

MADÁSZSZ-MADRISZ

TÁMOP-2.5.1-07/1-2008-0136 "Függő(k) kapcsolatok - a drog területet képviselő civil szervezetek érdekképviselési célú együttműködését fejlesztő projektje az ország három régiójában"

**A PROJEKT CÉLTERÜLETÉN JELEN LÉVŐ CIVIL SZERVEZETEK
JELLEMZŐI, AZ ÁLTALUK VÉGZETT TEVÉKENYSÉG TARTALMI
VONATKOZÁSAI, ÉS A PROJEKTTTEL SZEMBENI IGÉNYEI**

KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

KÉSZÍTETTE: PAKSI BORBÁLA, ARNOLD PETRA

TARTALOMJEGYZÉK

A KUTATÁS CÉLJA ÉS MÓDSZERE	3
A célcsoport tevékenységének leírása során alkalmazott módszerek...	4
A projekt céljaival kapcsolatos szervezeti viszonyulások megismerése során alkalmazott módszerek.....	7
A PROJEKT CÉLJAIVAL KAPCSOLATOS SZERVEZETI VISZONYULÁSOK .	10
A Hálózati fórummal kapcsolatos vélemények	12
A szakma-specifikus civil stratégiával kapcsolatos vélemények	12
A Közös szakértői adatbázis létrehozása és működtetése specifikus céllal kapcsolatos vélemények.....	13
A szervezetfejlesztéssel kapcsolatos vélemények	13
A nemzetközi szinten fellelhető szakmai standardok beazonosításával, és bevezetésének ösztönzésével kapcsolatos vélemények	14
Általánosságban elhangzó vélemények.....	14
A fókuszcsoport tapasztalatainak összegzése.....	15
A CÉLCSOPORTBAN FOLYÓ PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG	16
Fogalmi keret az EMCDDA ajánlásai szerint.....	16
A prevenciós tevékenységet (is) végző szervezetek jellemzői	18
A prevenciós programok jellemzői	20
A prevenciós programok megjelenése	20
A prevenciós programok finanszírozásának jellemzői	21
A prevenciós programok tartalmi leírásának szempontjai	22
Általános prevenció	23
Célzott prevenció	29
A közvetítő populációra irányuló programok	34
A CÉLCSOPORTBAN FOLYÓ ALACSONYKÜSZÖBŰ TEVÉKENYSÉG	37
Az alacsonyküszöbű intézmény az EMCDDA ajánlásai szerint.....	37
Az alacsonyküszöbű tevékenységet (is) végző szervezetek jellemzői	37
Az alacsonyküszöbű programok jellemzői	39
A különböző alacsonyküszöbű szolgáltatási kategóriák előfordulása	39
Az alacsonyküszöbű programok megjelenése	40
Az alacsonyküszöbű programok finanszírozásának jellemzői	40
Az alacsonyküszöbű programok célpopulációjának jellemzői	41
Az alacsonyküszöbű programok által biztosított szolgáltatások	45

TERÁPIÁS INTÉZETEK TEVÉKENYSÉGE	51
Az terápiás intézetek szervezeti jellemzői.....	51
A terápiás intézetekben zajló tevékenység jellemzői	52
A terápiás programok megjelenése.....	52
A terápiás intézetek finanszírozásának jellemzői.....	53
A terápiás programok klienseire vonatkozó adatok	53
A terápiás célok, technikák, szolgáltatások	58
A terápia sikeressége.....	61
ÖSSZEGZÉS.....	64
FELHASZNÁLT IRODALOM	67
MELLÉKLETEK.....	69
1. számú melléklet: Kapcsolat felvételi kérdőív és útmutató	1
2. számú melléklet: Alacsonyküszöbű programok adatlapja	5
3. számú melléklet: Terápiás intézeti kérdőív.....	24
4. számú melléklet: Programinformációs Adatlap kitöltési útmutató.....	49
5. számú melléklet: A fókuszcsoporthoz során alkalmazott kérdőív és vezérfonal	58
6. számú melléklet: A projekt célcsoportjába tartozó szervezetek listája ...	62

A KUTATÁS CÉLJA ÉS MÓDSZERE

A MADÁSZSZSZ (Magyar Drogprevenciós és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége) és MADRISZ (Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége) közös, a TÁMOP finanszírozásával megvalósuló projektjének célja a drog területen jelen lévő civil szervezetek érdekképviselői célú együttműködésének fejlesztése az ország három régiójában, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun, Békés, Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, valamint Budapesten.

Jelen kutatás a projekt szakmai megalapozását szolgálja. Tekintettel arra, hogy bárminemű érdemi tevékenység/fejlesztés feltétele a célcsoport, illetve a célcsoport tevékenységének, szükségleteinek, valamint a projekt céljaihoz való viszonyulásainak megismerése így a kutatás a projekt célcsoportjába tartozó civil szervezetek identifikálásán túlmenően az alábbi területekre terjedt ki.

1. A projekt keretében végzett felmérés/helyzetértékelés egyik célja a projekt célcsoportjába tartozó civil szervezetek tevékenységének strukturált tartalmi leírása, a szervezeti/finansziális helyzetének bemutatása, az erősségek és hiányosságok azonosítása volt.

A projekt célcsoportjába tartozó civil szervezetekről (prevenciós, ártalomcsökkentő, és drogterápiás szervezetek), illetve az általuk végzett tevékenységekről csak korlátozott mértékben rendelkezünk strukturált, tartalmi információkkal. A Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ (BCE MKI VK) az utóbbi években a prevenciós színtér feltárására irányuló kutatásai ugyan számos dimenzióban közölnek, illetve hordoznak - másodelemzésekkel kinyerhető - információkat, azonban:

- Az iskolai szintén működő prevenciós programok országos katasztere 2005-ben készült el (Paksi és Demetrovics, 2005), a benne lévő információk azonban ma már frissítésre szorulnak.
- A nem iskolai szintén zajló prevenciós tevékenység, illetve az ártalomcsökkentés leírására törekvő első kísérletek (Paksi, 2008; Márványkövi és Rácz, 2005) adatai elsősorban a célcsoport lefedettsége tekintetében szorulnak kiegészítésre.
- A rehabilitáció területén működő szervezetek, ill. tevékenységek strukturált leírása mindezekig nem született meg.

Ezek az információk elengedhetetlenek a színtér hatékony, a hiányterületekre, a fejlesztendő pontokra fókuszáló fejlesztéséhez és felelős képviselőjéhez.

2. A projekt keretében végzett helyzetértékelés másik célja projekt célcsoportjába tartozó civil szervezeteknek a projekttel szemben támasztott elvárásainak, véleményeinek megismerésére. Ez a kutatási elem bizonyos mértékben a MADÁSZSZ tagszervezetei körében 2007-ben végzett erőforrás- és igényfelmérés (lásd a beadott pályázatban: Arnold és Paksi, 2007) kiterjesztését jelenti a jelen projekt célcsoportjába tartozó nem MADÁSZSZ-tag szervezetek vonatkozásában.
3. A helyzetfelméréssel kapcsolatos célok harmadik csoportját a célcsoportba tartozó szervezetek kapcsolathálójának (személyes, szakmai, avagy formális és informális szervezeti kapcsolatok) feltárása jelentette, melyekre egyrészt alapozni lehet a hálózatszerű működés során, másrészt a kapott eredmények ismeretében lehetővé válik a fejlesztési irányvonalak behatárolása.
4. S végül a helyzetfeltárás céljai között szerepelt a már létező, más területen működő érdekképviselői tevékenységet ellátó civil együttműködések feltárása, az együttműködési formák, módszerek, technikák beazonosítása és elemzése a jó gyakorlatok megismerése céljából.

Jelen beszámolóban az 1. és 2. kutatási elemek mentén született eredményeket mutatjuk be.

A célcsoport tevékenységének leírása során alkalmazott módszerek

A projekt célcsoportjába tartozó szervezetek azonosítása érdekében a kutatás első lépcsőjében feltáró munkát végeztünk a projekt által felölelt 3 régióban drog-területen prevenció, ártalomcsökkentő illetve rehabilitációs tevékenységet végző szervezetek identifikálásának céljából. Ehhez az alábbi információk forrásokat tekintettük át:

- Szakmai Információs Portál (SZIP)
- Országos Drogprevenció Adattár (ODA)
- A nem iskolai szintűen megjelenő prevenció programok feltérképezésére irányuló kutatás során azonosított szervezetek listája
- KAB-os Pályázatok
- Fővárosi Civil Iroda valamint a NIOK adatbázisából kulcsszavas kereséssel leválogatott szervezetek listája¹

A mintakeretbe tartozó szervezetek azonosítása során a fentiekben túlmenően szervezetek szakmai networkje mentén gyűjtöttünk információkat.

A szervezetek feltárásának következő fázisában a potenciálisan a projekt célcsoportjába tartozó szervezetek körében telefonos megkérdezéssel egy rövid

¹ A Civil Iroda adatbázisában szereplő szervezetek között tevékenység-leírásaik alapján szelektáltunk, a következő kulcsszavak mentén: kábítószer, alkoholizmus, szenvedélybetegség, függőség, egészségfejlesztés, egészségvédelem, prevenció, megelőzés. A válogatás a szervezetek tevékenység-leírásai alapján történt.

kérdőívet (lásd 1. sz. melléklet) vettünk fel a tényleges célcsoport azonosítása céljából.

Az információs források egyesítése és komparatív elemzését követően 327 szervezetet kerestünk meg. A kutatás célcsoportját azok a szervezetek képezték, melyek aktuálisan is programszerűen² végeznek valamilyen prevenciós és/vagy ártalomcsökkentő és/vagy rehabilitációs tevékenységet.

Az adatgyűjtéshez három adatfelvételi battéria került kidolgozásra:

1. A prevenciós programok leírására szolgáló adatgyűjtési battéria típusának és tartalmának meghatározása: a nemzetközi programleírási standardok/ajánlások (lásd: Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere (EDDRA); Eszköztár Prevenciós Programok Tervezéséhez és Értékeléséhez (PERK); továbbá European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA, 1998); Baker et al. 1998; Neaman et al. 2000, Kröger és mtsai, 1998; Morgen, 2000; Neaman et al. 2000; Rácz, 2001; Nádas, 2004), illetve a korábbi hazai kataszterépítési vizsgálataink során szerzett tapasztalataink (Paksi, Demetrovics, Czakó, 2002a, b; Paksi és Demetrovics, 2002, 2003, 2005; Paksi és mtsai, 2006; Paksi, 2008) alapján történt. Az információk struktúrája a következő:
 - a programot működtető szervezet jellemzőire vonatkozó információk,
 - a célcsoportra annak típusára,
 - az elért populációra,
 - a programok céljára,
 - a programok koncepciójára (teóriájára),
 - a célok megvalósítási módjára,
 - a programok humán erőforrás hátterére,
 - a programok finanszírozására vonatkozó információk.

A programok strukturált leírására az iskolai, illetve az iskolán kívüli prevenciós programok országos kataszterének felállítása során alkalmazott (Paksi és munkatársai, 2006a; Paksi, 2008) számítógépes adatgyűjtő programot fejlesztettük tovább. A prevenciós programok leírására szolgáló „Programinformációs Adatlap”, egy erre a célja kidolgozott számítógépes program.³

² Egy programnak – a korábbi kutatásokkal összhangban – azt a beavatkozási egységet neveztük, amely céljai és módszerei tekintetében minden megvalósulás során megegyezik. A programszerű beavatkozás ellentettje az eseti beavatkozás. Az eseti jellegű beavatkozások alkalmanként más és más célok és módszerek mentén zajlanak, így ezekről nem tudunk tartalmi adatokat gyűjteni.

³ A kutatás során alkalmazott ún. Program-Információs Adatlap (PIAD) a Formatta Filler Program – egy ingyenesen hozzáférhető, Acrobat Reader (pdf) jellegű program – alatt fut, s csak ennek segítségével lehet megnyitni. Az adatgyűjtő programban Word fileként nem menthető, a program – szervezetekhez eljuttatott – felhasználói útmutatója megtalálható a mellékletben.

Az adatlap kitöltése számítógéppel történt. Az adatfelvételi battériákat az adatfelvételt végző munkatársak e-mailen küldték el a célcsoportba tartozó, a szűrőkérdőívek alapján aktuálisan programszerűen valamilyen prevenciós programot/szolgáltatást működtető szervezetek számára, felajánlva a folyamatos konzultáció lehetőségét, illetve igény esetén a személyes szakmai segítséget.

2. Az „Alacsonyküszöbű tevékenység leírására szolgáló adatgyűjtési battéria összeállításakor egyrészt az EMCDDA által az ártalomcsökkentésre, illetőleg az ártalomcsökkentő szolgáltatásokra vonatkozó adatgyűjtésekkel kapcsolatban 2007-ben megfogalmazott protokoll ajánlásait (EMCDDA, 2007), valamint korábbi hazai kutatási tapasztalatokat (Márványkövi és Rácz, 2005), továbbá az alacsonyküszöbű szolgáltatásokkal kapcsolatosan megfogalmazott szakmai irányelveket (Szakmai irányelvek, 2006) igyekeztünk figyelembe venni. Az adatgyűjtési battéria, egy programozott Word file,⁴ az alábbi főbb kérdéskörökre terjedt ki:

- a programot működtető szervezet jellemzőire vonatkozó információk
- az alacsonyküszöbű program kategorizálása
- a célcsoport jellemzők (veszélyeztetettségi kategória, szerhasználat)
- a program keretében nyújtott szociális, egészségügyi és pszichológiai szolgáltatások
- injektáló felszerelésekkel kapcsolatos tevékenység
- programértékelés
- célok, koncepció, módszerek
- a programok humánerőforrás hátterére
- a programok finanszírozására vonatkozó információk
- korai jelzőrendszerrel kapcsolatos kérdések.

Az adatlap kitöltése ez esetben is számítógéppel történt. Az adatfelvételi battériákat az adatfelvételt végző munkatársak e-mailen küldték el a célcsoportba tartozó, a szűrőkérdőívek alapján aktuálisan alacsonyküszöbű programot/szolgáltatást üzemeltető szervezetek számára, felajánlva a folyamatos konzultáció lehetőségét, illetve igény esetén a személyes szakmai segítséget.

3. A terápiás intézetek tevékenységének leírására szolgáló kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel együttműködésben zajlott, így lehetőségünk nyílt a TÁMOP program célcsoportján kívül működő intézetek körében is az adatgyűjtésre.

A terápiás intézeti kérdőív⁵ kidolgozása során az EMCDDA 1997-ben megfogalmazott ajánlásából, egy 7 ország (Ausztria, Belgium, Görögország, Hollandia, Spanyolország, Olaszország és az Egyesült

⁴ Az alacsonyküszöbű szolgáltatások leírására szolgáló adatlap megtalálható a mellékletben.

⁵ A terápiás intézetek tevékenységének leírására szolgáló kérdőív megtalálható a mellékletben.

Királyság) Fókuszpontjának szakembereiből álló munkacsoport által kidolgozott kérdőívből indultunk ki, amely az utóbbi években Európában és az USA-ban több esetben alkalmazásra került. E mellett tekintettel voltunk a KSH tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények működésére (idősek, fogyatékosok, pszichiátriai és szenvedélybetegek, hajléktalanok otthonai) vonatkozó kérdőív (OSAP 1202-es kérdőív), valamint a TDI terápiás intézetekre vonatkozó adatgyűjtési struktúrájára, és fogalomhasználatára. A terápiás intézeti kérdőív az alábbi főbb kérdésblokkokat tartalmazta:

- terápiás programjának strukturális jellemzői, a drogprobléma kezelésére irányuló intézményrendszerbe való szerkezeti beágyazottsága
- az intézet kapacitása
- a kliensek szerhasználati és szociokulturális jellemzői
- a kliensek diagnosztizálása, felmerése
- terápiás célkitűzések
- terápiás technikák, eszközök
- a kezelés befejezése
- a programok humán erőforrás hátterére,
- a programok finanszírozására vonatkozó információk
- a programot működtető szervezet jellemzőire vonatkozó információk

A kérdőív felvételét egy pszichológus hallgató, illetve egy szociológia PhD hallgató végezte, előzetes felkészítést követően, személyes megkereséssel. Az adatfelvétel a drogterápiás intézetben, jellemzően face to face technikával történt.⁶

Mindegyik kérdőív összeállítása során a kérdőív véglegesítését megelőzően próbakérdéseket végeztünk a megfelelő csoportba tartozó szolgáltatók körében, illetve a szolgáltatói körbe tartozó szakemberekkel véleményeztettük a kérdőíveket. A javaslatokat figyelembe véve - bizonyos kérdéseket kivettünk a kérdőívből, másokat átalakítottunk - jöttek létre a mellékletben található, végleges kérdőívek.

Az adatok feldolgozása SPSS 14.0 for Windows statisztikai programcsomag segítségével történt.

A projekt céljaival kapcsolatos szervezeti viszonyulások megismerése során alkalmazott módszerek

A projekt céljaival kapcsolatos szervezeti viszonyulások megismerése céljából készült kutatás lebonyolítása kombinált adatgyűjtési technikával történt,

⁶ A terápiás intézeti kutatás az intézet tevékenységének megismerésére irányuló vezetői kérdőív felvétele mellett az NDI finanszírozásával kiegészült az intézetek munkatársi, illetve a kliensei körében zajló adatfelvétellel. A kérdőívek felvételét ez esetben is a területi koordinátorok, illetve erre külön tréningen felkészített kérdezőbiztosok végezték, önkitöltős, illetve csoportos önkitöltős technikával. Jelen tanulmányban ezen adatokra nem térünk ki.

melynek során a kutatás alapmetodikáját jelentő fókuszcsoportos beszélgetéseket⁷ rövid önkitöltős kérdőív alkalmazásával egészítettük ki.

A fókuszcsoportos beszélgetést egy homogén és három vegyes csoportban bonyolítottuk le a projekt célcsoportját képviselő civil szervezetek vezetői vagy a szervezeti működés szempontjából kulcsszereplői körében. A homogén és vegyes csoportok kialakítása a kulcsszereplők figyelembevételén túlmenően további két szempont mentén történt: régió (Budapest, Pest/Csongrád, Bács-Kiskun/Hajdú Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg) illetve más civil szervezetekkel való kapcsolatok mennyisége (sok kapcsolata van/nincs vagy csak néhány kapcsolata van), amit a kutatás egy korábbi fázisában felvett – külön tanulmányban elemzett – kapcsolatháló kérdőív alapján határoztuk meg.

A fókuszcsoportos beszélgetések vezérfonalának tematikáját, illetve az önkitöltős kérdőíveket részben a TÁMOP projekt céljai, részben pedig a – külön tanulmányban elemzésre kerülő – kapcsolatháló elemzés kvantitatív vonatkozásai határozzák meg⁸:

A fókuszcsoportokat 2009. decemberben és 2010. januárban bonyolítottuk le. A beszélgetéseken átlagban 6 fő vett részt. A fókuszcsoportos beszélgetésekről hangfelvételt, illetve jegyzőkönyvet készítettünk.

A fókuszcsoportos beszélgetésekből készített kivonatok, átiratok elemzése jelentés kondenzáció módszerrel (Kvale 2005) történt. A Giorgi fenomenológiai alapú jelentés kondenzáció az interjúalanyok által kifejezett jelentések rövidebb, tömörebb formában való kifejtését jelenti. Ezen empirikus fenomenológiai analízis öt lépésben történt (Kvale 2005):

1. Az interjúátirat alapos átolvasása, ezzel teljes képet kapva a kérdezett életvilágáról.
2. A kérdezett által kifejezett jelentés egységek meghatározása.
3. Ezen jelentési egységek lehető legegyszerűbb kifejezése és tematizálása.
4. A jelentési egységekre történő rákérdezés a kutatás céljának megfelelően.
5. Az első négy lépés alapján egy leíró állítás megfogalmazása.

A fókuszcsoportok analízise során horizontális elemzést alkalmazunk (Vicsek 2006), azaz az interjúkivonatokat valamint önkitöltős kérdőíveket tematikusan, a vezérfonal témakörei szerint – azaz nem egyesével csoportonként – elemezzük, és az eredményeket ezen témakörök mentén mutatjuk be. Mindazonáltal nem térünk ki a szituációs tényezők, mint pl. interakciós tényezők, környezet,

⁷ A fókuszcsoportos technika (R.K Merton, 1956) a csoportos interjúk világszerte elterjedt típusa, „egy rendkívül körültekintően megtervezett beszélgetés, melynek során a kiválasztott területtel kapcsolatos percepciók feltárására kerül sor ...” (Krueger, 1988), továbbá lehetőséget ad a különböző nézetek ütköztetésére (trianguláció) az adott témakörrel kapcsolatban. A módszert egyre gyakrabban alkalmazzák Magyarországon is, nem csak a piackutatásban, de a különféle társadalmi programok, beavatkozások megtervezése során is.

⁸ A fókuszcsoport vezérfonala, valamint az önkitöltős kérdőívek megtalálhatók a beszámoló mellékletében.

időtényezők, résztvevők személyes jellemzői, moderátor, elemzésére, ugyanis jelen kutatás célját tekintve ezen tényezők figyelmen kívül hagyása nem vezet torzított eredményekhez.

A fókuszcsoportokon felvett önkitöltős kérdőíveket SPSS 14.0 for Windows statisztikai elemző programmal dolgoztuk fel.

A PROJEKT CÉLJAIVAL KAPCSOLATOS SZERVEZETI VISZONYULÁSOK

Korábban, a MADÁSZSZ tagszervezetek körében készült – jelen projekt összeállítását megalapozó – igényfelmérés során kivétel nélkül minden tagszervezet a MADÁSZSZ feladatának gondolta az érdekérvényesítést, a lobbytevékenységet, a döntéshozatali szervekkel való erőteljesebb, hatékonyabb kommunikációt, illetőleg nagy arányban fogalmazódott meg a tagszervezetek részéről, hogy a MADÁSZSZ-nak szakmai támogatást kellene nyújtania, valamint hogy az ernyőszervezetnek olyan szolgáltatásként kellene funkcionálnia, amely a tagszervezetek szervezeti működésével kapcsolatosan nyújt információkat. Ezen elvárások figyelembe vételével került kialakításra a TÁMOP projekt célrendszere, melynek főbb elemei a következők:

1. Hálózati fórum működtetése
2. Szakma-specifikus civil stratégia kidolgozása
3. Közös szakértői adatbázis létrehozása
4. Szervezetfejlesztés
5. A nemzetközi szinten fellelhető szakmai standardok beazonosítása és bevezetésének ösztönzése

A projekt célcsoportjába tartozó civil szervezeteknek a projekttel szemben támasztott elvárásainak, véleményeinek megismerésére céljából – mint ahogy azt a bevezető részben említettük - fókuszcsoportos kutatást végeztünk. A fókuszcsoportos beszélgetés elején arra kértük a résztvevőket, hogy töltsenek ki egy, a TÁMOP projekt specifikus céljainak relevanciájára és megvalósíthatóságára vonatkozó kérdőívet.

A projekt céljainak fontossága, relevanciája tekintetében talán a legfontosabb információ, hogy ötfokozatú skálán kifejezve az egyes célok fontosságát, a kapott átlagértékek minimuma 4,0, azaz a TÁMOP projekt mindegyik célját relevancia tekintetében egyértelműen a pozitív megítélési tartományba helyezték a megkérdezettek. A legfontosabb projektcélnak a hálózati fórum mutatkozott (4,64). A második legrelevánsabbnak a szakma-specifikus civil stratégia kidolgozását, harmadiknak pedig a közös szakértői adatbázis létrehozását gondolják a résztvevők. Nem sokkal marad azonban mögöttük a TÁMOP projekt további két specifikus célja (Szervezetfejlesztés; A nemzetközi szinten fellelhető szakmai standardok beazonosítása és bevezetésének ösztönzése).

Megvalósíthatóság szerint hasonló sorrend rajzolódott ki: első helyen a hálózati fórum⁹ szerepel, azonban második helyre a Közös szakértői adatbázis

⁹ Az adatok validitása, és a projekt megvalósítása szempontjából azonban meg kell jegyeznünk, hogy a „Hálózati Fórum működtetése” cél tartalmának értelmezése – annak ellenére, hogy előzetesen tájékoztatásban részesültek arról, hogy pontosan mit takar a hálózati fórum, milyen céllal kívánjuk működtetni – nem egységes. Egyik beszélgetésen a fórum szinonimájaként

létrehozása, harmadik helyre pedig a szakma-specifikus civil stratégia kidolgozása került. A szervezetfejlesztést és a nemzetközi szintűen fellelhető szakmai standardok beazonosításának és bevezetésének ösztönzését gondolták a legkevésbé megvalósítható specifikus céloknak a csoportokon résztvevő szervezetek képviselői. Ez utóbbi két célkitűzés megvalósíthatóságára adott osztályzatok átlaga erősen közelít a skála középpontjához, ami ezen célok megvalósíthatóságába vetett bizalom tekintetében a szervezetek kétségeit fejezi ki.

Összevetve a relevancia és megvalósíthatóság átlagértékeit ez utóbbi esetében rendre alacsonyabb átlagértékeket tapasztaltunk minden specifikus cél esetében, amely azt mutatja, hogy bár a projekt céljait kivétel nélkül fontosnak tartják a szervezetek képviselői, megvalósíthatóságukban kevésbé bíznak.

1. táblázat: A TÁMOP specifikus célok relevanciája és megvalósíthatósága (5 fokozatú skála kapott értékek átlaga és szórása¹⁰, N=22)

CÉLKITŰZÉSEK	RELEVANCIA			MEGVALÓSÍTHATÓSÁG		
	átlag	szórás	sorrend	átlag	szórás	sorrend
Hálózati fórum működtetése	4,64	0,658	1.	3,91	1,109	1.
Szakma-specifikus civil stratégia kidolgozása	4,27	0,767	2.	3,23	0,813	3.
Közös szakértői adatbázis létrehozása	4,14	1,037	3.	3,64	1,049	2.
Szervezetfejlesztés	4,09	0,811	4.	3,09	0,750	4.
A nemzetközi szintűen fellelhető szakmai standardok beazonosítása és bevezetésének ösztönzése	4,00	0,873	5.	3,09	0,750	4.

A kérdőív kitöltését követően arra kértük a fókuszcsoportban résztvevőket, hogy az egyes célok fontosságával és megvalósíthatóságával kapcsolatos véleményüket fejtse ki részletesebben, illetve indokolják. A beszélgetés során az egyes célok spontán említése révén információt kaptunk arról is, hogy a beszélgetéseken résztvevők, mely célokra fókuszálnak jobban, mely célokról gondolják úgy, hogy fontosabb azokról beszélni. Egy csoport kivételével – ahol jellemzően általánosságban beszéltek a projekt céljairól – mindegyik csoport más és más specifikus célt ragadott ki, és azt tárgyalta mélyebben, így

használták az adatbázis kifejezést, s ebben az értelmezésben ellenérveként elhangzott, hogy a szervezetek nem járulnak hozzá ahhoz, hogy a szervezetekről adatokat tegyenek fel a honlapra (milyen szolgáltatást működtetnek, hol stb.). Ugyanakkor – más alkalommal – hálózati fórumhoz kapcsolódóan továbbá jó példaként említésre került egy ún. prevenciós adatbázis, ahol megkövetelik, hogy a szervezetek információkat szolgáltatassanak, illetve néhányan szintén hasznosnak tartják a Droginfo c. kiadványt. Mindez azt mutatja, hogy a civil szervezeteknek alaposan be kell mutatni, mi a hálózati fórum célja, hogyan működik, ugyanis keverednek a fórum-adatbázis-kiadvány kifejezések.

¹⁰ A TÁMOP specifikus céljait 1-től 5-ig terjedő skálán kellett értékelni, ahol 1=nem releváns/nem megvalósítható, 5=releváns/megvalósítható jelentették.

összességében minden célt elég alaposan megtárgyaltak a civil szervezetek képviselői, kivéve a szakértői adatbázis kérdését, amelyről csupán egy-egy vélemény hangzott el.

A Hálózati fórummal kapcsolatos vélemények

A Hálózati fórummal kapcsolatosan – mint ahogy azt a fenti, kérdőíves adatokból is láthattuk – jellemzően egyetértettek a fókuszcsoport résztvevők: nagyon fontosnak tartják a hálózati együttműködés létrehozását, és a többség szerint ez nem csak fontos, de a leginkább megvalósítható projektcél is egyben. Ugyanakkor néhányan aggályaiknak is hangot adtak, miszerint a hálózati fórum működtetésének fenntarthatóságát részben az együttműködési kultúra hiánya, a széthúzás, részben a pénzhiány megnehezíti.

„...nincs benne a kultúránkban a hálózatszerű együttműködés: mindenki azt mondja tök jó, de amikor tenni kellene valamit, nem tesznek semmit.”

„....az a baj a legtöbb ilyen pályázattal, hogy amíg kifut a pályázati projekt, addig mindenkinek fontos, amikor vége a pályázati projektnek..”

Előfordult azonban olyan vélemény is, amely nem a megvalósíthatóság oldaláról fogalmazott meg problémát, hanem a cél fontossága tekintetében:

„...a hálózati fórum technikai értelemben a legkönnyebben megvalósítható, de kevésbé releváns....egy-két szervezet cseteléséről szól...”

A szakma-specifikus civil stratégiával kapcsolatos vélemények

A szakma-specifikus civil stratégia létrehozásával kapcsolatos célkitűzés láthatóan foglalkoztatja a szervezeteket. Erre utal, hogy ezzel a témával kapcsolatosan egy csoport kivételével minden beszélgetésen foglalmaztak meg véleményeket. Ezek a vélemények részben a civil szervezetek fellépése, érdekérvényesítése, önmeghatározása, működésének szakmai megalapozása szempontjából hangsúlyozták a stratégia alapvető fontosságát.

„Fontos, hogy ki tudjunk állni, meg tudjuk fogalmazni a szükségleteinket, alá tudjuk támasztani azokat szakmailag, hogy egyáltalán szakmai közegben lehessen beszélni szakmai kérdésekről”

„....a civil szervezet aki ezzel foglalkozik, határozza meg önmagát, feladatait, céljait, szakmailag legyen alátámasztva”

A beszélgetéseken többnyire nem jelentett problémát a szakma-specifikus civil stratégia értelmezése, mindazonáltal esetenként megfogalmazódtak kételyek/bizonytalanságok is. Az egyik csoportban a létrehozandó stratégiához kapcsolódó részben fogalmi, részben tartalmi bizonytalanságuknak adtak hangot a résztvevők. Más alkalommal a társadalmi/politikai környezet akadályozó tényezői miatti kételyek fogalmazódtak meg.

„elégképpen még a dolog”

„...szervezet, klienskör, szervezetek együttműködése.. ez a stratégia – nekem ami jelenleg a gyakorlatban megjelenik, de elviekben nem tudom mit jelent a szakma-specifikus civil stratégia”

„...itt két probléma van, szakma-specifikus – másrészt – ami már elhangzott, kinek az érdeke – civil szervezet, a civil szervezetek által ellátottak érdeke...”

„....a lapok le vannak osztva, aktuálpolitikai értelemben, már kevésbé szakmai köntösben, már azt sem lehet mondani, és ezáltal – minek írjunk pályázatot, minek fogjunk össze, minek hozunk létre ilyen szakmai hálózatot akár, hogyha nyilvánvalóan az erősebb kutya elve alapján – aki a tűzhöz közel van.. ezen múlik minden.”

A Közös szakértői adatbázis létrehozása és működtetése specifikus céllal kapcsolatos vélemények

Annak ellenére, hogy a közös szakértői adatbázis létrehozásával és működtetésével kapcsolatos projektcél relevancia tekintetében a harmadik, megvalósíthatóság tekintetében pedig a második helyen szerepelt az önkéntes kérdőívek alapján, a fókuszcsoportos beszélgetések során nem jelent meg fajsúlyos témaként. Csupán két beszélgetésen esett róla szó, ahol is egyik esetben egyértelműen támogató, a másik esetben pedig a megvalósítás nehézségeit hangsúlyozó, elviekben támogató, de a gyakorlatban inkább azt elutasító vélemény hangzott el:

„Hálózati fórumok kialakítását tartottam fontosnak és a szakértői adatbázist, mert ezek kézzelfogható dolgok, pontosan értem mi várható tőle, mit fogunk csinálni.”

„Az ötösre (szakértő adatbázis szerz.) két akkora egyest adtam, mint a szél, ennek egyszerű az oka, itt ülünk 8-an, 10-en, ha amíg nem értünk egyet dolgokban, addig nem fogunk magunk közül - mint MADÁSZSZ - kiválasztani 20 embert és felrakni a hegy tetejére, és megállapítani, hogy ők a legjobb szakértők, szóval hogy ennek – így azt gondolom – (x) bár szép dolog lenne.”

A szervezetfejlesztéssel kapcsolatos vélemények

A szervezetfejlesztéssel, azaz elsősorban az adományszervezésre, pénzügyi stratégia tervezésére, humán erőforrás gazdálkodásra, szervezeti kommunikációra fókuszáló szervezetfejlesztési terv megalkotásával és megvalósításával kapcsolatosan szintén csupán két fókuszcsoportban hangzottak el vélemények, mindkét esetben aggályok fogalmazódtak meg, azonban azok jellege markánsan eltérő. Az egyikestben a szervezetfejlesztéssel kapcsolatos célok megvalósíthatóság tekintetében jelentkező gyakorlati nehézségek miatti kétségeiknek adtak hangot, a másik esetben inkább a megvalósíthatóság elvi, koncepcionális problémáit feszegették:

„Egy helyben toporgunk a szervezetfejlesztésben, mindig más és más szervezetek jönnek el.”

„Nagyobbak a beszakadások a szervezetek működési nehézségei és a területek presztízsveszteségei....MADÁSZSZ nem vállalhat minden egzisztenciás feladatot át...az a kérdés, hogy a MADÁSZSZ képes-e

felismertetni a kényszereket...a szervezetfejlesztés nagy szükség, mert minden szervezet tők egyedül van...csak nyilván a MADÁSZSZ erre egyedül nem lesz képes, kell még valami.”

A nemzetközi szintéren fellelhető szakmai standardok beazonosításával, és bevezetésének ösztönzésével kapcsolatos vélemények

A kérdőíves adatokban is megjelenő tendenciához hasonlóan, a beszélgetések során is egyetértés mutatkozott a résztvevők között abban a tekintetben, hogy a legkevésbé releváns és megvalósítható projektcélkitűzés a nemzetközi minta követése. A résztvevők többségében a nemzetközi standardok adaptálásával kapcsolatos fenntartásaiknak adtak hangot, a kulturális különbségek, és a saját erőforrások hangsúlyozásával.

„...más kultúrkörbe átvinni a dolgokat (mentalitás, elmélet) nem működőképes...”

„...ilyen módon valóban nincs súlya a dolognak, és a hazai gyakorlatok arról szólnak, hogy bemásolunk egy nemzetközi mintát, és azt akarjuk a mai magyar valóságra rászuszakolni, és ezek igazából nem nagyon szoktak működni...”

„...nem szükséges nekünk majmolni a nyugatot, mert van itt elég szellemi – szakmai tőke, humánerőforrás ahhoz, hogy mi magunk saját nemzetünknek, fiataljainak, bajban lévőknek tudjuk nyújtani azt a programot...”

Mindössze egy esetben fogalmazódott meg támogató vélemény:

„...ha nem a standardokról szól a nemzetközi minta, hanem arról, hogy hogyan lehet annak a gondolatait adaptálni hazai válaszokra, ez érdekes lehet...”

Általánosságban elhangzó vélemények

Mint ahogy a fejezet elején jeleztük, az egyik csoportban jellemzően általánosságban beszélgettek a specifikus célokról, de a többi csoportban is előfordultak általánosító vélemények a projektre vonatkozóan. Az elhangzottak alapján összességében megállapítható, hogy a projekt fő célját, a drogterületen tevékenykedő civil szervezetek érdekképviselési célú együttműködésének fejlesztését hasznos és fontos dolognak tartják, azonban kisebb fenntartással állnak ennek a tényleges projektbeli megvalósulásához. Néhányan úgy gondolják, hogy a projekt tervezés fázisába be kellett volna vonni az érintett civileket, jobban kellett volna kommunikálni, hogy pontosan miről szól a projekt, különösen hogy hálózatszerű működéshez bizalom szükséges.

„Ez jó is lenne, TÁMOP projekt is erről szól, 3 régióban kis műhelyek létrehozásáról, kis szervezeti csoportok együttműködéséről – amiben erő lehet, van. Minden pályázat arról szól, kikkel működik együtt, most már nem arról szól – hogy egy szervezet pályázhat, ennek az is az erőssége, hogy milyen szervezetekkel társulunk. Csak az a baj, az nem társulás, ha kitöltjük a csatlakozási papírt, az adatlapot és azt sem tudom, miről szól a pályázat. Pl. én ennek a projektnek nem láttam a kész pályázati anyagát,

ami gondolom nem két oldal, annak van költségvetése, részletes terve, ismerem a TÁMOP projekteket, nálam is egyszerre kettő is megy.”

Elhangzott olyan vélemény is, mely szerint a civileknek alulról kell építkezni, azonban ez Magyarországon nem lehetséges, ugyanis „*felülről valósulnak meg a civil mozgások*” és az érdekérvényesítés nem működik kellőképpen, mert nem a szakmai dolgok, hanem a jó kapcsolatok érvényesülnek.

A fókuszcsoporthoz tapasztalatok összegzése

A TÁMOP projekttel kapcsolatos véleményeket összesítve megállapítható, hogy a résztvevők a legrelevánsabbnak és leginkább megvalósíthatónak a hálózati fórumot tartják. A civil szervezetek képviselői jellemzően szintén fontosnak tartják egy szakma-specifikus civil stratégia megalkotását, - amely relevancia szerint a második helyen szerepel - tekintettel arra, hogy egy hatékony érdekérvényesítéshez és együttműködéshez nélkülözhetetlen annak meghatározása, hogy mi a drog területen tevékenykedő civil szervezetek közös céljai. Mindazonáltal előfordultak olyan civilek, akik számára homályos a szakma-specifikus civil stratégia kifejezés, nem tudták értelmezni. A szervezetfejlesztéssel kapcsolatos vélemények arra engednek következtetni, hogy a szervezetfejlesztéshez nem elegendő egy ernyőszervezet, hanem ehhez a résztvevő szervezetek aktivitása és rugalmassága is szükségeltetik. A nemzetközi szinten fellelhető jó érdekérvényesítési gyakorlatokkal harmonizáló szakmai standardok beazonosítása és bevezetésének ösztönzése” specifikus céllal kapcsolatban pedig jellemzően fenntartással bírnak a résztvevők a kulturális különbségek miatt.

A CÉLCSOPORTBAN FOLYÓ PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG

Fogalmi keret az EMCDDA ajánlásai szerint

A mérvadónak tekinthető szakirodalom (IOM, 1994; EMCDDA, 2008) alapján a prevenció terültén három nagy kategóriát különböztethetünk meg, az általános prevenciót (Universal prevention), a célzott prevenciót (Selective prevention), valamint a javallott prevenciót (Indicated prevention).

Általános prevenció kategóriába tartozó prevenciós stratégiák a populáció egészét szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. Ezen programok célcsoportja lehet a nemzet egésze, a helyi közösség, az intézmények. A prevenciós beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az univerzális prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnak tekinthető egyfelől, másfelől pedig a megfogalmazott üzeneteknek olyanoknak kell lenniük, amelyekből a populáció egésze profitálni képes. (Beleértve azokat is, akik már találkoztak pl. a drogokkal.)

Célzott (szelektív) prevenciós beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnak tekinthetők, pl. társadalmi hovatartozásuk, iskolai karrierjük sajátos alakulása miatt. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma- viselkedés kialakulása között. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, profitálni legyen képes ezekből. A célzott prevenciós beavatkozások az egyéni veszélyeztetettség mértékének felbecslésére nem tesznek kísérletet.

Javallott (indikált) prevenció pedig olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM IV) függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nem csak a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik, vagy elvezet a szerhasználó életút kialakulásához. Az ilyen programok

különösen alkalmasak az olyan fiatalokkal való foglalkozás során, akik már összeütközésbe kerültek a büntető igazságszolgáltatás intézményrendszerével, ide sorolhatók az elterelés intézményrendszerén belül nyújtható szolgáltatások, beavatkozások is.

