási tapasztalatok hiányában milyen formában kerül megvalósításra az ellátórendszeren kívüli használók szükségletfelmérése.

A szükséglet-feltárás későbbi fázisában az elérendő populáció már pontosabban fogalmazódott meg:

Bekerülési kritériumok:

1. Kor kritérium – 18 évesnél idősebb legyen a megkérdezett
2. Szerfogyasztási kritérium – az elmúlt 30 napban legalább egy alkalommal fogyasztott marihuánát
3. Kezelési kritérium – Olyanok kerültek a mintába, akik még soha nem voltak semmilyen kezelésben, ellátásban. Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat, valamint a detoxikálót nem számították kezelésnek, amennyiben az utóbbi a sürgősségi ellátás keretein belül került igénybevételre.

Kizárási kritériumok: Olyan fogyasztók, aki más szereket fogyasztottak vagy fogyasztanak, de marihuánát nem, nem kerülhettek a mintába. Akik elterelésen vannak vagy voltak, nem kerülhettek be a mintába.

Azaz a szükséglet-meghatározás célpopulációja a városban élő marihuána szerhasználói csoportok voltak, elérendő célként pedig az fogalmazódott meg, hogy a jelenlegi ellátórendszer által kínált szolgáltatások mennyiben találkoznak a valós kezelési szükségletekkel. Az adatgyűjtés tehát feltehetően az ő szükségleteik kielégítésére irányult.

Az egészségügyi prioritások meghatározására vonatkozóan elmondható, hogy a rejtőzködő célcsoportra irányuló felmérés során nem, illetve csak minimálisan teljesült a célcsoport profiljának meghatározása. A rájuk vonatkozó kutatásai eredmények – a minta elemszámából (38), illetőleg a kutatási módszertanból kifolyólag (nem történt becslési eljárás) – nem alkalmasak a rejtőzködő, kezelésen kívüli, alkalmi marihuána használók feltételezett profiljának pontos azonosítására, ami magába foglalna olyan alapvető információkat, mint a személyek szociodemográfiai háttere, körülbelüli száma, valamint alapvető kezelési szükségleteinek, szerhasználati mintázatának meghatározása. Az adatgyűjtés során mintába kerültekről általában elmondható, hogy többségük férfi, túlnyomó részt 22 év alattiak, markánsan marihuána fogyasztók (hiszen ez volt a mintába kerülési kritérium), akik gyógy-

szereket is szednek visszaélésszerűen. Szintén a célzott mintavételnek köszönhetően a mintába kerültek nagy része tanuló státuszú, jelentős részük iskolakerülő. A megkérdezett szerhasználók ismeretei az ellátórendszerrel, a rendelkezésre álló szolgáltatásokról közepesnek mondhatók. Összehasonlító adatok (populációs adatok akár a szerfogyasztás mintázatára, akár a fogyasztók becsült számára vonatkozóan) hiányában nem tudjuk, hogy a kutatás során azonosított profil mennyiben tükrözi a város alkalmi marihuána használóinak profilját. A kutatás során nem sikerült részletes információhoz jutni arra vonatkozóan, hogy a városi ellátórendszerben milyen profilú csoportot látnak el, jóllehet ez az adat viszonylagos támpontot nyújthatott volna arra vonatkozóan, hogy milyen mértékben kerülnek az ellátórendszerbe alkalmi marihuána használók. Más jellegű adatok alapján azt feltételezhetjük, (ideértve a mi eltereléses vizsgálatunkból származó, illetve a kezelési adatokat), hogy Dunaújvárosban is bekerülnek, de feltételezhetően nem elsősorban szükséglet alapján, hanem a törvényi szabályozás végett (elterelés). A hólabda mintavétel azt tette lehetővé, hogy ezen használói csoport egy részének profilját felfedje, ami jó alapként szolgálhat a célpopuláció pontosabb felderítéséhez.

Adalék, hogy a mintába kerültek jelentős része nem valószínű, hogy a jövőben szakemberhez fordulna segítségért droghasználatával kapcsolatosan. Ez az információ a szükségletfelmérés szempontjából fontos lehet, hiszen arra enged következtetni, hogy az ellátórendszer nem „vonzó” a használók számára: feltehetően sem a lokális környezeti tényezők, sem a globális tényezők (drogpolitikai megfontolások) nem kedveznek az ellátásba kerülésnek. A tanulmány arra is rámutatott, hogy a megkérdezettek elbagatellizálják problémáikat, azaz nem percipiálnak – és ebből fakadóan a tanulmány sem azonosít pontos mértékben – kezelési szükségleteket. Ezekre inkább közvetett módon kaphatunk választ (magas alkoholfogyasztási mutatók, iskolakerülés). Arra vonatkozóan pedig rendkívül korlátozott információ áll rendelkezésre, hogy milyen a célcsoport egészségügyi állapota és mik annak meghatározó tényezői – ez esetben is csak közvetlen, részleges, az adatgyűjtésből származó adatok állnak rendelkezésre. Ugyanakkor – amint az a kvalitatív adatelemzésből kiderül – létezik egy, a szakemberek által szintén azonosított, de nem marihuána használói csoport (alkoholfogyasztók, szipuzók, gyógyszereket visszaélésszerűen használók), akik kezelési szükségletiről semmit sem tudunk.

A klienselégedettség feltárásával kapcsolatban elmondható, hogy a kutatás egyik globális céljaként fogalmazódott meg azon szükségletek feltárása, amelyeket az ellátórendszer nem tud kielégíteni. Ez akár értelmezhető a már kezelésben lévő kliensek szükségleteinek felmérésével kapcsolatos adatgyűjtésre is, hiszen az azzal kapcsolatos információgyűjtés a részben ellátatlan szükségletek feltárását segíti. A felmérés lépései között aztán a szerzők már konkrétan nevesítik a kezelésben lévő kliensek szükségleteinek feltárását. A kutatás során a későbbiekben azonban nem nyílt lehetőség a városban

működő két szolgáltató klienseinek elégedettségi vizsgálatára. Ez alapvetően két ok miatt történt: egyrészt azért, mert az intézményekben 90%-ban jelenleg alkohol betegeket kezelnek, és nagyon kevés a szenvedélybetegek között a kimondottan kábítószer-használók aránya. Másrészt az érintett intézmények által korábban készített elégedettségi vizsgálat eredményei nem voltak ismertek a szerzők számára. Ebből fakadóan nem ismert sem a kezelték egészségi állapota, egészségi és szociális kezelési igényeik, illetve a kezelőhellyel, személyzettel, szolgáltatásokkal való elégedettségük.

Összességében tehát az mondható el a szükséglet-meghatározás lépéseiről, hogy azok csak részlegesen valósultak meg a kielégítetlen szükségletű célcsoportra vonatkozóan, és egyáltalán nem a kezelték körében. Jóllehet a projektben deklaráltan jelenik meg az a célcsoport, akire a szükségletfelmérés irányul, kissé homályosan és túl általánosan fogalmaz avval kapcsolatban, hogy mit akarnak a projekt gazdái elérni. Egyáltalán nincs képünk a kezelésen kívüli populáció profiljáról, van viszont némi információ annak egy szegmenséről. Az is elmondható, hogy csak részben sikerült adatot gyűjteni a kezelésen kívüli célcsoport szükséglet percepciójára vonatkozóan, leginkább abból fakadóan, hogy ez a célpopuláció nem percipál szükségletet, ami ugyanakkor – más rendelkezésre álló adatokkal együtt – rendkívül hasznos információként szolgál a látens szükségletekre vonatkozóan. Sajnos részletes komparatív adatok hiányában nem tudjuk, hogy az ellátórendszer mennyire „lő félre”: azaz milyen mértékben éri el ezt a szerhasználói, kezelésen kívüli csoportot. Végezetül azt is elmondhatjuk, hogy csak részleges adatunk van ennek a célcsoportnak mind az egészségügyi, mond a szociális állapotára vonatkozóan.

KIELÉGÍTETT ÉS KIELÉGÍTETLEN SZÜKSÉGLETEK

A hatékony szükséglet-meghatározás egyik célkritériuma, hogy sikerüljön feltárni az ellátási rendszerben működő, illetve nem működő tényezőket, illetve hogy milyen kielégítetlen szükségletek maradnak a rendszeren belül. A rejtett populációra, illetve a kezelésben lévő kliensekre irányuló adatgyűjtés alapján a dunaújvárosi projekt csak kis részben tudott ezekre a kérdésekre választ adni. A kezelésen kívülieknél, amint azt láttuk, csak részben azonosították a szükségleteket, pontosabban fogalmazva, egy speciális célcsoport egy adott szegmensének a szükségleteit tárták fel, azokat is csak részlegesen. A rendszerben lévő kliensek elégedettségéről, az általuk azonosított rendszerhiányosságokról nincs képünk, holott ez az egyik olyan célcsoport, ami a legrelevánsabb információt szolgáltathatta volna erre vonatkozóan. Az elért rejtőzködő célcsoporttól sem tudtunk meg túl sokat a rendszer hiányosságairól. Ez részben nem is elvárás, hiszen a mintába kerülési kritérium az volt, hogy a csoport tagjai még nem voltak semmilyen, a droghasználatból fakadó kezelési formában. Az információhiány egy feltételezett oka, hogy a

rejtőzködő célcsoport ismeretei azért hiányosak, mert nincs probléma észlelésük szerhasználatukkal kapcsolatban, ezért nem is gondolják, hogy olyan szükségleteik lennének, amelyek őket az ellátórendszer felé terelné. Leginkább a kórházi, pszichiátriai kezelésekről hallottak, illetve a célcsoport jellegéből fakadóan az elterelés intézményét ismerték – ebből azonban nem nagyon következtethetünk a helyi ellátórendszer deficitjeire. Több információt szolgáltat az a vizsgálati eredmény, miszerint a kérdezettek fele szerint a kezelőhelyek nem megközelíthetőek számukra, tehát ha szándékukban állna, akkor sem tudnák igénybe venni az ellátórendszert. Sajnálatos módon a kutatásból azonban nem derül ki, hogy pontosan milyen jellegű szolgáltatásokról is van szó, pontosan mi nem közelíthető meg. Végezetül, jóllehet a mérőeszközben szerepeltek olyan feltáró jellegű kérdések, amelyekből több információt lehetett volna nyerni a kezelőrendszer hiányosságairól, az ezekkel kapcsolatos kutatási eredményekről nincs ismeretünk.

Arra vonatkozóan sem túl sok az információnk, hogy az ellátórendszeren belül mi tartja bent a klienseket, és mik azok a tényezők, amelyek nem képesek bent tartani őket, jóllehet ez a szükségletfelmérés egyik fontos célja. A kezelésben lévőkől nincs erre vonatkozó információ, míg a kezelésen kívüli marihuána használóktól csak részleges. Amint arra a szerzők rámutattak, a rejtőzködők sajátossága a nehéz kezelésbe vonhatóság. Továbbá a megkérdezettek fele nem venné igénybe a kezelő-ellátó helyek szolgáltatásait, mert félnek, hogy az igazságszolgáltatás szervei előtt lebuknak. Ez az információ ugyanakkor jóval többet mond el arról, hogy mi tartja távol a potenciális klienseket, mintsem arról, mi nem tartja bent őket, azaz a szükségletfelmérés szempontjából egyaránt releváns aspektus. Érdekes továbbá, hogy az interjúalanyok nem bíznak a kezelőhelyek hatékonyságában és eredményességében sem, az azonban nem derül ki, hogy ezt személyes tapasztalatból mondják, vagy másodlagos tapasztalatokra épül véleményük. Vagyis ezekből csak nagyon általános és óvatos következtetések vonhatók le.

Amint arra már utaltunk, a kutatást megelőzően a kutatásban részt vevő szakértői csoport – korábbi tapasztalatokra alapozva – azonosította a városban lévő rejtett droghasználó populációkat. Ezek közül a már említett alkalmi marihuána használókra vonatkozóan történt meg a szükségletfelmérés. Azaz nem a kutatás exploratív jellegéből fakadóan történt meg ezen csoportok feltárása, hanem egy előzetes tudás alapján történt meg alaposabb feltérképezésük. Arra vonatkozóan is kevesebb információ áll rendelkezésre, hogy hogyan jellemezhető ezen csoport kockázati profilja, mik a vulnerabilitás aspektusai, amelyek ellátást igényelnének. Kockázati sajátosságként megemlíthető a mintába kerültek intenzív alkoholfogyasztása, illetve az ehhez köthető kockázati magatartásformák, valamint az amfetamin származékok, az altatók és nyugtatók alkohollal egyidejű fogyasztása. Ugyanakkor a kannabisz használatból a megkérdezettek jelentős többségének nem származott semmilyen problémája, ami szintén arra utal, hogy a szert rejtőzködve használják, illetve az is kiderült, hogy nem problémás a használatuk.

A válaszadók által elmondottakból egyértelműen kiderült, hogy szélesebb kontextusban a jogi szabályozási környezet az, amely az egyik legfontosabb blokkoló tényező az érintettek számára arra vonatkozóan, hogy miért nem kerülnek ellátásba, pontosabban miért nem keresik a kapcsolatot a helyi ellátórendszerrel. Amint arra utalás történt, a kérdezettek probléma észlelésének hiánya is értelmezhető egyfajta blokkoló ágensként. Erre vonatkozóan további fontos és releváns információt a kezelésben lévőkől lehetett volna beszerezni.

A szeveritás

A szükségletfelmérés legutolsó, de legalább annyira deklarált célja a szeveritás kérdése: a helyi felmérés milyen mértékben szolgáltatott információt arra vonatkozóan, hogy az ellátási rendszerben a beavatkozások ténylegesen az életet veszélyeztető legnagyobb kockázatok elhárítása felől kezdődnek, azaz prioritást kapnak a legsúlyosabb esetek, jelenségek kezelése. A rejtőzködőkkel készült kutatás nem alkalmas ennek kiderítésére, pontosabban fogalmazva: önmagában, összehasonlító, háttér adatok nélkül nem használható a kérdés vizsgálatára.

A rejtőzködő célcsoportra irányuló adatfelvételt követően a szükségletfelmérés céljainak érvényesülésére vonatkozóan elmondhatjuk, hogy az adatgyűjtés csak részben tudta szolgálni a korábban nevesített célokat. Egyrészt abból kifolyólag, mert nem ismertek a kezelésben lévő kliensekkel készült részletesebb vizsgálati adatok, akik számos aspektus vizsgálatában lehetnek volna releváns információk forrásai. Másrészt maguk az informátorok nem tudtak elegendő információval szolgálni. Harmadrészt, és ez szintén fontos tényező, a rejtőzködőkre irányuló adatgyűjtés önmagában nem elegendő a kérdések vizsgálatára, illetve bizonyos szempontból nem is tudna önmagában megfelelni a kívánt céloknak.

Kvalitatív információk és a fókuszcsoport tapasztalatai

A helyi szakemberek szerint az injekciós használók bizalmát egyelőre szinte alig sikerült megnyerni. A kannabisz-használókkal készültek interjúk, ők viszont többnyire nem tűnnek problémásnak.

Elsősorban a fókuszcsoport eredményeire lehet támaszkodni a szerhasználók szükségleteivel kapcsolatban. A kibontakozó kép összetett: egyfelől a kábítószer-használat jelen van szinte minden szintéren (középiskola, főiskola, a szórakozás szinterei, munkahely), a rendőrség kb. havonta találkozik kábítószer-problémával, ugyanakkor a polgárőrök ennél gyakoribb házkutatásokról és autótávizsgálásokról számolnak be, és ezek dealereket érintenek. Az Egészségmegőrzési Központban is „napi” szinten találkoznak a problémával. Sokszor „véletlenül” derül ki a droghasználat, pl. munkahelyi alkalmassági vizsgálatoknál, iskolai hiányzásoknál, a szórakozóhelyen ter-

jengő marihuána-füstből. Korábban tűcsere-szolgáltatás is működött, ami arra utal, hogy az injekciós szerhasználók egy része megjelent az ellátásnak ezen a szintjén. Az itt megjelentek további sorsa, esetleges kezelésbevétele nem ismert, valószínűleg erre nem is került sor. Úgy tűnik, hogy a rendőrségi „probléma-kezelésen” túl más rendszerezett és folyamatos ellátás nincs. Ha egészségügyi vagy szociális ellátásra sor kerül, az inkább sürgősségi vagy a jelzőrendszer igénybevételével történik, tehát az sem folyamatos és közvetlenül a droghasználó által kezdeményezett.

A fókuszcsoport jegyzőkönyvében folyamatosan visszatér az a kettősség, hogy egyfelől „egyre több a droghasználó és egyre fiatalabbak”, illetve az, hogy a városban „mindent” be lehet szerezni, illetve hosszan sorolták azokat a helyszíneket, ahol a fókuszcsoport résztvevői szerint droghasználók „lehetnek”. Másfelől ezek az emlegetett szerhasználók rejtve maradnak az ellátórendszer számára. Az ellátók, elsősorban az egészségügyi ellátók, de más szervezetek, így az iskolák is „hárítják” a problémát, áthárítják a felelősséget másra. Tehát igyekeznek „nem foglalkozni” a droghasználóval, ha mégis erre kényszerülnek (pl. az egyértelmű következmények, a szerhasználat láthatóvá válása miatt), akkor a pszichiátria, illetve az Egészségmegőrzési Központ felé utalják a szerhasználót. Az előbbi hatékonyságát látjuk, az utóbbi sem végez szervezett, célzott, folyamatos, droghasználókat segítő programokat. Lehet, hogy ez nem is tartozik a profiljába, akkor pedig az az érdekes, miért ide küldik a szerhasználókat? Valószínűleg azért, mert nincs más ellátóhely.

