



EFOP-2.2.0-16-2016-00002 „Gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” c. kiemelt projekt

MÓDSZERTAN 2.

A közfinanszírozott helyi ellátási szolgáltatások közvetlen és közvetett hatását mérni vagy megbecsülni képes eszközök és indikátorok meghatározása

**Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta, Dr. Oláh Róza, Dr. Varga Tamás, Dr. Zombor Erika,
Dr. Kapás Judit, Szóke Zsuzsa, Simonné Kiss Mónika, Boris Péter, Szele Anna,
Dr. Debreceni Irén, Nagy Judit, Bodóné Oláh Krisztina**

Debrecen, 2019. május 15.



Tartalom

1. BEVEZETŐ	4
2. A TANULMÁNY KÉSZÍTÉSE SORÁN HASZNÁLT MÓDSZERTAN	5
2.1. A szakirodalom-feldolgozás szempontjai, módszertana:	5
2.1.1. A szakirodalom feldolgozásának célja	5
2.1.2. A szakirodalmi feldolgozás forrásai	5
2.1.3. Szűkítő feltétel: a publikációk megjelenésének éve – hány évre visszamenőleg kerestük a szakirodalmakat?	5
2.1.4. A publikációk megjelenésének földrajzi térsége.....	6
2.1.5. A szakirodalom feltárásának lépései	6
3. A HATÁSVIZSGÁLATOK MÓDSZERTANI ÁTTEKINTÉSE	8
3.1. A hatásvizsgálat fogalma és céljai	8
3.2. Hatások és érintettek	9
3.3. Előzetes és utólagos hatásvizsgálat.....	10
3.4. Kvantitatív és kvalitatív hatásvizsgálat	12
3.5. A hatásvizsgálat nehézségei a gyermekek mentális egészségének fejlesztését, megőrzését célzó beavatkozások (szolgáltatások) esetében	13
4. LEHETSÉGES HATÁSMÉRÉSI INDIKÁTOROK MEGHATÁROZÁSA	14
5. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER	16
5.1. Egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó indikátor javaslatok	21
6. KÖZNEVELÉSI RENDSZER	24
6.1. Köznevelési rendszerre vonatkozó indikátor javaslatok	34
7. SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER	37
7.1. Szociális ellátórendszerre vonatkozó indikátor javaslatok.....	40
8. ÖSSZEFOGLALÁS	43
Összesített irodalomjegyzék	45
MELLÉKLETEK	49
1. számú melléklet: A köznevelési rendszeren belül megvalósuló egészségnevelési/egészségfejlesztési tevékenységek jogszabályi háttere.....	49
2. számú melléklet: a köznevelési szektor teljesítménymérésére és bizonyos szektoron belüli programok hatásának mérésére is alkalmas indikátorok	52
3. számú melléklet: Magyarországi Tehetséggondozó Programok rövid bemutatása	56
4. számú melléklet: Az új szociális törvényben foglalt változások	58
5. számú melléklet: A végzettség nélküli iskolaelhagyás okai.....	59



6. számú melléklet: Az óvodai – és iskolai szociális segítség fő célkitűzései 60



1. BEVEZETŐ

A „Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, az addiktológiai, és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” című, EFOP-2.2.0-16-2016-00002 azonosítójú kiemelt projekt keretein belül a Debreceni Egyetem által megvalósításra kerülő módszertani feladatok egyik legnehezebben megfogható témáját próbáltuk körüljárni, nevezetesen azt, hogy miképpen lehetséges az egyes közfinanszírozott szolgáltatásokat nyújtó ellátórendszerek, illetve az egyes konkrét ellátások, szolgáltatások közvetlen és közvetett hatásait mérhetővé tenni.

Első, szakirodalmat kereső próbálkozásaink során arra kellett rádöbbernünk, hogy a hatás, és a hatékonyság fogalma az általunk talált szakirodalmi anyagok, publikációk nagy részében gyakran keveredik, a legtöbb megfogalmazás nem egyértelmű. Kifejezett hatásvizsgálati tanulmányt nagyon keveset találtunk, s még tovább nehezítette a helyzetet, hogy az általunk keresett területeken (egészségügy, szociális ellátás és köznevelés) pedig ritkaságnak számított 1-1, konkrét hatásvizsgálatot tartalmazó, leíró cikk.

A fentieket figyelembe véve az első körben feldolgozott szakirodalmak a fogalom tisztázását célozták meg, illetve a hatásvizsgálatok általános leírását tartalmazták. Az elvi alapok megismerését követően fontos szempont volt számunkra, hogy olyan indikátorokat határozzunk meg az egészségügyi, szociális és köznevelési szektorban, melyek a jelenlegi projekt célterületeit is érintik. (konkrétan a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészsége szempontjából is relevánsak)

Az indikátorok meghatározása során egyrészt szem előtt tartottuk azokat a követelményeket, amelyek a hatásvizsgálatok általános módszertanából adódnak. Ezen a területen azzal szembesültünk, hogy a hatásvizsgálat „klasszikus” módszereit nem, vagy csak nagyon korlátozottan lehet használni, inkább a kvalitatív elemzés és mutatószámok alkalmazása lehetséges. Ezekre a korlátokra a későbbiekben ki fogunk térni.

Másrészt az indikátorok kiválasztása szempontjából támaszkodtunk a közfinanszírozott ellátók teljesítményét mérni képes indikátorokról készült korábbi tanulmányunkra, hiszen egyes indikátorok a teljesítménymérés mellett az egyes ellátórendszerek, illetve azon belüli szolgáltatások, beavatkozások vagy programok hatásáról is hasznos információkat szolgáltathatnak.



2. A TANULMÁNY KÉSZÍTÉSE SORÁN HASZNÁLT MÓDSZERTAN

2.1. A szakirodalom-feldolgozás szempontjai, módszertana:

Hazai és nemzetközi releváns szakirodalmak feldolgozása során a nemzetközi hatásmérési módszertanokat, indikátorokat és a hazai alkalmazott gyakorlatokat bemutató közleményeket és publikációkat gyűjtöttük össze és elemeztük.

2.1.1. *A szakirodalom feldolgozásának célja*

A szakirodalmak feldolgozásának elsődleges célja a kiemelt projekt fejlesztési célkitűzéseihöz kapcsolódó hazai és nemzetközi gyakorlatok, releváns eredmények feltárása, leírása, az elmúlt időszak hazai és nemzetközi eredményeinek összegyűjtése, az eredmények alapján a fejlesztési munkában hasznosítható információk kinyerése és interpretálása egy koherens logikai szöveggörnyezetben.

A szakirodalom-feldolgozás az alábbi témakörhöz kapcsolódott:

„A közfinanszírozott szolgáltatások teljesítmény-mérésének jelenleg alkalmazott eszközeinek vizsgálata, eszközökre és indikátorokra vonatkozó javaslatcsomag készítése.”

2.1.2. *A szakirodalmi feldolgozás forrásai*

- *Elsődleges források:* disszertációk, kutatási beszámolók, folyóiratcikkek és minden olyan dokumentum, amely közvetlenül számol be mérési-kutatási eredményekről, a projektben felhasználható jó gyakorlatokról, módszertani megoldásokról.

Másodlagos források (áttekintő irodalmak): monográfiák, tanulmánykötetek, tankönyvek, külföldi szakirodalmak közül elsősorban az áttekintő folyóiratok.

2.1.3. *Szűkítő feltétel: a publikációk megjelenésének éve – hány évre visszamenőleg kerestük a szakirodalmakat?*

A szakirodalmi feldolgozást *visszatekintő (retrospektív)* szemléletben, a központi témakörök egy adott időpontban történő, keresztmetszeti feltárásával végeztük. Elsősorban a legfrissebb szakirodalmakban fellelhető gyakorlatok, eredmények összegyűjtésére törekedtünk, ezért leginkább az utóbbi 10 évben publikált közleményeket kerestük, de természetesen a felhasználhatónak ítélt korábban készült szakirodalmak eredményeit is beépítettük, amennyiben úgy éreztük, hogy azok hasznosak lehetnek jelen tanulmány szempontjából.



2.1.4. A publikációk megjelenésének földrajzi térsége

Földrajzi térségek alapján nem tettünk szűkítést és lehatárolást, többek között amerikai és az európai publikációk is bekerülhettek az adatbázisba, ha tematikailag illeszkedtek a keresési célokhoz.

2.1.5. A szakirodalom feltárásának lépései

[1] A szakirodalmi feltárások folyamatát és módszereit mindig meghatározza a szakirodalmi keresések mélységének igénye. A keresések mélységének meghatározásakor az alábbi szempontokat vettük figyelembe:

- A szakirodalmi keresések mélységét jelentősen meghatározzák a szakirodalmi feldolgozás *céljai*, vagyis az, hogy a kutatás jellege szerint alapvetően szintézisre törekvő tanulmány készítése vagy egy szűkebb tematikájú empirikus vizsgálat megalapozása-e a cél. (Jelen tanulmány esetében az előbbi cél a releváns.)
- Ugyancsak befolyásolja a keresés mélységét a *kutatás tárgya* is, mert meghatározza, hogy milyen mennyiségű és színvonalú szakirodalom áll rendelkezésre, illetve vannak-e a témához illeszkedő előzmények.

[2] A szakirodalmak feldolgozása során az egyes témakörökhöz illeszkedően törekedtünk arra, hogy a lehető legpontosabban körülhatároljuk és meghatározzuk az elemzés központi témáját, amelynek segítségével meg tudtuk határozni a jelentősebb referáló és tematikus szakfolyóiratokat, amelyek fontos kiindulásként szolgáltak.

[3] A jelentősebb referáló folyóiratok legfrissebb számainak áttekintését követően tovább finomítottuk a hangsúlyokat, konkretizáltuk az érinteni kívánt témaköröket, és a tényleges feldolgozási célokat. Ezekből a folyóiratokból a kulcsszavak is felhasználhatóak voltak.

[4] Következő lépésként összeállítottuk azon kulcsszavak listáját, amelyek a témakörök szempontjából fontosak lehetnek. Ezek alapján végeztük az elsődleges irodalmi kereséseket. A kulcsszavak keresését *feltételek nélkülivé tettük*, vagyis nem határoztunk meg más kulcsszavakhoz történő kapcsolódási igényeket.

[5] Az alábbi keresési adatbázisokban és kulcsszavakkal dolgoztunk:

Keresési adatbázisok



ERIC, GoogleScholar, MedLine, Pubmed, Researchgate, Science Direct

Keresési kulcskifejezések

(a kifejezésekre angol és magyar nyelven is történt keresés)

hatás, hatásosság, hatásmérés, kezelésben tartás, korai elérés, tehetséggondozás, célzott prevenció, hazai szociális hálózat, iskolai és óvodai szociális hálózat, egészségnevelés, szociális törvény, ellátás minősége, humánerőforrás, életminőség, korszerűsítések hatásai, iskolaelhagyás, védelembe vétel...

[6] A kulcsszavak segítségével áttekintettük a referáló folyóiratok legfrissebb, elsősorban interneten elérhető számait. Ezekből kiemeltük azoknak a tanulmányoknak az adatait (szerző neve, tanulmány címe, megjelenés helye, ideje), amelyeket a tanulmány címe és összefoglaló absztraktja alapján relevánsnak találtunk. A találatok között hazai és nemzetközi publikációk egyaránt jelentős számban szerepeltek. Ezeket előzetes adatbázisba rendeztük.

[7] A témához illeszkedőnek ítélt tanulmányok teljes szövegét letöltöttük, majd a relevanciák szempontjából újból megvizsgáltuk.

[8] A vizsgálatot követően döntöttünk, hogy tartalmaz-e az adott cikk olyan releváns információ(ka)t, amelyek a kutatási célokat is szolgálják, amennyiben igen, ezek tematikus feldolgozását elvégeztük. Ezen publikációk irodalomjegyzékének áttekintése után további kereséseket is bonyolítottunk a további találatok érdekében.

[9] Az eredmények alapján **55** db szakirodalom került feldolgozásra és elemzésre az alábbi bontásban:

Hazai szakirodalmak (db)	Nemzetközi szakirodalmak (db)	Összesen (db)
22	23	55

10 éven belül megjelent szakirodalmak (db)	10 éven túl megjelent szakirodalmak (db)	Összesen (db)
29	26	55



[10]A tanulmányok megírása. Az adatbázisba került szakirodalmak témakörök szerinti csoportosítását, rendszerezését követően történt az információk értelmezése, valamint az adott témakörhöz kapcsolható lényegkiemelés és logikai illeszkedés bemutatása az elemzés során.

3. A HATÁSVIZSGÁLATOK MÓDSZERTANI ÁTTEKINTÉSE

A „*hatásvizsgálat*” egy általános kifejezés, amely sok területen értelmezhető: általánosságban valamilyen „program”¹, „beavatkozás” vagy „intézkedés” vizsgálatát jelenti (Major 2013. p.1.). Jelen tanulmány keretében úgy értelmezzük, hogy a hatásvizsgálat tágabb értelemben lehet teljesen leíró jellegű, ami a program kivitelezését és lebonyolítását mutatja be a résztvevők leírásával együtt. Szűkebb értelemben pedig a program által generált hatások azonosítását, az okozott változások mérését jelenti, azaz oksági viszonyok² feltárására szolgál. Ennek érdekében a bekövetkezett változásokat számszerűsíteni kell és statisztikai eszközök alkalmazásával vizsgálni.

3.1. A hatásvizsgálat fogalma és céljai

Major (2013), valamint Sági és Széll (2015) kiváló áttekintést adnak arról, hogy mit kell érteni hatásvizsgálat alatt és hogyan kell/lehet az efféle vizsgálatokat elvégezni. Az előzőekből következik, hogy a „program” valamilyen célt határozott meg, és a hatásvizsgálat során a (mérhető) célként kitűzött eredményt vizsgáljuk. A hatások vizsgálatával alapvetően azt kívánjuk feltárni, hogy (Sági és Széll, 2015):

- vajon az adott program valóban az eredetileg kívánt irányba, és azokra
- a célcsoportokra hatással lesz-e, akikre szeretnénk volna, hogy irányuljon;
- a program által elért hatások milyen mértékűek;
- voltak-e az adott programnak nem szándékolt mellékhatásai a célcsoportra – akár pozitívak, akár negatívak;
- volt-e a tevékenységnek esetleg közvetett hatása – negatív vagy pozitív – a célcsoporton kívüli személyekre.

¹„Ez alatt a beavatkozásoknak (intézkedések, akciók stb.) olyan összességét értjük, amelyek a résztvevőkben változást idéznek elő, azaz bizonyos következményekkel járnak” (Major 2013. p. 1.)

²„Oksági kapcsolatról akkor beszélünk, ha egy tényező megváltozása közvetlenül egy másik tényező módosulását eredményezi.” (Major 2013.)



A hatásvizsgálatok általános célja tehát, hogy egy tervezett vagy végrehajtott *beavatkozás* kapcsán a társadalmi, gazdasági, egészségügyi, stb. rendszer, illetve a célcsoportba tartozó egyének bizonyos meghatározott jellemzőiben (pl. ismeret, attitűd, készség) bekövetkezett változásait feltárjuk, leginkább arra a kérdésre keresve a választ, hogy a beavatkozás valóban kiváltja-e az előidézni kívánt hatásokat. Fontos megjegyezni, hogy az egyes egyénre vonatkozóan a hatás kellő pontossággal sok esetben nem azonosítható, kizárólag az átlagos hatást lehet mérni.

A hatásvizsgálat szűkebb értelemben valójában egy összehasonlítás, amely során a program által elért eredményt azzal vetjük össze, hogy mi történt volna/mi történne annak hiányában (Kézdi, 2011). Az összehasonlítás egyik fele tehát a legtöbb esetben olyan állapotra vonatkozik, amely nem történt meg, ez az állapot csak becsülhető. Hatás akkor történik, „*ha a „program” melletti (tényleges) és a „program” nélküli (tényellentétes, hipotetikus) esetben bekövetkező eredmények között szignifikáns különbség van.*”³ (Major, 2013.) Annak a kérdésnek az eldöntése tehát, hogy egy programnak volt/van-e hatása egy összehasonlítás eredménye. A hatásmérés egy olyan becslés, amely „*ezt az összehasonlítást próbálja meg elvégezni úgy, hogy a megfigyelt tényleges eredményeket a tényellentétes állapotra vonatkozó becsléshez hasonlítja.*” (Major 2013)

3.2. Hatások és érintettek

A hatásvizsgálat elvégzéséhez azonosítani kell a célcsoportot. Ők azok, akikre az adott beavatkozás irányul, ők a célzott haszonélvezők. A célcsoporton belül megkülönböztethetünk két különböző csoportot: a közvetlen és a közvetett célcsoportot. Az előbbiek közvetlen, direkt módon érintettek, míg az utóbbiakra – elnevezésükből is adódóan – nincs közvetlenül hatással az intézkedés, de valamilyen áttételes módon helyzetüket mégis befolyásolja a megvalósított beavatkozás. Például a fiatalok droghasználatának csökkentését célzó intervenció esetén a közvetlen célcsoport a szerhasználó fiatalok csoportja, de közvetett módon a fiatalok egész családjának helyzetén javíthat a program. Ugyancsak szükséges a kontrollcsoport (azok a személyek, akik részt vehettek volna a programban és ráadásul a résztvevőkhöz is hasonló attribútumokkal rendelkeznek, de valójában mégsem vettek részt) azonosítása is, mert ezen csoport vizsgálatával készítünk becslést a tényellentétes állapotra vonatkozóan. A

³ A hatásra irányuló becslés azt jelenti, hogy összehasonlítjuk a megfigyelt tényleges eredményeket a tényellentétes állapotra vonatkozó becsléssel.



hatásvizsgálat során azt is el kell gondolni, hogy a „beavatkozás” hatásai – mérhető módon – mennyi idő múlva jelentkeznek az érintetteken. A közvetlen és közvetett célcsoport elhatárolása alapján világos, hogy a hatások ennek megfelelően közvetlen és közvetett hatások lehetnek. Természetesen a hatásvizsgálat során a lehetséges közvetítő csatornákat is fel kell térképezni.