A prevenciós beavatkozásoknak célcsoport fókuszú kategorizációja alapján megkülönböztetett három nagy prevenciós kategórián belül a beavatkozás színtere alapján további alcsoportokat képezhetünk. Az egyes szintekre való fókuszálás mögött eltérő környezeti stratégiák húzódnak meg.

2. táblázat: A prevenciós színtér és a környezeti stratégiák kapcsolata

Környezeti stratégiák	
Iskola	iskolai egészség/drog politika
Közösség	drog-és alkoholpolitikák közösségi normák
Közösségi színtér: család	A család szerepe a normák kialakításában és a gyermek támogatásában

3. táblázat: A prevenciós programok csoportosítása a prevenciós színtér és célpopuláció jellege szerint (Nádas, 2007)

	Általános prevenció	Célzott prevenció	Javallott prevenció
Iskola	Pl. 8. osztályosokra irányuló programok	Pl. tanulási, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokra irányuló programok	Pl. figyelemhiányos/hiperaktív zavarban szenvedő tanulók
Közösség	Pl. alternatív szabadidő-eltöltési programok fiataloknak	Pl. fiatal bűnelkövetőkre, partizókra, problémás környéken élőkre irányuló programok	Pl. ADHD-val kezelt fiatalokra irányuló után-követéses beavatkozások
Közösségi színtér: család	Pl. családokra irányuló programok általában	Pl. veszélyeztetett családokra irányuló programok	Pl. veszélyeztetett gyermekek családjainak nyújtott segítség

Az EMCDDA is a prevenciós stratégiák – fent bemutatott – új megközelítéseinek figyelembe vételével csoportosítja a tagállamokban folyó prevenciós tevékenységeket mind az adatgyűjtés, mind az információk közlése során. Kutatásunk, és az eredmények bemutatása során mi is ennek követésére törekszünk.

A prevenciós tevékenységet (is) végző szervezetek jellemzői

A projekt célterületét jelentő három régióban 63 szolgáltatóval sikerült felvenni a prevenciós tevékenységek leírására szolgáló ún. Programinformációs adatlapot. A programok közel 71,5 százalékát nonprofit szervezet működteti, azaz jogi státusa alapján 45 szervezet tartozik a projekt célcsoportját képező civil szervezeti körbe (további 5 szervezet társas vállalkozás, 5 önkormányzati, 4 pedig költségvetési szervezet. 3 esetben a program működtetője magánszemély). A prevenciós programokat üzemeltető civil szervezetek döntő többsége alapítványi, vagy egyesületi formában működnek.

4. táblázat: A prevenciós programot (is) működtető szervezetek szervezeti formája

Szervezeti forma	Szervezetek száma	%	Kumulált %
nonprofit szervezet (alapítvány)	19	30,2	30,2
nonprofit szervezet (egyesület)	21	33,3	63,5
nonprofit szervezet (egyház)	2	3,2	66,7
nonprofit szervezet (egyéb)	3	4,8	71,5
költségvetési szerv	4	6,3	77,8
önkormányzati szerv	5	7,9	85,7
társas vállalkozás	5	7,9	93,6
magánszemély	3	4,8	98,4
válaszhiány	1	1,6	100
Összesen	63	100,0	

Az adatlapot kitöltő civil szervezetek fele (24 szervezet) Közép-Magyarországon, ezen belül is főként – egy szervezet kivételével – a fővárosban található. Az észak-alföldi régióban 12, a dél-alföldi régióban azonban mindössze 9 civilszervezet töltött ki programinformációs adatlapot. A közép-magyarországi régió a nem civil szervezeti formában dolgozó szervezetekkel együtt is megőrzi szolgáltatói fölényét, azonban a két vidéki régió szolgáltatási kínálata kiegyensúlyozottabb: a projekt célterületét jelentő három régió prevenciós szolgáltatóinak a fele – szinte azonos arányban¹¹ – a dél-alföldi és az észak-alföldi régióban található. A fővárosban jelentkező kínálati többlet azonban – figyelembe hogy a közép-magyarországi régió lakónépessége megközelítőleg azonos a két másik célrégióknak népességének összegével¹² – csak nagyobb választékot jelent és semmiképpen nem relatív túlkínálatot.

¹¹ A két vidéki régió kb. azonos szolgáltatói ellátottsága megfelel a korábbi (Paksi és mtsai, 2006) kutatási tapasztalatoknak.

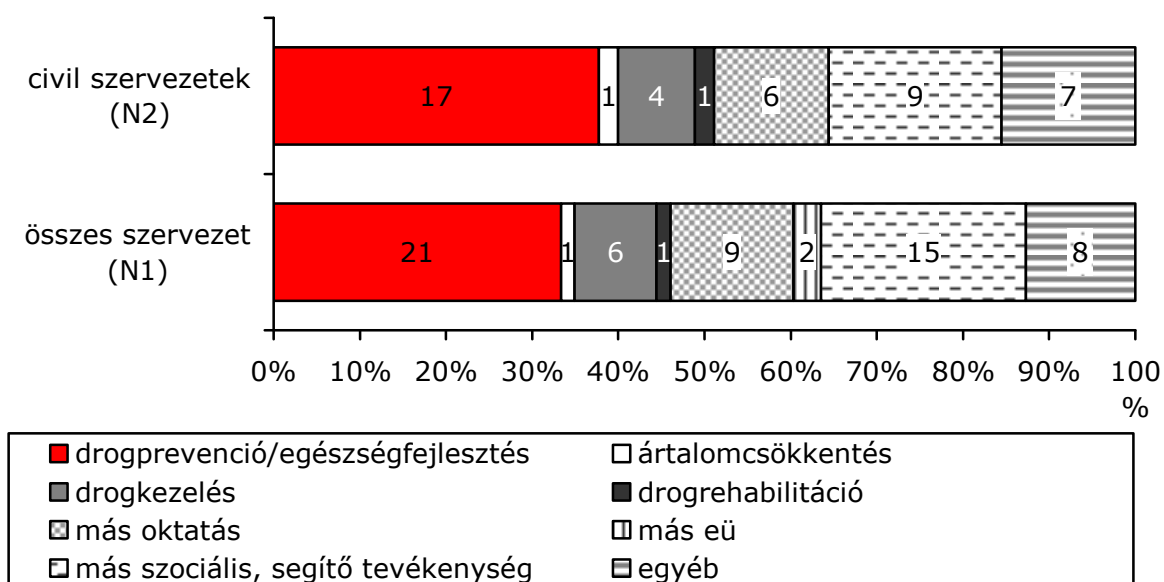
¹² A lakónépesség száma a dél-alföldi régióban: 1.350 ezer fő, észak-alföldi régióban: 1540 ezer fő, Közép-Magyarországi régióban pedig: 2.840 fő. (KSH, 2009)

5. táblázat: A prevenciós programot (is) működtető szervezetek regionális elhelyezkedése

Régió	Összes prevenciós szervezet	%	Ebből civil szervezet	%
Közép Magyarország	32	50,8	24	53,3
Dél-Alföld	15	23,4	9	20,0
Észak-Alföld	16	25,4	12	26,7
Összesen	63	100,0	45	100,0

A vizsgált három régióban a prevenciós programok egyharmadát a drogprevenciót/egészségfejlesztést főtevékenységként végző szervezet működteti. Összességében a programok közel felét valamilyen, a szenvedélybeteg ellátás valamely szegmensére fókuszáló szervezet működteti. E mellett gyakori a prevenciós kínálatban a főtevékenységként egyéb szociális, illetve oktatási területen dolgozó szervezetek jelenléte. A korábbi, 2003-2005 között készült országos vizsgálat (Paksi és mtsai, 2006) eredményeivel összehasonlítva,¹³ a jelen projekt előkészítéseként beazonosított, és a kutatásban együttműködést mutató prevenciós szervezetek között fokozottabb a fő tevékenységként a drogterületen tevékenykedő szervezetek jelenléte. A régiós civil szervezetek körében a drogterületre való a fókuszálás valamelyest még kifejezettebb.

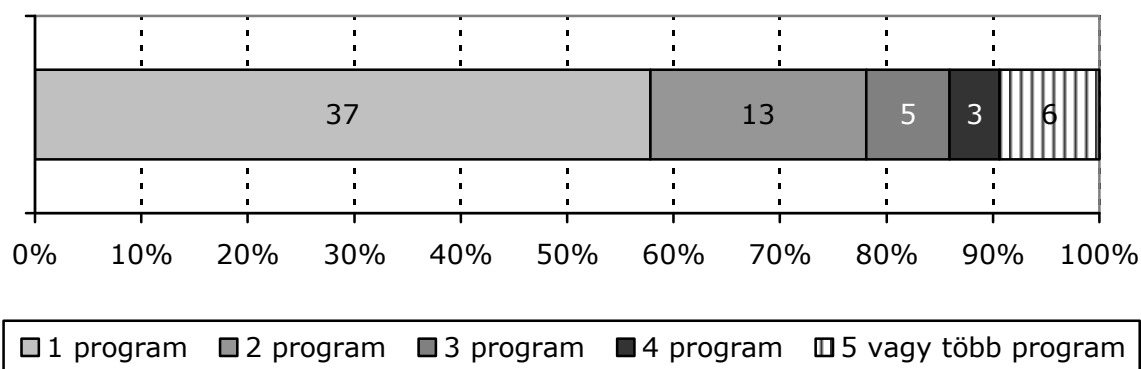
1.ábra A prevenciós programot (is) működtető szervezetek megoszlása a szervezetek főtevékenysége szerint ($N_1=63$; $N_2=45$)



¹³ Az országos vizsgálatban a főtevékenységét drogterületen végző szervezetek aránya 41,2% volt.

A szervezetek átlagosan 2, legnagyobb arányban (37 program, az összes program 59%-a) egy prevenciós programot működtet. A 2003 és 2005 között országosan végzett kutatással összehasonlítva e tekintetben nem tapasztaltunk jelentős eltéréseket/változásokat.

2.ábra A szervezetek száma az egy szervezet által működtetett prevenciós programok száma szerint (a szervezetek száma N=63)



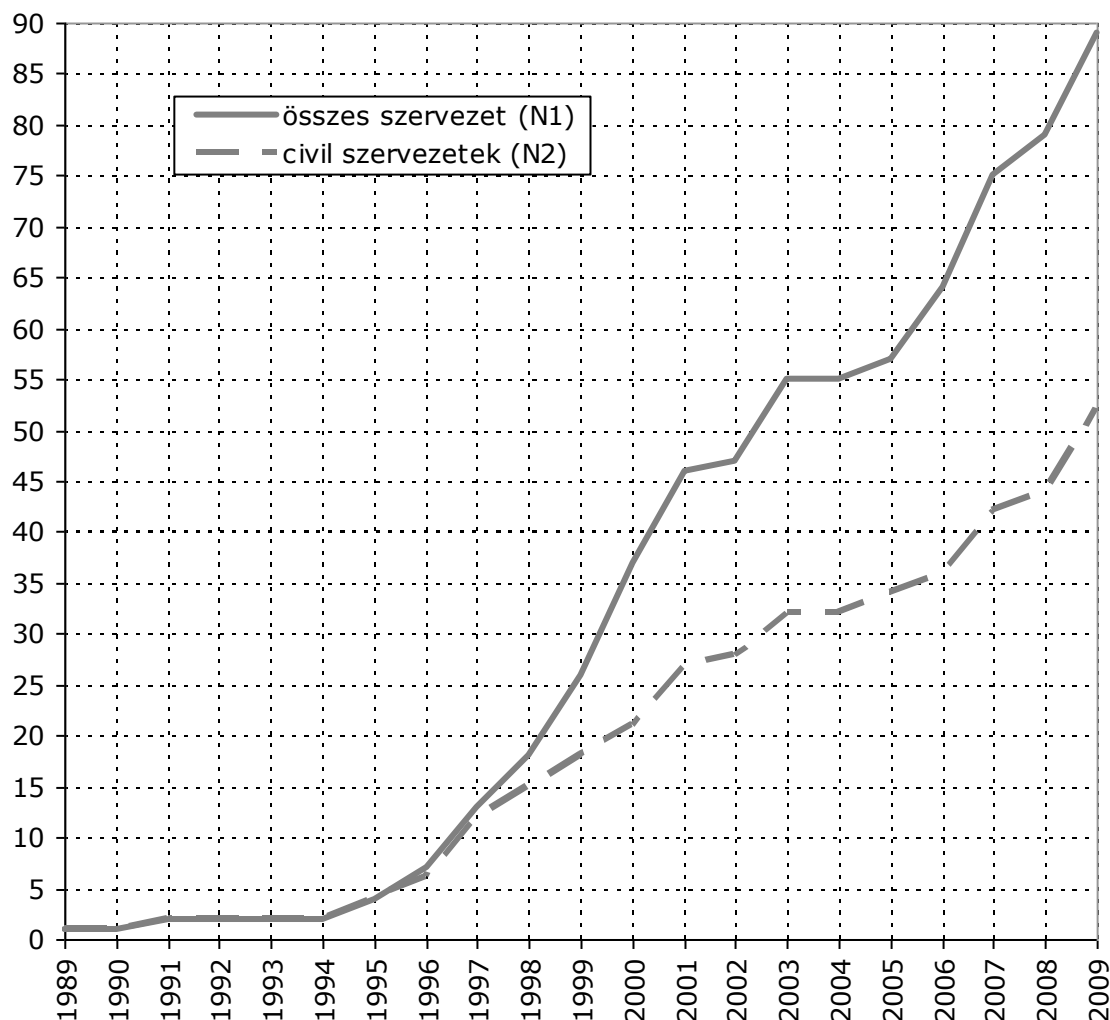
A vizsgált három régióban megismert 63 szervezet összesen 125 prevenciós programot működtet, melyből 91 programról sikerült részletes információkat szereznünk. A 125 programból 80 programot működtet civil szervezet, melyből 53 programról töltötték ki Programinformációs Adatlapot.

A prevenciós programok jellemzői

A prevenciós programok megjelenése

10 évvel ezelőtt a három régióban megismert prevenciós programoknak alig egyharmada volt jelen a prevenciós szintéren. Az ezredforduló környékén tapasztaltunk leginkább nagy arányban programindításokat, mindazonáltal 2001-ben is a jelenlegi programoknak csak alig több mint fele volt meg, s a programok egynegyedét az utóbbi 3 évben indították. A civil szervezetek prevenciós programindítása tekintetében az utóbbi tíz évben kevésbé dinamikus növekedést tapasztaltunk. A kilencvenes években a prevenciós programok gazdái szinte kizárólag civil szervezetek voltak, majd az ezredfordulós években (1999-2001) növekedett az egyéb szervezetek szerepvállalása, melynek következtében ma már csak öt prevenciós programból hármát működtet civil szervezet.

3.ábra A prevenciós programok megjelenése a projekt célterületét jelentő három régióban. (Az indítás éve alapján, a programok kumulált százalékában; $N_1=89$; $N_2=52$)



A prevenciós programok finanszírozásának jellemzői

A prevenciós programok finanszírozása erőteljesen külső, elsődlegesen pályázati forrásokhoz kötött, ami a programok működésének folyamatossága szempontjából rendkívül nagy bizonytalanságot visz a rendszerbe. Átlagosan a prevenciós programok költségvetésének négyötöde pályázati finanszírozással történik. A finanszírozó többnyire – a programok bevételeinek közel kétharmada esetében – az állam. Ettől jelentősen elmarad, de a többi forrás arányához képest mégis jelentős az átlagosan 16,5%-os piaci bevétel. Ezen kívül az alapítványi, illetve az önkormányzati finanszírozás haladja meg a költségvetés öt százalékát. Az összes többi forrás részesedése gyakorlatilag elenyésző: az adományozói finanszírozás aránya pl. 2,9%. A források prioritás sorrendje tekintetében a civil szervezetek nem mutatnak specialitást, mindössze minimális aránykülönbségeket tapasztalhatunk.

6. táblázat: A prevenciós programok finanszírozásának jellemzői: a különböző szempontok szerinti bevételtípusok megoszlásainak átlaga

Szempontok	A bevétel típusa	A bevételtípus átlagos aránya (%)	
		Összes szervezet	Civil szervezet
Folyamatossága	Állandó költségkeret	12,9	11,6
	Pályázati, alkalmi	79,8	78,4
Forrása megnevezése	Teljesítményhez kötött	7,5	10,2
	Állami finanszírozói	62,7	57,7
	Önkormányzati	6,6	7,9
	Nonprofit Alapítványi	9,0	10,2
	Egyesületi	3,2	5,2
	Adományozói	2,9	4,8
	Egyházi	0,1	0,2
	A megrendelő (piaci)	16,5	15,9
Külső finanszírozás aránya		80,3	78,5

A prevenciós programok tartalmi leírásának szempontjai

Tekintettel arra, hogy civil szervezetek szolgáltatási profiljának fejlesztéséhez, a számukra nyújtandó szakmai szolgáltatások tervezéséhez elsődlegesen a projekt által megcélzott három régióban jelenlévő programkínálat megismerése bír jelentőséggel, így a következőkben a három régióban nyújtott, a kutatás során részletesen megismert prevenciós szolgáltatások összességét mutatjuk be, függetlenül a programgazda szervezeti formájától.

Az adatgyűjtés során megkülönböztettük az interveniálni szándékolt populációra közvetlenül irányuló programokat/szolgáltatásokat, valamint azokat, amelyek valamilyen közvetítő populáció prevenciós felkészültségének növelése révén közvetetten célozzák meg az interveniálni szándékolt populációt.

A végső célpopulációra irányuló programok bemutatása során – a fejezet elején leírt –, az adatgyűjtések során EMCDDA által is alkalmazott tipizálást követve a célpopuláció, és prevenciós szintér jellege alapján megkülönböztettük az általános, a célzott és a javallott prevenciót. Az elemzések során is Az EMCDDA standard tipizálásra törekszünk¹⁴, továbbá ezen belül elkülönítjük az iskolai keretek között, illetve az iskolán kívül zajló programok.

¹⁴ Javallott prevenciós programmal mindössze 4 esetben sikerült felvennünk a Programinformációs Adatlapot, így ezen kategóriába tartozó programok részletes leírásától jelen tanulmányban eltekintünk. A programokat működtető szervezetek adatai a prevenciós szervezetek jellemzőivel foglalkozó fejezet adatai között megjelennek. A programok közül 1 – heterogén célpopulációja miatt – megjelenik az általános illetve a célzott programok között is.

A közvetítő populációra irányuló programok esetében csak abban az esetben ismerjük a végső célpopuláció általános vagy célzott, illetve javallott jellegét, amennyiben a program a végső célpopulációban történő programalkalmazásra készíti fel¹⁵. Amennyiben a program kortárssegítőket képez, vagy különféle foglalkozáscsoportok felkészültségének/problémaérzékenységének növelésére irányul, akkor a végső célpopulációra vonatkozóan nem rendelkezünk információval, tehát a végső célpopuláció mentén nem tudjuk tipizálni a programokat. Így a közvetett programokat - az általános és a célzott prevenció mellett - külön kategóriaként mutatjuk be.

Itt kell megjegyeznünk, hogy a programgazdák egy-egy program leírása során sok esetben többféle célpopulációt is bejelöltek,¹⁶ így az egyes csoportokban leírt programtípusokat jelen tanulmányban nem egymást kizáró kategóriaként kell kezelnünk, ugyanis az egyes kategóriák között átfedés tapasztalható.

Általános prevenció

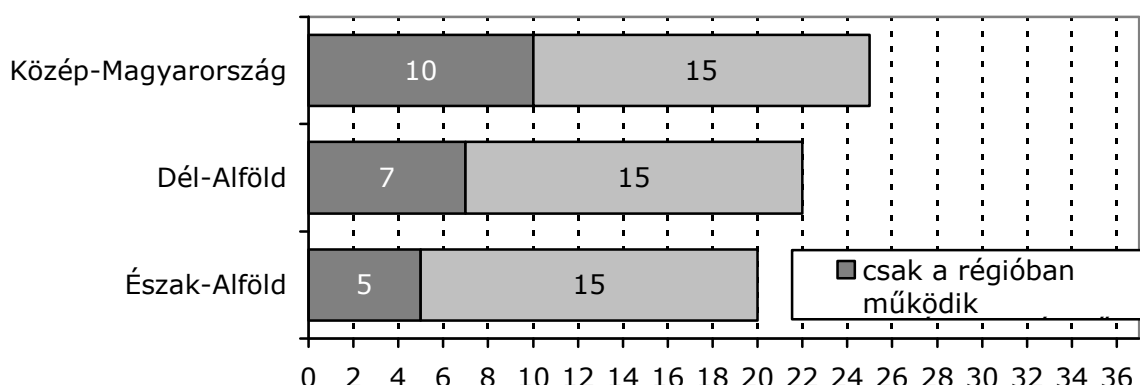
A 91 program mintegy fele, 45 program jelölte meg célpopulációként az általános populációt. Az általános populációra irányuló programok közel egyharmada, 14 program azonban nem csak a normálpopulációt célozza meg programjával, hanem a Programinformációs Adatlapban felsorolt különösen veszélyeztetett csoportok vagy családok valamelyikét is, azaz nem sorolható tisztán az általános prevenció kategóriájába. Mindazonáltal a továbbiakban a 45, általános populációra (is) irányuló programot mutatjuk be az általános prevenció témakörében.

Területi elhelyezkedés szerint vizsgálva az általános prevenciós kínálatot, azt mondhatjuk, hogy a prevenciós szervezetek területi elhelyezkedésének Közép-Magyarország centrikus (és ezen belül is elsősorban fővárosi) jellege kevésbé érvényesül. A szolgáltatásoknak a szolgáltatók elhelyezkedéséhez képest nagyobb fokú kiegyenlítettsége az országos hatókörű programok nagy arányának köszönhető.

¹⁵ Ebben az esetben ugyanis a Programinformációs adatlap végső célpopulációra vonatkozó részének kitöltését is kértük a szervezettől.

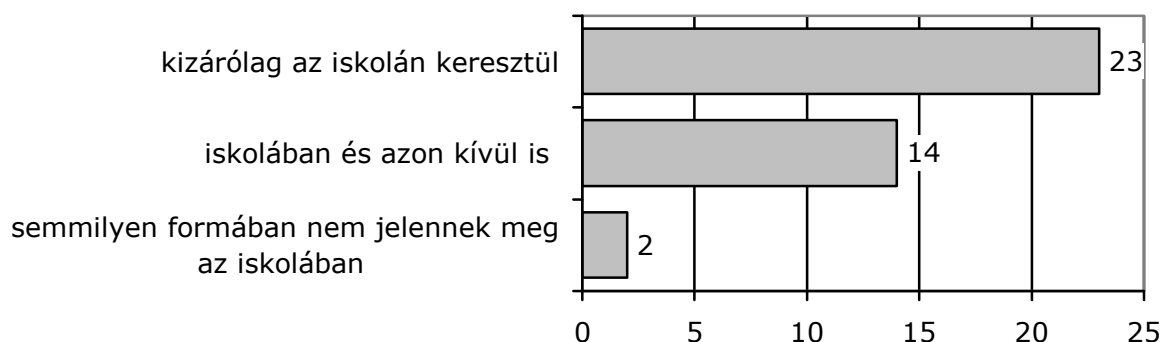
¹⁶ Egy programnak – a korábbi kutatásokkal összhangban – azt a beavatkozási egységet neveztük, amely céljai és módszerei tekintetében minden megvalósulás során megegyezik. Ez elvileg a célpopuláció tekintetében is megköveteli a homogenitást, hiszen ha azonos célok érdekében, de markánsan eltérő a célpopuláción történik valamilyen beavatkozás, akkor ez eltérő célpopulációkon feltételezhetően eltérő módszereket szükséges alkalmazni ugyanazon cél elérése érdekében, vagy azonos módszerek eltérő eredményre fognak vezetni. Mindazonáltal jelen kutatás során a programleírásokban sok esetben nagyon heterogén célpopuláció meghatározásokkal találkoztunk.

4.ábra Az általános populációra (is) irányuló programok földrajzi hatóköre (N=37)



Az általános populációra (is) irányuló programok döntő többsége, 37 program részben vagy kizárólag az iskolán keresztül éri el az interveniált populációt. A programok több mint fele, 23 program esetében az iskola intézményén keresztül való elérés kizárólagos, másik 14 program esetében pedig az iskola csak az egyik lehetséges elérési szintér. Mindössze 2 olyan programmal találkoztunk, amelyek semmilyen formában nem jelenik meg az iskolában.

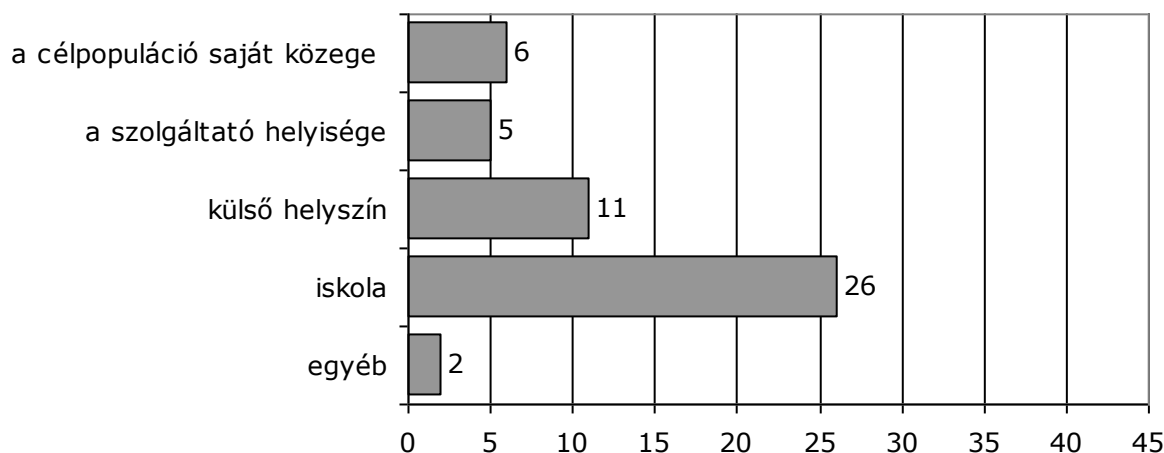
5.ábra Az általános populációra (is) irányuló iskolai és iskolán kívüli programok száma (N=39)



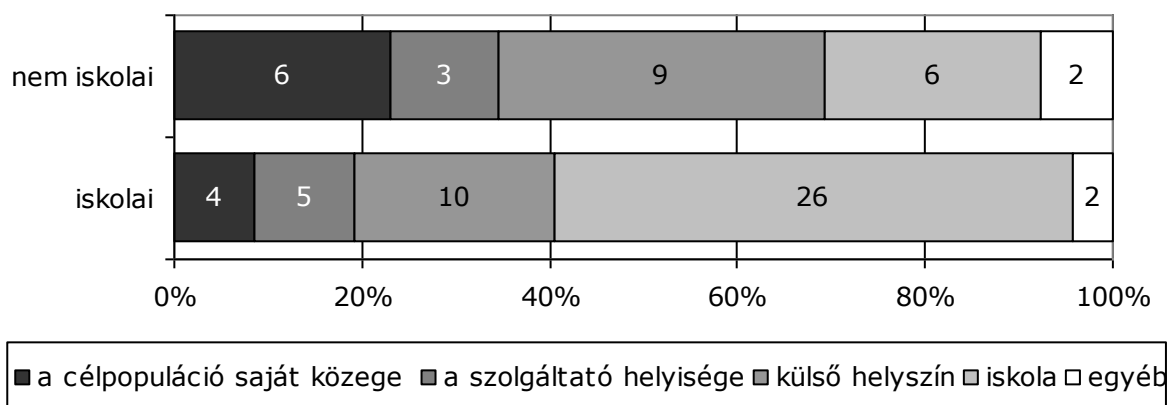
Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a vizsgált három régióban az általános prevenció elsődlegesen az iskolákon keresztül történik, illetve a prevenció kínálat alapján az iskolán keresztül van rá leginkább lehetőség.

Az általános prevenció programok leginkább iskolai helyszínen kerülnek megvalósításra. Az iskolai keretek között, illetve az iskolán kívül (is) zajló programok eloszlása azonban e tekintetben természetesen jelentősen eltér. Például célpopuláció saját közegében kizárólag olyan programok zajlanak, melyek esetében a populációval való kapcsolatba kerülés iskolától függetlenül (is) történik.

6.ábra Az általános prevenció programok száma a programmegvalósítás helyszíne szerint (N=45)



7.ábra Az iskolai és a nem iskolai általános prevenció programok eloszlása a programmegvalósítás helyszíne szerint, a különböző helyszínen megvalósuló programok összegének százalékában ábrázolva, az esetszámok feltüntetésével

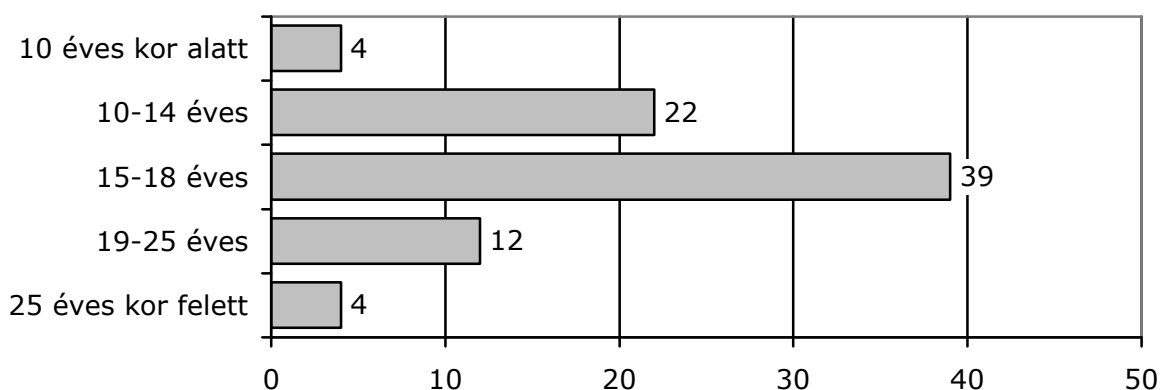


Az általános prevenció célpopulációjának alsó életkori határa leggyakrabban 14 éves, átlagosan 12,3 éves kor. 3 program már 6 éves populációban is vállalja az intervenciót. A felső korhatár pedig leggyakrabban 18 éves kor, átlagosan 19,4, mindazonáltal van 4 olyan program a vizsgált 3 régióban, ahol 25 éves kor feletti populációval is foglalkoznak. A programok többsége a 15-18 éves populációt célozza meg, jelentős még a 10-14 éves fiatalokra irányuló programok száma is. A 10 éves kor alatti, illetve a 25 éve feletti populációval összesen 8 program foglalkozik a projekt célterületén.

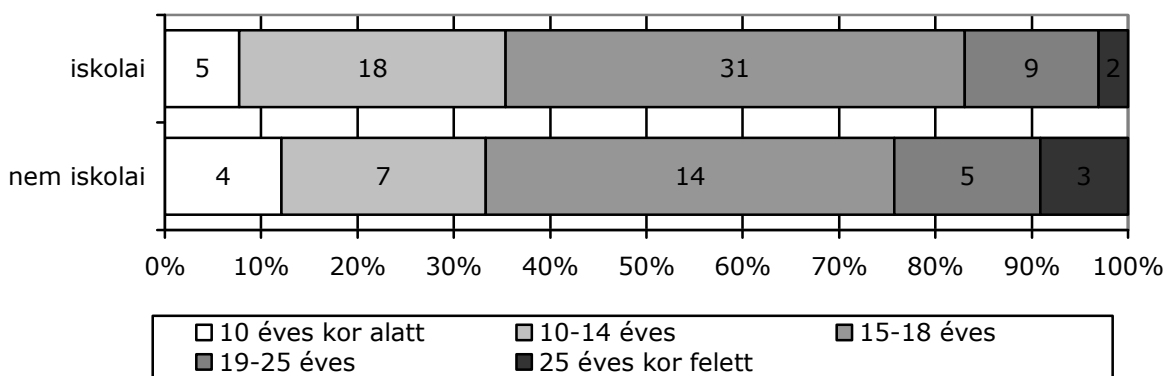
Az iskolai keretek között, illetve az iskolán kívül (is) zajló programok eloszlása a megcélzott populáció életkora tekintetében nem különbözik szignifikánsan, mindazonáltal a szélső – a 10 éves kor alatti, illetve a 25 éves kor feletti – életkori csoportokra nagyobb arányban fókuszálnak az iskolán kívüli programok. Az iskolai programok célpopulációjának alsó korhatára átlagosan 12,25 év, felső

pedig 18,9 év, addig az iskolán kívül zajló programok esetében az átlagos értékek 11,8 és 21,1.

8.ábra A különböző életkori csoportokra irányuló általános prevenciós programok száma (N=44)



9.ábra Az iskolai és a nem iskolai általános prevenciós programok eloszlása a célpopuláció életkora szerint, a különböző életkori csoportokra irányuló programok összegének százalékában ábrázolva, az esetszámok feltüntetésével.



Az általános populációra (is) irányuló programok egy átlagos évben összesen 80 ezer főt érnek el, egy program átlagosan mintegy 2200 főt, leggyakrabban 2000 főt interveniál. Azonban e tekintetben a programok között nagyon nagy különbségek vannak, az adatok szórása az átlag kétszerese. A programok fele az átlagnál jóval kisebb populációt, kevesebb, mint 800 főt ér el egy átlagos évben, minden ötödik-hatodik program kifejezetten kis számosságú, 100 fő alatti populációval dolgozik egy átlagos évben.

Tekintettel arra, hogy – mint említettük – az általános prevenció körébe tartozó 45 program közel egyharmada, 14 program nem csak a normálpopulációt célozza meg programjával, hanem különösen veszélyeztetett csoportok vagy családok valamelyikét is, a megismert programok által egy átlagos évben elért populáció létszámára vonatkozó adatok – nem kalkulálható mértékben – tartalmaznak eseteket a célzott prevenció célpopulációjából is. Éppen ezért az alábbi táblázatban külön oszlopban feltüntettük azoknak a programoknak az adatait, amelyek tisztán általános prevenciónak tekinthetők. Ennek alapján azt

mondhatjuk, hogy tisztán az általános prevenció kategóriájába sorolható, csak normálpopulációval dolgozó programok átlagosan nagyobb populációt érnek el egy évben, mint a vegyes programok, s az általuk elért 76 ezres összlétszám pedig a három régióban a prevenciós beavatkozásokkal elért populáció alsó értékét jelenti.

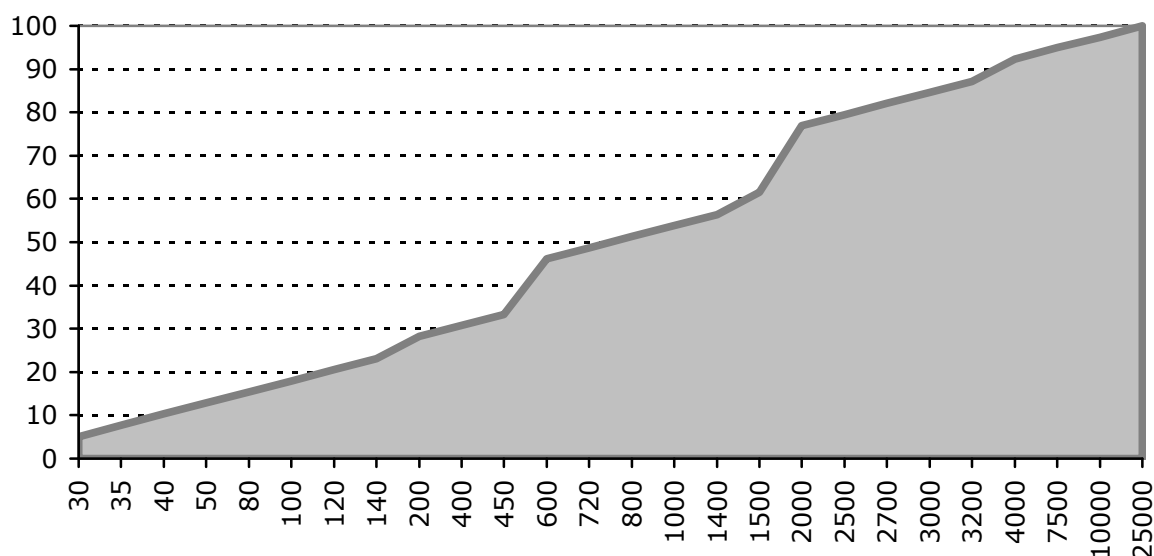
7. táblázat: Az általános populációra (is) irányuló prevenciós programok által 2008-ban, illetve egy átlagos évben elért populáció főbb mennyiségi jellemző

	Hány főt ért el 2008-ban		Hány főt ért el egy átlagos évben	
	Az általános prevenciót is végző programok	Csak általános prevenciót végző programok	Az általános prevenciót is végző programok	Csak általános prevenciót végző programok
N	36	25	39	28
válaszhiány	9	6	6	3
Átlag	2293	2876,80	2197	2724,64
Medián	660	1500,00	800	1450,00
Modus	-*	-*	2000	2000
szórás	4436	5141,158	4269	4914,927
Minimum érték	0**	0**	30	30
Maximum érték	25000	25000	25000	25000
Az elért populáció összlétszáma	82556	71920	85695	76290

*A legnagyobb gyakoriság több értéknél fordul elő

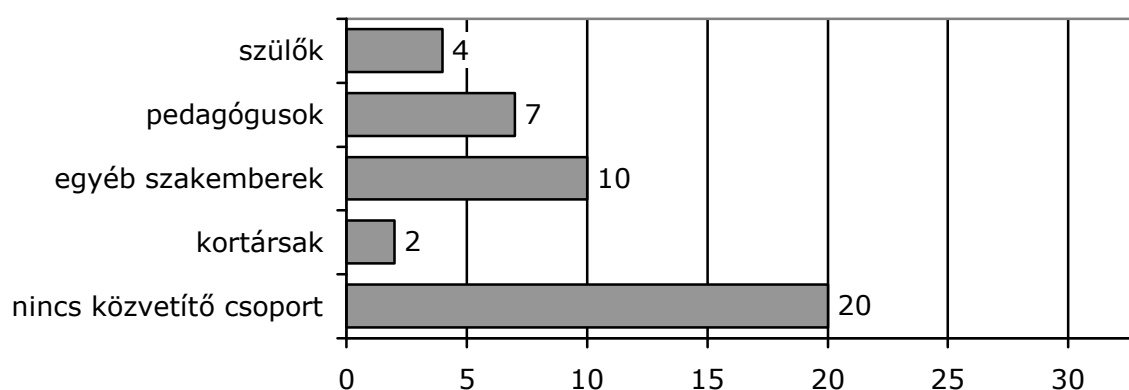
** négy program 2008-ban nem működött

10. ábra Az általános populációra (is) irányuló prevenciós programok által egy átlagos évben elért populáció nagyságának kumulált-gyakoriság görbéje (%)



A végső célpopulációként az általános populációt (is) megjelölő programok közül 33 programról van információnk arról, hogy a végső célcsoport, illetve az abban megvalósítani kívánt célok eléréséhez alkalmaz-e valamilyen közvetítő (közbenső) csoportot. Ennek alapján megállapíthatjuk, hogy a közbenső célcsoport alkalmazása nem tekinthető általánosnak a vizsgált programok körében: a programok háromötöde nem használ közvetítő csoportot. Amennyiben mégis, akkor leginkább különböző szakemberek (szociális munkások, pszichológusok stb.), illetve a pedagógusok bevonása jellemző, s meglehetősen ritkán (4 illetve 2 esetben) jelennek meg a szülők, illetve a kortársak közvetítő csoportként.

11.ábra Az általános prevenciót (is) végző programok által bevont közvetítő (közbenső) csoportok előfordulása (N=33)



Az általános prevenció programok döntő többsége közvetlenül és közvetve is foglalkozik a legális, és a tiltott szerekek egyaránt. Mindössze 5 olyan programmal találkoztunk, ahol közvetlenül nem foglalkoznak egyik szerecsoporttal sem, és 9 másik programmal ahol csak közvetlenül foglalkoznak a szerekekkel. A tiltott és a legális szerekek azonos súllyal szerepelnek ma már az általános prevenció tematikájában.