Hiányanalízis – irányok

A régióban a rejtőzködő szerhasználók egy szegmensében az egyik legmarkánsabb probléma a probléma észlelésének hiánya, illetve annak bagatelizálása. Ez felveti annak kérdését, hogy milyen szolgáltatások kellenek ahhoz, hogy az ilyen attitűddel rendelkező fogyasztókkal kezdeni lehessen valamit. Nyilvánvalóan olyan csoportról van szó, akik egyáltalán nem motiváltak az ellátórendszerbe való kerülésre, mi több, számos – a korábban tárgyalt – ok miatt nem is kívánnak oda belépni. Mindeközben vannak olyanok, akik igénybe vennének szolgáltatásokat, de azok vagy nincsenek, vagy fizikai értelemben kevésbé megközelíthetőek (Pécsen vagy Budapesten vannak). A kezelési láncból, amint azt a kutatást végzők kiemelték, olyan fontos ellátási formák hiányoznak, mint az alacsonyküszöbű szolgáltatások, az utcai megkereső szolgáltatások, amelyek a fent említett problémára megoldást jelenthetnének.

A szükségletek összegzése

Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek: A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó informá-

ciókat. Azonosított szükségletként említendő a detoxifikációs és a sürgősségi igények, feltehetően elsősorban alkohol-fogyasztással kapcsolatban.

Addikció-specifikus szükségletek: Az egyes beszámolók alapján következtethetünk arra, hogy a térségben jelen van az intravénás szerhasználat, így indokolt az alacsonyküszöbű szolgáltatások (utcai megkeresés, tűcsere, tanácsadás), a gyógyszerári tűcsere és a fertőző betegségekkel kapcsolatos szűrések biztosítása. A járóbeteg szakellátók közül az addiktológiai gondozó működik, alacsony hozzáférhetőséggel. A térségben drogambulancia nem működik. Nem tisztázottak az állapotfelmérés és az elterelés körülményei. A térségben nem megoldott a metadon szubsztitúció. A beszámoló említ egyéb kémiai addikciókkal (alkohol, nikotin, politoxikománia) és viselkedési (szerencsejáték, számítógép) addikciókkal kapcsolatos kezelési igényeket.

Lakhatással kapcsolatos szükségletek: A lakhatással kapcsolatos szükségletek nem kerültek azonosításra. A kezelésben részt vevő kliensek szociális ellátásba történő továbbírányítása nem ismert. A térségben lakhatási támogatást végző program nem került azonosításra.

Foglalkoztatási szükségletek: A kliensek munkaügyi státusza nem ismert. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképességeket támogató program nem került azonosításra.

A bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek: A kutatási beszámoló nem tartalmazott kvantitatív információt a kliensek eljárási helyzetéről.

Vulnerábilis csoportok azonosítása: A kutatás nem tért ki a kezelésben lévők körében azonosított speciális, veszélyeztetett (hajléktalanok, gyermekkorúak, etnikai csoportok, bűnelkövetők, iskolai vagy szociális hátrányokkal küzdő) egyéb csoportokra. Az ellátórendszer szereplői között ilyen speciális programok vagy ellátók nem kerültek azonosításra.

3. ÉSZAK-PESTI RÉGIÓ

A PROBLÉMA ÉSZLELÉSE

Az észak-pesti régióban a rejtőzködők között végzett szükségletfelmérés során nem valósult meg bizonyos elsődleges adatok begyűjtése. Nincs információ arról, hogy a régióban mekkora lehet az illegális szerhasználók száma, aránya, mi az ő szerhasználói profiljuk és milyen mértékben tekinthetők vulnerábilisnak. Jelen adatgyűjtés során nem volt lehetőség populációs szintű epidemiológiai vizsgálatok, különböző becslési eljárások lebonyolítására sem.

Ez egyrészt az adatgyűjtés lebonyolításához rendelkezésre álló idő rövidségéből, másrészt a projekt finanszírozási korlátaiból adódott. Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy viszonylag nagy számban sikerült két rejtőzködő kockázati csoportot felderíteni, és alapvető szociodemográfiai, szerhasználati profillal, kockázati magatartásformával, valamint kezelési igénnyel kapcsolatos adatokat gyűjteni.

A szükséglet-meghatározást a régióban a szakemberek nagyrészt feleslegesnek látták, hiszen, ahogy fogalmaztak, az ilyen kérdéseket rendszeresen felteszik a klienseiknek, akikkel napi kapcsolatban vannak. Ugyanígy, az egyes intézményeket is jól ismerik. A szükséglet-meghatározással kapott adatokat így nem tudják felhasználni a további tervezéshez – már magát a tervezést is feleslegesnek látják, hiszen van egy működő rendszer. Az adatokra a finanszírozás átalakításához lenne szükség, de az már meghaladja a jelen vizsgálat célkitűzéseit és lehetőségeit.

AZONOSÍTOTT INTÉZMÉNYEK: ELLÁTÁSI TÉRKÉP

A szerhasználók ellátásában közvetlenül részt vevő szervezetek körében több ellátót is azonosítottak. A térségben a legnagyobb ellátó a XIII. kerületi Nyíró Gyula Kórház drogambulanciája. Az ellátásban részt vevő intézmények:

8. Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály
9. Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ
10. Drogprevenációs Alapítvány – Drogoplex Ambulancia
11. DrogStop Egyesület – Elterelési szolgálat
12. Iránytű Ifjúsági Iroda – Elterelési szolgálat

A XIII. kerületben a szenvedélybetegek közösségi ellátását a Félúton Alapítvány végzi. A IV. kerület szenvedélybetegeinek közösségi ellátását a Humánsztráda Egyesület végzi. A XV. kerületben közösségi ellátást szintén a Humánsztráda Egyesület végez. Két hozzátartozó önszolgáltató egyesület is működik (Mátrix Egyesület és az Önkontroll Klub) e területen.

További intézmények, amelyek szociális ellátást nyújtanak:

- Magyar Ökumenikus Segélyszervezet XIII. kerületi Szociális Központ és Szenvedélybetegek Nappali Intézménye
- Baptista Szeretet Szolgálat Utca Front – mobil tüsszere programja
- Drogprevenációs Alapítvány – Hollán Ernő utcai tüsszere programja
- Drogstop Egyesület alacsonyküszöbű ellátása

A kutatási beszámoló a felsorolásban szereplő szervezetek esetében végzett intézményi profil meghatározást, és öt szervezet esetében kliensprofil leírást. A kutatási beszámoló felsorolja az általános (nem addiktív vonatkozású) egészségügyi ellátást nyújtó intézményeket is, a szociális ellátók széles körét,

kitér a rendészeti intézményekre és a KEF-ek felsorolására. A következőkben csak a drogbetegек ellátásában közvetlenül részt vevő intézményekre térünk ki.

A kutatási beszámolónak nem sikerült feloldani a budapesti szolgáltatókkal kapcsolatos legnehezebb kérdést, a területi ellátás és a regionális/országos ellátás problémáját. A kliensprofil leírások csak a kerületben élő ellátottakra vonatkoznak. Ez helyes, ha feltételezzük, hogy ezek az ellátottak szerhasználati mintázataikat tekintve megegyeznek a kerületben élő rejtőzködő populáció vonatkozó jellemzőivel. Nem ismerjük ugyanakkor azt, hogy a területen élő ellátásra szorulóknak milyen mértékben veszik igénybe a területen az ellátásokat, és milyen mértékben a területen kívül. További problémát jelent, hogy az intézményi profilok meghatározásának eredményeit mely populáció igényeivel kívánjuk összevetni.

A drogbetegек ellátásában közvetetten érintett szervezetek: A területen számos szociális ellátó működik, a kutatási beszámolóban részletesen felsorolásra kerülnek. Esetükben a legfontosabb kérdés az, hogy milyen mértékben érik el az illegális szerhasználókat, és milyen módon történik a kezelésbe irányítás. Ezekről a szolgáltatóktól elsősorban kvalitatív adatokat várhatunk, hisz adatgyűjtésük nem teszi lehetővé a kvantitatív elemzést.

AZ ELLÁTÓRENDSZER LEÍRÁSA

Szolgáltatási spektrum: A kutatási beszámoló alapján elmondható, hogy az ellátások széles köre biztosított a szerhasználók számára. Alacsonyküszöbű ellátások körében több szolgáltató és program is elérhető. A tüssere-programok különböző típusai – mobil, állandó telephelyű, automata – jelen vannak a térségben. A járó- és a fekvőbeteg szakellátók is megjelennek, számos szolgáltatást kínálva. A területen működnek hozzátartozói csoportok. Az eltereléshez szükséges szolgáltatások egy része biztosított: állapotfelmérés, megelőző-felvilágosító szolgáltatás. A beszámolóból nem derül ki egyértelműen, hogy az elterelés egészségügyi típusai – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-fogyasztással összefüggő más ellátás – mennyire biztosítottak a térségben élők számára. A térségben működik Budapest legnagyobb, opiát szubsztitúciót végző drogambulanciája, emiatt feltehetően sok kliens a kutatás területén kívülről érkezik az ellátóhoz.

A területen nincs kábítószeres rehabilitációs otthon, félutas ház vagy védett munkahelyet biztosító program. Ezek a speciális kezelési formák továbbutalás formájában is biztosítottak lehetnek, de a kutatási beszámolóból nem lehetséges választ adni arra, hogy milyen mértékű, mennyire sikeres az ellátások ilyen módon történő integrálása.

A betegutak kvantitatív jelleggel nem kerültek azonosításra, ellátási térkép megrajzolása eddig nem valósult meg.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A térségben több alacsonyküszöbű szolgáltató működik, ez feltehetően javítja a szolgáltatások elérhetőségét. A kutatás az intézményi profilok felvétele során inkább kvalitatív jelleggel közelített ahhoz a kérdéshez, hogy az egyes ellátók, ellátási formák vajon megfelelő módon elérhető-e a kliensek számára (pl. megközelíthetőség, nyitva tartás, beutalás). Indokolt lenne ezt a kérdést alaposabban körüljárni. A kutatás az intézményi profilok felvétele során kitért a várólistákra is. Egy szolgáltatás esetében, az opiát szubsztitúció kapcsán számoltak be várólistáról, ebben az esetben viszont hosszú, 3-4 hónapos. A Nyíró Gyula Kórház több osztálya (Addiktológiai Osztály, Drogambulancia, pszichiátriai osztályok) esetében, de civil szolgáltatóknál is találkozhatunk azzal a problémával, hogy a kevés a személyzet és a programok anyagi feltételei nem biztosítják a zavartalan működést. Gazdasági értékelés egy esetben sem történt a kutatás keretei között, intézményi saját vizsgálat nem volt hozzáférhető a kutatás számára. Mégis, fontos lenne ezt a kérdést alaposabban elemezni, mert a szolgáltató jelenléte önmagában még nem jelenti azt, hogy a területen élők ellátási szükségletei kielégítésre kerülnek.

AZ ELLÁTÓRENDSZER EGYES INTÉZMÉNYEINEK LEÍRÁSA

Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány

Szolgáltatások: A szolgáltató elsősorban megelőző-felvilágosító szolgáltatást végez. A beszámoló szerint havi néhány kliens részvételével konzultáció, jogi tanácsadás, ill. HIV- és HCV-szűrés és -tanácsadás is működik. Megemlíti még a reszocializációs tevékenységet, valamint azt, hogy a szolgáltató jelentős tevékenységet végez iskolai egészségfejlesztés, drogprevenció, mentálhigiéné és szabadidő strukturálása területeken. A szolgáltatónál hozzátartozói csoport működik. A szükségletfelmérés nem azonosította, hogy az ellátó tevékenységei közül mely tevékenység mekkora részesedést tesz ki a profilból.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A nyitva tartási időt rögzítették, diszcrepanciát nem találtak, a beszámoló kitér arra, hogy nincs várólista. A szolgáltatót állapotfelmérés után keresik fel a kliensek, melyet a Nyíró Gyula Kórházban végeznek, az együttműködés megfelelő.

Folyamatértékelés: 2 fő szakszemélyzet dolgozik: egy mentálhigiénikus és egy szociális munkás. A beszámoló feltárta, hogy a szolgáltató esetében folyamat- és eredményértékelést nem végeznek.

Eredményértékelés: A beszámoló feltárta, hogy a szolgáltató esetében folyamat- és eredményértékelést nem végeznek. Megemlíti ugyanakkor, hogy a kliensek 90%-a sikeresen befejezi a programot, 5%-uk továbbirányításra kerül. Ennek irányáról nem történt említés.

Gazdasági értékelés: A beszámoló szerint gazdasági értékelés nem történt. A kutatás ismerteti a költségvetést, megítélése megfelelő és azt, hogy az intézmény infrastrukturális ellátottsága (informatika, helységek) megfelelő.

Féligton Alapítvány

Szolgáltatások: Az alapítvány közösségi ellátást végez, elsősorban tanácsadást biztosít számos szociális kérdésekben. A szükségletfelmérés nem határozta meg, hogy az ellátási igények mekkora hányada függ össze kábítószer-fogyasztással.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szolgáltató nyitva tartását megkérdezték, az megfelel a kliensek elvárásainak. További kezelésbe kerülési akadályokat a beszámoló nem említi, várólista nincs.

Folyamatértékelés: A szükségletfelmérés kapcsán folyamatértékelést nem végeztek. A szolgáltató személyi állománya bemutatásra került. A beszámoló megemlíti, hogy a szolgáltatónál végeznek folyamat- és eredményértékelést is, ám ennek eredményeit nem teszi közzé. Kliens elégedettség-vizsgálatot végez a szolgáltató.

Eredményértékelés: A beszámoló megemlíti, hogy a szolgáltatónál végeznek folyamat- és eredményértékelést is, ám ennek eredményeit nem teszi közzé. A kliensek 15 %-a sikeresen befejezi a programot, 38% kilép a programból, 57%-ukat más intézménybe delegálják.

Gazdasági értékelés: Gazdasági értékelés nem történt. A kutatás annyit említi, hogy a szolgáltató bevétele nem változott az elmúlt három évben, az infrastrukturális feltételek megfelelőek.

Magyar Ökumenikus Segélyszervezet

Szolgáltatások: A szervezet részéről a XIII. kerületi Szociális Központ és Szenvedélybetegek Nappali Intézménye releváns. A szolgáltatás célcsoportja a szenvedélybetegséggel élők és a szociális hátrányokkal rendelkezők. A szenvedélybetegeken belül az illegális szerhasználat miatt kezelési igényekkel jelentkezők arányát a kutatás nem tárta fel. A szolgáltatás jellemzően szociális területhez kapcsolódó tanácsadás, segítségnyújtás. A veszélyeztetett gyermekek és fiatalok megszólítását külön is megemlíti a szolgáltató.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A nyitva tartási idő rögzítésre került. Várólista az intézményben nincs. Az ellátáshoz jutás további akadályait nem vizsgálta a kutatás.

Folyamatértékelés: A szükségletfelmérés kapcsán folyamatértékelést nem végeztek. A szolgáltató munkatársai továbbképzésen vesznek részt. A személyzet két fő teljes munkaidőben foglalkoztatott szociális munkás, rész-munkaidőben további adminisztratív dolgozók tevékenykednek. A beszámoló szerint a szolgáltató pszichológus munkatárs hiányát jelezte. A kutatás rögzíti a becsült napi kliensforgalmat (40 fő). A továbbirányítás menetét, útját a kutatás részben feltárta, de csak az irányokat, létszámokat nem. A munkaiügyi központtal történő együttműködést ítéli rosszabbnak a szolgáltató.

Eredményértékelés: A beszámoló nem említ sem szolgáltatói, sem a kutatáshoz kapcsolódó eredményértékelést, mindössze annyit, hogy a kliensek 80%-a sikeresen teljesíti a programot, a lemorzsolódás 1%, ezt kvantitatív adatokkal nem támasztották alá.

Gazdasági értékelés: Gazdasági értékelés nem történt. A beszámoló szerint a megkérdezettek az infrastrukturális feltételeket megfelelőnek ítélik.

Baptista Szeretetszolgálat

Szolgáltatások: A non-profit egyházi szervezet a területen mobil tűcsere-szolgáltatást biztosít.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szolgáltatás alacsonyküszöbű, mivel mobil szolgáltatás, feltehetően elérhetőségi problémák nincsenek. A program egy héten két napon, 16-20 óra között elérhető. A kutatás nem azonosított problémát a hozzáférhetőség terén.

Folyamatértékelés: A szükségletfelmérés kapcsán folyamatértékelést nem végeztek. A szolgáltató munkatársai továbbképzésen vesznek részt. A személyzet 4 teljes munkaidőben foglalkoztatott szociális segítőből és további 2-4 fő gyakornokból, önkéntesből áll.

Eredményértékelés: Alacsonyküszöbű mobil tűcsere-nél eredményértékelés végrehajtása nehéz feladat, a szükségletfeltáró kutatás nem is vállalkozott rá. A cserélési arány, a visszajáró kliensek szerhasználati mintázata és a kezelés-be irányított kliensek becsült aránya segíthette volna a mélyebb tájékozódást.

Gazdasági értékelés: Gazdasági értékelés nem történt. A beszámoló szerint a megkérdezettek az infrastrukturális feltételeket megfelelőnek ítélik. A szolgáltató munkatársai szerint a források többnyire elegendők a működéshez, a terület, a helyiségek száma és az infrastrukturális háttér megfelelő.

