

## INTEGRÁLT ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK TERJESZTÉSE II.

FEJLESZTÉSEK ÉS EREDMÉNYEK A TÁMOP 5.4.1. PROJEKT KÁBÍTÓSZERÜGYI  
PILLÉRÉBEN



# INTEGRÁLT ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK TERJESZTÉSE II.

FEJLESZTÉSEK ÉS EREDMÉNYEK A TÁMOP 5.4.1. PROJEKT  
KÁBÍTÓSZERÜGYI PILLÉRÉBEN



Dr. Demetrovics Zsolt

Kun Bernadette

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet,  
TÁMOP 5.4.1/08/1-2009-0002 számú kiemelt projekt

Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 8.

INTEGRÁLT ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK TERJESZTÉSE II.  
Fejlesztések és eredmények a TÁMOP 5.4.1 projekt Kábítószerügyi pillérében

A kötet szakmai munkálatait „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillér koordinálta.

Szerzők:  
Dr. Demetrovics Zsolt  
Kun Bernadette

Borítóterv:  
Bánlaki Szabolcs

Fotó:  
Bradács András

Kiadja a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002  
(A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások  
megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása.) kiemelt projektje.  
2011.

ISBN 978-963-7366-42-0

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával  
valósul meg.

A kötet a [www.modernizacio.hu](http://www.modernizacio.hu) internetes címen is olvasható.

Készült az ERFO Nonprofit Kft. Nyomdaüzemében  
Felelős vezető: Kovács Gábor ügyvezető igazgató

# TARTALOM

BEVEZETŐ	7
I. SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN	9
I. 1. Tanulmány a szükséglet-meghatározás módszertanáról	9
I. 2. Kézikönyv a szükséglet-meghatározás megvalósításához	11
I. 3. Szakmai felkészítés a szükséglet-meghatározás megvalósításához	13
I. 4. Módszertan a helyi szükséglet-meghatározás kommunikációjához	14
I. 5. Kereszt-kontroll technika (kevert módszer) alkalmazása a szükségletfelmérés során	16
I. 6. Javaslatok a szükséglet-meghatározás intézményes feladataihoz	18
I. 7. Munkatervek a modellhelyszíneken a szükséglet-felméréshez	19
I. 8. Szükségletfelmérés a négy modellhelyszínen	20
I. 9. Információs térképek a szükségletfelmérés eredményei alapján a négy helyszínrre vonatkozóan	26
I. 10. A modellhelyszíneken megvalósult szükségletfelmérések eredményeinek értékelése	27
I. 11. A szükségletfelmérések tapasztalatainak ismertetése	31
II. ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK TERVEZÉSE ÉS FEJLESZTÉSE	
II. 1. A magyarországi szociális szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése	33
II. 2. A magyarországi egészségügyi szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése	34
II. 3. Nemzetközi konferencia az ellátástervezéssel és fejlesztéssel kapcsolatosan	36
II. 4. Jó gyakorlatok és szakmai ajánlások az ellátástervezéssel kapcsolatosan, és az ajánlások jogszabályi környezetének elemzése	37
II. 5. Az ellátástervezési ajánlások különböző szintű alkalmazhatóságának elemzése	38
II. 6. A kistérségi modell adaptációja regionális szintre, becslési eljárások, összesítési technikák kidolgozása: hálózatiság az addiktológiai ellátásban	40
II. 7. Tanulmány a különböző célrendszerek azonosításáról az ellátást szolgáló komplex rendszerek tervezése során	42
II. 8. Ellátástervezést és fejlesztés támogató informatikai rendszer adatbeviteli felületének kialakítása	42
II. 9. A magyarországi addiktológiai ellátások portálja – kialakítás, szakmai felkészítés, kézikönyv	43

II. 10. Fejlesztési célok megfogalmazása a modellhelyszíneken . . . . .	46
II. 11. Ellátási térképek meghatározása a modellhelyszíneken . . . . .	48
II. 12. Kommunikációs anyagok (policy brief) a négy modellhelyszíni fejlesztési terveihez . . . . .	50
II. 13. A fejlesztési célok elemzése a szükségletfelmérés eredmé- nyeinek tükrében . . . . .	51
II. 14. A fejlesztési célokkal kapcsolatos attitűdök felmérése a modellhelyszíneken . . . . .	52
III. SZAKMAI SZABÁLYOZÁS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN . . . . .	55
III. 1. A szakmai szabályozás területeinek azonosítása . . . . .	55
III. 2. A szakirodalmi áttekintés a négyféle szolgáltatásra vonatkozóan	56
III. 3. Szolgáltatói szintű indikátorok kialakítása . . . . .	58
III. 4. A központi szakértői és helyszíni értékelések forgató- könyveinek és jelentéseinek kidolgozása . . . . .	58
III. 5. Dokumentumok az akkreditációs rendszer kialakításához . . . .	60
III. 6. Szakmai felkészítő anyag a minőségügyi gondolkodás témájában . . . . .	61
III. 7. A szakmai szabályozó anyagok alkalmazási lehetőségei és lehetséges illeszkedésük a minőségügyi rendszerek által támasztott elvárásokhoz . . . . .	63
III. 8. A módszertani levelek első verzióinak kialakítása és annak széles körű véleményeztetése . . . . .	64
III. 9. Módszertani levelek végső verziói . . . . .	66
IV. MODELLPROJEKT, ÉRTÉKELÉS ÉS ELTERJESZTÉS . . . . .	69
IV. 1. Helyi fejlesztések beindítása a modellhelyszíneken . . . . .	69
IV. 2. A helyi addiktológiai szolgáltatások eredmény- és költség- monitoring rendszerének elvi keretei . . . . .	71
IV. 3. A helyi fejlesztések értékelésének módszertana . . . . .	73
IV. 4. A helyi fejlesztések értékeléséhez kérdőívek kidolgozása . . . .	74
V. TOVÁBBI TEVÉKENYSÉGEK A PROJEKT UTOLSÓ HÓNAPJAIBAN . . . . .	77
VI. A PILLÉR KERETÉBEN EDDIG MEGJELENT KIADVÁNYOK . . . . .	79
IRODALOM . . . . .	81

## BEVEZETŐ

A tanulmány célja, hogy röviden ismertesse a TÁMOP 5.4.1-08/1-2009-0002 kiemelt projekt „*A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése*” című pillérének szakmai tevékenységét. A kétéves projekt során számos feladat valósult meg, s jelen kiadvány arra vállalkozik, hogy az olvasó számára röviden bemutassa az elkészült tanulmányokat, szakértői anyagokat, fejlesztéseket és alkalmazásokat. A kiadvány célja tehát, hogy a pillér tevékenységét széles körben ismertesse, és felkeltse az érdeklődő olvasók figyelmét az elkészült szakanyagok és kiadványok elolvasására, alaposabb megismerésére (ezt a [www.modernizacio.hu](http://www.modernizacio.hu) oldalon tehetik meg). Ehelyütt tulajdonképpen rövid kivonatai és összefoglalói találhatók meg azoknak a tanulmányoknak és beszámolóknak, amelyek a Kábítószerügyi pillér eddigi, közel kétéves munkáját jelentik.

A Pillér tevékenysége négy nagyobb egységre bontható, ezért jelen tanulmány is ezt a felosztást követi. Az *integrált addiktológiai ellátások fejlesztését* célzó projekt első, igen hosszú és tartalmas fázisa a *Szükséglet-meghatározás* témakörét járja körül. Az addiktológiai ellátásban kiemelten fontosnak tartott *szükségletalapú tervezés* elterjesztéséhez több szakmai háttéranyag készült, négy modellhelyszínen – Miskolcon, Dunaújvárosban, Észak-Pesten és Észak-Budán – pedig gyakorlati szinten is megvalósult egy-egy szükségletfelmérés. Az említett négy helyszín a Pillér fejlesztési folyamatának főszereplői lettek, s nem csupán a szükségletfelmérés, hanem az ellátástervezés és -fejlesztés vonatkozásában is fontos lépéseket tettek meg. A Pillér második egysége szólt az *addiktológiai ellátások tervezésének* szakaszáról. Itt szintén számos szakanyag készült el, s a modellhelyszínek maguk is részt vettek a szükséglet alapú tervezés folyamatában. A harmadik tevékenységi kör – *Szakmai szabályozás* – a másik háromtól független folyamatnak tekinthető. Itt nem az említett négy modellhelyszínen zajló fejlesztések kerültek előtérbe, hanem bizonyos szolgáltatás-típusok esetében történtek meg a minőségügyi rendszerek kidolgozását célzó első lépések. A célzott prevenció két területén, a megelőző-felvilágosító szolgáltatásra és a tűcsere programokra vonatkozóan, hosszú előkészületek és egyeztetési folyamatok eredményként készült el egy-egy *módszertani levél*. Ezen szakmai szabályozó dokumentumok majdani akkreditációs rendszerek kialakítását alapozhatják meg ezen a négy területen. Végül, az első két egységgel szoros összhangban, a Pillér negyedik tevékenységi köre a modellhelyszíneken zajló konkrét fejlesztések megvalósítása, azok értékelése és a tapasztalatok elterjesztése országos szinten (*Modellprojekt, értékelés és elterjesztés*).

A kötet megjelenésekor a projekt már a negyedik szakaszában jár: megvalósultak a helyi szükségletfelmérések, a helyi szükségletek fényében meg-

fogalmazódtak az ellátások fejlesztésének céljai és főbb irányvonalai, emellett megszülettek a tervezett módszertani levelek. Vannak azonban még feladatok, melyek a projekt munkatársaira várnak, a kötet végén ezekről egy rövid összegzés olvasható.

Bízunk abban, hogy jelen kiadvány eléri azon célját, hogy ismertesse a Kábítószerügyi pillér eddigi munkáját és azt, hogy milyen lépések történtek meg a hazai addiktológiai ellátás fejlesztése érdekében.



# I. SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

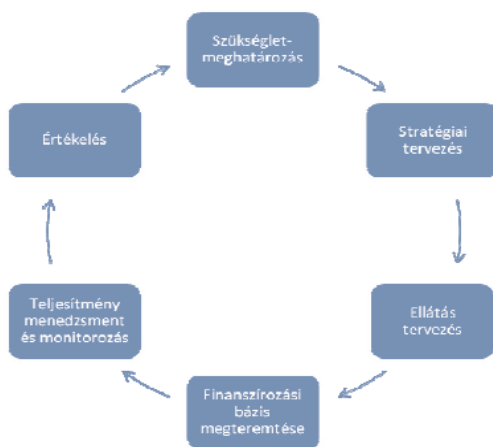
## I.1. TANULMÁNY A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS MÓDSZERTANÁRÓL

A projekt egyik legfontosabb célja, hogy helyi szinten segítse elő az addiktológiai ellátórendszerek fejlődését, fejlesztését. Ehhez elsősorban azt a célt kívánta megvalósítani, hogy a helyi szereplők felkészültek legyenek arra, hogy saját maguk feltárják azon igényeket és szükségleteket, melyek pontos irányokat mutatnak a konkrét fejlesztésekhez. A szükséglet-meghatározás tehát az első és egyik legfontosabb lépése a hatékony ellátás-tervezésnek és -fejlesztésnek. A kiemelt projekt egyik legelső tevékenysége volt, hogy a területen jártas hazai szakértők a magyarországi és nemzetközi szakirodalmat áttekintve, egy igen terjedelmes (kb. 600 oldalas) tanulmány keretében bemutatták a szükséglet-meghatározás alapvető jellemzőit, elveit, legfontosabb eszközeit (*Rácz és mtsai, 2010a*).

A tanulmány fókuszában végig megjelenik az addiktológiai ellátás-tervezés: a szerzők szerint hangsúlyozni kell, hogy szükségletfelmérést öncélúan nem szabad végezni, csakis akkor szükséges megvalósítani, ha annak konkrét, a helyi ellátás fejlesztésére vonatkozó célja van, melyet reálisan meg is tudunk valósítani. A szükséglet-meghatározás tehát egyik lépése az ellátás-fejlesztésnek. A szükséglet-meghatározás komplex folyamatában először mindig érdemes *tájékozódni* arra vonatkozóan, milyen adatokkal, tudással rendelkezünk jelenleg, milyen tényekből, ismeretekből kell kiindulnunk (pl. eddigi kutatások). Ezek teszik lehetővé *alapkérdések megfogalmazását* – pl. mit szeretnénk elérni, kiknek a szükségleteit akarjuk kielégíteni, milyen forrásokat tudunk felhasználni stb. A jól megfogalmazott kérdéseket követheti maga az *adatgyűjtés*, amely ideális esetben egy többlépcsős, összetett folyamat. Az adatgyűjtést mindig *kiértékelés* kell, hogy kövesse: a *hiányanalízis* elengedhetetlen része a folyamatnak. Ez az elemzés segít bennünket abban, hogy *prioritásokat* foglalmazzunk meg, tehát konkrét javaslatokkal éljünk a helyi ellátórendszer fejlesztését illetően. S végül, de nem utolsó sorban – hiszen ez a fő célja az egész folyamatnak – a szükségletek és hiányok azonosítását követően tudjuk elkészíteni azt az *ellátási tervet*, amelyet a helyi szereplők bevonásával – és a megfelelő források előteremtésével – meg is valósíthatunk. Az ellátási terv segítségével realizálhatjuk tehát a fejlesztéseket az addiktológiai ellátásban, azonban nagyon fontos, hogy a fejlesztéseket folyamatosan *monitorozzuk és értékeljük*. Ez a lépés azért is elengedhetetlen, mivel a folyamatos értékelés teszi számunkra lehetővé azt, hogy a feltérképezett szükségletek kielégülését nyomon követhessük, illetve újakat azonosítsunk, amennyiben felmerülnek. Ezzel bezárul a kör, a szükséglet-

meghatározás és az ellátásfejlesztés komplex folyamata újrakezdődik. A szükséglet-meghatározásnak tehát kulcsfontosságú helye van az ellátásszervezésben, ahogy azt az 1. ábra jól szemlélteti.

1. ábra. A szükséglet-meghatározás szerepe az addiktológiai ellátásszervezésben



Forrás: Rác és mtsai, 2010, 26. o.

A közel 230 oldalas, 370 oldalnyi melléklettel ellátott tanulmány részletesen kitér a szükséglet-meghatározás egyes lépéseire. Az általános bevezetőt követően, amely tehát a szükségletfelmérés és az ellátástervezés viszonyát és főbb alapelveit taglalja, az egyes fejezetek a konkrét lépéseket járják körül, minden esetben konkrét módszereket bemutatva (ezek – pl. skálák, kérdőívek – a tanulmány mellékletében érhetők el). Egyik első lépés a helyi *ellátórendszer feltérképezése, ellátási térkép* felrajzolásával. Ennek segítségével kapunk pontos képet arról, milyen szolgáltatások érhetők el a szenvedélybeteg személyek számára, s melyek a kielégített szükségletek a térségben. Ennek fontos részét képezi a *kliensek elégedettségének* mérése, illetve a gazdasági *értékelés* is – a tanulmány ezekre is külön fejezetben tér ki. Az elégedettség azonban nem minden, arról is ismeretet kell szereznünk, melyek azok a szükségletek, melyeket az ellátásban megjelenő személyek maguktól esetleg nem fogalmaznak meg, azonban feltárhatók speciális mérőeszközök révén (pl. pszichiátriai komorbiditás). Ehhez *validált és megbízható skálákat* szükséges használni, amelyek tehát a szükségletek széles skáláját képesek lehetnek feltárni. A tanulmány ezekre is részletesen kitér. Az egyéni szükségletek nagyon fontosak, azonban *populációs szinten* is célszerű látnunk a

megjelenő szükségleteket: ehhez a Kezelési Igény Indikátor kiváló módszer, ennek bemutatása, illetve a populáció szintű mérések jellemzői is bemutatásra kerülnek a tanulmányban. A populációs felméréseknél különös hangsúlyt kell fektetni azokra a *rejtőzködő szerhasználókra*, akik nem jelennek meg az ellátórendszerben. A távolmaradásnak számos oka lehet, melyet rendkívül hasznos feltérképeznünk, ahogy ezen személyek egészségügyi, szociális, illetve ellátási szükségleteit is. A dolgozat erre az igen nehéz feladatra is kitér, konkrét lehetséges módszereket bemutatva ezen probléma megoldására. A tanulmány továbbá külön tárgyalja azt, hogy a *Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok* vonatkozásában milyen lehetőségek, módszerek kínálóznak a helyi szükségletek meghatározására.

Összességében tehát egy igen hasznos, elméleti megfontolásokat és alapelveket, továbbá gyakorlati szempontokat és módszereket tartalmazó tanulmány született az addiktológiai szükséglet-meghatározás témájában.

#### **A szükséglet-meghatározás főbb alapelvei:**

1. Soha ne végezzünk öncélúan szükségletfelmérést!
2. A szükséglet-meghatározás mindig az ellátás-tervezés és -fejlesztés része legyen!
3. A szükséglet-meghatározás egy ciklikus folyamat, amelyet időről időre meg kell ismételni!
4. Az ellátáson belüli és az ellátáson kívüli (rejtőzködő) szerhasználók szükségleteit is ismerjük meg!
5. Érvényes és megbízható eszközöket használjunk a szükségletfelmérés során!
6. Szükséglet-meghatározást úgy végezzünk, hogy annak elemei alkalmasak legyenek a későbbi, rendszeres monitorozás és értékelés elvégzéséhez!

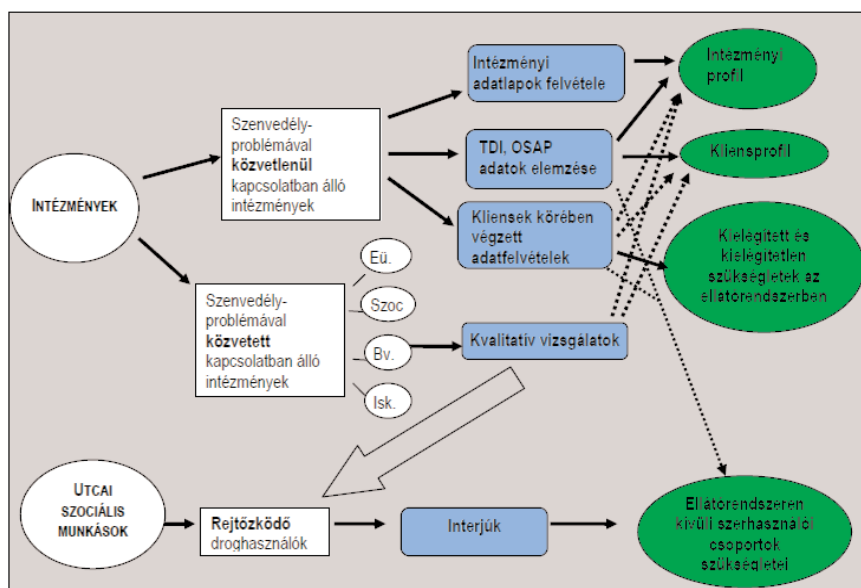
## **I.2. KÉZIKÖNYV A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS MEGVALÓSÍTÁSÁHOZ**

A projekt célja volt, hogy az imént bemutatott, elektronikusan megjelentetett tanulmány mellett kiadvány formájában, kifejezetten a praktikus megfontolásokat szem előtt tartva, rövidített formában is közre adja a szükséglet-meghatározás módszertanát. Ez – ahogy a fent bemutatott tanulmány is – mindenképpen hiánypótolónak tekinthető a hazai addiktológia területén, hiszen az addiktológiai szükséglet-meghatározás folyamatáról és módszereiről ez idáig nem állt rendelkezésre összegző szakirodalom. E rövidített, összegző írás egy Kézikönyv formájában jelent meg 2010 folyamán, a projekt második kiadványaként (az első kötet a Szakmai szabályozás modul keretében került

kiadásra) (Paksi és Felvinczi, 2010). A kézikönyv kifejezetten azon szakemberek számára íródott, akik a hazai addiktológiai ellátórendszerhez valamilyen módon kapcsolódnak: közvetve vagy közvetlenül találkoznak a kábítószer-használat személyes és/vagy közösségi következményeivel.

A Kézikönyv jelentősebb része a szükséglet-meghatározás során elvégzendő kutatómunka egyes fázisaira koncentrál, melyet a 2. ábra mutat be szemléletesen. Ezen jól látszik, hogy a szükségletfelmérés folyamatába mind a szenvedélybetegekkel közvetlenül, mind pedig velük közvetve találkozó szakembereket célszerű bevonni. Az adatgyűjtés nem csupán számszerű (kvantitatív) adatok gyűjtését kell, hogy magába foglalja, hanem kvalitatív típusú megkérdezésekre is törekedni kell (pl. interjúk, fókuszcsoportok). A speciális módszerek alkalmazását mindig erre képzett szakemberek bevonásával kell megvalósítani.

2. ábra. A szükséglet-meghatározás szemléletes folyamata



**A szükséglet-meghatározás folyamatának főbb lépései:**

1. Gyűjtünk adatokat a helyi ellátórendszeren belül és kívül egyaránt!
2. Ne csak a szenvedélyproblémával közvetlenül találkozó szakembereket (pl. drogambulanciák, addiktológiai osztályok stb. munkatársait), hanem a problémával közvetett módon találkozó szakembereket is (pl. pedagógusok, védőnők, rendőrök, háziorvosok stb.) is kérdezzük meg!
3. Célszerű négy fő csoportba rendezni az adatokat: a) helyi intézményi profil, b) kliensprofil, c) kielégített és kielégítetlen szükségletek az ellátórendszerben, d) ellátórendszeren kívüli szerhasználók szükségletei.
4. Az adatgyűjtés egyes lépései során kapott adatokat egymással szoros összefüggésben értelmezzük!
5. Használjunk kvantitatív és kvalitatív módszereket egyaránt!
6. A speciális módszerek alkalmazását (pl. fókuszcsoport) csak mindig erre kiképzett szakemberek végezzék!

**I.3. SZAKMAI FELKÉSZÍTÉS A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS MEGVALÓSÍTÁSÁHOZ**

Ahogy jelen kiadvány bevezetőjéből kiderült, a projekt négy modellhelyszínen kezdeményezte és támogatta a helyi addiktológiai ellátórendszer fejlesztését: Miskolcon, Dunaújvárosban, Észak-Pesten (XIII. kerületi központtal) és Észak-Budán (III. kerületi központtal). Azt, hogy csupán négy terület került bevonásra, kizárólag a projekt időbeli és anyagi keretei korlátozták. A négy helyszín kiválasztását szakértői egyeztetések alapozták meg, melyek keretében többek között olyan szempontok szerint történt a választás, mint a városban megjelenő kábítószer-probléma mértéke, illetve a helyi addiktológiai ellátórendszer kiépítettsége. A négy – két fővárosi és két vidéki – helyszín számos különbséggel/sajátossággal rendelkezik, így a projekt során lehetőség volt arra, hogy fejlesztéseket eltérő környezetben modellezzük.

A szükséglet-meghatározás folyamatának módszertanát egy *rövid, szakmai felkészítő anyag* formájában is elkészítették felkért szakértők (*Rácz és mtsai, 2010b*). Ennek célja az volt, hogy a kiválasztott modellhelyszínek szakértői, vagyis az időközben felállt négy munkacsoport tagjai megfelelő felkészítést kapjanak a szükségletfelmérés lebonyolításához. A módszertani segédanyag lényegében a hatszáz oldalas tanulmány rövidített változata, mely egy *kétnapos szakmai felkészítéssel* társult. 2010 májusában Budapesten zajlott le a szakmai találkozó, ahol a négy munkacsoport először találkozott egymással, és előadások, illetve csoportos munka keretében ismerkedtek meg a szükséglet-

meghatározás folyamatával. A plenáris előadások olyan témákat jártak körül, mint a szükséglet-meghatározás legfontosabb lépései, az ellátórendszer feltérképezése (ellátási térkép), a szolgáltatói profilok felrajzolása, a populáció-szintű szükséglet-meghatározó eszközök, a kezelésben lévő kliensek szükségleteinek meghatározása, illetve a rejtőzködő szerhasználók szükségleteinek feltárása. A workshop második napjának célja főként az volt, hogy a munkacsoportok egyes tagjai megvitassák ismereteiket a helyi addiktológiai ellátórendszerrel kapcsolatosan, és megkezdjék egy *munkaterv* kialakítását a helyi szükségletfelmérésre vonatkozóan.

