



## MÓDSZERTAN 5.

### PILOT FÓKUSZCSOPORT TAPASZTALATAI

**Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta, Dr. Oláh Róza, Dr. Varga Tamás, Dr. Zombor Erika,  
Dr. Keszeg Anna**

Debrecen, 2018. december 07.



## 1. Módszertani alapok

### 1. 1. A fókusz guide kidolgozása

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés olyan kvalitatív módszer, mely egy adott vizsgálat esetén az általános kép kialakításához és háttérinformációk gyűjtéséhez, a kiindulópontként hasznosítható hipotézisek megfogalmazásához, illetve a kutatási probléma új megvilágításba helyezéséhez, ötletgyűjtéshez is használható (Shamdasani, Stewart and Rook 2006, 7-9.). A pilot vizsgálatok esetében mindenképpen javasolt módszer, hiszen fontos a vizsgált problémák konkrétabb meghatározása és megoldása szempontjából minden érintett szakmai csoporthoz való eljutás a pilot megvalósításba bevonni kívánt csoportok véleményének, problémafelvetéseinek előzetes megismerése. A fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat a kvantitatív kutatás elvégzése előtt a legjavasoltabb módszer, egyfajta ellenőrző terep, mely a kvantitatív kutatás megtervezését teszi lehetővé.

Az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 azonosítószámú, a „Gyermek és Ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” című kiemelt projektben nagy hangsúlyt kap a helyi szintű, szektorokon átnyúló együttműködések elősegítése a gyermekek és fiatalok mentális egészségének javítása érdekében.

A Debreceni Egyetem a projekt részeként többek között feltérképezi az érintett szektorokban (egészségügyi, szociális, köznevelési) jelenleg is használt adatgyűjtési és teljesítmény-mérési eszközöket is. Emellett olyan mérési és kapcsolódó adatgyűjtési eszközt dolgoz ki, mely a helyi ellátók együttműködését képes mérni, dokumentálni a gyermekek és fiatalok mentális egészségének fejlesztésére irányuló tevékenységek előmozdításáért. A projekt során a kialakított dokumentálási és adatgyűjtési modell pilot jellegű tesztelése is megtörténik.

A fókuszcsoporthoz tartozó résztvevői körének meghatározásában fontos volt a célcsoportokat reprezentáló személyekhez való eljutás. Amint a következőkben szakmailag részletesen is argumentáljuk, a megszokottnál és a módszertanilag javasoltnál nagyobb létszámú csoporttal dolgoztunk: a fókuszcsoporthoz 16 fő vett részt. Szakmailag fontos tapasztalatot jelentett, hogy minden megszólított intézmény és személy képviseltette magát, ami a megfogalmazott problémák szakmai fontosságával és a megoldásuk szükségességével kapcsolatos konszenzust jelzi.

### 1. 2. A fókuszcsoporthoz tartozó résztvevői köre és a megkeresés menete

A pilot vizsgálatba az egészségügy, köznevelés, szociális szektor olyan képviselői kerülnek bevonásra, akik valamilyen módon befolyással vannak a gyermekek és fiatalok



mentális egészségére. Ennek megfelelően a fókuszcsoporthoz résztvevői körének meghatározásakor törekedtünk arra, hogy minden terület képviselői nagyjából egyenlő arányban vegyenek részt. Azokat az intézményeket (és képviselőiket) szólítottuk meg, akikkel már korábban is volt valamilyen kapcsolatunk, együttműködésünk. A fókuszcsoporthoz való részvételre való felkérés levélben, telefonon vagy személyes megkeresés útján történt. A kiválasztott intézményeket a konzorciumvezető AEEK is megkereste felkérő levél formájában.

## 1. 2. 1. A résztvevők összetétele szakképesítés szerint

A fókuszban résztvevők szakmai köre a következők szerint alakult:

- 2 középiskolai tanár,
- 1 tanító,
- 1 óvodapedagógus,
- 2 iskolapszichológus,
- 1 iskolavédőnő,
- 1 gyógypedagógus,
- 2 családsegítő,
- 2 eszménymentes család- és gyermekjóléti központban,
- 1 szociális munkás,
- 1 pszichiáter,
- 2 gyermekorvos

Az intézmények is változatosan képviseltették magukat, úgymint: a Városi Pedagógiai Szakszolgálat, a DMJV Családsegítő és Gyermekjóléti Központja, a helyi gyermekpszichiátriai osztály, köznevelési intézmények, háziorvosok, a helyi drogambulancia képviselője.

A résztvevők átlagosan 20 év tapasztalattal rendelkeztek saját szakterületükön. A sok és aktív résztvevő miatt a diskurzus intenzíven folyt, élénk, konstruktív vita alakult ki több kérdés kapcsán is – ami a fókuszcsoporthoz lehető legjobb kimenetele. (A vita felszínre hozza a problémákat, komplexé teszi, több nézőpontból is megvilágítja azokat, továbbá a vita ténye rámutat arra is, hogy sikerült olyan

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Regionális  
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



bizalmi légkört kialakítani, amelyben a résztvevők nem félnek őszintén hangot adni akár egymással ellenkező véleményeiknek sem).

