



EFOP-2.2.0-16-2016-00002 „Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” kiemelt projekt

Módszertan 4.

## **A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása**

**Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Dr. Varga Tamás, Dr. Zombor Erika, Józsa Tamás, Kovács Karolina Eszter, Szele Anna Szabina, Simonné Kiss Mónika, Szóke Zsuzsa, Nagy Judit, Bodóné Oláh Krisztina**

**2018.**



## Tartalom

I. A tanulmány célja.....	3
II. A szakirodalom feldolgozás szempontjai, módszertana.....	3
III. Fontosabb fogalmak.....	7
IV. Nemzetközi kitekintés szakirodalmi adatok alapján.....	10
V. Hazai helyzetkép a gyermek-és fiatalkorúakkal lelki egészségének megőrzése, fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszerek együttműködéséről – Szakirodalmi áttekintés.....	15
VI. Félig strukturált interjúval történő adatgyűjtés módszertana.....	21
1. Interjú készítés lépései.....	22
2. Az interjú feldolgozásának módszertana.....	25
VII. Az interjúk elemzésének eredményei.....	28
1. A kapcsolathálózat és az együttműködések jellemzői.....	29
2. A kapcsolatok minőségi jellemzői.....	31
3. Az interjúk tartalmi adatainak elemzése a helyi ellátók együttműködésének vonatkozásában:.....	33
3.1. Intézmények közötti szakmai kapcsolatok és kommunikáció.....	33
3.2. Az együttműködésben leggyakrabban felmerült problémák:.....	37
3.3. Fejlesztési javaslatok a kapcsolatok, kommunikáció javítására, bővítésére.....	38
VIII. Cselekvési terv javaslat adatgyűjtése modell kialakítására és alkalmazására.....	39
1. Indikátorok.....	41
2. Pilot vizsgálat megvalósítására vonatkozó cselekvési terv javaslat:.....	44
<b>FELHASZNÁLT IRODALOM.....</b>	<b>46</b>
<b>MELLÉKLETEK.....</b>	<b>49</b>
1. sz. melléklet INTERJÚK KÓDOLÁSA Együttműködés kérdéseire vonatkozóan.....	49
2. sz. melléklet. interjúk elemzése.....	52
3. sz. melléklet SMART tábla - indikátorok.....	52
4. sz. melléklet Adatlap.....	53
5. sz. melléklet: Beleegyző nyilatkozat.....	55



## I. A TANULMÁNY CÉLJA

Tanulmányunkban javaslatot adunk olyan mérési és kapcsolódó adatgyűjtési eszközre, amely a helyi ellátók együttműködését képes mérni, dokumentálni, figyelembe véve a jelenlegi, adott ágazatokban használt adatgyűjtési és teljesítmény-mérési eszközöket. Bemutatásra kerül munkacsoportunk módszertana.

Ezt követően a hazai ellátórendszerek együttműködésének jelen projektben vizsgált elemeit, kapcsolatait mutatjuk be. A hazai és a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján jellemezzük a mentálhigiénés ellátórendszer tagjainak jelenlegi és jövőbeli optimális együttműködését, illetve, hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre az együttműködések dokumentálása és mérése területén. A szakirodalom-feldolgozás során feltárt, néhány hazai és nemzetközi jó gyakorlat is bemutatásra kerül.

## II. A SZAKIRODALOM-FELDOLGOZÁS SZEMPONTJAI, MÓDSZERTANA

### 1. A szakirodalom feldolgozásának célja

A szakirodalmi feldolgozások elsődleges célja a projekt, és azon belül jelen feladatrész fejlesztési célkitűzéseit megalapozó hazai és nemzetközi gyakorlatok, kapcsolódó eredmények feltárása, leírása, az elmúlt időszak hazai és nemzetközi eredményeinek összegyűjtése, az eredmények alapján a fejlesztési munkában hasznosítható információk kinyerése és interpretálása logikai szövegek környezetben. Ugyancsak a szakirodalmi adatokat alapul véve választottunk interjútechnikát a helyi ellátók együttműködését felmérő további adatgyűjtéshez.

### 2. A szakirodalmi feldolgozás forrásai

- *Másodlagos források (áttekintő irodalmak):*  
monográfiák, tanulmánykötetek, tankönyvek,

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése



külföldi szakirodalmak közül elsősorban az áttekintő folyóiratok.

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

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

A szakirodalmi feldolgozást *visszatekintő (retrospektív)* szemléletben, emellett 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 irodalmakat kerestük, de természetesen a felhasználhatónak ítélt korábban készült szakirodalmak eredményeit is beépítettük, amennyiben szükségesnek láttuk.

### **4. A publikációk megjelenésének földrajzi térsége**

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

### **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.



- 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:

<b>Keresési adatbázisok</b>		
ERIC, Google Scholar, MedLine, Pubmed, Researchgate, Science Direct		
<b>Keresési kulcskifejezések</b>		
<i>(a kifejezésekre angol és magyar nyelven is történt keresés)</i>		
egészségmagatartás,	addikciók,	drogfogyasztás,



esetmenedzser HBSC kutatás, magatartásorvoslás, mentálhigiénés team, multidiszciplináris team, interszektoriális, szorongás, stressz, stresszkezelés, megküzdés, megküzdési rugalmasság pszichoszociális, rizikófaktorok,	egészségügyi rendszerek erőforrások, ESPAD, Európai Unió, hátrányos helyzet, irányítás, köznevelési indikátorok, magántanulói státusz, Magyar Ifjúság kutatás, mentális egészség, nem tanulmányi eredményességi mutatók, országos kompetenciamérés, szolgáltatások, teljesítménymérés, Oktatási Hivatal	ADHD egészségügyi ellátórendszerek együttműködése, gyermekjóléti szolgálatok, gyermekvédelem, gyermekvédelmi szolgáltatások, helyi ellátók közötti együttműködés, interszektoriális együttműködés, serdülők, szerhasználat (legális és illegális)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[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 elvégeztünk a további találatok érdekében.

[9] Az eredmények alapján 28 db szakirodalom került feldolgozásra és elemzésre az alábbi bontásban:

Hazai szakirodalmak (db)	Nemzetközi szakirodalmak (db)	Összesen (db)
19	19	28

10 éven belül megjelent szakirodalmak (db)	10 éven túl megjelent szakirodalmak (db)	Összesen (db)
15	13	28

[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.

### III. FONTOSABB FOGALMAK

A több szektort érintő együttműködések esetében nélkülözhetetlen az egységes értelmezési és fogalmi keret kialakítása. Ez a mentális egészséggel kapcsolatos együttműködések esetében kiemelten fontos, mivel a különböző jogszabályok, illetve egyes ágazati módszertani anyagok, irányelvek rendelkeznek saját fogalmi keretrendszerrel,

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése



melyeket figyelembe kell venni a közös értelmezési keret kialakítása során.

A fentiek alapján továbblépéshez a könnyebb érthetőség miatt az alábbiakban néhány fontos fogalmat definiálunk.

**Team:** „*A team kettő vagy több főből álló csapat, akiknek közös céljaik vannak. A team tagok közötti interakció képessé teszi a csapattagokat, hogy együtt többet érjenek el, mint amennyit egyedül el tudtak volna érni. (Bronstein 2003; Platt, 1994.) Bronstein hangsúlyozza, hogy az eredményes csapaton belüli együttműködés szükségszerűen a reciprocitáson (kölcsonösségen, viszonyosságon) és az egyértelmű kommunikációs csatornákon alapul.*” (Margaret Bourdeaux Arbuckle: Child and Adolescent Mental Health: Interdisciplinary Systems of Care, Jones & Bartlett Learning, 2005.)

**Multidiszciplináris team:** *A multidiszciplináris csapat különböző szakterületeken dolgozó szakemberekből áll, akik egymástól függetlenül dolgoznak az adott kliensekkel, de megosztják egymással, magával a klienssel, illetve az adott kliens ellátásával kapcsolatos információkat.*” (Margaret Bourdeaux Arbuckle: Child and Adolescent Mental Health: Interdisciplinary Systems of Care, Jones & Bartlett Learning, 2005.)

**Interdisziplináris team:** „*Az interdisziplináris team nagyobb szintű együttműködést igényel, annak érdekében, hogy az egyes folyamatok közösen tudjanak megvalósulni. A különböző szakterületen dolgozó szakemberek és a családtagok megosztják egymással a tudásukat és az erőforrásaikat, egymástól kölcsönösen függő módon. A kölcsönös egymásrataltság miatt szinergikus megoldások születnek. Ezek a megoldások általában jobb minőségűek, mint azok, amelyek egymástól függetlenül kerültek kialakításra. Az egymásrataltság azt jelenti, hogy a team tagjai függenek egymástól a közösen kitűzött célok elérése, és a feladat megvalósítása érdekében. A team tagok közötti interakció magába foglalja a formális és informális kommunikációt, a kollégák véleményeinek tiszteletben tartásának képességét és a célok eléréshez szükséges inputok meghatározását is.*” (Margaret Bourdeaux Arbuckle: Child and Adolescent Mental Health: Interdisciplinary Systems of Care, Jones & Bartlett Learning, 2005.)







**Közös gondozási esetmegbeszélés** alatt az alábbiértjük: „A kliensnél megjelenő problémákat feltáró, megbeszélő, illetve a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma, mely egy adott eset (gyermek vagy fiatalok) ellátásában az összes, az aktuális probléma megoldásában érintett szakember bevonásával történik. Célja a közös problémadefiniálás, az esetvezetés során vállalt feladatok tisztázása, a segítő folyamat együttes megfogalmazása, megtervezése.” (jelen kiemelt projekten belül kidolgozott definíció)

**Esetmegbeszélő-csoport (team):** „Olyan csoport, amelyet a család- és gyermekjóléti szolgáltatást biztosító munkatársak egymás tájékoztatása, szakmai segítése céljából, konkrét ügyek feldolgozása kapcsán tartanak. A team-esetmegbeszélést heti rendszerességgel kötelező megszervezni.” (NRSZH, 2016a. p. 3)

„A család-és gyermekjóléti központ, a család-és gyermekjóléti szolgálat családsegítői számára havi rendszerességgel esetmegbeszélő-csoportot szervez, mely a jelzőrendszeri feladatellátás kapcsán is alkalmat teremt egy szélesebb szempontú esetfeldolgozásra” (15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 21.§ (1) bekezdés a) pont).

**Esetkonferencia:** „Az esetkonferencia az esetmegbeszélés egyik formája. Egy adott család ügyében tartott megbeszélés, amelybe a családot és a családdal foglalkozó szakembereket is be kell vonni (15/1998. (IV.30.) NM. rendelet). Esetkonferenciát – a gondozási folyamat során akár több alkalommal is – az összes érintett (legalább három szakember, szülő, korától függően a gyermek is) és a lehetséges támaszt jelentő személy, intézmény bevonásával tartanak”. (Gosztonyi & Pik, 1998)

Az esetkonferencia célja: több intézmény, szolgáltatás munkájának, tevékenységének összehangolása, az érintettekkel közös cél meghatározása, feladatok, irányok, kompetenciák tisztázása. A "team"-ben az adott probléma megoldására koncentrálnak, ebbe beletartozik az esetvezetés tervezése, problémák folyamatos megbeszélése, ill. önismereti szempontok is. Elsősorban a szociális területen, de az egészségügyi szakellátás esetén is többször találkozunk az **esetmegbeszélés/esetkonferencia** fogalmával.





**Mentálhigiénés team:** „Jelen projekt keretében a mentálhigiénés team alatt nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoportot értünk. 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 társszakmák/társágazatok szakemberei. A mentálhigiénés teamnek nincs felülről deklarált vezetője, a team-en belül nincs hierarchikus viszony, működése a szakmai kompetenciák szerint munka- és felelősség-megosztáson 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)

#### IV. NEMZETKÖZI KITEKINTÉS SZAKIRODALMI ADATOK ALAPJÁN:

Szinte minden idevonatkozó szakirodalom hangsúlyozza a szektorközi együttműködés szükségességét, s hangsúlyozza, hogy az alacsony intenzitású szakmaközi együttműködés vagy az együttműködés hiánya egyaránt negatívan befolyásolhatja mind az egészségügyi szolgáltatásokat, mind a betegek ellátását. Zwarstein és mtsai. (2009) közleménye rávilágít arra, hogy szakmaközi együttműködést célzó intervenciók ezek mindegyikét javíthatják. A WHO szerint az együttműködéssel a tudományágak és ellátórendszerek sokkal hatásosabban és hatékonyabban tudnának dolgozni, jelentősebb eredményeket elérve a gyógyítás és megelőzés területén. Ennek köszönhetően a páciens személye sokkal inkább fókuszba kerülhet, melynek az olyan szakmaközi esetmegbeszélések biztosítanak teret, ahol a különböző területek szakemberei egy adott páciens esetét, kezelésének módszereit vitatják meg (Internet 1).

Az interdiszciplináris együttműködés egyaránt befolyással bír mind az egészségügyi ellátórendszerekre, mind az egyének egészségi állapotára. Kutatások igazolják, hogy a kommunikáció és együttműködés hiánya hátráltatja a





gyógyulási és/vagy gondozási folyamatot (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008).