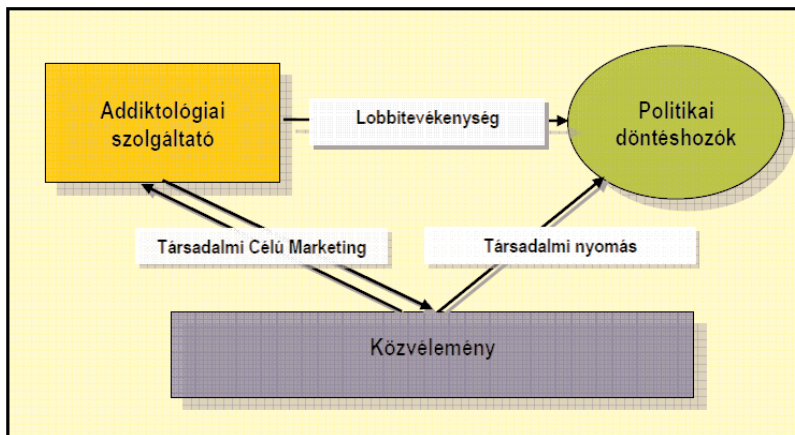
#### **A 2010. májusi szakmai felkészítés főbb történései:**

1. A kiválasztott négy helyszín – Miskolc, Dunaújváros, Észak-Pest és Észak-Buda – képviselői először találkoztak egymással.
2. Előadások hangzottak el a szükséglet-meghatározás módszertanáról.
3. A szükséglet-meghatározásról szóló tanulmány, kézikönyv és felkészítő anyag kiosztásra került a résztvevők között.
4. A négy munkacsoport konzultált a helyi ellátórendszer sajátosságairól.
5. A munkacsoportok megkezdtek egy-egy munkaterv kialakítását a helyi szükségletfelméréshez.

#### **I.4. MÓDSZERTAN A HELYI SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS KOMMUNIKÁCIÓJÁHOZ**

Mivel a helyi addiktológiai ellátásfejlesztés elképzelhetetlen a helyi döntéshozókkal való együttműködés nélkül, fontos szerepe van annak, hogy az ismeretek birtokában lévő szakemberek hatékonyan kommunikálják feléjük nemcsak a problémákat és a szükségleteket, hanem a fejlesztési igényeket és célokat is. Egy olyan, előítéletekkel övezett, ideológiai és politikai szempontból is meghatározott területen, mint a kábítószerügy, különös figyelmet kell szentelni a megfelelő kommunikációra és tárgyalási technikákra. Ezen oknál fogva a projekt céljául tűzte ki, hogy ezen a téren is útmutatást kínál a szakembereknek: egy negyvenoldalas tanulmány készült annak érdekében, hogy gyakorlati javaslatokat fogalmazzon meg egyrészt a helyi döntéshozókkal való kommunikációt (*lobbi tevékenységet*), másrészt a szélesebb nyilvánosság befolyásolását (*társadalmi célú marketinget*) illetően (*Image Factory, 2010*).

3. ábra. Az addiktológiai szolgáltató, a politikai döntéshozók és a közvélemény viszonya a kommunikációs térben



Forrás: Image Factory, 2010, 6. o.

A tanulmány első része tehát arra fókuszál, hogy a *helyi döntéshozókat* hogyan tudjuk meggyőzni egy adott fejlesztéssel kapcsolatosan, a dolgozat második nagyobb egysége pedig a társadalmi szintű változások eléréséhez kíván tanácsokkal szolgálni. A lobbitevékenységet mindig egy stratégia kidolgozásának kell megelőznie, mely az alábbi lépésekből áll:

1. célmeghatározás,
2. az erőforrások feltérképezése,
3. potenciális szövetségesek bevonása,
4. adatgyűjtés,
5. érvelési stratégiák kialakítása,
6. szereplők kiválasztása,
7. csatornák kiválasztása és
8. folyamatos kommunikáció.

A tanulmány ezen szempontokra részletesen kitér, gyakorlati tanácsokkal látva el az olvasót. A társadalmi célú marketing kapcsán is hasznos útmutatást kapunk, konkrét példák/ötletek megismerésén keresztül. A társadalmi célú marketing kapcsán első lépésként meg kell fogalmazni a célcsoport által elért hasznot. Ezt követően világossá szükséges tenni, hogy mi az a célviselkedés, amit elvárunk a sikeres folyamat végén. Ki kell alakítani a szervezet brand-jét/személyiségét, mindezek alapján lehet kidolgozni a marketing stratégiát. A tanulmány számos gyakorlati felvetései közül a fontosabbak a következők:

**Az addiktológiai szolgáltató kommunikációjának főbb szempontjai:**

1. Hangsúlyozzunk komplex célt a kommunikációban (pl. egészségfejlesztés)!
2. Világosan fogalmazzuk meg, hogy mi lesz a közösség haszna a folyamat végén!
3. Elemezzük az elérhető híradásokat, (nyomtatott és online) sajtótermékeket a kábítószer probléma szempontjából!
4. Törekedjünk a sajtókapcsolatok megerősítésére!
5. Törekedjünk kommunikációs szövetségesek azonosítására; minél több, az ügy iránt elkötelezett személyt vonjunk be a folyamatba!
6. Használjunk különböző promóciós eszközöket - pl. hirdetések, kiadványok, hírlevelek, programok, sajtómegjelenések!
7. Vegyük figyelembe a média változásait, használjunk modernebb csatornákat (pl. közösségi média [pl. Facebook, Twitter, Youtube])!
8. A médiában szereplő személyek részesüljenek kommunikációs képzésben!

**I.5. KERESZT-KONTROLL TECHNIKA (KEVERT MÓDSZER) ALKALMAZÁSA A SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS SORÁN**

A helyi szükségletfelmérés támogatásához hozzá tartozott az is, hogy a résztvevő munkacsoportok támpontokat kapjanak ahhoz, hogy az esetlegesen egymásnak ellentmondó adatokat, illetve általánosságban a különböző forrásokból érkező adatokat miként lehet hatékonyan értelmezni. Ahogy a témáról íródott tanulmány szerzője fogalmaz, „a kevert módszer többféle megközelítéssel, értelmezési keretben gyűjtött adatok olyan együttes értékelését jelenti, mely az *egyes elemek külön-külön történő értékeléséhez képest többlettudást eredményez*” (Vitrai, 2010; *kiemelés a szerzőtől*). A dolgozatban először olvashatunk a kevert módszer fogalmi meghatározásáról és történetéről, majd a kevert módszer egyes típusait is megismerhetjük. Három elterjedt kevert módszert különböztethetünk meg aszerint, hogy az elemzés mely szakaszában történik meg a módszerek integrálása:

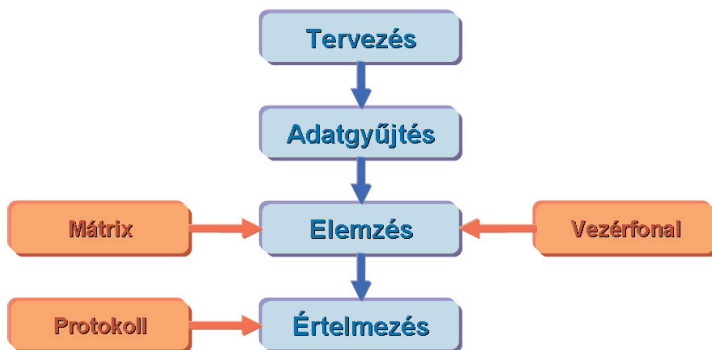
1. vezérfonal eljárás,
2. mátrix eljárás és
3. protokoll eljárás.

A vezérfonal eljárás esetében a módszerek integrációja (keverése) az elemzés szintjén történik, s az egyik adatformában felvetett kérdés szolgál vezérfonalként a többi adatforma elemzésekor. Szintén az elemzés szintjén valósítja meg az integrációt a mátrix eljárás, amely lehetőséget kínál a kutató számára ugyanazon esetekre vonatkozó kvalitatív és kvantitatív adatok együttes elemzésére. Végül, az értelmezés szintjén valósítja meg az integrációt a pro-



tokoll eljárás. Ennek során a kutató megjelöli azokat az eredményeket, amelyek teljesen vagy részlegesen megegyeznek, és azokat, amelyek hiányoznak, és azokat, amelyek ellentmondásban vannak. Ezen ismeretek révén az okok elemzése segíthet a jelenség jobb megértésében. A 4. ábra a három eljárást helyezi el a kutatási folyamat egyes szakaszaival illesztve.

4. ábra. Kevert módszerek a kutatás egyes szakaszaiban



Forrás: Vitrai, 2010, 11. o.

A dolgozat végül példákkal zárul a kevert módszer alkalmazására a kábítószerügy területén, különös hangsúlyt fektetve a problémás kábítószer használat becslésére. A projekt keretében továbbá készült egy olyan módszertani se-gédanyag is, amely a kevert módszer dokumentálását segíti elő (milyen gyakorlati eszközökkel – például táblázatok felrajzolásával – lehet feltárni a hiányosságokat és ellentmondásokat, amelyek kevert módszerek használatával kezelhetők (Vitrai, 2011).

#### Kereszt-kontroll technika (kevert módszer)

1. Rendkívül kevés olyan, kábítószerügy területére vonatkozó tanulmány került publikálásra, amelyben kevert módszert alkalmaztak.
2. Az adatok mélyebb elemzéséhez, az eredmények jobb megismeréséhez azonban érdemes kevert módszereket alkalmazni.
3. A három legismertebb kevert módszer a **vezérfonal eljárás**, a **mátrix eljárás** és a **protokoll eljárás**.
4. Az adatok táblázatos felvázolása segíthet abban, hogy az esetleges hiányosságokat és ellentmondásokat feltárjuk.

## I.6. JAVASLATOK A SZÜKSÉGLET-MEGHATÁROZÁS INTÉZMÉNYES FELADATAIHOZ

A helyi szükséglet-meghatározás folyamatában nem csupán a különböző módszerek elsajátítása elengedhetetlen, hanem célszerű hatékonyan meghatározni a folyamat *szervezeti feltételeit* is. A projekt ehhez is segítséget kíván nyújtani azon szakmai szervezetek számára, amelyek a jövőben ilyen felmérést szeretnének elvégezni, illetve fejleszteni szeretnék a helyi ellátórendszert. Ennek érdekében egy közel ötven oldalas tanulmány készült (*Rácz és Gajdics, 2011*). A dolgozatból kiderül, hogy mindenképpen szükség van egy *Felügyelő Bizottság* felállítására, ahogy *szakértői munkacsoportok* létrehozása is elengedhetetlen. Utóbbi esetében minél heterogénebb csoport megalkotására kell törekedni, bevonva például a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumo(ka)t, önkormányzati szereplőket, szakmai szervezetek vezetőit/képviselőit, civil szervezetek képviselőit, az egészségügyi alapellátás képviselőit, az érintettek képviselőit, a kínálatcsökkentés helyi képviselőit stb.

A tanulmány részletesen kitér arra, hogy a Felügyelő Bizottsághoz és a szakértői munkacsoportokhoz milyen feladatokat célszerű rendelni. Az előbbi esetében főként *elemzői, értékelői és koordinációs* jellegű feladatokat érdemes meghatározni, mint a szükséglet-meghatározás előkészítése, a kapott adatok értelmezése, az ellátó intézmények értékelése, a monitoring rendszer kialakítása, szolgáltatás-térkép készítése, illetve a kapott eredmények kommunikálása a döntéshozók felé. A specifikus szükséglet-meghatározást (adatok gyűjtését) pedig a szakértői munkacsoportok végzik. Fontos, hogy a két egység között szoros együttműködés jöjjön létre.

A tanulmány részletes útmutatást nyújt továbbá abban, hogy a szükséglet-felmérés folyamatának egyes lépéseiben – követve a Projektben megjelent Kézikönyv feladat-specifikációját – milyen felelősségi köröket szükséges meghatározni, s ehhez kapcsolódóan milyen személy javasolt a feladat elvégzésére. Az olvasó itt az Addiktológiai ellátásban tevékenykedő szervezetek és a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok számára is talál egy „*check list*”-et (ellenőrző listát), melyek segíthetik a munkáját a szükséglet-meghatározás személyi feltételeinek megteremtésében és szervezésében. Arra is találunk javaslatokat, hogy a munkacsoportok tagjainak milyen *kompetenciákkal* kell rendelkezniük.

A tanulmány továbbá arra is hangsúlyt fektet, hogy a személyi feltételek és felelősségi körök illeszkedjenek a szervezet *Szervezeti és Működési Szabályzatához*, pontosabban azokat az SzMSz-ben rögzíteni szükséges. Az SzMSz elkészítéséhez, a szükséglet-meghatározáshoz kapcsolódó feladatkörök beillesztéséhez gyakorlati útmutatót kaphat az olvasó. Végül három melléklet mutat gyakorlati példát arra, hogy a szükséglet-felmérés egyes feladatait hogyan tudjuk integrálni az SzMSz-be.

### Főbb javaslatok a szükséglet-meghatározás intézményes feladataihoz

1. A helyi szükséglet-meghatározás során határozzuk meg pontosan a feladatokat és felelősségi köröket!
2. Hozzunk létre egy **Felügyelő Bizottságot** és állítsunk fel **szakértői munkacsoportokat!**
3. A Szakértői munkacsoportokba helyi szinten minél szélesebb körből vonjunk be szakembereket!
4. A Szakértői munkacsoportok tagjai végezzék az adatgyűjtést, azaz a szükségletek azonosítását, a Felügyelő Bizottság az elemzésért, értékelésért, koordinációért és kommunikációért legyen felelős!
5. Használjunk „check list” (ellenőrző lista) táblázatokat az egyes feladatok azonosításához és a felelősségi körök hozzárendeléséhez!
6. A feladatokhoz kapcsolódó személyi feltételeket és felelősségi köröket rögzítjük a **Szervezeti és Működési Szabályzatban!**

## I.7. MUNKATERVEK A MODELLHELYSZÍNEKEN A SZÜKSÉGLET-FELMÉRÉSHEZ

A szükséglet-meghatározás módszertanának ismertetését követően a négy modellhelyszín munkacsoportjai már a 2010. májusi szakmai találkozón megkezdték a *munkatervek* körvonalazását. Ehhez nem csupán abban kaptak segítséget, hogy megtudták, mely főbb adatgyűjtési lépéseknek kell megtörténniük a felmérés során, hanem elkészült egy *munkaterv javaslat* is. Ebben részletes útmutatást kaptak a helyi munkacsoportok a tervek kidolgozásához. A négy modellhelyszín ezt követően elkészítette a saját munkatervét, amely magába foglalta:

- a helyszín rövid bemutatását;
- a szükségletfelmérésben résztvevő szervezetek bemutatását, illetve a kontaktszemélyek elérhetőségeit;
- az egyes adatgyűjtési egységeknél bevonásra tervezett szervezetek, szakértők listáját;
- illetve egy olyan részletes táblázatot, amelyben az egyes feladatokhoz felelősök és határidők is meghatározásra kerültek.

A munkatervek kiváló kiindulási pontot szolgáltak a szükséglet-meghatározási folyamathoz, és alkalmasak voltak a munka folyamatos nyomon követésére is. A munkacsoportok ezek segítségével ellenőrizhették, mennyiben tudják tartani a tervezett határidőket, illetve egyértelmű kereteket alakítottak ki saját szervezetük számára. Az 5. *ábra* egy példát mutat be egy konkrét feladat meghatározásához.

### 5. ábra. Részlet a miskolci munkacsoport munkatervéből

#### 2. A szenvedély-problémával közvetetten kapcsolatban álló intézmények - Fókuszcsoporthoz

Felelős	Feladat	Határidő	megjegyzés
Juhászné Ceglédi Tünde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Releváns intézmények feltérképezésének felügyelete</li> <li>• Releváns intézményekkel való kapcsolatfelvétel ellenőrzése</li> <li>• Fókuszcsoporthoz szervezése</li> <li>• Fókuszcsoporthoz adatgyűjtésben való részvétel</li> <li>• Adatelemzés</li> </ul>	2010.08.15.	Közreműködő munkatársak: Ujj Veronika

Összességében megállapítható, hogy Miskolcon, Dunaújvárosban, Észak-Pesten és Észak-Budán egyaránt megfelelő és jól hasznosítható munkaterv készült, amelyek iránymutatásként szolgáltak az ezt követő felmérés során.

#### Javaslatok a szükséglet-meghatározás előkészítéséhez

1. Készítsünk részletes munkatervet a szükséglet-meghatározáshoz!
2. A munkatervben haladjunk kronológiai sorrendben, az egyes lépések logikusan építkezzenek egymásra!
3. A munkaterv tartalmazzon pontos határidőket, melyeket reálisan alkossunk meg!
4. A munkatervben minden feladathoz tartozzon felelős!

## I.8. SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS A NÉGY MODELLHELYSZÍNEN

A szakmai-módszertani előkészítést követően 2010 nyarán, mind a négy helyszínen megvalósult a helyi szükséglet-meghatározás. A felmérések legfőbb célja az volt, hogy a projektben résztvevő szervezetek (szakmai munkacsoportok) részletes képet kapjanak arról, hogy mi jellemzi a helyi ellátórendszert, továbbá milyen szükségleteik vannak az ellátásba került, illetve rejtőzködő/ellátásban meg nem jelenő klienseknek. A felmérés több lépcsőben zajlott, amelyben kérdőíves, interjú és fókuszcsoporthoz technikákat is alkalmaztak. A speciálisabb módszerek (pl. fókuszcsoporthoz) esetében előzetesen képzett szakemberek voltak a helyi munkacsoportok segítségére. A felmérésben:

- feltérképezésre kerültek a helyi addiktológiai ellátó szervezetek (szervezeti adatok, milyen szolgáltatásokkal, milyen tárgyi és személyi feltételekkel rendelkeznek stb.);

- az ellátóhelyeken adatok gyűjtésére került sor a *kliensek jellemzőire* vonatkozóan (milyen szereket használnak, milyen módokon stb.);
- az ellátóhelyeken feltérképezésre került, hogy a *kliensek mennyiben elégedettek*, illetve milyen *szükségeik* kielégítettek és maradtak kielégítetlenül;
- utcai szociális munkások bevonásával *rejtőzködő droghasználókat* kérdeztek meg szerhasználati szokásaikról, egészségügyi állapotukról, szükségleteikről stb.; illetve
- különböző területek (pl. egészségügyi alapellátás, büntetés-végrehajtás, oktatás, szociális szolgáltatások stb.) képviselőt *fókuszcsoportok* keretében kérdezték tapasztalataikról, attitűdjeikről, javaslataikról.

A helyi szükséglet-meghatározások főbb eredményei az alábbiakban összegezhető:

## 1. Miskolc

### a) Ellátási háló

- *Hiányos ellátási háló jellemző:* kevés szolgáltatás, az egészségügyi ellátás kimerül az ambuláns ellátásban, továbbá a városban nincs nappali ellátás.
- A szolgáltatások terén *az egészségügyi és a szociális szektor elkülönülése* jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony – egyedül a Drogambulancia Alapítvány nyújtja egy helyen mindkét féle szolgáltatást.
- Miskolcon *gyakorlatilag két szervezet biztosít szolgáltatásokat* drog-betegek részére (Baptista Szeretetszolgálat és Drogambulancia Alapítvány).
- A fejlesztésekhez nem elegendő a *humán erőforrás* a szervezeteknél.

### b) Kliensprofil

- A Drogambulancia Alapítványt nagy számban keresik fel problémás droghasználók; a marihuánát és az amfetamin-származékot használók vannak a legtöbben, magas arányban jelennek meg az opiát-használók is.
- A városban működő két kórház egyikében (MISEK) igen alacsony az ellátott drog-betegek aránya, a másik kórház (Megyei Kórház) pedig nem végez ezen a téren adatgyűjtést.

### c) A kliensek elégedettsége és szükségletei

- A kliensek 90%-a elégedett a szolgáltatásokkal és szakemberekkel, de több *fejlesztési igényt* megfogalmaztak (pl. metadon program bővítése, rugalmasabb ügyfélfogadás).
- *Új szolgáltatások* iránti igények fogalmazódtak meg: szociális szolgáltatások, kórházi ellátás, rehabilitáció, önszorgító csoport, lelki segítségnyújtás, gyermekfelügyelet.

- d) Rejtőzködő szerhasználók szükségletei
- A rejtőzködő kannabisz-használók főként családi problémákat hangsúlyoztak, szerhasználatukat nem érzik problémásnak, így nem keresnek kezelő, ellátó intézményeket.
  - A rejtőzködő intravénás opiát-használók kielégítetlen szükségletként metadon programba való bejutást említették, és közel minden második személy szeretne változást elérni, de még nem fordult segítséghez.
- e) Fókuszcsoportok tapasztalatai
- A szenvedélyproblémával közvetetten kapcsolatban álló szakemberek addiktológiai *ismeretei jelentős hiányosságokat* mutatnak, ugyanakkor tapasztalataik szerint az intézményrendszer nem illeszkedik eléggé a fogyasztók ellátási szükségleteihez.

## 2. Dunaújváros

- a) Ellátási háló
- A városban rendkívül *kiépítetlen az addiktológiai ellátórendszer*: kevés szolgáltatás érhető el, az ellátás kimerül a kórházi kezelésben, gyakorlatilag *csak a kórházhoz fordulhatnak* drogbetegeket.
  - A hiányos helyi ellátórendszer miatt a problémás droghasználók más városok – Pécs, Budapest, Ráckeresztúr – ellátóhelyein jelennek meg.
  - Komoly veszélyt jelent, hogy megszűnt a korábban működtetett tű- és fecskendőcsere program.
  - Súlyos problémát jelent a *szakemberhiány*.
- b) Kliensprofil
- A városi kórház pszichiátriai és addiktológiai osztályán csupán ritkán kezelnek droghasználókat, a leggyakoribb problémát az *alkoholizmus* okozza.
  - A droghasználaton belül főként kannabisz-használat miatt jelennek meg az ellátórendszerben. A más városokban (pl. Pécs) megjelenő opiát-használók beszámolója alapján úgy tűnik, a helyi kórházi kezelést nem veszik igénybe.
- c) A kliensek elégedettsége és szükségletei
- A kliensek csak *közepesen tájékozottak* a lehetséges ellátásokról, ez részben épp a rendszer hiányosságaira vezethető vissza. A megkérdezettek fele a közösségi ellátás lehetőségeiről, módjairól nem is hallott még.
- d) Rejtőzködő szerhasználók szükségletei
- A felmérés során kannabisz-használókat sikerült megszólítani, a rejtőzködő opiát-használókkal nem sikerült kapcsolatba lépni.

- A rejtőzködő kannabisz-használók főként családi problémákat hangsúlyoztak, szerhasználatukat nem érzik problémásnak, így nem keresnek kezelő, ellátó intézményeket.
- e) Fókuszcsoportok tapasztalatai
  - A szenvedélybetegekkel kapcsolatba kerülő egészségügyi, szociális és egyéb szakemberek *ismeretei hiányosak* a kábítószer-probléma nagyságáról és okairól.