A hatások egy másik dimenzió mentén is elkülöníthetők: szándékolt hatások és nem szándékolt hatások. Ha a hatásokat teljes körűen fel akarjuk tárni, akkor a nem szándékolt hatásokra is figyelni kell a hatásmérés során. Tipikus nem szándékolt hatás lehet a beavatkozásból kimaradók hátrányosabb helyzetbe kerülése, ezt a jelenséget kizorítási hatásnak nevezzük. Szélsőséges esetben a szándékolt hatásokkal egyidejűleg fellépő nem szándékolt hatások akár teljesen annullálhatják a beavatkozás szándékolt (pozitív) hatását (Major, 2013. p. 8.). Sőt az is előfordulhat, hogy a célcsoport esetleges sikere más csoportok kárára történik (Hudomiet – Kézdi, 2008. p. 5), azaz a nem szándékolt hatások negatívak.

Az egyes hatások elkülönítése csak akkor lehetséges, ha megértjük és átlátjuk a hatások mögötti mechanizmusokat. Ennek hiányában akár tévesen a beavatkozásnak tulajdoníthatunk egy hatást, pedig nem az okozta. Ez az ún. placebo-hatás.⁴

3.3. Előzetes és utólagos hatásvizsgálat

A hatásvizsgálat történhet utólag (ex post) vagy előzetesen (ex ante). Az utólagos hatásvizsgálat azzal a céllal készült a beavatkozás lebonyolítása után, hogy (1) megvizsgáljuk, elértük-e a kívánt hatást, és (2) validáljuk a „programot”, azaz bemutassuk az oksági viszonyt, viszonyokat. Az utólagos hatásvizsgálat során részletesen dokumentáljuk, hogy „mi történt” az adott programban. Így például le kell írni, hogy

- hogyan történt a résztvevők kiválasztása,
- a hatások csak a résztvevőket érintették-e vagy harmadik felet is,
- milyen adatokat gyűjtöttünk össze, amelyek a hatások létezésére utalnak
- majd statisztikailag elemezni kell a programmal összefüggésben gyűjtött adatokat.

A programok értékelése során a legnehezebb feladat a megfelelő viszonyítási pont, azaz a tényellentétes helyzet megtalálása. A fentiek alapján ilyen esetben azt keressük, hogy mi történt volna a program résztvevőivel a program megvalósulása nélkül. Például mi történt volna a

⁴ Az elnevezés az orvosi kísérletekből származik, amikor a beteg állapota nem a tablettá, hanem a kezelésbe vetett hit hatására javul.



drogambulancián kezelt fiatalokkal a kezelés hiányában. A fő probléma az, hogy ezt a helyzetet nem lehet megfigyelni, hiszen nem jött létre. Bizonyos esetekben azonban találhatunk kontrollcsoportot, amelynek a tulajdonságai megfigyelhetők. Amennyiben a célcsoportra és a kontrollcsoportra vonatkozó megfigyelések rendelkezésre állnak, többféle statisztikai módszeralkalmazásával történhet a vizsgálat.⁵

Előzetes hatásvizsgálatot a beavatkozás előtt azzal a céllal végzünk, hogy az intervenció várható hatásait megbecsüljük, tehát a fő célunk az előrejelzés. Fontos cél ez esetben az is, hogy a vizsgálat eredményei beépüljenek magának a programnak a tervezésébe azáltal, hogy a potenciálisan szóba kerülő beavatkozásokat összehasonlítjuk (Major 2013). Ennek érdekében olyan mutatószámokat kell kialakítani, amelyek segítségével az adott beavatkozás kívánatos hatása és a szükséges források nagysága is tervezhetővé válik. Az előzetes hatásvizsgálat keretében előrejelzés vagy extrapoláció is történhet, amennyiben olyan kérdésekre is sikerül választ adni, mint: Mi lenne annak a hatása, ha egy (korábbi) program résztvevőinek a körét kibővítenénk? Milyen hatásokat hozna, ha egy helyi programot országos szinten is elindítanánk?

Az előzetes hatásvizsgálat az alábbi területeken nyújt(hat) információkat a döntéshozó számára (Major 2013):

- Az indikátorok kiválasztásához (és esetleg célértékük meghatározásához).
- Az alternatív programok közötti választáshoz.
- A beavatkozás lebonyolítása során szükséges adatgyűjtés megtervezéséhez.
- Az ex post értékelésben megválaszolendő releváns kérdések kialakításához.
- A költséghatékony beavatkozások kiválasztásához.

A fentiek alapján érdemes kiemelni, hogy az ex ante hatásmérés bizonyos típusai részei az intézkedések, programok jóváhagyási folyamatának (pl. ilyenek például a gazdasági hatások költség-haszon elemzései) (Krémer és mtsai, 2011).

⁵A legfontosabb módszerek a különbségek különbsége és a párosítási módszerek. A párosítás (matching) során egy megfelelő kontrollcsoport kialakítására törekszünk, olyanra, amelyik képes reprezentálni a közvetlenül nem megfigyelhető tényellentétes helyzetet. Ha sikerül megfelelő kontrollcsoportot létrehozni, akkor már tudjuk mérni az „átlagos kezelési hatást”. A hangsúly tehát ez esetben azon van, hogy a gyakorlatban nem létező kontrollcsoportot valahogy mesterségesen létrehozunk. A különbségek különbsége (difference-indifferences) a program- és a kontrollcsoport közötti eltérést hasonlítja össze a program végrehajtása előtti és az azt követő állapotban. A módszer alkalmazásának feltétele az, hogy a két csoport egyedei között már a program előtt is legyenek eltérések, de vélelmezhető, hogy a program időtartama alatt hasonló külső hatásoknak vannak kitéve, így a program hiányában ugyanakkora mértékben változott volna a két csoportban a vizsgált változótól értéke (Major 2013).



Az előzetes hatásvizsgálatokban többféle módszert használhatunk, mint az utólagosban – amelyet korlátoz a fennálló kontextus –, az egyszerű szakértői becsléstől a modellalapú előrejelzésig, nincs sztenderd módszertana. A szakirodalom azonban kiemeli, hogy a folyamatábra készítése egy gyakran használható elemzési eszköz, amely egyszerűbb programok esetén alkalmas a tervezés segítésére. Az ábra elkészítéséhez elemezni kell magát a beavatkozást; fel kell tárni a beavatkozás szereplőit és a közöttük létrejövő kapcsolatokat; a változókat, a célcsoportot és az oksági kapcsolatokat pedig előre definiálni kell.

3.4. Kvantitatív és kvalitatív hatásvizsgálat

Módszertani szempontból alapvetően két nagy csoportba sorolhatók a hatásvizsgálatok (Sági és Széll, 2015). Az első a kvantitatív hatásvizsgálat, amelyben arra keressük a választ, hogy a beavatkozás mérhető változást eredményezett-e. Ehhez a változást számszerűsíthető mutatóval kell mérni, majd valamilyen statisztikai módszert alkalmazva oksági viszonyt kell feltárnunk. Ez alapján a kvantitatív hatásvizsgálatok az intézkedés konkrét, mennyiségileg meghatározható hatásait mérik. Ehhez olyan számszerűsíthető indikátorokra van szükség, amelyek objektív módon írják le a vizsgált tényezők változását. A kvantitatív hatásvizsgálatok előnyei az alábbiak:

- könnyen interpretálható információkhoz vezetnek,
- segítenek abban, hogy a „program” különböző alcsoportokra gyakorolt eltérő hatásait feltárjuk,
- nélkülözhetetlen információkat nyújtanak a költség-haszon elemzésekhez.

Tekintettel arra, hogy a kvantitatív hatásmérés során statisztikai–ökonometriai - eszközöket használunk, amelyek csak kellően nagy mintanagyság esetén megbízhatóak, ezt a fajta hatásmérést csak abban az esetben alkalmazhatjuk, ha a programban résztvevők száma elég nagy. A mérés során egyedi szintű megfigyeléseket gyűjtünk össze, és ezekből vonunk le következtetéseket a célcsoport egészére. A statisztikai módszerek alkalmazása nyomán a program *átlagos* hatását leszünk képesek megbecsülni. „A „program átlagos hatása” kifejezés alatt azt értjük, hogy a célcsoport egy véletlenszerűen kiválasztott tagjára gyakorolt átlagos hatás milyen mértékű” (Major, 2013. p. 7.).

A másik típusú, kvalitatív hatásvizsgálat során a miértekre keressük leginkább a választ: (1) a beavatkozás miért vezetett valamilyen (szándékolt vagy nem szándékolt) hatáshoz, (2) miért hatott pont azokra, akikre hatott (vagy miért is nem hatott azokra, akikre nem hatott); illetve (3) miért hatott az egyik kontextusban, és miért nem a másikban. A kvalitatív hatásvizsgálat során



nem lehet az eredményeket számszerűsíteni, így közvetlen módon nem lehet azokat költség-haszon elemzésekhez felhasználni sem. Ugyanakkor azonban betekintést adnak a beavatkozás működésébe.

Sági és Széll (2015) azonban hangsúlyozzák, hogy a hatásvizsgálatok két típusa valójában ugyanarra a kérdésre keresi a választ: milyen változásokat eredményezne, illetve eredményezett az intervenció ahhoz képest, ami akkor történne vagy történt volna, ha nem történt volna beavatkozás. Mindkét hatásvizsgálati módszernek megvannak a korlátai és megvannak természetesen az előnyei is, az eredményeik alapvetően kiegészítik egymást. Ennek megfelelően a két módszer egyidejűleg, egymás mellett is használható. Különösen fontos lehet a kvalitatív és kvantitatív vizsgálatok együttes használata, ha a kvantitatív módszerek csak korlátozottan használhatóak, például a vizsgált változók mérési nehézségei miatt.

3.5. A hatásvizsgálat nehézségei a gyermekek mentális egészségének fejlesztését, megőrzését célzó beavatkozások (szolgáltatások) esetében

Bár a hatásvizsgálatok elvileg bármely beavatkozás esetén használhatók, de ez nem jelenti azt, hogy egyes területeken használatuk ne ütközne jelentős nehézségekbe vagy esetleg korlátokba. Talán érdemes a kvantitatív és kvalitatív hatásvizsgálatokat megkülönböztetve feltérképezni, hogy a gyermekpszichiátriai és egyéb mentális egészséghez kapcsolódó ellátásokhoz (pl. gyermekpszichológiai) kapcsolódó intervenciók esetén milyen nehézségekkel, problémákkal kell szembenéznünk.

A kvantitatív hatásvizsgálatok nagyon jól alkalmazhatók gazdasági, fejlesztéspolitikai programok esetén, mert ezek esetében a kontrollcsoport könnyen található, illetve a kontrollcsoportra és a célcsoportra vonatkozó megfigyelések könnyen összegyűjthetőek, s ezek alapján a statisztikai-ökonometria - elemzések elvégezhetőek. Ennek megfelelően számos hatásvizsgálat történt Magyarországon a munkanélkülieket célzó ellátások (Bódis és mtsai., 2005; Hudomiet – Kézdi, 2008.; Kézdi, 2011.), a kis- és közepes vállalkozások fejlesztése (Futó 2009) kapcsán. Ugyancsak számos hatásvizsgálat történt különböző szociális programok esetében (pl. a gyermekszegénység csökkentését célzó programok kapcsán (Scharle, 2010), vagy az iskolai szegregáció csökkentése kapcsán).

Kvantitatív vizsgálatok nehézségei, korlátai

- A tényellentétes állapot becslése gyakorlatilag megvalósíthatatlan. Gondoljunk egy szerfogyasztáshoz kapcsolódó program kapcsán arra a kérdésre, hogy mi történt volna a kezelésbe vett fiatalokkal a kezelés hiányában! Erre vonatkozóan nincsenek



megfigyelések és adatok sem, hiszen a kontrollcsoportot azok a fiatalok alkotnák, akik valamilyen szert használnak, de nincsenek kezelésbe véve, így róluk nincsenek információk.⁶

- A hatásvizsgálat során több bemeneti változó az egyéni élethelyzettel kapcsolatos, s ezek érzékeny (pl. az egészségi állapotra, szociális-jövedelmi helyzetre vonatkozó) adatok.
- Az egyéni élethelyzetekre vonatkozó információk egy jelentős része esetén további problémát jelent, hogy ezek az információk nehezen vagy egyáltalán nem számszerűsíthetőek (pl. hátrányos szociális környezet).
- Az egyének helyzetére vonatkozó adatok gyűjtése általában is felvethet etikai problémákat az adatkezelés, a feldolgozás és vizsgálati eljárás és az eredmények közzététele során.

A kvalitatív hatásvizsgálatokban használható módszerek, ahogy arról fentebb szó volt, jóval sokrétűbbek és kevésbé sztenderdizáltak, így ezek alkalmazhatóságára jóval több lehetőséget látunk. Viszont tekintettel arra, hogy ezek során is szükséges valamilyen mérés, így nehézségek a kvalitatív hatásmérések során is adódnak. Gondoljunk például arra, hogy bár a kvalitatív hatásmérés során nem fogunk számszerűsíthető eredményeket meghatározni, de a miértekre adandó válaszainkhoz bizonyos esetekben indikátorok alapján kell következtetéseket levonnunk, s ezek terén a szokásos mérési problémával szembesülhetünk.

A mérés alapvetően bizonyos mutatószámok meghatározására vonatkozik, amelyek a beavatkozás előtti és utáni értékeinek összehasonlítása jelezheti azt, hogy az adott intervenció elérte-e a kívánt hatást.

4. LEHETSÉGES HATÁSMÉRÉSI INDIKÁTOROK MEGHATÁROZÁSA

Módszertanunk következő lépése a jelen tanulmány céljának megfelelő hatásmérési indikátorok meghatározása, így célszerűnek tartottuk az indikátorok fogalmi meghatározásának áttekintését is:

"Az indikátor olyan paraméter vagy érték, amely rámutat, információt vagy leírást nyújt valamilyen kapcsolódó jelenségről, a környezet vagy a terület állapotáról, helyzetéről. Az

⁶A kontrollcsoport természetesen elviekben létezik; azokból áll, akik szert használnak és nincsenek kezelésbe véve. Statisztikai értelemben azonban nincs kontrollcsoportunk ebben az esetben, mert nem tudunk információkat szerezni ezekről a fiatalokról.



indikátorok közvetítők a statisztikai megfigyelések és a gazdasági, társadalmi jelenségek között” (Havasi, 2007)

A jelző számokkal kapcsolatban az egyik legfontosabb szempont az időbeli (keresztmetszeti, hosszmetzeti) vagy a csoportok vagy területek közötti összehasonlíthatóság” (Bukodi, 2001).

Az indikátorok üzenet-szerűen, egyéb magyarázás nélkül informálnak, folyamatok jellemzőinek változását, időbeli lefolyását is képesek detektálni (Németh, 2013.)

Mindhárom megfogalmazás más-más aspektusból jeleníti meg az indikátor fogalmát, így jelen tanulmányban igyekeztünk a fenti definíciókat együtt értelmezni.

A definíció meghatározását követően el kellett döntenünk, mi alapján válasszunk indikátort, ezzel összefüggően mik legyenek az indikátorral szemben felállított követelmények. A Signpost of development tanulmány (2007) a „SMART „módszert javasolja erre a feladatra. Ez alapján az indikátor legyen specifikus (S), mérhető (M), megvalósítható (A -_attainable, achievable), releváns (R), és időszerű (T – timely, time bound) (Havasi, 2007) Tanulmányunkban mi is ezt a módszert használtuk.

A hatásmérés szempontjából a projekt célrendszerének és beavatkozás-mátrixának megfelelően az alábbi területeken kerestünk indikátorokat:

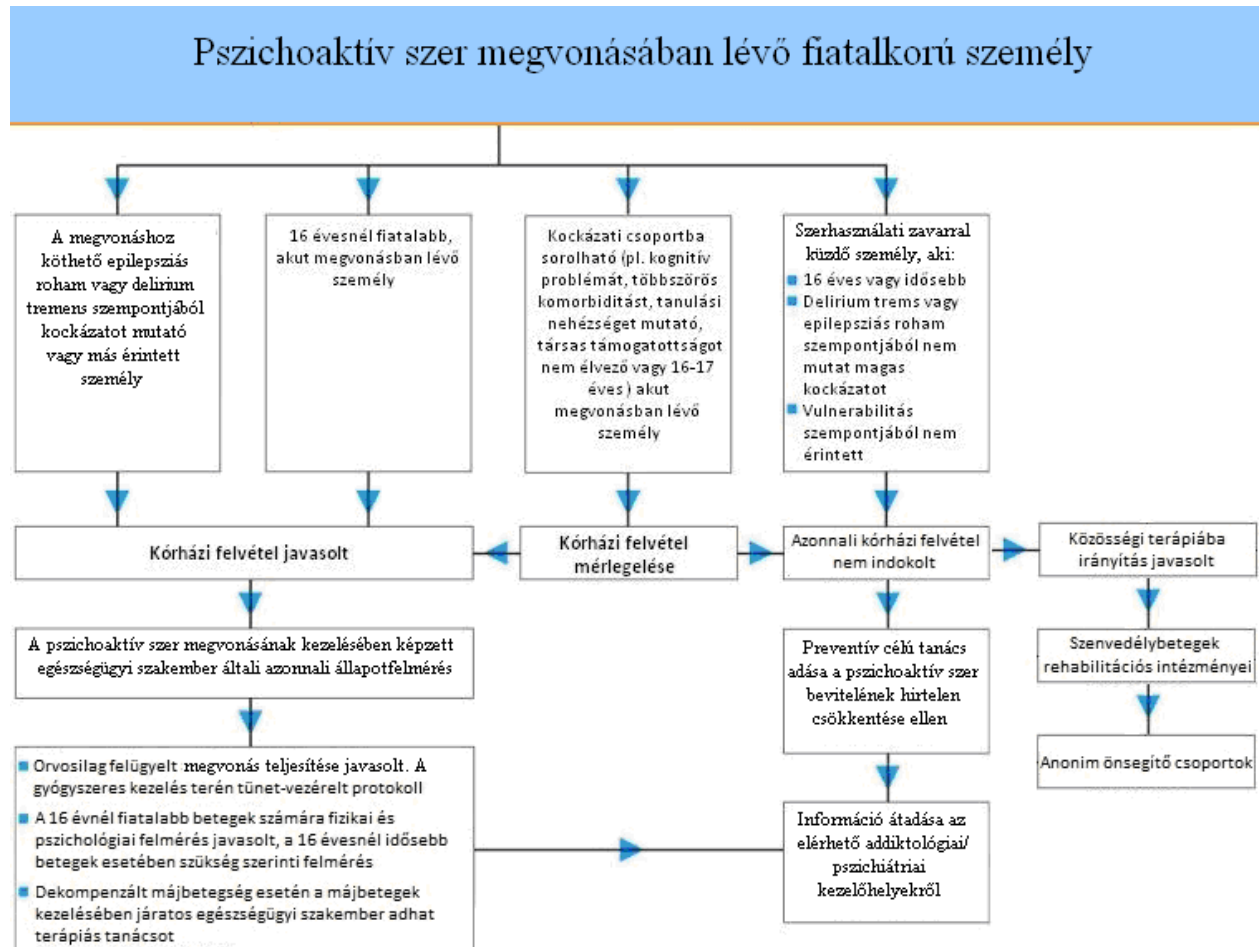
- egészségügy (kiemelten a gyermek-és ifjúságpszichiátriai és gyermek-és ifjúság addiktológiai ellátások vonatkozásában)
- köznevelés
- szociális ellátás

A Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése című EFOP-2.2.0-16-2016-00002 azonosítószámú kiemelt projekt kapcsán országosan több strukturális és szervezeti korszerűsítés, fejlesztés valósul meg hazánkban. Reményeink szerint a projekt eredményeképpen jobb körülmények közt, szervezettebb keretekben, szorosabb szakmai együttműködésben zajlanak majd a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségéhez kapcsolódó beavatkozások és ellátások. A tárgyi és személyi feltételek, a munkakörülmények javulása, a szakmai lehetőségek bővülése elképzelésünk szerint több területen is pozitív változást eredményez.

Ebben a fejezetben a fenti változások következtében létrejövő hatások mérési lehetőségeivel kapcsolatos gondolatokat és lehetőségeket összegeztük.

A potenciálisan alkalmazható hatásmérési indikátorokat a projekt korábbi elemeit, tanulmányait, és a szakirodalmi adatokat felhasználva, összevetve igyekeztünk megalkotni. Az összegyűjtött javaslatokból igyekeztünk mérhető, a változás több aspektusát is megmutató indikátorhalmazt összeállítani.

5. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER





Projektünk közvetlenül érinti a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai betegellátást és a fejlesztések révén hatással van az ellátó egészségügyi (szak)személyzetére is. Ennek megfelelően a hatásvizsgálatok szempontjából az egészségügyi területen két fő kérdéskör bontakozott ki bennünk:

1. Milyen változások léphetnek fel a betegellátásban, a betegforgalom területén minőségi és mennyiségi szempontból, ezek mennyire követhetők, hatástani szempontból mérhetőek-e?
2. Az egészségügyi ellátórendszeren belüli fejlesztések, korszerűsítések, a tárgyi feltételek változása és/vagy személyi feltételek változása hogyan hat a dolgozókra, befolyásolja-e az adott területen a dolgozók elégedettségét, az új munkavállalók számát, stb., ezeket a változásokat hogyan lehet követni, mérni.

A betegellátással kapcsolatos kérdéskörben első lépésként a fentebb ismertetett módszertani leírásnak megfelelően megnéztük milyen szakirodalmi segítségünk van, majd azt, milyen adatok állnak itthon rendelkezésünkre. A szakirodalmi adatokat figyelembe véve, hazai kutatások ebben a témában nem készültek. Így magyar szakirodalmi hivatkozás tekintetében a hatályos egészségügyi szakmai irányelveket tudtuk figyelembe venni. Nemzetközi szakirodalmi adatgyűjtés során is inkább addiktológiai témakörben születtek kutatások, módszertani leírások, de ezekből több olyan gondolatot is találtunk, amit az általános gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakellátás területén is hasznosnak és átültethetőnek ítéltünk.

Betegellátás hatástani vizsgálata során az alábbi problémák kerültek előtérbe:

- Nincs egységes kódolási rendszer a betegellátási adatok rögzítésére
- Nem egységesen dokumentált a felvétel és az elbocsájtás
- Nincsenek szakmailag egységesen meghatározva a betegellátással kapcsolatos fogalmak pl.: mi tekinthető akut és sürgősségi ellátásnak, mi a visszaesés, mit értünk gondozás/gondozási eset alatt, ki számít új betegnek, stb.
- Nincs utánkövetés (Jelen projektben készített intézményi interjúk során egyetlen intézmény sem tudott beszámolni tervezett utánkövetési rendszerről, illetve direkt utógondozó tevékenységről.)



Így került fókuszba ismét a Washington Circle (WC) tanulmány. 2004- ben a WC Public Sector Work az Amerikai Egyesült Államok öt további államának (Connecticut, Massachusetts, New York, North Carolina, Oklahoma, valamint Washington) részvételével pilot programot vezetett be. (Washington Circle (WashCi) kutatási pilot program). Államonként változó, hogy milyen beépíthető állandó elemeket (pl. szolgáltatások, ellátási formák, protokollok) találtak, mely modellezhető és bevezethető lenne addiktológiai területen, a 18 év feletti korosztályt megcélözva. A Washington Circle intézkedései: bizonyítékokon alapuló gyakorlat (EBP: Evidence Based Practice) alapján valósítottak megintézkedéseket, az ügyfelek kezelésben történő elkötelezettségének, motivációjának növelése érdekében.

Ebből a tanulmányból számunkra is fontos megállapítás, hogy az ellátással kapcsolatos adatok rendelkezésre állása kulcsfontosságú kérdés az adatok összehasonlíthatósága miatt. Ők az adatgyűjtést két kiemelt kérdéskör mentén kezdték megszerezni:

1. Kliens jellemzők: ügyfél-azonosító, a demográfiai és szerhasználattal (gyakoriság) kapcsolatos információk, a foglalkoztatás kérdésköre.
2. Kihasznátság: a kezelések megindítása, kezelésbe vétel, és annak folyamatossága.

A másik, jelen tanulmányunk szempontjából figyelemre méltó elem az utánkövetésre alkalmazott módszer. Connecticut államban kialakítottak egy kódrendszert, mellyel a kezelés végén adminisztrálták az ellátásra és az ellátás befejezésére vonatkozó információkat. Ehhez képest lehet tulajdonképpen meghatározni és definiálni a visszaesést, illetve az utánkövetés lehetséges módjait és az utógondozás különböző formáit. Az egy éves gondozás után gyógyultan távozó betegek esetében értelmezhető az újbóli visszakerülés, az állapotromlás bármilyen formája.

A tanulmány alapján nálunk is célszerű lenne a fogalmak pontos meghatározása, egységes szakmai protokollok és ennek megfelelő kódolási rendszer kialakítása, ami nyomon követhetővé teszi az egyes kliensek ellátásának egyes lépéseit és az ellátások hatására bekövetkező változásokat is mérhetővé teheti.

A kliens/ellátott jellemzői magyarországi viszonyokra vonatkoztatva: A magyarországi kábítószer használókat ellátó intézményekben, a kezelési során a kliens adatokat a TDI (Treatment Demand Indicator) adatlapokon rögzíti egységes formában, mely szintén tartalmazza a kliensekkel kapcsolatos, a cikkben említett kliens adatokat.

A gyermek-és ifjúságpszichiátriai és gyermek-és ifjúság addiktológiai ellátások más területein azonban ilyen adatrögzítés jelenleg nem történik. A járóbeteg szakellátás során az alábbiak kerülnek felvételre: az egészségügyi ellátással kapcsolatos alapadatokat (elsősorban személyes



adatok) rögzítik az informatikai rendszerben. Az ellátásról készül ambuláns lap, mely tartalmazza a személyes adatokat, röviden összefoglalva: terhességi, szülési, fejlődési, családi, előző betegségek-kezelések, oktatási előzményeket, jelen panaszokat, jelen állapot leírását, diagnózist, terápiás javaslatot, esetleges kontroll időpontját, továbbküldést. Az ambuláns lapot minden esetben megkapja a beteg, és a helyi informatikai rendszer valamint a központi informatikai rendszer (EESZT) is tárolja. Az ambuláns lap tartalmi és formai követelményei szakmailag meghatározottak, megfogalmazottak. Ezeket kötelező rögzíteni. Az ambuláns lapok fenti adatai csak dokumentum elemzéssel nyerhetőek ki.

Fekvőbeteg szakellátás: az ellátásról zárójelentés készül, tartalmazza a fent leírtakat, ezen kívül a kórházban tapasztaltakat, kórlefolyást, az elvégzettség vizsgálatokat, beavatkozásokat és a megfigyelés eredményét. Ebből is kap egy példányt a beteg és helyi informatikai rendszer valamint az EESZT elektronikusan tárolja. Fekvőbeteg szakellátásban készül papír alapú kórnapló, mely a kezeléssel kapcsolatos egyéb orvosi, pszichológiai, ápolási dokumentációkat, láznapló, dekurzus, stb. tartalmazza.

A statisztikák nem tartalmazzák azt, hogy a kliens korábban gondozott volt-e már és azt sem, hogy emellett sürgősséggel került-e újra kezelésbe. Csak dokumentumelemzésből lehetne adatokat szerezni, de ezeknek is jelentős a kockázata, nem biztos, hogy dokumentálva van a sürgősségi ellátásba történő bekerülés (gyermekpszichiátriai osztály, gyermekpszichiátriai ambulanciák, sürgősségi osztályok, gyermekosztályok). Önmagában a sürgősségre (korábbi kezelésre nem) csak utalhat, ha megjelenik önsértés, suicidium, akut intoxikáció a diagnózisokban - ez leginkább már KSH adatbázisban található adat.

Ugyanakkor a projekt keretében a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaival felvett interjúk rámutatnak arra, hogy a meglévő adatok is jelentősen torzíthatnak. A gondozói jelentések nem tartalmazzák az általános gyermekpszichiátriai szakrendelésen (nem gondozói kódon) megjelent kliensek adatait, kórisméjüket, a kódolás plusz dokumentációs teher a szakemberek számára, kevés figyelmet fordítanak a precíz adatszolgáltatásra. (lásd: Módszertan 3 tanulmány)

A fogalmak egységes meghatározása szempontjából érdekes az alábbi szakmai irányelv:

Részlet a „Gyermek- és fiatalok kóros szerhasználatához kapcsolódó szakmai irányelvből”: „A felépülés meghatározása (a Betty Ford Intézet által szervezett konszenzuskonferencia alapján: lásd (Németh, 2013.): A felépülés konszenzusos definíciója: „olyan, önként fenntartott életmód, amely magában foglalja a józanságot, a személyes egészséget és az állampolgári létet.” (115.o.) Az absztinencia helyett a józanság fogalmát



javasolják használni, amely „magában foglalja a kontrollt, a kiegyensúlyozottságot és a mértékletességet” (116.o.). Elismerik a gyógyszerrel kísért józanság fogalmát. Meghatározták a józanság fázisait. „Korai” józanság: 1–12 hónap; „Fenntartott” józanság: 1–5 év; „Stabil” józanság: 5 év felett (Németh, 2013.). Ezek a meghatározások kijelölik a kezelés és utókezelés céljait és időtartamát. A tapasztalatok szerint a kezelés-ellátás, az önségítő csoportban való részvétel jó, ha 12 hónapig tart. Az eredmények a 3. hónaptól jelentkeznek, erőteljesebben pedig a 6. hónaptól mutatkoznak, de a visszaesések elkerülése miatt hasznos a 12 hónapos kezelési-ellátási időtartam. Általában minél hosszabb időt tölt el a kliens/paciens a kezelésben, annál valószínűbb, hogy absztinens, illetve józan lesz, a kezelési modalitástól szinte függetlenül. (Rácz, 1999). Az *adherencia*, illetve a *compliance* viszont terápiás modalitásonként eltérő lehet (Osváth, 2010). A felépülés fogalmának léteznek más alternatív definíciói is (pl. SAMHSA munkadefiníció: (Németh, 2013.).”

Ennek megfelelően célszerű lenne a fentebb megnevezett (akut ellátás, visszaesés, gondozás...) fogalmakat egységesen meghatározni és alkalmazni. Így már a konkrét fogalmakhoz konkrét kódot lehetne rendelni, melyet egységes módszertani protokollként lehetne bevezetni.

Ez az egységes finanszírozást is elősegíthetné. A Washington Circle tanulmány ehhez kapcsolódóan is előremutató. Oklahoma, New York államhoz kapcsolódó rendelkezések:

- Indikátorokat határoztak meg a teljesítmény vizsgálatára.
- Negyedévente naprakész jelentést küldtek a döntéstámogatók részére.
- Az indikátor terv folyamatos monitorozása, betartása, korrekcióra való hajlandóság voltak a főbb lépések.

Az adatok elemzésénél, ha kibukott az alacsony, nem megfelelő teljesítmény, az adott intézménynek szolgáltatási korrekciót kellett benyújtania. Cél a kísérő betegségekkel kapcsolatos párhuzamos ellátások kerülése, a beteg számára a legmegfelelőbb kezelési forma megtalálása, a motiváció fenntartása volt. A kezelési arány 59%-ról 69 %-ra emelkedett.

A korai kezelésbe vétel és a gyermek és fiatal páciensek nyomon követésének érdekében érdemes lenne az egységes adatfelvétel és elemzés, legalább az egészségügyi ellátók tekintetében, támogatva a folyamat- és eredményértékelést az összevethető adatok rendelkezésre állásával. Pl. az ADHD-val kezelt gyermekek kezelésének kapcsán a családra vonatkozó adatok rögzítése fontos lehet, az ellátás, a terápiás terv kialakítását és annak módszereit meghatározhatja.

Az egyes ellátó intézmények kihasználtságát, a kezelés eredményességét vizsgálva, indikátor lehet a kezelésben tartás és a sikeresen befejezett kezelések száma. Mivel a kezelőhelyek



többsége nem rögzít a befejezéshez kapcsolódó adatokat, így a megkezdett kezeléshez képest történő visszaesés adhat információt a kezelés vagy az ellátó hely hatásosságáról. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a kezelés alsóbb szintjeire történő visszakerülés és terápiából történő elmaradás, az SBO-ra (Sürgősségi Betegellátó Osztályra) történő bekerülés, intoxikáció vagy egyéb krízisintervenció adhat számunkra számszerűen kifejezhető információkat. (pl. relapszus következtében bekövetkező, addiktológiai vagy pszichiátriai osztályos kezelés igénybevétele.)

5.1. Egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó indikátor javaslatok

(összefoglalva lásd. 7. számú melléklet: indikátor tábla)

1. A gyermek- és ifjúságpszichiátriai és/vagy addiktológiai ellátásba kerülők számának változása éves szinten

Definíció: A gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókban nyilvántartottak és a kórházak aktív és krónikus gyermekpszichiátriai osztályairól elbocsátottak számában bekövetkező változás országos szinten 2 egymást követő év dec. 31-i adatai alapján.

Adatgyűjtés és feldolgozás: NEAK, EMMI adatbázisából nyert adatok elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA). NEAK: aktív gyermekpszichiátriai ellátásban részesülők száma, EMMI: központi adatbázisai a betegfelvételi adatokkal kapcsolatban

Problémák/javaslatok: nem merült fel probléma, jelenleg is alkalmazható indikátor.

2. A gyermek-és ifjúságpszichiátriai és/vagy addiktológiai ellátásba egy éven belül akutan visszakerülők aránya

Definíció: A korábban már gyermekpszichiátriai vagy addiktológiai gondozottak körében az akut ellátásra szoruló aránya (sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai ellátás egy évben), országosan, egy járásra vagy a intézményre vonatkozóan. Akut ellátás alatt értjük a krízisállapotban történő megjelenést (intoxikáció, suicid veszélyeztetettség, heteroagresszivitás, pszichózis)

Adatgyűjtés és feldolgozás: NEAK, EMMI adatbázisából nyert adatok elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS) A betegfelvételi lapok összegyűjtése, az adatok



adatbázisba rendezése majd elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA)

Problémák/javaslatok: A fenti általános problémafelvető részben részleteztük: nincsenek egységesen meghatározott fogalmak a bekerülés körülményeire, nincs tisztázva mi számít egy gondozási esetnek, mi a visszaesés, az akut ellátás...

Ahogy azt fentebb is megfogalmaztuk általános fejlesztési javaslatként, ezen indikátor esetében is fontos lenne egy egységes fogalom meghatározás, továbbá az ellátás minden résztvevője számára elérhető egységes kódolási protokoll a bekerülés, az ellátás és az elengedés/lezárás területén. Az utógondozás egységes és nyomon követhető kliensútjainak kialakítása szintén elkerülhetetlen.

Hosszútávon, ha ezek az adatok megszerezhetőek, mérhető lesz a hatás. Probléma, hogy jelenleg nem állnak rendelkezésre összehasonlítható alapadatok.

3. A munkaerő relatív nettó fluktuációjának százalékos változása egy éven belül

Definíció: 1 év alatt az azonos munkakörbe belépő és kilépő dolgozók számának különbsége az adott munkakörben foglalkoztatottak átlagos számához viszonyítva. A nettó fluktuáció az azonos munkakörbe belépő és kilépő dolgozók számának különbsége 1 év alatt. A relatív fluktuáció azt mutatja, hogy az azonos munkakörben foglalkoztatott átlagos dolgozói létszámhoz képest mekkora a nettó fluktuáció.

Adatgyűjtés és feldolgozás: intézményi adatok összegyűjtése, az adatok adatbázisba rendezése majd elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA)

Problémák/javaslatok: A konkrét hatásvizsgálat esetén konkretizálni kell, hogy mely munkakör dolgozóit vizsgáljuk pontosan (ápolók, orvosok, védőnők...). Természetesen egymással párhuzamosan több munkakör is vizsgálható, amennyiben az ehhez szükséges erőforrások rendelkezésre állnak.