A betegellátás összetettsége különböző intézmények és szervezetek hatásos és hatékony kommunikációját igényli. Az orvoslás technikai fejlettsége ellenére a páciensekről szóló információ általában papír alapon cserélődik. A digitális és időben történő kommunikáció azonban nagyban elősegíti az információcsere fejlődését és csökkenthető a kommunikációs folyamatok közben történő információvesztés, információtorzulás mértéke. (Demski és mtsai, 2010).

Jelen kiemelt projekt egyik szakmai hálózatépítést elősegítő szakmai útmutatót készítő munkacsoportja dolgozta fel az Írországból kidolgozott „A Vision for Change” elnevezésű mentális egészségpolitikai dokumentumot, tulajdonképpen mentális egészség stratégia, mely hosszú távú, széleskörű szakmai fejlesztési keretrendszert határoz meg.

A stratégiai dokumentum fő célja a teljes lakosság mentális egészségi állapotának a javítása. A keretrendszer a teljes lakosságon belül kiemelten foglalkozik a 0-18 év közötti korosztállyal is.

A dokumentum az együttműködés elvén alapulva integrálta az adott populáció életvitelében szerepet játszó ágazati szereplők intézményeit és szakembereit, ellátást nyújtó szolgáltatásokat és egyéb civil szervezeteket és szereplőket (pedagógusok, szociális munkások, igazságszolgáltatás, önszervező csoportok, szülői egyesületek, általános orvosok, gyermekorvosok stb.). Saját, később részletezésre kerülő javaslataink miatt kiemelő, hogy az ellátást és gondozást, pszichopatológiai állapotokat a fejlődési szakaszokhoz igazította. A cselekvési terv továbbá kiemeli, hogy az új politikai szemlélet és irányvonal alapvető célja a korai észlelés és felismerés, a szűrés és a diagnosztikát követő betegirányítás. *„A programterv alapján az alapellátás egészségügyi dolgozóit kellene támogatni és elsődlegesen bevonni a változtatási folyamatba. A kórházi ellátást az akut kezelésre kellene fenntartani, azaz olyan esetekre, amikor az otthoni ellátás nem lehetséges vagy nem javasolt. A korai beavatkozások, a prevenció és a megfelelő – lehetőség szerinti alapellátásban történő – ellátás célja a mihamarabbi társadalmi integráció elősegítése.”*

*(Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai és addiktológiai ellátók)*

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





*helyi interdiszciplináris kapcsolattartását, szakmai hálózatépítését támogató szakmai útmutató, AEEK 2017)*

A *Vision for Change*” a fentiekén felül a gyermekek - és fiatalok mentális egészségnek fejlesztéséhez kiemelten fontosnak tartja a *Közösségi Mentális Egészség Teamek (Community Mental Health Team)* létrehozását és működtetését. A stratégia szerint a *Közösségi Mentális Egészség Teamek* olyan kiterjesztett multidiszciplináris teamek, melyek együttműködve tudnak tevékenykedni az az adott lakosság mentális egészséggel kapcsolatos szükségleteik kielégítése céljából. Fontos megjegyezni, hogy az írországi példák esetében a *Közösségi Mentális Egészség Teamek* nemcsak a 0-18 éves korosztállyal foglalkoznak, hanem a teljes lakossággal, életkortól függetlenül. (A *Vision for Change: Report of the expert group on mental health policy*, 2006)

Jelen tanulmány tekintetében a helyi együttműködésekön kívül a másik kiemelt terület, ezen együttműködések lehetséges mérési módszerei. A *Washington Circle (WashCi) kutatási pilot program* utóbbival foglalkozott az Egyesült Államokban. 2004- ben tizenkét állam részvételével, néhány helyi hatósági szereplővel, szövetségi tisztségviselővel, szenvedélybeteg ellátó intézménnyel, akadémiai kutatóval létrehoztak egy kutató csoportot, a *Washington Circle Public Sector Work Group-ot*, azzal a céllal, hogy intézkedési tervet dolgozzon ki, a magán-egészségügyi szektorból származó teljesítménymérési modell alapján.

A program célja kábítószer problémákkal küzdőkkel foglalkozó ellátók és általában a mentálhigiénés intézmények hatékonyságának felmérése, a teljesítménymutatók elemzése, a közfinanszírozott ellátások eredményességének növelése érdekében, az ellátók szolgáltatásainak átalakítása, és új, szolgáltató (ellátás), illetve kliens centrikus finanszírozási forma kidolgozása volt.

A koncepcionális megbeszélések követően az ellátás eredményességének és hatékonyságának növelése érdekében kidolgoztak egy kísérleti programot, ahol új intézkedéseket, és kísérleti jellegű szolgáltatásokat vezettek be, melyeket folyamatában, és a végső eredmények szempontjából is elemeztek. Végül 5 állam (Massachusetts, New York, Oklahoma, Washington,

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése



Észak-Karolina) tesztelte kísérleti jelleggel a helyi ellátórendszer specialitásait figyelembe véve az intézkedéseket, a 18 év feletti korosztályt vizsgálva.

A *WashCi* pilot megvalósítási lépései közül jelen projektünk szempontjából figyelemreméltónak gondoljuk az alábbiakat:

- Együttműködési és edukációs környezetet dolgoztak ki ellátási szintenként a szolgáltatók bevonásával, az egyes beavatkozások azonosításának és meghatározásának érdekében. A kiemelkedő szolgáltatást nyújtó, eredményes szolgáltatókat a bevált gyakorlatok megosztására ösztönözték. Teljesítményalapú szerződéskötéseket kötöttek a szolgáltatókkal és továbbfejlesztették az adminisztrációs infrastruktúrát az összehasonlíthatóság érdekében. (Massachusetts)
- Létrehoztak egy adatintegritás-figyelő és értékelő alprojektet. A létrehozott adatkezelési felület lehetőséget adott a mutatók folyamatos elemzésére, és a *WashCi* által bevezetett változók folyamatos monitoringjára. Megyei önkormányzatok bevonásával kérték be az adatokat és valósítottak meg finanszírozási és nyomon követési feladatokat. (New York)
- Web alapú indikátorrendszert hoztak létre, mely negyedévente kért jelentést régiós szinten a szolgáltatóktól. Ösztönző jellegű programot alkottak és a referenciaérték felett teljesítő szolgáltatókat a módszerek és tapasztalatok megosztására kérték. A referencia érték szerint, a terv alatt teljesítőket korrekcióra kötelezték, az indikátorterv teljesítésének érdekében. (Oklahoma)
- A programban a folyamatosság megtartása érdekében időhatárokat léptettek érvénybe, amin belül a kliens érdekében az intézkedéseket meg kell tenni, szükség szerint tovább kell irányítani. A kezelés befejezése, meghatározott elrendezési kódok szerint adminisztrálva történt.

A *WashCi* pilot során kétféle megközelítésből elemezték a begyűjtött információkat. Egyrészt a klienssel kapcsolatos adatokat nézték át, másrészt az ellátás kihasználtsága tekintetében folytattak elemzéseket. A cél a kísérő betegségekkel kapcsolatos párhuzamos ellátások kerülése, a beteg számára

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





a legmegfelelőbb kezelési forma megtalálása, a motiváció fenntartása, továbbá a kezelés folyamatossága volt a méregtelenítéstől, a bentlakásos szolgáltatásig. Az adatgyűjtés és elemzés folyamatértékelésre is szolgált. 8 negyedév alatt hasonlítottak össze ellátási mutatókat. A hasonló típusú ellátók pontszám alapján rangsorba lettek állítva az éves teljesítményeik alapján. Az egyes mérés típusokat és elért eredményeket egyszerűen, jól érthetően grafikusán is megjelenítették (pl. mosolygó arc, „like-jel”).

A program befejezésekor mind az öt állam arra a megállapításra jutott, hogy a szerhasználattal kapcsolatos kezelések hatékonyságának növelése és az eredmények maximalizálásának érdekében a szektorok közötti együttműködésre van szükség (egészségügy, hajléktalan ellátás, család és gyermekjólét, büntető igazságszolgáltatás, stb.).

Integrált ellátást kell nyújtani és koordinált szolgáltatási és támogatási rendszert kell kidolgozni, valamint biztosítani kell az ehhez szükséges teljesítménymérési és ösztönzési rendszert is.

*Bár nem kifejezetten a mentális egészségre koncentrál, az együttműködések fontossága tekintetében kapcsolódik Korazim-Kőrösy és mtsai (2007) az Interdiszciplináris közösségfejlesztés és együttműködés (ICCD: interdisciplinary community collaboration and development) izraeli és amerikai tapasztalatok és szaktudás alapján című munkája is.*

A tanulmány szerint az interdiszciplináris közösségfejlesztési együttműködés céljaként megjelenik a halmozottan hátrányos helyzetű csoportok életminőségének javítása, a szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása és a közösségi és civil szervezetek megerősítése.

Az interdiszciplináris közösségfejlesztése együttműködés szereplőiként az egészségügy, a közösségi pszichológia, a szociális munka, a szociológia, az antropológia, a politikatudomány és a közösségi gyakorlat, közösségfejlesztés, közösségszervezés került felsorolásra. A tanulmány a kliensek érdekében együttműködő szakemberek számára mutat be határos beavatkozási színteret. A cikk konklúziója arra mutat rá,

hogy a jelzőrendszer szereplői abban az esetben tudnak eredményesen és hatékonyan, a kliens érdekében

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





együttműködni, és egy jól működő cselekvési tervet kidolgozni, amennyiben az interdiszciplináris team szereplői egyenrangú tagjaiként vannak benne a folyamatban.

Fontos megjegyezni, hogy a bemutatott cikk, más az együttműködésekkel foglalkozó cikkekhez hasonlóan különbséget tesz a multidiszciplináris és interdiszciplináris együttműködések között. A *multidiszciplináris együttműködések* általában rövidebb időtartamra vonatkoznak és az együttműködés inkább a különálló feladatok, tevékenységek összehangolására irányul. Az *interdiszciplináris együttműködés* már nagyobb mértékű együttműködésre utal, általában hosszabb idejű, rendszerszintű együttműködés, mely közös tevékenységek megvalósítására törekszik.

A tanulmányban bemutatott amerikai és izraeli modell is egy partnerségi viszonyban, az egyes szakmák szakmai nyelvezetét és kompetenciáját tiszteletben tartva dolgozta ki az egyéni fejlesztési tervet a kliens problémájára. Mindkét modell a kliens szociális és egészségi helyzetét egyben vizsgálja, és komplex cselekvési tervet dolgoz ki. Az interdiszciplináris team tagjai kétheti, havi rendszerességgel találkoznak a kliens érdekében, és összegzik, felülvizsgálják az addigi tapasztalatokat. A modell rámutat arra, hogy nem egyszeri esetmegbeszélés hoz hatásos megoldást a kliensek számára, hanem egy olyan egyéni fejlesztési terv, amely folyamatosan nyomon követhető, felülvizsgálható, és a kliens bio-, pszicho-, szociális helyzetét komplex módon képes kezelni. A tanulmány szerint az interdiszciplináris teamben minden szereplő megtartja a saját nyelvezetét, kereteit, identitását, cselekvési normáit, miközben tanul is a többi szereplőtől.

## V. HAZAI HELYZETKÉP A GYERMEK-ÉS FIATALKORÚAK LELKI EGÉSZSÉGÉNEK MEGŐRZÉSE, FEJLESZTÉSE ÉRDEKÉBEN DOLGOZÓ ELLÁTÓRENDSZEREK EGYÜTTMŰKÖDÉSÉRŐL – SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

A hazai szakmai publikációk esetében is megfigyelhető az ágazatok közti együttműködéssel kapcsolatos gondolkodás.

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





A tématerületben megjelent magyar nyelvű szakmai publikációk azonban egészen az utóbbi évekig inkább csak a civil szféra és a közsféra közötti együttműködések lehetséges előnyeit és potenciális megvalósítási alternatíváit mutatták be. (példaként kiemelhető Lévai Katalin, *Az Önkormányzatok és a non-profit szektor közötti együttműködésről* című írása). Ez részben abból a sajátosságból is fakadt, hogy mindkét szférában jelentős alulfinanszírozottság volt tapasztalható, ez tulajdonképpen egy olyan kényszerhelyzetet teremtett sok szervezet esetében, mely ráutaltta őket a helyi potenciális partnerek feltérképezésére és a helyi együttműködések kialakítására. (Lévai, 1995)

Ez azért is fontos jelen tanulmány szempontjából is, mivel a helyi ellátók közötti együttműködések facilitálása során továbbra is jelentős ösztönző lehet, hogy a helyi együttműködések a rendelkezésre álló szűkös erőforrások hatékonyabb felhasználását teszik lehetővé.

