



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

Módszertan 6.

Javaslatcsomag megfogalmazása a helyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó hatékonyságnövelés vonatkozásában

**Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Dr. Varga Tamás,
Dr. Zombor Erika, Szőke Zsuzsa, Simonné Kiss Mónika, Nagy Judit,
Bodóné Oláh Krisztina, Boris Péter**

Debrecen, 2019.09.30.





Tartalom

1. Bevezetés	3
1.1. A tanulmány célja.....	3
1.2. Szakmai inputok és a használt módszer.....	3
2. Nemzetközi kitekintés	4
3. Hazai előzmények és szakirodalmak	8
4. A projekt keretében megvalósított adatgyűjtések releváns eredményei	12
4.1. A köznevelési, szociális és egészségügyi intézmények vezetőivel készített interjúk eredményei.....	12
4.2. Helyi ellátók részvételével megvalósított fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat tapasztalatai.....	14
5. Fejlesztési javaslatok	14
5.1. A három szakterület (egészségügy, szociális ellátás, köznevelés) feladatainak összehangolása.....	15
5.2. A helyi hálózatos együttműködések facilitálása, támogatása.....	18
5.3. Közös digitális adatbázis létrehozása.....	29
5.4. Intézmények teljesítményének mérése az intra- és interszektoriális kapcsolatfelvételek tekintetében.....	30
5.5. Egységes szemlélet kialakítása céljából minden szektort érintő, összehangolt képzések, továbbképzések szervezése, egymás feladatainak, munkájának, kompetenciáinak megismerése.....	31
5.6. Az egyes szektorok képzéseinek átalakítása.....	31
5.7. Gyermekaddiktológiai és gyermek-és ifjúságpszichiátriai ellátásba kerülés facilitálása. 32	
5.8. A mentális egészséggel kapcsolatosan, a különböző szektorokban használatos, minden szereplő számára érthető „közös nyelv” kialakítása.....	33
6. Összegzés, kitekintés	39
Felhasznált irodalom	42





1. Bevezetés

1.1. A tanulmány célja

A tanulmány célja az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 azonosítójú „Gyermek és ifjúságpszichiátriai addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” kiemelt projekt keretében korábban megvalósított szakmai tevékenységek során gyűjtött információk, eredmények és gyakorlati tapasztalatok alapján, a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségének megőrzését, fejlesztését elősegítő fejlesztési javaslatok megfogalmazása. A javaslatcsomag fókuszában főként helyi ellátók közötti (interszektoriális) együttműködés javítását, valamint az együttműködést dokumentálhatóságát és mérhetőségét célzó fejlesztési lehetőségek megfogalmazása áll, a megvalósításához szükséges előfeltételek és erőforrások megjelenítésével együtt.

Javaslatainknak hosszú távú célja egy egymással szorosabb kapcsolatot tartó és együttműködő intézményrendszer kialakítása, ahol a három szektor (egészségügy, szociális, köznevelés) feladatainak, kompetenciáinak összehangolása megtörténik és ideális esetben a kliens (egyénre szabottan) kezelésében minden szektor szabályozottan és egyenrangú partnerként vesz részt.

1.2. Szakmai inputok és a használt módszer

Javaslatainkhoz és jelen eredménytermékhez a projekt során korábban kidolgozott módszertani és értékelési tanulmányok, valamint a témában rendelkezésre álló és korábban feldolgozott szakirodalmak adtak alapot. Leginkább a helyi ellátók együttműködések sajátosságaira, ezekkel kapcsolatos gátló és segítő tényezőkre figyeltünk. Felhasználtuk az értékelés és a helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési modell-pilotvizsgálat kapcsán tartott fókuszcsoportok és a Debreceni Egyetem által, a projekt keretében megvalósított továbbképzések (köznevelési, szociális és a közösségi programokkal kapcsolatos továbbképzések) tapasztalatait, illetve a fejlesztési javaslatok megfogalmazása során felhasználtuk a munkacsoport tagjainak korábbi szakmai ismereteit és a gyakorlati tapasztalatait is.





2. Nemzetközi kitekintés

(A módszertan 4: A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása című dokumentum alapján.)

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

Az interdiszciplináris együttműködés egyaránt befolyásolja mind az egészségügyi ellátórendszer működését, mind az egyének egészségi állapotát. Kutatások igazolják, hogy a kommunikáció és együttműködés hiánya hátráltatja a gyógyulási és/vagy gondozási folyamatot (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008).

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

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

A dokumentum az együttműködés elvén alapulva integrálta az adott populáció életvitelében szerepet játszó ágazati szereplők intézményeit és szakembereit, az ellátást nyújtó szolgáltatásokat és





egyéb civil szervezeteket és szereplőket (pedagógusok, szociális munkások, igazságszolgáltatás, önszolgáltató csoportok, szülői egyesületek, általános orvosok, gyermekorvosok, stb.). Az ellátást és gondozást, pszichopatológiai állapotokat a fejlődési szakaszokhoz igazította. A cselekvési terv továbbá kiemeli, hogy az új politikai szemlélet és irányvonal alapvető célja a korai észlelés és felismerés, a szűrés és a diagnosztikát követő betegirányítás. „A programterv alapján az alapellátás egészségügyi dolgozóit kellene támogatni és elsődlegesen bevonni a változtatási folyamatba. A kórházi ellátást az akut kezelésre kellene fenntartani, azaz olyan esetekre, amikor az otthoni ellátás nem lehetséges vagy nem javasolt. A korai beavatkozások, a prevenció és a megfelelő – lehetőség szerinti alapellátásban történő – ellátás célja a mihamarabbi társadalmi integráció elősegítése.” (Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai és addiktológiai ellátók helyi interdiszciplináris kapcsolattartását, szakmai hálózatépítését támogató szakmai útmutató, AEEK 2017)

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

A többek között a helyi ellátók együttműködésének mérhetővé tételei lehetőségeit is vizsgáló *Washington Circle (WashCi) kutatási pilot program* az Egyesült Államokban zajlott 2004-ben, tizenkét állam részvételével.

A program célja kábítószer problémákkal küzdőkkel foglalkozó ellátók és általában a mentálhigiénés intézmények hatásosságának felmérése, a teljesítménymutatók elemzése, a közfinanszírozott ellátások eredményességének növelése érdekében, az





ellátók szolgáltatásainak átalakítása, és új, szolgáltató (ellátás), illetve kliens centrikus finanszírozási forma kidolgozása volt.

A koncepcionális megbeszélések követően az ellátás eredményességének és hatékonyságának növelése érdekében kidolgoztak egy kísérleti programot, ahol új intézkedéseket, és kísérleti jellegű szolgáltatásokat vezettek be, melyeket folyamatában, és a végső eredmények szempontjából is elemeztek. Végül 5 állam (Massachusetts, New York, Oklahoma, Washington, Észak-Karolina) tesztelte kísérleti jelleggel a helyi ellátórendszer specialitásait figyelembe véve az intézkedéseket, a 18 év feletti korosztályt vizsgálva.

A *WashCi* pilot megvalósítási lépései közül jelen projektünk szempontjából figyelemreméltóak:

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

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



meghatározott elrendezési kódok szerint adminisztrálva történt.

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

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

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

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

Az interdiszciplináris közösségfejlesztési együttműködés lehetséges szereplőiként az egészségügy, a közösségi pszichológia, a szociális munka, a szociológia, az antropológia, a politikatudomány és a közösségi gyakorlat, közösségfejlesztés, közösség szervezés területén dolgozó szakemberek és szervezetek kerültek felsorolásra. A tanulmány a kliensek érdekében együttműködő szakemberek számára mutat be határos beavatkozási lehetőséget. A cikk konklúziója arra mutat rá, hogy a jelzőrendszer szereplői abban az esetben tudnak eredményesen és hatékonyan, a kliens érdekében együttműködni, és egy jól működő cselekvési tervet kidolgozni, amennyiben az interdiszciplináris team szereplői egyenrangú tagjaiként vannak benne a folyamatban.

A tanulmányban bemutatott amerikai és izraeli modell is egy partnerségi viszonyban, az egyes szakmák szakmai nyelvezetét és kompetenciáját tiszteletben tartva dolgozta ki az egyéni fejlesztési tervet a kliens problémájára. Mindkét modell a kliens szociális és egészségi helyzetét egyben vizsgálja, és





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

3. Hazai előzmények és szakirodalmak

(A módszertan 4: A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása című dokumentum alapján.)

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

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

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

- Nagyobb mértékű és differenciáltabb célcsoport elérés;
- Jobb feladatelosztási lehetőség, főleg az operatív, szervezési feladatok esetében;





- Nagyobb innovációs potenciál (brainstorming, team munka haszna nyomán);
- Szélesebb kapcsolati háló;
- Hatékonyabb erőforrás felhasználás;
- Együttesen kialakított rendezvények, képzések, tréningek megvalósítási lehetősége;
- Magasabb intenzitású tudásmegosztás, szakmai eszmecsere lehetősége.

A gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségének fejlesztését, megőrzését célzó együttműködésekkel kapcsolatos magyar próbálkozások sok esetben, a jelenlegi ellátórendszerekben az együttműködést potenciálisan gátló tényezők azonosítására helyezik a hangsúlyt, és kevésbé a lehetséges együttműködési formákat mutatják be.

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

Budai és Puli (2015) tanulmányát áttekintve elmondható, hogy Magyarországon a szociális szféra és az egyes intézmények, szervezetek közötti együttműködés sem kellően tudatos, nem evidencia alapú. A korai kezelésbevitel eredményesebb és hatékonyabb működésével nemcsak az érintettek körében, de össztársadalmi szinten is pozitív megtérülések lennének megfigyelhetőek. Ahhoz, hogy egy rugalmas interszektoriális együttműködés valósuljon meg, fontos magának a rendszerszintű működésnek az ismerete és az együttműködést akadályozó tényezők azonosítása. A helyzetet alapvetően megnehezíti, hogy a koragyermekkorban történő intervenciók általában három ágazat hatáskörébe tartoznak: *egészségügy, szociális ellátás és köznevelés*. Nincs összehangolt működés az ágazatok, és egységes terminológia a szakemberek között. Ugyan rengeteg adat keletkezik az ellátó rendszerekben, ezek feldolgozása mégsem kielégítő, számos redundáns adat kerül felvételre, a lényeges





információk pedig sokszor elvesznek. A különböző ágazatok szakemberei között kevésbé alakulnak ki szilárd kapcsolatok, egymás számára rejtve maradnak a szakmai tevékenységek, s így nem tudnak interszektoriális teamek kialakulni.

A gyermekek/serdülők mentális egészségét befolyásoló tényezők megértéséhez és az esetlegesen már kialakult tünetek orvoslásához **multidiszciplináris**, leginkább **transzdiszciplináris** tevékenység szükséges. Intézményi szinten a nemzetközi szakirodalomban alapvetően a hálózati team munka három formájával találkozhatunk (Kereki, 2015): **Multidiszciplináris** teamnek azt az együttműködési formát nevezzük, amikor a szakemberek alapvetően azonos célért, ugyanakkor akár különböző szervezeti szinten dolgoznak együtt. A közös munka nem hozza magával az ellátás integritását. Ezzel szemben az **interdiszciplináris team** működésében – az intenzív együttműködés hatással van a szolgáltatások koordinációjára, egy olyan folyamatosan kommunikáló rendszer, amely rendszeres közös értékelést, esetleg újratervezést tartalmaz. A szolgáltatás szervezés egységes koncepción alapul a kliensek ellátása érdekében.