12.ábra Az általános prevenció programok száma a közvetlenül, illetve a közvetetten megcélzott szerekek szerint (N=44)

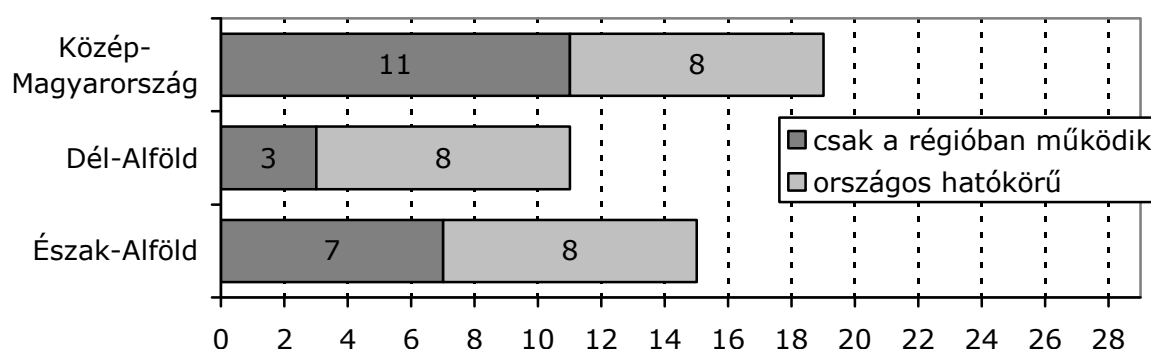


Célzott prevenció

A megismert programok valamivel több, mint egyharmada, 31 program jelölte meg célpopulációként a kérdőívben felsorolt különösen veszélyeztetett csoportok vagy családok valamelyikét. A célzott programok közel fele, 14 program a normálpopulációt is megcélozza programjával, azaz nem sorolható tisztán a célzott prevenció kategóriájába. Mindazonáltal a továbbiakban a 31, veszélyeztetett csoportokra, vagy családokra (is) irányuló programot mutatjuk be a célzott prevenció témakörében.

A célzott prevenció hatókörében területi jellemzői alapján azt mondhatjuk, hogy a dél-alföldi régióban a legkisebb az ellátottság, különösképpen, ha azt is figyelembe vesszük, hogy az ottani 11 programra kiterjedő kínálatból 8 olyan program, ami országos lefedettséggel működik.

13.ábra A célzott programok földrajzi hatóköre (N=29)



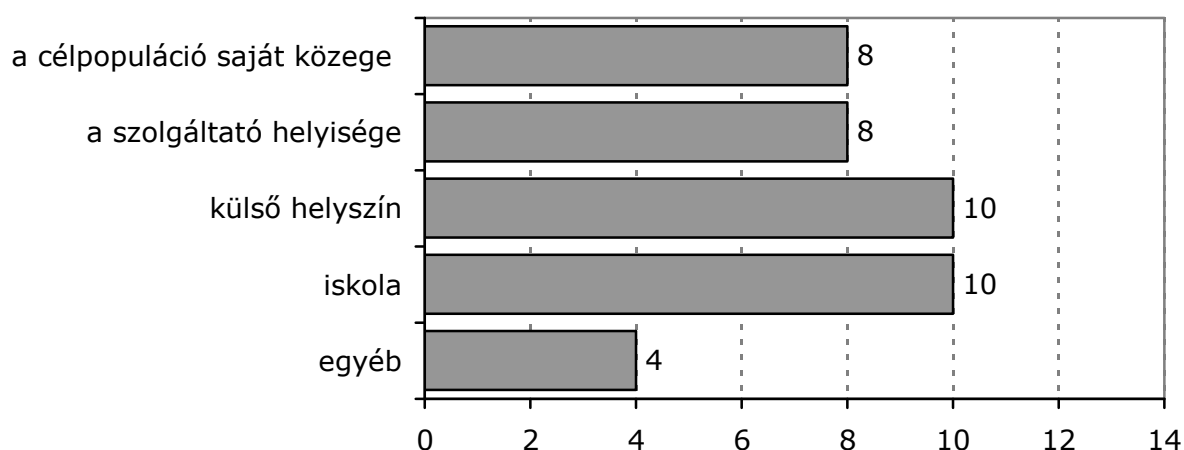
A célzott programok többsége, 23 program részben vagy kizárólag az iskolán kívül éri el az interveniált populációt. A programok közel fele, 13 program esetében az iskolán kívüli elérés kizárólagos. Mindössze 5 olyan célzott programmal találkoztunk, amelyik kizárólag az iskola intézményén keresztül éri el a célpopulációját. Az általános prevencióhoz képest tehát az elérési preferenciák tekintetében a célzott programok esetében egy fordított mintázat rajzolódik ki: míg az általános prevenció többnyire az iskolán keresztül éri el a célpopulációját, a célzott programok esetében az iskolán kívüli elérés a domináns.

14.ábra Az iskolai és iskolán kívüli célzott programok száma (N=28)

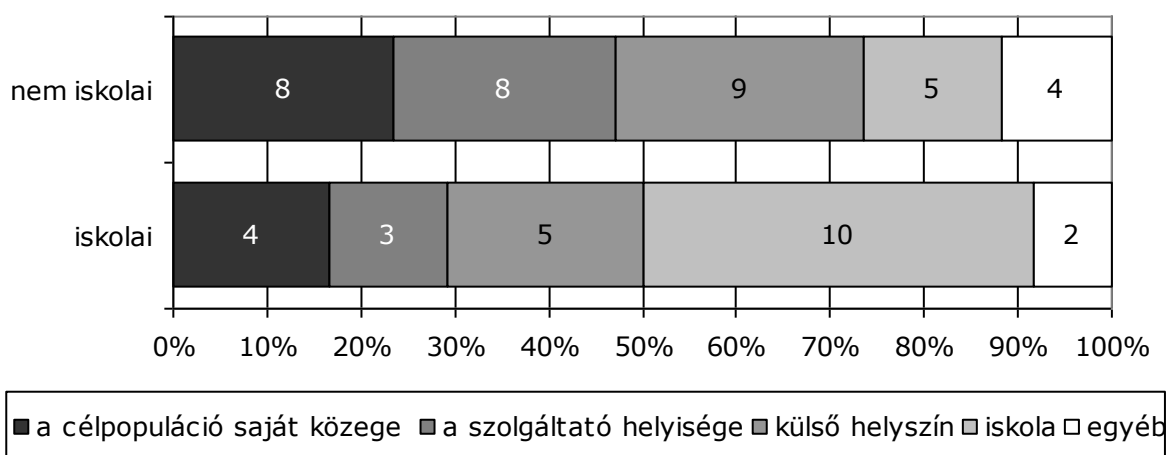


A célzott prevenciós programok többségének megvalósítása/lebonyolítása is az iskolán kívül zajlik, mindazonáltal a programok egyharmada esetében – főként az iskolai programok esetében - az iskola is megjelenik, mint megvalósítási helyszín.

15.ábra A célzott prevenciós programok száma a programmegvalósítás helyszíne szerint (N=31)



16.ábra Az iskolai és a nem iskolai célzott programok eloszlása a programmegvalósítás helyszíne szerint, a különböző helyszínen megvalósuló programok összegének százalékában ábrázolva, az esetszámok feltüntetésével



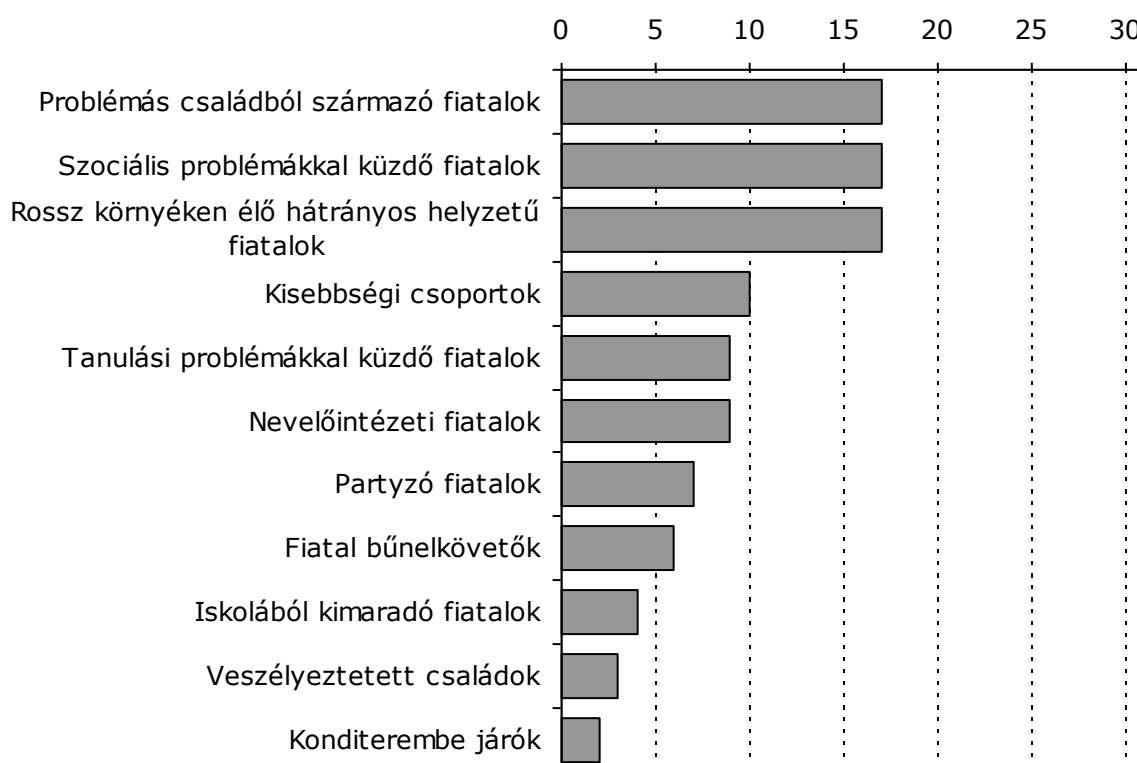
A célzott prevenció célpopulációjának alsó életkori határa leggyakrabban 14 éves, átlagosan 13,3 éves kor. 4 program azonban már a 6 éves populációban is vállalja az intervenciót. A felső korhatár pedig leggyakrabban 18, átlagosan 22,2 éves kor, mindazonáltal van 5 olyan program a vizsgált 3 régióban, ahol 25 éves kor feletti populációval is foglalkoznak. A programok többsége a 10-25 éves populációt célozza meg.

17.ábra A különböző életkori csoportokra irányuló célzott prevenciós programok száma (N=30)



A célzott programok leginkább problémás családból származó és/vagy szociális problémákkal küzdő és/vagy rossz környéken élő fiatalokra irányulnak. Ezek a csoportok a programok több mint felénél megjelennek célpopulációként. Ugyanakkor a programok maximum 10%-a foglalkozik a valamilyen szempontból – szerekekkel kapcsolatos visszaélés; társadalmilag hátrányos helyzetben lévő szülők; mentális problémák, családi konfliktusok és a gyermek elhanyagolása; marginalizált, kisebbségi helyzetük; bűnözés miatt – veszélyeztetett családokkal, illetve a konditerembe járó fiatalokkal. Ritka még továbbá az iskolából kimaradó, bűnelkövető, vagy partizó fiatalokkal célzottan foglalkozó program is, s egyáltalán nem találtunk olyan programot, amely célzottan a hajléktalanokra irányul.

18.ábra A célzott programok által közvetlenül elérni kívánt célpopuláció (N=31)



A célzott programok egy átlagos évben összesen közel 12 ezer főt érnek el, egy program átlagosan mintegy 450 főt, leggyakrabban azonban csak 60 főt interveniál. Azonban a programok között ez esetben is nagyon nagy különbségek vannak, az adatok szórása az átlagnak közel kétszerese, a minimális és a maximálisan elért esetszám között mintegy 250-szeres különbség van. A programok fele kevesebb, mint 100 főt ér el egy átlagos évben.

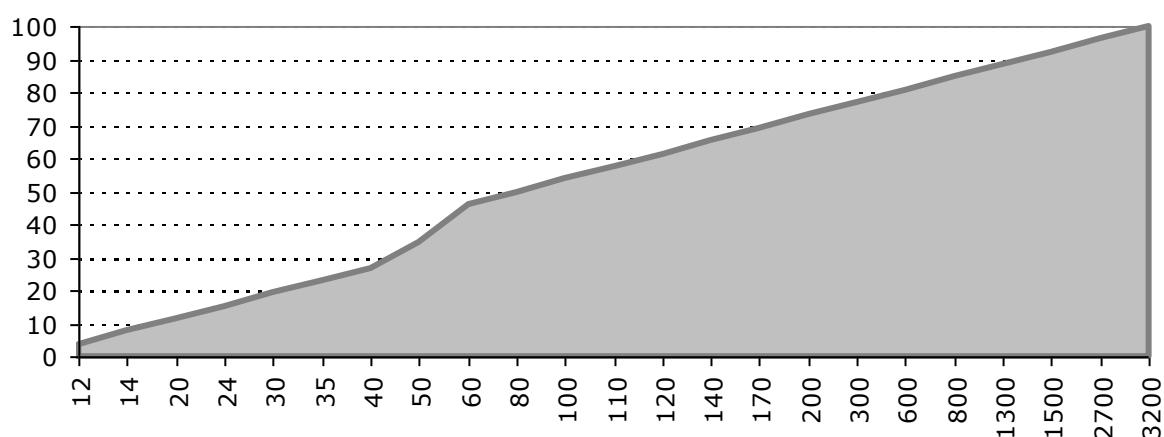
Tekintettel arra, hogy – mint említettük – a célzott prevenciós programok közel fele nem csak veszélyeztetett populációkat céloz meg, hanem az általános populációt is, ezért az alábbi táblázatban külön oszlopban feltüntettük azoknak a programoknak az adatait, amelyek tisztán célzott prevenciónak tekinthetők. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy tisztán a célzott prevenció kategóriájába sorolható, csak speciális csoportokkal vagy családokkal dolgozó programok átlagosan jóval kisebb populációt érnek el egy évben, mint a vegyes programok.

8. táblázat: A célzott prevenciós programok által 2008-ban, illetve egy átlagos évben elért populáció főbb mennyiségi jellemző

	Hány főt ért el 2008-ban		Hány főt ért el egy átlagos évben	
	A célzott prevenciót is végző programok	Csak célzott prevenciót végző programok	A célzott prevenciót is végző programok	Csak célzott prevenciót végző programok
N	26	15	26	15
válaszhiány	5	2	5	2
Átlag	472	109	452	158
Medián	60	40	90	60
Modus	0	0	60	60
szórás	1128	237	834	325
Minimum érték	0*	0**	12	12
Maximum érték	5000	950	3200	1300
Az elért populáció összlétszáma	12270	1634	11775	2370

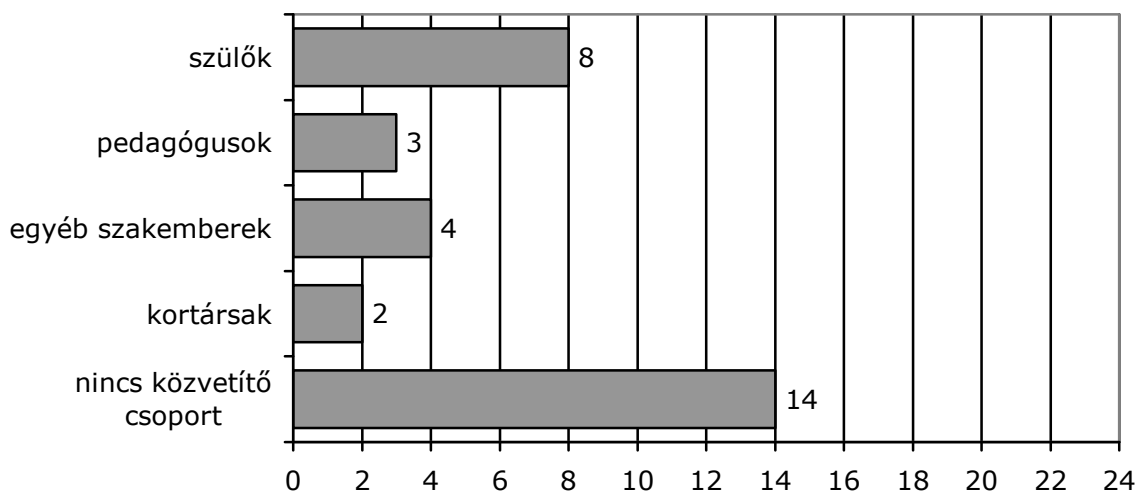
* 3 program 2008-ban nem működött * *2 program 2008-ban nem működött

19.ábra A célzott programok által egy átlagos évben elért populáció nagyságának kumulált-gyakoriság görbéje (%)



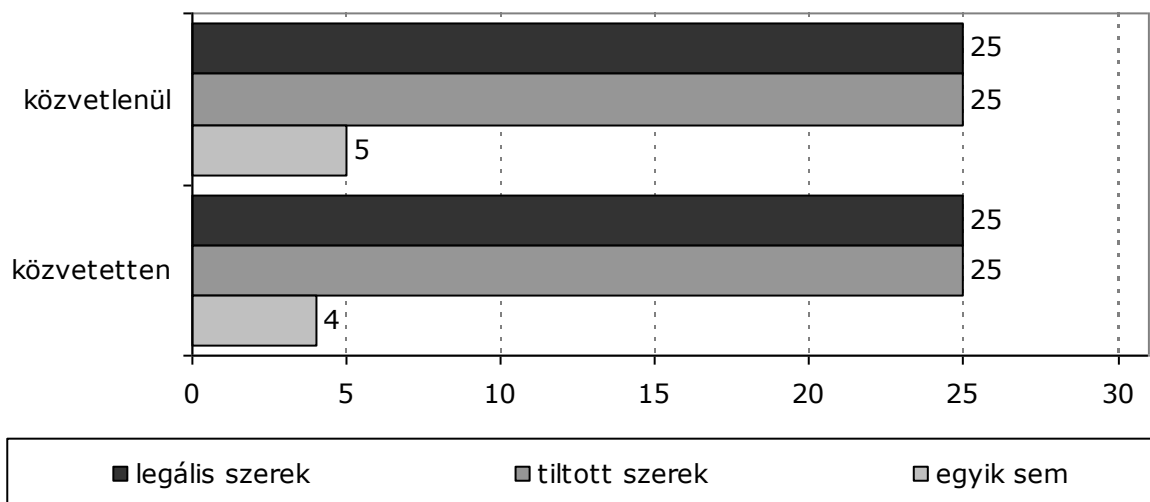
Célzott programok közül 24 programról van információnk arról, hogy a végső célcsoport, illetve az abban megvalósítani kívánt célok eléréséhez alkalmaz-e valamilyen közvetítő (közbenső) csoportot. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy a közbenső célcsoport alkalmazása a célzott programok esetében sem tekinthető általánosnak a vizsgált programok körében: az általános prevenciót végző programokhoz hasonlóan, a célzott programok közel háromötöde nem használ közvetítő csoportot. Amennyiben mégis, akkor viszont az általános prevencióban jellemzőtől eltérően leginkább a szülők bevonása jellemző.

20.ábra Az célzott prevenciót (is) végző programok által bevont közvetítő (közbenső) csoportok előfordulása (N=24)



A célzott programok döntő többsége közvetlenül és közvetve is foglalkozik a legális, és a tiltott szerekek egyaránt. Mindössze 5 olyan programmal találkoztunk, ahol közvetlenül nem foglalkoznak egyik szerecsoporttal sem, és 4 másik programmal ahol csak közvetlenül foglalkoznak a szerekek. A tiltott és a legális szerekek azonos súllyal szerepelnek a célzott prevenció tematikájában.

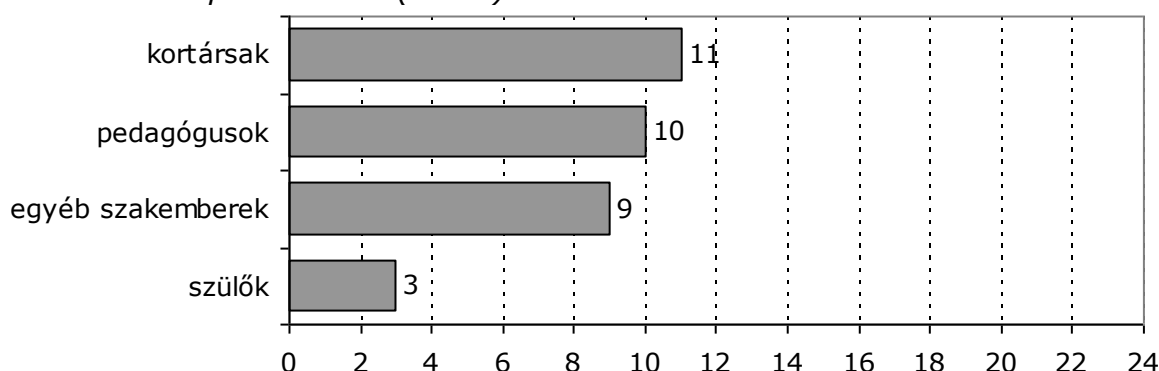
21.ábra Az célzott programok száma a közvetlenül, illetve közvetetten megcélzott szerekek szerint (N=31)



A közvetítő populációra irányuló programok

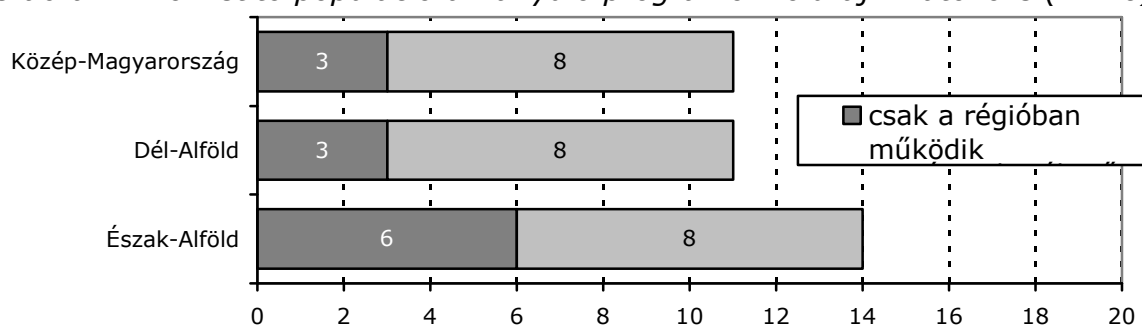
A 91 prevenciós programból, melyről részletes információval rendelkezünk, 24 program csak közvetetten célozza meg a végső célpopulációt.¹⁷ Ezen programok közvetlen célpopulációja között megközelítőleg azonos arányban fordulnak elő kortársak, pedagógusokra, illetve egyéb segítő szakemberekre (pszichológusokra, szociális munkásokra, egyéb segítő foglalkozásúakra) irányuló programok. A szülőkkel való foglalkozást azonban mindössze 3 program jelölte meg önálló célként.¹⁸

22.ábra Közvetett – nem a végső célpopulációra irányuló - programok száma célcsoport szerinti (N=24)



Területi elhelyezkedés szerint vizsgálva a közvetítő populációra irányuló prevenciós kínálatot, azt mondhatjuk, hogy a prevenciós szervezetek területi elhelyezkedésével szemben a közvetítő populációra irányuló programok legnagyobb számban az észak-alföldi régióban vannak jelen. Mindazonáltal meg kell jegyeznünk, hogy – más programtípusokkal összehasonlítva – a közvetítő populációra irányuló programok esetében leginkább jellemző az országos hatókörű programok dominanciája.

23.ábra A közvetítő populációra irányuló programok földrajzi hatóköre (N=20)



¹⁷ Itt csak azok a programok szerepelnek, melyek a végső célpopulációval nem foglalkoznak, illetve nem az arra irányuló programjuk részeként foglalkoznak valamilyen közvetítő csoporttal. Mint azt a végső célpopulációra irányuló, általános illetve a célzott prevenció bemutatása során leírtuk, 13 általános és 14 célzott prevenciós program foglalkozik a végső célpopulációra irányuló program részeként valamilyen közvetítő csoporttal is.

¹⁸ Itt jegyezzük meg, hogy a célzott prevenciós beavatkozások esetében viszont 10 közvetítő populációval is foglalkozó program közül 8 a szülőkkel (is) foglalkozik.

A közvetítő populációra irányuló programok közül csak 13 programról rendelkezünk információval arról, hogy az iskolának van-e szerepe célpopulációval való kapcsolatba kerülésben, azonban azon programok, melyekről van ilyen jellegű információnk, mindegyike részben (7 program) vagy kizárólag az iskolán keresztül (6 program) éri el az interveniált populációt.

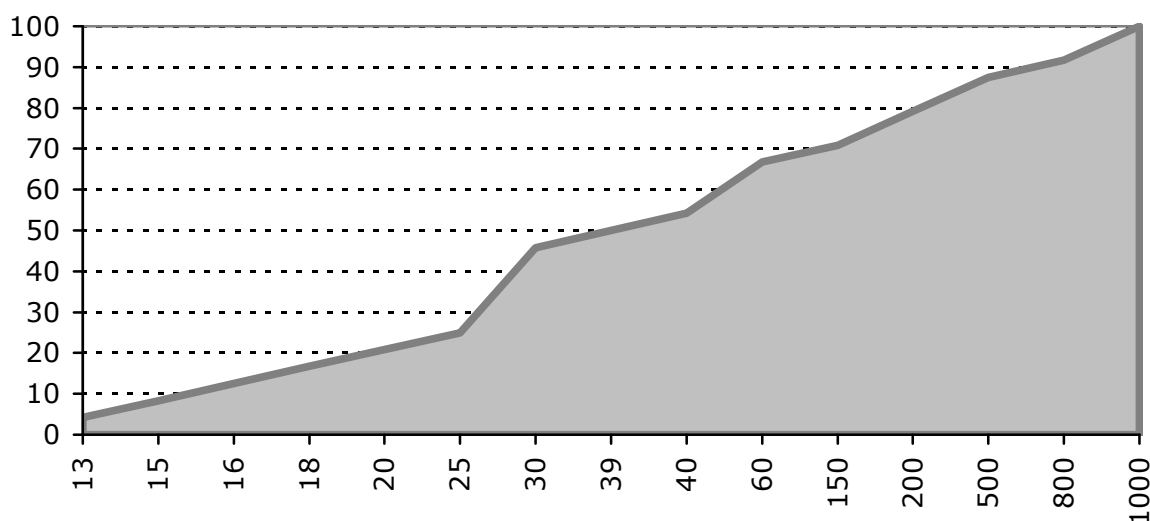
A közvetítő populációra irányuló programok egy átlagos évben összesen közel 5 ezer főt érnek el, egy program átlagosan mintegy 200 főt képez ki. Azonban e tekintetben a programok között ebben a programtípusban is nagyon nagy különbségek vannak, az adatok szórása az átlag másfélszerese. A programok fele az átlagnál jóval kisebb populációt, kevesebb, mint 40 főt ér el egy átlagos évben a leggyakrabban előforduló létszám pedig 30 fő.

9. táblázat: A közvetítő populációra irányuló programok által 2008-ban, illetve egy átlagos évben kiképzett populáció főbb mennyiségi jellemzői

	Kiképzettek száma 2008-ban	Kiképzettek száma egy átlagos évben
N	19	24
Válaszhiány	5	0
Átlag	206,00	202,75
Medián	42,00	39,50
Módusz	0	30
Szórás	325,142	314,597
Minimum érték	0	13
Maximum érték	1000	1000
A kiképzett populáció összlétszáma	3914	4866

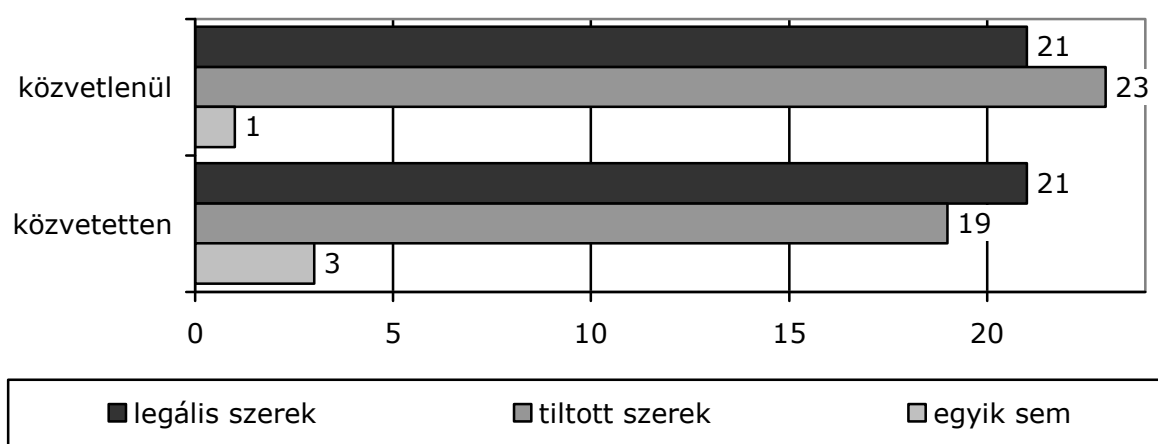
* 2 program 2008-ban nem működött

24. ábra A közvetítő populációra irányuló programok által egy átlagos évben kiképzett populáció nagyságának kumulált-gyakoriság görbéje (%)



A programok döntő többsége a közvetítő populációra irányuló programok esetében is közvetlenül és közvetve is foglalkozik a legális, és a tiltott szerekek egyaránt. Mindössze 1 olyan programmal találkoztunk, ahol közvetlenül nem foglalkoznak egyik szercsoporttal sem, és 3 másik programmal ahol csak közvetlenül foglalkoznak a szerekekkel. A tiltott drogokat valamelyest nagyobb arányban célozzák meg a programok közvetlenül, a legális szereket pedig valamelyest gyakrabban szerepelnek közvetetten a képző programok tematikájában.

25.ábra A közvetítő populációra irányuló programok száma aszerint, hogy a különböző szercsoportokat közvetlenül, illetve a közvetetten megcélozzák-e (N=24)



A CÉLCSOPORTBAN FOLYÓ ALACSONYKÜSZÖBŰ TEVÉKENYSÉG

Az alacsonyküszöbű intézmény az EMCDDA ajánlásai szerint

Az alacsony küszöbűség lényege (Hedrich 2004; Márványkövi és Rácz, 2005) egészségügyi és szociális szolgáltatások könnyen elérhetővé tétele a droghasználó populációk számára.

A küszöb alacsonyra helyezése egyrészt abban nyilvánul meg, hogy a szolgáltató szervezetek a célcsoportokhoz, illetve azok igényeihez igazítják telephelyük és a nyitva tartás kiválasztását – vagyis magukat könnyen, bárki számára elérhetővé teszik. Az alacsonyküszöbű szolgáltatók mentesek a bürokráciától, ingyenesek, és a szolgáltatások igénybevételéhez nem követelnek meg absztinenciát. Bár a kezelés felé igyekeznek klienseiket terelni, biztosítják a túléléshez szükséges szolgáltatásokat: éjszakai szállást, steril tűket és orvosi ellátást.

Az alacsonyküszöbű intézmények kiemelt színterei az egészséggel kapcsolatos információk és a biztonságos droghasználattal kapcsolatos üzeneteknek terjesztésének is, különös tekintettel a kipróbálókra, a függőkre vagy a problémás droghasználókra.

Az alacsonyküszöbű ellátás célcsoportjai között egyaránt megtalálhatóak a nehezen elérhető csoportok, a magas kockázati csoportok és az illegális drogokat kipróbálók. Könnyű elérhetőségükből kifolyólag ezen szervezetek kiemelt szerepe a nehezen elérhető, vagy a más egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülő célcsoportok megtalálása és a szolgáltatásokba történő bevonása.

Az alacsonyküszöbű tevékenységet (is) végző szervezetek jellemzői

A projekt célterületét jelentő három régióban 18 szolgáltatóval sikerült felvenni az alacsonyküszöbű tevékenységek leírására szolgáló adatlapot.¹⁹ Ebből jogi státusa alapján 14 szervezet tartozik a projekt célcsoportját képező civil szervezeti körbe (további 3 szervezet költségvetési, 1 pedig önkormányzati szervezet). Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat üzemeltető szervezetek többsége (66,6%) – a 2004-es országos vizsgálatban tapasztalattal gyakorlatilag teljesen megegyező módon (Márványkövi és Rácz, 2005) – alapítványi, vagy egyesületi formában működik.

¹⁹ Az alacsonyküszöbű tevékenység leírására szolgáló adatlap megtalálható a mellékletben.

10. táblázat: Az alacsonyküszöbű programot (is) működtető szervezetek szervezeti formája

Szervezeti forma	Szervezetek száma	%	Kumulált %
Nonprofit: alapítvány	8	44,4	44,4
Nonprofit: egyesület	4	22,2	66,6
Nonprofit: egyház	1	5,6	72,2
Nonprofit: egyházi szervezet	1	5,6	77,8
Költségvetési szerv	3	16,7	94,5
Önkormányzati szervezet	1	5,6	100,0
Összesen	18	100,0	

Az adatlapot kitöltő civil szervezetek fele (7 szervezet) Közép-Magyarországon, ezen belül is a fővárosban található. Az észak-alföldi régióban 5, a dél-alföldi régióban azonban mindössze 2 civil szervezet töltött ki alacsonyküszöbű adatlapot. Az állami, ill. önkormányzati szervezetek tevékenységével együtt azonban egyes régiók alacsonyküszöbű szolgáltatási kínálata ennél valamelyest kiegyensúlyozottabb.

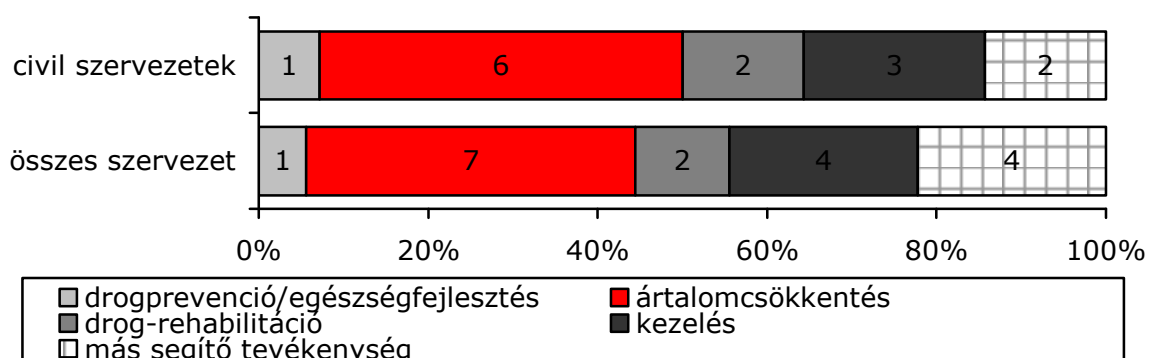
11. táblázat: Az alacsonyküszöbű programot (is) működtető szervezetek regionális elhelyezkedése (a szervezetek száma)

Régió	Összes, alacsonyküszöbű tevékenységet végző szervezet	Ebből civil szervezet
Közép Magyarország	8	7
Dél-Alföld	4	2
Észak-Alföld	6	5
Összesen	18	14

Az alacsonyküszöbű szolgáltatást végző szervezetek közül 10 szervezet végez valamilyen arányban prevenció, illetve 5 szervezet drog-rehabilitációs tevékenységet is.

A többség nem főtevékenységként végzi az ártalomcsökkentő munkát, hanem a drogellátás egyéb szegmenseiben végzett, illetve más területre irányuló segítő tevékenység mellett. Kifejezetten ártalomcsökkentési feladatok ellátására az adatlapot kitöltő szervezetek valamivel több, mint egyharmada, azaz összesen 7 szolgáltató orientálódott. A civil szervezetek körében valamivel gyakoribb az ártalomcsökkentő tevékenység főprofilként való megjelenése.

26.ábra Az alacsonyküszöbű programot (is) működtető szervezetek megoszlása a szervezetek főtevékenysége szerint (a szervezetek száma)



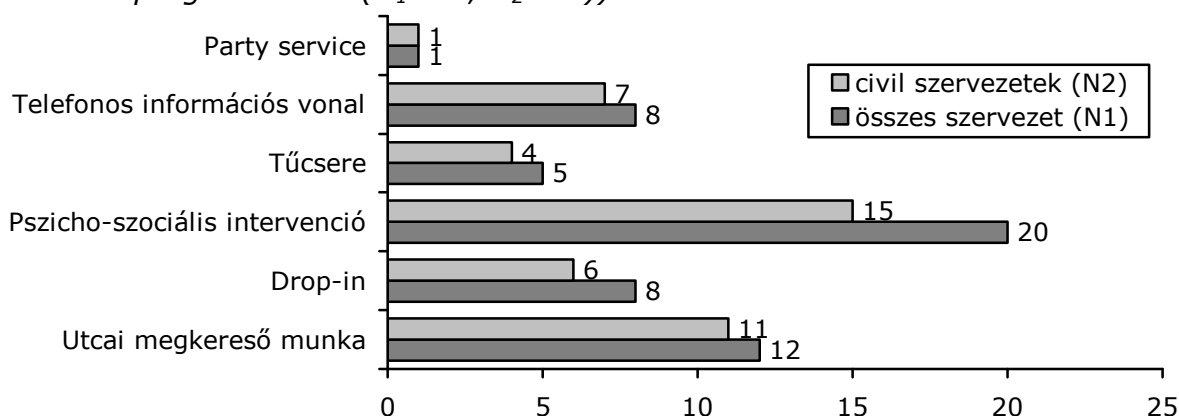
A három régióban 18 szervezet – a kitöltött adatlapok szerint – 30 alacsonyküszöbű programot működtet, ebből 24 programot civil szervezet. A szervezetek mintegy kétharmada mindössze egy, az átlagos szervezet 1,67 alacsonyküszöbű programot működtet, függetlenül a szervezet fő profiljától, illetve szervezeti formájától ($p > 0,1$).

Az alacsonyküszöbű programok jellemzői

A különböző alacsonyküszöbű szolgáltatási kategóriák előfordulása

A különböző alacsonyküszöbű szolgáltatási kategóriák (utcai megkeresés, drop-in, pszicho-szociális intervenció, túcsere, telefonos információs vonal, party service) közül egy program átlagosan 1,8 féle kategóriába sorolható tevékenységet végez. A pszicho-szociális intervenció előfordulása a leginkább jellemző, ez a programok kétharmadánál megjelenik. Ezt követő leggyakrabban megjelenő kategória az utcai megkeresés, ami az alacsonyküszöbű programok kétötödénél található meg. A programok egynegyedére jellemző a drop-in, illetve a telefonos információ nyújtása, túcsere 5 programban van, és mindössze 1 party szerviz tevékenységet (is) nyújtó programmal találkoztunk a három régióban.

