



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

Módszertan 5

Adatgyűjtési modell kialakítása és alkalmazásának kipróbálása (pilot)

Készítette: **Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Dr. Varga Tamás,
Dr. Kapás Judit, Dr. Gáll József, Dr. Zombor Erika, Szóke Zsuzsa,
Simonné Kiss Mónika, Szele Anna, Kovács Karolina Eszter**

Debrecen, 2020.03.23.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Tartalom

1. Bevezetés.....	4
2. A Módszertan 4 alfeladat áttekintése – A helyi ellátók közötti együttműködés mérési lehetőségeinek szakirodalmi háttere.....	4
2.1. A Módszertan 4. alfeladat célja.....	4
2.2. Nemzetközi és hazai szakirodalmi áttekintés	5
2.3. Adatgyűjtés félig struktúrált interjúkkal	7
2.4. Cselekvési terv javaslat adatgyűjtési modell kialakítására és alkalmazására.....	8
2.5. Javaslatcsomag megfogalmazása a helyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó hatékonyságnövelés vonatkozásában	9
3. A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer, mint társadalmi hálózat	11
3.1. A hálózat fogalma	11
3.2. A hálózatok szociológiai jellemzői	12
3.3. A hálózatok fajtái	13
3.4. Társadalmi hálózatok ábrázolása	14
3.5. A hálózatelemzés mutatói.....	15
3.6. Hálózati externáliák és hatások	15
4. A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer-hálózat jellemzése	17
4.1. Szereplők.....	17
4.2. A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer-hálózat ideáltípusa	19
4.3. A hálózat jellemzése.....	20
4.4. Eltérések az ideáltípustól.....	24
5. A pilot vizsgálat menete	26
6. A pilot vizsgálat eredményeinek összefoglalása	28
6.1. Az Adatlapok főbb feldolgozási szempontjai	28
6.2. Az hálózati szereplők 2018-as együttműködéseire vonatkozó adatlap (ADATLAP 2.) kérdéseire adott válaszok elemzése	30
6.3. A hálózati együttműködéseket negyedévente vizsgáló adatlap (ADATLAP 2.1.) kérdéseire adott válaszok elemzése. 33	
6.4. Az egyéni kliensek ellátásával kapcsolatos együttműködésekre (ADATLAP 1.) vonatkozó kérdésekre adott válaszok elemzése	45
6.5. Eredmények szektorális bontásban . 68	
6.6. Kliensutak.....	76





7. Összegzés.....	79
8. Irodalomjegyzék.....	82

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



1. Bevezetés

Az Unió forrásokból megvalósításra kerülő 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 projekt során többek között feltérképeztük az érintett szektorokban (egészségügyi, szociális, köznevelési) jelenleg is használt adatgyűjtési és teljesítmény-mérési eszközöket, ugyanakkor a projekt Módszertan 4. feladatrésszéhez tartozó tanulmány részeként egy olyan mérési és kapcsolódó adatgyűjtési eszközt dolgoztunk ki – a gyermekek és fiatalok mentális egészségének megőrzésére és fejlesztésére irányuló tevékenységek előmozdításáért – mely a helyi ellátók együttműködését képes mérni, dokumentálni. A projekt Módszertan 5 feladatrésszében a kialakított dokumentálási és adatgyűjtési modell pilot jellegű tesztelése történt. A Módszertan 4 tanulmányról a következőkben adunk összefoglalást.

2. A Módszertan 4 alfeladat áttekintése – A helyi ellátók közötti együttműködés mérési lehetőségeinek szakirodalmi háttere

2.1. A Módszertan 4. alfeladat célja

Az egész kiemelet projekt és azon belül a Módszertan alfeladat átfogó célja a 18 éven aluli korosztály mentális egészségi állapotának javítása. Az átfogó cél elérésének eszköze a helyi ellátók közötti intra-és interszektoriális együttműködések erősítése, valamint az együttműködések intenzitásának és minőségének mérhetővé tétele volt. A Módszertan 4-es tanulmányban (*A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása*) a hazai és nemzetközi szakirodalmak alapján jellemeztük a mentálhigiénés ellátórendszer szereplőinek jelenlegi együttműködését, illetve megvizsgáltuk milyen lehetőségek állnak rendelkezésünkre az együttműködések dokumentálása és mérése terén.

A jelenlegi helyzet feltárását követően, javaslatot tettünk egy olyan mérési és kapcsolódó adatgyűjtési eszközre, amely a helyi ellátók együttműködését képes mérni,





dokumentálni, figyelembe véve a jelenlegi, különböző ágazatokban használt adatgyűjtési és teljesítmény-mérési eszközöket.

A helyi ellátók együttműködése alatt a közfinanszírozott ellátórendszerek szereplőit, illetve azok együttműködését, valamint az együttműködésük mérhetővé tételét értettük. A közfinanszírozott ellátórendszerek az egészségügyi, a szociális és a köznevelési rendszert foglalják magukba a jelen projekt és ennek megfelelően az adott tanulmány keretében használt értelmezés alapján.

A fókusz azért került a közfinanszírozott ellátórendszerekre, mivel a gyermek- és fiatalkorú populáció jelentős mértékű és intenzitású interakcióban van ezen ellátórendszerekkel (pl. 6 éves kortól legalább 16 éves korig, a gyermek idejének jelentős részét a köznevelési rendszeren belül tölti el). Ezen rendszerekhez tartozó intézmények működése, valamint az ott dolgozó szakemberek napi munkavégzése jelentős mértékben befolyásolja a gyermekek mentális egészségét akár pozitív, akár negatív irányba.

Az egészségügyi ellátórendszer szereplői alatt a Módszertan 4 tanulmányban elsősorban az egészségügyi alapellátás és gyermekpszichiátriai szakellátás intézményeit és szakembereit értettük. A szociális szektoron belül elsősorban a gyermekvédelmi ellátásokkal foglalkozó szereplőkre gondoltunk. A köznevelési rendszer szereplői alatt pedig az állami fenntartású, alap- és középfokú köznevelési intézményeket (óvoda, iskolai, középiskola) és azok szakembereit értettük.

Természetesen a közfinanszírozott ellátórendszerek szereplői, intézményei mellett lehetnek további olyan helyi szereplők, akik érintettek lehetnek a gyermek- és fiatalkorúak mentális egészségével kapcsolatos tevékenységek megvalósításában. Ilyen helyi szereplők lehetnek a különböző egyházi és civil szervezetek, a rendvédelmi szervek képviselői és a népegészségügyi intézményrendszer különböző szereplői (pl. egészségfejlesztési irodák). A mérési és kapcsolódó adatgyűjtési rendszer ezen szereplőket - mint a helyi interszektoriális együttműködések potenciális szereplőit - is figyelembe veszi.

2.2. Nemzetközi és hazai szakirodalmi áttekintés

A szektorközi együttműködés kapcsán nemzetközi viszonylatban kiemelendő, a teljes lakosság mentális egészségi állapotát javítandó „*A Vision for Change*” elnevezésű





írországi mentális egészségpolitikai dokumentum – mely kiemelt figyelmet fordított a 0-18 év közötti korosztály egészségi állapotának javítására. Az együttműködés elvén alapulva, a dokumentum egyesítette az ágazati szereplők intézményeit és szakembereit, az ellátást nyújtó szolgáltatásokat és egyéb civilszervezeteket, szereplőket (A Vision for Change, 2006). A *Washington Circle (WashCi) kutatási pilot programja* a helyi ellátók együttműködésének mérési módszereivel foglalkozott. Azzal a céllal hozott létre egy kutatócsoportot (*Washington Circle Public Sector Work Group*), hogy egy magán-egészségügyi szektorból származó teljesítménymérési modellt alapul véve, intézkedési tervet dolgozzon ki (Garnick és mtsai., 2009). A program célja felmérni a kábítószer problémákkal foglalkozó ellátók és mentálhigiénés intézmények hatékonyságát, elemezni a teljesítménymutatókat, átalakítani az ellátók szolgáltatásait, valamint kidolgozni egy új, ellátás, illetve kliens centrikus finanszírozási formát. Áttekintéseink alapján a nemzetközi szakirodalom kiemeli a szektorközi együttműködés szükségességét, emellett pedig felhívja a figyelmet az alacsony intenzitású szakmaközi együttműködés vagy annak hiánya következtében fellépő negatív tényezőkre (így például a betegellátás és az egészségügyi szolgáltatások kedvezőtlen alakulására). *Zwarenstein és mtsai.* (2009) kiemelték, hogy a szakmaközi együttműködésre irányuló intervenciók ezen negatív tényezők hatását csökkenthetik vagy teljes egészében meg is szüntethetik őket.

A hazai szakirodalom esetében is tetten érhető az ágazatközi együttműködéssel kapcsolatos gondolkodás. Ugyanakkor a magyar kutatások mostanáig inkább csak a civil és a közszféra közötti együttműködések előnyeit és megvalósítási lehetőségeit vizsgálták és vázolták fel. A gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségének fejlesztési, megőrzési lehetőségeivel foglalkozó tanulmányok sok esetben a lehetséges együttműködési formák helyett, az együttműködést potenciálisan akadályozó tényezők azonosítására fókuszáltak (Kereki, 2013). *Budai és Puli* (2015) a szociális szféra és az egyes intézmények, szervezetek közötti együttműködést górcső alá véve, nem talált evidencia alapú együttműködést. A hatékony interszektoriális együttműködés megvalósulásához, fontos a rendszerszintű működés ismerete és az együttműködést gátló tényezők feltérképezése. Nehezítő tényező, hogy a koragyermekkorai intervenciók főként három terület hatáskörébe tartoznak (*egészségügy, szociális, köznevelés*), valamint hogy nincsen egységes terminológia a szakemberek, és





összehangolt működés az ágazatok között. Számos adat keletkezik az ellátórendszerekben, de ezek feldolgozása nem kielégítő.

A gyermekek/serdülők mentális egészségét befolyásoló tényezők szélesebb körű megértéséhez, és a már meglévő tünetek gyógyításához *multidiszciplináris*, főként *transzdiszciplináris* tevékenységek lennének szükségesek (Kereki, 2011). A gyermekek mentálhigiénés ellátása tekintetében, elsődlegesen a különböző ellátási formák/ellátásért felelős ágazatok (gyermekvédelem, szociális ellátás, egészségügyi alapellátás és közoktatás) összehangolását értjük.

Áttekintéseink alapján azt mondhatjuk, a *kapcsolattartás* főként a szociális szféra és az egészségügy egyes területei között valósul meg, ugyanakkor a működés jelenlegi módja nem nevezhető optimálisnak. *Odor Andrea* (2007) kutatásában rámutatott arra, hogy az egészségügyi rendszeren belül is védőnők és házi gyermekorvosok/vegyes praxisú orvosok között sincs jelen hatékony információcsere, illetve az esetek kb. egyharmad részében az együttműködés hiánya, annak nem megfelelő volta a megelőzés, gyógyítás útjában áll. Az *információhiány* a rendszer működésének akadályozása mellett, bizonytalanságban tartja a problémákkal küzdő gyermekek szüleit is. Nincsenek továbbá olyan adatbázisok, amelyek az információkat koherens módon szerveznék, illetve kiadványok, melyek a további lépésekről, a kezelési lehetőségekről nyújtanának tájékoztatást. Jelenleg nincsen egységesen használható protokoll, szakmai irányelv sem az egyes szektorok együttműködési feladataira, tevékenységeire, sem pedig a szakemberek végzettségére vonatkozóan.

2.3. Adatgyűjtés félig strukturált interjúkkal

A jelenlegi, különböző ágazatokban használt adatgyűjtési és teljesítménymérési eszközöket figyelembe véve, a *Módszertan 4* tanulmányban javaslatot tettünk egy olyan mérési és kapcsolódó adatgyűjtési eszközre, mely képes a helyi ellátók együttműködését mérni és dokumentálni. Ennek érdekében a helyi gyermek-és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátó rendszer(ek) szakembereivel félig strukturált interjúkat vettünk fel. Az interjúk kérdései érintették a kapcsolathálózat és az együttműködések jellemzőit, a kapcsolatok minőségi jellemzőit, az intézmények közötti szakmai kapcsolatokat

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



és kommunikációt, valamint az együttműködésben leggyakrabban felmerülő problémákat és fejlesztési javaslatokat.

2.4. Cselekvési terv javaslat adatgyűjtési modell kialakítására és alkalmazására

A helyi ellátók közötti együttműködések dokumentálási és mérési rendszerére vonatkozó javaslatunkat a szakirodalmi áttekintések és interjúk által nyert információk alapján fogalmaztuk meg. Javaslatunk alapja volt, hogy a gyermekek mentálhigiénés ellátásában a *multiszektoriális preventív szemlélet* elengedhetetlen. Olyan *egyéni fejlesztési tervek*re van szükség, melyeket egy ember fog össze és követ nyomon, illetve tájékoztatja az összes résztvevőt, és melyekben minden szakma, a saját területén egyenlő partnerként tehet javaslatokat. Az együttműködés elengedhetetlen része továbbá egy *kapcsolattartó, intézményi összekötő személy*. Ajánlásunk egy egységes, az esetmegbeszélések adatait tároló, szektorokon átnyúló *esetdokumentációs nyilvántartás, adatlap*. A rendszerben lévő tagok együttműködésének javulásával, a *dokumentált esetmegbeszélések* száma is növekedne. Így a dokumentált esetmegbeszélések száma, és azok változása indikátorként szolgálhat. A Módszertan 4 tanulmányunkban a helyi ellátók együttműködése vizsgálata tekintetében hét indikátort határoztunk meg:

1. Közös gondozási esetmegbeszéléseken való részvételek száma.
2. Dokumentált helyi esetgondozási együttműködések számának változása.
3. Új formális és informális együttműködési kapcsolatok száma.
4. Különböző szektorok intézményei között fennálló formalizált (együttműködési megállapodás, feladat-ellátási szerződés, stb.) együttműködések száma.
5. Szektoron belüli intézmények között fennálló formalizált (együttműködési megállapodás) együttműködések száma.
6. Az egyes kliensek ellátásában résztvevő team-tagok létszámának és végzettségbeli összetételének változása.
7. Együttműködés elősegítését célzó szakami továbbképzések száma az adott járásban.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Pilot vizsgálat megvalósítására vonatkozó cselekvési terv javaslat:

1. Járás kiválasztása (Debreceni járás)
2. Intézmények szereplők kiválasztása, megkeresése
3. Fókuszcsoporthoz, motivációs beszélgetés összehívása
4. A szereplők címlistájának, az összekötők névsorának megszerkesztése
5. Esetmegbeszéléseket dokumentáló egységes, papír alapú adatlap szerkesztése
6. Egységes beleegyező nyilatkozat szerkesztése
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.
9. Egyéni fejlesztési tervek kialakítására ösztönzés.
10. Negyedévente az adatok begyűjtése, az eredmények és felmerült problémák közös megbeszélése

A Módszertan 4 tanulmányban tehát kidolgoztunk egy dokumentálási és adatgyűjtési modellt, amely a projekt Módszertan 5 feladatrészében (*Adatgyűjtési modell kialakítása és alkalmazásának kipróbálása*) egy éves időtartamban pilot tesztelésre került Debreceni járásban az előzőekben említett indikátorok figyelembevételével.

2.5. Javaslatcsomag megfogalmazása a helyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó hatékonyságnövelés vonatkozásában

Ahogy azt korábban is megfogalmaztuk, az interszektoriális preventív szemlélet a gyermekek mentálhigiénés ellátásában elengedhetetlen. Ez egy holisztikus szemléletet feltételez, amelyben számos szervezet, szakemberek, laikusok játszanak fontos szerepet, az egészségügy, a szociális szféra, a köznevelés és a kapcsolódó ágazatok (pl. igazságügy, civil szervezetek, rendvédelmi szervezetek) szereplőitől kezdve a gyermekekig, serdülőikig, s jelentős szerepet kapnak az érintettek szülei, nevelői, gondnokai is.

Alapvető feladat tehát, hogy a különböző ellátási formák, szinterek, szakemberek valamilyen szintű összeszervezése megtörténjen egy adott közös cél elérése érdekében. „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).

Az együttműködés nélkülözhetetlen része tehát egy *kapcsolattartó, intézményi összekötő személy*. (lásd Módszertan 4 tanulmány). A jelenlegi rendszerben ezt a feladatot véleményünk szerint leginkább a szociális szektor szakemberei láthatnák el.

A Módszertan 6 tanulmányban (Javaslatcsomag megfogalmazása a helyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó hatékonyságnövelés vonatkozásában) felvázoltunk egy olyan ideális együttműködést, ahol a három szakterület (egészségügy, szociális ellátás, köznevelés) feladatainak összehangolása harmonikusabban megvalósulhat. Ennek megoldását a hálózatos együttműködés fejlesztésében látjuk, melyben előrelépés a mentálhigiénés központok és teamek létrehozásával lehetséges. A mentálhigiénés központok feladata a közvetlen mentálhigiénés ellátás segítése, a prevenció támogatása, továbbképzések szervezése, a szektorok közötti együttműködés koordinálása.

A mentálhigiénés teamek résztvevőit a különböző szektorok (köznevelés, szociális, egészségügy) kiválasztott szakemberei adják, együttműködésüket a mentálhigiénés irodák koordinálják, ebben kulcsszereplők lehetnek. Az irodákban leginkább mentálhigiénés ellátásokhoz kapcsolódó menedzsmenti, koordinációs tevékenység folyna.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



3. A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer, mint társadalmi hálózat

3.1. A hálózat fogalma

A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer (társadalmi) hálózatként fogható fel¹. Ezen állítás belátásához a hálózat általános fogalmából kell kiindulni, majd meg kell vizsgálni, hogy az említett ellátórendszer esetén azonosíthatók-e a hálózati jellemzők.

A hálózat fogalma elsőként a gráfelméletben jelent meg², később azonban a biológiában és a fizikában, majd a számítástechnikában is teret nyert a hálózatok elemzése. Ugyanakkor a társadalomtudományokban, döntően a szociológiában, a politológiában és a közgazdaságtanban is „divatossá vált” a hálózatokban való gondolkodás. Bármely tudományról legyen is szó, a hálózatot ugyanabban az absztrakt értelemben használják: egymással összekapcsolt elemek. A hálózat tehát „*meghatározott tulajdonságokkal rendelkező elemek (csomópontok) és az ezek között fennálló, meghatározott tulajdonságokkal rendelkező kapcsolatok összessége*” (Munk 2010, p. 184).

Konkrét hálózatok – így a gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer – esetében meg kell tudnunk határozni

- a hálózat csomópontjait alkotó elemeket;
- ezek típusait és tulajdonságait;
- az elemek között fennálló kapcsolatokat;

¹ A társadalmi hálózatok kutatása sok területen hozhat új, izgalmas eredményeket, ahogy ezt Csányi és Szendrői (2004) is hangsúlyozza, mivel ez a módszer nem csupán arra alkalmas, hogy feltárjuk a hálózat tagjai közötti mintázatokat, hanem dinamikus folyamatok vizsgálatát is lehetővé teszi.

² A hálózatokat elsőként Leonhard Euler német matematikus vizsgálta: városát, Königsberget úgy szerette volna bejárni, hogy mind a hét hídon pontosan egyszer megy át. Euler Königsberg különböző városrészeit pontokkal, az azokat összekötő hidakat szakaszokkal ábrázolta, s így a tudománytörténet első absztrakt hálózatához jutott (Csányi–Szendrői 2004).





- ezen kapcsolatok típusait és tulajdonságait.

Mivel a fentiek meghatározása egyértelmű, így a gyermek- és fiatalok lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer hálózatnak tekinthetjük, és elemzésére használhatjuk a hálózatokra vonatkozó tudományos módszereket. Elemzésünkben a szociológia és a közgazdaságtan tudományokban kifejlesztett nézeteket és módszereket fogjuk alkalmazni. Mindenekelőtt azonban a hálózatokra vonatkozó legfontosabb nézeteket és elméleteket foglaljuk össze az említett két tudományterületről.

3.2. A hálózatok szociológiai jellemzői

A fenti definíció alapján a hálózatok alkotórészeinek két alapvető típusát kell megkülönböztetni (Szántó–Tóth 2011). Az egyik típusba a hálózatok alanyai, vagy másképpen elemei (csomópontjai) tartoznak, amelyek lehetnek egyének, csoportok, szervezetek, események, de akár országok, államok, sőt régiók is. A másik típusba az elemek közötti viszonyok (relációk, kötődések, kapcsolatok) tartoznak. E két alkotórész valójában azt írja le, hogy a megfigyelés tárgyai abszolút (vagy kategorikus) és relációs jellemzőkkel is rendelkeznek. Az abszolút ismérvek az egyedek „lényegi belső jegyeihez” kapcsolódnak, míg a relációs ismérvek arra vonatkoznak, hogy milyen kapcsolatban állnak az egyedek egymással. A hálózatelemzés szociológiai megközelítésében nem külön-külön vizsgáljuk az egyes elemeket, hanem az egyes elemeket összefűző kapcsolatokat is górcső alá vesszük.

A hálózatok létre jöhetnek és működhetnek központi szabályozás nélkül (peer-elvű kooperáció³) vagy központi szabályozással (Bodó–Szakadát 2007). Az előbbi esetben a hálózat tagjai kooperálnak egymással, egyenrangúak és erőforrásaik egy részét rendelkezésre bocsátják a közösség számára. Ilyen hálózatokban a legfontosabb probléma a potyautas magatartás⁴

³ A 'peer' szó (magyarul: 'társ') utal a felek egyenrangúságára.

⁴ A potyautasok a szolgáltatást ellentételezés nélkül kívánják igénybe venni. Erre az ad lehetőséget, hogy a hálózatban elérhető fogyasztásból egyik tag sem zárható ki.





visszaszorítása. Klasszikus példaként említhetők az interneten kialakult fájlmegosztó rendszerek. A központi szabályozással létrejött hálózatokban a fent említett tulajdonságokból legalább egy sérül. Az ilyen hálózatokat többnyire tudatosan megtervezve alakítják ki, a spontán fejlődés jóval kisebb szerepet játszik a hálózat fejlődésében. A társadalmi-gazdasági hálózatok nagy része így jön létre, és elemzésünk tárgya is ilyen hálózatnak tekinthető.

A hálózatban összekapcsolt egyedek között mindig létezik valamilyen „együtműködés”, amely számos előnnyel jár a hálózatokban résztvevők számára (pl. lehetőséget ad az erőforrások koncentrációjára, nagyobb elismertséget biztosít a tagoknak, szinergia hatások jönnek létre). Ezeknek az előnyöknek a közgazdasági interpretálásáról később lesz szó.

Egy egyed pozíciója a hálózatban lehet központi (centrális), amennyiben a hálózatban előforduló összes kapcsolat magába foglalja őt magát is. A centralitáshoz köthető a presztízis fogalma. Egyes egyének a hálózatban eltérő presztízzsel rendelkeznek: egy szereplő annál nagyobb presztízzsel rendelkezik, minél több az általa „fogadott” kapcsolatok száma.

3.3. A hálózatok fajtái

A hálózatok sokféle szempont szerint csoportosíthatóak. Az alábbiakban csak azokkal a szempontokkal fogunk foglalkozni, amelyek elemzésünk számára releváns hálózati csoportokat eredményeznek. Az egyik legfontosabb csoportosítási szempont arra vonatkozik, hogy a hálózat egyedei között milyen kapcsolatok jönnek létre (morfológiai szempont). Ennek megfelelően, ha két hálózati pont között csak egyféle tartalmú kapcsolat áll fenn, akkor egyrétegű (uniplex) hálózatról beszélünk, míg ha ugyanannak a két pontnak a viszonya több tartalommal is értelmezhető, akkor többretegű (multiplex) viszonyokkal állunk szemben. A kapcsolatok különbözhetnek egymástól a kapcsolatok irányítottsága szerint. Ebből a szempontból a hálózati kapcsolatok lehetnek irányítás nélküliek vagy irányítottak, ez utóbbiak pedig szimmetrikus vagy aszimmetrikus irányultságúak.

További lényeges megkülönböztetési szempontot képvisel az egyedek közötti interakciók természete, ami a hálózatok „lényegi” sajátosságait jelenti. Eszerint beszélhetünk például csereviszonyokról, hatalmi relációkról, kommunikációs láncokról és a konkrét kutatási kérdésektől függően még számtalan, egyéb tartalommal bíró hálózatról.