Drog Stop Budapest Egyesület

Szolgáltatások: A Drog Stop egyesület alapvetően három szolgáltatástípust működtet. Alacsonyküszöbű programja keretében pszichoszociális interven-

ciót, tanácsadást folytat. A szolgáltató elterelést, azon belül megelőző-felvilágosító szolgáltatást is végez. A szolgáltató telefonos segélyszolgálatot biztosít 24 órás elérhetőséggel. Utóbbi két típusnál meg kell említeni, hogy a szolgáltatások területe nem egyértelmű. Az elterelés klienseinek lakóhelyéről lehetett volna adatokat gyűjteni, azért, hogy megítélhessék, hogy mennyiben lát el területi igényeket a szolgáltató. A telefonos segélyszolgálat esetében országos szolgáltatásról van szó, itt a területi szempont nem érvényesülhet.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szolgáltatások elérhetősége típusonként eltér. Alacsonyküszöbű programjukban a szükségletfelmérés leírja a nyitva tartási időt, valamint azt, hogy nincs várólista. Megelőző-felvilágosító program esetében sincs várólista, a kapacitás 15 fő per nap, a jelentkezőket minden esetben fogadni tudják. A kutatás szerint Budapest több kerületéből is érkeznek kliensek. A kutatási beszámoló problémaként említi a telefonos segítségnyújtás leterheltségét, a jelenlegi 60 kliensről 150 főre emelnék a hívásfogadás kapacitását.

Folyamatértékelés: Folyamatértékelést a szolgáltató vagy a kutatás nem végzett, a beszámoló szerint a szolgáltató tervezi annak végrehajtását a jövőben. A kutatás mindhárom szolgáltatás esetében megkérdezte a személyzet összetételét, de ennél tovább nem ment, továbbképzésre, kapacitásra és minőségbiztosításra vonatkozó kérdéseket nem tettek fel. Egy megjegyzés utal arra, hogy az alacsonyküszöbű ellátásban további szociális munkás felvétele lenne szükséges.

Eredményértékelés: Eredményértékelést a szolgáltató nem végzett, a beszámoló szerint a szolgáltató tervezi annak végrehajtását a jövőben. Annyi megállapítás történt, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatás esetében a kezelést megszakítók aránya 30%. Ebben az esetben érdekes lett volna ennek okát alaposabban felderíteni. A telefonos szolgáltatás esetében a nem tervezett megszakítás aránya 10%.

Gazdasági értékelés: Gazdasági értékelés nem történt. Két esetben, az alacsonyküszöbű ellátás és a telefonos segélyszolgálat esetében jelezte a szolgáltató, hogy kevés a kapacitása, további szakemberek felvétele lenne indokolt. Az akadályok (jogi vagy pénzügyi) feltárása nem valósult meg a kutatásban.

Drogprevenció Alapítvány

Szolgáltatások: Az alapítvány többféle szolgáltatást biztosít: alacsonyküszöbű ellátást, megelőző-felvilágosító szolgáltatást, egészségügyi és szociális ellátást és reszocializációs programot is kínál.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A kutatás egyik programtípus esetében sem ismerteti a nyitva tartási időt, a telephelyet és azt elérhetőség egyéb vetületeit.

A hozzáférés ismertetése különösen érdekes lett volna az egészségügyi ellátás, a reszocializációs és reintegrációs program esetében.

Folyamatértékelés: Folyamatértékelés a szolgáltató esetében nem történt. A kutatás összeírta a szolgáltatónál dolgozó személyzet számát és összetételét, és azt jelzi, hogy a munkatársak részt vesznek továbbképzésen.

Eredményértékelés: Eredményértékelést a szolgáltató nem végzett. A kutatási beszámoló semmilyen e tekintetben hasznosítható információt nem közölt.

Gazdasági értékelés: A kutatás annyit közöl, hogy a szervezet 90%-ban állami forrásból működik, 10%-a önkormányzati eredetű, és hogy a bevételek 40%-a állandó, a többit pályázat útján fedezi. Gazdasági értékelést a szervezet vagy a kutatás nem végzett.

Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály

Szolgáltatások: A szolgáltató fekvőbeteg addiktológiai szakellátást biztosít, ezen belül akut és rehabilitációs jelleggel. Ellátási területe nem korlátozódik az észak-pesti térségre, megyei és országos illetékessége is van. Az ellátó 70 OEP finanszírozott ágygal működik.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szolgáltatás a nap 24 órájában elérhető, ügyeleti rendszer működik. Várólista van, az átlagos bekerülési idő egy hét. Az akut eseteket ellátják. Magasküszöbű egészségügyi ellátó, így indokolt lett volna a kezelésbe kerülés akadályait alaposabban körüljárnia a kutatásnak.

Folyamatértékelés: A szolgáltató személyzeti összetételét a kutatás ismerteti, valamint azt, hogy részt vesznek továbbképzésen. A továbbutalás rendje vagy a program szakmai tartalma nem került ismertetésre. A kezelés átlagos időtartama 4-6 hét. A szolgáltatáshoz szükséges szakemberek száma csak részben elégséges a zavartalan ellátáshoz.

Eredményértékelés: Eredményértékelés nem történt. A kezelésből kilépők státusza vagy a megszakitók aránya nem került meghatározásra.

Gazdasági értékelés: A szolgáltató infrastrukturális feltételeit a kutatás nem vizsgálta. A beszámoló szerint a költségek 99%-át az OEP finanszírozás biztosítja, mely nem elegendő a zavartalan működéshez.

Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenció Központ

Szolgáltatások: Egészségügyi addiktológiai szakellátás keretei közt biztosít a szolgáltató: állapotfelmérést, laboratóriumi vizsgálatokat (HIV, HCV), detoxi-

fikációs kezelést, ideértve a suboxone/metadon detoxifikációt is, naltrexon programot és a komorbid pszichiátriai betegségek kezelését. Ártalomcsökkentő programok közül működik tűcsere automata, szubsztitúciós kezelés és tanácsadás. Pszichoszociális intervenciók közül a megelőző-felvilágosító szolgáltatás és pszichoterápia biztosított, egyebek mellett említhető még a rehabilitációt elősegítő, motivációt támogató program is. A szolgáltató a Mátix Egyesülettel együttműködésben hozzátartozói csoportot is működtet.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szolgáltató nyitva tartását, elérhetőségét nem elemezte a kutatás. Mivel speciális, keresett szolgáltatás is működik (szubsztitúciós kezelés), feltételezhetjük, hogy az ellátottak nem kizárólag a kutatás területéről érkeznek. A kutatásnak érdemes lett volna a lehetőségekhez képest legjobban felmérni a kliensek lakóhelyét. A szubsztitúciós programhoz való hozzáférés korlátozott, 3-4 hónap a várakozási idő. A beszámoló említi, hogy aktív az együttműködés más szolgáltatókkal, mely kétirányú delegálást jelent. Kvantitatív feltárás e tekintetben nem történt.

Folyamatértékelés: Folyamatértékelést a szolgáltató vagy a kutatás nem végzett, ilyen eredmény nem volt hozzáférhető. A személyzet száma és összetétele bemutatásra került, a beszámoló említi, hogy részt vesznek tovább-képzésen. A beszámoló szerint folyamatos klienselégedettség vizsgálat és időszakos, külső és belső folyamatértékelési munka zajlik, mely a kutatásban nem került áttekintésre.

Eredményértékelés: Eredményértékelés nem készült. A kezelést megszakítók száma nem ismert, a kezelést sikeresen zárók aránya nem került meghatározásra. A beszámoló szerint időszakos, külső és belső eredményértékelési munka zajlik, mely a kutatásban nem került áttekintésre.

Gazdasági értékelés: A szolgáltató infrastrukturális feltételei a beszámoló szerint „aránylag” megfelelőek. A finanszírozás nagy része (85%) az OEP-től érkezik, a fennmaradó hányad a megelőző-felvilágosító szolgáltatás, a tűcsere automata fedezetéből vagy pályázat útján biztosított. A beszámoló elmondása szerint indokolt lenne nagyobb számú szakszemélyzet biztosítása. Nem derült ki, hogy a hiányos erőforrások mely területen és milyen mértékben vezetnek a kielégítetlen szükségletek fenntartásához, ill. a kezelésből való kieséshez.

A fókuszcsoportok tapasztalatai

Pszichiátria képviselőinek tapasztalatai: először mindig az adott pszichiátriai problémát kezelik, és utána irányítják addiktológiai ellátásba, ha szükséges. Ha a beteg nagyon dühöng, mentőt hívnak.

Védőnők tapasztalatai: jeleznek a gyerekvédelmi felelős felé, majd ketten jeleznek a szülő felé, és hárman mennek a gyerekjóléti szolgálathoz. De a

szülőknél sokszor elakad a folyamat, mert nem működnek együtt. Ez a XV. kerületben jellemző. A XIII. kerületben először telefonon keresik a gyerekjóléti szolgálatot, és csak utána jeleznek írásban; ez gyorsabb, nem annyira bürokratikus.

Gyerekorvosok tapasztalatai: nem volt eddig azonnali ellátást igénylő esetük. Rendőrség tapasztalatai: jelzést tesznek a gyerekjólét vagy a gyámhivatal felé, és többnyire kapnak arról visszajelzést, hogy mi történik. Kapcsolatban vannak a polgárőrséggel és az iskolákkal is. Több felkérés érkezik az iskolákból, ha problémát érzékelnek, hogy menjenek ki prevenciósz előadást tartani. Ez a legtöbb, amit ilyen esetekben tenni tudnak.

Pártfogók tapasztalatai: hozzájuk úgy érkeznek a pártfogoltak, hogy elterelésre kell menniük. THC és alkohol fogyasztása esetén is leginkább az „elvonókúrát” szokták javasolni.

Nevelési tanácsadó tapasztalatai: a leggyakoribb az, hogy megpróbálják „rávenni” a drogot használó gyereket, hogy kérjenek segítséget a családjuktól. Nem szívesen adnak jelzést a gyerekjóléti szolgálat felé, mert könnyen megszakadhat emiatt a terápiás folyamat.

Gyerekjóléti szolgálat tapasztalatai: ha kiderül, hogy egy gyerek valamilyen szert használ, elsősorban igyekeznek erről beszélgetni vele. Miután a szolgálat jellemzően a szülőkkel is kapcsolatban van, velük is próbálnak beszélni a kialakult problémáról. A családon kívül pszichológust is próbálnak bevonni a folyamatba.

A gyermek- és serdülő addiktológiai ellátás megoldatlan. Az oktatási intézmények képviselőinél tapasztalható a legnagyobb információhiányról azzal kapcsolatban, hogy egy szerhasználó diák esetén mit tennének, milyen lehetőségeik vannak. Az egyértelműbbnek tűnő szabályokkal rendelkező intézmények képviselői (egészségügy, szociális ellátások, gyermekjólét, rendőrség) tudják, hogy mit kell tenniük, illetve azt, hogy milyen lehetőségeik vannak, és mit nem tehetnek meg (pl. jogszabályi tiltás, kompetenciahiány miatt).

Ugyanakkor, más összefüggésben, még ezek a résztvevők is bizonytalanságokról számoltak be. A résztvevők számára egyértelműen tisztázatlannak tűnt, hogy ki, mikor, kinek jelezhet egy-egy problémát, és nem egyértelműek a kompetencia-határok sem. Ezért előfordul, hogy személyek kiesnek a rendszerből vagy be sem kerülnek, mert egyetlen intézmény sem vállalja fel a velük való munkát. Mindez ráadásul semmiféle következménnyel nem jár.

Sok esetben zajlik párhuzamos kezelés (pl. az egészségügyben), mert hiányzik egy átfogó nyilvántartási rendszer, mely egyben lehetőséget adna az intézmények (pl. rendőrség, pártfogók, orvosok, ügyészek stb.) közötti kommunikációra is egy-egy személlyel kapcsolatban. Ez egyben a bűnelkövetők nyomon követhetőségét is lehetővé tenné. Az intézmények közötti szakmai együttműködéseket is szabályozni kellene pl. egy együttműködési protokoll kialakításával, továbbá szakmai protokollok kidolgozására is szükség lenne

(példaként felvetődött az elterelés, amely nagyon eltérő tartalommal, szabályokkal működik a különböző intézményekben, és a prevenció is).

A régióban sokféle egészségügyi és szociális intézmény foglalkozik droghasználókkal. Napi szinten az intézmények közötti kapcsolatok „rutinszerűen” működnek, ugyanakkor, ha a „szokásos”, gyakran előforduló problémától eltérő problémával jelentkezik egy szerhasználó, akkor már felmerülnek kompetencia-problémák, a továbbküldés nehézségei. Jelentős problémaként érzékelik a szakemberek azt a helyzetet, amikor a szerhasználatra következtetni lehet, de az adott személy és/vagy még a családja sem hajlandó együttműködni. Ilyen esetekben a segítő foglalkozásuk elbizonytalanodnak, nem tudják, „meddig mehetnek el”, míg a rendőrségnél ilyenkor a helyzet egyértelmű, jogszabályok által meghatározott.

Az intézményekre jellemző, hogy igyekeznek minél többféle szolgáltatást nyújtani a szerhasználónak, aki náluk megjelenik („onsite” modell). A beutalásos, továbbküldéses rendszer is működik, bár a kliensutak nem láthatók egyértelműen a szakemberek számára. Nincs ilyen nyilvántartás, illetve nincs utánkövetés. De a napi tapasztalat, a „rutin”, arra utal, hogy a „szokásos” esetekben ez a rendszer működik, de könnyen adódhat probléma.

Az ellátórendszer hiányosságai: az említett gyermek- és serdülő addiktológiai ellátás, a metadon-program hosszú várólistája és a fekvőbeteg ellátás beteg-továbbirányítási rendszere.

AZ ELLÁTÓRENDSZERREL KAPCSOLATBAN LÉVŐ KLIENSEK LEÍRÁSA: KLIENS PROFIL

Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály és a két pszichiátriai osztály

TDI adatok áttekintése: nem történt

OSAP adatok áttekintése: OSAP adatok áttekintése nem történt meg, jóllehet nevezett szolgáltatók OSAP adatgyűjtésre kötelezettek.

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: Az intézmény saját adatgyűjtését használta a kutatás a kliensforgalmi adatok áttekintésére, mely vélhetően az OEP elszámolás alapját nyújtó adatbázist jelenti, bár erről a kutatás nem számolt be. Az osztályokon a BNO-10 alapján regisztrált esetszámokat közölnek. Mindhárom osztály esetében szembeötlő az alkoholbetegek és a gyógyszerabúzus magasabb száma. Az illegális kábítószeresek közül az opiát használat /F.11/ a leggyakoribb kezelési ok (89 eset). Aránylag magas számban találunk politoxikomán eseteket is. A finanszírozási adatgyűjtés általános problémája egyrészt a finanszírozási anomáliák okozta torzítás, valamint az, hogy a BNO kódok gyakorisága nem következetesen utal az ellátott személyek számára (egy személy több kóddal) és az ellátási események számára (többszöri beavatkozás egy kód alatt).

Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: nem történt.

Területi lefedettség meghatározása: nem történt.

Kliensek létszámának, jellemzőinek meghatározása: A kliensek szociodemográfiai adatainak áttekintése hiányzik. A kábítószer-fogyasztással összefüggő esetek aránya az összes ellátott körében azonosításra került a következők szerint: az addiktológiai osztályon a kezelési esetek többsége (910 eset) alkohol problémák miatt történik, az illegális kábítószeresek közül az opiát használat a leggyakoribb kezelési ok (89 eset). Aránylag magas a nyugtatóval, altatóval visszaélő, illetve politoxikomán esetek száma. A pszichiátriai osztályokon az addiktív kórképek aránylag alacsony számban fordulnak elő, itt is az alkohol problémák miatt van több kezelés, az egyéb szerek használatával kapcsolatos diagnózis a két osztályon együttesen 95 esetet jelent, ami elenyésző a teljes forgalomhoz képest, és elsősorban a nyugtatóval, altatóval való visszaélést és politoxikomániát jelent.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A kliensek szerhasználati mintázatai nem kerültek azonosításra. A probléma mértékének (szervezetbe juttatás módja, drogkarrier hossza, szerhasználat gyakorisága) meghatározása részlegesen valósult meg.

Betegutak feltárása: A betegutak kvantitatív azonosítása hiányzik.

Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

TDI adatok áttekintése: A TDI adatok áttekintése megtörtént 2009 vonatkozásában. Tendencia meghatározására nem került sor. 2009-ben a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján 372 db TDI adatlap került felvételre. 88 volt azon kliensek száma, akik a régióban rendelkeztek lakcímmel. Az áttekintés a régióból származó kliensek adatainak áttekintésére szorítkozik. OSAP adatok áttekintése: OSAP adatok áttekintése nem történt meg, jöllehet nevezett szolgáltató OSAP adatgyűjtésre kötelezetet.

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: Az intézmény saját adatgyűjtését ebben az esetben nem használták fel áttekintésre, ahogyan azt az osztályos ellátás esetében tették. A beszámoló nem tér ki arra, hogy milyen nehézségek miatt tekintettek el a kutatók ettől.

Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: nem történt.

Területi lefedettség meghatározása: nem történt.

Kliensek létszámának, jellemzőinek meghatározása: A kezelték legnagyobb része nem volt még korábban kezelésben, és elterelésben vett részt. A kliensek közül minden nyolcadik nő. Mindegyikük rendezett szálláskörülményekkel rendelkezett. A 88 főből 6 fő volt elsődleges opiát-fogyasztó, a többi ellátott kanabisz-használat miatt került kezelésbe. Egyötödük munkanélküli volt. A térségből érkező kannabisz használók kétharmada heti 2-6 vagy napi rendszerességgel fogyasztott kábítószer.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A kliensek szerhasználati mintázatai nem kerültek azonosításra. A probléma mértékének (szervezetbe juttatás módja, drogkarrier hossza, szerhasználat gyakorisága) meghatározása részlegesen valósult meg.

Betegutak feltárása: A betegutak kvantitatív azonosítása hiányzik.

Drogprevenciós Alapítvány

TDI adatok áttekintése: A TDI adatok áttekintése megtörtént 2009 vonatkozásában. Tendencia meghatározására nem került sor. Az áttekintés a régióból származó kliensek adataira szorítkozik. 34 klienst azonosítottak az észak-pesti régióból. A kliensek nagy része (28 fő) állt már korábban kezelés alatt. 30 fő férfi, szinte kivétel nélkül rendezett szálláskörülmények között élnek. A 34 kliens nagy része (25 fő) opiát-használat miatt vette igénybe a kezelést, szinte mindegyikük (21 fő) injekáló szerhasználó volt.

