

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

STUDIE „JUNGE KONSUMIERENDE VON HARTEN DROGEN IN BIEL UND BERN“

Jean-Pierre Gervasoni, Nicole Gadiant

Studie finanziert durch: Infodrog, Bern (im Rahmen des supra-f Impulsfonds, Anm. d. Red.)

Vorgeschlagene Zitierweise: Gervasoni JP, Gadiant N. Studie «Junge Konsumierende von harten Drogen in Biel und Bern». Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2009 (Raisons de santé, 151b).

Dank: An alle Personen, die sich an dieser Studie beteiligt haben und an die Mitarbeitenden der Einrichtungen in Biel und Bern

Übersetzung und Redaktion, finanziert durch Infodrog: Infodrog, Alison Chisholm und Martin Reck

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einführung.....	4
1.1	Forschungsfragen.....	4
1.2	Methoden.....	5
1.3	Studie der niederschweligen Einrichtungen und Monitoring des Spritzenmaterials.....	6
2	Ergebnisse.....	10
2.1	Beteiligung.....	10
2.2	Nationalität und Migration.....	10
2.3	Vorgeschichte und familiäre Beziehungen.....	10
2.4	Soziale Situation und Beziehungen zu Peers.....	11
2.5	Schulische Laufbahn, Erwerbsleben und Berufsbildung.....	11
2.6	Körperliche Gesundheit.....	12
2.7	Psychische Gesundheit.....	12
2.8	Drogenkonsum.....	12
2.9	Substitutionsbehandlung.....	13
2.10	Gemeinsamer Spritzengebrauch und Überdosen.....	14
2.11	Sexuelle Beziehungen und PartnerInnen.....	14
2.12	Delinquentes/Kriminelles Verhalten.....	14
2.13	Bedürfnisse.....	14
3	Schlussfolgerungen.....	15
3.1	Methodik.....	15
3.2	Profil der Personen.....	15
3.3	Bedarf.....	16
4	Empfehlungen.....	17
5	Anhänge.....	18
5.1	Quantitativer Fragebogen.....	18
5.2	Leitfaden für die Qualitativen Interviews.....	19
5.3	Grille pour les focus groupes.....	20
5.4	Synthese der Befragungen mit sechs Fachleuten aus Bern.....	23

1 EINFÜHRUNG

Seit einigen Jahren stehen die Verantwortlichen der niederschweligen Konsumräume in Kontakt mit jungen Konsumierenden von harten Drogen (16- bis 25-jährig). Diese weisen eine Form des Konsums auf, die als Konsumrausch bezeichnet werden kann, und haben sehr hohe Erwartungen. Diese Konsumierenden scheinen keine Probleme im Zusammenhang mit ihrem Konsum aufzuweisen und haben keine Betreuung im eigentlichen Sinn. Ein Grossteil von ihnen ist ausländischer Herkunft und hat eine schwierige Vergangenheit mit kriegsbedingten posttraumatischen Belastungen. Um diese Population und deren Grösse besser kennenzulernen, haben die Einrichtungen eine Schätzung der Anzahl Personen, die dieser Kategorie angehören, durchgeführt. In Bern handelt es sich um ungefähr 15 bis 20 Personen, in Biel um 30, in Basel um 20, in Zürich, Solothurn, Schaffhausen, Genf, Will und Wattwil um sehr kleine Zahlen (2 bis 5 Personen pro Einrichtung).

Im Bemühen um die Früherkennung und Frühintervention, kann man sich die Frage stellen, ob nicht Alternativen zu den niederschweligen Einrichtungen vorgesehen werden müssten für die Aufnahme dieser jungen Konsumierenden harter Drogen. Seit einer gewissen Zeit beobachtet man in diesen Einrichtungen ein Altern der Klientel und eine weite Verbreitung der Polytoxikomanie. Diese Studie ist darauf ausgerichtet Möglichkeiten auszuloten, um die Vermischung der Population der jungen Konsumierenden mit einem Milieu, welches eher dem Profil älterer Konsumierender mit einer langen Suchtgeschichte und häufig intravenösem Konsum harter Drogen entspricht, zu verhindern.

In Bern wurde ein Konzept zur Betreuung junger Konsumierender entwickelt; die dem Team dafür zur Verfügung stehende Zeit scheint jedoch gegenwärtig ungenügend zu sein.

Diese Tatsachen zusammen mit der Tendenz der Zunahme des Kokainkonsums waren Anlass für diese Studie des Typs Aktionsforschung, um das Phänomen besser verstehen zu können und anschliessend ein auf den Bedarf dieser Population ausgerichtetes Betreuungskonzept entwickeln zu können.

1.1 FORSCHUNGSFRAGEN

Nachfolgend die Forschungsfragen:

- Was für Drogenkarrieren weisen diese jungen Konsumierenden auf, welche die Kontakt- und Anlaufstellen frequentieren?
- Was sind die Profile dieser Jugendlichen in Bezug auf physische und psychische Gesundheit, Delinquenz, Bildung, Lehre/Arbeit, Beziehungen zu Freunden und Familie?
- Wie hoch ist die geschätzte Häufigkeit dieses Typs Jugendlicher?
- Welches sind die Probleme, die mit diesem Konsumverhalten und diesem Vulnerabilitätsprofil verbunden sind?
- Welche Betreuung haben diese Jugendlichen bisher erhalten und welche Art von Betreuung erhalten sie im Moment von sozialen, straf-/massnahmerechtlichen und psychiatrischen Betreuungsstrukturen?
- Was ist der Bedarf dieser Zielgruppe in Bezug auf Nachsorge, Betreuung, Schadensminderung etc.?

1.2 METHODEN

Aufgrund der vorgesehenen Forschungsfragen wurden ein gemischter quantitativer und qualitativer Zugang gewählt und folgende Methoden angewendet:

- Quantitativer Fragebogen mit einer Stichprobe von 30 Personen
- Halb-strukturierte Interviews mit einer Stichprobe von ungefähr 10 Jugendlichen in Biel und 10 in Bern
- Zwei Fokusgruppen mit jugendlichen Konsumierenden werden nach der Auswertung der Interviews gebildet werden, um bestimmen zu können, welche Ansätze für die Betreuung dieser Zielgruppe entwickelt werden sollten.

Die Forschungsinstrumente wurden in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Einrichtungen in Bern und Biel diskutiert und entwickelt, um besser auf die Fragen aus dem Feld eingehen zu können. Diese Etappe war entscheidend, damit die Mitarbeitenden, die sich anschliessend an dieser Aktionsforschung beteiligten, mit den gemeinsam entwickelten Werkzeugen bereits vertraut waren.

Die Mitarbeitenden der Einrichtungen hatten sich der Rekrutierung der Jugendlichen angenommen und ihnen bereits einen Fragebogen gegeben, welcher auf dem Forschungsfragebogen für die nationalen Untersuchungen in den niederschweligen Einrichtungen (siehe unten) basierte und um Zusatzfragen aus dem ADAD-Fragebogen (14 Fragebogen in Biel und 16 in Bern) ergänzt wurde. Für das Ausfüllen des Fragebogens wurden durchschnittlich 50 Minuten benötigt. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang 5.1. Es ist wichtig zu erwähnen, dass der für die Motivation der Studienteilnehmenden zur Teilnahme erforderliche Zeitaufwand für die Mitarbeitenden der Einrichtungen sehr gross war.

Die Resultate der quantitativen Fragebogen (n=30) waren Gegenstand einer Analyse mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows Version 12.0 und sind nachfolgend aufgeführt.

Die Interviews wurden face-to-face von einer Forscherin/einem Forscher von ausserhalb der Einrichtung, welche die/der konsumierende Jugendliche frequentierte, durchgeführt. Erst nachdem die Personen ihr Einverständnis zur Befragung gegeben hatten, wurden die Gespräche aufgezeichnet. Es war möglich, 19 qualitative Interviews zu führen (9 in Biel und 10 in Bern). Die mittlere benötigte Zeitdauer für die qualitativen Interviews betrug 35 Minuten (im Minimum 10, im Maximum 60 Minuten). Der Fragebogen befindet sich im Anhang 5.2.

Die Analyse der qualitativen Interviews wurde anhand der Gesprächsnotizen und einer Zusammenfassung der Aufzeichnungen, die während den Gesprächen angelegt worden waren, vorgenommen. Die Ergebnisse dieses qualitativen Teils sind im Sinne einer Ergänzung in die Resultate der quantitativen Auswertung, welche im Kapitel 2 dargestellt werden, integriert.

Auf der Grundlage der qualitativen Interviews wurde ein Frageraster für die Fokusgruppen entwickelt (Anhang 5.3). Trotz den erheblichen Bemühungen, die jungen Konsumierenden zur Teilnahme an den Fokusgruppen zu motivieren, sind einzig drei von ihnen nach Bern gekommen. Wir haben trotzdem diese Fokusgruppe geleitet, haben jedoch auf deren Analyse aufgrund der geringen Teilnehmezahl verzichtet. In Biel ist nur eine Person erschienen, weshalb die Fokusgruppe abgesagt werden musste. Es scheint somit sehr schwierig zu sein, diese Art Gruppengespräch mit dieser Population zu führen. Ferner muss festgehalten werden, dass wir abgesehen von einem bescheidenen Anreiz in Form einer Gratis-Mahlzeit auf eine Entschädigung der Teilnehmenden verzichtet haben.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden den beiden beteiligten Einrichtungen erläutert; weiter wurden sie im Rahmen einer Sitzung mit den Geschäftsleitenden der Einrichtungen aus dem niederschweligen Bereich der Region Bern vorgestellt.