A fókuszcsoport vizsgálat lebonyolítását kommunikációs szakemberek végezték (egy fókuszcsoport vezető és két PhD-hallgató), ugyanakkor a csoportban egy olyan személy is részt vett, aki a pilot szakmai vezetésében érdekelt, így a várt és vélt eredmények pontosításába közvetlenül be tudott kapcsolódni.

### 1. 3. A fókuszcsoport levezetése

A fókuszcsoport levezetését a bizalom kiépítésével kezdtük: a bemutatkozó kör előtt az anonimitásról, illetve mindenfajta vélemény hasznosságáról biztosítottuk a résztvevőket. Hangsúlyoztuk, hogy a szakmai hozzáértésük kulcsfontosságú tényező a fókuszcsoportban való részvétel szempontjából.

A beszélgetés során (amint az a részletes leírásból is ki fog derülni) a fókuszcsoport vezetői igyekeztek egyenlő megszólalási esélyt biztosítani a résztvevőknek. A felmerülő konfliktushelyzetek esetében moderáltunk és a nézőpontok kiegyensúlyozására törekedtünk. A kisebbségi véleményt megfogalmazókkal szemben énikus (a nézőpontjukkal azonosuló, azt helyeslő, empatikus) magatartást alkalmaztunk, miközben a pilot általános céljainak megfogalmazását szem előtt tartva az étikus (a szabályokat, a kutatás objektív kereteire figyelmeztető közbevetések a fókuszcsoportos beszélgetés során) szempontok sem szorultak háttérbe.

### 1. 4. A tárgyalt problémakörök

A fókuszcsoport esetében négy nagy problémakört határoltunk el, melyek véleményünk szerint kiemelten fontosak lesznek a pilot megvalósítás során is:

- Kapcsolatok;
- Közös gondozási esettanulmányok;
- Továbbképzések
- Eszközök alkalmazása a kapcsolattartásban (lásd a fókuszcsoport vezetői útmutatóját a mellékletben).

Az első kérdéskör tizenkét, a második hét, a harmadik és negyedik három-három kérdést tartalmazott. Bár tudatában voltunk annak, hogy minden kérdés tisztázására, közös



átbeszélésére nem lesz lehetőség a fókuszcsoport módszertanában előírt időkeretet figyelembe véve (másfél-két óra), fontosnak tartottuk a szakmai tervben felmerülő összes kérdéskör és probléma érintését. A kimaradó kérdések arra is utalnak, hogy jelenleg a szakemberek milyen súlypontokat érzékelnek az egymással való kapcsolattartás és kommunikáció területén.

A kérdésköröket és a tervezett kérdéseket a 4. módszertani feladathoz (*A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása* feladatrész) kapcsolódóan határoztuk meg. Ezen tanulmány a helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz kidolgozására és gyakorlatba ültetésére tesz javaslatot. Ezen tanulmányban meghatározásra kerültek olyan indikátorok, melyek a helyi ellátók együttműködéséről szolgáltathatnak információkat és a pilot során vizsgálhatók. (Részletesen kifejtve módszertan 4. tanulmányban).

A kérdéskörök közül mindössze az első kérdéskör tárgyalására került sor. Már az első kérdéskör annyi új szemponttal és meglátással bővült, hogy indokoltnak láttuk az első problémakör alapos megbeszélését és az időkeretek betartását, illetve abba az irányba tereltük a beszélgetést, hogy az összehívott csoport a továbbiakban más keretek között folytassa az egyes megfogalmazott problémák továbbgondolását. Illetve sokszor találkoztunk azzal a jelenséggel is, hogy a megszólalásoknak megfelelően módosítanunk kellett a kérdéseken, hiszen a megszólalók spontán módon is érintettek olyan problémákat, melyekre a későbbiekben rá szeretnénk volna kérdezni, így a menet közbeni átstrukturálás szükségzerű volt.

## 2. A fókusztapasztalatai

Mivel a fókuszcsoport egyik célja az volt, hogy feltárjuk az érintett szektorok együttműködésére (vagy annak hiányára) jellemző, sokszor kommunikációs természetű problémákat, fontos volt, hogy az ellátórendszerek minél több, annak különböző pontjairól érkező szereplőinek részvételével bonyolítsuk le az interjút. Ezt a törekvésünket erősítette a beszélgetés másik fontos célja: a kapcsolatépítés, a diskurzus elindítása a pilotban részt vevő intézmények képviselői között. Az együttműködés jellemzőinek, dokumentálási és mérési lehetőségeinek feltérképezése mellett a pilot program célja a szociális és a közoktatási szférából, az egészségügyi alap- és szakellátás területéről egy olyan mintacsoport létrehozása is, mely együttműködve kialakít egy „jó gyakorlatot” és segíti a helyi szintű, szektorokon átnyúló együttműködések.

