



Fejér megye droghelyzetképe

*A kutatási beszámolót írta:
Domokos Tamás, Kulcsár László, Ruff Tamás*

A helyzetkép készítésére Fejér Megyei Önkormányzat megbízásából került sor. Projekt azonosító: ECHO 102/2003.

Echo Survey Kht.- Echo Survey Institute PBC.
H-8000 Székesfehérvár, Ady E. 19-21.
Tel: (22) 502-276 Fax: (22) 379-622
Mail: tdomokos@echosurvey.hu

Jelen kutatási beszámoló további felhasználásához lépjen kapcsolatba az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet Közhasznú Társasággal!

A kutatási beszámoló kéziratnak minősül, hivatkozni ennek figyelembevételével a feltüntetett szerzők, annak hiányában a beszámolót jegyző szervezet engedélyével lehet.

A kutatáshoz kapcsolódó adatbázis és módszertani anyagok az Intézetnél történt regisztráció után szintén elérhetők.

Javaslatait, észrevételeit, szakmai megjegyzéseit is szívesen várjuk a következő címen:

Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet

8000 Székesfehérvár, Forgó u. 15.

Tel: +36 (22) 502-276

Fax: +36 (22) 379-622

www.echosurvey.hu

info@echosurvey.hu

TARTALOM

1. A vizsgálat háttere	.....	3.o.
2. Statisztikai elemzés	.....	5.o.
2.1 A kliensek	.....	5.o.
2.2 Ifjúságkutatási adatok	.....	15.o.
3. Társadalmi erőter-analízis	.....	24.o.
4. Szakértői tapasztalatok	.....	32.o.
5. Kérdőíves elemzés	.....	43.o.
6. Szolgáltatások, intézményi programok	.....	46.o.
7. Stratégiai tervek	.....	56.o.
8. Erőforrások	.....	59.o.

1. A VIZSGÁLAT HÁTTERE

Az elmúlt évtized társadalmi változásainak kísérő jelenségeként Magyarországon a legális és illegális drogfogyasztás mértéke jelentősen emelkedett. Ez a tendencia nem kímélte Fejér megyét sem, különösen a megye két nagyvárosában, Dunaújvárosban és Székesfehérváron nőtt meg a pszichoaktív szerhasználat.

A kábítószer probléma visszaszorítására a Magyar Köztársaság kormánya 2000. július 4-án, az Országgyűlés 2000. december 5-én fogadta el a nemzeti stratégiát, mely dokumentum szorgalmazza a helyi és területi drogellenes koncepciók, operatív programok elkészítését, felismerve, hogy drogok elleni küzdelmet elsősorban azon a terepen kell megvívni, ahol a probléma keletkezik. A helyi drogellenes munka hatékonyságának növelése érdekében kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF) jöttek létre 2001-2002-ben a nagyobb településeken, 2003-ban pedig a megyékben.

A helyi drogstratégia megalkotása három fázisban zajlik: a) helyzetfeltárás; b) stratégia alkotás; c) operatív program készítése. Székesfehérvár Megyei Jogú Városa már túl van mindhárom fázison, jelenleg az operatív programok 2004-évi költségvetési tervezése zajlik. Dunaújváros Megyei Jogú Városa jelenleg a stratégia terv vitaanyagát készítette el, a megye szinten pedig a Fejér Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum a megyei összegző helyzetfeltárást kezdte meg.

Jelen kutatási részjelentés a megyei droghelyzetkép részbeszámolója. A beszámoló a székesfehérvári és dunaújvárosi városi KEF helyzetelemzés, a drogügyekben kiemelt intézmények (Fejér Megyei Rendőr-főkapitányság, Szent György Kórház Addiktológiai Gondozó, Szent Pantaleon Kórház Addiktológiai Gondozó, Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat) forgalmi adatai, a hivatalos KSH adatok valamint a megyei szakemberek körében végzett fókuszcsoportos problémafeltárási attitűd kérdéseinek elemzését összegzi.

Ha droghelyzetképet alkotunk elengedhetetlen, hogy meghatározzuk, mit is értünk a drog fogalma alatt. A drog fogalmát a különböző szerzők, kutatók eltérően határozzák meg, ám abban szinte mindenki egyetért, hogy kábító hatású, a tudatállapotot módosító anyagok, szerek jelenléte egyidős az emberi társadalmak kialakulásával, a különböző, tudatot, érzékelést módosító anyagoknak, szereknek komoly szociokulturális, közösségi funkcióik voltak.

A pszichoaktív szerek egyik része a modern társadalmakban élvezeti cikként szervesültek, fogyasztásuk legális, kereskedelmi forgalomban hozzájuk lehet jutni.

Hagyományosan ilyen anyagok az alkohol, a dohány, a kávé, a tea, bizonyos növényekből kivont vagy szintetikus úton előállított gyógyszerek illetve ide sorolhatók az utóbbi időben a különböző energia italok is. A pszichoaktív szerek másik része az európai kultúrkörben kevésbé szervesült, számos országban tiltott, illegális anyagok. E kábítószeres felosztása nem egyértelmű a szakirodalomban, többféle dimenzió mentén számos felosztással lehet találkozni. A helyzetfeltárás során az illegális kábítószeres csoportjába az ópiumot vagy ópium helyettesítő depresszáns szereket (máktea, ópium, morfin, heroin, kodein, metadon), a stimulációs anyagokat (amfetamin, kokain, crack, chat, speed), a hallucinogéneket (hasis, marihuána, LSD, PCP, peyotl, extasy) és a szerves oldószereket (ragasztók, hígítók, csavarlazítók gőzének belélegzése) soroltuk. A legális drognak tekintettük, az alkoholt és a dohányzást¹.

A munka szempontjából fontos a kábítószer és a drog fogalmának pontosítása. A kábítószer alatt az illegális szereket értettük, a drog fogalma pedig a legális és illegális pszichoaktív szereket együttesen tartalmazza. Mivel mindkét megyei jogú város Kábítószerügyi Egyeztető Fóruma nemcsak a kábítószerrel, hanem tágabb értelemben a drogproblémával is foglalkozik, célszerű, hogy a megyei helyzetkép is kiterjedjen mindkét területre.

¹ A székesfehérvári droghelyzetkép a legális drogok között foglalkozott a kávé és az energia italok fogyasztásával is, de megyei szinten ilyen adatok nem állnak rendelkezésre.

2. STATISZTIKAI ELEMZÉS

A megyei helyzetfeltáró munka során először a már rendelkezésre álló empirikus adatokat igyekeztünk allokálni a droghelyzettel kapcsolatban. Az első és talán legfontosabb tapasztalat, hogy a megyében még nem volt olyan empirikus kutatás, mely a teljes lakosságra nézve információkat nyújtana a legális és illegális szerhasználatot, az egyes szerek életprevalenciáját illetve a lakosság drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeit tekintve. Részadatok, egy-egy speciális részpopulációt vizsgáló empirikus kutatások voltak (elsősorban a két megyei jogú város tanulóra nézve), melyek eredményeit beépítettük a beszámolóban, de a felnőtt lakosság tekintetében csak a KSH adatok lehetnek irányadók. A Fejér megyei adatokat a KSH Népesedési Egészségügyi és Szociális Statisztikai Főosztályától kaptuk, felhasználhattuk a Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (ERÜBSZ) megyei adatait valamint a már említett kiemelt megyei intézmények kliensforgalmi adatait.

2.1 A kliensek

A megyében öt olyan intézmény van, ahol kábítószerrel kapcsolatos problémával rendelkező klienseket látnak el, az alapítványi fenntartású Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat Székesfehérváron, a Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogrehabilitációs Otthona, a megyei Szent György Kórház által működtetett, a dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház által és a móri városi kórház által működtetett Addiktológiai Gondozó.

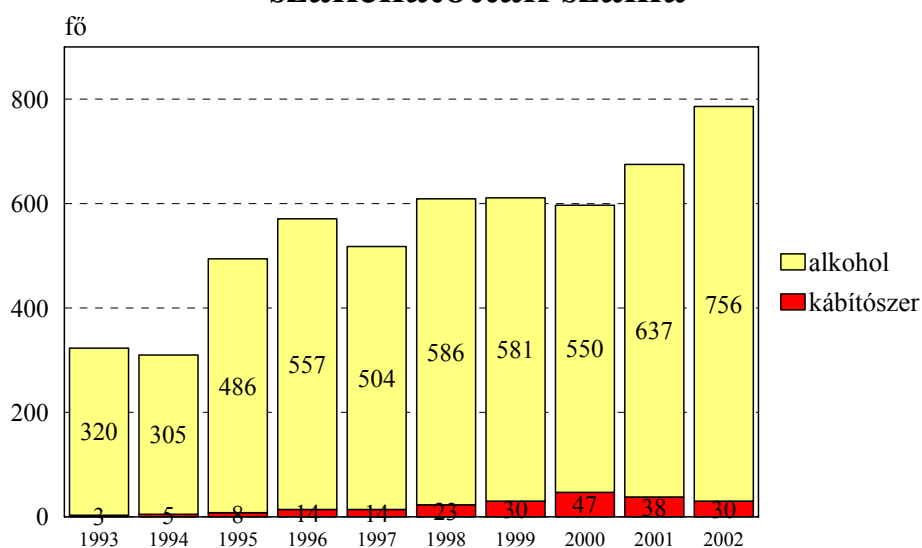
A megyei kórházban 1981 óta van alkoholbeteg-gondozás, 1993 óta az addiktológiai gondozás keretén belül az alkoholbetegség mellett a politoxikomán, a szerves oldószerrel visszaélők és 1996-tól a kábítószerrel visszaélőknek is segítséget nyújtanak.

1993-ban a kórház addiktológiai gondozójában 320 alkoholbeteget és 3 fő politoxikomán beteget láttak el. Két évvel később az alkoholbetegek száma ötven százalékkal nőtt, 1998/99-ben pedig már közel 600 fő volt. 2000 óta a szakellátott alkoholbetegek száma folyamatosan nő, tavaly már közel 800 alkoholbeteget láttak el (függő vagy visszaeső és pszichózis együtt). Az alkoholbetegek 82-87 százaléka férfi, 60-70 százalékuk alkoholfüggő vagy visszaeső.

A klasszikus értelemben vett kábítószer és szerves oldószert fogyasztó betegek

létszámát vizsgálva még nagyobb arányú növekedés tapasztalható². Az ilyen problémával szakellátott betegek száma 1996-ig 10 alatt volt, 1996/97-ben 14 fő, 1998-ban 23 fő, 1999-ben pedig már 30 beteget gondoztak. 2001-ben 38, 2002-ben 30 beteg részesült kábítószer probléma miatt szakellátásban a megyei kórházban. A kábítószer-betegek 75-80 százaléka férfi.

Szt. György Kórház addiktológián szakellátottak száma

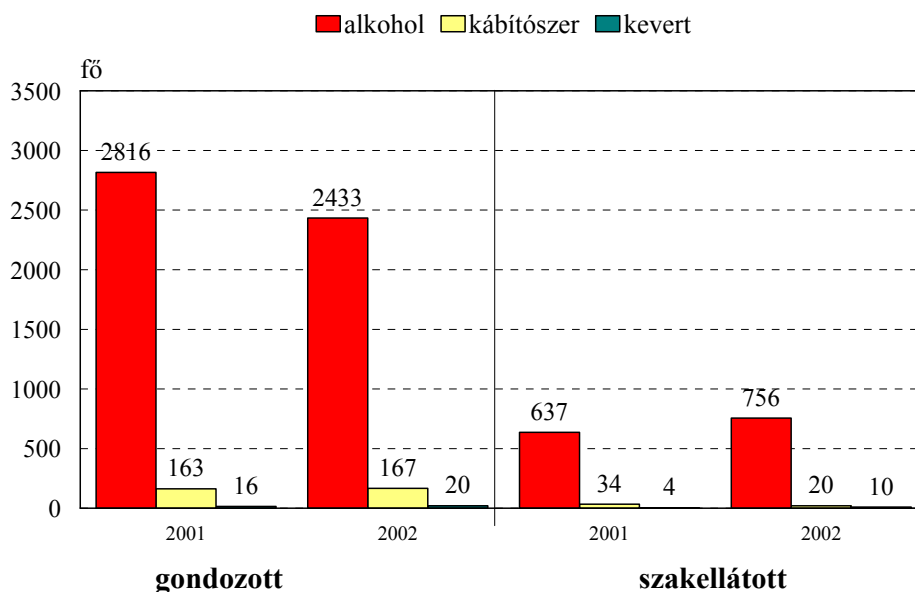


forrás: Szt. György Kórház Addiktológiai Gondozó

Ha nem az adott évben szakellátottak hanem az összes gondozott létszámát vizsgáljuk, akkor láthatjuk, hogy míg 2001-ben 2995 főt gondoztak a megyei kórházban alkohol vagy drogproblémával, addig 2002-ben valamivel kevesebbet 2620-at. 2001-ben a gondozottak és a szakellátottak 5,6-5,9 százaléka volt kábítószerbeteg. Ez az arány tavaly már jelentősen módosult, míg a gondozottak 7,1 százaléka volt kábítószeres, a szakellátottaknak csak 3,8 százaléka.

² Az alkohol és kábítószer problémával egyaránt jelentkező betegeket (kevert esetek) a kábítószer közé soroltuk.

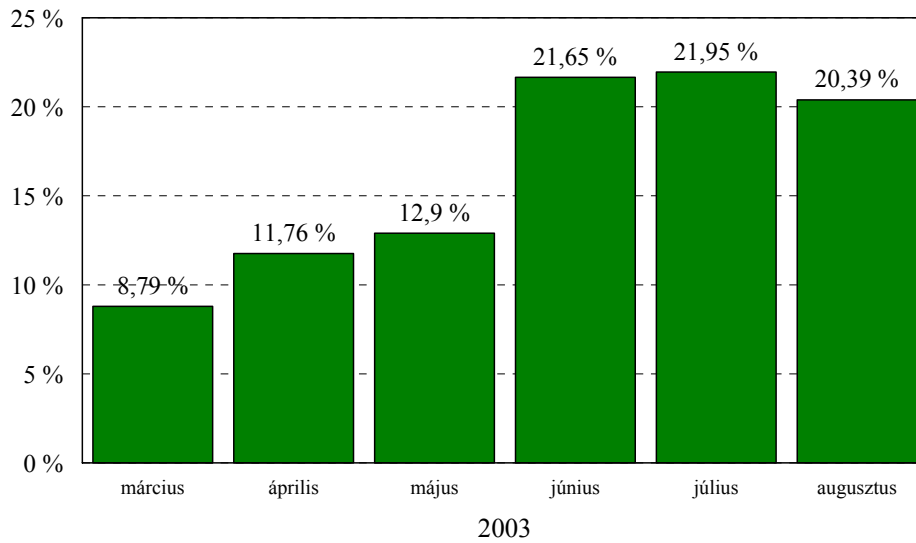
Szt. György Kórház addiktológia kliensforgama



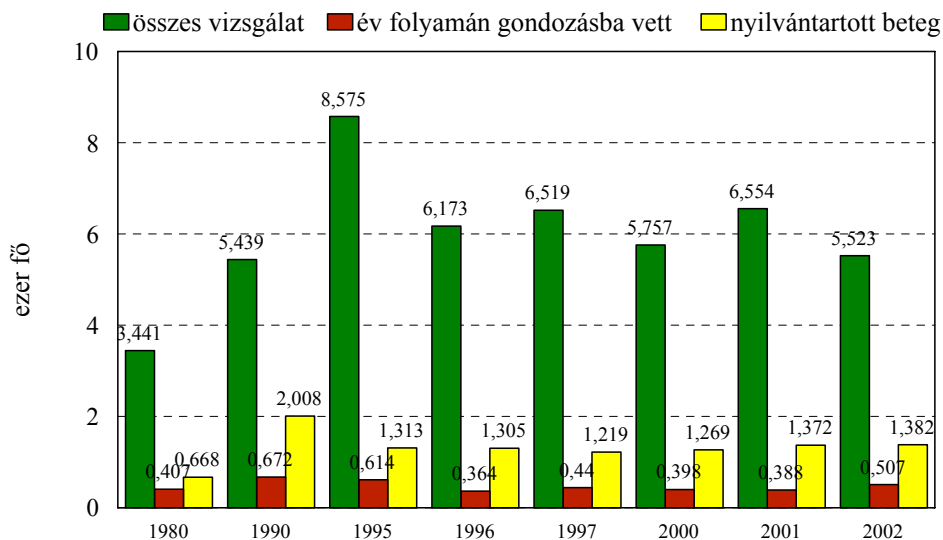
A dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai és Pszichoterápiás Osztály tavaly 78 beteget kezelte (kétharmada férfi volt), közöttük új beteg 38-nak tekinthető. Fontos adat, hogy a kezelt betegekből alig fele vállalta a továbbgondozást, 2 fő számára tartós rehabilitációs kezelést szerveztek a szakemberek. Drogfogyasztással összefüggésben 2002-ben a kórházban 3 beteg halt meg, kettő befejezett öngyilkosság, egy baleset miatt. Az addiktológiai gondozóban további 46 beteg részesült gondozásban (72 százalék férfi), ebből 10 beteg első alkalommal jelentkezett. A gondozóban megfordultak 22 százaléka a büntetőeljárás helyett vállalta a gondozói kezelést. Az adott évben ilyen hat hónapos kezelést mindösszesen 7 ember fejezett be.

A Szent Pantaleon Kórház 2003. év utolsó félévének gondozáson megjelent betegeinek létszámadatait vizsgálva megfigyelhető, hogy a drogproblémával megjelentek részaránya megnőtt, ami alapvetően az eltereléssel kapcsolatos jogszabályi változások miatt következett be.

Szt. Pantaleon gondozójában megjelent kliensek közül a kábítószer problémával jelentkezők arány



Fejér megyei addiktológiai gondozók kliensforgalma



forrás: KSH megyei évkönyvek

A hivatalos KSH adatokat vizsgálva az intézményi statisztikáktól eltérő adatokat találtunk, a 2001 évi KSH Területi Statisztikai Évkönyv adatai szerint Fejér megyében az addiktológiai gondozóintézetek betegforgalma (összes vizsgálat) 6,6 ezer fő volt, a megye három addiktológiai gondozóintézetében nyilvántartott betegek száma 1372 fő volt (a 10.000

lakosra jutó arányszám: 32). A tavalyi adatokat nézve fontos jelenség, hogy a nyilvántartott betegek száma 1991 óta most a legmagasabb, úgy, hogy az összes vizsgálat tárgyévi száma 2002-ben volt a legalacsonyabb.

A kábítószer-betegek többsége többféle drogot is kipróbál, azonban érdemes megnézni, hogy az elmúlt években hogyan alakult a betegek által preferált (elsődleges) drogok összetétele. 1996-ban a szerves oldószereket fogyasztók adták a gondozott kábítószer-fogyasztók felét, 1999-ben már csak a harmadát, 2001-ben pedig töredékét. Ezzel párhuzamosan jelentősen emelkedett a hallucinogén anyagokat (extasy, LSD, marihuána, hasis) használók száma - tavaly minden második beteg ilyen szert használt - de nőtt a heroint és az amfetamint preferáló drogbetegek száma is.

Az addiktológián kezelt kábítószer betegek drogfajták szerinti megoszlása

	1993.	1994.	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.	2000.	2001.
cannabis, LSD	0,0	20,0	0,0	21,4	28,6	43,5	36,7	53,2	49,0
Extasy	0,0	0,0	0,0	14,3	14,3	8,7	0,0	4,3	2,0
Amfetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	4,3	3,3	12,8	21,6
Kokain	0,0	0,0	0,0	7,1	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
heroin, máktea	0,0	0,0	0,0	7,1	14,3	17,4	23,3	21,3	19,6
szerves oldószer	0,0	20,0	100,0	50,0	28,6	26,1	30,0	2,1	5,9
Politoxikomán	100,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,0
Nyugtató	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	4,3	0,0
összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

forrás: Szt. György Kórház Addiktológiai Gondozó

A drogproblémával természetesen első körben nem az addiktológiai gondozóintézetek, hanem a háziorvosok találkoznak. A KSH Népesedési Egészségügyi és Szociális Statisztikai Főosztálya által kiadott 2001 évi Morbiditási Adattárából kiderül, hogy Fejér megyében az adott évben közel 3000 ember jelentkezett be a háziorvosi szolgálathoz pszichoaktív szer használata által okozott mentális és/vagy viselkedészavarokkal. Ezen felnőtt betegek 76 százaléka férfi volt, s a relatív többségük (32 százalék) a 45-54 éves korosztályba tartozott, de az 55-64 évesek részaránya is közel egyötöd.

A háziorvosi szolgálathoz pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarokkal bejelentkezett 19 és idősebb férfiak és nők száma Fejér megyében

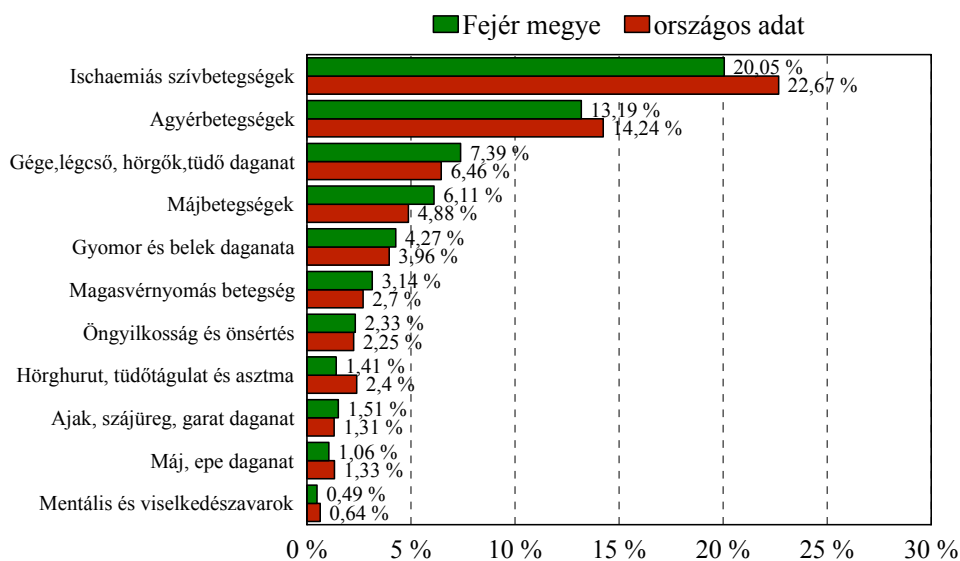
Korcsoport	Férfi (fő)	Nő (fő)	Megoszlás (%)
19-24	35	21	1,87
25-34	154	52	6,87
35-44	408	136	18,15
45-54	747	215	32,09
55-64	549	158	23,58
65-74	275	100	12,51
75-x	105	43	4,94
Összesen:	2273	725	100

A morbiditási adatokat tekintve a pszichoaktív szer által okozott mentális és viselkedészavar három ember halálához vezetett 2001-ben, egy fiatal (20-24 éves) férfi és két középkorú (45-49 éves) nő halálát regisztrálták a megyében. Sajnos a pszichoaktív szerek nemcsak az általuk okozott mentális és viselkedészavar útján vezethetnek halálhoz, hanem közvetlenül is.

Fejér megyében a 1985, 1990 és 1995 években 10 ezer lakosra 12,1-12,4 halálozás jutott, 2001-ben azonban már kevesebb, 11,4, ami a demográfiai évkönyv szerint 4894 halálozást takar. A halálesetek felét (49,6 százalék) a keringési rendszer betegségei okozták ezen belül pedig az ischaemiás szívbetegségek illetve az agyérbetegségek voltak a fő halálokok. Az összes elhalálozás 28 százalékát daganatos megbetegedések okozták. Ezek között a dohányzással összefüggésben kell megemlíteni, hogy az ajak a szájüreg és a garat rosszindulatú daganata 74, a gége, légcső, a hörgők, tüdő és mellhártya rosszindulatú daganata 362 esetben vezettek halálhoz. Az összes haláleset 8,23 százaléka az emésztőrendszer betegségeivel hozható összefüggésbe, májbetegségben 299 ember halt meg a megyében (ez 10.000 lakosra 10,52 esetet jelent). Részben a pszichoaktív szerekhez is kapcsolódik az öngyilkosság és önsértés, mely 114 ember életét oltotta ki 2001-ben.