4. A dolgozói elégedettségmérés alapján az elégedett dolgozók számának változása

Definíció: A gyermek-és ifjúságpszichiátriai szakellátást (járó és/vagy fekvő szakellátást) nyújtó intézmények munkatársainak körében végzett dolgozói elégedettségmérés alapján az elégedett dolgozók számának százalékos változása éves szinten, a teljes dolgozói létszámhoz viszonyítva.



Adatgyűjtés és feldolgozás: egyes intézmények papír alapú vagy online dolgozói elégedettségi kérdőíveinek elemzése

Problémák/javaslatok: Jelenleg nincs egységes kérdőív ezen a területen. Több intézménynél vannak dologzói elégedettségi kérdőívek /ISO 9001:2001 szabvány-feltétel/, de ezek nem egységesek. Kérdőíves megkérdezésen alapuló, szubjektív skálán történő mérés lenne, amit rendszeresen pl. évente ismételni kell ugyanazon kérdésekkel. A kérdőívek egységesítése az indikátor mérhetővé tételéhez szükséges előfeltétel.

5. Adott területen dolgozó szakdolgozók számának változása.

Definíció: A gyermek-és ifjúságpszichiátriai ellátásokat nyújtó, az adott földrajzi egységen belül (járás/megye/régió/ország) dolgozó szakdolgozók számának százalékos változása 100 ezer főre vetítve

Adatgyűjtés és feldolgozás: intézményi munkaügyi adatok szekunder elemzése: összegyűjtése, az adatok adatbázisba rendezése majd elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA) Az intézményi munkaügyi adatok összevetése a KSH népesség adataival.

Problémák/javaslatok: Problémát nem találtunk, jelenleg is alkalmazható indikátor. A konkrét vizsgálat során konkretizálni szükséges a területi egységet (járás/megye/régió/ország).

6. Adott területen működő mentálhigiénés teamben résztvevő szakemberek számának változása éves szinten

Definíció: Egy év alatt, adott területi egységen (település) belül dokumentáltan működő mentálhigiénés teamben résztvevő szakemberek számának százalékos változása. Mentálhigiénés team: „A mentálhigiénés team tagjai elsősorban az egészségügy, a köznevelés, a szociális ágazatok intézményei, szakemberei és a gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológia területét érintően velük szorosan együttműködő társszaktám/társágazatok szakemberei. A mentálhigiénés teamnek nincs felülről deklarált vezetője, a team-en belül nincs hierarchikus viszony, működése a szakmai kompetenciák szerint munka- és felelősségmegosztáson alapul. A mentálhigiénés team-en belüli együttműködés a megelőzés, korai kezelésbevitel és a gondozás területét érintő feladatokra, elsősorban a kölcsönös tájékoztatásra, közös gondolkodásra, közös tervezésre és az ezekhez szükséges egyeztetésekre továbbá szükség szerint célirányos, egyes konkrét esetekre vagy intézményekre, problémákra



vonatkozó kooperáció előkészítésére és megvalósítására fókuszál.” (jelen kiemelt projekten belül kidolgozott definíció)

Adatgyűjtés és feldolgozás: A mentálhigiénés team ülések jelenléti íveinek szekunder elemzése.

Problémák/javaslatok: A projekt keretében korábban felvett intézményi interjúk elemzése során kiderült, hogy a gyermek- és ifjúságpszichiátriai/addiktológiai ellátás területén alig működik jelenleg definíció szerinti mentálhigiénés team, s ezek is többnyire informálisak és a személyes kapcsolatok alapján szerveződnek. A megbeszélésekről dokumentáció többnyire nem készül.

Hosszú távon az lenne a cél, hogy egy településen egy mentálhigiénés team legyen. Ennek a mentálhigiénés teamnek a szervezéséről és működéséről szülessen nyomon követhető dokumentáció, s ezek az adatok (pl. a teamben résztvevő szakemberek végzettségét, megjelenését dokumentáló jelenléti ívek) a team működését koordináló szakembernél/intézménynél legyenek elérhetőek.

A projekt keretében szakmai képzéseken és a Módszertan 5-ös alfeladatban (helyi ellátók együttműködését mérni és dokumentálni képes eszközrendszer pilot tesztelése) résztvevő szakemberek az alkalmazott kérdőívekkel segítenek feltérképezni a jelenleg helyzetet a mentálhigiénés teamek tekintetében, s ez alapján készül egy javaslat a teamek összetételének meghatározására. A működéssel, összetétellel, dokumentációval és a feladatok meghatározásával kapcsolatosan egységes módszertani irányelv kidolgozása szükséges.

Amennyiben a gyermek-és ifjúságpszichiátriai/addiktológiai ellátás területén jelenleg zajló átalakulások, fejlesztések a tervek szerint alakulnak, reményeink szerint nő a formalizált mentálhigiénés teamek száma, eredményesebbé és hatékonyabbá téve az ellátást. A teamek összetételének változása tekintetében minőségi előrelépés lehetne, ha a szakmák és a különböző felelős ágazatok közül több szereplő is a team tagjává válna.

6. KÖZNEVELÉSI RENDSZER

A „*Gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése*” című kiemelt projekt egyik tervezett célja a mentális egészséggel kapcsolatos korai érzékenyítés, a stigmatizáció csökkentése. Elképzeléseink szerint az erre irányuló egészségnevelési/egészségfejlesztési programok hatása jó indikátora lehetne a változásoknak.



Mielőtt azonban áttérnénk a konkrét indikátor javaslatok bemutatására röviden ismertetjük a stigmával, stigmatizációval kapcsolatos főbb elméleti tudnivalókat, melyek az egyes indikátorok értelmezését is elősegíthetik a későbbiekben.

A stigma definíciója szerint (Twardzicki, 2008; Chen, Koller, et al., 2015) valamilyen szégyenletes tulajdonsághoz kapcsolódó megbélyegző jel, amely viselőjét megkülönbözteti, elkülöníti másoktól. A stigmatizált embernek nemcsak érzelmi teher a megbélyegzés, hanem emellett a mentális betegséggel küzdőket terhelő stigma képes:

- negatívan befolyásolni a mentális egészséget, az önbizalmat és az önértékelést,
- megnehezíteni a segítségkeresését és ezzel lelassítani a kezelésbe jutás folyamatát,
- limitálni a foglalkoztatási, lakhatási és pénzügyi lehetőségeket, mivel a stigmatizációval sokszor a diszkrimináció is együtt jár,
- negatívan befolyásolni a családi, baráti, kollegiális kapcsolatokat, ezzel a mentális betegséggel küzdő személyt izolálni a társadalomban.

A fentiek alapján felmerülhet a kérdés, hogy mi a különbség a sztereotípiá és az előítélet között? A témával foglalkozó szakirodalom alapján a sztereotípiá olyan gondolkodási séma, ami segít a gyors adatfeldolgozásban és tájékozódásban (például a szociális térben). Ezzel rugalmasan bánunk, el tudunk térni tőle az adott személy esetében. Sémák a világgal és emberekkel kapcsolatban, melyek a hatékony információfeldolgozást segítik elő. Lehetővé teszik, hogy egy-két felszíni jelből mélyebb következtetéseket vonjunk le. (Ez vezethet az emberi kapcsolatok terén félreértésekhez.)

Az előítélet, avagy előzetes ítélet érzélem, mely a viselkedést jelentősen befolyásolja, de egyedül nem határozza meg. Olyan rögzült sztereotípiá vagy nem megfelelő mennyiségű információn alapuló ítélet, amelyen nehezen tudunk változtatni. Negatív konnotációt hordoz. *„Valamely személlyel szemben érzett idegenkedő vagy ellenséges attitűd, melynek alapja pusztán annyiban van, hogy az illető személy egy adott csoporthoz tartozik, és ennek következtében feltételezik róla, hogy a csoportnak tulajdonított negatív tulajdonságokkal ő is rendelkezik. Az előítélet hatására előítéletünk tárgya hátrányos helyzetbe kerül, holott ezt a viselkedése nem indokolja”* (Allport, 1999. 75. o.).

Az előítéletek kezeléséhez, csökkentéséhez jó eszköz lehet Rosenberg együttműködő kommunikáció (röviden: EMK) módszerének megismerése és elsajátítása. Rosenberg két fő szereplőtípust különböztet meg a kommunikáció során.

- *A SAKÁL*: erőszakos, a konfliktusait is ilyen módon kezeli. Ha ő az erősebb, „leordítja” a másikat, ha ő a gyengébb, behúzza a farkát, és arrébb sompolyog.



- *A ZSIRÁF*: tisztában van az érzelmeivel, szükségleteivel, és vállalja is azokat. A zsiráf őszinte és empátikus.

Nyilvánvalóan a „zsiráf-féle” kommunikáció vezethet a stigmatizáció csökkenéséhez. Az együttműködő vagy más néven együtt érző kommunikáció legfőbb feladata, hogy előbbre vigye és támogassa a megfelelő információ-áramlást, amely az emberek közötti kooperáció elengedhetetlen feltétele. Mindennek segítségével a nézeteltérések, a vélemények közötti különbségek sokkal hatékonyabban kezelhetők. Az EMK lényege, hogy mindenki igényeit próbáljuk meg szem előtt tartani, alapelveként fontos a kapcsolatok kölcsönössége, a felelősség vállalása, a tisztelet megadása, és a partnerség. A morális ítéleteink helyett értékítéletekre alapozunk. Meg kell vizsgálnunk, hogy ami történik, az összhangban van-e a szükségleteinkkel. Ha egy konfliktushelyzetben mindannyian időben felismerjük, hogy melyek a mi kívánalmaink és szükségleteink – és mindezeket érthetően kifejezésre juttatjuk a másik fél számára – akkor hamar tudunk olyan megoldásokat találni, ami az összes érintett résztvevő számára meglegedettséggel szolgál. Az EMK célja, hogy a lehetséges nézeteltérések békés párbeszéddé alakuljanak, olyan kifejezésmódot használ, amely segít elkerülni az ellenségeskedést. Lényeges a "köszönöm" és "kérem" szavak észrevétele minden megnyilvánulásban.

Az EMK, egy olyan 4 lépéses módszer, amely elősegíti, hogy a saját és a beszélgető partnerünk igényeit is meghalljuk, azokat figyelembe vegyük, és a tetteinket összhangba tudjuk hozni mindezekkel együtt a legbensőbb szándékainkkal. Ezzel egy nyertes-nyertes állapot jön létre, amely a sikeres együttműködés alapját képezi (Rosenberg, 2001).

Az egészséggel és azon belül a mentális egészséggel kapcsolatos ismereteket) terjesztő különböző egészségfejlesztési/egészségnevelési, edukációs programok kifejlesztéséről számos tanulmány szól. Közöttük vannak olyanok, amelyek az előadóművészeteket használják fel az érzékenyítéshez és a nevelési munkához, mások például iskolai kereteken fejlesztettek ki anti-stigmatizációs módszereket (Twardiczki, 2008; Chen és mtsai., 2015). A témában fellelhető tanulmányok célja viszont nem elsősorban az, hogy ezen programok hatását mérjék, hanem az, hogy bemutassanak egy újonnan kifejlesztett módszertant, jó gyakorlatként használható programot. Az egyes programok hatásvizsgálatára ugyan adott esetben sort keríhetnek, de a felhasznált tanulmányok még ebben az esetben sem általánosságban szólnak az egészségnevelési programok hatásáról a stigmatizációra, hanem csak az adott edukációs program hatásait vizsgálják. (Twardiczki és mtsai., 2008).



Erre jó példa a Kelet-Surrey-ben, a Reigate Sixth Form College⁷ diákjai és dolgozói, valamint a régióban - önkéntesen és kötelező alapon – mentális egészséggel kapcsolatos szolgáltatásokat igénybe vevők hároméves együttműködésén alapul az előadóművészetet felhasználó érzékenyítő program, amelynek célja:

- felvenni a harcot a mentális betegségekkel kapcsolatos megbélyegzéssel, valamint
- a mentális problémákkal küzdő emberek társadalmi integrációjának előmozdítása.

A hároméves program során összegyűjtött adatok elemzéséből kiderül, hogy a projekt pozitívan befolyásolta a résztvevő diákok a mentális betegséggel küzdőkkel szemben tanúsított magatartását, fejlesztette a tudásukat és növelte a mentális betegséggel kapcsolatos empátiájukat. A másik résztvevői csoport – a mentális egészséggel kapcsolatos ellátórendszer pácienseire szintén pozitívan hatott a program: amellet, hogy jó hatással volt a páciensek hangulatára, növelte a teljesítmény-, a bizalom- és az elfogadottság-érzetüket.

A Surrey környékén megvalósult projekt alapjaként szolgált az a tapasztalat, mely szerint a művészetek, művészeti tevékenységek képesek beindítani a kommunikációt, csökkenteni a társadalmi különbségeket, és bevonni a különböző problémákkal küzdőket is a kommunikációba. Az előadóművészetek pedig kifejezetten alkalmasak arra, hogy tabuként kezelt témákról diskurzust indítsanak, valamint hogy fiatalokat is bevonjanak a beszélgetésbe. A hároméves projektet toborzó munka előzte meg, mely során – főleg terápiás csoportok személyes megkeresése által megszólították a mentális egészségügyi ellátórendszerbe bekerült pácienseket, valamint a mentális egészségügyi szolgáltatók önkénteseit. Rajtuk kívül a főiskola diákjai vettek még részt a programban. A projekt megbeszélésekkel kezdődött, melyek során a résztvevők megosztották, hogy életük során milyen helyzetekben szembesültek már megbélyegzéssel, illetve diszkriminációval. Majd az önkéntesekkel és a diákokkal közösen ezeket a tapasztalatokat megpróbálták előadható jelenetekké formálni. A három év során pedig a táncművészetet, a mozgás-, a zene- és az előadó-művészetet segítségül hívva egy nyílt előadásra készültek fel, melyre meghívták a régióból a mentális egészségnevelésben érdekelt szakmacsoportokat. Az előadást közönségtalálkozó követte.

A projektet kérdőíves kutatás előzte meg és követte, melyben például a résztvevő diákok a mentális betegekkel kapcsolatos attitűdjeiket mérték. Az utókövető kérdőív eredményeiben

⁷ A brit iskolarendszerben a *Sixth form College* a hazai gimnáziumok utolsó két évfolyamának feleltethetőek meg. A tanulók általában 16-18 éves koruk között járnak „sixth form college”-ba.



jelentős pozitív változás látszik a résztvevők mentális betegséggel kapcsolatos meggyőződéseikben. A kérdőívben használt attitűdskála a következő a dimenziókat vizsgálta:

- Szimpatizáció a mentális betegekkel
- Segíteni akarás
- Jobbulást kíván nekik
- Többet szeretne tudni róluk
- Megérti, hogyan érezhetnek
- Úgy tekint a mentális betegségekre, mint az élet részei
- Félelem
- Kerülés
- Gyengeség
- Kényelmetlen érzés
- Reménytelenség

A diákok körében a projekt nyomán javult a mentális egészséggel kapcsolatos tudásuk, pozitív hozzáállásuk, segítségnyújtási hajlandóságuk. A résztvevő pácienseknek pedig nőtt az önbizalmuk, integrálva érezték magukat a társadalomban, és pozitívan változott jövőképük, önértékelésük.

Ezen az érzékenyítő programon belül tehát fontosnak tartották az utókövetést, a hatásmérést, mely pozitív eredményeket mutatott. A jelek szerint a leírt módon lezajlott több éves, az előadó-művészetet felhasználó együttműködés képes volt javítani a résztvevők tudatosságán, jobb megértésén és jóindulatán a mentális betegségekkel, betegekkel kapcsolatban. A projektet bemutató tanulmány azonban nem foglalkozott a program szélesebb értelemben vett társadalmi hatásának vizsgálatával: a záró előadást megtekintő nézők körében nem mérték az előadás hatására bekövetkező attitűdbeli változásokat.

Egy másik kutatás kifejezetten a különböző anti-stigmatizációs programok hatásvizsgálatával foglalkozott: 18, Kanadában, gimnáziumi környezetben lezajlott projekt eredményeit összegezte. (Chen és mtsai., 2015).

A kutatás során mélyinterjúkat és résztvevő megfigyelést alkalmaztak a kutatók, hogy pontosan megértsék az egyes programok elemeit, működési struktúrájukat. Második lépésként az összegyűjtött információk alapján modellezték a megismert programokat, módszertanokat. Harmadik lépésként pedig az érdekelt feleket vizsgálták meg, hogy az adott program hatását megmérjék.



A vizsgálat eredményeként felismertek egy témát, egy vissza-visszatérő alapvetést, amely szinte valamennyi program működését megalapozta: „*az érintkezés csökkenti a stigmatizációt*”, valamint a programoknak három általánosan előkerülő kulcs-összetevőjét: beszélők, üzenet és interakciók.

A kapcsolat alapú oktatás lényege a mentális egészséggel kapcsolatos ismeretek és készségek terjesztése esetében arra a gyakorlatra utal, amikor mentális betegségekkel küzdők mesélnek egészséges embereknek a betegséggel kapcsolatos tapasztalataikról, a pozitív üzenetekre helyezve a hangsúlyt, szót ejtve a javulásról és a gyógyulást elősegítő elemekről. A kutatás, mely kapcsolat alapú érzékenyítő programok sikerességét mérte – ezek között volt videós kapcsolat, személyes kapcsolat és workshop-formában megvalósuló program is – azt találta, hogy ezek legtöbbször jelentős javulást sikerült elérnie a megcélzottak témával kapcsolatos tudásában, hozzáállásában. Annak ellenére, hogy sok hasonló, kapcsolat-alapú anti-stigmatizációs programról már kiderült sikeressége, arról mindeddig nem születtek tanulmányok, hogy miben rejlik ez a siker, és ebből következően hogyan lehet összeállítani egy használható modellt a működőképes megbélyegzés-ellenes programoknak. A *Community Mental Health Journal*ban megjelent tanulmány ennek a hiánynak a pótlását tűzte ki célul: nemcsak megmérni akarták az egyes érzékenyítő programok hatását, de azt is modellezni akarták, miből áll a sikeres anti-stigmatizációs program.