Már ezen a fókuszcsoportos interjún is fontos szempont volt, hogy a lehető legtöbb szakma képviseltesse magát azok közül, amelyek egy gyermekkel egy adott lelki eredetű probléma kezelésekor valamilyen módon kapcsolatba kerülhetnek.

A két fontos cél felülírta a szakirodalom által fókuszcsoportok esetén javasolt 8-10-12 fős résztvevői létszámot. A beszélgetés 16





résztevével zajlott. Felmerült a lehetőség, hogy egy nagylétszámú csoport helyett két kisebb létszámúval tartsuk meg a beszélgetést, de az nem adott volna lehetőséget a szakterületek és intézmények közötti véleménycserére, interakcióra.

A fókuszcsoporthoz sikeres volt, tapasztalatainkat az alábbiakban ismertetjük.

### 2. 3. A tárgyalt problémakör általános bemutatása

Az irányított beszélgetés fókuszában egyetlen nagy problémakör állt: az intézmények közötti együttműködés és kommunikáció, illetve annak hiánya. Egy adott lelki eredetű problémával rendelkező kliens kapcsán hogyan működik az intézményeken belüli interprofesszionális kapcsolatfelvétel és kommunikáció, valamint hogyan működik a kommunikáció az eset kezelésébe bekapcsolódó más intézményekkel? Milyen esetleges kommunikációs természetű problémák és nehézségek merülhetnek fel egy-egy ilyen eset kapcsán? Milyen változásokat lehetne javasolni a helyzet javítása érdekében a különböző érdekelt felek álláspontja szerint?

A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározását célzó módszertani tanulmány részletezi ezen együttműködések nehézségeit. A tanulmányban ezek közül a legfontosabbak: *a kliens utak nem egyértelműek, az egyes szakemberek, illetve intézmények kompetenciái nem pontosan meghatározottak, a kapcsolatfelvétel és kapcsolattartás nem szabályozott, gyakran a szakember elhivatottságára alapoz, hiányosak az ismeretek egymás munkájáról, a lehetőségekről, a szektorok közötti visszajelzések hiányosak, kapacitáshiány, nagyfokú túlterheltség jellemző és nincs egységes adatfelvételi és gyűjtési rendszer.*

### 2. 4. A kommunikációs problémák kezelésében alkalmazott jó gyakorlatok

A páciensek kezelésével kapcsolatban számos "jó gyakorlatról" számoltak be az egészségügyi szférában dolgozó résztvevők. Pl. az adott egészségügyi ellátóhelyre (Gyermekpszichiátriai Osztály) bekerült gyermek ellátását team munkában végzik a szakemberek: a pszichiáter szakorvos, a pszichológus, a gyógypedagógus. Igény esetén felveszik a kapcsolatot a Pedagógiai Szakszolgálat egy-egy munkatársával, más esetben szociális munkás, családterapeuta, egészíti ki a szakembercsoportot. A kialakult jógyakorlat esetén kiváló okként a szervezeti kultúrát és a jólintencionált vezetőket adták meg a résztvevők.

A köznevelésben az iskolavédőnőhöz pszichés panasszal jelentkező gyermeket vagy iskolapszichológushoz, vagy iskolaorvoshoz szokták tovább irányítani. Az iskolaorvos súlyos panasz esetén a gyermekpszichiátriai szakrendelésre adhat beutalót a pácienseknek. Iskolavédőnők minden esetben fontosnak tartják a páciensek utánkövetését, ezt azonban inkább vágyott, mint gyakorlatba ültetett lehetőségként fogalmazták meg.





A háziorvosi, házi gyermekorvosi körzetekből a továbbirányítás a probléma jellegétől és súlyosságától függően történhet pszichológushoz, gyermekpszichiáterhez vagy a Pedagógiai Szakszolgálathoz. A háziorvosi körzetek képviselői szintén a visszajelzés fontosságát hangsúlyozták megszólalásaikban: szerintük nagyon hátráltatja munkájukat, hogy visszajelzésre nincsen mód - a pszichológusok elzárkózása és a szakmai titoktartásra való hivatkozása miatt.

## 2. 5. 1. Problémakör 1. Az információáramlás hiányosságai

A beszélgetés első és legerőteljesebben fókuszba került kérdése a - szinte minden fél által szóvá tett - visszajelzés adásának-kapásának, illetve annak hiányának problémaköre. Az egyik oldalon a háziorvosi körzetek képviselői elmondták, hogy amíg a gyermekpszichiáter – például zárójelentés formájában – írásos tájékoztatást ad a kezelés megkezdéséről anélkül, hogy a részletekbe bocsátkozna, addig pszichológustól nem kapnak tájékoztatást (még kérésre sem) arról, hogy megtörtént-e a megkeresés a páciens által, elkezdődött-e a kezelés, történt-e terápiás beavatkozás, szükséges-e a továbbiakban valamire odafigyelni a pácienssel kapcsolatban. A rendszerben rejlő veszélyként értékelték, hogy a háziorvos (esetleg az iskolaorvos) nem kap tájékoztatást olyan esetekről, amikor például egy páciens öngyilkosságot kísérelt meg, és emiatt – megítélésük szerint – fokozott felügyeletre lenne szüksége, amit a tájékoztatás hiányában nem kapna meg.