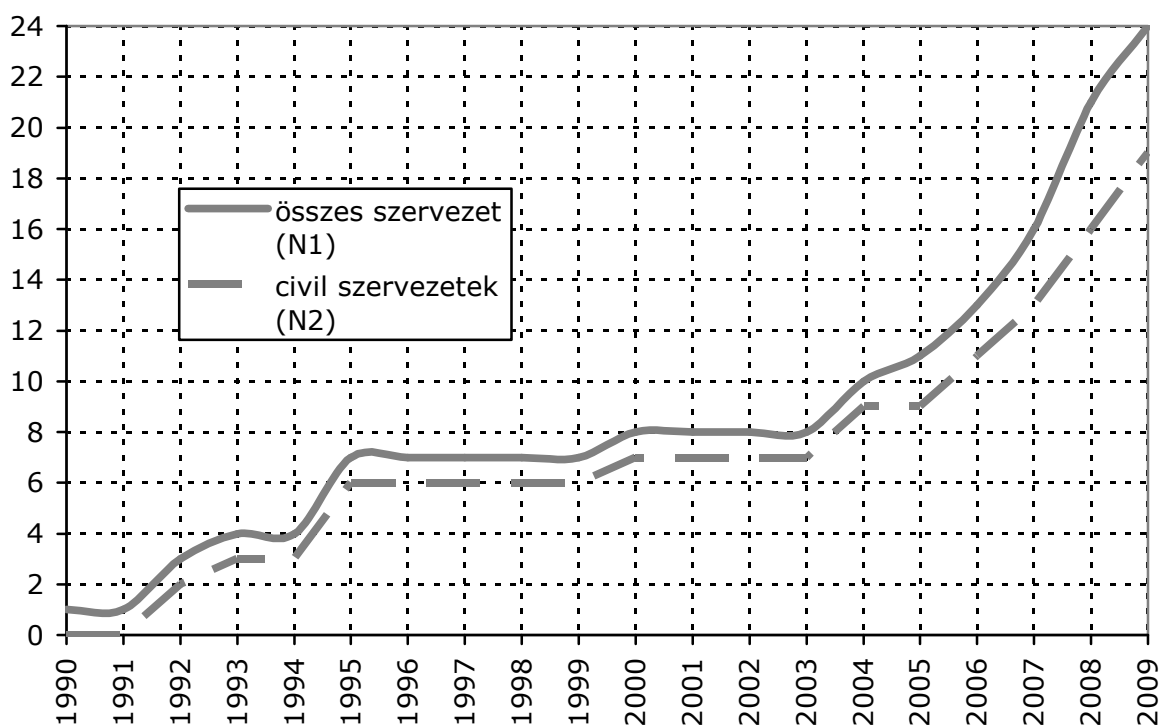
27.ábra A különböző szolgáltatás kategóriák megjelenése az alacsonyküszöbű programokban ($N_1=30$, $N_2=19$)



Az alacsonyküszöbű programok megjelenése

A három régióban megismert szervezetek által működtetett 30 alacsonyküszöbű program 87%-áról, azaz 26 programról rendelkezünk részletes – a következőkben bemutatásra kerülő – információkkal, melyek közül 20 esetben a programgazda civil szervezet. A programok több mint fele az utóbbi 5 évben indult, tehát zömében új szolgáltatás típusról van szó. 2005-ig a három régióban tulajdonképpen – egy szervezet kivételével – csak civil szervezetek nyújtottak alacsonyküszöbű szolgáltatásokat. S bár ma is a civil szféra szerepvállalása domináns ezen a területen, az utóbbi években megfigyelhető a költségvetési intézmények szerepvállalásának megjelenése is.

28.ábra Az alacsonyküszöbű programok száma az egyes években a projekt célterületét jelentő három régióban (Az indítás éve alapján, a programok kumulált száma; $N_1=24$, $N_2=19$)



Az alacsonyküszöbű programok finanszírozásának jellemzői

Az alacsonyküszöbű programok – a prevenciós programokhoz hasonlóan – döntően külső forrásokból gazdálkodnak. Azonban a külső finanszírozás összetétele eltérő, a prevenciós programokhoz képest az alacsonyküszöbű programok esetében jóval nagyobb arányú a programok állandó költségkerete: átlagosan a költségeik egyharmadát állandó keretből finanszírozzák, ami a folyamatos működéshez jobb feltételeket biztosít, kiszámíthatóbbá teszi azt. A finanszírozó többnyire – a programok bevételeinek több mint 80%-a esetében – az állam, illetve kisebb mértékben az önkormányzat. Minden más forrás minimálisan van jelen az alacsonyküszöbű programok finanszírozásában: a különböző nonprofit források még kevésbé jellemzőek ebben a tevékenység

típusban. Az alacsonyküszöbűség jellegéből adódóan, a megrendelő hozzájárulása szintén elenyésző. A források prioritás sorrendje tekintetében a civil szervezetek nem mutatnak specialitást, mindössze minimális aránykülönbségeket tapasztalhatunk.

12. táblázat: Az alacsonyküszöbű programok finanszírozásának jellemzői: a különböző szempontok szerinti bevételtípusok megoszlásainak átlaga

Szempontok	A bevétel típusa	A bevételtípus átlagos aránya (%)	
		Összes szervezet	Civil szervezet
Folyamatossága	Állandó költségkeret	34,6	28,9
	Pályázati, alkalmi	51,3	57,2
	Teljesítményhez kötött	14,2	13,8
Forrása megnevezése	Állami finanszírozói	85,3	82,0
	Önkormányzati	10,2	12,2
	Nonprofit Alapítványi	0	0
	Egyesületi	1,6	2,1
	Adományozói	2,0	2,7
	Egyházi	0	0
	A megrendelő (piaci)	0,8	1,1
Külső finanszírozás aránya		73,8	82,8

Tekintettel arra, hogy civil szervezetek szolgáltatási profiljának fejlesztéséhez, a nekik nyújtandó szakmai szolgáltatások tervezéséhez elsődlegesen a három régióban jelenlévő programkínálat megismerése bír jelentőséggel, így – a prevenciós tevékenység leírásához hasonlóan – ez esetben is a projekt által megcélzott három régióban nyújtott, a kutatás során részletesen megismert szolgáltatások összességét mutatjuk be, függetlenül a programgazda szervezeti formájától.

Az alacsonyküszöbű programok célpopulációjának jellemzői

Az alacsonyküszöbű programok többségében (22 programnál) ma már van valamilyen nyilvántartás a forgalomról. Legtöbbször kliens (18 programnál), illetve kontakt (15 programnál) alapú nyilvántartást vezetnek, sok esetben párhuzamosan. A kliens alapú nyilvántartást vezető programok egy évben átlagosan 255 klienst érnek el, azonban a szervezetek felének a forgalma kevesebb, mint 73 fő. Ezek az adatok akkorák, mint egy-egy nagyobb nyugat-európai alacsony-küszöbű intézmény napi forgalma.

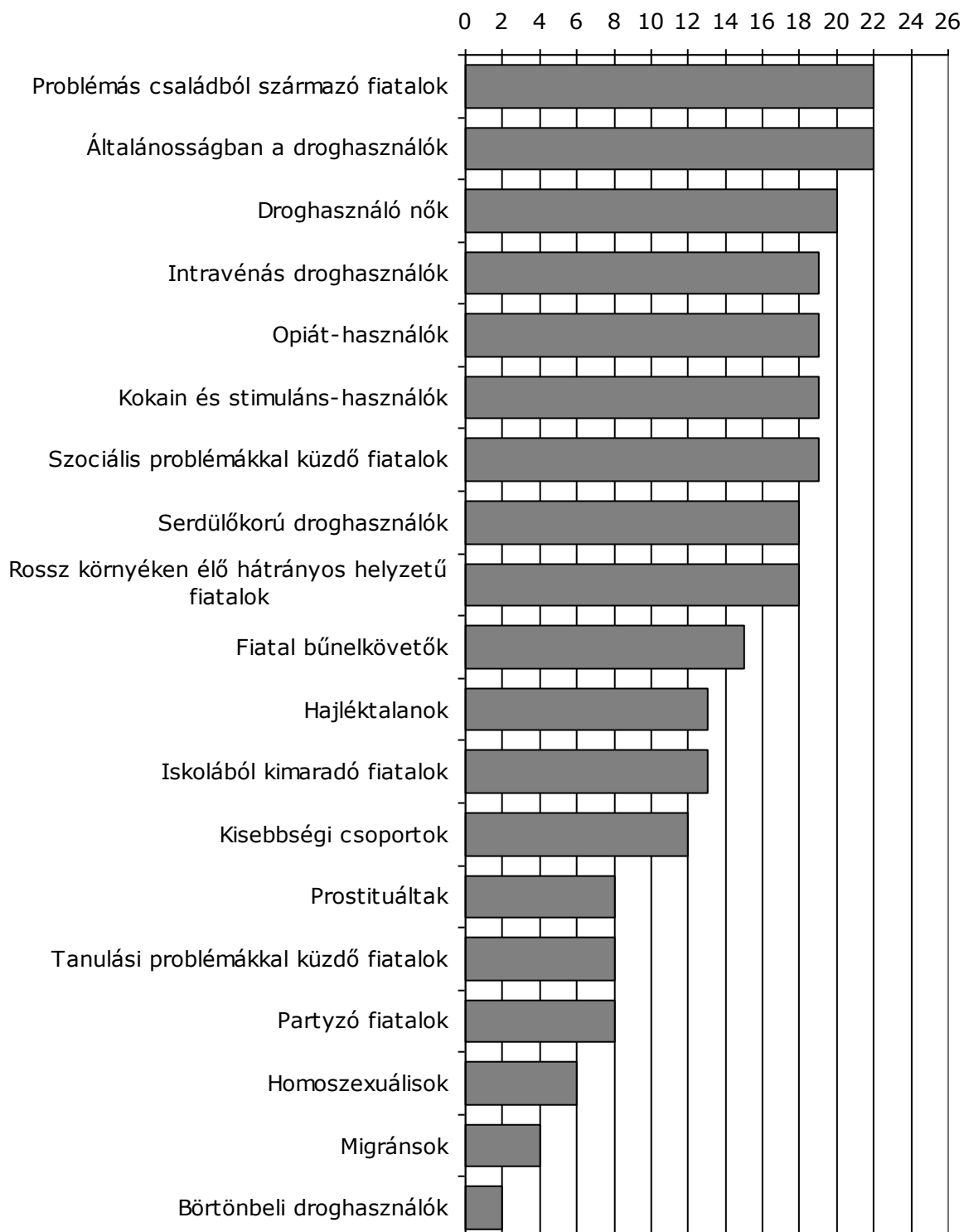
13. táblázat: Az alacsonyküszöbű programok forgalmi adatai

	Forgalmi adatok 2008-ban			Forgalmi adatok egy átlagos évben		
	szolgáltatás alapú	kontakt alapú	kliens alapú	szolgáltatás alapú	kontakt alapú	kliens alapú
N	8	10	17	5	12	18
Átlag	1633,63	1155,10	467,41	1166,00	865,33	255,33
Median	598,00	595,00	85,00	150,00	572,00	72,50
Minimum	0	70	20	80	70	20
Maximum	5928	5928	4171	4500	2400	1150
Összes forgalom	13069	11551	7946	5830	10384	4596

Az alacsonyküszöbű programok által elért kliensek életkora viszonylag széles sávban helyezkedik el. 2008-ban a vizsgált három régióban az alacsonyküszöbű programok által elért legfiatalabb kliens átlagosan 17 éves volt, a legidősebb pedig 52 éves. A leggyakrabban előforduló életkor a kliensek körében a 30 éves kor.

A programok az általunk vizsgált 19 féle célpopuláció közül átlagosan 10-et jelöltek meg közvetlenül elérni kívánt célpopulációként. Legnagyobb arányban (4 programból legalább 3) „általában a droghasználókat”, illetve a „problémás családból származó fiatalokat” jelölték meg. Emellett a programok több mint fele közvetlenül megcélozza a droghasználó nőket, az intravénás droghasználókat, opiát-, illetve a kokain- és stimuláns-használókat, szociális problémákkal küzdő fiatalokat, serdülőkorú droghasználókat, rossz környéken élő hátrányos helyzetű fiatalokat, illetve a fiatal bűnelkövetőket. Ugyanakkor a programok kevesebb, mint egyharmada foglalkozik prostituáltakkal, tanulási problémákkal küzdő, vagy partizó fiatalokkal, homoszexuálisokkal, migránsokkal, illetve a három régióban mindössze két program irányul börtönbeli droghasználókra.

29.ábra Az alacsonyküszöbű programok által közvetlenül elérni kívánt célpopuláció (N=26)



A programok mintegy kétharmada (17 program) azt nyilatkozta, hogy megcélazza az ún. rejtett szcénát²⁰ (is). 11 program kizárólag a rejtett drogszcénát jelölte meg célpopulációként, további 2 program a rejtett szcénát a szétszórt nyílt, illetve 1 program a koncentrált nyílt szcéna mellett jelölte meg. További három program mindhárom szcéna típust el kívánja érni. A szétszórt nyílt szcéna önmagában 5 program esetében jelenik meg célpopulációként, két esetben pedig a rejtett szcénával egyidejűleg. A koncentrált nyílt szcénát kizárólagos célpopulációként 2 program jelölte meg, 1-1 esetben pedig a másik két típussal párhuzamosan fordult elő.

Az alacsonyküszöbű programok többsége a kliensek szerhasználatára vonatkozóan csak becsült adatokkal rendelkezik. A problémás droghasználat²¹ arányára vonatkozóan mindössze 8 program bír regisztrált adatokkal. A programok több mint fele (15 program) a kliensek kevesebb, mint egynegyedére teszi problémás használók arányát, s a programok negyede-harmada esetében kaptunk 50% feletti érintettségre vonatkozó visszajelzéseket.

14. táblázat: A problémás droghasználat aránya az alacsonyküszöbű programok kliensei körében, az adatok forrása szerint (N=26)

	Az adatok forrása			Összesen
	Regisztrált adat	Kutatási adat	Becslés	
Kevesebb, mint 25%	4	2	9	15
25-50%	1	0	1	2
Több mint 50%	3	0	4	7
Összesen	8	2	14	24

A leggyakrabban használt szerek vonatkozásában a szolgáltatók körében még inkább ritka a tényadatok (regisztrált, vagy kutatási adatok) ismerete. 18 program esetében csak becsült adattal rendelkezünk. A rendelkezésre álló

²⁰ Koncentrált nyílt szcéna: A droghasználók állandó jelleggel, nagy számban jelennek meg az adott helyszínen. Gyakran ez egy olyan városi terület, ahol szórakozóhelyek, vagy közlekedési csomópontok vannak. E területeket a lakosság, illetve a hatóságok nyílt szcéna gyanánt jellemzik. Gyakoriak a droghasználókkal való nyílt összeütközések, illetve a nyilvános droghasználat.

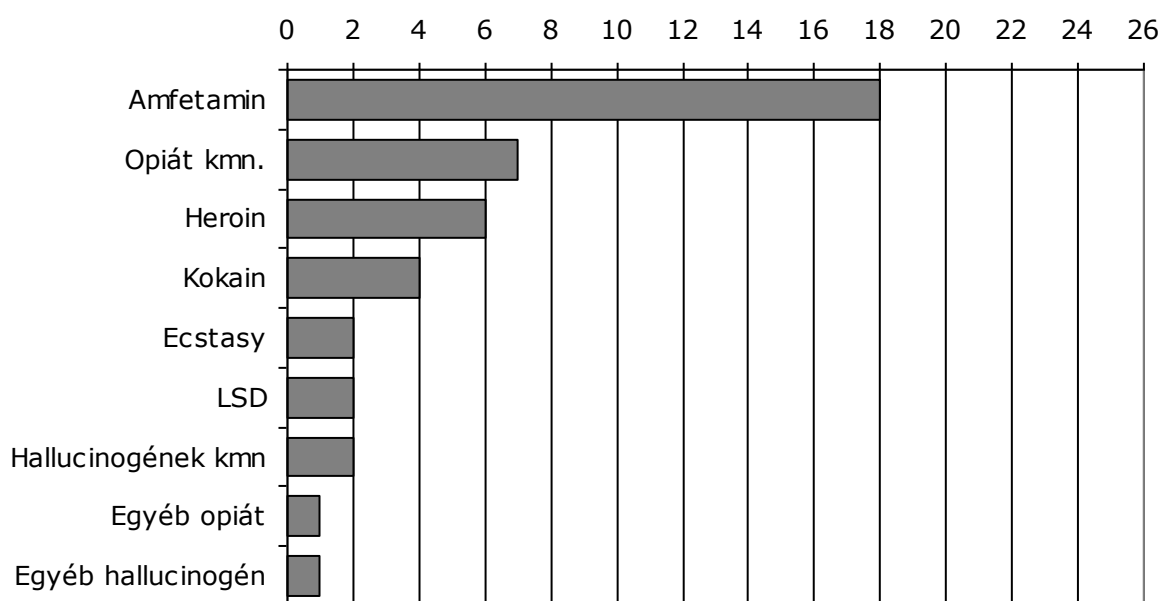
Szétszórt nyílt szcéna: A droghasználók több helyszínen jelennek meg, ezek lehetnek belső városi területek, vagy a külső leromlóban lévő lakónegyedekbe vezető közlekedési csomópontok környéke. Az egyes helyszínek gyakran változnak, és az egyes helyszíneken nem minden nap jelennek meg.

Rejtett szcéna: Nem tapasztalható a droghasználók látható koncentráldódása, ugyanakkor a lakosság tudatában van annak, hogy a környéken drogszcéna létezik, a droghasználatra utaló jelek, mint pl. fecskendők alapján, azt ugyanakkor nem tudják, hogy milyen típusú drogokat fogyasztanak. Nyílt összetűzésekre csak a droghasználók és a terjesztők által lakott lakásokban kerül sor, további problémát a droghasználat kellékeinek (pl. használt fecskendők) nyilvános helyeken történő megtalálása jelenti.

²¹ Problémás drogfogyasztónak – az EMCDDA definíciója szerint – az tekinthető, aki tartósan és/vagy rendszeresen és/vagy intravénásan opiát- vagy amfetamin-származékokat ill. kokaint használ.

információk alapján azt mondhatjuk, hogy az alacsonyküszöbű szolgáltatások kliensei körében kimagaslóan a legelterjedtebb egyéb drog az amfetamin. Összességében 19 program esetében említettek valamilyen stimulánst a négy leggyakrabban használt szer között. A következő leggyakoribb szercsoport az opiátok csoportja, 12 említéssel. Kokaint, illetve valamilyen hallucinogént 4-4 program esetében említettek a kliensek által leginkább használt négy szer között.

30. ábra A négy leggyakrabban használt egyéb tiltott drog az alacsonyküszöbű programok kliensei körében (a szolgáltatóktól származó információk alapján, N=26)



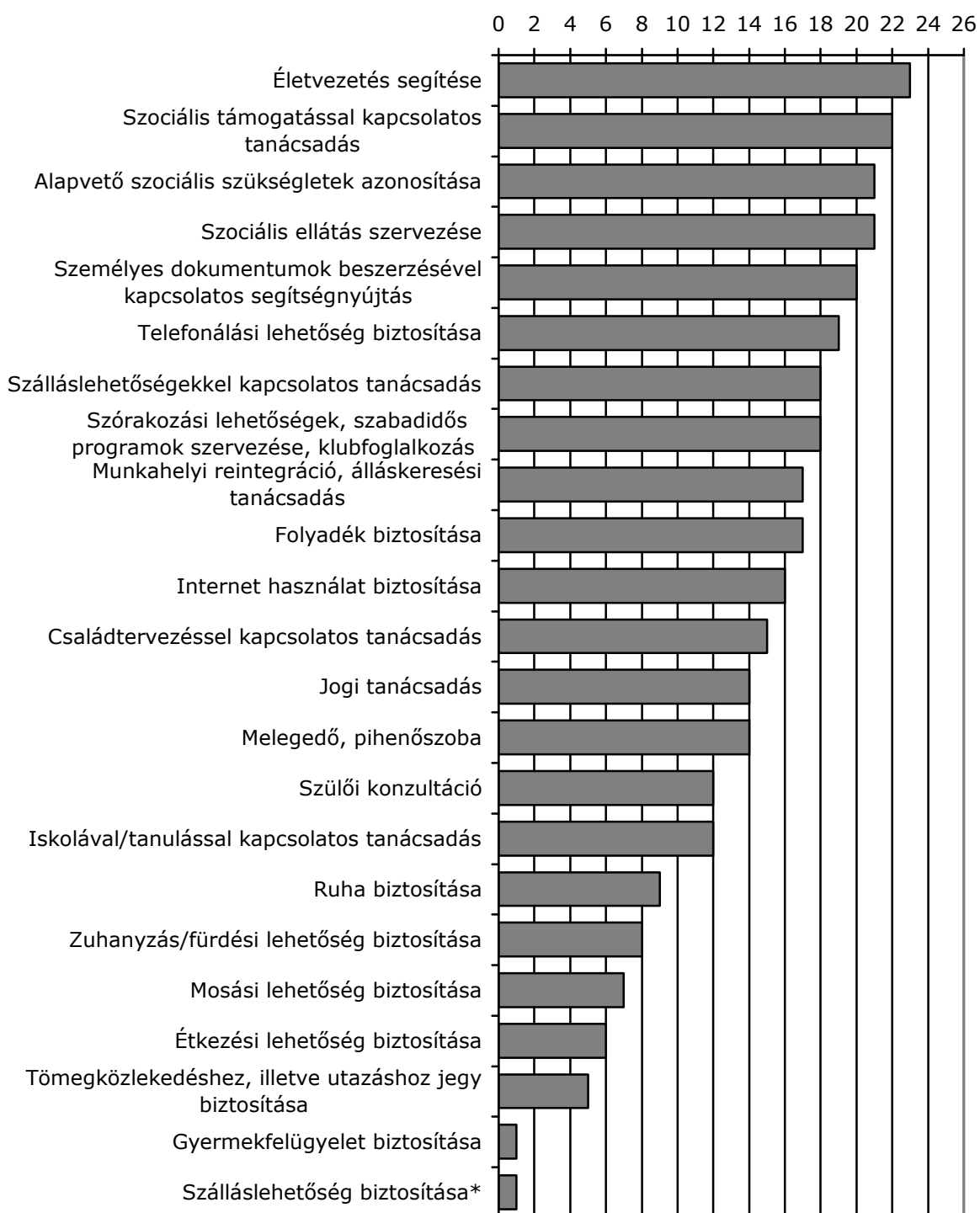
A kliensek által leggyakrabban használt négy szer valamelyikének leginkább jellemző szervezetbe juttatási módjaként 21 program említette az injektlást. Más fogyasztási módok ennél jóval kisebb számban jelentek meg (13, ill. 3 esetben).

Az alacsonyküszöbű programok által biztosított szolgáltatások

A három régióban működő alacsonyküszöbű programok a szociális szolgáltatásaikat zömében²² ingyenesen biztosítják. A programok leginkább jellemző szociális szolgáltatásai tanácsadás, illetve szervezés jellegűek. Az alapvető szükségletek közül csak a szolgáltatók számára kevésbé költség-, illetve beruházás igényes típusok (folyadék, telefonálás, internet, pihenési lehetőség) biztosítása jellemző. A három régióban mindössze a programok egyharmada tud biztosítani ruhát, vagy zuhanyzási/fürdési lehetőséget, s ennél is kisebb arányban találkozunk olyan programokkal, ahol van lehetőség étkezésre vagy utazási támogatás igénybevételére. Szálláslehetőséget mindössze egy programban nyújtanak, azt is térítés ellenében.

²² Egy esetben találkoztunk térítés elleni szolgáltatással.

31.ábra A különböző szociális szolgáltatások előfordulása az alacsonyküszöbű programok körében (N=26)

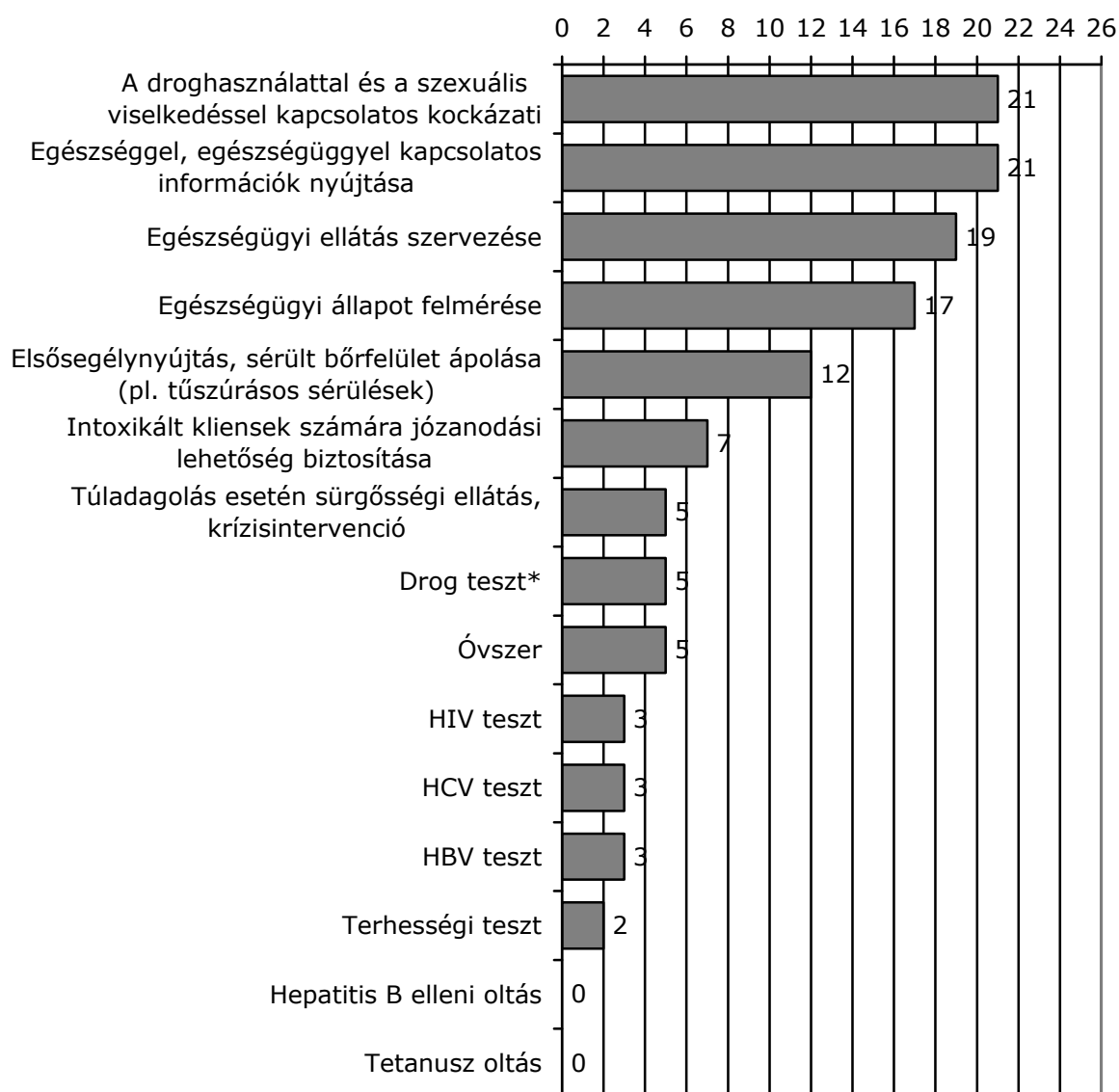


*térítés ellenében biztosított szolgáltatás

Az egészségügyi szolgáltatások tekintetében is inkább az általános állapotfelméréssel, szervezéssel, információnyújtással kapcsolatos szolgáltatások biztosítása jellemző az alacsonyküszöbű programokban. A vélhetően költségesebb, teszt battériát igénylő szolgáltatások (terhességi teszt, HIV, HCV,

HBV, ill. drog teszt) csak néhány, szám szerint 2-5 programban jelennek meg.²³ Hasonlóan alacsony arányban jelenik meg a programok egészségügyi szolgáltatásai között a túladagolás sürgősségi, krízisintervenciós ellátása.²⁴ Egyáltalán nem találoztunk olyan programmal, ahol a különböző védőoltások beadását is elvégzik.²⁵

32.ábra A különböző egészségügyi szolgáltatások előfordulása az alacsonyküszöbű programok körében (N=26)



*1 program esetében térítés ellenében biztosítják

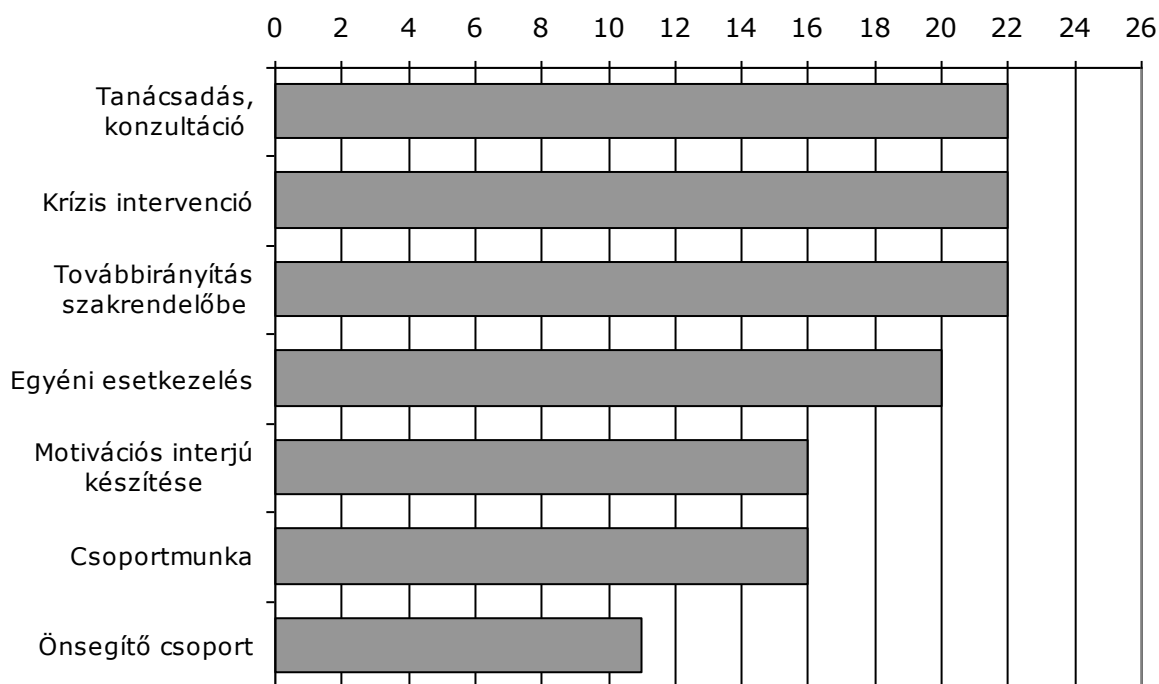
²³ Országosan nagyon hasonló megállapítást tett a 2004-es vizsgálatuk alapján Márványkövi és Rácz (2005). Adataik szerint „semmilyen szűrés nincs az alacsony küszöbű intézmények legnagyobb részében (79%).”

²⁴ 5 évvel ezelőtt hasonló jelenségre hívták fel a figyelmet Márványkövi és Rácz (2005) is: „Megállapítható, hogy a túladagolás megelőzését célzó szolgáltatások nem jellemzőek a hazai alacsony küszöbű szolgáltatóknál: ez megmutatkozik biztonságos droghasználatra vonatkozó tanácsadás és a sürgősségi eseteket ellátni tudó munkatársak alacsony arányában egyaránt”

²⁵ Ez szintén megegyezik az 5 évvel korábbi, országos kutatási tapasztalatokkal.

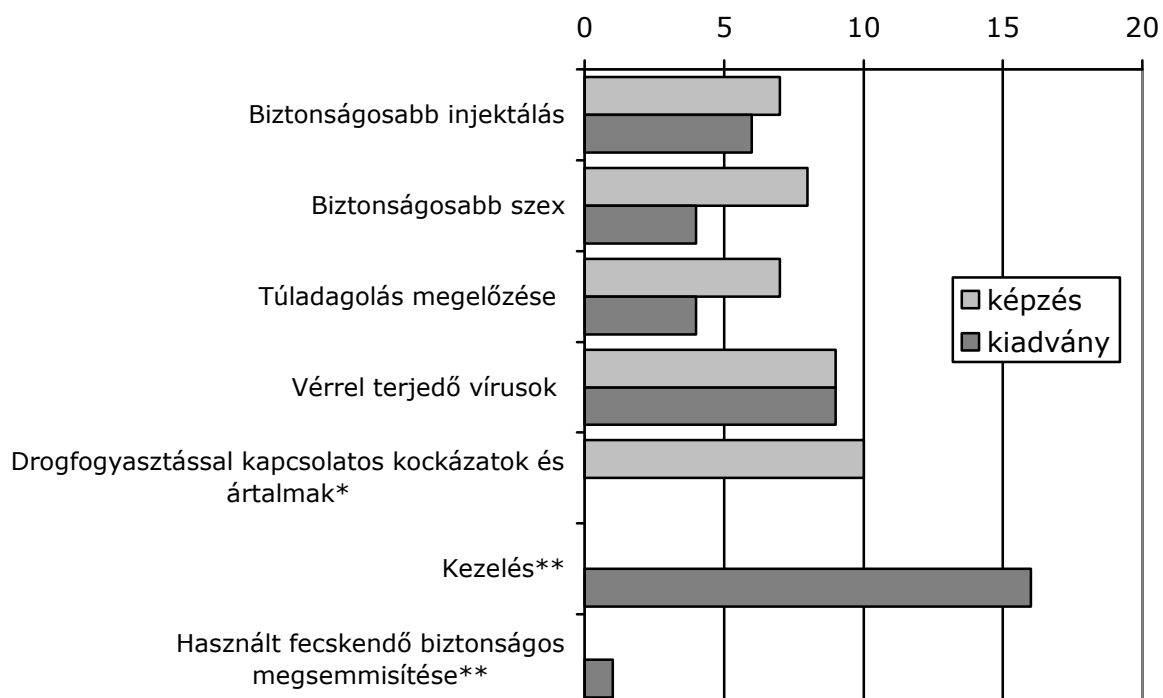
A pszichológiai szolgáltatások közül tanácsadás/konzultáció, krízis intervenció, illetve továbbírányítás az intézetek döntő többségében van. Legkevésbé jellemző az önsegítő csoport működtetése, de még ez is a programok közel felében megtalálható. Úgy tűnik tehát, hogy a szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz képest ez a szolgáltatáscsoport egységesebben van jelen az alacsonyküszöbű programok szolgáltatás kínálatában.

33.ábra A különböző pszichológiai szolgáltatások előfordulása az alacsonyküszöbű programok körében (N=26)



A programok fele semmilyen drogfogyasztással kapcsolatos témában nem nyújt képzést a kliensek számára (módusz=0). Inkább jellemző módja drogfogyasztással kapcsolatos információk átadásának a különböző kiadványok, szóróanyagok használata, mindazonáltal 7 programnak nincs semmilyen témában kiadványa, 5 program esetében sem képzések, sem kiadványok nincsenek. A képzések között nem rajzolódik ki tematikus prioritás, a kiadványok között azonban kezeléssel kapcsolatosak a leginkább jellemzőek, s a korábbi kutatási eredményekkel összhangban (Márványkövi és Rácz, 2005) a konkrét ártalomcsökkentő információk sokkal kisebb arányban jelennek meg.

34.ábra A különböző tematikájú képzések és kiadványok előfordulása az alacsonyküszöbű programok körében (N=26)



* a kiadványokkal kapcsolatos kérdés a kérdéslistában nem szerepelt

** a képzéssel kapcsolatos kérdés a kérdéslistában nem szerepelt

A programok hetente átlagosan 38,5 órában, leggyakrabban 40 órában elérhetők a kliensek számára. Egy olyan program működik, ahol 24 órás elérhetőséget tudnak biztosítani.

A három régióban megismert alacsonyküszöbű programok közül 5 programban foglalkozik tűcserével. 3 program fix telephelyen működik, de közülük 2 program utcai megkereső szolgálat révén is eljuttatja a steril fecskendőket a droghasználókhoz. Egy másik program mobil buszt, egy pedig tűcsere automatát üzemeltet.

Területi elhelyezkedését illetően érdemes megjegyezni, hogy tűcserét (is) végző programot csak közép-magyarországi, illetve a dél-alföldi régióban találtunk, az előbbiben 4, az utóbbiban pedig 1 programmal sikerült kapcsolatba kerülnünk. Az észak-alföldi régióban tudomásunk szerint nem működik tűcsere program.

A kérdőívben felsorolt injektáló felszerelések és szolgáltatások közül minden tűcserével foglalkozó program biztosít fecskendőt, alkoholos törülköendőt, valamint szűrőt, 4 program ingyen, 1 pedig térítés ellenében. 5-ből 4 programban biztosít a steril főzőedényt, illetve a használt fecskendőknek gyűjtődobozt. Mindössze 2 program esetében adnak komplett injektáló felszerelést egységcsomagban (az egyik program esetében azonban térítés ellenében) s további 2 programot találtunk, ahol az injektálás összes kelléke

(fecskendő, érszorító, alkoholos törlőkendő, steril víz, aszkorbinsav, vénaápoló krém, főzőedény, szűrő).

15. táblázat: *A különböző felszerelések és szolgáltatások biztosításának előfordulása a tűcserét (is) végző alacsonyküszöbű programok körében (N=5)*

Felszerelések és szolgáltatások	Programok száma
Fecskendő	5*
Alkoholos törlőkendő	5*
Szűrő	5*
Steril edény, steril kupak, főzőedény	4
Gyűjtődoboz a használt fecskendőknek	4
Aszkorbinsav, citromsav	3
Vénaápoló krém	3
Steril víz	2
Fólia az inhaláláshoz	2
Érszorító	2
Száraz törlőkendő	1
Injektáló felszerelés egység csomagban	2*
Kanál	0
Crack pipa	0
Szívószál szippantáshoz	0

*A feltüntetett esetekből szolgáltatásként egy-egy esetben térítés ellenében biztosítják a felszerelést/szolgáltatást

Az 5 tűcserét is végző program közül mindössze 2 programban van írott szabály az injektorok és steril eszközök cseréjére vonatkozóan, ami a használt fecskendők biztonságos megsemmisítését, valamint az egy alkalommal adható fecskendők számát szabályozza. Nem foglalkoznak a szabályzatok a másodlagos disztribúció, illetve a fiatalok számára biztosított injektáló felszerelések kérdéskörével.

TERÁPIÁS INTÉZETEK TEVÉKENYSÉGE²⁶

Az terápiás intézetek szervezeti jellemzői

A projekt célterületét jelentő három régióban összességében 6 drogterápiás intézetet működtető szervezet székel, ebből 4 szervezet a közép-magyarországi régióban, 2 pedig a Dél-Alföldön. A székhelye szerint a célterületen lévő szervezetek közül egy azonban a célterületen kívül működteti a terápiás intézetét, így a telephelye alapján a célterületen összesen 5 intézet található, Közép-Magyarországon 3, Dél-Alföldön 2 intézet működik. Az észak-alföldi régióban egy intézet létrehozása folyamatban volt (Forrás Egyesület Debreceni Terápiás Intézete), azonban, mivel az adatfelvétel idején még nem működött, így az észak-alföldi régióban nem történt adatgyűjtés.

Tekintettel a célterületen működő terápiás intézetek alacsony számára, illetve mert a projektben a MADRISZ-on keresztül – lévén annak tagszervezetei – mindegyik intézet részt vesz, így fejezetben bemutatásra kerülő adatok a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetségének (MADRISZ) az adatfelvétel idején aktív terápiás tevékenységet végző, szám szerint 13 tagszervezetének együttesére vonatkoznak, és az egyes részeknél jelezzük a projekt célterületén működő intézetek esetleges specifikumait. A bemutatásra kerülő 13 intézet – tudomásunk szerint – lefedi a Magyarországon működő drogterápiás intézetek teljes körét.

Országosan a drogterápiás intézetek kétharmadát a civil szektorba tartozó szervezet működteti, összességében meglehetősen heterogén jogi formák mentén. A projekt célterületén azonban az állami/önkormányzati tulajdonban lévő terápiás intézetek vannak többségben.

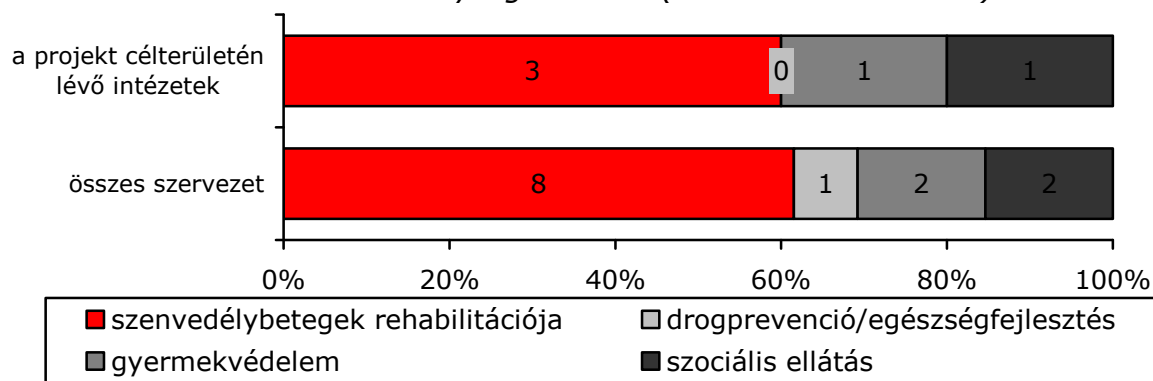
16. táblázat: A terápiás intézetet (is) működtető szervezetek szervezeti formája

Szervezeti forma		Szervezetek száma	
		országosan	projekt célterületén
Állami/önkormányzati		4	3
Nem-kormányzati		9	2
ebből	magánalapítvány	3	1
	egyesület	2	0
	közalapítvány	2	0
	egyház	2	1
Összesen		13	5

²⁶ A fejezet szerzői: Topolánszky Ákos, Felvinczi Katalin, Paksi Borbála és Arnold Petra

A többség főtevékenységként végzi a szenvedélybetegek rehabilitációs ellátását, országosan, és a projekt célterületeit képező régiókban e tekintetben hasonló szervezeti megoszlással találkozunk. Kifejezetten szenvedélybetegek terápiás intézeti ellátására 8 szolgáltató orientálódott.