### 3. Észak-Pest

- a) Ellátási háló
  - A droghasználókkal foglalkozó *intézmények száma* magas más régiókhoz képest.
  - A nagy kapacitás ellenére egyes intézményeknek hosszú *várólistáik* vannak a szubsztitúciós kezelésre.
  - *Több típusú ellátás hiányos* (nappali ellátás, védett munkahely, védett szállás) vagy hiányzik (rehabilitációs központ).
  - Súlyos problémát jelent a *szakemberhiány*.
- b) Kliensprofil
  - Az addiktológiai és pszichiátriai osztályokon a függőséggel kapcsolatos esetek jelentős többsége *alkoholfogyasztásból* fakad.
  - Az illegális szerek használata közül az *opiát-használat* a leggyakoribb.
  - Jelentős probléma a *politoxikománia* is.
- c) A kliensek elégedettsége és szükségletei
  - A különféle szolgáltatásokat igénybevevők nagyrészt elégedettek a kapott szolgáltatások minőségével, elérhetőségével, a szakemberek szakmai felkészültségével.
  - A *szubsztitúciós kezelésbe* való bekerülés nehézsége jelenti a legnagyobb problémát.
  - Szükségletként jelent meg a kezelőhelyek *rugalmasabb ügyfélfogadása és hosszabb nyitvatartási ideje*.
- d) Rejtőzködő szerhasználók szükségletei
  - A rejtőzködők elsősorban heroint használnak, de magas az amfetamin-használat aránya és a heroin/amfetamin keveréket használók száma is.
  - Addiktív magatartásuk nagyon *kockázatos* (pl.: közös tűhasználat).
  - Főként az *ártalomcsökkentő szolgáltatásokat* vennék igénybe (pl. szubsztitúciós kezelés, HIV- és HCV-szűrés, tűcsere stb.)
  - A politoxikomán szerhasználók alapvetően patológiás alkoholhasználók és jelentős mértékben jelen van körükben az altató/nyug-

tató-használat, kisebb mértékben az amfetamin- és a kannabisz-használat is. Ők elsősorban a klasszikus szociális és egészségügyi ellátást vennék igénybe.

e) Fókuszcsoportok tapasztalatai

- A megkérdezett szakemberek alapvetően tájékozottnak érzik magukat addiktológiai kérdésekben.
- mindenki egyetértett abban, hogy a pszichoaktív szer-használat egyre jelentősebb, ezért szükség van hatékonyabb megelőzésre és beavatkozásra.
- Véleményük szerint leginkább széleskörű megelőző programok beindítására és az érintett szakemberek képzésére lenne szükség.

#### 4. Észak-Buda

a) Ellátási háló

- A térségben élők ismerik és részben ki is használják az intézményi segítség jelenlévő formáit.
- A térség heterogén struktúrájához illeszkedő ellátást elsősorban egy *többprofilú drogambulancia* (Kék Pont Alapítvány) valósítja meg, lefedve az ellátási kínálat igen nagy hányadát.
- *Csekély együttműködés* mutatkozik a szakemberek és intézmények között.
- A *szűrési lehetőségek* és a *szubsztitúciós program* komoly hiányosságok a térségben.

b) Kliensprofil

- A kliensek jellemzően III. kerületi és vonzáskörzetbeliek (Szentendre, Pomáz, Üröm, Solymár).
- Jellemző szer alapvetően a marihuána, de a Kék Pontnál az injekciós szerhasználat (főleg heroin, kisebb mértékben amfetamin) is megjelenik.
- *Többszörös droghasználat*: marihuána mellett más drogokat is fogyasztanak, leginkább amfetamin-származékot és alkoholt, de mefedront, illetve kokaint is.
- *Hosszú drogkarrier*: Az átlagos drogkarrier hossza, beleértve az alkoholt is, 13 év
- Fő probléma számukra nem a droghasználatuk, hanem *életvezetési problémák* – interperszonális kapcsolataik és rendőrségi ügyek.

c) Kliensek elégedettsége és szükségletei

- A kliens elégedettségi mutatók *magas elégedettséget* tükröznek a két vizsgálati helyszínen (Kék Pont Alapítvány és Kék Kocka Bt.): elégedettek a személyzettel, továbbá a szolgáltatás minőségével.



- A Kék Pont Alapítvány esetében a kezelés befejeztét követően is *visz-szajárnak* a programba, ha segítségre van szükségük.
- d) Rejtőzködő szerhasználók szükségletei
- *Alacsony a segítőintézmények ismertsége* a potenciális kliensek körében.
  - A rejtőzködő droghasználók egy részének *nem elsősorban a konkrét kábítószer-használathoz kapcsolódó ellátásra* lenne szüksége, hanem kevésbé stigmatizáló és kevésbé specifikus konzultációs segítségre (pl. életvezetési tanácsadás).
  - Szükségletként merült fel a könnyebb bekerülés a *szubsztitúciós programba* helyi szinten.
  - A kábítószer-használók és a veszélyeztetett fiatalok speciális szolgáltatások bevezetését igénylik (pl. szabadidős programok – filmklub).
- e) Fókuszcsoportok tapasztalatai
- *Hiányos ismeretek:* a társintézményekben dolgozó, a kábítószer-problémával közvetetten kapcsolatba kerülő szakemberek ismeretei hiányosak a témában.
  - A résztvevők úgy látták, a kábítószer-probléma csökkentésére irányuló tevékenységekre nem áll rendelkezésre elegendő anyagi forrás.

### **A szükségletfelmérések legfontosabb tapasztalatai**

1. Az ellátórendszer kiépítettsége változó a négy modellhelyszínen, azonban bizonyos szolgáltatás típusok jellemzően mindenhol hiányoznak.
2. A kezelésben lévő kliensek többsége nem illegális szerhasználó, a legnagyobb problémát az alkoholhasználat okozza.
3. Az egyes ellátóhelyek közötti együttműködésekben hiányosságok mutatkoznak.
4. A szenvedélybetegek ellátásához közvetetten kapcsolódó szakemberek ismeretei gyakran hiányosak mind az addiktológiai problémákat, mind a helyi ellátórendszert illetően.
5. A rejtőzködő szerhasználók feltérképezése mutatkozott a legnehezebb feladatnak, a megkérdezettek azonban konkrét szükségleteket tudtak megfogalmazni.
6. A szükségletfelmérések rá tudtak világítani a hiányosságokra, melyek képesek megalapozni fejlesztési célok megfogalmazását.

## I.9. INFORMÁCIÓS TÉRKÉPEK A SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS EREDMÉNYEI ALAPJÁN A NÉGY HELYSZÍNRE VONATKOZÓAN

A helyi szükségletfelmérések eredményeit több utóelemzés is követte, ezeket a projektben dolgozó külsős, a területen jártas szakértők valósították meg. Első lépésben mind a négy hely vonatkozásában elkészült egy-egy *információs térkép* ("data information map"), amelynek célja, hogy részletesen bemutassa a helyi (illetve országos) szinten rendelkezésre álló *adatforrásokat* és az azokból nyerhető adatokat (*Nádas és Varga, 2010*). Az információs térkép mind helyi szinten, mind pedig országos szinten segítséget nyújthat a különböző adatgyűjtési rendszerek, kutatások erősségeinek és gyengeségeinek feltárásához, hiányterületek azonosításához, illetve a már létező rendszerek/kutatások továbbfejlesztéséhez, vagy újabbak kidolgozásához. Az információs térképek megalkotásához a szerzők a szükségletfelmérés beszámolóit használták, továbbá egyeztetéseket folytattak a helyi koordinátorokkal bizonyos adatok esetében. Az elemzésben az alábbi szempontok kerültek fókuszba:

- az adatgyűjtés/adatbázis *célja*;
- az adatgyűjtés *módja*;
- a gyűjtött adatok/információk *jellemzői*;
- az adatok *tulajdonosa és a hozzáférési jogok*; illetve
- az adatok minőségének *értékelése*.

Az információs térképek tehát alkalmas eszközök arra, hogy a felmérés során gyűjtött adatokat rendszerezzük és értékeljük. Az információs térképek felrajzolása és azok elemzése alapján megállapítható, hogy az egyes városok/régiók megfelelően elsajátították a projekt során felkínált eszközöket, részletes elemzéseket készítettek a helyi szükségletekről: az intézményi profilról, a kliensprofilról, a kielégített és kielégítetlen szükségletekről, valamint a rejtőzködő szerhasználókról. A legtöbb városban most először készült lokális kutatás a rejtőzködő szerhasználókról. Az adatgyűjtés technológiáját tekintve a különböző szükségletek megismeréséhez megfelelő eszközöket alkalmaztak, azok megismerése és elsajátítása jelentős hasznot, tudástőkét jelent a résztvevő városok számára a jövőben.

### Ajánlások az információs térképek alapján

1. Az adatgyűjtési eszközök megismerése és megfelelő alkalmazása érdekében szükséges az adatszolgáltatók folyamatos **képzése**.
2. Ajánlott a papíralapú adatgyűjtési rendszerek fokozatos átállása **elektronikus rendszerekre**.
3. Az adatgyűjtés során ne hagyjuk figyelmen kívül a kliensek **személyes adatai védelmének biztosítását!**
4. Az adatgyűjtés során minden esetben pontosan határozzuk meg az **adatok forrását!**
5. Ajánlott regionális és területi szinten olyan intézményt létrehozni/kiválasztani, amely a már létező adatokat összegyűjti, az értékeléshez azokat szolgáltatja vagy az értékelést el is végzi.
6. Elengedhetetlen a szükségletfelmérés eredményeinek megfelelő kommunikálása a szakterület és a földrajzi terület döntéshozói felé.

## I.10. A MODELLHELYSZÍNEKEN MEGVALÓSULT SZÜKSÉGLETFELMÉRÉSEK EREDMÉNYEINEK ÉRTÉKELÉSE

A projekt keretében arra is sor került, hogy a helyi szinten megvalósuló szükségletfelméréseket, a kutatásokban kapott eredményeket azok megfelelősége (elfogadottsága) és *hasznosíthatósága* szempontjából értékeljük. Azaz, felkért szakértők azt vizsgálták, hogy helyi szinten

- sikerült-e adatokat kapni az adott régió ellátási szükségleteiről,
- ezeket a szükségleteket a meglévő ellátórendszer mennyiben képes kielégíteni,
- milyen kielégítetlen szükségletek vannak, és
- az eredményekre alapozva elvégezhető-e olyan vizsgálat, ami a kielégített és a kielégítetlen szükségletek közötti különbségek kezelését hivatott ellátni (*Márványkövi és Rácz, 2011*).

Az elemzés során kvantitatív és kvalitatív információkat is felhasználtak a szakértők. Az egyes helyszínek tekintetében a szükségletfelmérés minden szakasza értékelésre került, továbbá összegző megállapítások is születtek a kutatásokkal kapcsolatosan. Ezek a következők:

### 1. Miskolc

A kezelt és kezeletlen kliensek között végzett adatgyűjtések jól szolgálták a szükséglet-felmérés irányelveinek érvényesülését, a kapott információk jól segíthetik a fejlesztési irányok kijelölését. Ugyanakkor további adatgyűjtésre

lenne szükség a jelenlegi ellátórendszer deficitjeinek azonosítására: populációs adatok hiányában csak feltételezéseket lehet megfogalmazni arról, hogy mekkora az esetlegesen ellátásra szoruló aránya a régióban, és hogy az ellátandók pontosan milyen szociodemográfiai, szerhasználati mutatók mentén jellemezhetők.

Az egyes szükségletek tekintetében elmondható:

- *Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek:* A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó információkat.
- *Addikció-specifikus szükségletek:* A meglévő szolgáltatások esetében kérdés, hogy vajon elégségesek-e a szolgáltatások (van-e elég kapacitás, megfelelő-e az elérhetőség és a hozzáférhetőség), illetve, hogy megfelelő-e az ellátás minősége (szakembergárda, kezelési program megléte, folyamatok minősége). Szükségletként azonosítható: opiát-szubsztitúciós kezelés, szociális reintegráció és rehabilitáció, munkahelyi reintegrációs programok, védett munkahelyek.
- *Lakhatással kapcsolatos szükségletek:* A lakhatással kapcsolatos szükségletek nem kerültek azonosításra. A térségben egy lakhatási támogatást végző program került azonosításra, mely kizárólag nőknek biztosít ellátást.
- *Foglalkoztatási szükségletek:* A kliensek munkaügyi státusza nem ismert. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképességűeket támogató program nem került azonosításra.
- *Bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek:* Az eltereléshez kapcsolódó szolgáltatások biztosítottak, kérdés, hogy a kapacitások elegendőek-e.

## 2. Dunaújváros

A szükséglet-meghatározás lépései csak részlegesen valósultak meg a kielégítetlen szükségletű célcsoportra vonatkozóan, és egyáltalán nem a kezelték körében. Utóbbi esetében fontos szempont, hogy Dunaújvárosban csupán egyetlen ellátóhely áll a szerhasználók rendelkezésére, ahol a droghasználók előfordulása – ismeretlen oknál fogva – rendkívül alacsony. Elmondható, hogy csak részben sikerült adatot gyűjteni a kezelésen kívüli célcsoport szükséglet-észlelésére vonatkozóan. Ez leginkább abból fakad, hogy ez a célpopuláció nem észlel szükségletet az ellátásra vonatkozóan, ami ugyanakkor – más rendelkezésre álló adatokkal együtt – rendkívül hasznos információként szolgál a látens szükségletekre vonatkozóan. Összességében elmondható, hogy csak részleges adatunk van ennek a célcsoportnak mind az egészségügyi, mind a szociális állapotára vonatkozóan. Fontos lenne a jövőben a kutatást kiterjeszteni, és mind az ellátottak, mind a rejtőzködők esetében további adatokat gyűjteni.

Az egyes szükségletek tekintetében elmondható:

- *Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek:* A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó információkat.
- *Addikció-specifikus szükségletek:* A beszámoló alapján kiderül, hogy a térségben jelen van az intravénás szerhasználat, így indokolt az alacsonyküszöbű szolgáltatások (utcai megkeresés, tűcsere, tanácsadás), a gyógyszerértári tűcsere és a fertőző betegségekkel kapcsolatos szűrések biztosítása. A térségben drogambulancia nem működik. Nem tisztázottak az állapotfelmérés és az elterelés körülményei. A térségben nem megoldott a metadon szubsztitúció.
- *Lakhatással kapcsolatos szükségletek:* A lakhatással kapcsolatos szükségletek nem kerültek azonosításra.
- *Foglalkoztatási szükségletek:* A kliensek munkaügyi státusza nem ismert. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképesséűket támogató program nem került azonosításra.
- *Bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek:* A kutatási beszámoló nem tartalmazott információt a kliensek eljárási helyzetéről, a városban nincs elterelést nyújtó szolgáltató.

### 3. Észak-Pest

Az észak-pesti régió mindhárom kerületéről elmondható, hogy nem rendelkezik pontos, tudományos adatokkal az érintett kerületek drogérzékenysége vonatkozóan. Ami az egészségügyi prioritások meghatározását illeti, a térség szerhasználói profiljának meghatározása a szükségletmeghatározás során csak részben teljesült. Az észak-pesti, rejtőzködő populációkra irányuló szükségletmeghatározás sikeres volt, hiszen jól kirajzolódott az érintett szerhasználók egészségügyi és szociális állapota, az arra irányuló kezelési szükségletek, illetve azok az akadályok, amelyek hátráltatják őket a kezelésbe jutásban. A rendelkezésre álló adatok segítségével jól azonosíthatók a további fejlesztési irányok. Összességében elmondható, hogy a kezelésen kívüli és a kezelésben lévő kliensek körében végzett adatgyűjtésekben jól megjelentek a szükségletmeghatározás céljai. Az elégedettségi vizsgálatok inkább a pozitívumokra, mintsem a negatívumok feltárására voltak jók, és nem derül ki belőlük, hogy azok mennyire eredményesek. További adatgyűjtések segíthetnék az ellátástervezés irányainak pontosabb megszabását, illetve a régióban működő intézmények eredményességének megállapítását.

Az egyes szükségletek tekintetében elmondható:

- *Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek:* A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó információkat.

- *Addikció-specifikus szükségletek:* A meglévő szolgáltatások esetében kérdés, hogy vajon *elégességek-e* a szolgáltatások (van-e elég kapacitás, megfelelő-e az elérhetőség és a hozzáférhetőség), illetve, hogy *megfelelő-e az ellátás minősége* (szakembergárda, kezelési program megléte, folyamatok minősége). További kérdés a földrajzi lefedettség: nem tekinthetjük ellátottnak a térséget abban az esetben, ha – bár működnek intézmények a területen – az ide érkező kliensek nem, vagy nem elsősorban a térségben élő szerhasználók. Kábítószeres rehabilitációt végző intézmény a területen nincs.
- *Lakhatással kapcsolatos szükségletek:* A lakhatással kapcsolatos szükségletek nem kerültek azonosításra.
- *Foglalkoztatási szükségletek:* A kliensek munkaügyi státusza csak részben, a TDI adatgyűjtést végző intézmények esetében ismert. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképességeküket támogató program nem került azonosításra.
- *Bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek:* A térségben több szolgáltató is biztosít állapotfelmérést és megelőző-felvilágosító szolgáltatást. Az elterelés két egészségügyi típusának igénybevételére vonatkozóan a beszámoló nem tartalmazott adatokat.

#### 4. Észak-Buda

Észak-Budán a kezelt és kezeletlen kliensek körében végzett szükséglet-meghatározás során nagyrészt sikerült érvényesíteni a felmérés főbb céljait. Láthatóvá vált, hogy mely szükségletek nem kerülnek kielégítésre, mely mechanizmusok működnek megfelelően és melyek kevésbé. A kezelésben lévő kliensek – bár általánosságban jó véleménnyel vannak az általuk igénybe vett szolgáltatásokról – megfogalmaztak olyan hiányosságokat is, amelyek pontos irányt szabhatnak a további ellátásfejlesztésnek. Az észak-budai projekt ugyanakkor nem tudott választ adni a rejtőzködő célcsoportok profiljára vonatkozóan: nem tudjuk, mennyien szorulnak ellátásra, és ezek a csoportok milyen egészségügyi, szociális és szerhasználati profillal rendelkeznek. További kutatásokat igényel egyrészt a már azonosított droghasználói csoportok kockázati profiljának alaposabb megismerése, másrészt további, feltételezhetően a kerületben markánsan jelen lévő használói csoportok azonosítása és kockázatfelmérése, különös tekintettel a Hajógyári-szigeten szórakozókra, illetve a fiatal, iskoláskorú szerhasználókra, akiket a helyi ellátórendszer egyáltalán nem ér el – kivéve, ha elterelésbe kerülnek.

Az egyes szükségletek tekintetében elmondható:

- *Általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek:* A beszámoló nem ismerteti a kliensek általános egészségi állapotára vonatkozó információkat.

- *Addikció-specifikus szükségletek:* A szerhasználók speciális kezelési igényeire adott alacsonyküszöbű ellátások közül a tűcsere hiányzik. Továbbá egyik szolgáltató sem említi a szűrési (HIV és hepatitis) lehetőségeket. Utcai megkereső munkát a Kék Pont ambulancia Békásmegyeren biztosít, azonban Pomázon, Szentendrén és a környező, Budapesten kívüli területeken ez hiányzik. Az opiát szubsztitúció a területen nem elérhető. A Gálfi Béla Kórház biztosít rehabilitációt, kérdés, hogy ez az illegális szerhasználók számára is megfelelő programot jelent-e.
- *Lakhatással kapcsolatos szükségletek:* A lakhatással kapcsolatos szükségletek kielégítésére a területen nem kínálnak szolgáltatásokat. A beszámoló egyik szolgáltató kapcsán sem említi az ilyen irányú továbbutalást.
- *Foglalkoztatási szükségletek:* A kliensek munkaügyi státusza a beszámolóból nem derült ki, jöllehet a TDI adatgyűjtés rögzíti azt két szolgáltató esetében. A térségben védett munkahelyet biztosító program vagy csökkent munkaképességűeket támogató program nem került azonosításra.
- *Bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek:* A térségben biztosított az állapotfelmérés. Egy szolgáltató biztosít megelőző-felvilágosító szolgáltatást, egy további az elterelés egészségügyi típusait, az elterelés ilyen módon biztosítottak tekinthető.

A tanulmány a projekt 4. kiadványában (*Csorba és mtsai, 2011*) is olvasható.

## I.11. A SZÜKSÉGLETFELMÉRÉSEK TAPASZTALATAINAK ISMERTETÉSE

2011. első hónapjaiban sor került arra, hogy a négy modellhelyszínen megvalósult felmérések eredményeit többféle célcsoport számára – más-más céllal – bemutassuk, megismertessük. Az egyik fontos célcsoportot a *helyi döntéshozók* képezték. Mind a négy helyszínen megtörtént az első találkozó, amely a projekt célkitűzéseit mutatta be, s a koordinátorok rövid prezentáció segítségével bemutatták a szükséglet-felmérés eredményeit. Az előadást követően a szakmai munkacsoportok tagjai és a helyi döntéshozók között párbeszéd kezdődött arról, az utóbbi fél milyen lehetőségeket lát a helyi addiktológiai ellátórendszer fejlesztésére. Ez a találkozó tehát egy első lépés volt abban az irányban, hogy a helyi munkacsoportok a döntéshozókkal közösen kidolgozzanak egy-egy fejlesztési tervet. A szakmai találkozókra Miskolcon 2011. január 17-én, Dunaújvárosban január 24-én, a két budapesti helyszínen pedig január 25-én került sor.

A szakmai találkozók másik típusa az *eredmények elterjesztését* célozta. Három olyan helyszín került kiválasztásra, amely főként földrajzi közelségből adódóan jól hasznosíthatja az eredeti modellhelyszínek kezdeti

tapasztalatait. Ennek eredményeként március 22-én *Székesfehérvárra* látogatott a projekt, ahol a dunaújvárosi eredmények kerültek bemutatásra; március 29-én *Budapest I. kerületében* jött létre szakmai találkozó, ahol az észak-budai felmérést ismerhették meg a résztvevők, illetve április 1-jén *Debrecenben* számolt be tapasztalataikról a miskolci munkacsoport koordinátora. A résztvevők mindhárom helyszínen az addiktológia területén dolgozó szakemberek voltak, akik részben az ellátórendszer, részben a prevenció területét, illetve a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokat képviselték. A projekt disszeminációs tevékenységének ez volt az első lépése, amelynek másodlagos célja esetleges jövőbeli modellhelyszínek kiválasztása volt. A projekt előrehaladása során azonban az a sajnálatos változás történt, hogy a TÁMOP 5.4.1. projekt folytatásában nem szerepel majd külön kábítószerügyi pillér, ezért az országos elterjesztés nem tud a tervezetteknek megfelelően megvalósulni.



## II. ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK TERVEZÉSE ÉS FEJLESZTÉSE

### II.1. A MAGYARORSZÁGI SZOCIÁLIS SZEKTORBAN HASZNÁLT TERVEZÉSI ESZKÖZTÁR ÁTTEKINTÉSE, KRITIKAI ÉRTÉKELÉSE

A projekt második fontos egysége, amely szorosan összefügg a szükséglet-felmérési modullal, az *addiktológiai ellátások tervezését és fejlesztését* célozza. Ahogy a szükségletfelmérés esetében, úgy ezen a területen is fontos volt a jelenlegi tudás feltárása, kritikai elemzések elvégzése a kérdéskörhöz kapcsolódóan. Szükséges volt tehát áttekinteni, hogy jelenleg a hazai *szociális és egészségügyi szektorban* milyen módon, milyen elvek alapján zajlik az ellátástervezés folyamata. A két terület külön került elemzésre, így két tanulmány formájában olvashatunk róluk. A szociális szektorban működő hazai tervezési folyamat elemzését a szerző több szintre lebontva végezte el (Bugarszki, 2010). Egy általános bevezetőt követően kitért a **központi közigazgatás**, az *önkormányzati szféra* és a *szakmai szolgáltatók* szerepére és lehetőségeire a tervezési folyamatban. Felhívta a figyelmet arra, hogy a magyarországi szociális igazgatást egyszerre jellemzi a szélsőséges decentralizáció és a mindent egy központba sűrítő centralizáció is. Az önkormányzatok, mint önállóan cselekvő „mini államok” működése a decentralizációt jelentik a rendszerben, a finanszírozás oldaláról azonban sokkal inkább egy erőteljes centralizációt figyelhetünk meg.