A kutatás eredményeként létrehozott három összetevőből álló modell a következő:

- I. A beszélő: fontos, hogy a sikeres beszélő, aki saját mentális betegségekkel kapcsolatos tapasztalatait osztja meg, már gyógyuló legyen, így képes legyen példaképként állni a hallgatóság előtt. Más szóval, a beszélő már megjelenésével, beszédével is össze kell, hogy törje a mentális betegségekkel küzdőkről kialakult negatív sztereotípiákat, melyek szerint azok veszélyesek, ápolatlanok, összefüggéstelenül beszélnek vagy mentálisan limitált képességűek.
- II. Az üzenet: kritikus fontosságú, hogy az üzenet tartalmazza a gyógyulás lehetőségének gondolatát, próbálja meg korrigálni a betegségekkel kapcsolatos általános félreértéseket, és tartalmazzon információt arról, hogyan lehet hozzáférni a mentális egészséggel kapcsolatos bővebb információknak.
- III. Interakció: a kutatás szerint a hatékonyságot nagyban megnöveli, ha a programok során lehetőség van a visszacsatolásra, az aktív kommunikációra a beszélők és a befogadók között. Ebbe beletartoznak a kérdés-válasz interjúk, a személyes beszélgetések, valamint az aktivitásra, részvételre buzdító gyakorlatok.



A gyermekpszichiátriai és addiktológiai ellátás strukturális fejlesztése, és az új egészségügyi intézmények létrehozása, valamint a gyermekpopuláció mentális egészségéért felelős társintézményekkel való együttműködésnek hatása a nevezett gyermekpopuláció életminőségének javulásában, életmód változásában, egészségtudatosságuk, valamint egészség magatartásuk változásában lesz mérhető. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés folyamatában a gyermekek és ifjak gondolkodásában az egészségről, az egészséges magatartás normáiról, a vélemények, cselekvések, szokások, magatartási minták alakulnak ki. A magatartás minták pedig feltárhatók, vizsgálhatóak.

Az egyik mérési lehetőség a köznevelésben dolgozók (tanárok, pszichológusok stb.) véleményének kérdőíves megkérdezése. A kérdések között skálán való elhelyezés, de nyitott kérdések is szerepelhetnek, így a kérdőívek feldolgozása során kvalitatív módszereket is kell alkalmazni. A másik lehetséges mérés gyermekek és szülők körében végzett (más kérdésekkel) kérdőíves felmérés. A megkérdezésben közvetlenül rá kell kérdezni arra, hogy észleltek-e az érintettek változásokat a program nyomán.

2017-ben született egy új, egészség-magatartást és egészséggel kapcsolatos attitűdöket vizsgáló rövid, igen érzékeny kérdőív: *Az Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív* rövidített változata (Nagy és Kovács, 2017) olyan komplex eszköz, amely az egészségtudatosság valamennyi aspektusát méri.

A kérdőív 10 dimenziót (táplálkozás, rendszeres fizikai aktivitás, prevenció, dohányzás, alkoholfogyasztás, szerhasználat, agresszió, telefon- és internethasználat, szubjektív egészségi állapot, illetve érzelmi egyensúly) fed le, 35 állításon keresztül. Rövidsége miatt könnyen alkalmazható, gyorsan kitölthető és felvehető.

A kérdőív megbízhatósága magas, a Cronbach- α értéke 0,739, amely az egyes alsókálák esetében is meghaladja a 0,6-es szintet. A kérdőív megbízhatóan méri az egészséggel kapcsolatos attitűdöket, ismételt mérésre alkalmazható.

Így hatásvizsgálatokra, a keresztmetszeti vizsgálatok mellett, longitudinális vizsgálatokra is alkalmas lehet a későbbiekben. Az ismételt mérések közti javasolt időtartam 3-6 hónap. Ez által detektálhatóvá válhatnak a prevenció, egészségfejlesztési és egészségnevelési programok hatásai.

A köznevelési rendszer hatásindikátorai tekintetében egy másik izgalmas területnek a tehetségkutató, tehetséggondozó programok hatásainak vizsgálatát találtuk.

2017/2018 tanévben már az ötödik Arany János Tehetséggondozó Programban résztvevő évfolyam érettségizett. Elmondható, hogy az alaphelyzethez képest, amelyből a diákok indultak



országos szinten kimagasló eredményeket sikerült a programban felmutatni. A továbbtanulásra is számos példa van és az ECDL vizsgák sikerszázaléka is elérte a 90%-ot, a B kategóriás jogosítványt is közel 100%-ban megszerezték a tanfolyamot elkezdő tanulók, és az egyes iskolákban, átlagban legalább egy idegen nyelvből tesznek sikeres nyelvvizsgát a tanulók. Az AJTP mellett két másik programot is elindított az oktatásért felelős hivatal – ha lehet, akkor még erőteljesebb kollégiumi szerepvállalást megcélózva: a Hátrányos Helyzetű Tanulók Arany János Kollégiumi Programját (AJKP) és a Halmozottan Hátrányos Helyzetű Tanulók Arany János Kollégiumi- Szakiskolai Programját (3H-AKKSzP). Mindkettő program intézményei azokban a térségekben működnek, ahol a leginkább hátrányos helyzetű családok élnek. A Kollégiumi Programban az adott településen egy kollégium dolgozik együtt több, érettségit adó képzést folytató iskolával, ahol a fő cél a sikeres szocializáció elérése, az érettségi vizsga letétele, illetve a választott szakma megszerzése, a sikeres nyelvvizsga bizonyítvány és a szokásosnál alacsonyabb (20% alatti) lemorzsolódás. A Kollégiumi-szakiskolai Program azoknak a diákoknak nyújt segítséget, akiknek az általános iskola elvégzése is számos nehézséggel járt, jelentős szocializációs deficittel küzd, halmozottan hátrányos helyzetű, de vállalja a kollégiumi nevelés viszontagságait (www.ajtp.hu).

Az EU az OECD és az UNESCO 1994 óta közösen (is) szervezi az oktatási adatok gyűjtését, és a közös adatbázis (ún. UOE adatbázis) adatait saját indikátor-rendszer kidolgozásához és működtetéséhez használja. A három nemzetközi szervezet különböző ország-csoportok eltérő problémáival és céljaival foglalkozik, így használt indikátoraik is különbözőek.

A magyar köznevelési rendszer teljesítményének jellemzésére – mind az időbeni változások, mind a nemzetközi összehasonlítások tekintetében – támaszkodni lehet azokra az indikátorokra, amelyeket az EU és az OECD dolgozott ki. Ezek egy része nem csak a köznevelési szektor teljesítményéről, hanem a köznevelési szektor szolgáltatásinak, programjainak hatásairól is nyújthat információt. .

Az OECD valamint az International Association for the Evaluation of Education Achievement (IEA, Tanulói Teljesítmények Vizsgálatának Nemzetközi Társasága) által szervezett PISA (Programme for International Student Assessment) vizsgálat, melynek célja a tanulók mindennapi élethez szükséges kompetenciáinak és teljesítményének felmérése szintén tartalmazhat a hatásméréshez kapcsolódó információkat. A vizsgálat többek között kitér arra is, hogy a családi háttér milyen mértékben határozza meg a tanulók teljesítményét. A jobban teljesítő országokban ennek kisebb hatása van, Magyarországon a családi háttér kiemelt szerepet játszik, ugyanis itt az iskola nem tudja ellensúlyozni a családi hátrányokat (Arató és



Varga, 2004). A tanulói teljesítményre jó hatást gyakorol pl. integráló oktatás, mivel azokban az országokban, ahol ilyen típusú oktatási rendszer működik ott a teljesítmények is magasabbak (Benito és mtsai., 2014).

Varga (2018) számos indikátort sorol fel melyek a köznevelési szektor teljesítménymérésére és bizonyos szektoron belüli programok hatásának mérésére is alkalmasak lehetnek. (Lásd 2. számú melléklet)

Ezek közül néhányat a tehetséggondozó programok hatásainak mérése szempontjából is érdekesnek és relevánsnak találtunk. Elsősorban a hátrányos helyzetű gyermekek tehetséggondozását is felvállaló programok esetében tartanánk célszerűnek a lentebb található 3 indikátor mérését. Mind a három mutató tekintetében össze kell hasonlítani a program bevezetése előtt számolt indikátorértékeket a program bevezetése utániakkal.

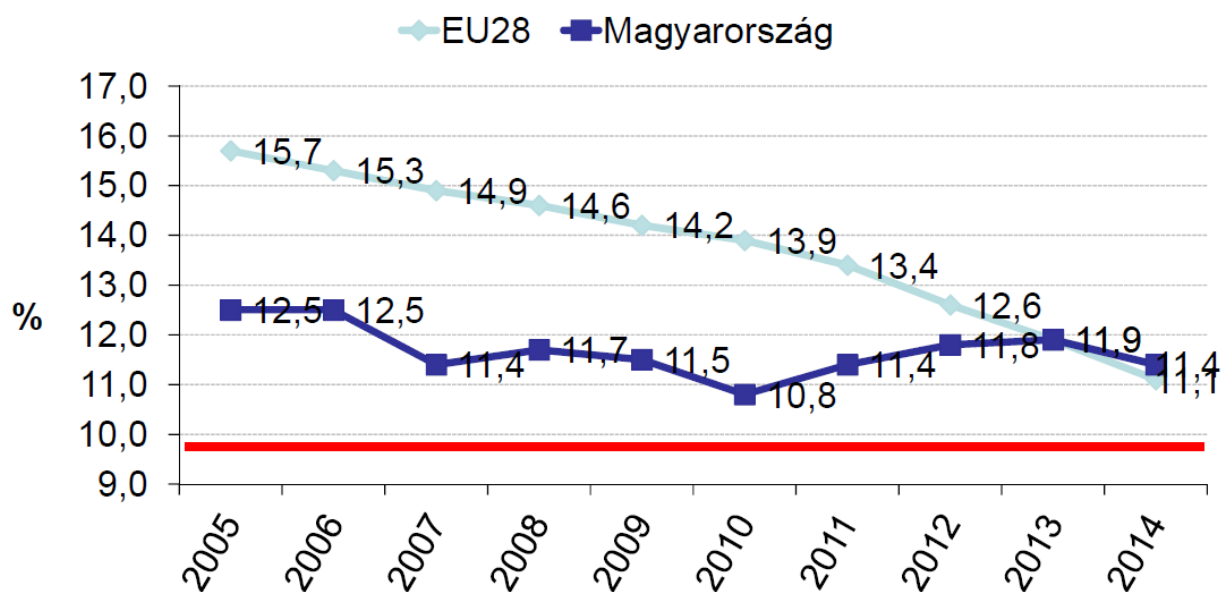
Mielőtt azonban rátérnénk a konkrét indikátorokra, szükséges az iskolaelhagyás, mint a köznevelési rendszer egyik lehetséges hatás-dimenziójának részletesebb bemutatása is.

Az **iskolaelhagyás** egy rendkívül összetett és sokat vizsgált probléma. Fontos szerepet játszanak benne: a szegénység, a szociokulturális és az egészségi állapotban megmutatkozó hátrányok, ebből adódóan a foglalkoztatási és a lakhatási gondok is, amelyek területi hátrányokkal párosulva, együttesen különösen súlyos problémát okozhatnak. A korai tanulási kudarcokat követően, az oktatási/köznevelési rendszer szelektív jellegéből fakadóan ezek a rendszerből való kieséshez vezetnek. Az oktatási egyenlőtlenségeket számos hátránytényező határozza meg: a tanuló szociális háttere, a lakóhelye, a többségtől eltérő etnikai-nyelvi háttér és a korlátozott személyes képességei önmagukban is és együttesen is, egymás hatásait felerősítve képeződnek le a tanulók tanulási eredményeiben, a köznevelési rendszerben való részvételben, és továbbhaladás tekintetében is. Szakiskolai képzésben – annak alacsony presztízse miatt – jelentős arányban tanulnak azok a diákok, akik már sajnálatos módon az általános iskolában is számos kudarcon estek át és gyenge tanulmányi eredményt produkáltak. Az egyik legfőbb probléma, hogy a szakiskolába járó – többnyire hátrányos helyzetű – fiatalok az iskolai pályafutásuk alatt, beleértve az általános iskolát és a szakiskolai tanulmányok félbemaradását követő időszakot is, nem kapják meg azt a segítséget, fejlesztést, amely a munkaerőpiacra kerülés felé vinné őket, és tartós munkaerő-piaci integrálásukat segítené elő. A szakiskolákban a 9. és 10. évfolyamokról lemorzsolódó, középfokú végzettséggel és így szakmai bizonyítvánnyal nem rendelkező fiatalokra a munkaerőpiac kevésbé tart igényt.



A korai iskolaelhagyók átlagos aránya

Magyarország ezzel a 28 tagállamból a 21-22. helyen, romló pozícióban
(2010-ben még a 12.helyen volt)



Forrás: Eurostat



6.1. Köznevelési rendszerre vonatkozó indikátor javaslatok

1. A köznevelési rendszeren belüli egészségfejlesztési/egészségnevelési programok hatása a stigmatizációra.

Definíció: A köznevelési rendszeren belül megvalósuló mentális egészség témakörét érintő egészségfejlesztési/egészségnevelési programok hatása a stigmatizációra az adott program lezárultának időpontjában. (Az köznevelési rendszeren belül megvalósuló egészségnevelési/egészségfejlesztési tevékenységek jogszabályi háttéréről lásd *1.számú melléklet*.)

Adatgyűjtés és feldolgozás: Az egészségfejlesztési/egészségnevelési programok értékeléséhez és hatásvizsgálatához használt eszközök lehetnek pl.: kérdőíves vizsgálat, fókuszcsoport. Egészségfejlesztési/egészségnevelési programok értékeléséből és hatásvizsgálatából származó adatok feldolgozása és elemzése lehet az indikátor adatgyűjtési módja.

Köznevelési intézmények, valamint az egészségfejlesztési/egészségnevelési programok megvalósításába esetlegesen bevont külső szereplőknél elérhető programértékelési adatok szerepelhetnek adatforrásként.

Az egyik mérési lehetőség a köznevelésben dolgozók (tanárok, pszichológusok, stb.) véleményének kérdőíves megkérdezése. A kérdések között skálán való elhelyezés, de nyitott kérdések is szerepelhetnek, így a kérdőívek feldolgozása során kvalitatív módszereket is kell alkalmazni. A másik lehetséges mérés gyermekek és szülők körében végzett (más kérdésekkel) kérdőíves felmérés. A megkérdezésben közvetlenül rá kell kérdezni arra, hogy észleltek-e az érintettek változásokat a program nyomán.

Problémák/javaslatok: Az indikátor alkalmazásához szükséges, hogy a mentális egészségnevelési/egészségfejlesztési programok esetében értékelésre, hatásmérésre is sor kerüljön.



2. A köznevelési rendszeren belüli egészségnevelési programok hatása a gyermek és fiatalkorúak mentális egészségére és az egészségmagatartásra

Definíció: A köznevelési rendszeren belül mentális egészség témakörét érintő egészségfejlesztési/egészségnevelési programok hatása a gyermek és fiatalkorúak mentális egészségére és az egészségmagatartásra az adott program lezárultának időpontjában

Adatgyűjtés és feldolgozás: Indikátor adatgyűjtési lehetőségei az egészségfejlesztési/egészségnevelési programok értékeléséből és hatásvizsgálatából származó adatok feldolgozása és elemzése. Adatforrások a köznevelési intézmények, valamint az egészségfejlesztési/egészségnevelési programok megvalósításába esetlegesen bevont külső szereplőknél elérhető programértékelési adatok.

Problémák/javaslatok: Az indikátor alkalmazásához szükséges, hogy a mentális egészségnevelési/egészségfejlesztési programok esetében értékelésre, hatásmérésre is sor kerüljön, ideális esetben egységes értékelési/hatásmérési módszertan alapján.

3. 1 év alatt egy adott járásban az iskolát elhagyók aránya a tankötelezettség befejezése után 18 éves korig a 18 év alatti korosztályon belül

Definíció: Az iskolát elhagyók aránya a tankötelezettség befejezése után 18 éves korig a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban)

Adatgyűjtés és feldolgozás: Indikátor adatgyűjtési módjai és eszközei az Oktatási Hivatal – Köznevelési Információs Rendszere (OH – KIR) adatok szekunder elemzése, az ezen adatok elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA), valamint az OH-KIR adatok (iskolaelhagyók száma/köznevelési intézmény) összevetése a KSH népesség-adataival.

Problémák/javaslatok: nem találtunk problémákat.



4. Az egy tanévben lemorzsolódó diákok aránya a 18 év alatti korosztályban

Definíció: Az egy tanévben lemorzsolódó diákok a 18 év alatti korosztályban. Lemorzsolódásnak tekintjük azt a helyzetet, ha egy diáknak a tanév elején tanulói jogviszonya volt, de nem szerzett középfokú végzettséget az adott tanévben és a következő tanév elején pedig nem rendelkezett tanulói jogviszonnal. A programtípust- vagy iskolát váltó diákok ebben az esetben nem tekintendők lemorzsolódónak.

Adatgyűjtés és feldolgozás: az OH-KIR adatok szekunder elemzése, az OH-KIR, adatok elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA), valamint az OH-KIR adatok (iskolaelhagyók száma/köznevelési intézmény) összevetése a KSH népesség-adataival.

Problémák/javaslatok: A fent említett adatok ismeretében az útravaló ösztöndíjprogram és az Arany János Tehetséggondozó Program igyekeznek a hátrányos helyzetű, illetve a halmozottan hátrányos helyzetű tanulóknak segíteni. (Lásd 3. számú melléklet.)

5. A végzettség nélküli iskolaelhagyók aránya a 18 év alatti korosztályban egy adott területen (járásban) éves szinten

Definíció szerint: A végzettség nélküli iskolaelhagyók aránya éves bontásban a 18 év alatti korosztályban egy adott területen (járásban) (OH adatai). A korai iskola-elhagyási ráta (2015 Mo – 11,6 %, EU -10,9 %) az Európai Unióban hivatalosan használt definíciója szerint a 18-24 éves korosztályban alafokú, középfokú végzettséggel, szakképzettséggel nem rendelkezők arányát mutatja, akik az adatfelvételt megelőző 4 hétben nem vettek részt képzésben (www.oktatás.hu). A végzettség nélküli iskolaelhagyás lehetséges okai az 5. számú mellékletben találhatók.