OSAP adatok áttekintése: A beszámolóból nem derült ki, hogy a szolgáltató OSAP adatgyűjtésre kötelezett-e.

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: Nem ismert, hogy az intézmény saját adatgyűjtést végez-e, ilyen adatforrás nem került bemutatásra. Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: nem történt.

Területi lefedettség meghatározása: nem történt.

Kliensek létszámának, jellemzőinek meghatározása: 34 klienst azonosítottak az észak-pesti régióból.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A kliensek nagy része (28 fő) állt már korábban kezelés alatt. 30 fő férfi, szinte kivétel nélkül rendezett szálláskörülmények között élnek. A 34 kliens nagy része (25 fő) opiát-használat miatt vette igénybe a kezelést, szinte mindegyikük (21 fő) injekáló szerhasználó volt. A kliensek szerhasználati mintázatai nem kerültek azonosításra. A probléma mértékének (szervezetbe juttatás módja, drogkarrier hossza, szerhasználat gyakorisága) meghatározása részlegesen valósult meg.

Betegutak feltárása: A betegutak kvantitatív azonosítása hiányzik.

DrogStop Egyesület

TDI adatok áttekintése: A TDI adatok áttekintése megtörtént 2009 vonatkozásában. Tendencia meghatározására nem került sor. Az áttekintés a régióból származó kliensek adataira szorítkozik. 10 klienst azonosítottak az észak-pesti régióból.

OSAP adatok áttekintése: A szolgáltató OSAP adatgyűjtésre nem köteleztetett.

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: Nem ismert, hogy az intézmény saját adatgyűjtést végez-e, ilyen adatforrás nem került bemutatásra. Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: nem történt. Területi lefedettség meghatározása: nem történt.

Kliensek létszámának, jellemzőinek meghatározása: 10 klienst azonosítottak az észak-pesti régióból. A kliensek minden esetben férfiak, jellemzően szüleikkel élnek, rendezett szálláskörülmények között.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A 10 főből a TDI adatok alapján 3 fő tekinthető rendszeres (heti 2-6 alkalommal vagy naponta) fogyasztónak.

Betegutak feltárása: A betegutak kvantitatív azonosítása hiányzik.

A kutatási beszámoló említi még a Mentálhigiénés Alapítvány kliensei közül 3 fő TDI adatlapjának feldolgozását, ennek részletes ismertetésétől itt eltekintünk.

Kvalitatív információk

Az intézményi profilok és a fókuszcsoporthoz tapasztalata is azt támasztják alá, hogy a súlyos droghasználattal járó esetek – a lehetőségekhez képest – ellátásba kerülnek, azonban azok az esetek, ahol még nem alakult ki súlyos droghasználat, nem. Tehát az indikált prevenció, de tulajdonképpen a szelektív prevenció sem igazán nem valósul meg. Speciális szolgáltatásokat érdemes létrehozni, hiszen így megelőzhető a súlyosabb droghasználati karrier kialakulása. A speciális szolgáltatás nem feltétlenül igényel új intézményt: a jelenleg működő intézményeknél jobban, felhasználó-barát módon kell megjeleníteni, hogy ilyen típusú szükségleteket is el tudnak látni.

ELLÁTÓRENDSZEREN KÍVÜLI DROGHASZNÁLÓK

Az észak-pesti régió mindhárom kerületéről elmondható, hogy az érintett kerületek drogérintettségére vonatkozóan nem rendelkeznek pontos, tudományos adatokkal. Nem tudjuk, hogy az egyes kerületekben mik a pontos illegális szerhasználatra vonatkozó prevalencia adatok, milyen profil mentén jellemezhetők az illegális szereket használók. A szükségletfelmérés tanulmányának szerzői megemlítik, hogy a droghasználat elterjedtsége szempontjából a XIII. kerület erősebben érintett, mint a másik két észak-pesti kerület, utalást az adatok forrására vonatkozóan azonban nem találunk. A XIII. kerületben nagy hagyományokkal rendelkező ellátóhelyek működnek, mint amilyen a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztálya és a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenciók Központ, illetve a Hollán Ernő utcai tűcsere program. Ezek beteg- és kliensforgalmi adataiból, valamint az ott dolgozó szakemberek probléma észleléséből következtethetünk egy markáns injekciós populáció jelenlétére, leginkább a XIII. kerületben, kisebb mértékben a XV. kerületben, amelyekben a heroin- és amfetamin-használat a legelterjedtebb, de előfordul az utcán vásárolt metadon használata is. Ezen populáció pontos méretéről, szerhasználói profiljáról egyáltalán nem áll rendelkezése pontos előzetes adat.

Mindezen háttéradatok, illetve a szakemberek probléma érzékelése és irányelvei alapján az alábbi rejtőzködő populációk kerültek kiválasztásra szükséglet-meghatározási szempontból:

1. kezelésen kívüli, rejtőzködő szerhasználók: (66 fő)

Ebbe az almintába azok kerültek, akik soha nem vettek igénybe semmilyen szolgáltatást, vagy kezelést, mely a droghasználók számára épült ki. Ezen kívül a mintába kerülés feltétele volt még, hogy a kérdezett az elmúlt 30 napban legalább egy alkalommal két különféle szert használt.

2. rejtőzködő, intravénás szerhasználók: (45 fő)

A felmérés azon szerhasználók körében készült, akik intravénás szerhasználók és az elmúlt egy évben nem vettek részt semmilyen kezelésben. Nem számított kezelésnek a sürgősségi detoxikálás vagy a tűcsere programokban való részvétel.

Utóbbi célcsoport szükségletfelmérését elsősorban az indokolta, hogy az injekciós használat a XIII. kerületben egy állandó probléma, amelyet a rendelkezésre álló metadon program sem tud enyhíteni (*ezzel kapcsolatban lásd Márványkövi és mtsai, 2006*). A több szert használók célcsoport választása mögött az állt, hogy a Nyíró Gyula kórház kliensei között számos politoxikomán beteg megfordul, amiből egy markáns, több szert használó popu-

láció jelenlétére lehet következtetni, amely egészségügyi és szociális szükségletei nem ismertek. Ennek értelmében az alábbi cél fogalmazódott meg:

„A Budapesten élő, rejtőzködő, kezelésen kívüli szerhasználók egészségügyi és szociális kezelési szükségletének felmérése, feltérképezése.”

A szükséglet-meghatározást megelőzően különösebb kockázatokról nem számoltak be a helyi, kutatásban részt vevő szakemberek. A mintavétel szempontjából egyetlen probléma lehetőségként az fogalmazódott meg, hogy számos III. kerületi lakos veszi igénybe a XIII. kerületi tűcsere szolgáltatást. A probléma kiküszöbölésére a XIII. kerületi, Hollán Ernő utcai tűcsere szolgáltatást használó III. kerületi lakosok, vagy olyanok, akik életvitelszerűen a III. kerületben laknak, az észak-budai régió adatbázisába kerültek.

Ami az egészségügyi prioritások meghatározását illeti, elmondható, hogy a város, illetve a térség szerhasználói profiljának meghatározása a szükséglet-meghatározás során csak részben teljesült. Az addiktológiai osztály adatai elsősorban forgalmi adatok, korlátozott értelmezhetőséggel. A drogambulancia kliensei jellemzően két csoportból tevődnek össze. A metadon szubsztitúciós program kliens adatait nem általánosíthatjuk a térségre, sőt, általában a járóbeteg ellátásra sem. A térségben lakóhellyel rendelkező 88 fő jellemzően rendezett lakóhellyel rendelkező fiatal, alkalmi kannabisz-használó férfi. Nem valósult meg a kezelésen kívüli rejtőzködő szerhasználók számának becslése, ami kiváltképpen fontos összehasonlító adatként lenne használható annak megállapítására, hogy a regionális ellátórendszer pontosan kiket is ér el, milyen sikerrel, és milyen kapacitással.

Ugyanakkor az adatgyűjtés által megcélzott célcsoportok profiljára vonatkozóan sikerült megfelelő mennyiségű információt szerezni, amelyből következtetni lehet az elérték szociális hátterére, szükségletére. A hólabda módszerrel elért, kezelésen kívüli több szert használók között a férfiak kissé magasabb arányban voltak jelen, mint a nők, átlagéletkoruk pedig meglehetősen magas, 40 év feletti. Ők alacsony iskolázottságúak, nagy részük munkanélküli vagy munkaképtelen. Szociális hálójuk gyenge, és rendkívüli módon jellemző a közeli barátok, kortársak legális és illegális szerfogyasztása.

Kissé más a helyzet az intravénás használók esetében, ahol magas a 30 év alattiak aránya, kissé kedvezőbb munkaügyi és jövedelmi helyzetük, iskolázottsági mutatójuk. Az adatok, főként a több szert használók esetében, szociálisan vulnerábilis csoportok jelenlétére utalnak.

Bizonyos tekintetben teljesült a rejtőzködő csoportok egészségügyi állapotának feltárása is, jóllehet a kérdőívben szereplő kérdések kevésbé alkalmasak betegség diagnosztizálására. A több szert használók között markánsan jelen van az egészségügyi, pszichológiai és drogprobléma, míg az alkohol és nem felírt nyugtatók és altatók használata meghatározó. Az intravénás használók helyzete sem túl kedvező, főként a hepatitis C fertőzöttség, a szerhasználatból fakadó egészségkárosodás, valamint a túmegosztás vonat-

kozásában. Ezek az adatok jó kiindulópontként szolgálhatnak a további ellátástervezés tekintetében.

Az elért rejtőzködő csoportokról elmondható, hogy egyaránt meg tudtak fogalmazni egészségügyi és szociális szükségleteket. A több szert használók esetében a leggyakoribb az egészségügyi és valamilyen szociális (személyes gondoskodást nyújtó) ellátások iránti igény, miközben a megkérdezettek saját szerhasználatával kapcsolatos problémalátása alacsony.

Az intravénás használók esetében átlagosnál erősebb igény mutatkozik a különféle szűrőprogramokra (HIV, Hepatitisz), valamint a fogászati kezelésre, szociális tanácsadásra és a metadon-fenntartó kezelésre is, ahova a megkérdezettek egyharmada próbált bejutni – sikertelenül.

Összességében elmondható, hogy az észak-pesti, rejtőzködő populációkra irányuló szükséglet-meghatározás sikeres volt, hiszen jól látható az érintett szerhasználók egészségügyi és szociális állapota, az arra irányuló kezelési szükségletek, illetve azok az akadályok, amelyek hátráltatják őket a kezelésbe jutásban. Elképzelhető, hogy az érintett rejtőzködő csoportok intenzívebb elérésével további kielégítetlen szükségletek tárhatóak fel, illetve újabb, más kliensprofillal rendelkező használói csoportok azonosíthatóak. Ugyanakkor meg kell említeni, hogy nem sikerült adathoz jutni sem a régió szerhasználati mintázatára, sem pedig az illegális használók vélt számára és profiljára vonatkozóan, ami nagyon fontos adalékként szolgálna a térség ellátástervezése, újraszervezése vonatkozásában. Mégis, a rendelkezésre álló adatok segítségével jól azonosíthatók a további fejlesztési irányok.

KIELÉGÍTETT ÉS KIELÉGÍTETLEN SZÜKSÉGLETEK

Részben a rejtőzködőkre irányuló kutatásból, valamint a régióba végzett klienselégedettségi vizsgálatokból következtethetünk a célok érvényesülésére.

Az észak-pesti régióban végzett kutatásból – más helyszínekhez hasonlóan – nem derült ki információ a rejtett szerhasználói populációkról általában, hiszen Észak-Pesten célzott, specifikus célcsoportra vonatkozó adatgyűjtés történt. Mindeközben a rejtőzködőkre irányuló kutatás jól segítette olyan rejtett populációk azonosítását, amelyek jelenlétére a régióban működő ellátók és szakemberek már egy jó ideje következtettek, specifikus feltáró elemzést azonban még nem végeztek rájuk vonatkozóan. Mindkét meglehetősen vulnerábilis célcsoport esetében nagyrészt teljesült a kockázati profilok meghatározása is. Itt kell megemlíteni, hogy az észak-pesti régióban végzett szükségletfelmérés volt az, amely számos tekintetben a legkockázatosabb célcsoportok szükséglet-meghatározását igyekezett felmérni. Az intravénás használók esetében a kockázati magatartásformákra, a szerhasználatra, valamint a szociális és egészségügyi helyzetre utaló kérdésmodulok segítségével jól megnevezhetőek azok a kockázati faktorok, amelyek a

célcsoport veszélyeztetettségére mutatnak, de ugyanezt elmondhatjuk a több szert fogyasztókról is. A két célcsoport megközelítése és kezelésbe terelése azonban – eltérő életkoruk, élethelyzetük, valamint szerhasználati módjuk miatt – különböző módszert igényel. Itt különös tekintettel kell lenni a több szert használók rendkívül rossz szociális kapcsolataira, egészségi és szociális állapotukra.

A rejtőzködő célcsoportokra irányuló felmérés nagyrészt jól rávilágított az ellátórendszer hiányosságaira is, amelyek nagy része sejthető volt, de kutatási adatokkal részben csak most sikerült ezt alátámasztani. Ami az ellátási rendszerben jelen lévő blokkoló ágenseket illeti, az intravénás használók esetében azt tapasztaltuk, hogy egy jelentős része már rendelkezik sikertelen kezelési karrierrel. Ez többnyire bentfekvéses kórházi kezelés, de a minta negyede beszámolt sikertelen rehabilitációs és metadon fenntartó kezelésekről is. Jóllehet a tűcsere szolgáltatásban való részvétel viszonylag magas, az utcai tűcsere szolgáltatás, valamint a szerhasználathoz kötődő egyéb szakorvosi szolgáltatásokban való részvétel aránya rendkívül alacsony, ami akár utalhat az utcai munka nem megfelelő jelenlétére. A szakorvosi ellátások minimális igénybevételének okainak felderítése további exploratív vizsgálatokat igényel, de a feltételezések között egyaránt említhetjük a használók motiválatlanságát, vagy éppen a stigmatizáló egészségügyi rendszer jelenlétét, mint távol tartó tényezőket.

Sajnos azonban jelen vizsgálatból nem derül ki, hogy mely okok miatt estek ki az érintettek a kezelőrendszerből, illetve egyes szolgáltatásokba miért nem jutnak el – erre vonatkozóan további vizsgálatokra van szükség, jelen fázisban csak hipotézisek megfogalmazására van lehetőség (motiváció hiánya). Ismételten fény derült a metadon fenntartó programba való bekerülés nehézségeire, itt elsősorban a hosszú várólistákra gondolunk. Az átlagosnál erősebb igény mutatkozik a különféle szűrőprogramokra (HIV, Hepatitisz), valamint fogászati kezelésre (opiát használók esetén különösen nagyarányú a fogazat romlása), és szociális tanácsadásra is, ugyanakkor nem derül ki, hogy mik az akadályok az említett szolgáltatások igénybevételére vonatkozóan. Pontosan most sem tudjuk, de sejtjük egyes blokkoló ágensek jelenlétét. Szembeötlő, hogy a több szert használók esetében meglehetősen erős kezelési szükséglet tapasztalható (önbevallás alapján), de a kezelőrendszert nem használják. Figyelemre méltó, hogy droghasználati problémát ugyanakkor nem percipiálnak. Maga a problémaészlelés értelmezhető blokkoló ágensként, mint ahogy a rendkívül kedvezőtlen szociális környezetet is: az ilyen környezetben (kevés barát, de azok intenzív szerhasználók) nehéz a kezelésbe segítő motiváció megtalálása. Másrészt a vizsgálat fényt derített más, a kezelés elkerülése mögött meghúzódó okokra is:

- nihilizmus (úgysem tudnak segíteni, majd megoldódik valahogy),
- túlzott kontrolligény (majd megoldja),
- információhiány (nem tudja hová/kihez fordulhatna),
- forráshiány (nincs rá pénze).

Ha mindezekhez hozzávesszük, hogy a megkérdezettek csak magas küszöbű szolgáltatásokat ismernek, teljesebb képet kapunk a lehetséges blokkoló ágensekről.

Azt is megvizsgáltuk, hogy a klienselégedettségi adatgyűjtés mennyire szolgálta annak érvényesülését, hogy azonosítani lehessen a kezelőrendszer pozitívumait, negatívumait, előremozdítóit és blokkoló ágenseit. Észak-Pesten – Miskolchoz hasonlóan – két klienselégedettségi vizsgálat is történt. A Nyíró Gyula Kórház esetében a kórház több éve standard elégedettségi felméréseket folytat a fekvő- és járóbeteg ellátásról. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim. A Drogambulancia és Prevenciók Központ elégedettségi vizsgálatai 2008-ból származnak.

A kórházi osztály esetében elmondható, hogy a kliensek jó véleménnyel voltak a szolgáltatásról, ami egyaránt vonatkozik azok színvonalára, illetve az abban dolgozókra, a betegjogokról való tájékoztatásra, a várakozási időre, valamint szervezettségére. Az elégedettségi vizsgálatban használt kérdőív azonban nem alkalmas a kórházi osztályra vonatkozó negatívumok, hiányosságok feltárására. Nem fogalmazódtak meg kielégítetlen szükségletek sem, ami szintén a kérdőív hiányosságaiból adódik. Ugyanakkor a rejtőzködőkre irányuló adatokból (miszerint nem tudnak a kezelőrendszerben megmaradni) feltételezhetőek olyan hiányosságok, amelyek a már rendszerbe bekerült klienseket nem tudják bent tartani. Indokolt lenne ezek mielőbbi pontosítása, azonosítása.