1.3 STUDIE DER NIEDERSCHWELLIGEN EINRICHTUNGEN UND MONITORING DES SPRITZENMATERIALS

Seit 1993 hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin von Lausanne eine nationale Studie der niederschweligen Einrichtungen, welche steriles Spritzenmaterial zur Verfügung stellen, entwickelt. Diese vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) mandatierte Studie hat mehrere Ziele:

- diesen Typ Einrichtung in der Schweiz zahlenmässig zu erfassen und bestimmte Tätigkeiten zu verfolgen
- den Beitrag dieser niederschweligen Einrichtungen zur Reduktion der Probleme und Risiken im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum zu evaluieren
- bestimmte nützliche Elemente beitragen, die zu einem besseren epidemiologischen Wissen über die Drogensucht auf nationaler und kantonaler Ebene führen

Zwei komplementäre Ansätze wurden entwickelt. Der erste besteht aus dem kontinuierlichen Sammeln von Daten zur Abgabe von Präventionsmaterial (Monitoring der Spritzen/Nadeln und der Kondome). , Der zweite - die **Klientenbefragung** - ist auf das Verhalten und die Charakteristika der Klientel, welche die niederschweligen Einrichtungen aufsucht, ausgerichtet.

Die Klientenbefragung der niederschweligen Einrichtungen wurde bereits fünf Mal durchgeführt (1993, 1994, 1996, 2000 und 2006). Sämtliche niederschweligen Einrichtungen, welche den Drogenkonsumierenden steriles Injektionsmaterial zur Verfügung stellen, sind grundsätzlich zur Teilnahme an der Umfrage berechtigt. Die Anzahl berücksichtigter Einrichtungen in der Umfrage hat im Verlauf der Zeit merklich zugenommen: von 13 im Jahr 1993 zu 24 im 2006. Die Hälfte der einbezogenen niederschweligen Einrichtungen ist mit (Spritzen-)Konsumräumen ausgestattet.

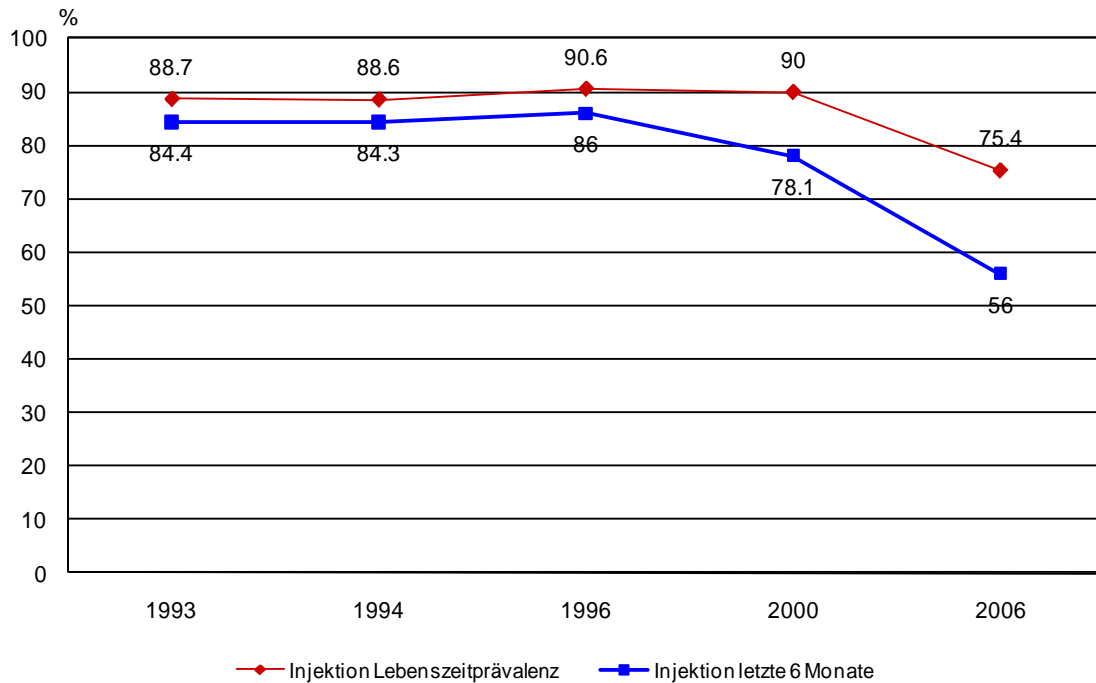
Die Datenerfassung fand in jeder Einrichtung an 5 aufeinanderfolgenden Tagen statt. Ein bis zwei spezifisch für diese Aufgabe geschulte DatenerheberInnen schlugen allen Konsumierenden, welche die Einrichtung benutzten, die Teilnahme an der Umfrage mittels Ausfüllen des Fragebogens vor. Die Mitarbeitenden der Einrichtungen konnten teils den Zugang zu den Konsumierenden erleichtern.

Im Verlauf der verschiedenen Untersuchungsrunden wurde der verwendete Fragebogen angepasst und ergänzt. Die gestellten Fragen liefern Hinweise auf Folgendes:

- soziodemographische Charakteristiken der Konsumierenden der niederschweligen Einrichtungen (Geschlecht, Alter, Bildung);
- soziale Integration (Einkommensquellen und Wohnsituation);
- Entwicklung des Substanzkonsums im gesamten Leben und Konsum während des letzten Monats (konsumierte Stoffe, Konsumdauer, Hauptkonsumweg etc.);
- Injektionspraxis (Häufigkeit) und Materialtausch von Material, das der Injektion dient (Nadel, anderes Material), einschliesslich während Gefängnisaufenthalten
- sexuelle Aktivität, Ausübung von Prostitution und Verwendung von Präservativen
- Gesundheitszustand (eingeschätzt) und Immunstatus für HIV, HCV und HBV.

Die Verbreitung der Injektion bei den rekrutierten Konsumierenden der niederschweligen Einrichtungen begann seit Ende der 90er Jahre abzunehmen. Dieser Zeitpunkt entspricht einerseits dem Auftreten von Konsumierenden harter Drogen, die sich noch nie Drogen injiziert haben, und andererseits der Abkehr von der Injektion von bestimmten Konsumierenden (Grafik 1).

Grafik 1 Prävalenz der Injektion (Lebenszeitprävalenz und letzte 6 Monate) bei den Drogenkonsumierenden, die niederschwellige Einrichtungen mit Spritzenabgabe aufsuchen, 1993-2006. Quelle: Umfrage bei den Konsumierenden und NutzerInnen niederschwelliger Einrichtungen in der Schweiz, IUMSP.



Zudem hat der Anteil neuer Injizierender (Personen, die sich Substanzen zum ersten Mal in den letzten zwei Jahren injiziert haben) von 29,1% im Jahr 1993 auf 5,5% im Jahr 2006 abgenommen.

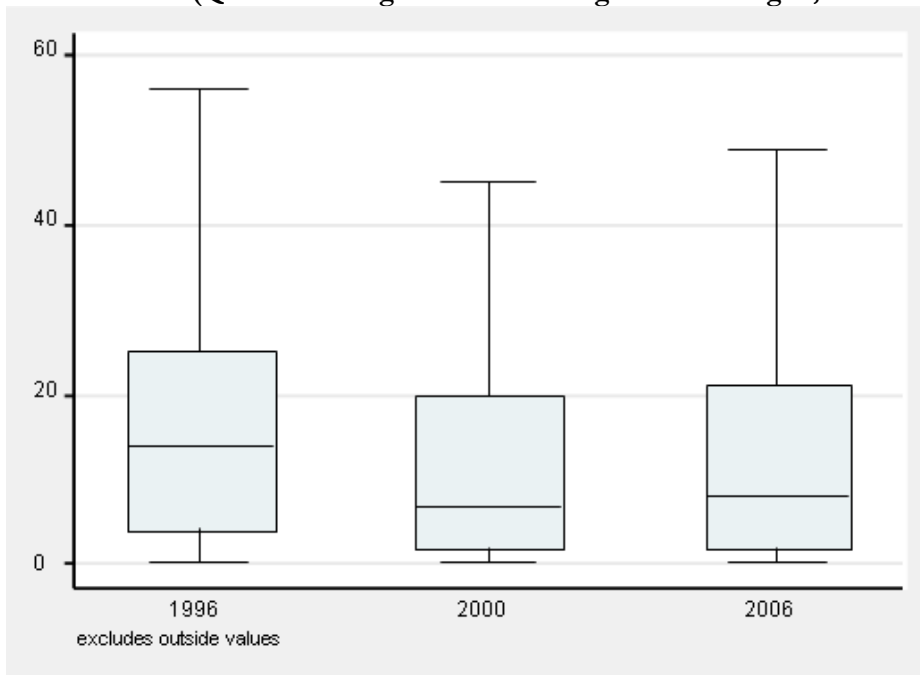
Die Daten betreffend Abnahme der Risiken im Zusammenhang mit der Injektion (Häufigkeit der Injektion pro Woche und gemeinsamer Spritzengebrauch) sind in Grafik 2 und 3 dargestellt).