A háziorvosoktól más helyzetekben igazolást kérnek a szülők, amellyel autizmussal élő gyermeküknek járó ápolási díjat igényelhetnének – a háziorvos azonban nem jut hozzá az autizmust diagnosztizáló dokumentációhoz, így az igazolást sem tudja kiállítani. Az információáramlás hiánya számos ehhez hasonló nehezen kezelhető helyzethez vezet, amelyek végeredményben a kezelésre szoruló gyermeket érinthetik hátrányosan.

Szintén a visszajelzések hiányát, a páciensek nyomon követésének nehézségét hangsúlyozták a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek, akik elmondása szerint az intézmények dolgozóival ápolt személyes kapcsolatok minőségétől függ, hogy egy-egy páciens állapotát figyelemmel tudják-e kísérni, a családjának meg tudják-e adni a szükséges segítséget. Az intézmények közötti kapcsolatok formalizálásának sürgősségére a kommunikáció folyamatosságának biztosítására hívták fel a figyelmet.

## 2. 5. 2. A problémakör 1. megoldására tett javaslatok

A gyermekvédelmi intézmények képviselői a visszajelzéssel, nyomon követéssel kapcsolatban elmondták, hogy az ő intézményükbe bekerülő páciensekről kérésre adnak általános, a részletekről szót nem ejtő (így a titoktartást maximálisan tiszteletben tartó) tájékoztatást a kapcsolattartás megkezdéséről. Ilyen kérésekkel fordulhat





hozzájuk például orvos, gyámhivatal, rendőrség vagy bíróság. Az akut problémák kezeléséről – például öngyilkosságot elkövetni készülő páciens – pedig intézményi protokoll ad számukra iránymutatást. Ilyenkor minden esetben a gyermekpszichiátriára szállítják a pácienseket.

Felmerült egy olyan „betegkönyv”-szerű adatlapnak az igénye, amelyet a szülő kezelőhelyről kezelőhelyre magával vihetne, a beteggel kapcsolatba kerülő szakemberek pedig feljegyzéseiket beleírhatják: milyen tüneteket észleltek és milyen kezelést kezdtek meg. Egy ilyen adatlap specifikációinak a kidolgozása is a **pilot program hasznos kimeneti lehetőségeként került szóba.**

A vitában más álláspontot képviseltek azok a megszólalók, akik szerint a szülőnek joga van elhallgatni a „tragédiákat”, nehézségeket és nem tájékoztatnia róluk a háziorvost, az iskolaorvost. A pszichológusnak nem kell dokumentációt biztosítania a kezelésről, hiszen a pszichológus munkája jellegéből adódóan különbözik pl. a belgyógyász munkájától és nem várható el tőle a tájékoztatás. Továbbá az álláspont képviselői negatív fejleményként éreznék, ha a páciensek a javasolt mértékig nyomon követhetők, „lenyomozhatók” lennének.

## 2. 6. 1. Problémakör 2. A páciensek nyomonkövetése

A páciensek nyomonkövetésével kapcsolatos vitán kívül is fókuszban volt az információ hiány témája különböző aspektusokból.

Több résztvevő hozzászólásából is kiderült, hogy nincsenek pontosan tisztában a problémás esetek kezelésébe bekapcsolódó szociális intézmények működésével, felépítésével, azzal, hogy pontosan kiket és milyen esetekben lehet keresniük. Válaszként elhangzott, hogy a Családsegítő és Gyermekjóléti Központ rendszeresen tart - ezt a problémát is szem előtt tartva - szakmaközi megbeszéléseket, amelyekre meghívókat küldenek gyermekorvosoknak, iskoláknak, óvodáknak, védőnőknek. Ez egy jelenleg is működtetett, bevezetett gyakorlat, amely azonban áthatóan mégsem éri el a célját. Fontos lenne a pilot programnak újragondolnia, esetleg „örökbe fogadnia” ezeket a szakmaközi tanácskozásokat, hogy azok célt érjenek, és valóban azt szolgálják, hogy a közoktatási, a szociális, az alap- és szakellátásban dolgozó szféra megfelelően tájékozott legyen a rendszer működésével kapcsolatban. Megoldás lehet annak a korábban már működő programnak az újraindítása, amely során intézmények tartottak egymásnak bemutatkozókat működésükkel és elérhetőségükkel kapcsolatban. A pilot során ezekről nem derültek ki részletesebb adatok. A pilot módszertani előkészítői a csoport jegyzőkönyvben és máshonnan sem találtak erre vonatkozó információkat. Tudomásuk szerint nem általános és egységesen szervezett programok voltak, hanem az egyes intézmények saját törekvései: pl. gyermekpszichiátriai kezdeményezésre tartott tájékoztatás tevékenységi köréről, ahova meghívtak más terület szakembereit.