A tücsérére vonatkozó elégedettségi mérés sem túlságosan alkalmas arra, hogy megfelelő információhoz jussunk a kielégített és kielégítetlen szükségletekre, valamint a rendszer hiányosságaira, blokkoló ágenseire vonatkozóan. A megkérdezettek meglehetősen elégedettek a szakmai személyizzettel és annak tudásával, alapjában véve nem nagyon hiányolnak semmit a programból. Ami jobban műközhetne, az a nyitva tartás (részben elégedettek csak), lehetne nagyobb a helyiség, a klubszoba, nagyobb a tűkínálat, illetve jobb az internet ellátottság. Itt szeretnénk újfent megjegyezni, hogy a régióban, a kutatási adatok alapján – alacsony az utcai munka jelenléte.

Mindkét elégedettségi vizsgálatról elmondhatjuk, hogy további, célzott adatgyűjtésre lenne szükség arra vonatkozóan, hogy milyen más kezelési szükségletekre lenne szükség, illetve hogy mik a jelenlegi ellátórendszer további hiányosságai és erősségei.

Szeveritás

Azt is megnéztük, hogy a kezelt és kezeletlen használók közt végzett kutatások mennyiben világítanak rá az ellátásba kerülés és a kockázati helyzet közti viszonyra (szeveritás). Amint az látható, a régióban jól észlelhetően jelen van két magas kockázatu szerhasználói csoport is. Azt is láttuk, hogy az ő ellátásuk azonban csak részben megoldott: jóllehet működik a régióban alacsony- és magas küszöbű szolgáltatás, az intravénás használóknál nagy a kezelésből

kiesők aránya, kicsi az utcai tűcserében részt vevőké, sokan nem jutnak be a metadon fenntartó programba, miközben egy magas kockázatú célcsoportként jellemezhetők. Vagyis rendelkezésre állnak a súlyosság kezelésére alkalmas intézmények a régióban, de azok kihasználtsága, eredményessége már közel sem egyértelmű. A több szert használók más szociodemográfiai és droghasználati profillal rendelkező csoport tagjai, akik kezelésbe segítése rendkívül indokolt és halaszthatatlan. Ők az ellátórendszert egyáltalán nem használják. Felmerül kérdésként, hogy a feltételezett motivációhiány mellett jelen van-e a kezelőrendszer iránti bizalmatlanság, előítélet, illetve maga a kezelőrendszer szolgáltatási hiányossága.

Mindent összegezve elmondható, hogy a kezelésen kívüli és a kezelésben lévő kliensek közt végzett adatgyűjtésekben jól manifesztálódtak a szükséglet-meghatározás céljai. Az elégedettségi vizsgálatok inkább a pozitívumokra, mintsem a negatívumok feltárására voltak jók, és nem derül ki belőlük, hogy azok mennyire eredményesek (lásd miskolci elégedettségmérés). További indokolt adatgyűjtések tovább segíthetnék az ellátástervezés irányainak megszabását, illetve a régióban működő intézmények eredményességének megállapítását.

A fókuszcsoport tapasztalatai

A résztvevők többsége nem találkozik droghasználóval. Anekdotikus beszámolók alapján a térség kábítószer-fertőzöttségét közepesen nagynak tartják. Kiemelték, hogy területi szinten léteznek olyan helyek ahol a probléma fokozottabban összpontosul, mint például a Hajógyári sziget szórakozóhelyei.

Kvalitatív információk

A „rejtőzködő” droghasználókkal kapcsolatban megállapítható, hogy nem elsősorban a droghasználatuk jelent számukra problémát, hanem interperszonális kapcsolataik (család, munkahely, párkapcsolat), illetve a rendőrség. Tehát, nem elsősorban specifikus „drogbetegellátásra” lenne szükségük, hanem kevésbé specifikus, egyben kevésbé stigmatizáló pszichológiai életvezetés, konzultációs típusú segítő kapcsolatokra. Ezt persze nyújthatja egy drogambulancia is, de a hangsúly nem a „drogon” kell, hogy legyen, hanem az említett tényezőkön. Feltehető, hogy az ilyen szolgáltatást elvileg nyújtó intézmények (pl. családsegítő, pszichiátriai ambulancia) látókörébe túlterheltség és egyéb okok miatt (az adott személy nem „beteg”, illetve nincs súlyos szociális problémája) be sem kerülnek ezek a potenciális kliensek, és fordítva, az ő látókörükbe pedig be sem kerülnek ezek a jól körülírt – és erősen stigmatizáló névvel rendelkező – szolgáltatók.

HIÁNYANALÍZIS – IRÁNYOK

Az észak-pesti régióban a rejtőzködők között végzett szükséglet-meghatározás során nem valósult meg bizonyos elsődleges adatok begyűjtése. Nincs információ arról, hogy a régióban mekkora lehet az illegális szerhasználók száma, aránya, mi az ő szerhasználói profiljuk, és milyen mértékben tekinthetők vulnerábilisnak. Jelen adatgyűjtés során nem volt lehetőség populációs szintű epidemiológiai vizsgálatok, különböző becslési eljárások lebonyolítására sem. Ez egyrészt az adatgyűjtés lebonyolításához rendelkezésre álló idő rövidségéből, másrészt a projekt finanszírozási korlátaiból adódott. Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy viszonylag nagy számban sikerült két rejtőzködő kockázati csoportot felderíteni, és alapvető szociodemográfiai, szerhasználati profillal, kockázati magatartásformával, valamint kezelési igénnyel kapcsolatos adatot gyűjteni.

A használók között végzett kvantitatív adatgyűjtés nagyrészt hozzájárult a régió ellátó rendszeréből hiányzó szolgáltatások azonosítására: ezek leginkább a metadon fenntartó program és az utcai megkereső munka. Szembeötlő a szociális szolgáltatások igénybevételének hiánya, jóllehet a kutatás rámutatott az arra irányuló masszív igényre.

A kezelt és kezeletlen kliensek között végzett adatgyűjtések tekintetében összefoglalva az állapítható meg, hogy azok csak részben szolgálták a szükséglet-meghatározás irányelveinek érvényesülését. Az innen nyert információ kevésbé segítheti a jelenlegi szolgáltatások továbbfejlesztési irányainak, valamint az új szolgáltatások kijelölését. További adatgyűjtésre lenne szükség arra vonatkozóan, hogy jobban fel lehessen mérni a jelenlegi ellátórendszer deficitjeit, és ne csak a pozitívumokra legyen rálátásuk a helyi szakembereknek.

A SZÜKSÉGLETEK ÖSSZEGZÉSE

Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek: A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó alaposabb információkat. Azonosított szükségletként említendő a detoxifikációs és a sürgősségi igények, feltehetően elsősorban alkohol-fogyasztással kapcsolatban. A térségben működik több egészségügyi szolgáltató is, de azok elsősorban alkohol-betegeket látnak el. Az egészségügyi szolgáltatók jelenléte miatt a HIV és HCV szűrések elvben biztosítottak, a gyakorlat feltárása azonban nem történt meg. Komorbid pszichiátriai betegségek előfordulásáról kvantitatív adatokkal nem rendelkezünk.

Addikció-specifikus szükségletek: A térségben működnek alacsonyküszöbű szolgáltatók, van mobil tűcsere, állandó telephelyű tűcsere és automata. A járóbeteg szakellátás az egészségügyi intézményekben elvben biztosított. A

kérdés e térség esetében nem a szolgáltatások megléte, hanem a kapacitások megfelelése és a kábítószer-specifikussága. HIV- és hepatitisz-szűrés a térségben elérhető az éves kampányszűrés keretei között, az egészségügyi szolgáltatók ettől függetlenül is végezhetnek szűrést. Az egészségügyi ellátók biztosítanak detoxifikációs kezelést és fekvőbeteg addiktológiai ellátást. A kérdés ezekkel kapcsolatban az alkohol-fogyasztók és a kábítószer-fogyasztók aránya. További kérdés a földrajzi lefedettség. Nem tekinthetjük ellátottnak a térséget abban az esetben, ha – bár működnek intézmények a területen – az ide érkező kliensek nem, vagy nem elsősorban a térségben élő szerhasználók. Kábítószeres rehabilitációt végző intézmény a területen nincs. Bár találhatunk utalást rehabilitációs otthonnal történő együttműködésre, számszerűen jegyzett beutalásokkal nem rendelkezünk.

Széleskörűen, magas számban kerültek azonosításra szociális ellátóhelyek a területen. Nem ismert, hogy a kliensek mekkora részét és milyen szerhasználati mintázattal rendelkező klienseket érnek el ezek a szolgáltatások, ill. hogyan történik irányukból a kezelésbe juttatás.

Lakhatással kapcsolatos szükségletek: A lakhatással kapcsolatos szükségletek nem kerültek azonosításra. A kezelésben részt vevő kliensek szociális ellátásba történő továbbírányítása nem ismert. A térségben lakhatási támogatást végző program nem került azonosításra.

Foglalkoztatási szükségletek: A kliensek munkaügyi státusza csak részben, a TDI adatgyűjtést végző intézmények esetében ismert. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképességeket támogató program nem került azonosításra.

A bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek: A térségben több szolgáltató is biztosít állapotfelmérést és megelőző-felvilágosító szolgáltatást. Az elterelés két egészségügyi típusának igénybevételére vonatkozóan a beszámoló nem tartalmazott adatokat.

Vulnerábilis csoportok azonosítása: A kutatás csak részben tért ki a kezelésben lévők körében azonosított speciális, veszélyeztetett csoportokra (elsősorban a hajléktalanokra), azoknak az ellátóknak az esetében, ahol működik TDI adatgyűjtés. Kvantitatív elemzésről itt sem beszélhetünk. Az ellátórendszer szereplői között ilyen speciális programok vagy ellátók nem kerültek azonosításra.

4. ÉSZAK-BUDAI RÉGIÓ

A PROBLÉMA ÉSZLELÉSE

A drogproblémát a helyi szakemberek (egészségügy, szociális, gyermekjóléti szolgáltatások, oktatás, rendvédelem) észlelik, ritkábban személyesen is találkoznak droghasználóval (mármint azok, akik nem speciális szolgáltatásokban dolgoznak). A probléma nagyságát nem tartják súlyosnak, Óbuda-Békásmegyer körzetét a közepesen érintett városrészek közé sorolják – azonban nem derül ki, hogy pontosan mi alapján. Hiszen nem rendelkeznek adatokkal a saját, illetve a többi kerületre nézve. Ez a percepció azonban mégis azt jelenti, hogy nem tartják jelentős problémának a szerhasználatot, de észlelik a jelenlétét. Több szakember számol be anekdotikus esetek, „pletykák”, hallomások alapján olyan helyszínekről, ahol droghasználók találkoznak. A problémamegoldás „bejáratott” útja a Kék Ponthoz fordulás. A Kék Pontról feltételezik a szakemberek, hogy tudják, mit kell tenni – nem is elsősorban szakmailag, hanem a jóval vitásabb jogi, adatvédelmi, illetve szakmai kompetencia kérdésekben. Ezek a témák itt is – miként a többi régióban – néha sokkal kifejezettebben jelentkeznek, mint a szűken vett szakmai munka, a kliensek szükségleteinek kielégítése. Tehát, a szükséglet-meghatározás folyamatából kiindulva, nem a droghasználattal összefüggő vagy más pszichés problémák jelentik a gondot, hanem az ellátási kompetenciák, a jogszabályi környezet hiányos ismerete, illetve a nem szabályozott (szakmai irányelvekben, protokollokban nem definiált) ellátási kompetenciák, továbbküldések.

A projekt jelen fázisában a szükséglet-meghatározás folyamatának teljesülését szolgáló lépések közül megvalósult egy szakértői munkacsoport felállítása, amely szociológusból, pszichológusból, valamint a békásmegyeri drogambulancián dolgozó szociális munkásokból állt.

AZONOSÍTOTT INTÉZMÉNYEK: ELLÁTÁSI TÉRKÉP

A térségben a szükségletfeltárást célzó kutatás öt, a szenvedélybetegek ellátásában közvetlenül érintett szervezetet azonosított. Két szolgáltató kifejezetten az illegális szerhasználat egészségügyi és szociális következményeinek kezelését célozza. A másik három intézmény elsősorban pszichiátriai problémák kezelésében vesz részt. Ezeknél a szolgáltatóknál is megjelenthetnek kábítószer-fogyasztók, de feltehetőleg az alkoholológiai betegek magasabb aránya mellett. A szervezetek jelenléte ugyanakkor mindenképpen fontos a komorbid pszichiátriai problémák és a politoxikománia (alkohol és drog együttes használata) miatt. A kutatás során a következő szolgáltatókat azonosították:

1. Kék Pont Ambulancia és Konzultációs Központ – Békásmegyer közösségi és alacsonyküszöbű szenvedélybeteg ellátása

2. Kék Kocka Nonprofit Bt.
3. Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Kht.
4. Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht. Pszichiátriai Gondozó
5. Szentendrei Mentálhigiénés Központ

A felsorolásból az utóbbi három szolgáltató esetében nem ismerjük az ott megfordult kliensek szerhasználati mintázatait, sem a kábítószer-fogyasztók arányát az összes kezelthez viszonyítva.

A további elemzés előtt meg kell említeni, hogy Budapesten az ellátási terület és a kezelési igények azonosítása több problémába ütközik. Az észak-budai kliensek nem szükségképpen e térségben laknak, élnek, csupán itt veszik igénybe a szolgáltatásokat. Másik oldalról, az észak-budai lakosok nem szükségképpen az e területen működő szolgáltatókhoz fordulnak ellátási igényeikkel. A területen opiát szubsztitúció nem, vagy csak igen korlátozottan működik (pl. Suboxone terápia). A kerület opiát-fogyasztással összefüggő szükségleteit elláthatja a XIII. kerületben működő Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája vagy a Drogprevenció Alapítvány. A kielégített szükségletek – közvetve pedig az ellátórendszer – leírása tehát csak korlátozott mértékben alkalmas arra, hogy a kielégítetlen szükségletekkel összehasonlítva hiányelemzés születhessen. Ugyanezen logika mentén, a területen azonosított kielégítetlen szükségletek nem szükségképpen az e területen működő szolgáltatások diszkrepanciája miatt maradnak kielégítetlenek. Praktikus kérdésként felmerül, hogy a földrajzi szempontokat a gazdasági racionalitás vajon nem írja-e felül. A példaként említett opiát szubsztitúcióhoz kapcsolódóan: az országos statisztikai és kutatási adatok jelzik, hogy a szubsztitúciós kezelés hozzáférése alacsony. Vajon e területen kell-e új szolgáltatást bevezetni, vagy a más kerületekben működő ellátók kapacitásait növelve lehet gazdaságilag hatékony(abb) módon javítani a hozzáférést, csökkenteni a kielégítetlen szükségletek volumenét? Alapelveként elmondható, hogy a földrajzi értelemben „közelebb vitt” szolgáltatás javítja a hozzáférést, növeli a lefedettséget. A specializáció ugyanakkor hasonlóan érvényes szempont lehet. Egyes szolgáltatások – ilyen pl. bennfekvéses rehabilitáció – szükségképpen nem szervezhetők földrajzi alapon. Éppen ezért a rendszer jellemzésénél figyelembe kell venni, hogy a betegirányítás, továbbutalás gyakorlata legalább olyan fontos, mint amennyire a helyben kínált szolgáltatások széles spektruma.

AZ ELLÁTÓRENDSZER LEÍRÁSA

Szolgáltatási spektrum: A térségben működő ellátók számos szolgáltatástípust biztosítanak a hozzájuk forduló kliensek számára, egyes elemek ugyanakkor hiányoznak. Alacsonyküszöbű ellátások közül nincs jelen a tú-

csere, és az utcai megkereső munka is korlátozott területen működik. Járóbeteg egészségügyi vagy szociális ellátások közül a fenti szolgáltatók biztosítanak tanácsadást, konzultációs lehetőséget szociális munkással, pszichológussal, orvossal, pszichiáterrel. A térségben biztosított az állapotfelmérés és az elterelés különféle típusai. Több szolgáltató említette hozzátartozói csoportok működtetését is. Opiátfogyasztó kliensek számára korlátozottan áll rendelkezésre szolgáltatás. A térségben működő egészségügyi szolgáltatók pszichiátriai és addiktológiai szakorvosi szolgáltatásai lehetőséget biztosíthatnak komorbid pszichés zavarok kezelésére, jöllehet az érintett szolgáltatók egy része elhárította a válaszaadást. Az egészségügyi szolgáltatók biztosíthatnak fertőző beteg szűrését, erre jogosultságuk megvan. Ezért, bár az országban működő HIV- és HCV-szűrésnek nincs itt állomása, elvben ez a szolgáltatás általános (nem drogbeteg-ellátás specifikus) módon biztosítható, bár ennek gyakorlati megvalósulásáról nincsenek adataink. A Kék Pont Ambulancia intézményi profilja megemlíti az antivirális kezelésbe irányítást is. Szintén továbbirányítás útján valósulhat meg a bentlakásos rehabilitáció is. Szociális reintegrációs programokat – köztük félutas házakat és védett munkahely programokat – a térségben nem azonosítottak. A kutatás során nem került azonosításra a továbbirányítás kvantitatív leíráson alapuló rendszere, így ellátási térkép megrajzolása nem történt meg.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: Az elérhetőséggel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a fent említett földrajzi dilemmát a kutatás során sem sikerült megoldani. A nyitva tartás néhány szolgáltatás esetében ismert, ezen esetekben feltételezhetően igazodik is a kliensek igényeihez, azonban több esetben ezek összehasonlítása hiányzik. A kezelésben lévő kliensek körében folyamatértékelés és eredményértékelés nem történt. A kezelésben lévőktől származhatott volna információ a kezelésbe kerülés percipiált nehézségeiről. Az egyes intézményekhez vagy szolgáltatástípusokhoz kapcsolódóan várólisták nem kerültek rögzítésre. Az egészségügyi szolgáltatások magas küszöbűek, nem derült ki, hogy ez jelent-e akadályt, és ha igen, jellemzően milyen szerhasználati szokásokkal bíró csoportok számára.