3.4. Társadalmi hálózatok ábrázolása

A társadalmi hálózatokat ábrázolhatjuk grafikusán, matematikai gráfokkal (Szántó–Tóth 2011, Munk 2010): az egyedeket pontokkal, a közöttük lévő viszonyokat pedig a pontokat összekötő vonalakkal reprezentáljuk. Ezek után a hálózatok tulajdonságait elemezhetjük a gráfelmélet fogalmainak és összefüggéseinek segítségével. Fontos azonban megjegyezni, hogy a hálózat gráffal való ábrázolása csak kevés számú szereplő esetén lehetséges (Szántó–Tóth 2011).

A gráf ábrázolás mellett a hálózat kapcsolatai mátrixban is bemutatathatók. Az ún. szociomátrixokkal történő megjelenítése elsősorban a mátrixszámítás matematikai apparátusának használhatósága miatt előnyös (Kürtösi 2011). Ez alapján az i -edik sor j -edik eleme 1 vagy 0 értéket vehet fel attól függően, hogy az i -edik és j -edik egyed között létezik kapcsolat vagy sem.

Mindkét ábrázolás rendelkezik sajátos előnyökkel. Kürtösi (2011) szerint a gráfelméleti megközelítés különösen jól alkalmazható, ha a legfontosabb szereplőt akarjuk meghatározni. A fontos szereplők általában a kapcsolatháló stratégiai pontjaiban helyezkednek el, és a legnagyobb kapcsolati aktivitást mutatják, azaz sokan kapcsolódnak hozzájuk. A központi szerep kapcsán ki kell emelni, hogy nem az a fontos, hogy a központi szereplő küldője vagy fogadója a kapcsolatoknak, hanem az, hogy a szereplő részt vesz kapcsolatokban.⁵

A centralitásnak valójában három aspektusa számít: fok, közelség és közöttség. A fok arra vonatkozik, hogy hány másik tagot érhet el közvetlenül a szereplő. A közelség azzal kapcsolatos, hogy a szereplő a többi tagot mennyire könnyen és gyorsan érheti el. Ez valójában a közvetlen vs. közvetett elérésre utal, ill. közvetett elérés esetén a lánc hosszára. A közöttség úgy fogja fel a centralitást, hogy a sok más szereplő között elhelyezkedő szereplőt tekinti nagyobb hatalommal rendelkezőnek, mert az pozíciója okán képes ellenőrizni a kapcsolathálóban áramló erőforrásokat.

⁵ A centralitástól különböző, de ahhoz szorosan kapcsolódó fogalom a presztízs, amely esetén azt vizsgáljuk, hány kötés mutat az adott szereplő felé. Ez esetben tehát a szereplő „fogadó”-i volta a lényeges.





3.5. A hálózatelemzés mutatói

A hálózatok elemzésében a legtöbb mutató az egyed szintjére vonatkozik, amelyek az *Én-hálózat* strukturális sajátosságait juttatják kifejezésre. Emellett azonban használunk mutatókat, indexeket a teljes hálózatra vonatkozóan is. A mutatók teljes körű bemutatására nem törekszünk e helyen, tekintettel arra, hogy az általunk vizsgált hálózat „egyszerűsége” nem igényli a sok és bonyolult kapcsolattal rendelkező hálózatokat leíró mutatók használatát. Vizsgálatunkban az alábbi mutatószámok relevánsak (Kürtösi 2011, Szántó–Tóth 2011):

(1) Hálózati pont foka (degree)

Talán ez a legegyszerűbb, de mégis hasznos mutató. Azt fejezi ki, hogy egy adott egyedet a hálózat többi tagjával közvetlenül hány kapcsolat fűzi össze. A pont fokszáma jól tükrözi a szereplő aktivitását.

(2) Rétegzettségi index

Két szereplő kapcsolatát egyrétegűnek (uniplexnek) nevezzük abban az esetben, ha csak egyféle tartalma van, míg többretegűnek (multiplexnek), ha többféle hálózati tartalommal bír. A rétegzettségi index azt méri, hogy a szereplő lehetséges kapcsolatainak hány százaléka multiplex.

(3) Sűrűség

Ez a mutató megadja egy adott egyedhez köthető ténylegesen fennálló, illetve a potenciáliskapcsolatok arányát.

(4) Elérhetőség

Az egyén és a hálózat többi tagja közötti távolság adható meg vele. Egy hálózat i szereplője a j szereplőtől lehet közvetlenül elérhető, közvetetten elérhető vagy elérhetetlen. Az elérhetőség hosszát az adja meg, hogy egy tetszőleges i szereplőt hány lépésben lehet elérni j -től.

3.6. Hálózati externáliák és hatások

A hálózatok számos előnnyel járnak a benne résztvevők számára, de akár külső szereplők számára is. Ezeknek az „előnyöknek” az értelmezéséhez a közgazdasági szakirodalom hálózati hatások és hálózati externáliák problémájához kell fordulni. Az externália





külső, azaz kívülre irányuló gazdasági hatást jelent. Külső gazdasági szereplő alatt azokat az egyéneket kell érteni, akik nem részesei valamely két vagy több gazdasági szereplő közötti interakciónak. A hatás lényege az, hogy a külső szereplő(k) állapotát valamilyen formában és mértékben befolyásolja a belső szereplők interakciója. Ez a befolyásolás lehet tudatos, sőt szándékolt, de lehet olyan spontán hatás is, amely esetleg nem is ismeretes azok számára, akik kifejtik (Kiss 2010). A hálózatok működése során kialakuló külső hatásokat hálózati externáliáknak (network externalities) nevezzük.

Maguk az extern hatások lehetnek pozitívak vagy negatívak. Pozitív externália során a külső szereplő előnyökhöz jut, amelyekért nem kell „fizetnie”, míg negatív externália esetén a külsők hátrányt szenvednek el anélkül, hogy ezért kompenzációt kapnának. A pozitív hálózati externáliák hozhatnak pénzben mérhető előnyöket, illetve pénzben nem mérhető előnyöket (Liebowitz–Margolis 1994).

A hálózati externália fogalma mellett használatos a hálózati hatás fogalma is. E két jelenség azonossága, illetve különbözősége tekintetében nem egységes álláspontot képviselnek a közgazdászok. Egyes közgazdászok (pl. Economides 1996) nem tesznek különbséget a két fogalom között. Mások a hálózati hatásokat és externáliákat nem tekintik azonos jelenségnek. Ők hálózati hatásról akkor beszélnek, amikor valamely hálózat egyes csomópontjai a közöttük lévő összeköttetéseken keresztül megváltoztatják egymás állapotát. A hálózati hatásból akkor lesz externália, ha nincs kompenzáció a külső szereplő irányába. Másképpen fogalmazva a kompenzált hálózati hatás nem externália.

Harmadik álláspontként (pl. Schmalensee 1995) a hálózati hatásokat, illetve a hálózati externáliákat a hálózatok alapvető közgazdasági jellemzőjeként, szükséges tulajdonságaként értelmezik, és mint ilyet, a hálózat definíciójának részeként szerepeltetik. Ez a nézőpont sem tesz éles határvonalat a két fogalom közé.

A fenti három álláspont mintegy szintéziseként a közgazdászok többsége a különbséget a hálózati hatás és a hálózati externália között abban vonja meg, hogy a hálózati hatás a hálózat tagjai között létezik, tehát a hálózat léte előnyöket hoz a résztvevők számára (Kiss 2008). A hálózati externália pedig a hálózaton kívüli szereplőkre vonatkozik: a hálózat léte miatt előnyhöz juthatnak hálózaton kívüliek is. Elemzésünkben mi is ezt az álláspontot fogjuk alkalmazni.





A hálózati hatások kapcsán tehát a hálózat tagjainak „fogyasztása” nem független egymástól, hálózat egyes csomópontjai a közöttük lévő összeköttetéseken keresztül megváltoztatják egymás állapotát, s ez egyfajta gazdaságosságot hoz létre (Kiss 2010).

4. A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer-hálózat jellemzése

4.1. Szereplők

Az alábbiakban a gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszert, mint hálózatot fogjuk értelmezni és a hálózatra vonatkozó szakirodalom alapján elemezni. Kiindulásképpen a hálózat szereplőit kell azonosítanunk. Bár a hálózati modellben való értelmezést nem befolyásolja az a tény, hogy egy-egy szereplő az ellátórendszer mely szektorának tagja, a szereplők azonosítását mégis szektorokra bontva végezzük el a könnyebb érthetőség érdekében. Fontos megjegyezni, hogy egy „szereplő” nem feltétlenül egyetlen személyt jelent, hanem azoknak a személyeknek a csoportját, akik azonos módon kapcsolódnak a klienshez, és/vagy egymás tevékenységét kiegészítik vagy segítik, és ezáltal együttesen határoznak meg egy elkülöníthető kapcsolattípust a klienssel. Például a „pedagógus” alatt az iskolában a klienssel kapcsolatban álló több pedagógust (osztályfőnök, szaktanár, iskolaigazgató) értjük, akik egymás tevékenységét kiegészítve együttesen hozzák létre az adott kapcsolat tartalmát a klienssel.⁶

A hálózatban 13 szereplőt azonosítottunk az alábbiak szerint:

- Kliens (gyermek)

Egészségügyi alapellátás:

- Házi gyermekorvos
- Védőnő

⁶ Következésképpen, a további ábrán és táblázatokban a „szereplőn” belüli kapcsolatok nincsenek jelezve.





- Iskolaorvos

Egészségügyi szakellátás:

- Gyermekpszichiáter szakorvos
- Klinikai szakpszichológus
- Egészségügyi szakellátás szociális munkása

Köznevelés:

- Pedagógus
- Iskolapszichológus
- Iskolai szociális segítő
- Fejlesztőpedagógus
- Pedagógiai szakszolgálat

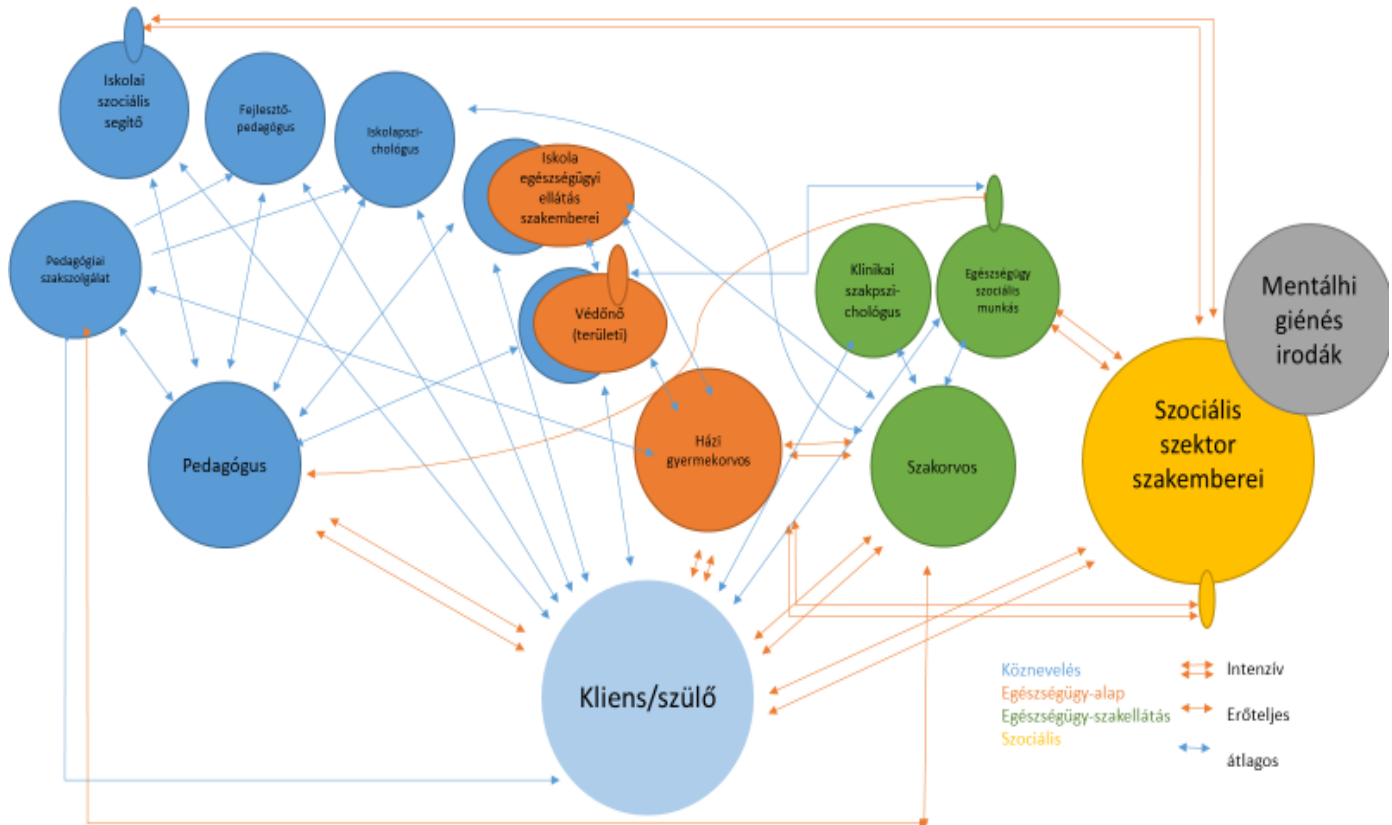
Szociális szektor:

- Szociális-mentálhigiénés szakemberei



4.2. A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer-hálózat ideáltípusa

1. ábra A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer-hálózat ideáltípusa



A 1. ábrán gráf struktúrában ábrázoltuk a gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer-hálózat ideáltípusát. Az ideáltípusok a vizsgált jelenség absztrakt leírását adják, hasznos eszközt képviselnek a megértésben (Hodgson 1998). Az ideáltípus használatával szeretnénk kiemelni azt, hogy a valóságban létező hálózat ettől eltér, sőt az ideáltípus alapján azt is fel lehet tárnai, hogy a valóság mennyiben tér el az „ideálistól”. A társadalomtudományi elemzésekben éppen ezen ok



miatt bevett gyakorlat az ideáltípusok használata.⁷

4.3. A hálózat jellemzése

A vizsgált hálózat központi szabályozással jön létre és működik. A hálózat szereplői nem egyenrangúak, erőforrásaik egy részét azonban meg kell osztaniuk egymás között a cél elérése érdekében és kooperálniuk kell egymással. Következésképpen a potyautas magatartás nem jellemzi a hálózat szereplőit.

Morfológiai szempontból többrétegű hálózatról van szó esetünkben, mert a hálózat szereplői között minden kapcsolatpár esetén többféle tartalmú kapcsolat áll fent. Ez lehet kommunikációs, amely elsősorban azokat a kapcsolatokat jellemzi, amelyeknek nem részese a kliens (pl. a pedagógus és a pedagógiai szakszolgálat vagy a védőnő és az iskolaorvos között). A kapcsolatok jelentős része konkrét ellátást nyújtó tartalommal rendelkezik, ez pl. az egészségügyi szakellátás és a kliens viszonyában áll fent. Harmadrészt, több kapcsolat a mentális állapot javítását célzó együttműködésből áll, mint például a kliens és az iskolapszichológus vagy a kliens és a szociális-mentálhigiénés szakember kapcsolata.

Az ábrán bemutatott kapcsolatok irányítottak, azaz minden kapcsolat esetén egyértelmű, hogy a kapcsolat mely szereplőtől mely szereplő irányába mutat, illetve kölcsönös irányultságú-e.

Az ábra képe viszonylag sűrű hálózatot sejtet, ezért érdemes a kapcsolatokat a szociometriai mátrixban is bemutatni. Ez az 1. táblázatban látható, amely segítségével pontosabban láttathatóak a kapcsolatok. A táblázatban 1 jelöli a kapcsolat létét, és 0 a hiányát.

⁷ Az ideáltípus koncepcióját Max Weber (1956) fejlesztette ki a valóság megértésének jobb megértése céljából. A weberi ideáltípusok elméleti konstrukciók, amelyek a társadalmi valóság bizonyos aspektusait modellezik, és a megértést segítik.





1. táblázat: A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer hálózat ideáltipikus szociometriai mátrixa (saját készítés)

	Kliens	Házi gy. orvos	Védőnő	Iskolaorvos	Pedagógus	Iskolapszichológus	Isk. szociális segítő	Fejlesztőpedagógus	Pedagógiai szakszolgálat	Gyermekpszichiáter	Klinikai szakpszichológus	Eü. szakellátás szoc. munkás ^a	Szoc-mentálhig. szakember
Kliens	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Házi gyermekorvos	1	-	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1
Védőnő	1	1	-	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Iskolaorvos	1	1	1	-	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Pedagógus	1	0	1	1	-	1	1	1	1	0	0	1	0
Iskolapszichológus	1	0	0	0	1	-	0	0	1	1	0	0	0
Iskolai szociális segítő	1	0	0	0	1	0	-	0	0	0	0	0	1
Fejlesztőpedagógus	1	0	0	0	1	0	0	-	1	0	0	0	0
Pedagógiai szakszolgálat	1	1	0	0	1	1	0	1	-	1	0	0	0
Gyermekpszichiáter	1	1	0	1	0	1	0	0	1	-	1	1	0
Klinikai szakpszichológus	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-	0	0
Eü. szakellátás szoc. munkása	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	-	1
Szoc-mentálhig. szakember	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	-

A korábban bemutatott mérőszámok között elsőként a hálózat sűrűségét érdemes kiszámolni. Ne feledjük, hogy ha a hálózatban minden lehetséges kapcsolat valóban létezik is, azaz mindenki kapcsolatban áll mindenkivel, akkor a sűrűség értéke 1. A mi esetünkben az összes lehetséges kapcsolat száma $(n \cdot (n-1))$ 156, amelyet felezni kell (mert egy kapcsolat mindkét érintett szempontjából be van számítva), míg a létező kapcsolatok száma az 1. táblázat alapján 35 (a foksámok összegének a fele), a hálózat sűrűsége tehát 0,5.

További fontos hálózati jellemző a hálózat központi szereplőjének a meghatározása. Esetünkben ez nyilvánvalóan a kliens





(gyermek), hiszen ő áll a legtöbb szereplővel (mindenkivel) kapcsolatban. Nagyon fontos azonban a többi néhány központi szereplő meghatározása is, majd ezek alapján a nagyobb hatalommal rendelkezők meghatározása. A 2. táblázatban a szereplők fokszámát, illetve a központiság két mérőszámát mutatjuk be.

2. táblázat: A hálózat tagjainak néhány jellemzője (saját készítés) Szereplő	Fokszám	Fokszám központiság (fokszám/összes kapcsolat)
Kliens	12	1
Házi gyermekorvos	6	0,5
Védőnő	5	0,42
Iskolaorvos	5	0,42
Pedagógus	8	0,67
Iskolapszichológus	4	0,33
Iskolai szociális segítő	3	0,25
Fejlesztőpedagógus	3	0,25
Pedagógiai szakszolgálat	6	0,5
Gyermekpszichiáter szakorvos	7	0,58
Klinikai szakpszichológus	2	0,17
Egészségügyi szakellátás szociális munkása	5	0,5
Szociális-mentálhigiénés szakemberek	4	0,33

A szereplők centralitását kifejező fokszám alapján a kliens mellett a *pedagógus* és a *gyermekpszichiáter szakorvos* rendelkeznek nagyon erős központi szereppel a hálózatban 8, illetve 7 fokszámmal, de a *házi gyermekorvos* szerepét is ki kell emelni. A fokszám alapján tehát az körvonalazódik, hogy a szociális rendszeren kívül mindegyik alrendszerben van legalább egy olyan szereplő, amelyik központi szereppel rendelkezik.

A fokszám alapján azonban egy hálózat egy szereplőjének centralitása nem hasonlítható össze egy másik hálózat szereplőjének centralitásával, ezért érdemes kiszámolni egyfajta relatív fokszámot is, amelyet fokszám központiságnak nevezünk. Ennek értéke nulla és egy között lehet, és úgy számolható ki, hogy





a szereplő fokszámát elosztjuk az összes lehetséges kapcsolat számával. A fenti táblázat második oszlopa ezeket az értékeket mutatja.

A hálózatban hatommal az a szereplő rendelkezik, amelyik sok más szereplő között helyezkedik el, s így információt (erőforrást) képes ellenőrizni. Ilyen szereplőnek tekinthető a *házi gyermekorvos*, aki közvetítő szerepben van az egészségügyi szakellátás és a köznevelés, valamint a szociális szektor között. A közöttség centralitás tekintetében tehát ő tekinthető a legnagyobb hatalommal rendelkezőnek.

A fentiek alapján az is világosan kirajzolódik, hogy az elemzett hálózat kisebb hálózatokból épül fel, amelyek az egyes ellátó-alrendszerek, de ezek a kisebb hálózatok nincsenek elzárva egymástól, éppen ellenkezőleg, egymásba kapcsolódnak. Granovetter (1973) nyomán érdemes megvizsgálni az erős és gyenge kapcsolatok szerepét. Egy erős kapcsolat kiiktatása esetén a hálózat szétesik, így az erős kapcsolatok nyilvánvalóan szükségesek a hálózat egyben tartásához. Erős kapcsolatok tartják össze esetünkben egy adott ellátó-alrendszer szereplőit. A gyenge kapcsolatok szerepe a társadalmi hálózatokban kulcsfontosságú, mert - ahogy Granovetter bebizonyította -, azok stabilizálják magát a társadalmi hálózatot. Egy kapcsolatot akkor nevezünk gyengének, ha kiiktatása esetén a hálózat nem esik szét. A granovetteri értelemben vett gyenge kapcsolatok tartják össze az egyes ellátó-alrendszereket. Granovetter azt hangsúlyozza, hogy egy hálózaton belül a gyenge kapcsolatok a legértékesebbek, mert ezek képezik a hidat a hálózaton belüli alrendszerek között.

Esetünkben a gyenge kapcsolat azon szereplők között van, akik összeköttetést (hidat) képeznek a hálózat két alrendszere között. E szereplők közötti kapcsolat minősége befolyásolja azt, hogy az egész hálózat milyen jól működik.

Gyenge kapcsolatnak gondoljuk

- a házi gyermekorvos és a szakorvos
- a szociális szektor szakemberei és az egészségügy szociális munkása
- a pedagógiai szakszolgálat és a szakorvos
- a szociális szektor szakemberei és az iskolai szociális segítő

közötti kapcsolatokat.

Az ideáltipikus hálózatban a tagok között egyértelműen fellép a hálózati hatás.

Esetünkben ez azt jelenti, hogy bármely két

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



szereplő közötti kapcsolat „minősége” jobb lesz, ha a többi szereplők közötti kapcsolatok jól működnek. Azaz a gyermekpszichiáter szakorvos és a kliens kapcsolata sokkal jobb, ha a gyermekpszichiáter élő kapcsolatban áll a házi gyermekorvossal, a pedagógussal és a szociális ellátórendszer segítőjével. Hasonlóképpen a pedagógus és a kliens közötti kapcsolat minősége is javul, ha a kliens kapcsolata a házi gyermekorvossal és a gyermekpszichiáterrel javul. Bármely kapcsolatpár minősége pozitív hatással bír az összes többi lehetséges kapcsolatpár tartalmára. Természetesen ezek a többlethasznok nem számszerűsíthetőek, de még csak nem is feltétlenül írhatók körül részletesen.

A hálózaton kívül álló szereplőkre is „túlsordulhatnak” a hálózat hatásai, fentebb ezeket neveztük hálózati externáliáknak. Esetünkben ezek az extern hatások pozitívak, azaz kívülálló helyzete javulhat a hálózat működése miatt. A legfontosabb kérdés a kívülálló szereplők azonosítása. Esetünkben ezek a szereplők a kliens barátai, iskolatársai lehetnek, valamint a családtagok. Mivel a jól működő ellátórendszer-hálózat feltételezésünk szerint javítani képes a kliens állapotán, így az említett kívülálló kapcsolataikban javulást remélhetnek a klienssel.

4.4. Eltérések az ideáltípustól

A fentebb elemzett hálózat, ahogy azt jeleztük, ún. ideáltípus. Ezt egyfajta benchmarkként érdemes használni a valóságban létező hálózat hiányosságainak elemzésében. A jelenleg működő hálózat jellemzőit a korábban elkészített módszertani tanulmányainkban felhasznált szakértői interjúk alapján határoztuk meg. Az alábbiakban erre törekedve, elsőként a valóságban létező kapcsolatokat mutatjuk be a szociometriai mátrixban (3. táblázat), majd megvizsgáljuk a kapcsolatok morfológiai különbségét az ideáltípikustól.





3 táblázat: A gyermek- és fiatalokorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer hálózat szociometriai mátrixa (saját készítés)	Kliens	Házi gy. orvos	Védőnő	Iskolaorvos	Pedagógus	Iskolapszichológus	Isk. szociális segítő	Fejlesztőpedagógus	Pedagógiai szakszolgálat	Gyermek-pszichiáter	Klinikai szakpszichológus	Eü. szakellátás szoc. munkása	Szoc-mentálhig. szakember
Kliens	-	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Házi gyermek-orvos	1	-	1	1U	0	0	0	0	0	1U	0	0	1U
Védőnő	1	1	-	1	1U	0	0	0	0	0	0	1U	0
Iskolaorvos	1	1U	1	-	1U	0	0	0	0	1U	0	0	0
Pedagógus	1	0	1U	1U	-	1	1U	1	1	0	0	1	0
Iskolapszichológus	1	0	0	0	1	-	0	0	1U	1U	0	0	0
Iskolai szociális segítő	1U	0	0	0	1U	0	-	0	0	0	0	0	1
Fejlesztőpedagógus	1	0	0	0	1	0	0	-	1U	0	0	0	0
Pedagógiai szakszolgálat	1	0	0	0	1	1U	0	1U	-	1U	0	0	0
Gyermekpszichiáter	1	1U	0	1U	0	1U	0	0	1U	-	1	1	0
Klinikai szakpszichológus	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-	0	0
Eü. szakellátás szoc. munkása	1	0	1U	0	1	0	0	0	0	1	0	-	1
Szoc-mentálhig. szakember	1U	1U	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	-

Ideáltipikus esetben minden kapcsolat többretegű, azaz többféle tartalommal bír. A táblázatban számos 1-sel jelölt létező kapcsolat mellett U-val jelöltük az egyrétegű kapcsolatokat. Az ellátórendszer-hálózat javításának egyik sarokköve tehát ezen kapcsolatok tartalmának gazdagítása. Például a pedagógus, az iskolaorvos vagy a gyermekpszichiáter kapcsolatai a hálózatban a jelen gyakorlatban egyrétegűek. Az ellátórendszer fejlesztésének egyik sarokköve éppen az ilyen kapcsolatok tartalmának „gazdagítására” irányulnának. Ennek egyik lehetséges útja a Módszertan 6 (Javaslatcsomag megfogalmazása a helyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó hatékonyságnövelés vonatkozásában) tanulmányban megfogalmazott mentálhigiénés központok és csapatok létrehozása lehetne.



Az előbbtől sokkal súlyosabb problémát jelent bizonyos kapcsolatok hiánya. pl. a szakértői interjúkra hivatkozva a kliens tekintetében például jelenleg nem működik a kapcsolat az iskolai szociális segítővel. Ez azért komolyabb probléma, mert ezáltal egy gyenge kapcsolat irányában van elvágva a kliens, ugyanis az iskolai szociális segítő gyenge kapcsolatot jelent a szociális szektor szakemberei felé. Hasonlóan súlyos hiányosság az, hogy a pedagógus nincs kapcsolatban a házi gyermekorvossal és a gyermekpszichiáterrel, amik szintén gyenge kapcsolatok, így az alrendszerek összekapcsolásban játszanának szerepet. Ezeknek a kapcsolatoknak legalább kommunikációs kapcsolatként kellene működniük.

5. A pilot vizsgálat menete

A Módszertan 5 pilot első lépésben cselekvési tervet határoztunk meg az adatgyűjtési modell kialakítására és alkalmazására. A pilot vizsgálat helyszínéként a Debreceni járást határoztuk meg, ezen belül pedig tíz intézményt, illetve közreműködőt választottunk ki. A kiválasztás során fontos szempont volt, hogy korábban már a szektorok, illetve intézmények közötti együttműködés szempontjából kapcsolatban álltunk velük, és a kis létszám ellenére valamennyire reprezentálják a terület intézményeit a három szektorban (egészségügy, köznevelés, szociális ágazat).

A kiválasztott közreműködők:

- *egészségügyi alapellátás:*
 - 2 házi gyermekorvos
 - 1 védőnő
- *egészségügyi szakellátás:*
 - 1 szociális munkás (gyermekpszichiátriai ambulancia)
- *köznevelés:*
 - 1 óvodavezető
 - 1 mentálhigiénés munkatárs, később pedagógus (általános iskola)
 - 1 iskolapszichológus
(középiskola)
 - 1 gyógypedagógus (pedagógiai szakszolgálat)
- *szociális:*





- 2 munkatárs a gyermekjóléti szolgálattól.

A közreműködőkkel negyedévente közös találkozókat szerveztünk, melyeken a felmerülő nehézségek, eredmények és tapasztalatok megbeszélése, az adatlapok begyűjtése történt meg. A pilot indulása előtt fókuszcsoporthoz tartottunk, melynek célja az volt, hogy feltárjuk az érintett szektorok együttműködésére (vagy annak hiányára) jellemző, sokszor kommunikációs természetű problémákat, illetve, hogy felmérjük a lehetséges dokumentálási és mérési módok megvalósíthatóságát.

A projektben készült korábbi tanulmányok is megállapították, 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 (Módszertan 4 tanulmány).

Fontos szempont volt, hogy az ellátórendszerek minél több, annak különböző pontjairól érkező szereplőinek részvételével bonyolítsuk le a fókuszcsoporthoz vizsgálatot. Ezt a törekvésünket erősítette a beszélgetés másik fontos célja, a kapcsolatépítés is, vagyis a diskurzus elindítása a pilotban részt vevő intézmények képviselői között.

A fókuszcsoporthoz sikeres volt, tapasztalatainkat önálló tanulmányban ismertettük (Módszertan 5. fejelet – *Pilot fókuszcsoporthoz tapasztalatai*).

Ezt követően a közreműködőkkel még két motivációs beszélgetést tartottunk.

Az adatgyűjtés céljából három adatlapot állítottunk össze a Módszertan 4 tanulmányban meghatározott indikátorok figyelembevételével:

- *1. adatlap:* Az adott hálózati szereplő 2018-as éves együttműködéseire vonatkozó adatok (Adatlap 2.)
- *2. adatlap:* negyedévente kerül kitöltésre az első adatlap mintájára, friss, aktuális adatokkal (Adatlap 2.1)
- *3. pseudo-anonimizált adatlap:* az egyes kliensre vonatkozó kapcsolatfelvételi szolgálat





információkat (Adatlap 1.) A pseudo-anonimizálás menetéről tájékoztató segédanyagot állítottunk össze.

Az első negyedéves találkozót követően a felmerülő kisebb problémák tükrében tartalmilag minimálisan módosítottuk az adatlapokat és a későbbiekben ezeket használtuk. Az adatlapok létrehozása mellett elkészült a szülőnek és a gyermeknek szóló adatvédelmi tájékoztató és a kapcsolatfelvételhez csatolható bejegyző nyilatkozat is.

A pilotban közreműködő szakemberek fontosabb feladatait az alábbiakban határoztuk meg:

- Részt vesz a köznevelési/szociális/ egészségügyi ellátórendszerrel is érintő kvantitatív és kvalitatív adatgyűjtéseken (pl. együttműködést dokumentáló adatlap, kérdőív kitöltése, fókuszcsoport stb.).
- **A meghatározott csatornákon keresztül folyamatosan együttműködik a pilot szereplőivel, a Debreceni Egyetem kijelölt munkatársaival.**
- Negyedévente személyes találkozók, tanácskozásokon vesz részt, melyeken az összes érintett szektor (egészségügy, szociális terület, köznevelés) képviselői is jelen lesznek.
- Visszajelzést ad a Debreceni Egyetem munkatársai számára az egészségügyi/köznevelési/szociális területen végzett adatgyűjtések és a pilot vizsgálatban használni kívánt adatgyűjtési módok összehangolási lehetőségeivel kapcsolatban.
- **Részt vesz az egészségügy/köznevelés/szociális terület jelenlegi dokumentálási és adatgyűjtési módjainak átalakítására vonatkozó javaslatok megfogalmazásában.**

6. A pilot vizsgálat eredményeinek összefoglalása

6.1. Az Adatlapok főbb feldolgozási szempontjai

A hálózati szereplő együttműködéseire vonatkozó adatlapok (*Adatlap 2., Adatlap 2.1. (pilot előtt ill. pilot során negyedévente)*) főbb feldolgozási szempontjai:

A 10 közreműködő egyes kérdésekre adott válaszai egyénenként és szektoronként az előzetesen meghatározott mértékű kívánt indikátoroknak megfelelően:

- Közös gondozási esetmegbeszélésen való részvételek száma





- Dokumentált helyi esetgondozási együttműködések számának változása
- Új együttműködési kapcsolatok száma.
- Különböző szektorok intézményei között fennálló formalizált együttműködések száma
- Azonos szektorok intézményei között fennálló formalizált együttműködések száma
- Együttműködés elősegítését célzó szakmai továbbképzések száma az adott járásban

Az egyes kliensek ellátása során megvalósuló együttműködésekre vonatkozó adatlapok és a hálózati szereplő általános együttműködéseire vonatkozó adatlapok (*Adatlap 1., Adatlap 2.1. (kliens adatlap kapcsolatfelvételhez ill. pilot során negyedévente)*) főbb feldolgozási szempontja:

- Az egyes közreműködők a dokumentált kapcsolatfelvételük számához képest (Adatlap 1.), milyen arányban kezdeményeznek még informális együttműködések (Adatlap 2.1. -3.2. kérdése)
- Kapcsolódó indikátor:
 - Egyes kliensek ellátásában résztvevő team tagok számbeli és végzettségbeli összetételének változása

Adatlap 1. (kliens adatlap kapcsolatfelvételhez) főbb feldolgozási szempontjai:

- Az egyes kérdésekre adott válaszok egyéni és szektorszintű elemzése. Veszélyeztető állapot fennállása. Melyik szektorból, milyen mértékű dokumentált jelzés történt (ahol veszélyeztető állapot állt fenn)?
- Az egyes szakterületek jellemzően milyen szektorral ill. milyen végzettségű szakemberrel kezdeményeztek kapcsolatot? Melyek tűnnek a preferált vagy bejáratott/jellemző kapcsolatoknak?
- A rendszer más szektorában a közreműködők aktivitásától függetlenül megjelennek-e ugyanazon kliensek? Párhuzamos betegutak? Milyen betegutak rajzolhatóak ki az





egyéni kliens adatlap segítségével gyűjtött adatokból?

- Milyen mértékben történik ismételt kapcsolatfelvétel egy adott klienssel kapcsolatban? (tartósabb követés, információcsere). Egy adott közreműködő ugyanazon klienssel kapcsolatban, ugyanazon szektorral kezdeményezett ismételt kapcsolat.

6.2. Az hálózati szereplők 2018-as együttműködéseire vonatkozó adatlap (ADATLAP 2.) kérdéseire adott válaszok elemzése

A pilot vizsgálat során a résztvevő köznevelési, egészségügyi alapellátási, egészségügyi szakellátási, és a szociális szektor szakemberei a 2018-as évre vonatkoztatva az alábbi adatokat szolgáltatották a vizsgálat alapkérdéseire. Tekinthejtük ezt a kiinduló állapotnak, melyhez mérjük az egy év alatt bekövetkezett változásokat.

Az adatlapon a következő kérdésekre érkeztek válaszok:

Q1. Kérjük becsülje meg, hogy 2018-ban hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

A közös gondozási esetmegbeszélés alatt egy a kliensnél megjelenő problémákat feltáró, megbeszélő, illetve a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaformát értettünk, mely egy adott eset ellátásában az összes, az aktuális probléma megoldásában érintett szakember bevonásával történik. A becslés alapján a köznevelési szektorból 24 esetben vettek részt közös gondozási esetmegbeszélésen, a szociális szektorból 9 esetben, az egészségügyi alapellátásból 7 esetben, míg egészségügyi szakellátásból 35 esetben. Az eredmények alapján az egészségügyi szakellátás és a köznevelés szakemberei vesznek részt magasabb arányban esetmegbeszélésen. Az egészségügyi szakellátásban dolgozó szakember kimagasló mértékben kezdeményezett kapcsolatokat a 2018- as évben. Ez abból adódik, hogy az adott szakember feladatköre, az általa végzett gondozási tevékenység része az adott szakemberek és intézmények felkeresése, illetve a kapcsolattartás.

Q2. Kérjük, becsülje meg, hogy 2018-ban hány esetgondozási együttműködésben vett részt dokumentált módon?

A dokumentált esetgondozási együttműködések alatt azt értettük, hogy az adott intézmény munkatársa dokumentált módon részt vett egy adott eset ellátásában az aktuális probléma megoldását célzó, a

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaformában. Az esetmegbeszéléseken való részvételi adatok becsléséből azt látjuk, hogy a dokumentált esetmegbeszélések legmagasabb számban az egészségügyi szakellátás gyakorlatában valósulnak meg, itt 35 esetet jelöltek meg, amely megegyezik a közös gondozási esetmegbeszéléseken való részvétel számával. A szociális szektorban is ugyanezt az egyezést találtuk, mindkét esetben 9 volt a becsült érték. Ez azt mutatja, hogy ebben a két szektorban szigorúan betartják a dokumentációs szabályokat a szakemberek. A köznevelés és az egészségügyi alapellátás tekintetében ezek a számok alacsonyabbak voltak, mint az előző kérdésnél megadott adatok. A köznevelés 9 esetben, míg az egészségügyi alapellátás mindössze 3 esetben jelölt meg dokumentált esetmegbeszéléseken való részvételt.

Q3. Kérjük, becsülje meg, hogy 2018-ban hány formális és informális kapcsolat jött létre ön és a gyermek- és fiatalkorúak mentális egészségével kapcsolatos ellátásokat, szolgáltatásokat végző egyéb intézmények között?

A gyermek és fiatalkorúak mentális egészségével kapcsolatos ellátásokat végző intézmények közötti formális és informális kapcsolatok kialakítása tekintetében nem választotta külön a formális és informális kapcsolatot az adatlap, így a született válaszok magas eredményt mutatnak. A köznevelési szektorban 67, a szociális szektorban 62 kapcsolati együttműködést jeleztek, míg az egészségügyi alapellátás mindössze 3 esetet jelölt meg. Az egészségügyi szakellátás kimagaslóan magas értéket jelölt meg, 973 esetet. A magas szám mutatja, hogy a pilotban szereplő gyermekpszichiátriai szakrendelő bevett gyakorlata, hogy a kijelölt munkatárs rendszeresen tartja a kapcsolatot az egyéb szektorok intézményeivel.

Q4. Tudomása szerint, jelenleg hány együttműködés létezik intézménye és más szolgáltatást nyújtó (más szektor) intézmény között? Formalizált (együttműködési megállapodás, feladatellátási szerződés stb.)

A formalizált együttműködések tekintetében a szociális szektorban van a legmagasabb arány, itt 26 eset került megjelölésre. A köznevelésben 3 esetben, az egészségügyi alapellátásban 1 esetben, míg az egészségügyi szakellátásban egyáltalán nem került megjelölésre formalizált együttműködés.





Q5. Jelenleg hány együttműködés létezik intézménye és azonos szektoron belüli intézmények között? Formalizált (együttműködési megállapodás, feladatellátási szerződés stb.)

Az azonos szektorok közötti formalizált együttműködések még kisebb számot mutatnak. A köznevelésben 2 eset, míg a szociális szektorban 6 eset került megjelölésre. Az egészségügyi alap és szakellátás nem jelölt meg azonos szektoron belüli formalizált együttműködést.

Q6. 2018-ban hány együttműködés elősegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

A továbbképzések tekintetében a köznevelésben 9 esetben jelöltek meg olyan képzésen való részvételt, ami az együttműködések javítását célozza. A szociális szektorban is 9 esetben, az egészségügyi alapellátásban 6 esetben, míg az egészségügyi szakellátásban mindössze 4 esetben vettek részt olyan képzésen, ami a hálózati együttműködést segítené elő. A képzéseken való alacsony részvételi arány abból is fakadhat, hogy együttműködésről szóló képzések száma alacsony illetve, hogy a kötelező szakmai képzéseken való részvétel gyakran nagy anyagi és időbeli terhet jelent a szakembereknek.





A következő táblázatban összesítve láthatóak a szakemberek válaszai a 2018 évi szektorok közötti együttműködésre vonatkozóan:

Ssz	szektor	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
1.	köznevelés (általános iskolai pedagógus)	6	6	14	2	2	2
2.	szociális (szociálpedagógus)	7	7	33	13	3	6
3.	egészségügy: alapellátás (házi gyermekorvos)	4	0	0	0	0	1
4.	köznevelés (iskolapszichológus)	3	0	3	0	0	2
5.	egészségügy: alapellátás (házi gyermekorvos)	0	0	2	0	0	1
6.	köznevelés (gyógypedagógus)	5	0	40	0	0	4
7.	szociális (óvodai/iskolai szociális segítő)	2	2	29	13	3	3
8.	egészségügy: szakellátás (szociális munkás)	35	35	973	0	0	4
9.	köznevelés (óvodapedagógus)	10	3	10	1	0	1
10.	egészségügy: alapellátás (védőnő)	3	3	1	1	0	4

6.3. A hálózati együttműködések negyedévente vizsgáló adatlap (ADATLAP 2.1.) kérdéseire adott válaszok elemzése

A pilot során, negyedévente kitöltött és összesített Adatlap 2.1.-et két szemszögből vizsgáltuk kérdésenként. Az első vizsgálati szempont az adott szektorok kapcsolat felvételi mintázata, a másik a pilot programban résztvevő összes szektor (egészségügy, köznevelés, szociális) együttműködési gyakorisága.



Egészségügyi alapellátás

A pilot vizsgálatban résztvevő egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberektől (3 fő) összesen 12 db negyedéves Adatlap 2.1 érkezett be, de nem minden adatlapon kaptunk minden kérdésre választ.

Q1. Az elmúlt negyedévben hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

Az első kérdésre összesen 8 negyedéves adatlapon kaptunk választ a fenti szektorból, és a kérdésre adott válaszok alapján 5 gondozási esetmegbeszélésen vettek részt egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek a vizsgált egy éves időszak alatt, mely azt mutatja, hogy a kitöltött adatlapok alapján ez átlagosan negyedévenként 0,6 db kapcsolat felvételt jelent szakemberenként. Ez a szám az elemzés alapján nagyon alacsony intenzitást mutat, még az 1-et sem éri el.

Q2. Az elmúlt negyedévben hány esetgondozási együttműködésben vett részt dokumentált módon?

Erre a kérdésre 11 adatlapon kaptunk választ, és a kapott adatok alapján az egészségügyi alapellátásban egy év alatt, összesen 8 dokumentált együttműködést detektálhatunk, ami az átlagot tekintve szintén 1 alatti, 0,7 db esetet jelent negyedévente.

Q3. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre Ön és a gyermek- és fiatalkorúak mentális egészségével kapcsolatos egyéb intézmények között?

9 adatlapot vizsgálva összesen 2 esetben jelöltek meg új együttműködést, ami még kisebb, 0,2 db esetet mutat negyedévente szakemberenként.

Ugyanakkor külön kérdésben kérdeztünk rá a formalizált, illetve az informális együttműködésekre is.

Q3.1. Formalizált együttműködések (együttműködési megállapodás, feladatellátási szerződés stb.)?

Az egészségügyi alapellátási szektorban egyetlen egy formalizált együttműködés sem jött létre a vizsgált betegellátási témakörben.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Q3.2. Informális együttműködések (pl. az egyes intézmények szakemberek közötti telefonos, vagy online egyeztetése egy klienshez kapcsolódó ellátási folyamat tekintetében.) (Ez arra vonatkozik, amikor a pilot során nem történt kliens adatlap (Adatlap 1.) kitöltése):

Az informális együttműködések vizsgálva azt láthatjuk 10 adatlap alapján, hogy a kezdeményezett együttműködések száma 15 volt egész évben, ami az összes válaszadások tekintetében átlagosan 1,5 esetet mutat negyedévente szakemberenként. Ez a terápiás folyamat egy aktuális, rövidtávon megoldandó, klienssel kapcsolatos probléma megoldásában történő egyeztető folyamat része lehet. Meg kell azonban jegyezni, hogy az együttműködések számát tekintve magasabb számot kaptunk erre a kérdésre, mint a Q3 kérdésre adott válaszokban megadott adat, amely az összes együttműködésre vonatkozott. Valószínűleg félreérthették a kérdést a válaszadók.

Q4. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre ön és azonos szektoron belüli intézmények között:

Ez esetben csak külön vizsgáltuk a *formalizált*, illetve az *informális* együttműködések számára.

Q4.1. Formalizált együttműködések?

A formalizált együttműködésre ez esetben sem került sor. Az ellátás szervezését és a szektoron belüli együttműködések az egyes protokollok tartalmazzák az egyes betegségcsoportok mentén. Sem szektoron belül, sem szektorok között nincs erre a feladatra elkülönített idő és finanszírozási forma.

Q4.2. Informális együttműködések? (pl. az egyes intézmények szakemberek közötti telefonos, vagy online egyeztetés egy klienshez kapcsolódó ellátási folyamat tekintetében). (Ez arra vonatkozik, amikor a pilot során nem történt kliens adatlap (Adatlap 1.) kitöltése.)

11 adatlapot vizsgálva az informális együttműködések tekintetében 7 esetben történt új együttműködés kialakítása a kliens ellátása érdekében, ez a teljes vizsgált időszakban átlagosan negyedévenként 0,6 db együttműködést jelent szakemberenként. Az egyes egészségügyi ellátók között általában napi kapcsolat van, és nem minden szakmai egyeztetés történik dokumentált formában.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Q5. Az elmúlt negyedévben hány együttműködés elősegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

Az együttműködésekkel kapcsolatos továbbképzések, konferenciák, workshopok tekintetében 11 adatlap válaszait tekintve 10 esetben történt részvétel a kérdezett rendezvényeken, ez az egész vizsgált időszak tekintetében átlagosan mindössze 0,9 db részvételt jelent negyedévente szakemberenként.

Egészségügyi szakellátás

A pilot vizsgálatban résztvevő egészségügyi szakellátásban dolgozó szakembertől összesen 4 db negyedéves Adatlap 2.1 érkezett be, de ez esetben sem kaptunk minden adatlapon minden kérdésre választ. A következő eredményeket kaptuk kérdésenként:

Q1. Az elmúlt negyedévben hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

Az adott szakellátásban 2 adatlapon kaptunk választ az első kérdésre, és 14 esetben jelezett az adott szakemberközös gondozási esetmegbeszélésen való részvételt. Ez az egész pilot időszakra vonatkoztatva átlagosan 7 db esetmegbeszélést jelent negyedévente szakemberenként. A válaszokból látjuk, hogy a szakellátásban dolgozó szakemberek gyakrabban vesznek részt közös gondozási esetmegbeszélésen a kliensek hatékony ellátásának érdekében.

Q2. Az elmúlt negyedévben hány esetgondozási együttműködésben vett részt dokumentált módon?

Erre a kérdésre mind a 4 adatlapon érkezett válasz. Az egészségügyi szakellátásban kötelező dokumentációs eljárások előírják, hogy a klienssel kapcsolatos ellátásokat dokumentált módon kell rögzíteni. Ez a szabályozás a válaszokból is kitűnik. A válaszok számát tekintve 203 esetben vett részt dokumentált esetgondozási együttműködésben a pilotban résztvevő egészségügyi szakellátásban dolgozó szakember. Ez az egész időszakra vonatkoztatva átlagosan 51 db együttműködést jelent negyedévente.

Q3. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre Ön és a gyermek- és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos egyéb intézmények között?

2 adatlap válasza alapján 15 esetben került sor új együttműködésre, ami az egész időszakra





vonatkozóan 7,5 db esetet jelent negyedévente az egészségügyi szakellátásban dolgozó szakember esetében.

Viszont ettől eltérő adatot kaptunk, amikor külön rákérdeztünk a formalizált és az informális új együttműködésekre.

Q3.1. Formalizált (együttműködési megállapodás, feladatellátási szerződés stb.)

A létrejövő új együttműködések tekintve formalizált együttműködés nem került megjelölésre a vizsgált egy éves időszakban.

Q3.2. Informális együttműködések

Az informális együttműködések tekintetében azonban az összes új együttműködés számától lényegesen magasabb számot kaptunk. 4 adatlap alapján 42 esetben jelölt meg új informális együttműködést, ami az egész időszakra vetítve átlagosan 14 db esetet jelent negyedévente. Az eltérő számadatok oka az lehet, hogy míg a Q3 kérdésre csak 2 adatlapon kaptunk választ, tehát csak 2 negyedév adatait tudtuk megvizsgálni, addig a Q3.2 kérdésre már mind a 4 adatlapon kaptunk választ.