A fentiekkel összhangban *Bakosi* (2014) alapján a különböző helyi szereplők közötti együttműködésének előnyei az alábbiak lehetnek:

- Nagyobb mértékű és differenciáltabb célcsoport elérés;
- Jobb feladatelosztási lehetőség, főleg az operatív, szervezési feladatok esetében;
- Nagyobb innovációs potenciál (brainstorming, team munka haszna nyomán);
- Szélesebb kapcsolati háló;
- Hatékonyabb erőforrás felhasználás;
- Együttesen kialakított rendezvények, képzések, tréningek megvalósítási lehetősége
- Magasabb intenzitású tudásmegosztás, szakmai eszmecsere lehetősége

Az ágazatközi együttműködésekkel kapcsolatos hazai tudományos gondolkodás után rátérünk a kifejezetten a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségének fejlesztését, megőrzését célzó együttműködésekkel kapcsolatos magyar tanulmányok bemutatására. Előzetesen elmondható, hogy ezen hazai publikációk sok esetben a jelenlegi ellátórendszerekben az együttműködést potenciálisan gátló tényezők azonosítására helyezik a hangsúlyt, és kevésbé a lehetséges együttműködési formákat mutatják be.





A hazai szerzők, szakemberek is felismerték, hogy a gyermekkori fejlődés dinamikus pályáját számos tényező befolyásolhatja – így pl. társadalmi-gazdasági tényezők, környezeti, egészségügyi, pszichés, emocionális faktorok. Ezért is fontos kérdés, hogy az érintett gyermeket és családját körülvevő ellátórendszerben felismerik-e a problémát, illetve sikerül-e időben beazonosítaniuk azt, majd a megfelelő ellátásba tovább irányítani (Kereki, 2013). "A gyermekvédelem alap- és szakellátása közötti együttműködés számos esetben (becsülhetően az ügyek harmadában) nem éri el az elégséges szintet, amely hiány negatív hatással van a gondozott gyermek jól-létére, hosszú távon pedig az életesélyeire." (Báló és mtsai, 2015)

Budai és Puli (2015) tanulmányát áttekintve elmondható, hogy Magyarországon a szociális szféra és az egyes intézmények, szervezetek közötti együttműködés sem kellően tudatos, nem evidencia alapú. A korai kezelésbevétel eredményesebb és hatékonyabb működésével nemcsak az érintettek körében, de ösztársadalmi szinten is pozitív megtérülések lennének megfigyelhetőek. Ahhoz, hogy egy rugalmas interszektoriális együttműködés valósuljon meg, fontos magának a rendszerszintű működésnek az ismerete és az együttműködést akadályozó tényezők azonosítása. A helyzetet alapvetően megnehezíti, hogy a koragyermekkorban történő intervenciók általában három terület hatáskörébe tartoznak: az egészségügyi, a szociális és az oktatási területekébe, továbbá nincs összehangolt működés az ágazatok, és egységes terminológia a szakemberek között. Ugyan rengeteg adat keletkezik az ellátó rendszerekben, ezek feldolgozása mégsem kielégítő, számos redundáns adat keletkezik, a lényeges információk pedig sokszor elvesznek. A különböző ágazatok szakemberei között kevésbé alakulnak ki szilárd kapcsolatok, egymás számára rejtve maradnak a szakmai tevékenységek, s így nem tudnak interszektoriális teamek kialakulni.

A gyermekek/serdülők mentális egészségét befolyásoló tényezők megértéséhez és az esetlegesen már kialakult tünetek orvoslásához **multidiszciplináris**, leginkább **transzdiszciplináris** tevékenység szükséges. Intézményi szintéren a nemzetközi szakirodalomban alapvetően a hálózati team munka három formájával találkozhatunk (Kereki, 2015):

**Multidiszciplináris** teamnek azt az együttműködési formát

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





nevezzük, amikor a szakemberek alapvetően azonos célért, ugyanakkor akár különböző szervezeti szinten dolgoznak együtt. A közös munka nem hozza magával az ellátás integritását. Ezzel szemben az *interdiszciplináris team* működésében – az intenzív együttműködés hatással van a szolgáltatások koordinációjára, egy olyan folyamatosan kommunikáló rendszer, amely rendszeres közös értékelést, esetleg újratervezést tartalmaz. A szolgáltatás szervezés egységes koncepción alapul a kliensek ellátása érdekében. A kliensnek is felelőssége van a változás folyamatában, aktív részese annak. Együttműködésüket a *négy lépcsős modell* szerint (1. kiindulási állapot, 2. célok, 3. feladatok, és hozzá kapcsolódó 4. szolgáltatásokat) határozzák meg. Néhány országban már megtalálható a *transzdiszciplináris team* alapján működő ellátási rendszer. Alapjául az integrált szolgáltatási modell szolgál. Hasonlóan az előzőekhez a család bevonásra kerül a folyamatba, a tervezés közösen történik, de egy kulcsszemély segítségével végzik a hálózati jellegű munkát. Kevesebb szakember érintkezik a családdal, erős a kulcsszemélyek által irányított háttérmunka. Mindez azért lehetséges, mert a kulcsszemély érti, átlátja és képes összehangolni a különböző színtereket, szakembereket az ellátás érdekében. „*A gyermekekkel foglalkozó szakemberek felismerték, hogy a korai intervenció során sokkal jobban a gondozó környezetre kell fókuszálnia, mint magára a gyerekre.*” ) (Kereki, 2015) Természetesen ez nem azt jelenti, hogy magával a gyermekkel nem kell foglalkozni, de fontos, hogy a gondozó környezetet is figyelembe kell venni a gyermek ellátása során.

A gyermek mentálhigiénés ellátás tekintetében, amikor hálózati működésről beszélünk, elsődlegesen a különböző ellátási formák/ellátásért felelős ágazatok (gyermekvédelem, szociális ellátás, egészségügyi alapellátás és a közoktatás) összehangolására gondolunk. Ezt az együttműködési formát *mentálhigiénés teamként* definiáljuk. „*Jelen projekt keretében a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai mentálhigiénés team alatt nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoportot értünk. A mentálhigiénés team tagjai elsősorban az egészségügy, a köznevelés, a szociális (ide értve a gyermekjólét és gyermekvédelem területét is) ágazatok intézményei, szakemberei és a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológia területét érintően velük szorosan együttműködő társszakmák/társágazatok szakemberei. A mentálhigiénés teamnek nincs felülről deklarált vezetője, a team-en belül nincs hierarchikus viszony, működése a szakmai*

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





*kompetenciák szerint munka- és felelősség-megosztáson alapul. A mentálhigiénés team-en belüli együttműködés a megelőzés, korai kezelésbevétel 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.”(Az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 Gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése kiemelt projektben kialakított és használt definíció.)*

Bár a *kapcsolattartás* leginkább a szociális szféra és az egészségügy egyes részterületei között valósul meg, azonban annak működése sem nevezhető optimálisnak. Például *Odor Andrea* (2007) kutatásából kiderül, hogy a védőnők és házi gyermekorvosok/vegyes praxisú orvosok között nem valósul meg dinamikus információcsere, továbbá az esetek kb. egyharmadában a megfelelő együttműködés hiánya a megelőzés, gyógyítás akadályát képezi (Odor, 2007). A körzetek felében pedig nincs együttműködés a két szakember között (Odor, 2011).

Az *általános információhiány* nemcsak a rendszer működését gátolja, de a problémákkal küzdő gyermek szüleit is bizonytalanságban tartja. Számos esetben nem hiteles forrásokból informálódnak az egyes terápiás lehetőségekről, jogosultságokról, pl. ismerősöktől, internetről. Nem léteznek sem olyan adatbázisok, amelyek a legalapvetőbb információkat koherens módon tárolnák, sem pedig olyan kiadványok melyek a továbblépés, a kezeléseket lehetőségeiről tájékoztatnák őket. Nincs egységesen használható protokoll a különböző szektorok együttműködési feladataira, tevékenységeire, sem a szakemberek végzettségére vonatkozóan.

Az élet korai szakaszában a védőnők végzik el a gyermek szűrővizsgálatát 0-4 hónapos, majd 1, 3, 6 hónapos és egy éves korban. A betöltött 12. hónap után 6 éves korig csupán évente történik állapotfelmérés. Vagyis a fejlődési lépcsőnek tekinthető 9 és 18. hónap nem szerepel a kontrollpontok között. Holott sok probléma már ekkor kiszűrhető és megelőzhető lenne. A szűrések elvégzésére nem áll rendelkezésre egy egységes szűrőteszt, valamint a szakmai kompetencia, a vizsgálati körülmények kérdése sem minden esetben tisztázott (Kereki, 2013).

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





A jelzés folyamata ugyan szabályozottabb, azonban mégis nagymértékben függ az adott szakembertől. Például a védőnők által kiszűrt gyermekek egyötödét a házi gyermekorvos nem tartotta szükségesnek tovább irányítani szakorvoshoz (Odor, 2011).

A köznevelési szektor szereplőit is vizsgálva megállapítható, hogy sem a szakértői bizottságok, a nevelési tanácsadók, sem pedig az ellátást végzők között sincs kommunikáció, együttműködés. Az egyes szektorok közötti információcsere döntően informális úton zajlik – és a szülők töltenek be áthidaló, információ-átadó szerepet (Kereki, 2013).

*"Az együttműködési problémák oka zömében nem a jogszabályi rendelkezésekben található, hanem az egyéb feltételekben, mint például: finansziális és humánerőforrás-hiány, szolgáltatás hiány, szubjektíven eldöntött prioritások, értelmezési pluralitás, gondozási dilemmák." (Báló és mtsai, 2015)*

A fenti problémák kiküszöböléséhez az alábbi javaslatok járulhatnak hozzá (Kereki, 2013):

- A három szakterület (egészségügy, szociális ellátás, köznevelés) feladatainak összehangolása.
- Közös és egységes szemlélet kialakítása a szakemberek körében – ennek jogszabályi háttérrel történő alátámasztása.
- Az intézmények teljesítményének mérése, értékelése.
- Egységes adatgyűjtési rendszer bevezetése, folyamatos működtetése, elektronikus adatbank létrehozása.
- Szakmai szabályzó dokumentumok, protokollok kidolgozása a szakemberek részére.
- Képzések, szakmai tájékoztatók, workshop-ok szervezése az együttműködés, a kommunikáció és a jelzési rendszer javítása érdekében.
- Információs honlap készítése.
- Szakemberek megismertetése a másik szakterületről érkező személy kompetenciáiról.





- Friss, adaptált és standardizált eszközök alkalmazása.
- Hálózatos együttműködést támogató intézményrendszer kialakítása.

Az intervenciós szemléletben kiemelt jelentőségű a szülő partnerként való bevonása a team munkába. Ugyanis azon gyermekeknél, akik szülei a teljes terápiás folyamatban részt vesznek, sokkal inkább figyelhető meg állapotjavulás, mint azoknál, ahol csak a terápia kezdeti szakaszába sikerül bevonni a szülőket (Kereki, 2011).

A mentális zavarok kezelése és a mentális egészség megőrzése olyan átfogó és komplex tevékenység, melyet a szélesebb politikai, szociális, oktatási és törvényhozási folyamatokba is integrálni kell.

Hazánkban az *Emberi Erőforrások Minisztériuma* 2016-ban adott ki egy szakmai irányelvet a gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja kapcsán az egészségügyi ellátók együttműködésére, feladataira vonatkozóan. Az egészségügyi szakmai irányelvek bizonyítottan javíthatják az ellátás minőségét. Az irányelv célja egyrészt az egészségügyi ellátók ismereteinek bővítése, a gyermekbántalmazás felismerésének és az adott társszakmákkal (pl. bölcsődei gondozók, pedagógusok, gyámhatóság, rendőrség) való együttműködés javítása, az eredményes kapcsolatfelvétel elősegítése volt. Bevezetését az indokolta, hogy az *Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa* által 2009-ben lefolytatott vizsgálat alapján az egészségügyi dolgozók csupán töredéke tett eleget bántalmazás esetén fennálló jelentéstételi kötelezettségének (pl. védőnők 13%, háziorvosok 0,3%). (EMMI, 2016).

## VI. FÉLIG STRUKTÚRÁLT INTERJÚVAL TÖRTÉNŐ ADATGYŰJTÉS MÓDSZERTANA:

A hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintése során szerzett információkat szerettük volna összevetni, kiegészíteni a jelenlegi a helyi gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátó rendszer(ek) tagjainak gyakorlati véleményével, EFOP-2.2.0-16-2016-00002  
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





tapasztalataival. Ennek érdekében félig-strukturált interjúk kerültek felvételre, az érintett szakemberek részvételével. A következőkben a félig-strukturált interjúk konceptualizálási és operacionalizálási lépéseit, valamint adatgyűjtés főbb eredményeit mutatjuk be.