AZ ELLÁTÓRENDSZER EGYES INTÉZMÉNYEINEK LEÍRÁSA

Kék Pont Ambulancia és Konzultációs Központ – Békásmegyer közösségi és alacsonykiűszöbű szenvedélybeteg ellátása

Szolgáltatások: A Kék Pont Ambulancia az addiktológiai szolgáltatások széles körét biztosítja kliensei számára. 2009-től működik a szolgáltató utcai megkereső programja, melyhez kapcsolódik a szabadidő strukturált eltöltését biztosító program is. A beszámoló említi az állapotfelmérést, melynek során az ún. ASI (Addiction Severity Index) rögzítésre kerül, a pszichiátriai anamnézis

felvétele mellett. Az állapotfelmérést belépéskor végzik, a tervezett kilépések esetén nem, ami felhasználható lett volna a folyamatértékelés során. A szolgáltató végez információnyújtást az ellátórendszeren belüli lehetséges kezelési útvonalak jobb megértése érdekében. A motivációs interjúk révén a szolgáltató javítja a kezelésben maradás mértékét.

Konzultáció több fajtája elérhető a szolgáltatónál: egyéni vagy csoportos, hozzátartozói, pszichoterápiás és orvosi/pszichiátria konzultáció. A szolgáltató végez detoxifikációt gyógyszeres kezelés mellett. A vidékről hosszú távú rehabilitációs programból visszatérő kliensek számára ambuláns rehabilitációs lehetőség áll rendelkezésre. Az elterelés három típusa közül az ambulancia a két egészségügyi típusú kezelést, a „kábitószer-használatot gyógyító kezelést” és a „kábitószer-használatot kezelő más ellátást” biztosítja. Az ambulancián jogsegélyszolgálatot biztosított. A szolgáltató csoportos formában biztosít hozzátartozói konzultációt és gyermekotthonban élők számára prevenció programot.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: Az ambulancia nyitva tartása nem került rögzítésre. Egyes szolgáltatások esetében: a szabadidő szermentes eltöltését segítő Pótkerék Klub hét közben 16-20 óra között elérhető. Jogi segítségnyújtás heti egy alkalommal biztosított. A többi szolgáltatás egyeztetés alapján működik, de nem tisztázott, hogy a felkínált időszakok és a kliensek igényei között van-e lényeges eltérés. A vizsgálat nem tartalmazott a várólistákra, hozzáférésre vonatkozó kérdéseket a kezelésben lévők felé. A szűkebb ellátási területnek tekinthető Óbuda, Békásmegyer, Pomáz, akár Szentendre vonalon nem működik tűcsere szolgáltatás, utcai megkereső munka Békásmegyeren történik.

Folyamatértékelés: Az ellátó személyzete 2 fő teljes állású és 13 fő rész-munkaidős munkatársból áll. Három pszichiáter, egy pszichológus-konzultáns, 10 fő szociális munkás és egy jogász alkotja a személyzetet. A kutatási beszámoló nem tért ki a terápiás szerződésekre, azok felülvizsgálatának menetére. Az intézmény hetente szupervízió keretében reflektál munkatársainak tevékenységére, ami a minőségbiztosítás elemeként szolgál. A szolgáltatások ingyenesek és anonimak. Nem világos, hogy az intézmény végez-e valamiféle rendszeres elégedettség vizsgálatot a kliensek körében. A szükségletfeltárási projekt keretében kliens elégedettség vizsgálat történt, melynek eredményei a következőkben olvashatók. Az intézmény által lefedett földrajzi régióról a kliensek leírásánál esik szó. A szolgáltató TDI adatgyűjtést végez klienseiről.

A betegutak tekintetében elmondható, hogy az intézmény széles körű szakmai kapcsolati hálózattal rendelkezik, ez a beszámolóból kiderül. A be- és továbbutalás intézményei lefedik az ellátási területek széles körét. A szolgáltatóhoz érkező kliensek a gyermekvédelmi jelzőrendszer szereplőitől is érkezhetnek (védőnő, családsegítő és gyermekjóléti szolgálat, pedagógus, iskola-

pszichológus stb.). Ezek a szereplők megjelennek a továbbutalás intézményei között is, az integrált ellátási formák szellemében. Szerepelnek egészségügyi ellátók is, így toxikológiai, addiktológiai/pszichiátriai ellátók, rehabilitációs otthonok és hepatológiai ambulancia is. A kutatás nem említi félutas házakkal, védett munkahelyet kínáló programokkal való együtt-működést.

Eredményértékelés: A beszámoló mindössze annyit említ, hogy konzultációkra heti egy-három alkalommal kerül sor, egy klienssel történt kontaktok száma 1 és 20 alkalom között van. Az egyes szolgáltatás-típusok szerint a kezelésben eltöltött idő hosszának vagy a kezelés idő előtti megszakításának azonosítására nem került sor. A kezelésből kieső kliensek szerhasználati mintázatai nem kerültek feltárássra. A kezelés megszakításának vagy befejezésének körülményei nem kerültek azonosításra a kutatásban.

Gazdasági értékelés: A szolgáltatások finanszírozása, anyagi és infrastrukturális feltételeinek biztosíthatósága a beszámolóban nem került bemutatásra.

Kék Kocka Nonprofit Bt.

Szolgáltatások: A Kék Kocka Nonprofit Bt. tevékenysége elsősorban az elterelés nyújtása, azon belül is a megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosítása. A kliensek igénybe vehetnek egyéni és csoportos konzultációt, melynek keretében önismereti és edukációs foglalkozásokon vehetnek részt, motivációt erősítő és egyéb szupportív technikákkal történik a segítség. A szervezet hozzátartozói csoportot is működtet.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szervezet minden nap 8 és 20 óra között nyitva van, hétvégén 10 és 16 óra között vehetők igénybe szolgáltatások, ez feltehetően megfelelő kínálatot nyújt a klienseknek. A szolgáltató kiemelt célja a büntető igazságszolgáltatás keretei között kezelésbe irányított szerhasználók ellátása. A program további megnevezett célja a serdülőkorú szerhasználók és a kisebbségi, hátrányos helyzetű szerhasználók ellátása is.

Folyamatértékelés: A szolgáltatónál 1 fő teljes állású és 8 fő részállású munkavállaló dolgozik. A szakszemélyzet összetétele: 3 fő pszichológus, 2 fő szociális munkás, 2 fő szociálpedagógus, 1 fő addiktológiai konzultáns. A szolgáltató TDI adatgyűjtést végez klienseiről. A szolgáltatót elmondása szerint Budapest több kerületéből, Pomáz és Szentendre kistérségeiből is felkeresik kliensek, a területi érdekltség így a kutatás fókuszánál minden bizonnyal nagyobb. A kutatási beszámoló nem tér ki a programok tartalmi elemeinek bemutatására. A beszámoló elmondása szerint az intézmény együttműködik családsegítő szolgálattal és a térség fent nevezett szolgáltatóival is. A szükséglet-feltérési projekt keretében kliens elégedettség vizsgálat történt, melynek eredményei a következőkben olvasható.

Eredményértékelés: A kezelésből kieső kliensek szerhasználati mintázatai nem kerültek feltárássra. A kezelés megszakításának vagy befejezésének körülményei nem kerültek azonosításra a kutatásban.

Gazdasági értékelés: A szolgáltatások finanszírozása, anyagi és infrastrukturális feltételeinek biztosíthatósága a beszámolóban nem került bemutatásra.

Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Kht.

Szolgáltatások: A szolgáltató számos különféle ellátást biztosít egészségügyi és szociális területen egyaránt. Ide tartozik a pszichiátriai és addiktológiai fekvőbeteg ellátás, a rehabilitáció, a detoxifikáció, az állapotfelmérés, az orvosi vagy pszichiátriai konzultáció, a motivációs interjú. Az ellátások egyéni vagy csoportos foglalkozások keretei között vehetők igénybe.

Elérhetőség, hozzáférhetőség: A szolgáltató célcsoportja a Pomáz-Szentendre térségben élő egészségügyi, pszichiátriai/addiktológiai problémával küzdők, ide értve a legális és az illegális szereket fogyasztókat is. A rehabilitációs szolgáltatás országos ellátási területtel működik. A szerhasználathoz kapcsolódó komorbid, társult betegségek ellátása is megtörténik. A szolgáltatást igénybe vevő kliensek nagyobb része ugyanakkor jellemzően alkoholológiai problémával küzd, az illegális szert használók csoportjáról a beszámoló a kannabisz, az amfetamin és a kokainhoz köthető eseteket említi. Nem tisztázott az opiátfüggők ellátása, különösen a szolgáltatások között említett detoxifikáció és a hosszú ideig tartó rehabilitáció esetében. A szolgáltató magas küszöbű ellátásokat nyújt. A szolgáltatások igénybe vételéhez szükség van beutalóra, ami legalább alapellátási, háziorvosi megjelenést feltételez. Ez kezelésbe kerülési akadályt jelenthet a szerhasználók számára.

Folyamatértékelés: A kórház látja el a Kék Kocka Bt. számára a szükséges állapotfelmérési feladatot. A szolgáltató további együttműködést folytat a fővárosi és a területi Támasz gondozói hálózattal is.

Eredményértékelés: A kezelésből kieső kliensek szerhasználati mintázatai nem kerültek feltárássra. A kezelés megszakításának vagy befejezésének körülményei nem kerültek azonosításra a kutatásban.

Gazdasági értékelés: A szolgáltatások finanszírozása, anyagi és infrastrukturális feltételeinek biztosíthatósága a beszámolóban nem került bemutatásra. A területen működő két további szolgáltató, az Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht. Pszichiátriai Gondozó és a Szentendrei Mentálhigiénés Központ részéről intézményi profil feltárás nem történt.

Kvalitatív információk

Az intézményi profilból kirajzolódik, hogy a Kék Pont Alapítvány látja el szolgáltatásait tekintve teljes körűen – szociális, egészségügyi, és jogi tekintetben – a szerhasználati problémákkal küzdők szükségleteit. A Kék Kocka Bt. elsősorban megelőző, prevenciós és pszichoeducációs jellegű csoportfoglalkozásokat nyújt a hozzájuk fordulók számára, kiegészítve ezzel a területi ellátók szolgáltatásait. A Gálfi Béla Kórház a terület addiktológiai problémákkal küzdők rövid távú detoxifikálását végzi, továbbá lehetőséget kínál a hosszú távú – 6 hónapos – bentlakásos rehabilitációra. Klienseik között viszont alacsony számban jelennek meg illegitim szerhasználók.

A súlyosabb állapotú droghasználók ellátása kapcsán a helyi kutatók azt tapasztalták, hogy egy földrajzilag is nagy és heterogén térség ellátását, illetve az ellátás gyakorlati szervezését egy többprofilú drogambulancia képes megvalósítani, ahol pszicho- és farmakoterápia, konzultáció, utcai munka és más megkereső szolgáltatások, szabadidős programok, a gondozást kiegészítő szolgáltatások (pl. felépült szenvedélybetegek csoportja), hozzátartozói csoport is rendelkezésre állnak ("onsite" modell). Ehhez azonban szükség van a térség önkormányzatainak (elsősorban a középponti jelentőségű III. kerületi önkormányzatnak) a drogambulancia ellátás-szervező lehetőségeit támogató, arra építő megközelítésére. Ez megnyilvánulhat a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumon keresztül is, de egyéb formális és informális úton is.

A fekvőbeteg-ellátásra elsősorban a Nyíró Gyula Kórházban kerül sor; a távolság miatt is erre csak a nagyon szükséges esetekben kerül sor. Az ellátottak köre is olyan, hogy viszonylag ritkán válik az osztályos háttér igénybevétele szükségessé. A Kék Pont saját szervezetén belül oldja meg az alacsony-küszöbű, illetve közösségi ellátásból az arra motiváltak továbbmozgatását a Kék Pont drogambulanciája, így a magas küszöbű, absztinencia-orientált kezelések felé. A Kék Pont igyekszik a kezelésüket befejezett kliensekkel is kapcsolatban maradni, ezt szolgálja a józanság-megtartó csoportjuk, azonban az így „utánkövetett” kliensek száma kicsi, a többiekéről kevés információ válik hozzáférhetővé a munkatársak számára. Tehát a kliens-követés, utókezelés, utánkövetéses megkeresés jellemzően itt sem működik. A kezelési spektrum szélesítését és a családtagok bevonását szolgálja a hozzátartói csoport. Ez pl. a közös hétvégi programokkal, a spontán kialakult „mentor-programmal” (amikor egy tapasztalt szülő foglalkozik egy újonnan belépővel) meghaladja egy egyszerű csoport kereteit.

A fókuszcsoportok tapasztalatai

A szakemberek két intézményt ismernek, ahova a szerhasználókat utalhatják: a Kék Pontot és a Szentendrei Mentálhigiénés Központot (amely nem szolgáltatott adatokat a működéséről). A résztvevők munkájuk legfontosabb akadályai között a megfelelő információk hiányát és az anyagi forrás hiányt jelölték meg.

KLIENS PROFIL

Kék Pont Ambulancia és Konzultációs Központ – Békásmegyer közösségi és alacsonykiűszűbű szenvedélybeteg ellátása

TDI adatok áttekintése: A szolgáltató 2005 óta gyűjti a TDI rendszernek megfelelő módon klienseinek adatait. A kutatási beszámoló ismerteti a 2009-es adatok összegzését, tendencia megajzolása nem történt.

OSAP adatok áttekintése: A kutatási beszámoló az OSAP adatgyűjtés eredményeit felhasználva ismerteti a kliensek létszámát és néhány változó mentén főbb jellemzőiket.

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: Nem ismert, hogy történik-e intézményen belüli adatgyűjtés a kliensekről.

Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: A szükségletfelmérési kutatás nem végzett önálló adatgyűjtést a kezelésben lévő kliensek körében.

Területi lefedettség meghatározása: A kliensek nagy része, 82%-a a szolgáltató közvetlen ellátási területéről érkezik, a III. kerületből, ill. a szomszédos agglomerációból.

Kliensek létszámának, jellemzőinek meghatározása: A beszámoló szerint 2009-ben 288 kliens részvétele mellett 1691 kontakt jött létre. Az új kliensek aránya az összes kliens körében magas, 88%. A TDI – egyedi, kliens szintű adatok – felhasználásával nem történt meg a kezelésből kilépett (egy évnél régebben, valaha megjelent) személyek létszámának meghatározása. Az adatok szerint a kliensek legnagyobb része szociális munkással történő konzultációt vesz igénybe, a találkozások kétharmada (63%) ilyen. Második leggyakoribb tevékenység a pszichiátriai rendelés (26%). A többi ellátás (csoportfoglalkozások, jogi és pszichológiai konzultáció) aránya alacsony, 5% alatti mindhárom esetben. A kliensek 13%-a 18 év alatti, ami azt mutatja, hogy az egészségügyi típusú elterelési szolgáltatások inkább az idősebb szerhasználók igényeit elégítik ki.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A szolgáltató esetében a kliensek 73%-a elsődlegesen kannabisz fogyasztása miatt jelentkezik a kezelésben, további 8%-a stimulánsok, 7%-a heroin-fogyasztás miatt. A kliensek 10%-a esetében jelen van az intravénás szerhasználat. Az addikció súlyosságáról vagy a szerhasználat időtartamáról, intenzitásáról a beszámoló nem szól bővebben.

Betegutak feltárása: A beutalás eredetét e szolgáltató esetében a kutatási beszámoló nem tartalmazta. A kezelésben részt vevő kliensek továbbírányításáról kvantitatív adatokkal nem rendelkezünk.

Kék Kocka Nonprofit Bt.

TDI adatok áttekintése: A kutatási beszámoló ismertette a szolgáltató TDI adatgyűjtésén alapuló kliens adatait.

OSAP adatok áttekintése: A szolgáltató civil szervezet nem kötelezett OSAP adatgyűjtésre.

Intézményi saját adatgyűjtés a kliensekről: Nem ismert, hogy történik-e intézményen belüli adatgyűjtés a kliensekről.

Ellátásban lévő kliensek pszichés szükségleteinek felmérése: A szükségletfelmérési kutatás nem végzett önálló adatgyűjtést a kezelésben lévő kliensek körében. Kliens elégedettség felmérés történt.

Területi lefedettség meghatározása: A kliensek 90%-a a szolgáltató közvetlen ellátási területéről érkezik, a III. kerületből, ill. a szomszédos településekről érkezett. A fennmaradó 10% is a vonzáskörzetből származik.

Kliensek létszámának, jellemzőinek meghatározása: A beszámoló szerint 2009-ben 43 fő szerhasználó kliens jelent meg az ellátásban, mindegyikük új kezelt volt. Ez feltehetően abból fakad, hogy az ellátó tipikusan megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújt elterelésben lévő kliensek számára. A 43 kliens 514 kontakt alkalommal vett igénybe szolgáltatást. Az ellátás majdnem háromnegyede (70%) csoportos foglalkozás keretei között zajlott, további 20% szociális munkással történt konzultáció volt.

Kliensek szerhasználati mintázatainak azonosítása: A kliensek szerhasználati mintázataira vonatkozóan nem állnak rendelkezésre adatok. A 43 kliens közül 37 kannabisz-fogyasztó volt, 5 főnek amfetamin típusú stimuláns volt az elsődleges szere. További szerek közt szinte kizárólag az alkoholt említették. Intravénás szerhasználat a kliensek körében nem jellemző. A kliensek egynegyede 18 év alatti korcsoportból származik, és mindössze egytizedük nő. A szerhasználat gyakorisága rögzítése nem történt meg, ASI felvétele nem szerepel a beszámolóban. Az esetek súlyosságáról nem rendelkezünk bővebb ismeretekkel.