A kliensnek is felelőssége van a változás folyamatában, aktív részese annak. Együttműködésüket a *négy lépcsős modell* szerint (1. kiindulási állapot, 2. célok, 3. feladatok, és hozzá kapcsolódó 4. szolgáltatásokat) határozzák meg. Néhány országban már megtalálható a **transzdiszciplináris team** alapján működő ellátási rendszer. Alapjául az integrált szolgáltatási modell szolgál. Hasonlóan az előzőekhez, a család bevonásra kerül a folyamatba, a tervezés közösen történik, de egy kulcsszemély segítségével végzik a hálózati jellegű munkát. Kevesebb szakember érintkezik a családdal, erős a kulcsszemélyek által irányított háttérmunka. Mindez azért lehetséges, mert a kulcsszemély érti, átlátja és képes összehangolni a különböző szinteket, szakembereket az ellátás érdekében. „*A gyermekekkel foglalkozó szakemberek felismerték, hogy a korai intervenció során sokkal jobban a gondozó környezetre kell fókuszálnia, mint magára a gyerekre.*” (Kereki, 2015) Természetesen ez nem azt jelenti, hogy magával a gyermekkel nem kell foglalkozni, de fontos, hogy a gondozó környezetet is figyelembe kell venni a gyermek ellátása során.

Bár a *kapcsolattartás* leginkább a szociális szféra és az egészségügy egyes részterületei között valósul meg, azonban annak működése sem nevezhető optimálisnak. Például *Odor Andrea* (2007)



kutatásából kiderül, hogy a védőnők és házi gyermekorvosok / vegyes praxisú háziorvosok között nem valósul meg dinamikus információcsere, továbbá az esetek egyharmadában körülbelül a megfelelő együttműködés hiánya a megelőzés, gyógyítás akadályát képezi (Odor, 2007). A körzetek felében pedig nincs együttműködés a két szakember között (Odor, 2011).

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

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

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

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

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

Hazánkban az *Emberi Erőforrások Minisztériuma* 2016-ban adott ki egy szakmai irányelvet a gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja kapcsán az egészségügyi ellátók együttműködésére, feladataira vonatkozóan. Az egészségügyi szakmai irányelvek bizonyítottan





javíthatják az ellátás minőségét. Az irányelv célja egyrészt az egészségügyi ellátók ismereteinek bővítése, a gyermekbántalmazás felismerésének és az adott társszakmákkal (pl. bölcsődei gondozók, pedagógusok, gyámhatóság, rendőrség) való együttműködés javítása, az eredményes kapcsolatfelvétel elősegítése volt. Bevezetését az indokolta, hogy az *Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa* által 2009-ben lefolytatott vizsgálat alapján az egészségügyi dolgozók csupán töredéke tett eleget bántalmazás esetén fennálló jelentéstételi kötelezettségének (pl. védőnők 13%, háziorvosok 0,3%). (EMMI, 2016).

4. A projekt keretében megvalósított adatgyűjtések releváns eredményei

4.1. A köznevelési, szociális és egészségügyi intézmények vezetőivel készített interjúk eredményei

A hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintése mellett és azzal összevetve a magyarországi gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátó rendszer(ek) tagjainak mindennapi feladatellátásuk során kialakult véleményére, tapasztalataira is kíváncsiak voltunk. Ennek érdekében összesen 24 szakemberrel (12 köznevelési, 6 szociális és 6 egészségügyi intézmény munkatársával) készítettünk félig-strukturált interjút a helyi együttműködés jelenlegi helyzete, valamint az együttműködést elősegítő és gátló tényezők kapcsán¹

A vizsgálat főbb dimenziói az alábbiak voltak:

- Az intézményben végzett tevékenységek és gyakorlatok átfogó feltérképezése.
- Az intézmény humán erőforrás-gazdálkodása (szaktudás, szakemberek, specializációk).
- Az intézmény kapcsolatrendszere (jelenlegi együttműködések).

¹ A megvalósított vizsgálat módszertanáról és az eredményekről a „*Módszertan 4: A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása című dokumentum alapján*” című dokumentumban található részletesebb leírás.





- Adatszolgáltatási és információnyújtási kötelezettségek jelenlegi gyakorlata.
- A törvényi előírásoknak megfelelően jelenleg szolgáltatott statisztikai adatok köre és azok validitása jelenleg.
- A jelenleg használt utánpótlási rendszer jellemzői.

Az interjúk elemzése alapján a szektorok közötti együttműködés tekintetében az alábbi problémák és gátló tényezők azonosíthatók:

- **Kliens utak nem egyértelműek:** az ellátó szektorok között gyakori problémaként merül fel, de sokszor még 1-1 ágazaton belül is akadnak nehézségek. Ennek egyik önálló formában is hangsúlyos oka a következő pont:
- **Kompetenciahatárolás kérdése:** Egyik interjúalanyunk, egy köznevelési intézmény vezetője, ezzel kapcsolatban pl. így fogalmazott. " *A szociális szolgáltatóval viszont ellentmondásos a kapcsolat, mert a kompetenciák és a különböző területek differenciálása nincs egyértelműen meghatározva és ez feszültséget eredményez.*
- **Kapcsolatfelvétellel összefüggő nehézségek:** A kapcsolatfelvétel és -tartás nem szabályozott és nem rendszerszerű, gyakran az adott szakember elhivatottságára alapoz.
- **Hiányos ismeretek egymás munkájáról, a lehetőségekről, visszajelzések hiánya:** A szolgáltatók más intézmények szakmai mutatóival nem találkoznak, nincs ismeretük az ott végzett szakmai munkáról, annak eredményéről és a lehetséges kapcsolódási pontokról.
- **Kapacitáshiány, nagyfokú túlterheltség:** Szinte minden megkérdezett szolgáltatónál megjelenik a túlterheltség és szakemberhiány, mint az együttműködést gátló tényező.
- **Egységes adatfelvételi és gyűjtési rendszer hiánya:** Hiányoznak az egységes és átlátható adatlapok, az egységes statisztikák, amelyek a kliensek problémájának megoldásában résztvevő szakemberek számára hozzáférhetőek.

Összességében az interjúalanyok válaszai azt igazolták, hogy az együttműködés a három szakmai terület között nem része a mindennapi tevékenységeknek, tudatosan nincs jelen. Elsősorban ad hoc jellegűek és kifejezetten informális kapcsolatokra, személyes ismeretségekre épülve alakulnak ki.





A gyakran csak jogszabályok szintjén megjelenő együttműködésekéről a résztvevők mégis azt kommunikálták, hogy fontos, és szakmailag szükséges.

4.2. Helyi ellátók részvételével megvalósított fókuszcsoportos vizsgálat tapasztalatai

A Módszertan 5 feladatrész (a helyi szintű, szektorokon átnyúló együttműködések feltérképezését, elősegítését célzó pilot vizsgálat) indítása előtt fókuszcsoportot szerveztünk a különböző érintett szakterületek (egészségügy, szociális ellátás, köznevelés) szakembereinek bevonásával, a fókuszcsoportos vizsgálaton összesen 16 fő vett részt. (A fókuszcsoporton résztvevők összetétele foglalkozás szerint: 2 fő középiskolai tanár, 1 fő tanító, 1 fő óvodapedagógus, 2 fő iskolapszichológus, 1 fő iskolavédőnő, 1 fő gyógypedagógus, 2 fő családsegítő, 2 szociális esetmenedzser, 1 fő szociális munkás, 1 fő gyermekpszichiáter, 2 fő gyermekorvos)

A fókuszcsoport eredményeképpen megállapítható, hogy a szakemberek egyaránt rendszerszintű problémának látják a kommunikáció, a nyomon követés és a jogharmonizáció hiányát, hiányosságait. Fontos szempontnak tartják a megoldáskeresésben az etikai szempontok figyelembe vételét. A problémák kezelésében különösen fontosnak tartják a szülők, a házi orvosok/házi gyermekorvosok és a köznevelésben dolgozók szerepét, akik a gyermekkel való napi kapcsolatból adódóan akár több éven át tartó megfigyelési lehetőséggel rendelkeznek. (Lásd részletesebben: *Adatgyűjtési modell kialakítása és alkalmazásának kipróbálása (pilot) - fókuszcsoport*)

5. Fejlesztési javaslatok

A következőkben a feltárt problémákra válaszokat jelentő, a hazai és nemzetközi szakirodalmakat és a jelenlegi helyzetet is figyelembe vevő fejlesztési javaslatainkat mutatjuk be. A megfogalmazott javaslatok mind időtartam, mind a megvalósítási terület szintjén, mind a megvalósításhoz szükséges erőforrások tekintetében heterogénnek tekinthetők. Ez lehetőséget teremt az érdekhordozóknak és döntéshozóknak (legyenek azok akár országos vagy helyi szinten), hogy a saját lehetőségeik és erőforrások figyelembevételével válasszák ki az ellátók együttműködésének elősegítése érdekében általuk megvalósítani kívánt beavatkozást. Fontos azonban rögzíteni, hogy a helyi ellátók közötti együttműködés





csak akkor tud hosszú távon és fenntarthatóan megvalósulni, ha minden szükséges előfeltétel (pl. jogszabály, finanszírozási, tárgyi feltételek, stb.) rendelkezésre állása biztosítható.

Javaslataink fő irányvonalai illeszkedve az alábbi szakirodalomban megfogalmazott irányokhoz az alábbiak:

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

A továbbiakban részletesen mutatjuk be az egyes fejlesztési irányvonalakhoz rendelhető konkrét fejlesztési javaslatokat és azok megvalósításához szükséges erőforrásokat és előfeltételeket.

5.1. A három szakterület (egészségügy, szociális ellátás, köznevelés) feladatainak összehangolása.

(A Módszertan 4: A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása című dokumentum alapján.)

Szakértői konszenzus alapján, jogszabályi háttérrel alátámasztva az egységes szemlélet megteremtése, a





feladatok, kompetenciák, kliens utak (pl. szabályozott beutalási gyakorlat, gyermek addiktológiai beutalási rendszer szabályozása) pontosabb meghatározása.

A mentálhigiénés irodák illetve teamek megszervezése nagymértékben segíthetné a szektorok közötti kommunikációt, az egységes szemlélet, nyelvezet megteremtését, az egyértelmű beutalási rend megvalósítását, a párhuzamos ellátások csökkentését. (Izd. részletezve 2/a mentálhigiénés teamek felállítása). A preventív szemléletnek megfelelően a korai észlelés, szűrés leginkább az egészségügyi alapellátás és köznevelés, a rizikócsoporthoz szűrés, nyomon követése a köznevelési és szociális intézmények, a konkrét mentális betegségek megelőzése, diagnosztikája, kezelése az egészségügyi szakellátás feladata.

- *Érintett szektorok:* Minden szektort érint
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - az intézményi háttér biztosított,
 - anyagi többletforrás – pénzügyi ösztönző,
 - humán erőforrás fejlesztés, képzés, továbbképzés, érzékenyítés
 - jogharmonizáció
- *A megvalósítás időtartama:* hosszú távú fejlesztési javaslat (több mint 5 év)
- *Megvalósítási szint:* országos

Ezen belül:

1/a Köznevelés és egészségügyi alapellátás „kettős ellátásának” összehangolása, párhuzamosságok csökkentése, feladatmegosztás, kompetenciakörök, együttműködés pontosabb meghatározása

A területi védőnő és iskolai védőnő feladatai (szűrések, oltások) jól szabályozottak. Az óvodák számára az elvégzett védőnői és gyermekorvosi szűrések eredményei nem ismertek. Az 5 éves státusz vizsgálat eredményeit az iskolák a szülőktől kérik (a korábbiakat nem) és a gyermek későbbi iskolai dokumentációjának része lesz, az iskolai szűrővizsgálatok eredményeivel együtt.

A házi gyermekorvosok és az iskolaorvosok között nincs formális kapcsolat, gyakran ugyanazzal a problémával megjelennek a gyermekek az iskolaegészségügyben és a házi gyermekorvosnál is.





Az információ áramlás megkönnyítését, a párhuzamos ellátások csökkentését segítheti alapellátási központok létrehozása. Jó gyakorlatnak tartjuk a Debreceni Alapellátási és Egészségfejlesztési Intézet (DAEFI) létrejöttét (lsd. részletesen a 2/c. egészségügyi alapellátás). Itt az alapellátás során keletkezett adatok közös digitális adatbázisban történő kezelése az egyes gyermekek nyomon követését segítené. Ehhez informatikai fejlesztés szükséges.

1/b Szakellátásban dolgozó pszichológusok, iskolapszichológusok, pedagógiai szakszolgálat szakembereinek, szociális rendszerben dolgozó pszichológusok feladatainak, kompetenciáinak újragondolása, együttműködésük szabályozásának megteremtése, aktívabb – szabályozott kapcsolattartás, szupervíziós lehetőség.

Az iskolapszichológusi munka jellemzői a *preventív szemlélet*, a problémák megelőzése az elsődleges cél. A gyermekkel, szülővel, pedagógusokkal, *indirekt munkamód előnybe részesítése*, pedagógus konzultáción keresztül, *fejlődéslélektani megközelítés* a tanuló életkorának jellemzői mentén. A gyermekkel az iskolapszichológus a képességmintázata alapján dolgozik.

A mentálhigiénés irodák/teamek az elsődleges és másodlagos prevencióban, a szektorokon belül és a szektorok közötti kommunikációban is számítanak az iskolapszichológusok munkájára.

1/c Az iskolai és óvodai szociális segítők feladatrendszerének, kompetencia határainak egységes keretbe foglalása, munkakörük, feladataik megismertetése a társszakmákkal, szektorokkal. A szektorok közötti kapcsolattartásban kulcsszereplők lehetnek:

Az óvodai és iskolai szociális segítők részben vagy egészben átvehetik a korábban létező ifjúságvédelmi felelős munkakörét. Kompetenciájukhoz tartozóan a feladatuk lehetne az adott iskola mentálhigiénés és prevenciós stratégiájának kidolgozása, egy államilag kialakított prevenciós módszertani útmutató alapján. A létrehozott mentálhigiénés irodák irányításával az egészségfejlesztés területén dolgozó szakemberek, esetleg az Egészségfejlesztési Irodák, helyi KEF-ek (amennyiben van ilyen az adott településen) szakmai segítséget nyújthatnak az iskolák, illetve a szociális munkások számára. Különösen nagy hozadéka lenne, hogy iskolai szinten be lehetne építeni olyan szűrő rendszert, mely az érintett, vagy veszélyeztetett





fiatalokat, illetve probléma csoportokat szűrhetné. Felvállalható lenne egy normatív alapú támogatás, mely az iskola által felvállalt feladatokhoz és plusz mentálhigiénés ellátásokhoz, prevenciós programokhoz kapcsolódik. Az így megvalósított egészségfejlesztési programok folyamatos, nyomon követhető, hosszú távon mérhető és módosíthatóak lehetnek, az előre meghatározott indikátorok mentén. Jó alapja lehet az iskolai szociális segítő jelenléte, ami helyben koordinálja ezeket a feladatokat.

- *Érintett szektorok:* köznevelés és a szociális ellátórendszer
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:* Képzések, humánerőforrás fejlesztés, módszertani útmutatók kialakítása, plusz feladathoz kötött normatív támogatás.
- *Megvalósítás időtartama:* közép- (3-5 év) és hosszú távú (több mint 5 év alatt)
- *Megvalósítási szint:* országos

5.2. A helyi hálózatos együttműködések facilitálása, támogatása

2/a Mentálhigiénés teamek felállítása.

A gyermek mentálhigiénés ellátás tekintetében, amikor hálózati működésről beszélünk, elsődlegesen a különböző ellátási formák/ellátásért felelős ágazatok (gyermekvédelem, szociális ellátás, egészségügyi alapellátás és a közoktatás) munkájának összehangolására gondolunk. Ezt az együttműködési formát **mentálhigiénés teamként** definiáljuk. *„Jelen projekt keretében a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai **mentálhigiénés team** alatt nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoportot értünk. A mentálhigiénés team tagjai elsősorban az egészségügy, a köznevelés, a szociális (ide értve a gyermekjólét és gyermekvédelem területét is) ágazatok intézményei, szakemberei és a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológia területét érintően velük szorosan együttműködő társszakmák/társágazatok szakemberei. A mentálhigiénés teamnek nincs felülről deklarált vezetője, a team-en belül nincs hierarchikus viszony, működése a szakmai kompetenciák szerint munka- és felelősség-megosztáson alapul. A mentálhigiénés team-en belüli együttműködés a megelőzés, korai kezelésbevitel és a gondozás területét érintő feladatokra, elsősorban a kölcsönös tájékoztatásra, közös gondolkodásra, közös tervezésre és az ezekhez*





szükséges egyeztetésekre továbbá szükség szerint célirányos, egyes konkrét esetekre vagy intézményekre, problémákra vonatkozó kooperáció előkészítésére és megvalósítására fókuszál.”² (Módszertan 4: A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása)

A **mentálhigiénés csapatok** létrehozásának és működtetésének, illetve a működtetési lehetőségek feltérképezésének véleményünk szerint nélkülözhetetlen eleme, hogy ismerjük az adott életkori szakaszokban fellépő leggyakoribb lelki tüneteket, az ebben az életkorban a gyermek/ fiatal életében megjelenő, szükség szerint a korai felismerést biztosító, a megfelelő beavatkozást megtenni tudó, és a folyamatos nyomon követést megvalósító intézményi hálózat tagjait.

Főbb pszichés tünetek gyermek és serdülő korban, és az ezek mentén, hosszmetzeti síkon belépő intézmények, szolgáltatók (korcsoportonként a mentálhigiénés csapatok szereplői lehetnek):

- Újszülöttkor (0-tól 6-8 hetes korig)
 - *Ellátórendszeri szereplők:* házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, családsegítő és gyermekjóléti szolgálat/központ, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátás, gyámhatóság, gyermekvédelmi szakellátás (gyermekotthon, családok átmeneti otthona, nevelőszülői szülői hálózat) - *rendészeti szervek, civil és egyházi szervezetek*
- Csecsemőkor (6-8 hetes kortól – 1 éves korig)
 - *Ellátórendszeri szereplők:* házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, család-és gyermekjóléti szolgálat/központ, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátás, napközbeni ellátás (bölcsőde), szociális szakellátás (gyermekotthon, családok átmeneti otthona, nevelőszülői hálózat), gyámhatóság, rendészeti szervek, civil és egyházi szervezetek.

² Az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 Gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése kiemelt projektben kialakított és használt definíció.





- Kisgyermekkor (1 éves kortól – 6-7 éves korig)
 - *Ellátórendszeri szereplők:* házi gyermekorvos, területi védőnői hálózat, család- és gyermekjóléti szolgálat/központ, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátás, napközbeni ellátás (bölcsőde, óvoda), szociális szakellátás (gyermekotthon, családok átmeneti otthona, nevelőszülői hálózat), gyámhatóság, rendészeti szervek, civil és egyházi szervezetek, pedagógiai szakszolgálat.
- Kisiskoláskor (6-7 éves kortól – 10 éves korig)
 - *Ellátórendszeri szereplők:* házi gyermekorvos, iskolavédőnő, család-és gyermekjóléti szolgálat/központ, iskolai szociális munkás, egészségügyi járó- és fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények, szociális szakellátás (gyermekotthon, családok átmeneti otthona, nevelőszülői hálózat, lakásotthon), gyámhatóság, rendészeti szervek, civil és egyházi szervezetek, pedagógiai szakszolgálat, pedagógus, iskolapszichológusi hálózat, ifjúságvédelmi felelős.
- Prepubertás (10 éves kortól -12 éves korig)
 - *Ellátórendszeri szereplők:* házi gyermekorvos, iskolavédőnő, család-és gyermekjóléti szolgálat/központ, iskolai szociális munkás, egészségügyi járó-és fekvőbeteg ellátás, szociális szakellátás (gyermekotthon, családok átmeneti otthona, nevelőszülői hálózat, lakásotthon), gyámhatóság, rendészeti szervek, civil és egyházi szervezetek, pedagógiai szakszolgálat, pedagógus, iskolapszichológusi hálózat, ifjúságvédelmi felelős
- Pubertás (12 éves kortól – 18 éves korig)
 - *Ellátórendszeri szereplők:* házi gyermekorvos, iskolavédőnő, család-és gyermekjóléti szolgálat/központ, egészségügyi járó-és fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények, gyámhatóság, gyermekvédelmi szakellátás (gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona, gyermekotthon, nevelőszülői hálózat, lakásotthon, szenvedélybetegek nappali / átmeneti intézménye), javítóintézetek, rendészeti szervek, civil és egyházi szervezetek, pedagógiai szakszolgálat,





iskolapszichológusi hálózat, ifjúságvédelmi felelős, pedagógus.

(Módszertan 4: A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása című dokumentum eredményei alapján)

A mentálhigiénés teamek megszervezése nagymértékben segíthetné a szektorok közötti kommunikációt, az egyértelmű beutalási rend megvalósítását, a párhuzamos ellátások csökkentését, követhetőbbé válnának betegutak. Feladatuk a **prevenció** mellett a tényleges **betegellátásban** történő segítségnyújtás és a szektorok között információ áramlás szervezése, támogatása.

A mentálhigiénés prevenció különböző szintjeire is jellemző a multidiszciplinaritás. Az elsődleges és másodlagos prevenció esetén a köznevelés, szociális szektor szerepe hangsúlyos, a harmadlagos prevenció az egészségügyi szektor feladata.

A mentálhigiénés team működéséhez szükséges egy olyan **mentálhigiénés központ** létrehozása, ahol a helyi team koordinálása, menedzselése folyik.. A közvetlen mentálhigiénés ellátás segítése mellett feladatuk az elsődleges és másodlagos prevenció (pl. mentálhigiénés programok, szűrések, rizikócsoportok figyelemmel kísérése) támogatása, továbbképzések szervezése (Izd. részletesen 5/5 *Egységes szemlélet kialakítása céljából minden szektort érintő, összehangolt képzések, továbbképzések szervezése, egymás feladatainak, munkájának, kompetenciáinak megismerése*), a szektorok közötti együttműködés koordinálása, és a mozgó interdiszciplináris team létrehozásával (Izd. részletesen 2/d *hálózatos együttműködés támogatása mozgó interdiszciplináris teamekkel*) a rosszul ellátott területek és marginális csoportok mentálhigiénés ellátásának megszervezése.

A mentálhigiénés teamek részvevőit a különböző szektorok (köznevelés, szociális, egészségügy) kiválasztott szakemberei adják, együttműködésüket a **mentálhigiénés központok** koordinálják.

A központokban leginkább mentálhigiénés team működéséhez szükséges koordinációs és menedzsmenti tevékenységek valósulhatnak meg. Vezetője általános alap- vagy szakdiplomával és menedzser diplomával rendelkezik.





A mentálhigiénés központok minden megyében a gyermekpszichiátriai szakellátás mellett működnek, szervezetenként hozzájuk tartozhatnak. Gyermek-és ifjúságpszichiátriai járóbeteg-szakellátás minden megyében elérhető, a szekunder és harmadlagos prevenció, és a konkrét diagnosztika és terápia színtere. A Módszertan 5 pilot (a helyi szintű, szektorokon átnyúló együttműködések feltérképezését, elősegítését célzó vizsgálat) eddigi tapasztalatai is azt mutatják, hogy a jelenlegi gyakorlat szerint is a gyermekpszichiátriai szakellátás a legaktívabb a szektorok közötti együttműködésben.

A kisebb településeken a szociális szektorból kijelölt kapcsolattartó, a település intézményeitől, szakembereitől jövő jelzés alapján felveszi a kapcsolatot a megyei mentálhigiénés irodával. A *mobil-mentálhigiénés team* segítségével az igényeknek megfelelően a településre közvetlen is eljuthatók a mentálhigiénés szolgáltatások.

A központ bármely szektor intézményéből vagy a család/gyermek irányából beérkező jelzés esetén a megfelelő szolgáltatóhoz irányít, az ellátás megszervezésében, lebonyolításában segítséget nyújt.

A mentálhigiénés team tagjai havonta megbeszélést tartanak.

A mentálhigiénés központ/teamek tagjai:

Vezető:

Mentálhigiénés diplomával vagy általános alap-, vagy szakdiplomával és menedzser diplomával rendelkező szakember

Tagok:

- alapellátásból: házi gyermekorvosok, védőnők kijelölt képviselője (Izd. részletesen 2/c *Az egészségügyi alapellátás szerepe a gyerekek mentális problémáinak korai azonosításában, szűrésében, különböző szektorokba való irányításában, gondozásban, követésben.*)
- szakellátás: gyermekpszichiáter, gyermekgyógyász, drogambulancia munkatársa, klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus
- KEF képviselője, EFI képviselője





- köznevelés: **pedagógiai szakszolgálat, oktatási hivatal, gyermekpszichológusok,** óvodai és iskolai szociális segítők **képviselője**
- szociális ellátórendszer: gyermekjóléti szolgálat képviselője
- iroda működéséhez: diszpécser, mentálhigiénés koordinátorok a konkrét esetek menedzseléséhez

A mentálhigiénés központok feladata:

- Megyei adatbázis létrehozása **és annak folyamatos frissítése, a közfinanszírozott szolgáltatók, intézmények ellátásaiknak nyilvántartása (Isd. részletesen 5.3 Közös digitális adatbázis létrehozása)**
- Egységes kliensnyilvántartó számítógépes rendszer **működtetése, mely a kliens ellátásához kapcsolódó adatokat a rendszerben nyilvántartja, elkerülve a felesleges dokumentációkat, de biztosítva az információk megfelelő áramlását. (lásd. részletesen 2/b Egységes szektorokon átnyúló esetdokumentációs nyilvántartás, adatlap.) A kliens nyilvántartási rendszerrel a megyék összekapcsolhatóak.**
- Mentálhigiénés szűrések **megszervezése,** mentálhigiénés prevenció programok **kidolgozása.**
- **Szektorokon átívelő, mentálhigiénés szemléletű továbbképzések szervezése,** koordinálása *(lásd 5/5 Egységes szemlélet kialakítása céljából minden szektort érintő, összehangolt képzések, továbbképzések szervezése, egymás feladatainak, munkájának, kompetenciáinak megismerése).*
- Esetkonferenciák **megvalósításának támogatása.**

A központi irányíthatóság szempontjából hazánkban ideális a helyzet, hiszen az érintett szektorok az EMMI hatáskörébe tartoznak, minisztériumi szinten az irodák, központok irányítása egyszerűbben megvalósítható.

A mentálhigiénés team működtetésének feltételeként a teamben résztvevő szereplők működését szabályozó *törvények jogharmonizációja* szükséges.

- *Érintett szektorok:* Minden szektort érint.
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*





- Szükséges infrastrukturális fejlesztés, humán erőforrás bővítése (esetmenedzserek, diszpécser stb.), informatikai fejlesztés, valamint a teamben részt vevőknek erre a feladatra elkülönített munkaidőt biztosítani.
- Az interdiszciplináris team működésével kapcsolatos feladatok szektoronkénti finanszírozása (pl. dokumentált esetmegbeszélések alapján).
- *Megvalósítás időtartama:* közép (3-5 év) és hosszú távú (több mint 5 év alatt)
- *Megvalósítási szint:* település

Az **interszektoriális szemlélet** a gyermekek mentálhigiénés ellátásában elengedhetetlen. Ideális esetben olyan **egyéni fejlesztési tervet** kell a klienseknek elkészíteni, amelyben minden szakma egyenrangú partnerként tesz javaslatokat a saját területén és a fejlesztési tervet egy ember fogja össze és követi nyomon, amelyről minden résztvevőt tájékoztat.

Ennek egyik pillére lehet egy

2/b Egységes szektorokon átnyúló esetdokumentációs nyilvántartás, adatlap, melyben az esetmegbeszélések adatait rögzíteni lehetne. A kliens ellátásában résztvevő szereplők egy létrehozott digitális adatbázisban a korábban meghatározott jogosultságokkal történő hozzáférés útján rögzíthetik az informatikai rendszerbe a megbeszélések adatait.

Ha a rendszerben lévő közreműködők együttműködése javul, akkor várhatóan növekedik a **dokumentált esetmegbeszélések** száma is. Így mind a dokumentált esetmegbeszélések száma, illetve annak változása indikátorként szolgálhat az együttműködés tekintetében.

2/c Az alapellátásban dolgozók kapcsolatépítő feladatának, ezzel kapcsolatos kompetenciáinak, releváns protokolljainak meghatározása.

A gyermekek és fiatalok csaknem teljes része kapcsolatba kerül/áll az egészségügyi alapellátással, mely az iskolaorvosi és a védőnői hálózat révén a köznevelési intézményekben is képviselteti magát. Az egészségügyi alapellátás szakemberei kulcsszereplők lehetnének a gyerekek mentális problémáinak korai azonosításában, szűrésében, különböző szektorokba való irányításában, gondozásában, követésében.





Az egészségügyi alapellátás egy különálló intézménybe való szervezése további lehetőséget ad az aktív formális és informális kapcsolatfelvételeknek, a kliensutak átláthatóbbá tételének, a kliens adatok egységes, digitális kezelésének.

Az egészségügyi alapellátás megszervezése, működtetése önkormányzati feladat. Jó gyakorlatnak gondoljuk Debrecenben a DAEFI (Debreceni Alapellátási és Egészségfejlesztési Intézet) létrehozását. A Debreceni Egyetem Klinikai Központjához tartozva, de önálló intézményként irányítják a háziorvosok, házi gyermekorvosok, iskola egészségügy (iskolaorvosok, védőnők), iskolafogászat tevékenységeit és az orvosi ügyeleti ellátást. Debrecenben – bár nem az alapellátás része - ebbe az egységbe szervezték be az Egészségfejlesztő Irodát (EFI) is. A kevés főállású iskolaorvos mellett részállásban házi gyermekorvosok látnak el iskolaorvosi feladatokat, az iskolaorvosi és házi gyermekorvosi ellátás nagyobb átfedést mutat. Így nagyobb eséllyel találkozik egy adott gyermek ugyanazzal a gyermekorvossal az iskolában és a gyermekorvosi körzetben.

A párhuzamos ellátás tovább csökkenthető lenne, amennyiben a iskolaegészségügyben is dolgozó gyermekorvosok a háziorvosi körzetük közelében elhelyezkedő köznevelési intézményekben kapnák meg az iskolaegészségügyi feladataikat.

- *Érintett szektorok:* egészségügy, köznevelés
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - A szektorokon belül vagy szektorok közötti kapcsolatfelvétel (mint indikátor, pl. dokumentált esetmegbeszélések száma) beépítése a feladatok közé. Ezen indikátor beépítése a teljesítmény finanszírozásba.
 - Meglévő intézményrendszer és humán erőforrás mellett jogi szabályozás és többletfinanszírozás szükséges.
 - Az indikátorrendszer jogi feltételrendszereit a 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet és a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet tartalmazza. Vagyis a háziorvosi szolgáltatás köteles gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, preventív és szűrési tevékenységeket ellátni díjazás ellenében. Továbbá a finanszírozó havonta értékeli az indikátorok teljesítésének megvalósulását. Adott személy akkor jogosult teljesítmény díjazásra, ha





valamelyik indikátoron sikerült pontot elérnie. (*Módszertan 3 – A közfinanszírozott szolgáltatások teljesítmény-mérésének jelenleg alkalmazott eszközeinek vizsgálata, eszközökre és indikátorokra vonatkozó javaslatcsomag készítése*)

- *Megvalósítás időtartama:* hosszú távú (több mint 5 év alatt)
- *Megvalósítási szint:* országos

2/d. Civilek (civil szervezetek, ill. családok, szülők) bevonása a hátrányos helyzetben élők mentálhigiénés megsegítésére.

A mentálhigiénés teamek létrehozása lehetőséget teremt, hogy a szociális szektorból kijelölt kapcsolattartó a település intézményeiből érkező jelzés alapján felvegye a kapcsolatot a megyei mentálhigiénés irodával. A mobil-mentálhigiénés team segítségével az igényeknek megfelelően a településre közvetlenül is eljuthat a mentálhigiénés segítség. Egy-egy településre lebontva az együttműködés koordinálója az egyébként is mindenki számára elérhető szociális ellátás.

A hátrányos helyzetű családok mentálhigiénés megközelítése a hagyományos ellátási formákkal, szolgáltatásokkal nehéz. Szükségesek speciális elérési programok, helyi szinten elérhető szolgáltatások. A közösségi szintű megközelítés célszerűbbnek tűnik szokványos egyéni egészségügyi vagy szociális ellátással szemben.

Hátrányos környezetben élő családok gyermekei a legveszélyeztetettebb csoportnak tekinthetők, mind a mentális, mind az addiktológiai problémák kialakulásának területén. (Coulton és mtsai, 1999; Buckner és mtsai, 1999; Esposito, 1999; Elliott és mtsai, 1996; Furstenberg és Hughes, 1997).

A kisebb településeken nagyobb szerepet kaphatnak a civil szervezetek, laikusok a mentálhigiénés irodák által koordinált prevenció programok lebonyolításában is.

A nagyon nehéz körülmények közt élők sorában is vannak azonban olyanok, akik „*reziliensek*”, tehát több kockázati (rizikó) tényező tartós fennállása ellenére is sikeres megküzdők (Werner, 1993).

A reziliencia nem kivételes tulajdonság, hanem olyan interakciós helyzet személy és környezete közt, amelynél nagyon nehéz körülmények ellenére a kisszámú támogató rendszer megfelelő működésének köszönhetően mégsem sérül az egészséges működés (Luthar és Cicchetti, 2000).





Támogatja a rezilienciát a szegénységet megelőző életszakaszból származó segítők jelenléte, a családi és baráti együttműködés, illetve a vallási közösségben való tagság is (Greeff és Human, 2004, Higgins és McCabe, 2003). A családon kívüli más közösségek erőteljes támogató szerepét egyéb kutatások is megerősítik (Bowen és Chapman, 1996, Elliott és mtsai, 1996)

- *Érintett szektorok:* Leginkább a szociális szektor
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - Az intézményi háttér adott. A kapcsolatok facilitálásához anyagi és humán erőforrás fejlesztés, illetve képzések, érzékenyítő rendezvények szükségesek.
 - Előzetesen fel kell térképezni a helyi erőforrásokat, civil szervezeteket.
- *Megvalósítás időtartama:* hosszú távú
- *Megvalósítási szint:* település

2/e A hálózatos együttműködés támogatása mozgó interdiszciplináris teamekkel.

A mozgó, interdiszciplináris teamek létrehozása során hasznos lehet a nemzetközi tapasztalatokkal rendelkező SOFT Tulip Foundation 1991-ben indított projektje. A SOFT Foundation Hollandiában egy gyakorlati segítő folyamatot dolgozott ki első körben sérült (mozgás, érzékszervi, értelmi) gyermeket nevelő családoknak, majd ezt a gyakorlatot kibővítette pszichiátriai problémával diagnosztizált családtagot ápoló, gondozó családokra is. A folyamat lényege az, hogy ezekhez a családokhoz egy segítő, esetmenedzsert rendel, aki a családok szociális, valamint egészségügyi problémáit egy kézben tartja, az ahhoz szükséges szervezési, tanácsadási folyamatokat, szükséges vizsgálatokat, illetve a mindennapi életvitelt segíti, kézben tartja.

A projektben részt vett a Debreceni Egyetem, Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Gyermekrehabilitációs Központjának SOFT Alapítványa is. Az alapítvány MOTEL (Mozgó, Otthoni, Terápiás Ellátó Lánc) elnevezéssel egy olyan hálózatfejlesztő szolgáltatást indított el, ahol az érintett családok, civil szervezetek és szakemberek együtt, egymás mellett végezték segítő tevékenységüket a sérült gyermeket, felnőttet nevelő családok életminőségének javítása érdekében. (<https://www.softtulip.nl/main.html?1#>)

A mentálhigiénés központok - melynek részét képezik a mentálhigiénés irodák is – irányításával, a mobil-





mentálhigiénés team eljuthat kisebb településekre, segítségükkel az igényeknek megfelelően közvetlenül is eljuthat hozzájuk a mentálhigiénés segítség.

A kisebb településeken a szociális szektorból kerül ki a kapcsolattartó, megyei mentálhigiénés irodával konzultál, egyeztet.

(Lásd részletesen 2/a Mentálhigiénés teamek felállítása)

Mozgó interszektoriális teamek szupervíziós szerepet is kapnak *a marginális társadalmi helyzetű csoportok mentálhigiénés ellátásában.*

A hátrányos helyzetű családok és fiatalok mentálhigiénés ellátása, azon belül elérése, különösen nehéz a hagyományos ellátási, illetve gondozási tevékenységek alkalmazásával. A pszichiátriai és addiktológiai ellátás jelenlegi elérhetősége a magyarországi lakosság számára nem egyenletesen lehetséges. Főleg a megyeszékhelyeken és nagyobb városokban vannak az ellátás helyszínei és a szakrendelések. Jelen projekt jelentősen növeli majd az ellátás infrastrukturális feltételeit, ugyanakkor továbbra is lesznek lefedetlen területek, mind a gyermek és serdülő pszichiátria, mind az addiktológia területén. Különösen nehezített a hátrányos helyzetű, szegregátumban élő családok mentálhigiénés megközelítése. Ezeknek a marginalizált csoportoknak speciális elérési programokat, esetenként helyi szinten elérhető szolgáltatásokat lehetne biztosítani. Az ellátás szervezésénél a közösségi szintű megközelítést kellene előtérbe helyezni a szokványos egyéni egészségügyi vagy szociális ellátással szemben. A társadalom perifériáján élő családok bevonása, érzékenyítése nagyon nehéz feladat, jelenlegi intézményi lehetőségek keretei között kapacitás hiányában nem megvalósítható. Ugyanakkor a külföldi és hazai szakirodalom alapján a peremhelyzetben élő családok gyermekei a legveszélyeztetettebb csoportnak tekinthetők, mind a mentális, mind az addiktológiai problémák kialakulásának területén. Hátrányos környezetben a gyermek több negatív mintát lát, így például gyakori a szülő(k) szerhasználata és a mentális zavara (Coulton és mtsai, 1999; Buckner és mtsai, 1999; Esposito, 1999; Elliott és mtsai, 1996; Furstenberg és Hughes, 1997).

- *Érintett szektorok:* Minden szektort érint.
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - Infrastrukturális és humán erőforrás fejlesztés, illetve képzések,





érzékenyítő rendezvények szükségesegek.

- *Megvalósítás időtartama:* hosszú távú
- *Megvalósítási szint:* megye

5.3. Közös digitális adatbázis létrehozása

A különböző szektorok képviselőivel felvett szakértői interjúk szerint minden szolgáltató rengeteg adatot rögzít papír alapon vagy digitális formában. Minden szolgáltatónak törvény által előírt adatszolgáltatási kötelezettsége van, általában több intézmény felé. Az adatközlés sok esetben túlszabályozott és nem átjárható. A szolgáltatók – hasonlóan az ellátáshoz – a kliensekről és szolgáltatásaikról egymástól eltérő csatornákon közölnek adatokat, nincs központi adatbázis, egymás adataihoz nem férnek hozzá. Általában minden szolgáltató készít saját (egyedi szabályozása szerint), nem továbbított (főleg papír alapú) dokumentációt, melyek kategorizálása, követhetősége, esetleges statisztikai feldolgozáshoz való hozzáférése szabályozatlan, nem megoldott. Az intézmények az adatközlések után (melyek is képet adnának a kliensekről és szolgáltatókról) nem kapnak visszajelzést, nincs visszacsatolás. Ezen adatokat, mutatókat nem építik be munkájuk során, nem értékelik helyi szinten, nem befolyásolja szakmai, módszertani tervek alakításában. (*Módszertan 3: A közfinanszírozott szolgáltatások teljesítmény-mérésének jelenleg alkalmazott eszközeinek vizsgálata, eszközökre és indikátorokra vonatkozó javaslatcsomag készítése* című dokumentum alapján)

A betegellátás összetettsége különböző intézmények és szervezetek hatásos és hatékony kommunikációját igényli. Az orvoslás technikai fejlettsége ellenére a páciensekről szóló információ általában papír alapon cserélődik. Az infokommunikációs technológia (IKT) eszközök robbanásszerű fejlődése és elterjedése azonban nagyban elősegítheti és felgyorsíthatja az információcserét és csökkentheti a kommunikációs folyamatok közben történő információvesztés, információtorzulás mértéke. (Demski és mtsai, 2010).

Jelenleg még nem léteznek sem olyan adatbázisok, amelyek a legalapvetőbb információkat koherens módon tárolnák, sem pedig olyan kiadványok, melyek a továbblépés, a kezelések lehetőségeiről tájékoztatná a szakembereket és a laikus érdeklődőket.

A hozzáférhetőséget, jogosultságot nagyon pontosan meg kell határozni, személyre szabni a különböző





szektorokban dolgozó szakemberek kompetenciáinak megfelelően. Jogi, adatvédelmi, etikai szabályok jelenleg ennek gátat szabnak. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) már részben erre is igyekszik megoldást nyújtani oly módon, hogy az ellátókat és az ellátottakat közelebb hozza egymáshoz, valamint leegyszerűsíti az adatgyűjtést.

A mentálhigiénés központok és teamek feladatai közé tartozna:

- **Megyei adatbázis létrehozása és annak folyamatos frissítése**, a közfinanszírozott szolgáltatók, intézmények szolgáltatásainak és a jelzőrendszer tagjainak nyilvántartása.
- **Egységes kliensnyilvántartó számítógépes rendszer működtetése**, mely a rendszerben nyilvántartja a gyermeket, elkerülve a felesleges dokumentációkat, de biztosítva az információk megfelelő áramlását.
- *Érintett szektorok*: Minden szektort érint.
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások*: Jogi, adatvédelmi, etikai szabályok harmonizációja szükséges. Informatikai, humán erőforrás fejlesztés szükséges.
- *Megvalósítás időtartama*: hosszú távú
- *Megvalósítási szint*: országos

5.4. Intézmények teljesítményének mérése az intra- és interszektoriális kapcsolatfelvételek tekintetében.

A dokumentált esetmegbeszélések teljesítmény finanszírozása facilitáló tényező lehet a szabályozott intra-és interszektoriális kapcsolatfelvételen. A Módszertan 5 pilot vizsgálatban egy olyan adatlap kerül tesztelésre, melyet az adott járásban működő, a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségével kapcsolatos ellátások, szolgáltatások szervezésében és megvalósításában résztvevő intézmények kiválasztott munkatársai töltenek ki, amennyiben egy adott kliens kapcsán intra vagy interszektoriális kapcsolatfelvételre került sor.

Dokumentált helyi esetgondozási együttműködések alatt az alábbiakat értjük: Egy adott eset (gyermek vagy fiatalkorú) ellátásában, az aktuális probléma megoldását célzó, a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma, melyben az intézmény munkatársai is dokumentált módon vesznek részt.”

- *Érintett szektorok*: Minden szektort érint.





- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - Intézményi háttér, egyéb erőforrások adottak.
 - Többször munkaidő biztosítása szükséges.
 - A dokumentált esetmegbeszélés (kifejtve a Módszertan 4: *A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása* című dokumentumban), mint indikátor beépítése a teljesítmény finanszírozásba.
 - A kapcsolatot dokumentáltan kezdeményező intézmény részesül többször finanszírozásba.
- *Megvalósítás időtartama:* hosszú távú
- *Megvalósítási szint:* intézmények

5.5. Egységes szemlélet kialakítása céljából minden szektort érintő, összehangolt képzések, továbbképzések szervezése, egymás feladatainak, munkájának, kompetenciáinak megismerése

A mentálhigiénés irodák feladatai között szerepel a szektorokon átívelő, mentálhigiénés szemléletű továbbképzések szervezése, koordinálása is. Ezen belül hangsúlyosak a „közös nyelv”, mentálhigiénés ismeretek, szektorok közötti kapcsolatok és az egyes szektorok sajátosságainak ismertetése a társzakták munkatársaival.