A központi közigazgatás szintjén elmondható, hogy a tervezés kulcsszereplői a minisztériumi tisztviselők és szakértők. Érzékelhető mozgástere van ugyanakkor a különböző szintű önkormányzatoknak a szolgáltatások tervezése területén: a szociális szolgáltatások létrehozása, fejlesztése kapcsán feladata leginkább az önkormányzatoknak van. Ugyanakkor igen fontos tényező, hogy az önkormányzati szférát sem a lakosság szükségleteire épülő politikai felelősség mozgatja a szolgáltatások tervezése terén, hanem sokkal inkább egy adminisztratív, jogszabályi felelősség érvényesül. Igen gyakori, hogy a szolgáltatások tervezését nem maguk az önkormányzatok végzik, hanem ellátási szerződés keretében civil szervezeteket, egyházi szervezeteket vonnak be a végrehajtásba, vagy társulás formájában csatlakoznak egy közeli település/kerület szolgáltatásához. A szociális szolgáltatók mozgástere elsősorban arra korlátozódik, hogy a megadott keretek között eldönthetik, indítanak-e valamilyen szolgáltatást vagy sem – ugyanis az állam részvétele és tartalmi beleszólása nélkül segítő szolgáltatás nem szervezhető.

A szolgáltatástervezési koncepciókról az 1993 évi III. törvény (szociális törvény) rendelkezik, amely alapján az egyes önkormányzatoknak (2000 fő lakosságszámon felül) *fel kell mérniük a helyi szükségleteket, a lakosság*

*alapvető szociális viszonyait, korösszetételét és speciális igényeit, melyek fontosak lehetnek a szociális szolgáltatások létrehozása szempontjából.* Nagy probléma – ismerve az önkormányzatok problémás finanszírozási lehetőségeit –, hogy amennyiben a helyi szükségletek és a kötelezően előírt szolgáltatások nincsenek egymással összhangban, az önkormányzatnak választania kell, mely követelménynek felel meg.

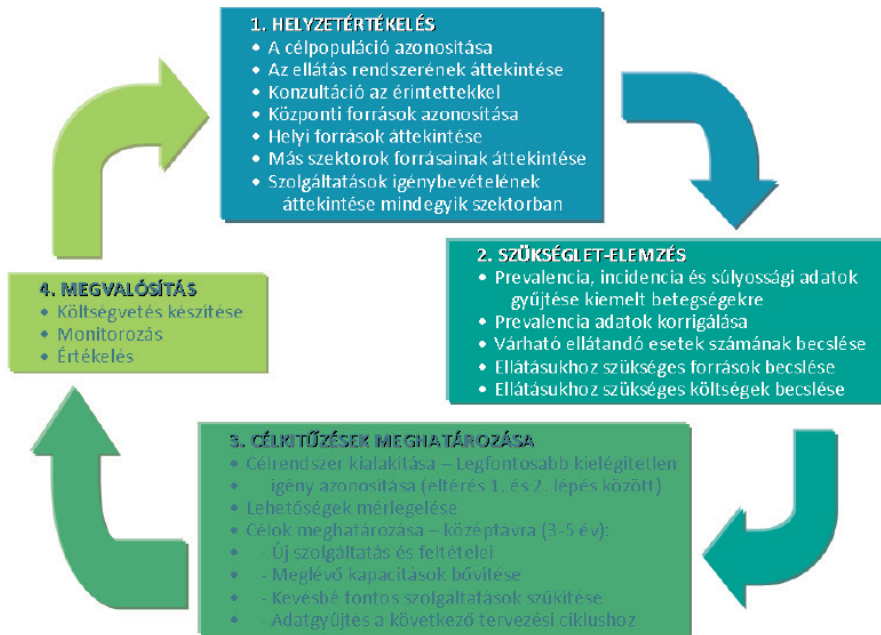
#### **A jelenlegi hazai szociális szolgáltatás tervezés gyakorlatának főbb tanulságai**

1. A hazai szociális igazgatást egyszerre jellemzi a szélsőséges decentralizáció és a mindent egy központba sűrítő centralizáció.
2. A szociális szolgáltatások létrehozása, fejlesztése kapcsán feladata leginkább az önkormányzatoknak van.
3. A szociális szolgáltatók mozgástere elsősorban arra korlátozódik, hogy eldönthetik, indítanak-e valamilyen szolgáltatást vagy sem.
4. A szociális törvény szükséglet-meghatározásra vonatkozó előírása és a kötelezően előírt szolgáltatások nemegyszer nincsenek összhangban, ekkor az önkormányzat választani kényszerül.
5. Hazánkban szolgáltatások tervezési folyamata elsősorban a hivatalos, állami-lag finanszírozott és szabályozott ellátórendszerhez kötődik, kevésbé érvényesül a helyi szükségletek felméréséből fakadó szakpolitika.

## **II.2. A MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGÜGYI SZÉKTORBAN HASZNÁLT TERVEZÉSI ESZKÖZTÁR ÁTTEKINTÉSE, KRITIKAI ÉRTÉKELÉSE**

A hazai egészségügyi szektorban megjelenő tervezési gyakorlat áttekintésekor a szerzők alapvetően két fő módszertant alkalmaztak. Egyrészt elemzésre kerültek az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó kapacitások létrehozására és elosztására vonatkozó *jogszabályok, szervezeti keretek és eljárásrendek*, másrészt *strukturált interjúk* készültek az egészségügyi szolgáltatások tervezésében tevékenykedő szakértőkkel (*Vitrai, Kiss és Kriston Vízi, 2010*). A tanulmányban a szerzők rámutatnak arra, hogy az egészségügyi szektorban egy folyamatos értékelő folyamat részeként kell, hogy megjelenjen az ellátások, szolgáltatások tervezése (6. ábra). A tervezés tehát magába kell, hogy foglalja a helyzetértékelést, a szükségletek elemzését, a célkitűzések meghatározását és magát a megvalósítást is.

6. ábra. Az egészségügyi ellátások tervezésének folyamata és feladatai



Vitrai, Kiss és Kriston Vízi, 2010, 4. o.

A közel harminc oldalas tanulmány kiemeli, hogy a hazai egészségügyi ellátórendszer tervezésének egyik legalapvetőbb feladata a *kapacitások* megtervezése és a tervek érvényesítése. Ebben két fő tényező meghatározó: a *fizikai kapacitás* (kapacitásvolumen) és a *finanszírozási kapacitás* (teljesítményvolumen). Az elemzés a fizikai kapacitás tervezésének módját és szereplőit, új fizikai kapacitások befogadásának módját, illetve a pénzügyi kapacitásszabályozást tekinti át a jelenleg hatályos magyar jogszabályok alapján. Kitér továbbá a többletkapacitások befogadásának típusaira, lehetőségeire, illetve a teljesítményvolumen meghatározását is tárgyalja. A tanulmány végén a jelenlegi hazai gyakorlat kritikái áttekintését olvashatjuk, melynek főbb tanulságait a keretes rész összegzi:

### A jelenlegi hazai egészségügyi szolgáltatás tervezés gyakorlatának főbb tanulságai

1. Az ellátási szükséglet meghatározása megbízható adatok hiányában nem becsülhető meg pontosan.
2. A kapacitás-elosztási és -fejlesztési döntések alapvetően politikai és gazdasági részérdekek mentén születnek, **figyelman kívül hagyva a lakossági szükségleteket és gyakran a kapacitások célszerű elosztásának lehetőségét is.**
3. Az egészségügyi ellátórendszer teljesítményének **értékeléséhez nincsen egységes keretrendszer.**
4. Jelentős probléma, hogy Magyarországon a szolgáltatás-tervezésnek **nem része a korábbi döntések hatásainak értékelése.**
5. A stratégiai elképzelések megvalósításához a döntéshozók nem rendelik hozzá a végrehajtáshoz szükséges forrásokat.
6. A tapasztalatok szerint régiók és intézmények közötti kapacitás-átadás csak igen ritkán történik.

## II.3. NEMZETKÖZI KONFERENCIA AZ ELLÁTÁSTERVEZÉssel ÉS - FEJLESZTÉssel KAPCSOLATOSAN

Az imént bemutatott, a hazai szociális és egészségügyi ellátórendszer tervezési gyakorlatának kritikai áttekintése, továbbá a rendelkezésre álló nemzetközi jó gyakorlatok alapozták meg azt a *konferenciát*, melyre 2010. október 28-án került sor. A „*Kilátások az ellátásban*” című rendezvény során az addiktológiai ellátás területéhez kapcsolódó tervezés és fejlesztés került középpontba, amelynek keretében mind az egészségügyi, mind pedig a szociális ellátások hangsúlyt kaptak. Az előadók között szerepelt professzor Ambros Uchtenhagen, neves svájci szakember, aki „*Kapacitásfejlesztés és a minőséggel kapcsolatos kérdések a problémás droghasználók kezelése-ellátása terén*” címmel tartott izgalmas előadást. A nemzetközi tapasztalatokat továbbá Franz Trautmann, holland szakember is képviselte, aki „*Szolgáltatás tervezés-fejlesztés: elvi megfontolások és gyakorlati tapasztalatok*” témában beszélt a közönséghez. A hazai előadók között szerepelt Bugarszki Zsolt és Vitrai József is, akik a korábban bemutatott tanulmányok főbb tanulságait mutatták be előadásukban.

A rendezvény délutáni szakaszában a párbeszédé volt a nagyobb szerep: elsőként egy kerekasztal beszélgetés hangzott el „*Az egészségügyi és szociális ellátások tervezése az addiktológia területén: lehetőségek és korlátok*” témában, olyan szakértők részvételével, mint Kassai-Farkas Ákos, Berényi

András, Szigethy Anna és Szappanos József. Végül szekciómunka keretében a négy modellhelyszín munkacsoportjai megvitatták az ellátás-tervezés kérdéseit helyi szintre vonatkoztatva, mindezt a szükségletfelmérések eredményeinek tükrében.

#### II.4. JÓ GYAKORLATOK ÉS SZAKMAI AJÁNLÁSOK AZ ELLÁTÁSTERVEZÉSEL KAPCSOLATOSAN, ÉS AZ AJÁNLÁSOK JOGSZABÁLYI KÖRNYEZETÉNEK ELEMZÉSE

A szociális és az egészségügyi ellátások tervezésével kapcsolatos általános megfontolásokat követően szükséges volt azt is áttekinteni, hogy kifejezetten az *addiktológiai ellátások tervezése* milyen szempontok mentén kell, hogy történjen. A projekt keretében a nemzetközi szakirodalom áttekintését követően készült egy *ajánlás* ebben a témában (Topolánszky, 2011). Az ajánlásokat tovább elemezve két jogász szakértő megvizsgálta, hogy a felvetett javaslatok milyen *hazai jogi környezetben* értelmezhetők (Jambrik és Kósa, 2011). Vagyis, a szerzők az ajánlásokat tételesen áttekintették a hazai jogszabályok, az állami irányítás egyéb jogi eszközei és a szakmai szabályozók szempontjából. Megvizsgálták, hogy az adott ajánlás, szempont egyáltalán megtalálható-e a magyar (jog)szabályok között, másrészt amennyiben igen, milyen tartalommal, milyen „mélységben” kerül szabályozásra. Ezáltal a javasolt módszer felhasználhatóságát vizsgálták és értékelték. Mind az ajánlások, mind pedig azok jogszabályi környezetének elemzése a projekt 3. kiadványában jelent meg 2011 elején, *„Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez”* címmel (Topolánszky, Jambrik és Kósa, 2011).

A főbb ajánlások – a nemzetközi szakirodalom alapján – a következők:

1. A kezelés színtereit, intervenciók eszközeit és szolgáltatásait a kezelt sajátos problémáihoz és szükségleteihez kell illeszteni!
2. A kezelésnek rendelkezésre kell állnia és elérhetőnek kell lennie a kezelésbe kerülő számára!
3. A kezelés nem csak a droghasználatra fókuszál, hanem az egyéb (orvosi, pszichológiai, szociális, munkaképességi, munkaerő-piaci, jogi) problémákra is megpróbál választ adni.
4. A kezeléseket úgy kell megtervezni, hogy a kezelt megfelelő ideig abban benne is maradjon (retenció)!
5. A kezelés az idő előtti kilépéssel együtt járó problémák enyhítésére is alkalmazzon eszközöket!
6. Az addiktológiai kezelés alapmódszerei a tanácsadás és terápiás eszközök, a gyógyszeres kezelés ne önállóan, hanem ezekkel együtt kerüljön alkalmazásra!

7. Kortárs- és sorstárs csoportok alkalmazása indokolt.
8. Egyéni kezelési terv készítése, annak rendszeres felülvizsgálata, esetleges módosítása szükséges!
9. A kezelést megelőző állapotfelmérés az addiktológiai problémán kívül más lehetséges mentális betegségekre is terjedjen ki!
10. A kezelés folyamatos monitorozása, a kezelési igényekhez való igazítása szükséges.
11. Kapjanak nagyobb teret a támogató, képessé tevő (felruházó) szolgáltatások!
12. Kapjanak nagyobb teret az átmeneti és kezelést-követő szolgáltatások!
13. Differenciált (speciális populáció, fogyasztási mintázatok szerinti) terápia javallott.
14. A „szűrés – állapotfelmérés – kezeléstervezés” hármas folyamat követése ajánlott.
15. Együttesen a (megrendelő, a szolgáltatást végző, a szolgáltatást igénybe vevő közreműködésével) kidolgozott irányelvek szükségesek.
16. A minőségbiztosítás / minőségfejlesztés / eredményességi értékelés elengedhetetlen összetevők.
17. A hatékonyság egyik feltétele a speciális szaktudás.
18. Megfelelő munkakörülmények biztosítása szükséges a tanácsadók részére.
19. A magánéletet is biztosító elhelyezés biztosítása javasolt a kezelték számára.
20. Házi orvosok számára készített tervezési iránymutatás szükséges.
21. Az ellátás-tervezésnek a szakmai etikai előírásoknak megfelelően kell történniük!

## II.5. AZ ELLÁTÁSTERVEZÉSI AJÁNLÁSOK KÜLÖNBÖZŐ SZINTŰ ALKALMAZHATÓSÁGÁNAK ELEMZÉSE

A projekt feladata között szerepelt, hogy az ellátástervezés ajánlásai különböző szintekre vonatkozóan is megvizsgálásra kerüljenek: szakértők tanulmányt írtak arról, hogy a hazai szociális és egészségügyi ellátások tervezése *települési, kistérségi, megyei és országos* szinteken hogyan, milyen keretek között tud megvalósulni – figyelembe véve a fentebb megfogalmazott ajánlásokat (*Szappanos és Kassai-Farkas, 2011*). A tanulmány első fejezete kifejezetten a szociális szolgáltatásokra koncentrál, míg a második részben az egészségügyi ellátások elemzése történik meg.

A *szociális szolgáltatásokra* vonatkozóan először egy általánosabb kritikai áttekintést olvashatunk, amelyben a szerző számos problémát vet fel a települési, kistérségi, regionális szinten érvényesülő ellátórendszerrel kapcsolatosan. Felhívja a figyelmet például arra, hogy bár a szenvedélybetegségek

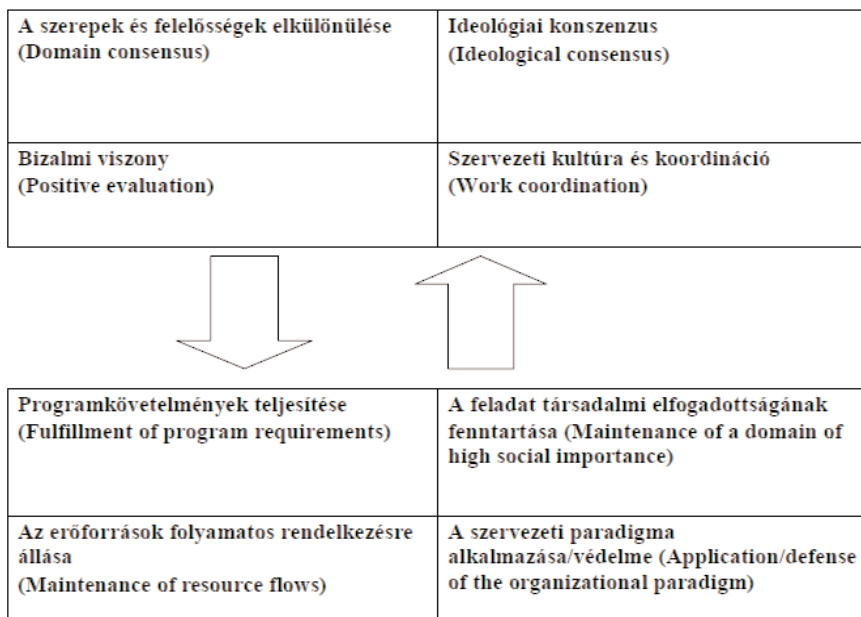
hatékony kezelése nem képzelhető el a multidiszciplinaritás elvére épülő rendszer nélkül, ezen rendszer kiépültsége az ország egészét tekintve rendkívül hiányos és finanszírozása nem elégséges. Jelzi, hogy ezeken a szinteken súlyos problémát jelent a szakemberhiány, illetve számos fontos ellátás hiányzik. Ismert probléma, amely települési és kistérségi szinten is megjelenik, hogy az egészségügyi és szociális ellátók közötti együttműködés nehézkes. A finanszírozási problémák okán a vidéki szociális ellátások esetében igen gyakori, hogy a szervezetek rákényszerülnek a „választásra”: amelyik alapellátási feladat nem kötelező, annak jövője, függetlenül szükségsszerűségétől, kérdéses. Súlyos problémát jelent, hogy a vidéki települések némelyikében nincs háziorvos, továbbá a háziorvosi alapellátásban dolgozók napi ismeretei, addiktológiai tudása hiányos. Az esetükben is szükség lenne fejleszteni az együttműködést, a partneri viszony sokszor hiányzik a háziorvos és a településen működő szociális szolgáltató munkatársai között. A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy a *közösségi ellátásokban, különösen az alacsonykiészőbű ellátásokban* rejlő lehetőségeket sokkal nagyobb mértékben kellene hasznosítani települési és kistérségi szinteken. A fejezetben ezt követően áttekintésre, kritikai elemzésre kerülnek azok a javaslatok, amelyek a projekt harmadik kötetében kerültek megfogalmazásra (Topolánszky, 2011).

Az egészségügyi ellátásokra vonatkozóan a szerző szintén egy általánosabb áttekintést végez, majd ezt követi a konkrét javaslatok kritikai értékelése. Míg a szociális ellátások elemzésében inkább a települési és kistérségi szempontok kaptak nagyobb hangsúlyt, az egészségügyi ellátásokról szóló rész a regionális és országos szintekre koncentrál. A szerző rámutat arra, hogy az egészségügyi ellátásban az önkormányzatok felelőssége óriásira nőtt. A járó beteg és a fekvő beteg ellátásokat külön elemzi, kitérve a finanszírozásban történő változásokra és fejlesztésekre és az egyes ellátási formák bemutatására. Felhívja a figyelmet az ellátórendszer nagy területi egyenlőtlenségeire. A tanulmány kimondja, hogy a meglévő lehetőségek ellenére sem beszélhetünk különböző tervezési szintekre történő optimalizálásról, megyei-nemzeti változatok kialakításáról. Végül, a fentebb megfogalmazott konkrét fejlesztési javaslatok kritikai elemzése előtt a szerző áttekinti, hogy milyen szakmapolitikai alapidokumentumok és szakmai szabályozók állnak rendelkezésre, milyen képzések vannak a területen. Az egészségügyi ellátás vonatkozásában az alábbi irányokat fogalmazza meg javaslatként: szükséges volna a meglévő súlyos *területi egyenlőtlenségeket csökkenteni; hiányzó kapacitások* – pl. gyermek- és ifjúsági addiktológia – fejlesztése elengedhetetlen; *szakmai felügyelet és minőségbiztosítási rendszer* fejlesztése szükséges; epidemiológiai bázisú ellátás-fejlesztés és -monitorozás indokolt; az azonos területen tevékenykedő, de különböző ellátási modalitásokhoz tartozó szolgáltatók (egészségügyi, szociális) rendszerszintű hatékonyságát leíró *indikátorok* alkalmazása szükséges a monitorozásban; továbbá fontos lenne a *betegutak* pontos leírása és kialakítása.

## II.6. A KISTÉRSÉGI MODELL ADAPTÁCIÓJA REGIONÁLIS SZINTRE, BECSLÉSI ELJÁRÁSOK, ÖSSZESÍTÉSI TECHNIKÁK KIDOLGOZÁSA: HÁLÓZATISÁG AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

A projekt szakértői elemzéseinek sorában egy olyan tanulmány is elkészült, amely a *hálózatiság* kérését, problematikáját járja körül a hazai ellátórendszer vonatkozásában. A tanulmány szerzői arra tettek kísérletet, hogy a négy modellhelyszínen megvalósult szükségletfelmérés eredményeit értelmezzék egy közpolitikai szervezetelméleti megközelítésben (Kiss, Kriston Vízi és Vitrai, 2011). Ez a megközelítés a modellprogramokat egy hálózaton belüli és négy, a szakpolitikai hálózathoz kötődő környezeti dimenzió mentén értékeli. A szerzők által alkalmazott Benson-Hudson-modell arra fókuszál, hogy a helyi hálózatokban hogyan és milyen szinten jön létre a hálózati egyensúly, milyen belső és külső tényezők játszanak szerepet annak kialakulásában, továbbá milyen stratégiák segítségével lehet elérni az egyensúly tartós elmozdulását. A Benson-Hudson-modell szerint a területi hálózatok hatékonyságát az határozza meg, hogy az alábbi ábrában felül szereplő *négy különböző dimenzióban* a rendszer milyen szinten kerül egyensúlyra:

7. ábra. Az ellátó-hálózatot jellemző és meghatározó dimenziók



### Közpolitikai hálózat – a környezeti befolyásoló tényezők (Sub-structure)

Forrás: Kiss, Kriston Vízi és Vitrai, 2011, 11. o.



A rendszert abban az esetben nevezzük kiegyensúlyozottnak, amennyiben a négy dimenzió mentén előálló egyensúly azonos szintű (pl. alacsony-alacsony-alacsony-alacsony; magas-magas-magas-magas). A kiegyensúlyozatlan állapotban viszont legalább egy dimenzió mentén a többitől eltérő szintű egyensúly jellemzi a rendszert. A *tudatos beavatkozásnak mind a négy dimenziót egyaránt kezelnie kell*, mert idővel akár egy dimenzió alacsony szintű egyensúlya is leronthatja az egész hálózat teljesítményét. Az ellátó hálózat működésére ugyanakkor a *közpolitikai hálózat* (felsőszintű szakmapolitikai és politikai szint) is befolyással van. A közpolitikai hálózat környezeti befolyásoló tényezőkön keresztül határozza meg, hogy az ellátó hálózat erőforrásaihoz mennyiben képes hozzájárulni. A környezeti tényezőket a 7. ábra alsó négy cellájában láthatjuk.

A tanulmány ezt követően kitér arra, hogy milyen *beavatkozási stratégiák* lehetségesek az egyensúlyhiányos állapotok kezelésére, majd a szerzők rátérnek arra, hogy a projekt *négy modellhelyszínén* vizsgálják meg a hálózatiság kérdéskörét. Utolsó fejezetek egyikeként a szerzők általános szervezési és beavatkozási javaslatokat fogalmaznak meg a helyi ellátó hálózatok működésének eredményesebbé tételére.

### **Javaslatok a hazai addiktológiai ellátórendszerben megjelenő hálózatiság elősegítésére (zárójelben: felelős)**

1. A kábítószerüggyel kapcsolatos társadalmi elvárások pontos megfogalmazása (központi szakpolitika)
2. A társadalmi elvárásokhoz a szükséges anyagi erőforrások hozzárendelése (központi szakpolitika)
3. Az érintett ágazatok (elsősorban egészségügy és szociális ellátás) tervezési és ellátási területi egységeinek összehangolása (központi szakpolitika)
4. Az ellátó hálózatok teljesítményének mérése és összehasonlítása (központi szakpolitika és helyi ellátórendszer)
5. Legalább egy országos hálózati irányító szereplő működtetése (központi szakpolitika)
6. Regionális hálózati irányítók létrehozása (központi szakpolitika)
7. Egységes szakmai és ellátási irányelvek kidolgozása központi szinten (központi szakpolitika)
8. Informatikai rendszerek szabványainak kidolgozása központi szinten (központi szakpolitika)
9. Legalább középtávú (3-5 éves) finanszírozási szerződések a helyi ellátó hálózatokkal (központi szakpolitika)
10. Rendszeres találkozók, közös továbbképzések a helyi ellátó hálózat szereplőinek részvételével (helyi ellátórendszer)
11. Helyi ellátó hálózaton belüli információ megosztás fejlesztése (helyi ellátórendszer)
12. Feladatkörök pontos lehatárolása egy-egy ellátó hálózaton belül (helyi ellátórendszer)
13. Hiányzó szolgáltatásprofilok kialakítása a helyi ellátórendszerben (helyi ellátórendszer)
14. A helyi média segítségének igénybevétele a kliensek jobb elérése végett (helyi ellátórendszer)
15. Együttműködés az országos médiával a feladat társadalmi elfogadottságának fenntartása érdekében (központi szakpolitika és helyi ellátórendszer)

## II.7. TANULMÁNY A KÜLÖNBÖZŐ CÉLRENDSZEREK AZONOSÍTÁSÁRÓL AZ ELLÁTÁST SZOLGÁLÓ KOMPLEX RENDSZEREK TERVEZÉSE SORÁN

Az addiktológiai ellátások tervezésekor mindig szükséges szem előtt tartani a *célokat, különböző célrendszereket*. Vannak bizonyos általánosabb érvényű célok (*pl. egyenlő hozzáférés, felhasználói hozzáfárulás, progresszivitás*), amelyek érvényesülése különösen kérdéses, ám kiemelt feladat lenne. A projekt egyik szakértői tanulmánya a különböző célokat és célrendszereket elemzi a tervezési folyamat során (Rácz, 2011). A szerző a célokat – melyek a szükségletfelmérés során, illetve hazai és nemzetközi szakpolitikai dokumentumokban megfogalmazódnak – a hazai ellátórendszer keretében elemzi, értékeli. Fontos pontja a tanulmánynak, hogy ezen célok érvényesülését is megvizsgálja a hazai ellátórendszeren belül, rámutatva számos fontos hiányosságra. Az elemzés során külön kitér bizonyos ellátási formákra – *pl. elterelés, szubsztitúciós kezelés, alacsony küszöbű szolgáltatások*). Ezt követően a szerző a négy modellhelyszín tekintetében értékelt a „*célok – célelés – akadályok*” folyamatát, azaz, hogy a kitűzött célok mennyiben tudtak megvalósulni a szükségletfelmérések során. Ezzel kapcsolatban vegyes véleményt lehet megfogalmazni, a célok nem tudtak mind a négy helyszínen maradéktalanul teljesülni. Ami a négy régió pozitív tapasztalataiból következtethető, az a *megkereső és ellátásba vonó munka szükségessége*. Továbbá, a négy régió tapasztalatai szerint ott eredményesebb az ellátás, ahol egy-egy intézmény – egyenként vagy szoros munkamegosztásban – *ellátás-szervező feladatokat lát el*. Ez alapvetően nem a szolgáltatók feladata lenne, de nincs más szereplő, aki ezt a feladatot ellátná. A szerző végül azzal zárja tanulmányát, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy az ellátás-szervezési és minőségi fejlesztésekhez elengedhetetlen, hogy legyen hosszú-, közép- és rövidtávú egészségügyi stratégia, szociális ellátásfejlesztés és drogstratégia.

## II.8. ELLÁTÁSTERVEZÉST ÉS FEJLESZTÉS TÁMOGATÓ INFORMATIKAI RENDSZER ADATBEVITELI FELÜLETÉNEK KIALAKÍTÁSA

A projekt egyik fontos fejlesztése a szükségletfelméréshez és ellátástervezéshez kapcsolódó támogató *informatikai felület* létrehozása. Ezen rendszer (*Magyarországi Addiktológiai Ellátások Portálja*) részletes bemutatására a következőkben kerül sor, ehelyütt a rendszer előkészületeire térünk ki röviden. A Portál egy terjedelmes adatbázist tartalmaz, amely olyan *adatlapokból, kérdőívekből* épül fel, melyeket a felhasználók (szakmai szervezetek) tudnak kitölteni. A rendszer kialakításának első lépése tehát az volt, hogy ezen adatlapokat kellett kialakítani, ebben a területen jártas szakértők dolgoztak a projekt belső munkatársaival szoros együttműködésben. Összesen 6 fő adatlap kidolgozására került sor – ezeken belül azonban tovább differenciálódik a kitöltés folyamata. A kidolgozott adatlapokat – melyeken nemcsak

nemzeti szakértők dolgoztak, hanem a négy modellhelyszín munkacsoportjai is véleményezték – a következő kategóriákra lehet bontani:

- adatlap a szenvedélybetegekkel *közvetlenül nem foglalkozó szervezetek számára*
- *szervezeti* adatlap\*
- *szolgáltatás* adatlap\*, melynek főbb kategóriái a következők (ezek is tovább bomlanak): alacsony küszöbű szolgáltatások; szociális ellátások; egészségügyi ellátások; elterelés; rehabilitáció, reszocializáció, reintegráció.
- *kliensprofil* kérdőív\*#
- *kliens elégedettség* kérdőív\*#
- *rejtőzködő szerhasználók* felmérésére szolgáló kérdőív\*

\* = a szenvedélybetegeket közvetlenül ellátó szervezetek számára; # = szolgáltatáshoz tartozóan

## II.9. A MAGYARORSZÁGI ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSOK PORTÁLJA – KIALAKÍTÁS, SZAKMAI FELKÉSZÍTÉS, KÉZIKÖNYV

A *Magyarországi Addiktológiai Ellátások Portálja* ([www.addiktellatasok.hu](http://www.addiktellatasok.hu)) célja, hogy támogassa az egyes településeken az addiktológiai kezelési-ellátási szektorban működő intézmények adatgyűjtési, illetve szolgáltatás-fejlesztési tevékenységét. A helyi szükséglet-meghatározást támogató informatikai rendszer segítségével a terepen, a közvetlen vagy közvetett intézményi körben dolgozók folyamatosan nyomon követhetik intézményük munkáját, klienskörük jellemzőit és annak változásait. A droghasználókkal „közvetlenül találkozó” szervezetek azok, akik közvetlenül a szenvedélybetegek ellátásával foglalkoznak (pl. drogambulanciák, addiktológiai osztályok, alacsony küszöbű szolgáltatások, rehabilitációs és reszocializációs szolgáltatások stb.). Nekik a program jóval több adatbeviteli lehetőséget biztosít a későbbiekben (szolgáltatások részletes bemutatása, kezelésben lévő kliensek jellemzőinek bemutatása, rejtőzködő szerhasználók jellemzőinek bemutatása). A droghasználókkal „közvetetten foglalkozó” szervezetek azok, akiknek nem közvetlen feladata a drogbetegek ellátása, de találkozhatnak a problémával (pl. családsegítők, nevelési tanácsadók, Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, rendőrök, háziorvosok stb.). A Portál arra nyújt lehetőséget, hogy a helyi (városi, megyei) vagy akár országos szinten működő szakmai szolgáltatók nyilvántarthassák, illetve összehasonlíthassák adataikat, akár helyi, akár országos szinten; továbbá segítséget nyújthat abban, hogy feltárjuk a hazai addiktológiai rendszer hiányosságait, fejlesztendő területeit, a fejlesztések irányvonalait.

A Portál a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda által működtetett Szakmai Információs Portállal (SZIP-pel) ([www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu)) összhangban működik. Azon szervezetek számára, akik a SZIP-en már regisztráltak, gyorsabb, egy-

szerűbb belépést biztosítunk. (A Regisztráció menüpontnál láthatók ennek részletei.)

8. ábra. A Magyarországi Addiktológiai Ellátások Portálja főoldala



A program bizonyos funkciói elérhetők minden felhasználó számára, további funkciókat elérni azonban csak érvényes felhasználói név és jelszó birtokában lehet (*regisztráció* eredményeként). A regisztrált szervezetek tudják adataikat feltölteni, azaz bemutatni a szervezet jellemzőit és főbb tevékenységeit, a nyújtott szolgáltatásokat és a szolgáltatásokhoz kapcsolódóan a kliensek jellemzőit és azok elégedettségét. Az adatlapok, melyek a rendszer adatbeviteli felületét jelentik, pontosan azon logika mentén lettek kialakítva, ahogy a projekt négy modellhelyszínén a helyi *szükségletfelmérések* zajlottak. Az adatlapok tehát lehetőséget teremtenek a helyi intézményi profilok feltárására, emellett a kliensekről, azok szükségleteiről is információkat rögzíthetünk és találhatunk. Továbbá fontos eleme a rendszernek, hogy a szervezetek rejtőzködő szerhasználók vizsgálatának eredményeit is tárolhatják a rendszerben, ugyanis ehhez is készült kérdőív. Erre nemcsak szervezethez kapcsolódóan, hanem akár szolgáltatáshoz kapcsolódóan is van lehetőség, amennyiben a kutatás kifejezetten azt vizsgálta, hogy egy adott szolgáltatásból kieső, abba be nem jutó szerhasználó populációra mi jellemző.

A felhasználók nem csupán az egyes szervezetek adataiba tudnak betekinteni, hanem különböző szempontok alapján összehasonlításokat végezhetnek (egyszerűbb statisztikai számításokat végezhetnek). A „Jelentések” menüponton belül lehetőség van *térképes* megjelenítésekre: itt a felhasználó szervezetenként és/vagy szolgáltatásonként kaphat rálátást az addiktológiai

ellátórendszer hálózatára. A keresésnél a felhasználó bejelölheti, hogy milyen földrajzi egységen belül keresse a kiválasztott szervezeti/szolgáltatási típust. A *grafikus* megjelenítés esetében pedig az adatbázisban található szinte összes kérdés esetén gyakoriságokat és/vagy átlagokat tudunk számolni. Hogy egy példával éljünk, megnézhetjük többek között, hogy vajon a szubsztitúciós kezeléseken belül hány százalékban (milyen gyakorisággal) van várólista, országos szinten. Az eredményeket diagram formájában mutatja a rendszer.

A Portál funkcióiról, használatáról a projekt négy modellhelyszínének munkacsoportjait több alkalommal is tájékoztattuk, *szakmai találkozók* keretében. A helyi szakemberek nemcsak megismerhették a programot, hanem aktívan *tesztelték* is, illetve észrevételeik, javasolataik beépítésre kerültek a Portál végleges formájának kialakításakor. Az informatikai fejlesztésekkel párhuzamosan elkészült a rendszer *Felhasználói kézikönyve* is, amely nemcsak elektronikus formában érhető el, hanem kötet formátumban a projekt 6. kiadványaként jelent meg (Nagy, 2011).

A rendszer végleges verziója jelen kiadvány készültéhez képest nem sokkal korábban készült el, ami azt is jelenti, hogy az „éles” rendszerben jelenleg nem vagy csak minimális mértékben található feltöltött adat. A rendszerben lévő adatok minősége és mennyisége teljes mértékben a felhasználókon múlik. A projekt munkatársai bíznak abban, hogy minél több szakmai szervezet látja meg a Portálban a lehetőséget, és tölti fel adatait a rendszerbe. A projekt belső munkatársainak tehát fontos feladata, hogy népszerűsítse a Portált, és motiválja a szakmai szervezeteket a rendszer aktív használatára.

### Magyarországi Addiktológiai Ellátások Portálja ([www.addiktellatasok.hu](http://www.addiktellatasok.hu))

1. **Dinamikus, interaktív** rendszer a hazai addiktológiai ellátórendszer nyomon követésére.
2. Célja, hogy támogassa a helyi **szükségletfelméréseket** és az **ellátórendszer tervezését és fejlesztését**.
3. Célcsoportja: szenvedélybetegek ellátásával **közvetlenül** foglalkozó szervezetek, illetve **közvetetten** kapcsolódó szervezetek.
4. Regisztrációt követően van lehetőség adatok bevitelére.
5. Az adatbázis adatlapjai a szükségletfelmérés főbb állomásaihoz illeszkednek.
6. Az adatbázis mellett „jelentések” megtekintésére is lehetőség van: a **térképes megjelenítés** ellátási térképek, hálózatok felrajzolását teszi lehetővé, a **grafikus megjelenítés** pedig összehasonlításokra, gyakoriságok és átlagok számítására ad lehetőséget.
7. A rendszer csak akkor válik igazán hasznossá, amennyiben **a szakmai szervezetek aktívan és rendszeresen feltöltik adataikat!**

## II.10. FEJLESZTÉSI CÉLOK MEGFOGALMAZÁSA A MODELLHELYSZÍNEKEN

A négy modellhelyszín aktív munkája nem ért véget a szükségletfelmérés szakaszával: az igazi feladatok ezt követően vártak a munkacsoportokra. Ahogy már többször hangsúlyozásra került, a szükségletfelmérés sosem történhet „öncélúan”, annak mindig egy tervezési, fejlesztési folyamat részének kell lennie. A projekt is ezen szemléletet követte, így a felmérések alapvetően azt a célt szolgálták, hogy azok eredményei nyomán a modellhelyszínek célkitűzéseket fogalmazzanak meg a helyi addiktológiai ellátórendszer fejlesztésére vonatkozóan. Feladatuk az volt tehát, hogy a fejlesztési célokat a kirajzolódott szükségleteknek megfelelően határozzák meg.

Mind a négy helyszín vonatkozásában készült egy-egy tanulmány, amelyben a munkacsoportok vázolták fejlesztési javaslatukat. Ezeket a javaslatokat elemezték is, méghozzá *SWOT-analízis* segítségével, megvizsgálva az egyes fejlesztési célok erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeit/kockázatait. Példaként bemutatjuk az észak-budai régió „*együttműködések erősítése a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokkal, háziorvosokkal, védőnőkkel*” céljának SWOT-táblázatát (9. ábra):

9. ábra. Az észak-budai régió egyik célkitűzéséhez kapcsolódó SWOT elemzés

Erősségek:	Gyengeségek:
A fejlesztések kidolgozásában résztvevők motiváltsága az együttműködésre.	Kapacitáshiány az együttműködések fenntartásában. Intézményi utakban rejlő lehetőségek kihasználása. A régió segítő intézményeinek népszerűsítése.
Lehetőségek:	Veszélyek, kockázatok:
A fejlesztésben együttműködő szervezetek élő kapcsolati hálójára. A pályázatok révén kialakulható együttműködések ösztönző hatása. A területi ÁNTSZ, illetve önkormányzatok motiváltsága.	A családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok túlterheltsége. A szükségletfelmérés kutatásaiban segítséget nem nyújtó szervezetek bevonása. A védőnők, háziorvosok motiváltsága kérdéses.

Az alábbiakban bemutatjuk a négy helyszínen megfogalmazott fejlesztési célokat. Ezek a célok nem arra hivatottak, hogy a projekt során mindegyik megvalósuljon: itt most egy összegzés volt a feladat, a prioritások meghatározása és a megvalósítandó fejlesztés kiválasztása későbbi feladat volt. Fontos továbbá hangsúlyoznunk, hogy a projekt fejlesztései **nem új intézmények létrehozását, hanem a helyi intézmény- és ágazatközi koordináció megerősítését, intenzívebbé tételét célozták.**

### 1. Miskolc

- Korai kezelésbe vétel fejlesztése- az egészségügyi alapellátásban dolgozók érzékenyítése
- Alacsonyküszöbű szolgáltatás fejlesztése
- Megkereső munka fejlesztése
- Parti szerviz megszervezése és működtetése
- Drop In ("toppanj be") helyiség kialakítása
- Önségítő csoport létrehozása, támogatása
- Nappali ellátás kialakítása
- Közösségi tér kialakítása

### 2. Dunaújváros

- Az egészségügyi alapellátásban dolgozók érzékenyítése
- Alacsony küszöbű szolgáltatás fejlesztése
- Megkereső munka kialakítása
- Parti szerviz szolgáltatás kialakítása
- Nappali ellátás fejlesztése
- Önségítő csoportok támogatása
- Közösségi tér kialakítása

### 3. Észak-Pest

- Megkereső programok fejlesztése, szolgáltatások közötti kommunikáció erősítése, koordináció megvalósítása
- Képzési programok fejlesztése, szélesebb körű alkalmazása
- Nappali ellátás fejlesztése, bővítése
- Fiatalkorúak nappali ellátása
- Védett munkahely fejlesztése
- Szubsztitúciós programok elérhetőségének javítása
- Információs rendszer kialakítása

### 4. Észak-Buda

- Képzés/továbbképzés tartása olyan szakemberek részére, akik kapcsolatba kerül(het)nek szerhasználókkal, továbbá háziorvosok, illetve védőnői hálózat elérése képzés céljából
- Ujjbegyes szűrési lehetőség biztosítása intravénás szerhasználók részére
- Intravénás szerhasználók részére nyújtott ártalomcsökkentő szolgáltatások fejlesztése (opiát szubsztitúciós program – Suboxone terápia; illetve steril eszközök biztosítása intravénás használathoz, akár az utcai munka keretein belül)
- Együttműködések erősítése a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokkal, háziorvosokkal, védőnőkkel
- A szolgáltatások fejlesztésekor a hangsúly nem a „drogon” kell, hogy legyen, hanem a holisztikus szemlélet jegyében a komplex egészségfejlesztésen, életvezetési tanácsadáson.

- Alternatívák biztosítása a fiatalok számára (City Art-szerű szolgáltatások)
- Kortársképzés, mint fejlesztés
- Védelembe vett gyerekek esetében „kortárs csoportokban végzett szociális készségfejlesztés”
- Utcai szociális munka megerősítése, korai jelzőrendszer megerősítése

### A fejlesztési célok meghatározásának első lépései

1. A modellhelyszínek fejlesztési terveit a helyi szükségletfelmérések alapozták meg.
2. A fejlesztési célok összegzése hosszú távú terv, a projektben nem feladat az összes megvalósítása.
3. A fejlesztési célok prioritási listájának felállítása vált szükségessé.
4. A fejlesztések **nem új intézmények létrehozását, hanem a helyi intézmény- és ágazatközi koordináció megerősítését, intenzívebbé tételét célozzák.**
5. Bizonyos fejlesztési célok mindenhol megfogalmazódtak (pl. megkereső munka fejlesztése), rámutatva ezzel általánosnak tekinthető hiányosságokra az addiktológiai ellátásban.

## II.11. ELLÁTÁSI TÉRKÉPEK MEGHATÁROZÁSA A MODELLHELYSZÍNEKEN

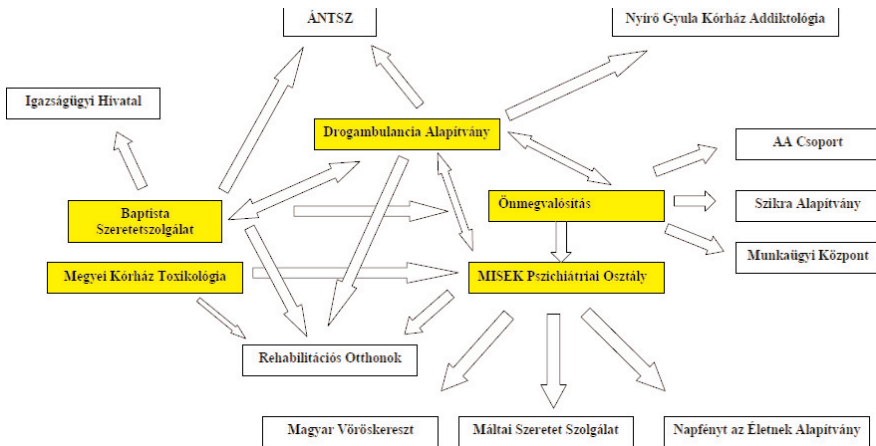
A fejlesztési célok kitűzésével párhuzamosan a négy modellhelyszínen elkészítette a *helyi ellátási térképét* is. Ehhez ismét a szükséglet-meghatározás eredményeit vették alapul, azaz a felmérésben lezajlott *intézményi profil vizsgálat* és a *fókuszcsoportok* adták hozzá az információkat (illetve természetesen a korábban is meglévő helyismeret). Az ellátási térképek jól szemléltetik a helyi ellátórendszer hiányosságait és erősségeit, illetve az egyes egységek közötti kapcsolatokat, együttműködéseket (hálózatiság). A négy rövid beszámoló kitért arra is, hogy az aktuálisan működő ellátási háló milyen összhangban van a fejlesztési célokkal.

Az ellátási háló gyakran túlnyúlik az adott modellhelyszínen földrajzi határain, különösen, ahol hiányos a helyi ellátórendszer (pl. Dunaújváros). Ebben az esetben a szenvedélybeteg kliensnek városon vagy régióon túli ellátóhelyeket kell találnia ahhoz, hogy szükségleteinek megfelelő ellátást, szolgáltatást kapjon (pl. rehabilitációs otthon, szubsztitúciós kezelés stb.). Ezen régióon túli kapcsolatok száma kiválóan kifejezi, hogy a kliens útja a helyi ellátó rendszerben mennyiben akadályokkal terhelt, illetve mennyire sikerült helyben segítséget kapnia problémáira. Az alábbi példa, a miskolci ellátási háló a helyi és városhatáron túli szervezeteket/szolgáltatókat más-más színnel jelölte (10. ábra). A nyilak jól kifejezik az együttműködések jelenlétét/hiányát, illetve



azok irányát is. Az együttműködések tartalmáról a térkép nem ad információkat, ezekről a szükségletfelmérés során kitöltött intézményi profil kérdőívek adtak bővebb tájékoztatást.

10. ábra. A miskolci addiktológiai ellátási térkép



Az elkészült ellátási térképek megfelelő alapot szolgáltak ahhoz, hogy a célokkal együtt a projekt folytatásában egy olyan rövid bemutató tanulmány készüljön, amely a helyi döntéshozókkal való tárgyalásokat segítheti (lásd később). A négy tanulmány a projekt 4. kiadványában (Csorba és mtsai, 2011) is olvasható.

### Addiktológiai ellátási térkép meghatározása

1. A szükséglet-meghatározás részeként rajzoljuk meg a helyi ellátási térképet!
2. A hálózatban szereplő egységek közötti kapcsolatokat is ábrázoljuk: nyilak segítségével jelöljük a kliens útjának irányát!
3. Mutassuk be a térképen azokat a kapcsolatokat is, amelyek az ellátási helyszínen belül és kívül esnek!
4. Az ellátási térképek szolgáljanak eszközként a helyi fejlesztési célok meghatározásában!
5. A célok kitűzésekor tegyük hangsúlyossá a nem megfelelő együttműködések javítását, a kliens útjának könnyebbé tételét a rendszerben!

## II.12. KOMMUNIKÁCIÓS ANYAGOK (POLICY BRIEF) A NÉGY MODELL-HELYSZÍN FEJLESZTÉSI TERVEIHEZ

A négy modellhelyszínen zajló fejlesztések egyik kulcseleme, hogy azok prioritásait, részleteit a helyi döntéshozókkal együttműködésben határozzák meg a munkacsoportok. Ahogy korábban szó volt róla, az első döntéshozói találkozón a szükségletfelmérés eredményeinek bemutatása volt a cél, amely megfelelő alappal szolgált a további tárgyalások megteremtéséhez. A fejlesztésekkel kapcsolatos elképzeléseket, kéréseket többféle csatornán kívántuk eljuttatni a helyi döntéshozók felé. Ez alkalommal is sor került egy-egy személyes találkozóra, ahol előadások keretében mutatták be elképzeléseiket a munkacsoport-vezetők. Emellett, a tárgyalásokat elősegítendő elkészült egy-egy rövid *kommunikációs anyag (policy brief) a döntéshozók számára*, amely a felmérés legfontosabb tapasztalatait összegzi, továbbá a *fejlesztési célokat* prioritások szerint mutatja be. A közel tízoldalas dokumentumok tehát rövidén képet nyújtottak arról, hogy mi jellemzi a fejlesztési területek addiktológiai ellátását (az ellátási térkép is bemutatásra került), és egyértelműen kifejezték, hogy a tapasztalatok tükrében milyen fejlesztéseket volna érdemes megkezdni. A policy brief-eket (szakpolitikai jelentéseket) kommunikációban jártas szakemberek készítették a négy modellhelyszín számára, a munkacsoport-vezetőkkel való együttműködésben. A döntéshozók ezeket elektronikus és nyomtatott formában is megkapták, továbbá a munkacsoportok előadásaikhoz segédanyagként is alkalmazni tudták.

A fejlesztési tervek bemutatását követően – amely mind a négy helyszínen 2011 márciusában zajlott – a helyi munkacsoportok véglegesíteni tudták, hogy a korábban meghatározott fejlesztéseken belül melyek azok, amelyek megvalósítása, illetve megvalósításának elkezdése a projekt keretében megtörténhet.

### Javaslatok a fejlesztési tervek döntéshozók felé történő kommunikációjához

1. A fejlesztési terveinkről készítsünk **rövid, szemléletes dokumentumot** a döntéshozók számára!
2. A dokumentum minél **közérthetőbben, tömören, a lényeget kiemelve** fogalmazza meg az eddigi eredményeket és a tervezett célokat, kerülve a szakzsargon használatát!
3. A dokumentumot személyesen (is) juttassuk el a döntéshozó(k)nak!
4. A dokumentum elkészítéséhez kérjük **kommunikációban jártas szakember** segítségét!

## II.13. A FEJLESZTÉSI CÉLOK ELEMZÉSE A SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS EREDMÉNYEINEK TÜKRÉBEN

A négy helyszín fejlesztési céljait – a kirajzolódó szükségletek alapján – a helyi munkacsoportok határozták meg a projekt belső munkatársaival együttműködésben. Fontos volt azonban, hogy a célok megfelelőségét, a szükségletekkel való összhangját (vagy annak hiányát) a helyszínektől független szakértő is elemezze. Ennek érdekében született meg az a hetven oldalas dokumentum, amely mind a négy helyszín tekintetében elemzi a kitűzött fejlesztési célokat abból a szempontból, hogy azok a)  *mennyire alkalmasak a helyi szinten azonosított szükségletek/problémák kezelésére*, illetve b)  *elég realisztikusak-e a helyi kapacitások és társadalmi vélekedések ismeretében (Mervó, 2011).*

A tanulmány egy bevezetőt követően részletesen kitér mind a négy helyszín céljainak elemzésére. A célokat egyenként áttekinti, miközben a helyi munkacsoportok elemzéseit is (SWOT-analízisek) értékeli. Végül mind a négy esetben összegzően értékeli a fejlesztési terveket. A négy helyszín vonatkozásában az alábbiakat lehet megállapítani:

### 1. Miskolc

A miskolci szükségletfelmérés során a lehetőségekhez viszonyított legteljesebb képet sikerült nyerni az ellátórendszer jelenlegi működéséről és hiányosságairól. Annak ellenére, hogy néhány szolgáltatás esetében további adatgyűjtés indokolt, világosan kirajzolódtak azok az irányvonalak, amelyek mentén a helyi szakértők releváns és szakmailag indokolt fejlesztési célokat határozhattak meg. A SWOT-analízis alapján úgy tűnik, hogy egyrészt az *egészségügyi alapellátásban*, másrészt az *alacsonykiűszöbű szolgáltatások* tekintetében kedvezőek a feltételek a fejlesztések kivitelezéséhez. Az előzőeknél nem kevésbé fontos, de kivitelezhetőségét tekintve bizonytalanabb cél a szenvedélybetegek *nappali ellátásának* kidolgozása. Összességében a kijelölt célok a szakmai kritériumoknak megfelelnek, megvalósításuk adekvát választ jelent a jelenlegi rendszer hiányosságaira. A megvalósíthatóság és fenntarthatóság tekintetében azonban *további elemzésekre* lesz szükség.

### 2. Dunaújváros

A dunaújvárosi szükséglet-felmérési folyamat eredményeként valósághű képbontakozott ki a helyi szükségletekről, valamint a lehetséges fejlesztési irányokról. Az azonosított fejlesztési célok mindegyike szakmailag indokolt, ugyanakkor a tényleges fejlesztések megvalósíthatósága a *gyengeségek és veszélyek* ismeretében (SWOT) sok ponton kérdéses. A szerző szerint szükséges volna azt is elemezni, hogy a tervezett fejlesztések *humán erőforrás oldala, a fenntartói elköteleződés és a fenntarthatósági elemek* milyen

valószínűséggel biztosíthatók. További elemzést tesz szükségessé, hogy a fejlesztési célok egyenként, illetve milyen kombinációban képesek egy *valóban integrált ellátási rendszer* alapjait megteremteni.

### 3. Észak-Pest

Összességében, a szükséglet-felmérést végző helyi szakemberek nagy része úgy vélekedett, hogy a rendszer működéséről megfelelő tudással rendelkeznek, ezért a vizsgálat *kevés újat mond számára* az ellátás-tervezéshez. Megoldást szerintük elsősorban a *finanszírozás* átalakítása jelenthetne, de az meghaladja a jelen program lehetőségeit. Összességében, a helyi szakértők a következő fejlesztési javaslatokat emelték ki: 1) *megkereső programok* fejlesztése, koordináció megvalósítása; 2) *képzési programok* fejlesztése; 3) *nappali ellátás* fejlesztése, bővítése és 4) *fiatalkorúak nappali ellátása*. Mindegyik fejlesztési cél szakmailag indokolt, melyeket egy viszonylag széleskörű és korrekt módon végrehajtott szükségletfelmérés eredményei támasztanak alá.

### 4. Észak-Buda

A helyi szükségletfelmérés megfelelő módon történt kivitelezése eredményeként valóságghű, a fejlesztések megalapozására alkalmas kép alakult ki egy *komplex, az integráltság irányába mutató ellátórendszer kialakításához*. A fejlesztési célok mindegyike adekvát és szakmailag megalapozott a felmérés eredményeinek tükrében. A régió fejlesztési céljainak erőssége, hogy egy komplex rendszerben gondolkozva, a célok egymáshoz való viszonyát is tekintetbe véve épít fel egy fejlesztési struktúrát. A fejlesztési folyamat egyes lépcsőfokait veszélyeztető külső tényezők meghatározása megfelelően átgondolt, így egy realitásokhoz illeszkedő, mégis innovatív elemeket tartalmazó fejlesztési tervet eredményezett a helyi szakértők munkája. A fejlesztések alapot teremthetnek az *egészségügyi és szociális szektor valódi integrációjának* emberi és szervezeti feltételeinek kialakulásához.

## II.14. A FEJLESZTÉSI CÉLOKKAL KAPCSOLATOS ATTITÚDOK FELMÉRÉSE A MODELLHELYSZÍNEKEN

A projekt céljául tűzte ki, hogy a fejlesztési célok tekintetében többféle célcsoportot is megszólít annak *véleménye* szempontjából. A projekt nemzeti szakértői tevékenységén belül (melyet a Magyar Addiktológiai Társaság koordinált) összesen 12 darab kérdőív készült el ennek elősegítésére. A kérdőívek mind a négy helyszínhez illesztve külön-külön készültek el, s modellhelyszínenként az alábbi három célcsoport került bennük megszólítása (azaz 4 x 3 kérdőív került kidolgozásra):

- *helyi döntéshozók*
- *helyi szakemberek* (kábitószertügy területéről)
- *helyi lakosság*

Az adatgyűjtés szempontjából kétféle módszert alkalmaztak a munkacsoportok: míg a döntéshozók és a szakemberek számára *online típusú kérdőív* készült, így az adatfelvétel online zajlott, addig a helyi lakosság megszólítása *személyesen történt*. Utóbbi esetben a kérdőívezők törekedtek a véletlen mintaválasztásra. A kérdőívek mindössze 4-6 oldalasak voltak, és 8-9 kérdést tartalmaztak, az alábbi főbb témák szerint:

1. Döntéshozók számára:

- szervezeti kérdések
- kábítószerügy területével kapcsolatos munka
- társadalmi problémák kezelése (köztük a drogprobléma)
- droghasználókkal kapcsolatos attitűdök (pl. Bogardus skála)
- drogproblémával való találkozás mértéke
- fejlesztési célokkal kapcsolatos értékelése (pl. fontosság, realitás)

2. Szakemberek számára:

- szervezeti kérdések
- kábítószerügy területével kapcsolatos munka
- addiktológiai ellátások fejlesztése általánosságban
- fejlesztési célokkal kapcsolatos értékelése (pl. fontosság, realitás)

3. Lakosság számára:

- szociodemográfiai kérdések
- társadalmi problémák kezelése (köztük a drogprobléma)
- droghasználókkal kapcsolatos attitűdök (pl. Bogardus skála)
- drogproblémával való találkozás mértéke
- addiktológiai ellátások fejlesztése általánosságban
- fejlesztési célokkal kapcsolatos értékelése (fontosság)

Az elkészült kérdőívek felvételét 2011 tavaszán a négy munkacsoport koordinálta, ahogy a beérkező adatok összegzését, kiértékelését is ők végezték. Az adatgyűjtés általában kis elemszámú volt, a projekt keretei nagyobb mértékű adatfelvételt nem tettek lehetővé. Ez a döntéshozók esetében néhány főt jelentett (ennyien küldték vissza a kérdőívet), a válaszoló szakemberek száma 7-28 fő között mozgott, míg a lakosság esetében nagy eltéréseket tapasztaltunk a helyszínek között: Észak-Budán 16. Észak-Pesten 21, Miskolcon 31 személy válaszolt, Dunaújvárosban ugyanakkor összesen 137 személyt tudtak sikeresen megszólítani.

Az adatgyűjtés eredményeként összességében kiderült, hogy bár a *droghasználókkal szembeni attitűdök* – az országos felmérésekkel összhangban – *nem túl kedvezők*, az *addiktológiai ellátás területére vonatkozó fejlesztéseket a megkérdezettek támogatják, hasznosnak és többségében realisztikusnak is látják*. A négy beszámoló – ahogy a projekt többi szakanyaga és beszámolója is – elérhető a projekt hivatalos honlapján keresztül.



### III. SZAKMAI SZABÁLYOZÁS AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

#### III.1. A SZAKMAI SZABÁLYOZÁS TERÜLETEINEK AZONOSÍTÁSA

Az integrált addiktológiai ellátásokat célzó helyi fejlesztések megvalósítása, értékelése és elterjesztése mellett egy különálló, azonban szintén igen fontos feladata jelen projektnek a *szakmai szabályozás fejlesztése* az addiktológiai ellátás területén. A projekt ezen tevékenysége tehát a másik, fő irányvonaltól függetlenül – amely a projekt I., II. és IV. moduljait tartalmazza – valósult meg.

A projekt meghatározó feladata, hogy bizonyos kiemelt fejlesztési területeken lendületet adjon a minőségügyi gondolkodásnak, és szabályozó dokumentumok létrehozásával megteremtse egy minőségügyi rendszer kialakításának kereteit. Mivel a projekt véges idői és finansziális kapacitással rendelkezik, csupán néhány szolgáltatás esetében volt lehetőség ezen szabályozórendszer kialakítására. Szakértői konzultációk keretében azonosításra került az a három – valójában négy – fejlesztési terület, amelyre vonatkozóan megkezdődhetett a szabályozók kidolgozása. A területek kiválasztását több tényező alapozta meg:

- illeszkedjenek a Nemzeti Stratégia általános és specifikus célkitűzéseiseihez;
- bár a projekt alapvetően az addiktológiai ellátásokkal foglalkozik, fontos volt, hogy a *prevenció* olyan területeire is koncentráljanak a fejlesztések, melyek az ellátással, az ellátásba kerüléssel szorosan összefüggnek;
- *jelentős, kritikus célcsoportot* megszólító szolgáltatásokról legyen szó;
- *hazai viszonylatban legyen működő gyakorlata* az adott szolgáltatásoknak, azaz számos szervezet nyújtson ilyen szolgáltatásokat;
- *nemzetközi szinten álljanak rendelkezésre jó gyakorlatok*, melyek felhasználhatók vagy akár adaptálhatók hazai viszonylatban;
- *ez idáig egyáltalán nem volt kezdeményezés* a területek szakmai szabályozására, vagy csupán kezdeti lépések történtek meg;

Ezen szempontok és a szakértői egyeztetések eredményeként az alábbi, a *célzott és indikált prevenció* területéhez kapcsolódó szolgáltatások kerültek kiválasztásra:

### Kiemelt fejlesztési területek

- célzott prevenciós szolgáltatások
  - *bevásárlóközpontokban, valamint lakótelepeken és azok környékén csel-lengő fiatalok számára létesített programok*
  - *zenés-táncos szórakozóhelyeken működő prevenciós és ártalomcsökkentő programok*
- *megelőző felvilágosító szolgáltatás* (indikált prevenció)
- *tűcsere programok* (indikált prevenció)

A projekt harmadik fő szakasza tehát erre a négy szolgáltatás típusra koncentrált, és ezekre vonatkozóan nyújtotta a keretet egy-egy szakmai szabályozó dokumentum kidolgozására. A *szabályozó típusának* meghatározása a későbbiekben történt meg, az egyes típusok differenciálása és a terület szakirodalmának áttekintését követően.

### III.2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS A NÉGYFÉLE SZOLGÁLTATÁSRA VONATKOZÓAN

A négy szolgáltatás típus kiválasztását követően megkezdődhetett a szabályozó dokumentumok elkészítéséhez kapcsolódó első nagy munkafázis. A négy területen jártas szakértőkből 4-5 fős munkacsoportok jöttek létre, melyeknek az volt a feladata, hogy a szolgáltatásokra vonatkozóan tekintsék át a *teljes hazai és nemzetközi szakirodalmat*. Az áttekintés *kutatási eredményekre, legjobb gyakorlatok* azonosítására, már meglévő *szakmai szabályozók* értékelésére vonatkozott. A szakirodalmi áttekintésnek két igen fontos eredménye volt. Az egyik, hogy 2010 tavaszára megszületett egy-egy alapos áttekintése, ismertetője és kritikai értékelése a fejlesztési területeknek, amelyek a projekt első kötetében nyomtatott formában is megjelentek („*Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Kutatási eredmények, legjobb gyakorlatok és eddigi szabályozási tapasztalatok*” [Kun és Felvinczi, 2010]). A másik, hogy az áttekintés eredményként meghatározható volt, hogy az egyes területeken *milyen szintű szabályozás lehetséges*. Az imént említett kötet első fejezete (Kósa, 2010) sorra veszi azt a négy szabályozó típust, amely az egészségügyi és szociális ellátások esetében létezik, s bemutatja azok jellemzőit, kialakításának menetét és kritériumrendszerét. A négy szabályozó típus a következő (a leggyengébb ajánlástól a legerősebb kötelezés felé haladva):

1. *módszertani levél*
2. *szakmai irányelv*



### 3. protokoll

#### 4. szakmai minimumfeltétel (standard)

Az áttekintés mindenképpen hiánypótló írásnak tekinthető, ugyanis ilyen összegzés ez idáig nem született hazánkban, holott a szakma területén számos esetben találkozhatunk azzal a problémával, hogy az elnevezéseket felcserélve vagy szinonimaként, esetleg helytelenül használják. A projekt céljául tűzte ki, hogy a kidolgozásra kerülő szakmai szabályozók a lehetséges típusok kritériumaihoz illeszkedni fognak, és olyan szintű szabályozó dokumentumok születnek, amelyekhez a keretek és a rendelkezésre álló bizonyítékok elegendőek. Ennek következtében, bár mind a négy területen megtörtént egy nagy ívű szakirodalmi áttekintés, csupán a legenyhébb erejű szabályozó típus vált alkalmazhatóvá mind a négy terület esetében. Így, bár mind a négy szolgáltatásra vonatkozóan *módszertani levelek* elkészítése lett a cél, azok kidolgozása jóval alaposabb volt, mint ahogy az előírásokban szerepel.

A kötetben szereplő négy fejezet nem csupán a szolgáltatások szakirodalmi áttekintését tartalmazza, hanem egy-egy javaslatot is megfogalmaz arra vonatkozóan, hogy a készülő módszertani leveleknek milyen főbb pontokat kell majd magukba foglalniuk. Megszületett tehát egy ajánlás a módszertani levelekre nézve. Ebben a munkában azonban nem csupán a 4-5 fős szakértői munkacsoportok vettek részt, hanem *2010 nyarán lezajlott három szakmai találkozó*, ahol a terület képviselői vitatták meg a szakmai szabályozó felépítését és fontosabb tartalmi elemeit. A projekt első kötete az észrevételeket is tartalmazza, ugyanis a szerzők a javaslatok megfogalmazásakor ezeket mindvégig szem előtt tartották.

#### **A szakmai szabályozók elkészítésének I. fázisa**

1. Kritikus fejlesztési területek (szolgáltatások) kiválasztása.
2. Szakmai munkacsoportok létrehozása.
3. Teljes szakirodalmi áttekintés.
4. Szakmai konzultációk a terület képviselőivel.
5. Javaslatok megfogalmazása a módszertani levelek felépítését illetően.
6. Első kiadvány megjelentetése.

### III.3. SZOLGÁLTATÓI SZINTŰ INDIKÁTOROK KIALAKÍTÁSA

Az imént bemutatott folyamat során tehát meghatározásra került mind a négy szolgáltatás típus esetében, hogy milyen témákra, területekre terjedjen ki a módszertani levél, milyen legyen annak felépítése, tartalomjegyzéke. Ez a keret kiváló segítséget nyújtott ahhoz, hogy az egyes területek majdani akkreditációs rendszereit megalapozzuk oly módon, hogy *indikátorokat* határozzunk meg az ellenőrzéshez. A projekt keretében tehát készült egy olyan dokumentum, amely mind a négy szolgáltatás típushoz meghatározza ezen indikátorokat. Vegyük példaként a bevásárlóközpontokban, valamint lakótelepeken és azok környékén csellengő fiatalok számára létesített programokat! A kidolgozásra kerülő módszertani levél felépítését tekintve az alábbi főbb pontokat tartalmazza:

1. szükséglet-meghatározás
2. célcsoport
3. célok
4. szakmai tartalom
5. szakemberek, munkatársak
6. együttműködések
7. dokumentáció

A tanulmány táblázatos formában tárgyalja, hogy a fenti témakörökhöz konkrétan milyen *indikátorok* rendelkeznek (pl. „a szükségletfelmérés során a lakosság attitűdjei feltérképezésre kerülnek”), mi lehet az *indikátor/mutató forrása* (pl. „elkészült vizsgálatok, alkalmazott módszerek”), illetve mi az *indikátor mértékegysége/egysége* (pl. %-os arányok).

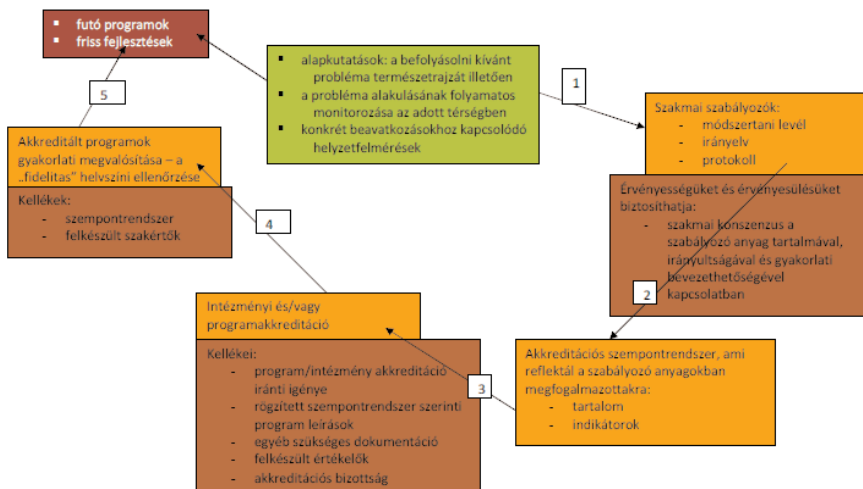
### III.4. A KÖZPONTI SZAKÉRTŐI ÉS HELYSZÍNI ÉRTÉKELÉSEK FORGATÓKÖNYVEINEK ÉS JELENTÉSEINEK KIDOLGOZÁSA

A szakmai szabályozás kidolgozásának célja tehát, hogy a jövőben a négy szolgáltatásra vonatkozóan egy-egy akkreditációs rendszer szülessen meg. Maga a rendszer beindítása már meghaladja jelen projekt kereteit, az azonban feladata a projektnek, hogy ezen rendszer alapjait megteremtse. Ennek érdekében 2011 elején elkészült egy közel negyven oldalas tanulmány, amely előkészíti a majdani akkreditációs folyamatot. „A központi szakértői és helyszíni értékelések forgatókönyveinek és jelentéseinek kidolgozása” című dokumentum tehát az *akkreditáció* témakörét járja körül különböző szempontok mentén (Sebestyén, 2011). Egyfelől áttekinti a szakmai szabályozók, az akkreditáció és az eredményesség viszonyát, továbbá konkrét támpontokat nyújt ahhoz, hogy az *akkreditált programok megvalósítása milyen módokon ellenőrizhető*. A tanulmány ezen utóbbi kérdéskörön belül részletesen kitér arra, hogy:

- milyen szempontokat kell a helyszíni ellenőrzések során áttekinteni,
- milyen konkrét (szolgáltatásra szabott) algoritmus mentén történhet a helyszíni ellenőrzés, és
- az ellenőrzéseket végző szakembereknek milyen kompetenciákkal kell rendelkezniük.

Ahogy a 11. ábra jól illusztrálja, a szakmai szabályozók, az akkreditáció és a konkrét program-megvalósítások viszonya szorosan összefügg és egymásból következik.

11. ábra. A szakmai szabályozók, az akkreditáció és a gyakorlati megvalósulás kapcsolódása



Sebestyén, 2011, 8.o.

A tanulmány részletesen kitér arra, hogy a négy szolgáltatás típus esetében mikre terjedjen ki a helyszíni értékelés, továbbá mi az ellenőrzés célja, funkciója. Minden szolgáltatás típus esetében a szerző a projekt során korábban kialakított *indikátorrendszerekből* indult ki (lásd III.3. pont), és ezekhez illesztve mutatta be az akkreditáció és az ellenőrzés menetét. Minden esetben külön kiemelésre került, hogy *mely dokumentumok ellenőrzése szükséges* a folyamat során.

A programok helyszíni ellenőrzésének forgatókönyve az alábbi főbb lépéseket követi:

1. *előzetes tájékoztatás* a helyszíni ellenőrzésről,
2. az ellenőrök megbízó levéllel *igazolják* magukat,
3. *ellenőrzés*,
4. *jegyzőkönyv, jelentés* készítése,

5. a helyszíni ellenőrzés *eredménye* – szabálytalanság kezelés,
6. szabálytalanság esetén intézkedés a szervezet részéről.

A tanulmány ajánlást is megfogalmaz a jelentés struktúrájára vonatkozóan. Végül, a szerző összegzi, hogy az ellenőrzést végző szakembernek milyen kompetenciákkal kell rendelkeznie. Ezek a következők:

- szakirányú, dokumentumokkal igazolt felsőfokú végzettség (egészségügyi, szociális, addiktológiai, pszichológiai végzettség);
- minimum 5 éves tapasztalat a célzott és/vagy javallott prevenciók tevékenység területén;
- jártasság a programfejlesztés és a programértékelés területén;
- jártasság a témához kapcsolódó hazai szakirodalomban (a vonatkozó nemzetközi szakirodalom ismerete előnyt jelent);
- a kábítószer-politika mérvadó hazai és nemzetközi dokumentumainak ismerete;
- a kábítószer-probléma kezelését célzó ellátási formák és azok szabályozásának ismerete (egészségügyi törvény, szociális szolgáltatásokról és ellátásokról szóló törvény);
- a kurrens gazdálkodási előírások ismerete (ÁHT, ÁMR);
- önálló és csapatban való munkavégzésre való képesség;
- jó kommunikációs készség;
- szervezőképesség.

### III.5. DOKUMENTUMOK AZ AKKREDITÁCIÓS RENDSZER KIALAKÍTÁSÁHOZ

A projekt belső munkáinak eredményeként a jövőbeli akkreditációs folyamat menetrendjének és forгатókönyveinek kidolgozása mellett több dokumentum is elkészült, amely a minőségügyi rendszer háttér dokumentációjához járul hozzá. Elkészült

- a majdani Akkreditációs Bizottság Szervezeti és Működési Szabályzata;
- a majdani akkreditációs Bizottság ügyrendi szabályzata;
- egy iratkezelési szabályzat az akkreditációs Titkárság működéséhez;
- egy adatlap az akkreditációs kérelmi rendszer felhasználói számára;
- egy akkreditációs adatlap – mellékletekkel, mely tartalmazza;
  - a programot megvalósító szervezet nyilatkozatát;
  - a szervezet nyilatkozatát támogatások felhasználásáról,
  - a szervezet nyilatkozatát, a közpénzekből nyújtott támogatások átláthatóságáról szóló 2007. évi CLXXXI. törvény szerinti összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállásáról, vagy hiányáról;
  - program információs adatlapot,
  - a program lebonyolításában résztvevő szakemberek szakmai önéletrajzainak űrlapját,

- az akkreditált program megvalósításában résztvevő szakemberek nyilatkozatait.
- egy javaslat az érintett országos intézményekkel és hatóságokkal való együttműködésekhez; továbbá
- egy javaslat a szolgáltatói/szakmai szervezetekkel való együttműködésekhez.

### III.6. SZAKMAI FELKÉSZÍTŐ ANYAG A MINŐSÉGÜGYI GONDOLKODÁS TÉMÁJÁBAN

A projekt szakmai szabályozással és minőségügyi rendszerek kidolgozásával kapcsolatos tevékenységének az is fontos feladata volt, *hogy a minőségügyi rendszerekkel kapcsolatosan összegző*, szakmai felkészítésekhez is alkalmas tanulmányokat jelentessen meg. Az egyik ilyen, harmincöt oldalas írás a „*minőségügyi gondolkodás*” témájával foglalkozik, s ezt a címet is kapta (Erdélyi, 2010a). A tanulmány célja, hogy körüljárja, a minőségügyi gondolkodás egyes módszerei hogyan, milyen feltételek mellett és milyen haszonnal lennének alkalmazhatók az addiktológiai ellátásban.

Először általános elvi megfontolásokat, történeti aspektusokat és definíciókat mutat be a szerző, kitérve olyan fogalmakra, mint a minőség, a minőségügyi rendszerek, a minőségellenőrzés, a minőségszabályozás, a minőségbiztosítás vagy a minőségirányítás. Ezt követően konkrét példák bemutatására kerül sor: a napjainkban leggyakrabban használt két minőségirányítási rendszer, az ISO (International Organization for Standardization, azaz Nemzetközi Szabványügyi Szervezet) és a TQM (Total Quality Management, azaz „teljes körű minőségirányítás”) kerül ismertetésre. A két rendszerrel kapcsolatban az olvasó képet kaphat azok történetéről, jellemzőiről, hogy milyen területekre terjednek ki, továbbá kritikai észrevételeket is megfogalmaz a szerző. A tanulmány rámutat arra, hogy az ISO minőségirányítási rendszer és a TQM minőségirányítási módszer sok elemében hasonló, de különösen az alkalmazás tekintetében jelentős különbségek vannak. A számos különbség közül az egyik legfontosabb – és ezt a gyakorló szakemberek sokszor nehezen értik –, hogy a TQM nem *tanúsított*, nem *auditált* minőségirányítás. Az ISO szabványokon alapul és a szabványnak való megfelelést külső tanúsító igazolja. A szerző részletesen összehasonlítja a két rendszert a tanulmány során.

A dolgozat ezt követően áttekinti, hogy jelenleg milyen minőségirányítási rendszerek vannak használatban az *egészségügyi ellátásokban*, továbbá milyen szempontoknak kell érvényesülni ezen a területen. A szerző így összegzi az utóbbiakat:

- A minőségszemlélet és a minőségügyi gyakorlat egyre inkább a megelőzésre, majd a magas színvonalú gyógyító tevékenységre koncentrál.

- Az ellátórendszer minőség fejlesztési stratégiáját úgy kell kialakítani, hogy a népesség egészségi állapotában rövidtávon semmiféleképpen ne következzen be romlás, hosszabb távon viszont érzékelhető legyen a fenntartható javulás.
- Ezen stratégián belül a minőségszemléletnek és a minőségmenedzsmentnek meghatározó szerepet kell betöltenie.
- Kiemelt jelentőségű, hogy a hazai egészségügy területén is nemzetközi trendek és más sikeresen adaptált minőségtechnikák alkalmazása valósuljon meg.

A tanulmány továbbá hangsúlyozza a *bizonyítékon alapuló orvoslás* (Evidence Based Medicine) fontosságát, és kitér az ISO és TQM rendszerek tárgyalására az egészségügy vonatkozásában.

Az egészségügyi ellátások mellett a tanulmány a *szociális szolgáltatások* minőségirányításával is foglalkozik. A szerző összegzése szerint a szociális szolgáltatások minőségügyi/minőségirányítási rendszerének az alábbi elemeket kell tartalmaznia:

- a szociális szolgáltatás pontos meghatározása;
- a szolgáltatást igénybevevő és a szolgáltatásért felelős igényeinek pontos megfogalmazása;
- a hozzáférés eljárásainak és elveinek pontos meghatározása;
- a szolgáltatásra vonatkozó, ennek megfelelő követelmények leírása;
- a szolgáltatás tartalmának és fázisainak leírása;
- a folyamat monitorozása, amely tartalmazza az igénybevevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, ennek egyeztetését a klienssel, valamint a folyamat szükséges mélységű és mértékű dokumentálását;
- a szolgáltatási folyamat megfelelőségének vizsgálata, e téren vizsgálni kell a szolgáltató megfelelőségét és amennyiben lehetséges, akkor a szolgáltatást igénybevevő szempontjából a minőségi változást;
- kliens elégedettség mérés;
- szolgáltatói önértékelés.

A tanulmány végén az olvasó egy *továbbképzési tematikát* is megismerhet, amely egy 30 órás, 15 elméleti és 15 gyakorlati órából álló szakmai felkészítési anyag a minőségügyi gondolkodás témájában.

### Nyereségek a minőségügyi rendszerek alkalmazása révén

#### A **szervezet** szempontjából:

1. szervezeti önismert
2. a belső erőforrások optimális kiaknázása
3. problémamegoldó kommunikáció
4. piaci előny
5. bizalmi légkör
6. lojális munkatársak

#### A **szolgáltatás** szempontjából:

1. minőség
2. jó illeszkedés a szükségletekhez és elvárásokhoz (goodness of fit)

#### A **kliens** szempontjából:

1. szükségleteinek fel- és elismerése
2. partneri viszony
3. fejlődési lehetőség

### III.7. A SZAKMAI SZABÁLYOZÓ ANYAGOK ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEI ÉS LEHETSÉGES ILLESZKEDÉSÜK A MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK ÁLTAL TÁMASZTOTT ELVÁRÁSOKHOZ

Egy másik fontos, húszoldalas felkészítő háttéranyag kifejezetten azzal foglalkozott, hogy bemutassa, *a szakmai szabályozók hogyan illeszkednek a minőségügyi rendszerekhez (Erdélyi, 2010b).*

A tanulmány konkrét szempontok mentén érzékelteti azon lényeges eltéréseket, amelyek egy „termék” és egy „szolgáltatás” között található. A minőségügyi gondolkodás mintha egyértelműbb volna termékekkel kapcsolatosan, ugyanakkor elengedhetetlen a humán szolgáltatások esetében is. Számos különbség érhető tetten azonban a kettő között, s ez a szolgáltatások minőségi szabályozásának egyedi jellemzőire hívja fel a figyelmet. A *szociális szolgáltatásoknak például speciális jellemzője*, hogy azok személyes jellegűek, a kliens és a szolgáltatás nyújtója között egymásra utaltsági, illetve intim viszony is kialakul. A kliens speciális igényeket fogalmaz(hat) meg, s a szolgáltatást nyújtónak nagyfokú empátiás készséggel, odaadóan, moralizálástól mentesen szükséges viselkednie. Többek között ezekből is következik, hogy a személyes szolgáltatások területén a minőség biztosítása kevésbé körülírt és meghatározott fogalmak mentén történik, és folyamatosan változik. A tanulmány idézi a *„szolgáltatásminőség kritikus faktorai”* modellt (Sureschander és mtsai, 2001), amely az alábbi hat kritikus elemet azonosítja:

- a) a szolgáltatás lényege/a szolgáltatás, mint termék;
- b) a szolgáltatás emberi tényezői;
- c) a szolgáltatás nem emberi tényezői;
- d) a szolgáltatás *sztenderdizáltsága (szabályozottsága)*,
- e) a szolgáltatás kézzelfogható elemei; és
- f) a társadalmi felelősség.

Ki kell emelnünk ezek közül a szolgáltatás szabályozottságát, hiszen a projekt tevékenységeihez ez kapcsolódik legszorosabban. A tanulmány rámutat arra, hogy a szabályozók arra szolgálnak, hogy

- *keretet teremtsenek* a szakmai elvárásoknak és követelmények rendszerének (átláthatóság, rendszerszemlélet);
- lehetővé tegyék a *tevékenység minősítését*, és meghatározzák a szakmai minősítés kereteit (értékelhetőség, összemérhetőség);
- bátorítsák a szakmai *kezdeményszerűséget* (innováció, gyakorlat-orientáltság);
- biztosítsák a *korrekt, ellentmondás- és diszkriminációmentes gyakorlatot* (igény szerinti működés, szükségletekhez igazodás).

A szerző hangsúlyozza, hogy fontos jól megválasztani azt a minőségirányítási rendszert, amit a szervezet alkalmazni kíván, ugyanis szerencsés, ha tevékenység jellege és a kiválasztott minőségirányítási rendszer támogatja egymást. Ekkor biztosítható, hogy a minőségirányítási rendszer alapvetően *előnyökkel járjon mind a szervezet, mind pedig a kliensek szempontjából*. A minőségügyi rendszerekkel kapcsolatban azonban nem csupán nyereségek fogalmazhatók meg, rendszeres alkalmazásuk *kockázatokkal* is járhat. A tanulmány részletesen kitér ezekre, ehelyütt csupán néhány példa kiragadására van lehetőség. Nyereség lehet például a szervezet kommunikációjában, menedzsmentjében (irányításában), pénzügyi és humán területén megjelenő fejlődés; ugyanakkor kockázatként hozható fel például a minőségügyi rendszer bevezetésének költségnövelő hatása, az erőforrások esetleges egyenlőtlen elosztása vagy a minőségirányítási kezdeményezés nem megfelelő irányítása.

A tanulmány végül a minőségirányítás és eredményesség kapcsolatát tárgyalja, kitérve az értékelő munka, a szabályozó anyagok és a minőségirányítási rendszer szoros összekapcsolódására is.

### III.8. A MÓDSZERTANI LEVELEK ELSŐ VERZIÓINAK KIALAKÍTÁSA ÉS ANNAK SZÉLES KÖRŰ VÉLEMÉNYEZTETÉSE

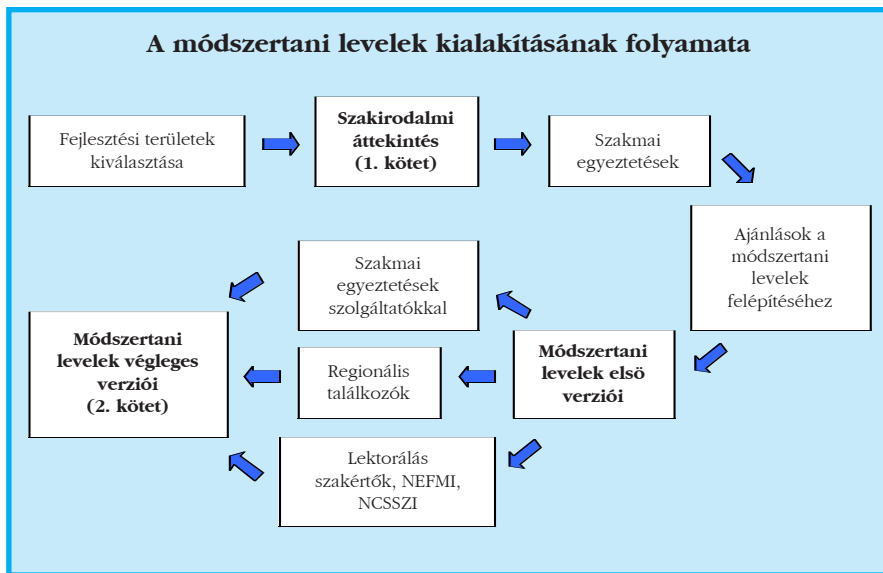
Miután megtörtént a négy szolgáltatás típusra vonatkozó teljes szakirodalmi áttekintés, lezajlottak az első szakmai egyeztetések, megfogalmazódott egy-egy javaslat a módszertani levelek felépítését követően, továbbá kialakításra került a majdani akkreditációs rendszerek háttér dokumentációja, megkezdődhetett a módszertani levelek kidolgozása.

A szakmai szabályozók kialakítása is több szakaszban történt. Háromfős, a területeken jártas szakemberekből álló munkacsoportok kezdték meg a munkát, és készítették el a *módszertani levelek első verzióit*. Ezen első verziók mindegyike hasonló felépítést követett, s a korábbi szakmai találkozók javaslatait is tartalmazta.



Az első verziók elkészítését *széles körű véleményezés* követte. Első körben négy olyan szakmai találkozót megrendezésére került sor 2011 májusában, amelyeken *a négy terület szolgáltatói* vettek részt. A találkozókra bemutatásra kerültek az első verziók, s a jelenlévő szakemberek véleményezték a dokumentumokat, módosítási vagy kiegészítési javaslatokat is megfogalmaztak. Emellett írásban is lehetőségük volt a dokumentumok véleményezésére. A területen dolgozó szakemberek mellett *7 regionális találkozó* keretében olyan szakemberek is megismerhették és észrevételezhették a módszertani levelek első verzióit, akik nem kifejezetten az adott szolgáltatás területéről érkeztek, de a kábítószerügy területén dolgoznak. A regionális találkozókra 2011 májusában-júniusában kerül sor Budapesten (két alkalommal), Debrecenben, Egerben, Szombathelyen, Pécsen és Zalaegerszegen. Ezeken a rendezvényeken is számos hasznos javaslat hangzott el, amely a módszertani levelek végső verziójának kialakítását segítette.

A szakmai rendezvényeken kívül a négy módszertani levél egy-egy lektorálási folyamaton is keresztül esett. Számos neves *szakértő*, továbbá a *Nemzeti Erőforrás Minisztérium* és a *Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet* munkatársai is véleményezték a dokumentumokat. A beérkezett vélemények mind eljutottak a szerzőkhöz, és ezek felhasználásával készült el a négy módszertani levél végleges verziója.



### III.9. MÓDSZERTANI LEVELEK VÉGSŐ VERZIÓI

*A fentebb ismertetett folyamat eredményeként 2011 júliusára elkészült egy-egy módszertani levél*

- *a bevásárlóközpontokban, valamint lakótelepeken és azok környékén csellengő fiatalok számára létesített programok,*
- *a zenés-táncos szórakozóhelyeken működő prevenciós és ártalomcsökkentő programok,*
- *a megelőző felvilágosító szolgáltatás és*
- *a tícsere programok számára.*

A módszertani leveleket nem csupán elektronikusan érhetik el az érdeklődők, hanem a projekt ötödik kiadványaként nyomtatott formában is („Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén II. Módszertani levelek”; Kun, 2011).

Az alábbiakban röviden bemutatásra kerül, hogy az egyes módszertani levelek milyen főbb területeket foglalnak magukba, azaz a bennük szereplő ajánlások a szolgáltatások milyen részleteire terjednek ki. Emlékeztetőül meg kell jegyezni, hogy mint módszertani levelek, *ezek a dokumentumok nem kötelező érvényűek, csupán ajánlásokat, javaslatokat fogalmaznak meg az adott szolgáltatás típus megfelelő működésének elősegítéséhez!*

#### **1. Módszertani levél a bevásárlóközpontokban, valamint lakótelepeken és azok környékén működtetett célzott prevenciós programok fejlesztéséhez és megvalósításához** (Sebestyén, Gondi, Máté és Posta, 2011)

A módszertani levél az alábbi fejezetekből épül fel (sorrendben):

1. Bevezetés és hatály
2. Definíciók
3. Szükséglet-meghatározás
4. Célcsoport
5. Általános és konkrét célok
6. A programok szakmai tartalma, a megvalósítás feltételei
  - a) Fizikai környezet
  - b) Szolgáltatási paletta
  - c) A szakmai team jellemzői
  - d) Egyéb sajátosságok
  - e) Tárintézményekkel való együttműködések
  - f) Dokumentáció
  - g) Etikai szempontok
  - h) Működési rend
  - i) Befogadó intézményekkel történő együttműködések, tárgyalási technikák



7. Monitorozás és értékelés
8. Jogszabályi környezet
9. Hivatkozások
10. Ajánlott irodalom

## **2. Módszertani levél a zenés-táncos szórakozóhelyeken prevenció és ártalomcsökkentő programokat megvalósító szolgáltatók számára** (Dávid, Hegedűs és Mervó, 2011)

A módszertani levél az alábbi fejezetekből épül fel (sorrendben):

1. Bevezetés és hatály
2. Definíciók
3. Szükséglet-meghatározás
4. A célcsoport meghatározása
5. Általános és konkrét célok
  - a) Partik esetében
  - b) A BSzP ajánlása szórakozóhely üzemeltetők számára
  - c) Bisztrók esetében
  - d) Diszkók esetében
  - e) Fesztiválok esetében
  - f) Fizikai környezet
6. A szakmai team jellemzői
  - a) A pesti modell – a Party Service
  - b) A pécsi modell – a Bulisegély
7. Dokumentáció
8. Társintézményekkel való együttműködések
9. Befogadó intézményekkel való együttműködések, tárgyalási technikák
10. Folyamat- és eredményértékelés
11. Nemzetközi példák és gyakorlatok
12. Irodalom
13. Ajánlott irodalom
14. Melléklet: Együttműködési megállapodás



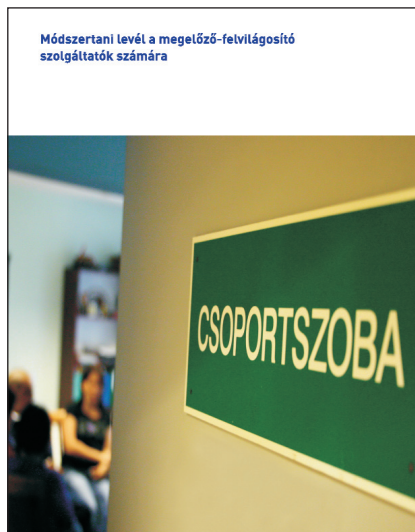
Módszertani levél a zenés-táncos szórakozóhelyeken prevenció és ártalomcsökkentő programokat megvalósító szolgáltatók számára

## **3. Módszertani levél megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára** (Dudits, Arany, Kósa és Szappanos, 2011)

A módszertani levél az alábbi fejezetekből épül fel (sorrendben):

1. Bevezetés és hatály
2. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás definíciója
3. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás célja
4. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás célcsoportja
5. Szakmai tartalom

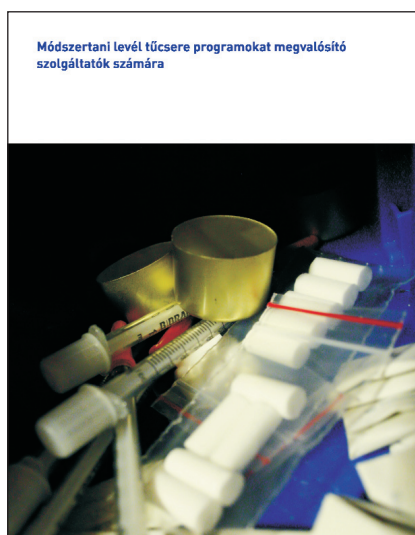
- a) Szükséglet-meghatározás
- b) Egyéni beavatkozási terv
- c) Beavatkozások
- d) A szükséges szakmai létszám, szakképesítés és tárgyi feltételek meghatározása
6. Együttműködések
7. Jogok és kötelezettségek
8. Dokumentáció
9. Folyamat- és eredményértékelés
10. Az elterelés jogszabályi keretei
11. Irodalomjegyzék
12. Ajánlott irodalom
13. Mellékletek: Az MFSz menete, Ellátási szerződés, Egyéni beavatkozási terv, Klienselégedettségi kérdőív, Együttműködési megállapodás, Értesítés a MFSz elkezdéséről/megszakadásáról/befejezéséről



#### **4. Módszertani levél tűcsere programokat megvalósító szolgáltatók számára (Csák, Gyarmathy V. és Miletics, 2011)**

A módszertani levél az alábbi fejezetekből épül fel (sorrendben):

1. Bevezetés és hatály
2. Definíció
3. Szükséglet-meghatározás
4. Célcsoport meghatározása
5. Általános és konkrét célok
6. A szolgáltatás szakmai tartalma
  - a) A tűcsere programok típusai
  - b) A tűcsere programok szolgáltatásai
7. Lehetséges partnerekkel, környezettel való együttműködések
8. Szakmai team jellemzői
9. Dokumentáció és a kliensek anonimitáshoz való joga
10. Folyamat- és eredményértékelés
11. Melléklet: A tűcsere program indításához, üzemeltetéséhez szükséges engedélyek, tárgyi feltételek és eszközök
12. Kapcsolódó fontosabb irodalmak, törvények, állásfoglalások



## IV. MODELLPROJEKT, ÉRTÉKELÉS ÉS ELTERJESZTÉS

### IV.1. HELYI FEJLESZTÉSEK BEINDÍTÁSA A MODELLHELYSZÍNEKEN

A projekt negyedik tevékenységi egysége szorosan összefügg az első kettővel, azaz a szükségletfelméréssel és az ellátástervezéssel. Jelen tevékenység fő elemei, hogy tesztelje, a projekt első nagyobb szakaszában kialakított szükségletalapú fejlesztési tervek miként tudnak megvalósulni, *milyen konkrét fejlesztések realizálódnak* a modellhelyszíneken, továbbá értékelje, és országos szinten elterjessze a szerzett tapasztalatokat.

Korábban bemutatásra került, hogy a négy helyszínen – Miskolcon, Dunaújvárosban, Észak-Pesten és Észak-Budán – milyen fejlesztési tervek születtek meg a helyi addiktológiai ellátórendszerre vonatkozóan. A helyi munkacsoportok feladata volt, hogy a számos kitűzött fejlesztési lehetőség közül kiválassza azt a néhányat, amelyet a helyi döntéshozókkal egyetértésben és együttműködésben meg tudnak valósítani, illetve a projekt időszaka alatt megtehetik a megvalósítás első lépéseit. A projekt keretei arra nem adtak lehetőséget, hogy teljesen új ellátási egységeket alakítsanak ki, viszont a helyi együttműködések erősítésével, humán kapacitások átszervezésével fontos előrelépések megtételére nyílt lehetőség. A fejlesztések konkrét megvalósítását a helyi munkacsoportok 2011 tavaszán megkezdték, és a projekt keretében egy fél éves időszak áll rendelkezésük céljaik eléréséhez. Sok esetben a fejlesztési célok nagyobb lélegzetűek és meghaladják a projekt kereteit, ennek ellenére fontos, hogy azokban egy értékelhető szintre eljussanak a helyszínek. Jelen pillanatban, mikor ez a tanulmány készül, a fejlesztések nagyban zajlanak, és azok eredményeiről, értékeléséről csak októberben-novemberben számol be a projekt. *A fejlesztések megvalósításának ütemezéséről és első lépéseiről* azonban 2011 nyarára elkészült *egy-egy beszámoló* a munkacsoportok részéről. Ezek az írások tehát bemutatják, hogy végül mely fejlesztések kezdődtek meg a modellhelyszíneken és milyen további lépések várhatók még a közeli és a hosszú távú jövőben. Az alábbiakban helyszínenként bemutatásra kerülnek a konkrét fejlesztési célok.