Betegutak feltárása: A beutalás eredetét e szolgáltató esetében a kutatási beszámoló nem tartalmazta. A kezelésben részt vevő kliensek továbbírányításáról kvantitatív adatokkal nem rendelkezünk.

A Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Kht. klienseiről nem rendelkezünk adatokkal, szerhasználati mintázataik és szociodemográfiai összetételük nem ismert.

Az Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht. Pszichiátriai Gondozó elmondása szerint nem foglalkozik drogbetegekkel, a náluk kezelési igénnyel jelentkezőket a Kék Pont drogambulanciára irányítják. A Szentendrei Mentálhigiénés Központ elutasította a megkeresést túlterheltségre hivatkozva.

Kvalitatív információk és a fókuszcsoporthoz tapasztalata

Az intézményi profilok és a fókuszcsoporthoz tapasztalata is azt támasztják alá, hogy a súlyos droghasználattal járó esetek – a lehetőségekhez képest – még ellátásba kerülnek, azonban azok az esetek, ahol még nem alakult ki súlyos droghasználat, nem. Tehát az indikált prevenció, de tulajdonképpen a szelektív prevenció sem igazán nem valósul meg. Speciális szolgáltatásokat érdemes létrehozni, hiszen így megelőzhető a súlyosabb droghasználói karrierék kialakulása. A speciális szolgáltatás nem feltétlenül igényel új intézményt: a jelenleg működő intézményeknél jobban, felhasználó-barátabb módon kell megjeleníteni, hogy ilyen típusú szükségleteket is el tudnak látni.

ELLÁTÓRENDSZEREN KÍVÜLI DROGHASZNÁLÓK

Az észak-budai régió, amely magába foglalt más közeli településeket is, mint Szentendre, Pomáz és Solymár, hasonlóan a dunajvárosihoz, nem rendelkezett előzetes szerhasználatra vonatkozó adatokkal. A térségben soha nem történt szükséglet-meghatározás, sem pedig a helyi lakosság szerhasználatára, drogérinthettségére vonatkozó kutatás. Ebből kifolyólag a projekt gazdáinak nem volt képtük arról, hogy szükséglet-meghatározás viszonyában mi vagy mik mentén jellemezhető a célpopuláció. Az egyetlen rendelkezésre álló információ KSH adatok voltak, miszerint a kerületben és vonzáskörnyezetében élő szerhasználati problémában érintett potenciális ellátandók száma 2675 fő. Ez a szám azonban egy központi adat meghatározáson nyugszik: ennek értelmében a szociális ellátásra potenciális jogosultak körére vonatkozó, a 191/2008. (VII. 30.) Kormány rendelet szerint a BNO-10 kódokon egészségügyi gondozásban részesülő személyek 10%-a tekinthető droghasználat miatt ellátatlannak. Előzetes adatok hiányában tehát pontosan nem lehetett volna meghatározni, hogy a helyi szükséglet feltárás kiket is célozna meg pontosan. A 2006 óta működő Kék Pont Drogambulancia kliensforgalma ugyanakkor évről évre növekedést mutat, amiből egyre markánsabb arányban jelennek meg a III. kerületi, lakótelepi szerhasználók – jóllehet ebből az adatból csak óvatos hipotéziseket lehet megfogalmazni a terület drogérinthettségére vonatkozóan. Ugyanakkor jelzésértékű, hogy a szerhasználati probléma markánsan jelen van a régióban, kifejezetten bizonyos környezetekben (lakótelepek, Hajógyári-sziget).

Mivel az ambulancia klienseinek jelentős része amfetamin-használó, így a projekt gazdái úgy döntöttek, hogy a szükségletfeltárás egyik célcsoportja az intravénás szerhasználói populáció lesz, akik közül sokan amfetamint (is) injektálnak. A megfontolás mögött az a felvetés állt, hogy így több információt nyerhetnek erről a populációról, amely szerhasználati módja általában mind egészségügyileg, mind pszicho-szociálisan kockázatosnak mondható. Mindezen kívül a régióban nem működik alacsonyküszöbű tűcsere szolgáltatás sem, tehát feltételezhető volt a célcsoport kielégítetlensége is. A projekt gazdái – más helyszínekhez hasonlóan – korábbi tapasztalataikra hagyatkozva (utcai munka, az ambulancia klienseinek információi) egy másik kielégítetlen szükségletű célcsoportot is meghatároztak, méghozzá a több (legális és illegális) szereket használókat. Feltételezésük szerint ez az összetett szerhasználói csoport egy jelentős szegmensét jelenti a III. kerületi rejtőzködő csoportoknak, ugyanakkor az ellátási rendszerben nem jelennek meg – az ambulancia újonnan regisztrált kliensei között csak kis arányt képviselnek.

Kockázatként jelent meg a célcsoportok elérhetőségi nehézsége nem csak rejtőzködő voltuk miatt, hanem az idő rövideje miatt is. Szintén felmerült annak kockázata is, hogy milyen mértékben működik a hólabda módszer, illetve a kutatáshoz nem szokott interjúalanyok mennyire lesznek hajlandók információt szolgáltatni.

Ami az egészségügyi prioritások meghatározását illeti, elmondható, hogy a szerhasználói populáció profiljának meghatározása nem teljesült. Erre vonatkozólag sem korábbi adat nem állt rendelkezésre, sem pedig a jelen projekt keretei között nem volt lehetőség. Szintén nem valósult meg a kezelésen kívüli szerhasználók számának becslése sem, ami kíváltképpen alkalmas lett volna arra, hogy lássuk, hogy a békásmegyeri ambulancia a potenciális kliensek hány százalékát éri el. Ugyanakkor az adatgyűjtés által megcélzott célcsoportok profiljára vonatkozóan sikerült valamennyi információt szerezni. Itt is elmondható azonban, hogy a kis elemszám következtében nem lehet sem a teljes intravénás használói, sem a több szert használók profiljára pontosan következtetni, mindössze azok egy szegmensére.

A mintába került, több szert fogyasztók jelentős része férfi, 23 évesnél fiatalabb, és mind egészségügyi, mind szociális háttérét tekintve kevésbé veszélyeztetett, miközben szerhasználati mutatóik problematikusabbnak tűnnek (szerhasználat gyakorisága, hossza stb.). Mivel a minta nem tekinthető reprezentatívnak, nem tudjuk, hogy a több szert használók ezen szegmense milyen mértékben reprezentálja a terület polidrog használóit. Itt főképp arra célunk, hogy az adatgyűjtés során számos olyan potenciális interjúalannyal találkoztak az interjúkészítők, akik a korkritérium miatt nem kerülhettek be a mintába (18 év alattiak). Hasonlóak mondhatóak el a mintába került, kezelésen kívüli intravénás szerhasználókról is: bár az ő szociális háttérük kissé kedvezőtlenebbnek tűnik, mint a több szert használóké, egészségügyi helyzetük ugyanakkor jobb az eddig más helyen tapasztaltaknál (VIII. kerület).

A III. kerületi szükséglet-meghatározásról elmondható, hogy bizonyos tekintetben sikerült feltárnia az egészségügyi állapotokat is, jóllehet a kutatásban használt kérdőív kisebb hangsúlyt fektetett ennek feltárására (önbevallásos adatgyűjtésnél az ilyen jellegű adatok megbízhatósága amúgy is megkérdőjelezhető). A markáns szerhasználati mutatókból (hosszú drogkarrier, gyakori, intenzív használat, addikció mértéke) azonban – ha ugyan korlátozottan is – bizonyos következtetések vonhatók le erre vonatkozóan. Az elért rejtőzködő csoportokról elmondható, hogy meg tudtak fogalmazni egészségügyi és főként szociális szükségleteket, ahol nagy hangsúlyt kapnak a lakhatással, munkakereséssel, iskolai, párkapcsolati problémával kapcsolatos igények. Kifejezetten igaz a több szert használókra, hogy míg egészségügyi vagy drogproblémát nem igazán észleltek, addig szociális jellegűeket – feltételezhetően droghasználatukból fakadóan – sokkal jellemzőbben. Ugyanakkor jóllehet úgy tűnik, ismerik az ellátórendszert (főként korábbi kezelési tapasztalataik révén), pszichoszociális problémáikkal jellemzően nem fordulnak segítséghez. Az intravénások esetében nagy hangsúllyal szerepelt a metadon fenntartó kezelés iránti szükséglet.

A régióban két klienselégedettségi vizsgálat történt. Az egyik a Kék Pont Drogambulancia, a másik a pomázi Kék Kocka Nonprofit Bt. volt, ahol leginkább eltereltekkel foglalkoznak. Általánosságban elmondható, hogy az adatok mindkét szervezet esetében magas klienselégedettséget mutattak. Ugyanakkor szükséglet-meghatározási szempontból sikerült olyan hasznos információhoz jutni, amely a területi ellátórendszer hiányosságaira mutat. A Kék Pontnál a kliensek nem teljes mértékben az általuk szükségesnek gondolt kezelést kapják, tovább kevésbé érzik úgy, hogy a kapott szolgáltatás segíthet problémáik leküzdésében. Az ambulancia megközelítését sem tartják a legmegfelelőbbnek. Ugyanakkor beszédes, hogy a megkérdezett kliensek nem tudták nevesíteni a számukra hiányzó szolgáltatásokat, amely részben fakadhat az ellátórendszer hiányos ismeretéből, részben pedig a probléma percepció hiányából. Ez igaz a Kék Kockában lévő eltereltekre is. Utóbbi esetében meg kell említeni a nyitva tartás kevésbé jó megítélését, amely a hozzáférhetőség egyik alapvető indikátora. Továbbá a kliensek kevésbé érezték úgy, hogy a kapott szolgáltatás megfelelő válasz lenne problémáikra. Mindezen információk alapján jól kijelölhetők a további fejlesztés irányai mindkét szervezet esetében. Itt kell megemlíteni, hogy mivel az elemszám mindkét szervezet esetében alacsony, feltételezhető, hogy további kutatásokkal más kezelési szükségletekre, a jelenlegi ellátórendszer további hiányosságaira és erősségeire is fény derülhet.

Összességében elmondható, hogy az észak-budai projekt nem tudott választ adni a rejtőzködő célcsoportok profiljára vonatkozóan. Nem tudjuk, mennyien szorulnak ellátásra, és ezek a csoportok milyen egészségügyi, szociális és szerhasználati profillal rendelkeznek: a szükséglet-meghatározás ezen szignifikáns elemei tehát nem érvényesültek. Tudjuk ugyanakkor azt, hogy a régióban működő ellátók milyen kliensekkel rendelkeznek (kliens-

profil), és ez alapján nagyjából következtethetünk a régióban élő szerhasználati csoportok jelenlétére. Ezt tűnnek alátámasztani a kutatási adatok is, amely során két eltérő szerhasználati profilú és eltérő igényekkel rendelkező, ebből kifolyólag eltérő megközelítést, ellátást igénylő csoportot került azonosításra, akik bizonyos szükségleteit sikerült meghatározni. Továbbá elmondható, hogy ezen csoportok tagjai (és feltehetően többen is vannak ilyenek) drogproblémát nem észlelnek, viszont pszichoszociális jellegűt igen, amivel jellemzően nem fordulnak segítségért. Az okok azonosítása, illetve a probléma megoldása az ellátástervezés fázisában kell, hogy megoldást nyerjen. A kezelésben lévő kliensek – jóllehet általánosságban jó véleményekkel vannak az általuk igénybe vett szolgáltatásokról – ugyanakkor megfogalmaztak olyan hiányosságokat is, amelyek pontos irányt szabhatnak a további ellátásfejlesztésnek: jól érezhetően hiányoznak egyes szolgáltatások, mások pedig nem megfelelően működnek. Másrészt a kliens elégedettségi vizsgálatokból nem lehet következtetni a helyi ellátórendszer globális hiányosságaira, mint amilyen a kezelésbe kerülés és maradás nehézségei, körülményei, vagy a kezelési rendszer átjárhatósága: ezek felderítése további vizsgálatokat igényelnek.

A főkuszcsoport tapasztalatai

A résztvevők többsége nem találkozik droghasználóval. Anekdotikus beszámolók alapján a térség kábítószer-fertőzöttségét közepesen nagyra tartják. Kiemelték, hogy területi szinten léteznek olyan helyek, ahol a probléma fokozottabban összpontosul, mint például a Hajógyári sziget szórakozóhelyei. Sokan problémának érezték, hogy adatvédelmi okokból csak 18 éven felüliek szerepelhetnek a rejtőzködő droghasználókat feltáró kutatásban, miközben sok kamaszcsoport van, amelyek körében előfordul a droghasználat is.

A „rejtőzködő” droghasználókkal kapcsolatban megállapítható, hogy nem elsősorban a droghasználatuk jelent számukra problémát, hanem interperszonális kapcsolataik (család, munkahely, párkapcsolat), illetve a rendőrség. Tehát nem elsősorban specifikus „drogbetegellátásra” lenne szükségük, hanem kevésbé specifikus, egyben kevésbé stigmatizáló pszichológiai életvezetési, konzultációs típusú segítő kapcsolatokra. Ezt persze nyújthatja egy drogambulancia is, de a hangsúly nem a „drogon” kell, hogy legyen, hanem az említett tényezőkön. Feltehető, hogy az ilyen szolgáltatást elvileg nyújtó intézmények (pl. családsegítő, pszichiátriai ambulancia) látókörébe túlterheltség és egyéb okok miatt (az adott személy nem „beteg”, illetve nincs súlyos szociális problémája) be sem kerülnek ezek a potenciális kliensek, és fordítva, az ő látókörükbe pedig be sem kerülnek ezek a jól körülírt – és erősen stigmatizáló névvel rendelkező -szolgáltatók.

KIELÉGÍTETT ÉS KIELÉGÍTETLEN SZÜKSÉGLETEK

A III. kerületben, a kezelésen kívüli és a kezelésben lévő kliensek körében végzett adatgyűjtés kísérletet tett azon cél érvényesítésére, mely arra irányul, hogy azonosítsa a működő és a nem működő mechanizmusokat a kezelőrendszeren belül. Jóllehet a kezelésen kívüli csoportok körében végzett kutatás erre a kérdésre kevésbé hivatott válaszolni, a kapott adatok adalékként szolgálhatnak ezen cél érvényesítéséhez. Amint az intravénás használókkal végzett adatgyűjtésből kiderült, bár igény mutatkozna a metadon fenntartó kezelésre, ezt a régióban az érintettek nem kaphatják meg. Hozzá kell tennünk, hogy a várólisták miatt másutt sem nagyon, vagy csak nehezen. A III. kerületben egy olyan injekciós használói csoportot sikerült azonosítani (pontosabban annak egy olyan szegmensét), akik régóta használnak már több szert, és akik kockázati magatartásformákkal is rendelkeznek. Ehhez, ha hozzávesszük, hogy nagyjából felük rendelkezik kezelési múlttal, és az ellátórendszert is viszonylagosan jól ismerik, felmerül annak az aspektusnak a vizsgálata, hogy ezek az alanyok, akik droghasználatuk előrehaladottabb fázisában vannak, miért nem használják az ellátórendszert, illetve miért nem maradtak meg benne. A több szert használók esetében talán még jogosabban merül fel ez a kérdés: a velük végzett vizsgálat adatai azt mutatják, hogy nagyon jól ismerik a nevesített kezelési formákat, de az általuk megnevezett probléma típusokkal jellemzően nem fordulnak segítséghez. Elképzelhető, hogy az általuk ismert szolgáltatások nem adnak megfelelő választ az ő problémáikra – ez pedig rendszerszintű kritikaként értelmezhető. Talán ezt tűnik alátámasztani az is, hogy a kezelésben lévő kliensek jellemzően nem tudták megnevezni az általuk hiányolt szolgáltatási formákat.

A kezelésben lévő kliensekkel végzett vizsgálatok nagyrészt jól szolgálták annak megállapítását, hogy mi működik jól a helyi ellátórendszerben, egész pontosan a régióban nyújtott szolgáltatásokban, és mi az, ami kevésbé. Itt kell hangsúlyoznunk újra, hogy két teljesen különböző típusú szolgáltatásról van szó, így az ott azonosított hiányok, illetve pozitívumok más megközelítést igényelnek. Úgy tűnik, hogy a Kék Kockánál a szolgáltatások nagyjából lefedik az igényeket, de ne felejtjük el, hogy ide a kötelezően beutalt eltereltek érkeznek. Ugyanakkor a Kék Pont esetében, amely komplexebb szolgáltatásokat nyújt, másként kell értelmeznünk azt a megállapítást, miszerint a kliensek nem feltétlenül érzik úgy, hogy megfelelő ellátásban részesülnek, amely fakadhat abból, hogy a régióban nincs számukra megfelelő ellátás. Ez pedig nem annyira a szolgáltató, mintsem az ellátórendszer kritikájaként (a megfelelő, igényre szabott szolgáltatások elérhetetlenségeként) értelmezhető.

A klienselégedettségi és a rejtőzködő vizsgálatok kevésbé adtak választ a rendszeren belüli előremozdító és blokkoló ágensek azonosítására, de ez csak részben várható el tőlük. Mégis, a belőlük származó kutatási adatok némi támpontként szolgálhatnak egyes felvetések megfogalmazására. Itt az egyik legfontosabb prioritású kérdés, hogy a hosszú drogkarrierrel rendelkező

intravénás használókat miért nem kötötte meg az ellátórendszer. Vagy a több szert is használó csoportok – problémaészlelésük ellenére – miért nem fordulnak segítségért pszichoszociális problémáikkal. Felmerül, hogy módszertani kérdésről van-e szó csupán, miszerint a projekt gazdái a motiválatlan használókat érték el, vagy pedig szakmai kérdésről, azaz a számukra elérhető szolgáltatások számukra nem testre szabottak, ha egyáltalán elérhetőek (pl. metadon). Csak ezen kérdések tisztázását követően nevesíthetők nagyobb biztonsággal a blokkoló ágensek, illetve válik értékelhetővé e fontos szükséglet-meghatározási cél érvényesülése.