## 2. 6. 2. Problémakör 2. A páciensek nyomonkövetésére tett javaslatok

### Köznevelés







Az iskolák-óvodák részéről az az előremutató javaslat érkezett, mely szerint egyrészt nagyon fontos, hogy ezeket a tájékoztatókat a (szociális) intézmények működéséről a szülők is hallják, másrészt, hogy a bemutatók nagyon tömörök és lényegre törőek legyenek. Ezen események időzítése kulcskérdés: a szülők jellemző módon csak a beiskolázást megelőző első szülői értekezleten jelennek meg teljes létszámban, ezért a tájékoztatókat a váltás időszakainak a szülői értekezleteire kellene bevinni: óvoda kezdésekor, általános iskolába, középiskolába való beiskolázáskor. Logisztikailag ez azt a problémát veti fel, hogy minden év szeptemberében egyszerre kellene nagyon sok intézményben tájékoztatót tartani a különböző intézmények működéséről. Ez megoldható lenne akár tájékoztató dokumentáció kézbe adásával.

A beszélgetés alapján a legjobb rálátása a szociális ellátórendszer tagjaira az oktatási intézményeknek van, akik szoros kapcsolatban állnak háziorvosi körzetekkel, védőnőkkel, adott esetben a pedagógiai szakszolgálattal, pszichológusokkal, a gyermekpszichiátriai ellátókkal. Az óvodapedagógusokat képviselő hozzászóló annak a fontosságát hangsúlyozta egy-egy problémás eset kezelésekor, hogy a szakemberek az óvodás korú páciens az óvodai és otthoni közösségen belül, helyben figyeljék meg. Korábban bevett gyakorlat volt, de az elmondottak alapján egyre kevésbé az. Ennek egyik oka a kapacitások maximális kihasználtsága – a városi pedagógiai szakszolgálatban 4 pszichológus látja el a 18 000 KK-ás klienst (Klebelsberg Központ helyi tankerülete).

## Lelkiségi szolgálathoz hasonló forródrót

Felmerült egy olyan – lelki segélszolgálathoz hasonlított – forródrótnak az igénye, amelyen a háziorvos konzultálni tud egy-egy hozzá beérkező esetről és annak helyes kezeléséről bizonytalan esetekben pl. egy pszichiáter vagy pszichológus kollégával: előfordulhat, hogy a háziorvos akutnak ítéli meg az adott problémát, de konzultálva egy szakorvossal vagy a szakszemélyzet egy tagjával, belátja, hogy a helyzet nem olyan súlyos. A megfontolást abba az irányba érdemes továbbvinni, hogy ez a kezdeményezés tulajdonképpen azzal megoldható, ha az egyes szakmai csoportok az ellátórendszer más tagjaihoz való viszonyt létező és működőképes kapcsolatként értelmezik és mernek kommunikációt kezdeményezni egymással.

## 2. 7. Egyéb típusú kommunikációs problémák

### 2. 7. 1. Informális segítségnyújtás hiánya

Kommunikációs problémaként merült fel annak a szakemberek közötti informális segítségnyújtásnak a hiánya is, amikor a páciens továbbirányítva (például a pedagógiai szakszolgálat felé) a kliens több hónappal későbbre kap időpontot, a háziorvos pedig nem kap tájékoztatást arról, hogy a fennmaradó időben mihez kezdjen az esettel.





## 2. 7. 2. Korábbi ígéretes gyakorlatok megszűnése

Nem annyira kommunikációs, de mégis a rendszert alapvetően érintő problémaként merült fel, hogy megszűntek a speciális igényekkel rendelkezőket kiszolgáló iskolai osztályok, és minden problémás gyermeket normál, nagy létszámú osztályba integrálnak be, amely ellehetetleníti a megfelelő fejlődésüket és lehetetlenné teszi a pedagógus munkáját is. Láthatólag minden szakmacsoport munkáját érinti: a pedagógus nem tudja megfelelően ellátni feladatait az osztályban a speciális figyelmet igénylő gyermek(ek) miatt. A szülőnek – a sokat vitatott magántanulói úton kívül – nincs lehetősége más intézményhez fordulnia. A gyermekorvos pedig nagyon gyakran kényszerhelyzetbe kerül: a szülő folyamatosan orvosi igazolásért ostromolja, hogy a gyermek, aki ebben a rosszul működő helyzetben nem akar iskolába járni, távol maradjon.