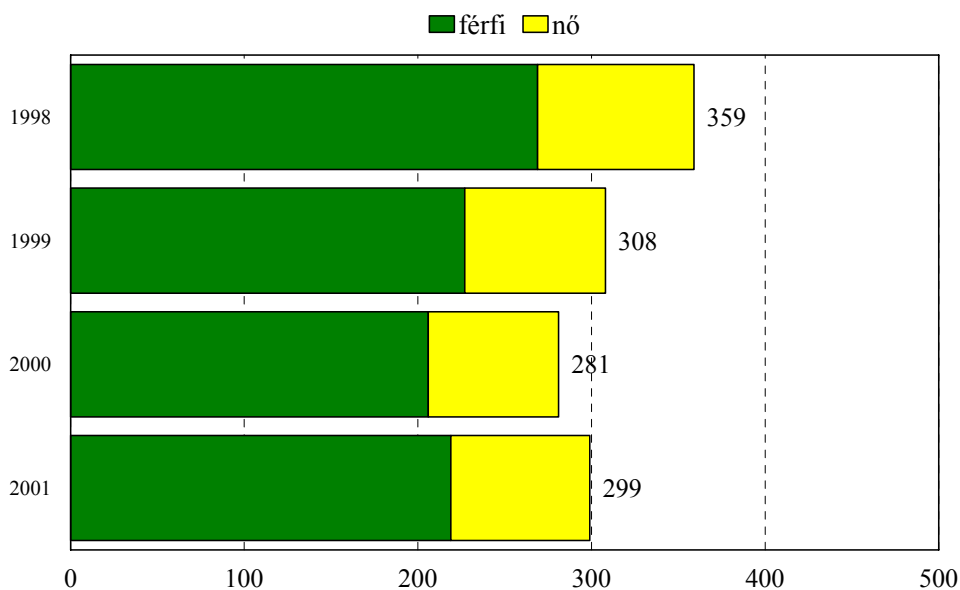
A drogokkal összefüggésbe hozható megyei morbiditási adatokat érdemes összevetni a az országos adatokkal. A lenti diagramból látható, hogy Fejér megyében az országos átlagnál nagyobb arányban vezetnek halálhoz a légzőszervek (gége, légcső, hörgők, tüdő) daganatai és a májbetegségek, ami közvetve a drogprobléma nagyságára is utal.

Kiemelt halálokok aránya



forrás: KSH 2001. Demográfiai évkönyv

Májbetegségben elhalálozottak száma Fejér megyében



forrás: KSH 2001. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv

A legális szerek mellett 1995-től az illegális szerek hivatalosan is megjelentek a kábítószer okozta halálozási statisztikában (KSH jelentések), e közvetlen adatokat azonban célszerű óvatosan kezelni, mivel a kórházakban a haláleset utáni adatszolgáltatás általában toxikológiai és egyéb kiegészítő laborvizsgálat nélkül történik, így közvetlen halálokként nem

a kábítószer, illetve ennek toxikus hatása kerül bejegyzésre.

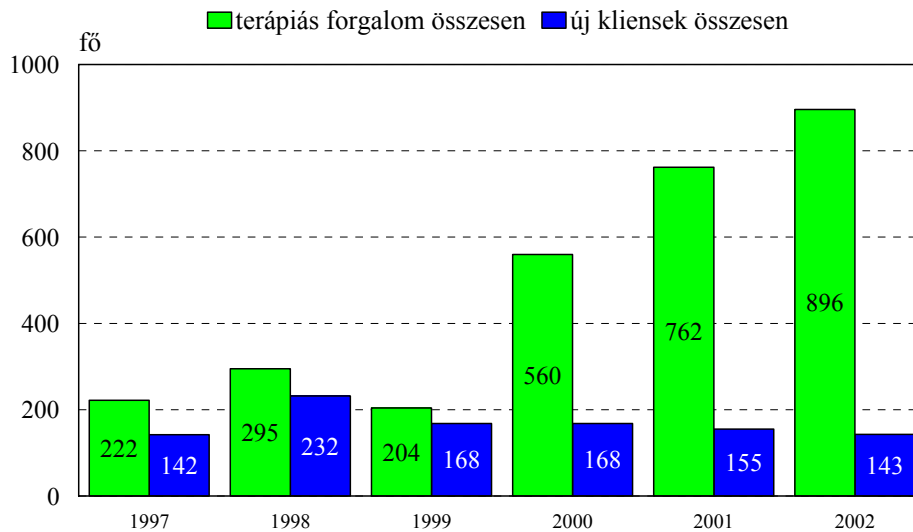
Ha tágabb körben vizsgálódunk, a régióban pszichátriai ill. addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták számaránya 21 fő/10.000 lakos. Ez alacsonyabb, mint az országos érték (39 fő/10.000 lakos), sőt az országban ez a legkisebb érték. Ez az adat értelemszerűen a gondozóhálózat fejlettségétől és az alkohol-betegek számától egyaránt függ. Ezt az adatot jó lenne összevetni az egy főre eső alkoholfogyasztással, ilyen statisztikai azonban csak országos szinten áll rendelkezésre.

Az országban regisztrált kábítószer-fogyasztó (az év folyamán megjelent betegek száma) 2000-ben 12.789 fő volt, ami több mint négyezerrel több, mint 1997-ben. 2001-ben 10.000 lakosra országosan 12 kábítószer-beteg jutott, ez az adat a Közép-Dunántúlon 6 fő/10.000 lakos. Ezen belül a napi gyakorisággal fogyasztók aránya 43,6 százalék, ami alacsonyabb mint az országos átlag (55,2 százalék). A kábítószer fogyasztás miatt kórházba utaltak aránya azonban ebben a térségben a legmagasabb, 14,0 százalék (az országos átlag 9,2 százalék).

A Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat forgalmi adatai is azt igazolják, hogy az alkohol, gyógyszer és drogprobléma jelenléte a megyében intenzív. 1997 óta több, mint ezer alkohol, drog, gyógyszer, dohány vagy társfüggőséggel küzdő szenvedélybeteg jelentkezett a Szolgálatnál³. Ha az ellátott hozzátartozókat és a telefonos lelkisegélyt keresőket is hozzávesszük, az új kliensek száma 2000-ben 168 fő, 2001-ben 155 fő volt, tavaly pedig 143 új klienst regisztráltak. Az adott évben rendszeresen visszatérő, terápián résztvevő kliensek száma 1997-1999 között 200-300 között ingadozott, 2000 óta azonban határozott emelkedés tapasztalható, már megközelíti a 900 főt!.

³ Ez az adat nem tartalmazza az ellátott hozzátartozókat és a telefonos lelkisegély-szolgálatot felhívók számát, illetve az életvezetési problémával jelentkezőket.

A Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat forgalmának alakulása



forrás: Jelentés a Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat működéséről

A Rév Szolgálatnál regisztrált szenvedélybetegek között 1997-99 között a kliensek több mint fele alkoholbeteg volt, ezzel szemben az utóbbi két évben az alkohol problémával jelentkező kliensek aránya ötven százalék alá csökkent az adott évben jelentkező összes kliens tekintetében. Jellemző, hogy az alkoholbetegek között az átlagnál jóval több a férfi és a 30 év feletti kliens, míg a drogosoknál szintén több a férfi, ugyanakkor életkor szerint szinte kizárólag 30 év alattiak találhatók köztük.

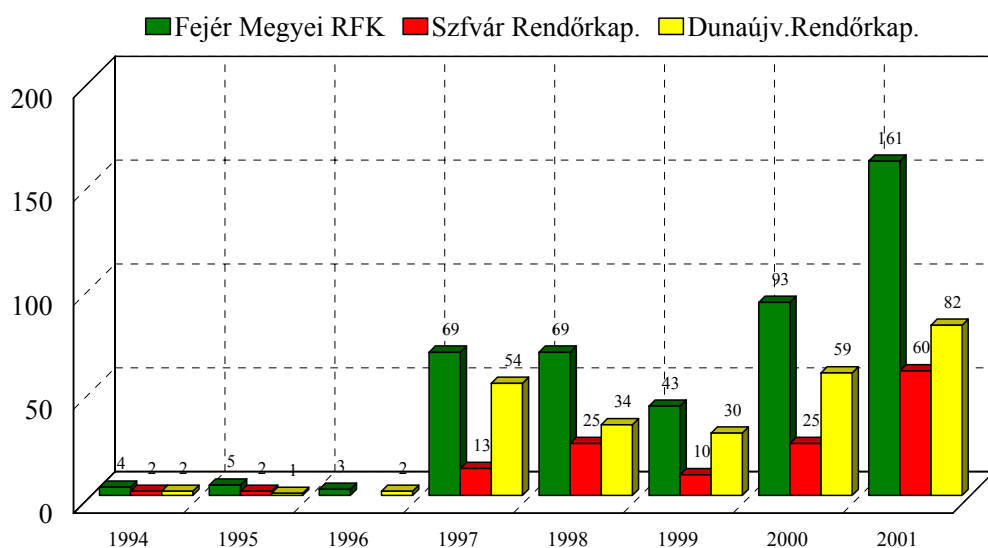
A családsegítő és gyermekvédelmi intézményekben jellemzően hiányoznak a kábítószer problémával kapcsolatos nyilvántartások, adatok, ugyanakkor jelzés értékű, hogy a Gyermekjóléti Szolgálatnál a gondozott gyerekek családjában kb. 40 százalékban a szülő alkoholizáló életmódja a fő veszélyeztető tényező. A többi intézmény is elsősorban az alkoholproblémával találkozik, s kevésbé a drogfogyasztással (pl. a dunaújvárosi Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálatnál tíz alatt van a kábítószerügyekben érintett kliensek száma ezzel szemben az egyéb szenvedélybetegségben érintettek kliensek száma meghaladja a hatvanat). Fontos információ (bár csak becsült adat), hogy a hajléktalan ellátásban megjelenő férfi népesség 80-90 százaléka valamilyen szenvedély betegségben szenved.

A kábítószeres büntetőjogi szempontú felosztása szerint a legális drogok (alkohol, kávé, cigaretta, energia ital) fogyasztása engedélyezett, ellenben az illegális drogoknak már a fogyasztása is büntetendő. A jelenleg érvényben lévő Btk. két kategóriát állít fel. Az egyikbe

az ún. fogyasztói cselekmények tartoznak (megszerzés, tartás, előállítás, termesztés, országba való behozatal és kivitel), a másikba a terjesztői típusú magatartások (kínálás, átadás, forgalomba hozatal, kereskedés) tartozik. A kínálást már egy egyszerű kérdéssel (kérsz belőle?), az átadást pedig ingyenes továbbadással is meg lehet valósítani, ha több személynek juttat valaki anyagot (akár ingyen, akár pénzért) az terjesztés, ha pedig haszon reményében vesz részt forgalmazásban, akkor kereskedik. A büntetés nagysága két dologtól függ, egyrészt a cselekmény típusától (terjesztői vagy fogyasztói), másrészt a kábítószer mennyiségétől (csekély mennyiségű; csekély mennyiségnél több, de a jelentős mennyiségnél kevesebb; jelentős mennyiség). Az utóbbi években elkövetett kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények háromnegyedébe a Btk. szerinti vétség kategóriába tartozik.

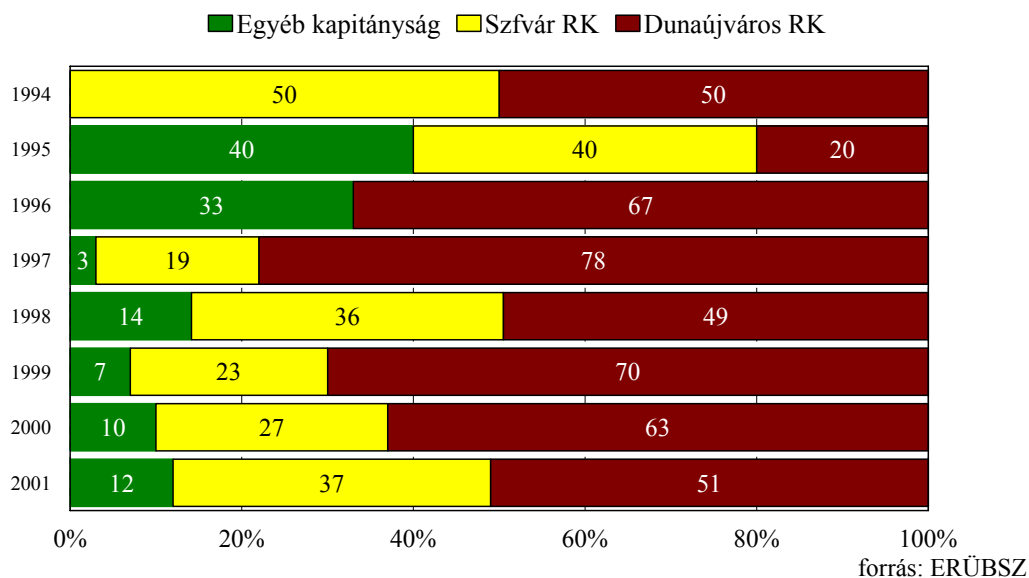
A 90-es évek eleje óta folyamatosan növekszik a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma. Míg 1990-ben az országban összesen 34 ilyen esetben indult eljárás, addig tíz évvel később, 2000-ben már százszor annyi, 3475. Ez a tendencia egyszerre mutatja a kábítószer-fogyasztás terjedését, a rendőrségi munka hatékonyságának növekedését és a büntetőjogi szabályozás változását. A kábítószerrel való visszaélés bűncselekményét elkövetők száma az utóbbi években Fejér megyében is jelentősen megnőtt. Míg 1990 és 1996 között évi 3-5 eset volt csupán, 1997-1998-ban már elérte a hetvenet, 2000-ben megközelített a százat, 2001-ben pedig a megyében több mint 160 esetben indult eljárás kábítószerrel való visszaélés bűncselekmények miatt. Mindez az országos összes esetszám 3-4 százaléka.

Visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának alakulása



forrás: ERÜBSZ

Visszaélés kábítószerrel bűncselekmények Fejér megyei megoszlása



Természetesen a két megyei jogú város részesedése a döntő ezekben a rendőrségi statisztikákban, azonban koránt sem egyenlő mértékben. 1996-tól az esetek többsége a Dunaújvárosi Rendőrkapitányság illetékességi területén került regisztrálásra, a megyeszékhely részesedése nemigen haladta meg az egyharmadot. Az ERÜBSZ országos adatai alapján fontos jelzés, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma úgy növekedett közel egynegyeddel, ezzel egy időben az összes regisztrált bűncselekmények száma csak néhány százalékkal emelkedett.

2.2 Ifjúságkutatósi adatok

Az ifjúsági korosztályra vonatkozó adatok a 2000-ben lezajlott Dunaújvárosi illetve Székesfehérvári városi ifjúságkutatásból, a Rév Segítőszolgálat által végzett drogprevenciós munka iskolai mérésekből, valamint néhány iskola által készített saját felmérésből állnak rendelkezésre.

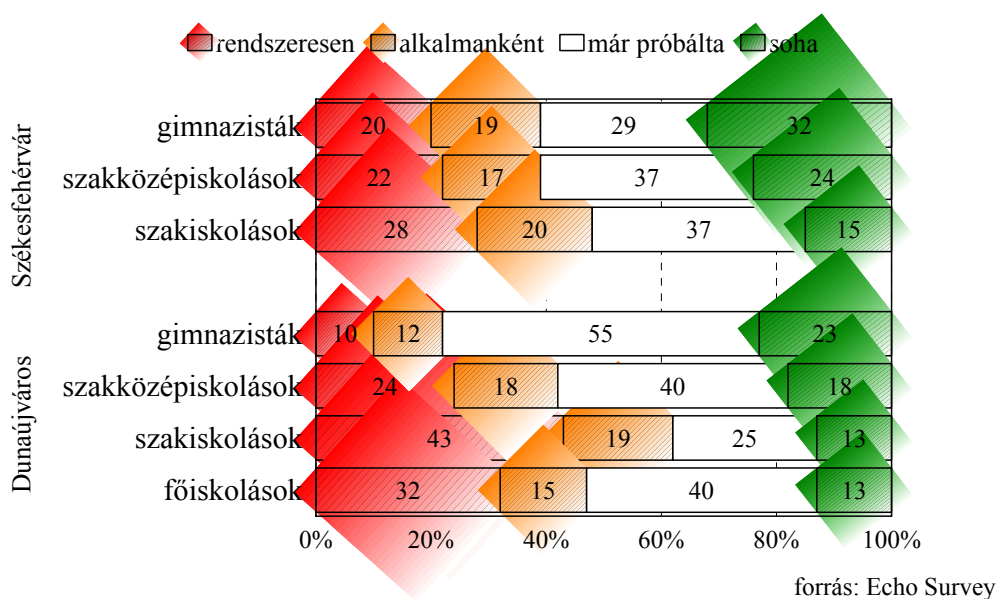
A közép-dunántúli régióban a lakosok 31 százaléka rendszeresen, további 10 százaléka pedig alkalmanként dohányzik. Minden tizedik válaszoló (12 százalék) tartozik abba a csoportba, akik valamikor dohányoztak, de már leszoktak róla. A dohányosok által

naponta elszívott cigaretta átlagos száma ebben a régióban 14.⁴

A megye városaiban az ifjúságkutatások során kérdezett középiskolás tanulók körében mért adatok a régió felnőtt átlagánál alacsonyabb dohányzási intenzitásról vallanak. A fehérvári középiskolások 23, a dunaiújvárosi tanulók 27 százaléka rendszeresen dohányzik, 17-18 százalékuk pedig alkalmanként gyújt rá. A tanulók 35-38 százaléka válaszolt úgy, hogy nem dohányzik.

Iskolatípus mentén tekintve, a gimnazisták körében 10-20 százaléknyi rendszeres, illetve 12-19 százaléknyi alkalmankénti dohányos található. Ennél jóval többen dohányoznak a szakiskolákban. Míg a gimnazisták 20-30 százaléka soha nem is próbálta ki a dohányzást, addig a szakközépiskolásoknál ez az arány csak 18-24, a szakiskolásoknál pedig 13-15 százalék.

A dohányzó tanulók aránya iskolánkénti bontásban



Jól látható tendencia, hogy az életkor növekedésével hogyan emelkedik a rendszeresen és az alkalmanként dohányzók aránya. A probléma már az általános iskolákban is megjelenik. Az általános iskolák között van olyan, amelyik azt jelezte, hogy már negyedik (!) osztályban is komoly probléma a dohányzás, a felső tagozatban - különösen 7-8. évfolyamban - néhányan már szülői beleegyezéssel dohányoznak iskolán kívül. Az enyingi városi ifjúságkutatásból pl. kiderül, hogy a 9 évesek körében is van már olyan tanuló, aki a kipróbálásig eljutott. A 10

⁴ A felnőtt lakosságra vonatkoztatott megyei adat nem áll rendelkezésre ebben a témakörben.

éveseknél már mértünk - minimális - rendszeres dohányzást, mely arány még a 13 éveseknél is csak 5 százalék. 14-17 év között drasztikusan emelkedik a rendszeresen vagy alkalmanként rányújtók aránya, 14 százalékról 68 százalékra nő. Székesfehérváron a középiskolában a 15 évesek között 9 százaléknyi a rendszeres dohányosok aránya, mire elérik a 16 éves kort, ez az arány megduplázódik, a nagykorúság évére pedig megháromszorozódik, 25 százalékra nő.

Az is jellemző, hogy a tendencia lépcsőzetesen, megtorpanva növekszik. Az első szakasz 15-17 év, ekkor a dohányzók aránya intenzíven nő, s a 17 éveseknek már egyharmada rendszeres dohányos. A második szakasz az érettségi időszaka (18-19 év), ekkorra eldől, hogy kiből válik rendszeres dohányos, s ki marad meg az alkalmankénti rágyújtásnál. A harmadik szakaszban ismét emelkedő tendenciát láthatunk (ugyanakkor tudni kell, hogy középiskolában lévő 20 évesek jelentős része túlkoros).

A dohányosok arányának folyamatos növekedése mellett a dohányzási szokások belső struktúrája is átalakul, logikusan a rendszeres dohányzási szokás megszilárdulásának előszobája az alkalmankénti dohányzás. Mindez azt jelenti, hogy a fiatalok dohányzás elleni küzdelmét már az általános iskolában el kell kezdeni, mert a középiskolás korosztályban már kialakul a rendszeresség.

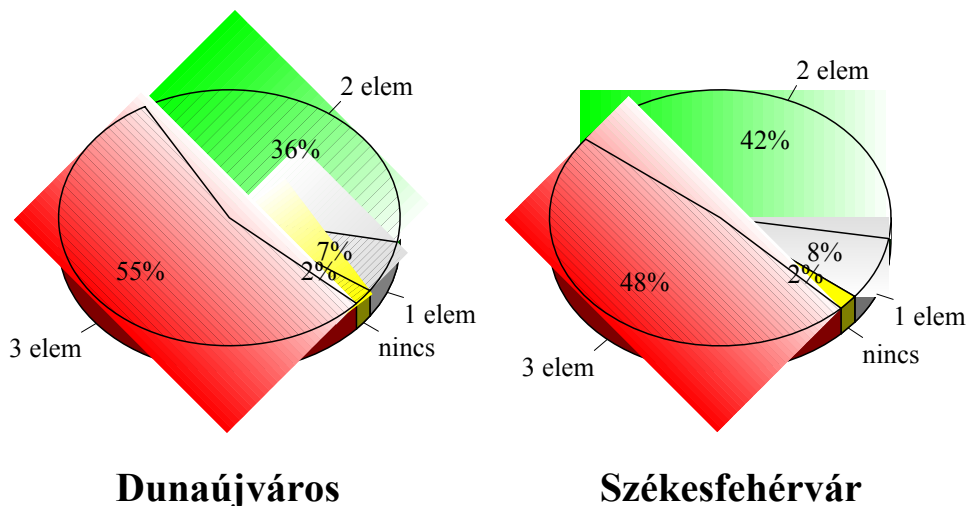
Az, hogy egy fiatal elkezd dohányozni, alapvetően kétféle minta miatt lehetséges. Az egyik a negatív családi példa, a másik a kortárs csoport hatása. A fehérvári tanulók családjának 56 százalékában, a dunaujvárosi tanulók családjában 62 százalékban, az enyingi iskolások családjának 68 százalékába a szülők között van rendszeres dohányos. Ennél is rosszabb eredményeket kapunk, ha tovább szélesítjük a közösségi teret. A diákok 90-95 százalékának van a baráti körében olyan, aki dohányzik, s gyakorlatilag mindenkinek van dohányos osztálytársa. A családi hatást vizsgálva mindhárom megyei kutatásban azt látjuk, hogy nem dohányos családban a gyermekek harmada dohányzik, míg dohányos családban a fele. A kortárs csoport hatásáról elmondható, hogy minden dohányos baráti körében található másik dohányos, ugyanakkor a nem dohányzók körében "csak" 70-80 százalékos eséllyel fordul elő dohányos barát.

A környezeti ingerhatások különböző erősségűek, ha az iskola típusa mentén vizsgáljuk a kérdést. Az elsődleges különbség a szülői mintában van, a megyében a gimnazisták alacsonyabb arányban látnak ilyen magatartást otthon, ugyanakkor a kortárs csoport szempontjából már mindegy, hogy hová jár a fiatal, a barátok és osztálytársak körében már nincs szignifikáns eltérés az egyes iskolatípusok közt, bár abban valószínűleg van különbség, hogy konkrétan hány barát és osztálytárs gyűjt rá a fiatal környezetében.

Egy, a környezetben dohányzókat regisztráló mutatószám segítségével pontosítani

lehet azok körét, akik leginkább ki vannak téve a “kísértésnek”. Az index értéke az előzőekben vizsgált kérdés alapján azt mutatja, hogy az érintett fiatalok környezetében hányféle dohányos ágens található. Nagyon kevés (2 százalék) azon tanulók aránya, akik dohányfüst mentes környezetben élnek, s 50 százalék azok aránya, akik életük három meghatározó környezetében (család, baráti kör, osztálytársak) is jeleztek dohányosokat. A környezet meghatározó szerepe kimutatható, a dohányzó fiatalok 61 százaléká „veszélyes” környezetben él, azon kevesek, akik dohányzásmentes környezetben élnek, vagy csak környezetük egy szegmensében érintkeznek dohányosokkal, magas arányban (60 százalék) maradnak nem dohányosok.