## ***1. Interjú készítés lépései:***

**Első lépés:** a helyi gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátó rendszer tagjainak beazonosítása.

Ehhez " *A gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. Törvény (Gyvt.) 2.§ és 17 §* "-t vettük alapul, amely részletesen meghatározza, mely természetes és jogi személyek járhatnak el a gyermekek védelmének érdekében: "*Az e törvényben szabályozott gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látnak el – a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében – a törvényben meghatározott alaptervékenység keretében:*

- a) *az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos,*
- b) *a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, így különösen a családsegítő szolgálat, a családsegítő központ,*
- c) *köznevelési intézmények,*
- d) *a rendőrség,*
- e) *az ügyészség,*
- f) *a bíróság,*
- g) *a pártfogó felügyelői szolgálat,*
- h) *az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek,*
- i) *a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása,*
- j) *az egyesületek, az alapítványok és az egyházi jogi személyek,*
- k) *a munkaügyi hatóság,*
- l) *a javítóintézet,*
- m) *a gyermekjogi képviselő".*





**Második lépés:** a helyi ellátók közül az interjúk szereplőinek kiválasztása.

Szemponatok:

1. Az intézmény a jelzőrendszer része legyen. A területen kizárólagosan egyedi feladatot ellátó intézmény esetén (lsd. pl.: alapellátás - sürgősségi gyermekellátás) már csak az együttműködési szándékot vettük figyelembe.
2. Több azonos kategóriába tartozó intézmény esetén fontos szempont volt, hogy az a térségben szakmailag elismert, előremutató, modellértékű tevékenységet végezzen a saját szakterületén.
3. A intézmény fenntartói alapján egyházi és állami köznevelési intézményeket is beválasztottunk.
4. Szintén a köznevelés területén az ellátottak életkori sajátosságai alapján is csoportosítottunk, így bölcsőde, óvoda, általános és középiskola is került beválogatásra.
5. Középiskola kategóriában további szempont volt az általános, ill. szakképzés.

**Harmadik lépés:** A félig strukturált interjú kérdéseinek meghatározása.

A konceptualizálásban és az operacionalizálásban a teljes team részt vett (gyermekpszichiáter, serdülőkorúak addiktológia ellátásában jártas pszichiáter, gyermekpszichiátriai szakápoló, szociális munkás, szociálpedagógus, gyermekpszichológus, pedagógus, szociológus és kommunikációs szakértő; intézményi szempontból: DE Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Gyermek - és Ifjúságpszichiátriai Osztály és részlegei: Gyermek Ideggondozó, Drogambulancia, DE KK Gyermekklinika, DE Politikatudományi és Szociológiai Intézet Szociológia és Szociálpolitika Tanszék), így minden szakterület hozzájárult a mérésre legalkalmasabb interjúkérdések meghatározásához. Szakmai, a későbbi elemzés szempontjából fontos szociológiai és kommunikációs szempontokat vettünk figyelembe.

Az interjútervben 7 fődimenziót határoztunk meg, és összesen 25 aldimenzióra kérdeztünk rá.

A fő dimenziók az alábbiak voltak:

- Az intézményben végzett tevékenységek és gyakorlatok átfogó feltérképezése.
- Az intézmények jelenlegi gyakorlatában használt szakmai mutatók azonosítása (saját és másoktól átvett szakmai mutatók egyaránt).

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





- Fejlesztési javaslatok, szervezeti-, intézményi igények megfogalmazása a szakmai munka eredményességének javítását célzóan.
- A szervezet szempontjából fontos igények, fejlesztési javaslatok megfogalmazása
- Az utánkövetési rendszer jellemzőinek feltárása.
- Az intézmény humánerőforrás-gazdálkodásának feltárása (szaktudás, szakemberek, specializációk).
- Az intézmény kapcsolatrendszerének ismertetése (együttműködések).
- Adatszolgáltatási és információnyújtási kötelezettségek jelenlegi gyakorlatának bemutatása.

A helyi ellátók együttműködése tekintetében az utolsó 4 dimenziót tekintettük meghatározónak.

**Negyedik lépés:** Az összehasonlítható adatfelvétel érdekében az interjúk felvételi szempontjainak egységesítése a tematikus blokkok pontos ismeretével jött létre.

**Ötödik lépés:** Az egységes tematikus szerkezetű, félig strukturált interjúk felvétele. Az interjúk rögzítése. Az interjúk felvételét a kérdőívet is megalkotó team tagok végezték saját szakterületükön, lehetőség szerint 2-2 szakember együtt.

**Hatodik lépés:** Interjúk elemzése: (DE - Politikatudományi és Szociológiai Intézet Szociológia és Szociálpolitika Tanszék)

A szakértői mintavétel eredményeként 12 köznevelési, 6 szociális és 6 egészségügyi intézmény (3 alap és 3 szakellátás) vezetőjével vagy képviselőjével készítettünk interjúkat. Az interjúk elsődleges feldolgozása tartalomelemzéssel, kódolós technikával történt: kódolás, tematizációk (kódok beazonosítása), tematizációs tábla, tematizációk csoportosítása (kódcsaládok), kvantitatív összegzés, eredmények értelmezése.







## 2. Az interjúk feldolgozásának módszertana

Az interjúk feldolgozásának módszertana a hagyományos szövegelemzési-tartalomelemzési módszerek közül a társadalomtudományi kutatások során alkalmazott eljárások közül elsősorban a kvantitatív szövegelemzési technikákra épít, de nem kizárva a kvalitatív elemzési lehetőségeket. Az interjúszövegekben nyíltan megfogalmazott és egyértelműen értelmezhető információk szövegegységek) mellett a szövegek szerkezetét (összefüggéseit, logikáját) is megpróbáltuk feltárni.

A kvantitatív tartalomelemzés során az interjú szövegekben a vizsgálat tématerület szempontjából releváns szavak (kifejezések) gyakoriságára és együttes megjelenésére koncentráltunk. Kiemelt szerepe volt az elemzési egységek kiválasztásának és az interjúkban korábban operacionalizált dimenziók feltárásának, illetve értelmezési minták kiválasztásának.

A kódolás és kategóriák kialakítása során az interjúk szövegének több szempont szerinti tagolását követően az előre meghatározott kategóriákba sorolása történt, a szöveg egyes részeinek előzetesen kialakított kategóriákba sorolása a kódolási szakaszt követően zajlott. A kvantitatív elemzés magában foglalta az interjú szövegek előzetesen meghatározott kategóriáinak mennyiségi elemzését, azaz az interjú szövegekben szereplő szavak előfordulási gyakoriságát és azok kapcsolódási sajátosságait. A kategóriák száma lehetőség szerint kellően szűk kellett, hogy legyen a megfelelő adatredukció érdekében.

A kvalitatív elemzés egyrészt a manifeszt, másrészt a nagyobb szövegrészekhez kapcsolódó rejtett (látens) jelentéstartalmak feltárására koncentrált, de a kapcsolatok és összefüggések leírása ebben az esetben is meghatározó volt.

A fentiek alapján elvégzett elemzést követően az interjúkkal szemben megfogalmazott előzetes hipotézisek igazolása (vagy cáfolása) mellett az összefüggések összefoglalása történt:

A multidiszciplináris csapatok létrehozásának és működtetésének illetve a működtetés feltérképezésének véleményünk szerint nélkülözhetetlen eleme, hogy ismerjük az adott életkori szakaszokban fellépő leggyakoribb lelki tüneteket, az ebben az életkorban a gyermek/fiatal életében megjelenő, szükség

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése



szerint a korai felismerést biztosító, a megfelelő beavatkozást megtenni tudó, és a folyamatos nyomonkövetést megvalósító intézményi hálózat tagjait. Az alábbi összefoglalás mind hosszmetzeti, mind keresztmetzeti képben vázolja a felismerési és beavatkozási területeket.

Főbb pszichés tünetek gyermek és serdülő korban, és az ezek mentén, hosszmetzeti síkon belépő intézmények, szolgáltatók:

- **Újszülöttkor (0-tól 6-8 hetes korig)**
  - Jellemző lehetséges tünetek: összerendezetlen heves mozgás, dühös sírás, fejlődési anomáliák, lemaradás, bántalmazás nyomai, elhanyagolás, alvászavar/tartós éjszakai sírás, súlygyarapodás elmaradása
  - Ellátórendszeri szereplők: házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, gyermekjóléti szolgálat, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátás, gyámhatóság, gyermekvédelmi szakellátás - gyermekotthon, családok átmeneti otthona, - *rendészeti szervek*, Nevelőszülői szülői hálózat, civil és egyházi szervezetek
- **Csecsemőkor (6-8 hetes kortól – 1 éves korig)**
  - Jellemző tünetek: pszichoszomatikus jelzések (étkezési zavarok, szoptatási nehézségek, rumináció, alvászavarok, mozgás fejlődés késése, gyakori testi sérülések)
  - Ellátórendszeri szereplők: házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, gyermekjóléti szolgálat, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátás, gyámhatóság, gyermekvédelmi szakellátás - gyermekotthon, családok átmeneti otthona, - *rendészeti szervek*, Nevelőszülői szülői hálózat, civil és egyházi szervezetek, bölcsőde, pedagógiai szakszolgálat
- **Kisgyermekkor (1 éves kortól – 6-7 éves korig)**
  - Jellemző tünetek: ürítési funkciózavarok, regresszió, asztma, szeparációs szorongás, megkésett beszédfejlődési, és mentális fejlődés zavara, mutizmus.
  - Ellátórendszeri szereplők: házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, gyermekjóléti szolgálat, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátás, gyámhatóság,





gyermekotthon, rendészeti szervek, gyermekvédelmi Szakellátás- gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona-, pedagógiai szakszolgálat, nevelőszülői szülői hálózat, civil és egyházi szervezetek, bölcsőde, óvoda, nevelési tanácsadó

- **Kisiskoláskor (6-7 éves kortól – 10 éves korig)**
  - Jellemző tünetek: beilleszkedési zavarok, magatartászavar: (iskolában vagy otthon, vagy mindkét helyen) tanulási nehézségek, pszichoszomatikus betegségek, iskolafóbia, bármilyen szorongás alapján létrejövő kényszeres viselkedés, regresszió, SNI (sajátos nevelési igény), BTMN (beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézség), ADHD (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar)
  - Ellátórendszeri szereplők: házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, iskolavédőnő, gyermekjóléti szolgálat, egészségügyi járó- és fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények, gyámhatóság, pedagógiai Szakszolgálat, gyermekvédelmi Szakellátás- Gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona, nevelési tanácsadó, gyermekotthon, nevelőszülői szülői hálózat, civil és egyházi szervezetek, iskola pszichológusi hálózat; ifjúságvédelmi felelős, lakásotthon
- **Prepubertás (10 éves kortól -12 éves korig)**
  - Jellemző tünetek: magatartászavarok, tanulási zavarok, szomatizáció /fejfájás/ SNI (sajátos nevelési igény), BTMN (beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézség), ADHD (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar) tanulók
  - Ellátórendszeri szereplők: házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, iskolavédőnő gyermekjóléti szolgálat, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények, gyámhatóság, pedagógiai szakszolgálat, gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona, nevelési tanácsadó, gyermekvédelmi szakellátás-gyermekotthon, rendészeti szervek, nevelőszülői szülői hálózat, civil és egyházi szervezetek, iskola pszichológusi hálózat- ifjúságvédelmi felelős, lakásotthon
- **Pubertás (12 éves kortól – 18 éves korig)**

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





- *Jellemző tünetek:* főleg szomatizáció, depresszió, nagyon visszahúzódó, peremhelyzetbe kerülő fiatalok, identitás krízis, droghasználat, szuicidum, anorexia nervosa és bármilyen étkezési zavar, iskolai hiányzások.
- *Ellátórendszeri szereplők:* házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, iskolavédőnő, gyermekjóléti szolgálat, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények, gyámhatóság, pedagógiai szakszolgálat, gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona, nevelési tanácsadó, gyermekvédelmi szakellátás- gyermekotthon, rendészeti szervek, nevelőszülői szülői hálózat, civil és egyházi szervezetek, iskola pszichológusi hálózat- ifjúságvédelmi felelős, lakásotthon, javítóintézetek, drogambulancia, Ifjúsági drogrehabilitációs otthonok

A fentiekből is látjuk, hogy az egészségügyi alapellátásnak és a védőnői hálózatnak kulcsszerepe van, tekintettel arra, hogy 0-18 éves korig folyamatosan nyomon követik a gyermeket/fiatalt.

## VII. AZ INTERJÚK ELEMZÉSÉNEK EREDMÉNYEI:

Az interjúk intézményi szintű együttműködésre vonatkozó kérdései:

1. *Melyek azok az intézmények, szervezetek, amelyekkel szakmai kapcsolatban állnak? Jellemezze a megnevezett intézményekkel, szervezetekkel fennálló szakmai kapcsolatokat! (külön-külön, intézményre/szervezetre jellemző kapcsolatokra kérdezzen)*

2. *Kérem, értékelje az Ön szervezete és az intézmények/szervezetek közötti kapcsolatokra jellemző kommunikációt! (gyakoriság, minőség, hatékonyság, stb.)*

3. *Fejlesztési javaslatok: A hatékony és eredményes munka érdekében, a jelenlegiek mellett mely intézményekkel és szervezetekkel látná szükségesnek a kapcsolattartást?*

### **Összegző eredmények és következtetések a helyi ellátók együttműködése tekintetében**

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





## 1. A kapcsolathálózat és az együttműködések jellemzői

Az interjúk adatfelvétel során feltárandó cél volt, hogy vannak-e és ha igen, milyen minőségű kapcsolatok a három vizsgált szakterület (köznevelés, szociális ellátás, egészségügyi ellátás) intézményei között. Ezeket elsősorban a narratívákból értelmeztük, a megkérdezettek által említett kapcsolatok alapján. A kapcsolatok alapját bármely szakmai érintkezés jelenthette, akár kötelezően előírt, formális, akár önként vállalt, informális kapcsolatokról és tevékenységekről is legyen szó. Különösen fontos szerepet tulajdonítottunk a jogszabályi kötelezettségeken túli, a szakmai munka minőségének és eredményességének javítása érdekében kialakított, a napi munkavégzés során a szakemberek körében igényként felmerülő kapcsolatépítések, együttműködések és a szolgáltatásokat összekapcsoló, harmonizált tevékenységek eddigi gyakorlatainak feltárására, a mentálhigiénés team-munkához hasonló együttműködési kezdeményezések megismerése érdekében. Mindez reflektál a beágyazottság problematikájára is, vagyis annak az intézményi mezőnek a megismerésére, amelynek tagjai potenciális együttműködők lehetnek a szociális együttműködések többirányú rendszerében.