Q4. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre ön és azonos szektoron belüli intézmények között:

Ennél a kérdésnél csak külön kérdeztünk rá a formalizált és az informális együttműködésekre.

Q4.1. Formalizált együttműködések?

Az azonos szektorok közötti formális együttműködés tekintetében szintén nem jelölt meg egy esetet sem az egészségügyi szakellátásban dolgozó szakember.

Q4.2. Informális együttműködések:

Az informális együttműködések számát tekintve 20 új informális együttműködést jelöltek meg a szakemberek 4 adatlapon, ez az egész időszakra vonatkoztatva átlagosan 5 esetet mutat negyedévente szakemberenként.

Q5. Az elmúlt negyedévben hány együttműködés elsegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

A továbbképzések tekintetében a válaszok aránya azt jelzi, hogy inkább a szakmai, kötelező továbbképzéseket részesíti előnyben a szakellátásban dolgozó szakember. A válaszok tekintetében 4 adatlapon 5 esetben





jelölt meg együttműködést elősegítő továbbképzésen való részvételt, ami az egész időszakot figyelembe véve mindössze 1,3 alkalmat jelent negyedévente.

Köznevelés

A köznevelési szektor képviselői által kitöltött adatlapokra is igaz, hogy nem minden adatlapon kaptunk minden kérdésre választ.

Q1. Az elmúlt negyedévben hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

A köznevelésben dolgozó szakemberek válaszai alapján azt látjuk, hogy bár a gyermekek a köznevelési intézményekben töltik a napjuk meghatározó idejét, mégis mindössze 7 esetben vettek részt közös gondozási esetmegbeszélésen, ami az egész pilot időszakot figyelembe véve elenyésző számot, átlagosan 0,4 esetet jelez negyedévente szakemberenként 18 db negyedéves adatlapot figyelembe véve.

Q2. Az elmúlt negyedévben hány esetgondozási együttműködésben vett részt dokumentált módon?

A dokumentált esetgondozási számok teljes szinkront mutatnak a közös esetmegbeszélésre adott számokkal, hiszen itt is 7 esetben vettek részt dokumentált esetmegbeszélésen. a szakemberek, ami az egész időszakra vetítve szintén átlagosan 0,4 esetet jelent negyedévente szakemberenként. Ez az adat azt mutatja, hogy a köznevelésben szigorúan veszik a szakmai protokollt, és betartják a hivatali utat.

Q3. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre Ön és a gyermek- és fiatalkorúak mentális egészségével kapcsolatos egyéb intézmények között?

Az összes új együttműködésre vonatkozó kérdésre azt a választ kaptuk, hogy nem volt ilyen, ez nem egyezik az informális együttműködésekre vonatkozó válaszokkal.

Q3.1. Formalizált együttműködések (együttműködési megállapodás, feladatellátási szerződés, stb.)?

A formalizált együttműködések tekintetében sem jelöltek meg új együttműködést a szakemberek az adott időszakra.





Q3.2. Informális együttműködések?

Ahogy már említettük, az informális együttműködésekre vonatkozó kérdésre adott esetszám az új együttműködések tekintetében nem egyezik az alapkérdés 0-s értékével. Erre a kérdésre 29 informális együttműködést adtak meg a köznevelési szakemberek, ami az egész időszakra vetítve átlagosan 1,7 db esetet jelez negyedévente szakemberenként 17 adatlapot vizsgálva. A jelzett két kérdésre kapott adatok eltérésének oka, valószínűleg ismét félreértelmezés lehet.

Q4. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre ön és azonos szektoron belüli intézmények között:

Q4.1. Formalizált együttműködések?

A szektoron belüli formalizált együttműködés vonatkozásában szintén az az eredmény született, mely szerint nem volt új együttműködés. Ez abból is fakadhat, hogy a szektoron belüli együttműködés napi szinten megvalósul, a mindennapi protokoll része, melyet nem dokumentálnak külön, csak a rutin feljegyzések készülnek el.

Q4.2. Informális együttműködések?

Az informális új együttműködések számát tekintve 30 új informális együttműködés valósult meg a 17 adatlap alapján, mely a teljes pilot időszakra vetítve átlagosan 1,8 db esetet jelez szakemberenként negyedévente. Ez az eredmény szintén a napi rutinnal mutat egyezést.

Q5. Az elmúlt negyedévben hány együttműködés elősegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

A szakma-és sektorközi együttműködés eredményessége érdekében, ismereteket átadó konferenciákon, workshopokon való részvétellel kapcsolatban a köznevelésben dolgozó szakemberek hasonló intenzitású részvételt mutatnak, mint az egészségügyi alap-és szakellátásban dolgozó szakemberek. Mindössze 8 esetben került megjelölésre a részvétel ebben a témában 18 db adatlapon, amely az egész pilot időszakot figyelembe átlagosan csupán 0,4 alkalmat jelent negyedévente szakemberenként.

Szociális szektor

A szociális szektorból összesen 8 db negyedéves adatlap érkezett hozzánk, amiknél szintén megállapítható, hogy nem mindegyik kérdésre kaptunk minden adatlapon választ.





Q1. Az elmúlt negyedévben hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

A szociális szektorból a Pilot programban résztvevő szakemberek a közös gondozási esetmegbeszélésekkel kapcsolatban a többi szektorhoz viszonyítva lényegesen magasabb értéket jelöltek meg. 31 esetmegbeszélésen vettek részt mind a 8 adatlapot vizsgálva, ami átlagosan 3,9 esetet jelez negyedévente szakemberenként. A kapott válaszok alapján azt látjuk, hogy a szociális szektor a kliens ellátása érdekében gyakran vesz részt közös gondozási esetmegbeszélésen. Az esetmegbeszélés alap az egyéni gondozási terv kialakításához, mely a szociális ellátásban a szakmai munka és protokoll alapját jelenti.

Q2. Az elmúlt negyedévben hány esetgondozási együttműködésben vett részt dokumentált módon?

A dokumentált esetgondozási együttműködésekkel kapcsolatos kérdésre érkezett válaszok teljes szinkronitást mutatnak a közös esetgondozásra vonatkozó értékkel, 31 esetet adtak meg, ami szintén átlagosan 3,9 db részvételt jelent negyedévente szakemberenként a teljes pilot időszakra vonatkozóan. Ez az azonos érték azt mutatja, hogy a szociális szektor munkáját pontos, minden tekintetben szigorú dokumentációs eljárásrend jellemzi.

Q3. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre Ön és a gyermek- és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos egyéb intézmények között?

Az összes új együttműködésre vonatkozó kérdésre 11 esetet jelöltek meg a szakemberek, amely adat azonban nem egyezik meg a formalizált, illetve az informális együttműködésekre kapott értékekkel. Ezt a kérdést valamennyi szektornál félreértelmezték a szakemberek, tehát valószínűleg a kérdésfeltevés sem volt egyértelmű.

Q3.1. Formalizált együttműködések? (együttműködési megállapodás, feladat ellátási szerződés stb.)

A formalizált együttműködési megállapodás csupán 3 esetben valósult meg a 7 adatlap adatai alapján, mely a teljes Pilot időszakban 0,4 db együttműködést mutat negyedévente szakemberenként. Ez alacsony arány a dokumentált esetgondozási eredményekhez viszonyítva.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Q3.2. Informális együttműködések?

Az informális együttműködés a formálishoz képes magas értéket mutat, 29 esetben valósult meg az elemzett 8 adatlap alapján, ami 3,6 db esetet jelez negyedévente szakemberenként a teljes Pilot időszakban.

A kapott eredmény a napi protokollal van összhangban.

Q4. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre ön és azonos szektoron belüli intézmények között:

Q4.1. Formalizált együttműködés?

A szektoron belüli formalizált együttműködésre vonatkozó értékek szintén magasabbak a másik három szektorhoz képest, 22 esetet jelöltek meg 8 adatlapon, amely a teljes pilot időszak vonatkozásában átlagosan 2,8 db esetet mutat negyedévente szakemberenként.

Q4.2. Informális együttműködések?

Az informális együttműködések figyelembe véve még magasabb arányt tapasztalunk, 59 új együttműködés született 8 adatlapot vizsgálva, amely a teljes pilot időszakra vetítve 7,4 db esetet jelent átlagosan negyedévente szakemberenként. Ez a magas szám mutatja, hogy a szociális szektorban a szektoron belüli együttműködések intenzívebbek, eredményesebben valósulnak meg.

Q5. Az elmúlt negyedévben hány együttműködés elősegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

Az együttműködések elősegítését célzó képzések, workshopok tekintetében is magasabb értékeket kaptunk a szociális szektorban, mint a másik három szektorban. A válaszok szerint 12 esetben vettek részt az együttműködések hatékonyságának javítását elősegítő képzéseken, workshopokon 8 adatlap adatai alapján, amely a teljes vizsgált időszak esetében 1,5 alkalmat jelent negyedévente szakemberenként.

Szektorok összesítése

Összesítve is megvizsgáltuk a különböző szektorok által az Adatlap 2.1-re adott válaszokat.





Q1. Az elmúlt negyedévben hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

A Pilot programban résztvevő szektorok szakemberei az adott kérdésre összesen 57 esetben jelölték meg, hogy részt vettek közös gondozási esetmegbeszélésen.

Q2. Az elmúlt negyedévben hány esetgondozási együttműködésben vett részt dokumentált módon?

A dokumentált gondozási esetmegbeszélés együttműködésre vonatkozó kérdés esetében magas értéket jelöltek meg a résztvevők. A válaszok alapján 249 esetben történt közös gondozási esetmegbeszélés.

Q3. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre Ön és a gyermek- és fiatalkorúak mentális egészségével kapcsolatos egyéb intézmények között?

A programban résztvevő szakemberek 28 esetben jelöltek meg új együttműködést, de ahogy azt már korábban megállapítottuk, ez a kérdés nem volt egyértelmű a válaszadók számára, így ez az adat sem tekinthető teljesen reálisnak.

Q3.1. Formalizált együttműködések (együttműködési megállapodás, feladat ellátási szerződés, stb.)?

Az új együttműködések között formalizált együttműködés mindössze 3 esetben valósult meg.

Q3.2. Informális együttműködések?

Ezzel szemben az informális együttműködések tekintetében 115 együttműködés került megjelölésre. Valószínűsíthető, hogy a válaszok kitöltésekor nem vették figyelembe a szakemberek az alapkérdést, így született az eltérő adat.

Q4. Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre ön és azonos szektoron belüli intézmények között:

Q4.1. Formalizált együttműködés?

A szektorokon belüli formalizált együttműködés tekintetében 22-öt adtak meg a szakemberek.

Ez alacsony érték, tekintettel arra, hogy a szektoron belüli együttműködésintenzitása a hálózati együttműködés minőségét mutatja meg.

Q4.2. Informális együttműködések?

Az azonos szektorok közötti informális együttműködések száma lényegesen magasabb





értéket mutat, 116együtműködés. Ez az egyes szektorokon belül a szakemberek közötti informális együtműködések hangsúlyosságára utal.

Q5. Az elmúlt negyedévben hány együtműködés elősegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

Az együtműködés javítása érdekében szervezett konferenciákon, workshopokon, képzéseken való részvételi adatok szintén alacsony intenzitást mutatnak, mindössze 35 esetben történt részvétel.

Az Adatlap 2. és az Adatlap 2.1. válaszainak összehasonlítása

A szektorok elemzése során született 2018-as megbecsült adatok és a 2019-es Pilot adatlapok eredményeit összehasonlítva az alábbi összehasonlító értékek születtek:

Q1. (2018) Kérjük, becsülje meg, hogy 2018-ban hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

Q1. (Pilot) Az elmúlt negyedévben hány közös gondozási esetmegbeszélésen vett részt?

A pilot vizsgálatban résztvevő szakemberek 75-re becsülték a közös gondozási esetmegbeszélésen való részvételek számát 2018-ban. A pilot időszakban a kitöltött adatlapok során ez az érték csupán 57 volt. Ez az előző évi becsült adathoz képest alacsonyabb értéket, 24%-os csökkenést mutat.

Q2 (2018) Kérjük, becsülje meg, hogy 2018-ban hány esetgondozási együtműködésben vett részt dokumentált módon?

Q2 (Pilot) Az elmúlt negyedévben hány esetgondozási együtműködésben vett részt dokumentált módon?

A szakemberek a dokumentált esetgondozási együtműködések számát 47-re becsülték 2018-ban, ezzel szemben a 2019-es adatlapok során 249 eset került be a vizsgálatba. Ez a becsült értékhez képest 188%-os emelkedést mutat.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Q3.(2018) Kérjük, becsülje meg, hogy 2018-ban hány formális és informális kapcsolat jött létre ön és a gyermek- és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos ellátásokat, szolgáltatásokat végző egyéb intézmények között?

Q3. (Pilot) Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre Ön és a gyermek- és fiatalok mentális egészségével kapcsolatos egyéb intézmények között?

A formális és informális kapcsolatokra vonatkozó adat tekintetében a pilot programban résztvevő szakemberek a 2018-as évre 1110 kapcsolatot jelöltek meg. A kitöltött 2019-es évre vonatkozó pilot adatlapokon erre a kérdésre 118 új együttműködés került megjelölésre. Ez a becsült értéknek mindössze 11%-a.

Q5.(2018) Jelenleg hány együttműködés létezik intézménye és azonos szektoron belüli intézmények között? Formalizált (együttműködési megállapodás, feladat-ellátási szerződés, stb.)

Q4.1. (Pilot) Az elmúlt negyedévben hány új együttműködés jött létre ön és azonos szektoron belüli intézmények között: formalizált együttműködések?

A becsült adat 2018-ra vonatkoztatva a szektorokon belüli együttműködés tekintetében 8 volt, míg a 2019-es kitöltött pilot adatlapok alapján 22 esetben valósult meg. Ez az érték 275%-os emelkedés a 2018-as értékhez képest.

Q6. (2018) 2018-ban hány együttműködés elősegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

Q5.(Pilot) Az elmúlt negyedévben hány együttműködés elősegítését célzó továbbképzésen, konferencián, workshopon vett részt?

A szakemberek a 2018-as továbbképzéseik szempontjából 29-re becsülték az együttműködés elősegítését célzó képzések számát, míg a felvett 2019-es adatlapokon 35 esetben jelöltek meg ilyen irányú képzést. Ez 17%-os emelkedés az előző év adataihoz képest.

Összességében elmondhatjuk a 2018-as és 2019-es év adatainak összehasonlításáról, hogy a becsült adatok a legtöbb esetben túlbecsültnek tűntek. Mindössze két kérdés esetében volt azokhoz képest emelkedés. Az egyik az azonos szektoron belüli, formalizált





együttműködések száma, mely markáns emelkedést mutat (275%), illetve az együttműködések elősegítését célzó képzésen való részvételek száma tekintetében született emelkedő érték (17%).

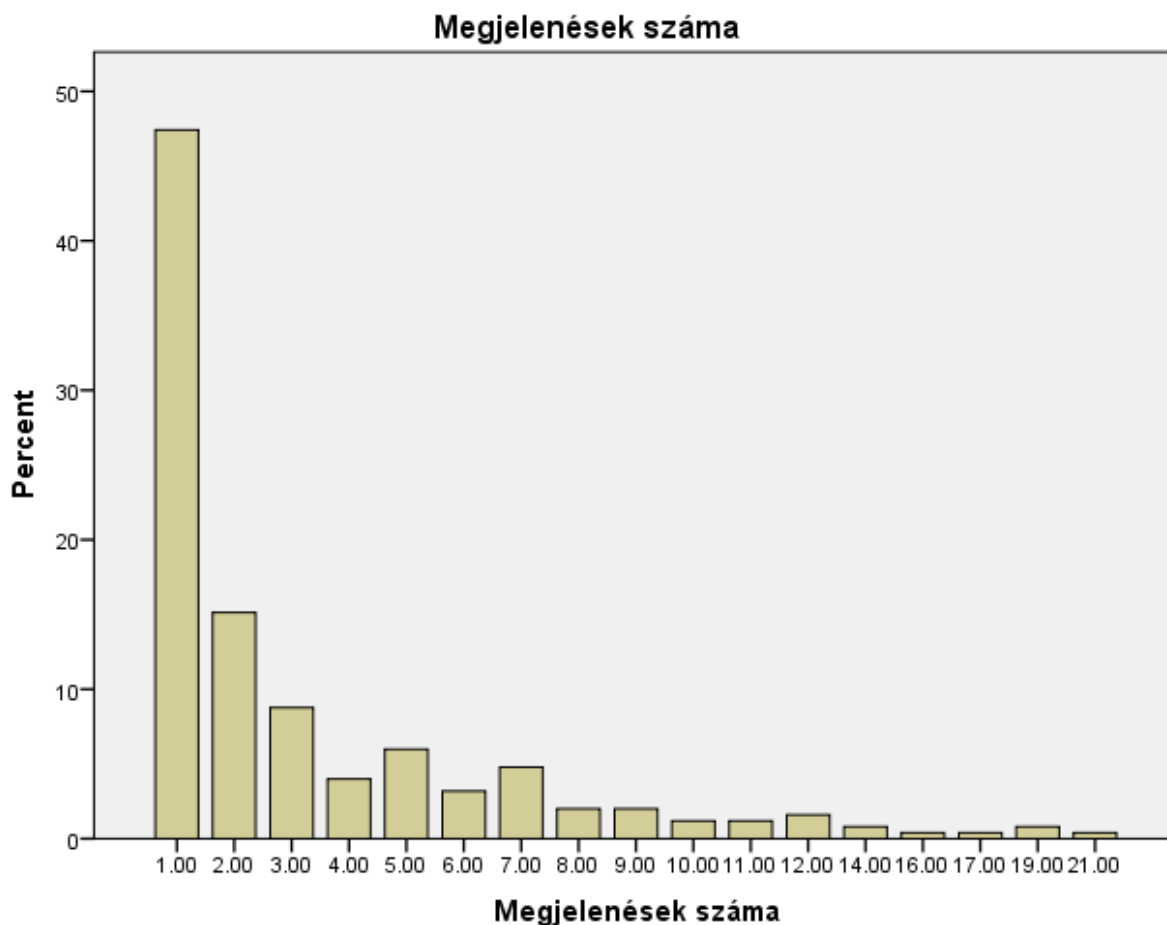
6.4. Az egyéni kliensek ellátásával kapcsolatos együttműködésekre (ADATLAP 1.) vonatkozó kérdésekre adott válaszok elemzése

Ebben a részben pilot programjának elemzése következik a kliens adatlapok (Adatlap 1.) vizsgálatának tükrében.

Az elemzés 10 közreműködő segítő válaszait tartalmazza a 2019-es évre vonatkozóan. A vizsgált időszak alatt 249 kliens került be az ellátásba. Az egy éves pilot program a velük végzett segítő munka mentén történő együttműködések kerültek elemzésre meghatározott vizsgálati kérdések mentén.

Legelőször megvizsgáltuk, hogy a 249 kliens hányszor jelent meg a vizsgált rendszerben, azaz hányszor töltött ki egy szakember adatlapot egy kliens esetén („megjelenések száma”). A következő ábra a kliensek megjelenések száma szerinti eloszlását mutatja 2019-ben:





Q1. A kapcsolatot kezdeményezte:

Ennél a kérdésnél a kapcsolatkezdeményező szakembernek meg kellett adnia a nevét, ezzel egyben azt is láthattuk, hogy melyik szektort képviseli az adott szakember, akit korábban mi választottunk, ki az adott szektorból. Ennek a kérdésnek az elemzése a későbbiekben jelenik meg a szektoriális vizsgálatoknál.

Q2. A kapcsolatfelvétel ideje:

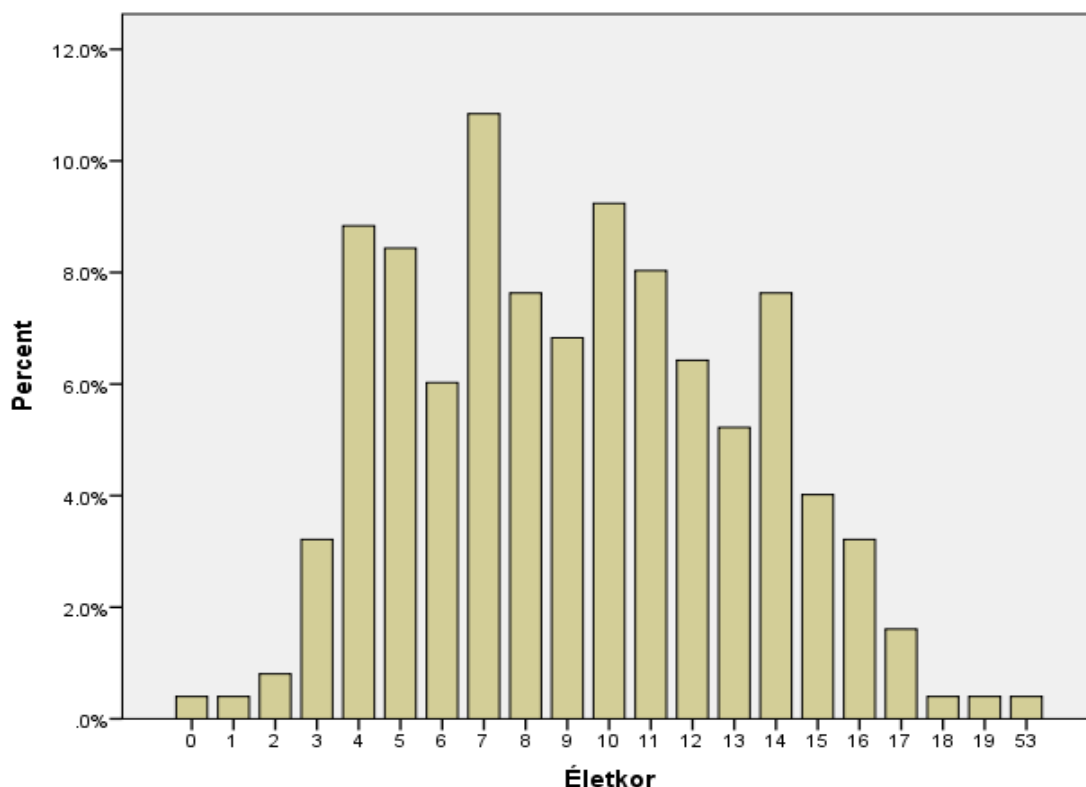
Pontos dátumot kértünk megadni, év, hónap és nap.

Q3. Életkor

A vizsgálatba bevont személyek közül az életkorban legjellemzőbbek adatait emelnénk ki. A gyermekek 0- 19 éves korig kerültek be a vizsgálatba. A legtöbb gyermek, 27 fő (11%) 7 éves volt. 23-an voltak 10 évesek és 22-en 4



évesek a 249 főből (9-9%). 20 fő volt 11 éves, 21 fő 5 éves, 19-19 fő 8 illetve 14 éves, ez egyenként 8-8%-ot jelent. 7%-ban jelentek meg a 9 évesek (17 fő), illetve 6-6%-ban a 6 és 12 évesek (15 és 16 fő). 13 gyermek képviselte a 13 éves korosztályt (5%), és 10 gyermek (4%) 15 éves volt. A többi hét korosztály 10 alatti létszámmal került a vizsgálatba. A legmagasabb számban a 7 éves korosztály szerepel, ami feltételezhetően az új közösségbe való bekerülés következménye, esetleg új segítők, szakemberek látószögébe kerülhettek. Felmerül az is, hogy az alkalmazkodás kapcsán keletkeztek problémák a gyermekközösségekben, illetve a családon belül ami valamilyen mentális egészséghez is kapcsolódó ellátást tett szükségessé.



Q4. Kapcsolatfelvétel oka:

Q4.1. Veszélyeztetés fennállása:

A 249 esetből 41 esetben, ami 16%-ot jelent, állt fent a veszélyeztető helyzet, az ellátással kapcsolatos együttműködések ebből a helyzetből kiindulva lettek kezdeményezve.