Adatgyűjtés és feldolgozás: Az OH-nál elérhető az indikátor érték, külön elemzési, adatgyűjtési eszközt nem igényel. Az adatforrás ebben az esetben az, OH adatbázisából nyert adatok.

Problémák/javaslatok: Az Oktatási Hivatalnál az adatok nem állnak rendelkezésre járási bontásban, csak intézményenként, illetve országos szinten. A járási szintű indikátor képzéséhez szükséges a járáson belüli intézményi adatok összegyűjtése és szintetizálása.



6. A tehetséggondozó programokban résztvevők között a tovább tanulók aránya éves szinten

Definíció: Ez az indikátor azt mutatja, hogy a köznevelési rendszer keretében megvalósuló tehetséggondozó programban részvevő gyermekek hány százaléka tanul tovább a tehetséggondozó programban nem résztvevő tanulók továbbtanulási arányához képest éves bontásban.

Adatgyűjtés és feldolgozás: Az OH-KIR adatok szekunder elemzése, valamint az OH-KIR, adatok elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA), ezek mind az OH adatbázisából nyert adatok.

Problémák/javaslatok: Nem találtunk problémákat, az indikátor már jelenleg is alkalmazható.

7. Tehetséggondozó programokban résztvevők között a legalább egy középfokú nyelvvizsgát szerzők aránya, az azonos korosztályú, de nem tehetséggondozó programban résztvevő gyermekek közül a középfokú nyelvvizsgát szerzők arányához viszonyítva éves szinten

Definíció szerint a tehetséggondozó programokban részt vett, középfokú nyelvvizsgát szerző tanulók aránya, a tehetséggondozó programban nem résztvevőtanulókon belül a középfokú nyelvvizsgát szerzők aránya, középiskolai évek alatt éves bontásban.

Adatgyűjtés és feldolgozás: az OH-KIR adatok szekunder elemzése valamint az OH-KIR, adatok elemzése statisztikai szoftverek alkalmazásával (pl. SPSS, STATA), ezek mind az OH adatbázisából nyert adatok.

Problémák/javaslatok: Nem találtunk problémákat, az indikátor már jelenleg is alkalmazható retrospektív módon.

7. SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER

A gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségének megőrzésében és fejlesztésében az egészségügyi és köznevelési ellátórendszer mellett a szociális rendszernek is jelentős szerepel és feladata van. Ezek egyrészt törvényi felhatalmazásból adódó explicit módon nevesített feladatok (pl. gyermekvédelmi jelzőrendszer működtetése), másrészt a szociális alap-és szakellátás keretében nyújtott szolgáltatásoknak is van a gyermek mentális egészségéhez



kapcsolódó vetülete. Ezen felül szektorok közötti együttműködések facilitálásában és helyi koordinálásának tekintetében is kiemelkedő szerepe van a szociális ellátórendszerhez tartozó gyermekvédelmi jelzőrendszer működésének.

Hasonlóan a korábbi fejezetekhez, a konkrét indikátorok bemutatása előtt kitérünk a szociális ellátórendszer főbb releváns részeinek, valamint az egyes szociális ellátások lehetséges hatásvizsgálati módszerivel kapcsolatos szakirodalom bemutatására.

A szociális törvény (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról) változása során a család- és gyermekjóléti szolgálatok tevékenységi köre, valamint a feladataik jelentős átalakuláson mentek keresztül. A korábbi feladatok mellé a jelzőrendszer hatékony működtetését, valamint a folyamatos kapcsolattartást is erősen a hatáskörükbe utalták. A másik fontos terület, mely új feladatkörként került a család- és gyermekjóléti szolgálatok hatáskörébe az új iskolai és óvodai szociális segítő hálózat kiépítése.

A korábbi gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy bár az család- és gyermekjóléti szolgálatok eddig is szerves részét, tulajdonképpen csomópontját képezték a jelzőrendszernek, de az információáramlás a szektorok között gyakran nehézkes volt, így az egyes jelzőrendszeri szereplők által észlelt abúzusok, elhanyagolások, veszélyeztetések nem mindig jelentek meg az alapellátásban, illetve a korábbi gyermekvédelmi alapellátásból nem minden esetben történt szakellátásba kerülés, illetve kiemelés irányába történő elmozdulás.

A törvényi szabályozás változásával a család- és gyermekjóléti szolgálatok hatásköre a jelzőrendszer hatékonyabb működtetésével és komolyabb ellenőrzési funkcióval is kibővült.

Az EFOP-3.2.9-16 „Óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység fejlesztése” elnevezésű projekt keretében beindított iskolai és óvodai szociális segítő hálózat koordináló szerepet tölthet be a jelzőrendszer különböző szereplői között.

Ebben a szektorban az alábbi 2 fontos változás hatását érdemes megvizsgálni abból a szempontból, hogy az újonnan bevezetett intézkedések hogyan befolyásolják az alap- és szakellátásba kerülő fiatalok és családok számát. Ezen felül a gyermekvédelmi beavatkozások sikerességét leginkább a gondozásban eltöltött idő, és a rendszerbe való visszakerülés alapján becsülhetjük meg. (Rácz és Szikulai, 2016)

Folyamatban van az iskolai és óvodai szociális segítő hálózat kiépülése

2018. szeptembertől a család-és gyermekjóléti szolgáltatások új feladatkörrel bővültek ki. Fel kell állítaniuk az iskolai és óvodai szociális munkás hálózatot.

„Az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység fejlesztése” című EFOP-3.2.9-16 projekt keretében 2017. szeptembertől 2019. februárig kifutó támogatással modellkísérleti program



fut(ott) az általános működés szakmai kereteinek tapasztalati alapú kidolgozására. Ennek a projektnek a módszertana alapján indult be 2018 szeptemberétől a család- és gyermekjóléti központok feladatkörében az iskolai és óvodai szociális munkás hálózat munkatársainak felvétele és a szakmai munka beindítása.

Az iskolai és óvodai szociális segítőhálózat felállítását megelőzően az idei évig az iskolákban ezt a feladatot a korábbi évekhez hasonlóan, amennyiben nem volt iskolai szociális munkás, ezt a feladatot a pedagógusok közül kijelölt gyermekvédelmi felelősök látták el. A feladatukat töredék munkaidőben látták el, és a feladatuk elsősorban hatósági feladatok, jelzőrendszeri, gyermekvédelmi feladatok. A szolgáltatási feladatkört nem látják el, erre nincsenek felkészítve. A problémák mennyisége, a felkészültség hiánya, a kompetencia hiány miatt a megjelenő problémákat csak tünetileg tudják kezelni, elsősorban adminisztratív feladatokig tudnak eljutni. A gyermekvédelmi rendszer a 70-es, 80-as években nagy átalakuláson ment keresztül. Kialakult 1975-ben a gyermekvédelmi szakfeladati rendszer is (Fiszter, 1994).

Az 1990-es években a nagy társadalmi és gazdasági változások a szakma fellendülését hozták magukat. A társadalmi rétegek átalakulása, elszegényedése, marginalizálódása, a munkanélküliség a gyermekek életére közvetlen és közvetett hatásként jelentek meg.

Ezek a problémák az iskolákban is megjelentek, és az iskoláknak fel kellett ismerniük, hogy ezekkel a problémákkal a pedagógusok eszköztárával nem tudnak megbirkózni.

A megjelenő viselkedési és magatartás problémák, a családon belüli erőszak, valamint az osztályközösségből való kirekesztődés markáns problémaként jelent meg, melyhez professzionális eszköztárra van szükség (Bányai, 2006).

Az iskolákban megjelenő gyermekekkel kapcsolatos problémák háttérben valószínűsíthető, hogy az egész családra kihatnak, és komplex beavatkozásokra van szükség. Az iskoláknak egyrészt szembe kell nézniük az újabb keletű problémákkal, ugyanakkor fel kell ismerniük azt a jelenséget is, hogy egyre inkább olyan problémákkal állnak szemben, amelyeket már szinte lehetetlen egyszerűen a pedagógusok eszköztárával orvosolni. Ilyen például az egyre többször felszínre kerülő családon belüli erőszak, az egyre gyakrabban előforduló magatartásproblémák, és az osztály közösségből történő kirekesztés (Bányai, 2006).

Tudjuk, hogy a gyermek jelzett problémái sokszor „csak” tünetek, és nagyon valószínű az, hogy az általa jelzett problémák a család egészére kihatással bírnak, így mindig komplex kezelésre van szükség. Az Iskolai Szociális Munka Program során több esetben fordult elő fordult elő, hogy a gyermek csak tünehordozó, s a probléma ebből adódóan komplex megoldást igényelt (Somogyi, 2012).



2015-től a gyermekjóléti szolgálat keretein belül lehetőségként jelent meg, hogy iskolai és óvodai szociális munkásokat alkalmazzanak, melynek célja a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése (Gyvt 39. § (3a) bek.) (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2018).

Az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység fejlesztése című EFOP-3.2.9-16 projekt keretében 2017. szeptembertől 2019. februárig kifutó támogatással modellkísérleti program szakmai irányelvei:

Az óvodai – és iskolai szociális segítség fő célkitűzései az (6. számú mellékletben) találhatóak.

Az új szociális törvényben foglalt változások: (részletesen lásd a 4. számú mellékletben)

A szociális törvény az alábbi főbb pontokban történő változása hatására a védelembe vételek, a szakellátásba kerülők, a kiemelések, a nevelőszülői hálózatba kerülő gyermekek számában történik változás. A hatékonyabb működés és törvényi szabályozás az eddig elrejtve maradó problémákat is felszínre tudja hozni, így a korai kezelésbe kerülés is hatékonyabban tud megvalósulni.

Az alábbi pontokban változik a törvény:

- *szociális diagnózis készítése*
- *a gyermekvédelmi szakszolgáltatás ideiglenesen befogadó nevelőszülői feladatokat ellátó nevelőszülői hálózatot és ideiglenesen befogadó gyermekotthont működtethet*
- *bántalmazás, különösen a szexuális bántalmazás esetén meghallgatást elősegítő szolgáltatást működtethet- védelembe vétel esetén a védelembe vételhez szükséges gyermekjóléti szolgáltatás esetmenedzselési feladatai is a gyermekjóléti szolgálathoz kapcsolódnak*
- *óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatást működtet*

7.1. Szociális ellátórendszerre vonatkozó indikátor javaslatok

Az alábbi indikátorok a szociális szektor teljesítményének megítélése mellett hatásmérésre is alkalmasak és elérhető adatforrásokkal is rendelkeznek.



1. Gyermekvédelmi alapellátásba kerülők arányának változása éves szinten

Definíció: Az adott évben a 18 év alatti gyermekvédelmi alapellátásba kerülő gyermekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) összehasonlítva az előző évi adatokkal.

Adatgyűjtés és feldolgozás: EMMI, KENYSZI adatok, intézményi statisztikák szekunder elemzése. EMMI adatok és a megyei intézmények éves jelentési adatainak összevetése, KENYSZI⁸ adatok a nyilvántartott gyermekek és családok számáról, intézményi statisztikák a gyermekek védelembevételéről, kiemeléséről, vissza (haza)gondozásokról.

Problémák/javaslatok: Nem találtunk problémákat, az indikátor már jelenleg is alkalmazható.

2. Gyermekvédelmi szakellátásba kerülők arányának változása éves szinten

Definíció: Az adott évben a 18 év alatti gyermekvédelmi szakellátásba kerülő gyermekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) összehasonlítva az előző évi adatokkal.

Adatgyűjtés és feldolgozás: EMMI, KENYSZI adatok, intézményi statisztikák szekunder elemzése. EMMI adatok a megyei intézmények éves jelentési adataival kapcsolatban, KENYSZI adatok a nyilvántartott gyermekek és családok számával kapcsolatban, intézményi statisztikák a gondozásba kerülésről, vissza (haza)gondozásokról, utógondozásokról.

Problémák/javaslatok: A járási szintű statisztikák nem állnak központilag rendelkezésre, így az indikátorhoz szükséges adatok csak külön adatgyűjtés és elemzés után válnak elérhetővé.

3. Nevelőszülői hálózatba kerülők arányának változása éves szinten

Definíció: Az adott évben a 18 év alatti nevelőszülői hálózatba kerülő gyermekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) összehasonlítva az előző évi adatokkal.

⁸ 2012-ben került bevezetésre a Szociális és Gyermekvédelmi Rendszer új elemeként a KENYSZI nyilvántartói rendszer, melybe a szociális alap és szakosított ellátásoknak be kell regisztrálniuk, és az ellátottakkal kapcsolatos adatokat naprakészen jelenteni kell. Az ellátottakkal kapcsolatosan 3 adatot kell jelenteni: 1. ki veszi igénybe az ellátást, 2. milyen szolgáltatás veszi igénybe, 3. az igénybe vétel módját. A jelentések alapján egy olyan naprakész adatbázis áll rendelkezésre, mely a tanulmány szempontjából jelentős, differenciált adatokat tud biztosítani.



Adatgyűjtés és feldolgozás: EMMI, KENYSZI adatok, intézményi statisztikák szekunder elemzése. EMMI adatok a megyei intézmények éves jelentési adataival kapcsolatban, KENYSZI adatok a nyilvántartott gyermekek és családok számával kapcsolatban, intézményi statisztikák nevelőszülői ellátásba kerülésről, vissza (haza)gondozásokról.

Problémák/javaslatok: A 2.-3. indikátorból az is számolható, hogy milyen arányban kerültek gyermekek nevelőszülőkhöz a szakellátásba kerülőkhöz képest.



8. ÖSSZEFOGLALÁS

Mindenféle termelő- és szolgáltató tevékenység esetén nagyon fontos annak a kérdésnek a vizsgálata, hogy az adott területen végrehajtott bármilyen beavatkozás, változtatás („program”) milyen változásokat idéz elő az output (pl.: szolgáltatás) mennyiségében és/vagy minőségében. Ez alapvetően egy mérési probléma, amelyben azonosítani, majd lehetőség szerint számszerűsíteni kell a közvetlen és közvetett hatásokat. Mivel az output mennyiségi és minőségi változásainak azonosítása sem nyilvánvaló az esetek többségében, így első helyen ezeket szükséges meghatározni. Ez a meghatározás nem mást jelent, mint mérőszámok (indikátorok) kijelölését az adott területen. A második lépésben a mérőszámok kiszámolásához adatok kinyerésére van szükség.

A fentiekben leírt *hatásmérés* természetesen az egészségügyben, és azon belül a pszichiátriában is nagyon jelentős, különösen, ha szem előtt tartjuk, hogy az egészségügy folyamatos „átalakítás” és fejlesztés alatt áll, illetve fog állni. Az átalakítási, fejlesztési beavatkozások hatásainak mérése kulcsfontosságú annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy pl. mely változtatások legyenek tartósak, mely célcsoportok érdekei élvezzenek prioritást stb., azaz a hatások tisztánlátása szükséges az egészségpolitikai döntésekhez.

Az előbbiek fényében, az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 azonosítószámú a „*Gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése*” c. kiemelt projekt keretein belül megszületett, „*A közfinanszírozott helyi ellátási szolgáltatások közvetlen és közvetett hatását mérni vagy megbecsülni képes eszközök és indikátorok meghatározása*” című tanulmány a mentális egészséghez kapcsolódó ellátórendszerek fejlesztéséhez nyújt szakmai „fogódzókat”.

Korábban hazánkban nem készült olyan hatástani áttekintés, amely a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és a kapcsolódó ellátásokban jelenleg résztvevő szereplők működését, azok hatásait részletesen összefoglalná. Ebben a tekintetben a tanulmány hiánypótlónak tekinthető nem csak hazai, de nemzetközi szinten is.

Feltétlenül erőssége a tanulmánynak az irodalom összefoglalása, amely az első részben a hatásméréssel és az indikátorokkal kapcsolatos fogalmakat tisztázza, és az alkalmazott módszertani lépéseket mutatja be. Ezt követően a közfinanszírozott szolgáltatások 3 egymással szorosan összefüggő területét (egészségügy, köznevelés, szociális szféra) helyeztük hatástani vizsgálatunk középpontjába. Talán a legnagyobb hozzáadott értéket azoknak az indikátoroknak a kidolgozása jelenti a tanulmányban, amelyekkel az említett 3 területen a beavatkozások



hatásait mérni lehet. Indikátor-javaslataink kidolgozása kapcsán több követelménynek igyekeztünk megfelelni. Egyrészt, tekintettel kellett lenni az adatok elérhetőségére, ugyanis minden ágazat más-más dokumentációval, statisztikai rendszerrel dolgozik, de még az egyes ágazatokon belül sem egységes az adatszolgáltatás. Másrészt, törekednünk kellett arra, hogy a sokféle hatás közül azokat mérjük, amelyek a legtöbb információt szolgáltatják a beavatkozásról, azaz a sokféle hatás közül a fő, és ne a marginális hatásokra koncentráljunk.

Természetesen a tanulmány korlátokkal is rendelkezik. Néhány indikátor esetén jelenleg nem állnak rendelkezésre alapadatok, de ezeket mégsem hagytuk ki javaslataink közül, mert bízunk abban, hogy a jövőbeli fejlesztések többek között az adatszolgáltatás teljesebbé válásához, illetve javulásához is vezetnek, s így azok használhatóak lesznek. Ennek keretében fontos lenne, hogy az ellátórendszer minden résztvevője azonos módon értelmezzon bizonyos fogalmakat, egységes kódolási protokollt használjon a bekerülés, az ellátás és az elengedés/lezárás területén. Az utógondozás egységes és nyomon követhető kliensútjainak kialakítása szintén elkerülhetetlen.

Összességében a tanulmány újdonságot hoz abban a tekintetben, hogy átfogóan szemléli a 3 kapcsolódó területet, hiánypótló a vonatkozó szakirodalom áttekintése okán, és jelentős szakmai hozzáadott értékkel bír, mivel konkrét indikátorokat határoz meg.