Mind a Kék Pont kliensadatai, mind az itt dolgozó szakemberek munkatapasztalatai jó kiindulópontként szolgáltak a rejtett populációk azonosítására. Más kérdés, hogy milyen mértékben valósult meg a célcsoportok megfelelő felderítése, szükségleteinek azonosítása. Itt hozzá kell tennünk, hogy az igazán rejtőzködő célcsoportok teljes mértékű felderítéséről soha nem beszélhetünk. Jóllehet a kutatáshoz szorosan nem kapcsolódik, a helyi szóbeszéd alapján további droghasználó populációk létezése feltételezhető a kerületben. A kutatásban nevesített használó csoportok – eltérő okok miatt – vulnérabilis csoportoknak tekinthetők (több szer intenzív használata, intravénás használat, túmegosztás, régóta történő szerfogyasztás), és a kutatásnak nagyrészt sikerült rámutatnia kockázati profiljukra. Érdekes módon egyik célcsoport sem mondható egészségügyileg vagy szociálisan veszélyeztetettnek, ugyanakkor szerhasználatuk módja, gyakorisága, drogkarrierjük hossza és kezeletlen pszichoszociális problémáik kockázati profilként értelmezhetők.

Szeveritás

Végezetül azt is vizsgáltuk, hogy a kezelt és kezeletlen kliensek közt végzett kutatások mennyiben világítanak rá az ellátásba kerülés és a kockázati helyzet közti viszonyra (szeveritás). Megállapítható, hogy a kutatás részben rávilágított az alacsonyküszöbű tűcsere szolgáltatások hiányára – használoi oldalról: vannak a kerületben intravénás használók, beszámoltak túmegosztásról, de a kerületben nincs tűcsere. Márpedig a tűcsere szolgáltatás egyértelműen értelmezhető úgy, mint a legnagyobb kockázatok elhárítására törekvő beavatkozási forma. A helyi ellátórendszer hiányos, a kezelési spektrumok egyes elemei vannak csak jelen, amely nem szolgálja a szeveritás érvényesülését.

Összefoglalásképp elmondható, hogy a III. kerületben a kezelt és kezeletlen kliensek körében végzett szükséglet-meghatározás során nagyrészt sikerült érvényesíteni a szükséglet-meghatározás főbb céljait. Nagyjából látható, hogy mely szükségletek nem kerülnek kielégítésre, mely mechanizmusok működnek megfelelően (nem sok), és melyek kevésbé. Az adatgyűjtés részben segítette annak megválaszolását is, hogy mennyire érvényesül a helyi kezelőrendszerben a szeveritás eszméje (nem), míg a rendszert blokkoló ágensek pontosabb azonosításához az eddigi adatgyűjtés hipotézisek megfo-

galmazását segítette. További kutatásokat igényel egyrészt a már azonosított droghasználói csoportok kockázati profiljának alaposabb megismerése, másrészt további, feltételezhetően a kerületben markánsan jelen lévő használói csoportok azonosítása és kockázat felmérése, különös tekintettel a Hajógyári szigeten szórakozókra, illetve a fiatal, iskoláskorú szerhasználókra, akiket a helyi ellátórendszer egyáltalán nem ér el – kivéve, ha elterelésbe kerülnek.

HIÁNYANALÍZIS – IRÁNYOK

Korábbi kutatási adatok hiányában szintén nem volt lehetőség a szükséglet-meghatározást segítő komparatív adatok beszerzésére sem, mint amilyen a régióbeli felnőtt lakosság vagy a fiatalkorúak drogérintettségére vonatkozott volna. Az ilyen regionális szintű adatok kinyerését a jelenlegi adatgyűjtési eljárások (ESPAD, ADE, HBSC) nem teszik lehetővé.

A használók között végzett kvantitatív adatgyűjtés nagyban hozzájárult a régió ellátó rendszeréből hiányzó szolgáltatások azonosítására. A rejtőzködőkre irányuló adatgyűjtés megmutatta, hogy jóllehet léteznek különböző kliens- és használati profillal, illetve különböző ellátási szükséglettel rendelkező csoportok, nem csak a kerületben, hanem a fővároson kívül eső közeli területeken is, bizonyos szolgáltatások nem állnak rendelkezésre. Az intravénás használók esetében itt elsősorban az utcai megkereső munka intenzívebb jelenlétének, illetve az alacsonyküszöbű tűcsere szolgáltatások hiányára gondolunk, míg a több szert használók esetében a szerhasználatához szorosan kötődő, de nem feltétlenül abból fakadó pszichoszociális szolgáltatások kihasználatlanságára hívjuk fel a figyelmet. Utóbbi célcsoport esetében csak hipotéziseink vannak arra vonatkozólag, hogy mi állhat a mögött, hogy a jól láthatóan problémákkal küszködő, mind alkoholt és marihuánát fogyasztók miért nem fordulnak problémáikkal segítségért. Egyrészt – helyi adatok hiányában – csak feltételezhető a nem kifejezetten droghasználati problémákat kezelő ellátástípusok telítettsége, túlterheltsége (családsegítő, pszichiátriai ambulancia), másrészt a potenciális kliensek ezen stigmatizáló intézményekkel szembeni fenntartásainak jelenléte. A rejtőzködőkre irányuló adatgyűjtés önmagában nem elegendő annak feltárására, hogy mekkora kapacitással kell számolni egyes szolgáltatások bevezetéséhez, illetve számának növeléséhez.

A kezelt és kezeletlen kliensek között végzett adatgyűjtések tekintetében összefoglalva az állapítható meg, hogy azok részben jól szolgálták a szükséglet-meghatározás irányelveinek érvényesülését. Az innen nyert információ jól segíti a jelenlegi szolgáltatások továbbfejlesztési irányainak, valamint az új szolgáltatások kijelölését, miközben további adatgyűjtésre lenne szükség arra vonatkozóan, hogy jobban fel lehessen mérni a jelenlegi ellátórendszer deficitjeit, ellátási kapacitását. Populációs adatok hiányában csak találgatha-

tunk, hogy mekkora az esetlegesen ellátásra szorulóak aránya a kerületben, és hogy az ellátandók pontosan milyen szociodemográfiai, szerhasználati mutatók mentén jellemezhetőek. Itt különös hangsúlyt kívánunk fektetni az iskoláskorúak veszélyeztetettségére és ellátatlanságára.

A SZÜKSÉGLETEK ÖSSZEGZÉSE

Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek: A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó információkat. Azonosított szükségletként említendő a detoxifikációs és a sürgősségi ellátási igények, feltehetően elsősorban alkohol-fogyasztással kapcsolatban. A térségben működik egy specializált szolgáltató, mely rehabilitációs ellátást kínál. Bár a kliensek adatait nem ismerjük, elmondásuk alapján ez is elsősorban alkoholbetegek ellátására szakosodott. Említeni kell a kábítószer-fogyasztással társuló pszichiátriai zavarokat. Bár a konkrét folyamatok bemutatása hiányzik, a szolgáltatók száma és kínálata alapján feltehetjük, hogy az ilyen zavarok kezelésére az intézményi struktúra biztosítva van. Erre vonatkozóan adatgyűjtés nem történt.

Addikció-specifikus szükségletek: A szerhasználók speciális kezelési igényeire adott alacsonyküszöbű ellátások közül a tűcsere hiányzik. A Kék Pont kliensei körében ismert az intravénás szerhasználat jelenléte, a kliensek 10%-a injektált. Mivel budapesti kerületről van szó, a tűcsere – jóllehet nem a kerületben és semmiképpen nem a környező településeken – elvben máshol is igénybe vehető. Az intravénás szerhasználathoz kapcsolódik a fertőző betegségek kockázata is. Egyik szolgáltató sem említi a szűrési (HIV és hepatitis) lehetőségeket. A Kék Pont Ambulancia beszámolója alapján van együttműködés antivirális kezelést biztosító ellátóval. Utcai megkereső munkát a Kék Pont Ambulancia Békásmegyeren biztosít, a többi ellátó profiljában ez nem szerepel, Pomáz, Szentendre és a környező Budapesten kívüli területeken ez hiányzik. Opiát fogyasztó kliensek a Kék Kocka kliensei körében nem, a Kék Pont kliensei körében alacsony arányban szerepelnek. Az opiát szubsztitúció a területen nem elérhető. Kérdés, hogy a rejtőzködő szerhasználók körében igény mutatkozik-e erre. A Kék Pont említi a buprenorphine/naloxone készítmény rendelését. A Gálfi Béla Kórház szakszemélyzete e készítményt jogosult felírni, itt a gyakorlat megismerése vagy elterjesztése javíthatja a területi lefedettséget.

Járóbeteg szakellátás keretei között a pszichiáterrel, pszichológussal vagy szociális munkással történő konzultáció széles körűen biztosított. A Kék Pont Ambulancia biztosítja az elterelés egészségügyi típusait, a Kék Kocka a megelőző-felvilágosító szolgáltatást, a Gálfi Béla Kórház szakembergárdája megfelelő alapot nyújt az állapotfelméréshez. A térségben két szolgáltató is említette hozzátartozói csoport működtetését. A Gálfi Béla Kórház biztosít

rehabilitációt, kérdés, hogy ez az illegális szerhasználók számára is megfelelően nyújt-e az igényeiknek megfelelő programot.

Lakhatással kapcsolatos szükségletek: A lakhatással kapcsolatos szükségletek kielégítésére a területen nem kínálnak szolgáltatásokat. A beszámoló egyik szolgáltató kapcsán sem említi az ilyen irányú továbbutalást. Az ismert kliensleírások nem említene hajléktalan szerhasználót.

Foglalkoztatási szükségletek: A kliensek munkaügyi státusza a beszámoló-ból nem derült ki, jöllehet a TDI adatgyűjtés rögzíti azt két szolgáltató esetében. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképességűeket támogató program nem került azonosításra.

A bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek: A térségben biztosított az állapotfelmérés. Egy szolgáltató biztosít megelőző-felvilágosító szolgáltatást, egy további az elterelés egészségügyi típusait, az elterelés ilyen módon biztosítottak tekinthető. A szabadidő strukturált eltöltésére Békás-megyeren lehetőség van, ami bűnmegelőzési előnyöket hordozhat.

Vulnerábilis csoportok azonosítása: A Kék Pont Drogambulancia említi gyermekotthonban élők prevenciós programját, mely egy veszélyeztetett csoport számára kínál lehetőséget. A Kék Kocka célcsoportjai között szerepelnek a serdülőkorú szerhasználók és a kisebbségi/hátrányos helyzetű csoportok. Gyermek addiktológia vagy pszichiátria a térségben nem működik. A térségben nők, gyermeket nevelők, szexmunkások, börtönből szabadulók vagy egyéb, különösen veszélyeztetett személyek számára speciális program nem ismert. Kiemelendő, hogy a Kék Pont Drogambulancia említi a hosszú távú, bentlakásos rehabilitációról visszatérő kliensek relapszus prevencióját is.

ÖSSZEFOGLALÁS: AZ EREDMÉNYEK HASZNOSÍTHATÓSÁGÁNAK ÉS ELFOGADOTTSÁGÁNAK ÉRTÉKELÉSE

A 4 régióban lezajlott kutatás olyan eredményeket hozott, melyek mind a 4 régióban egyediek voltak és különböztek a többi háromtól. Ezzel a TÁMOP 5.4.1. Kábítószerügyi pillér egyik kiindulópontja teljesülni látszik, hiszen a cél az volt, hogy négy olyan régiót találjunk az országban, amelyek a droghasználók, a droghasználat percepciója tekintetében, az ellátórendszer fejlettsége szerint, továbbá a rejtett szerhasználók vonatkozásában más-más képet mutat.

A 4 régió szükséglet-meghatározása, az ellátási térkép, a kliens profil, a kezelésen kívüli és az ellátott droghasználók szükségletei (és utóbbiak kliens elégedettsége), valamint a hiányanalízisek mind a 4 régió egyediségére utalnak.

Tapasztalhattuk azt, hogy ahol fejlett ellátórendszer van (Észak-Pest), ott a szakemberek „tudják a dolgukat”, számukra a kutatás sem hozott lényegesen új információkat. Ha azonban jobban megnézzük a kapott eredményeket, kiderül, hogy azért akadnak problémák az ellátóhelyek közötti együttműködés tekintetében, a kliens-utak (küldés, beutalás, „kihullás”-menedzselés) követése tekintetében, és még ebben a jól ellátott régióban is vannak olyan szerhasználói csoportok, amelyekről kevés megalapozott információ áll rendelkezésre.

Egy másik régióban (Észak-Buda) mindössze két, a droghasználókra specializált szervezet van, többféle szolgáltatással. E két szervezet jelenti a „drog-probléma” kezelését az adott régióban – pedig erre két intézmény önmagában kevés lenne. Nem a „darabszám” miatt, hanem bizonyos szolgáltatások nyújtására e két intézmény nem rendelkezik a szükséges kompetenciával (pl. gyermekjóléti szolgáltatások), máskor pedig a szolgáltatások fejlesztésére és bővítésére lenne szükség (elérő-megkereső munka, életvezetési tanácsadás informálisabb keretek között). Itt a szükséglet-meghatározás elsősorban azért volt hasznos, mert a tapasztalatokat a szakemberek végre „leírva” is látták: azaz saját, szubjektív tapasztalataikat a vizsgálat (az adatgyűjtés és a fókusz-csoport) visszaigazolta. A „leírás” már alapja lehet egy ellátás-tervezési folyamatnak.

Egy harmadik régióban (Miskolc) azt tapasztaltuk, hogy ugyan sok ellátó van, azonban ezek közül végeredményben kevesen foglalkoznak speciálisan és célzottan droghasználókkal. A kliens-utak nem követhetők, az észak-pesti régióban ezek regisztrációjával és monitorozásával volt a fő gond (viszont a szakemberek a mindennapi munka során tájékozódni tudtak a továbbküldött kliensekről) – itt viszont erre kevesebb lehetőség nyílt. Az ellátórendszeren kívüli szerhasználók (szipu, illetve alkohol és gyógyszer-fogyasztás együtt) olyan problémát jelentenek, amiket az intézményrendszer kompetencia híján (a szerhasználó felől ez motivációhiánynak is tűnhet) nem tud megoldani.

Végül a negyedik régióban (Dunaújváros) az ellátórendszer hiánya, az ellátott szerhasználók speciális jellege (sürgősségi esetek), illetve a „megtalált”, ellátórendszeren kívüli szerhasználók (marihuána-használók) közötti diszkrepancia (hol vannak a súlyos, sürgősségi ellátáshoz vezető szerhasználók) arra utal, hogy alapvető információk és kapcsolatok hiányoznak az ellátórendszer képviselőnél, illetve a drogproblémával találkozó szakemberek tudásából. Itt a kutatás – a helyi szakemberek megfogalmazása szerint is – egy részletesebb szükséglet-meghatározási folyamatot indíthat el; az ellátásszervezés, ellátás-fejlesztés az eddig rendelkezésre álló adatok alapján nem valósítható meg a maga teljességében.

HIVATKOZÁS

Domokos T., Fábián R., Felvinczi K., Horváth G.Cs., Márványkövi F., Mervó B., Paksi B., Rácz J. (szerk. Paksi B. és Felvinczi K.) (2010): *Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt. Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából. Budapest.

Csorba J. (2010): *Szükségletfelmérés Észak-Pesten, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Domokos T., Fábián R., Horváth G.Cs., Márványkövi F., Mervó B. és Rácz J. (szerk.: Kun B., Posta J., Rácz J.) (2010): *A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása*. Módszertani tanulmány. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Juhászné Ceglédi T., Koleszár Á. (2010): *Szükségletfelmérés Miskolcon, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) (2011): *Jegyzőkönyv. Rövid interjúk készítése az adatgazdákkal, az adatképzés megvalósításának értékelése*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Márványkövi F., Pászli L. és Rácz J. (2010): *Szükségletfelmérés Észak-Budán, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Nádas E. és Varga O. (2011): *A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Paksi B. és Felvinczi K. (szerk.) (2010): *Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Rácz J. és Ritter I. (2003): *Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz”(RAR) módszerével Magyarországon*. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 2003, 3-4:305-345.

Szente T., Szemenyei I., Klein I. (2010): *Szükségletfelmérés Dunaiújvárosban, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

A TANULMÁNY ELKÉSZÍTÉSÉHEZ FELHASZNÁLT FORRÁSOK

Domokos T., Fábián R., Felvinczi K., Horváth G.Cs., Márványkövi F., Mervó B., Paksi B., Rácz J., (szerk. Paksi B. és Felvinczi K.) (2010): *Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt. Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából. Budapest.

Domokos T., Fábián R., Felvinczi K., Horváth G.Cs., Márványkövi F., Mervó B., Paksi B., Rácz J., (szerk. Paksi B. és Felvinczi K.) (2010): *Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt. Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából. Budapest.

Csorba J. (2010): *Szükségletfelmérés Észak-Pesten, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Domokos T., Fábián R., Horváth G.Cs., Márványkövi F., Mervó B. és Rácz J. (szerk.: Kun B., Posta J., Rácz J.) (2010): *A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása*. Módszertani tanulmány. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Juhászné Ceglédi T., Koleszár Á. (2010): *Szükségletfelmérés Miskolcon, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) (2011): *Jegyzőkönyv. Rövid interjúk készítése az adatgazdákkal, az adatképzés megvalósításának értékelése*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Márványkövi F., Pászli L. és Rácz J. (2010): *Szükségletfelmérés Észak-Budán, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Nádas E. és Varga O. (2011): *A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Paksi B. és Felvinczi K. (szerk.) (2010): *Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

Szente T., Szemenyei I., Klein I. (2010): *Szükségletfelmérés Dunaiújvárosban, zárótanulmány*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt, Budapest.