Az interjúkban terveztünk rákérdezni az *együttműködések konkrét formáira* is, elsősorban az intézmény kapcsolatrendszerére, ezen belül a kommunikáció jellemzőire (gyakoriság, minőség, hatékonyság), valamint a formális kapcsolatokra, vagyis az adatszolgáltatási és információs kötelezettségekből adódó kapcsolatokra. A szakmai munkát megalapozó kapcsolatokról és azok kommunikációs jellemzőiről nem sikerült részletes feltáró információkat kapni, ezekről csak bizonyos intézményekben tudtak beszámolni, de legtöbb helyen kifejezetten a kötelező adatszolgáltatásokkal összefüggő kérdésekre tudtak csupán határozott válaszokat adni a megkérdezettek.

**Eredményeink alapján** jelenleg a megkérdezett szervezetekben folyó szakmai munka során az *együttműködésről annyi féle elképzelés él, ahány szakember ezt értelmezni próbálja.*

Többféleképpen töltik meg tartalommal, egymástól eltérően reflektálják és értelmezik. Mivel szervezeti keretek közötti, a szakmai munkába beépülő elfogadott kategória,

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





munkaforma erre nincs, mindnyájan elsősorban saját tapasztalataik, megélt élményeik alapján alkotnak véleményt vagy adnak információkat a szakmaközi együttműködésekről. Vagyis rendkívül nagy szerepe van a szubjektivitásnak és a személyes hozzáállásnak.

*A legtöbb együttműködési forma csupán esetleges, nem nevezhető hálózati működésnek vagy szerveződésnek, erőforrás-megosztás nem mutatható ki, illetve közös koordinációs vagy adaptációs funkciók sem érvényesülnek rendszerszerűen.*

A három érintett szakterület intézményrendszerében egyetlen vizsgált szervezet sem nevezhető teljesen izoláltnak, minden szakterülethez tartozó szervezet rendelkezik legalább egy szakmaközi kapcsolattal. A közoktatási intézmények 4-9 db kapcsolattal rendelkeznek, ezek zöme az oktatási rendszeren belüli. A szociális ellátások körében 6-12 db kapcsolatot mértünk, ebben a rendszerben a legkiterjedtebbek a másik két szakterület irányába is fennálló kapcsolatok. Az egészségügyben 4-16 kapcsolat között szórtak az értékek. Az egészségügyi ellátók körében legkevesebb szakmai kapcsolattal a házi orvos és a sürgősségi orvos rendelkezik, a legmagasabb számú kapcsolatokkal pedig a drogambulancia. Az együttműködések kialakítása és fenntartása érdekében egy motivációs támogató rendszer kidolgozása is elengedhetetlen feltétele az alapellátás szereplőinek együttműködéséhez.

A szociális ellátók kiterjedt kapcsolatrendszerében nem csak a másik két szektor valamelyik intézményét vagy ellátóját találjuk, hanem felsőoktatási intézményt, rendőrséget, hatóságokat, hivatalokat, civil szervezeteket, egyházi szervezeteket is, részben a jelzőrendszeri kapcsolati hálóból adódóan.

Az egyes szakterületek önmagukon túlmutató kapcsolatainak előfordulási valószínűségeit nagyban befolyásolja a működési profilja és annak jogi szabályozása. Ezekhez kapcsolódóan elsősorban a 'szociális ellátók-egészségügy-oktatás-hivatalok-hatóságok' kapcsolati köre bontakozik ki. Sem a civil szervezetek, sem a piaci szereplők nem illeszkednek a formális működést segítő folyamatokba, vagyis nyomokban sem lelhető fel a szolgáltatási-jóléti pluralizmus. Meglepő eredmény, hogy a piaci szektor (vállalatok, vállalkozások) az esetlegesség szintjén sincs jelen sem a szociális ellátók, sem az egészségügyi szolgáltatók köreiben, kizárólag a

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés  
ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





szakképzés rendszerén keresztül kerültek be a kapcsolathálóba.

Ettől is kritikusabb, hogy a civil szervezetek szerepe sem jelenik meg hangsúlyosan az ellátórendszer egyetlen szereplőjénél sem, mindössze két említés történik a közoktatási szereplőktől és csupán egyetlen, a szociális ellátók részéről. Az egészségügyi rendszer szereplői körében pedig említésre sem kerülnek a civil szervezetek. A civilek ilyen arányú kiszorulása az ellátórendszerből nehezíti az integrált szolgáltatások bevezetését és elterjedését, valamint az innovatív kezdeményezések partnerségi alapú szerveződését. A civil szervezetek hiányában elvész azok közvetítő és tudásátadó szerepe, amelyek által képesek áthidalni a bürokratikus rendszerek sajátosságaiból (is) fakadó együttműködést akadályozó nehézségeket, valamint a helyi igényekhez igazított új, innovatív, a meglévő szolgáltatási rendet kiegészítő kezdeményezéseket indítani és működtetni.

## 2. *A kapcsolatok minőségi jellemzői*

A detektálható intézményközi kooperációs csatornák meglepte még nem árulja el, hogy milyen gyakoriságú, sűrűségű, mélységű és fontosságú kapcsolatokról van szó. Ugyancsak nem tudjuk a kölcsönösségi viszonyokat sem kimutatni. A kapcsolatok irányának ismeretlen volta miatt pedig az sem tudjuk megállapítani, hogy ténylegesen hány szervezetből áll a partnerkör.

*Kölcsönösen megerősített kapcsolatok (azaz, hogy mindkét szervezet kölcsönösen megerősítette a kapcsolat meglétét) a megkérdezett szervezetek között csak minimális esetben fordulnak elő, leginkább egyoldalúak, kiegyenlítetlenek, a leggyakrabban nem is szakmai, inkább adminisztratív jellegűek, leginkább a jelentési, statisztikai kötelezettségek révén. Igaz, a mintába került szervezetek szűk köre nem is ad lehetőséget arra, hogy ezeket a kapcsolatokat teljes körűen értelmezni tudjuk, ezért nem zárjuk ki, hogy más, hasonló típusú tevékenységet végző szervezetek között több kölcsönös kapcsolat működik. Ugyanakkor a kiválasztás szempontja szerint a szakmai „elit”, vagyis a legelismertebb, legsikeresebben működő szervezetek kerültek bevonásra a kutatásba, ezért jóval nagyobb annak a valószínűsége, hogy a kapcsolataik, együttműködéseik szervezésében is ők a legeredményesebbek.*

Amennyiben eltekintünk az egyes intézmények szervezeti identitásától, és kizárólag a morfológiai jellemzőket vizsgáljuk, egyértelműen a szociális ágazat vizsgált

EFOP-2.2.0-16-2016-00002  
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés  
ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





intézményei körül épültek ki jelentősebb kapcsolati hálók, amelyek egy része emiatt integráló, összefogó hálózati magként is felfogható. A három szakterület közül egyértelműen a szociális a legintegratívabb rendszer, sem a közoktatás, sem az egészségügy nem mutat ilyen képességet. A három szakterülethez kapcsolódó intézmények és ellátók zömében gyengén beágyazódó, ritka és esetleges kapcsolatok, bármikor elhagyhatók, helyettük újak alakíthatók.

A kapott eredmények azt mutatják, hogy a megkérdezett szervezetek és ellátók körében néhány kivételtől eltekintve *nincsenek kontrollált és megfelelően strukturált szakmai-szakmaközi egyeztetési lehetőségek*, amelyek rendszerszinten járulnának hozzá az eredményes munkavégzéshez, vagy kellően megalapozhatnák a mentálhigiénés team-munka módszerének bevezetését. A meglévő, már kialakult együttműködések inkább rutinszerűek, nem kellően tudatosak és tervszerűek, gyakran bizonyos ügyekre szűkülnek.

*Nincsenek egyértelmű kliens utak* nemcsak a főbb ellátási csoportok közt, hanem sokszor még 1-1 ellátó rendszeren belül sem.

**Összességében** az interjúalanyok válaszai azt igazolták, hogy *az együttműködés a három szakmai terület között nem része a mindennapi tevékenységeknek*, tudatosan nincs jelen. Elsősorban ad-hoc jellegűek és kifejezetten informális kapcsolatokra, személyes ismeretségekre épülve alakulnak ki. A gyakran csak jogszabályok által kikényszerített együttműködésekről a résztvevők mégis azt kommunikálták, hogy az fontos, és szakmailag szükséges.

Sem koherencia, sem rendszer nem fedezhető fel az elhangzott válaszokban, így feltételezhetően az együttműködési és kapcsolattartási folyamatokban sem.

Kölcsönös kapcsolattartási igényt a legritkább esetben fogalmaztak meg a felkeresett intézmények, a jelenlegi szakmai tevékenységek szervezésének kultúrájában *nincs erős igény a szorosabb és kiterjedtebb együttműködésekre*. Ezzel kapcsolatban inkább a szociális szervezetek munkatársai jeleztek komolyabb hajlandóságot és vetettek fel felmerülő problémákat a hiánya miatt, a közoktatási és egészségügyi rendszerekben erre a legtöbb helyen nincs kellő nyitottság.







Igyekeztünk azonosítani az Atkinson és társai (2002) által leírt multi-agency tevékenység jellemzőit a rendszerben, de az interjúkból nem következtethetünk a *közös célok mentén* történő határozott elköteleződésre, nem körvonalazódott a *feladatok, szerepek, felelőségek megosztása* vagy annak az igénye, nagymértékben hiányzik a *hatásos kommunikáció*, valamint az *információk megosztása* is. *Közös forrásfelhasználásról* sem tettek említést (még a legkézenfekvőbb és technikailag legkönnyebben megvalósítható pályázati forrásokról sem), és ugyancsak semmilyen utalás nem történt arra vonatkozóan, hogy a *szakmai eredményeiket megosztanák* egymással.

### **3. Az interjúk tartalmi adatainak elemzése a helyi ellátók együttműködésének vonatkozásában:**

#### **3.1. Intézmények közötti szakmai kapcsolatok és kommunikáció**

A szakmai kapcsolatok terén a szociális *alapellátás* kapcsolathálózatát egyértelműen meghatározza a jelzőrendszer működése, amely olyan széles intézményekből, szakemberekből és laikusokból álló hálózatot fog össze, amely a családsegítés és gyermekjóléti szolgáltatások terén szinte átfogóan lefedi a teljes, a családokkal és gyermekekkel kapcsolatba kerülő szervezetek körét.

A szociális alapellátásban a családok segítése érdekében veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő jelzőrendszer működik. A gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásáról szóló 1997. évi XXXI. törvény 17.§ (1) bekezdésében nevesített jelzőrendszeri tagokkal állnak folyamatos kapcsolatban: jegyző, járási hivatal, szociális, egészségügyi szolgáltató, oktatási intézmény, pártfogói felügyelet, jogi segítségnyújtói szolgálat, egyesületek, alapítványok, vallási közösségek, valamint magánszemélyek jelezhetik a családsegítést nyújtó szolgáltatóknak, intézményeknek, ha segítségre szoruló családról, személyről szereznek tudomást.

A jelzőrendszer működtetését és az ezzel összefüggő szakmai feladatok ellátását több szakmai szabályozó anyag is segíti.

*„Protokoll a család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer folyamatairól*

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





*elnevezésű módszertani anyag, valamint szakmai ajánlás a család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer működéseinek szabályairól elnevezésű dokumentum. A feladat ellátást segíti továbbá az a dokumentum, amelyet bántalmazások kapcsán alkalmazunk, ennek címe: A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektor semleges egységes elvek és módszertan.” (szociális alapellátás, családsegítő)*

A szociális alapellátásban a szakértőnk kiemelte, hogy a jelzőrendszer hatékony működtetése érdekében nagyon fontos a jelzőrendszer tagjaival történő jó kapcsolat kiépítése annak érdekében, hogy minél gyakrabban felvállalják a problémát és jelzéssel éljenek a gyermekjóléti szolgálat vagy központ felé, másrészt pedig azért, hogy szakmai értelemben is megfelelő legyen az együttműködés. Elengedhetetlennek ítéli a munkavégzéshez a különböző szakmaközi megbeszéléseket, esetmegbeszéléseket és esetkonferenciákat.