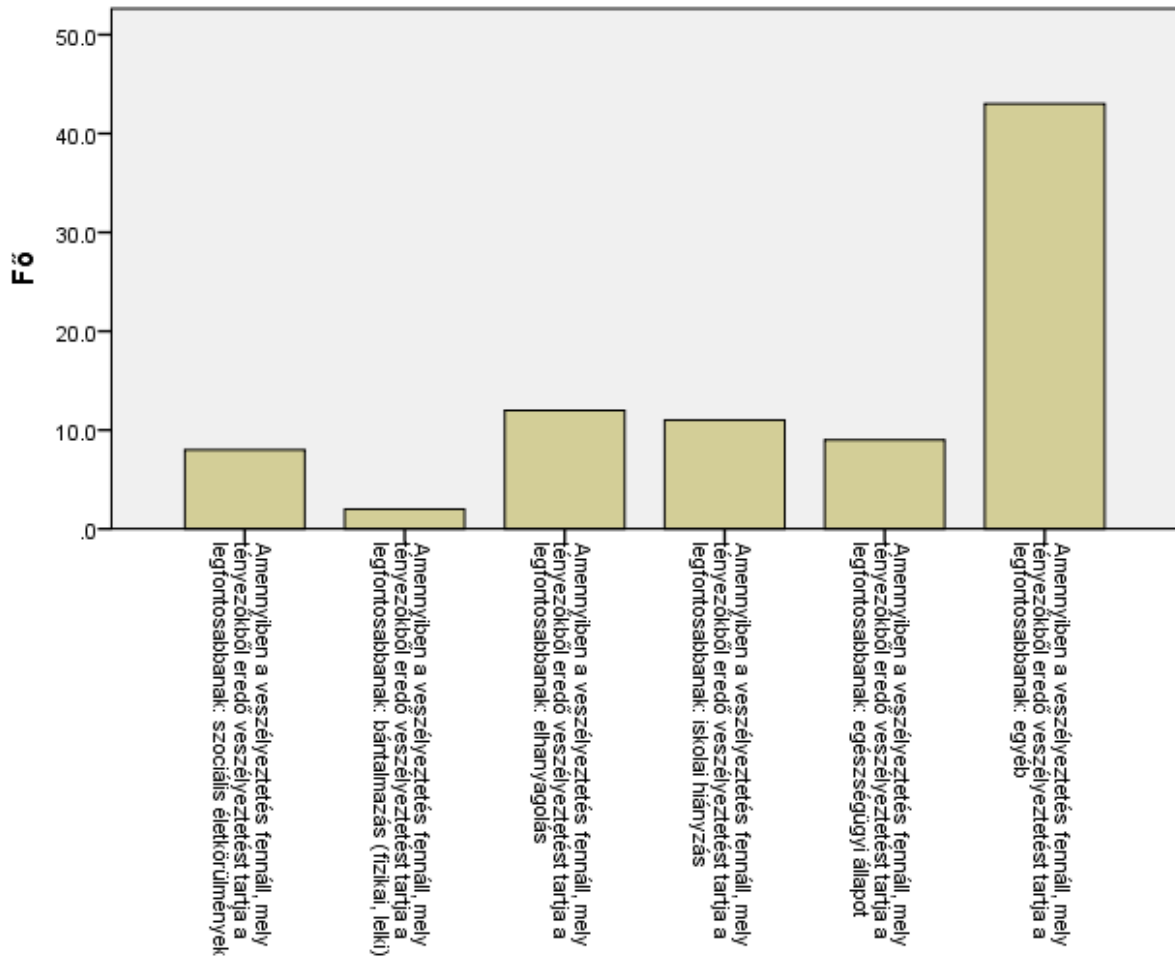
Q4.2. Amennyiben a veszélyeztetés fennáll, mely tényezőkből eredő veszélyeztetést tartja a legfontosabbnak?

Erre a kérdésre 50 db válasz érkezett annak ellenére, hogy az előző kérdésre csupán 41-en válaszoltak igen-nel, így az alábbi eredmények születtek:

- **szociális életkörülmények:** A szakemberek 8 esetben (3%-a a 249 vizsgált esetnek), a szociális körülményeket jelölték meg a probléma forrásaként.
- **bántalmazás (fizikai, lelki):** 2 esetben, 1% alatti mértékben volt fizikai bántalmazás a háttérben. Ezt a nem túl magas számot pozitívan is értékelhetjük, azonban nagyon sok a felderítetlen családon belüli bántalmazás, melyet a jelzőrendszer tagjai még mindig nagyobb figyelemmel és felelősségérzettel közelíthetnének meg.
- **elhanyagolás:** 12 gyermek (5%) szenvedett a szülői elhanyagolástól. A szülők pszichés vagy addiktológiai érintettségéből, viselkedési anomáliákból kifolyólag elhanyagolják kötelességeiket és nem tudják a fizikai és érzelmi biztonságot megadni a gyermekeiknek. Ezeknek a tartós fennállása a gyerekek mentális állapotát nagymértékben befolyásolhatja, melyre a jelzőrendszer tagjainak figyelni kell és a felelősséget hangsúlyozva közbe kell lépni.
- **iskolai hiányzás:** 11 fő (4%) került be a vizsgálatba az iskolai hiányzás miatt. Ennek háttérében különböző okok állhatnak, de az elhanyagolással szoros összefüggésben lehet, mely mögött a szülők felelőtlen, esetleg szabályszegő magatartása is meghúzódhat.
- **egészségügyi állapot:** 9 fő (4 %) volt érintett az egészségi állapota miatt.
- **egyéb:** Az egyéb kategóriában 8 kifejtős válasz érkezett (3%) egy-egy témában reprezentálva, úgy mint:
 - iskolai beilleszkedési probléma,
 - erkölcsi veszélyeztetés,
 - családon belüli konfliktusok,
 - magatartás problémák,
 - molesztálás,
 - szuicidium kísérlet,
 - anya mentális állapota,
 - óvodai hiányzás.



A veszélyeztetéssel kapcsolatos kérdésre kapott válaszokat foglalja össze a következő ábra.



Q4.3. Amennyiben a veszélyeztetés nem áll fenn, akkor döntően milyen ok miatt került sor a kapcsolatfelvételre?

Erre a kérdésre 221 válasz érkezett, annak ellenére, hogy csupán 208-an jelölték a nem választ az előzetes kérdésre. Ennek oka lehetett, hogy volt, aki több választ is megjelölt. Az alábbi eredmények születtek:

- **konzultáció az adott klienssel kapcsolatban:** 168 esetben a vizsgált 249-ből, 68%-ban a szakemberek a konzultációt jelölték meg a kapcsolatfelvétel indokaként. Úgy tűnik, a leggyakrabban alkalmazott együttműködési forma egy adott gyermek ellátása során a konzultáció, melynek segítségével a



legkisebb erőfeszítéssel valósulhat meg a szakemberek közötti információcsere, és egymás szakmai támogatása.

- **továbbirányítás megbeszélése:** 9 esetben, 4%-ban a megkérdezettek a továbbirányítás lépéseit beszélték meg kollégájukkal. Az egyes szektorokban bekövetkező változások vagy személyi csere miatt, időnként pontosításra szorul a kezelés menete, az intézményekben bekövetkező módosítások nem mindig követhetők pontosan.
- **feladatmegosztás megbeszélése:** 8 szakember (3%) gondolta úgy, hogy a feladatmegosztás volt a célja a kapcsolatfelvételnek részéről. Lehetséges, hogy egy formális megállapodással, vagy informális előzetes feladatmegosztással ezek az aktuális megkeresések kevesebb idő-, illetve energiaráfordítást tennének szükségessé.
- **kliens számára vizsgálati időpont kérése:** 36 esetben, 15%-ban történt időpont egyeztetés a kliens számára. Ez a feladatkör lehetne többek között a korábbi feladatrészekben megjelölt esetmenedzser feladata. Ő lehetne, aki összefogja a szektorok közötti együttműködést egy adott eset kapcsán, másrészt a kliens kezelését és egyéb egészségügyi problémáit hosszmetészetében is átlátja. Ő lenne képes holisztikusan felmérni a gyermek/fiatal számára legelőnyösebb, leghatékonyabb kezelési formákat.
- **egyéb:** Nem történt külön megjelölés ebben a kategóriában.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

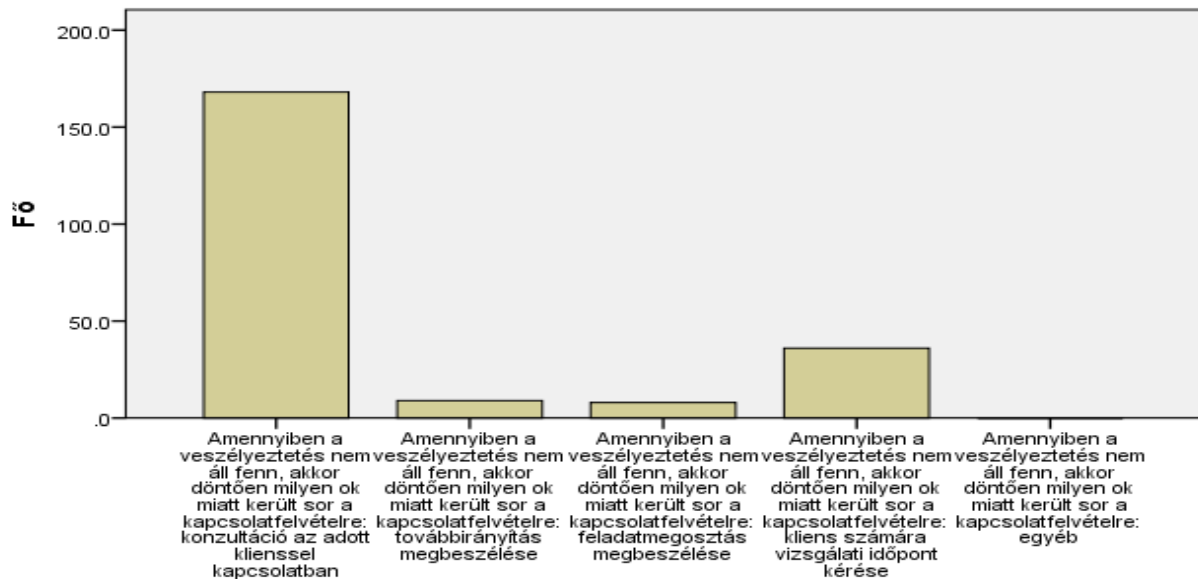
Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



A kapcsolatfelvétel okait vizsgáló kérdésre kapott válaszokat foglalja össze a következő ábra.



Q4.4. Történt-e hivatalos jelzés (gyámügy, gyermekvédelem, rendőrség felé)?

18 esetben a vizsgált 249-ből, 7% -ban fordult elő jelentés a gyermekvédelem, illetve a hatóságok felé. Az együttműködések szereplői közül, a megjelölt intézmények vonatkozásában a hatóság megkeresése egy mélyebb szintje a beavatkozásoknak. Gyakran a családok vonatkozásában szükség van az említett szereplők bevonására, hogy a küszöbön álló változásokat a nehezen mozduló rendszerek is megtegyék a gyermek érdekében. Egyfajta kényszerítő szerepük is van ezeknek az intézményi szereplőknek, egyre többször látjuk a gyakorlati munka során milyen nagy szükség van következetes határhúzásra a gyógyító/segítő és nevelő szakmákban egyaránt.

Q5. Kivel történt a kapcsolatfelvétel? (az egyén első adatlapja/megjelenése alapján)

Erre a kérdésre sokféle, különböző válasz született, név szerint felsorolva az érintett szakembereket, foglalkozásukat külön megjelölve. A legnagyobb esetszámokat





kiemelve 14 megkeresés (6%-a vizsgált 249 esetnek) kiugróan magas arányban szerepel, mely egy fejlesztő pedagógus munkaköréhez kapcsolódik, 7 fővel, 3%-os reprezentációval követi őt egy iskola pszichológus. Az összes többi szakma 1-től 3-ig terjedő gyakorisággal lett megkeresve, a legtöbben pedagógus, családgondozó, ifjúságvédelmi felelős munkakörben dolgozó szakemberrel konzultáltak a klienseik ügyében. A kevés esetszám, és az egyes szereplők nem reprezentatív beválasztása csak óvatos becslést enged meg, mégis úgy tűnik a pedagógusok nagy számban szerepelnek a megkeresettek között, hiszen szakemberként ők töltenek el legtöbb időt a gyermekkel, és ők látják a gyermek viselkedését, illetve az egyes anomáliákat. Természetes közegükben tudják a gyermek és fiatalkorúak viselkedését és mentális állapotát megítélni.

Nem csak a kliensek első megjelenése alapján vizsgáltuk a válaszokat, hanem az összes klienssel történt összes kapcsolatfelvételt is. E tekintetben a megjelenések száma 824 volt.

Q5. Kivel történt a kapcsolatfelvétel? (az összes esetszámot és kapcsolatfelvételt vizsgálva, egyénekenként multiciplítással):

A legnagyobb esetszámokat kiemelve 32 esetben a 824 esetből, 4%-ban családgondozó, 31 esetben (4%) pedagógiai asszisztens lett megjelölve, 20 főnél (2%) ifjúságvédelmi felelős megkeresése történt. A legnagyobb esetszámmal megkeresett 3 különböző osztályfőnök eseteit elemezve, egyenként a következő számszerű és százalékos arányt mutatják. A legtöbb kapcsolatfelvétel 19 volt, ami 2%-ot jelent az összes megkeresés viszonylatában, a következő nagy esetszámú osztályfőnök esetében 16 kapcsolatfelvétel született, ami szintén kb. 2%-os arányt mutat és 12, azaz 1% esetben szintén egy harmadik osztályfőnök megkeresését lehet kiemelni a kapcsolatfelvételek vizsgálata során. Ez összesítve 47 alkalmat jelent a három pedagógus vonatkozásában, tehát láthatjuk, hogy a legmagasabb esetszámokat érték el a felkeresett szakemberek tekintetében. Az összes megkeresést vizsgálva az is kiderül, hogy a szociális szakember mellett a pedagógus az a szakember, aki központi helyen szerepel a gyermekek lelki egészségének érdekében végzett munka területén. Egyéb munkakörökben is a pedagógus végzettségű szakembereket találjuk a vizsgálat során, és ez





még inkább kiemeli azt a sürgető feladatot, hogy a pedagógusképzés zárkózzon fel a jelenleg az oktatásban résztvevő gyermekeket érintő problémákhoz.

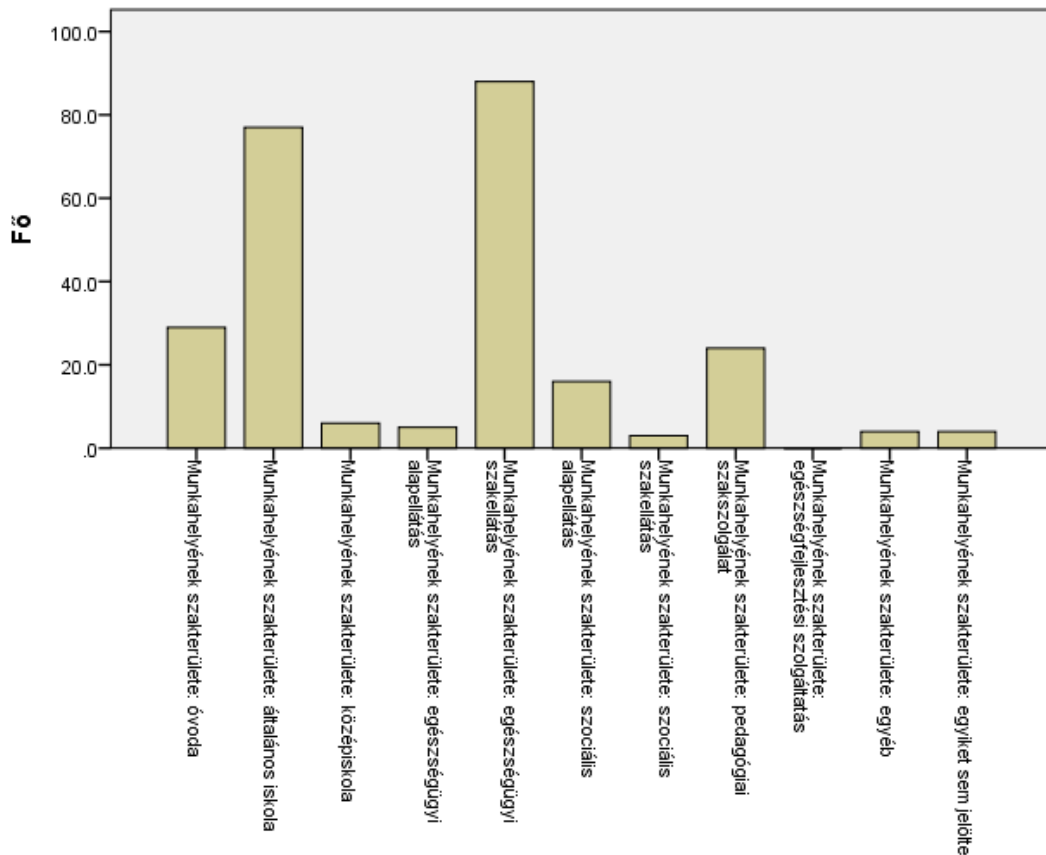
Q5.1 Munkahelyének szakterülete? (Több válaszlehetőséget is meg lehetett jelölni.):

A felkeresett szakemberek az alábbi területeken látják el feladatukat (az egyén *első adatlapja/megjelenése alapján*):

29 megkeresett szakember a 249 esetet tekintve óvoda munkatársa volt (12%). 77 szakember (31%) általános iskolai tanár vagy segítő volt. 6 fő (2%) a szakemberek közül középiskolában dolgozott. Egészségügyi alapellátásban 5 fő, (2%), 83 szakember (33%) az egészségügyi szakellátásban, 16 fő (6%) szociális alapellátásban dolgozott, csak 3 fő, azaz 1% volt a szociális szakellátás dolgozója. A pedagógiai szakszolgálat 24 fővel is viszonylag magas arányban volt jelen, ez 10%-ot jelent. Egészségfejlesztési szolgáltatást egyetlen szakember sem vett igénybe. Az egyéb kategóriában a következő szöveges válaszok születtek: “gyermekklinika”, “REHAB”, “Szakrend”, ”lakásotthon”. Bár ezeket a válaszokat megvizsgálva láthatjuk, hogy a fentebbi kategóriákba besorolhatóak. 4 résztvevő (2%), egyik válaszlehetőséget sem jelölte meg.



A fenti kérdésre adott válaszokat összesíti a következő ábra:



A fenti adatokból egyértelműen látszik, hogy a legtöbb szakembert az egészségügyi szakellátásban keresték fel, mivel a bejáratott rendszer szerint ez az első állomása a betegutaknak. Második helyen az általános iskolai pedagógusok, segítők szerepelnek, hiszen napközben ők töltik legtöbb időt a gyermekkel, a viselkedési problémák náluk jelentkezhetnek legelőször.

A vizsgálatban résztvevők az alábbi szakembereket keresték fel (az összes esetszámot és kapcsolatfelvételt vizsgálva, egyénenként multiciplicitással):

77 szakember (9%) a 824 esetből óvoda munkatársa, 363 fő (44%) általános iskolai tanár, vagy segítő volt. 11 fő (1%) középiskolában dolgozott. Egészségügyi alapellátásban 5 fő, 1% alatti arányban fordult elő. 213 szakember (26%) az egészségügyi szakellátásban, míg 68 fő (8%) szociális alapellátásban dolgozott. 45 fő, azaz 5% a szociális szakellátás dolgozója volt. A pedagógiai szakszolgálat 36 fővel is

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

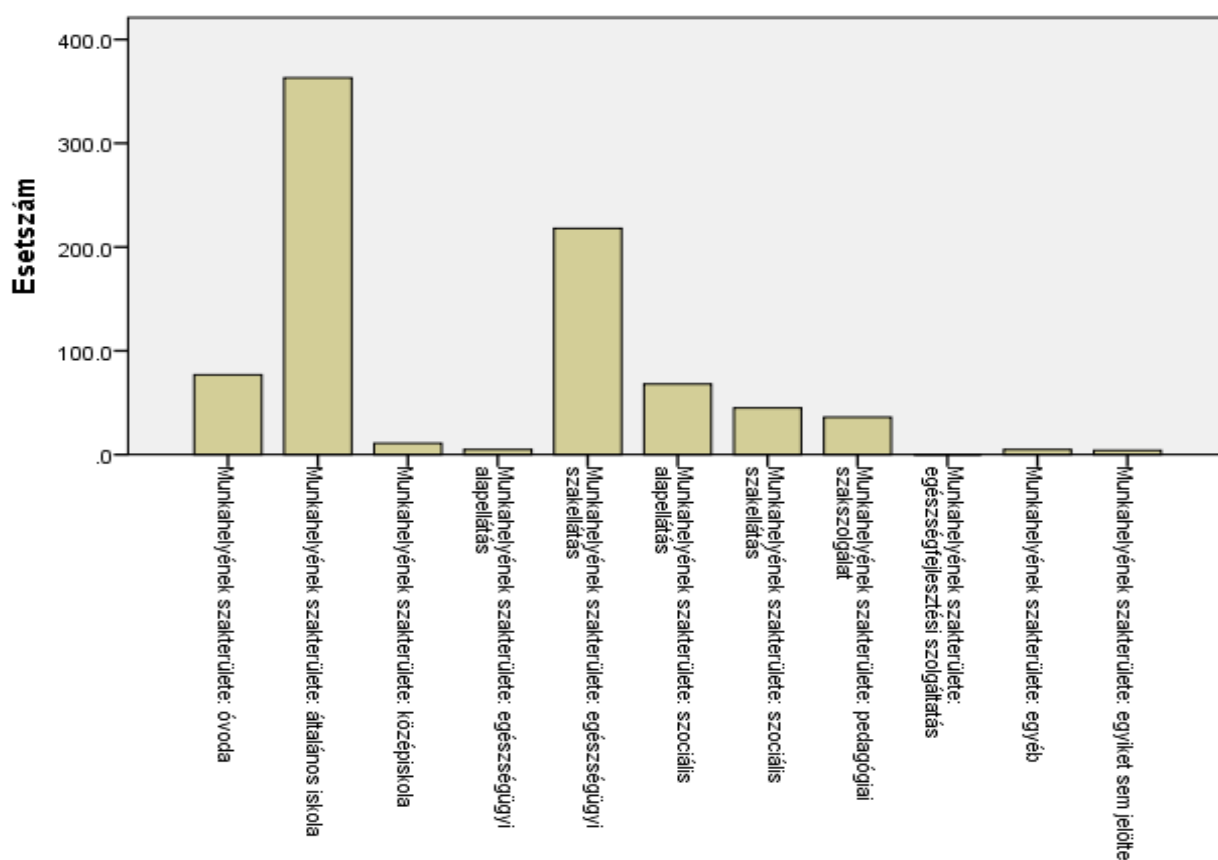
Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



viszonylag magas arányban volt jelen, ez 4%-ot jelentett. Egészségfejlesztési szolgáltatást egyetlen szakember sem vett igénybe. Az egyéb, szöveges válaszok esetében megjelentek az egyéni elemzéseknél adott válaszok: "gyermekklinika", "REHAB", "Szakrend", "lakásotthon". Bár ezeket a válaszokat megvizsgálva láthatjuk, hogy a fentebbi kategóriákba besorolhatóak. 4 résztvevő, 1% alatti arányban, egyik válaszlehetőséget sem jelölte meg. Az eredmények hasonló megoszlást mutatnak, mint az első megjelenésnél kapott eredmények. Az első két helyen ebben az esetben is az általános iskolai tanárok, segítők és az egészségügyi szakellátásban dolgozó szakemberek állnak a már említett okok miatt.



Q5.2. Végzettsége (több választ is meg lehetett adni, de a legmagasabb végzettséget kellett alapul venni.):

Ebben a kérdéskörben arra kerestük a választ, hogy az együttműködés kezdeményezése, mely szakmákra irányul (az *egyén első adatlapja/megjelenése alapján*):





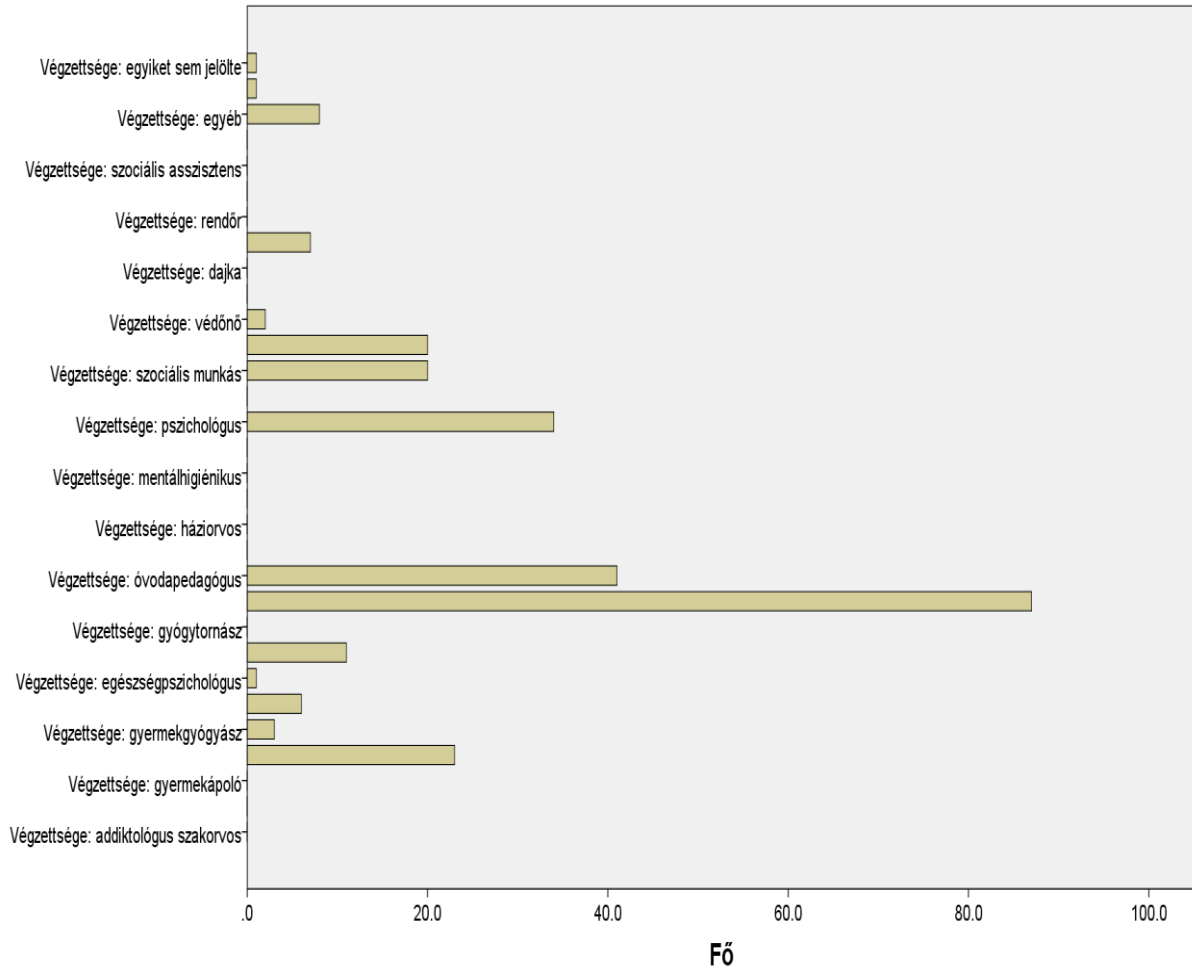
A legtöbb megkeresés a pedagógus (tanító/tanár) szakma képviselői felé irányult, 87 fő a 249 esetből, 35%-os arányban. 41 esetben, 17%-ban óvodapedagógust, 34 esetben (14%) pszichológust kerestek fel. 23 fő, azaz 9% fejlesztő pedagógussal vette fel a kapcsolatot, Egyformán 20 megkeresés irányult 8-8%-ban szociálpedagógus, illetve szociális munkás felé. Gyógypedagógus végzettségű 11 fő volt a megkeresettek között, ez 4%-ot tesz ki. Gyermek- és ifjúságvédelmi felügyelő 7 fő volt, azaz 3%. 6 esetben gyermekpszichiátert kerestek fel, ami 2%-os arányt jelent. Gyermekgyógyászt 3 szakember kereste fel (1%), védőnőt 2 szakember, ami 1% alatti reprezentációt jelent az összes megkeresés vonatkozásában. 1 esetben kerestek fel egészségpszichológust. A felsorolt együttműködések közül egy fő sem képviselte az alábbi szakmákat: addiktológus szakorvos, diplomás ápoló, gyermekápoló, gyógytornász, házi gyermekorvos, klinikai gyermek szakorvos, mentálhigiénikus pszichiáter, ápoló, dajka, rendőr, pszichológiai asszisztens, szociális asszisztens, gyógypedagógiai asszisztens. Az egyéb szakmák felsorolásánál a következő szöveges válaszok születtek: 5 esetben a “szociálpedagógus” választ adták meg, habár ez a szakma megnevezés szerepelt a kiválasztható válaszok között is, “pedagógiai szakpszichológus” ”asszisztens”, és “logopédus” végzettség megnevezés 1-1 esetben érkezett. 1 fő volt, aki egyik válaszlehetőséget sem jelölte, és szintén 1 fő adta a „nem tudom” választ.

Az előző, szakterületre vonatkozó kérdés eredményei alapján nem meglepő, hogy a pedagógus szakma képviselői felé irányult a legtöbb megkeresés, hiszen, ahogy már említettük, a szülők után ők töltik a legtöbb időt a gyermekekkel, a problémás, deviáns viselkedés legfőképp náluk jelenik meg.





A fenti kérdésre adott válaszokat a következő ábra összesíti:



Tekintsük ugyanezt a kérdést az összes esetszámot és kapcsolatfelvételt vizsgálva, egyéneenként multiciplicitással:

A legmagasabb számú kapcsolatot pedagógusok felé kezdeményezték 375 esetben a 824-ből, 46%-os arányban, szociális munkásokat 108 alkalommal, 13%-os mértékben kerestek fel, 96 megkeresés, 12%-ban óvodapedagógusok felé irányult, 83 alkalommal 10%-ban pszichológusokkal vették fel a szakemberek a kapcsolatot. 78 esetben 10%-os aránnyal szociálpedagógus felé irányult megkeresés, gyógypedagógus felkeresése 53 esetben történt, ami az összes kapcsolat esetén 6%-os arányt jelent. Fejlesztő pedagógust 38 esetben





kerestek fel a szakemberek, ami 5%-os arányt jelent. Gyermekek és ifjúságvédelmi felelőssel 20 alkalommal, 2%-ban vették fel a kapcsolatot a szakemberek. Gyermekpszichiáter felé 7 megkeresés érkezett, mely 1% alatti arányt jelent. Gyermekgyógyászt 3 esetben kerestek fel, védőnő és gyógypedagógiai asszisztens 2-2 esetben, mentálhigiénikus és egészségfejlesztő 1-1 alkalommal jelent meg, az összes kezdeményezett kapcsolat vonatkozásában. Az utóbbi szakmák mindösszesen 1%-os arányban vannak képviselve a vizsgálatban, ebben az adott kérdésben. Az „egyéb” kifejtős kérdésnél a következő válaszok születtek:

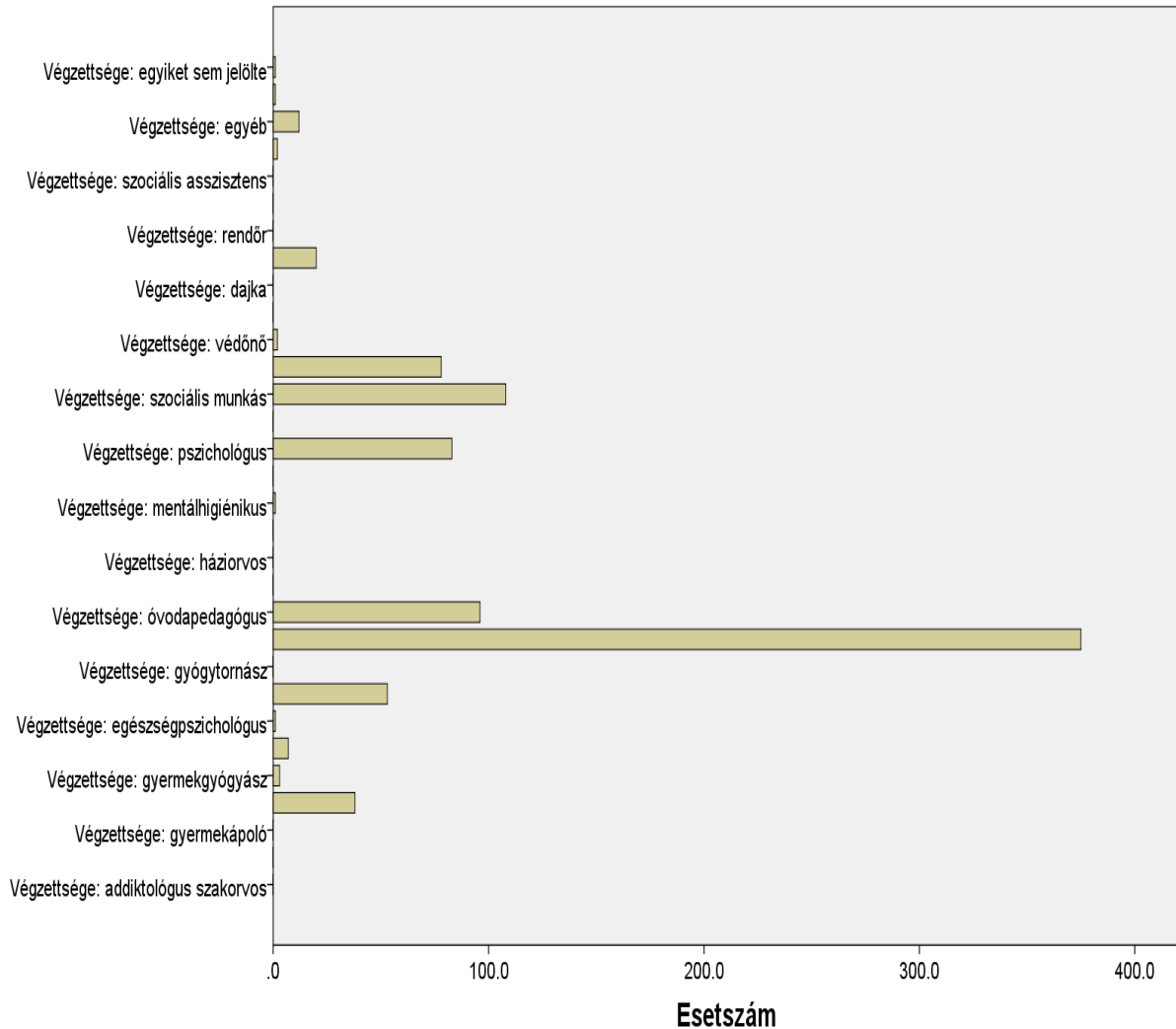
Pedagógiai szakpszichológus 5 fő, szociálpedagógus 5 fő, asszisztens 1 fő, logopédus 1 fő lett megjelölve. Az egyéb megnevezett foglalkozásúak együtt 12 fő, 1%-ot tesznek ki mindösszesen.

Addiktológus, diplomás ápoló, gyermekápoló, gyógytornász, házi orvos/gyermekorvos, klinikai gyermek szakorvos, pszichiáter, rehabilitációs szakorvos, ápoló, dajka, rendőr, pszichológiai asszisztens, szociális asszisztens végzettségű nem szerepelt a megkeresett szakemberek között.

Eltérésként mutatkozik az első megjelenés eredményeitől végzettség tekintetében, hogy a pedagógusok mögött második helyen a szociális munkás végzettségű szakembereket keresték fel leginkább. Ennek oka lehet, hogy az egészségügyi alapellátásban is nagy számban fordulnak elő az említett végzettségű szakemberek.



Az következő ábra az összes válasz megoszlását mutatja be.



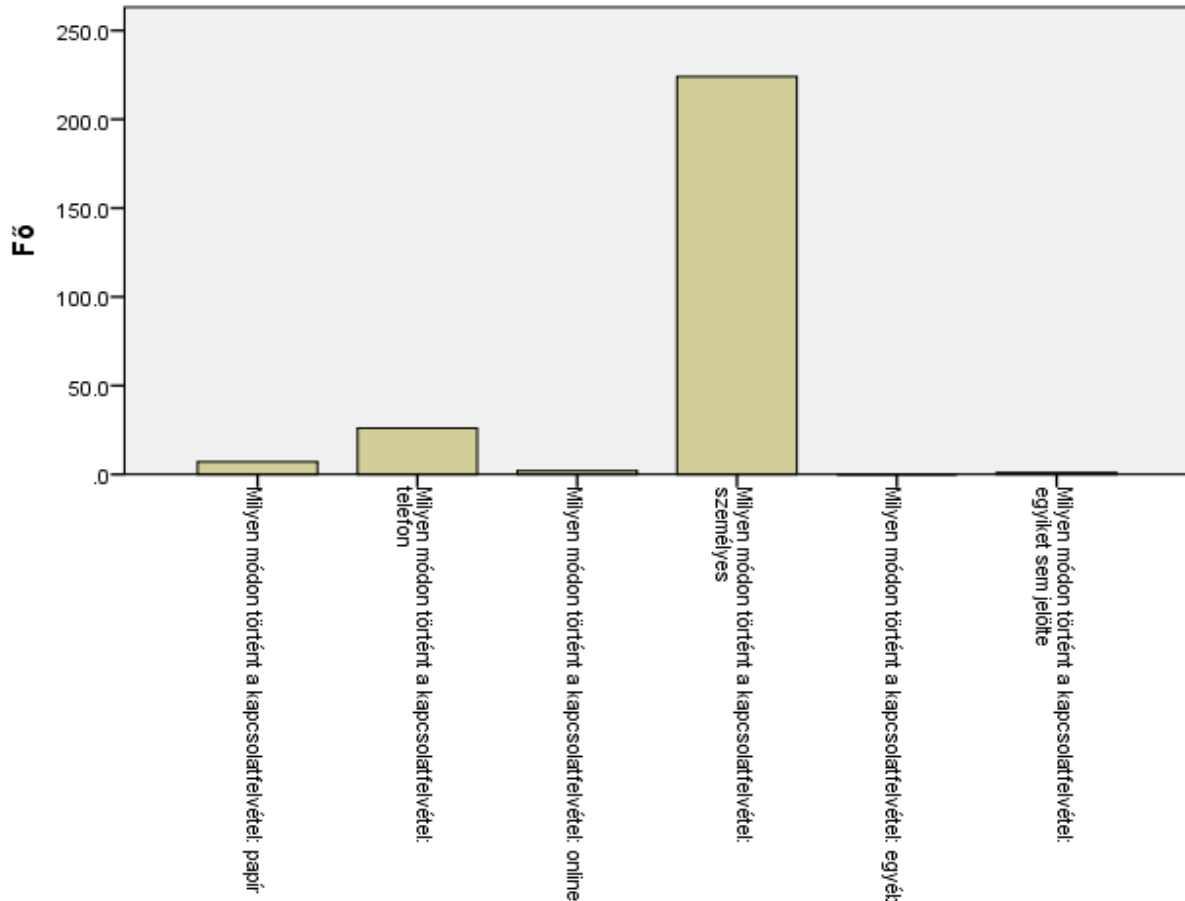
Q6. Milyen módon történt a kapcsolatfelvétel (az egyén első adatlapja/megjelenése alapján):

224 fő a 249 esetből, tehát 90% személyesen kereste fel az adott szakembert. 10% azaz, 26 fő telefonon kereste fel az adott szakembert, 7 fő (3%) részéről történt papír alapú kapcsolatfelvétel. Elenyésző számú (2 fő, 1 % alatti részarány) az online megkeresés. A válaszok alapján azt láthatjuk, hogy még mindig a hagyományos, személyes interakcióra lehetőséget adó formák jellemzőek a szakemberek kommunikációjában. Az írásos megkeresést a hivatalosabb formák esetében alkalmazzák a szakemberek, hogy rögzítve legyen a jelzés. Az online kommunikáció nincs a napi szokások között. Ennek oka az lehet, hogy a leterhelt intézmények a betegellátás,



vagy oktatás mellett, nem tudnak megfelelő időt szánni az online megkeresésekre. Ha számszerűen, a válaszokat összeadva értékelünk, látható, hogy bár nem kínáltuk föl a lehetőséget, volt, aki több választ is megjelölt.

A következő táblázat mutatja a kapcsolatfelvételek módját.



Tekintsük ugyanezt a kérdést az összes esetszámot és kapcsolatfelvételt vizsgálva, egyéneként multiciplicitással:

Annak ellenére, hogy nem kínáltuk fel a lehetőséget, voltak, akik több választ is megjelöltek, ez alapján a következő eredmények születtek. 782 esetben a 824-ből, 95%-ban személyes megkeresés útján történt a kapcsolatfelvétel.

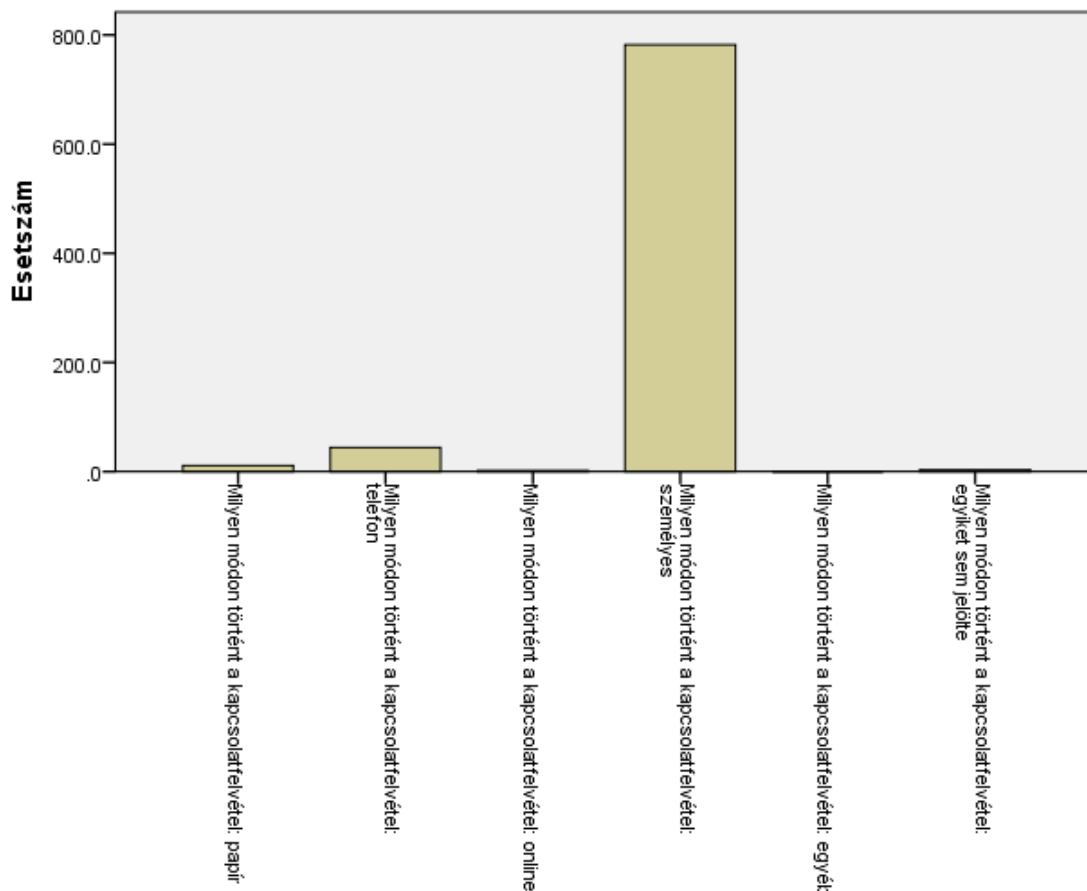
44 esetben, 5%-os arányban telefonos egyeztetés történt a szakemberek között, 11 esetben papír alapú megkeresés történt, ez 1%-ot jelent. Online megkeresés 2 esetben fordult elő, mely elenyésző. 3 fő nem jelölte meg, hogy hogyan kereste meg az adott szakembert.





Az adatokat elemezve láthatjuk, hogy a személyes megkeresések döntően jellemzik a kapcsolatfelvételek módját, ugyanakkor feltételezhető nagyon sok kapcsolatot egy azonos intézményből (egy bizonyos szakember) indítottak, ez a személyenkénti elemzéseknél jól látszott. Az említett szakember az egészségügyi szakellátás szakembere, ebben az intézményben külön munkakörrel, illetve szakfeladattal felruházva végzi a társintézményekkel a kapcsolattartást gondozói feladatkörben. Az intézményi tapasztalatokat esetleg módszertani megfontolásból érdemes lenne megvizsgálni, hogy milyen hatékony szakmai és működési tapasztalatokat vehetne át a többi intézmény a jövőben.

A következő ábra mutatja a kapcsolatfelvételek módját az összes esetszám tekintetében:



Q7. Történt-e korábban kapcsolatfelvétel az adott klienssel kapcsolatosan?

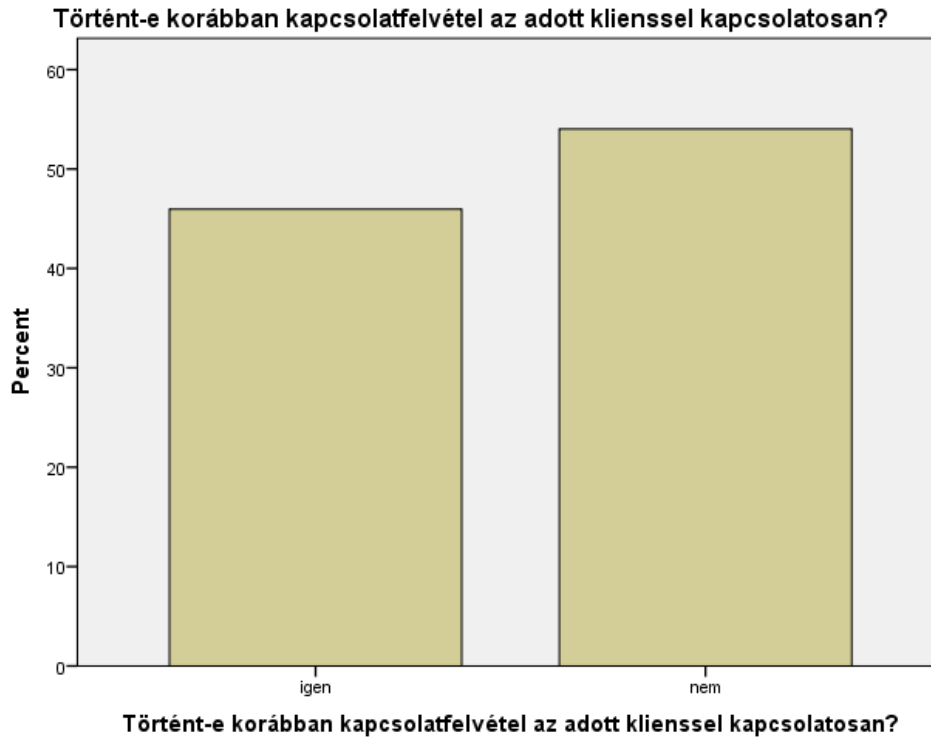
114 esetben (46%) a 249-ből vizsgált első megjelenésből a résztvevők igennel válaszoltak erre a kérdésre, 134 fő (54%)





nemmel válaszolt, egy fő nem jelölte meg egyik lehetőséget sem.

Az összes vizsgált 824 eset tekintetében 667 esetről adtak „igen” választ a kérdésre, ez az esetek 81%-a, és 156 db „nem” válasz érkezett, ami 19%-ot jelent. 1 esetben nem kaptunk választ a kérdésre.



Q7.1. Amennyiben „igen” a legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével? (a kliens első megjelenését tekintve)

104 szakember (42% a 249 esetet nézve) a köznevelés képviselőjét kereste fel. A egészségügyi szakellátás képviselőjét 15 esetben (6%) keresték fel, a szociális szektort 19 fő (8%) képviseli ebben a kérdésben. A rendőrség képviselőjét 1 szakember, 1% alatti arányban, kereste meg a pilot programban résztvevők közül a gyermek/fiatalkorú ügyében. Az „egyéb” kategóriát 20 fő (8%) választotta, melyek nevesítve a következőképpen alakultak: Szülőt/szülőket 11 fő (4%), lakásotthont 4 szakember (2%), családsegítőt/családgondozót szintén 4 fő (2%), kórházpedagógust 1 fő, (1% alatt) keresett meg. A válaszok számából látható, hogy előfordult, hogy több ágazat képviselőjét is megjelölték a legutóbbi kapcsolatfelvétel szempontjából.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

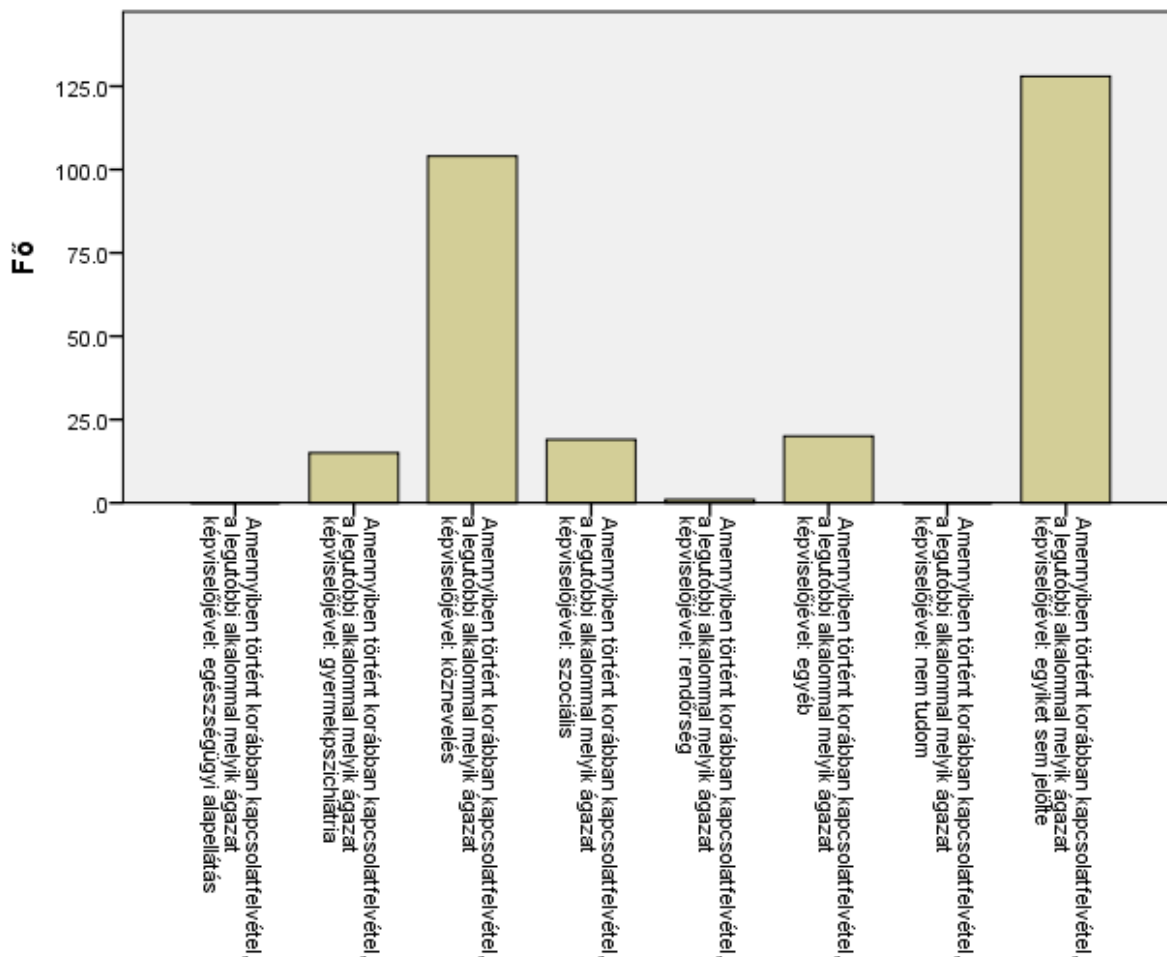
Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Ebben a kérdéskörben is tükröződik a köznevelési szektor magas arányú reprezentációja. Ezért gondoljuk továbbra is, hogy a pedagógusok képzése, továbbképzése és kiégésük megelőzése mennyire fontos szakmapolitikai feladat a jövőre nézve is.

Az alábbi táblázat mutatja a fenti kérdésre adott válaszok megoszlását.



Q7.1. Amennyiben „igen” a legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével?

Tekintsük ugyanezt a kérdést az összes esetszámot és kapcsolatfelvételt vizsgálva, egyénenként multiciplicitással:

617 szakember (75% a 824 esetet nézve) a köznevelés képviselőjét kereste fel. A szociális szektort 151 fő (18%) képviseli ebben a kérdésben. Az egészségügyi szakellátásképviselőjét 90 esetben (11%) keresték fel. Az egészségügyi alapellátással 3 esetben történt kapcsolatfelvétel, a rendőrség



képviselőjét 1 szakember kereste meg (mindkettő 1 % alatti érték) a pilot programban résztvevők közül a gyermek/fiatalkorú ügyében. Az „egyéb” kategóriát 76 fő (9%) választotta, melyek nevesítve a következőképpen alakultak: Szülőt/szülőket 48 fő (6%), lakásotthont 15 szakember (2%), családsegítőt/családgondozót 7 fő (1%), nagymamát/nagyszülőt 2 fő, anyát 3 fő, kórházpedagógust 1 fő (mind 1% alatt) keresett meg. A válaszok számából látható, hogy előfordult, hogy több ágazat képviselőjét is megjelölték a legutóbbi kapcsolatfelvétel szempontjából.

Az első megjelenésnél kapott válaszokkal szinkronban itt is tükröződik a köznevelési szektor magas arányú reprezentációja.

Q7.2. Milyen ok miatt? Kérem egyet válasszon, amelyet a legfontosabbnak tart!

Veszélyeztetés fennállása miatt: Igen/Nem

Sajnos, a kérdésfeltevés nem volt egyértelmű ennél a pontnál, mivel csupán egy válaszlehetőség volt megadva, amire igen vagy nem választ lehetett megjelölni, ebből is adódhatott, hogy többen nem adtak választ erre a kérdésre.

A válaszolók közül 165 fő, azaz 66 % a vizsgált 249 esetből nem jelzett veszélyeztető körülményt. 23 válaszoló (9%) jelölte meg, hogy fennállt a veszélyeztetés az adott gyermekkel kapcsolatban, aki miatt a kapcsolatfelvételt kezdeményezte. 61 fő (24%) nem válaszolta meg az adott kérdést.

Q7.3. Amennyiben a fentiekben az „igen” választ jelölte, mely tényezőkből eredő veszélyeztetést tartja a legfontosabbnak?

27 válasz érkezett erre a kérdésre annak ellenére, hogy csak 23 volt az „igen” válaszok száma. Valószínűleg volt, aki több válaszlehetőséget is megjelölt. 8-8 esetben (3-3% a vizsgált 249 esethez viszonyítva) a bevont szakemberek szociális körülményt, illetve iskolai hiányzást említettek, amiért kezdeményezték a kapcsolatfelvételt az adott szakemberrel. Az elhanyagolás és az egészségi állapot miatti megkeresését 4-4 (2-2%) esetben jelölték meg a pilot programban résztvevő szakemberek. A fizikai és lelki bántalmazást egyetlen szakember sem jelölte meg a kapcsolatfelvétel indokaként. Az „egyéb” válaszlehetőség esetében a következő kifejtős válaszok születtek egyet-egy megjelölve belőlük: „erkölcsi veszélyeztetés”,





„magatartásbeli problémák”, „családon belüli konfliktus”. A fenti kérdésre adott válaszokat megvizsgálva azt láthatjuk, hogy a szakemberek egyelőre a felszínen megjelenő problémákra felfigyelve indították el a vizsgálódást az adott gyermek esetében. A további kategóriákra, melyekre kevesebb vagy egyáltalán nem válasz született, valószínű a további feltárások mentén derülne fény. Az elhanyagolást, fizikai/lelki bántalmazást nehezebb feltárni, mondhatjuk ehhez szükséges a szektorokon belüli, illetve a szektorok közötti együttműködés.

Q7.4. Amennyiben a fentiekben a „nem” választ jelölte, akkor az alábbiak közül döntően milyen ok miatt került sor a kapcsolatfelvételre?

Ezt a kérdést valószínűleg többen félreértelmezték a válaszadók közül, mivel nem csak a korábbi veszélyeztetésre vonatkozó kérdésre „nem”-mel válaszolok, adtak feleletet, sőt voltak, akik több válaszlehetőséget is megjelöltek.

Túlnyomó többségben, 179 esetben a vizsgált 249-ből, 72%-os arányban a kapcsolatfelvétel célja a konzultáció volt az adott klienssel kapcsolatban. 28 esetben, 11%-os arányban, a kliens számára vizsgálati időpont kérése volt az egyeztetés célja. A továbbirányítás megbeszélése miatt 13 fő (5%) által történt kapcsolatkezdeményezés. 11 esetben, 4%-os arányban a feladatmegosztás megbeszélése volt az adott szakember célja. 35 fő (14%) nem jelölt meg egyetlen lehetséges választ sem, szöveges, egyéb válasz nem érkezett. Azt láthatjuk, hogy a klienssel kapcsolatos konzultáció vezető helyen szerepel a kapcsolatfelvétel indokaként. Ez a jelenség mindenképpen azt jelzi, hogy a szakemberek nyitottak az együttműködésre, és a gyermekek érdekében végzett segítő, és gyógyító munka során hajlandóságot mutatnak az együtt gondolkodásra. A megfelelő segítő beavatkozás megtervezésénél plusz információkat gyűjtenek, és kikérik kollégájuk véleményét.

Bár a legtöbb szektorban megfigyelhető fluktuáció és a szakember hiány miatt kevés idő jut egy-egy gyermekre, mégis az eredményes segítségnyújtás érdekében elkerülhetetlen a hálózatos együttműködés. Fontos lehet a jövőben a szakmák közötti együttműködési protokoll, és helyi eljárásrend megalkotása is.

SZÉCHENYI 2020



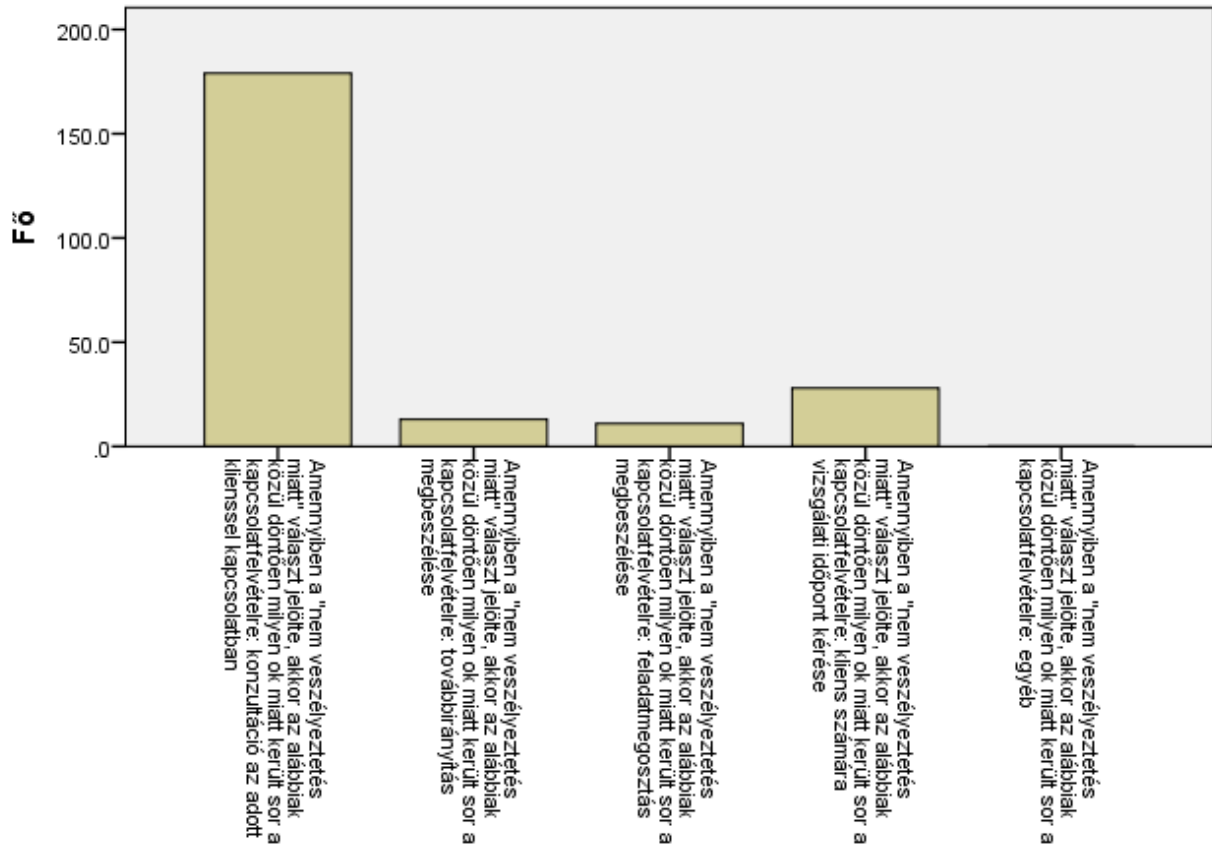
MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A fenti kérdésre adott válaszok eredményeit a következő ábra mutatja:



Q8. Az adminisztrációs rendszerben milyen különleges szükséglettel szerepel? (BTMN, SNI, HH, HHH) Amennyiben több is igaz mindet jelölje!

A megvizsgált 249 esetet elemezve, 95 esetben (38%), nem jelöltek meg a megkérdezettek semmilyen speciális szükségletet. Legmagasabb arányban az SNI-s (sajátos nevelési igényű) gyermek és fiatalok szerepeltek, 74 fővel, 30%-os aránnyal. A BTMN (beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség) kérdéskörben 53 fő (21%) érintettség volt tapasztalható. Hátrányos helyzetű 5 esetben volt közöttük, ami 2%-ot jelent, halmozottan hátrányos helyzetűnek mindösszesen 3 főt (1%) jelöltek meg a szakemberek. 21 fő, azaz (8%) nem tudott a fent megnevezett érintettségekről. 1 szakember volt, aki egyetlen válaszlehetőséget sem jelölt meg.

Az SNI illetve a BTMN minősítés már önmagában is jelző értékkel bír a gyermek fejlődése szempontjából, így természetes,

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

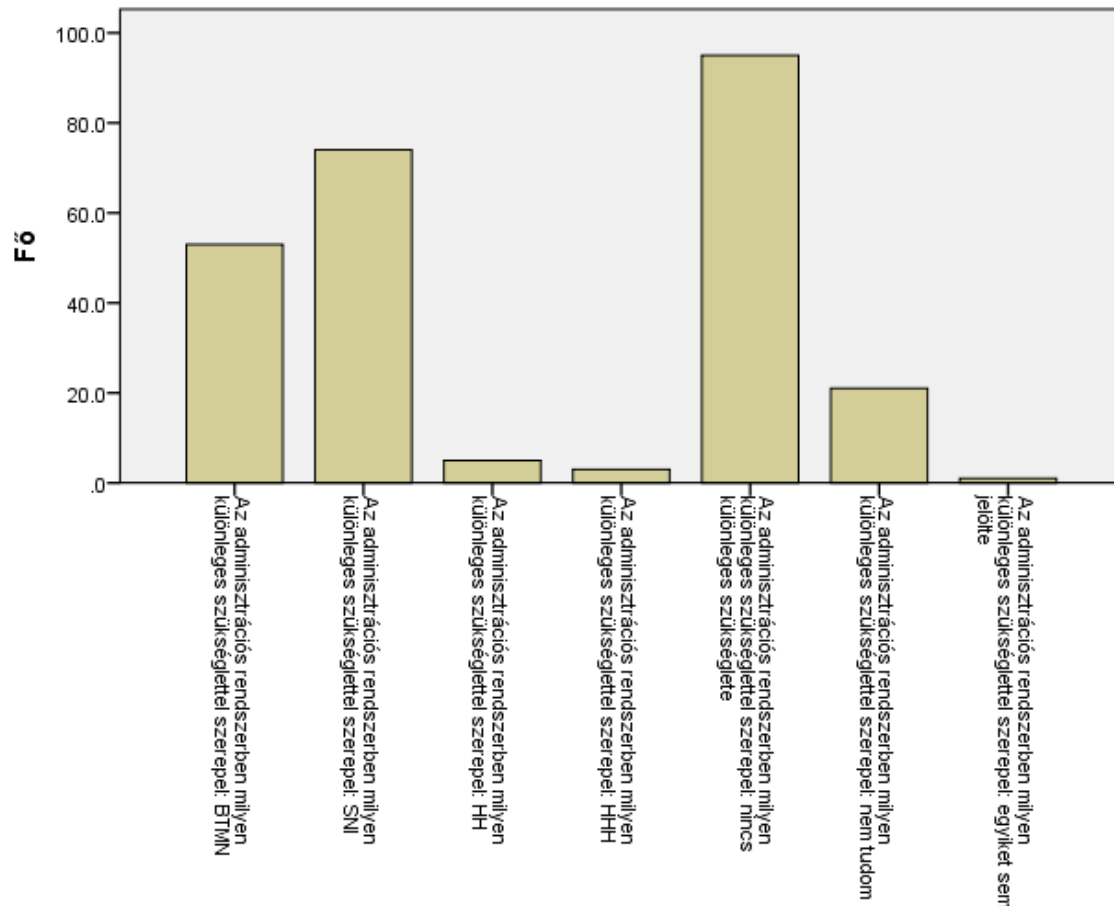
Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

hogya a pilot során is többször történt kapcsolatfelvétel ezen gyermekek esetében a különböző ágazatok képviselőivel.

A következő ábra összegzi az adminisztrációs rendszerben történő megjelenést:



O9. Rendelkezik-e aláírt szülői beleegyező nyilatkozattal?

164 esetről a vizsgált 249-ből (66%) jelölték meg a válaszadók, hogy rendelkeznek szülői beleegyező nyilatkozattal. Kisebbségük, 76 fő, ami 31%-os arányt jelent, nem szerezte be, vagy az eljárás menete nem indokolta a szülői beleegyező nyilatkozatot.

9 fő (4%) nem válaszolta meg ezt a kérdést. A 2018 folyamán hatályba lépő általános adatvédelmi rendelet (GDPR) előírásai nagymértékben megnehezítették a szektoron belüli és kívüli kommunikációt egyaránt. Ez az új törvényi szabályozás jelenleg még nem kedvez a gyermek és fiatalok mentális



egészségének érdekében végzett munkának. Még ebben a fókuszba került vizsgálatban is kb. 34 % aki nem kért szülőtől beleegyezést, vagy bizonytalan, hogy hogyan nyilatkozhat ezzel a kérdéssel kapcsolatban.

A következő ábra mutatja a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatos kérdésre adott 'igen -nem' arányt:



6.5. Eredmények szektoriális bontásban

Q.1 A kapcsolatot kezdeményezte?

A szektorok szerinti megoszlás a kapcsolat kezdeményezése szempontjából a teljes 824 vizsgált adatlap tekintetében az alábbi mintázatot mutatja. Az egészségügyi szakellátás területén kezdeményezték a legtöbb kapcsolatot, 615 db-ot, ami a pilot programban felvett adatlapok tekintetében 75%-os mértéket mutat. A második legmagasabb arányt a szociális szektor szakemberei adták 118 db kapcsolattal, ez a válaszok 14%-a. A köznevelés





szakemberei 56 esetben, 7%-ban kezdeményeztek kapcsolatfelvételt, míg az egészségügyi alapellátás mindössze 26 esetben, 3%-ban kezdeményezett együttműködést. Ez az arány ellentétes azzal az elvi gyakorlattal, hogy az egészségügyi alapellátásban jelennek meg legnagyobb számban a problémás esetek. Bár a pilot vizsgálat többi elemének vizsgálatakor is felmerült, hogy az eredmények óvatos általánosításra adnak csak lehetőséget, hiszen valószínű egy intézmény egy bizonyos szakemberéhez kapcsolódnak a fent említett egészségügyi szakellátási adatok. A hálózati együttműködés tekintetében az egészségügyi alapellátás a legkevésbé aktív kapcsolati elem (ideáltipikus hálózat esetében központi jelentőségű lehetne). Ez a tény arra is rámutat, hogy a szakmai együttműködések, a hálózati ellátási formák kialakításához, szükséges az ellátó rendszer finanszírozásának átalakítása abban a tekintetben, hogy a kapcsolattartást, esetmegbeszélést, esetkonferenciát is hozzá kell rendelni a gondozói, betegellátó kódokhoz. Az adatlapok közül 9 esetben nem került megválaszolásra a kérdés.

A következőkben az egyes kérdések összevetésével vizsgáltuk a szektorok közötti kapcsolatokat.



Q1.A kapcsolatot kezdeményezte?:

versus

Q5.1 Munkahelyének szakterülete? (akivel a kapcsolatfelvétel történt, ahol jelenleg dolgozik, ha többet jelöl meg, kérjük, fontossági sorrendben sorszámozza)



Ennél az összevetésnél azt vizsgáltuk, hogy az egyes szektorokból a kapcsolatok kezdeményezői, milyen szakterülethez tartozó szakemberrel vették fel leginkább a kapcsolatot. A vizsgált 824 adatlapból 806 adatlapon (98%) kaptunk mindkét kérdésre értékelhető választ. A következő eredmények születtek:

A 806 adatlapot vizsgálva a legtöbb kapcsolatkezdeményezés az általános iskola felé történt, 361 db (45%) A másik jelentős eredményt a vizsgált időszakban az egészségügyi szakellátás mutatja 208 db megkereséssel, ami 26%-a az adatlapon jelölt kapcsolatfelvételeknek. Az óvodával 74 esetben (9%) történt kapcsolatfelvétel, szociális alapellátással 68 db (8%), a szociális szakellátással 44 db kapcsolatfelvétel történt, ez 6%-os arány az összes adathoz viszonyítva. A pedagógiai szakszolgálattal 4%-ban, 35 esetben került sor kapcsolatfelvételre, míg középiskolával



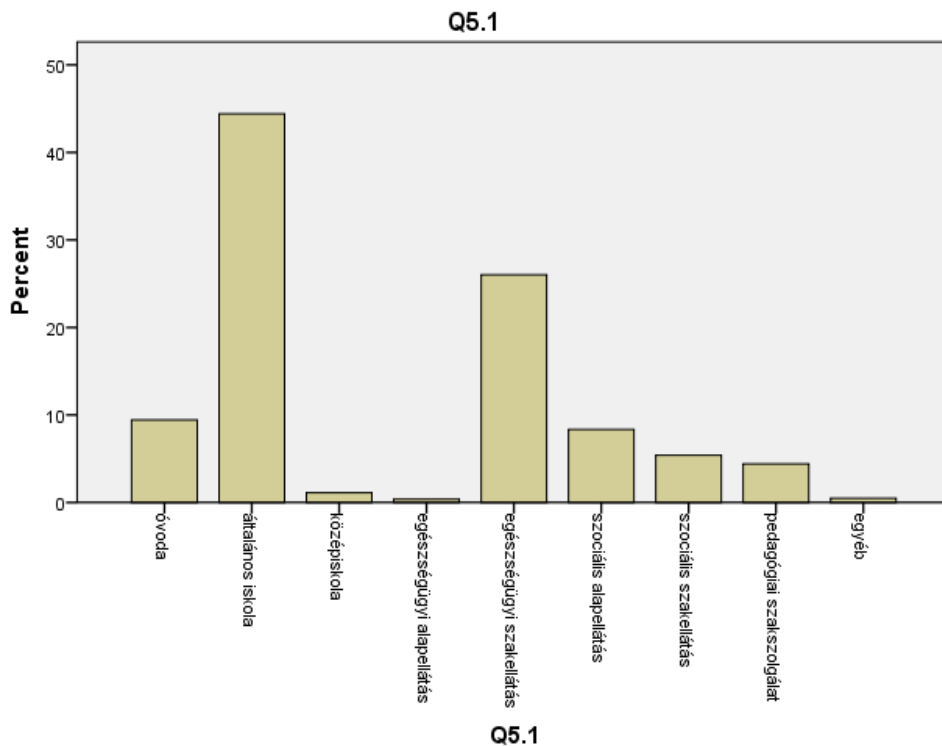
mindössze 9 esetben (1%). A legkevesebb megkeresés az egészségügyi alapellátásban történt, mindössze 3 esetben, egyéb szakellátóval való kapcsolatfelvételt 4 esetben jelöltek meg, mindkettő egy százalék alatti értéket mutat. A fenti adatokból láthatjuk, hogy a kapcsolatfelvételeket illetően a pedagógusoknak és az egészségügyi szakellátásnak van a legaktívabb tevékenysége. Ez még inkább hangsúlyozza azt a sürgető feladatot, hogy a pedagógusképzésben a mai generációk viselkedési mintázatához, szokásaihoz igazított képzési elemek beépítése elengedhetetlen, valamint azt a tényt, hogy az egészségügyi szakellátásban a gyermek és ifjúsági addiktológiai képzésen való részvétel hiánypótló képzési elem.

