

**„SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK MODERNIZÁCIÓJA, KÖZPONTI ÉS  
TERÜLETISTRATÉGIAI TERVEZÉSI KAPACITÁSOK MEGER SÍTÉSE,  
SZOCIÁLPOLITIKAI DÖNTÉSEK MEGALAPOZÁSA”**

**TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT**

**IV. Pillér**

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

IV.1.2.4.1. Helyi kockázat-elemzés a szükséglete-meghatározási és értékelési  
eszköztár működését veszélyeztető vagy bizonytalanra tevő  
hatások azonosítása érdekében

IV.2.1.4.2. A szükséglet-meghatározásra szolgáló rendszer működési eredményeinek  
konvertálása a helyi szolgáltatási háló értékelési rendszer igényeinek megfelelően – a  
konverziós folyamat vizsgálata, torzulások, helyi konszenzusok létrehozása az  
elfogadható bizonytalansági szintekről

**Készítették:**

**A Dunaújváros Ifjúságáért Közalapítvány**

**Szente Tünde  
Szemenyei István  
Klein Imre**

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából



## 1. Bevezetés

Ebben a tanulmányban azt a célt tűztük ki magunk elé, hogy Dunaújváros Megyei Jogú városban a TÁMOP 5.4.1. projekt keretében eddig elvégzett munka során (helyi szükségletfelmérés), elvégezzünk egy olyan elemzést, ami a helyi ellátórendszer fejlesztését segíti, támogatja.

Az elemzések segítették a vizsgálat tárgyát képező város jelenlegi ellátási helyzetét, a célokat megvalósító szervezet megvalósulási lehetőségeit, erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeit.

Az elmúlt időszak alatt végzett munkánk során számunkra megmutatkozó tények igazolták, hogy a szenvedélybetegségek egészségügyi és szociális ellátórendszerében jelentős változásokat kell eszközölnünk, annak érdekében, hogy a helyi társadalmi és egyéni problémákat kezelni tudjuk. Az is bebizonyosodott, hogy ez a helyzet nem fenntartható, hiszen az ilyen jellegű beavatkozások tervszerű, kiegyensúlyozott ellátó rendszert igényelnek.

Amikor számtalan nehézséggel szembesültünk a szolgáltatások átvizsgálásakor a szenvedélybetegek ellátása kapcsán, sok olyan akadályozó tényező került felszínre, amely akár a város, vagy annak térsége számára megoldhatatlan problémának tűnik. Hogy ezen a területen érdemben előre tudjunk lépni, meg kell jegyeznünk, hogy központi, regionális, államigazgatási és mindenfajta politikai (szakpolitika is) akarat nélkül nem lehetünk sikeresek (forrás, fenntarthatóság).

A helyzetelemzések során megállapítást nyert, hogy az ellátórendszer városban meglévő elemei végzik feladatukat. Az összes alapvető szükségletre (általános egészségügyi állapottal, addikcióval, lakhatással, foglalkoztatással, illetve bűnelkövetői magatartással kapcsolatban) valamilyen módon reagálnak a szolgáltatók. A probléma inkább ott látszódik, hogy a szenvedélybetegségek hatékony kezelését feltételező szakmaközi együttműködések területén jelentős hiányosságok mutatkoznak. Ezt a helyzetet mélyíti az is, hogy a civil szféra szereplői nem jelennek meg markánsan a városban.

## 2. Kutatási módszerek

A megállapításokat segítették a **fókuszcsoportos beszélgetések** és **kérdőíves kutatások**, valamint a **SWOT-elemzés**. Dunaújvárosban megtörtént a projekt keretében az ellátási-kezelési helyzet feltérképezése, a kielégített és kielégítetlen szükségletek elemzése.

A dunaújvárosi Egészségmegőrzési Központban 2011. február 23-án ismételtén foglalkoztunk a helyi szükséglet-meghatározás problémakörével, az ellátó-háló feltérképezésével egy work-shop keretében, amin részt vettek a városban működő ellátó-helyek, intézmények vezetői, képviselői. Így az Egészségmegőrző Központ, a Szent Pantaleon Kórház, a Magyar Mentőszolgálat Alapítvány, Dunaújváros Megyei Város Polgármesteri Hivatala Szociális irodájának képviselője.

- A módszer segítségével nem csak a jelenlegi állapotokat tudtuk elemezni, hanem azonosítottuk azokat a szolgáltatásbeli hiányosságokat, melyek az azokra adott célok kijelölését szolgálta, így:
- Számba vettük azokat a helyi erőforrásokat, melyekre a megfogalmazott céljainkat építhetjük, amelyek most is léteznek és jól működnek.
- Felsoroltuk azokat a hiányosságainkat/gyengeségeinket, amelyek ezeket a célokat akadályozhatják, de a megvalósulás érdekében pozitívan változtathatók.
- Szó esett arról is, hogy melyek azok a külső tényezők/lehetőségek, amik elősegíthetik a rövid-, középtávú céljaink elérését, melyekre építve a projekteket erősödhetnek.
- Valamint arról is beszéltünk, hogy az elképzeléseinket, céljainkat mik veszélyeztethetik, gátolhatják.

Mindezek alapján egyértelművé vált számunkra, hogy ezen a területen hogyan áll a város és térsége, van-e elegendő számú együttműködésre képes intézménye, jól képzett szakembere és a meglévő (hiányzó) intézményelemekhez szükséges fenntartási forrás? Ehhez nem csupán a területen dolgozók akarata szükséges, hanem sok minden más is.

### 3. A szenvedélybetegek kívánatos/optimális ellátási hálója

Az, hogy mi a városban/térségben, milyen módon képzeljük el a fejlesztést és az ellátás szervezését a jövőben, arra egyértelműen azt fogalmaztuk meg, hogy azt a legszélesebb bázist képviselő szenvedélybetegek és hozzátartozóiknak elérése alkotja, akiknek az ellátások, kezelések rendelkezésükre kell, hogy álljanak. Egyben azoknak is, akik nehezen tájékozódnak, vagy nem elégséges motivációval bírnak ahhoz, hogy a kezelést megkezdjék.

Az elképzelt rendszernek olyan mértékben kell megfelelnie a szerhasználók és környezetük elvárásainak, hogy biztosítsa a szenvedélybetegek kezelésének, ellátásának helyi szintű lefedettségét. Itt meg kell jegyeznünk, hogy a kezelési-ellátási elemek nem mindegyikének kell szerepelnie helyi szinten, de a hiányzó elemek elérhetőségét, hozzáférhetőségét biztosítani, ismertetni kell.

Az elemzés során egyértelműen látszott, hogy a városban a szenvedélybetegekkel közvetlen találkozó ellátó rendszerben **a kórházi-egészségügyi terület** található meg. Viszont az is kitűnt, hogy igaz, hogy elérhető a szolgáltatás, de annak kapacitása korlátozott, amely elsősorban a teljesítmény-volumen korlátnak tudható be.

Ennek a humán-erőforrási kapacitásra is hatása van. Kevés a szakember. Azonban erről az ellátási területről nem szabad lemondanunk, azt a várhatóan soron következő kórház strukturális fejlesztéseknél prioritásba kell vetetni.

Ennek az intézményi struktúrának kiemelt elemeként kell szerepelnie a **szenvedélybetegek közösségi-, alacsony küszöbű ellátásának**.

Ez a két terület nyújt véleményünk szerint helyi szinten esélyt arra, hogy a szenvedélybetegségek látenciáját a holtpontról kimozdítsa és az ellátó rendszer felé terelje a klienseket.

A leggyorsabban ezeken a területeken látunk lehetőséget a fejlesztésre, akár úgy is, hogy a már működő Útkeresés Segítő Szolgálat meglévő infrastruktúrájára építve, olyan végzettségű szakembereket vonunk be (szociális munkás, addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés szakember, szociálpedagógus, pszicho-pedagógus stb.), akik már jelenleg is rendelkezésre állnak, vagy állhatnak. Ezt a célt aránylag kis anyagi ráfordítással érhetjük el.

Ezzel a fejlesztéssel a kezelés-ellátási rendszer legszélesebb spektrumát lehetne elérni, így szervezett formában adhatunk lehetőséget arra, hogy a szerhasználók egészségügyi, szociális szükségleteit kielégíthessük.

Fontos kitörési területnek véljük a **védőnői- és háziorvosi szolgálatot** annak érdekében, hogy a szenvedélybetegség problémakörét is beemelje tevékenységei közé. Itt szükséges elérni egy olyan paradigmaváltást, hogy a szerhasználókat ne zavarják el, hanem az egészségügyi és szociális szolgáltatók felé irányítsák.

Nem feltételezve rossz szándékukat, csupán a szakmai protokoll részévé válást kívánjuk erősíteni képzésekkel, illetve a szerhasználókkal kapcsolatos problémák kezelésével. Az alapellátásban dolgozók **informáltsága**, egymással történő **kommunikációja** alapvető igényné kell, hogy váljon.

A szenvedélybetegek ellátása során már említettük a kívánatos célt, hogy a meglévő, illetve létrehozandó **intézményi együttműködések sokkal hatékonyabbak legyenek**, s a kliensek betegútvonala gördülékenyebbé váljon. Ezért úgy kell megtervezni a kezelést, hogy az mindig **monitorozva legyen**, és a kezelési igényekhez rugalmasan igazodjon.

**Az ellátási rendszer további szegmenseinek fejlesztését helyi szinten a jelenlegi ismereteink alapján nem látjuk reális célnak, legalább is rövid- és középtávon (rehabilitációs otthon, védett szállás és munkahely).** Ezen a területen talán a civilek/egyházak szerepvállalását látjuk célravezetőnek, de ehhez sokkal nagyobb intenzitással kell kooperálnunk velük.

**A SWOT-elemzés** során a megkérdezettek az **erősségek közé emelték**, hogy a város rendelkezik sürgősségi ellátó-hellyel, kórházi detoxifikálással, addiktológiai kórházi szakellátással, valamint pszichiátriai szakellátással.

Kiépült és korlátozás nélkül elérhető a mentálhigiénés/pszichoterápiás kórházi szakellátás. A felsorolt szakellátások ambuláns módon is elérhetők. Az is a helyi rendszer erőssége, hogy kiépült és szintén korlátozás nélkül elérhetők a rehabilitációt előkészítő programok.

Ez jellemzi a szubsztitúciós terápiák mentén kiépült szakmai kapcsolatrendszereket is, hiszen a szerhasználókat többnyire sikeresen tudják átirányítani a földrajzilag máshol működő ellátó helyekre. Viszont ezt gyengeségként is megfogalmazták, hogy ez a kezelési forma a városban nem érhető el a szerhasználók számára.

Az erősségek közé sorolták azt is, hogy a nem elsődlegesen a szerhasználókra irányuló család-mediáció és -tanácsadás, valamint az életvezetési tanácsadás is fókuszál a problémára, ha felmerül a szerhasználat, és része a kezelésnek.

Az elemzés a **gyengeségek** közé sorolta az **alacsony küszöbű szolgáltatásoknál**, hogy a városban jelenleg nincs tűcsere program, megkereső munka, party-szervíz (outreach), telefonos, információs vonal.

A helyi megkereső munkánál csak a hajléktalan ellátás munkaterének eszköze, így nem a szerhasználók az ellátás célcsoportja. Az outreach típusú tevékenységek eddig csak olyan rendezvényeken működtek, melyek országos szervezésűek, de a város saját rendezvényein nem jelenik meg ez a szolgáltatás.

A **szociális ellátással** kapcsolatosan egyértelműen megfogalmazódott, hogy az alapesetben nem a szerhasználókra irányul, nem érzékenyek az ellátási formák és az ott dolgozó szakemberek sem a szerhasználókra. Gyakran a kliensek szociális hiány tünetekkel jelentkeznek valamelyik szolgáltatónál és csak később derül ki, hogy a háttérben szerhasználat is van.

Gyengeségnek ítélték meg azt is, hogy nincs a városban és környékén nappali ellátás, átmeneti otthon, közösségi alapellátás pszichiátriai-, és szenvedélybetegek részére.

Az **egészségügyi kezelésnél** kínált szolgáltatások során problémát jelent a kapacitás kérdése. Véleményük szerint a terület fejlesztésre szorul, mind ágyszám, mind szakember vonatkozásában.

Hiányosság az is, hogy rehabilitációt előkészítő program, valamint szubsztitúciós programok nem működnek a városban.

Rehabilitációs, re-szocializációs, re-integrációs szolgáltatások szintén nincsenek, ahogy elterelés sem működik.

A SWOT elemzés során **lehetőségként** sorolták fel a jelenlévők, hogy:

- a helyi médiumok fogékonyak a témára
- alacsony küszöbű ellátó rendszerek fejlesztésére pályázat áll rendelkezésre
- az elterelő szolgáltatás végzésére pályázati rendszer él
- földrajzilag máshol lévő segítő intézményekkel való kapcsolatba lehet kerülni
- a szakma elismertségének növelése
- paradigma váltás a szenvedélybetegek ellátása-, kezelése terén
- több pályázat megjelenése, kiírása a területeken
- ellátó szervezetek közötti együttműködések fejlesztése

Végezetül a **veszélyek**, kockázatok számba vételénél az alábbiak fogalmazódtak meg:

- A rendszerbe kerülés egyik akadálya a nem megfelelő adatkezelési problémakör
- A „legális” drogokat használók társadalmi elfogadottsága a városban erősebb, mint a szerhasználóké
- Az intravénás szerhasználatra jellemző rejtőzködő magatartás, amit erősít, hogy nincs a városban tűcsere szolgáltatás
- Sem HIV, sem HPC szűrés nincs a szerhasználók körében, a hiánya miatt a fertőzöttség veszélye nő
- A szociális ellátás finanszírozási és jogi háttere nem támogatja a szerhasználók ellátását
- Nappali-, és közösségi átmeneti ellátás hiányában a szerhasználók az egészségügyi ellátórendszert és a hajléktalan ellátást terhelik meg
- a közterületeken való megjelenésük a városlakók szubjektív biztonságérzetét csökkentik
- A programok többnyire pályázat „függök”, ha nincs pályázati forrás, akkor megszűnik a szolgáltatás
- ha helyben nincs megoldva az ellátási lehetőség nagyobb a valószínűsége annak, hogy a szerhasználó nem keresi, vagy kiesik az ellátó rendszerből

#### **4. A lehetséges fejlesztések, célok ismertetése**

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

Ezen intézmény tevékenysége során a drogproblémával kapcsolatosan általános információkat nyújt, a városban működő megelőzési tevékenységet végző intézménnyel együttműködik, elősegíti a szenvedélybetegség korai felismerését, annak kezelését, közösségi programokkal, szociális, jogi, életvezetési, konfliktuskezelési tanácsadást biztosít.

Feladatának tekinti, hogy más szakterületekkel, azok képviselőivel munkakapcsolatot létesít annak érdekében, hogy a városban és vonzáskörzetében élő szenvedélybetegek komplex nappali ellátása valósulhasson meg.

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

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

Mindezek mellett kiemelt figyelmet érdemel a célok elérése érdekében a pályázatfigyelés- és -írás feladata, a média kapcsolatok erősítése, a jelzőrendszer erősítése, a szervezetek közötti kommunikációja, valamint az adatok kezelésének fejlesztése.

Az oktatási-, szociális-, és egészségügyi szakemberek érzékenységének növelése a szerhasználók kiszűrésénél szintén elérendő cél.

### Konkrét fejlesztési céljaink Dunaújváros térségében

<b>Fejlesztési célok</b>	<b>A szolgáltatás elérhetősége (elérhető: X)</b>	<b>Megvalósításban bevonható szereplők</b>	<b>Feladatok</b>
Az egészségügyi alapellátásban dolgozók érzékenyítése		<ul style="list-style-type: none"> <li>– KEF</li> <li>– Egészség-megőrzési Központ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Információnyújtás felvilágosítás</li> <li>– Képzés</li> </ul>
Alacsony küszöbű szolgáltatás, ellátás		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Szociális munkások</li> <li>- Útkeresés segítő szolgálat</li> <li>- MMA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tűcsere program</li> <li>- Nappali ellátás megszervezése</li> </ul>
Megkereső tevékenység		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Szociális munkások</li> <li>- Útkeresés segítő Szolgálat</li> <li>- MMA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A megkeresést végző szakemberek számának felkérése, képzése</li> </ul>
Parti szerviz		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Önkéntesek, civilek</li> <li>– Alapítványok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Szakmai megvalósító felkutatása</li> </ul>
Nappali ellátás		<ul style="list-style-type: none"> <li>– INDIT Közalapítvány felkérésével</li> <li>– Meglévő intézmények</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a kialakítandó szolgáltatás személyi és tárgyi feltételeinek megteremtése</li> <li>- helyiség kijelölése, engedélyeztetés, kialakítása</li> </ul>
Önsegítő csoport		<ul style="list-style-type: none"> <li>- önkéntesek</li> <li>- civilek</li> <li>- egyház</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Szakmai segítség nyújtása</li> </ul>
Közösségi tér		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dunaújváros Ifjúságáért Közalapítvány</li> <li>- IITI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Személyi és tárgyi feltételek megteremtése</li> <li>- Helyszín kijelölése</li> </ul>

#### 4.1. Az egészségügyi alapellátásban dolgozók érzékenyítése

Az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek érzékenyítése már az előző tanulmányokban is felmerült abból a megközelítésből, hogy sokkal nagyobb odafigyelést kellene beépíteniük mindennapos tevékenységük során a drogprobléma iránt. (fókusz csoportos megbeszélések)

Az egészségügyi alapellátásban a minimális intervenció gyakorlata nehezen terjed el, a háziorvosok többsége nem törekszik aktívan a szenvedélybetegek azonosítására, a betegek informálására és szakemberhez való irányítására, holott ezeknek az alkalmazása társadalmi szinten is képes lehet a probléma kiterjedtségét befolyásolni.

A fejlesztés érdekében az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek ismereteinek bővítése elengedhetetlen.

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
Elkötelezett szakemberek Személyes kapcsolatok Szaktudás Képzési tapasztalat Kidolgozott szakmai program Infrastrukturális háttér biztosított	Információhiány Akadozó információáramlás Szenvedélybetegségek felismerésének hiánya Képzések hiánya
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
KEF működése Szakmai támogatottság Önkormányzati támogatottság	Érdektelenség Forráshiány A probléma bagatellizálása Célcsoport túlterheltsége

#### 4.2. Alacsony küszöbű szolgáltatás, ellátás

Talán ezeket a szolgáltatás típusokat lehet a jelenlegi szakemberhiányos helyzetben a leggyorsabban megvalósítani, akár úgy is, hogy a már működő Útkereső segítő szolgálat, vagy az MMA meglévő infrastruktúrájára építhetők lehetnek.

Az ilyen jellegű szolgáltatásokban lévő tudásuk, rá- és továbbképzéssel aránylag kis költséggel fejleszthetők.

Az ellátás során nem lehetnek szigorú elvárások, terápiás szerződések, nem lesz követelmény az absztinencia, nem lesz feltétel a betegbiztosítás megléte, bemutatása (TAJ-kártya), a szolgáltatást igénybevevő akár nevének közlése nélkül is kaphat segítséget.

Az alacsony küszöbű intézmény az, ahol a változást igénylő szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdők, kortársaik, hozzátartozóik, közvetlen szociális környezetük szolgáltatásban részesülhetnek.



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

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
Elkötelezett szakemberek vannak Intézményi együttműködések léteznek Intézményi tapasztalatok vannak (MMA) Szakmai program KEF működése	Telephely nincs kiépítve Forráshiány Szakemberek leterheltsége, kiválasztása
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
Önkormányzat partnersége A szolgáltatók felé való bizalom Képzési lehetőségek Önkormányzat tulajdonában lévő használaton kívüli ingatlan biztosítása	Forráshiány Bizonytalan finanszírozás Előítéletek, elutasítottság Nincs elfogadott drogstratégia

#### 4.2.1. Megkereső munka kialakítása

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

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

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
Ismerjük a város droghasználat szempontjából veszélyeztetett helyszíneit Szakmai tapasztalat (MMA) Működő szolgáltatásokkal való együttműködés KEF működése Önkéntesség terjedése	A rejtőzködő szerhasználók számának, illetve azok valós szükségleteinek ismeretének a hiánya Speciálisan e területre képzett szakemberek hiánya
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
Minimális infrastrukturális háttér igénye van Az MMA keretében működő utcai szociális munka tapasztalatai	Forráshiány Bizonytalan finanszírozás Negatív attitűd Nincs elfogadott drogstratégia

#### 4.2.2. Parti szerviz

Arról már a fentiekben írtunk, hogy Dunaújvárosban ez a segítő tevékenység, szolgáltatás kimondottan csak nagy, országos kiterjesztésű rendezvények során jelenik meg, akkor is úgy, hogy a szolgáltatást nyújtók is más helységekből jönnek.

Célunk az, hogy a biztonságos szórakozást és a biztonságos táncolást elősegítsük az elektronikus zenei partikon. A parti szerviz szolgáltatásai a szermentes, a szereket kipróbáló, alkalmi és rekreációs használó egyéneket és csoportokat egyaránt célozzák.

A szolgáltatások elsősorban a droghasználatból adódó fizikai és pszicho-szociális ártalmak csökkentésére irányulnak.

Az alábbi szolgáltatások lehetnek a rendezvényeken:

- biztonságos szórakozás szemléletmódjának átadása
- pihenési lehetőség biztosítása
- a célcsoport szükségletei szerinti, a droghasználat ártalmait csökkentő információk megadása
- a célcsoport ellátása a droghasználat ártalmait csökkentő információs anyagokkal, egyéb ártalomcsökkentő eszközökkel
- a célcsoport tagjainak informálása, tájékoztatása a drogproblémáikkal foglalkozó egészségügyi, szociális intézmények szolgáltatásairól, elérésükről
- krízisintervenció

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
KEF működése A szolgáltatás létrehozásának szándéka	Helyi jó gyakorlat hiánya Gesztor szervezet hiánya
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
Jó gyakorlatok az ország más pontjain Szakmai támogatottság Média támogatása Önkéntesség terjedése	Forráshiány Érdektelenség Szórakozóhelyek ellenérdekeltsége

#### 4.3. Nappali ellátás

Dunaújvárosban nem működik szenvedélybetegek nappali ellátása, melynek szükségesség már régóta téma a helyi szakemberek körében. Elképzelésünk szerint a pécsi INDIT Közalapítvány tapasztalatait, és gesztorként való felkérését látjuk elérhető módszernek, hogy ezt a fejlesztési célt megvalósíthassuk.

Az ellátásban a szenvedélybetegek komplex pszicho-szociális rehabilitációjának segítése, önsegítő aktivitásuk támogatása, az integráció és re-integráció, valamint a társadalmi kirekesztettség megakadályozása, a kliens környezetében élők - a társadalom - negatív attitűdjének megváltoztatása a cél.

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

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

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

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
Elkötelezett szakemberek vannak Kidolgozott szakmai program elérhető Intézményi együttműködések működnek	Nincs épület, Kiepített infrastruktúra hiánya
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
Normatívát kiegészítő pályázatok vannak Jó gyakorlatok az országban, Pécssett Önkormányzati támogatottság megszerzése Média kapcsolatok kihasználása	Forráshiány Bizonytalan finanszírozás Törvényi szabályozás bizonytalansága

#### 4.4. Önsegítő csoportok támogatása

A kezelés-, ellátásban való kortárs, sorstárs csoportok (AA, NA) önkéntessége nincs kiépítve, nem alakult ki a városban. Ezek megvalósulásának lehetőségét látjuk a kialakítandó drogambulancia, közösségi ellátást nyújtó szolgáltatóknál, vagy akár a kórház jelenlegi osztályán.

Az önsegítő csoportok társulásának célja egy közös szükséglet kielégítése, közös egészségkárosodás vagy probléma leküzdése, a kívánt társadalmi illetve személyes változás előidézése. Az önsegítő csoportok szemtől szembeni interakciókat, a tagok személyes felelősségét hangsúlyozzák, anyagi segítséget és érzelmi támogatást egyaránt nyújtanak egymásnak.

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
Vannak absztinens segítők Szakmai háttér biztosított	Valós szükséglet ismeretének hiánya Anonimitás biztosítása
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
Jó gyakorlatok az országban Pénzügyi erőforrás nem sok Média kapcsolatok kihasználása	Érdektelenség Társadalmi elutasítás

#### 4.5. Közösségi tér kialakítása - „Kell egy hely”

Ezen mi egy olyan alternatív szórakozási és szabadidős tevékenységi szolgáltatások kiépítését értjük, mely koncentráltan jelenik meg a városban. A közösségi tér a helyi lakosok szabadidejének aktív, közösségben történő eltöltését szolgálja, közösségi programoknak biztosít helyszínt, a közösségek aktivitását segíti elő, közösségi funkciókat lát el. A helyi közösségi erőforrásokra támaszkodva segítik elő a szerhasználattal szembeni vonzó alternatívák biztosítását, illetve biztosítják a segítő szolgáltatásokhoz való eljutás lehetőségét.

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
Intézmények közötti jó kapcsolat Vannak elkötelezett szakemberek Szakmai háttér biztosított	Szakemberek túlterheltsége Jelenleg nincs „egy hely” a városban A közösség szükségleteinek megfelelő programok hiánya
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
Önkormányzati szerepvállalás Motivált közművelődési és oktatási intézmények A már működő közösségek bevonása Önkéntességben rejlő lehetőségek	Érdektelenség Forráshiány, a programok működése sok esetben pályázatfüggő A programok hosszú távú fenntarthatósága nem biztosított A „hely” megtalálása, kialakítása

#### 4.5. Az egészségügyi alapellátásban dolgozók érzékenyítése

Az egészségügyi alapellátásában dolgozó szakemberek érzékenyítése már az előző tanulmányokban is felmerült abból a megközelítésből, hogy sokkal nagyobb odafigyelést kellene beépíteniük mindennapos tevékenységük során a drogprobléma iránt. (fókusz csoportos megbeszélések)

Az egészségügyi alapellátásban a minimális intervenció gyakorlata nehezen terjed el, a háziorvosok többsége nem törekszik aktívan a szenvedélybetegek azonosítására, a betegek informálására és szakemberhez való irányítására, holott ezeknek az alkalmazása társadalmi szinten is képes lehetnek a probléma kiterjedtségét befolyásolni.

A fejlesztés érdekében az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek ismereteinek bővítése elengedhetetlen.

<b>erősségek</b>	<b>gyengeségek</b>
Elkötelezett szakemberek Személyes kapcsolatok Szaktudás Képzési tapasztalat Kidolgozott szakmai program Infrastrukturális háttér biztosított	Információhiány Akadozó információáramlás Szenvedélybetegségek felismerésének hiánya Képzések hiánya
<b>lehetőségek</b>	<b>veszélyek</b>
KEF működése Szakmai támogatottság Önkormányzati támogatottság	Érdektelenség Forráshiány A probléma bagatellizálása Célcsoport túlterheltsége

A fenti célok elemzése alapján megállapítható, hogy a kívánt fejlesztésekben résztvevő szervezetek általános véleménye az, hogy a legnagyobb akadályt a jelenlegi forráshiányos helyzet befolyásolja.

A kábítószer-probléma csökkentésére irányuló tevékenységekhez nem áll rendelkezésre elegendő anyagi forrás sem a szociális, sem az egészségügyi területen.

A prioritási listát a fentiekben nevesített célok számozásával kívántuk érzéltetni, amiben fontos szempont volt, hogy a célok megvalósítási lehetősége legkevésbé függjenek bizonytalan anyagiaktól.

A SWOT analízis alapján megállapítást nyert szempontok figyelembe vételével azok a célok kerültek szándékaink alapján előrébb, amelyek a megvalósulás időszakában minimálisan befolyásolják annak létrehozását, illetve amik a legnagyobb esélyt biztosítják a célok elérésében.

**Melléklet:**

**SWOT analízis Dunaújváros meglévő  
egészségügyi-, és szociális ellátó  
rendszeréről**

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<p><b>Alacsony küszöbű szolgáltatások:</b></p> <p>Információs, valamint felvilágosító szolgáltatások fejlettek.</p> <p>Az ellátó háló meglévő elemei végzik a feladatot. Az összes alapvető szükségletre irányul.</p> <p>Dunaújvárosban és a megyében célcsoport számára elérhető, kapacitásai korlátozás nélkül elérhetőek és az igénybevételi hajlandóság növekvő</p> <p style="text-align: center;"><b>Szociális ellátással kapcsolatos szolgáltatások:</b></p> <p>A városban fejlettek a klasszikus célcsoportokra szervezett ellátó rendszerek</p> <p>Az alapesetben szociális hiány tünetekkel bekerülő szerhasználókat a rendszerelemek a meglévő szakellátásba irányítják.</p> <p style="text-align: center;"><b>Egészségügyi kezelés / ellátáson belül kínált szolgáltatások</b></p> <p><u>sürgősségi ellátás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető</p> <p><u>kórházi (osztályos) detoxifikálás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető</p> <p><u>addiktológiai kórházi szakellátás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető, az igénybe vételi hajlandóság átlagos</p> <p><u>pszichiátriai kórházi szakellátás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető</p> <p><u>mentálhigiénés vagy pszichoterápiás kórházi ellátás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető, az igénybe vételi hajlandóság növekszik</p> <p><u>ambuláns detoxifikálás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető</p> <p><u>addiktológiai ambuláns szakellátás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető</p> <p><u>pszichiátriai ambuláns szakellátás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető</p> <p><u>mentálhigiénés vagy pszichoterápiás ambuláns ellátás</u></p> <p>Kiépült és korlátozás nélkül elérhető</p>	<p><b>Alacsony küszöbű szolgáltatások:</b></p> <p>Információs, valamint felvilágosító szolgáltatások A helyi médiumok bevonására nem fordít kellő energiát ez ellátó háló</p> <p>A Telefonos, információs vonal : Városi (helyismerettel rendelkező) szolgálat nincs, az igénybevételi hajlandóságról nincs információ</p> <p><u>Megkereső munka:</u></p> <p>A hajléktalan ellátás utcai munkaterének eszköze, de nem szerhasználók a célcsoport.</p> <p><u>Parti szervíz (outreach):</u> Csak olyan rendezvényeken működik , amely országos szervezésűek, de helyben zajlanak( pl. EFOTT). A helyi vonatkozású rendezvényeken nem működik.</p> <p><u>Tű- és fecskendőcsere szolgáltatások:</u> a szolgáltatás bürokratikussá válása miatt a működtetők hajlandósága csökkent, megszűnt</p> <p>Az újabb három éves pályázati ciklusra nincs meg a gesztor és/vagy a működtető.</p> <p>Az érintett ellátó szervezetek belső kommunikációja hiányos</p> <p style="text-align: center;"><b>Szociális ellátással kapcsolatos szolgáltatások:</b></p> <p>Az alapesetben nem a szerhasználókra irányuló szociális helyi ellátási formák nem érzékenyek a szerhasználókra.</p> <p>Az alapesetben szociális hiány tünetekkel bekerülő szerhasználókat gyakran nem szűrik ki kellő hatékonysággal a szociális területen dolgozó szakemberek.</p> <p>Nincs a városban és a környékén</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nappali ellátás pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek részére</li> <li>2. pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek átmeneti otthona</li> <li>3. pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás</li> </ol>

<p>Rehabilitációt előkészítő program és szubsztitúciós terápiák kapcsán kiépült szakmai kapcsolatrendszerrel irányítják át a szerhasználókat</p> <p><b>Felvilágosító szolgáltatások</b></p> <p>A nem elsődlegesen a szerhasználókra irányuló család mediáció és tanácsadás illetve életvezetési tanácsadást folytatnak, de amennyiben felmerül a szerhasználatból eredő probléma az része a kezelésnek.</p>	<p><b>Egészségügyi kezelés / ellátáson belül kínált szolgáltatások:</b></p> <p><u>mentálhigiénés vagy pszichoterápiás kórházi ellátás</u> kapacitásai fejlesztésre szorulnak <u>A kórházi addiktológiai és pszichiátriai szakellátás</u> _ágyszáma (2 ) kevés , növelésre szorul <u>rehabilitációt előkészítő program és szubsztitúciós terápiák:</u> nem működnek a városban</p> <p><b>Felvilágosító szolgáltatások:</b></p> <p>Elsődlegesen a szerhasználókra irányulóan nincsenek ilyen szolgáltatások <b>Rehabilitáció, re-szocializáció, re-integráció szolgáltatások :</b> nincsenek <b>Elterelés, mint szolgáltatás:</b> nincsenek Nem folyamatos, nem következetes a pályázati tevékenység. A szerhasználókra irányuló jelzőrendszer működése esetleges. A szerhasználókra irányuló adatkezelés fejletlen vagy tisztázatlanság miatt nem működtetik. A civil és egyházi szervezetek helyi szinten nem vesznek részt a ellátási rendszer működtetésében</p>
<b>Lehetőségek</b>	<b>Veszélyek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A helyi médiumok fogékonyak a témára.</li> <li>- Alacsony küszöbű ellátó rendszerek fejlesztésére pályázat áll rendelkezésre újabb három évre.</li> <li>- Az elterelő szolgáltatásokra pályázat áll rendelkezésre.</li> <li>- Rehabilitáció, re-szocializáció, re-integráció szolgáltatásokra pályázat áll rendelkezésre</li> </ul>	<p>A szerhasználókra irányuló adatkezelés feltételei jogilag tisztázatlanok illetve erősen korlátozottak. A „legális” drogot használók társadalmi elfogadottsága a városban elfogadottabb, mint a szerhasználók.</p> <p><b>Alacsony küszöbű szolgáltatások:</b></p> <p><u>Tű- és fecskendőcsere szolgáltatások:</u> sem HÍV, HPV fertőzöttségre a szűrés nem működik, az intravénás szerhasználók rejtőzködése növekszik az ellátó rendszer számára, A hiánya miatt a fertőzöttség veszélye nő</p> <p><b>Szociális ellátással kapcsolatos szolgáltatások:</b></p> <p>Az alapesetben nem a szerhasználókra irányuló szociális ellátási formák finanszírozási és jogi háttere nem támogatja a szerhasználók ellátását. A lakosság elszegényedése és előregedése elvonja a forrásokat ettől a célcsoporttól.</p>

	<p>Nappali, átmeneti és közösségi ellátás hiányában a szerhasználók az egészségügyi rendszert hajléktalan ellátást terhelhetik meg illetve közterületeken való megjelenésük a szubjektív biztonságérzetet csökkentik a városlakókban.</p> <p><b>Egészségügyi kezelés / ellátáson belül kínált szolgáltatások</b>  Ha nincs helyben ellátó hely, akkor nagy valószínűséggel kiesnek a szerhasználók az egészségügyi ellátásból.</p> <p><b>Felvilágosító szolgáltatások:</b>  Célzottan a szerhasználókra nem irányul tevékenység, emiatt az ellátó rendszerbe nem kerülnek be vagy kiesnek.</p>
--	--