*„A jelzőrendszeri tagokkal jó szakmai kapcsolatot sikerült kialakítanunk, rendszeresen szervezünk szakmaközi megbeszéléseket, esetmegbeszéléseket, esetkonferenciákat. Az intézményben 2 munkatárs látja el a jelzőrendszeri tanácsadói feladatokat, akik személyesen felkeresik az intézményeket, szakmai szervezeteket.” (szociális alapellátás, családsegítő)*

*„Ez nem csak a segítő szakemberek és a kliens között zajló kommunikációs csatorna, hanem az egyéb hozzátartozó/ nem szakmabeli segítő is jelen lehet, illetve olyan szakember, aki nincs közvetlen kapcsolatban az esettel, de szaktudásával hozzájárulhat a probléma feltárásához vagy megoldásához.” (szociális alapellátás, családsegítő)*

A szociális szakellátásokban az alapellátáshoz képest teljes mértékben más irányú kapcsolatok fontosságát emelték ki a válaszadók. Elsődleges kapcsolatuk a szociális alapellátással van, rendkívül szoros együttműködésben dolgoznak velük, elsősorban az esetenedzsereken keresztül.

*„Az alapellátás jelzései alapján jönnek legtöbb esetben a gyerekek, itt szoros az együttműködésünk, ott is átalakultak a dolgok, esetenedzserek vannak. Ők nagyon leterheltek.” (szociális szakellátás, lakásotthon vezető)*





A lakásotthonok szervezetekkel, intézményekkel történő szakmai kapcsolattartását több tényező is befolyásolja. Az egyik legjelentősebb a gyámok szerepe a rendszerben, amely feladatkör egyfajta összekötő kapocs a gyermekotthon és a többi intézmény között, amely sok esetben a gyermekotthonok szemszögéből konfliktusos helyzeteket teremt. A gyámok feladata a szociális szakellátással, egészségügyi alap- és szakellátással, iskolákkal, és egyéb szervezetekkel való kapcsolattartás. A napi szintű munkavégzés során viszont ez a lakásotthonok munkatársaira hárul.

*„A szakellátással, egészségügyi intézmények, iskolák, ezek a szervezetekkel a gyámok tartanak kapcsolatot. A valóságban beleegyezést a gyám ad, de mi kísérgetjük őket. Ez egy ilyen hercehurca köztünk, ki menjen, ki kíséri haza a gyereket. Mi el se láthatnánk a gyereket a törvényes képviselő nélkül. Kórházból sem vihetem haza a gyereket, mert a gyám mehet érte. Arra megy ki az ő életük, hogy állásfoglalásokat kérnek, hogy mi nem az ő feladatuk. (...) Ha bármi történik, akkor, én kísérem, bárhova, de az aláírást a törvényes képviselő adja, hogy érte mehetek-e, pl. műtét, stb. Ő csak aláíróként van jelen.” (szociális szakellátás, lakásotthon vezető)*

A köznevelési intézményekkel történő napi szintű kapcsolattartás az intézményi lét korlátai miatt nem zökkenőmentes. A „kvázi szülői szerep” nehézségei leginkább abban gyökereznek, hogy a gyermekek napi ügyeit nem tudják „folyamatos üzemmódban” kontrollálni, valamint ebben az esetben is többnyire a gyám jelenléte is szükséges.

*„Iskolákkal például nehéz megértetni, hogy a gyerek nem az én gyereke, nem követem az osztály Facebook-csoportját. Nem úgy kell elképzelni, mint egy szülőt, aki non-stop a gyerekének a dolgait intézi. Nehéz a szülő szerepet vinni, úgy hogy letelik a munkaidő, azon túl nem működik. Nem képes azonnal reagálni, ha valamit adni kell, az intézményi lét korlátai látszanak. Ha holnapra vinni kell ötszáz forintot, akkor 2 nappal előtte tudni kell. És akkor megint a gyermekvédelemi gyám aláírása kell. Kellene a rugalmasság.” (szociális szakellátás, lakásotthon vezető)*





A kapcsolattartás terén rendkívül fontosnak értékelte a szakértő a rendőrség szerepét is az intézmény kapcsolati hálójában.

*„Rendőrség, velük gyakran kapcsolatban vagyunk. Ez egy sarkalatos pont. A körözések miatt hívogatjuk egymást, visszavonjuk...”* (szociális szakellátás, lakásotthon vezető)

A *szociális rehabilitációs szakellátásban*, a bemeneti folyamatban az egészségügyi alapellátók jelentik a legfontosabb kapcsolatot, de fontos szerepet játszik a gyermekpszichiátriai szakellátás is. A bekerülést követően a gyermekjóléti szolgálattal válik szorossá a kapcsolat, rendszeres esetmegbeszélések zajlanak.

*„A gyermekjóléti szolgálattal nagyon jó a kapcsolatunk, velük inkább a bekerülés után lépünk kapcsolatba. Nagyon-nagyon jó a kapcsolat rendszeresen leülnünk esetmegbeszélni. A család jelenlétében, nélkülük, védelembe vételi tárgyaláson. Kikéri a véleményünket, meglátásunkat.”* (szociális szakellátás, rehabilitációs intézet vezető)

A pártfogó felügyelettel történő együttműködés is meghatározó jelentőségű a szakmai tevékenység során, illetve a rendőrségi kapcsolatok is fontosak.

*„A pártfogó felügyelettel nagyon jó a kapcsolatunk, a megelőző pártfogásnál ott vagyunk, kijön az intézménybe a pártfogó. Ott is végez környezettanulmányt, aminek nagyon örülünk. Meglepő módon a rendőrséggel is nagyon jó a kapcsolatunk. Elfogadják a javaslatainkat, ha fiatalokról van szó. Minden szülői felügyeletet gyakorló mellett ott van egy kollegám.”* (szociális szakellátás, rehabilitációs intézet vezető)

Az iskolákkal kialakított kapcsolatok rendkívül fontos szerepet töltenek be a terápiás munkában, erre a szakellátás jelentős hangsúlyt fektet. Az érintett iskolákkal kiváló szakmai kapcsolatokat épített ki annak érdekében, hogy az érintett drogfüggő fiatalok egyéni tanrendje vagy a velük való iskolai bánásmód megfelelően alakuljon.

*„Az iskolákkal meglepően jó a tapasztalatunk. Jó tapasztalatunk van a M-el, aztán szakiskolákkal is, ezen meglepődtem, hogy egy iskola ennyire elfogadja, hogy egy drogfüggő fiatallal másképpen*

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés  
ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





kell bánni. Most egy együttműködési megállapodást készítünk elő egy hasonló intézménnyel. Ha vannak ilyen fiatalok, akkor pl. hogyan tudunk együttműködni egyéni tanrenddel. A P-val is nagyon jó a kapcsolatunk." (szociális szakellátás, rehabilitációs intézet vezető)

### 3.2. Az együttműködésben leggyakrabban felmerült problémák:

- **Kliens utak nem egyértelműek:** az ellátó szektorok között gyakori, de sokszor még 1-1 ágazaton belül is akadnak nehézségek. Ennek egyik önálló formában is hangsúlyos oka a következő pont:
- **Kompetencia kérdése:** Egyik interjúalanyunk ezzel kapcsolatban pl. így fogalmazott. "A szociális szolgáltatóval viszont ellentmondásos a kapcsolat, mert a kompetenciák és a különböző területek differenciálása nincs egyértelműen meghatározva és ez feszültséget eredményez." (az egyik köznevelési intézmény interjúalánya nyilatkozta)
- **Kapcsolatfelvétellel összefüggő nehézségek:** A kapcsolatfelvétel és tartás nem szabályozott, gyakran a szakember elhivatottságára alapoz. „A kapcsolat felvételt, ill. kapcsolattartást az is megnehezíti, hogy az **egészségügyi adatok** fokozottan védettek. A betegekről, ill. állapotukról az egészségügyi ellátók csak hivatalos szerv megkeresése (gyámügy, rendőrség, bíróság, igazságügyi elmeszakértés stb.) esetén adhatnak tájékoztatást, ill. jelentési kötelezettségüknek tesznek eleget veszélyeztető körülmény esetén. Egyéb kapcsolatfelvétel vagy információadás a jelenlegi szabályozás szerint csak a gyerekek-fiatalok törvényes képviselőjének írásos beleegyezésével történhet." (egészségügyi szakellátás gyermekpszichiátriai képviselője nyilatkozta)
- **Hiányos ismeretek egymás munkájáról, a lehetőségekről:** A szolgáltatók más intézmények szakmai mutatóival nem találkoznak.
- **Visszajelzések hiánya:** "Járási, megyei pedagógiai szakszolgálatokkal személyes konzultáció alig történik, pedig ugyanazt a gyereket, gyakran ugyanazzal a problémával vizsgáljuk, kezeljük. Mivel a szakszolgálatoknak általában nincs gyermekpszichiáterük, szakvéleményük megíráshoz küldik a gyermeket szakorvosi vizsgálatra. Visszacsatolás alig van, legfeljebb a szülő által visszahozott szakértői

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





*vélemény. Diagnózist, kódot várnak, vizsgálati eredményeiket ehhez nem küldik, nem ismerjük. Felesleges párhuzamos vizsgálatok történhetnek, ill. információ nélkül nagyobb a diagnosztikai bizonytalanság és alacsonyabb a hatékonyság." (egészségügyi szakellátás: - gyermekpszichiátria)*

- **Kapacitáshiány, nagyfokú túlterheltség:** Szinte minden megkérdezett szolgáltatónál megjelenik a túlterheltség és szakemberhiány, mint az együttműködést gátló tényező.
- **Egységes adatfelvételi és gyűjtési rendszer hiánya:** Hiányoznak az egységes és átlátható adatlapok, az egységes statisztikák, amelyek a kliensek problémájának megoldásában résztvevő szakemberek számára hozzáférhetőek.

### 3.3. Fejlesztési javaslatok a kapcsolatok, kommunikáció javítására, bővítésére

A szociális *alapellátás* széles körű szakmai kapcsolatokkal rendelkezik, ugyanakkor fejlesztendő pontként jelenik meg a háziorvosokkal és a házi gyermekorvosokkal történő szorosabb együttműködés igénye, elsősorban személyes szakmai konzultációk és esetmegbeszélések formájában.

A *szenvedélybetegek utógondozói, rehabilitációs ellátásában* több olyan együttműködésre irányuló igény is felmerült, amelyek a szakmai munka eredményességét javíthatnánk. Igényként fogalmazódtak meg az olyan típusú *szakmai találkozások*, amelyeken több szakterület képviselője vesz részt (egészségügy, oktatás, stb.), és ahol pl. *szakmai indikátorokat értelmeznének* (pl. mit értsenek sikeren), vagy *közös fejlesztéseket* terveznének meg, stb. Az ilyen szakmai találkozásokra/konferenciákra negyedévente szükség lenne.

*„Azt hiányolnám, ha tudnánk azt a műhelymunkát folytatni, amit elkezdtünk együtt, minden intézmény bevonásával, akik érdekeltek ezen a területen. Hogy megbeszéljük, pl. mit értünk sikeresség alatt, az egészségügy, az iskola stb.. Ha közösen tudnánk gondolkodni a fejlesztéseken. Pl. negyedévente tudnánk találkozni. Akár egy konkrét eset kapcsán tudnánk az ellátás fejlesztésén közösen gondolkodni. Ki milyen*





*elvárásokkal, igényekkel van jelen ebben a folyamatban.” (szociális szakellátás, rehabilitációs intézet vezető)*

Ugyancsak javaslatként fogalmazódott meg a *közös tudás megalapozását segítő szakmai továbbképzések rendszerének bővítése*. A gyermekjóléti ellátásban résztvevők számára pl. a szenvedélybetegségekkel kapcsolatos elmélyültebb tudás lényeges és hasznos lenne, amelyet akár a team munkák keretében is meg lehetne szervezni.

*„Azt látom, hogy a gyermekjólét nagyon akar dolgozni, de a szenvedélybetegségről nem sok szakmai tudásuk van. Ők azt gondolják, ha absztinens valaki, akkor minden rendben van. Az intravénás szerhasználó, konkrét eset..., ha azt mondjuk, hogy nem lehet hazaengedni egy intravénás használó anyukához a gyereket, akkor ők csodálkoznak ezen. Az, hogy anyuka beszél egy hónapban egyszer egy pszichológussal, az nem megoldás arra, hogy a probléma "kezelve" legyen.” (szociális szakellátás, rehabilitációs intézet vezető)*

(A teljes interjúelemzés a 2. sz. mellékletben olvasható)

## VIII. CSELEKVÉSI TERV JAVASLAT ADATGYŰJTÉSI MODELL KIALAKÍTÁSÁRA ÉS ALKALMAZÁSÁRA

Munkacsoportunk feladata javaslat készítése olyan mérési és kapcsolódó adatgyűjtési eszközre, amely a helyi ellátók együttműködését képes mérni, dokumentálni, figyelembe véve a jelenleg az adott ágazatokban használt adatgyűjtési és teljesítmény-mérési eszközöket. Továbbá feladat ennek használatára, értékelésére és generalizálására történő elképzelések ismertetése és gyakorlati tesztelése is.