35.ábra A terápiás intézetet (is) működtető szervezetek megoszlása a szervezetek főtevékenysége szerint (a szervezetek száma)

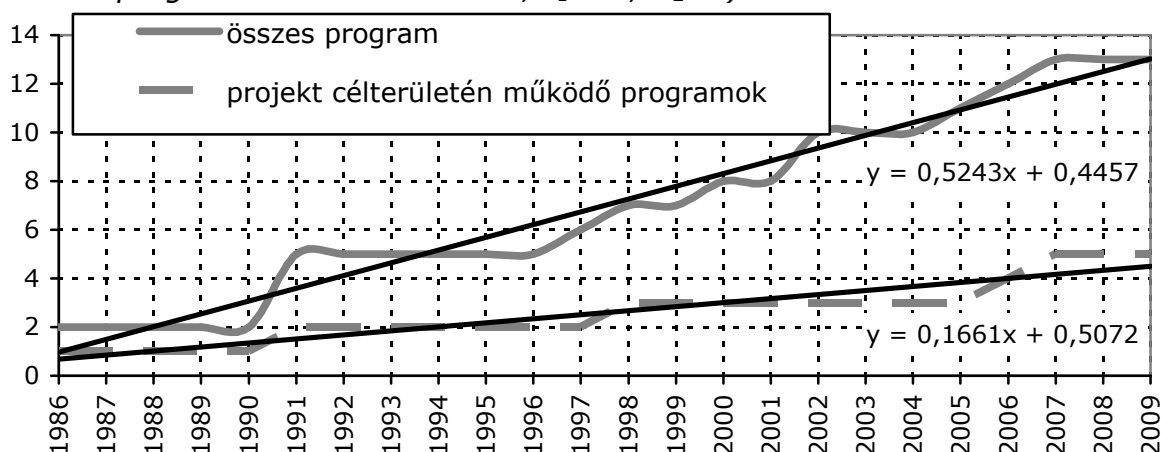


A terápiás intézetekben zajló tevékenység jellemzői

A terápiás programok megjelenése

A szenvedélybeteg ellátás területén az országban jelenleg működő első programok (szám szerint 2 program) megalakulása közel negyed századdal ezelőttre tehető. Ekkor már a projekt célterületén is volt egy program. Ezt követően a kilencvenes évek elején volt intenzív terápiás intézet alakítás megfigyelhető, majd az évtized második feléig tartó stagnálás után 1997-től egy évtizeden át dinamikus bővülést tapasztalhattunk, átlagosan két évente jött létre egy újabb terápiás program. A kilencvenes évektől az országban létrejövő új programok mintegy egyharmada dolgozott a célterületen, ami – figyelembe véve, hogy a projekt célterületén ma az ország lakónépességének közel 60%-a él – az országosnál kisebb mértékű ellátottság növekedést jelentett.

36.ábra A terápiás programok száma az egyes években országosan, és a projekt célterületét jelentő régiókban (Az indítás éve alapján, a programok kumulált száma; $N_1=13$, $N_2=5$)



A terápiás intézetek finanszírozásának jellemzői

A terápiás intézetek – a prevenciós valamint az alacsonyküszöbű programoktól eltérően, melyeknek a bevételei között a pályázati, alkalmi típusú bevételek a dominánsak, hanem – döntően állami és/vagy önkormányzati forrásból származó állandó költségkeretből illetve teljesítményhez kötött bevételekből gazdálkodnak. Minden más bevételi forrás elenyésző arányban szerepel a terápiás intézetek költségvetésében.

17. táblázat: A terápiás programok finanszírozásának jellemzői: a különböző szempontok szerinti bevételtípusok megoszlásainak átlaga

Szempontok	A bevétel típusa	A bevételtípus átlagos aránya (%)	
		országosan	a projekt célterületén
Folyamatossága	Állandó költségkeret	34,6	41,0
	Pályázati, alkalmi	13,6	20,2
	Teljesítményhez kötött	51,8	38,8
Forrása megnevezése	Állami finanszírozói	75,7	64,0
	Önkormányzati	13,4	19,3
	Nonprofit Alapítványi	5,3	8,0
	Egyesületi	0	0
	Adományozói	0,4	0,3
	Egyházi	2,1	6,3
	A megrendelő (piaci)	3,2	2,2

A terápiás programok klienseire vonatkozó adatok

A terápiás intézetek országosan egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek. Az OEP finanszírozott férőhelyek száma 269, a szociális normatívából finanszírozott férőhelyek száma 340. 2008-ban összesen 738 klienst regisztráltak (egy átlagos évben 715 főt), ebből 160 olyan kliens jelentkezett, aki korábban még sehol nem volt kezelésben. Az egy intézetre jutó 2008-as betegforgalmi adatok nem térnek el számottevően az egy átlagos évre becsült adatoktól, mindössze a csak előgondozásban résztvevő kliensek száma volt jelentősen magasabb 2008-ban, mint a korábbi években átlagosan.

A projekt célterületén a terápiás intézetekben az átlagos férőhely, illetve az egy intézetre jutó különböző forgalmi adatok rendre meghaladják az országos adatokat. Így az intézetek alulreprezentáltsága ellenére – talán éppen azt

ellensúlyozandó²⁷ – az intézeti férőhelyek fele, összesen 181 férőhely a célterületen működő terápiás intézetekben található.

18. táblázat: A terápiás intézetek kliensforgalmi adata, országosan

	2008-ban	Egy intézetre jutó átlagos adatok	
		2008-ban	Általában
Regisztrált kliensek száma	738	56,8	55,0
Csak előgondozásban résztvevő kliensek száma	34	2,8	2,1
Többször felvett kliensek száma	102	7,9	7,2
Eddig még az adott terápiás Intézetben kezelésbe nem került kliensek száma	475	36,5	39,6
Eddig még terápiás programban kezelésbe nem került kliensek száma	160 ²⁸	16,0	15,2
Várólistán lévő kliensek száma	25	2,1	1,9

19. táblázat: A projekt célterületén működő terápiás intézetek kliensforgalmi adatai

	2008-ban	Egy intézetre jutó átlagos adatok	
		2008-ban	Általában
Regisztrált kliensek száma	315	63,0	59,0
Csak előgondozásban résztvevő kliensek száma	29	5,8	4,5
Többször felvett kliensek száma	48	9,6	8,2
Eddig még az adott terápiás Intézetben kezelésbe nem került kliensek száma	227	45,4	48,0
Eddig még terápiás programban kezelésbe nem került kliensek száma ²⁹	65	16,3	14,3
Várólistán lévő kliensek száma	4	0,8	1,8

A 13 intézetből 7 csak férfiak, 1 pedig csak nők számára hozzáférhető. A további 5 intézet koedukált. A projekt célterületén lévő intézetek a különböző nemű kliensek hozzáférhetősége szempontjából nagy heterogenitást mutatnak. Az 5 intézet között van 2 koedukált, 2 csak férfiakat fogadó, és itt található az egyetlen női intézet.

A 18 év feletti, felnőtt célpopulációra irányuló terápiás intézetekben a kliensek átlagéletkora viszonylag széles, 24-43 év közötti sávban mozog, átlagosan 31,2 év, ami gyakorlatilag megegyezik a leggyakrabban előforduló életkor átlagával

²⁷ A 3 régió lakosságszámához képest a férőhelyek száma még így is átlagon aluli: a 10000 lakosra jutó férőhelyek száma 85%-a az országos átlagnak, mindazonáltal a várólistán lévő kliensek száma arra utal, az országos átlagnak megfelelő a férőhelyek száma.

²⁸ Csak 10 intézetre vonatkozóan áll rendelkezésre az új betegek számára vonatkozó adat.

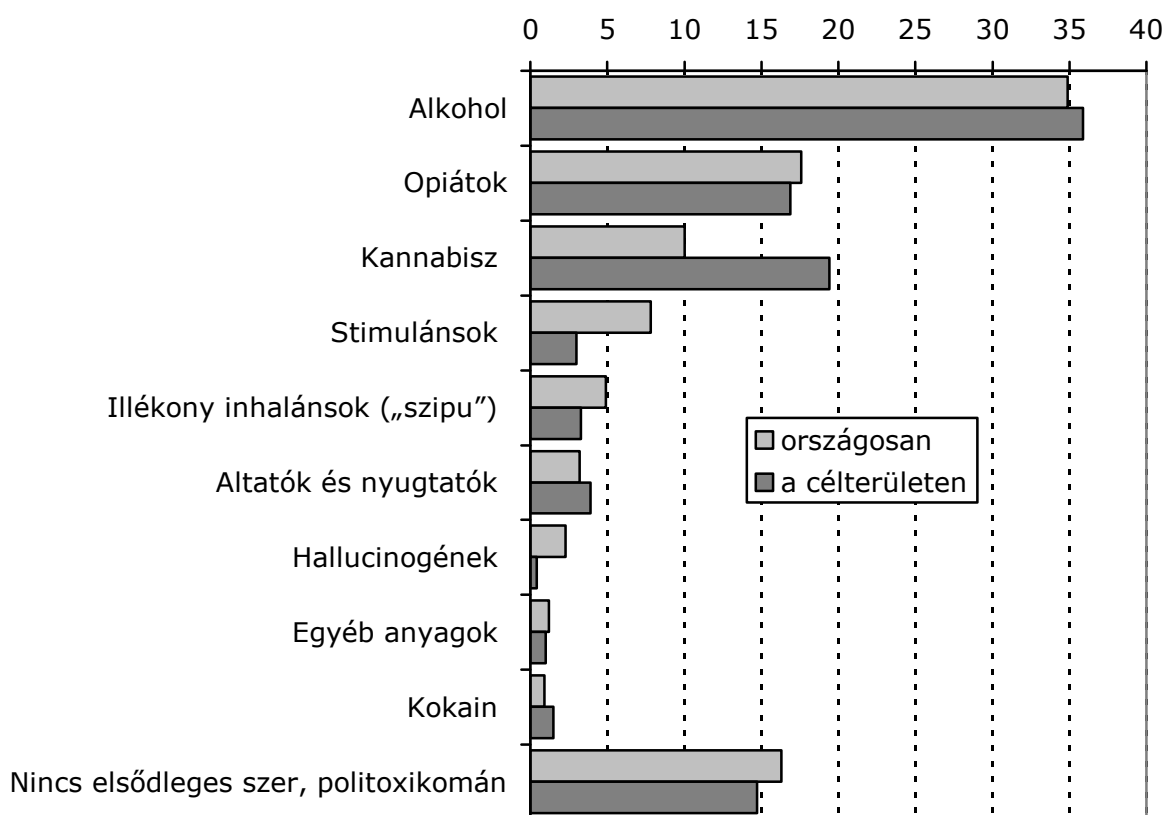
²⁹ Csak 4 intézetre vonatkozóan áll rendelkezésre az új betegek számára vonatkozó adat.

(30,8 év). 2008-ban a magyarországi drogterápiás intézetekben megforduló legidősebb kliens 63 éves volt. A két, tizennyolc év alatti kliensekkel foglalkozó intézetben az átlagéletkor 15, a leggyakrabban előforduló életkor pedig 16 év. A kliensek életkori jellemzői tekintetében a célterületen működő intézetek nem mutatnak sajátosságokat.

A magyarországi terápiás intézetekbe – az intézményvezetők becslései alapján – legnagyobb arányban alkohol problémákkal kerülnek be a kliensek. A leggyakrabban használt tiltott szerek az opiátok, azonban e szercsoport elsődleges használóinak aránya az alkoholhasználókhoz képest fele akkora klienskörre érint. A drogterápiás intézetekbe bekerülő kliensek több mint kétötödének – az intézményvezetők becslése szerint – az elsődleges szere nem tiltott drog. Az egyes intézetek között azonban jelentős eltérés van a kliensek elsődleges szerhasználata tekintetében: vannak olyan intézetek, ahol a kliensek több mint fele opiát-használó, vagy ahol 80%-uk elsődlegesen kannabisz használó (Szegetkő Gyermekeotthon), illetve döntő többségük elsődlegesen alkoholfogyasztó.

Az intézetekbe kerülő kliensek szerhasználati profilja tekintetében az intézetek között megfigyelhető markáns eltérések ellenére a projekt célterületén működő terápiás intézetek klienseinek szerhasználata nem különbözik markánsan az országos adatoktól: a cél régiókban működő intézetekbe is alkoholfogyasztással, illetve opiát-használattal kerülnek be legnagyobb arányban a kliensek. Egyetlen jelentős eltérést tapasztaltunk, a projekt célterületén működő terápiás intézetekbe – az intézetvezetők becslése szerint – az országos átlagnak megközelítően kétszeresét kitevő arányba kerülnek be elsődlegesen kannabisz használatával a kliensek.

37.ábra A terápiás intézeti kliensek elsődleges szerhasználata bekerüléskor, szercsoportonként (intézményvezetők által becsült százalékok átlagai)



20. táblázat: Bekerüléskor a kliensek elsődleges szerhasználata szerenként, országosan (az intézményvezetők által becsült százalékok átlagai, illetve zárójelben a becslések minimum és maximum értékei)

Szerek/szercsoportok megnevezése	Becsült százalékok átlaga
Opiátok	17,58 (0-55)
heroin	16,75
metadon	1,50
egyéb opiátok	0,38
Kokain	0,92 (0-3)
kokain	0,92
crack	0
Stimulánsok	7,81 (0-30)
amfetaminok	6,58
MDMA és egyéb származékok	1,00
egyéb stimulánsok	0,23
Altatók és nyugtatók	3,23 (0-11)
barbiturátok	1,08
benzodiazepinek	1,83
egyebek	0,17
Hallucinogének	2,31 (0-30)
LSD	1,27
Egyéb hallucinogének	1,58
Illékony inhalánsok	4,88 (0-25)
Kannabisz ³⁰	10,04 (0-80)
Alkohol	34,88 (0-98)
Egyéb anyagok	1,17 (0-10)
Nincs elsődleges szer, politoxikomán	16,25 (0-50)

A terápiás intézetek általában befogadóak a különböző speciális szükségletű csoportokkal szemben. Az intézetek mindegyike nyitott a kisebbségi csoportok iránt, s döntő többségük fogad pártfogói felügyelet alatt állókat, HCV fertőzötteket, hajléktalanokat, illetve valamilyen viselkedési addikcióban szenvedőket is. Droghasználó anyákat a nők számára hozzáférhető 6 intézetből 5 fogad. A speciális ellátások megjelenése a terápiás kínálat tekintetében azt mutatja, hogy a hazai intézmények is elmozdulnak az ún. harmadik generációs terápiás közösségek (Topolánszky, 2009a; 2009b) inkább kliens orientált kezelés tervezési gyakorlata felé. Az intézetek speciális szolgáltatást ezen speciális szükségletű csoportok számára azonban már kevésbé jellemzően nyújtanak.

³⁰ A projekt célterületén lévő intézetekben a kannabisz-fogyasztással bekerülők aránya átlagosan 19,4%. A minimum és maximum értékek azonban ez esetben is megegyeznek az országos átlaggal.

A projekt célterületén működő intézetek a speciális csoportok iránt az országosan jellemzőhöz hasonló nyitottságot, és a speciális szolgáltatások területén pedig arányaiban nagyobb kínálatot nyújtanak.

21. táblázat: A terápiás intézetet különböző speciális szükségletű klienscsoportokra vonatkozó országos adatai

Speciális szükségletű csoportok	Intézetek száma	
	Részt vehetnek a programban	Speciális szolgáltatást is nyújtanak
Kettős diagnózisú kliensek	9	2
Kisebbségi csoportok	13	3
Hajléktalanok	11	4
Pártfogói felügyelet alatt állók	12	3
HCV fertőzöttek	12	6
Valamilyen viselkedési addikcióban szenvedők	11	3
Droghasználó anyák	5	2
HIV /AIDS fertőzöttek	9	5

22. táblázat: A terápiás intézetek különböző speciális szükségletű klienscsoportokra vonatkozó adatai a projekt célterületén lévő intézetekben

Speciális szükségletű csoportok	Intézetek száma	
	Részt vehetnek a programban	Speciális szolgáltatást is nyújtanak
Kettős diagnózisú kliensek	3	1
Kisebbségi csoportok	5	2
Hajléktalanok	4	2
Pártfogói felügyelet alatt állók	4	1
HCV fertőzöttek	5	1
Valamilyen viselkedési addikcióban szenvedők	5	2
Droghasználó anyák	3	2
HIV /AIDS fertőzöttek	3	1

A terápiás célok, technikák, szolgáltatások

Az intézetek terápiás céljai között három cél emelkedik ki részben egységes megítélésével, részben hangsúlyosságával: az „önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése”, a „szociális készségek, megküzdési stratégiák fejlesztése”, valamint a „tartózkodás bármilyen illegális drogtól” célkitűzések. Ezek a célok az intézetekben kivétel nélkül „jelentős hangsúlyt kapnak”, mindegyik intézet a célok hangsúlyossága tekintetében 5 fokozatú skálán 5-ösre értékelte. Azonban a célok prioritását, azaz az 5 legfontosabb cél tekintetében felállított fontossági sorrendet vizsgálva, összességében a „mindenfajta pszichoaktív szertől való tartózkodás” kapja a legfontosabb szerepet az intézetek

célstruktúrájában, ami azt jelzi, hogy a magyarországi terápiás intézetek továbbra is absztinencia orientált ellátókként értelmezik önmagukat, bár e tekintetben az intézetek között hangsúlyeltolódások tapasztalhatók. A fentiek mellett jelentős hangsúlyt, és a fontossági sorrendben relatíve magas prioritást kap az intézetek terápiás céljai között a „mindennapi életvezetési készségek fejlesztése”, és „kezelésben maradás” is. Egyetlen intézetben sem említették azonban az első 5 legfontosabb cél között a dohányzástól való tartózkodást, a szociális környezet megváltoztatását, illetve drogfogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések elkerülését.

A projekt célterületén lévő intézetek nem mutatnak sajátosságokat sem az egyes célok hangsúlyosságának megítélése, sem azok struktúrája tekintetében. Egyetlen terápiás cél tekintetében tapasztaltunk számottevő eltérést: az országos átlagban is alacsony prioritású „a szexuális úton terjedő megbetegedések, illetve a hepatitis B, C fertőzés elkerülése” cél a projekt célterületén lévő intézetekben még kisebb hangsúlyt kap.

23. táblázat: A különböző terápiás célok hangsúlyossága a terápiás programokban, országosan³¹

Terápiás cél	A hangsúlyosságot kifejező skálapont-értékek		Rangsor-pontszám
	átlaga	szórása	
Önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése	5,00	0	<u>23</u>
Szociális készségek, megküzdési stratégiák fejl.	5,00	0	<u>22</u>
Tartózkodás bármilyen illegális drogtól	5,00	0	5
Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése	4,92	0,277	<u>18</u>
Kezelésben maradás	4,85	0,376	<u>15</u>
Tartózkodás az alkohol használatától	4,85	0,376	8
Családi és egyéb társas kapcsolatok helyreállítása	4,77	0,599	10
Mindenfajta pszichoaktív szertől való tartózkodás	4,69	0,855	<u>26</u>
Fizikai egészség és jó közérzet elérése	4,62	0,650	4
A kliens integrálása önsegítő csoportba	4,23	1,301	4
A szexuális úton terjedő megbetegedések, illetve a hepatitis B, C fertőzés elkerülése	4,15	1,281	0
Munkaerő-piaci pozíció javítása	3,85	1,345	1
A szociális környezet megváltoztatása	3,31	1,251	0
Tanulmányi előmenetel javítása	2,92	1,553	3
Dohányzástól való tartózkodás	2,38	1,387	0
Megtérés	2,31	1,494	4

³¹ A hangsúlyosság kifejezése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem hangsúlyos”, az 5-ös pedig azt, hogy az adott cél „jelentős hangsúlyt kap” a terápiában. Az 5 legfontosabb cél tekintetében az intézményvezetőknek fontossági sorrendet kellett képezniük. A rangsorpontszám ezen fontossági pontszámok összegét jelöli, ahol az 1. hely 5, a 2. 4 pontot stb. ér.

Az intézetekben a legnagyobb hangsúlyt a csoport terápia, a „terápiás közösségi modell” illetve a foglalkozás terápia kapja, ezek a terápiás technikák minden intézetben hangsúlyosak (legalább 3-as, de többnyire 5-ös osztályzat) Hasonlóképpen az intézetek 80%-ában „nagyon hangsúlyos” szerepet kap a relapszus prevenció, azonban e technika már inkább megosztja az intézeteket, hiszen 2 intézetben „egyáltalán nem hangsúlyos”. A terápiás intézetek többségében „inkább nem hangsúlyos” technikák közé tartozik a biblioterápia, a 12 lépéses modell, s az intézetek nagytöbbségében egyáltalán nem kapnak hangsúlyt a gyógyszeres, illetve az averzív terápiás módszerek.

A leginkább hangsúlyos célok tekintetében természetesen nem mutatkozik különbség az országos adatok és a projekt célterületén elhelyezkedő terápiás intézetek között, hiszen ezek a technikák minden intézetben, gyakorlatilag egyöntetűen nagy hangsúlyt kapnak. Mindössze az országos átlag alapján közepesen hangsúlyos viselkedési- és kognitív terápia, valamint az országosan „inkább nem hangsúlyos” 12 lépéses modell kap még kisebb hangsúlyt a célrégiókban, s az országos átlagban szintén kevésbé hangsúlyos biblioterápia viszont a célterületen lévő intézetekben kap nagyobb hangsúlyt.

24. táblázat: A különböző terápiás technikák hangsúlyossága a terápiás programokban, országosan³²

Terápiás technikák	átlag	szórás
Csoport terápia	4,92	,277
Terápiás közösségi modell	4,77	,599
Foglalkozás terápia	4,62	,650
Relapszus prevenció	4,38	1,502
Viselkedési- és kognitív terápia	4,38	1,121
Egyéni támogatás, tanácsadás (konzultáció)	4,23	1,235
Motivációs terápia	4,00	1,528
Sport és kaland terápia	3,92	1,320
Művészet terápia	3,38	1,325
Egyéni pszichoterápia	3,15	1,676
Család terápia	3,15	1,625
Biblioterápia, evangelizáció	2,85	1,676
12 lépéses modell	2,23	1,589
Gyógyszeres terápia	1,85	1,281
Averzív terápiás módszerek	1,54	,877

³² A hangsúlyosság kifejezése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem hangsúlyos”, az 5-ös pedig azt, hogy az adott cél „nagyon hangsúlyos” a terápiában.

A terápiás intézetek működési feltételeire vonatkozó szabályozással összhangban, az intézetek mindegyike nyújt a kliensek számára egészségügyi alapellátást, pszichológiai ellátást, illetve jogi tanácsadást. Emellett gyakori a munkahely-keresési, lakhatási, továbbtanulási lehetőségek felkutatásában nyújtott segítségnyújtás előfordulása is. Leginkább a védett munkahely megteremtése tekintetében mutatkoznak korlátnak az intézetek erőforrásai/lehetőségei. Ez utóbbi korlát a célterületen még inkább megmutatkozik.

25. táblázat: A drogterápiás intézetek által a kliensek számára biztosított egyéb ellátások, szolgáltatások előfordulása, országosan

Szolgáltatás típusok	Intézetek száma
Egészségügyi alapellátás (házi orvos)	13
Pszichiátriai ellátás	13
Jogi tanácsadás	13
Munkahelykeresés	11
Lakhatási támogatás	10
Továbbtanulási lehetőségek	10
Munka-rehabilitációs foglalkozás	9
Félutas ház	9
Munkaerő-piaci tréning	8
Pénzügyi tanácsadás	8
Védett munkahely	4

A terápia sikeressége

A terápiás intézetek a kliensek többségénél átlagosan 15, leggyakrabban 12 hónapos időtávra tervezik a terápiás programjukat, bár átlagosan mintegy az esetek felében ettől eltérő, egyéni terápiás időtávot határoznak meg. Minden intézetben – a szakmai szabályozásnak megfelelően – személyre szabott kezelési tervet készítenek minden kliens számára, melyben az intézetek többségében – a kliens mentora és/vagy az esetmegbeszélő csoport mellett – a kliens is jelentős szerepet kap. E tekintetben a projekt célterületén működő intézetek nem mutatnak specialitásokat.

A terápia sikeres befejezéseket az intézetek átlagosan 1,6 féle kritériumot említettek. Ezek között többségben voltak a társas- illetve társadalmi környezethez való viszonytal kapcsolatos kritériumok (családi kapcsolatok, munkaerőpiaci pozíció, lakhatási körülmények, támogató közösség – összesen 12 említés), s kevésbé markánsan jelentek meg a terápiás siker kritériumai között az individuális (absztinencia, önismeret, szociális készségek – összesen 6 említés), illetve a terápiás időtávval kapcsolatos jellemzők.

A sikerkritériumok struktúrája a projekt célterületén működő intézetekben is hasonló, azzal a különbséggel, hogy itt átlagosan több (2,8 féle) sikerkritériumot említettek az intézetek

26. táblázat: A kezelés sikeres befejezésének kritériumai a terápiás programokban, országosan

Kritériumok	A kritériumot említő intézetek	
	országosan	célterületen
Családi kapcsolatok helyreállítása	4	3
Lakhatási körülmények kialakítása	3	2
Munkaerő piaci pozíció helyreállítása	3	2
Támogató közösséghez való integrálódás	2	2
A terápiás időtáv letelte	3	2
Teljes absztinencia	3	1
Szociális készségek, stratégiák elsajátítása	2	1
Önismeret, önbizalom, magabiztosság	1	1
Említések száma	21	14

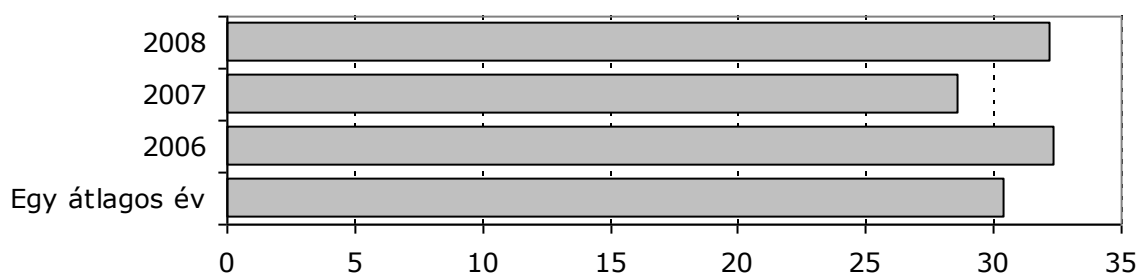
A terápiás intézetekben kezelt kliensek nagyobb hányada (egy átlagos évben az intézetekben kezelt betegek átlagosan több mint kétharmada, 2008-ban 58,8%-a) lemorzsolódik a terápia befejezése előtt. Legnagyobb a lemorzsolódás a terápia megkezdését követő egy hónapban. Az átlagos és a 2008-as év lemorzsolódási adatainak összehasonlítása viszont azt mutatja, hogy a korábbiakhoz képest jelentősen lecsökkent a hatodik hónap utáni lemorzsolódások átlagos aránya. Az idő előtti elbocsátások következtében viszont kevésbé jellemző a terápiából való kilépés.

27. táblázat: Az elbocsátások és lemorzsolódások intézetenkénti arányainak átlaga a terápiás intézetekben, országosan (%)

	Elbocsátás		Lemorzsolódás	
	2008-ban	Egy átlagos évben	2008-ban	Egy átlagos évben
Egy hónapon belül	2	1,8	28,8	23,2
Három hónapon belül	4,2	2,3	14,3	11,8
Harmadik-hatodik hónap között	2	1,7	11,6	16,7
Hatodik hónap után, de a terápia befejezése előtt	1,9	2,3	4,1	17,2
Összesen	10,1	8,1	58,8	68,9

Összességében a terápiás intézetekből évente átlagosan a kliensek valamivel kevesebb, mint egyharmada távozik a kezelés sikeres lezárásával.³³ A kezelés sikeressége, és az összesített lemorzsolódási, elbocsátási adatok tekintetében tendenciára utaló változások, illetve régiók vagy az intézetek közötti szignifikáns különbségek nem mutatkoztak.

38.ábra A kezelést sikeresen befejező kliensek intézetenkénti arányának átlaga a terápiás intézetekben, országosan(%)



³³ Itt említjük meg, hogy a terápia befejezésének aránya nem kizárólagos mutatója a terápia sikerességének.

ÖSSZEGZÉS

A MADÁSZSZSZ és MADRISZ közös, a TÁMOP finanszírozásával megvalósuló, a drog területen jelen lévő civil szervezetek érdekképviselési célú együttműködésének fejlesztésére irányuló projekt keretében végzett kutatás során 92 prevenciós és/vagy alacsonyküszöbű és/vagy rehabilitációs tevékenységet végző szervezet munkáját ismertük meg részletesen.³⁴ Közülük 84 szervezet a projekt célterületét jelentő három régió valamelyikében található, melyek közül összesen 60 szervezet tartozik a civil szektorhoz, azaz a TÁMOP projekt célcsoportjába.

28. táblázat: A kutatásban résztvevő szervezetek régiók és szektorbesorolás szerint

	szolgáltató székhelyének regionális besorolása				összesen
	Észak-Alföld	Közép-Mo.	Dél-Alföld	egyéb	
állami/ önkormányzati	5	5	5	1	16
magán	0	4	4	0	8
nem kormányzati	17	32	11	7	67
válaszhiány					1
összesen	22	41	20	8	92

A kutatásunk keretében megismert, a projekt célterületén működő civil szervezetek több mint 60%-a (37 szervezet) fő tevékenységként a drogprobléma kezelésének valamilyen szegmensében tevékenykedik. Ők képezhetik a TÁMOP projekt „magját”, ők lehetnek azok, akiknek leginkább létkérdés a drogszakmai szervezetek érdekképviselésének javítása, az egymással való kapcsolattartás, a területen valamilyen stratégiai gondolkodás kialakítása. Ebből a „magból” a legtöbben (összesen 18 szervezet) elsősorban a drogprevenció/egészségfejlesztés területén dolgoznak. A projekt másik két célterületét, az ártalomcsökkentést, illetve a drogfogyasztók rehabilitációját főtevékenységként együttesen 12 szervezet végzi.

³⁴ A projekt keretében végzett kutatás során a drog területen dolgozó szervezetek közül azokat kerestük meg, melyek prevenciós és/vagy alacsonyküszöbű és/vagy rehabilitációs tevékenységüket programszerűen végzik. Ez összesen 155 szervezetet jelentett. (A 155 szervezetből 8 nem a projekt célterületén található terápiás intézet, de mint említettük a terápiás intézetek körében teljes körű országos adatfelvételt végeztünk.)

29. táblázat: A projekt célterületén található, a kutatásban résztvevő civil szervezetek fő tevékenység szerinti eloszlása (N=60)

	Szervezetek száma	%	Kumulált %
Drogprevenció/egészségfejlesztés	18	30,0	30,0
Ártalomcsökkentés	7	11,7	41,7
Kábítószerfüggő betegek gyógykezelése	7	11,7	53,3
Drog-rehabilitáció	5	8,3	61,7
Oktatás/nevelés	5	8,3	70,0
Szociális, segítő tevékenység	11	18,3	88,3
Egyéb	7	11,7	100,0
Összesen	60	100,0	

A projekt céljainak megvalósítása során tekintettel kell lenni arra is, hogy a kutatásban résztvevő civil szervezetek közel kétötöde elsősorban nem drog-ügyekkel foglalkozik³⁵, hanem más oktatási vagy szociális tevékenységgel, de emellett valamilyen mértékben részt vesz a prevenció és/vagy ártalomcsökkentési és/vagy rehabilitációs munkában, ezen területek legalább egyikén programszerűen, azaz nem csak eseti jelleggel dolgozik. A kutatás során megismert szervezetek közül összesen 45 szervezet végez programszerűen prevenció, 14 alacsonyküszöbű tevékenységet, 2 szervezet pedig drog-rehabilitációs intézetet (is) működtet.

A projekt célcsoportja persze a kutatás célcsoportjához, és különösen a kutatásban résztvevő szervezetekhez képest szélesebb körként határozható meg, hiszen a szervezetek egy része eseti jelleggel végez csak valamilyen munkát a drogterületen. Amennyiben azokat a civil szervezeteket tekintetjük a projekt célcsoportjába tartozónak, akik prevenció, és/vagy ártalomcsökkentő és/vagy rehabilitációs tevékenységet akár csak eseti jelleggel is végeznek, akkor azt mondhatjuk, hogy a három régióban összesen 184 prevenció, és/vagy ártalomcsökkentő és/vagy rehabilitációs tevékenységet végző szervezetet találtunk, melyek közül 125 nonprofit (alapítvány, egyesület, egyház, egyházi szervezet, egyéb) szervezeti formában működik.³⁶

³⁵ Amennyiben azt vélelmezzük, hogy fő profiljuk szerint drogügyekkel foglalkozó szervezetek jobban involváltak a projekt céljait illetően, akkor azt is feltételezhetjük, hogy a tevékenységüket más területen végzők aránya a projekt célját képező, a 3 régióban drogterületen dolgozó szervezetek teljes körében valószínűleg magasabb annál, mint amit a kutatásban résztvevő szervezetek körében tapasztaltunk.

³⁶ A szervezetek listája a 6. számú mellékletben megtalálható

30. táblázat: A megkeresett, és a célcsoportba tartozó szervezetek száma az egyes régiókban

Régió	Megkeresett szervezetek száma	Drog-területen dolgozó szervezetek száma	A projekt célcsoportjába tartozó CIVIL szervezetek
Közép-Mo	187	113	84
Észak-Alföld	74	36	26
Dél-Alföld	66	35	15
Összesen	327	184	125

Mindazonáltal, amikor a célcsoport érdekképviselését próbáljuk ellátni, amikor számukra szakmai és szervezeti szolgáltatásokat szervezünk, avagy szakma-specifikus civil stratégia kidolgozására törekszünk, akkor a kutatás során megismert eloszlásokra mindenképp tekintettel kell lennünk (akkor is, ha kutatás csak részlegesen tudta lefedni a célcsoportot), hiszen a különböző területre fókuszáló, illetve más-más területen tevékenykedő szervezeteknek különböző problémáit kell az ernyőszervezeti munka során artikulálni. A szervezetek tevékenységének tartalmi különbségei mellett (lásd részletesen a tanulmány megfelelő fejezeteit) például markánsan eltérő finanszírozási struktúra jellemzi a prevenciós programokat, mint az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat, vagy a terápiás intézeteket.

A kvalitatív adatok alapján úgy tűnik, hogy ehhez a munkához a projekt élvezi a szervezetek támogatását, a projekt specifikus célkitűzéseit – különösen a hálózati fórum működtetését, és egy szakma-specifikus civil stratégia megalkotását – a célcsoportban tartozó szervezetek fontosnak tartják, bár – ami a projekt megvalósítói számára külön kihívást és feladatot jelent – a szervezetek képviselői a projektcélok megvalósíthatóságában kevésbé bíznak.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Arnold, Paksi (2007): Erőforrás és igényfelmérés a MADÁSZSZSZ tagszervezetek körében. Budapest, nem publikált tanulmány.

Baker O., Mounteney J., Neaman O. (edit) (1998): Evaluating Drug Prevention in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series. N.2. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg

EMCDDA (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention. A Manual for Program-Planners and Evaluators. Office for Official Publications for the European Communities, Luxembourg.

EMCDDA (2007) Data-collection Protocol for Specialist Harm Reduction Service Providers. EMCDDA, Lisbon, Portugal

EMCDDA (2008): Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Hedrich D (2004): Final Draft Meeting Report: Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage, Lisbon, 9-10 December 2004, EMCDDA. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

IOM (1994): Institute of Medicine (IOM) for Prevention http://www.kitsco.com/casupport/WebHelp_Prevention101/Institute_of_Medicine_IOM_for_Prevention.htm

Kröger C., Winter H., Shaw R. (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators. EMCDDA, Lisbon

KSH (2009): <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp?wcf1fb933c6=x>. Letöltés: 2010.07.02.

Kvale, S. (2005): Az interjú. József Műhely Kiadó, Budapest.

Márványkövi F., Rácz J. (2005): Alacsony-küszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 4,4, 431-459.

Morgan M (2000): Evaluation and drug-prevention research: implications of unsuccessful outcomes for programme design. In: Neaman R, Nilson m és Solberg U (szerk.): Evaluation: a key tool for improving drug prevention. EMCDDA, Luxembourg, 33-39.

Nádas E. (szerk) (2004): Kézikönyv a drog-prevenációs beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez. Nemzeti Drog Fókuszpont

Nádas E. (2007): A drogmegelőzés nemzetközi trendjei. Nemzeti Drog Fókuszpont, Kézirat

Neaman R., Nilson M., Solberg U. (eds.) (2000): Evaluation: a key tool for improving drug prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series. N.5. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg

Paksi B., Demetrovics Zs., Czakó Á. (2002a): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése I. , A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. Addiktológia. 2002.1. (15-37)

Paksi B., Demetrovics Zs., Czakó Á. (2002b): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése II. – A programok eredményértékelése. Addiktológia. 2002.1. (38-49)

Paksi B., Demetrovics Zs. (2002): A prevenciós gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenciós programok felmérése és értékelése. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest, [334 old. ISBN 963-9457-32-9]

Paksi B., Demetrovics Zs.(2003): Budapesti Drogprevenciós Adattár. CD. ISM, Budapest.

Paksi B., Demetrovics Zs. (2005): Országos Drogprevenciós Adattár. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. Addiktológia.

Paksi B. (2008): Nem iskolai szintén megjelenő prevenciós programok feltérképezése. Kutatási Beszámoló, SzMM

Rácz J. (2001): Prevenciós programok értékelése. ISM, Budapest.

Szakmai Irányelvek (2006): Szakmai irányelv. Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásában. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Addiktológiai Szakértői Munkacsoport. Budapest

Topolánszky Á. (2009a). A terápiás közösségek új generációi. In. Demetrovics, Zs.: Az addiktológia alapjai 3. kötet, Budapest

Topolánszky Á. (2009b): Terápiás közösségek kezelési modalitásainak fejlődése. In: Bagdy, E. (szerk.); Demetrovics, Zs. (szerk.); Pilling, J.(szerk.). Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából. Budapest

Vicsek Lilla (2006): Fókuszcsoporth. Osiris Kiadó, Budapest.

MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet: Kapcsolat felvételi kérdőív és kérdezői útmutató
2. sz. melléklet: Alacsonyküszöbű programok adatlapja
3. sz. melléklet: Terápiás intézeti kérdőív
4. sz. melléklet: Programinformációs Adatlap kitöltési útmutató
5. sz. melléklet: A fókuszcsoporthoz során alkalmazott kérdőív és vezérfonal

Kapcsolat felvételi kérdőív és útmutató

A PROGRAMVEZETŐT KERESSÜK!

A VASTAGON SZEDETT SZÖVEGRÉSZEKET MINDENKÉPP MONDJUK EL (HA VAN TÜRELME VAGY KÉRDÉSE, AKKOR A NEM VASTAG RÉSZEKRE IS TÉRJÜNK KI)!

A MADÁSZSZ (Magyar Drogprevenciós és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége) és MADRISZ (Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége) közös, a TÁMOP finanszírozásával megvalósuló projektje keretében keresem Önt. A projekt célja a drog területen jelen lévő civil szervezetek érdekképviselői célú együttműködésének fejlesztése az ország három régiójában, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun, Hajdú Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, valamint Budapesten. A projekt első lépései között kutatást végzünk a drogszakmában dolgozó, prevenciós és/vagy az ártalomcsökkentő területen tevékenykedő szervezetek feltárása, tevékenységük leírása érdekében. A helyzetfeltárást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja végzi (Paksi Borbála vezetésével).