A szektorokat külön vizsgálva, és a legfőbb kapcsolatkezdeményezéseket kiemelve a következőket láthatjuk: Az egészségügyi alapellátás a legtöbb megkeresést az egészségügyi szakellátás felé indította, összesen 9 esetben (1 %-a a vizsgált 806 esetnek). A többi megkeresés az egészségügyi alapellátás részéről 1% alatti. Az egészségügyi szakellátás a legtöbb kapcsolatfelvételt az általános iskola felé indította, összesen 310 esetben, ez 39%-ot jelent a 806 vizsgált esethez képest, 196 esetben (24%) fordult egy másik egészségügyi szakellátó szakemberéhez, 44 alkalommal (6%) a szociális szakellátást kereste meg, 33 alkalommal (4%) a szociális alapellátáshoz fordult az adott esettel, 25 esetben (3%) pedig az óvodát kereste meg. A többi megkeresés 1% alatti az egészségügyi szakellátás részéről. A köznevelési szektor legtöbb esetben, 35 db (4%) a pedagógiai szakszolgálat felé indított megkeresést, 13 alkalommal (2%) pedig az általános iskola felé. A többi kapcsolatfelvétel ennél a szektornál is 1 % alatti. Végül a szociális szektor 46 esetben (6%) az óvodával vette fel a kapcsolatot, 38 esetben (5%) az általános iskolát kereste meg, míg 34 esetben (4%) a szociális alapellátás felé kezdeményezett kapcsolatfelvételt.





A következő ábra összesíti a kapcsolatfelvételeket szakterületek szerint:



Q1.A kapcsolatot kezdeményezte?

versus

Q7.1 Amennyiben történt korábban kapcsolatfelvétel, a legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével?

A két kérdés összevetésénél azt vizsgáltuk, hogy az egyes szektorok képviselői, akik a kapcsolatokat kezdeményezték, mely ágazat képviselőivel vették fel a kapcsolatot korábban.

Ez esetben több szempont határozta meg a vizsgálható adatlapok körét. Egyrészt csak azokat az adatlapokat tudtuk figyelembe venni, ahol mindkét kérdésre értékelhető választ kaptunk.

Másrészt a Q7.1-es kérdés esetében a kiinduló pont a Q7. kérdésre (*Történt-e korábban kapcsolatfelvétel az adott klienssel kapcsolatosan?*) adott „igen” válaszok száma volt, ami 667

esetet jelölt a vizsgált 824-ből. Viszont a statisztikai elemzésnél az egybevetetőség miatt csak azokat a kérdőíveket tudtuk vizsgálni, ahol csupán egy választ jelöltek meg a Q7.1-es kérdésre, ezáltal az összes szempontot figyelembe véve 455 adatlap

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFETTES A JÖVŐBE



esetén tudtuk a fenti két kérdés eredményeit összevetni. Ebből fakadóan lehetséges némi torzítás a kapott eredményben. Tapasztalatként elmondható, hogy hasonló vizsgálatok esetén érdemes kerülni az olyan kérdéseket, ahol több választ is megjelölhetnek a résztvevők, illetve egyértelművé kell tenni, hogy csak egy választ várunk tőlük.

A kezdeményező szakemberek szektorok szerinti elemzése alapján az egyes területek a korábbi kapcsolatfelvételt illetően az alábbi szektorokat jelölték meg.

Az egészségügyi alapellátás 3 esetben az egészségügyi alapellátást, 1 esetben pedig gyermekpszichiátriát jelölte meg korábbi kapcsolatként. Mindkét eset 1% alatti értéket mutat a vizsgált 455-höz képest.

Az egészségügyi szakellátás 332 esetben, 73%-ban a közneveléssel vette fel a kapcsolatot korábban, 13 alkalommal, 3%-ban a szociális szektorral alakított ki együttműködést, míg 2 esetben, a gyermekpszichiátriával. Egyéb kapcsolatfelvétel szintén 2 esetben (1 % alatti értékben) került megjelölésre.

A köznevelési szektor 19 alkalommal, 4%-ban a köznevelést jelölte meg korábbi kapcsolatként, 2 esetben a szociális szektor lett megnevezve, további 1-1 esetben a gyermekpszichiátriai szakellátással és a rendőrséggel működött együtt. Ez utóbbiak 1% alatti értéket jelentenek a vizsgált 455 eseténél.

A szociális szektor szakemberei a korábbi kapcsolatfelvétel tekintetében az alábbi adatokat adták meg: 52 esetben, 11%-ban a közneveléssel volt korábban kapcsolatfelvétel, míg 27 esetben, 6%-ban a szociális szektor volt megjelölve a korábbi kapcsolatként. Más megjelölés nem érkezett.

Ebből az elemzésből is az állapítható meg, hogy a köznevelés a leghangsúlyosabb szektor – a köznevelés felé 403 db kapcsolatkezdeményezés indult korábban a vizsgált 455-ből -, így ebben a szektorban a képzések, fejlesztések indokoltak a célcsoport eredményes és hatékony ellátása érdekében.





Az eredmények összesítése az alábbi táblázatban látható:

q7.1_egyutt Q7.1 Amennyiben történt korábban kapcsolatfelvétel, a legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével?

*** szektor Szektor (a kapcsolat kezdeményezője alapján, Q1) Crosstabulation**

			szektor Szektor (a kapcsolat kezdeményezője alapján, Q1)				Total		
			egészségügyi, alapellátás	egészségügyi, szakellátás	köznevelés	szociális			
q7.1_egyutt Amennyiben történt korábban kapcsolatfelvétel, a legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével?	Q7.1	egészségügyi	Count	3	0	0	0	3	
		alapellátás	% of Total	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	
		gyermekpszichiátria	Count	1	2	1	0	4	
			% of Total	0.2%	0.4%	0.2%	0.0%	0.9%	
		köznevelés	Count	0	332	19	52	403	
			% of Total	0.0%	73.0%	4.2%	11.4%	88.6%	
		szociális	Count	0	13	2	27	42	
			% of Total	0.0%	2.9%	0.4%	5.9%	9.2%	
		rendőrség	Count	0	0	1	0	1	
			% of Total	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	
		egyéb	Count	0	2	0	0	2	
			% of Total	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.4%	
	Total			Count	4	349	23	79	455
				% of Total	0.9%	76.7%	5.1%	17.4%	100.0%

Q5.1 Munkahelyének szakterülete? (akivel a kapcsolatfelvétel történt)

versus

Q7.1 Amennyiben történt korábban kapcsolatfelvétel, a legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével?

A fenti két kérdés összevetésénél 456 db adatlapot tudunk figyelembe venni a teljes 824 db esetből az előző összevetésnél ismertett szempontoknak megfelelően. A két kérdésre adott válaszok összehasonlító elemzéséből az alábbi eredmények születtek. Azok a szakemberek, akik azt jelölték meg, hogy a köznevelési ágazattal történt az adott kliens ügyében korábban kapcsolatfelvétel, az aktuális megkeresésnél 253 esetben (56%-a a vizsgált



456 esetnek) az általános iskolát jelölték meg. 58 esetben (13%) az egészségügyi szakellátás lett megnevezve, 43 alkalommal (9%) az óvodát keresték fel, 13 megkeresés (3%) történt a pedagógiai szakszolgálat felé, 5 megkeresés (1%) a szociális szakellátás felé irányult, és 1 esetben lett a középiskola megjelölve. Az eredményekből látható, hogy a korábbi köznevelési szférával történt kapcsolatfelvételnek megfelelően a későbbiekben is leginkább a köznevelési ágazat képviselői felé (általános iskola, óvoda, pedagógiai szakszolgálat) irányultak a megkeresések az adott gyermekek ügyében.

Azok a szakemberek, akik a korábbi kapcsolatfelvétel tekintetében a szociális szférát jelölték meg egy adott klienssel kapcsolatban, a későbbiekben 12 esetben az óvodát, 12 esetben az általános iskolát és szintén 12 esetben a szociális alapellátást keresték fel az adott kliens ügyében. Ez mind egyenként 3%-át képviseli a vizsgált 456 esetnek. 6 esetben (1%) történt kapcsolatfelvétel a szociális szakellátás irányába. Ez esetben is látható, hogy a korábbi szociális szféra felé irányuló megkeresések után (42 eset a 456-ból) az esetek 43%-ában (18 db a 42 esetből), újabb megkeresés történt az adott klienssel kapcsolatban a szociális ágazat felé.

A többi korábbi és aktuális megkereséshez kapcsolódó szektor és szakterület összevetése az alacsony elemszám miatt nem volt mérvadó.





A fenti két kérdés összevetésének a teljes eredményét a következő táblázat tartalmazza:

		q7.1_egyutt Q7.1 Amennyiben történt korábban kapcsolatfelvétel, a legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével?							Total
		egészségügyi alapellátás	egészségügyi szakellátás	köznevelés	szociális	rendőrség	egyéb		
q5.1_egyutt Q5.1 Munkahelyének szakterülete, akivel a kapcsolatfelvétel történt.	óvoda	Count	0	0	43	12	0	0	55
		% of Total	0.0%	0.0%	9.4%	2.6%	0.0%	0.0%	12.1%
	általános iskola	Count	0	0	253	12	1	0	266
		% of Total	0.0%	0.0%	55.5%	2.6%	0.2%	0.0%	58.3%
	középiskola	Count	3	0	1	0	0	0	4
		% of Total	0.7%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
	egészségügyi szakellátás	Count	0	2	58	0	0	2	62
		% of Total	0.0%	0.4%	12.7%	0.0%	0.0%	0.4%	13.6%
	szociális alapellátás	Count	0	0	32	12	0	0	44
		% of Total	0.0%	0.0%	7.0%	2.6%	0.0%	0.0%	9.6%
	szociális szakellátás	Count	0	0	5	6	0	0	11
		% of Total	0.0%	0.0%	1.1%	1.3%	0.0%	0.0%	2.4%
	pedagógiai szakszolgálat	Count	0	1	13	0	0	0	14
		% of Total	0.0%	0.2%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
Total		Count	3	3	405	42	1	2	456
		% of Total	0.7%	0.7%	88.8%	9.2%	0.2%	0.4%	100.0%

6.6. Kliensutak

Az adatlapok elemzése során külön elemzés keretében megvizsgáltuk azokat a kliens utakat, melyben a legtöbbször megjelenő kliensek szerepelnek. A legmagasabb együttműködési mutatóval rendelkező kliens utakat kiemeltük és az alábbi kérdések mentén elemeztük őket:

Q.1. A kapcsolat kezdeményezője (szektoronként)

Q.5.1.Munkahelyének a szakterülete? (akivel a kapcsolatfelvétel történt)

Q.7.1.A legutóbbi alkalommal melyik ágazat képviselőjével? (Az adott kliens esetében történt-e korábbi kapcsolatfelvétel.)

1. **számú kliens** esetében 21 alkalommal történt kapcsolatfelvétel, az alábbi kliens utak mintázatát találjuk:

Q.1.kérdésre adott válaszok alapján: Annak a kliensnek, aki 22 megjelenéssel szerepel az adatmintában a kapcsolat kezdeményezője 21 esetben az egészségügyi szakellátás dolgozója



volt. Ez a magas szám azzal indokolható, hogy az egészségügyi szakellátásban ennek a szociális szakembernek a feladata a jelzőrendszer tagjaival való kapcsolattartás, az esetmegbeszélések, jelzések koordinálása.

Q. 5.1. kérdésre adott válaszok alapján: Az egészségügyi szakellátás 4 esetben a vizsgált 21-ből, 19%-ban az általános iskolával vette fel a kapcsolatot az adott kliens miatt, míg 9 esetben, 43%-ban a szociális szakellátással történt a kapcsolatfelvétel. Az egészségügyi szakellátással való kapcsolatfelvétel mutatja 8 eset (38%).

Q.7. 1. kérdésre adott válaszok alapján: A korábbi kapcsolatfelvételre vonatkozó kérdésre 2 esetben (10%) született válasz az adott kliensre vonatkoztatva. Mindkét esetben a köznevelés került megjelölésre.

A mintázat szerint, az egyik esetben egészségügyi szakellátás- köznevelés- egészségügyi szakellátás, míg a másik esetben egészségügyi szakellátás-köznevelés- általános iskola a bejárt kliens út.

A kapcsolatot 1 esetben a köznevelés szakembere kezdeményezte. Itt további kapcsolatfelvétel nem történt, és nem került megjelölésre, hogy kivel történt a kapcsolatfelvétel. Ez téves kitöltésből eredő eredmény lehet, ezért a továbbiakban a 21 megjelenést vettünk alapul az adott kliensnél.

A 2. számú kliens érdekében kezdeményezett kapcsolatok vizsgálata:

Q.1. kérdésre adott válaszok alapján 19 esetben történt együttműködés kezdeményezése az adott klienssel kapcsolatban. Mind a 19 esetben, azaz 100%-ban az egészségügyi szakellátás kezdeményezte az együttműködést. Az előbbi esetre visszautalva, ugyanazok az okok állhatnak a háttérben. 8/19 alkalommal 42%-ban egy másik egészségügyi szakellátást keresett fel az adott szakember.

Q5.1. kérdésre adott válaszok alapján 8 alkalommal a 19-ből, 42%-ban egy másik egészségügyi szakellátást keresett fel az adott szakember. 6 esetben, 32%-os arányban a szociális szakellátással vette fel a kapcsolatot. 2-2 esetben (1-1%-ban) a szociális alapellátással és a köznevelés szereplőjével kezdeményezett együttműködést a kolléga.

Q7.1. kérdésre adott válaszok alapján a korábbi kapcsolatfelvételre a következő válaszok kerültek feljegyzésre. 3 esetben a

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



vizsgált 19-ből (16%) történt korábban is kapcsolatfelvétel az adott klienssel kapcsolatban, és minden esetben a köznevelés képviselőjével.

Az értékelés alapján azt láthatjuk, hogy az egészségügyi szakellátás- köznevelés- másik egészségügyi szakellátás a kliens által követett kliensút. A második esetben az egészségügyi szakellátás – köznevelés- szociális alapellátás az együttműködés alakításának sorrendje. A harmadik esetben pedig az egészségügyi szakellátás – köznevelés – általános iskola a kliensút.

3. számú kliens érdekében kialakított együttműködések vonatkozásában az alábbi eredmények születtek:

Q.1. kérdésre adott válaszok alapján az összes megkeresést, azaz 100%-ban az egészségügyi szakellátásból indították, ez esetben is 19 alkalommal.

Q. 5.1. kérdésre adott válaszok alapján: 11 alkalommal a vizsgált 19-ből, 58%-os arányban az egészségügyi szakellátás az általános iskolával, azaz a köznevelési szektorral épített ki kapcsolatot a kliens ügyében. 4 esetben 21%-os arányban egy másik egészségügyi szakellátó intézménnyel történt kapcsolatfelvétel. Szociális alapellátás felé 3 esetben történt megkeresés, ami 16%-os arányt jelent. Csak 1 esetben történt kapcsolatfelvétel a szociális szakellátás munkatársával.

Q7.1. kérdésre adott válaszok alapján a alapján 13 esetben történt korábbi kapcsolatfelvétel az adott kliens ügyében a vizsgált 19 esetből. Az esetek 100%-ában a köznevelés szakembere lett megkeresve a klienssel kapcsolatban.

Három féle kliensutat tudunk megállapítani az adott gyermekkel kapcsolatosan: egészségügyi szakellátás – köznevelés – általános iskola, egészségügyi szakellátás – köznevelés – szociális alapellátás, egészségügyi szakellátás – köznevelés – szociális szakellátás

4. számú kliens beteg útjának elemzése:

Q.1. kérdésre adott válaszok alapján az adott klienssel kapcsolatban 17 alkalommal történt együttműködés kezdeményezése, és mind a 17 esetben, 100%-ban az egészségügyi szakellátás szakembere indította a megkeresést.

Q.5.1. kérdésre adott válaszok alapján 8 megkeresés (47%-a a 17 alkalomnak) történt egy másik egészségügyi szakellátó irányába. 6 alkalommal (35%) a szociális szakellátással történt kapcsolat felvétel, 2 esetben, 12%-os





arányban az általános iskola felé lett megkeresés indítva. 1 alkalommal (6%) pedig a szociális alapellátással léptek kapcsolatba az adott kliens ügyében.

Q.7.1. kérdésre adott válaszok alapján mindössze 2 (12%) előzetes megkeresés történt szektorok közti együttműködésre vonatkozóan.

A következő két kliensút bontakozott ki a fentnevezett klienssel kapcsolatban az együttműködések elemzésének vonatkozásában: egészségügyi szakellátás – köznevelés - másik egészségügyi szakellátás, illetve egészségügyi szakellátás – köznevelés - szociális alapellátás.

Összegzésként elmondható, hogy a kapott eredmények, hogy a legnagyobb kapcsolat felvételi számot produkáló intézmény a gyermekpszichiátriai szakrendelés (egészségügyi szakellátás). Ezen intézmény munkatársának alapfeladata a többi szektor intézményeivel való kapcsolattartás. A betegutakat vizsgálva csak egy nagyon kis szeletét láthatjuk az ő kezelésnek. A konkrét eset ismerete nélkül nehéz a kapott adatokból bármilyen általánosítható következtetést levonni a szektorok közötti együttműködésekről. Az bizonyos, hogy a legmagasabb kapcsolatot kezdeményező szakember munkája során az első negyedévben rögzített kapcsolatfelvételt megelőzően, minden esetben a köznevelési szintér szerepelt.

7. Összegzés

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 kapott a helyi szintű, szektorokon átnyúló együttműködések elősegítése a gyermekek és fiatalok mentális egészségének javítása érdekében.

A projekt során olyan mérési és kapcsolódó adatgyűjtési eszközt dolgoztunk ki – a gyermekek és fiatalok mentális egészségének megőrzésére és fejlesztésére irányuló tevékenységek előmozdításáért – mely a helyi ellátók együttműködését képes mérni, dokumentálni.

Jelen tanulmány a kialakított dokumentálási és adatgyűjtési modell adatlapokkal történő, pilot jellegű, 12 hónapos időtartamú tesztelésének eredményeit foglalta össze. Tíz intézményt, illetve közreműködőt választottunk ki. A kiválasztás során fontos szempont volt, hogy korábban már a szektorok, illetve intézmények közötti együttműködés szempontjából kapcsolatban álltunk velük, és a kis létszám





ellenére valamennyire reprezentálják a terület intézményeit a három vonatkozásában (egészségügy, köznevelés, szociális ágazat).

A gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer hálózatnak tekintettük, s elemzésére a hálózatokra vonatkozó tudományos módszereket használtuk. Felvázoltuk a gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében dolgozó ellátórendszer-hálózat ideáltípusát. A korábbi módszertani tanulmányainkkal összhangban a szereplők centralitását kifejező fokszám alapján a kliens mellett a *pedagógus*, a *gyermekpszichiáter szakorvos* és a *házi gyermekorvos* rendelkeznek nagyon erős központi szereppel a hálózatban.

Az ideáltípus hálózat mellett a jelenleg működő hálózat jellemzőit a korábban elkészített módszertani tanulmányainkban felhasznált szakértői interjúk alapján határoztuk meg. A legnagyobb különbséget abban láttuk, hogy ideáltípus esetben minden kapcsolat többretegű, azaz többféle tartalommal bír, míg a valóságban számos jellemzően egyrétegű kapcsolat működik. Az ellátórendszer-hálózat javításának egyik sarokköve ezen kapcsolatok tartalmának gazdagításában látjuk.

A pilot vizsgálatban három adatlapot használtunk, ezek statisztikai feldolgozása történt meg. Az eredmények nagyon korlátozottan értékelhetők a közreműködők kis száma és random kiválasztásuk miatt. Ennek megfelelően az egyes kliens utak sem vizsgálhatóak egy olyan bonyolult hálózat esetében, ahol rengeteg szereplő van és a kapcsolatok sűrűsége nagyon magas.

A pilot előtti (Adatlap 2.) és a pilot során (Adatlap 2.1) keletkezett adatok összehasonlítása alapján elmondható, hogy a becsült adatok a legtöbb esetben felülreprezentáltak voltak. Mindössze két kérdés esetében volt emelkedés. Az egyik az azonos szektoron belüli, formalizált együttműködések száma, mely markáns emelkedést mutatott, illetve az együttműködések elősegítését célzó képzésen való részvételek száma tekintetében találtunk magasabb értéket. Reményeink szerint ezen emelkedés a projekt során megtartott továbbképzéseknek és a 10 közreműködő szorosabb, facilitált, folyamatosan dokumentált kapcsolattartásának a következménye.

Az egyes kliensekhez kapcsolódó kérdőíveket (Adatlap 1.) a 10 közreműködő válaszai alapján dolgoztuk fel a 2019- es évre vonatkozóan.





A korábbi feltételezésünknek megfelelően az egészségügyi szakellátás területén kezdeményezték a legtöbb kapcsolatot, a második legmagasabb arányt a szociális szektor szakemberei adták. Az adatok alapján az egészségügyi alapellátás a legkevésbé aktív kapcsolati elem (ideáltipikus hálózat esetében központi jelentőségű lenne).

A kapcsolatfelvételek döntő többsége köznevelési intézmény irányába történt, ezt követte a szociális szektor.

A kapott eredmények alapján láthatjuk, hogy a legnagyobb kapcsolat felvételi számot produkáló intézmény a gyermekpszichiátriai szakrendelés, ahol az évek óta zajló jó gyakorlat része az, hogy a közreműködők között is szereplő, erre a feladatra kijelölt munkatársnak szabályozott és dokumentált alapfeladata a többi szektor intézményeivel való kapcsolattartás.





8. Irodalomjegyzék

- A Vision for Change. Report of The Expert Group on Mental Health Policy (2006). *Dublin, Stationery Office*. <https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/mental-health---a-vision-for-change.pdf>
- Bodó B., & Szakadát I. (2007). A hálózati kooperáció gazdaságtana. In: K. S. Nagy (ed.), *Szociológia közgazdászoknak*. (pp. 233-262.) Budapest, Typotex Kiadó.
- Budai I., & Puli E. (2015). Együttműködés a szociális szolgáltatásokban. *Esély, 1*, 32-64.
- Csányi G., & Szendrői B. (2004). Szociális hálózatok. *Beszélő, 9*(7).
- Földi L., & Nagy Á. (2010). *Iffúságügy – Módszertani kézikönyv (T1)*. (pp. 39-40) Budapest, Új Mandátum kiadó.
- Garnick, D. W., Lee, M. T., Horgan, C. M., Acevedo, A., & the Washington Circle Public Sector Workgroup (2009). Adapting Washington Circle Performance Measures for Public Sector Substance Abuse Treatment Systems. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(3), 265–277.
- Granovetter, M. (1973) The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology, 78*(6), 1360-1380.
- Hodgson, G. M. (1998). The Coasean Tangle: The Nature of the Firm and the Problem of Historical Specificity. In S. G., Medema (ed.), *Coasean Economics: Law and Economics and the New Institutional Economics*. Boston, Kluwer Academic Publishers.
- Kereki J. ((2011). *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárótanulmány*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki J. (2013). A koragyermekkori intervenciók rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógynevelési Szemle, 61* (1), 23–38.
- Kiss F. L. (2008). Bevezetés a szabályozás gazdaságtanába. In Valentiny P., F. L. Kiss (eds.), *Verseny és szabályozás 2007*. (pp. 11-95.) Budapest, MTA Közgazdaságtudományi Intézet.



- Kiss F. L. (2010) Külső gazdaságosság (externália) a fogyasztási folyamatban. In P. Valentiny, F. L. Kiss, Cs. I. Nagy (eds.), *Verseny és szabályozás 2009.* (pp. 11-67.). Budapest, MTA Közgazdaságtudományi Intézet.
- Kürtösi Zs. (2011). A társadalmi kapcsolatháló-elemzés módszertani alapjai. In K. Takács (ed.), *Társadalmi kapcsolathálózatok elemzése.* (pp. 19-31.) Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem.
- Munk S. (2010). Hálózatok fogalma, alapjai. *Hadmérnök*, 5(3).
- Odor A. (2007). *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása. Tanulmány.* Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Szántó Z., & Tóth I. Gy. (2011). A társadalmi hálózatok elemzése. In K. Takács (ed.), *Társadalmi kapcsolathálózatok elemzése.* (pp. 1-18.) Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem.
- Economides, N. (1996). The Economics of Networks. *International Journal of Industrial Organization*, 14(2), 673-699.
- Liebowitz, S. J., & Margolis, S. E. (1994). Network Externality: An Uncommon Tragedy. *Journal of Economic Perspectives*, 8(2), 133-150.
- Weber, M., Roth, G., & Wittich, C. (eds., 1978). *Economy and Society: An Outline and Interpretive Sociology. Volume 1.* Berkeley, University of California Press.
- 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