## 2. 8. A sikeres együttműködés lehetőségei, feltételei

Az intézményeken belüli és az intézményközi kapcsolatfelvételre vonatkozó kérdéskör után az interjú az együttműködés sikerének zálogaira kérdezett rá. Mitől függ, hogy ezek az intézményen belüli, illetve intézményközi kapcsolatok sikeresek, hogy az adott páciens kezelése, a továbbirányítások működnek?

### 2. 8. 1. A szülővel való kapcsolattartás

Az ellátórendszer tagjai egyetértettek abban, hogy a szülővel való kapcsolattartás központi jelentőségű. Éppen ezért a szülővel való kapcsolattartás esetén a szülő bizalmának a megnyerését többen említették.

### Érvek a szülővel való kapcsolattartás jelentősége mellett

A sikeres kezelés alapja a szülővel kialakított bizalmi kapcsolat: az ellátórendszert képviselő személy – legyen az orvos, pszichológus, védőnő, stb. – legyen nyitott és határozott, demonstráljon segítő szándékot, tájékoztassa a szülőt megfelelően, és elsősorban a gyermek jó tulajdonságait hangsúlyozza. A jó kapcsolat kialakításához elengedhetetlen, hogy az ellátórendszert képviselő szakember nyíltan beszéljen arról, hogy a családnak, a páciensnek szükséges segítséget lehetséges, hogy nem az első intézményben fogják megkapni, ahová irányítást kapnak, hanem a harmadikban vagy a negyedikben.

### A nem közreműködő szülő, mint probléma

E szempont azonban azt is feltételezte, hogy a nem közreműködő szülő a legkomolyabb akadálya a klienssel való kapcsolattartásnak, a szakmai munkavégzésnek.

Nézetek ütköztek a tekintetben is, hogy mi a teendő a nem együttműködő szülővel. A





pszichiátriai, pszichológiai szolgáltatók álláspontja szerint azokon tudnak segíteni, akik a segítségnyújtást elfogadják, nem lehet „mindenkit megmenteni”. Ebben a helyzetben azonban ismét a pedagógusok maradnak magukra, akiknek a kezelésre szoruló, de azt nem elfogadó tanulókkal is kezdeniük kell valamit. Ennek a helyzetnek a kezelését segíti, ha az intézmények rendelkeznek iskolapszichológussal, akinek sikerül bizalmi légkört kialakítani az iskola tanulóival. A projekt keretében bevezetett motivációs interjú éppen egy olyan eszközt ad a megcélzott szakmai csoportok kezébe, mellyel a szülő közreműködő attitűdjét serkenthetik.

## 2. 8. 2. A házi orvosok, házi gyermekorvosok kiemelt szerepe

### Érvek a házi orvos kiemelt szerepe mellett

A bizalmi kapcsolat fontossága miatt központi helyzetbe kerülnek a házi gyermekorvosok. A születéstől kezdve kapcsolatban állnak az adott gyermekkel, és annak családjával. Könnyebb lehet a megnyílás egy-egy problémás szituációban, amiről a szülő idegen környezetben, ismeretlenekkel esetleg nehezebben beszél. (Nem a házi orvosokat terhelendő, de helyzeti előnyüket kihasználható.) **Felmerült, hogy a pilot során bevezetnének egy beleegyző nyilatkozatot, amelyben a szülő engedélyt ad a házi gyermekorvosnak, hogy a páciens kezelési folyamatáról más intézményeknél érdeklődjön, kapcsolatba lépjen a szociális és az egészségügyi ellátó rendszer különböző intézményeivel az eset kapcsán.**

Kiemelten fontos, hogy azt az egy-két megfelelő szakembert, aki tud segíteni az adott problémában, mihamarabb megtalálja a szociális ellátórendszer. A résztvevők interdiszciplináris, team-szerű együttműködését vetették fel, amelyeken belül több szektor és szakmaterület képviseltetné magát, és közös esetmegbeszéléseken – amelyen természetesen a kezelt gyermeknek nem kell jelen lennie – döntenének a továbbiakról. Arról, hogy milyen szakemberek, milyen jellegű beavatkozása szükséges a kezeléshez: kiemelés, terápia, stb. Egy ilyen interdiszciplináris team összehívása ugyanakkor hatalmas logisztikai terheléssel jár, és a siker nagyrészt a személyes kapcsolatok minőségétől függ.

### Ellenérvek a házi orvos szerepének a túlhangsúlyozásával szemben

A pszichológusoknál erős volt az a meggyőződés, hogy az információáramlás ilyen módú élénkítését negatív változásként értékelnék. Szerintük ugyanis egy lelki eredetű problémával rendelkező gyermeknek végeredményben egy vagy két személy tud csak valódi segítséget biztosítani. További személyek bevonása az ügybe, tájékoztatása a kezelés menetéről nem segítené, hanem akadályozná a kezelés sikerességét. A lelki eredetű problémáknak ugyanis alapvetően privátnak kell maradniuk a sikeres feldolgozás érdekében. Minden olyan irányú változtatás, amely a rendszerbe került páciensek útjának átláthatóságára irányul, csak plusz terhet helyezne a szakemberekre,



csorbítaná a páciens és a szülő privát szférához való jogát, és végeredményben hátrátná a kezelés sikeres kimenetelét, mivel a folyamat nyíltsága miatt a pácienseknek a korábbinál több szégyenérzettel is meg kellene küzdeniük.