Der Median der Injektionen pro Woche bei sich injizierenden Personen, hat abgenommen, von einem Median von 14 im Jahr 1996 zu 7 im Jahr 2000 zu 8 im 2006 (Grafik 3).

Das gemeinsame Gebrauchen von Spritzen (sich injizieren mit einer Spritze, die bereits von jemand anderem verwendet wurde) in den letzten 6 Jahren folgt derselben Entwicklung, mit einer Abnahme von 16,5% im Jahr 1992 zu 8,9% im Jahr 2006 (4,9% im letzten Monat) (Grafik 3).

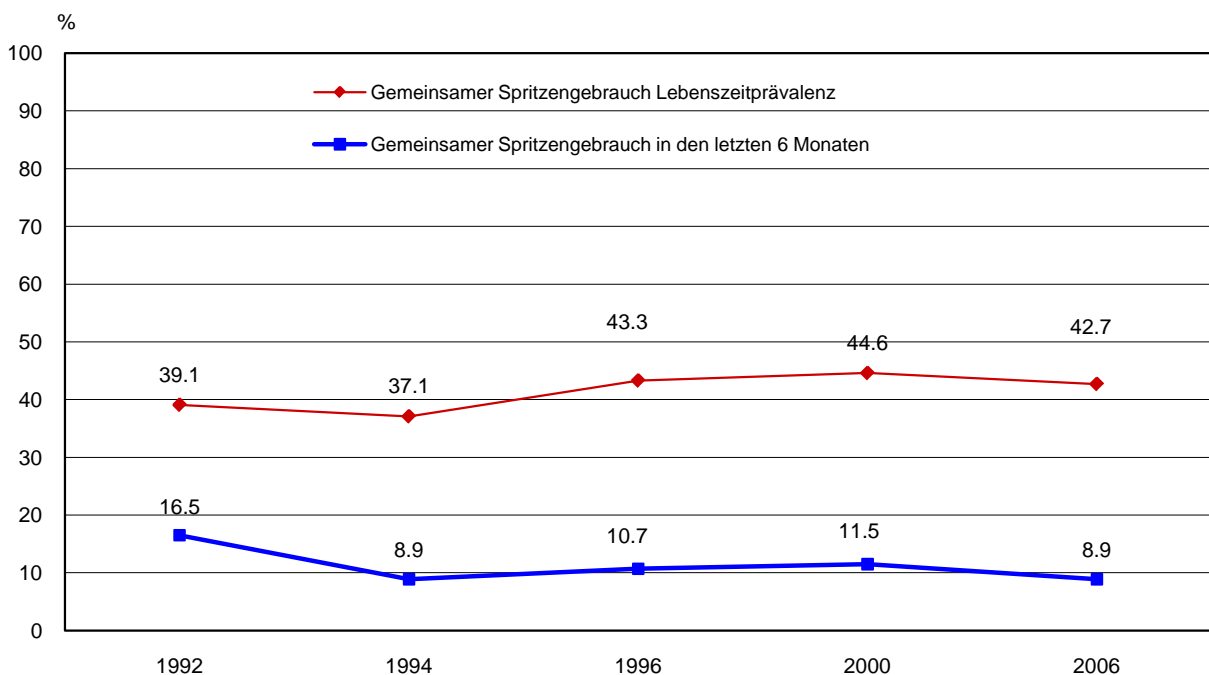
Die Verbreitung der gemeinsamen Spritzenbenützung weist in der Schweiz einen der kleinsten Werte in Europa auf.

Grafik 2 Median der wöchentlichen Injektionen bei den Drogenkonsumierenden, die niederschwellige Einrichtungen mit Spritzenabgabe frequentieren, 1996-2006 (Quelle: Umfrage niederschwellige Einrichtungen, IUMSP)



Basis: Injizierende in den vergangenen sechs Monaten

Grafik 3 Anteil Konsumierender, die gemeinsam Spritzen gebraucht haben: in ihrem Leben / in den letzten 6 Monaten; Konsumierende der niederschwelligen Einrichtungen mit Spritzenabgabe, 1994-2006 (Quelle: Umfrage Niederschwellige Einrichtungen, IUMSP)



* Basis: im Leben der Injizierenden

** Basis: in den letzten 6 Monaten der Injizierenden

Die nicht gemeinsame Verwendung von Material zur Injektionsvorbereitung verbessert sich auch, aber weniger zufriedenstellend, insbesondere wenn man die Risiken einer Kontamination mit HCV berücksichtigt. Zwischen 1996 und 2006 hat sich der nicht-gemeinsame Gebrauch von Material folgendermassen entwickelt:

- von 32,9% zu 68,1% für den Löffel,
- von 57,5% zu 78,9% für den Filter,
- von 96,9% zu 98% für den Tupfer,
- von 75,4% zu 84,2% für das Wasser (2000, 2006).

Die Verwendung von Präservativen beim Geschlechtsverkehr hängt vom Typ Partner ab, mit dem der Geschlechtsverkehr erfolgt. Generell schützen sich die intravenös Konsumierenden beim Geschlechtsverkehr besser.

Beim Geschlechtsverkehr mit stabilem Partner hat die systematische Verwendung von Präservativen zugenommen von 25,5% im Jahr 1993 auf 28,5% im Jahr 2006. Mit gelegentlichen Sexualpartnern hat der systematische Schutz zugenommen von 59,5% im Jahr 1993 auf 71,8% im Jahr 2006. Man hat nicht beobachtet – wie das der Fall war bei den Homo-Bisexuellen – dass der Schutz in den letzten Jahren mit diesem Typ Partner abgenommen hat.

Im Gegenzug hat das systematische Schutzverhalten mit Klienten bei sich prostituierenden konsumierenden Frauen ein wenig abgenommen, aber der Wert liegt immer noch hoch (90% im Jahr 1993, 79,5% im Jahr 2006). Bei den sich prostituierenden Männern ist das Schutzverhalten weniger gut (zwischen 45% und 65% je nach Jahr).

Die soziale Situation der Drogenkonsumierenden ist sehr prekär geblieben bei denjenigen, welche niederschwellige Einrichtungen frequentieren; der Anteil derjenigen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, hat zwischen 1993 und 2006 abgenommen (Tabelle 1). Gleichzeitig hat die Population, deren Einnahmen aus Sozialversicherungsleistungen (vor allem IV) oder Sozialhilfe besteht, stark zugenommen. Drogenhandel und andere illegale Aktivitäten als Einkommensquelle hingegen haben abgenommen. Der Anteil von obdachlosen Personen hat zwischen 1993 und 2006 um die Hälfte abgenommen.

Tabelle 1 Einnahmen und Wohnsituation intravenös Konsumierender, welche die niederschwelligen Einrichtungen in der Schweiz aufsuchen, 1993-2006 (Quelle: Umfrage Niederschwellige Einrichtungen, IUMSP)

	1993	1994	1996	2000	2006
<i>Einnahmen</i>					
Erwerbseinkommen	44.8	47.4	45.7	40.4	36.8
Sozialversicherungen	8.8	21.4	26.2	28.9	35.4
Sozialhilfe	27.8	28.4	35.2	46.4	45.0
Dealen, illegale Aktivitäten	27.5	21.7	25.0	17.1	20.0
Prostitution (Frauen)		16.4	23.7	18.9	19.8
<i>Wohnsituation</i>					
obdachlos	11.4	14.0	9.4	10.6	6.2

Kursiv : Fehlende Daten der Antwortenden aus Zürich

2 ERGEBNISSE

2.1 BETEILIGUNG

Die Tabelle 2 zeigt das Verhältnis von Frauen und Männern und das mittlere Alter der Personen, die an der Studie teilgenommen haben. Man sieht, dass der Anteil Frauen, welche den quantitativen Fragebogen ausgefüllt haben, in Bern mit 56% höher ist als in Biel (29%) und dass das mittlere Alter dieser Gruppe in Bern tiefer ist. Gemäss Aussagen der Mitarbeitenden entspricht dies gut dem Profil der Personen, welche die beiden Einrichtungen frequentieren. Die Personen, die sich zur Teilnahme am qualitativen Teil der Studie bereit erklärt haben, haben ein vergleichbares mittleres Alter wie diejenigen, welche den quantitativen Teil ausgefüllt haben. In Bern waren dagegen weniger Frauen als in Biel bereit, am zweiten Teil der Studie teilzunehmen.

Tabelle 2 Anzahl Teilnehmende an der Forschung nach Einrichtung

Fragebogen quantitativ	Biel (n=14)	Bern (n=16)	Total (n=30)
Alter (Min.-Max.)	23.2 (22-24)	21.1 (18-24)	22.1 (18-24)
Frauen	29%	56%	43%
Männer	71%	44%	57%
Interview qualitativ	n=9	n=10	n=19
Alter (Min.-Max.)	23.3 (22-24)	21.5 (18-24)	22.3 (18-24)
Frauen	33%	40.0%	37%
Männer	67%	60.0%	63%

2.2 NATIONALITÄT UND MIGRATION

Die Mehrheit der untersuchten Personen ist schweizerischer Herkunft (67%). Die anderen Herkunftsländer sind die folgenden: Deutschland (eine Person), Frankreich (eine Person), Italien (eine Person), Serbien (zwei Personen), Albanien (eine Person), Mazedonien (eine Person), Thailand (zwei Personen). Ein noch grösserer Anteil wurde in der Schweiz geboren (80%). Was die in die Schweiz immigrierten Personen betrifft, leben sie im Durchschnitt seit 18 Jahren hier mit einem Minimum von 8 Jahren bis zu einem Maximum von 23 Jahren. Die Hälfte der Stichprobe hat in die Schweiz immigrierte Eltern.

2.3 VORGESCHICHTE UND FAMILIÄRE BEZIEHUNGEN

Die grosse Mehrheit der Personen ist ledig (93%). Unter ihren Eltern sind 48% verheiratet, 17% sind geschieden, 10% haben eine wiederverheiratete Mutter, 7% haben einen wiederverheirateten Vater, 7% haben getrennte Eltern, 7% haben Eltern, die zusammenleben, und bei 3% ist die Mutter verstorben. Ein wichtiger Anteil (80%) hat grösstenteils bei seinen Eltern gelebt und 60% sind mit diesem Lebensrahmen zufrieden. Diese Ergebnisse weisen wenige Unterschiede auf im Vergleich zur restlichen Schweizer Bevölkerung.

Die Mehrheit der Personen ist hingegen wiederholt umgezogen (im Schnitt 10 Mal in ihrem bisherigen Leben mit einem Maximum von 35 Mal). Es scheint, dass die Frauen noch häufiger umgezogen sind als die Männer.

Ein hoher Anteil ist in seinem bisherigen Leben von zu Hause ausgerissen (57%), mit einem Schnitt von annähernd 9 Mal. Die Männer sind öfter von zu Hause ausgerissen als die Frauen.

Bezüglich Geschwister hat die Mehrheit einen oder zwei Brüder oder Schwestern (69%), 46% sind die Zweitältesten in der Geschwisterfolge, 39% sind die Ältesten. Fünf Personen haben ein Kind.

Die Familie – die Eltern oder die Brüder und Schwestern - haben häufig ein Problem mit exzessivem Alkoholkonsum, mit illegalen Drogen oder sie haben psychische Probleme. Effektiv haben 17% der Eltern ein Drogenproblem und 50% ein Alkoholproblem. Ebenso haben 50% der Eltern psychische Probleme. Mehr als 40% berichten, dass sie häufig oder sehr häufig familiäre Konflikte haben, während nur 13% der Familien finanzielle Schwierigkeiten haben.

Wie oben bereits erwähnt, schätzt eine Mehrheit die mit der Familie verbrachte Zeit als angenehm ein. Paradoxerweise waren 59% davon Opfer von Misshandlungen.

2.4 SOZIALE SITUATION UND BEZIEHUNGEN ZU PEERS

Gemäss ihren Aussagen verbringen ungefähr 43% der befragten Personen ziemlich viel oder viel ihrer freien Zeit mit ihrer Familie. 57% verbringen ihre Zeit mit Freunden, die Drogen oder Alkohol konsumieren und 31% mit Freunden, die nichts konsumieren. Fast ein Viertel hat gar keine und die Mehrheit nur sehr wenige Freunde, was dazu führt, dass fast die Hälfte von ihnen ihre Zeit im Wesentlichen alleine verbringt. Dennoch sagt eine Mehrheit von ihnen (87%), dass sie mit einem Freund oder einer Freundin sprechen können, wenn sie ein Problem haben. Ein Grossteil der Freunde hatte bereits Probleme mit der Polizei im Zusammenhang mit Drogen (62%), 31% der Freunde haben die Schule abgebrochen und 23% weisen ein Verhalten auf, das zu schulischen Schwierigkeiten führen kann. Interessanterweise sind 64% der Freunde den Eltern bekannt.

Nur 60% sind zufrieden mit ihrem Sozialleben und nur 30% sind zufrieden mit der Art und Weise, wie sie ihre Freizeit verbringen.

2.5 SCHULISCHE LAUFBAHN, ERWERBSLEBEN UND BERUFSBILDUNG

Das Ausbildungsniveau ist ziemlich tief: 77% haben die obligatorische Schule abgeschlossen und 23% haben eine Lehre oder Berufsschule gemacht. Die Mehrheit hat trotzdem ein Abschlusszertifikat erhalten (67%). Festzuhalten ist, dass 17% die Berufslehre abgebrochen haben und 13% von der obligatorischen Schule verwiesen oder suspendiert wurden. Eine einzige Person der 30 befragten Personen geht immer noch zur Schule. Eine geringe Zahl (11%) möchte Unterstützung, damit sie ihre unterbrochene schulische oder berufliche Ausbildung wiederaufnehmen können. Wir werden weiter hinten auf diese Dichotomie zwischen Problemen und ersuchter Hilfe näher eingehen. Tatsächlich hat diese Population Schwierigkeiten, Bedürfnisse auszudrücken.

Fast alle haben bereits gearbeitet (97%) und verrichteten dabei im Wesentlichen handwerkliche Tätigkeiten. Während den letzten sechs Monaten haben nur 30% Vollzeit und 18% Teilzeit gearbeitet. Obschon 84% gerne arbeiten würden, suchen nur 42% aktiv eine Arbeit.

Das Haupteinkommen stammt aus der Sozialhilfe (63%), 13% haben Einkünfte aus der Prostitution und 33% haben illegale Einnahmen aus dem Drogenhandel.

2.6 KÖRPERLICHE GESUNDHEIT

27% sagen aus, dass sie keine medizinischen Probleme bezüglich körperlicher Gesundheit haben, die sie zu einem Arztbesuch bewegt hätten, 72% hatten im Jahr 2007 mindestens eine medizinische Konsultation. Die Frauen haben durchschnittlich öfters (10 Mal mit einem Maximum von 50 Mal) als die Männer (2 Mal mit einem Maximum von 10 Mal) eine medizinische Konsultation in Anspruch genommen. 59% von ihnen machen sich Sorgen über ihre Gesundheit und 23% bezeichnen sich als häufig krank.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bezeichnet ein erheblicher Anteil (37%) seinen Gesundheitszustand als schlecht oder ziemlich gut und fast die Hälfte (43%) war bereits ernsthaft krank.

Die Hälfte der Personen sagt von sich, dass sie an einer chronischen Krankheit leidet, und 86% wurden bereits mindestens einmal in ihrem Leben hospitalisiert, mit einem Maximum von 30 Spitaleintritten in einem Fall.

Eine Mehrheit (53%) erwartet grosse Gesundheitsprobleme in der Zukunft. Die gesundheitlichen Hauptprobleme sind: Schlafprobleme (70%), Probleme mit den Zähnen (43%), Atembeschwerden (37%), Kopfschmerzen (33%), Ernährungsprobleme, Asthma (27%) und Untergewicht (23%). Nur eine Person gibt einen positiven HIV-Status an und vier Personen eine Hepatitis.

Was die körperliche Gesundheit in der letzten Zeit anbelangt, berichtet die Hälfte medizinische Probleme während den letzten dreissig Tagen vor der Umfrage gehabt zu haben. Bestimmte Personen geben sogar an, während 20 bis 30 Tagen in diesem Zeitraum krank gewesen zu sein. Ein Drittel ist besorgt wegen kürzlich aufgetretenen Gesundheitsproblemen.

Ein grosser Anteil (69%) findet es wichtig, eine medizinische Betreuung für ihre gesundheitlichen Probleme in Anspruch zu nehmen.

2.7 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Ein grosser Anteil (38%) hat mindestens einmal eine ambulante Behandlung für ein psychisches Problem in Anspruch genommen. Die Hälfte war in einer Institution in Behandlung und gleich viele hatten bereits Suizidgedanken. Eine sehr grosse Mehrheit fühlt sich deprimiert oder sagt, dass sie „den Blues hat“ (83%), Während den letzten 30 Tagen haben 70% mindestens einmal einen Tag gehabt, an dem sie psychologische Probleme hatten; 13% davon geben an, dass sie diese während den ganzen 30 Tagen wahrgenommen haben. 37% sagen, dass sie für psychische Probleme Unterstützung benötigen. Man findet somit einen gewichtigen Anteil von psychiatrischer Komorbidität in dieser Stichprobe.

2.8 DROGENKONSUM

Im Verlauf ihres Lebens haben alle befragten Personen Heroin, Kokain und Cannabis konsumiert. Das durchschnittliche Alter des ersten Konsums der verschiedenen Substanzen ist nahe an den Ergebnissen aus den Umfragen in den niederschweligen Einrichtungen (Tabelle 3). Es ist interessant festzustellen, dass manche schon sehr früh mit dem Konsum harter Drogen begannen, während andere relativ spät damit anfangen. Diejenigen Personen mit frühem Einstieg konsumieren tendenziell zahlreiche Substanzen und injizieren häufiger als jene, die später anfangen.

Tabelle 3 Lebenszeitprävalenz und erster Konsum diverser Substanzen

Substanzen	Lebenszeitprävalenz (in Prozent)	Erstkonsum im durchschnittlichen Alter von (Jahre)	Alter beim Erstkonsum Minimum (Jahre)	Alter beim Erstkonsum Maximum (Jahre)
Heroin	100.0%	16.5	12	21
Kokain	100.0%	16.3	12	20
Cocktail	76.7%	17.8	13	23
Benzodiazepine	76.7%	18.7	12	23
Methadon illegal	53.3%	17.2	12	21
Amphetamine	90.0%	16.2	12	22
Cannabis	100.0%	13.5	11	18
Alkohol	96.7%	12.7	4	16

Was den gegenwärtigen Drogenkonsum anbelangt, konsumieren 53% mehrmals täglich Heroin, 27% Kokain, 13% Cocktails, 13% Benzodiazepine, 23% Cannabis und 10% Alkohol.

Betreffend Konsumform wird Heroin von 30% der Personen injiziert, 37% injizieren sich Kokain, 30% einen Cocktail und 13% Benzodiazepine. Ein grösserer Anteil (43%) inhaliert Heroin und Kokain.

Etwas mehr als die Hälfte (53%) hat in ihrem bisherigen Leben bereits intravenös konsumiert, mit einem Durchschnittsalter von 18 Jahren bei der ersten Injektion (Minimum 14 Jahre und Maximum 21 Jahre). Die Frauen begannen mit ihrem intravenösen Konsum im Durchschnitt im Alter von 16,5 Jahren (Minimum 14 Jahre, Maximum 18 Jahre), d.h. früher als die Männer, die sich im Schnitt mit 19,7 Jahren zum ersten Mal injizierten (Minimum 17 Jahre, Maximum 21 Jahre). Weniger als die Hälfte (43,3%) hat in den letzten sechs Monaten injiziert.

Der Grossteil spritzt sich in einem Konsumraum (39%), 31% zuhause und gleichwohl 31% im öffentlichen Raum.

Die Anzahl Injektionen pro Woche variiert von 1 bis 84 mit einem höheren Durchschnitt für die Männer (34 Injektionen pro Woche) als für die Frauen (18 Injektionen pro Woche).

2.9 SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Es ist interessant festzustellen, dass - wie bereits im Rahmen der Umfragen in den niederschweligen Einrichtungen auf nationaler Ebene im 2006 festgestellt wurde - 50% der befragten Personen in einer Methadonbehandlung sind. Die kürzeste Behandlungsdauer beträgt 1 Monat und die längste 6 Jahre und 8 Monate. Die mittlere Behandlungsdauer liegt bei 2 Jahren und 4 Monaten mit einem Median von 1 Jahr und 4 Monaten. Eine Person berichtet zudem über eine Behandlung mit Dormicum seit 2 Jahren. Keine der befragten Personen ist in einer heroingestützten Behandlung, weder intravenös noch oral verabreicht.

Der grosse Anteil von Personen in einer Substitutionsbehandlung wirft die Frage auf, inwiefern diese Behandlungen und die Betreuung dieser Personen angemessen sind. Wir werden diesen zentralen Punkt in den Schlussfolgerungen aufgreifen.

2.10 GEMEINSAMER SPRITZENGEBRAUCH UND ÜBERDOSEN

Unter den sich injizierenden Drogenkonsumierenden sagen 31%, dass sie in ihrem Leben bereits gemeinsam Spritzen gebraucht haben, und 25% geben dies für die letzten sechs Monate an. Dieser Anteil ist höher als derjenige, der in den Umfragen auf nationaler Ebene in den niederschweligen Einrichtungen ermittelt wurde. Diese relativ hohe Rate von gemeinsamem Spritzengebrauch könnte mit dem vermehrten Mischkonsum und der höheren Anzahl berichteter Injektionen pro Woche erklärt werden.

Zusätzlich zur Injektion hat die grosse Mehrheit (90%) während den letzten sechs Monaten auch inhaliert. Die Hälfte hatte bereits eine Überdosis, mit einer maximalen Anzahl von sieben berichteten Überdosen.

2.11 SEXUELLE BEZIEHUNGEN UND PARTNERINNEN

Die Mehrheit der Personen ist sexuell aktiv: 90% hatten während den letzten sechs Monaten sexuelle Beziehungen. Der Grossteil hatte eine feste Partnerin bzw. einen festen Partner (73%) in den letzten sechs Monaten, allerdings sind nur 58% zufrieden mit dieser Beziehung. Unter den PartnerInnen injizieren sich 33% Drogen, 30% konsumieren Alkohol und 40% konsumieren Drogen. Ungefähr ein Drittel der Eltern (31%) schätzt diese Beziehungen als problematisch ein.

Die Verwendung des Präservativs ist nicht weit verbreitet bei 19%, die sagen, dass sie es stets benutzen, und 15%, dass sie es mit ihrer festen Partnerin bzw. ihrem festen Partner meistens verwenden. Was die GelegenheitspartnerInnen anbelangt, sagen 41%, dass sie solche in den letzten sechs Monaten hatten, wobei die Hälfte von ihnen angibt, bei sexuellen Beziehungen immer ein Präservativ zu verwenden. Anlässlich des letzten Geschlechtsverkehrs verwendeten 41% ein Präservativ. Von sexuellen Beziehungen als Gegenleistung für Geld oder ein Geschenk berichten 27% der Personen. Nur 7% möchten mehr Informationen im Zusammenhang mit übertragbaren sexuellen Krankheiten und Sexualität.

2.12 DELINQUENTES/KRIMINELLES VERHALTEN

Die Hälfte der Befragten hat bereits mindestens einen Gefängnisaufenthalt hinter sich, 20% haben eine Bewährungshilfe mit Weisungen und 23% verbüssen eine bedingte Freiheitsstrafe. Die Mehrheit (77%) wurde bereits von der Polizei verhaftet wegen einem Delikt, die Anzahl Verhaftungen geht von 1 bis 100 mit einem Alter beim ersten Mal von 9 Jahren bis 21 Jahren.

2.13 BEDÜRFNISSE

Das Ausdrücken von Bedürfnissen bleibt schwierig und ist häufig widersprüchlich. Unterstützung bei der Arbeitssuche scheint ein prioritärer Bedarf zu sein. Die Beschäftigung in der freien Zeit muss entwickelt werden, denn ein grosser Anteil der Personen sagt, dass sie nicht wissen, was sie während dieser Zeit tun sollen.

Zahlreiche Personen möchten eine langfristige Betreuung und es ist interessant festzustellen, dass nach Abschluss des Forschungsteils dieser Studie mehrere Personen Einrichtungen mit stationärer Betreuung zugeführt werden konnten.

Wie für die anderen Konsumierenden harter Drogen ist auch hier aufgrund der erheblichen psychiatrischen Komorbidität eine bio-psycho-soziale Betreuung notwendig.

3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

3.1 METHODIK

Es ist wichtig, einige Grenzen der für diese Studie verwendeten Methodik aufzuzeigen. Die Personen, die den quantitativen Fragebogen beantwortet haben, entsprechen nicht vollumgänglich der Gesamtpopulation der jungen Konsumierenden harter Drogen, welche die Einrichtungen in Bern und Biel frequentieren. Denn trotz des grossen Aufwands an Zeit und Energie seitens der Mitarbeitenden der Einrichtungen, um die Personen der Zielgruppe (Junge von 16 bis 25 Jahren in Bern und von 18 bis 25 Jahren in Biel) zur Teilnahme zu motivieren, haben einige die Teilnahme verweigert. Dennoch sind die vorgestellten Ergebnisse mit einer Stichprobe von schliesslich 30 Personen relativ repräsentativ. Ebenso wenig sind die Personen, die zum qualitativen Interview bereit waren, eine zufällige Stichprobe derjenigen, die bereits beim ersten Teil der Studie mitgemacht hatten. Es scheint, dass die daraus resultierende Verzerrung in Bern ein wenig ausgeprägter ist als in Biel.

Die erhaltenen Antworten unterscheiden sich teils infolge der zwei unterschiedlichen Methoden und es ist schwierig zu sagen, in welchem Sinn bzw. in welche Richtung sie verzerrt sein könnten. A priori können wir die Hypothese aufstellen, dass eine externe Person von ausserhalb der Einrichtung, wie das für den qualitativen Teil der Fall war, weniger Verzerrungen in den Antworten bewirkt als jemand, der innerhalb der Einrichtung arbeitet. Trotz dieser möglichen Verzerrung hat sich dieses Instrument dennoch als sehr nützlich erwiesen, um die betreuten Personen besser kennenzulernen. Man könnte sich sogar vorstellen, dass dieser Umstand die spätere Betreuung von mehreren der befragten Personen im Rahmen einer stationären Behandlung erleichtert hat.

Das Führen der Fokusgruppen scheint mit dieser Population schwierig zu sein, zumindest dann, wenn kein finanzieller Anreiz geboten wird. Es wäre interessant zu sehen, ob dieser Ansatz bei einer zukünftigen Untersuchung als erste Etappe verwendet werden könnte und nicht als dritte Etappe, wie das im Rahmen dieser Studie der Fall war. Es ist möglich, dass eine bestimmte Anzahl der Befragten genug davon hatten, die zahlreiche Fragen zu beantworten.

3.2 PROFIL DER PERSONEN

Die Biographien der Personen, die an dieser Studie teilgenommen haben, weisen zahlreiche Brüche auf: Weglaufen von zuhause, schulisches oder therapeutisches Scheitern, Gefängnisaufenthalte etc.

Die Mehrheit von ihnen hat bereits zahlreiche Substanzen konsumiert, mit einem früheren Beginn des Konsums bei den Frauen. Der Hauptkonsumweg ist die Inhalation, mit mehreren festgestellten Fällen, die von der Inhalation zur Injektion übergegangen sind und dies erst relativ spät in ihrer Konsumententwicklung.

Das Eingehen von Risiken ist ziemlich hoch, und zwar in Bezug sowohl auf den gemeinsamen Spritzengebrauch als auch auf die geringe Verwendung von Präservativen, insbesondere bei sexuellen Beziehungen mit GelegenheitspartnerInnen.

Die Wahrnehmung der physischen und psychischen Gesundheit ist tief und eine hohe Anzahl leidet an körperlichen Gesundheitsproblemen und vor allem an psychischen Problemen, die offenbar kaum behandelt werden.

Die Mehrheit der Personen hat ein ziemlich tiefes Bildungsniveau und nur ein kleiner Anteil ist noch beruflich aktiv, obwohl die Mehrheit in ihrem Leben bereits gearbeitet hat; ein Grossteil ist bereits auf Sozialhilfe angewiesen und arbeitet nicht mehr.

Die Beziehungen zur Familie werden als gut beschrieben, trotz häufig schwierigen Vorgeschichten der Eltern (Alkoholprobleme, illegale Drogen, psychische Probleme). Während mehrere Personen sagen, dass sie sich auf ihr familiäres Netz stützen können, gibt ein anderer Teil Misshandlungserfahrungen und wenig befriedigende Beziehungen zu ihren Eltern an.

Das soziale Netzwerk ist arm; auch wenn die Mehrheit der Personen einige enge Freunde hat, mit denen sie ihre Probleme teilen können, handelt es sich dabei häufig um Personen, die auch illegale Drogen oder Alkohol konsumieren.

Generell sind sie unzufrieden mit ihrer Partnerschaft, mit ihrer Verwendung der freien Zeit und mit ihrem Tagesablauf.

3.3 BEDARF

Was auf Anhieb auffällt in dieser Studie, ist die Schwierigkeit der interviewten Personen, ihre Bedürfnisse auszudrücken. Zudem erweist sich dieser Ausdruck der Bedürfnisse teils als widersprüchlich zwischen den genannten Problemen und dem Bedarf, der damit verbunden sein könnte.

Unter den klar geäußerten Bedürfnissen findet man in erster Linie das Bedürfnis eine Unterstützung bei der Arbeitssuche zu haben, sogar nur punktuell. Dieses Bedürfnis muss in Verbindung gebracht werden mit einer Beschäftigung während der freien Zeit, die schwierig zu sein scheint. Aufgrund der relativ grossen sozialen Isolation der meisten Personen haben diese die Tendenz, ihr Leben um bestimmte Tageszeiten herum recht stark zu strukturieren: das Aufwachen, die Mahlzeiten und oft das Aufsuchen der Einrichtung, um dort Drogen zu konsumieren.

Mehrere Personen haben auch gesagt, dass sie selbst Lösungen für das Beenden ihres Konsums finden sollten, und dass eine Hilfe von aussen erst dann nützlich sei, wenn sie bereits selber einen inneren Weg gegangen sind und sich bereit fühlen aufzuhören. Hingegen betonen alle die Wichtigkeit der niederschweligen Angebote wie in Bern und Biel, um sicher und stressfrei konsumieren zu können. Sie geben auch an, dass diese Einrichtungen für sie wichtig sind, weil sie ihnen den Zugang zum Milieu der Drogenkonsumierenden ermöglichen, wo sie sich leichter mit Drogen versorgen oder Drogen verkaufen können, um so ein bestimmtes Einkommen zu erzielen.

Generell werden die Mitarbeitenden der Einrichtung als kompetente Personen wahrgenommen, mit denen die Befragten ihre Probleme besprechen können. Sie geben dennoch an, dass aufgrund der Anzahl anwesender Personen in den Einrichtungen die Mitarbeitenden wenig Zeit zur Verfügung haben, um sich mit ihnen auszutauschen. Sie lassen keinen Zweifel daran, dass diese Einrichtungen einem äusserst wichtigen Bedürfnis der Drogenkonsumierenden entsprechen, insbesondere weil sie dort wegen ihrem Konsum nicht verurteilt werden.

Eine Mehrheit möchte von der Polizei und den Ordnungshütern besser angesehen werden. Sie finden, dass ihnen zu wenig Respekt entgegengebracht wird und sie wegen Bagatellen verfolgt werden.

Mehrere der interviewten Personen erwähnten die Wichtigkeit der Primär- und Sekundärprävention, damit verhindert werden kann, dass weitere junge Leute denselben Weg gehen wie sie. In derselben Logik sagten diejenigen unter ihnen, die Drogen im kleinen Rahmen verkaufen, sie würden Jungen oder Minderjährigen keine Drogen verkaufen, und sie lehnen diese Praxis von den Dealern, die das tun, ab.

4 EMPFEHLUNGEN

Am Ende dieser Studie machen wir folgende Vorschläge, die zum Nachdenken anregen sollen:

Es ist notwendig, sowohl das vernetzte Arbeiten um jede/n Konsumierenden herum als auch die Behandlungs- und Betreuungsbemühungen zu ihren Gunsten zu intensivieren. Dies gilt umso mehr, wenn es um Drogenkonsumierende geht, die sich die Drogen noch nicht injizieren.

Um die Arbeit im Helfernetz zu verbessern, müssen die Prioritäten im Bereich der Arbeitszeit der Mitarbeitenden überdacht werden.

Die Verwendung einer kürzeren Version des in dieser Studie verwendeten quantitativen Fragebogens könnte ermöglichen, dass die Personen, die diese Strukturen nutzen, besser bekannt sind und somit schneller eine auf den Bedarf des Einzelnen ausgerichtete Betreuung gewährleistet werden kann.

Ebenso müsste genereller über die Frage der Anonymität nachgedacht werden. Wenn bei der Entstehung der niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz das Respektieren der Anonymität sehr wichtig war, um ein Maximum an sich auf der Gasse herumtreibenden Personen anzusprechen, so hat sich die Situation seither beträchtlich verändert.

Analog dazu könnte die Entwicklung eines Indikationssystems zur Behandlung - wie beispielsweise jenes, das zurzeit im Kanton Waadt in Entwicklung ist - sehr hilfreich und zweckmässig sein für die frühzeitige Betreuung Konsumierender. Mehrere Modelle sind vorstellbar, insbesondere eine Anpassung des Projekts INCANT, welches sich an Cannabis Konsumierende richtet und sich auf die Anwendung eines Ansatzes der intensiven Familientherapie stützt.

Die Entwicklung von Arbeitsmöglichkeiten für diese Population, die ein relativ tiefes Bildungsniveau hat, ist ebenfalls notwendig. In Biel wird gegenwärtig über Angebote nachgedacht, die den „Tagelöhnerprojekten“ entsprechen, wie sie in Bern vorhanden sind.

In einem generelleren Sinn ist die Verstärkung der Bildung dieser ausgegrenzten Population, die häufig in der Schule gescheitert ist, eine Priorität, umso mehr als eine grosse Mehrheit von ihnen bereits jetzt Sozialhilfe bezieht.

Die Verstärkung der Zusammenarbeit mit den Methadon verschreibenden Ärzten ist notwendig, weil die Hälfte der befragten Personen aktuell in einer Methadonbehandlung steht, jedoch weiterhin zahlreiche Drogen konsumiert.

Eine bio-psycho-soziale Betreuung ist in Anbetracht der in dieser Studie festgestellten erheblichen psychiatrischen Komorbidität notwendig.

Der Einfluss des Kleinhandels rund um die Einrichtungen und weitergehend der kriminogene Einfluss des Milieus der Drogenkonsumierenden auf die jüngeren unter ihnen müsste stärker berücksichtigt werden; insbesondere bei der Strafverfolgung sollte vermehrt eine Bewährungshilfe mit Weisungen für diese bestimmte Klientel der jungen Konsumierenden angeordnet werden (bspw. in Anwendung von Art. 44 StGB mindestens in seiner ambulanten Form).

Die Frage nach dem Nebeneinander von Personen, die Drogen inhalieren, mit denjenigen, die injizieren, muss erneut angegangen werden, weil dieses weiterhin das Risiko des Wechsels von einer weniger gesundheitsschädigenden Konsumform zur schädlicheren Konsumform der Injektion in sich birgt.

Die gezielte Sekundärprävention bei gefährdeten Jugendlichen in der Schule oder in der Berufsausbildung muss auch verstärkt werden, um den Übergang zum chronischen und problematischen Konsum zu verhindern.

5 ANHÄNGE

5.1 QUANTITATIVER FRAGEBOGEN

Der Fragebogen (16 Seiten) ist nicht in diesem Bericht enthalten. Er kann separat heruntergeladen werden unter http://www.infodrog.ch/txt/impuls/supra-f/Junge%20DK_Fragebogen_deutsch.pdf

5.2 LEITFADEN FÜR DIE QUALITATIVEN INTERVIEWS

	Fragen qualitatives Interview	Fragen aus dem quantitativen Fragebogen	Fragen der Studie
1	Was machen Sie momentan ? (betreffend Tagesbeschäftigung, Ausbildung, Arbeit, etc.) (Einleitungsfrage, damit sich die Person am Anfang des Interviews wohler fühlt)	Q34-Q44	Ausbildung, Beruf, Integration
2	Mit welchen Personen verbringen Sie Ihre Tage, Ihre Zeit ?	Q45-Q50	Soziale Bindungen, (Familie, Freund/innen, Gleichgesinnte etc.) Ressourcen
3	Hatten Sie in Ihrem Leben schon problematische Momente ? (in Bezug oder nicht auf Ihren Drogenkonsum : Misserfolg an der Schule, Gefängnis, Gesundheit, Schulden, etc.) ?	Q20-Q32, Q35, Q71-Q74	Verletzlichkeit, einschneidende Ereignisse, Wendepunkte (points de ruptures), Ressourcen (wie wurde / wer hat Ihnen geholfen)
4	Als diese Probleme auftauchten, welche Art von Hilfe haben Sie gesucht ? Welches waren die genutzten Strukturen oder Dienste ?	Ausserhalb von Freunden, keine spezifischen Fragen	Zurückgreifen auf Strukturen, auf andere Arten von Unterstützung oder Nutzung der Ressourcen
5	Was konsumieren Sie momentan und was suchen Sie, indem Sie diese Drogen konsumieren ? (man kann auch den im quantitativen Fragebogen beschriebenen Konsum wieder aufgreifen und ihn bestätigen)	Q75-Q77	Sinn des aktuellen Konsums
6	Könnten Sie mir sagen wie Sie begonnen haben legale Drogen zu konsumieren (Alkohol, Tabak) und wie Sie mit dem illegalen Drogenkonsum angefangen haben ? (Alter, Kontext, Dauer, etc.) ?	Q75	Verlauf des Konsums
7	Wie betrachten Sie Ihren aktuellen Drogenkonsum ? Wie fühlen Sie sich im Moment ? Haben Sie Probleme aufgrund des Konsums ?	Q49-Q50, Q88-Q102	Aktuelle Problematik der Selbstwahrnehmung in Bezug oder nicht auf den Konsum
8	Was sind Ihre allgemeinen Bedürfnisse ? (aufgrund vorheriger Antworten kann diese Frage die Bedürfnisse in der Ausbildung, der sozialen Nachbetreuung, etc. betreffen).		Allgemein erwähnte Bedürfnisse
9	Was suchen Sie hier ? (Wiedereinstiegsfrage falls die Vorherige nicht viel Information erbracht hat : Wenden Sie sich auch an andere Strukturen ausserhalb dieser Struktur : Liste der bestehenden Strukturen)		Bedürfnisse in Bezug auf niederschwellige Strukturen
10	Wenn diese Struktur (Biel, Bern) verschwinden müsste, was würden Sie tun ? Was würde dies für Sie bedeuten ? Was würde Ihnen fehlen ?		Bedürfnisse und Wertschätzung ; Angebot
11	Nach alledem: Was möchten Sie mir noch gerne sagen ? Was fehlt Ihnen ganz allgemein gesagt ?		Theoretische Bedürfnisse

Die Fragen 8 bis 10 haben keine Äquivalenzen zum quantitativen Fragebogen. Was die anderen Fragen betrifft gibt es noch weitere Kombinationsmöglichkeiten, welche in der « Analyse croisée » vom qualitativen und quantitativen Fragebogen erfolgen werden. Die Fragen in der 3. Kolonne dienen als Beispiele.

5.3 GRILLE POUR LES FOCUS GROUPES

Commencer par un petit mot de bienvenue et de présentation des intervenants, rappel des objectifs de l'étude et des pistes pour la suite de la prise en charge des jeunes consommateurs

Explication des règles du focus groupe :

- chacun parle à son tour,
- respect des autres,
- dire ce que l'on pense,
- acceptation de l'enregistrement et anonymat

1. Tour de table pour enregistrer les voix de chacun

2. Pouvez-vous nous citer les divers besoins que vous avez à ce jour

3. Quels sont selon vous les besoins prioritaires ?

4. Quelles sont les types d'aides que vous pouvez trouver pour répondre à ces besoins ?

5. Qu'est-ce qui fonctionne bien actuellement dans le réseau de prise en charge des consommateurs de drogues ?

6. Qu'est ce qui manque ou qui devrait être amélioré ?

7. Que vous apporte le K&A ? Que feriez-vous si celui-ci devait fermer ?

8. Avez-vous encore d'autres commentaires ou remarques d'ordre général (politique drogue, répression, etc.)

Remerciements à toutes et tous

Junge Drogenkonsumierende im Umfeld der K&A Bern und Biel

Synopse der Gespräche mit ausgewählten Fachleuten aus Bern (20.01.2009 - 24.02.2009)

Alison Chisholm, Infodrog

Fragen	K&A Bern	Beratungsstelle Contact Bern	KAPO, Einsatzgruppe Krokus	Sozialdienst Bern, Fachstelle Drogen	Kirchliche Gassenarbeit	Pinto
Arbeits-auftrag?	<ul style="list-style-type: none"> * Stabilisierung in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Bildung und Tagesstruktur. * Verhindern des Verlusts des sozialen Netzes. * Wenn möglich Abstinenz. 	<ul style="list-style-type: none"> * Bearbeitung der mit dem Suchtverhalten zusammenhängenden Problemlage. * Heilungs- und Entwicklungsprozesse initiieren. 	<ul style="list-style-type: none"> * Sicherheits- und gerichtspolizeilicher Aspekt: Verhindern von Drogenkonsum und Szenebildung im öffentlichen Raum sowie Verhindern und Ahnden von Delikten. * Medizinisch-sozialer Aspekt: Zuführung festgenommener Konsumierender an die Zentralstelle (AVR): medizinisch-soziale Abklärungen und Vernetzung. * Polizeiliche Intervention: Ladendiebstahl, Raub und weitere Delikte. 	<ul style="list-style-type: none"> * Soziale Integration der Klientel in die Bereiche Arbeit, Wohnen etc. * Hinführen zur Abstinenz. * Junge: Abstinenz/Entzug, wenn indiziert stationäre/ambulante Therapie, Distanz zur Drogenszene, soziale und berufliche Integration. 	<p>Parteiliche, aufsuchende, akzeptierende und niederschwellige Gassenarbeit.</p>	<p>Pinto:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ordnungsdienst * Sozialarbeit * Prävention
Ist die jetzige Betreuung adäquat?	<p>Nein, eine adäquate Betreuung wäre möglich, wenn die Betroffenen sich das wünschen würden und bei der K&A die notwendigen Ressourcen vorhanden wären.</p>	<p>Nein, die Betreuung für diese Klientel in der niederschweligen Arbeit ist nicht adäquat.</p>	<p>Trotz vieler Angebote gibt es noch Lücken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Eine adäquate Betreuung wäre möglich, es gibt sehr viele Angebote. * Eine Schwierigkeit ist die geringe Motivation der KlientInnen und die Attraktivität des Milieus. * Es gibt auch Lücken im Versorgungsangebot. 	<p>Nein, die Betreuung ist nicht adäquat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Es sind genügend Angebote vorhanden, werden sie genutzt? * Die Ressourcen sind vorhanden - die Betreuung wird abgelehnt. * Fazit: Sind die Angebote richtig?

<p>Was fehlt für eine adäquate Betreuung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Die Ressourcen für Beratungsgespräche. * Kriseninterventionen sollten möglich sein, dies bedingt zusätzliche Ressourcen * Die Fallführung im Sinne eines freiwilligen Case Managements. 	<ul style="list-style-type: none"> * Zusätzliche Ressourcen für Betreuung/Priorisierung vorhandener Ressourcen für diese Zielgruppe. * Die Nutzung der K&A mit Auflage verbindlicher Vernetzung. * Offensives Zugehen auf junge Menschen, in Beziehung treten und für Behandlung motivieren. 	<ul style="list-style-type: none"> * Gassenarbeiter * Erweiterung der Öffnungszeiten der Kontakt- und Anlaufstelle. * 24-Stunden-Struktur für sozial Randständige mit Schlafgelegenheiten, Aufenthaltsräumen, auch für Minderjährige zugänglich. 	<ul style="list-style-type: none"> * Institution für den Vollzug fachlich adäquater Zwangsmassnahmen (FFE); PUK Waldau ist ungeeignet, Vermischung Psychiatrie- und SuchtpatientInnen. * Insbesondere für junge Frauen im FFE ist der Vollzug in der Strafanstalt Hindelbank ungeeignet. Nötig wäre eine therapeutische Einrichtung. 	<ul style="list-style-type: none"> * Zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen. * Niederschwellige, akzeptierende Angebote für Familien mit Abhängigkeitsproblematik. * Klare Trennung in der K&A zwischen RaucherInnen und intravenös Konsumierenden harter Drogen. * Mehrere dezentrale Anlaufstellen (Trennung harte/weiche Drogen, Trennung Konsumformen). * Niederschwellige, Notschlafstelle mit 24-Std.-Betrieb, Drogenkonsum erlaubt. * Duschen für Leute auf der Gasse, welche nicht harte Drogen konsumieren. 	<p>Keine Antwort</p>
<p>Wo stehen die jungen Konsumierenden in 5 Jahren?</p>	<p>Unterschiedlich: einige haben eine Ausbildung abgeschlossen, eine Therapie gemacht, halten sich im Ausland auf, andere sind weiterhin hier und in der K&A, einige sind in einer Tagesstruktur, in einem Substitutionsangebot oder im Gefängnis. Manche sind in der Zwischenzeit Eltern geworden.</p>	<p>Wunsch: Es wäre wunderbar, wenn diese in fünf Jahren einen Entzug hinter sich hätten, in einer Therapie (gewesen) wären, eine Arbeitsstelle hätten und die Suchtgeschichte mit der Familie aufgearbeitet worden wäre.</p>	<p>Vermutung: Ein Grossteil der Personen ist in 5 Jahren nicht mehr da (Umzug, Vernetzung in Wohnsitzgemeinde). Der kleinste Teil wird zum harten Kern gehören, der die ganze Zeit auf der Gasse anzutreffen sein wird.</p>	<p>Einige der jungen Konsumierenden streben eine Drogenkarriere an. Andere werden eine Therapie machen, ambulant oder stationär und wegziehen. Die jungen Konsumierenden werden sich in die Richtung eines dieser beiden Extreme entwickeln.</p>	<p>Wo sie genau sein werden hängt von ihnen und ihren Ressourcen/ihrem Umfeld ab. Einige schaffen vielleicht den Sprung weg von der Gasse oder zumindest zeitweilig weg von der Gasse.</p>	<p>Vermutung: Mehrheitlich Verbleib in der Szene. Ausstieg scheint schwierig zu sein.</p>

5.4 SYNTHESE DER BEFRAGUNGEN VON SECHS FACHLEUTEN AUS BERN

Synthese der Gespräche mit sechs Fachleuten aus dem bernischen Versorgungsnetz

Alison Chisholm, Infodrog

Hintergrund der Befragung

Die Aktionsforschung, die im Juli 2008 begann, beinhaltetete auch einen Teil Analyse des Versorgungsnetzes ausserhalb der K&A. Dabei ging es darum, die Versorgungslage im Raum Bern zu überprüfen hinsichtlich ihrer Angemessenheit für die Unterstützung der Zielgruppe. Das Untersuchungsziel war das Benennen von allfälligen Lücken und das Skizzieren von Konzepten zu deren Schliessung.

Untersuchungsgegenstand

Der Untersuchungsgegenstand ist die Angebotsstruktur für die genannte Zielgruppe im Raum Bern. In Absprache mit den Verantwortlichen des Contact Netz Biel wurde in Biel ein anderer Zugang zur Untersuchung der Versorgungsstruktur gewählt, weshalb sich dieser kurze Bericht einzig auf Gespräche mit Fachleuten aus dem Versorgungsnetz von Bern bezieht.

Forschungsfragen

Die Forschungsfragen wurden von der Verfasserin in Zusammenarbeit mit Bernhard Meili, Projektsteuerung und Ines Bürge, Leiterin der K&A Bern, entwickelt. Damit sollte gewährleistet werden, dass sie einerseits die Fragen der Projektsteuergruppe beantwortet, andererseits für die K&A Bern von Nutzen sind. Nachfolgend sämtliche Forschungsfragen:

Was ist der Anlass/wie/wo und in welcher Form stehen Sie mit der beschriebenen Zielgruppe in Kontakt? Zu welchem Zeitpunkt (Alter der/ des Betroffenen?) haben Sie Kontakt mit diesen Personen?

Was ist Ihr Arbeitsauftrag in Bezug auf die Zielgruppe?

Welche Ziele verfolgen Sie mit dieser Zielgruppe bzw. mit jemandem in dieser Situation (vgl. Beschreibung)?

Werden aus Ihrer Sicht diese Personen adäquat betreut?

Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht eine adäquate Betreuung?

Wo stellen Sie sich vor, dass diese Personen in 5 Jahren stehen werden?

Arbeiten Sie mit der K&A zusammen? Was wäre bei der Zusammenarbeit allenfalls zu verbessern in Bezug auf die Zielgruppe?

Wichtige Ergänzungen

Methode

Die Forschungsfragen wurden sechs ausgewählten Fachleuten nach einem kurzen Telefongespräch per E-Mail zugeschickt. Sie dienten der Gesprächsvorbereitung. Es wurden qualitative Interviews durchgeführt, die jeweils rund eine Stunde dauerten. Die Gesprächsinhalte wurden schriftlich aufgezeichnet (Handnotizen) und den GesprächspartnerInnen zur Kontrolle und Bereinigung zugeschickt und wenn nötig nochmals überarbeitet.

Stichprobenwahl

Bei der Wahl der interviewten Fachpersonen wurde eine systematische Auswahl in Absprache mit Ines Bürge, der Leiterin der K&A Bern, getroffen. Dabei handelt es sich um diejenigen Fachstellen/Fachpersonen, die ausserhalb der K&A am häufigsten mit der Zielgruppe der jungen Drogenabhängigen in Kontakt stehen. Sämtliche der angefragten Fachleute waren zu einem Gespräch bereit.

Ergebnisse

Die Erläuterung der Ergebnisse beschränkt sich auf die Fragen 4 und 5, die ein breiteres Publikum interessieren könnten.

Frage 4: Ist die jetzige Betreuung adäquat?

Die Betreuung der Konsumierenden wird von den befragten Fachleuten unterschiedlich eingeschätzt. Drei der befragten Personen sind der Ansicht, dass die Betreuung nicht adäquat ist, die restlichen drei Personen sind der Ansicht, dass viele Angebote vorhanden sind aber dennoch Lücken im Versorgungsnetz bestehen bzw. die vorhandenen Angebote eventuell nicht adäquat sind.

Frage 5: Was wäre aus Ihrer Sicht eine adäquate Betreuung?

Unterschiedliche Gründe führen gemäss den befragten Fachleuten dazu, dass die Betreuung der jungen Konsumierenden nicht als adäquat bezeichnet werden kann. Dazu zählen auf Angebotsseite fehlende Betreuungsressourcen, niederschwellige 24-Strukturen (i. S. einer Notschlafstelle resp. einer Anlaufstelle), eine adäquate Institution für den Vollzug von Massnahmen für Frauen, sowie die Trennung von Rauchenden und intravenös Konsumierenden in der Kontakt- und Anlaufstelle. Auf die konkrete Zusammenarbeit mit den Konsumierenden bezogen werden das Fehlen eines offensiven Zuehens in der K&A und auch die Möglichkeit eines freiwilligen Case Managements (in Zusammenarbeit mit der K&A) für die Betroffenen genannt.

Was die Seite der Konsumierenden anbelangt (= Nachfrager), wird deren nicht immer vorhandene Motivation für eine adäquate Betreuung als Grund für die nicht angemessene Betreuung genannt.

Die Gründe für das Fehlen einer adäquaten Betreuung lassen sich somit aufteilen in drei Gruppen: Fehlende Strukturen/Angebote, fehlende Differenzierung/Umsetzung der Konzepte in den vorhandenen Angeboten und fehlende Motivation seitens der Konsumierenden. Eine Verbesserung der Betreuungssituation der Betroffenen sollte somit vermutlich auf allen Ebenen gleichzeitig ansetzen: Auf der Ebene des betroffenen Individuums, indem Motivationsarbeit geleistet wird (was das Vorhandensein von entsprechenden zeitlichen/finanziellen Ressourcen in der K&A voraussetzt), auf der Ebene der Betreuung in der K&A (Sensibilisierung der Mitarbeitenden hinsichtlich der jungen Konsumierenden, Überdenken der Differenzierung der Leistungen/Konzepten nach unterschiedlichen Zielgruppen gemäss Kriterien Alter („junge“ vs. „alte“ Konsumierende) und Konsumform (RaucherInnen vs. intravenös Konsumierende) und schliesslich auf der strukturellen Ebene, indem überprüft wird, wie die vorhandenen Angebote verbessert werden könnten resp. welche neuen Angebote allenfalls zu schaffen wären. Eine verbesserte Betreuung auf der strukturellen Ebene erfordert unter Umständen ein umfassenderes Betreuungskonzept über die verschiedenen Anbieter hinaus und nicht das eigentliche Schaffen einer neuen Institution.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Befragten mehrheitlich von Mängeln in der Betreuung junger Drogenkonsumierender ausgehen. Diese liessen sich vermutlich durch unterschiedliche Interventionen auf der Ebene der Konsumierenden (Motivationsarbeit), auf der Ebene der Mitarbeitenden (Sensibilisierung der Mitarbeitenden; zusätzliche personelle Ressourcen) aber auch auf der strukturellen Ebene (Intensivierung/Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachstellen) verbessern. Für eine grundsätzliche Verbesserung der Situation von Konsumierenden ist davon auszugehen, dass koordinierte Massnahmen auf allen drei Ebenen durchgeführt werden müssen und deren

Umsetzung den jeweils anderen Fachstellen kommuniziert werden sollten. Der intensiveren Betreuung der jungen Konsumierenden (Ebene Konsumierende und Ebene Mitarbeitende) ist meines Erachtens der Vorzug zu geben.

Ausblick

Im Nachgang zur Sitzung mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern mit Schlüsselpersonen aus dem Versorgungsnetz im Umfeld der K&A Bern und Biel am 23. März 2009 wurde beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich mit der geschilderten Problematik vertieft auseinandersetzt, um die Betreuungssituation für die Zielgruppe zu verbessern. In Biel werden demnächst zwei Sitzungen mit Fachleuten aus dem Versorgungsnetz der Zielgruppe und aus dem Bereich der Früherkennung und Frühintervention stattfinden, um die Studienergebnisse zu präsentieren und zu diskutieren.

Die etwas ausführlichere Beschreibung dieses Teils der Aktionsforschung wird in der deutschen Version des Studienberichts erscheinen (Juni 2009).