Az iskolai szintén működő programokra vonatkozóan a Viselkedéskutató központ 2003-2005-ben már végzett egy országos helyzetfeltáró kutatást, ami alapinformációkkal szolgált a színtér szereplői számára. Hasonló, de sajnos nem teljes körű kutatás készült 2008-ban a nem iskolai programok feltárására, illetve leírására. Azonban az iskolai szintre vonatkozó információk ma már frissítésre, a nem iskolai programokról rendelkezésre álló tudásunk pedig kiegészítésre szorul. Az ártalomcsökkentés illetve a rehabilitáció területén működő szervezetek, ill. tevékenységek strukturált leírása pedig mindeztől nem született meg. Pedig ezek az információk elengedhetetlenek a színtér hatékony, a hiányterületekre, a fejlesztendő pontokra fókuszáló fejlesztéséhez és felelős képviselőéhez.

Kutatásunk célja ezeknek a hiányosságoknak a pótlása: a nemzetközi adatgyűjtési és értékelési iránymutatások/standardok mentén – egyelőre a projekt által felölelt 3 régióban - működő drogprevenciós és ártalomcsökkentő programok/szervezetek kataszterének elkészítése. Emellett a kutatásban való részvétel révén a szolgáltatók számára lehetőség nyílik a - külföldön már haszonnal alkalmazott protokollok mentén - saját programjuk elhelyezésére, áttekintésére.

Ebben a munkában szeretnénk kérni az Ön segítségét!

A kutatás első lépéseként szeretnénk azonosítani azokat a szervezeteket, melyek működtetnek drogprevenciós és/vagy alacsonyküszöbű programokat vagy szolgáltatásokat. Ezért elsőként azt szeretném, ha tisztáznánk, hogy az Önök szervezete ezek közé tartozik-e.

Kérem, e célból válaszoljon néhány kérdésemre.

HA A PROGRAMVEZETŐ MÁSHOZ IRÁNYÍT BENNÜNKET, AKKOR ÍRJUK BE AZ ÚJ KONTAKTSZEMÉLY NEVÉT AZ EXCEL FILÉBE, MAJD AZ ÚJ KONTAKTNAK IS MONDJUK EL A FENTIEKET!

AZ PROGRAMVEZETŐTŐL VAGY AZ ÁLTALA MEGJELÖLT SZEMÉLYTŐL KÉRDEZT VÉGIG AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKET, ÉS A VÁLASZOKAT ÍRD BE AZ EXCEL FILÉBE! AZOKHOZ A KÉRDÉSEKHEZ, AMELYEKRE NEM TUDJA A VÁLASZT, 9-EST ÍRJ!

- 1. Az Önök szervezete működtet-e valamilyen drogprevenciós programot/szolgáltatást? (1-igen, 0-nem)**
- 2. És olyan drogprevenciós programot/szolgáltatást működtet-e az Önök szervezete, ami valamilyen módon hozzájárul (pl. kortárssegítők, vagy más segítők képzése révén)? (1-igen, 0-nem)**

HA AZ 1-ES ÉS 2-ES KÉRDÉSRE „NEM”-MEL VÁLASZOLT, AKKOR UGRÁS A 8. KÉRDÉSRE. HA LEGALÁBB AZ EGYIKRE „IGEN”-NEL, AKKOR FOLYTATÓDIK A KÉRDEZÉS.

- 3. Tevékenységét programszerűen végzi-e, vagy eseti jelleggel? (1 - igen, programszerűen; 0-nem, eseti jelleggel)**

„NEM” VÁLASZ ESETÉN UGRÁS 8. KÉRDÉSRE

- 4. Programja/szolgáltatása jelenleg is működik? (1-igen, 0-nem)**

HA „IGEN”, AKKOR UGRÁS A 6. KÉRDÉSRE! HA „NEM”, AKKOR ITT TEGYÜK FEL AZ 5. KÉRDÉST!

- 5. Az elmúlt 4 év során működött ez a program/szolgáltatás, s jelenleg csak átmenetileg szünetel, vagy már nem fogják végezni? (1 - igen, korábban működött, és jelenleg csak átmenetileg szünetel; 2-igen, korábban működött, de már nem fogjuk folytatni; 3-nem, az elmúlt 4 évben sem működött)**
- 6. Programját/szolgáltatását valamilyen – országos vagy kisebb térségre kiterjedő hálózat keretében végzi-e? (1-igen, 0-nem)**

HA NEM HÁLÓZAT RÉSZÉ, AKKOR UGRÁS A 7. KÉRDÉSRE.

HA HÁLÓZAT RÉSZÉ, AKKOR KÉRDEZZÜK MEG A 6/A, 6/B, 6/C KÉRDÉSEKET:

EBBEN AZ ESETBEN 7/C UTÁN BEFEJEZZÜK A KÉRDEZÉST!

6/a. Mi a hálózat neve, melyhez a programja tartozik?

6/b. Milyen szervezet működteti a hálózatot? Kérem, adja meg a programgazda nevét!

6/c. KÉREM, ADJA MEG SZERVEZET ÖN ÁLTAL ISMERT ELÉRHETŐSÉGÉT (TELEFONSZÁM ÉS/VAGY E-MAIL CÍM)!

HA VAN VALAMILYEN ÖNÁLLÓ (NEM HÁLÓZAT RÉSZÉKÉNT MŰKÖDŐ), AKUTÁLISAN IS FUTÓ VAGY CSAK ÁTMENETILEG SZÜNETELŐ PREVENCIÓS PROGRAMJA, ÉS AZ SZEREPEL AZ ORSZÁGOS DROGPREVENCIÓS ADATTÁRBAN (EXCEL FILE: AZ INFORMÁCIÓ FORRÁSA: ODA) AKKOR KÉRDEZZÜK MEG A 7. KÉRDÉST!

7. A JELENLEG FUTÓ PREVENCIÓS PROGRAMJA(I) MENNYIBEN EGYEZIK(NEK) MEG A 2003 ÉS 2004-BEN VÉGZETT PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG(EKK)EL? (1-TELJES MÉRTÉKBEN, 2-NAGYMÉRTÉKBEN, 3-A RÉGI PROGRA(MOK) IS FUT(NAK), DE EMELLETT VAN(NAK) ÚJ PROGRAMJA(I) IS, 4-JELENTŐSEN MÓDOSULT(AK) A PROGRAM(OK), VAGY TELJESEN ÚJ PROGRAMJA(I) VAN(NAK), 5-NEM EMLÉKSZIK)

A 7. KÉRDÉSRE ADOTT VÁLASZOKNAK MEGFELELŐEN KÜLÖNBÖZŐ TOVÁBBI TEENDŐINK VANNAK:

HA VAN OLYAN PROGRAMJA, AMI TELJESEN, VAGY NAGYMÉRTÉKBEN MEGEGYEZIK A KORÁBBIVAL (7. KÉRDÉS: 1-ES, 2-ES VAGY 3-AS VÁLASZ) AKKOR AZT JELEZD A KUTATÁS INSTRUKTORÁNAK, ARNOLD PETRÁNAK, ÉS A PROGRAM ADATAIT ÁT FOGJUK VEZETNI. A KÉRDEZETTNEK MUNDJUK EL A KÖVETKEZŐKET!

A 2003-2004-BEN VÉGZETT KUTATÁS ÓTA AZ ADATGYŰJTŐ PROGRAMUNKAT MÓDOSÍTOTTUK. AZ ÖN KORÁBBAN IS FUTÓ PROGRAMJÁNAK (PROGRAMJAINAK) AZ ADATAIT ÁT FOGJUK VEZETNI AZ ÚJ ADATLAPBA. RÖVIDESEN JELENTKEZNI FOGOK, ÉS ELKÜLDÖM ÖNNEK A KORÁBBAN KITÖLTÖTT PROGRAMJA(I)NAK AZ ADATLAPJÁT, HOGY LEELLENŐRIZZE, ILLETVE KIEGÉSZÍTSE AZT.

HA NEM EMLÉKSZIK, HOGY A 2003-2004-ES ADATGYŰJTÉS SORÁN MILYEN INFORMÁCIÓKAT ADOTT MEG A PROGRAMRÓL, (7. KÉRDÉS 5-ÖS VÁLASZ) AKKOR MUNDJUK EL A KÖVETKEZŐKET!

KÜLDÖK ÖNNEK E-MAILBEN EGY LINKET, AHOL MEG TUDJA NÉZNI, A KORÁBBI PROGRAMJÁNAK/PROGRAMJAINAK A LEÍRÁSÁT. KÉREM, NÉZZE MEG, HOGY A KORÁBBAN A PROGRAMJÁRÓL/PROGRAMJAIRÓL MEGADOTT INFORMÁCIÓK MA IS MEGFELELŐEK-E, ÉS JELEZZEN VISSZA. AMENNYIBEN A KORÁBBI PROGRAMLEÍRÁSAI MA IS ÉRVÉNYESEK, VAGY RÉSZBEN ÉRVÉNYESEK, AKKOR AZOKNAK AZ ADATAIT ÁT FOGJUK VEZETNI A JELENLEGI KUTATÁS ADATLAPJÁBA, ÉS ELKÜLDÖM ÖNNEK.

A KÉSŐBBI VISSZAJELZÉS ALAPJÁN MÓDOSÍTSD A 7. KÉRDÉSRE ADOTT VÁLASZT. HA AZT JELZI VISSZA, HOGY A PROGRAMJA TELJESEN, VAGY NAGYMÉRTÉKBEN MEGEGYEZIK A KORÁBBI PROGRAMLEÍRÁSBAN SZEREPLŐVEL, AKKOR AZT JELEZD A KUTATÁS INSTRUKTORÁNAK, ARNOLD PETRÁNAK, ÉS A PROGRAM ADATIT ÁT FOGJUK VEZETNI.

HA NEM SZEREPEL AZ ORSZÁGOS DROGPREENCIÓS ADATTÁRBAN (EXCEL FILE: AZ INFORMÁCIÓ FORRÁSA: ODA) VAGY HA A PROGRAMJA(I) JELENTŐEN MÓDOSULT(TAK), VAGY ÚJ PROGRAMJA(I) (IS) VAN(NAK), (7. KÉRDÉS 3-AS VAGY 4-ES VÁLASZ) AKKOR ÉRTELEMSZERŰEN MUNDJUK EL A KÖVETKEZŐKET!

KÉRJÜK, A PROGRAMJÁRÓL/PROGRAMJAIRÓL TÖLTÖN KI EGY ÚN. PROGRAM-INFORMÁCIÓS ADATLAPOT!

A Program-információs Adatlap csak számítógépen tölthető ki, ezért e-mailben szeretném elküldeni Önnek. Kérem, adja meg az e-mail címét!

EGYEZTESSÜK AZ E-MAIL CÍMET A FILÉBEN LÉVŐVEL. HA NEM AZONOS, JAVÍTSUK! KÜLDJÜK KI A PROGRAM-INFORMÁCIÓS ADATLAPOT, ÉS A KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓT!

Az adatlap kitöltéséhez készítettünk egy rövid Felhasználói Útmutatót is, amelyet szintén elküldök Önnek, de szívesen válaszolok telefonon vagy e-mailben feltett kérdéseire is, vagy akár személyesen is segítek az adatlap kitöltésében.

HA NINCS E-MAIL CÍME, AKKOR BESZÉLJÜNK MEG EGY TALÁLKOZÓT!

8. Az Ön szervezetének van-e alacsonyküszöbű programja (drop-in, túcsere, megkereső)? (1-igen, 0-nem)

HA VAN ALACSONYKÜSZÖBŰ PROGRAMJA, AKKOR EGYEZTESSÜNK IDŐPONTOT ÉS HELYSZÍNT (IS) AZ ALACSONYKÜSZÖBŰ PROGRAMOKRA VONATKOZÓ KÉRDŐÍV FELVÉTELÉHEZ!

AZ ALACSONYKÜSZÖBŰ PROGRAMJUKAT (IS) SZERETNÉNK RÉSZLETESEN MEGISMERNI! A KÉRDŐÍV FELVÉTELÉHEZ SZERETNÉM ÖNT (ÖNÖKET) SZEMÉLYESEN FELKERESNI. BESZÉLJÜNK MEGY EGY HELYSZÍNT ÉS IDŐPONTOT!

HA NINCS SEM ÖNÁLLÓ (NEM HÁLÓZAT RÉSZÉKÉNT MŰKÖDŐ), AKUTÁLISAN IS FUTÓ VAGY CSAK ÁTMENETILEG SZÜNETELŐ PREVENCIÓS PROGRAMJA (1. 2. VAGY A 3. KÉRDÉS ESETÉN „NEM” VÁLASZT KAPTUNK, ILLETVE HA AZ 5. KÉRDÉS VÁLASZA > 1), ÉS A 8. KÉRDÉS ESETÉN IS „NEM” VÁLASZT KAPTUNK, AKKOR MEGKÖSZÖNJÜK A SEGÍTSÉGÉT, ÉS BEFEJEZZÜK A KÉRDEZÉST.

9. MI AZ ÖN SZERVEZETÉNEK JOGI STÁTUSZA (1=KÖLTSÉGVETÉSI SZERV, 2=ÖNKORMÁNYZATI SZERV, 3=TÁRSAS VÁLLALKOZÁS, 4=NONPROFIT SZERVEZET (ALAPÍTVÁNY, EGYESÜLET, EGYHÁZ, EGYHÁZI SZERVEZET, EGYÉB NONPROFIT SZERVEZET))

HA NONPROFIT SZERVEZET, AKKOR MONDJUK EL A KÖVETKEZŐKET!

ÉS VÉGÜL MÉG EGY DOLOGRA MEG SZERETNÉM KÉRNI. TEKINTETTE ARRA, HOGY A MADÁSZSZ ÉS A MADRISZ KÖZÖS PROJEKTJÉNEK A CÉLJA A DROG TERÜLETEN JELEN LÉVŐ CIVIL SZERVEZETEK ÉRDEKKÉPVISELETI CÉLÚ EGYÜTTMŰKÖDÉSÉNEK FEJLESZTÉSE, EZÉRT SZERETNÉNK TUDNI, HOGY AZ ÖNÖK SZERVEZETE MILYEN MÁS SZERVEZETEKSEL ÁLL KAPCSOLATBAN. ERRE VONATKOZÓAN KÜLDENÉK ÖNNEK MÉG EGY RÖVID KÉRDÉSSORT.

KÖSZÖNÖM A SEGÍTSÉGÉT, ÉS VÁROM VÁLASZÁT! HA BÁRMILYEN PROBLÉMÁJA, KÉRDÉSE ADÓDIK A KÉRDŐÍVEK MEGVÁLASZOLÁSÁVAL, AKKOR KÉREM, KERESSEN E-MAILBEN, VAGY TELEFONON, ÉS TERMÉSZETESEN MINDENBEN SEGÍTEK.

ADJUK MEG A SAJÁT ELÉRHEŐSÉGÜNKET (E-MAIL, TELEFON)!

2. számú melléklet: Alacsonyküszöbű programok adatlapja

ADATLAP
ALACSONYKÜSZÖBŰ PROGRAMOK

2009

Ennek a kérdőívnek a kitöltésével a MADÁSZSZ (Magyar Drogprevenációs és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége) és MADRISZ (Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége) közös, a TÁMOP finanszírozásával megvalósuló projekthez nyújt segítséget. A projekt célja a drog területen jelen lévő civil szervezetek érdekképviselői célú együttműködésének fejlesztése az ország három régiójában, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun, Hajdú Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, valamint Budapesten. A projekt első lépései között kutatást végzünk a drogszakmában dolgozó, prevenációs és/vagy az ártalomcsökkentő területen tevékenykedő szervezetek feltárása, tevékenységük leírása érdekében.

A kutatás célja tehát a nemzetközi adatgyűjtési és értékelési iránymutatások/standardok mentén – egyelőre a projekt által felölelt 3 régióban működő - a drogprevenációs és ártalomcsökkentő programok/szervezetek kataszterének elkészítése. Emellett a kutatásban való részvétel révén a szolgáltatók számára lehetőség nyílik a - külföldön már haszonnal alkalmazott protokollok mentén - saját programjuk elhelyezésére, áttekintésére.

A helyzetfeltárást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja (BCE MKI VK) végzi.

Ebben a munkában szeretnénk kérni az Ön segítségét!

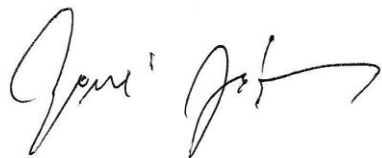
Az alábbiakban egy kis technikai útmutatót nyújtunk a kérdőív kitöltéséhez. Az alábbi technikákat kérjük alkalmazni a kérdések megválaszolása során:

1. Nyitott kérdés esetén, amikor nincsenek a válaszalternatívák előre megadva, kérjük, a kérdés után szereplő szürke mezőre helyezze a kurzort, és írja be a választ. (Pl. 2. kérdés:)
2. Zárt kérdés esetén, amikor a válaszalternatívák előre meg vannak adva, a következő két válaszadási technikát kérjük alkalmazni:
 - vagy a kérdés után felkínált válaszlehetőségek mellett szereplő kis szürke négyzetbe „x”-elve válassza ki a kívánt alternatívát (pl. 3. kérdés: 1 ☐);
 - vagy a szürke mezőre kattintva egy legördülő sávban jelennek meg a válaszalternatívák, amelyekből kérjük, válassza ki a megfelelőt (pl. 1. kérdés 2. sor: 1 költségvetési szerv).

Azaz csakis a szürke mezőbe tudja választát beírni, a fenti technikák valamelyikét alkalmazva!

Ha bármilyen kérdése van, kérjük, jelezze munkatársunknak!

Együttműködését előre is köszönjük!



Gondi János
MADÁSZSZ
Projekt vezető



Paksi Borbála
BCE MKI Viselkedéskutató
Központ
Kutatás vezető

1. Kérjük, adja meg a felelős szervezet (programgazda) alábbi adatait!

A szervezet jogi státusza: 1 költségvetési szerv

A szervezetvezető neve:

Cím:

Honlap:

Telefon:

2. Kérjük, nevezze meg a szervezet főtevékenységét, valamint sorolja fel a szervezet minden egyéb tevékenységét. Továbbá adja meg, hogy az egyes tevékenységek jelenleg a kapacitásának hány százalékát foglalják le! Csak azokat a tevékenységeket sorolja fel, amiket ténylegesen is végzett az előző évben, vagy jelenleg.

A szervezet főtevékenysége		%
Egyéb, nem főtevékenység-ként végzett tevékenységek		%
		%
		%
		%
		%

3. Kérjük, nevezze meg, hogy az Ön szervezetének milyen alacsonyküszöbű programja(i) van(nak), és jelölje meg, hogy az adott program melyik alacsonyküszöbű kategóriába tartozik! (Egy programhoz több kategóriát is megjelölhet!)

[illegible]

ABBAN AZ ESETBEN, HA TÖBB PROGRAMJA VAN, LEGYEN SZÍVES MINDEN PROGRAMRA VONATKOZÓAN KITÖLTENI EGY-EGY ADATLAPOT!

4. Kérjük, nevezze meg, mely programra tölti ki jelen adatlapot!

Csak olyan programokra vonatkozva töltse ki az adatlapot, amely jelenleg is működik. Korábban folyó, de már nem működő, illetve csak tervezett programok leírását itt nem kérjük.

5. Mióta működik a program?

Évszám:

A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEKRE CSAK A 4. PONTBAN MEGNEVEZETT PROGRAMRA VONATKOZTATVA VÁLASZOLJON.

6. Kérjük, adja meg a programkoordinátor nevét és elérhetőségét!

Név:

Telefon:

E-mail:

7. Kérjük, adja meg a számunkra információkat adó kontakt-személy nevét és elérhetőségét! (Amennyiben megegyezik a program koordinátorral, írjon ua. a Név mellé.)

Név:

Telefon:

E-mail:

8. Milyen településen/településeken, Budapest esetében mely kerületben/kerületekben működik a program? A tényleges működési területet nevezze meg, és ne azt a területet, amelyre a működési engedély érvényes. Több választ is jelölhet!

Budapest, a következő kerület/ek:

Város belvárosi részén, a város/ok neve:

Város külvárosi részen a város/ok neve:

Egyéb település/ek (község):

9. Kérjük, adja meg a program elérhetőségét, nyitvatartását!

Hétfő:

Kedd:

Szerda:

Csütörtök:

Péntek:

Szombat:

Vasárnap:

10. Kérjük, adja meg a program lebonyolításában résztvevő, más szervezetek nevét, jogi státusát (a legördülő menüből választva), az együttműködés formáját (konzorcium tag, alvállalkozó stb.), és tartalmát (a szolgáltatásban betöltött szerepét: pl. a szakértőket, konzulenseket adja, a program monitorozását végzi, stb.).

Egyéb résztvevő szervezet 1.

Név:

Jogi státusz: 1 költségvetési szerv

Együttműködés formája:

Szolgáltatásban

betöltött szerep:

Egyéb résztvevő szervezet 2.

Név:

Jogi státusz: 1 költségvetési szerv

Együttműködés formája:

Szolgáltatásban

betöltött szerep:

Egyéb résztvevő szervezet 3.

Név:

Jogi státusz: 1 költségvetési szerv

Együttműködés formája:

Szolgáltatásban

betöltött szerep:

Egyéb résztvevő szervezet 4.

Név:

Jogi státusz: 1 költségvetési szerv

Együttműködés formája:

Szolgáltatásban

betöltött szerep:

Egyéb résztvevő szervezet 5.

Név:

Jogi státusz: 1 költségvetési szerv

Együttműködés formája:

Szolgáltatásban

betöltött szerep:

Egyéb résztvevő szervezet 6.

Név:

Jogi státusz: 1 költségvetési szerv

Együttműködés formája:

Szolgáltatásban

betöltött szerep:

TOVÁBBIAKBAN A CÉLPOPULÁCIÓ JELLEMZŐIRŐL KÉRDEZÜNK.

11. Kérjük, jelölje meg a program által közvetlenül elérni kívánt célpopulációt! Célpopuláció az a populáció, amelyre a program irányul.

	Igen	Nem
Intravénás droghasználók	1 ☐	0 ☐
Opiát-használók	1 ☐	0 ☐
Kokain és stimuláns-használók	1 ☐	0 ☐
Börtönbeli droghasználók	1 ☐	0 ☐
Serdülőkorú droghasználók	1 ☐	0 ☐
Hajléktalanok	1 ☐	0 ☐
Droghasználó nők	1 ☐	0 ☐
Migránsok	1 ☐	0 ☐
Kisebbségi csoportok	1 ☐	0 ☐
Homoszexuálisok	1 ☐	0 ☐
Prostituáltak	1 ☐	0 ☐
Szociális problémákkal küzdő fiatalok	1 ☐	0 ☐
Problémás családból származó fiatalok	1 ☐	0 ☐
Rossz környéken élő hátrányos helyzetű fiatalok	1 ☐	0 ☐
Fiatal bűnelkövetők	1 ☐	0 ☐
Iskolából kimaradó fiatalok	1 ☐	0 ☐
Tanulási problémákkal küzdő fiatalok	1 ☐	0 ☐
Partyzó fiatalok	1 ☐	0 ☐
Általánosságban a droghasználók	1 ☐	0 ☐
Egyéb, éspedig:	1 ☐	0 ☐

12. Kérjük, jellemezze a program által közvetlenül elérni kívánt drogszcéna típusát!

- 1 ☐ Koncentrált, nyílt szcena*
- 2 ☐ Szétszórt, nyílt szcena**
- 3 ☐ Rejtett szcena***
- 0 ☐ Nem tudom

*Koncentrált nyílt szcena: A droghasználók állandó jelleggel, nagy számban jelennek meg az adott helyszínen. Gyakran ez egy olyan városi terület, ahol szórakozóhelyek, vagy közlekedési csomópontok vannak. E területeket a lakosság, illetve a hatóságok nyílt szcena gyanánt jellemzik. Gyakoriak a droghasználókkal való nyílt összeütközések, illetve a nyilvános droghasználat.

**Szétszórt nyílt szcena: A droghasználók több helyszínen jelennek meg, ezek lehetnek belső városi területek, vagy a külső leromlóban lévő lakónegyedekbe vezető közlekedési csomópontok környéke. Az egyes helyszínek gyakran változnak, és az egyes helyszíneken nem minden nap jelennek meg.

***Rejtett szcena: Nem tapasztalható a droghasználók látható koncentrációja, ugyanakkor a lakosság tudatában van annak, hogy a környéken drogszcéna létezik, a droghasználatra utaló jelek, mint pl. fecskendők alapján, azt ugyanakkor nem tudják, hogy milyen típusú drogokat fogyasztanak. Nyílt összetűzésekre csak a droghasználók és a terjesztők által lakott lakásokban kerül sor, további problémát a droghasználat kellékeinek (pl. használt fecskendők) nyilvános helyeken történő megtalálása jelenti.

13. Az Ön szervezete milyen nyilvántartást (adatgyűjtést) vezet a forgalomról? Kérjük, adja meg, hogy a program keretében mennyi volt a forgalma 2008-ban, illetve egy átlagos évben!

	Igen	Nem	2008-ban	Egy átlagos évben
Szolgáltatás alapú (pl. hány mosás, hány beszélgetés stb.)	1 ☐	0 ☐	db	db
Kontakt alapú	1 ☐	0 ☐	db	db
Kliens alapú	1 ☐	0 ☐	fő ebből % nő	fő ebből % nő
Egyéb, éspedig:	1 ☐	0 ☐		

14. Kérjük, adja meg az Önök szervezeténél 2008-ban megforduló kliensek néhány életkori jellemzőjét!

A legfiatalabb kliens kora: év

A legidősebb kliens kora: év

A leggyakrabban előforduló életkor a kliensek körében: év

Kérjük, adja meg a megadott adatok forrását! (Pl. regisztrált adat, kutatás, becslés stb.)

15. A kliensek hány százaléka problémás drogfogyasztó?

Problémás drogfogyasztónak – az EMCDDA definíciója szerint – az tekinthető, aki tartósan és/vagy rendszeresen és/vagy intravénásan opiát- vagy amfetamin-származékokat ill. kokaint használ.

1 ☐ <25%

2 ☐ 25-50%

3 ☐ >50%

0 ☐ nincs információ

Kérjük, adja meg a megadott adat forrását! (Pl. regisztrált adat, kutatás, becslés stb.)

16. Kérjük, rangsorolja az Ön kliensei által a négy leggyakrabban használt egyéb tiltott szert (kannabisz, gyógyszer, alkohol, egyéb legális szer nem kell!) és jelölje meg az adott drog szervezetbe juttatásának leggyakoribb módját!

Minden sorban egyet jelöljön!

	Injektálás	Szippantás	Elszívás/ belégzés
1.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
2.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
4.	1 ☐	2 ☐	3 ☐

Kérjük, adja meg a megadott adatok forrását! (Pl. regisztrált adat, kutatás, becslés stb.)

17. Az Önök szervezeténél létezik házirend a kliensek számára?

1 ☐ Igen

0 ☐ Nem

**A KÖVETKEZŐKBEN A PROGRAM KERETÉBEN NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÁSOKRÓL
ÉRDEKLŐDÜNK.**

18. A program keretében milyen szociális szolgáltatásokat nyújt az Önök szervezete? Az egyes szolgáltatásokért a kliens fizet vagy ingyen elérhető számára? Kérem, jelölje meg azt is, hogy az alábbi szolgáltatások közül melyek esetében irányítják tovább a szakellátó intézményhez!

	Van, ingyenes	Van, fizetős	Nincs	Van tovább- irányítás?	
	Van	Fizetős	Nincs	Van	Nincs
Alapvető szociális szükségletek azonosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Jogi tanácsadás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Szálláslehetőségekkel kapcsolatos tanácsadás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Szociális támogatással kapcsolatos tanácsadás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Személyes dokumentumok beszerzésével kapcsolatos segítségnyújtás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Munkahelyi reintegráció, álláskeresési tanácsadás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Tömegközlekedéshez, illetve utazáshoz jegy biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Szülői konzultáció	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Gyermekfelügyelet biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Iskolával/tanulással kapcsolatos tanácsadás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Étkezési lehetőség biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Folyadék biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Szórakozási lehetőségek, szabadidős, kulturális programok szervezése, klubszerű foglalkozás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Telefonálási lehetőség biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Internet használat biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Szálláslehetőség biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Zuhanyzás/fürdési lehetőség biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Mosási lehetőség biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Ruha biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Családtervezéssel kapcsolatos tanácsadás	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Életvezetés segítése	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Melegedő, pihenőszoba	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Szociális ellátás szervezése	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐
Egyéb, éspedig:	1 ☐	2 ☐	0 ☐	1 ☐	0 ☐

19. A program keretében milyen egészségügyi szolgáltatást nyújt az Önök szervezete? Az egyes szolgáltatásokért a kliens fizet vagy ingyen elérhető számára?

Minden sorban egy választ jelöljön!

	Van, ingyenes	Van, fizetős	Nincs
Egészségügyi állapot felmérése	1 ☐	2 ☐	0 ☐
A droghasználattal és a szexuális viselkedéssel kapcsolatos kockázati magatartás felbecslése	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Elsősegélynyújtás, sérült bőrfelület ápolása (pl. tűszúrásos sérülések)	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Túlادagolás esetén sürgősségi ellátás, krízisintervenció	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Terhességi teszt	1 ☐	2 ☐	0 ☐
HIV teszt	1 ☐	2 ☐	0 ☐
HCV teszt	1 ☐	2 ☐	0 ☐
HBV teszt	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Drog teszt	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Hepatitis B elleni oltás	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Tetanusz oltás	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Óvszer	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Intoxikált kliensek számára józanodási lehetőség biztosítása	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Egészségügyi ellátás szervezése	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Egészséggel, egészségüggyel kapcsolatos információk nyújtása	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Egyéb, éspedig:	1 ☐	2 ☐	0 ☐

20. A program keretében milyen pszichológiai szolgáltatásokat nyújt az Önök szervezete? Az egyes szolgáltatásokért a kliens fizet vagy ingyen elérhető számára?

Minden sorban egy választ jelöljön!

	Van, ingyenes	Van, fizetős	Nincs
Tanácsadás, konzultáció	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Motivációs interjú készítése	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Csoportmunka	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Egyéni esetkezelés	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Krízis intervenció	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Önsegítő csoport	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Továbbirányítás szakrendelőbe	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Egyéb, éspedig:	1 ☐	2 ☐	0 ☐

21. Az Önök szervezete a drogfogyasztással kapcsolatban milyen témában nyújt képzést a kliensek, illetve a hozzátartozók, kortársak számára?

Egy sorban több választ is jelölhet!

	Klienseknek	Hozzátartozóknak, kortársaknak	Nincs
Biztonságosabb injektálás	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Biztonságosabb szex	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Túladagolás megelőzése	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Vérrel terjedő vírusok	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Drogfogyasztással kapcsolatos kockázatok és ártalmak	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Egyéb, éspedig:	1 ☐	2 ☐	0 ☐

22. Az Önök szervezete a drogfogasztással kapcsolatban milyen témában ad kiadványokat, szóróanyagokat a kliensek illetve a hozzátartozók, kortársak számára?

	Igen	Nem
Biztonságosabb injektlás	1 ☐	0 ☐
Biztonságosabb szex	1 ☐	0 ☐
Túladagolás megelőzése	1 ☐	0 ☐
Vérrel terjedő vírusok	1 ☐	0 ☐
Kezelés	1 ☐	0 ☐
Használt fecskendő biztonságos megsemmisítése	1 ☐	0 ☐
Egyéb, éspedig:	1 ☐	0 ☐

A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK AZ INJEKTÁLÓ FELSZERELÉSEKKEL KAPCSOLATOS TEVÉKENYSÉGSÉGÉRŐL SZÓLNAK. AMENNYIBEN EZ ADATLAPBAN LEÍRT PROGRAMJA KERETÉBEN NEM VÉGEZ TÚCSERÉT, AKKOR A 23-27. KÉRDÉSEKET HAGYJA KI, ÉS UGORJON A 28. KÉRDÉSRE!

23. Kérjük, adja meg, hogy az Ön szervezetének kliensei milyen módon és hány helyszínen jutnak hozzá a tűhöz?

	Igen	Nem	db
Fix telephely	1 ☐	0 ☐	Hány telephelyen?
Mobil (busz)	1 ☐	0 ☐	Hány buszt működtetnek párhuzamosan?
Utcai megkereső	1 ☐	0 ☐	Hány megkereső szolgálatuk működik?
Tűautomata	1 ☐	0 ☐	Hány automatát üzemeltetnek?

24. A program keretében az alábbi injektló felszerelések és szolgáltatások közül melyeket biztosítja az Önök szervezete?

Minden sorban egy választ jelöljön!

	Van, ingyenes	Van, fizetős	Nincs
Fecskendő	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Alkoholos törlőkendő	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Száraz törlőkendő	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Aszkorbinsav, citromsav	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Szűrő	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Steril edény, steril kupak, főzőedény	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Kanál	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Steril víz	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Gyűjtődoboz a használt fecskendőknek	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Crack pipa	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Szívószál szippantáshoz	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Fólia inhaláláshoz	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Érszorító	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Vénaápoló krém	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Injektló felszerelés egység csomagban	1 ☐	2 ☐	0 ☐

25. Milyen módon motiválják a klienseket a használt injektló felszerelés megsemmisítésére? (Több választ is jelölhet!)

- 1 ☐ Egy gyűjtő dobozt adnak erre
- 1 ☐ Pénzt vagy valami jutalmat kapnak a használt injektló felszerelés visszajuttatása esetén
- 1 ☐ Egyéb, és pedig:

26. Az Ön szervezeténél létezik írott szabály az injektorok és steril eszközök cseréjére vonatkozóan?

- 1 ☐ Igen
- 0 ☐ Nem

AMENNYIBEN NEM VÁLASZT JELÖLT, UGRÁS 28-AS KÉRDÉSRE.

27. Ez a szabályzat tartalmazza a következőket?

	Igen	Nem
Egy csere alkalmával kiadott fecskendők maximális száma	1 ☐	0 ☐
Másodlagos disztribúció (injektáló felszerelések továbbítása barátok, partnerek számára)	1 ☐	0 ☐
Az injektáló felszerelés biztosítása fiatalok számára (18 alatt)	1 ☐	0 ☐
Használt fecskendők biztonságos megsemmisítése	1 ☐	0 ☐
Egyéb, éspedig:	1 ☐	0 ☐

A KÖVETKEZŐKBEN A PROGRAMMAL KAPCSOLATOS VISSZAJELZÉSEKRŐL KÉRDEZÜNK.

28. Létezik a programban kliens elégedettségi értékelés?

- 1 ☐ Igen, rendszeresen
2 ☐ Igen, néha
0 ☐ Nem

29. Az Önök programja jelenleg részt vesz belső vagy külső folyamat és/vagy eredményértékelésében?

<i>Minden sorban egy választ jelöljön!</i>	Igen, belső	Igen, külső	Nem
Folyamatértékelés	1 ☐	2 ☐	0 ☐
Eredményértékelés	1 ☐	2 ☐	0 ☐

**A KÖVETKEZŐKBEN A PROGRAM CÉLJÁRÓL, KONCEPCIÓJÁRÓL ÉS ALKALMAZOTT
MÓDSZEREKRŐL KÉRDEZZÜK.**

30. Kérjük, adja meg a program általános végső célját!

**31. Kérjük, adja meg, hogy a program milyen közbenső célokat tűz ki
ahhoz, hogy a végső cél megvalósuljon!**

Az első specifikus cél:

A második specifikus cél:

A harmadik specifikus cél:

**32. Kérjük, ismertesse az alapkoncepciót, elméleti megalapozottságot
vagy teoretikus modellt a program megvalósítása mögött, az egyes
specifikus célokhöz rendelve.** Ez lehet már létező modell (életvezetési,
alternatív, viselkedési modellek, szocializációs teóriák) vagy teljesen új
koncepció. Az utóbbi az esetekben szükséges a hipotézis vagy az
eredményességről rendelkezésre álló empirikus adatok rövid leírása. Kérem,
adja meg a koncepció mögött álló szakirodalomi hivatkozásokat!

Az első specifikus célhoz kapcsolódó koncepció:

A második specifikus célhoz kapcsolódó koncepció:

A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó koncepció:

**33. Kérjük, ismertesse az egyes specifikus célok megvalósítása során
alkalmazott módszereket!**

Az első specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

A második specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

TOVÁBBIAKBAN A PROGRAM LEBONYOLÍTÁSÁBAN RÉSZTVEVŐKRŐL, A PROGRAM MUNKATÁRSAIRÓL KÉRDEZÜNK.

- 34. Kérjük, adja meg, hogy az egyes munkakörökben hányan dolgoznak, és összesen hetente az egyes munkakörökben mennyi a fizetett, az önkéntes és a közmunkás órák száma!**

Munkakör	Fő	Heti óraszám		
		Fizetett órák	Önkéntes órák	Közmunkás órák
Szociális munkás, képzett szociális gondozó				
Nem képzett szociális gondozó (pl. tanuló, gyakornok)				
Addiktológiai konzultáns				
Pszichológus				
Pszichiáter				
Sorstárssegítő (droghasználó, leállt droghasználó)				
Orvos				
Nővér				
Egyéb egészségügyi munkás				
Adminisztratív személyzet				
Menedzsment (szervezés, koordinálás)				
Logisztikai személyzet (takarító, sofőr)				
Egyéb, éspedig:				

- 35. Történt-e jelentősebb változás 2007-hez képest a program lebonyolításában résztvevők, a program munkatársai összetétele, száma tekintetében?**

1 ☐ Igen

0 ☐ Nem

Amennyiben igen, kérjük, fejtse ki:

36. A következő kérdések a program lebonyolításában résztvevők képzésére, a munkatársak biztonságára vonatkoznak.

	Igen	Nem
Az Ön szervezeténél létezik írott szabály a munkatársak képzésére vonatkozóan?	1 ☐	0 ☐
A munkatársak részt vesznek-e a szexuális kockázatok becslésével és tanításával kapcsolatos képzéseken?	1 ☐	0 ☐
A munkatársak részt vesznek-e az intravénás droghasználattal közvetlenül összefüggő kockázatok becslésével és tanításával kapcsolatos képzéseken?	1 ☐	0 ☐
A munkatársak részt vesznek-e a nem-intravénás droghasználattal közvetlenül összefüggő kockázatok becslésével és tanításával kapcsolatos képzéseken?	1 ☐	0 ☐
A munkatársak részt vesznek-e sürgősségi ellátással kapcsolatos képzéseken?	1 ☐	0 ☐
A munkatársak részt vesznek olyan tréningen, ahol a munkatársak kompetenciáit fejlesztik?	1 ☐	0 ☐
A munkatársak részt vesznek-e szupervízión?	1 ☐	0 ☐
A munkatársakat módszeresen (rendszeresen) informálják/felajánlják számukra a hepatitis B elleni oltást?	1 ☐	0 ☐
Az Ön szervezeténél létezik írott eljárási szabályzat (munkabiztonsági előírás) a tűszúrás okozta sérülésekkel kapcsolatban?	1 ☐	0 ☐

A KÖVETKEZŐ BLOKKBAN A PROGRAM FINANSZÍROZÁSÁVAL KAPCSOLATOSAN TESZÜNK FEL NÉHÁNY KÉRDÉST.

37. Kérjük, adja meg a program finanszírozásának jellemzőit 2008-ra vonatkozóan!

Kérjük, hogy az alábbi ismérvek szerinti megoszlást csak a program költségvetésének vonatkozásában adja meg. (Sávonként a költséghányadok összege 100%!)

	A bevétel típusa	A bevételek mekkora hányada (%)
Folyamatossága	Állandó költségkeret	
	Pályázati, alkalmi	
	Teljesítményhez kötött	
	Összesen	100%
Forrása megnevezése	Állami finanszírozói	
	Önkormányzati	
	Alapítványi	
	Nonprofit Egyesület, karitatív	
	Adományozói	
	Egyházi	
	A megrendelő (piaci)	
	Összesen	100%
Kliens fizet-e?	Fizet	
	Nem fizet	
	Összesen	100%
Külső-belső finanszírozás	Külső	
	Belső (saját költségvetésből)	
	Összesen	100%

38. Mekkora volt a szervezet összes bevétele 2008-ban, és ebből mennyit fordított a program megvalósítására?

Az adatokat 1000 Ft-ban adja meg!