Reményeink szerint a tanulmányban megfogalmazott fejlesztési, módosítási javaslataink implementálásra is kerülnek a közeljövőben.



Összesített irodalomjegyzék

Allport, Gordon W. (1999): *Az előítélet*. Osiris Kiadó.

Arató F., Varga A. (2004): *A kooperatív hálózat működése*. Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet, Romológia és Nevelésszociológia Tanszék.

Arató F., Varga A. (2004): *Együttműködés az együttnevelésért*.

Bányai Emőke (2006): *A szociális munka szupervíziója történeti megközelítésben*. Esély 2006/4.

Benito K. G., Caporino N. E., Frank H.E., Ramanujam K., Garcia A., Freeman J., Storch F.A. (2014): *Development of the pediatric accommodations scale. Reliability and validity of clinician and parent-report measures*. Journal of Anxiety Disorders, 29C, 14-24.

Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Tavistock/Routledge.

Bódis L., Galasi P., Micklewright, J., Nagy Gy. (2005). *A munkánélküli ellátás és hatásvizsgálatai Magyarországon*. KTI Könyvek, 3. sz. MTA-KTI, Budapest.

Budavári Á. (2007). *Sportpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Bukodi E. (2001). *Társadalmi jelzőszámok – elméletek és megközelítések*. Szociológiai Szemle, 2. 35-57.

Chen, S. P., Koller, M. et al. (2015). *Contact in the Classroom: Developing a Program Model for Youth Mental Health Contact-Based Anti-stigma Education*. Community Mental Health Journal, 2015. szeptember 21.

Conner, M., Norman, P. (2017). *Health behaviour: Current issues and challenges*. Psychology & Health, 32, (8), 895–906.

Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2010). *Resilience and mental health*. Clin Psychol Rev. 30(5):479-95.

Deborah W. et al (2011) *Lessons from Five States: Public Sector Use of Washington Circle Performance Measures* J Subst Abuse Treat. 2011 April ; 40(3): 241–254. doi:10.1016/j.jsat.2010.11.008.

Doll, R., Peto, R. (1981). *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today*. In: Journal of National Cancer Institute. 66(6) 1191–1308.

Domonkos K. (2014). *Cyberbullying: Zaklatás elektronikus eszközök használatával*. Alkalmazott Pszichológia, 14 (1): 59-70.



Elek P., Kiss N., Váradi B. (2015). *A kistérségi járóbeteg-szakellátási kapacitások fejlesztésének hatásai*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1. 28-38.

http://real.mtak.hu/28150/1/Elek_Kiss_Varadi_EGSZ_jarobeteg_fejlesztések_final.pdf

Emberi Erőforrások Minisztériuma Gyermekvédelmi és Gyámügyi Főosztály: *Tájékoztató a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (a továbbiakban: Gyvt.), a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény (a továbbiakban: Nktv.), A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.), és a fiatalok életkezdési támogatásáról szóló 2005. évi CLXXIV. törvény (a továbbiakban: Fétám.tv.) gyermekvédelmi szakellátásokat és gyámügyi igazgatást érintő változásairól, valamint az ezekhez kapcsolódó végrehajtási rendeletek módosításairól.*

Emberi Erőforrások Minisztériuma (2018). *Óvodai és szociális segítő tevékenység fejlesztése. Az iskolai szociális munka jelene és jövője*. Előadás:

http://www.macsgyoe.hu/downloads/rendezvenyek/Konf_2017/4szekcio.pdf

Fiszter Erika (1994): *Hetedik féléves terepgyakorlat a ferencvárosi gyermekjóléti szolgálatnál*. Kézirat. Az egész életen át tartó tanulás szakpolitikájának keretstratégiája cselekvési terv 2014-2020

<http://www.kormany.hu/download/0/39/e0000/AZ%20EG%3%89SZ%20%3%89LETEN%20%3%81T%20TART%3%93%20TANUL%3%81S%20SZAKPOLITIK%3%81J%3%81NAK%20KERETSTRAT%3%89GI%3%81JA.pdf>

Futó P. (2009). *Az értékelés és a hatásvizsgálat módszereinek alkalmazása a kisvállalkozás fejlesztési politikában*. PhD értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem.

http://phd.lib.unicorvinus.hu/435/1/futo_peter.pdf

Gradinger, P., Strohmeier, D., & Spiel, C. (2009). *Traditionalbullying and cyberbullying: Identification of riskgroupsforadjustmentproblems*. *Zeitschriftfür Psychologie/Journal of Psychology*, 217 (4), 205-213.

Hudomiet P., Kézdi G. (2008). *Az aktív munkaerő-piaci programok nemzetközi tapasztalatai*. Kormányzás Közpénzügyek Szabályozás III. évfolyam, 1. szám. 3-37. o.

Kézdi G. (szerk.) (2011). *Közélpép: Foglalkoztatáspolitikai programok hatásvizsgálata*. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézet, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest.

http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2011_hun/kozelkep.pdf

Kopp M, Székely A, Skrabski Á. (2004). *Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban*. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5: 103–125.



Kulcsár Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Krémer B., Bói K., Kurucz E., Mód P., Nagy Z. É., Ottucsák M. A., Pál Zs. (2011). *Társadalompolitikai beavatkozások hatásvizsgálatainak elméleti lehetőségei és gyakorlati módszerei*. Család-, ifjúság- és népesedéspolitikai Intézet. <http://www.ncsszi.hu/files/1907.file>

Maher, C. A., Lewis, L. L., Ferrar, K., Marshall, S., Bourdeaudhuij, I., Vandelanotte, C. (2014): *Are Health Behavior Change Interventions That Use Online Social Networks Effective? A Systematic Review*. J Med Internet Res, 16(2).

Major K. (szerk.) (2013). *Hatásvizsgálati kézikönyv. I. kötet: Hatásvizsgálat elemzőknek*. Közigazgatási és Igazságügyi Hivatal, Budapest.

Matarazzo, J. D. (1984). *Behavioral immunogens and pathogens in health and illness*. In: Hammonds, B. L., Scheirer, C. J. (Eds.): *Master lecture series, Vol. 3. Psychology and health* (pp. 9-43). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Máté Zsolt – Gergál Tímea (2009): *Az iskolai szociális munka lehetőségei: a pécsi modell*. In Máté Zsolt – Szemelyácz János (szerk.): *Az iskolai szociális munka kézikönyve*. Pécs: INDIT Közalapítvány, 81–98.

Mihalik Árpád, Szabó Éva és Kovács Péter (2014): *A gyermek számítógép- és internethasználatának szülői kontrollja*. *Alkalmazott Pszichológia*, 14 (1), 47–58.

Nagy B. E., Kovács K. E. (2017). *Egészség-magatartással kapcsolatos attitűdök vizsgálata középiskolás és egyetemista fiatalok körében*, *Orvosi Hetilap*, 158: (44) pp. 1754-1760.

Németh Anikó: in.: *Az egészségügyben dolgozók munkával való elégedettségét és egészségi állapotát meghatározó tényezők, Az ápolók munkával való elégedettségének követéses vizsgálata*. Doktori (PhD) értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi kar, Egészségtudományi Doktori Iskola. 2013.

http://etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/NemethAniko_ert.pdf

http://acta.bibl.u-szeged.hu/33186/1/sana_2014_001_005-021.pdf

Osváth P. (2010). *Az adherencia komplex megközelítése és jelentősége a mentális zavarok hosszú távú kezelésében*. *Psychiatria Hungarica* 25, (1). 19-30.

Rác J. (1999). *Addiktológia. Tünettan és intervenció*. Budapest: HIETE.

Rosenberg Dr. M. B.: *A szavak ablakok vagy falak – Erőszakmentes kommunikáció*, Budapest, 2001.

Sági M., Széll K. (2015). *Hatásvizsgálatok alapszintű kézikönyve*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest.



Scharle Á. (2010). *A gyermekszegénységet és kirekesztettséget csökkentő összetett programok hatásvizsgálatáról*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet.

Somogyi I. (2012). *Az iskolai szociális munka rendszergenerációs kérdései*. *Metszetek*, 2-3. 108-114.

Twardiczki, M. (2008). *Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts*. *JRSH* 2008; 128(2):68-72.

O’Keeffe, G. S., & Clarke-Pearson, K. (2011). *The impact of social media on children, adolescents, and families*. *Pediatrics*, 127, 800-804.

Pikó B. (2010). *Védőfaktorok nyomában – A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest: L’Harmattan Kiadó.

Rác A., Szikulai I. (2016): *Evaluációs modellek és indikátorok a gyermekvédelmi szakellátásban. Lakásotthoni és gyermekotthoni ellátás általános modellje*. In: Rác A. (szerk.): *Gyermek- és ifjúságvédelmi tanulmányok. Indikátorok és evaluációs modellek a gyermekvédelmi szakellátásban*. Budapest: Rubeus Egyesület, 40-74.

Szakály Z., Kiss M., Jasák H. (2014). *Funkcionális élelmiszerek, fogyasztói attitűdök, és személyre szabott táplálkozás*. *Táplálkozásmarketing*, 1: 3-17.

Tapscott, D. (2001). *Digitális gyermekkor. Az internetgeneráció felemelkedése Információs Társadalom kicsiknek és nagyon nagyoknak*. Budapest: Kossuth Kiadó.



MELLÉKLETEK

1. számú melléklet: A köznevelési rendszeren belül megvalósuló

egészségnevelési/egészségfejlesztési tevékenységek jogszabályi háttere

1. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet: 7. § (1) bek. ac) és bm) pontja: „Az iskola pedagógiai programja meghatározza a teljes körű egészségfejlesztéssel összefüggő feladatokat” és „az egészségnevelési és környezeti nevelési elveket.”

2. A Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI. 4.) Kormányrendelet szerint: „Az egészséges életmódra nevelés hozzásegít az egészséges testi és lelki állapot örömteli megéléséhez. A pedagógusok ösztönözzék a tanulókat arra, hogy legyen igényük a helyes táplálkozásra, a mozgásra, a stresszkezelés módszereinek alkalmazására. Legyenek képesek lelki egyensúlyuk megóvására, társas viselkedésük szabályozására, a konfliktusok kezelésére. Az iskola feladata, hogy a családdal együttműködve felkészítse a tanulókat az önállóságra, a betegség-megelőzésre, továbbá a szabályok betartására a közlekedésben, a testi higiéniában, a veszélyes körülmények és anyagok felismerésében, a váratlan helyzetek kezelésében. A pedagógusok motiválják és segítsék a tanulókat a káros függőségekhez vezető szokások kialakulásának megelőzésében.”

3. A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény

4. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 38. § (1)-(2) bek.

5. Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet 2. és 3. sz. melléklet

6. A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet

7. A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. tv.

Az egészségnevelés az iskolai programban

Kiemelten figyelmet kapnak az alábbi területek:

- a dohányzás visszaszorítása,
- az alkohol- és drogprevenció,
- az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése,
- az ételminyerbiztonság fejlesztése,
- aktív napi testmozgás kialakítása,



- a közegészség- és járványügyi biztonság fokozása,
- az egészséges fizikai környezet kialakítása.

Az egészségnevelés tartalma:

- Higiénikus, egészséges életvitel
- Az ember legfontosabb biológiai, pszichológiai, szociálpszichológiai jellemzőinek megismertetése (biológiaórák).
- Emberismeret, empátia, alkalmazkodó készség (osztályfőnöki órák).
- Egyén és közösség (osztályfőnöki órák).
- Kulturált viselkedés (osztályfőnöki órák).

Betegségek elkerülése, egészség megóvása Tanórai kereteken belül:

- testi és személyi higiénia, tisztálkodás, öltözködés (osztályfőnöki és természetismeret órán)
- személyi higiénia-öltözködés (osztályfőnöki órák)
- közlekedés kultúra és biztonság (osztályfőnöki órák)
- étrend (napi, heti) (osztályfőnöki órák)

Tanórán kívüli keretek között megvalósítható:

- baleset-megelőzés,
- elsősegélynyújtás,
- a testnevelési, tömegsport és iskolán kívüli sportrendezvényeken való részvétel,
- életmód/életmódváltó- és sporttáborok szervezése.

Lelki egészség megóvása, krízis prevenció:

- önismeret, mely vonatkozik a fiatalok szociális egészségi és érzelmi állapotára, magatartásbeli hiányosságokra,
- stresszt oldó technikák: sikeres emberek életútjának bemutatása (művészek, feltalálók),
- emberismeret, empátia
- egyéni képességek és célok összhangja.

Függőséghez vezető motívumok feltárása, egészségkárosító szokások megelőzése

- egészségkárosító növények,
- egészségkárosító élvezeti szerek,
- serkentők, nyugtatók drogok,
- szenvedélybetegségek,
- függőséghez vezető okok feltárása, tudatosítása,



- élvezeti szerek (drog, alkohol) egészségkárosító hatása, azok következményei.

Az egészséges táplálkozás:

- A menza és a büfé törekedjen bioételek, vegyszermentes élelmiszerek, illetve a korszerű táplálkozásnak megfelelő ételek készítésére, illetve árusítására.
- A családi életre, szülővé nevelés témakörei - barátság, partnerkapcsolatok, - a család funkciója, jelentősége, - érzések – érzelmek – értékek, - családtervezés, - terhesség, szülés, csecsemőgondozás, - AIDS és más szexuális úton terjedő betegségek, - normálistól eltérő szexuális magatartás, - szülői felelősség – konfliktusok feloldása, - családalapítás, családjogi törvény, - betegbiztosítás, egészségügyi szolgáltatások igénybevételek módjai.
- Szabadidő – kultúra



2. számú melléklet: a köznevelési szektor teljesítménymérésére és bizonyos szektoron belüli programok hatásának mérésére is alkalmas indikátorok

(A „Közoktatás indikátorrendszere 2017” kiadvány nyomán)

- **„kontextus-indikátorok (contexts and constrains)**
 - tanulók társadalmi-gazdasági háttere
 - a szegénységben, vagy hátránnyal élő óvodás- és iskoláskorúak
 - a speciális nevelési igényű (SNI) tanulók aránya
 - a pszichés fejlődési zavarral élő tanulók aránya
 - a szülők társadalmi háttere
 - a népesség iskolázottsága a 25–50 éves korcsoportban
- **folyamatindikátorok (policy level indikátorok)**
 - hozzáférés és részvétel
 - az óvodáskorú és középiskolás korú népesség részvétele a közoktatásban
 - az óvodáskorú népesség részvétele az óvodai ellátásban
 - a középiskolás korú népesség részvétele a közoktatásban
 - hozzáférés az óvodai, általános iskolai és középiskolai oktatáshoz a lakóhelyen
 - az óvoda és általános iskola nélküli települések aránya
 - az óvoda és általános iskola nélküli településeken élő óvodás- és általános iskoláskorú népesség aránya
 - a középfokú iskola nélküli kistérségek⁹ aránya
 - a középfokú iskola nélküli kistérségekben élő 14–17 éves népesség aránya
 - a kizárólag nem állami fenntartású óvodával és általános iskolával rendelkező települések aránya
 - a kizárólag nem állami fenntartású óvodával és általános iskolával rendelkező
 - településeken élő óvodás- és iskoláskorú népesség aránya
 - a kizárólag nem állami fenntartású középfokú iskolával rendelkező járások aránya



- a kizárólag nem állami fenntartású középfokú iskolával rendelkező kistérségekben élő középiskolás korú népesség aránya
- továbbhaladás és lemorzsolódás
 - az évismétlők aránya a közoktatásban
 - az évismétlő diákok aránya
 - a legalább egyszer vagy többször évet ismételt diákok aránya a 8. és a 10. évfolyamon
 - a középfokú programok kínálata és kereslete
 - a középfokú továbbtanulásra jelentkező tanulók megoszlása az első helyen történt jelentkezés programtípusa szerint
 - a középfokon továbbtanuló tanulók megoszlása programtípus szerint
 - a középfokra járó 10. évfolyamos tanulók megoszlása programtípus szerint
 - az egy tanévben lemorzsolódó diákok aránya
- tanulási környezet
 - egyenlőség
 - a magántanulók aránya
 - a 30 vagy több igazolatlan órát hiányzók aránya
 - a tanköteles koron túl mulasztás miatt megszünt tanulói jogviszonyok aránya
 - a hátrányos és nem hátrányos helyzetű tanulók programtípus szerinti megoszlása a középfokú oktatásban
 - a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű tanulók aránya a felsőoktatásba jelentkezők között
 - a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű tanulók aránya a felsőoktatásba felvettek között
 - az integráltan és gyógypedagógiai tanterv szerint oktatott speciális nevelési igényű (SNI) tanulók aránya



- tesztpontszám-különbség a legfeljebb alapfokú és a legalább középfokú végzettséggel rendelkező anyák gyermekei között (PISA-felmérés)
- fizikai környezet
 - az egy számítógépre jutó tanulók száma
 - az internet-hozzáférésű tantermek aránya
 - az interaktív táblával felszerelt tantermek aránya
- oktatási minőség
 - a heti öt vagy több órában idegen nyelvet tanulók aránya
 - az emelt szintű oktatásban részt vevő tanulók aránya
 - a fejlesztő foglalkozásban részt vevő tanulók aránya
 - a tehetséggondozásban részt vevő tanulók aránya
 - a gyógytestnevelésben részesülő tanulók aránya
- **eredmények (outcome)**
 - belső eredmények
 - átlagos teljesítmény, országos kompetenciamérés adatai alapján, szövegértés és matematika területén
 - a gyengén teljesítő tanulók aránya¹⁰
 - a gyengén teljesítők aránya, Országos kompetenciamérés, szövegértés és matematika
 - a gyengén teljesítők aránya, PISA-felmérés, szövegértés és matematika
 - a jól teljesítő tanulók¹¹ aránya
 - a jól teljesítők aránya, Országos kompetenciamérés, szövegértés és matematika
 - a jól teljesítők aránya, PISA-felmérés, szövegértés és matematika
 - felsőfokú továbbtanulás

¹⁰„Az Országos kompetenciamérésben tesztpontszáma alapján minden tanulót az összesen nyolc szint egyikére sorolnak (0–7. szint). Gyengén teljesítő tanulónak azt tekintjük, aki a 2. szint alatt teljesít, azaz a 0. vagy az 1. szinten van.” Varga J. (szerk, 2018): *A közoktatás indikátorrendszere 2017*. Budapest: MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet. 202. oldal

¹¹„Az Országos kompetenciamérésben tesztpontszáma alapján jól teljesítő tanulónak azt tekintjük, aki – a 0–7.-ig terjedő nyolc szint közül – az 5. szint felett teljesít, azaz a 6. vagy a 7. szinten van.” Uo. 220. oldal



- a legalább egy középfokú nyelvvizsgával rendelkezők aránya a felsőoktatásba jelentkezők közül
- a legalább egy középfokú nyelvvizsgával rendelkezők aránya a felsőoktatásba felvettek közül
- a felvettek aránya a felsőoktatásba jelentkezők közül
- a felsőoktatásba jelentkezők aránya az adott évben érettségizettek közül
- a felsőoktatásba felvettek aránya az adott évben érettségizettek közül



3. számú melléklet: Magyarországi Tehetséggondozó Programok rövid bemutatása

Az Útravaló Ösztöndíj Program

Egy többszintű tehetséggondozó program részeként is felfogható. A 2005-ben elindított Útravaló Ösztöndíjprogram célja tehát, a hátrányos helyzetű tanulók esélyegyenlőségének elősegítése a számukra addig elérhető ösztöndíj rendszer megújítása, valamint a természettudományos érdeklődésű diákok tehetség gondozása.

Összességében a program egyértelmű sikerének könyvelhetjük el, hogy a középiskolákban és szakiskolákban tanuló diákok többsége nem elégszik meg az érettségi vagy a szakmunkás-bizonyítvány megszerzésével, hanem a tanulás segítségével keresi a továbblépés lehetőségét. Ugyanakkor a mentorok csaknem 40%-a jelezte, hogy mentoráltjai közt voltak olyanok is, akik kiestek a programból: meglátásuk szerint zömmel azok, akiket elsősorban az ösztöndíj vonzott, a mentorral való együttműködést, munkát nem tekintették fontosnak. Az esetek felében a kiesés azzal is együtt járt, hogy a tanulók végbizonyítvány megszerzése nélkül hagyták el az iskolát: azt azonban nem tudjuk, hogy sorsuk miként alakult.

(<http://mek.oszk.hu/15600/15692/15692.pdf>)

Arany János Tehetséggondozó Program

A programfelelősökkel készült interjúkból az is kiderült, hogy többen aggódnak hátrányos helyzetű tanítványaik további sorsa miatt, mivel pontosan tudják, hogy nem elég a felsőfokú intézményekbe bekerülni, bent is kell maradni, sőt diplomát is kell szerezni ahhoz, hogy a gyermekek és a tanárok közös erőfeszítésének értelme legyen. A legtöbben azért aggódnak, hogy hátrányos helyzetű tanítványaik családjai – amelyeknek anyagi terheit a középiskolai évek alatt a program nagyvonalúan átvállalta – nem fogják bírni azokat a költségeket, amelyeket a gyermekek felsőfokú taníttatása jelent.

Az eredményeket összegezve arra a megállapításra jutunk, hogy a társadalmi mobilitás támogatását illetően az elit gimnáziumok tanárai az AJP keretében kiváló eredményeket értek el. Hiszen a felsőoktatási intézményekbe azoknak a gyermekeknek több mint 80százalékát bejuttatták, akiknek a családjában ez korábban csak 20 százalék esetében fordult elő (ld. felnőtt testvérek), de ők sem képesek „csodákra”.

Az AJP öt éves középiskolai programjának nagy valószínűséggel az lesz az eredménye, hogy a hátrányos helyzetű tanulók többségét sikerül bejuttatni az alacsonyabb presztízsű felsőfokú intézmények (főiskolák) nem túlságosan népszerű szakjaira (műszaki, pedagógus képzés,



stb.). De diploma megszerzésére csak akkor lesznek esélyesek, ha felsőfokú tanulmányaik során további, jelentős mértékű szociális támogatásban részesülnek. (www.ajtp.hu)

AJKP (Arany János Kollégiumi Program)

Az AJKP előkészítő évét elvégző diákok valamennyien integrált, nappali tagozatos, érettségire felkészítő középiskolai osztályban tanulnak tovább úgy, hogy az egy osztályban tanuló AJKP-s tanulók létszáma nem haladhatja meg az osztálylétszám 25 %-át. Ez az arány legfeljebb 50 % lehet azokon a településeken, ahol két érettségit nyújtó középiskolai osztály működik. Az e pontban foglaltak nem vonatkoznak azokra a cigány nemzetiségi középiskolákra, amelyeket részben vagy egészben a Magyar Köztársaság Kormánya, mint alapító által létrehozott közalapítvány fenntartóként működtet. A célcsoporthoz tartozó diákok körében az öt éves program során a lemorzsolódás lényegesen alacsonyabb (legfeljebb 20 %), mint a programban részt nem vevő, a célcsoporthoz tartozó diákok körében. A programban részt vevő diákok legalább 15%-a emelt szintű idegen nyelvi érettségi vizsgát tesz. A programban részt vevő diákok körében három év átlagában számítva növekszik a felsőoktatási intézményekbe felvett diákok aránya. (www.ajkp.hu)

Az AJKSZP (Arany János Kollégiumi - Szakiskolai Program) célcsoportja

A programba felvehetők a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 121. § (1) 14. pontja szerinti halmozottan hátrányos helyzetű tanulók. Az AJKSZP-ba belépő intézmények a célcsoporthoz tartozó - újabb évfolyamokra belépő - diákok körében csökkentik az iskolai lemorzsolódást. Az intézmények vállalják, hogy a programba belépő évfolyamok esetében a tanulók legalább 85 %-át versenyképes szakmához juttatják. A kollégium demokratizálódása, a tevékenységformák gazdagodása, a végzett tanulók munkába állása, a kollégiumi nevelés modernizálódása, fejlődése a különböző csoportok és egyének közötti konfliktusok számának csökkenése stb. (www.ajkszp.hu)



4. számú melléklet: Az új szociális törvényben foglalt változások

A törvényi módosítások ide vonatkozó részét a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvénynek a gyermekvédelem rendszerének megerősítése érdekében történő, valamint egyéb törvények módosításáról szóló 2017. évi XCV. törvény (a Magyar Közlöny 2017. évi 100. számában, 2017. június 27-én került kihirdetésre).

A végrehajtási rendeletek módosítását a következő jogszabályok tartalmazzák:

- a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatásokkal összefüggő egyes kormányrendeletek módosításáról szóló 381/2017. (XII. 11.) Korm. rendelet,
- az egyes gyermekvédelmi tárgyú kormányrendeleteknek a gyermekvédelmi és a büntetés-végrehajtási tárgyú jogszabályok változásából adódó módosításáról szóló 384/2017. (XII. 12.) Korm. rendelet,
- a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról szóló 257/2000. (XII. 26.) Korm. rendelet módosításáról szóló 406/2017. (XII. 15.) Korm. rendelet,

Főbb változási pontok, melyek a gyermekvédelmi beavatkozások sikerességét befolyásolhatják:

I) A gyermekbántalmazás kezelésére, a jelzőrendszer működésére irányuló intézkedések

I.1. A gyermekek védelmét biztosító feladatok ágazati irányítása

I.2. Az Nktv. módosítása

I.3. A gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedő, áldozattá vált gyermekek és a közvetlen ellátásukat végző szakemberek segítése, támogatása

I.4. A kríziskezelő szolgáltatás szakmai tartalma



5. számú melléklet: A végzettség nélküli iskolaelhagyás okai

1. Egyéni tényezők

- Családi háttér, szülők iskolai végzettsége
- Hiányzás
- Évismétlés
- Előző iskolai életút (iskolaváltás)
- Romló tanulmányi átlag
- Anyanyelvi és matematikai kompetenciák

2. Viselkedésbeli jellemzők (folyamat):

- Unalom a tanórák alatt, alacsony motiváció
- Tanulási és magatartási problémák, drasztikus viselkedésváltozás (agresszió, visszahúzódóvá válás, depresszió, passzivitás stb.)
- Kiközösítő magatartás vagy kiközösítettség
- Alacsony szülői elvárások, szülői hanyagság, nemtörődömség

3. Intézményi tényezők

- Intézmény sajátosságai, működése
- Iskolai légkör, iskola belső-külső kapcsolatrendszere
- Pedagógiai elvek és ezek koherenciája

Általában kisebb a lemorzsolódás: a kevésbé bürokratikus és hierarchikus iskolákban, ahol kedvező a légkör, jó tanár-diák, család iskola kapcsolat.

Demográfiai szempontból a csökkenő tanuló népességen belül folyamatosan nő a HH/HHH, a veszélyeztetett, az SNI diákok aránya, amelyek növelik a végzettség nélküli iskolaelhagyók arányát.

A köznevelés alacsony arányban képes a HH tanulókat befejezett középfokú végzettségig eljuttatni, elsődlegesen a korábban a szakképzésben jelentkezett végzettség nélküli iskolaelhagyás miatt.



6. számú melléklet: Az óvodai – és iskolai szociális segítség fő célkitűzései

Az óvodai – és iskolai szociális segítség fő célkitűzései:

1. A gyermekek, tanulók, szülők, óvodapedagógusok, pedagógusok részére adekvát szakmai segítség nyújtása
2. Az elsődleges prevenciós programok működtetése
3. Az észlelő-és jelzőrendszer működésének segítése
4. Egységes szemléleten alapuló szociális segítségnyújtás megszervezése
5. A szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek helyzetét javító szolgáltatások nyújtása lehetőségeik kihasználása érdekében

Óvodai és iskolai segítő tevékenységtől hosszú távon elvárt eredmények:

1. A szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek élethelyzetének, körülményeinek javulása
2. A végzettség nélküli iskolaelhagyók számának csökkentése
3. A köznevelési intézményekben megjelenő szociális szakemberek hosszútávon történő
4. Integrálódása, elfogadása, szakmai önállóságuk biztosításával
5. Szakmai együttműködés rendszerének kialakítása a család – és gyermekjóléti központok és a köznevelési intézmények között (szervezeti keretek, eljárásrend, dokumentáció)

Az óvodai és iskolai szociális segítőik által végzett tevékenységek

Eszköz:

1. klasszikus iskolai szociális segítő munka egyéni, csoportokkal végzett és közösségi munka formában
2. ifjúságvédelmi feladatok ellátása – gyermekvédelmi tevékenységek koordinálása.
3. Adminisztráció

Óvodai és iskolai szociális segítség célcsoportok

1. óvoda, általános iskola és középfokú köznevelési intézmények (kollégiumaikkal együtt)
 - valamennyi gyermeke, tanulója:
 - Veszélyeztetett gyermekek, tanulók
 - Hátrányos helyzetű gyermekek, tanulók
2. Óvodapedagógusok, pedagógusok
3. az érintett köznevelési intézmények közösségei (nevelőtestület; óvodai, iskolai csoport)
4. Szülők, nevelőszülők, gondviselők

Jogszabályi háttér



2018. szeptember 1-től a *Gyvt. 40/A. § (2) ag*) pontja értelmében a család- és gyermekjóléti központ az általános szolgáltatási feladatain túl a gyermek családban nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a gyermek igényeinek és szükségleteinek megfelelő önálló egyéni és csoportos speciális szolgáltatásokat, programokat nyújt, amelynek keretében óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet biztosít. A végrehajtással kapcsolatos részletes szabályozást az Nmr. tartalmazza.

Az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a szociális segítő munka eszközeivel támogatást nyújt a köznevelési intézménybe járó gyermeknek, a gyermek családjának és a köznevelési intézmény pedagógusainak.

Az óvodai és iskolai szociális segítő egyéni, csoportos és közösségi szociális munkát végez, valamint gyermek- és ifjúságvédelmi feladatokat lát el. Ennek keretében segíti:

- A) gyermeket a korának megfelelő nevelésbe és oktatásba való beilleszkedéséhez, valamint tanulmányi kötelezettségei teljesítéséhez szükséges kompetenciái fejlesztésében,
- b) a gyermeket a tanulmányi előmeneteléhez, későbbi munkavállalásához kapcsolódó lehetőségei kibontakozásában,
- c) a gyermek tanulmányi kötelezettségeinek teljesítését akadályozó tényezők észlelését és feltárását,
- d) a gyermek családját a gyermek óvodai és iskolai életét érintő kérdésekben, valamint nevelési problémák esetén a gyermeket és a családot a közöttük lévő konfliktus feloldásában,
- e) a prevenciós eszközök alkalmazásával a gyermek veszélyeztetettségének kiszűrését és
- f) a jelzőrendszer működését.

Ha a köznevelési intézmény foglalkoztat gyermek- és ifjúságvédelmi felelőst, az intézményt érintő gyermekvédelmi feladatokat az óvodai és iskolai szociális segítő a gyermek- és ifjúságvédelmi felelőssel együttműködésben látja el.

Az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás ellátásáról a család- és gyermekjóléti központ együttműködési megállapodást köt a köznevelési intézménnyel. Az együttműködési megállapodás tartalmazza

- a) az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatást nyújtó személy megnevezését, valamint a szolgáltatás célját, tartalmát, helyszínét és annak megjelölését, hogy az óvodai és iskolai szociális segítő mely időpontban látja el tevékenységét az intézményben, és
- b) a köznevelési intézmény nyilatkozatát arról, hogy biztosítja
 - ba) az óvodai és iskolai szociális segítő bejutását az intézménybe és
 - bb) a szolgáltatás nyújtásához szükséges külön helyiséget és az infrastruktúrához való



hozzáférést.

Az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás nyújtása a miniszter által jóváhagyott módszertan alapján folyik. A miniszter a módszertant az általa vezetett minisztérium honlapján és a Szociális Ágazati Portálon közzéteszi, valamint gondoskodik annak folyamatos frissítéséről.

Személyi feltételek

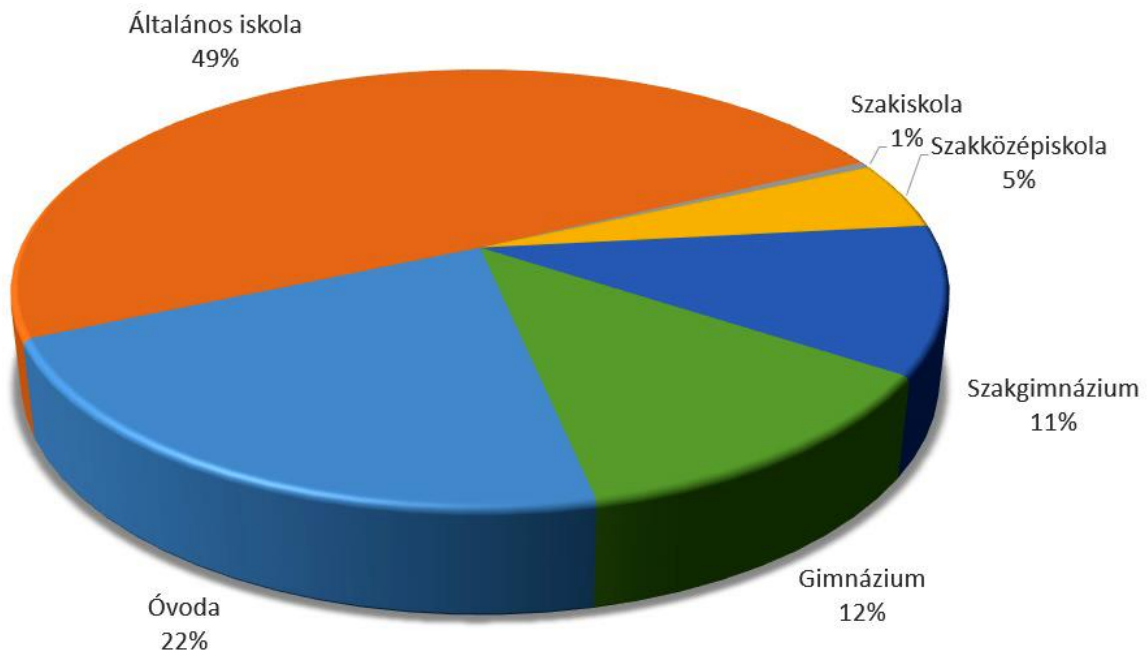
Az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás biztosításához alkalmazandó személyek munkakörének megnevezése: óvodai és iskolai szociális segítő. Az Nmr. **1.000 főköznevelési intézményben nyilvántartott gyermekre vetítve 1 fő** (40 óra) alkalmazását írja elő.

A munkakör betöltéséhez elfogadható végzettségek:

- felsőfokú szociális szakképzettség,
- iskolai szociális munkás,
- család- és gyermekvédő tanár,
- család- és gyermekvédő pedagógus,
- család- és gyermekvédelem szakos pedagógus,
- ennek hiányában gyermek- és ifjúságvédelmi tanácsadó oklevéllel rendelkező: nevelőtanár, pedagógus, pedagógiai előadó, pszichopedagógus, gyógypedagógus.

Az Nmr. fő szabálya szerint szakképzetlen személy felmentéssel nem foglalkoztatható.

A KSH 2017/2018-as tanévre vonatkozó adatai alapján óvodában, általános iskolában, szakiskolában, szakközépiskolában, szakgimnáziumban és gimnáziumban nem felnőttképzés keretében tanuló személyek száma 1.483.246 fő, ez alapján **1.483 fő** felvétele lenne szükséges az óvodai és iskolai szociális segítő munkakörökbe országosan (a pontos számot a 2018/2019-es tanévre történő beiratkozások alapján határozza meg a minisztérium 2018. augusztusában)



Köznevelési rendszerben részt vevő személyek eloszlása képzési forma szerint (kivéve felnőttképzés). A gimnázium adata tartalmazza a 6/8 évfolyamos képzési formában részt vevőket is. (KSH, 2017)

<http://www.tamogatoweb.hu/index.php/hirek/napi-szocokos/229-ovodai-es-iskolai-szocialis-segito-szolgaltatasrol-diohejban> Letöltve: 2018. 11.13. 08.15.