- *Érintett szektorok:* Minden szektort érint.
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - Egységes módszertani anyagok készítése, képzők képzése szükséges.
 - Többször anyagi és humán erőforrás szükséges.
- *Megvalósítási szint:* megye, országos.
- *Megvalósítás időtartama:* hosszú távú (több mint 5 év)

5.6. Az egyes szektorok képzéseinek átalakítása

Az alapképzésbe rendszerszemléletű mentálhigiénés alapismeretek bevezetése.

- *Érintett szektorok:* Az egyes szektorokat külön-külön érinti.
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*





- Az egyes szektorok képzéseibe (akár az alapképzésekbe pl. pedagógus alapképzés, orvosképzés, szakorvos képzés) beépíteni a többi szektor feladatairól, működéséről szóló ismereteket. Az egyes szektorok, szakmák protokolljainak, algoritmusainak frissítése.
- *Megvalósítási szint:* országos
- *Megvalósítás időtartama:* hosszú távú (több mint 5 év)

5.7. Gyermekaddiktológiai és gyermek-és ifjúságpszichiátriai ellátásba kerülés facilitálása.

A jelenlegi törvényi szabályozás a szociális alapellátás általános szűrővizsgálataira fókuszál, de nem tér ki arra az esetre, amikor a gyermekvédelem az addiktológiai problémával érintett gyermek, család esetében kéri a területileg illetékes szakellátóval való együttműködést, és ez az együttműködés elmarad.

A helyi mentálhigiénés teamek a kliens további útjának menedzselésében szerepet vállalnak. A teamben dolgozó esetmenedzserek szervezhetik és ellenőrizhetik az ellátást, ill. az ellátás megvalósulását a szociális szektorral együttműködve.

A mentálhigiénés irodák koordinálásával országosan, de a mentálhigiénés szolgáltatások és szakellátás szempontjából ellátatlan területeken mindenképpen, a Család-és gyermekjóléti szolgálat/központok keretén belül képzett addiktológiai konzultánsokkal kellene az ellátást bővíteni. Helyi rendezvények, a célcsoport igényeihez igazodó programok keretén belül eljuttatni az információkat, gyermek és serdülőkori problémákról, a szerhasználat veszélyeiről, a lehetséges kezelési lehetőségekről. Az adott közösséggel, lakókörnyezettel bizalmi helyzetben lévő segítő, rendszeres elérési programokkal, motivációs beszélgetésekkel könnyebben tudja bevonni a problémás családtagokat. Helyi szereplőként több információja és eszköze is van a család életére vonatkozóan. Az intézmény nem utolsó sorban rendelkezik hatósági funkcióval is, mely bizonyos értelemben kényszerítő, előmozdító szereppel is bírhat.

A szakember esetenként a hozzátartozókkal dolgozik, és a családi működészavar felismerésén keresztül bontja meg a kialakult rossz egyensúlyt. A közösségi munka részeként támogatható az önsegítő közösségek kialakítása is, mely szintén helyben elérhető lenne. Az





említett szolgáltatások, a közösségi támogató munka hosszú távon a finanszírozás szempontjából is költséghatékonyabb és megvalósíthatóbb, a jelenlegi pénzügyi környezetben. Az addiktológiai konzultáns feladata lenne a korai elérés, kezelésbe vonás, állapotfelmérés, szakellátásba történő delegálás. Kapcsolattartás az egészségügyi és rehabilitációs intézményekkel. Részben megoldaná a fiatalkori szerhasználat területén tapasztalható beutalási-rendszer hiányt is.

- *Érintett szektorok:* Szociális, egészségügyi szektort érinti.
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - Javasolt a törvényi szabályozásban rögzíteni, hogy addiktológiai érintettség esetén a gyermekvédelem magatartási szabályként előírhatja a kiskorú vizsgálatát, szükség esetén kezelését, és ennek ellenőrzésére is jogosítványt biztosítson.
 - Képzés, humán erőforrás fejlesztés
- *Megvalósítás időtartama:* Rövid távon a korai kezelésbe kerülés, középtávon a kezelésben tartás, valamint hosszú távon egy folyamatos visszacsatolás és együttműködés a haszna.
- *Megvalósítási szint:* országos

5.8. A mentális egészséggel kapcsolatosan, a különböző szektorokban használatos, minden szereplő számára érthető „közös nyelv” kialakítása

Az *FNO* (Funkcionális állapotok Nemzetközi Osztályozása) számos területet átfogó osztályozási rendszer. Célkitűzései között szerepel az egészség és az egészséghez kapcsolódó állapotok mindenki számára érthető és értelmezhető leírása, így javulhat a kommunikáció, a megértés a különböző felhasználók között, több szektor is alkalmazhatja a közös nyelvet beszélve. A testi funkciók mellett külön fejezetben jelennek meg a tevékenységek és a részvétel, és külön fejezetben a kontextuális (környezeti és személyes) tényezők (WHO, 2001).

A WHO 2007-ben megjelentette a Gyermekek- és Ifjúsági változatot. (Angol megnevezése International Classification of Functioning, Disability and Health, Child and Youth Version / ICF-CY).





A nemzetközi gyakorlatban az FNO használata rohamosan terjed és nemcsak az orvosi rehabilitációban, hanem a rehabilitáció többi területén is.

Magyarországon az FNO használata nem terjedt el, pedig számos területről a valódi funkcionálásról egymással összehasonlítható információk lennének nyerhetők. Bár egyes intézetekben rögzítik az FNO kategóriákat, de ez csak általában finanszírozás céljából előírt néhány FNO kategória. (Belicza & Kullmann 2009)

A korai azonosítás, szűrés szempontjából a képességek és nehézségek kérdőív (SDQ) számos területen és átfogóan is használható, a viselkedési, érzelmi, lelki zavarok egyszerű és gyors szűrésére (Turi és mtsai, 2013). Az egészségügyi, szociális, köznevelési szektorban is használható.

Küszöbérték nem határozható meg, a pontszám változás korrelál a mentális betegségek megjelenésének valószínűségével. (Turi és mtsai, 2011).

A kérdőív rövid, egyszerűen kitölthető. Tartalmaz néhány kiegészítő tételt, melyek a problémák családi és iskolai közösségre való hatását is felméri. Szülő és pedagógus ugyanazt a kérdőívet tölti ki, illetve önkitöltős forma (11 év fölött) is létezik. Értékelése egyszerű.

Alkalmazása már az iskolás kor előtti szakasztól javasolható a korai észlelést igénylő tünetek, rizikófaktorok, fokozott vulnabilitás esetén. Házi gyermekorvosi, háziiorvosi, iskolaorvosi, iskolapszichológusi, védőnői, szociális munkás általi konzultációk alkalmával is felvehető. Segíthet az érintett gyermek/fiatal kezelésbe való bevonódásának támogatásában, a minél korábbi diagnosztizálásban, a tünetek követésében. (Módszertan 1, A gyermekek/fiatalkorúak lelki egészségének általános leírására alkalmas eszközök, indikátorok meghatározása)

A mentálhigiénés teamek szervezésében megvalósíthatóak olyan képzések, valamint létrehozhatóak olyan tájékoztató anyagok, melyek a mentális egészséggel kapcsolatos fogalmakra koncentrálnak, érintik a mentálhigiénés prevenciót, és ismereteket adnak át például az SDQ szűrőteszt használatáról. Az interdiszciplináris továbbképzések melyeken az egyes szektor a társzektoroknak mutatkozik be, ismerteti szervezetét, szabályozását, tevékenységi köreit, szolgáltatásait, és amennyiben van szektorra jellemző „nyelvezetét”.

- *Érintett szektorok:* Minden szektort érint.





- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:*
 - Törvényi szabályozás,
 - képzések, fórumok
 - FNO kódok finanszírozásba való beépítése szükséges.
- *Megvalósítás időtartama:* rövid, középtávú.
- *Megvalósítási szint:* országos.

5.10. Egészségügyi esetmenedzser képzés megvalósítása, egészségügyi esetmenedzser alkalmazása, egy új típusú munkakör létrehozása

Az egészségügyi esetmenedzser megjelenése az egészségügyi ellátórendszerben jelentősen hozzájárulhat a betegellátás folyamatához és a rendszer működéséhez egyaránt. Az egészségügyi esetmenedzser egy olyan személy, aki felelős az egészségügyi vagy orvosi szolgáltatások tervezéséért, irányításáért, és koordinálásáért gyermek és felnőtt betegeknek egyaránt. A szakemberek kórházakban, klinikákon, biztosítótársaságoknál, rehabilitációs létesítményekben, magánklinikákon, szakképzett ápolási intézményekben, kutatási és tudományos környezetben, valamint számos egyéb közvetlen és közvetett egészségügyi ellátásban dolgoznak. Az egészségügyi esetmenedzser a közvetlen gondozói szolgáltatók mellett dolgozik, hogy segítse az egészségügyi szakpolitikák kialakítását és bővítését, javítsa az ellátás és az ellátórendszer minőségét, mivel az egészségügyi ellátás arculata fejlődik, és egy pozitív egészségügyi ellátórendszer elérésére törekszik.

Az egészségügyi esetmenedzser-képzés alapja az a tény, hogy napjainkban egészségügyi szervezetek olyan, a globális trendek által okozott kihívásokkal szembesülnek, mint az öregedés és az életmód változásai. A jó menedzsmen elengedhetetlen az egészségügyi ágazat egyre súlyosbodó problémáinak megoldásához. Ezen szakember feladata összetett: elemzi és segíti az egészségügyi szektor számos problémájának megoldását, és irányításával segíti a beteg számos kivizsgálásának, terápiáinak összehangolását egy napra.

Wysocka és Lewandowski (2017) alapján az egészségügyi esetmenedzser kulcskompetenciái a következők: az egészségügyi piac működésének és az anyagi erőforrások kezelésének ismerete, pénzügyi menedzsmen, jogi és egészségügyi ismeretek, szisztematikus, analitikus gondolkodás, stratégiai





gondolkodásmód. Az előrelátás, a kívánatos jövőkép létrehozása, munkatapasztalat, képesség a szokatlan helyzetek kezelésére és a konfliktusok megoldására, vezetői és motivációs készségek és képességek, döntéshozatali készség, együttműködési készség, tárgyalási készség, forrásmozgósítás és –átruházás, időgazdálkodás, nyelvismeret, stressz-kezelés, érzelmi intelligencia, kommunikáció, következmények előrelátása, felelősségvállalás, etikus viselkedés, eredményfókusz viselkedés, asszertivitás, bátorság, irányítás, kreativitás, az alkalmazottak iránti bizalom, csapatépítés és –menedzselés, kompetenciafejlesztés, munkavállalók motiválása, minőségbiztosítás, a betegek jóllétének gondozása, személyes kultúra, következetes cselekvés.

Magyarországon még kevés példa található esetmenedzseri munkára. A Magyarország és Ausztria közötti Interreg együttműködés alapján Zala, Vas és Győr-Moson-Sopron megyékben találkozhatunk például az idősgondozás területén. Ez alapján az *„esetmenedzser látja el az elsődleges szűrést, feladatkörében szerepel a kliensek problémájának felismerése, szükségleteinek megállapítása, számára legideálisabb szolgáltatás és szolgáltató feltérképezése, kiválasztása, a számára legmegfelelőbb szolgáltatóhoz történő irányítása, ellátásának nyomon követése”* (European Union – European Regional Development Fund. Interreg: Austria- Hungary 2014-2020, 2019).

Mind a tudományos publikációk, mind a (norvég) kormányzati adatok alapján az egyre növekvő számú beteg populáció magasabb fokú összehangoltságot igényel az egészségügyi ellátás és szociális szolgáltatások között. Ennek következtében a norvég kormány egy új megközelítés kipróbálása mellett döntött: 2001-ben az országos törvénykezés szintjén bevezették az „Egyéni gondozási tervet”, amely jogot biztosít a betegek számára azzal kapcsolatban, hogy egy irányított és összehangolt ellátást kapjanak, valamint bekapcsolódjanak a saját gondozási folyamatuk formálásába/alakításába. A törvény elfogadása óta bármilyen típusú betegséggel küzdő, rászoruló betegnek törvényes joga van széleskörű egészségügyi és szociális szolgáltatások igénybevételére, valamint egy egyéni ápolási tervhez, amely magában foglal egy megnevezett egészségügyi menedzsert a szolgáltatások koordinálására. Az egyéni gondozási terv egy vázlatot tartalmaz a beteg céljairól, erőforrásairól, valamint a számára szükséges szolgáltatásokról, függetlenül a diagnózistól, a korától, vagy az ellátás szintjétől. Ha több





egészségügyi terület összehangolt ellátására van szüksége a betegnek enélkül az ellátási forma nélkül lehetetlen. A gondozási terv kialakítását a beteg, annak legközelebbi hozzátartozója, vagy törvényes gyámjának kérésére azonnal el kell indítani. Ez a terv azonban nem helyettesíti a betegek nyilvántartását, és nem tartalmaz részleteket szociális vagy egészségügyi személyes adatokról. Az összefogott területek elsősorban az egészségügy, a pénzügyek, a lakhatás és társadalmi élet, valamint az óvoda és az oktatásügy. Az együttműködés elengedhetetlen, és az egészségügyi és szociális ellátáson kívül dolgozó szakemberek, kiemelten a tanárok/pedagógusok is kezdeményezhetik és részt vehetnek a kezelés tervezési folyamatában. A pedagógusok általában kapcsolatba lépnek az egészségügyi esetmenedzserrel (case-manager) vagy a szociális szféra dolgozóival, hogy elindítsák az együttműködést és a tervezési folyamatot. A szakemberek kölcsönösen profitálhatnak munkájuk során az egymással való együttműködésből, például egy fogyatékossgal élő gyermek esetében, hogy a szervezeti határokat átlépve kommunikálnak/együttműködnek. A Norvég Egészségügyi Igazgatóság guideline-okat készített, tanfolyamokat tartott és projekteket kezdeményezett a szakemberek és a vezetők tájékoztatására az egyéni kezelési tervekkel kapcsolatban, valamint annak biztosítása érdekében, hogy mind a kórházak, mind az önkormányzatok biztosíthassák a megfelelő színvonalú tervezési folyamatot és szakembereket az egészségügy, a szociális és oktatás területén is. Az egészségügyi esetmenedzser részben az ágazatok közt, de az egészségügyön belül, pl. az egy napra történő vizsgálatok összehangolásával, nagy segítséget jelenthet, különösen ha többszáz kilométerről érkezik a beteg (Bjerkan és mtsai, 2011). Korábbi példaként a Social Sans Frontières egyesület dokumentációja alapján rehabilitációs esetmenedzseri szerepkörre található példa, amelynek feladatai a következők (Social Sans Frontières, 2013):

- *„segíteni a kommunikációt és az együttműködést az egészségügyi szakszemélyzet (orvos, ápolást végző személyzet) és a beteg, illetve fogyatékos ember között*
- *segít a beteg vizsgálati időpontjainak egy napra történő megszervezésében a különböző orvosi területeken*
- *segíti a megváltozott helyzet, fogyatékossg elfogadását, oldja a szorongást, javítja a beteg jövőképét javaslataival*
- *támogatást nyújt a megváltozott életmód kialakításában*





- *segíti az orvost, hogy jobban megértse a fogyatékos ember megváltozott helyzetét és körülményeit*
- *segíti a beteg, illetve fogyatékkal élő személy családját a betegséggel való megküzdésben, segíti az érintett személy és családja közötti kommunikációt*
- *információt nyújt a kórházból történő elbocsátás utáni lehetőségekről (otthonápolás, rehabilitáció, terápia és munkalehetőségek, ezek szervezése)*
- *segíti a gyógyászati segédeszközök felkutatását, kölcsönzését, vásárlását*
- *önsegítő csoportok szervezésében vesz részt*
- *kutatási-oktatási tevékenységet végez”*
- *Érintett szektorok:* Az egészségügyi szektor illetve kapcsolattartás a szociális és közoktatási szférával
- *Megvalósításhoz szükséges előfeltételek és erőforrások:* Az egészségügyi eszménedzser szak akkreditálása. Oktatói és intézményi erőforrás.
- *Megvalósítási szint:* országos.
- *Megvalósítás időtartama:* rövid, közép, és hosszú távú





6. Összegzés, kitekintés

A tanulmány az EFOP-2.2.0-16-2016-00002 azonosítószámú „Gyermekek és ifjúságpszichiátriai addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” című kiemelt projekt keretében korábban megvalósított szakmai tevékenységek során gyűjtött információk és gyakorlati tapasztalatok alapján, a főként helyi ellátók közötti (interszektoriális) együttműködés javítását célzó javaslatok megfogalmazása, a megvalósításához szükséges előfeltételek és erőforrások megjelenítésével együtt.

Javaslatainknak hosszú távú célja egymással szorosabb kapcsolatot tartó új intézményrendszer kialakítása, ahol a három szektor (egészségügy, szociális, köznevelés) feladatainak, kompetenciáinak összehangolása megtörténik és ideális esetben a kliens (egyénre szabottan) kezelésében minden szektor szabályozottan és egyenrangú partnerként vesz részt.

A kiemelt projektben már korábban kidolgozott módszertani és értékelési tanulmányok, illetve ezen feladatrészekhez tartozó pilot vizsgálatok kapcsán tartott fókuszcsoportok, a köznevelési, szociális és közösségi programokkal kapcsolatos továbbképzések és a munkacsoport tagjainak korábbi szakmai ismeretei mind felhasználásra kerültek a területen készült, a helyi szolgáltatások hatékonyságnöveléséhez kapcsolódó javaslatokat tartalmazó jelen dokumentumban.

A korábban már felkutatott és felhasznált külföldi és hazai szakirodalom alapjait is összefoglaltuk a közfinanszírozott szolgáltatások teljesítmény-mérésének jelenleg alkalmazott eszközeinek vizsgálata, eszközökre és indikátorokra vonatkozó javaslatcsomagban (*Módszertan 3.*) és a leginkább a helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározását tartalmazó összefoglaló tanulmányban (*Módszertan 4.*).

A szektorok közötti együttműködést kivétel nélkül minden megközelítés fontos mérföldkőnek tartja és elengedhetetlen a továbbiakban is. A mentális egészséget befolyásoló tényezők megértéséhez és az esetlegesen már kialakult tünetek orvoslásához multidiszciplináris, leginkább transzdiszciplináris tevékenység szükséges. *Multidiszciplináris* teamnek azt az együttműködési formát nevezzük, amikor a szakemberek alapvetően azonos célért, ugyanakkor akár különböző szervezeti szinten dolgoznak együtt.





A közös munka nem hozza magával az ellátás integritását. Ezzel szemben az *interdiszciplináris team* működésében - az intenzív együttműködés hatással van a szolgáltatások koordinációjára, egy olyan folyamatosan kommunikáló rendszer, amely rendszeres közös értékelést, esetleg újratervezést is tartalmaz. A szolgáltatás szervezés egységes koncepción alapul a kliensek ellátása érdekében. A kliensnek is felelőssége van a változás folyamatában, aktív részese annak. Néhány országban már megtalálható a *transzdiszciplináris team* alapján működő ellátási rendszer, amely mintát fontos alapul vennünk a hazai ellátás megreformálásában és megszervezésében egyaránt. Mindehhez természetesen a transzlációs medicina is alapot adhat. A kiemelt projekt során készült interjúk elemzése alapján (Módszertan 3: A helyi ellátók együttműködését mérni, dokumentálni képes adatgyűjtési eszköz meghatározása) a szektorok közötti együttműködésben leggyakrabban felmerült problémák között hangsúlyozottan szerepelnek a következők:

- „*Kliens utak nem egyértelműek*”,
- „*Kompetencia kérdése*”
- „*Kapcsolatfelvétellel összefüggő nehézségek*”,
- „*Hiányos ismeretek egymás munkájáról, a lehetőségekről, visszajelzések hiánya*”,
- „*Kapacitáshiány, nagyfokú túlterheltség*”,
- „*Egységes adatfelvételi és gyűjtési rendszer hiánya*”.

Mindezen problémák kerestünk és adunk ajánlást jelen tanulmányban.

Javaslataink fő irányvonalait összefoglalva:

A három szakterület (egészségügy, szociális ellátás, köznevelés) feladatainak összehangolása elengedhetetlen. Ennek megoldását a hálózatos együttműködés fejlesztésében látjuk, melyben előrelépés a mentálhigiénés központok és teamak létrehozásával valósulhat meg, melynek részét képezhetik a meglévő mentálhigiénés irodák is. A további javaslataink nagy része ebbe a rendszerbe illeszkedik, illetve a központoknak szerepük van megvalósításukban, gyakorlati alkalmazásukban.

A mentálhigiénés központok feladata a közvetlen mentálhigiénés ellátás segítése, a prevenció támogatása, továbbképzések szervezése, a szektorok





közötti együttműködés koordinálása és a mozgó interdiszciplináris team létrehozása.

A mentálhigiénés csapatok részvevőit a különböző szektorok (köznevelés, szociális, egészségügy) kiválasztott szakemberei adják, együttműködésüket a mentálhigiénés irodák koordinálják.

Az irodákban leginkább mentálhigiénés menedzsmenti, koordinációs tevékenység folyik.

Közös és egységes szemléletet és nyelvezeti terminológiát kell kialakítanunk a szakemberek körében és mindezt jogszabályi háttérrel is alá kell támasztanunk. A szakmai szabályzó dokumentumok, szakmai protokollok, irányelvek kidolgozása a szakemberek részére azért is fontos, mert a kompetenciahatárok leginkább így határozhatók meg,

Szintén a mentálhigiénés központok feladatai közé tartozik a megyei adatbázis létrehozása és annak folyamatos frissítése, a közfinanszírozott szolgáltatók, intézmények ellátásaiknak nyilvántartása és egységes kliensnyilvántartó számítógépes rendszer működtetése.