1000Ft-ban

A szervezet összes bevétele (forrása) 2008. évben:

Ebből mennyit fordított a szolgáltatás megvalósítására:

VÉGÜL A KORAI JELZŐRENDSZERREL KAPCSOLATOSAN KÉRDEZÜNK.

39. A közvetlenül elérni kívánt célpopuláció körében Ön tapasztalt az eddigtől eltérő, szokatlan jelenséget, mint pl. a következőket?

	Igen	Nem
Új szert	1 ☐	0 ☐
Új fogyasztói profilt*	1 ☐	0 ☐
Fogyasztás új módját	1 ☐	0 ☐
Új egészségügyi problémát a fogyasztók körében vagy már meglévő súlyosbodását	1 ☐	0 ☐
Új szociális problémát vagy a már meglévő súlyosbodását (pl. marginalizáció, munkanélküliség, szegénység, erőszak, bűnözés)	1 ☐	0 ☐

*Új profil azt jelenti, hogy a következő jellemzők legalább egyike mentén a fogyasztók többé-kevésbé homogén csoportot képeznek: Kor (serdülő, fiatalok, 30 és 40 közöttiek stb.); A fogyasztás helyszíne (külváros, belváros); Kulturális jellemző (zene, vallás); Földrajzi származás (Ázsia, Afrika); Életstílus (kóborló, rejtőzködő, letelepedett); Foglalkozás

40. Amennyiben tapasztalta a fentebb felsorolt új jelenség valamelyikét, akkor azt jelezte a hazai Korai Jelzőrendszernek?

- 1 ☐ Igen, tapasztaltam új jelenséget és jeleztem a hazai Korai Jelzőrendszernek
- 2 ☐ Igen, tapasztaltam új jelenséget, de nem jeleztem a hazai Korai Jelzőrendszernek
- 0 ☐ Nem tapasztaltam eddig új jelenséget

KÖSZÖNJÜK, HOGY SEGÍTETTE MUNKÁNKAT!

3. számú melléklet: Terápiás intézeti kérdőív

KÉRDŐÍV

A DROGTERÁPIÁS INTÉZETEK TEVÉKENYSÉGÉRŐL

2009

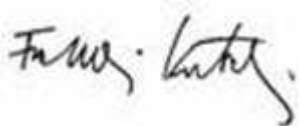
A drogprobléma kezelésének különféle területein végzett tevékenységek vonatkozásában egyre több ismerettel rendelkezünk, de néhány területen még ma is meglehetősen esetleg esek az információink. Ezek az adatok pedig elengedhetetlenek a drogprobléma kezelésének hatékony, a hiányterületekre, a fejlesztendő pontokra fókuszáló fejlesztéséhez.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet ezeket a hiányosságokat orvosolandó –folytatva az eddigi (pl. a prevenciós programok megismerésére irányuló) feltáró munkáját – most a magyarországi drogterápiás tevékenység áttekintése céljából a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége támogatásával indított kutatást. A kutatás a drogterápiás programok tartalmi vonatkozásainak, strukturális jellemzőinek, klienskörének áttekintése mellett kitér a tevékenység szervezeti hátterének, humánerőforrás kapacitásának megismerése is.

Jelen kérdőív keretei között a KEZELÉSI EGYSÉG/PROGRAM alatt egy funkcionálisan, szervezési szempontból egy egységnek tekinthető, drog problémákkal küzdők számára terápiás szolgáltatást biztosító entitásra gondolunk. Kliens alatt pedig azokat a személyeket értjük, akik felvételre kerülnek és részt vesznek a programban azzal a céllal, hogy tegyenek valamit drog problémájuk megszüntetése vagy csökkentése érdekében.

A kutatás során minden drogterápiás otthont megkeresünk. Kérjük, segítse munkánkat ennek a kérdőívnek a kitöltésével!

Segítségét és közreműködését előre is köszönjük!



Felvinczi Katalin
NDI



Topolánszky Ákos
NDI, MADRISZ



Paksi Borbála
BCE Viselkedéskutató
Kp

A. BLOKK: ELŐSZÖR ARRA KÉRJÜK, HOGY VÁLASZOLJON NÉHÁNY, AZ ÖNÖK TERÁPIÁS PROGRAMJÁNAK STRUKTURÁLIS JELLEMZŐIRE, KAPACITÁSÁRA VONATKOZÓ KÉRDÉSRE!

A1. Az alábbi ellátási fázisok közül Önöknél melyek találhatók meg?

- | | |
|--|--------------------------|
| Felvétel | ☐ |
| Detoxifikáció | ☐ |
| Kezelés | ☐ |
| Relapszus prevenció | ☐ |
| Utógondozás (rehabilitáció, félutas ház, stb.) | ☐ |
| Egyéb, fejtse ki: | ☐ |

A2. Ezek a fázisok Önöknél szerves egészként jelennek-e meg?

- ☐ igen
- ☐ nem

A3. Az Önök terápiás programja a kliensek többségénél átlagosan milyen időtávra tervez a sikeres kezelés érdekében?

_____ hónap

A4. Mennyire jellemző, hogy ettől eltérő, egyénre szabott időtávokat határoznak meg?

Kérjük, választ egy 5 fokozatú skálán adja meg, ahol a skála egyik végpontja azt jelenti, hogy „nem fordul elő ilyen eset”, másik végpont pedig azt, hogy „szinte minden esetben az átlagos időtávotól eltérő egyéni időtávot határoznak meg”.

☐	☐	☐	☐	☐
nem fordul elő				szinte minden esetben

A5. Az Önök terápiás programja egyidejűleg hány kliens befogadására képes?

(Kérjük, itt a tényleges kapacitást adja meg, függetlenül a finanszírozott helyek számától)

_____ fő

A5.a. Mekkora a programban az OEP finanszírozott férőhelyek száma?

_____ fő

A5.b. Mekkora a programban a szociális normatívából finanszírozott férőhelyek száma

_____ fő

B. BLOKK: A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK A KLIENSEK JELLEMZŐIVEL FOGLALKOZNAK.

B1. Hány klienst regisztráltak összességében a programban?

Kérjük, itt a teljes betegforgalmat adja meg az újrafelvételekkel együtt, az előgondozott kliensek nélkül!

2008-ban: _____ fő ☐ nem tudja

Egy átlagos évben: _____ fő ☐ nem tudja

B2. A B1 kérdésben megadott kliensek közül hány kliens számára nyújtottak csak előgondozást?

2008-ban: _____ fő ☐ nem tudja

Egy átlagos évben: _____ fő ☐ nem tudja

B3. A B1 kérdésben megadott kliensek közül hány klienst vettek föl többször az adott évben?

2008-ban: _____ fő ☐ nem tudja

Egy átlagos évben: _____ fő ☐ nem tudja

B4. A B1 kérdésben megadott kliensek közül hány új, az Önök terápiás programjában eddig még kezelésbe nem került klienst regisztráltak?

2008-ban: _____ fő ☐ nem tudja

Egy átlagos évben: _____ fő ☐ nem tudja

B4. A B1 kérdésben megadott kliensek között hány olyan klienst regisztráltak, akik korábban nem kerültek kezelésbe más programban?

2008-ban: _____ fő ☐ nem tudja

Egy átlagos évben: _____ fő ☐ nem tudja

B5. Jelenleg, illetve általában hányan vannak várólistán?

Jelenleg várólistán lévők száma: _____ fő ☐ nem tudja

Általában várólistán lévők száma: _____ fő ☐ nem tudja

B6. Az Önök által nyújtott ellátás milyen életkori csoportba tartozó kliensek számára hozzáférhető?

Legfiatalabb életkor: _____ év ☐ nincs alsó életkori korlát

Legmagasabb életkor: _____ év ☐ nincs felső életkori korlát

B6.a. Az Önök által nyújtott ellátás milyen nemű kliensek számára hozzáférhető? (Koedukált intézmény esetén mindkettőt jelölje!)

☐ férfiak

☐ nők

B6.b. Kérjük, adja meg az Önök programjában 2008-ban ténylegesen megforduló kliensek néhány életkori jellemzőjét!

Legfiatalabb kliens életkora: _____ év ☐ nem tudja

Legidősebb kliens életkora: _____ év ☐ nem tudja

Átlagéletkor: _____ év ☐ nem tudja

Leggyakrabban előforduló életkor: _____ év ☐ nem tudja

B7. Az Önök programjában ellátott kliensek jellemzően milyen szerfüggőség miatt kerülnek ellátásba? Kérjük, adjon százalékos becslést az elsődleges szerhasználat szerint.

(A szürke mezővel jelölt szercsoportok összege 100%, a fehér mezők a szercsoportok részletezésére szolgálnak, tehát azok összege a föltte lévő szürke, összesítő sor százalékaal egyezik meg.)

Szerek/szercsoportok megnevezése	Szerek szerint %	Szercsoportok szerint %
Opiátok (összes)		
heroin		
metadon		
egyéb opiátok		
Kokain (összes)		
kokain		
crack		
Stimulánsok (összes)		
amfetaminok		
MDMA és egyéb származékok		
egyéb stimulánsok		
Altatók és nyugtatók (összes)		
barbiturátok		
benzodiazepinek		
egyebek		
Hallucinogének (összes)		
LSD		
Egyéb hallucinogének		
Illékony inhalánsok („szipu”)		
Kannabisz		
Alkohol		
Egyéb anyagok (összes)		
Nincs elsődleges szer, politoxikomán		

B9. A következő kérdés arra vonatkozik, hogy Önökhöz milyen módon kerülnek be a kliensek. Kérem, az alábbiakban felsorolt módok mentén becsülje meg, hogy az adott bekerülési mód mennyire jellemző az Önök kliensei között.

Beutalás/bekerülés módja	senki	néhányan	jelentős részben	szinte valamennyien
A drogproblémát kezelő egészségügyi ellátó hely, program továbbírányítása révén	☐	☐	☐	☐
Ebből: Addiktológiai osztály vagy részleg	☐	☐	☐	☐
Addiktológiai gondozó	☐	☐	☐	☐
Drogambulancia vagy más addiktológiai járó beteg szakellátás	☐	☐	☐	☐
Más drogoterápiás intézet	☐	☐	☐	☐
A drogproblémát kezelő szociális ellátó hely továbbírányítása révén	☐	☐	☐	☐
Ebből: Alacsonyküszöbű szolgáltatás	☐	☐	☐	☐
Közösségi ellátás	☐	☐	☐	☐
Nem addiktológiai kórházi osztály, vagy szakellátás továbbírányítása révén	☐	☐	☐	☐
Háziorvos javaslatára	☐	☐	☐	☐
Gyermekevédelmi ellátórendszer javaslatára	☐	☐	☐	☐
Kliens szülei, családtagja, egyéb hozzátartozó kezdeményezésére	☐	☐	☐	☐
Önsegítő csoport / ex-kliens / felépülőben lévő szenvedélybeteg	☐	☐	☐	☐
Rendőrségi eljárás, büntető eljárás keretében	☐	☐	☐	☐
A kliens saját elhatározásából jelentkezett, nem volt küldő intézmény vagy személy	☐	☐	☐	☐
Egyéb módon, éspedig:	☐	☐	☐	☐

C. BLOKK. A KLIENSEK DIAGNOSZTIZÁLÁSA, FELMÉRÉSE

C1. Megelőzi-e felvételi eljárás / állapotfelmérés az Önök programjába való bekerülést?

- ☐ igen
- ☐ nem Nem válasz esetén a „C” jelű kérdéseket hagyja ki, és ugorjon a „D” blokkra!

C1a. A felvételi eljárás / állapotfelmérés az Önök programjának a része, vagy egy másik ellátó programjának keretében történik?

- ☐ ebben a programban történik
- ☐ egy másik programban történik

C2. Használnak-e valamilyen rutin eljárásokat a felvételi eljárás / állapotfelmérés során?

- ☐ igen, a felvételi eljárás / állapotfelmérés tartalmában és vagy eszközeiben részben vagy egészében rögzített protokoll szerint történik
- ☐ A felvételi eljárás / állapotfelmérés kötetlen elbeszélgetésen alapul
Ugrás az „D” blokkra!

C3. Az Önök által alkalmazott felvételi eljárásnak / állapotfelmérésnek részét képezik-e az alábbi területek, és az esetek mekkora részében alkalmazzák?

A felvételi eljárás / állapotfelmérés tartalmi területei	Része-e az eljárásnak		Az esetek mekkora részében alkalmazzák?		
	igen	nem	néhány esetben	legtöbb esetben	minden esetben
Droghasználati előtörténet	☐	☐	☐	☐	☐
Alkoholhasználati előtörténet	☐	☐	☐	☐	☐
Más függőségi előtörténet	☐	☐	☐	☐	☐
Iskolázottsági és munkaerő-piaci előzmények	☐	☐	☐	☐	☐
Kriminalitás	☐	☐	☐	☐	☐
Családi kapcsolatok	☐	☐	☐	☐	☐
A társas támogató rendszer sajátosságai	☐	☐	☐	☐	☐
Életkörülmények	☐	☐	☐	☐	☐
Pszichológiai állapot	☐	☐	☐	☐	☐
Fizikai állapot felmérése orvos bevonásával	☐	☐	☐	☐	☐
Vizeletvizsgálat	☐	☐	☐	☐	☐
HBV, HCV, HIV szűrés	☐	☐	☐	☐	☐
TBC szűrés	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, és pedig	☐	☐	☐	☐	☐

C4. Az alábbi standardizált eszközök közül melyeket, és az esetek mekkora hányadában alkalmazzák a felvételi eljárás során?

A felvételi eljárás / állapotfelmérés tartalmi területei	A skála pontos megnevezése	Része-e az eljárásnak		Az esetek mekkora részében alkalmazzák?		
		igen	nem	néhány esetben	legtöbb esetben	minden esetben
TDI kérdőív		☐	☐	☐	☐	☐
ASI, EuropASI		☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, az alkohol- vagy drog-használat feltérképezésére szolgáló eszköz		☐	☐	☐	☐	☐
Pszichiátriai betegségek feltérképezésére szolgáló skála		☐	☐	☐	☐	☐
Személyiség diagnosztikai skála		☐	☐	☐	☐	☐
Funkcionális zavarok feltárására szolgáló skála		☐	☐	☐	☐	☐
A családi működés feltérképezésére szolgáló diagnosztikus eszköz		☐	☐	☐	☐	☐
A gyermekkor/serdülőkor feltérképezésére szolgáló diagnosztikus eszköz		☐	☐	☐	☐	☐
Organikus elváltozások mérésére szolgáló eszköz		☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:		☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:		☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:		☐	☐	☐	☐	☐

C5. Milyen formában tárolják a felvételi / állapot felmérési adatokat?

- ☐ papíron
☐ számítógépen
☐ papíron és számítógépen

**D. BLOKK: A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK A PROGRAM TARTALMI KÉRDÉSEIRE VONATKOZNAK.
KÉRJÜK, ELŐSZÖR A KEZELÉS MEGTERVEZÉSÉVEL KAPCSOLATBAN VÁLASZOLJON NÉHÁNY KÉRDÉSÜNKRE.**

D1. Hozzáférhetőek-e írásos tájékoztató anyagok az Önök programjával kapcsolatban (például brossúrák, szórólapok, egyéb írásos anyagok, internetes oldal)?

- ☐ igen
☐ nem

D2. Készül-e minden kliens számára személyre szabott kezelési terv?

- ☐ igen
☐ nem (Ha nem, ugorjon a D5-ös kérdésre!)

D2.a. Ki készíti ezeket a terveket? (Mindenkit jelöljön, aki részt vesz a terv elkészítésében!)

- ☐ a kliens elsődleges tanácsadója / mentora
☐ felvételes munkatárs
☐ a személyzet / team egésze vagy esetkonferencia (esetmegbeszélő csoport) keretében
☐ más munkatárs, éspedig:

D3. Mekkora szerepet kap a kliens a kezelési terv elkészítésében?

Kérjük, válaszát egy 5 fokozatú skálán adja meg, ahol a skála egyik végpontja azt jelenti, hogy „nem kap szerepet”, a másik végpont pedig azt, hogy „jelentős szerepet kap”.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
nem kap jelentős szerepet
szerepet kap

D4. Az egyéni (személyre szabott) kezelési terv általában milyen jellegű?

(A lehetőségek közül egyet jelöljön)

- ☐ nem írott, megbeszélés alapú
☐ írott – kliens nem írja alá
☐ írott – kliens által aláírt

A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK A TERÁPIÁS CÉLKITŰZÉSEKRE VONATKOZNAK.

D5. Kérjük, foglalja össze, hogy Önök programja milyen célkitűzésekkel dolgozik!

Azt szeretnénk, hogy adjon rövid leírást a terápiás program által elérendő célokról és az azokkal összefüggő várható, mérhető változásokról.

D6. Az Önök programja mekkora hangsúlyt fektet az alábbi célokra?

Kérjük, értékelje a felsorolt terápiás célokat egy 5 fokozatú skálán, melynek az egyik végpontja azt jelenti, hogy „egyáltalán nem hangsúlyos”, a másik végpontja pedig, hogy az adott cél „jelentős hangsúlyt kap” a terápiában.

Ezt követően, a táblázat utolsó oszlopában az 5 legfontosabb cél tekintetében állítson fel fontossági sorrendet, a legfontosabb célhoz 1-est; az ötödik legfontosabbhoz pedig 5-öst írjon!

Terápiás célkitűzések	egyáltalán nem hangsúlyos				jelentős hangsúly	az 5 legfontosabb cél fontossági sorrendje
Fizikai egészség és jó közérzet elérése	☐	☐	☐	☐	☐	
Kezelésben maradás	☐	☐	☐	☐	☐	
Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése	☐	☐	☐	☐	☐	
Tanulmányi előmenetel javítása	☐	☐	☐	☐	☐	
Munkaerő-piaci pozíció javítása	☐	☐	☐	☐	☐	
Szociális készségek, megküzdési stratégiák fejlesztése	☐	☐	☐	☐	☐	
Családi és egyéb társas kapcsolatok helyreállítása	☐	☐	☐	☐	☐	
Önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése	☐	☐	☐	☐	☐	
Megtérés	☐	☐	☐	☐	☐	
A szociális környezet megváltoztatása	☐	☐	☐	☐	☐	
A kliens integrálása önsegítő csoportba	☐	☐	☐	☐	☐	
Tartózkodás bármilyen illegális drogtól	☐	☐	☐	☐	☐	
Tartózkodás az alkohol használatától	☐	☐	☐	☐	☐	
Mindenfajta pszichoaktív szertől való tartózkodás (a cigarettától is)	☐	☐	☐	☐	☐	
A szexuális úton terjedő megbetegedések, illetve a hepatitis B, C fertőzés elkerülése	☐	☐	☐	☐	☐	
Egyéb, és pedig	☐	☐	☐	☐	☐	
Egyéb, és pedig	☐	☐	☐	☐	☐	
Egyéb, és pedig	☐	☐	☐	☐	☐	

D7. Kérjük, az egyes célokhoz rendelve ismertesse a program megvalósítása mögött meghúzódó alapkonceptiót, elméleti háttérrel vagy teoretikus modellt.

Ez lehet a szakirodalomban már leírt, vagy teljesen új koncepció. Kérem, ez előbbi esetben adja meg a koncepció mögött álló szakirodalmi hivatkozásokat, új koncepció esetén pedig a hipotézist vagy az eredményességről rendelkezésre álló empirikus adatokat.

**A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK AZ ÖNÖK PROGRAMJÁBAN ALKALMAZOTT TERÁPIÁS
TECHNIKÁKRA, ESZKÖZÖKRE VONATKOZNAK.**

D8. Kérjük, az egyes célokhoz rendelve írja le, hogy a célok megvalósítása érdekében milyen módszereket, terápiás technikákat alkalmaznak?

D9. A program során mekkora hangsúlyt fektetnek az egyes tanácsadói, illetve terápiás technikákra? Kérjük, válaszát egy 5 fokozatú skálán adja meg, ahol a skála egyik végpontja azt jelenti, hogy „egyáltalán nem hangsúlyos”, a másik végpont pedig azt, hogy „nagyon hangsúlyos”.

Terápiás, tanácsadói megközelítések	nem egyáltalán hangsúlyos				nagyon hangsúlyos
Egyéni pszichoterápia	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéni támogatás, tanácsadás (konzultáció)	☐	☐	☐	☐	☐
Csoport terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Család terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Terápiás közösségi modell	☐	☐	☐	☐	☐
12 lépéses modell	☐	☐	☐	☐	☐
Relapszus prevenció	☐	☐	☐	☐	☐
Művészet terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Viselkedési- és kognitív terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Foglalkozás terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Biblioterápia, evangelizáció	☐	☐	☐	☐	☐
Motivációs terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Sport és kaland terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Averzív terápiás módszerek	☐	☐	☐	☐	☐
Gyógyszeres terápia	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐	☐	☐

D10. Milyen gyakorisággal vesz részt egy átlagos kliens az alábbiakban felsorolt terápiás eseményeken / foglalkozásokon? (Amennyiben többfázisú a program, akkor arra a fázisra adja meg, amelyben a leginkább jellemző az adott megközelítés!)

Terápiás események/ foglalkozások	soha	havonta egyszer vagy ritkábban	havonta 2-3 alkalommal	hetente egyszer	hetente többször	naponta
Egyéni pszichoterápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéni támogatás, tanácsadás (konzultáció)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Csoport terápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Család terápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Terápiás közösségi modell	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 lépéses modell	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Relapszus prevenció	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Művészet terápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Viselkedési- és kognitív terápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Foglalkozás terápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Biblioterápia, evangelizáció	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivációs terápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sport és kaland terápia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Averzív terápiás módszerek	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

A D11-D12. KÉRDÉSEK AZ ÖNÖK PROGRAMJA KERETÉBEN ALKALMAZOTT GYÓGYSZERES TERÁPIÁRA VONAKTOZNAK. AMENNYIBEN NEM AKALMAZNAK GYÓGYSZERES TERÁPIÁT, AKKOR EZEKET A KÉRDÉSEKET HAGYJA KI, ÉS UGORJON A D13-AS KÉRDÉSRE!

D11. Jelenleg van-e lehetőség az Önök programjában arra, hogy a kliens metadont, illetve más opiát agonista gyógyszert kapjon a kezelési terv részeként? Amennyiben igen, kérjük, nevezze meg az alkalmazott szert!

- ☐ IGEN, detoxikációs céllal → Az alkalmazott szer: _____
- ☐ IGEN, szubsztitúciós céllal → Az alkalmazott szer: _____
- ☐ NEM → Ugorjon a D12-es kérdésre!

D11.a. A kliensek hány százaléka részesült metadon vagy illetve más opiát agonista gyógyszeres kezelésben 2008-ban?

_____ % ☐ nem tudja

D12. A gyógyszeres terápia keretében a metadonon kívül milyen szereket alkalmaznak? Kérjük, az alkalmazott hatóanyagok esetében tüntesse fel az alkalmazott szer kereskedelmi forgalomban szokásos megnevezését!

Az alkalmazott gyógyszer, vagy gyógyszercsoport	Alkalmazták-e		Az alkalmazott gyógyszer kereskedelmi forgalomban szokásos megnevezése
	igen	nem	
Suboxone	☐	☐	
Kábító fájdalomcsillapítók	☐	☐	
Egyéb fájdalomcsillapítók	☐	☐	
Antidepresszívumok	☐	☐	
Disulfiram (antaethyl, esperal)	☐	☐	
Benzodiazepin vagy egyéb – de nem barbiturát – típusú NYUGTATÓK és SZORONGÁSOLDÓK	☐	☐	
Benzodiazepin vagy egyéb – de nem barbiturát – típusú ALTATÓK	☐	☐	
Barbiturát típusú (vagy rokon) nyugtatók, altatók, szorongásoldók (Andaxin, Tardyl)	☐	☐	
Antipszichotikumok	☐	☐	
Mániában vagy bipoláris zavarban alkalmazott szereket (Lítium, carbamazepine)	☐	☐	
Antiepileptikumok	☐	☐	
Egyéb, éspedig:	☐	☐	

D13. Milyen egyéb szolgáltatásokat, ellátásokat biztosítanak a kliensek számára? A biztosított szolgáltatások a terápiás intézeten, azon kívül, de helyben (az intézettel azonos településen), vagy csak utazással érhetőek el a kliensek számára?

	Biztosított-e a szolgáltatás		Hol érhetőek el a kliensek számára a szolgáltatás		
	igen	nem	a terápiás intézetben	a terápiás intézeten kívül, de helyben	más településen
Egészségügyi alapellátás (házi orvos)	☐	☐	☐	☐	☐
Pszichiátriai ellátás	☐	☐	☐	☐	☐
Lakhatási támogatás	☐	☐	☐	☐	☐
Továbbtanulási lehetőségek	☐	☐	☐	☐	☐
Munkaerőpiaci tréning	☐	☐	☐	☐	☐
Munkarehabilitációs foglalkozás	☐	☐	☐	☐	☐
Munkahely keresés	☐	☐	☐	☐	☐
Védett munkahely	☐	☐	☐	☐	☐
Pénzügyi tanácsadás	☐	☐	☐	☐	☐
Jogi tanácsadás	☐	☐	☐	☐	☐
Félutas ház	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐	☐	☐

A KÖVETKEZŐKBEN A PROGRAMMAL KAPCSOLATOS VISSZAJELZÉSEKRŐL KÉRDEZÜNK.

D14. Létezik a programban kliens elégedettségi mérés?

- ☐ Igen, rendszeresen
- ☐ Igen, néha
- ☐ Nem

D15. Az Önök programja részt vett-e valaha valamilyen folyamat és/vagy eredmény-értékelésben?

Kik végezték az értékelés	Volt-e értékelés?		Mire irányult az értékelés?	
	igen	nem	a terápiás folyamatra	a terápia eredményességére
Önök végezték	☐	☐	☐	☐
Külső, a programtól független szervezet / személy végezte	☐	☐	☐	☐

E. BLOKK: A KEZELÉS BEFEJEZÉSE

E1. Kérjük, fejtse ki, hogy milyen kritériumai vannak az Önök terápiás programja esetében a kezelés sikeres befejezésének?

☐ a kérdés nem értelmezhető **Kérjük, ebben az esetben fejtse ki részletesen, hogy miért nem:**

E2. Kérjük, adja meg, hogy a kliensek kb. hány százaléka fejezte be a kezelést sikerrel?

2008-ban: _____ % 2007-ben: _____ %
 2006-ban: _____ % Egy átlagos évben: _____ %
 %

E2.a A kliensek hány százalékát volt szükséges a kezelés vége előtt elbocsátani, illetve hány százalékuk morzsolódott le?

	Elbocsátás		Lemorzsolódás	
	2008-ban	Egy átlagos évben	2008-ban	Egy átlagos évben
Egy hónapon belül	%	%	%	%
Három hónapon belül	%	%	%	%
Harmadik-hatodik hónap között	%	%	%	%
Hatodik hónap után, de a kezelés befejezése előtt	%	%	%	%

E3. 2008-ban a kezelés befejezése előtt elbocsátott kliensek estében mik voltak az elbocsátás okai? Kérjük, az adatokat a kliensekről vezetett személyi adatlap alapján pontosan töltsse ki.

Okok	%
Szerfogyasztás a kezelő/ellátó hely területén	%
Szerfogyasztás a kezelő/ellátó hely területén kívül	%
Valamilyen kábítószerektől független illegális, kriminális tevékenység	%
Valamilyen terápiás alkalomról való távolmaradás	%
A kezelő/ellátó hely területén tanúsított agresszív viselkedés.	%
Az érvényes házirend, szabályok valamelyikének megsértése	%
Mi volt a konkrét szabály:	%
Mi volt a konkrét szabály:	%
Mi volt a konkrét szabály:	%
Egyéb okok (kérjük, részletezze):	%
Egyéb okok (kérjük, részletezze):	%
Egyéb okok (kérjük, részletezze):	%
Összes befejezés előtti elbocsátás (Kérjük, ellenőrizze, hogy a felsorolt tételek összege 100% legyen!)	100%

☐ nincs ilyen nyilvántartásunk

F. BLOKK: S VÉGÜL NÉHÁNY, A RPROGRAM HÁTTÉRÉVEL, ERŐFORRÁSAIVAL, ADMINISZTRÁCIÓJÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDÉS. KÉRJÜK, ELŐSZÖR A PROGRAM HUMÁNERŐFORRÁS HÁTTÉRÉRE VONATKOZÓAN VÁLALSZOLJON NÉHÁNY KÉRDÉSRE!

F1. Hányan dolgoznak a programban? Kérjük, az összes munkatársat vegye számba, a fő- és részmunkaidősöket, szerződéses munkaviszonyban dolgozókat, illetve önkénteseket is. Kérjük, mondja meg, hogy ezen belül mekkora a nők, valamint a 40 évesnél fiatalabb kollegák száma!

	összesen	nők	40 év alattiak
a Teljes munkaidőben alkalmazottak száma			
b Részmunkaidőben alkalmazottak száma			
c Szerződéses munkaviszonyban dolgozók száma			
d Önkéntesek száma			
e A programban dolgozók összlétszáma			

F2. Kérjük, adja meg, hogy az egyes munkakörökben hányan dolgoznak, és összesen hetente az egyes munkakörökben mennyi a fizetett, az önkéntes és a közmunkás órák száma!

Ha valaki több munkakörben is dolgozik a programban, akkor mindegyik érintett sorban tüntesse fel a személyt, és a munkaóráknál jelezze a töredék órákat!

Munkakör	Fő	Heti óraszám		
		Fizetett órák	Önkéntes órák	Közmunkás órák
Szociális munkás, képzett szociális gondozó				
Nem képzett szociális gondozó (pl. tanuló, gyakornok)				
Addiktológiai konzultáns				
Pszichológus				
Pszichiáter				
Sorstárssegítő (droghasználó, leállt droghasználó)				
Lelkész				
Orvos				
Nővér				
Egyéb egészségügyi munkás				
Adminisztratív személyzet				
Menedzsment (szervezés, koordinálás)				
Logisztikai személyzet (takarító, sofőr)				
Egyéb, éspedig:.....				

F3. Történt-e jelentősebb változás 2007-hez képest a programban dolgozók száma, vagy összetétele tekintetében?

☐ igen

☐ nem  Ugorjon az F4-es kérdésre!

F3a. Amennyiben változás történt a dolgozók számában, vagy összetételében, kérjük, részletezze, hogy milyen változások voltak!

F4. Az Ön szervezeténél létezik írott szabály a munkatársak képzésére?

☐ igen

☐ nem

F4a. A következő kérdés arra vonatkozik, hogy Önök milyen módon gondoskodnak a munkatársak képzéséről.

Kérem, jelölje be, hogy a felsorolt képzéstípusok közül melyeken, s milyen gyakorisággal vettek részt munkatársai az elmúlt 5 évben?

képzések	nem vettek részt	esetenként	rendszeresen
A munkatársak részt vesznek-e droghasználattal közvetlenül összefüggő kérdésekkel kapcsolatos képzéseken?	☐	☐	☐
A munkatársak részt vesznek olyan tréningen, ahol a munkatársak kompetenciáit fejlesztik?	☐	☐	☐
A munkatársak részt vesznek-e szupervízión?	☐	☐	☐
Egyéb, éspedig:	☐	☐	☐

KÉRJÜK, VALASZOLJON NÉHÁNY, A PROGRAM FINANSZÍROZÁSÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSRE!

F5. Kérjük, adja meg a program finanszírozásának jellemzőit 2008-ra vonatkozóan!

Kérjük, hogy az alábbi ismérvek szerinti megoszlást csak a program költségvetésének vonatkozásában adja meg. (szürke, illetve fehér sávonként a költséghányadok összege 100%!)

Egységnyitások összege 100 %)			
	A bevétel típusa	A bevétel mekkora hányada (%)	
Folyamatossága	Állandó költségkeret	%	
	Pályázati, alkalmi	%	
	Teljesítményhez kötött	%	
	Összesen	100%	
Forrása megnevezése	Állami finanszírozói		%
	Önkormányzati		%
	Nonprofit	Alapítványi	%
		Egyesületi, karitatív	%
		Adományozói	%
		Egyházi	%
	A kliens térítése (piaci)		%
	Összesen		100%
Kliens fizet-e?	Fizet	%	
	Nem fizet	%	
	Összesen	100%	

F6. Mekkora volt a szervezet összes bevétele 2008-ban, és ebből mennyit fordított a program megvalósítására? Az adatokat 1000 Ft-ban adja meg!

A szervezet összes bevétele (forrása) 2008. évben: _____ ezer forint

Ebből mennyit fordított a terápiás program megvalósítására: _____ ezer forint

F7. Milyen adatszolgáltatási kötelezettségnek tesznek eleget a programmal kapcsolatban?

- ☐ TDI kérdőív kitöltése a felvételre kerülő kliensekről
- ☐ OSAP jelentés
- ☐ FSZH jelentés
- ☐ MÁK jelentés
- ☐ Egyéb, és pedig.....

I BLOKK: S BEFEJEZÉSÜL ARRA KÉRJÜK, ADJON MEG NÉHÁNY SZERVEZETI, AZONOSÍTÁSI ADATOT!

I1. A terápiás programot működtető szervezet adatai									
A programot működtető szervezet neve:									
A szervezet bejegyzett székhelye:									
A szervezet mely szektorhoz tartozik? ☐ állami ☐ magán ☐ nem-kormányzati (NGO, egyházi)									
Nem-kormányzati szektorba tartozó szervezet esetén a szervezet jogi formája: ☐ magánalapítvány ☐ egyesület (kör, klub, társaság, szövetség...) ☐ közalapítvány ☐ egyház ☐ közhasznú társaság (kht) ☐ köztestület ☐ nonprofit intézménye szervezet									
A szervezet bejegyzésének éve: év									
A szervezet mióta foglalkozik szenvedélybetegek kezelésével: év									
A szervezet tevékenységének hatóköre: ☐ egy település ☐ több település ☐ egy megyére kiterjedő ☐ több megyére kiterjedő ☐ regionális ☐ országos									

A programot működtető szervezet tevékenységei:

Kérjük, nevezze meg a programot működtető szervezet fő tevékenységét, és sorolja fel a szervezet minden tevékenységét. Adja meg, hogy az egyes tevékenységek jelenleg a kapacitásának hány százalékát foglalják le! Csak azokat a tevékenységeket sorolja fel, amiket ténylegesen is végzett az előző évben, vagy jelenleg.

A szervezet fő tevékenysége		%
Egyéb, nem főtevékenység-ként végzett tevékenységek		%
		%
		%
		%

I2. A terápiás program adatai**A terápiás program neve****A terápiás program telephelye:****Honlap címe:****Telefonszáma:****Mióta létezik ez a program:**

év

A terápiás program vezetőjének neve:**Telefonszáma:****E-mail címe:****I3. A kérdőív kitöltőjének adatai****Neve:****Szervezetbeli tisztsége:****Telefonszáma:****E-mail címe:****Mióta dolgozik valamilyen szerhasználatot kezelő programban:**

év

Mióta dolgozik ebben a terápiás programban:

év

Ha bármit fontosnak tart elmondani a programról, amit nem kérdeztük meg, akkor kérjük, itt fejtse ki:

**KÖSZÖNJÜK, HOGY IDŐT SZÁNT A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSÉRE,
ÉS VÁLASZAIVAL SEGÍTETTE A TERÁPIÁS INTÉZETEK TEVÉKENYSÉGÉNEK JOBB
MEGISMERÉSÉT!**

ÚTMUTATÓ A PROGRAM-INFORMÁCIÓS ADATLAP KITÖLTÉSÉHEZ

Ennek az adatlapnak a kitöltésével a MADÁSZSZ (Magyar Drogprevenciós és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége) és MADRISZ (Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége) közös, a TÁMOP finanszírozásával megvalósuló projekthez nyújt segítséget. A projekt célja a drog területen jelen lévő civil szervezetek érdekképviselési célú együttműködésének fejlesztése az ország három régiójában, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun, Hajdú Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, valamint Budapesten. A projekt első lépései között kutatást végzünk a drogszakmában dolgozó, prevenciós és/vagy az ártalomcsökkentő területen tevékenykedő szervezetek feltárása, tevékenységük leírása érdekében.

A kutatás célja tehát a nemzetközi adatgyűjtési és értékelési iránymutatások/standardok mentén – egyelőre a projekt által felölelt 3 régióban működő - a drogprevenciós és ártalomcsökkentő programok/szervezetek kataszterének elkészítése. Emellett a kutatásban való részvétel révén a szolgáltatók számára lehetőség nyílik a - külföldön már haszonnal alkalmazott protokollok mentén - saját programjuk elhelyezésére, áttekintésére.

A helyzetfeltárást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja (BCE MKI VK) végzi.

Ebben a munkában szeretnénk kérni az Ön segítségét!

Az alábbiakban egy útmutatót adunk a program-információs adatlap kitöltéséhez.

Ha bármilyen kérdése van, kérjük, jelezze munkatársunknak!

Együttműködését előre is köszönjük!

Gondi János
MADÁSZSZ
Projektvezető

Paksi Borbála
BCE MKI
Viselkedéskutató
Központ
Kutatás vezető

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK AZ ADATLAP KITÖLTÉSÉHEZ

- **AZ ADATLAP A DROGPREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG FELTÉRKÉPEZÉSÉRE SZOLGÁL.** KIZÁRÓLAG **ABBAN AZ ESETBEN TÖLTSE KI AZ ADATLAPOT, AMENNYIBEN AZ ÖN ÁLTAL KÉPVISELT SZERVEZET AZ ALÁBBI FELTÉTELEKNEK ELEGET TESZ:**

- MŰKÖDTET VALAMILYEN **DROGPREVENCIÓS PROGRAMOT/SZOLGÁLTATÁST**, VAGY A DROGMEGELŐZÉSHEZ VALAMILYEN MÓDON HOZZÁJÁRUL (PL. KORTÁRSSEGÍTŐK, VAGY MÁS SEGÍTŐK KÉPZÉSE RÉVÉN);
- TEVÉKENYSÉGÉT **PROGRAMSZERŰEN** (NEM ESETI JELLEGGEL) VÉGZI;
- S PROGRAMJA/SZOLGÁLTATÁSA **JELENLLEG IS MŰKÖDIK** (VAGY AMENNYIBEN JELENLEG ÁTMENETILEG SZÜNETEL, AZ **ELMÚLT 4 ÉV SORÁN MŰKÖDÖTT**).

HA MUNKÁJÁT VALAMILYEN PROGRAMHÁLÓZAT KERETÉBEN VÉGZI, AKKOR NEM ÖNNEK KELL KITÖLTENI AZ ADATLAPOT, HANEM A HÁLÓZAT VEZETŐJÉNEK. EBBEN AZ ESETBEN KÉRJÜK, ADJA MEG A HÁLÓZAT VEZETŐ ELÉRHETŐSÉGÉT!

- **A Program-Információs Adatlapot (PIAD) tartalmazó file megnyitását megelőzően**, a következő linkre kattintva (Ctrl billentyű+egér bal gomb lenyomással aktiválható a link) <http://www.madaszsz.hu/administration/uploads/files/Szakmai%20Anyagok/FillerSetup.exe> **TELEPÍTSE A FORMATTA FILLER PROGRAMOT.** A Formatta Filler Program egy ingyenes, Acrobat Reader (pdf) jellegű program, s csak ennek segítségével lehet megnyitni a Program-információs Adatlapot.

A telepítés kezdetekor megjelenő ablakban a „Mentés” gombra kattintva mentse le a programot. Ezt követően kattintson a lementett „Filler Setap.exe” filére, ekkor megjelenik egy ablak, amelyben a „Futtatás” gombra kell kattintani. Ezt követően megjelenő ablakban jelölje be az „I Accept” opciót, majd a „Next” gombra kattintva folytassa a program telepítését. Végül szintén megjelenik egy ablak, amelyben a „Next” gombnyomással tudja befejezni a program telepítését. (A telepítést követően lehetősége van regisztrációra, de ez nem szükséges a program működéséhez.)