A fiatalok megoszlása a környezetükben lévő dohányos szegmensek száma szerint



forrás: Echo Survey

A dohányos tanulók naponta átlagosan a két nagyvárosban 8.4 szál cigarettát szívnak el. (A magukat rendszeres dohányzónak vallók 11-et, az alkalmanként dohányzók 3-4-et.) A fiúk és a bejárósok az átlagnál többet szívnak, de erősebb dohányosok vannak a képzetlenebb szülők gyengébben tanuló gyermeki között is.

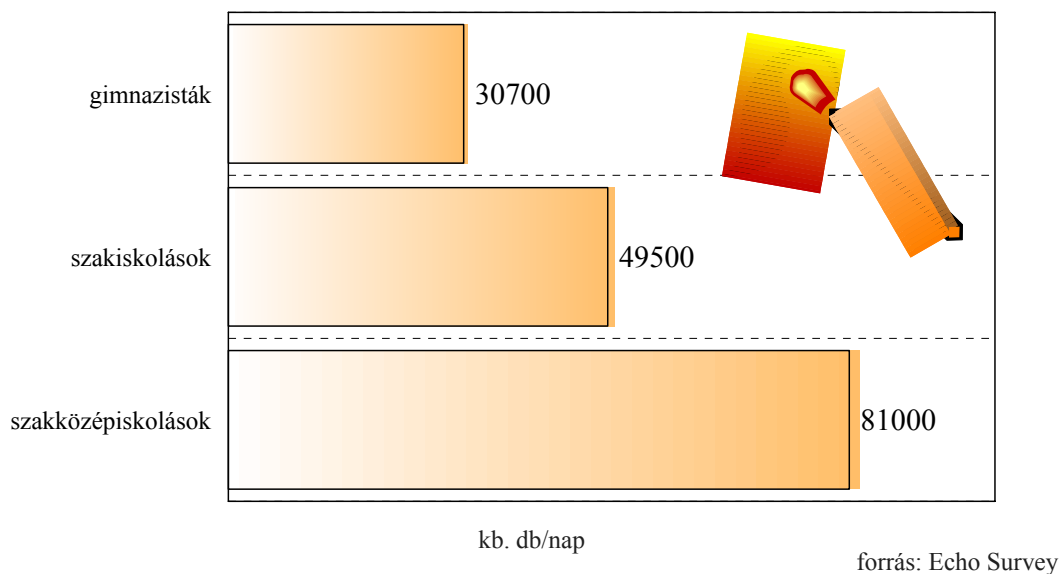
A dohányos középiskolások által naponta elszívott cigaretta mennyisége a különböző alcsoportokban

	Székesfehérvár elszívott szál	Dunaújváros elszívott szál
férfi	9.0	9.2
nő	7.2	7.3
képzetlen szülők gyermeke	9.4	8.2
szakmunkások gyermeke	8.5	8.2
érettségizettek gyermeke	8.2	9.3
diplomásak gyermeke	7.6	6.5
gimnazisták	7.6	7.6
szakközépiskolások	8.5	7.7
szakiskolások	8.3	9.5
gyenge tanulók	9.5	11.7
közepes tanulók	7.8	8.5
jó tanulók	8.3	6.6
jeles tanulók	2.8	7.4
ÁTLAG napi szál	8.3	8.3

forrás: Echo Survey

A két nagyváros korosztályi dohányzási arányát alapul véve és a dohányosok által elszívott napi cigaretta mennyiségének ismeretében meghatározható, hogy a Fejér megyei tanulók naponta kb. hány szál cigarettát szívnak el mindösszesen. Durva számítások szerint a gimnáziumok tanulói a megyében kb. 30 ezer szál cigarettát szívnak el egy átlagos napon, a szakközépiskolások körében naponta 80 ezer szál cigaretta megy el, a szakiskolások pedig 50 ezer szálát szívnak el naponta. Ha mindent összeadunk ez naponta több mint 160 ezer szál, ami éves szinten közel 60 millió szál elfüstölését jelenti.

Fejér megye középiskolásai által elszívott napi cigaretta mennyiségének durva becslése

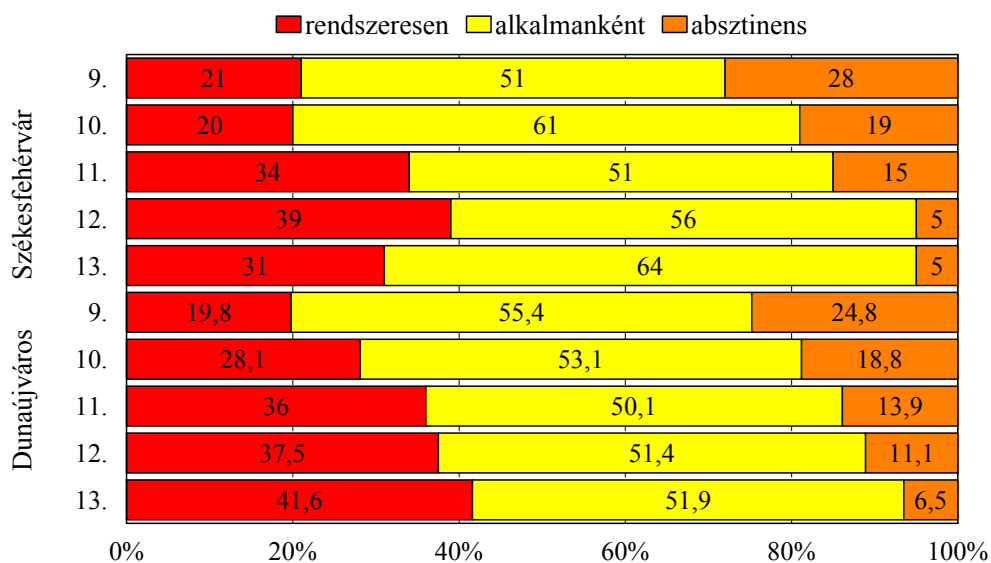


A magyar társadalomban a legelterjedtebb drog az alkohol. Ez érezhető a városi ifjúságkutatásokból is, ugyanis a középiskolás tanulók mindössze 16-17 százaléka nem ivott még soha alkoholt. A középiskolásoknál a rendszeres alkoholfogyasztók aránya 30-35 százalék⁵.

Ha a nemek dimenziójában vizsgáljuk a kérdést, kiderül, hogy a rendszeresen alkoholt fogyasztó tanulók többsége férfi, míg a lányok körében az alkalmankénti ivók vannak egy kicsit felülreprezentálva.

⁵ Rendszeres ivónak azt minősítettük, aki sört, bort, töményt vagy likőrt naponta vagy hetente fogyaszt. Absztinens az, aki soha nem is próbált ki sem sört, sem bort, sem töményt, sem pedig likőrt.

Alkoholfogyasztás az évfolyam mentén



forrás: Echo Survey

Jellemző, hogy az életkor emelkedésével nő az alkoholt fogyasztók aránya, de a szülő iskolai végzettségétől mindez teljesen független (!). A különbözőféle alkoholtermékek fogyasztása nem egyenletesen oszlik meg. A tanulók körében a hagyományos kategóriák közül a legelterjedtebb a likőrök fogyasztása, melyet tipikusan alkalmankénti (havonta vagy ritkábban) fogyasztás jellemez. Egy kicsit rendszeresebben isznak bort és töményt a tanulók (bár ők kevesebben vannak mint a likőrt ivók). Ettől jelentősen eltér a sör fogyasztási szokása, melyet abszolút értékben ugyanakkora, ám gyakoriságban rendszeresebb fogyasztás jellemez.

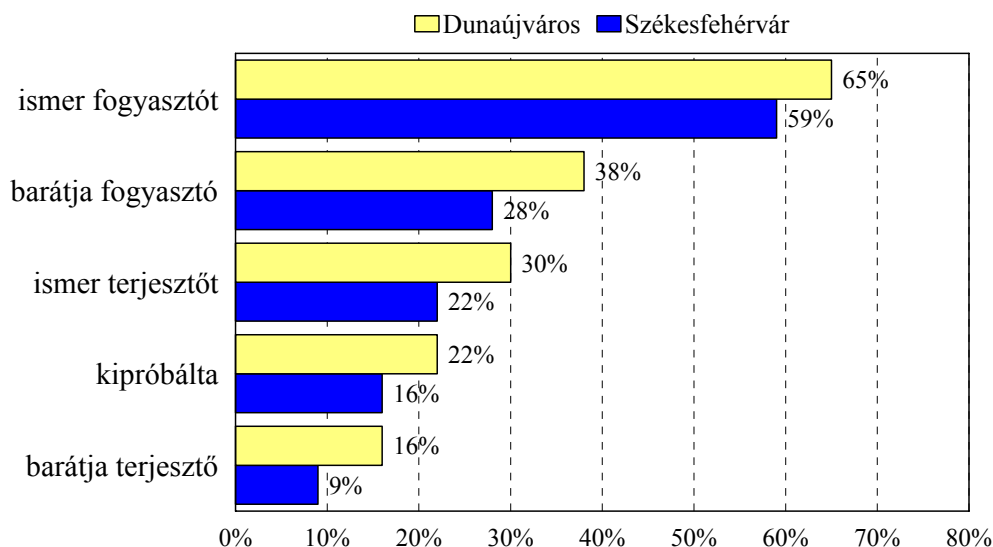
A gyakoriság mellett az elfogyasztott alkohol mennyisége is nagyon fontos összetevő. A megyében tanuló középiskolás tanulók 56-62 százaléka legalább egyszer már berúgott (egyharmaduknál ritkán fordul elő, 19-22 százalékuknál már gyakrabban fordul elő és 5-6 százalékuk nyilatkozott úgy, hogy mindig (!) berúg, amikor iszik.)

A Rév drogprevenációs képzése során készített iskolai mérések is a fenti tendenciákat támasztják alá, kiegészítve azzal, hogy minden iskolában volt olyan tanuló (középfokú és alacsony fokú iskolában egyaránt) akinél élete során már többször is előfordult részegség.

A legális szereknél sokkal kevésbé elterjedt a kábítószer fogyasztása. A középiskolások 69-74 százaléka elutasítja, 2001-ben még nem próbált ki és nem is akart kipróbálni semmilyen klasszikus értelemben használt kábítószerrel. További 10 százalékuk sem fogyasztott ugyan, de már gondolt rá, hogy kipróbálja. A tanulók 15-20 százaléka alkalmi, s 1-2 százaléka rendszeres drogfogyasztó - saját bevallása alapján. Azt, hogy a kábítószer

fogyasztása mindössze a középiskolások 15-16 százalékát érintené, fenntartásokkal kell kezelnünk, valószínűsíthető, hogy a valós arány ennél sokkal magasabb⁶, ugyanis a középiskolás tanulók több mint fele ismer olyan fiataalt, aki kábítószerrel fogyaszt, 28-38 százalékának a barátai körében is van drogos, s 22-30százalékuk személyesen ismer olyan fiataalt, aki kábítószerrel árusít.

A tanulók kábítószerrel való kapcsolata



Forrás: Echo Survey, 2001

Összehasonlítva a két megyei jogú várost látható, hogy Dunaújváros nemcsak a rendőrségi statisztikák alapján tűnik fertőzöttebb területnek, hanem az önbevalláson alapuló tanulói érintettség alapján is.

A terápiás és ambuláns ellátást biztosító intézményeknél tapasztaltakhoz hasonlóan a az iskolákban is mérhető, hogy a fiúk között sokkal több a kábítószer fogyasztó, mint a lányoknál. A középiskolán belül a háromféle képzési típusban eltérő arányban vannak droghasználók. A legveszélyeztetettebbek a kollégiumban tanulók és a szakmai képzésben résztvevők. Az iskolákban dolgozó pedagógusok előtt a tanulók drogozása többnyire rejtve marad. A kábítószerrel fogyasztók körében erősebb korcsoport hatás mutatható ki, mint a dohányosoknál. A kábítószerrel fogyasztó fiatalok 80-90 százaléka nyilatkozott úgy, hogy van kábítószerrel fogyasztó barátja. Akik nem fogyasztottak még, de már gondoltak rá 63-75 százalékban rendelkeznek drogos baráttal, 38-42 százalékuk drogdílerrel is ismer. Ezzel szemben, akik soha nem is gondoltak arra, hogy kipróbáljanak valamilyen kábítószerrel, 60-70

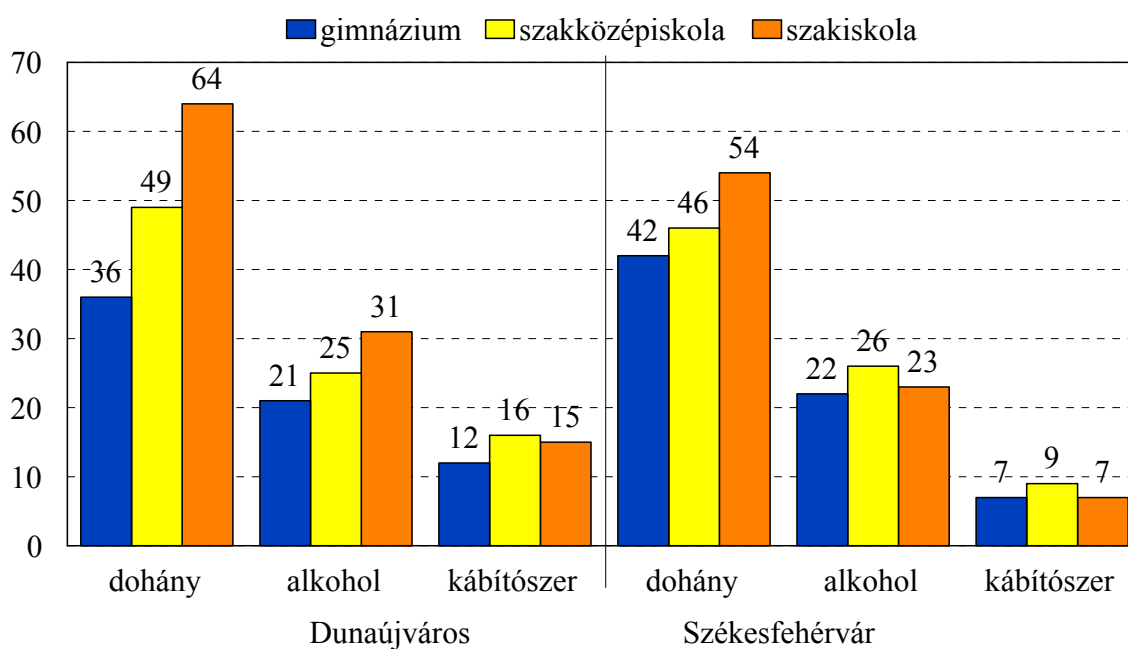
⁶ Tapasztalatok szerint a kábítószerrel fogyasztó tanulók jelentős része a szigorú büntetőpolitikából fakadó törvénymódosítás óta (BTK szigorítás) rejtőzködve marad, még az anonim kérdőívekben sem vállalja drogfogyasztását, tudva, hogy jogilag is

százalékban mondták, hogy nincs kábítószer fogyasztó barátjuk.

A legkisebb - szinte elenyésző - arányban a központi idegrendszerre depresszív hatású, kábító-fájdalomcsillapító hatású ópiátokat (heroin, metadon) és a pszichotrop hatású pótszereket, szerves oldószereket (ragasztó, habpatron, hígító, csavarlazító) fogyasztják a drogos tanulók. Valamivel többen szednek szorongásoldó gyógyszereket. A stimulánsok, mint például a speed a vagy a kokain már jóval ismertebb körökben de a legnépszerűbb kábítószer a hallucinogén anyagok (extasy, LSD, marihuána, hasis), ezek közül is kiemelkedik a marihuána, általában (dohánnyal keverve) cigaretta formájában elszívják.

A drogfogyasztás intenzitását százfokú skálára vetítettük. Az adott szer fogyasztási indexe minden esetben 0-100 közötti szám és azt mutatja meg, hogy a diák milyen mértékben rombolja saját egészségét. Minél nagyobb az index értéke, annál intenzívebb a szerfogyasztás.

A pszichoaktív szerek fogyasztási indexe



pontszám százfokú skálán, Forrás: Echos Survey 2001

3. TÁRSADALMI ERŐTÉR-ANALÍZIS

A Fejér megyei droghelyzetkép készítésének második szakaszában három fókuszcsoportban különböző területek, megyei intézmények szakértő képviselőivel elvégeztük a megyei droghelyzet erőter elemzését. A problémafeltáró fókuszcsoportokra komplex módszertant dolgoztunk ki melynek részét képezte egy helyszíni attitűdteszt, egy kötött formátumú SWOT elemzés és NCM rangsorolás. A három fókuszcsoport az alábbi volt:

Terület	Részvevő intézmények	Részvevő szakértők száma
A kábítószer probléma egészségügyi aspektus	Móri Iskolaegészségügyi szolgálat, KIMM Drogrehabilitációs Otthon, Dunaújvárosi Egészségmegőrzési Központ, Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat, Fejér Megyei Rehabilitációs Intézet	7
A kábítószer probléma hatósági aspektusa	TEGYESZ, ÁNTSZ, Ügyészség, Büntetés-végrehajtási Intézet, Bíróság, Fejér Megyei Rendőr-főkapitányság	7
A kábítószer probléma társadalmi aspektusa	Média, Civil szervezetek, Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálatok, Megyei Pedagógiai Intézet, egyházak	8
Összesen		22

A drogprobléma társadalmi erőterét vizsgálva adódik a szakértői attitűdök feltárásának szükségessége. A tekintetben 15 kérdést tettünk fel a drogosokkal kapcsolatos viselkedésről, a drogkérdés kezeléséről. A szakértők körében abban meglehetősen nagy volt az egyetértés, hogy a bármilyen rossz helyzetbe kerül is valaki, a drog nem megoldás, illetve a többség azzal is egyetért, hogy könnyű drogok legalizálása csak növelné a fogyasztást, illetve, hogy nem a kábítószeres fiatalok a bűnösök, hanem a terjesztők. A vélemények mögött két alapvető attitűd húzódik meg, a drogkérdésekben szigorúbb és megengedőbb szakértők.

Droggal kapcsolatos állításokkal való egyetértés a szakértők között

	Egyetértés mértéke	Szórás	
Bármilyen rossz helyzetbe is kerül valaki, a drog nem megoldás.	89	26	Támogatás
A könnyű drogok legalizálása csak növelné a fogyasztást.	65	38	
Nem a kábítószeres fiatalok a bűnösök, hanem a terjesztők.	65	33	
Akinek szilárd hite van, az nem nyúl kábítószerhez.	55	38	Semleges
A drogozás sokkal veszélyesebb, mint az alkohol vagy a cigaretta.	53	43	
Meg lehet érteni, hogy a kilátástalan helyzetben lévő fiatalok a drog felé fordulnak.	52	34	
Minden kultúrának megvannak a kábítószerai, csak tudni kell használni azokat.	45	43	
A drog olyan, mint a korábbi nemzedékeknek az alkohol.	41	33	
A drogozás része a modern szórakozásnak.	33	39	Elutasítás
A drogokat már úgysem lehet visszaszorítani.	32	35	
Ha valaki csak a könnyű drogot próbálja ki, akkor sincs már visszaút.	29	30	
Ha legalizálnák a könnyű drogokat, vissza lehetne szorítani a drogkereskedelmet.	27	35	
Keményen kell büntetni a fogyasztókat is, mert csak így lehet visszaszorítani a drogozást.	26	34	
Csak az igazán kemény drogot nem szabad kipróbálni.	8	18	
Felesleges annyi pénzt költeni elvonókúrákra, a drogosok megérdemlik a sorsukat.	3	10	

pontszám százfokú skálán

	Szigorúak	Engedékenyek	Eltérés
A drogozás sokkal veszélyesebb, mint az alkohol vagy a cigaretta.	73	16	+57
Ha valaki csak a könnyű drogot próbálja ki, akkor sincs már visszaút.	35	16	+19
A könnyű drogok legalizálása csak növelné a fogyasztást.	73	50	+23
Keményen kell büntetni a fogyasztókat is, mert csak így lehet visszaszorítani a drogozást.	40	0	+40
Akinek szilárd hite van, az nem nyúl kábítószerhez.	57	50	+7
Bármilyen rossz helyzetbe is kerül valaki, a drog nem megoldás.	97	75	+22
Felesleges annyi pénzt költeni elvonókúrákra, a drogosok megérdemlik a sorsukat.	4	0	+4
Meg lehet érteni, hogy a kilátástalan helyzetben lévő fiatalok a drog felé fordulnak.	45	62	-17
Csak az igazán kemény drogot nem szabad kipróbálni.	4	12	-8
Nem a kábítószeres fiatalok a bűnösök, hanem a terjesztők.	66	62	4
Minden kultúrának megvannak a kábítószerai, csak tudni kell használni azokat.	18	91	-73
A drogokat már úgysem lehet visszaszorítani.	23	45	-22
A drog olyan, mint a korábbi nemzedékeknek az alkohol.	26	66	-40
Ha legalizálnák a könnyű drogokat, vissza lehetne szorítani a drogkereskedelmet.	14	50	-36
A drogozás része a modern szórakozásnak.	19	58	-39

pontszám százfokú skálán

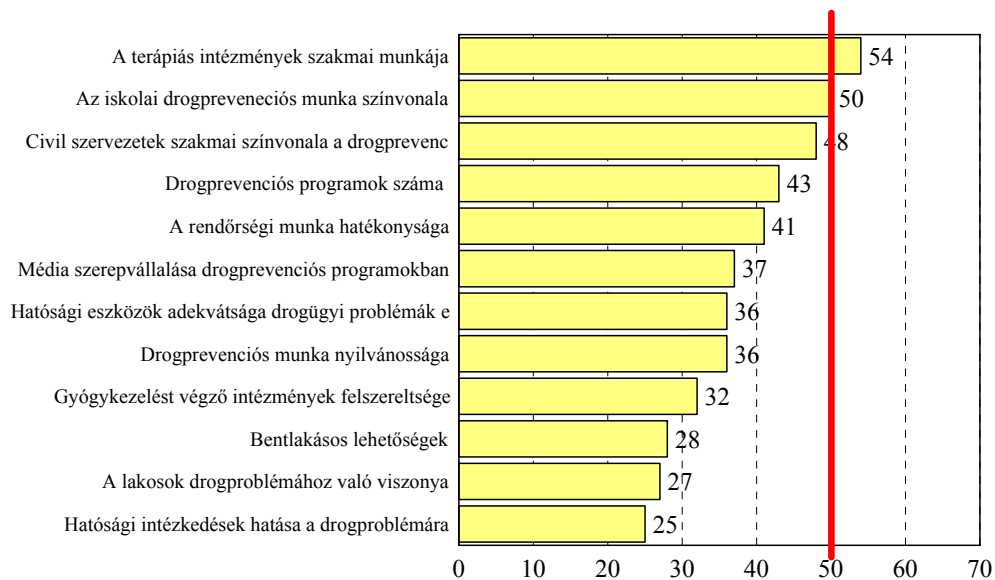
A konkrét megyei droghelyzet erőterét az analízis azzal kezdjük, hogy a drogügyeket felosztottuk a nemzeti drogstratégia által javasolt négy területre: a drogprobléma társadalmisítása (a helyi társadalom érzékenysége a droggkérdések hatékony kezelése iránt, társadalmi problémamegoldó képesség), prevenció (esély arra, hogy a felnövekvő generációk képessé válhassanak egy produktív és aktív életstílus kialakítására, a legális és illegális drogok visszautasítására), gyógykezelés-terápia (segítség a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneknek és családoknak a szociális munka, a gyógyítás és a rehabilitáció útján a szenvedély leküzdésében), kínálatcsökkentés (a drogokhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentése és a meglévő szabályok betartása).