### 2. 8. 3. Intézményközi kapcsolatok központi problémája: a jogharmonizáció hiánya

Az intézményközi kapcsolatok sikerességének egyik hátráltatója, hogy a szociális ellátórendszer tagjai nem mindig vannak tisztában azzal, hogy mi az, amit tájékoztatásul elmondhatnak egymásnak. Mennyi információt kell visszatartania a házi orvosnak a pedagógustól vagy fordítva? Az egyik hozzászóló megjegyezte, hogy a gyermekpszichiátria esetében természetesen világosabb a helyzet, hiszen ők csak a törvényes képviselővel kommunikálhatnak az esetek részleteiről, ugyanakkor a sikeres kapcsolatépítés és kezelés zálogaként ismét szóba került egy páciens-könyv szükségessége. Ismét felmerült azonban, hogy egy ilyen dokumentum stigmatizáló, destruktív és determináló lehet. A szülő joga, hogy ne kapjon papírt arról, hogy a gyermeke pl. autista vagy ADHD-s, egy pozitív jog, amely lehetővé teszi, hogy a családok a saját útjukat járják be a betegséggel való életben. Ezt a jogot csorbítva plusz terhet helyeznének az egyébként is problémákkal küzdő családokra.

A stigmatizációhoz kapcsolódó félelmek miatt is fontos az az érzékenyítő munka, ami szintén a projekt céljai között szerepel, és amelynek hosszú távú társadalmi szintű változás elérése a célja.

Az intézmények közötti sikertelen együttműködés gyakori oka továbbá a jogharmonizáció hiánya. A fókusz résztvevői itt a pszichológusok elzárkózását emelték ki akár annak megerősítése alól, hogy adott személy járt-e náluk. A pszichológusok a szakmai titoktartást szentségként kezelik, míg más szakmai csoportok perspektívájában már annak kulcsfontosságú jelentősége lenne, ha egy-egy kliens esetén a pszichológussal való kapcsolatba kerülésről tudnának. Több oldalról is megerősített tapasztalat, hogy a különböző szociális, egészségügyi és oktatási intézmények egymással való egyeztetésekor derül ki, hogy egy-egy helyzetet nem tudnak úgy kezelni, hogy mindkét intézményre vonatkozó jogszabályokat tiszteletben tudják tartani, azok ne ütközzenek egymással.

### 2. 9. Lezárás és folytatása

A fókuszcsoporthoz interjú lezárásaként a résztvevők megbeszélték, hogy a szeptemberi iskolakezdést követően tartanak egy újabb találkozót, amelyen megbeszélnek a pilot programon belüli együttműködési lehetőségeket, a fókuszcsoporthoz is felmerült betegkönyv és szülői beleegyező nyilatkozatokat érintő kérdéseket.

### 3. Összegzés



A fókusz eredményeképpen megállapítható, hogy a szakemberek egyaránt rendszerszintű problémának látják a kommunikáció, a nyomonkövetés és a jogharmonizáció hiányát, hiányosságait. Fontos szempontnak tartják a megoldáskeresésben az etikai szempontok figyelembe vételét. A kommunikációs jó gyakorlatokra egyedi, összehangolatlan megoldásokat hoznak fel példaként. A problémák kezelésében különösen fontosnak tartják a szülők, a házi orvosok és a közoktatásban dolgozók szerepét, akik a gyermekkel való napi kapcsolatból adódóan akár több éven át is tartó megfigyelési lehetőséggel rendelkeznek.

A legmarkánsabb határvonal a pszichológusok és a szociális ellátórendszer többi szakmai szereplője között húzódott: a pszichológusok ugyanis nagyon fontosnak tartják a klienssel folytatott kapcsolat intimitásának megőrzését, a megbélyegzés elkerülését.

A fókusz eredményeként felvetődött a fókuszban résztvevők közötti folyamatos és rendszeres kapcsolattartás, a fókuszban elkezdett diskuszió folytatása.

## Irodalomjegyzék

Stewart, David W. - Shamdasani, Prem. N. - Rook, D. 2006, Focus Groups: Theory and Practice. SAGE Publications. Applied Social Research Methods.