Amennyiben a telepítés során valamilyen problémája adódik, jelezze ezt munkatársunknak, és a Formatta Filler programot is elküldjük e-mailen is, de mivel a program filéket a levelező rendszerek többnyire szűrik, így célszerűbb a jelzett linkről való letöltés.

- A Formatta Filler Program telepítését követően most már bármikor meg tudja nyitni a Program-Információs Adatlapot.
- **Minden drogprenenciós programra/szolgáltatásra** vonatkozóan egy-egy **újabb Program-információs Adatlapot kell kitöltenie!** A programok/szolgáltatások elkülönítése során kérjük, vegye figyelembe az alábbi definíciókat.

Azt a tevékenységet tekintjük egy programnak, illetve egy szolgáltatásnak, ami a céljai és az alkalmazott módszerek tekintetében minden kivitelezési helyen, minden intervenció során azonos.

Amennyiben a programon belül céljai és/vagy módszerei tekintetében különböző alternatívákat kínálnak, akkor a programon belül alprogramok/alszolgáltatások elkülönítése szükséges. Ebben az esetben természetesen ezekről az alprogramokról/szolgáltatásokról is külön adatlapot kell kitöltenie.

TECHNIKAI INFORMÁCIÓK AZ ADATLAP HASZNÁLATÁHOZ

- **LAPOZÁS** az egyes oldalak között: az Adatlap jobb felső (valamint jobb alsó) részén megtalálható nyilakra   kattintva lehet egyet előre, illetve egyet visszalapozni, a   gombokra kattintva pedig a legelső illetve a legutolsó lapra lehet menni.



A felső menüsor segítségével is tud haladni az adatlapban: a „Previous”-ra kattintva vissza-, a „Next”-re kattintva pedig előre lehet lapozni.



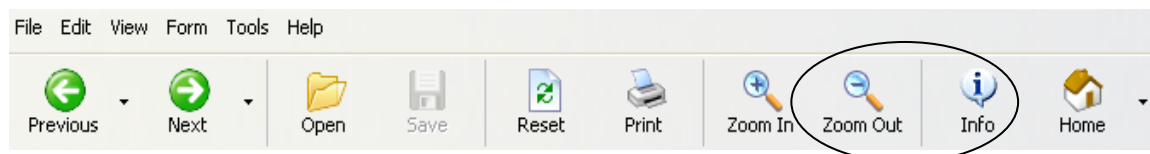
A képernyő bal alsó sarkában (közvetlenül a tálcá fölött) található számozott lapok és előre-hátra mutató nyilak segítségével konkrét oldalakra tud jutni.



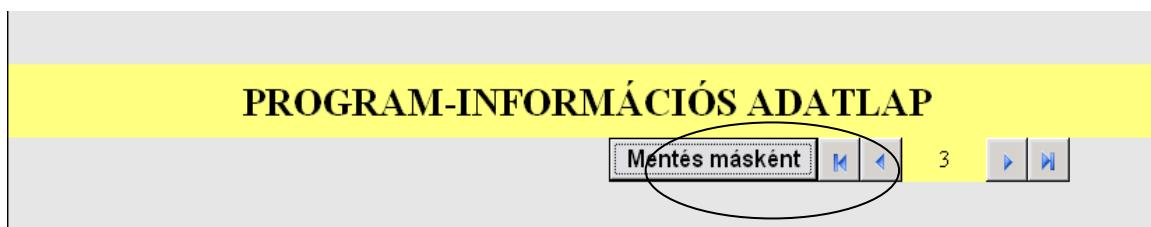
A Program-információs Adatlap oldalainak sorszámozását az adatlap jobb felső, illetve jobb alsó sarkában láthatja.



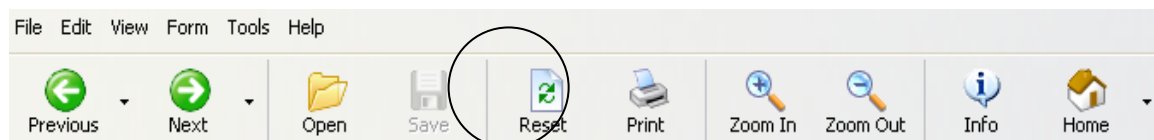
- A Program-információs Adatlap **BETŰMÉRETÉNEK VÁLTOZTATÁSA**: a felső menüsorban megtalálható „Zoom in”-ra kattintva lehet a betűméretet növelni, a „Zoom out”-ra kattintva pedig csökkenteni.



- A **PROGRAM-INFORMÁCIÓS ADATLAP MENTÉSE**: Amint elkezdte kitölteni a Program-információs Adatlapot kérjük, kattintson rá a jobb felső sarokban megtalálható „Mentés másként” gombra, s az Ön szervezete, illetve a program/szolgáltatás nevén mentse el a Program-információs Adatlapot.

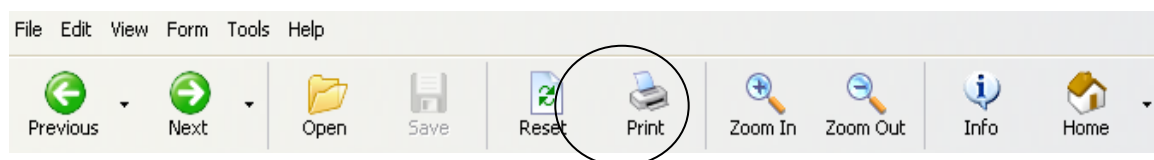


Ezt követően az Információs Adatlap mentéséhez elég, ha a felső menüsorban szereplő „Save”-re kattint, amely a korábban választott néven menti az Adatlapot. **Ne feledkezzen meg az Adatlap folyamatos mentéséről, tekintettel arra, hogy automatikusan a program nem teszi ezt meg!**



- **UGRÁS** a Program-információs Adatlapon: A Program-információs Adatlapon bizonyos kérdéseknél a választól függően bizonyos kérdésekre/kérdéscsoportokra nem kell válaszolnia, azaz át kell ugrania a kérdéseket/kérdéscsoportokat. **Az ugrás a narancssárga színű téglalapban megtalálható szürke gombra történő kattintással valósítható meg.** Pl. 3. oldal lap alja: amennyiben a programban/szolgáltatásban nincs több résztvevő szervezet, **rá kell kattintani** a lap alján lévő *"Nincs több résztvevő szervezet UGRÁS AZ 5. OLDALRA"* mezőre.

- **TÖRLÉS:** Amennyiben a Program-információs Adatlap **teljes tartalmát törölni** szeretné, kattintson a felső menüsorban megtalálható „Reset” gombra. Természetesen egyes konkrét kérdések esetében a szöveg kijelölését követően a „Delet” billentyűvel is tud törölni.



KONKRÉT KÉRDÉSEKHEZ KAPCSOLÓDÓ INSTRUKCIÓK

- **1.2.1. KÉRDÉS (1. OLDAL):** A tevékenység felsorolása során mindenképp külön sorban szerepeltesse az iskolai, illetve a nem iskolai prevenciós tevékenységet. Számunkra fontos, hogy tudjuk, hogy szervezete a teljes kapacitásának hány %-át fordítja ezekre az általunk vizsgált tevékenységekre.

Amennyiben a szervezetnek több mint 9 tevékenysége van – tekintettel arra, hogy a kérdésnél összesen 9 sor szerepel – az utolsó 1.2.1.9 sorba írja be a fennmaradó tevékenységtípusait, s ez esetben zárójelben tüntesse fel, hogyan oszlik meg a jobb mezőben szereplő a 1.2.1.9 teljes egészére vonatkozó kapacitás % az 1.2.1.9 sorban szereplő egyes tevékenységek között.

- **1.2.2. KÉRDÉS (1. OLDAL): Itt összesen annyi sort kell kitöltenie, ahány programot/szolgáltatást, illetve alprogramot/alszolgáltatást működtet. Az itt kitöltött sorok számával azonos számú Program-Információs Adatlapot szeretnénk kapni az Önök szervezetétől!**
- **1.3.2. illetve az 1.3.2.1. KÉRDÉS (2. OLDAL): Ezeket a kérdéseket csak akkor kell megválaszolni, ha az 1.3. kérdésben megjelölt programon belül alprogramok különíthetők el az útmutató általános információkkal foglalkozó részében leírt, illetve az 1.3.1. kérdés utáni keretes részben szereplő szempontok szerint. Ha az alprogramnak nincs külön neve, akkor a programon belül sorszámozással különítse el az egyes alprogramokat, és a további kérdéseket egy alprogramra vonatkoztatva válaszolja meg.**
- **1.5. KÉRDÉS (2. OLDAL):** Kérjük, jelöljön ki olyan kapcsolattartó személyt, akit a kutatás során későbbiekben esetleg felmerülő kérdéseinkkel megkereshetünk.
- **1.6. KÉRDÉS (3. OLDAL):** Amennyiben a program külső résztvevőivel nem szervezeti szinten áll kapcsolatban, hanem mint egyénnel, akkor őket majd a 6. pontban (22. oldal), a munkatársak között tüntesse fel, a munkaviszonyuknál a „külső munkatárs” megjelöléssel.
- **2. KÉRDÉS (5. OLDAL):** Itt a program/szolgáltatás keretében végzett tevékenységét kérjük röviden összefoglalni. A későbbiek során, a 4. részben részletesen, célok, eszközök, módszerek, koncepció szerint részletesen leírásra kerül a program. Itt ezekre nem kell kitérni, csak egy átfogó leírást kérünk a programról! Kérjük, a leírás csak az 1.3. illetve az 1.3.2 kérdésnél szereplő programra/alprogramra (illetve szolgáltatásra) vonatkozzon, ne a szervezet tevékenységének általános leírását adja meg!
- **6. OLDAL: Itt található először olyan kérdéssel, ahol a kérdésre adott válasz függvényében kell kitöltenie, vagy átugornia bizonyos kérdéseket.**

Akkor jelölje meg a **NEM választ**, ha Ön **valamilyen képző programot/szolgáltatást nyújt** (pl. kortársoktatókat, kortárssegítőket vagy más szakembereket képez) és az Ön által kiképzett szakemberek a későbbiek során önállóan, nem az Ön szervezete által végzett program/szolgáltatás keretében foglalkoznak a végső célpopulációval (pl. diákokkal, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokkal). Akkor is a „nem” opciót válassza, ha a későbbiek során kapcsolatot tart az Ön által kiképzett személyekkel (pl. szupervízió keretében), de a drogrevenió a későbbiekben nem az Ön szervezetének megbízásából, és a közvetlen felelősség tekintetében is Öntől függetlenül folyik.

Az **I G E N választ** akkor jelölje meg, ha az Ön programja/szolgáltatása **közvetlenül az interveniálni kívánt célpopulációt** (pl. diákokat, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokat) célozza meg, a végső célpopulációval az Ön szervezetének munkatársai, illetve az Ön szervezete által megbízottak foglalkoznak. Azaz a végső célpopulációval foglalkozó szakembereknek az Ön szervezete a megbízója, és a közvetlen felelősség az Ön szervezetét terheli.

Ha az IGEN opciót választotta, akkor a továbbiakban a „K”-jelzésű kérdésblokkot nem kell megválaszolnia (a 7-13. oldalon szereplő kérdések inaktívvá válnak, ezekhez a kérdésekhez a továbbiakban nem tud írni), s az alábbi ábrán bekeretezett mezőre való kattintással a program a 14. oldalra (a végső célpopuláció leírására) ugrik.

Közvetlenül a végső célpopulációra irányul a program, szolgáltatás?

☒ Igen ☐ Nem

Ha a végső célpopulációra irányul, UGRÁS A 14. OLDALRA

Amennyiben a NEM választ jelölte, akkor a szokásos módon, a lap jobb felső (vagy alsó) sarkában lévő nyilakkal haladjon tovább.

Hasonló – bizonyos kérdések átugrását vezérlő – kérdésekkel, illetve mezőkkel találkozik a 10., a 13. és a 19. oldalon.

Az ugrásokat vezérlő kérdésekre adott válaszok függvényében az átugrott kérdések – mint említettük – inaktívvá válnak, azokba nem tud beleírni.

Mindazonáltal a későbbiekben a léptető   gombokra kattintva ezek a mezők is megjelennek, de mindaddig inaktívak maradnak, míg Ön nem módosítja az ugrások előtti kérdésre adott válaszát.

- **13. OLDAL:** Akkor jelölje az **IGEN választ**, amennyiben a képző programjuk során nem csak a program/szolgáltatás közvetlen célpopulációjára vonatkozóan fogalmaznak meg célokat, hanem a kiképzettek által elért végső célpopulációra is, azaz Ön által kiképzett szakemberek (pl. kortársoktatók) a végső célpopuláción programszerűen végeznek majd prevenciós munkát. Ebben az esetben Önnek **ki kell töltenie a 'D' jelű kérdéseket** is.

Amennyiben az Ön programja azt szolgálja, hogy bizonyos színtereken dolgozók informáltsága, készségei (pl. problémaérzékenysége) stb. fejlődjenek, de a **képzés hatására nem válnak alkalmassá önálló prevenciós programok/szolgáltatások kivitelezésére**, abban az esetben a **NEM választ** jelölje, és az alábbi mezőre való kattintással ugorjon a 21. oldalra.

Van-e a programnak a végső célpopulációval (akikkel a kiképzett személyek foglalkozni fognak) valamilyen célja?

☐ Igen ☐ Nem

Ha nincs célja a végső populációval, UGRÁS A 21. OLDALRA

- **D.3.1.1. KÉRDÉS (14. OLDAL):** A jobb oldalon „Családok” feliratú négyzetben szereplő alternatívák közül csak abban az esetben válasszon, ha közvetlenül a családokra irányul a program/szolgáltatás. Ha az Önök programjának/szolgáltatásának célpopulációját az ezekből a családokból származó fiatalok képezik (rájuk vonatkozóan fogalmazza meg a program/szolgáltatás céljait), de emellett a program keretében rendszeresen foglalkoznak a célpopulációt körülvevő családokkal (mint közvetítő célcsoporttal) is, akkor ezt a 16. oldalon a D.3.5 kérdésnél írja be.

- **D.3.3.1 KÉRDÉS (15. OLDAL):** Legális drogok alatt visszaélésszerű gyógyszer (nyugtató, altató) használat, illetve a patron/lufi, valamint inhaláns használat értendő. Amennyiben a célpopulációban a legális és illegális droghasználat között nincs átfedés, akkor a D.3.3.1.1.+ D.3.3.1.2.+ D.3.3.1.3. sorokban szereplő %-ok összege 100%. Ha a legális droghasználók egy része fogyaszt illegális drogokat is, akkor az átfedés mértékének megfelelően a sorok összege meghaladja a 100%-ot. A D.3.3.1.1.+ D.3.3.1.2.+ D.3.3.1. sorok összege nem lehet kisebb 100%-nál.
- **K.3.3 (7. OLDAL), D.3.6 (16.OLDAL):** Abban az esetben, ha 2008-ban az adott program/szolgáltatás nem működött (de korábban működött, illetve jelenleg is működik vagy működni fog) a „Ténylegesen hány főt képzett ki?” (K.3.3), illetve „Ténylegesen hány főt ért el?” (D.3.6) kérdésekre 1-est írjon be, ugyanis a program kötelezővé teszi ezen mezők kitöltését.
- **K.3.4. (7. OLDAL) ILLETVE D.3.4. ÉS D.3.4.1 KÉRDÉSEK (16. OLDAL):** Itt tudja megkülönböztetni az iskolai szintén kínált programokat az iskolán kívüli prevenciós programoktól.
- **K.4.1.1. (8. OLDAL) VALAMINT D.4.1.1 (17. OLDAL) KÉRDÉSEK:** Legális szerek alatt az alkoholfogyasztás, dohányzás, visszaélésszerű gyógyszer (nyugtató, altató) használat, illetve a patron/lufi, valamint inhaláns használat értendő.
- **Az 5-7. pontok (21-26. oldalakon szereplő kérdések):** Függetlenül attól, hogy közvetett (képző), vagy közvetlen programról/szolgáltatásról van szó - minden program/szolgáltatás esetében azonosak.
- **7. pont (26. oldalakon szereplő kérdések):** Abban az esetben, ha 2008-ban az adott program/szolgáltatás nem működött (de korábban működött, illetve jelenleg is működik vagy működni fog) a finanszírozással kapcsolatos kérdésekre nem 2008-ra, hanem egy átlagos évre vonatkozóan legyen szíves válaszolni.

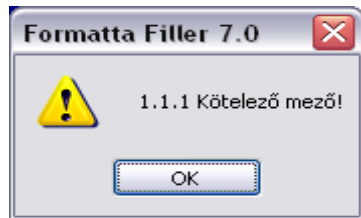
AZ ADATLAP KITÖLTÉSÉNEK BEFEJEZÉSE, KILÉPÉS A PROGRAMBÓL:

Ha az adott program/szolgáltatás esetében a Program-Információs Adatlap végére ért a kérdések megválaszolásával, akkor mielőtt kilépne, kérjük, **kattintson az „Ellenőrzés” gombra!**

PROGRAM-INFORMÁCIÓS ADATLAP

Mentés másként **Ellenőrzés** ⏪ ⏩ 26

Ekkor **a program az első hibásan kitöltött**, vagy kötelezően megválaszolandó, de Ön által megválaszolatlanul hagyott **kérdést tartalmazó oldalra** ugrik, s a hiba pontos helyéről és jellegéről hibaüzenetben tájékoztatja Önt.



Kérjük, **javítsa ki a hibát**, majd a  gombra kattintva ugorjon ismét az Adatlap végére, és **futtasson újabb ellenőrzést. Mindezt addig ismételje, amíg a program nem ad ki újabb hibaüzenetet. Ezután mentse az immáron formai hibát nem tartalmazó, kitöltött Adatlapot, és a képernyő jobb felső sarkában lévő  jelre kattintva kiléphet a programból.**

5. számú melléklet: A fókuszcsoporthoz során alkalmazott kérdőív és vezérfonal

Kérdőív TÁMOP projekt specifikus célkitűzéseiről

A TÁMOP projekt fő célja a drogterületen dolgozó civil szervezetek hálózatszerű együttműködésének (hálózatának) kialakítása az ország 3 régiójában. A projekt elsődlegesen az érdekérvényesítés területén kívánja fejleszteni a hálózathoz tartozó szervezetek együttműködését.

Az alábbiakban a TÁMOP projekt specifikus célkitűzéseit soroltuk fel.

Kérjük, osztályozd ezen célkitűzéseket először aszerint, hogy

„Mennyire tartod relevánsnak (aktuálisan fontosnak) az adott célkitűzést?”. Válaszaidat egy 5 fokozatú skálán add meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „egyáltalán nem releváns”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon releváns a célkitűzés”. Ha nem tudod megítélni az adott célt, akkor a megfelelő rovatba 9-est írsz, de szeretnénk, ha minél több cél vonatkozásában érdemi választ tudnál adni.

Ezt követően kérjük, értékeld az egyes célkitűzéseket aszerint is, hogy

„Mennyire tartod megvalósíthatónak az adott célkitűzést?”

Válaszaidat ebben az esetben is 5 fokozatú skálán add meg, ahol 1-es azt jelenti, hogy „egyáltalán nem megvalósítható”, az 5-ös pedig azt, hogy szerinted „teljes mértékben megvalósítható”. Ha nem tudod megítélni az adott cél megvalósíthatóságát, akkor ebben az esetben is 9-est írsz a második oszlop megfelelő sorába.

CÉLKITŰZÉSEK	Relevancia	Megvalósíthatóság
1. <u>Szervezetfejlesztés</u> : elsősorban az adományszervezésre, pénzügyi stratégia tervezésére, humán erőforrás gazdálkodásra, szervezeti kommunikációra fókuszáló szervezetfejlesztési terv megalkotása és megvalósítása a MADÁSZSZSZ számára.		
2. Szakma-specifikus <u>civil stratégia</u> kidolgozása, az érdekképviselői irányainak meghatározása érdekében.		
3. A <u>nemzetközi szinten</u> fellelhető jó érdekérvényesítési gyakorlatokkal harmonizáló <u>szakmai standardok beazonosítása</u> és bevezetésének ösztönzése.		
4. <u>Hálózati fórum</u> kialakítása a MADÁSZSZSZ honlapon. A hálózati fórum célja: a szervezetek közötti szakmai és érdekképviselői együttműködést folyamatossá és hatékonyabbá tétele; a civil szervezetek közötti kommunikáció fejlesztése; civil társadalmi fórum szervezése; rendszeres informális konzultációk biztosítása; az információs-hálózat fejlesztése; a meglévő hálózatok tematikus összekapcsolása.		
5. <u>Közös szakértői adatbázis létrehozása</u> és működtetése 20 fő szakértő bevonásával, ezzel támogatva, segítve a szervezetek szakmai és szervezeti működését. A szakértői adatbázissal lehetőség nyílik arra, hogy konkrét kérdésekben biztosítani tudjuk a hatékony érdekképviselőhöz szükséges háttéranyagokat. Ezen szakértők aktívan vesznek részt a hálózati fórumban, véleményezik a fórumban írottakat, válaszolnak a fórumban megjelenő kérdésekre.		

Fókuszcsoport vezérfonal

	Téma	Módszer	Idő
1.	Üdvözlök mindenkit a fókuszcsoportos beszélgetésen. Arnold Petra vagyok, a BCE Viselkedés Kutató Központban dolgozom, mint szociológus. Bemutatom kollégámat, Magi Anna, aki segít a fókuszcsoport lebonyolításában. A beszélgetés ideje alatt tegeződünk vagy magázódjunk? A MADÁSZSZSZ (Magyar Drogprevenációs és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége) és MADRISZ (Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége) közös, a TÁMOP finanszírozásával megvalósuló projekt célja a drog területen jelen lévő civil szervezetek érdekképviselési célú együttműködésének fejlesztése az ország három régiójában, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun, Hajdú Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, valamint Budapesten. Tekintettel arra, hogy a projekt célja a szervezetek együttműködésének a fejlesztése, így a projekt megalapozását szolgáló kutatás kiterjed a célcsoportba tartozó civil szervezeteknek az együttműködéssel kapcsolatos elvárásainak/igényeinek, az együttműködésben rejlő lehetőségekkel kapcsolatos véleményének megismerésére, a mozgósítható erőforrások feltérképezésére, illetve a szervezetek már meglévő együttműködéseinek vizsgálatára is. Jelen beszélgetés során tehát szeretnénk megismerni a projekttel szemben támasztott elvárásaitokat, véleményeiteket, másrészt a civil szervezetekkel kapcsolatos együttműködési tapasztalataitokat. A beszélgetésről hangfelvételt készítünk, azonban az elemzés során anonim módon kezeljük az elhangzottakat. A beszélgetés várhatóan másfél órás lesz. Kérdéseket tesztek majd fel Nektek, de ti is kérdezhetek egymástól nyugodtan. Hangsúlyozni szeretném, hogy nincsenek jó vagy rossz válaszok, arra kérek mindenkit, hogy bátran mondja el a véleményét nem baj, ha vannak nézeteltérések. ▪ Először arra szeretnék kérni mindenkit, hogy mutakozzon be, melyik szervezetet képviseli, a szervezeten belül mi a feladata, illetve, hogy mi szervezet fő profilja?	Bemutakozás	7p
2.	TÁMOP projekt specifikus célkitűzéseinek értékelése Legyen szíves mindenki kitölteni ezt az 1.sz. KÉRDŐÍVET.	1.sz. Kérdőív	7p
3.	Melyek azok a célkitűzések, amelyeket relevánsnak tartotok? S melyek azok, amelyek nem relevánsak? Miért? Mely célkitűzésekről gondoljátok, hogy megvalósíthatóak? S mely célkitűzések nem valósíthatóak meg? Miért?	Beszélgetés a kérdőívről	10p

4.	Kapcsolatok létrejötte - Hogyan jöttek létre a kapcsolataitok a civil szervezetekkel? Honnan ismeritek egymást (konferencia, internet, szájreklám, egyéb)? - Ki kezdeményezte a kapcsolatokat? A szervezeten belül kezdeményezett valaki (kijelölt személy erre), vagy más szervezet kezdeményezte, vagy valamilyen közvetítő útján (milyen közvetítő)? - Mióta vannak kapcsolataitok más civil szervezetekkel? (A szervezet megalakulásához viszonyítva is, azaz a szervezet megalakulásakor rögtön voltak kapcsolataitok, vagy csak 1-2 év múlva alakultak ki? Vagy inkább a drogpolitika vagy más külső tényezők alakítják? (pl. finanszírozás vagy projekt feltétel stb.) - Az egyes szervezeteken belül kik a kapcsolattartók? (Ki van-e jelölve konkrét személy erre a feladatra? Vezetői vagy nem vezetői szint?)	Beszélgetés	10p
5.	Kapcsolatok tartalma - Jelenleg milyen céllal kezdeményeztek kapcsolatokat, és milyen tartalommal? - Ez mennyiben változott a szervezet életében a kezdeti kapcsolatokhoz képest? - Mitől vannak a változások? (Pl. a szervezeti élet ciklusa, a civil szféra fejlődése, a drogpolitikai környezet változása miatt?)	Beszélgetés	10p
6.	A SEGÉDLAPON látható kapcsolati tartalmakra kérdeztünk rá az átlalatok korábban kitöltött kérdőívben, illetve felírtam, amelyek most említésre kerültek. Arra szeretnék kérni titeket, hogy hozzatok konkrét példákat az egyes kapcsolati tartalmakra. Haladjunk egyesével az elejétől.	Példák	10p
7.	Arra szeretnék kérni mindenkit, a 2.sz. KÉRDŐÍVEN látható kapcsolati tartalmakat rangsorold, aszerint, hogy az mennyire működik a szervezetenél, illetve aszerint, hogy melyiknek kellene a leghatékonyabban működnie, s melyiknek kevésbé. A jelen beszélgetés során újonnan felvetődött tartalmakat a kipontozott részhez íjátok, és azokat is rangsoroljátok!	2.sz. Kérdőív	10p
8.	Most arra szeretnék kérni titeket, hogy együtt állítsatok fel egy rangsort a kapcsolati tartalmak fontossága szerint, azaz, melyik kapcsolati tartalomnak kellene legjobban/leghatékonyabban működnie, melyiknek kevésbé.	Rangsor	10p

9.	Kapcsolatrendszer működése ▪ A ti szervezetetek kapcsolatrendszerének működésében milyen pozitívumokat észleltetek? ▪ A kapcsolatrendszer működésében milyen problémákat, hiányosságokat észleltetek? ▪ Mit tesztenek ennek kezelésére? Hogyan lehetne ezeket kezelni?	Beszélgetés	10p
10.	▪ Vannak-e olyan szervezetek, akikkel kapcsolatba szeretne lépni, de nem történt meg eddig? Milyen típusú kapcsolatok hiányoznak, a szervezet mely működési területéhez köthetőek? ▪ Miért nem lépett eddig kapcsolatba az adott szervezettel vagy ilyen típusú szervezettel?	Beszélgetés	7p
	▪ Vannak-e megszakadt szakmai kapcsolatok? ▪ Ha igen, mi volt a kapcsolat megszakadásának oka?		
11.	Minta kapcsolathálók ▪ Vannak-e olyan szervezetek, amelyek kapcsolathálója mintapéldának tekinthető? Amennyiben igen, mely szervezetek? S miért tekinthető mintapéldának?	Beszélgetés	5p
12.	Egyéb ▪ Egyéb hozzászólás ▪ Köszönés	Köszönés	5p

6. számú melléklet: A projekt célcsoportjába tartozó szervezetek listája

	A SZERVEZET NEVE	A SZERVEZET CÍME
1.	21. Színház a Nevelésért Egyesület	1082 Budapest Baross u. 86. 3/b.
2.	A Családi Nevelésért Alapítvány (CSNA)	1026 Bp Orló 11-15 A ép.fsz. 1
3.	A Fejlődés Művészete Alapítvány	1173 Budapest Újlak u. 58. I. em. 3.
4.	A Jövő Iskolája Magyarországi Alapítványa	2030 Érd Kerülő u. 4.
5.	A tevékeny szeretet közössége kész	4028 Debrecen, Laktanya u. 2.
6.	Adelante	4400 Nyíregyháza Állomás tér 5 fsz1
7.	ADRA-Adventista Fejlesztési és Segély Alapítvány	1148 Bp Egressy u. 73/c
8.	Agape Team Missziós Csoport Alapítvány	6239 Császártöltés Bajcsy-Zsilinszky út 76.
9.	ÁGOTA Alapítvány	6722, Szeged, Kossuth L. sgt. 29. III. em.
10.	ALATHEIA kész	4251 Hajdúsámson, Sámsonkert Szőlő u. 9
11.	Alternatíva 2004 Alapítvány	6000 Kecskemét Lunkányi János u. 2.
12.	Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat	1113 Budapest, (XI. ker) Karolina út 35/B.
13.	Anyaoaltalmazó Alapítvány	1201 Budapest Török Flóris u. 228.
14.	Arany Középút Egyesület kész	4025 Debrecen Simonffy u. 52.
15.	Aranyhíd Drogsegély Alapítvány kész	4024 Debrecen Dóczy J. u. 20.
16.	Aranymorzsa Gyermekek	4028 Debrecen Martinovics u. 6. 4033 Debrecen Gyűrű u.15
17.	Art Éra	1074 Budapest Rottenbiller u. 10.
18.	AVP HUNGARY Közhasznú Egyesület kész	4029 Debrecen, Lorántffy u. 16.
19.	Bajai Ifjúsági és Kulturális egyesület	6500 Baja Szent Antal u. 7.
20.	BAKI Balmazújvárosi Kistérség Kulturális és Ifjúsági Egyesület kész	4060. Balmazújváros, Batthyány 26
21.	Baptista Szeretetszolgálat Egyházi Jogi Személy - Utcafront részleg	1111 Budafoki út 34/B
22.	Bástya Terápiás Közösségi Alapítvány	2310. Szigetszentmiklós Erkel Ferenc u. 1.
23.	Belvárosi Tanoda Alapítvány (Megálló)/Megálló Csoport Alapítvány Szenvedélybetegekért	1083 Budapest Szigony 37.
24.	Bóbita Habilitációs Egyesület	1081 Budapest Népszínház u. 11.
25.	Budapesti Alkoholizmus Elleni Klubok Szövetsége (Hajnal Alkoholelles Szövetség)	1192 Budapest Mészáros Lőrinc utca 38.
26.	Budapesti Orvostanhallgatók Kortársoktató Alapítványa	1089 Budapest Nagyváradi tér 4. XXI. em.
27.	CHEF-Hungary Alapítvány	1039 Budapest Kossuth L. u. 13.
28.	Családért és Munkáért Keresztény Alapítvány	6720 Szeged Aradi Vértanúk tere 2.
29.	Családok Szövetsége a Világ Békéjéért és Egységéért	1062 Budapest Bajza u. 54. mfszt. 2.
30.	Csomópont Drogprevenációs Információs Iroda	4024 Debrecen Batthyány u.20.
31.	Csoport-téka Egyesület	2040. Budaörs, Deák Ferenc utca 16/2
32.	Debreceni Egyetem Mentálhigiénés Program	4032 Debrecen Mikszáth Kálmán u. 67. fszt. 2.
33.	Diák- és Ifjúsági Újságírók Országos Egyesülete	1148 Budapest, Örs vezér tere 11. fszt. 1.

34.	Diákcentrum Universitas Alapítvány	6722 Szeged Petőfi sgt. 30-34.
35.	Diótörés Alapítvány	1134 Budapest, Róbert Károly krt 102
36.	Dobi Mária megtagadó	4032 Debrecen Kartács u. 4.
37.	Domaszék Lakosságának Egészségesebb Életér Alapítvány	6781. Domaszék, Juhász Gy 14
38.	Drog Stop Budapest Egyesület	1046 Budapest Külső Szilágyi út 14.
39.	Drofree Gyógyult Szenvedélybetegek Alapítványa	1092 Budapest Kinizsi utca 11/16
40.	Drogprevenciós Alapítvány	1125 Budapest Kiss Áron u. 22./c
41.	Drogtájékoztató Központ és Mentálhigiénés Kiemelten Közhasznú Alapítvány	1027 Budapest Bem J. u. 6
42.	Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesülete	1136 Budapest Herzen u. 6.
43.	Egészségvirág Egyesület	1011 Budapest Hunyadi János út 5., 2042 Budaörs Pf.11
44.	Egy Optimista Magyarorszáért	Budapest 1021 Bp. Hűvösvölgyi u. 109.
45.	Életfa Alapítvány a Lelki Egészségért	6723 Szeged Csuka u. 24.
46.	Éltrevaló Karitatív Egyesület	2170 Aszód Falujárók útja 5/6. 3/23.
47.	Emberbarát Alapítvány	1105, Budapest Cserkesz u. 7-9.
48.	Emberbarát Alapítvány Alkohol-drogrehabilitációs Intézete	1105 Budapest, Cserkesz u. 7-9.
49.	Érted Egyesület	2440 Százhalombatta Hóvirág 9.
50.	Esély Mentálhigiénés Alapítvány	2100 Gödöllő, Podmaniczky utca 17
51.	Északi Támpont Egyesület	1196 Budapest Zalaegerszeg u. 117. (1018 Budapest, Bányató u. 13.)
52.	Észak-kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület	4400 Nyíregyháza Árok u. 41.
53.	Evangéliumi Pünkösdi Közösség Hajnalcsillag Rehabilitációs Otthona	2330 Dunaharaszti Vörösmarty u. 17-19.
54.	Félút Centrum-Félúton Alapítvány	1172 Budapest Liget sor 26.
55.	Filadelfia Alapítvány	4461 Nyírtelek Tokai út 52
56.	Forrás Lelki Segítők Egyesülete	4031 Debrecen Kishegyesi u. 36
57.	Függő Híd Egyesület	4024 Debrecen Varga u. 1.
58.	Gyermekek Egészségnevelő Prevenciós Alapítványa (GYEP Alapítvány)	1037. Budapest Domoszló útja 43.
59.	Héliosz Alapítvány	1087 Budapest Könyves Kálmán krt. 76.
60.	Hód-Prodent Egészségügyi Prevenciós és Szolgáltató Bt - átalakult - Hódmezővásárhelyi Tinivilág Alapítvány	6800 Hódmezővásárhely Nagy András János u. 10.
61.	Human-Net Alapítvány	4400 Nyíregyháza Körte út 41/a.
62.	INTEGRA Alapítvány	4026 Debrecen Csemete u. 7. fsz. 3.
63.	Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány	1136 Budapest Pannónia u. 34.
64.	Jól-lét Mentálhigiénés Alapítvány	1194 Budapest Fecske u. 27.
65.	Józsefvárosi Szabadidős Egyesület	1086 Budapest Szűz u. 5-7. 3/23.
66.	Jövőbarát Alapítvány	1033 Budapest Pethe F. tér 1-3.
67.	Kapocs Ifjúsági Önszolgáltató Szolgálat	1146. Budapest Zichy Mihály u. 14.
68.	Katolikus Karitás Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	1115 Budapest Bartók Béla út 96.
69.	Kék Kocka Segítő és Szolgáltató BT	2013 Pomáz Goethe u. 8.
70.	Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia	1094 Budapest Gát u. 25. I./8.
71.	KEVICE Egyesület	1173 Budapest 534 u. 7.

72.	Kisebbségi és Emberijogi Alapítvány	1091 Budapest Üllői út 23
73.	Knoll Iлона	4400 Nyíregyháza Kossuth út 2.
74.	Kompánia Alapítvány	1133. Budapest, Kárpát u. 38. III/12.
75.	Kortárs Segítő Műhely	1021 Budapest Lipótmezei út 3.
76.	Kortárs Segítő Műhely Alapítvány	1021 Budapest Lipótmezei út 3., 1392 Pf. 272
77.	Kortársak az Egészséges Fiatalokért Egyesület	4029 Debrecen Víztorony utca 19.
78.	Kortársak Együtt a Fiatalokért Egyesület	2030 Érd Nógrádi u. 9.
79.	Lelkierő Egyesület	4024 Debrecen Piac u 58 Fsz8
80.	Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány	1067 Budapest Eötvös 19.
81.	Maglódi Ifjú Polgárokért Egyesület	2234 Maglód, Petőfi tér 7.
82.	Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány	1086 Budapest Lujza u 14. fsz.1
83.	Magyar Kékkereszt Egyesület és Református Iszákosmentő Misszió	1151 Budapest Alagi tér 13.
84.	Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálat	1016 Budapest Csap u. 2.
85.	Magyar Orvostanhallgatók Egyesülete Budapesti Helyi Bizottsága	
86.	Magyar Orvostanhallgatók Egyesülete Szegedi Helyi Bizottsága + SZTE Magatartástudományi Intézet	
87.	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet	1116 Budapest Tomaj u. 4
88.	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet	4024 Debrecen Rákóczi utca 7.
89.	Magyar Vöröskereszt Budapesti Szervezete	1051 Budapest Arany J. u. 31.
90.	Magyar Vöröskereszt Hajdú Bihar megye	4025 Debrecen, Simonffy u. 44.
91.	Magyarországi Éjféli Sportbajnokság Egyesület	1036 Budapest Lajos u. 121.
92.	Magyarországi Prostituáltak Érdekvédelmi Egyesület	1114, Budapest, Bocskai út 17.
93.	Mandala Dalszínház	4400 Nyíregyháza Hősök tere 9.
94.	Mátrix Független Gondolkodók Páholya kész	4027 Debrecen Nyár u. 6.
95.	MATURA Alapítvány	4029 Debrecen Csapó u. 98.
96.	Maugli Gyermekek és Ifjúságjóléti Alapítvány	1037 Budapest Jutas u. 55.
97.	MH Líceum Alapítvány	1055 Budapest Bihari János u. 18.
98.	MRE Válaszút Misszió Alapítvány	1122. Budapest, Krisztina krt. 5, Csaba u-i bejárat
99.	Nagyító Alapítvány	6722. Szeged, Kossuth Lajos sgt. 29. II./210.
100.	Nap Klub Alapítvány	1082 Budapest Leonardo u. 4-6.
101.	Narconon Magyarország Alapítvány	1081 Budapest Kiss József utca 4. I./2.
102.	Óbuda-Békásmegyeri Polgárőr Egyesület	
103.	OLTALOM Karitatív Egyesület	1086 Budapest, Dankó u. 9.
104.	Országos Gyermekvédő Liga	1077 Budapest Wesselényi utca 17.
105.	Összefogás a Ferencvárosért Bűnmegelőzési Egyesület	1091 Budapest Üllői út 107.
106.	PALÁNTA GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGI MISSZIÓ	1071 Budapest Damjanich u. 35. fsz.
107.	Pia Causa/"Kegyes Cél"-ra Egyesület	1196 Budapest Esze Tamás 76
108.	RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	6000 Kecskemét Fecske u.20.
109.	Segítő Kéz 2003 Szociális Egyesület kész	4400 Nyíregyháza, Tűzoltó u. 4.
110.	Signum Alapítvány	1237 Budapest Szent László 45
111.	Sirály Életmód Klub	1046 Budapest Lóverseny tér 6.
112.	Sportolók a drog ellen Egyesület	
113.	'Szárnyak' Alapítvány	2092 Budakeszi, PF.25

114.	Szegedi Tini-telefon Lelkiséghely Szolgálat Egyesület	6724 Szeged, Teréz u. 18.
115.	Szent László Ifjúsági Szövetség	1215 Budapest, Vasas 28
116.	Szent Rafael Caritas Alapítvány	1091 Bp. Üllői út 145.
117.	Szertelen – kék Alapítvány	1152. Budapest, Zrínyi utca 35.
118.	Szertelen Egyesület kész	4024 Debrecen Iparkamara u. 2 III./1.
119.	Sziget Droginformációs Alapítvány	1074 Budapest Rottenbiller u. 10.
120.	Timóteus Társaság Alapítvány	1116 Budapest Zsurló 6.
121.	Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány	1134. Budapest, Apály 2/d
122.	Top Szabadidő És Tehetséges Fiatalokat Segítő Közhasznú Egyesület	6763 Szatymaz Ady Endre u. 46.
123.	Válaszút Alapítvány (megegyezik az MRE....)	1122 Budapest Krisztina körút 5.
124.	Váltó-Sáv Alapítvány	1085 Budapest, Pál u. 2. 2.em.10
125.	Vargabetű Klub-Műhely Egyesület	1038 Budapest Táncsics M. 24.