Arra kértük a szakértőket, mondják meg, hogy az egyes részterületek helyzetével mennyire elégedett a megyében. A kapott válaszokat százfokú skálára számoltuk át, ahol a 0 legnegatívabb, a 100 a legpozitívabb ítéletet jelenti. Általánosságban elmondható, hogy a fókuszcsoporton résztvevő megyei szakemberek igen kritikusak az egyes drogügyi területeken végzett szakmai munkával. Még a legpozitívabb vélemény is csak 54 pont százfokú skálán. Az ilyen skálákon a lélektani határ az 50 pont, ez alatt inkább elégedetlenségről beszélhetünk. A lélektani határon van az iskola és a civil szervezete által végzett drogprevenciós munka színvonalának megítélése, ám a prevenciós programok számát már keveslik a szakemberek. A rendőrségi munka hatékonysága, a média szerepvállalása, a hatósági eszközök adekvátságát, a drogprevenciós munka nyilvánossága és a gyógykezelést végző intézmények felszereltségével már inkább elégedetlenek a szakemberek (32-37 pont), s határozottan elégedetlenek a terápiás bentlakásos lehetőségekkel, a lakosok drogproblémához való viszonyával és a hatósági intézkedések hatásával a drogproblémára. Az utóbbiak százfokú skálán csupán 25-28 pontot kaptak. A vélemények különösen homogének három területen: a drogprevenciós programok száma, a gyógykezelést végző intézmények felszereltsége és hatósági intézkedések hatása tekintetében.

	Pontszám	Szórás
A terápiás intézmények szakmai munkája	54	24,19772
Az iskolai drogprevenciós munka színvonala	50	22,12643
Civil szervezetek szakmai színvonala a drogprevenció területén	48	22,79464
Drogprevenciós programok száma	43	17,31456
A rendőrségi munka hatékonysága	41	23,95061
Média szerepvállalása drogprevenciós programokban	37	23,01190
Hatósági eszközök adekvátsága drogügyi problémák esetében	36	22,29628

Drogprevenciós munka nyilvánossága	36	23,34931
Gyógykezelést végző intézmények felszereltsége	32	16,17096
Bentlakásos lehetőségek	28	22,16248
A lakosok drogproblémához való viszonya	27	20,35546
Hatósági intézkedések hatása a drogproblémára	25	18,64914

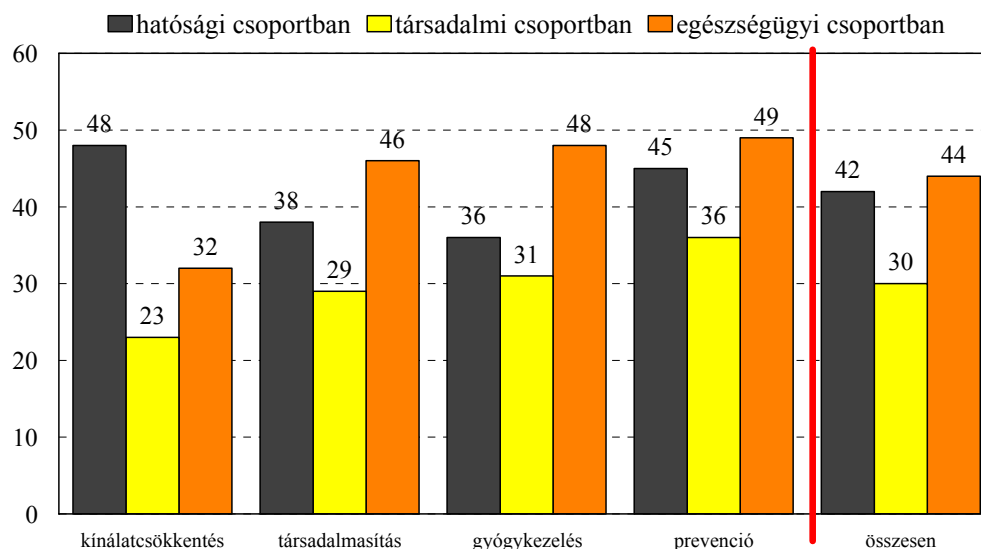
Egyes drogügyi kérdésekben mért szakértői elégedettség



pontszám százfokú skálán, Forrás: Echo Survey, 2003

Ha a fenti jellemzőket összevonjuk négy szűkebb területre (kínálatcsökkentés, prevenció, gyógykezelés, társadalmisítás), akkor a szakértői véleményekből az derül ki, hogy Fejér megyében legkevesebb probléma a prevenciós tevékenységekkel van, a szakértők átlagosan 43 pontra értékelték, de ez egészségügyi csoportban résztvevők ennél magasabbra (49 pont), míg a társadalmisítás munkacsoport szakemberei csak 36 pontot adtak rá. A drogosok megyei gyógykezelésével (lehetőségek, szakmai kompetencia, feltételek) is az egészségügyi csoportban voltak a legelégedettebbek (de ez a 48 pontos index is kritikus vélemény!), s ismét a társadalmi csoportnál lehetett a legnegatívabb véleményt mérni. A drogprobléma társadalmisítását – önkritikusan – a társadalmi csoportban résztvevő szakértők értékelték 30 pont alá. A kínálatcsökkentés osztja meg leginkább a szakértőket, míg a hatósági csoport 48 pontra értékelte az e területen végzett munkát, az gyógykezeléssel foglalkozók 32 pontra, a társadalmi csoport (média, civilek, családsegítés) pedig 23 ponttal a legnegatívabb véleményt formálta.

Egyes drogügyi kérdésekben mért szakértői elégedettség

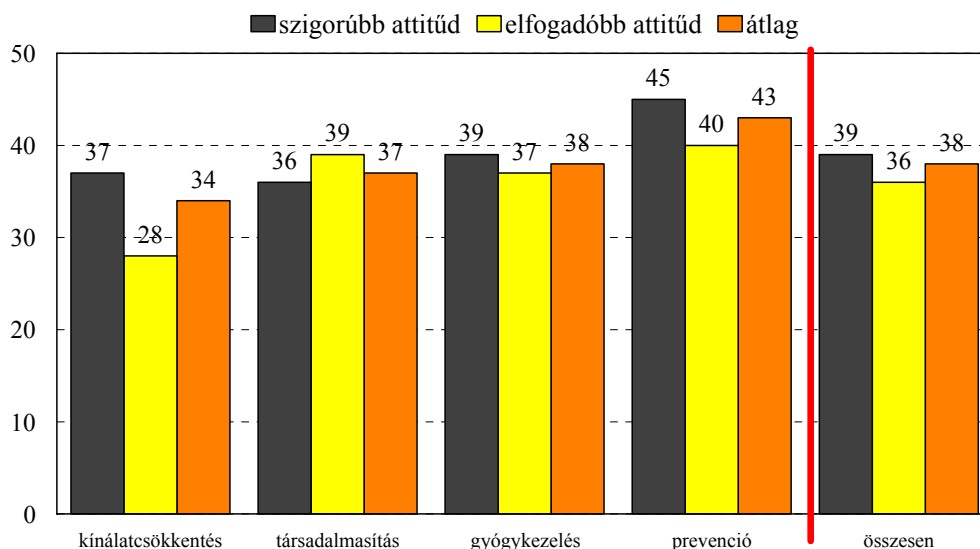


pontszám százfokú skálán, Forrás: Echo Survey, 2003

A drogokkal kapcsolatos attitűdök (szigorú vagy engedékenyebb) érdemben csak a megyei kínálatcsökkentés megítélését befolyásolták, a drogtémában engedékenyebbek kevésbé voltak elégedettek ezzel a területtel, de az is kimutatható, hogy ugyanők a végzett prevenció munkát eredményességét is fenntartásokkal kezelik.

A megye jelenlegi droghelyzetének alakulásában a megkérdezett jellemzően a segítő intézményrendszeren kívüli erőket soroltak előre, a szakértők szerint a megyei droghelyzetet alapvetően az egyéni értékrendi változások és a megye földrajzi elhelyezkedése (főváros és Balaton közelsége, átmenő utak) befolyásolja, önmagukat csak a harmadik helyre sorolták. A rendőrök munkája, a média, a politika és az emberek anyagi helyzete csak közepes mértékben és inkább közvetve hat a megye jelenlegi droghelyzetének alakulására, míg a civil szervezeteknek és az egyházaknak csak igen kis szerepet tulajdonítanak ebben.

Egyes drogügyi kérdésekben mért szakértői elégedettség



pontszám százfokú skálán, Forrás: Echo Survey, 2003

Kinek mekkora szerepe van a megye jelenlegi droghelyzetének alakulásában

Nagy szerepe van	Közepes szerepe van	Kis szerepe van
az értékrendi problémáknak	a rendőrök munkájának	egyházaknak
a földrajzi elhelyezkedésnek (Balaton, Főváros, útvonalak)	Médiának	Helyi társadalmi szervezeteknek
a segítő intézményeknek	politikának	
	az emberek anyagi helyzetének	

Szakértői csoportonként nézve a véleményeket, megállapítható, hogy a társadalmi csoportban kisebb szerepet tulajdonítanak a segítő intézményeknek, a médiának és a civil szervezeteknek (vagyis saját maguknak, ami a probléma tipikus háritásáról szól), de rendőrök és a politika befolyását is kisebb mértékűnek tartják. A hatósági munkát végző szakértők ellenben úgy vélik az átlagnál jelentősebb hatással van a megyei droghelyzet alakulására a rendőrség és a segítő intézmények munkája, míg a gyógykezelést végzők a média, a segítő intézmények, a civil szervezetek és a politika hatását gondolják jelentősebbnek. A szigorúbb és az elfogadóbb attitűdöt vallók véleménye a rendőrség, az értékrendi problémák és a földrajzi elhelyezkedés szerepének megítélésben tér el kissé.

A szakértők preferenciájáról véleményt alkothatunk az alapján is, hogy mennyi pénzt fordítanak egy elképzelt véges kasszából a drogellenes munka különböző területeire. A

megkérdezett szakértők a legtöbb pénzt (1000 forintból 242 forintot) az iskolai prevencióra fordítanák, 100-150 forint között áldoznának a drogprobléma társadalmisítása, tanácsadó szolgálatok működtetésére, rehabilitációs lehetőségek javítására, képzések, továbbképzésekre és egészségügyi ellátásra, s gyógykezelés javítására. A legalacsonyabb összegeket a rendőrségi akcióhatékonyság növelésére és speciális kutatásokra fordítanának a szakértők, 1000 forintból átlagosan 53-75 forintot. Az egyes szakterületek képviselőinek véleménye meglehetősen egységes képet mutat, egyedül a drogprobléma társadalmisításának megítélése mozog szélsőségesen. Míg a kérdésben leginkább érintettet társadalmi munkacsoport átlagosan 213 forintot adna rá az ezer forintból, addig az egészségügyi szakértők 117, a hatóság képviselői pedig csupán 85 forintot fordítanának erre a drogellenes feladatra.

Ha ezer forintot kellene elosztania drogellenes munka során az alábbiakban olvasható területek között, melyikre mennyit fordítana?

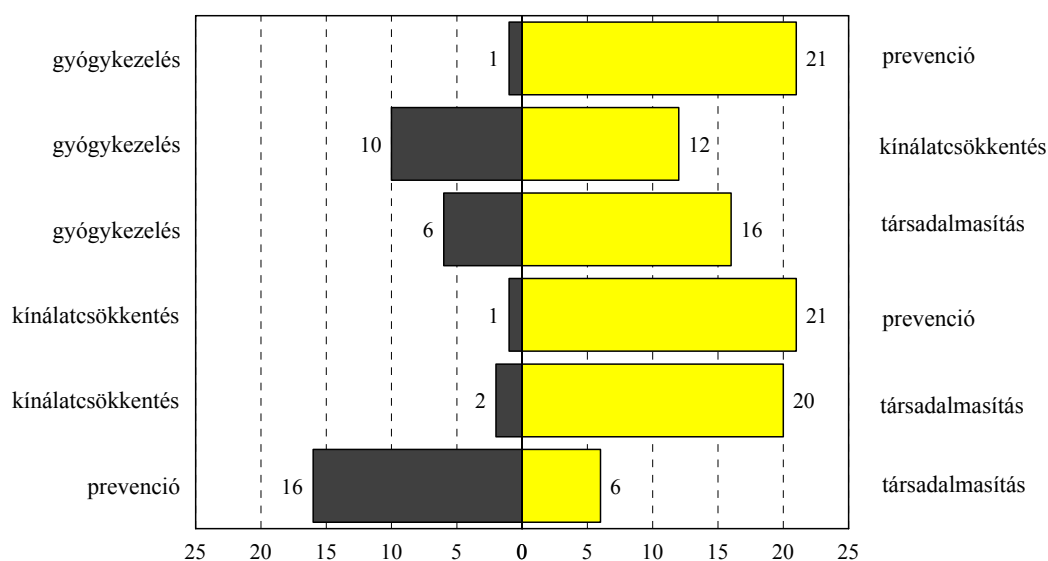
	Átlag összeg forintban	Maximum összeg	Szórás
Iskolai prevenció	242	500	145
Drogprobléma társadalmisítása	142	1000	207
Tanácsadó szolgálatok működtetése	141	300	63
Rehabilitációs lehetőségek javítása	125	500	112
Képzések, továbbképzések	115	400	96
Egészségügyi ellátás, gyógykezelés javítása	103	300	70
Rendőrségi akcióhatékonyság növelése	75	200	59
Megyei kutatások, helyzetképek készítése	53	100	39

	Hatóság	Társadalmi	Egészségügy
200 forint felett	Iskolai prevenció	Iskolai prevenció Drogprobléma társadalmisítása	Iskolai prevenció
100-200 forint között	Tanácsadó szolgálatokra Képzések, továbbképzések Egészségügyi ellátás, gyógykezelés javítása Rehabilitációs lehetőségekre	Tanácsadó szolgálatokra Képzések, továbbképzések Rehabilitációs lehetőségekre	Tanácsadó szolgálatokra Rendőrségi akcióhatékonyság növelésére Képzések, továbbképzések Rehabilitációs lehetőségekre Drogprobléma társadalmisítása
100 forint alatt	Rendőrségi akcióhatékonyság növelése Kutatások Drogprobléma társadalmisítása	Rendőrségi akcióhatékonyság növelése Kutatások Egészségügyi ellátás, gyógykezelés javítása	Kutatások Egészségügyi ellátás, gyógykezelés javítása

Attitűdök szerint várható eltérés, hogy a drogkérdésben szigorúbbak az átlagnál többet adnának az egészségügyi ellátásra és gyógykezelés javítására, míg az engedékenyebbek a drogprobléma társadalmisítására biztosítanák a legtöbb forrást.

Hasonló preferencia sorrendet adott az a kérdés, amikor arra kértük a szakértőket, hogy páros összehasonlítás módszerével válasszák ki, hogy a gyógykezelés-prevenció-kínálatcsökkentés-társadalmasítás relációban a drogellenes munka mire koncentráljon. A prevenció mindhárom összevetésben preferenciát élvez, a társadalmasítást előbbre valónak tartják, mint a kínálatcsökkentést vagy a gyógykezelést, s a kínálatcsökkentés vagy gyógykezelés összevetésében pedig nem határozható meg egyértelmű sorrend.

Ha választania kellene, hogy a drogellenes munka mire koncentráljon az alábbi két tényező közül, melyiket választaná?



Forrás: Echo Survey, 2003

4. SZAKÉRTŐI TAPASZTALATOK

A helyzetfeltárás részeként három fókuszcsoportban szakértők közreműködésével három fő terület (a kábítószer probléma egészségügyi aspektusával foglalkozó terület, a kábítószer probléma hatósági aspektusával foglalkozó terület, a kábítószer probléma társadalmi aspektusával foglalkozó terület) Fejér megyei erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeit, illetve ezek helyi társadalmi és ökonómiai vonatkozásait elemeztük. A munka során kötött módszertannal dolgozunk, ami lehetővé tette az egy-egy csoportokban feltárt szakértői tapasztalatok integrálását.

Csoportos SWOT elemzés módszertan

A stratégiai tervezés és a majdani megyei drogügyi „jövőkép” megalkotás egyik legfontosabb előfázisának is tekinthetjük az egyes területek (hatósági munka, gyógykezelés, társadalmasítás) SWOT analízisét. A SWOT analízis csoportos technika, melynek eredményeként meghatározhatóvá vált a jövőre vonatkozó stratégia iránya (offenzív, defenzív, váltás-orientált, diverzifikált). A feltárásban alkalmazott módszer a csoportos problémamegoldó technikákon alapult, melynek lényege, hogy egy adott kérdésben, problémakörben a vélemények, tények gyűjtését 7-8 fős csoportokban végeztük el. A csoport kialakítása során figyeltünk arra, hogy az adott kérdésben jártas, vagy témánk szempontjából releváns ismeretekkel rendelkező megyei szakértő személyeket hívjunk meg. Igyekeztünk azt is garantálni, hogy a lehetőségekhez mérten olyan homogén csoportokban dolgozhassunk, amelyben megjelenik más területen dolgozó szakemberek véleménye is.

A SWOT véleményfeltárása során elsősorban arra voltunk kíváncsiak, hogy valójában mik is a legfőbb jellemzők a megyei droghelyzet tekintetében, hogyan jelennek meg, kinek mit jelent. Olyan helyzetet teremtettünk, amelyben világos és érthető módon jelentek meg a személyekben lévő gondolatok, tapasztalatok.

A munka célorientált kérdés megfogalmazásával kezdődött. A három csoportban az alábbi indítókérdéseket alkalmaztuk.

Munkacsoport neve	Célorientált kérdés
Egészségügy	Melyek a tágran értelmezett drogcélú gyógykezelés, terápia, egészségügyi ellátás jellemzői Fejér megyében?
Hatósági aspektus	Melyek a tágran értelmezett droghelyzet hatósági kezelésének jellemzői Fejér megyében?

Társadalmi aspektus	Melyek a tágan értelmezett drogprobléma társadalmi kezelésének jellemzői Fejér megyében?
---------------------	--

A kérdés feltevését követően a csoport tagjai egységes méretű formanyomtatványt kaptak, melyek üres cellákat (erősségek, gyengeségek, lehetőségek, veszélyek) tartalmaztak, ezekbe írták a kérdés kapcsán felmerülő – másoktól befolyásolatlan - gondolataikat, javaslataikat. A munkára 10-15 percet adtunk, ezután egyenként és egyesével, rögzítettük és megbeszéltük a válaszokat. A rögzítéssel megtörtént a felvetés személytelenítése is. Fontos volt az erősségek/gyengeségek valamint a lehetőségek/veszélyek fogalompárok közötti különbségek tisztázása. Míg az erősségek/gyengeségek a megye, illetve a megyei intézményrendszer belső jellemzőire koncentráltak, addig a lehetőségek/veszélyek részben az erősségek illetve gyengeségek következményeit, levonható következtetéseit, részben pedig a tágabb demográfiai, kulturális, piaci, gazdasági (külső) kontextust tartalmazták.

Végigjutva mind a négy listán érkeztünk el az utolsó részfeladathoz, a rangsoroláshoz. Megkértük a résztvevőket, hogy a teljes listáról egymástól függetlenül válasszák ki a számukra legfontosabb erősségeket, gyengeségeket, lehetőségeket és veszélyeket, a választások számát limitáltuk, esetünkben 3 választást engedélyeztünk. A rangsoroló szavazás eredményeként megkaptunk a csoport szempontjából legfontosabbnak ítélt jellemzőket.

A kábítószer probléma megyei helyzetét a különböző fókuszcsoportokban résztvevő szakértők eltérően értelmezték.

Erősségek

A kábítószer probléma társadalmi aspektusát vizsgáló szakértői fókuszcsoportban a megye több Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálatának munkatársa, a Megyei Pedagógiai Intézet, a média képviselője és civil szervezetek munkatársa vett részt. A résztvevők a meglévő intézményeket és intézményrendszert részben megfelelőnek tartják, az ott dolgozó szakemberek és személyzet szakmai munkájának színvonalával elégedettek. Véleményük szerint a drogellenes munka területén a megyében dolgoznak aktív és céltudatos szakemberek, akik rendelkeznek azokkal a képességekkel, tudással és elhivatottsággal, amelyek birtokában hatékony eredményeket lehet elérni a drogprobléma javítása érdekében.

A résztvevők szerint pozitív hatású, hogy az utóbbi években a drogprobléma területén érintett intézmények és szervezetek között már kialakult szakmai kapcsolatok vannak, közös programokat szerveznek, illetve az együttműködési lehetőségek kezdeményezésére is van példa.

Bár önmagában a drogprevenciónak, a megelőzési és felvilágosítási technikáknak a megyei jelenlétét erősségnek tekintették a drogprobléma társadalmi aspektusát vizsgáló csoport tagjai, azonban az alkalmazott módszerek tekintetében már megjelentek kritikus vélemények is. Az iskolai kereteken belül és az iskolán kívül működő drogprevenció szükségességét mindenki fontosnak tartja, ebben nincs vita. Ezt erősíti az a nézetük is, hogy a témára érzékeny fiatalokat be lehet vonni a közös munkába, és a képzéseken átesett kortárssegítőkön keresztül a fiatalok nagyobb része megszólítható.

A drogproblémával találkozó hatósági szakemberek egyöntetűen kiemelkedő eredményűnek tartották a rendőri felderítői és nyomozati munka eredményességét a megyében. Emellett előremutatónak tartották a rendőrség egyre gyakoribb részvételét a prevenció munkában (pl. DADA-program, ill. konkrét drogprevenációs iskolai tanórák), amelynek pedagógiai sikere vitatott, azonban az a tény, hogy a „hatóság” nyit ebbe az irányba, a problémaérzékenység helyes irányát mutatja.

A hatósági oldalt képviselő szakemberek a bírói munkáról is elismerően nyilatkoztak, a bírók hozzáértését egyöntetűen magas szintűnek ítélték, a résztvevők ám a szigorúság kérdésében, illetve abban, hogy helyes-e a jelenlegi ítélkezési gyakorlat bizonytalanság, kételkedés volt jellemző.

A drogprobléma egészségügyi területéről érkező szakemberek is differenciáltan látják a megyei droghelyzetet, erősségként azonban ők is csupán a meglévő intézményi és személyi elemeket tudták felsorolni, köztük is kiemelve a civil szféra jelenlétének fontosságát és a gyakran társadalmi munkában dolgozó szakemberek elhivatottságát.

Gyengeségek

A drog, mint társadalmi probléma vizsgálatakor az erősségeknél feltüntetett meglévő intézményrendszer a résztvevők szerint csak részben felel meg a drogprobléma hatékony kezelése érdekében elvárt intézményi struktúrának. Az intézmények jórészt koncentráltan, Székesfehérváron vannak és az intézményi hálózatban három nagyon fontos hiány látható: a) kevés a bentlakásos rehabilitációs lehetőség; b) nincs a megyében drogambulancia; c) hiányzik a gyermekpszichiátria.

Ezen túlmenően a területen dolgozó szervezetek komoly humán- és technikai erőforrás-hiánnyal is küszködnek, a jól képzett szakemberek számát keveslik, a szakmában dolgozókat pedig túlterheltnek látják több csoportban is.

A drogprobléma enyhítéséért dolgozó szereplők közötti információáramlással az -

együttműködések ellenére – a résztvevők nincsenek megelégedve, a probléma társadalmasításáért tevékenykedők közül (általános prevenció, lakosság problémapercepciójának erősítése, érzékenyítés) több szervezet kevés információval rendelkezik a megyében működő más szervezetek, intézmények munkájáról, a különböző prevenciók programokról.