## Melléklet

### Fókuszcsoporthoz - pilotvizsgálathoz 2018. 06. 11.

#### Pilot tematika

1. Demográfiai kérdőív kitöltetése
2. Saját bemutatkozás - jelenlévő intézmények képviselőinek bemutatkozása
2. Az összejövetel céljának közlése
  - A projekt rövid célrendszerének és szakmai tartalmának ismertetése, koncentrálni a közfinanszírozott helyi ellátók együttműködésének elősegítésére, az együttműködés fontosságára.
  - A pilot ismertetése.
  - A hangfelvételhez engedély kérése – beleegyező nyilatkozatok.
3. Általános bemutatkozó kör: minden résztvevő jelenlévő intézménynek,

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Regionális  
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



intézmények képviselőinek bemutatkozása:

- o szakmai (honnan, milyen munkakörből)
  - o személyes bemutatkozás (tetszőleges mértékig).
- **Közlés 1.:** a fókuszcsoportban nincsenek jó és rossz válaszok és vélemények, ez egy feltáró beszélgetés, mely az 1 éves együttműködést fogja segíteni, nagyon fontosak az egyéni vélemények és tapasztalatok, a résztvevőknek nem kell egymást meggyőzniük.
  - **Közlés 2.:** bárki, bármikor hozzászólhat, reflektálhat, csatlakozhat. A résztvevők a témával kapcsolatban eszükbe jutó bármely gondolatukat elmondhatják. Lehetőség szerint az első gondolatát mondja mindenki.

## KAPCSOLATOK

1. Határozzuk meg közösen, mit értünk kapcsolattartás, együttműködés alatt.
2. Milyen intézményen (amelyik intézményt képviseli, ahol dolgozik) belüli együttműködések, kapcsolatok vannak 1-1 klienssel kapcsolatosan?
3. Milyen szektoron (egészségügy, köznevelés, szociális) belüli együttműködések, kapcsolatok vannak 1-1 klienssel kapcsolatosan?
4. Milyen szektorok (egészségügy, köznevelés, szociális) közötti együttműködések, kapcsolatok vannak 1-1 klienssel kapcsolatosan?
5. Mitől függ, hogy sikerül-e az együttműködés, kapcsolat kialakítása?
6. Milyen csatornái (személyes megkeresés, telefon, levél, elektronikus kommunikáció, SMS, email) vannak a kapcsolatfelvételnek, kapcsolattartásnak, kommunikációnak?
7. Vannak-e felelősei a kapcsolatfelvételnek? Ha igen, kik? Mit ír elő a feladatkörük?
8. Hogyan dokumentálják a kapcsolatfelvételt?
9. Történik-e a kapcsolatfelvétellel kapcsolatos adatközlés, jelentés?
10. Hogyan jellemezné jelenleg ezeket a kapcsolatokat, együttműködéseket?
11. Mennyire tartják fontosnak ezeket a kapcsolatokat, együttműködéseket?
12. Képzeljük el, hogy egy gyermek/fiatal vagy hozzátartozója mentális/lelki problémával keresi meg Önt. Mi tesz?





Kitől kér segítséget? Hova irányítja? Kivel veszi fel a kapcsolatot és milyen formában?  
Hogyan dokumentálja?

Figyelembe veszi kapcsoltfelvételkor a jogi, adatkezelési, etikai szempontokat? Hogyan?  
Belegyező nyilatkozatot használnak-e?

## KÖZÖS GONDOZÁSI ESETMEGBESZÉLÉSEK

1. Definíció tisztázása (a definíciót a korábbi meghatározás alapján a csoportvezető adja meg, hogy a jelenlévők ugyanarról a fogalomról gondolkodjanak).
2. Részt vesznek-e közös gondozási esetmegbeszéléseken? Milyen gyakran? Milyen esetekben?
3. Kik ezeknek a szereplői?
4. Tudnak-e bemutatni követendő „jó gyakorlatot” az intézményükben?
5. Dokumentálják-e ezeket az esetmegbeszéléseket, ha igen milyen módon? Hol és hogyan érhetők el ezek a dokumentációk?
6. Vannak-e eredményei ezeknek a megbeszéléseknek?
7. Mennyire tartják fontosnak ezeket a megbeszéléseket?

## TOVÁBBKÉPZÉSEK

1. Intézmények közötti kapcsolatokkal, együttműködésekkel foglalkozó továbbképzéseken részt vett-e?
2. Szívesen elmenne ilyen továbbképzésekre?
3. Fontosnak tartja/tartaná-e az ilyen irányú továbbképzéseket?

## ESZKÖZÖK ALKALMAZÁSA A KAPCSOLATTARTÁSBAN

1. Milyen eszközök (tárgyi eszközök: telefon, számítógép, szkennel, stb.) kapnak szerepet az intézményekkel történő kapcsolattartásban az adott intézményben?
2. Szükség lenne-e az együttműködésben szerepet játszó eszközök/eszköztípusok bővítésére? Ha igen, milyen eszközökkel?  
Miben tudná könnyíteni a munkájukat?
3. Rendelkezésre állnak-e elektronikus vagy nyomtatott adatlapok a kapcsoltfelvétel dokumentációjához?