Az eddigi áttekintésekből is látjuk, hogy a **multiszektoriális preventív szemlélet** a gyermekek mentálhigiénés ellátásában elengedhetetlen. Ez gyakorlatilag egy holisztikus szemléletet feltételez, amelyben számos szervezet, szakemberek, laikusok játszanak fontos szerepet, az egészségügy, a szociális szféra, köznevelés és igazságügy szereplőitől kezdve a gyermekekig, serdülőkhöz, s fontos szerepet kapnak az érintettek szülei,

nevelői, gondnokai is. Természetesen ez nem azt jelenti,

hogy minden egyes gyermek esetében a rendszer EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése



valamennyi szereplőjét be kell vonnunk, hanem inkább azt jelenti, hogy minden gyermek problémája esetében egyedileg kell meghatározni az emberi és költséghatékonyság szempontjából is legjobb beavatkozási módot és létrehozni a beavatkozó, segítő csapatot. Ideális esetben olyan **egyéni fejlesztési tervet** kell a klienseknek elkészíteni, amelyben minden szakma egyenrangú partnerként tesz javaslatokat a saját területén és a fejlesztési tervet egy ember fogja össze és követi nyomon, amelyről minden résztvevőt tájékoztat.

Alapvető feladat tehát, hogy a különböző ellátási formák, szinterek, szakemberek valamilyen szintű összeszervezése egy adott közös cél elérése érdekében megtörténjen. „*A hálózati együttműködés egyének, csoportok, illetve szervezetek olyan formális vagy informális láncolata, amely forrásokat, készségeket, tudást oszt meg a résztvevői között vagy továbbít az egyének számára. A hálózat tevékenysége korlátozódhat a hálózat tagjainak segítésére, és vagy más, a hálózaton kívül álló egyének, szervezetek, csoportok életkörülményeit javíthatja, illetve őket információhoz segítheti.*” (Földi és Nagy, 2010).

Munkacsoportunk tagjainak többsége jelenleg egy olyan példaértékűnek mondható ellátórendszerben dolgozik, ahol a Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály szerves része a Gyermek Ideggondozó, és a Drogambulancia is. Az említett részlegek elsősorban szociális munkásaik révén szoros kapcsolatot tartanak fent a köznevelés, a szociális terület, igazságügy szakembereivel. A szociális alapellátás szakembereivel készített interjúk alapján, a területünkön működő gyermek sürgősségi osztálynak is van olyan szociális munkása, aki a bekerült gyermekek/serdülők estén a kapcsolattartásban szerepet vállal. Az együttműködés nélkülözhetetlen része tehát egy **kapcsolattartó, intézményi összekötő személy**.

A családsegítő intézményekben történt interjúfelvételből idézve:

„*a családsegítő kollégák számos esetben tartottak problémákat feltáró megbeszélő illetve a segítő folyamat feladat ellátását egyeztető esetmegbeszélést egy adott eset ügyében (egyén, gyermek vagy család). A szociális segítő tevékenység során előfordul, hogy egy adott eset ügyében több alkalommal kerül megszervezésre.*

*A feladat ellátást segíti az esetkonferencia, mint munkaforma. A jogszabályi változások következtében az esetkonferenciák száma jelentős mértékben megnövekedett, miután minden problémafeltárás során és a*

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése







*probléma megoldásának különböző szakaszaiban, dilemmák esetén, javaslattételek kezdeményezésekor, felülvizsgálatok alkalmával megszervezésre került. Ez nem csak a segítő szakemberek és a kliens között zajló kommunikációs csatorna, hanem az egyéb hozzátartozó/nem szakmabeli segítő is jelen lehet, illetve olyan szakember, aki nincs közvetlen kapcsolatban az esettel, de szaktudásával hozzájárulhat a probléma feltáráshoz vagy megoldásához.*

*Mind az esetmegbeszélésekről mind az esetkonferenciákról írásos feljegyzés készül. A meghívottak az esetmegbeszélés/esetkonferencia időpontjáról előzetes egyeztetést követően, meghívó formájában értesülnek.*

*Intézményünk a jogszabály által meghatározottak szerint rendszeresen szervez szakmaközi megbeszéléseket előre meghatározott témakörben egy vagy több szakma képviselőjét érintő aktuális kérdés több szempontú feldolgozása végett.”*

A fentiekből is látszik, hogy a törvényi előírásoknak megfelelően a szociális ellátó rendszerben többé-kevésbé jól működik az esetmegbeszélés. Ezek számáról rendszeres jelentés készül, az adatokat statisztikailag is feldolgozzák. (TEGYESZ, nyilvántartás, csoportnapló)

Az éves jelentés készítéséhez az egészségügyi ellátók felől is bekérik az adatokat, de az egészségügyi adatbázis, a betegforgalmat nyilvántartó programok jelenleg ezen adatok rögzítésére és tárolására nem alkalmasak, így leginkább „stábmémória” vagy jobb esetben papír alapú dokumentáció, ritkán belső intézményi adatbázis szolgál alapul. A köznevelés területén szintén nincs jelenleg egységes dokumentációs nyilvántartás.

Ajánlásunk következő pillére így egy **egységes szektorokon átnyúló esetdokumentációs nyilvántartás, adatlap** lenne, melyben az esetmegbeszélések adatait rögzíteni lehetne.

Ha a rendszerben lévő tagok együttműködése javul, akkor elvileg növekednie kell a **dokumentált esetmegbeszélések** számának is. Így mind a dokumentált esetmegbeszélések száma, illetve annak változása indikátorként szolgálhat az együttműködés tekintetében.

## 1. Indikátorok

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





*A releváns nemzetközi és hazai szakirodalom áttekintése, illetve az interjúkban elhangzottak alapján a helyi ellátók együttműködése tekintetében indikátornak javasoljuk az alábbiakat:*

### **1. Közös gondozási esetmegbeszéléseken való részvételek száma:**

Egy adott naptári évben a megyei/járási programon résztvevő szakember pontosan hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt.

Közös gondozási esetmegbeszélés alatt projektünkben használt definíció szerint az alábbiértjük: „A kliensnél megjelenő problémákat feltáró, megbeszélő, illetve a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma, mely egy adott eset (gyermek vagy fiatalos) ellátásában az összes, az aktuális probléma megoldásában érintett szakember bevonásával történik. Célja a közös problémadefiniálás, az esetvezetés során vállalt feladatok tisztázása, a segítő folyamat együttes megfogalmazása, megtervezése.”

### **2. Dokumentált helyi esetgondozási együttműködések számának változása:**

Projekt definíció szerint: „Az adott járásban működő, a gyermek-és fiatalosok mentális egészségével kapcsolatos ellátások, szolgáltatások szervezésében és megvalósításában résztvevő intézmények munkatársai egy naptári évben, pontosan hány esetgondozási együttműködésben vettek részt dokumentált módon. Dokumentált helyi esetgondozási együttműködések alatt az alábbiakat értjük: Egy adott eset (gyermek vagy fiatalos) ellátásában, az aktuális probléma megoldását célzó, a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma, melyen az intézmény munkatársai is dokumentált módon részt vettek.”

### **3. Új formális és informális együttműködési kapcsolatok száma**

A PILOT vizsgálat során az adott járásban működő, a gyermek-és fiatalosok mentális egészségével kapcsolatos ellátások, szolgáltatások szervezésében és megvalósításában résztvevő intézmények munkatársa az intézmények között létrejött új együttműködések száma. Új együttműködésnek számítanak a formalizált együttműködések mellett az informális együttműködések is. (pl. az egyes intézmények szakemberek közötti telefonos, vagy online egyeztetése egy klienshez kapcsolódó ellátási folyamat tekintetében)

### **4. Különböző szektorok intézményei között fennálló formalizált (együttműködési megállapodás,**

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





## **feladat-ellátási szerződés, stb.) együttműködések száma**

A PILOT vizsgálat során az adott járásban működő, a gyermek-és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos ellátások, szolgáltatások szervezésében és megvalósításában résztvevő különböző szektorok intézményei között fennálló formalizált (pl. együttműködési megállapodások) együttműködések számának változása. Különböző szektorok alatt az alábbiakat értjük: egészségügyi szektor (egészségügyi alap-és szakellátás, népegészségügyi és egészségfejlesztési szolgáltatók); szociális szektor (szociális alap-és szakellátás), köznevelési szektor (állami és nem állami fenntartású köznevelési intézmények); egyéb, a fenti szektorokhoz nem tartozó, de a jelzőrendszerben szereplő szervezetek, intézmények (pl. rendőrség)

## **5. Szektoron belüli intézmények között fennálló formalizált (együttműködési megállapodás) együttműködések száma**

A PILOT vizsgálat során az adott járásban működő, a gyermek-és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos ellátások, szolgáltatások szervezésében és megvalósításában résztvevő azonos szektorok intézményei között fennálló formalizált (pl. együttműködési megállapodások) együttműködések száma. Az egyes szektorok az alábbiak: egészségügyi szektor (egészségügyi alap-és szakellátás, népegészségügyi és egészségfejlesztési szolgáltatók); szociális szektor (szociális alap-és szakellátás), köznevelési szektor (állami és nem állami fenntartású köznevelési intézmények) egyéb a fenti szektorokhoz nem tartozó, de a jelzőrendszerben szereplő szervezetek, intézmények (pl. rendőrség)

## **6. Az egyes kliensek ellátásában résztvevő team-tagok létszámának és végzettségbeli összetételének változása**

A PILOT vizsgálat során az adott járásban működő, a gyermek-és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos ellátások, szolgáltatások szervezésében és megvalósításában résztvevő intézmények munkatársai létszámukat és végzettségüket tekintve, milyen összetételben vettek részt egy adott kliens ellátásában, az egész kliensútra vonatkoztatva.

## **7. Együttműködés elősegítését célzó szakmai továbbképzések száma az adott járásban.**

A PILOT program során az adott járásban működő, a gyermek-és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





ellátások, szolgáltatások szervezésében és megvalósításában résztvevő intézmények munkatársai egy naptári évben, pontosan hány együttműködés elősegítését célzó továbbképzés, konferencia, workshop kerül megrendezésre. A rendezvények alatt nem csak az akkreditált, pontszerzős képzéseket, konferenciákat értjük.

(3. sz. melléklet indikátor táblázat – tartalmazza az indikátorok részletesebb bemutatását, a SMART kritériumrendszernek való megfelelés ismertetésével együtt.)

## **2. Pilot vizsgálat megvalósítására vonatkozó cselekvési terv javaslat:**

### *1. Járás kiválasztása (Debrecen)*

*2. Intézmények, szereplők kiválasztása, megkeresése:* alapja terveink szerint az interjúk alanyai, szükség szerint kiegészítve a közösségi programokon résztvevő helyi intézményi szereplőkkel.

*3. Fókuszcsoport, motivációs beszélgetés összehívása:* a pilot program ismertetése, az együttműködési keretek megbeszélése, információcsere. Jogi és adatvédelmi kérdések egyeztetése, adott eset kapcsán a kapcsolatfelvétel szabályozása

*4. A szereplők címlistájának, az összekötők névsorának megszerkesztése*

*5. Esetmegbeszéléseket dokumentáló egységes, papír alapú adatlap szerkesztése (tervezet a 4. sz. mellékletben)*

*6. Egységes beleegyező nyilatkozat szerkesztése (tervezet az 5. sz. mellékletben)*

*7. A fenti adatlap és beleegyező nyilatkozat eljuttatása az együttműködő intézményeknek*

*8. Zárt Facebook csoport létrehozása a kiválasztott szereplőkkel.* A csoportban a mindenkit érintő információk közzétevése, megbeszélésének lehetősége. Ezen belül zárt Facebook csoport létrehozása eseti jelleggel, amit csak az adott egyéni fejlesztési tervben szereplő teamtagok láthatnak.

*9. Egyéni fejlesztési tervek kialakítására ösztönzés.*

*10. Negyedévente az adatok begyűjtése, az eredmények és felmerült problémák közös megbeszélése*

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





A fentiekben kidolgozott adatgyűjtési modellt a továbbiakban, egy éves időtartamban, pilot tesztelés alá kerül Debrecen járásában, melynek tapasztalatairól és eredményeiről egy következő tanulmányban számolunk be.