Különösen elgondolkodtatóak azok a vélemények, amelyek azt vallják, hogy a megyében futó drogprevenciók közül többnek a szakmai színvonala és ez által eredményessége is komolyan megkérdőjelezhető. Sok esetben súlyos tudás- és ismerethiánnyal rendelkeznek az ezeket végző „szakemberek”. Az egyik legfontosabb „terepen”, az iskolai prevenciók kiválasztásában gyakran személyes, illetve csoportérdekek játszanak közre és nem a szakmaiság. A tapasztalatok alapján a megyében az iskolák, közoktatási intézmények az iskolai prevenciók programjaik megvalósítására, támogatására több országos (elsősorban minisztériumi, GYISM, OM) pályázati forrást vehetnek igénybe, sőt az iskolák drogprevenciók munkájának támogatására a jövőben állami normatíva is rendelkezésre fog állni. Az iskolák által adaptálható, megvalósítható – már kidolgozott - prevenciók programok száma meghaladja az ötvenet, az akkreditált képességekkel együtt az országban több száz ilyen program közül válogathatnak az iskolák, a drámapedagógia jellegű programtól, a kortársképzéseken át az autogén tréning alapú prevenciók programokig terjed a skála - elvileg. A gyermekek, készségeik, élményeik, igényeik, fejlődési ütemük, kábítószer-problémában való érintettségük szerint egyaránt különbözőek, ezért az lenne az ideális, ha az adott iskolában megvalósított iskolai prevenciók programok ezekhez a sajátosságokhoz igazodnának. Ezzel szemben a megyében az iskolákat prevenciók programjaik kiválasztásakor a megfelelő kompetenciák és ismeretek hiánya, valamint a pedagógiai tervezés szabályainak mellőzése miatt esetlegességek jellemzik. Ezen túlmenően védtelenek azon vállalkozók ellen is, akik a „prevenciók piacon” üzleti érdekből vannak jelen, s szakmailag felületes programokkal jelentkeznek (mostanra az iskola drogprevenciók munka jelentős állami dotációjának köszönhetően, jó üzletté vált, erre sok „pedagógiai” vállalkozás jött létre).

Korlátozott információáramlásnak köszönhetően a pedagógusok nagyfokú tájékozatlanságot mutatnak a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekben. Ez egyfelől tárgyi ismeretek hiányát jelenti, másfelől pedig tévképzeteket jelent a problémáról és a drogprobléma kezeléséről. Hiányosságuk hogy - egy-két népszerűbb, vagy hagyományt jelentő prevenciók programokon kívül - nem ismerik a tanárok a prevenciók programok széles spektrumát.

A megyei droghelyzet gyengeségének vélik a társadalmi fókuszcsoporthoz tartozó szereplői, hogy nincsen kialakított egységes, közös álláspont a legfőbb kérdésekben, nem tisztázottak a fogalmak (mi tartozik a drog fogalmába és mi nem), még nincsen a megyében jól körülhatárolt, közösen megalkotott stratégia. Mindezek mellett a drogosokkal szemben támasztott lakossági előítélet, a probléma „túlmoralizálása” nyilván nem növeli a fiatalok bizalmát a szakemberek iránt, problémáik rejtve maradnak, és ezért a drogokkal kapcsolatos megyei problémakör az országos átlagnál nagyobb mértékben válhat láthatatlanná és kezelhetetlenné.

Gyengeség, hogy többek szerint sok látszatrendezvény van, a politikai és szakmai intézmények gyakran „struccpolitikát” folytatnak és a fókuszcsoporthoz tartozók egyelőre nem látják a „politika” részéről készített a probléma hatékony kezelésére.

Bár a megkérdezett csoportok közül a hatósági munkát végző szakemberek is részben erősségként fogták fel a prevenció programok, a hatósági felügyelet ill. az intézményrendszer létét önmagában (legalább van valami alapon), ugyanakkor mindhárom említett területen a hiányérzet is megjelent. A prevenció programoknál a megfelelő hatékonyság kérdése, az intézményrendszerénél pedig a nem megfelelő kapcsolattartás miatt az egymás munkájának „nem ismerete” és az együttműködések elmaradása a hatósági vélemények szerint komoly gyengeség.

A hatósági felügyeletnél az önkormányzati szerepvállalás hiánya is felmerült problémaként. Ennek a megítélése is kettős: egyrészt nyugtázták, hogy az önkormányzatnak a többi megyéhez képest viszonylag nagyobb affinitása van a drogproblémához, ám ezt többen még mindig nem megfelelő szintűnek tartják, leginkább a helyhatóság gyakorlati jellegű munkában való aktív részvételt hiányolták.

Míg a drogprobléma társadalmiasításáról véleményt alkotó szakértők leginkább az intézményi hiányosságokat és a prevenció programok gyengeségeit hangsúlyozták, addig a hatósági munkát végzők elsősorban az operatív koordináció hiányát tartották a legnagyobb gyengeségnek. A vélemények szerint hiába léteznek fórumok – így pl. a városi KEF-ek is - különböző területeken dolgozó szakemberek részvételével, ha nem végeznek valódi, gyakorlatias munkát is. Az operatív munka hiányának miéértjére több lehetséges ok is felmerült a csoportban: egyrészt a felhasználható anyagi források szűkössége, másrészt a munkára fordított humán erőforrás korlátozottsága (szinte senki nem főállásban végzi a drogellenes munkát), harmadrészt pedig a globális szemléletű, sokoldalúan képzett szakemberek hiányát sorolták fel. (Megoldásként a drogprobléma hatósági aspektusával foglalkozó szakértők egy új, operatív koordinációt végző szervezet felállításának, vagy a KEF

gyakorlatiasabbá változtatásának lehetőségét vázolták fel).

A szakemberek egyébként eddig is sok drogproblémával foglalkozó fórumon vettek már részt, ám ezeket túlságosan eseti jellegűnek tartják, a régióban elérhető képzésekből, fórumokból hiányolják a folyamatszerűséget illetve a gyakorlatiasságot.

A helyi munkára kiható, de alapvetően országos szintű gyengeségnek tartják a hatósági szakemberek a jogi környezet ellentmondásait, illetve a nem létező hosszú távú irányelveket és a hirtelen, kapkodva, szélesebb körű egyeztetés nélkül végrehajtott törvénymódosításokat. A hatósági csoportban harmadik helyen a drogprobléma társadalmasításának hiányosságait emelték ki a résztvevők.

A drogprobléma egészségügyi aspektusával foglalkozó megyei szakértők a gyengeségek között az egészségügyi programokban a túlzott orvosi személetet és az alternatív programok hiányát (pl tücsere, ártalomcsökkentő programok, megkereső programok, komplex mentálhigiénés gondozás) is hangsúlyozták, amelyek tehát elsősorban nem a pénzhiányra, hanem a szakmai kritériumokra, a szemléletre és a konkrét programokra vonatkoztak.

Lehetőségek

A drogprobléma társadalmasításáért tevékenykedő szakemberek a megyében a drogprobléma társadalmi kezelésének lehetőségeit a következő alternatívákban látták. Mindenképpen szükséges a meglévő intézményhálózat fejlesztése, bővítése és ezzel együtt racionalizálása, ezen belül is hangsúlyos prioritásként jelent meg a megyei drogambulancia létrehozása.

A szervezetek közötti együttműködések ösztönzése is komoly lehetőségeket rejt magában a jövőre nézve, melybe beleértendő a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által elkészített szakmai anyagok, felmérések és tapasztalatok felhasználása; az önkormányzatokkal való együttműködések, a civil szféra bevonása és a rendőrséggel, ügyészséggel való közös együttgondolkodás egyaránt.

A megkérdezettek szerint Fejér megyében – kihasználva az oktatási, képzési és továbbképzési rendszer fejlettségét – hangsúlyt kellene fektetni a szakemberek továbbképzéseire és fiatalok számára tartott kortárssegítő képzésekre, az anonim segélyszolgálatok számának bővítésére. A helyi információáramlás és kommunikáció hatékonyabbá tétele érdekében felmerült egy megyei drogportál létrehozásának az ötlete is. Mindennek megvalósításához azonban elengedhetetlen a közös célok és szándékok megfogalmazása (ebben kiemelt szerepe lehet a megyei KEF-nek) és az egységes drogellenes lobbinak.

A drogellenes küzdelem megyei lehetőségei tekintetében leginkább az egészségügyi

területen dolgozók látják a multiplikátor hatásokat. Ez a küzdelem a szakemberképzés, a meglévő területek összefogása, a konzultációs, rehabilitációs intézmények hangsúlyozása, a hiányzó drogellenes intézmények létrehozása, a védett munkahelyek ösztönzése, az ártalomcsökkentő és megkereső programok illetve a gyógykezeléshez kapcsolódó klubmozgalmakon keresztül a probléma társadalmasítására és a hatósági munka eredményére egyaránt pozitív hatással lehet, a lehetőségek széles skáláját rajzolták fel.

A lehetőségek közül a globális szemlélettel és széles körű szakmai ismeretekkel rendelkező szakemberek képzését a hatósági csoportban előtérbe sorolták, s mindez magával hozná azt (bár a mások szerint inkább feltételezi) hogy a sokféle szempontot egységként látva hatékonyabb, hosszú távon gondolkodó és folyamatszerű munkavégzés történjen. Az ilyen szakemberek képesek lennének az együttműködések megszervezésére is, hiszen átlátnák a drogprobléma összetettségét és a terület egészét.

A megyei drogellenes munkában előrelépést jelentene Fejér megye települései önkormányzatainak fokozottabb szerepvállalása is (különösen a koordináció és a hatósági munka területén), de csak abban az esetben, ha konkrét feladatok kapcsolódnának hozzáértő szakember felelősségi köréhez.

Előnyként került elő, de valójában lehetőséget jelent csupán a megye jó gazdasági helyzete, illetve a média szerepvállalása a közvélemény formálásában és a tolerancia előmozdításának segítségével. A gazdasági, üzleti szféra bekapcsolása a forrásteremtésbe egyes vélemények szerint a hosszú távú finanszírozás megalapozója lehetne. (Azt azonban el kell kerülni, hogy a területen versenyhelyzet alakuljon ki és az üzleti szemlélet legyen a meghatározó, ahogy az iskolai prevenciónál ez látható gyengeségeket okoz.) Komoly tartalékok vannak a megyében a helyi és megyei szintű média bevonásában, a drogprevenció munkája nyilvánosságának erősítésében, ami legkönnyebben a civil szféra nagyobb mértékű bekapcsolásán, illetve a hivatalos szervek és a civilek közös, összehangolt működésén keresztül valósulhat meg.

Veszélyek

A megkérdezett szakértők legnagyobb félelme a társadalmi csoportban, hogy a hatékony és eredményes prevenció munkája hiányában a probléma egyre inkább kriminalizálódni fog, amelynek következménye lehet, hogy a jogi eszközökkel való kezelésnek köszönhetően még több büntetés-végrehajtási eszközt fognak alkalmazni az illetékes hatóságok. Ez a folyamat a vélemények alapján önmagát generáló hatással bír, így a probléma társadalmi szinten egyre inkább kezelhetetlenné válik. A hatóságok „rátelepülnek” a területen dolgozó szervezetekre, a

kompetencia-határok tisztázásának elmaradása miatt a segítség nem jut el időben az érintettekhez, s így a kezelési folyamat hiányos, illetve súlytalanná válik mindenféle igyekezet.

Ezen túlmenően igen komoly társadalmi veszélyforrás lehet, hogy a negatív előítéletek, a közömbösség és a kései segítségnyújtás miatt a drogproblémával küzdő emberek bizalmatlanokká válnak a szakemberek iránt, ha ezt a bizalmatlanságot nem sikerül feloldani, és a probléma láthatatlan marad, az ellátórendszerben nem jelennek meg a segítségre szoruló emberek.

A hatósági véleményeket megjelenítő szakemberek ezzel szemben a legfőbb veszélyforrásként a forráshiány állandósulását hozták fel, itt főként arra történtek célzások, hogy a létező szervezeteknek nem biztosítják azt az anyagi háttérrel, amivel teljes projekteket meg tudnak valósítani. (Ez tipikusan az eredménytelenség sajátos igazolása, a kudarc okainak pénzhiányra való áthárítása több szervezetnél a felelősség alóli felmentést szolgálja.) A stigmatizáció, azaz a kábítószerrel, droggal kapcsolatba kerülő emberek megbélyegzése a hatósági vonalon is előkerült, szoros összefüggésben azzal a nézettel, hogy a helyi társadalom nem érett a téma indulatok nélküli, széles körű, sok szempontot figyelembe vevő tárgyalására.

A területen régóta jelen levőkben ehhez társulhat a fásultság érzése, a kiegészítés, főként a kézzelfogható eredmények hiánya miatt, mindez pedig a passzivitás veszélyét hordozza magában.

A fenti veszélyek realizálódása oda vezethet, hogy a drogprobléma kezelhetetlenné válik és a területet fogalmi, szerepvállalási áttekinthetlenség és kaotikus, kapkodó tevékenység fogja kísérni. A múltbeli példákra hivatkozva figyelmet kell fordítani a kontrollfunkciók megtartására egyes intézményeknél, azaz el kell érni, hogy megőrizzük az elért eredményeket és ne egymás kárára erősítsünk a különböző területeken. A hatósági munkát végzők szerint ezt a források növelésével és a hatékonyabb együttműködéssel lehet leginkább elérni.

Ezen túlmenően veszély forrás lehet a probléma kezelésekor, ha szem elől tévesztjük a helyes arányokat, a drogproblémán belül túldramatizáljuk a kábítószer okozta veszélyeket és alulbecsüljük az alkohol okozta társadalmi károkat.

Az egészségügyi szakemberek szerint a veszélyek közül kiemelkedik a túlzott orvosi szemlélet és a gyógyszeres kezelés kizárólagos használata, valamint a beavatkozások elmaradása, s az is veszélyes lehet, ha azt gondoljuk, hogy a megyei intézményi hiányosságok pótlásával mindent megtettünk. Egy (de még egy tucat) intézmény létrehozása nem fogja megoldani ezt az országos jellegű, de helyben jelentkező és helyben kezelendő társadalmi

problémát.

Többszemponútú rangsoroló szavazás

A fókuszcsoportban résztvevő szakemberek az általuk összegyűjtött jellemzők közül az alábbiakat tartják a legfontosabbnak a megyei droghelyzet erőssége, gyengesége, lehetőségei és veszélyei vonatkozásában:

Legfontosabb erősségek	Legfontosabb gyengeségek
Együttműködések Szakmai megalapozottság Aktív, céltudatos szakemberek Segítő helyek Rehabilitáció Lelkes szakemberek társadalmi munkában Rendőri munka, felderítés hatékonysága Rendőri bűnmegelőzés Prevenációs programok	Eszköz- és intézményrendszer hiánya Jogszabályok rendezetlensége Ismerethiány/ tudatlanság Nincs gyermekpszichiátria Információáramlás hiánya Torzult a pedagógiai szemlélet Operatív koordináció hiánya Jogi környezet ellentmondásai Társadalmisítás helyzete
Legfontosabb lehetőségek	Legfontosabb veszélyek
Ellátórendszer bővítése Képzések Jogszabályi tisztázás, fogalomtisztázás Tini drogterápia Érintett szakemberek bevonása Közös pályázás Globális látásmódú szakember Fogalmak és szerepek tisztázása Önkormányzati szerepek hangsúlyozása	Kriminlizáció Negatív előítélet Bizalmatlanság Más gyógyszerre szoktatás Kezelés kórházba szorulása Kiégett szakemberek Pénzhiány Stigmatizáció Szkeptizmus

Eredeti SWOT táblák

Erősségek		
Társadalmi csoport	Hatósági csoport	Egészségügyi csoport
<ul style="list-style-type: none"> Jórészt kialakult intézményrendszer Résztvevők együttműködési készsége Közös programok szervezetek között Szakmai megalapozottság (részben) Elhivatottság Szakmailag felkészült intézmények, személyek, Jó gazdasági helyzet Működő prevenció munka (némileg) Intézmények kapcsolata Megelőzés Felvilágosítás Tolerancia, közvélemény befolyásolása (média) Drog-prevenció Érdeklődés, együttműködés Fiatalok bevonhatósága Aktív, céltudatos szakemberek 	<ul style="list-style-type: none"> Rendőri munka, felderítés hatékonysága Bv. együttműködése más hatóságokkal Intézményrendszer Prevenációs programok Bírói munka színvonala Önkormányzati affinitás a problémához Rendőrségi bűnmegelőzés Hatósági felügyelet a drogtartalmú áruk felett 	<ul style="list-style-type: none"> segítő helyek civil szféra rehabilitáció méregtelenítés pszichiátria/addiktológia egészségügyi szolgáltatók lelkes szakemberek társadalmi munkában védőnői szolgálat

Gyengeségek		
Társadalmi csoport	Hatósági csoport	Egészségügyi csoport
<ul style="list-style-type: none"> Ismerethiány (drogprevenció) Eszköz- és intézményrendszer-hiány Nincs ellátó intézmény Fehérváron kívül Információhiány Szervezetek / intézmények közti információáramlás Kevés képzett szakember Orvosi ellátás Szakemberek hiánya Előítéletek Munkanélküliség Idő- és pénzhány a tényleges megelőzésre Látszatrendezvények Túlterhelt szakemberek Struccpolitika (politikai és szakmai intézmények) Hiányzó szemek az intézményláncban Információs vákuum-kommunikáció hiánya Egységes közös álláspont hiánya (fogalmak, stratégia, módszertan) Jogsabályok rendezetlensége (bűnöző / beteg) Fiatalok bizalmatlansága Láthatatlanná, kezelhetetlenné válik a probléma Morális attitűd Rendőrség nem ismeri a helyét Információhiány, tudatlanság Civil szervezetek szakmai hiányosságai Kevés szakember Információáramlás Politikai hajlandóság hiánya 	<ul style="list-style-type: none"> Túl enyhe bírói büntetések Koordináló szervezet hiánya Kiforratlan a cigarettával kapcsolatos rendelkezések végrehajtása Operatív koordináció hiánya Kommunikáció és információ hiánya Drogtörvény alkalmazása bizonytalan Jogi környezet ellentmondásai Társadalmisítás helyzete -állami szerepvállalás hiánya Fogalmi zavarok 	<ul style="list-style-type: none"> hiányos alapellátás nincs gyermekpszichiátria információáramlás hiánya túlzott orvosi szemlélet szakember képzésben alkalmassági szűrő hiánya tűcsere program hiánya szakma elértéktelenedése ártalomcsökkentő programok kevesek alacsony szakmai színvonal gyenge PR drogambulancia hiánya előítéletek túlterheltség megkereső programok hiánya kevés addiktológus kevés képzés technikai feltételek hiányosak torzult a pedagógiai szemlélet nincs pénz kevés bentlakásos intézmény kiegész egészségügy nem partner mentálhigiénés szemlélet hiánya nincsenek reintegráló, rehabilitációs programok nincs addiktológiai osztály nincs együttműködés szerhasználók rossz helyen

Lehetőségek		
Társadalmi csoport	Hatósági csoport	Egészségügyi csoport
<ul style="list-style-type: none"> • Rendőrségi együttműködések (D.A.D.A.) • Önkormányzattal való együttműködések • Működő KEF-ek • Közös alap (fogalom, szándékok) • Drogambulanciák, rehab. programok • Anonim segélyszolgálat • Politikai lobby • Kortárs-segítők • Kapcsolatrendszer bővítése, drogambulancia • Média • Civil szféra bevonása • Jogalkalmazás, jogalkotás, • Ellátórendszer bővítése • Prevenció-hiány • Eszköz-, intézmény-rendszer kialakítása • Képzések • Drogambulancia • Információ és kommunikáció (megyei drogportál) 	<ul style="list-style-type: none"> • Szélesebb körű tájékoztatás-BV • A meglévő lehetőségek jobb kihasználása • A prevenció folytatása • Tanterembe illesztve a prevenció • Civil szféra bekapcsolása • Globális látásmódú szakemberek • Fogalmak és szerepek tisztázása • Önkormányzati szerepek • hangsúlyozása • Együttműködés • KEF operativitása 	<ul style="list-style-type: none"> • visszafordítható a folyamat • szakemberképzés • meglévő területek összefogása • konzultációs, rehabilitációs intézmények hangsúlyozása • szélesebb körű segítségnyújtás • forrásteremtés • mentális egészség javul • érintett szakemberek bevonása • drogambulancia létrehozása • megkereső tevékenység • alkohol betegek számára ambuláns v. bentlakásos intézmény • ártalomcsökkentés • közös pályázat • gyermekpszichiátria • tini drogterápia • érzékenyítő tréning eü.dolgozóknak (orvosoknak) • védett munkahelyek • gyógykezeléshez kapcsolódó klubmozgalom • közös nyelv- és konszenzus

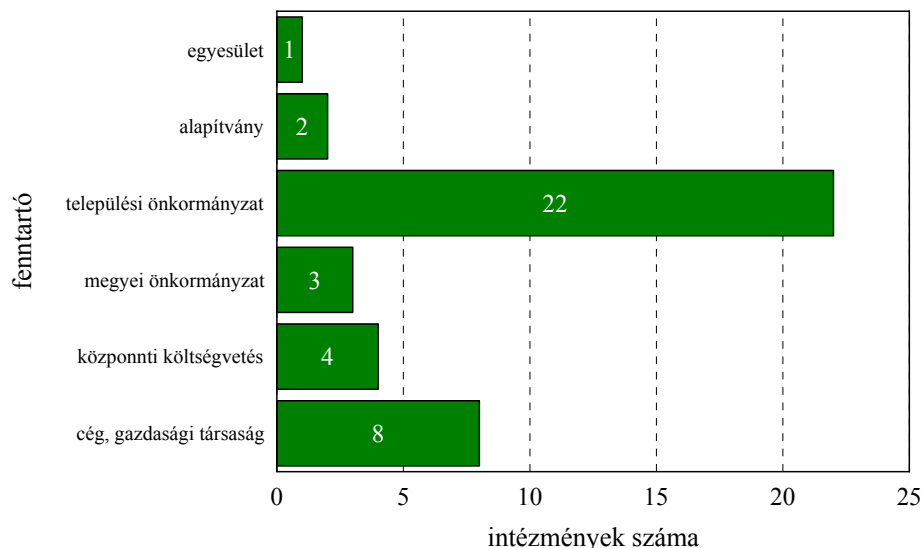
Veszélyek		
Társadalmi csoport	Hatósági csoport	Egészségügyi csoport
<ul style="list-style-type: none"> • Kriminlizáció (nincs eredmény) • Még több börtön • Negatív előítélet • Probléma kezelhetlensége • Nagyfokú bizalmatlanság • Probléma láthatatlansága • Súlytalanná válik az igyekezet • Hatóság rátelepül a szervezetekre • Nem sikerül oldani a bizalmatlanságot • Közömbösség • „Kései segítség” (kompetencia-határok) • Társadalmi előítéletesség • Társadalmi kezelés elmaradása • Papirmunkában leadminisztrálják 	<ul style="list-style-type: none"> • Börtönbe kerülő drogosok -növekvő feladat • Pénzhiány • Túldramatizálás elfedi a többi problémát • Stigmatizáció • Szkepticizmus • Káosz, kezelhetlenség • Ambivalencia -irányelvek hiánya • Gazdasági verseny a megoldásban • Önkormányzatok felkészültsége 	<ul style="list-style-type: none"> • nő az ellátatlanok száma • infantilizálódás • metadon kezelés mint veszély • más gyógyszerre szoktatás • romlik a fiatalok eü.és mentális egészsége • elveszik a kliens • generációk károsodnak • a kezelés kórházba szorul • nem adekvát segítségnyújtás • visszaélés a pályázatokkal • nő a munkaképtelenek száma • kiégett szakemberek • egy intézmény létrehozása nem old meg egy társ. problémát

5. KÉRDŐÍVES ELEMZÉS

A kutatás során több mint 300 megyei humánszolgáltató intézménynek, vállalkozásnak (orvosi rendelők, nevelési tanácsadók, művelődési házak, védőnői szolgálatok, családsegítők, kórházak, hatóság, média) és civil szervezetnek küldtük ki az önkitöltős kérdőívet a helyzetfeltárást kiegészítendő információk érdekében. Megadott határidőre a kérdőíveket az intézmények, szervezetek 12 százaléka küldte vissza. Jelen kiegészítő jelentés a 40 megyei intézmény/szervezet válaszainak összesítését tartalmazza.

A kérdőívet visszaküldő intézménynek és szervezetnek több mint a fele települési önkormányzatok által fenntartott intézmény, ezek köre elsősorban a családsegítő és gyermekvédelmi szolgálatokból, védőnői szolgálatokból, szociális intézményekből és művelődési intézményekből tevődik össze. Nyolc szervezet valamilyen egészségügyi szolgáltató gazdasági társaság (Bt., Kft.), melyek családorvosi rendelőket működtetnek a megyében. Négy közvetlen állami (központi) költségvetés által fenntartott intézmény, három közvetlenül a megyei önkormányzat által fenntartott intézmény és szintén három szervezet a civil szférában dolgozik.