Emellett szervező, koordináló szerepük lehet a szakemberek interdiszciplináris továbbképzéseiben, ill. a saját mentális egészség megőrzésére, kiegészítő elkerülésére irányuló képzésekben.

Friss, adaptált és standardizált eszközök alkalmazása által a nemzetközi szinttel is lépést tarthatunk. A képzések, szakmai tájékoztatók, workshop-ok szervezése az együttműködés, a kommunikáció és a jelzési rendszer javítása érdekében már a pályázat során is kimagaslóan eredményesnek bizonyult.

Ezekre a szempontokra is kitérve tettük meg javaslatainkat és a „hogyan” kérdését is részletezve egy olyan ellátórendszer bontakozik így ki, amely a résztvevő felek szakmaiságát, és mentális jóllétét egyaránt figyelembe veszi, mégsem rugaszkodik el a valóságtól és célkitűzései reálisak. Így könnyebbé válhat az ágazatok közötti együttműködés, az egészségügyi, közoktatási és szociális szintű egyeztetés, és a kliensutak is szabályozottabbá, átláthatóbbá válnának.





Felhasznált irodalom

- Antal L. (1976): *Tartalomelemzés alapjai*. Budapest, Magvető Kiadó.
- Atkinson, M., Wilkin, A., Stott, A., Doherry, P., Kinder, K. (2002): *Multi-agency Working: A Detailed Study. LGA Research 26*. Slough: National Foundation for Educational Research. Elérhető: <https://www.nfer.ac.uk/publications/CSS02/CSS02.pdf> Utolsó letöltés: 2018.03.22. 9:00
- Babbie E. (2008): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Kiadó, Budapest.
- Bakosi T. (2014): *Szektorok közti együttműködés, avagy miért lehet hasznos a köz- és civilszféra összefogása? Kapocs folyóirat XIII. évfolyam 2014/3*, Budapest.
- Báló O., Bogács E., Büki P., Demcsik M., Dr. Hüse L., Emri M., Farkas Á., Ghyczy G., Hajnal R., Katona G., Korintus M., Kovácsné Bárány I., Lovas J. T., Máté Zs., Miklósi B., Radoszav M., Rácz A., Riegler M., Sidlovics F., Szabolcsi J., Szilvási L., Szombathelyiné dr. Nyitrai Á., Vida Zs. (2015): *A gyermekvédelem megújulási alternatívái. Gyermek-és ifjúságvédelmi tanulmányok*. Budapest, Rubeus Egyesület.
- Belicza É., Kullmann L. (2009): *Az egészségpolitikai intézkedések hatásainak vizsgálata minőségi indikátorokkal a rehabilitációs ellátásban. Rehabilitáció, 19: 173-174.*
- Berelson, B. (1952): *Content Analysis*. New York, Free Press.
- Bjerkan J. et al. (2011): *Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. Research and Theory. pp.1-8.*
- Borbás I., Mihalicza P. (2016): *Egészségügyi helyzetkép. 2016 január. ÁEEK Központi Adattárház és Elemzési Főosztály.*
- Bowen, G. L., & Chapman, M. V. (1996): *Poverty, neighborhood danger, social support, and the individual adaptation among "at risk" youth in urban areas. Journal of Family Issues, 17, 641-666.*
- Buckner, J. C., Bassuk, E. L., Weinreb, L. F., & Brooks, M. G. (1999): *Homelessness and its relation to the mental health and behaviour of low-income school-age children. Developmental Psychology, 35(1), 246-257.*
- Budai I. (2011): *Szakmaközi együttműködés a közösségi munkában. In Budai I. & Nárαι M.*





(szerk.): *Közösségi munka – Társadalmi bevonás – Integráció*. Szöveggyűjtemény.
Győr: Széchenyi István Egyetem, 55–72.

- Budai I., Puli E. (2015): Együttműködés a szociális szolgáltatásokban. Retrieved from: http://www.esely.org/kiadvanyok/2015_1/20151_12_budaipuli_egyuttmukodes_szocszolgban.pdf 2019. március 25.
- Children’s Mental Health Coalition (2015): *Meeting the mental health support needs of children and adolescents*. Dublin, Pabal. Elérhető: <http://www.childrensmentalhealth.ie/wp-content/uploads/2015/03/Children%E2%80%99s-Mental-Health-Coalition-report1.pdf>
- Coulton, C. J., Korbin, J. E., & Su, M. (1999). Neighborhoods and child maltreatment: A multilevel study. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1019–1040.
- Demski, H., Hildebrand, C., Brass, A., Jedamzik, S., Engelbrecht, R. (2010): Improvement of Cross-Sector Communication in the Integrated Health Environment. *Studies in Health Technology and Informatics*, 155, 95-100. DOI: 10.3233/978-1-60750-563-1-95
- EMMI (2016): *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén*
Elérhető: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2339/fajlok/EEM_szakami_iranyelve.pdf
- Fewster-Thuente, L., Velsor-Friedrich, B. (2008): Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40-8. DOI: 10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61
- Furstenberg, F. F., Hughes, E. M. (1997): Neighborhood Poverty: The Influence of Neighborhoods on Children’s Development: A Theoretical Perspective and a Research Agenda Policy In: *Neighborhood Poverty: Implications in Studying Neighborhoods*, (Ed): Brooks-Gunn, Jeanne and Duncan, Greg J. and Aber, Lawrence, Russell Sage Foundation, pp.23-47
- Földi L., & Nagy Á. (2010): *Ifjúságügy – Módszertani kézikönyv (TI)*. Budapest: Új Mandátum kiadó, 39-40.





- Galambosné M. (2015): *A hálózatkutatás módszertani vizsgálati lehetőségei – szakirodalmi összefoglalás Irodalomkutatás eredményei.* Pécs, Pécsi Tudományegyetem. Letöltés: http://ktk.pte.hu/sites/ktk.pte.hu/files/mellekletek/2016/01/tiszberger_a_halozatkutatas_modszertani_vizsgalati_lehetosegi_2015.pdf
- Héra G., & Ligeti Gy. (2005): *A társadalmi jelenségek kutatása.* Osiris Kiadó, Budapest.
- Higgins, D. J. & McCabe, M. P. (2003): Maltreatment and Family Dysfunction in Childhood and the Subsequent Adjustment of Children and Adults. *Journal of Family Violence*, 18: 107. <https://doi.org/10.1023/A:1022841215113>
- Hudson, B. (2002): Interprofessionalism in health and social care: The Achilles' heel of partnership. *Journal of Interprofessional Care*, (16), 1, 7–17.
- Gosztönyi G., & Pik K. (1998): *A szociális munka szótára.* Budapest, Szociális Munkások Szalmái Egyesülete, Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete Fogalomtár, Elérhető: http://www.kka.hu/_Kozossegi_Adattar/szoci%C3%A1lis.nsf?OpenDatabase
- Greff, P. A., Human, B. (2004): Resilience in Families in Which a Parent has Died. *American Journal of Family Therapy* January-February 2004(1):27-42.
- Kereki J. (szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárótanulmány.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki J. (2013): A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 61 (1), 23–38.
- Kereki J. (2015): A koragyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. *Gyermeknevelés*, 3. évf. 2. szám 55–76.
- Korazim-Körösy Y., Mizrah T., Katz C., Karmon A., Garcia M L., Smith M. B. (2007): Interdiszciplináris közösségfejlesztés és együttműködés izraeli és amerikai tapasztalatok és szaktudás alapján. *Esély*, 2007/6, 61–86.
- Krippendorff K. (1996): *A tartalomelemzés módszertanának alapjai.* Budapest, Balassi Kiadó.





- Luther, S. S., Cicchetti D. (2000): The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol.* 2000; 12(4): 857–885.
- *Marginalizált közösségekben észlelhető drog és egyéb mentális problémák kvalitatív vizsgálati módszereinek kialakítása és alkalmazása kutatás* Szakirodalmi áttekintés EFOP-2.2.0-16-2016-00002 „Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése”
- Odor A. (2007): *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása. Tanulmány.* Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Odor A. (2011): *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás” megvalósulásának védőnői tapasztalatairól. (Kézirat)* Budapest, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály.
- Schleicher N. (2007): *Kvalitatív kutatási módszerek a társadalomtudományokban. BKF jegyzet.* Budapest, Századvég.
- Turi E., Gervai J., Áspán N., Halász J. (2013): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban = Validation of the Hungarian Strengths and Difficulties Questionnaire in an adolescent clinical population. *Psychiatria Hungarica*, 28 (2).
- Turi E., Tóth I., Gervai J. (2011): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikaimintán, fiatal serdülők körében. *PsychiatrHung*, 26: 415–426.
- Werner, E. E. (1993): Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(4), 503-515.
- Whittington, C. (2003a): Collaboration and Partnership in Context. In Weinstein, J. – Whittington, C. & Leiba, T. (2003): *Collaboration in Social Work Practice.* London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 13–38.
- Whittington, C. (2003b): Model of Collaboration. In Weinstein, J. & Whittington, C. – Leiba, T. (2003): *Collaboration in Social*





Work Practice. London– Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 39–62.

-
- WHO (2007): International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version. Geneva.
- Wysocka, M. & Lewandowski, R. (2017): "Key Competences of a Health Care Manager," *Journal of Intercultural Management*, Sciendo, vol. 9(4), pages 165-184, December.
- Zwarenstein, M., Goldmann, J., Reeves, S. (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 32(1), 40-8. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2

Egyéb online források:

- Johnson & Johnson. (2016): The Importance of Interprofessional Collaboration in Healthcare. Retrieved from: <https://www.discovernursing.com/nursing-notes/importance-interprofessional-collaboration-healthcare#.Wi2wrFXibDc>. 2018. március 30.
- Wysocka, M., & Lewandowski, R. (2017). Key Competences of a Health Care Manager. *Journal of Intercultural Management*, 9(4), 165-184. Retrieved from: <https://content.sciendo.com/view/journals/joim/9/4/article-p165.xml> 2019. május 16.
- European Union – European Regional Development Fund. Interreg: Austria- Hungary 2014-2020. Regionalis CCM Modell HU Pilot értékelés (2019): Retrieved from: https://www.interregathu.eu/fileadmin/be_user_uploads/Agfriendly_Region/Regionalis_CCM_Modell_HU_Pilot_ertekeles_2019.pdf 2019. május. 16.
- Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) Retrieved from: <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Hungarian>
- Social Sans Frontières (2013): Rehabilitációs esetmenedzser képzés. Strasbourgi előadás.
Retrieved from:





[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BdAHVRCHmCkJ:www.soc
ialsansfrontieres.eu/assets/Strasbourggi%2520eloadashoz%2520bevezeto%2520szoveg.
doc+&cd=9&hl=hu&ct=clnk&gl=at](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BdAHVRCHmCkJ:www.soc
ialsansfrontieres.eu/assets/Strasbourggi%2520eloadashoz%2520bevezeto%2520szoveg.
doc+&cd=9&hl=hu&ct=clnk&gl=at) 2019. június 2.