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Antal L. (1976): Tartalomelemzés alapjai. Budapest, Magvető Kiadó.
- Atkinson, Mary – Wilkin, Anne – Stott, Alison – Doherry, Paul – Kinder, Kay (2002): *Multi-agency Working: A Detailed Study*. LGA Research 26. Slough: National Foundation for Educational Research. <https://www.nfer.ac.uk/publications/CSS02/CSS02.pdf> Utolsó letöltés: 2018.03.22. 9:00
- Babbie E. (2008): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, Budapest.
- Bakosi Tamás (2014): Szektorok közti együttműködés, avagy miért lehet hasznos a köz- és civilszféra összefogása? Kapocs folyóirat XIII. évfolyam 2014/3, Budapest
- Báló O., Bogács E., Büki P., Demcsik M., Dr. Hüse L., Emri M., Farkas Á., Ghyczy G., Hajnal R., Katona G., Korintus M., Kovácsné Bárány I., Lovas J. T., Máté Zs., Miklósi B., Radoszav M., Rác A., Riegler M., Sidlovics F., Szabolcsi J., Szilvási L., Szombathelyiné dr. Nyitrai Á., Vida Zs. (2015): *A gyermekvédelem megújulási alternatívái. Gyermek-és ifjúságvédelmi tanulmányok*. Budapest, Rubeus Egyesület.
- Berelson, B. (1952): *Content Analysis*. New York, Free Press.
- Borbás I., Mihalicza P. (2016): Egészségügyi helyzetkép. 2016 január. ÁEEK Központi Adattárház és Elemzési Főosztály.
- Budai I. (2011): Szakmaközi együttműködés a közösségi munkában. In Budai I. & Nárαι M. (szerk.): *Közösségi munka – Társadalmi bevonás – Integráció*. Szöveggyűjtemény. Győr: Széchenyi István Egyetem, 55–72.
- Budai I., Puli E. (2015): Együttműködés a szociális szolgáltatásokban. [http://www.esely.org/kiadvanyok/2015\\_1/2015-1\\_1-2\\_budaipuli\\_egyuttmukodes\\_szocszolgban.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2015_1/2015-1_1-2_budaipuli_egyuttmukodes_szocszolgban.pdf)
- Children's Mental Health Coalition (2015): *Meeting the mental health support needs of children and adolescents*. Dublin, Pobal. Elérhető: <http://www.childrensmentalhealth.ie/wp-content/uploads/2015/03/Children%E2%80%99s-Mental-Health-Coalition-report1.pdf>
- Demski, H., Hildebrand, C., Brass, A., Jedamzik, S., Engelbrecht, R. (2010): Improvement of Cross-Sector Communication in the Integrated Health

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpiszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





Environment. *Studies in Health Technology and Informatics*, 155, 95-100. DOI: 10.3233/978-1-60750-563-1-95

- EMMI (2016): *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén*

Elérhető: [http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2339/fajlok/EEM\\_szakmai\\_iranyelve.pdf](http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2339/fajlok/EEM_szakmai_iranyelve.pdf)

- Fewster-Thuente, L., Velsor-Friedrich, B. (2008): Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40-8. DOI: 10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61
- Földi L., & Nagy Á. (2010): *Ifjúságügy – Módszertani kézikönyv (T1)*. Budapest: Új Mandátum kiadó, 39-40.
- Galambosné Dr. Tiszberger M. (2015): *A hálózat kutatás módszertani vizsgálati lehetőségei – szakirodalmi összefoglalás Irodalomkutatás eredményei*. Pécs, Pécsi Tudományegyetem. Letöltés: [http://ktk.pte.hu/sites/ktk.pte.hu/files/mellekletek/2016/01/tiszberger\\_a\\_halozatkutatas\\_modszer\\_tani\\_vizsgalati\\_lehetosegei\\_2015.pdf](http://ktk.pte.hu/sites/ktk.pte.hu/files/mellekletek/2016/01/tiszberger_a_halozatkutatas_modszer_tani_vizsgalati_lehetosegei_2015.pdf)
- Héra G., & Ligeti Gy. (2005): *A társadalmi jelenségek kutatása*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Hudson, B. (2002): Interprofessionalism in health and social care: The Achilles' heel of partnership. *Journal of Interprofessional Care*, (16), 1, 7–17.
- Gosztonyi G., & Pik K. (1998): *A szociális munka szótára*. Budapest, Szociális Munkások Szalmi Egyesülete, Módszertani Gyermejjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete Fogalomtár, [http://www.kka.hu/Kozosseg\\_i\\_Adattar/szoci%20C3%A1llis.nsf?OpenDatabase](http://www.kka.hu/Kozosseg_i_Adattar/szoci%20C3%A1llis.nsf?OpenDatabase) )
- Kereki J. (szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárótanulmány*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki J. (2013): A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógynevelési Szemle*, 61 (1), 23–38.

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése



- Korazim-Körösy, Y., Mizrah, T., Katz, C., Karmon, A., Garcia, M L., Smith, M. B.: (2007): Interdiszciplináris közösségfejlesztés és együttműködés izraeli és amerikai tapasztalatok és szaktudás alapján. *Esély*, 2007/6, 61–86.
- Krippendorff K. (1996): *A tartalomelemzés módszertanának alapjai*. Budapest, Balassi Kiadó.
- Odor A. (2007): *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása. Tanulmány*. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Odor A. (2011): *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás” megvalósulásának védőnői tapasztalatairól. (Kézirat)* Budapest, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály.
- Schleicher N. (2007): *Kvalitatív kutatási módszerek a társadalomtudományokban. BKF jegyzet*. Budapest, Századvég.
- Whittington, C. (2003a): Collaboration and Partnership in Context. In Weinstein, J. – Whittington, C. & Leiba, T. (2003): *Collaboration in Social Work Practice*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 13–38.
- Whittington, C. (2003b): Model of Collaboration. In Weinstein, J. & Whittington, C. – Leiba, T. (2003): *Collaboration in Social Work Practice*. London– Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 39–62.
- Zwarenstein, M., Goldmann, J., Reeves, S. (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 32(1), 40-8. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2

### Egyéb online forrás:

Internet 1: The Importance of Interprofessional Collaboration in Healthcare.  
<https://www.discovernursing.com/nursing-notes/importance-interprofessional-collaboration-healthcare#.Wi2wrFXibDc>. Letöltve: 2018. március 30.

09:15

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése







## MELLÉKLETEK

### *1. sz. melléklet INTERJÚK KÓDOLÁSA Együttműködés kérdéseire vonatkozóan*

**IX. Melyek azok az intézmények, szervezetek, amelyekkel szakmai kapcsolatban állnak? Jellemezze a megnevezett intézményekkel, szervezetekkel fennálló szakmai kapcsolatokat! (külön-külön, intézményre/szervezetre jellemző kapcsolatokra kérdezzen)**

IX. 1. változó megnevezett intézmények (dummy változók)

1.1 irányító szervezet /szervezetek (string)

1.2 jogszabályban megnevezett szakmai szervezet (ek) (string)

IX. 2. változó a megnevezett feladatok (válaszkategóriák)

2.1 működési profil (konkrét feladat/tevékenység nélkül)

2.2 működési profil (konkrét feladat/tevékenység megnevezésével - string)

IX. 3. változó(k) a szakmai kapcsolat jellege (dummy kódolás)

3.1 szakmai kapcsolat (string)

3.2 funkciók közös ellátása

3.3 gyermekjóléti szolgálat

3.4 rendőrség

**X. Kérem, értékelje az Ön szervezete és az intézmények/szervezetek közötti kapcsolatokra jellemző kommunikációt! (gyakoriság, minőség, hatékonyság, stb.)**

X.1. változó kommunikáció értékelése (válaszkategóriák)

1.1. általános értékelés: 5 fokozatú skálán

1.2. gyakoriság értékelése: 5 fokozatú skálán

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





1. 3. hatékonyság értékelése: 5 fokozatú skálán

X.2. változó (k) a kommunikáció típusai (dummy kódolás)

2.1 lehetséges kapcsolat típusok (string))

2.2 a kommunikációt generáló események

X.3 változó (k) a kapcsolattartás formái (dummy kódolás)

3.1 írásban

3.2 szóban

3.3 telefonon

3.4 e-mailben

3.5 személyesen

X.4. változó a kommunikáció típusok (kapcsolat típusok, illetve események) jellemzése (dummy kódolás)

4.1 tevékenységi profiltól függő gyakoriság

4.2 csak javaslattal élhet

4.3 a kapcsolat típusa /esemény kommunikációs kimenetele formális

4.4 a kapcsolat típusa /esemény kommunikációs kimenetele kötelező

X.5. a hiányos együttműködés (legfőbb) akadály (dummy kódolás)

5. 1 nem megfelelő betegjogi szabályozás,

5. 2 a CHR hiánya

5. 3 pénzügyi feltételek

5. 4 betegjogok miatt nem hozzáférhető adatok

5. 5 más szakmával nem támogatott a kommunikáció

5. 6 nincs esetmenedzser képzés és finanszírozás a területek koncentrált (egy központú) koordinálása

5. 7 a nem megfelelő nyilvánosság, amelynek következménye a rendszerek alacsony szintű működése

**XI. Fejlesztési javaslatok: A hatékony és eredményes munka érdekében, a jelenlegiek mellett mely intézményekkel és szervezetekkel látná szükségesnek a kapcsolattartást?**

XI.1. változó a megnevezett munka típusa (kategóriák)

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





- 1.1 működési profil (konkrét feladat/tevékenység nélkül)
- 1.2 működési profil (konkrét feladat/tevékenység megnevezésével)

## XI.2. változó a megnevezett intézmények típusa (kategóriák)

- 2.1 azonos profil és hatáskör - intézménye(k)
- 2.2 felérendelt nagyobb hatáskörű - intézménye(k)

## XI.3. változó(k) a kapcsolat típusai (dummy- string)

- 3.1 személyes kapcsolat/ konzultáció
- 3.2 konkrét nagyobb intézmények megnevezése
- 3.3 konkrét kisebb intézmények megnevezése

## XI. 4. változók (k) a kapcsolat jellege (dummy)

- 4.1 gyorsabb kommunikáció
- 4.2 jobb kommunikáció

## V. Utánkövetés

### XXI. Milyen utánkövetési rendszereik vannak? (kategóriák)

- 1.1 irányító/felettes szervek utánkövetéses rendszere
- 1.2 kritériumhoz kötött (család és gyermekjóléti szolgáltatás - vérszerinti család
- 1.3 kórházi távozás idejétől - intézmény védőnője értesti az alapellátásban dolgozó védőnőt
- 1.4 szűrővizsgálat
- 1.5 egyéb

### XXII. Milyen módon és mennyi időn keresztül követik a páciensek útját az intézményből történő távozást követően? (kategória)

- 1.1 években adott válasz (konkrét)
- 1.2 eseményhez kötődő válasz
- 1.3 utógondozásról beszámoló a gyámhivatalnak
- 1.4 havonta egyszer népmozgalmi jelentés

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés  
ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





## XXIII. Fejlesztési javaslatok: Ön szerint milyen fejlesztésekre lenne szükség az utánkövetési rendszer hatékonyabb működtetése érdekében? (dummy kódolás)

- 1.1 direktebb rendszer
- 1.2 egyéni keresés
- 1.3 számítógépes hálózat fejlesztése
- 1.4 a rendszer minden eleme segítséget tudjon nyújtani

*2. sz. melléklet. interjúk elemzése*

*3. sz. melléklet SMART tábla - indikátorok*

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése





## 4. sz. melléklet Adatlap

### ADATLAP

(Dokumentált kapcsolat felvételhez, esetmegbeszéléshez)

A kapcsolatot kezdeményezte: .....intézmény:.....  
foglalkozás/munkakör:..... dátum:.....

Személyes adatok	
Név:.....	
Anyja neve:.....	
Születési hely, idő:.....	
TAJ:.....	
Lakcím:.....	
Oktatási/nevelési Intézmény neve, címe:.....	

I. Kapcsolatfelvétel oka (megfelelő aláhúzendó)	1. veszélyeztetés: kategóriái: szociális életkörülmények bántalmazás elhanyagolás iskolai hiányzás eü. állapot egyéb:..... történt-e hivatalos jelzés: igen/nem
	8. egyéb indokok: konzultáció terápiára vizsgálatra jelentkezés .....
II. Kivel történt kapcsolatfelvétel?	szakember neve: intézmény: szakterület (végzettség): elérhetőség:
III: Milyen módon történt a kapcsolatfelvétel? (megfelelő aláhúzendó)	papír, telefon, online
IV: Történt-e korábban kapcsolatfelvétel?	nem
	igen:





	kivel: intézmény:...szakterület(végzettség)...
	név:
	elérhetőség:
	mikor:
	hány alkalommal:
	milyen okok miatt/főbb kategóriák (az I. pont alapján jelölje)
A rendszerben milyen különleges szükséglettel szerepel? (megfelelő aláhúzendó)	BTMN, SNI, HH, HHH, BNO, FNO
Beleegyező nyilatkozatot aláírt (megfelelő aláhúzendó)	igen/nem





## 5. sz. melléklet: Beleegyző nyilatkozat

Beleegyzésem adom, hogy gyermekem állapotának javítása érdekében a ..... intézet dolgozója (családgondozó, pedagógus, védőnő, szociális munkás stb.) a ..... intézmény (oktatási/nevelési intézmény, gyermekpszichiátriai, gyermekjóléti szolgálat stb.) szakembereivel a kapcsolatot felvegye a ..... óvodai évben/iskolai tanévben.

Intézmények felsorolása (aláhúzendő)

X.....

X.....

X.....

X.....

X.....

X.....

Köznevelési intézménylátogatás és konzultáció / csak konzultáció a fent megjelölt szakemberrel (aláhúzendő)

X egyszeri

X rendszeres kapcsolattartás

Gyermek neve: .....

Szül. hely, idő: .....

Anyja neve: .....

Debrecen, .....

Kapcsolatfelvételt kezdeményező neve:

Aláírása

Szülő/gondviselő neve:

Aláírása:

EFOP-2.2.0-16-2016-00002

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése