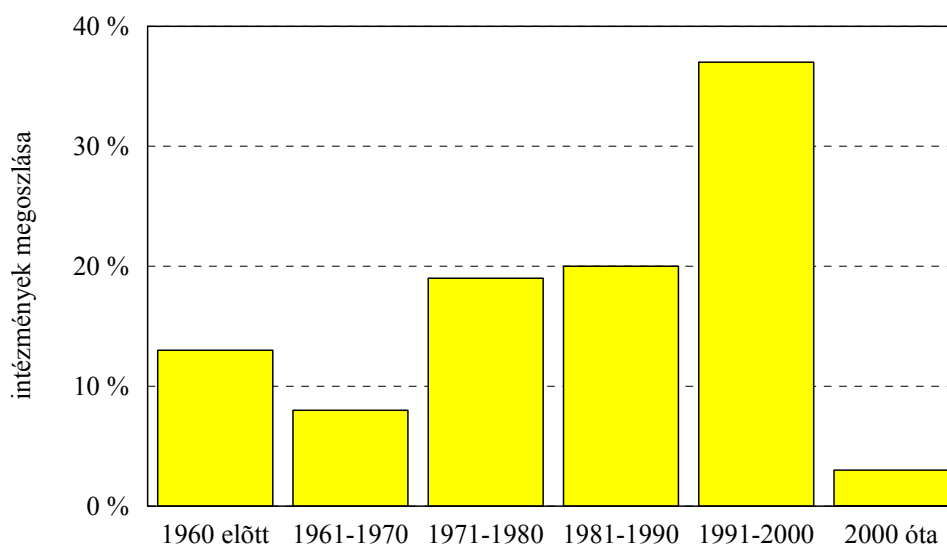
A vizsgált intézmények fenntartói



A vizsgált intézmények és szervezetek 60 százalékát 1980 után alapították, az önkormányzati intézmények fele és – természetesen – mindegyik társadalmi és gazdasági

szervezet is ebben az időben kezdte meg működését. 10 évenkénti ciklusokat nézve a legintenzívebb intézményalapítási időszak a 90-es évek volt, az általunk elemezett szervezetek közül a legtöbbet ekkor alapították.

A vizsgált intézmények alapítása éve



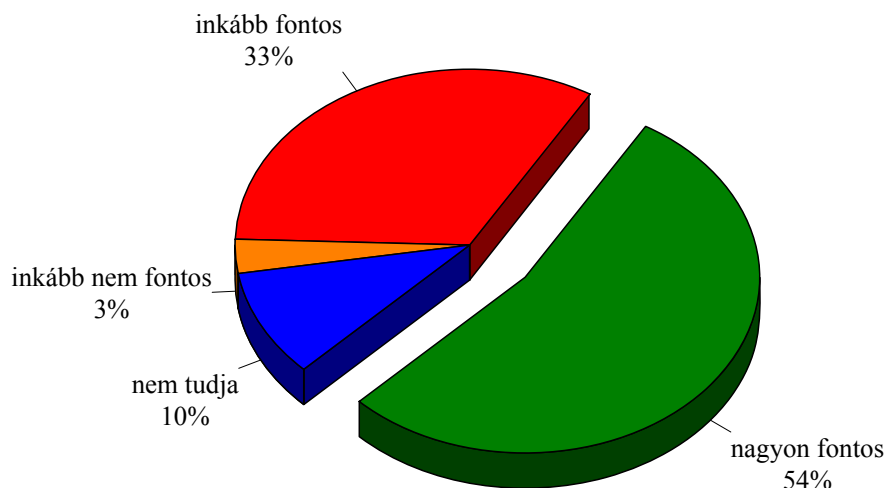
Az intézmények egymás közötti munkakapcsolata és az együttműködések a megyében gyengének minősíthető. Csak 14 szervezet (egyharmad) mondta, hogy helyi szinten együttműködik valamilyen más szervezettel. Megyei szintű együttműködésekről 11 szervezet számolt be, országos partnerekkel pedig – saját bevallásuk alapján – csak heten állnak kapcsolatban a vizsgált 40 szervezetből. Külföldi szakmai partnerkapcsolatot mindössze két intézmény tudhat magáénak.

Az együttműködő partnerek között a székesfehérvári RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálatot, a helyi Családsegítő Központokat, az ÁNTSZ-t, a pszichiátriai és addiktológiai gondozókat, a megyei rendőr-főkapitányságot, a dunaújvárosi Egészségmegőrzési Központot, a Vám- és Pénzügyőrséget, a Pártfogó Felügyelői Szolgálatot és a rehabilitációs intézeteket említették gyakrabban, ezek a megyei drogellenes küzdelem legfontosabb intézményei.

Idén nyáron a megyei önkormányzat kezdeményezésére megalakult a Fejér Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Arra a kérdésre, hogy mennyire tartják fontosnak, hogy a megyében működjön egy ilyen Fórum a 40 intézménynek több mint a fele (22) nagyon fontosnak tartja, további 13 szerint inkább fontosnak tekinthető, a bizonytalan válaszolók száma négy, és egy olyan szervezet volt, amely szerint nem annyira fontos egy ilyen testület

létrejötté, működése.

Mennyire tartja fontosnak, hogy a megyében működjön a KEF?



A megyei KEF szerepét és munkáját elsősorban az egységes megyei drogprevenciós koncepció és a globális, komplex megoldási alternatívák kidolgozásában látják a megyében működő szervezetek. Hangsúlyosan jelent meg a helyi kezdeményezések közötti koordinálás, hathatós szakmai segítségnyújtás (szakirodalom, oktató filmek) és tájékoztatás fontossága is. Mint koordináló szervezetnek szerepet látnak megyei KEF-nek a szervezetek közötti együttműködések ösztönzésében mind a programszervezés, mind a problémafeltárás kapcsán. Ezen felül az összehangolt munka és segítségnyújtás a szervezetek szakmai munkája szempontjából is szükséges lenne, mivel a válaszadók szerint csak így érhetőek el eredmények a kábítószer-használat feltérképezésében és a kábítószer-fogyasztás megyei visszaszorításában. Többen a megyei KEF feladatának tekintenék a megyei tendenciák nyomon követését, a prevenció területén működő szervezetek nyilvánosságának biztosítását és anyagi támogatását, illetve a megyei szinten működő drogambulancia létrehozásának elősegítését is.

6. SZOLGÁLTATÁSOK, INTÉZMÉNYI PROGRAMOK

A szervezetek tevékenységi területei négy részre bonthatóak. Az első a szociális és gyermekvédelmi alapellátás törvény által előírt szolgáltatási területei, így ide tartozik a családsegítés, a házi segítségnyújtás, ápolás – gondozás és a gyermekek veszélyeztetett állapotának megelőzése. A második terület az egészségügyi alapellátás résztvevői által kifejtett szakmai munka, amelyhez a háziorvosi szolgálat, a védőnői szolgálat, egészségmegőrzés, egészségfejlesztés, prevenció és tanácsadás sorolható. A harmadik kör a fiatal és felnőtt lakosság kulturális, művelődési, szabadidős és sportolási lehetőségeit előmozdítani célzó törekvésekkel írható le, ide tartoznak a művelődési intézmények és civil szervezetek által biztosított programok. Negyedik csoportként pedig a bűnüldözői, rendészeti, illetve bűnmegelőzési, közbiztonsági tevékenységek vannak jelen.

A válaszadók negyedénél (11 intézmény) tartoznak az alkoholbetegek az intézmény tevékenységének célcsoportja közé, ezek közül hét települési önkormányzat által fenntartott szervezet, további négy pedig valamilyen egészségügyi szolgáltató. Csellengő gyermekekkel 15 szervezet foglalkozik, a megyei fenntartású intézményeken kívül itt minden más szervezeti formátumú intézménnyel találkozunk. Fiatalokkal általános értelemben a válaszadó szervezetek közül harmincan foglalkoznak szervezeti formára való tekintet nélkül. A fogyatékkal élő emberek tizenhét szervezet tevékenységi körébe tartoznak, ezek túlnyomó többségben önkormányzati intézmények.

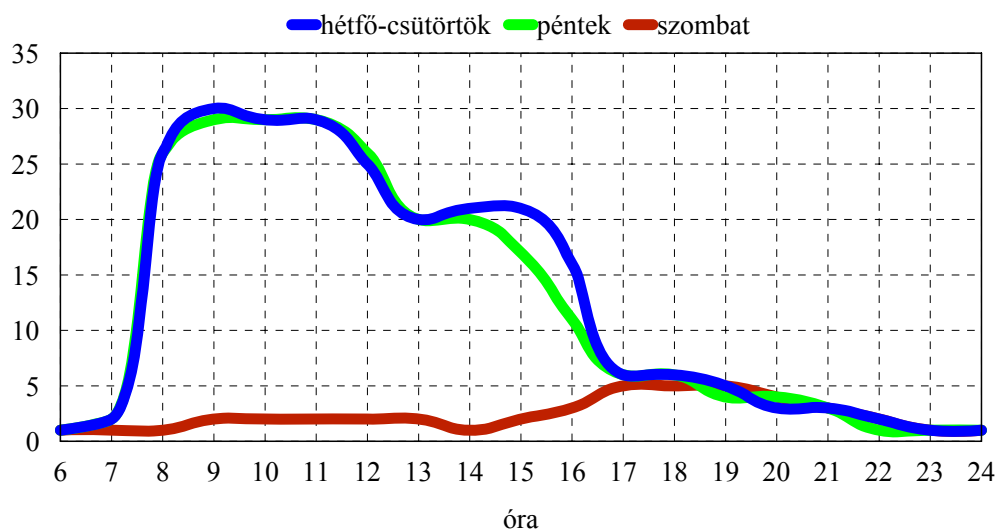
Csoport	Hány szervezetnek a célcsoportja
Fiatalok	31
Idősek	17
Fogyatékkal élők	17
Más hátrányos helyzetű emberek	17
Csellengő gyermekek, fiatalok	15
Nők	16
Szegények	15
Munkanélküliek	15
Nemzeti, etnikai kisebbségek	14
Pszichés problémával rendelkezők	14
Valamilyen más betegséggel rendelkezők	13
Alkoholbetegek	11
Kábítószer fogyasztók	8
Hajléktalanok	6

Hajléktalanokkal csupán hat szervezet foglalkozik, ezekből három önkormányzati, egy állami és kettő gazdasági szereplő. Idősekkel tizenhét szervezet, zömében települési önkormányzatok által fenntartott intézmények foglalkoznak. A kábítószer fogyasztók a beérkezett válaszok alapján nyolc szervezet „illetékességi” területébe tartoznak, emellett figyelemre méltó, hogy további hat szervezet ezt a kérdést illetően nem adott biztos választ, vagyis úgy nyilatkozott, hogy nem tudják, hogy a kábítószer problémával küzdőkkel foglalkozniuk kell-e.

A munkanélküliek, illetve a nemzeti, etnikai kisebbségek a válaszadók közül 14-15 szervezethez fordulhatnak problémáikkal. A pszichés problémákkal küzdő emberekkel 14, szegényekkel és nőkkel 15-16 szervezet foglalkozik. Egyéb más betegséggel rendelkező emberek tizenhárom, illetve egyéb hátrányos helyzetűek tizenhét szervezethez fordulhatnak.

Az intézmények heti ügyfélfogadási rendje általában hétfő és péntek közé eső napokra esik, s mindössze hét intézmény nyilatkozott úgy, hogy szolgáltatásaikat szombaton, és két intézmény úgy, hogy vasárnap is igénybe vehetik az ügyfelek. Ügyfélfogadási idejük nagyrészt a 7.30 és 8.00 órai időpontokban kezdődik, és hétfőtől csütörtökig 16.00 óráig, pénteken pedig 12.00-14.00 óráig tart. Ettől eltérőt a művelődési intézmények körében találunk, amelyek akár 21.00 és 22.00 óráig is nyitva vannak az érdeklődők előtt. A vizsgált intézményre vonatkoztatva az alábbi diagram mutatja az elérhető intézmények számának óránkénti alakulását.

A kliensek által elérhető intézmények számának óránkénti alakulása



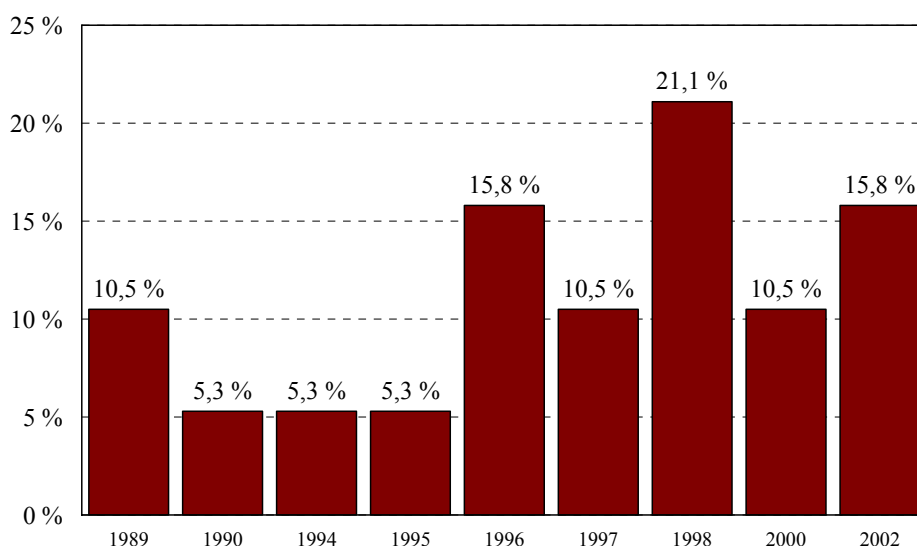
Az intézmények ügyfélfogadási rendje három időszakra bontható: délelőtti órák (8 és 12 óra között), kora délután (12 és 16 óra között), valamint a kora este (16 és 19 óra között). Az első időszakban gyakorlatilag mindegyik fogad, az utolsóban már csak néhány. Mint a fenti diagramból is jól látszik, a legtöbb szolgáltatás abban az időszakban lenne elérhető a potenciális kliensek (alkohol és drogbetegek) számára, amikor az iskolában vannak, vagy éppen dolgoznak. Mire a problémával küzdők szabadidejükben eljutnának ezekhez az intézményekhez, többségüket már zárva találják. Különösen rossz a helyzet hétvégén, ami a nyitva tartás tekintetében gyakorlatilag már péntek kora délután elkezdődik.

Megkértük az intézmények képviselőit, hogy tapasztalataik alapján osztályozzanak társadalmi problémaköröket aszerint, hogy mennyire súlyosak ezek a problémák a megyében. Legsúlyosabb problémának a válaszadók a lakáshoz jutás, a dohányzás, az alkoholizmus és a munkanélküliség problémáját tekintik. Ezeket követik a táplálkozási szokások, a hagyományos értékek válsága, a környezeti problémák és a tömegközlekedés helyzete. A bűnözés terjedése, a kábítószer-fogyasztás, a szolgáltató intézmények állapota és a hajléktalanok ügye közepesen vagy kis mértékben súlyos problématerült Fejér megyében a válaszadó intézmények alapján.

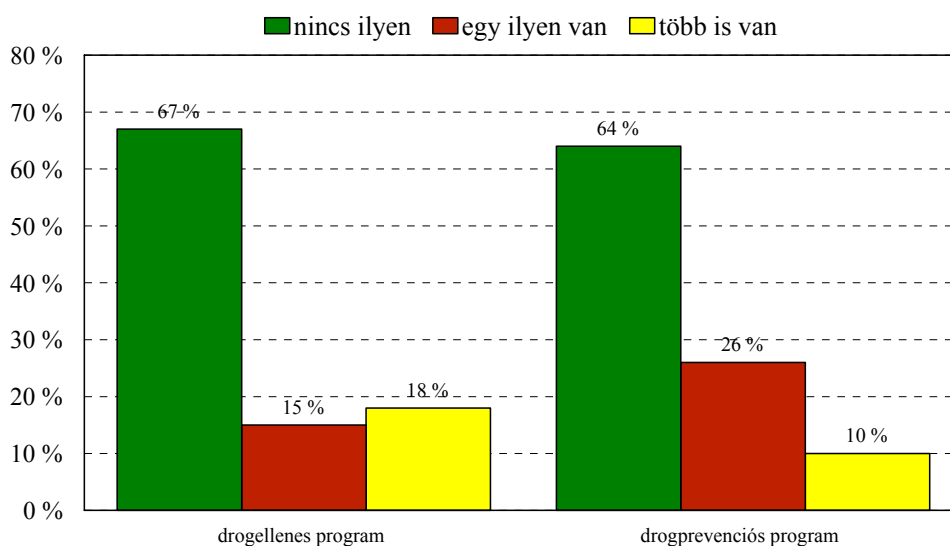
A megyei humánszolgáltató intézmények döntő többsége csak a kilencvenes években találkozott először a drogproblémával, azon belül is elsősorban az évtized második felét jelölték meg a legtöbben. A problémacsoportot tekintve a többség elsősorban fiatalok egyes speciális részcsoportja körében érzékelte a drogproblémát (pl. állami gondozásból kikerült fiataloknál, átmeneti nevelésből kikerülőknél, sorkatonáknál, szerződéses katonáknál, hátrányos helyzetű szülők gyerekeinél).

Arra a kérdésre, hogy van-e a vizsgált szervezeteknek olyan programja, szolgáltatása, kezdeményezése, amely kifejezetten a drogproblémával (kábitószer, alkohol, dohányzás) küzdőket célozza meg, az intézmények harmada válaszolt igennel, egyötödüknek több ilyen szolgáltatása is akad. Olyan program, kezdeményezés, amely a drogproblémán belül kifejezetten a drogrevenzióval foglalkozik, 35 százalékuknak van, öt szervezet nyilatkozott úgy, hogy több ilyen programot is működtet. Ahol csak egyféle drogellenes program fut, ott az esetek felében ez a program prevenciós jellegű, ahol több drogellenes program is él, több mint 50 százalékban több drogrevenziós szolgáltatás is van, vagyis a drogproblémával foglalkozó szervezetek elsősorban drogrevenzióval foglalkoznak.

Az intézmények melyik évben találkozott először a drogproblémával?



**Van az Önök szervezetének olyan programja, szolgáltatása, amely a drogproblémával küzdőket célozza meg?
És olyan, amely a drogprevencióval foglalkozik?**



A vizsgált szervezetek által végzett drogellenes tevékenységek, biztosított szolgáltatások részletes struktúráját elemezve kiderült, hogy az intézmények, szervezetek fele folyamatos vagy eseti jelleggel végez egyéni segítő beszélgetéseket, illetve tart preventív előadásokat. Többen részt vesznek az iskolai preventív programok szervezésében, lebonyolításában illetve azt is felvállalják, hogy megfelelő helyi (intézményi) ellátás hiányában más szakemberekhez továbbítják az érintetteket. Mentálhigiénés programok szervezését, önismereti csoportok működtetését, pszichológiai tanácsadást, hozzátartozókkal való foglalkozást, konzultációs lehetőséget szakembereknek illetve orvosi vizsgálatokat 12 intézmény nyújt a kérdőívet visszaküldők közül.

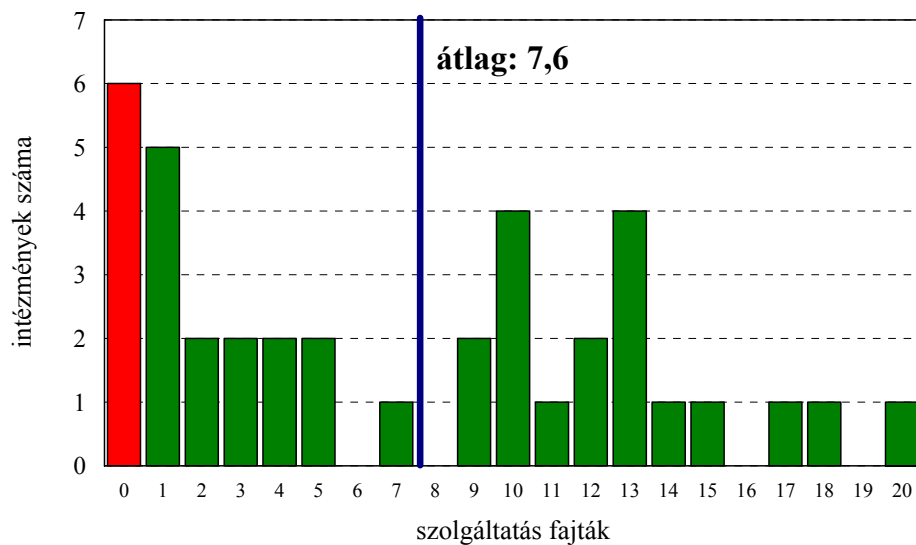
	Folyamatosan nyújtja	Eseti jelleggel nyújtja	Összesen
0. Egyéni segítő beszélgetés	11	12	23
1. Preventív előadások	7	13	20
2. Szabadidős programok szervezése	15	4	19
3. Iskolai drogprevenációs programok	8	10	18
4. Szakemberhez továbbítás	5	13	18
5. Szakellátás keresése	3	11	14
6. Mentálhigiénés programok szervezése	5	7	12
7. Önismereti csoport	2	10	12
8. Pszichológiai tanácsadás	5	7	12
9. Hozzátartozókkal való foglalkozás	4	8	12
10. Konzultációs lehetőség szakembereknek	2	10	12
11. Orvosi vizsgálatok	6	6	12

12. Beutalás szakrendelésre	5	6	11
13. Adatbázis, információs szolgáltatás	4	7	11
14. Tanácskozáások, fórumok szervezése	3	7	10
15. Továbbítás	0	10	10
16. Személyiségfejlesztés	5	4	9
17. Családterápia	3	5	8
18. Képzések, továbbképzések szervezése	3	5	8
19. Bűnmegelőzési program	3	4	7
20. Gyógykezelés	4	2	6
21. Kínálatcsökkentés	1	4	5
22. Eljárás indítása	3	2	5
23. Szupervízió	2	3	5
24. Önsegítő klubok, csoportok működtetése	2	2	4
25. Kortárssegítő képzés	2	2	4
26. Relaxációs autogén tréning	0	4	4
27. Alacsonyküszöbű szolgáltatások	0	3	3
28. Akupunktúrás kezelés	2	1	3
29. Gyógyító bentlakásos szolgáltatás	0	1	1

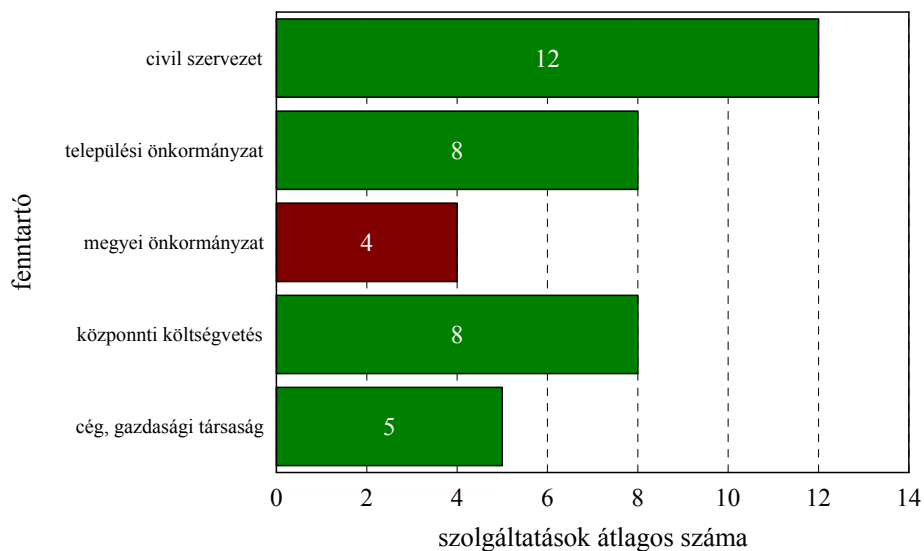
Több olyan drogsegítő terület, szolgáltatás van, amely kifejezetten ritkán és/vagy kevesek számára hozzáférhető a megyében, ilyen a szupervíziós lehetőség, az önsegítő klubok, csoportok működtetése, a kortárssegítő képzés, a relaxációs autogén tréning. Alacsonyküszöbű szolgáltatást mindössze három szervezet nyújt, csakúgy, mint akupunktúrás kezelést, és gyógyító bentlakásos (rehabilitációs) intézmény mindössze egy van a megyei intézmények között. Drogambulancia egyáltalán nincs.

Az elemezett intézmények az általunk felsorolt 30 lehetséges drogellenes tevékenységből, szolgáltatásból átlagosan 7-8-at nyújtanak. Fenntartó szerint vizsgálva a nyújtott drogsegítő szolgáltatások számát, a legtöbbféle drogsegítő szolgáltatást a civil szervezetek nyújtják (az intézményenkénti átlag 12), s a legkevesebbet a megyei intézmények (átlagosan négyféle szolgáltatás, program).

Az intézmény által nyújtott drogsegítő szolgáltatások száma



Az intézmények által nyújtott drogsegítő szolgáltatások átlagos száma



A legjellemzőbb problémák, kérdések, amelyekkel a kliensek felkeresik a megyei intézményeket általában az intézmény profiljának megfelelő, a segítségért fordulók "jó ajtókon kopogtatnak". A családsegítő és gyermekvédelmi intézményeket a drogozás tüneteiről, a kezelés lehetőségeiről, a bentlakásos intézményekről szóló információkéréssel keresik. A bűnüldözési szerveket a kábítószer jelenlétének vélt vagy valós észlelésekor, elsődleges nyomozati cselekményeknél keresik, a gyógyításban közreműködő

Szenvedélybeteg-segítő Szolgálatot és Addiktológiai Gondozókat tipikusan a függőséggel kapcsolatos problémákkal, az orvosokat pedig a konkrét egészségügyi problémákkal keresik a kliensek. A szervezetek által kínált megoldási módokat, reakciókat az alábbi táblázat tartalmazza.

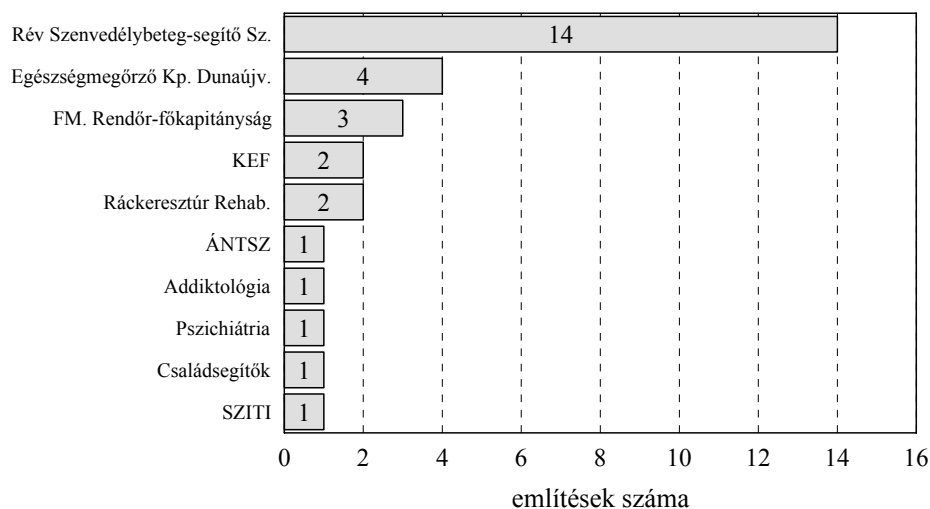
Legjellemzőbb problémák, kérdések amelyekkel a kliensek felkeresik	Milyen megoldást kínálnak az intézmény
Családsegítő és gyermekvédelmi intézmények	
<ul style="list-style-type: none"> • információkérés a drogozás tüneteiről, a kezelés lehetőségeiről, bentlakásos intézményekről • kezelés kérése 	<ul style="list-style-type: none"> • beutalási lehetőség Budapesten, v. egyéb településen (gyógyító, bentlakásos intézmény keresése) • szakellátás keresése • mentálhigiénés programok szervezése pályázati forrásból • egyéni és csoportfoglalkozások szervezése • Anonym Alkoholisták klubja • Preventív célzatú szabadidős klub csellengő fiataloknak, programok • Önismereti csoport középiskolásoknak • Pszichológiai tanácsadás felnőtteknek
Bűnmegelőzési intézmények, bűnüldözési szervezetek	
<ul style="list-style-type: none"> • elsődleges nyomozati cselekmények, az illetékes rendőrkapitányság értesítése • ítéletek • kábítószer jelenlétének érzése, vagy észlelése a szülők, pedagógusok részéről. 	<ul style="list-style-type: none"> • kínálatcsökkentés (a városban lévő dealerek feltérképezése, elfogása, a kábítószeres lefoglalása) • megelőzés (prevenációs előadások szülőknek, pedagógusoknak, prevenációs programok üzemeltetése általános- és középiskolás körökben, prevenációs rendezvényeken való részvétel) • a szülők, pedagógusok szakemberhez irányítása • eljárás indítása bűncselekmény elkövetése okán • D.A.D.A program • általános bűnmegelőzési program
Addiktológiai Gondozók, orvosi rendelők	
<ul style="list-style-type: none"> • függőséggel kapcsolatos problémák (csökkentés és abbahagyás) • háttérben megbúvó mentális problémák • egészségügyi probl. (abuzusokhoz kapcsolatos belgyógyászati, neurológiai tünetek) • kapcsolati problémák (szülőkkel, iskolával, párkapcsolat, munkahely, hatóságok) • tanácskérés (rokonok, hozzátartozók, ismerősök részére) • konzultációs igény (külső szakemberek részére) • egyéb pszichiátriai tünetek kezelése (szorongás, depresszió, megvonásos tünetek, fóbiák, kommunikációs zavarok) • alkohollal kapcsolatos problémák 	<ul style="list-style-type: none"> • egyéni segítő beszélgetés • hozzátartozókkal való foglalkozás • segítőmunkában dolgozókkal, háziorvosokkal, védőnőkkel speciális lakóotthon lakóival, idősek otthonában élő szenvedélybetegekkel foglalkozás • a gondozó a gyógyszeres és pszichoterápiás egyéni foglalkozást ajánlja fel • relaxációs autogén tréning • akupunktúrás kezelés • önismereti csoport, mentálpedagógiai csoport • konzultációs lehetőség betegeknek, hozzátartozóknak, szakembereknek • képzési anyagok, tesztek, kérdőívek • orvosi vizsgálat, egyéb vizsgálatokra utalás • gyógykezelés, elvonó kezelésre utalás • kapcsolattartás az érintettekkel és a segítő szervezetekkel • pszichés ráhatással lehet a betegre • alapkivizsgálást végezhet • a megfelelő kórházi ellátáshoz beutalót adhat • a tünetek megszüntetéséig tudnak közreműködni

Természetesen vannak olyan esetek, amikor az adott intézményhez, szervezethez forduló kliensnek nem tudnak segíteni kompetencia vagy egyéb feltételek hiánya miatt. A megkérdezett intézmények egynegyedénél bevallottan előfordul, hogy nem tudnak segíteni a hozzájuk fordulónak. Sajátos helyzet, hogy éppen azok a szervezetek nyilatkoztak az átlagnál többféle szolgáltatásról, melyeknél előfordul, hogy nem tudnak segítséget nyújtani a drogtémában hozzájuk fordulónak. A családsegítőknél és a gyermekvédelmi munkatársaknál tipikusan ilyen, hogy a szenvedélybeteg családtagjának az érintett betegségbelátásának hiányában nem tudnak megoldást javasolni, de az is előfordult, hogy nem találtak olyan szakellátót, amely a fiatalokat elvonó kezelésre befogadná, illetve fordultak már hozzájuk gyógykezelés igényével is. Az addiktológiai gondozónak nehézséget okoz a rehabilitációs intézetekben való elhelyezés (kevés intézmény, nehézkes kapcsolattartás) és az is jellemző tapasztalat, hogy a kábítószerfüggő fiatalok nem szívesen vállalják az elvonó kezelést a zárt pszichiátriai osztályon, addiktológiai osztály pedig nincs a megyében. A RÉV Szendélybeteg-segítő Szolgálat saját kompetenciáján belül nem tud mit tenni, amikor orvosi ellátásra, kórházi ápolásra van szükség, illetve amikor ezt a segítséget az érintett nem hajlandó elfogadni. Az orvosok tapasztalata, hogy a drogprobléma az egészségügyi alapellátás keretében nem megoldható, olyan team-munka lenne szükséges, amelyben részt vesz minden érintett szereplő (szülőktől a pedagógusokon keresztül a szakellátókig), ám ez csak akkor valósítható meg, amikor a beteg kíván együttműködni. A nevelési tanácsadónál is jellemző probléma, hogy az intézményi hiányosságok miatt nem találnak a kamaszok számára bentlakásos vagy ambuláns egészségügyi ellátó intézményt a közelben.

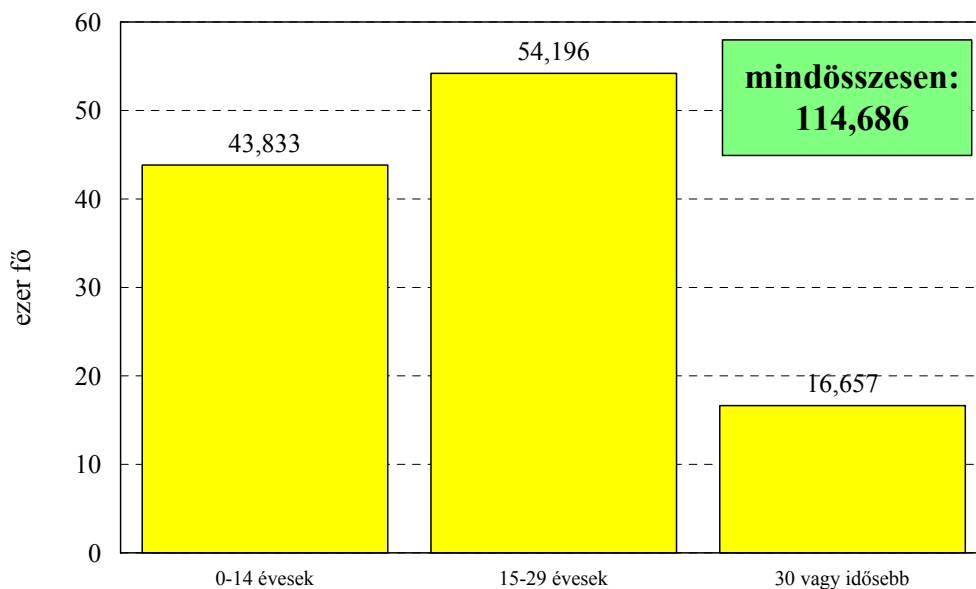
Arra a kérdésre, hogy nevezzenek meg olyan megyei szervezeteket, intézményeket, amelyek jelentős pozitív hatással vannak a megyei droghelyzet alakulására, a legtöbben a Rév Szendélybeteg-segítő Szolgálatot említették, ezt követi a dunaújvárosi Egészségmegőrző Központ. Jellemző a válaszoló humánszolgáltató intézmények tájékozatlanságára, hogy közülük többen is ismerni vélik a fehérvári drogambulanciát, ami nyilván egy másik szervezettel való összetévesztésről szól.

A kutatás során vizsgált intézményekben a tavalyi évben összesen kb. 114.700 kliens fordult meg. Mindebből 43 ezer a gyermekek (0-14 évesek), 53 ezer a fiatalok (15-29 éves) száma, vagyis a kérdőívet visszaküldő humánszolgáltató intézmények klienseinek 83 százaléka 29 év alatti. (A 15 év alatti gyermekeké 37 százalék). A kliensforgalom kérdésében az is további fontos információ, hogy adatot a csak szervezetek fele tudott szolgáltatni a tavalyi évről, a többiek pontos statisztikák hiányában még becslésre sem vállalkoztak.

A megyei droghelyzet alakulására jelentős pozitív hatással bíró szervezetek említési száma



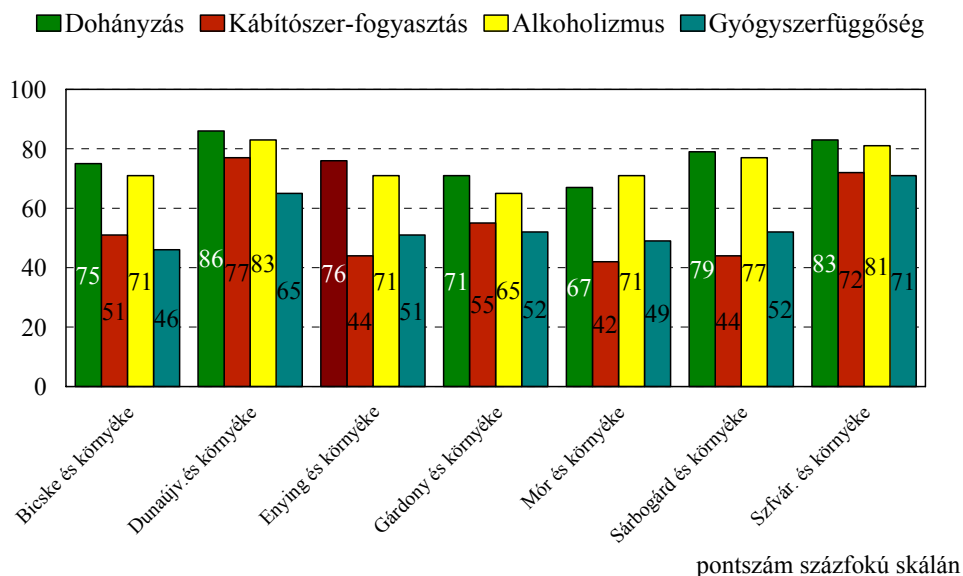
A kliensek száma a tavalyi évben



7. STRATÉGIAI TERVEK

Fejér megye egyes kistérségeinek drogproblémában való érintettségét a megkérdezett intézmények szerenként és területenként eltérőnek ítélik. Jellemző tendencia, hogy a négyféle drogcsoport közül a dohányzás probléma-indexe a legmagasabb, ezt követi az alkoholprobléma vélt nagysága, majd a kábítószer és végül a gyógyszerfüggés érintettsége. Az is jellemző, hogy területileg a két megyei jogú várost és környékét tartják leginkább érintettnek a drogproblémában a válaszoló intézmények.

Fejér megye egyes térségeinek vélt érintettsége a drogproblémában

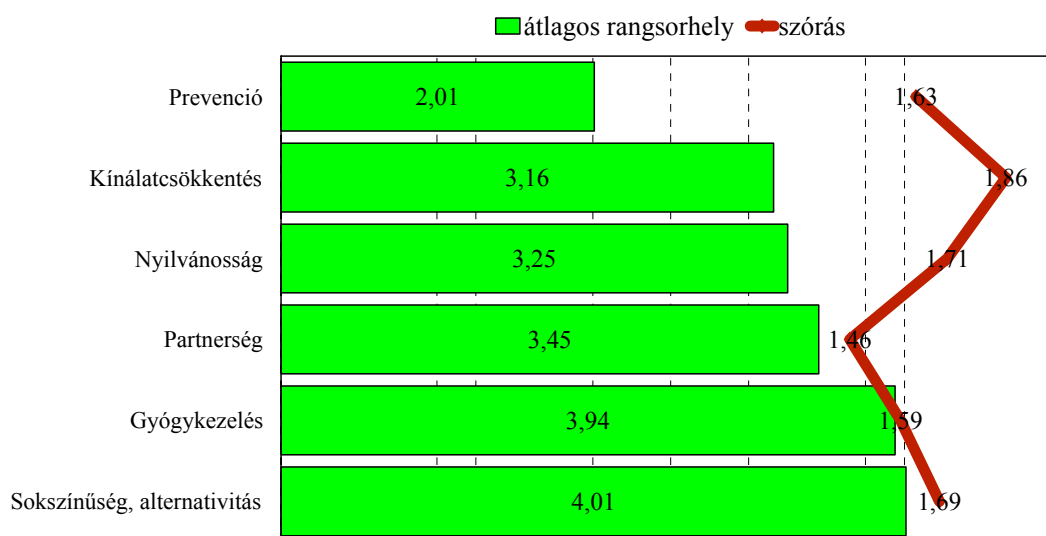


Ahhoz, hogy a készülő megyei drogellenes koncepció egységes legyen, szükség van alapelvek meghatározására. Az országos drogellenes stratégia a kínálatcsökkentést, a drogprobléma társadalmisítását (nyilvánosság), a prevenciót és gyógykezelést jelölte meg legfontosabb rendező elvként. Mi ezt kiegészítenénk a partnerség és az alternatívitás (sokszínű szolgáltatások) fogalmával. Mivel az egyes alapelvek nem egyformán súlyosak, arra kértük a válaszolókat, hogy rangsorolják a hat - a lehetséges koncepció alapelveihez tartozó - fogalmat egymáshoz képest, fontosság szerint.

A legtöbben (52 százalék) a prevenciót sorolták az első helyre, számukra

egyértelműen ennek kell lennie a megyei drogellenes koncepció legfontosabb alapelveinek. Ezt követi a kínálatcsökkentés majd a nyilvánosság kérdése. Ha az átlagos rangsorhelyeket nézzük, a kérdezett szervezetek szerint a koncepcióban hangsúlyosan meg kellene jeleníteni, tehát a prevenció kérdését, és ennek megítélése meglehetősen egységes volt (alacsony a válaszok szórása). A kínálatcsökkentés, a nyilvánosság és partnerség általában a sorrend közepén, a gyógykezelés kérdése és a sokszínűség fogalma pedig egyértelműen a sorrend legvégére került a tervezett megyei drogellenes koncepció alapelvei között. Ha összességében nézzük a helyezések átlagait, akkor a következő ábrán bemutatott sorrendet kapjuk (itt értelemszerűen az alacsonyabb átlagpontszámok jelzik a nagyobb fontosságot). Érdekes megnézni a válaszok szórását is, látható, hogy leginkább a kínálatcsökkentés kérdésének megítélésében voltak megosztottak az intézmények (a válaszok legmagasabb szórása), legkevésbé pedig a partnerség megítélésének kérdésében.

A drogellenes koncepció alapelveinek fontossági sorrendje



A jelenlegi működési feltételek mellett arról is nyilatkoztak a szervezetek, hogy megfelelő anyagi stb. feltételek esetén milyen feladatokkal lenne szükséges bővíteni a drogproblémával való foglalkozást Fejér megyében, illetve a saját intézményükben.

Jellemző, hogy az intézmények, szervezetek többsége megfelelő feltételek esetén bővítené jelenlegi szolgáltatási kínálatát, úgy gondolják, hogy új vagy új típusú szolgáltatást, feladatot kellene bevezetniük. Ezek a feladatok, programok egyrészt a szakmai és

humánkapacitás erősítését (státusz-teremtés), másrészt együttműködési formák létrehozását, harmadrészt új intézmény alapítását célozzák a hagyományos szolgáltatások fejlesztése mellett. Az intézménytípusok által adott válaszokat az alábbi táblázat tartalmazza.

Szervezet	Új feladat az intézményen belül
családsegítő és gyermekjóléti Intézmények	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ önszegítő csoport családtagoknak, önszegítő csoport alkoholbeteg szülők gyerekeinek ⇒ önszegítő klubok ⇒ személyiség fejlesztő tréningek ⇒ pár és családterápia ⇒ prevenciós programok ⇒ megfelelő információáramlás, ⇒ szakmai programok, szakmai anyag
családorvosok	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ a háziorvosi praxisban sokan nem terveznek szolgáltatást bővíteni, fejleszteni ⇒ címjegyzék gyűjtése a szolgáltatásokról, segítő helyekről ⇒ drogprevenciós előadások ⇒ tájékoztatók ⇒ védőnői tanácsadóval aktívabb kapcsolat
művelődési házak	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ prevenciós szakember felvétele ⇒ állandó információs szóróanyagok és elérhetőségek ⇒ akcióknak helyszín biztosítása ⇒ ifjúsági programok szervezése ⇒ olyan munkatársa foglalkoztatása, aki ezzel a problémával foglalkozik, segítséget nyújthat, ha szükséges ⇒ pszichológus alkalmazása
hatóság	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ rendszeresebb értékelő-elemző munka ⇒ gyorsabb reagálás
védőnői szolgálatok	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ szórólapok, tájékoztató füzetek, videó anyagok beszerzése ⇒ egészségnevelés, felvilágosítás ⇒ minden iskolában legyen iskolavédőnő ⇒ prevenciós előadások tartása
Kórház, egészségház	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ kortárs-képzés ⇒ szülőcsoportok ⇒ drog laboratórium ⇒ drogambulancia ⇒ elterelés
civil szervezetek	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ szülők bevonása ⇒ még több szabadidős program szervezése ⇒ előadások ⇒ önismereti tréningek tartása ⇒ állandó tanácsadói szolgálat kialakítása, ⇒ prevenciós, ifjúsági programok bővítése

Arra a kérdésre, hogy mivel kellene bővíteni Fejér megyében a drogproblémával kapcsolatos szolgáltatásokat sokan mennyiségi szempont alapján válaszoltak, a jelenleg is fellelhető szolgáltatások, programok számát, koordináltságát, hatékonyságát fokoznák. A területen lévő információs problémákat jól jellemzi, hogy nem egy intézmény javasolt újként olyan városi programot, szolgáltatást, amely már évek óta elérhető.

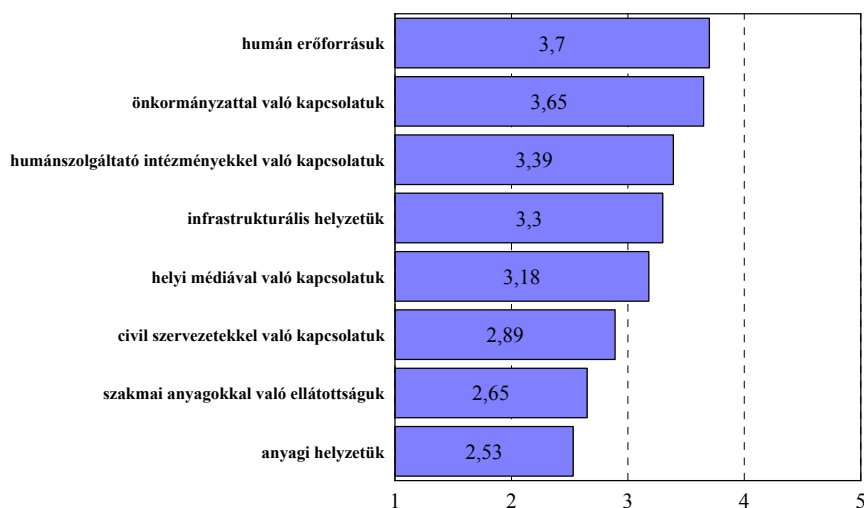
8. ERŐFORRÁSOK

A szervezeti erőforrások közül először általánosságban kérdeztünk rá, hogy hogyan látják a válaszadók a szervezetük működési feltételeit. A válaszokból az derült ki, hogy legkevésbé problémásnak a humán erőforrásokat, míg leginkább problémásnak – nem meglepő módon – az anyagi erőforrásokat tartják a válaszadók.

**Ön hogyan minősítené a saját intézményük, szervezetük működési feltételeit?
(a válaszok számában ábrázolva)**

	osztályzat					nem tudja
	1	2	3	4	5	
infrastrukturális helyzetük		5	19	10	3	1
humán erőforrásuk		2	13	16	6	1
anyagi helyzetük	6	9	18	2	1	2
szakmai anyagokkal való ellátottságuk (pl. szakkönyv, videóanyag stb.)	6	12	9	9	1	1
önkormányzattal való kapcsolatuk	1	3	12	13	8	1
humánszolgáltató intézményekkel való kapcsolatuk	2	6	10	12	6	2
helyi médiával való kapcsolatuk	6	5	6	11	6	4
civil szervezetekkel való kapcsolatuk	6	9	8	9	4	2

A szervezet működési feltételeinek minősítése



Az egyes vélemények természetesen nem függetlenek egymástól. Korrelációs

elemzéssel kimutatható, hogy milyen összefüggés van az egyes elemek között. Minél közelebb van a korrelációs együttható 1-hez, annál nagyobb az egyes elemek megítélésében mutatkozó hasonlóság.

Az alábbi táblázat ezeket az együtthatókat mutatja be. Vastaggal szedtük azokat, amelyek jelentős hasonlóságot takarnak.

A működési feltételek megítélésének korrelációs mátrixa

	infrastrukturális helyzetük	humán erőforrások	anyagi helyzetük	szakmai anyagokkal való ellátottságuk	önkormányzattal való kapcsolatuk	humán-szolgáltató intézményekkel való kapcsolatuk	helyi médiával való kapcsolatuk	civil szervezetekkel való kapcsolatuk
infrastrukturális helyzetük	1.000							
humán erőforrások	.677	1.000						
anyagi helyzetük	.334	.398	1.000					
szakmai anyagokkal való ellátottságuk	.343	.337	.496	1.000				
önkormányzattal való kapcsolatuk	.354	.427	.102	.275	1.000			
humán-szolgáltató intézményekkel való kapcsolatuk	.426	.427	.315	.521	.412	1.000		
helyi médiával való kapcsolatuk	.416	.340	.572	.484	.162	.447	1.000	
civil szervezetekkel való kapcsolatuk	.500	.538	.284	.421	.341	.546	.568	1.000

Arra is rákérdeztünk, hogy az elmúlt egy-két évben milyen változásokat látnak a szervezetek képviselői különböző területeken. A válaszokból az derült ki, hogy bár nem túl nagy változásokról számoltak be, a szervezetek anyagi helyzete számottevően romlott. Ami a javulást illeti, a legtöbben az infrastrukturális helyzetet és az önkormányzattal való kapcsolatot említették.

**Ön szerint az alábbi területeken az utóbbi egy-két évben javult, nem változott, vagy romlott a szervezetük helyzete?
(a válaszok számában ábrázolva)**

	javult	nem változott	romlott	nem tudom
infrastrukturális helyzetük	9	24	4	1
humán erőforrásuk	6	26	4	2
anyagi helyzetük	4	13	21	-
szakmai anyagokkal való ellátottságuk	7	22	8	1
önkormányzattal való kapcsolatuk	8	28	2	-
humánszolgáltató intézményekkel kapcsolatuk	5	31	-	2
helyi médiával való kapcsolatuk	5	26	2	5
civil szervezetekkel való kapcsolatuk	6	28	2	2

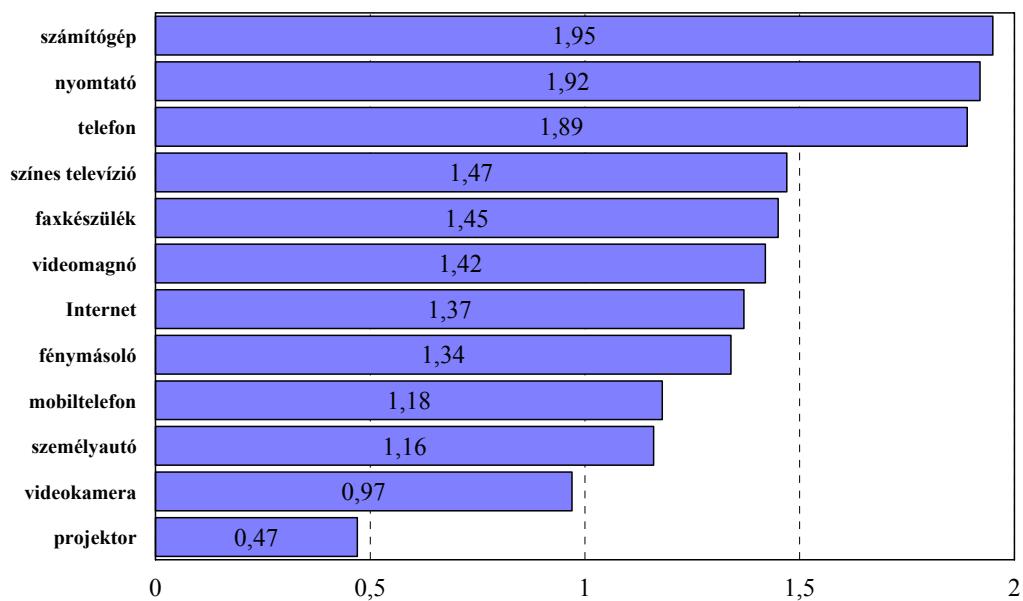
Az infrastrukturális mutatók között alapvető fontosságúak a különböző technikai eszközök. Az erre vonatkozó kérdésből az derült ki, hogy a szervezetek többsége mindössze néhány nagyobb értékű eszközhöz nem tud hozzáférni (projektor, személyautó, videokamera), a legtöbben ha kell, hozzá tudnak jutni mindenhez.

**Az alábbi technikai erőforrások közül mivel rendelkezik a szervezet?
(a válaszok számában ábrázolva)**

	Rendelkezik vele	Nem rendelkezik vele, de hozzá tud jutni, ha kell	Nem rendelkezik vele, és nem is tud hozzáférni
színes televízió	27	4	8
videomagnó	26	4	9
videokamera	13	13	13
telefon fővonal	36	2	1
faxkészülék	24	9	6
mobiltelefon	18	9	11
fénymásoló	21	11	7
számítógép	38	-	1
nyomtató	37	1	1
személyautó	18	8	12
projektor	4	12	23
Internet	22	10	7

Ha különbséget teszünk annak alapján, hogy egy szervezet rendelkezik egy adott eszközzel, vagy csak kölcsönbe esetleg bérbe tudja venni, akkor pontosabban kirajzolódik a hozzáférési lehetőségek indexe (0, ha egyáltalán nem lehet egy eszközhöz hozzáférni, és 2, ha korlátlan hozzáférés van).

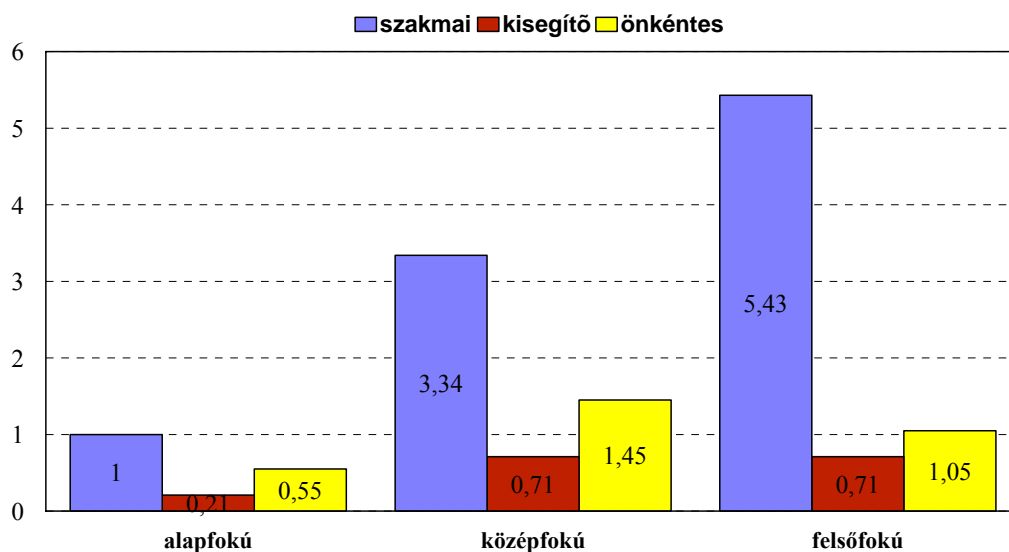
Az egyes eszközök hozzáférési mutatója



Az ábrából jól látszik, hogy a számítógép, a nyomtató és a vonalas telefon már szinte sehol nem okoz gondot, míg leginkább a projektorral vannak gondok (kérdés persze, hogy a szervezetek mindennapi munkájában mely eszközök mennyire fontosak).

Áttérve a humán erőforrásokra, a kérdőív három külön kérdésben vizsgálta a létező humán erőforrásokat a különböző végzettségi kategóriákban. Külön-külön kérdeztünk rá a szakmai munkát végzők, a kisegítő munkát végzők és az önkéntesek számára. Az alábbi ábra az egy szervezetre jutó átlagos humán erőforrásokat mutatja a három kategóriában, iskolai végzettség szerint.

A szakmai, kiegészítő és önkéntes munkát végző alkalmazottak átlagos száma végzettség szerint

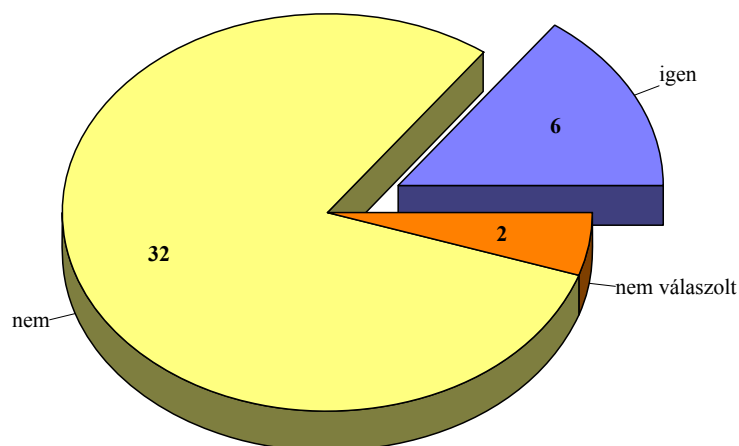


Az ábrából jól látszik, hogy a szervezetekben leginkább szakmai munkát végző munkatársak dolgoznak. Ennél sokkal kevesebben vannak a kiegészítő munkában alkalmazottak (itt az alkalmazott kategóriát tágra határoztuk meg, nem egyszerűen a munkajogi kategóriát használva), ami nem is meglepetés, mivel a szervezetek többsége aligha engedheti meg magának kiegészítő munkakörben alkalmazni valakit. Nagy valószínűséggel ez esetben az önkéntesek töltik be ezt a szerepet.

Ha egy ábrán mutatjuk be a végzettség és a különböző kategóriák összefüggését, akkor azt láthatjuk, hogy míg a szakmai munkakörben egyértelműen a magasabb végzettségűek jutnak szóhoz, addig a másik két esetben a végzettség szerepe már nem ennyire meghatározó.

A kérdőívben arra is kíváncsiak voltunk, hogy az egyes szervezetekben van-e a drogproblémához rendelve külön munkatárs, és ha igen, akkor milyen végzettséggel. A kapott válaszok alapján az derült ki, hogy ez nem egy bevett gyakorlat a megyei szervezetek körében, a 40 válaszoló szervezet közül mindössze hat jelezte, hogy van külön erre szakosodott kolléga.

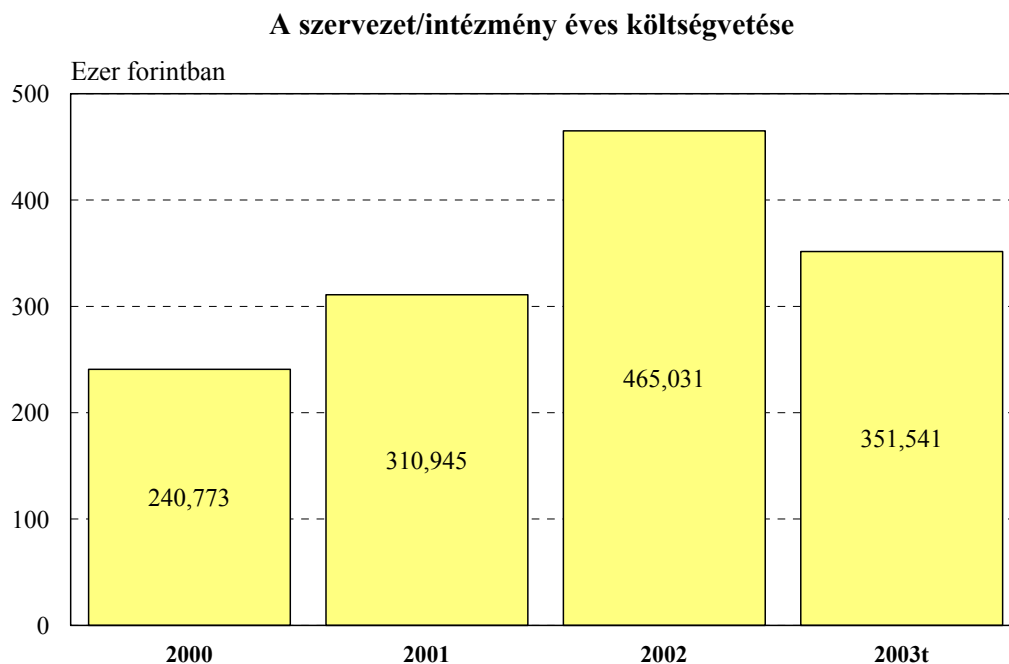
Van olyan munkatárs, akinek elsődleges feladata a droghelyzettel való foglalkozás?



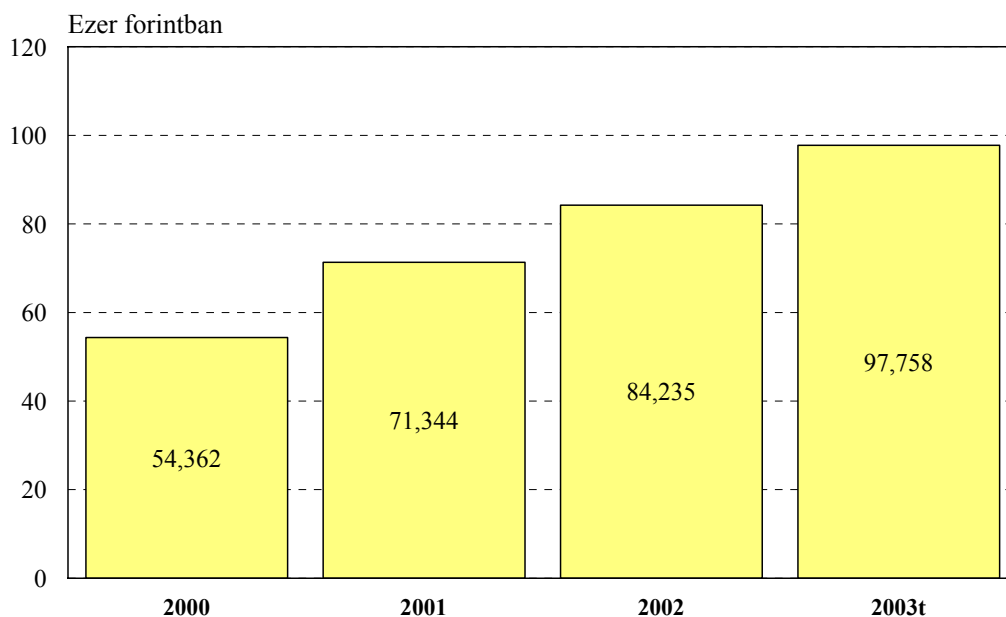
A kérdésre válaszoló hat szervezet tekintetében a vonatkozó munkatársak mind legalább középfokú végzettségűek. Egy szervezet említett két középfokú végzettségű munkatársat, két szervezet egy-egy felsőfokú végzettségűt és négy szervezet egynél több felsőfokú végzettségű kollégát.

Mint említettük, a humán erőforrások problémái nagyrészt költségvetési okokra vezethetőek vissza. A civil szervezetek költségvetéséről pontos információt kapni azonban nagyon nehéz, különösen önkéntes kérdőívekben. A kérdőívet visszaküldő 40 szervezet közül mindössze 15 volt, amelyik válaszolt az éves költségvetésre vonatkozó kérdéssorra.

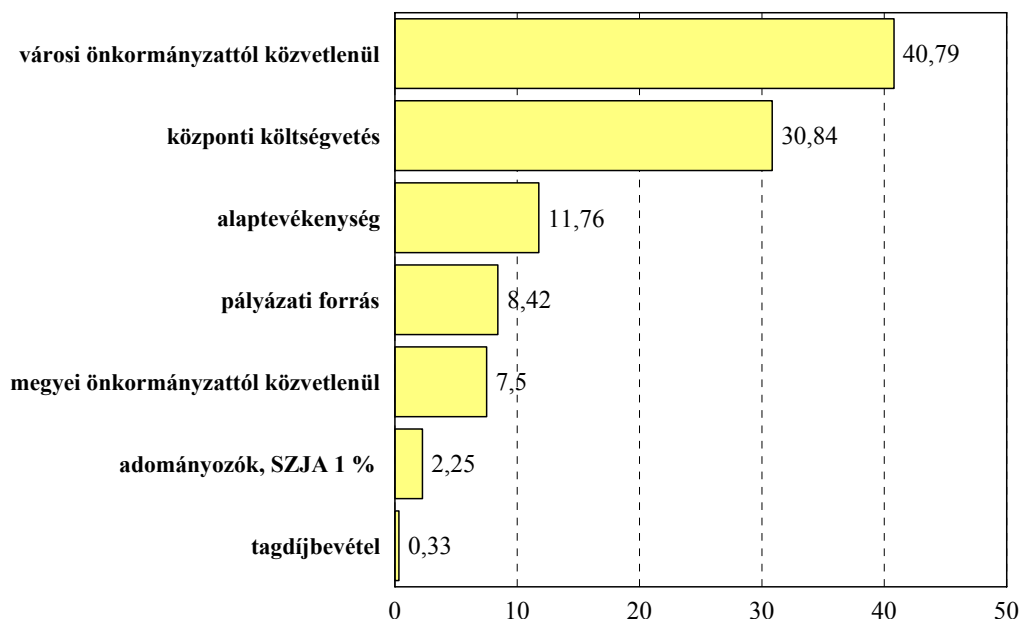
Ezzel együtt a következő ábrán bemutatjuk a válaszoló szervezetek éves, átlagos költségvetésének alakulását 2000-től 2003-ig (2003 esetén a tervezett költségvetésre kérdeztünk rá).



A fenti ábrából az derül ki, hogy a szervezetek (legalábbis, amelyek válaszoltak a kérdésre) éves költségvetése nem igazán teszi lehetővé komolyabb programok gondozását, kivitelezését. A 2003-as adat emellett egy visszaesést is jelez az elmúlt évhez képest. Alaposabban megvizsgálva a válaszokat kiderült, hogy a fenti adatot jelentősen eltorzítja egyetlen szervezet, amelynek költségvetése nagyságrendileg nagyobb a többi válaszadó szervezetnél, így abban bekövetkező változás nagyon erősen befolyásolja a főtlag alakulását. A következő ábra ugyanezt az idősort mutatja, de úgy, hogy e szervezet adata nem szerepel benne.

A szervezet/intézmény éves költségvetése

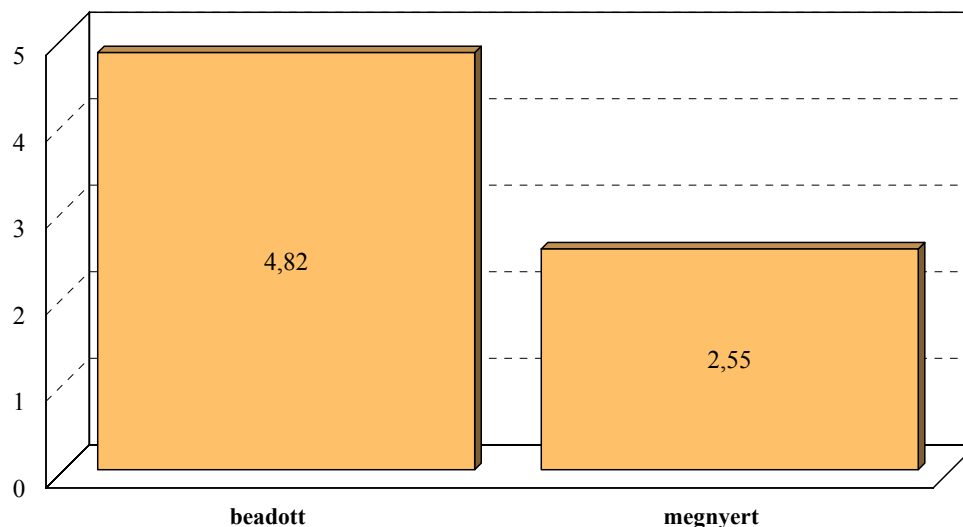
Ezzel a technikai lépéssel eltüntettük ugyan a 2003-ban jelentkező visszaesést, de a szervezetek éves költségvetése így még sanyarúbban néz ki. Arra a kérdésre, hogy ez az összeg milyen forrásokból tevődik össze, valamivel többen válaszoltak (18 szervezet), de a többség még mindig nem adott erről információt, igaz ez esetben hihetőbb, hogy a kérdőívet kitöltők valóban nem tudják a választ. A kérdés 2002-re vonatkozott, és a kapott válaszok alapján azt mondhatjuk, hogy a szervezetek bevételi forrása csaknem nyolcvan százalékban közvetlen támogatás a városi vagy megyei önkormányzattól, vagy pedig a központi költségvetésből. A folyamatosan emlegetett pályázati források a költségvetés mindössze nyolc százalékát teszik ki, igaz ez értelemszerűen csak a megnyert pályázatokra vonatkozik, és kérdéses, hogy pl. az önkormányzati támogatás milyen pályázati formában érkezik.

A 2002-es éves bevételi források átlagos megoszlása

Az egyes szervezetek között természetesen vannak eltérések, de az alacsony mintaelemszám nem tette lehetővé a szervezetek csoportokba sorolását. Az azonban valószínű, hogy a sorrend csak kevéssé változna, vagyis például a magán adományozók és a tagdíjbevétel minden esetben a fontossági sorrend végére kerülne.

Bár a pályázati források nem bizonyultak alapvető fontosságúnak, mégis e körül zajlik számos vita. A szervezetek által benyújtott pályázatok átlagos éves száma éppen csak megközelíti az ötöt, és a kapott kép alapján azt mondhatjuk el, hogy nagyjából minden második pályázat volt sikeres. Ez két dolgot is jelenthet: a szervezetek kitanulták a sikeres pályázatírás fortélyait, és/vagy megtanultak válogatni a pályázatok között, és nem jelentkeznek minden egyes kiírásra.

A pályázatok átlagos száma



A pályázati sikerességi százalék 51.1, ami meglehetősen vegyes képet takar. Három szervezet említette, hogy egyetlen pályázata sem sikerült, míg kettőnek valamennyi bejött.

A költségvetés nagysága részben meghatározója annak, hogy milyen eszközöket vehet igénybe egy szervezet a célcsoport tájékoztatásához. Az erre a kérdésre adott válaszból kiderült, hogy még mindig leginkább a személyes kapcsolatok dominálnak, a plakátok ideje nagyban lejárt, de az Interneté még nem jött el.

Hogyan tájékoztatják a célcsoportot intézményük, szervezetük létezéséről, nekik ajánlott szolgáltatásairól?

(a válaszok számában ábrázolva)

	Rendszeresen	Alkalmanként	Nem	Nem tudja
Internetes oldalon keresztül	7	5	20	4
Szórólapokkal plakátokkal	6	9	18	3
Saját tájékoztató kiadványokon keresztül	3	9	20	4
Személyes kapcsolatokon keresztül	8	7	17	4
Személyes kapcsolatokon keresztül	21	6	6	3
felhívás vagy reklám a helyi médiában	9	11	12	4
más intézményeken keresztül	10	9	14	3

Az egyes csatornák tájékoztatási indexe, amely 0 és 2 között vehet fel értéket, jól mutatja, hogy a személyes kapcsolatok mennyire domináns elemei a rendszernek. Ez egyben a kapcsolattartás hatékonyságára is figyelmeztet, bár a célzott kommunikáció így jobban megvalósulhat, a minőség ez esetben nem ellensúlyozza a mennyiségi hiányosságokat.

Az egyes tájékoztatási csatornák használati indexe