#### 1. Dunaújváros

Fejlesztések a városban:

1. *Szenvedély betegek részére nyújtott alacsonykiűszöbű ellátás és közösségi ellátás fejlesztése*
2. *Szenvedélybetegek nappali intézményének fejlesztése*

A fejlesztések megvalósítása szempontjából bizonyos értelemben Dunaújváros van a legnehezebb helyzetben: szinte egyáltalán nincs olyan „*bázis intézmény*”, ellátási gócpont, ahonnan az újabb ellátási egységek

kialakítása, fejlesztése könnyebben megkezdődhet. Súlyos problémát jelent továbbá a *szakemberhiány*, így a humán kapacitások átszervezése mint fejlesztési lehetőség is nehézkes. Mindazonáltal sikerült olyan szakmaközi együttműködéseket feléleszteni, amelyek révén nagy előrelépések történhetnek a városban. A kitűzött fejlesztési célok meghaladják a projekt időbeni kereteit, így a projekt zárásának időpontjára célként a fejlesztések megkezdése, bizonyos szintig való eljutása határozható meg.

## 2. Miskolc

Fejlesztések a városban:

1. *Megkereső munka fejlesztése*
2. *Parti szerviz szolgáltatás beindítása*
3. *Drop in ("toppanj be!") helyiség kialakítása*
4. *Nappali ellátás kialakítása*
5. *Önsegítő csoport létrehozása*
6. *Közösségi tér kialakítása*
7. *Korai kezelésbe vétel fejlesztése*

A miskolci munkacsoport a fejlesztések mindegyikét *ez év végéig* szeretné megvalósítani (legalább a létrehozás szintjéig). A jelenleg működő miskolci addiktológiai ellátási háló kiváló alapot nyújt ahhoz, hogy ezen új szolgáltatásokat a *kulcsszereplő szervezetek* (Drogambulancia Alapítvány, Baptista Szeretetszolgálat) munkatársainak bevonásával, *együttműködések erősítésével* és a *humán munkaerő átszervezésével* megkezdhessék. Talán soknak is tűnik ez a hét kitűzött cél, azonban ezek részmegvalósulása is igen fontos előrelépést jelentene a térségben.

## 3. Észak-Pest

Fejlesztések a városban:

1. *Korai kezelésbe vétel, megkereső programok fejlesztése*
2. *A megkereső programokat nyújtó szervezetek közötti kommunikációs-együttműködés erősítése, koordináció megvalósítása*

A két budapesti régiónak több szempontból eltérő helyzete volt a két vidéki helyszínhez képest. Fontos hangsúlyozni, hogy míg Dunaújváros és Miskolc esetében egyértelműen meghúzhatók a modellhelyszínek határai az ellátórendszer, a kliensek és a döntéshozók szempontjából, Észak-Pest és Észak-Buda – mivel több kerület és/vagy agglomeráció közös értelmezéséről van szó – igen heterogén helyszíneket jelentenek. A fejlesztések kapcsán az egyeztetések, együttműködések kialakítása jóval bonyolultabb feladat, ahogy a konkrét fejlesztések is lassabban tudnak csak megvalósulni. Nem véletlen tehát, hogy az észak-pesti régió azt tartotta reálisnak, hogy csupán egyetlen területre fókuszál, s abban valósít meg fontos fejlesztéseket. Ez a terület pedig a *megkereső tevékenység* az addiktológiai ellátásban. A régióban több szolgál-



tató/szervezet is végez ilyen tevékenységet, azonban sokkal hatékonyabbá tenné, a kliensek ellátásba jutását nagyobb mértékben elősegítené, ha egy *koordinált, az együttműködésekre, humán kapacitások gazdaságosabb elosztására* alapuló rendszerben történne mindez. Az észak-pesti helyszín tehát végül „csupán” ezt a célt kívánja megvalósítani a projekt időszaka alatt – azzal együtt, hogy a többi megfogalmazott célra a projekt keretein kívül szeretnének majd sort keríteni a jövőben.

#### 4. Észak-Buda

Fejlesztések a városban

1. *Utcai szociális munka és a korai jelzőrendszer megerősítése*
2. *Együttműködés erősítése a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokkal, háziorvosokkal, védőnőkkel*

Észak-Buda esetében is elmondható, hogy reálisabbnak bizonyult kevesebb cél kitűzése, mint a két vidéki helyszín esetében. Ezen munkacsoport is jól megragadta a projekt fő vezérelvét, miszerint az *együttműködések megerősítése* elengedhetetlen az integrált addiktológiai ellátás eléréséhez. Ez a nehezen elérhető, *rejtőzködő szerhasználói* csoportok elérése esetén is fontos, különösen azokon a területeken, amelyeket a felmérés kiemeltként azonosított (Solymár, Kaszásdűlő, Aquincum); illetve a *családsegítőkkal, gyermekjóléti szolgálatokkal, háziorvosokkal és védőnőkkel* való közös munka tekintetében.

#### IV.2. A HELYI ADDIKTOLÓGIAI SZOLGÁLTATÁSOK EREDMÉNY- ÉS KÖLTSÉG-MONITORING RENDSZERÉNEK ELVI KERETEI

A projekt negyedik szakaszán belül az értékelés kapja az egyik főszerepet. Értékelés kapcsán azonban nem csupán a helyi fejlesztések értékelését kell érteni (lásd következő fejezet), hanem egy olyan rendszer kidolgozását is, amely *az egész addiktológiai ellátórendszer értékelésére* alkalmas lehet. Mivel ez igen nagy feladat, amelynek idői és anyagi keretei messzemenőig meghaladják e kétéves projekt lehetőségeit, jelenleg csupán arra volt lehetőség, hogy egy *rendszerterv* kidolgozásra kerüljön, illetve egy pilóta vizsgálat során teszteljük azt. A projekt keretben így elkészült egy olyan tanulmány, amelynek célja egy az addiktológiai ellátó szervezetek körében alkalmazandó adatgyűjtési (monitoring) módszertan kidolgozása, mely alkalmas az ellátórendszerben megjelenő heterogén szolgáltató tevékenységek költségeinek (egység- és összköltségek), valamint fontosabb teljesítmény-, hatásparamétereinek folyamatos mérésére és összehasonlító elemzésére (*Hajnal, 2011*). A szerző tanulmányában elsősorban arra kívánt választ adni, hogy:

- pontosan *mely tevékenységekre terjedjen* (terjedhet) ki a költség- és teljesítmény-monitoring rendszer, és melyeket kell kizárni belőle;

- melyek legyenek a kialakítandó költség- és teljesítmény-monitoring rendszer *elemzési egységei*; továbbá, hogy
- milyen *indikátorokat* szükséges számolni az elemzési egységekhez kapcsolódóan, és hogyan kell értelmezni azokat.

A szerző többféle módszert alkalmazott arra, hogy a fenti három kérdésre választ kínáljon tanulmányában. Egyrészt áttekintette a vonatkozó nemzetközi szakirodalmat, másrészt dokumentumelemzést végzett a hazai ellátórendszer tekintetében, illetve személyes interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések során információkat gyűjtött a hazai ellátórendszer szakembereitől.

Kiindulási pontként, irányadó nemzetközi gyakorlatként a *The Washington Circle*<sup>4</sup> által kidolgozott megoldás kerül bemutatásra, amelynek alapján négy folyamatindikátor-típus azonosítható, ezek a következők:

1. Mennyire sikeres a kezelést igénylő személyek *azonosítása* (identification)?
2. Milyen arányban *kezdemenyyezik* a rendszerrel kapcsolatba kerülő (azonosított) személyek a kezelést (initiation)?
3. A kezelésbe lépett személyek milyen arányban *köteleződnék komolyabban el* a terápiás folyamat mellett (engagement)?
4. A kezelés mellett elköteleződött személyek milyen arányban *maradnak benne* a terápiás folyamatban (continuity of care)?

A szerző minden indikátor esetében bemutatja azt a *rátát*, amellyel a mérőszámot meg lehet határozni. A tanulmány második, nagyobb részében pedig arról olvashatunk, hogy a magyarországi gyakorlatban miként képzelhető el egy a fenti indikátorok használatával létrejövő értékelő rendszer. A szerző rámutat arra, hogy a TDI (Treatment Demand Indicator, azaz *Kezelési Igény Indikátor*) azonosító megfelelő lehetne a kliens ellátórendszerben való nyomon követéséhez, és ezáltal a fenti indikátorok alkalmazásához. A tanulmány táblázatos formában azt is bemutatja, hogy az addiktológiai ellátás egyes szolgáltatás típusainak esetében (pl. alacsony küszöbű szolgáltatások, járó beteg ellátás, krónikus fekvő ellátás/rehabilitáció stb.) milyen teljesítményindikátorokat volna érdemes alkalmazni. Végül megtudhatjuk, hogy a szerző milyen javaslatokat tesz egy költség-monitoring rendszer alapjaira vonatkozóan, melyeket példával is illusztrál.

A kialakított rendszerterv működőképessége a projekt során tesztelésre is került (pilotá vizsgálat). 2011. július-augusztusában, egy hónap terjedelemben az egyik hazai szolgáltató (INDIT Közalapítvány) vállalkozott arra, hogy a fentebb javasolt TDI azonosító alapú adatgyűjtést *folyamatosan, az összes szolgáltatására vonatkozóan* alkalmazza. A Közalapítvány számos addiktológiai szolgáltatással rendelkezik, integrált ellátási modellt alkalmazva. Mindez

---

<sup>4</sup>[www.washingtoncircle.org](http://www.washingtoncircle.org)



kiváló lehetőséget teremt arra, hogy megvizsgáljuk, a TDI azonosító rendszeres használata alkalmazható-e a kliens útjának rendszerben való nyomon követésére. A pilóta vizsgálatnak tehát kettős célja volt:

1. *működőképes-e* a TDI azonosító folyamatos gyűjtése különböző típusú szolgáltatások esetében? (milyen problémák merülnek fel, vannak-e szolgáltatások, ahol ez nem vagy kevésbé megoldható stb.)
2. alkalmas-e a rendszer arra, hogy a *kliens ellátórendszerben való útját hatékonyan nyomon kövessük?*

A rendszer tesztelése lezárult, annak tapasztalatainak összegzése és értékelése azonban a kötet írásának időpontjában még folyamatban van. Az eredményekről 2011 őszén kaphatnak információkat az érdeklődők.

#### IV.3. A HELYI FEJLESZTÉSEK ÉRTÉKELÉSÉNEK MÓDSZERTANA

A projekt utolsó feladatai közé tartozik a modellhelyszíneken megvalósuló *fejlesztések értékelése*. Ehhez 2011 nyarán elkészült egy módszertan, melyet egy több mint ötven oldalas tanulmány foglal össze (Domokos és Horváth, 2011). „Az értékelési szempontok és indikátorok kialakítása” című tanulmány elsődleges célja, hogy összegyűjtse azokat az értékelési szempontokat, amelyek mentén a helyi fejlesztések evaluációja 2011 őszén megtörténik.

A tanulmány egy rövid bevezetővel indul, melynek során a szerzők ismertetik az indikátor és a statisztikák fogalmainak különbségeit, a szubjektív indikátorok alkalmazhatóságát, és az indikátorok általános szerepét az értékelésben. A dolgozat ezt követően a folyamat- az eredmény- és a gazdasági értékelés főbb kérdéseit tekinti át, kifejezetten a fejlesztés értékeléséhez kapcsolódóan.

A bevezetést követően öt területhez kapcsolódóan kerülnek bemutatásra a fejlesztés értékelésének szempontjai. Ezek a következők:

1. az ellátás-fejlesztés *szakmai-tartalmi* kérdései;
2. az *ellátás-szervezés* kérdései;
3. az ellátó szervezeti *intézményi* működése;
4. az ellátottak, a *kliensek* jellemzői; és
5. a fejlesztés *társadalmi kontextusa*.

A szerzők minden területhez kapcsolódóan meghatározták azokat a részterületeket, amelyeket az értékelésnek magukba kell foglalniuk. Ezen részterületekhez részletesen, táblázatos formában bemutatják, hogy melyek kellenek, hogy legyenek az értékelés szempontjai. Példaként szerepeljen itt a kliens jellemzőinek értékelése, azaz az ellátottak helyzetének változása (4), azon belül pedig a szociális helyzet változására vonatkozó szempontok (1. táblázat):

1. táblázat. Példa a fejlesztések értékelésének szempontjaihoz: ellátottak helyzetén belül a szociális helyzet változása

<i>Az értékelés területe</i>	<i>Az értékelés szempontjai</i>
<b>V.4 Szociális helyzet változása</b>	
Lakhatás	<ul style="list-style-type: none"> <li>• objektív fizikai állapot</li> <li>• egészségi állapot önértékelése</li> <li>• absztinencia szintje</li> </ul>
Jövedelem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hogyan jön ki önmagával</li> <li>• hogyan jön ki másokkal</li> <li>• hogyan változott a probléma-megoldó képessége</li> <li>• érzékelt stressz</li> </ul>
Munkaerő piaci helyzet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• iskolai végzettség</li> <li>• munkahely stabilitása</li> <li>• döntéshozatal a munkában</li> <li>• betöltött munkakör</li> <li>• munka nélkül töltött idő</li> </ul>

A tanulmány a fejlesztés értékeléséhez kapcsolódó nehézségek és értelmezési korlátok, dilemmák ismertetésével zárul.

#### IV.4. A HELYI FEJLESZTÉSEK ÉRTÉKELÉSÉHEZ KÉRDŐÍVEK KIDOLGOZÁSA

A modellhelyszíneken zajló fejlesztések módszertanának kidolgozása nem csupán az imént bemutatott tanulmány megírását tartalmazza, hanem elkészültek azok a *kérdéssorok*, *kérdőívek* is, amelyekkel az értékelés *adatgyűjtési* része megvalósítható. A kérdőívek az indikátorokról szóló módszertani anyaggal szoros összhangban készültek el, ugyanazon szakértők által. Az adatfelvételre 2011 szeptemberében kerül sor, a négy modellhelyszín koordinátorának részvételével, interjúk formájában.

Két különálló kérdéssor került kidolgozásra. Az egyik, ötoldalas kérdőív többségében nyitott kérdéseket tartalmaz. Bizonyos alapadatok (pl. interjúalany és szervezet neve) megadását követően egyrészt *a fejlesztés meghatározására, leírására és erőforrásaira* vonatkoznak kérdések, másrészt *a szolgáltatók közötti együttműködés és az intézményi kommunikáció* területeire vonatkozóan kell majd saját szavaikkal választ adniuk. Ez a kérdéscsokor összesen 24 kérdést tartalmaz.

A másik, többségében – de nem kizárólagosan – zárt kérdésekből álló kérdőív *a fejlesztési lehetőségeket/területeket specifikusabban* járja körül. Olyan kérdésekre keresi a választ, hogy mennyiben változott/fejlődött

- a kliensirányítás és az ellátáshoz történő hozzáférés;
- a szervezet munkafolyamatait;

- az egyes szolgáltatások hatékonysága – nevezetesen:
  - utcai megkeresés, korai kezelésbe vétel;
  - alacsony küszöbű ellátások;
  - szenvedélybetegek részére nyújtott nappali ellátás;
  - közösségi ellátások, közösségi tér, szabadidő hasznos eltöltése;
  - öngyógyító csoportok, hozzátartozói csoportok.

Az interjúkat előzetesen felkészített, a területen gyakorlott szakemberek fogják felvenni, személyes találkozások során. A begyűjtött adatok feldolgozása és értelmezése 2011 októberében valósul meg.



## V. TOVÁBBI TEVÉKENYSÉGEK A PROJEKT UTOLSÓ HÓNAPJAIBAN

Az integrált addiktológiai ellátások fejlesztését célzó kétéves projekt hamarosan, 2011. november 30-án lezárul. Az utolsó hónapok azonban számos feladatot tartogatnak még, melyek eredményeként további tapasztalatokkal lehetnek a területen dolgozó szakemberek gazdagabbak. Három fő terület kap főszerepet az utolsó három és fél hónapban: a *helyi fejlesztések*, az *értékelés* és a tapasztalatok *elterjesztése*. A főbb tevékenységek a következők:

### 1. Fejlesztés:

- Ahogy korábban bemutatásra került, a négy modellhelyszínen 2011 tavasza óta zajlik a helyi addiktológiai ellátórendszer fejlesztése. A kezdeti jelentésekből ugyan rendelkezésre állnak már információk, de a végső tapasztalatokról a munkacsoportok 2011 őszén számolnak be *egy-egy záró tanulmány* formájában.

### 2. Értékelés:

- A helyi fejlesztések értékeléséhez szükséges kérdőívek elkészültek, hátra van azonban maga az *adatgyűjtés (interjúk)* és a beérkezett adatok összegzése és *értelmezése*.
- A projekt folyamatának, egyes elemeinek, produktumainak értékelésére *illetékes igazgatási szervek* (pl. NEFMI, Országos Addiktológiai Centrum, Nemzeti Drog Fókuszpont) képviselői/vezetői is felkérést kapnak (interjúk készítése).
- Tanulmány készül a nyáron lezajlott a TDI azonosító alkalmazását célzó *pilóta vizsgálat tapasztalataiból*.
- Tanulmány készül a fenntarthatóságot előmozdító *fejlesztések, módosítások és forrásigényének* (pénzügyi, humán-erőforrásfejlesztési) azonosításáról.
- 2011 szeptemberében egy *egynapos szakmai rendezvényre* kerül sor az értékelés témájában.
- 2011 októberében a *négy modellhelyszín képviselő és a projekt gazdái személyes találkozó* keretében közösen értékelik az eltelt két év tapasztalatait.

### 3. Elterjesztés

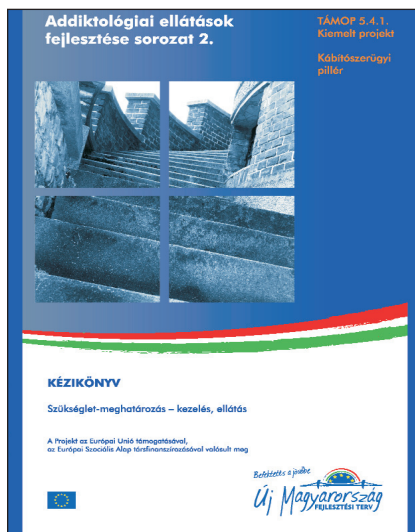
- Több tanulmány is foglalkozik majd azzal, hogy egyrészt milyen lehetőségei, feltételei vannak a projekt során kidolgozott módszertanok széles körű elterjesztésének, másrészt, hogy *mely területek lehetnek alkalmasak* egy ilyen fejlesztésbe való bekapcsolódásra.

- Elkészül egy olyan *pályázati terv*, amely a jövőben lehetőséget teremthet a szükségletalapú tervezés és fejlesztés folyamatának országos szinten való támogatásához.
- A modellhelyszíneket képviselő munkacsoportok elkészítik a helyi *ellátási térkép* részletes, szöveges változatát, amely alapjául szolgál egy-egy *brosúra* elkészítésének. A brosrák helyi szinten támogatják majd az ellátórendszer ismertetését.
- Szintén *brosúra* készül a projekt főbb tevékenységeiről és eredményeiről – jelen tanulmány alapján. A több ezer példányban elkészülő kiadvány célja, hogy széles körben ismertesse jelen projekt tapasztalatait.
- *Kiadvány* készül a szükséglet alapú tervezés és fejlesztés tesztelt módszertanáról, egy szakmai felkészítő anyag formájában.
- 2011 szeptemberében és októberében *regionális találkozók* kerülnek megrendezésre, amelyben a szükséglet alapú tervezés és fejlesztés módszertanát és gyakorlati alkalmazhatóságát mutatják be a modellhelyszínek képviselői és nemzeti szakértők.
- 2011 októberében egy egynapos *záró konferencia* keretében kerülnek bemutatásra a projekt eredményei.

## VI. A PILLÉR KERETÉBEN EDDIG MEGJELENT KIADVÁNYOK



Szabályozás a céltzott és indikált prevenció területén I. Kutatási eredmények, legjobb gyakorlatok és eddigi szabályozási tapasztalatok



Szükséglet-meghatározás –  
Kezelés, ellátás



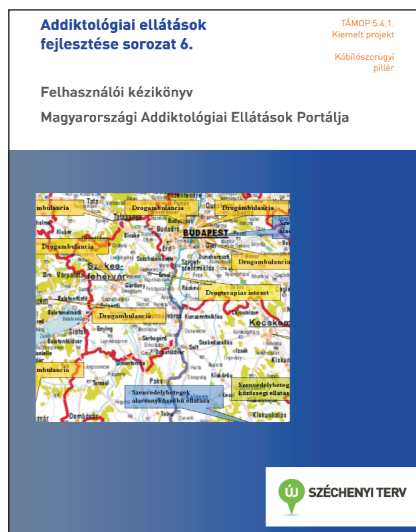
Javaslatok az addiktológiai  
ellátások fejlesztéséhez



Helyi szükségletek és fejlesztési célok az  
addiktológiai ellátásban



Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén II. Módszertani levelek



Felhasználói kézikönyv – Magyarországi Addiktológiai Ellátások Portálja



## IRODALOM

Bugarszki Zs. (2010). *A jelenleg Magyarországon a szociális szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. Kézirat.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.

Letölthető: [http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_2211\\_Szocialis\\_szolgaltatasok\\_tervezese\\_101003.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_2211_Szocialis_szolgaltatasok_tervezese_101003.pdf)

Csorba J., Juhászné Ceglédi T., Klein I., Koleszár Á., Márványkövi F., Pászli L., Rácz J., Szemenyei I. és Sente T. (2011). *Helyi szükségletek és fejlesztési célok az addiktológiai ellátásban. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 4.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Letölthető: [http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_2133\\_kotet\\_teljes.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_2133_kotet_teljes.pdf)

Domokos T. és Horváth G. Cs. (2011). *Az értékelési szempontok és indikátorok kialakítása. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/1313654825IV\\_4131\\_MAT\\_vegleges.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/1313654825IV_4131_MAT_vegleges.pdf)

Domokos T., Fábián R., Horváth G. Cs., Márványkövi F., Mervó B. és Rácz J. (2010). *A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása. Kézirat.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető: [http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP\\_541\\_Szuksegletfelmeres\\_hosszu\\_tanulmany.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP_541_Szuksegletfelmeres_hosszu_tanulmany.pdf)

Domokos T., Fábián R., Horváth G. Cs., Márványkövi F., Mervó B., Nádas E. és Rácz J. (2010). *Módszertani segédanyag a helyi szükséglet-meghatározás kidolgozásához. Kézirat.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.

Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV1113\\_Kepzesianyag\\_Szukseglet\\_100511.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV1113_Kepzesianyag_Szukseglet_100511.pdf)

Erdélyi I. (2010a). *Minőségügyi gondolkodás. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető: [http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_3513\\_Mediconsult\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_3513_Mediconsult[1].pdf)

Erdélyi I. (2010b). *A szakmai szabályozó anyagok alkalmazási lehetőségei és lehetséges illeszkedésük a minőségügyi rendszerek által támasztott elvárásokhoz. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_3511\\_Mediconsult\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_3511_Mediconsult[1].pdf)

Hajnal Gy. (2011). *A helyi addiktológiai szolgáltatások eredmény- és költség-monitoring rendszerének elvi keretei. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_4212\\_4213\\_4214\\_MAT\\_Hajnal\\_vegleges.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_4212_4213_4214_MAT_Hajnal_vegleges.pdf)

Image Factory (2010). *A helyi szükséglet-meghatározási értékelő dokumentáció döntéshozásba és helyi kommunikációba építendő módszertana. Kézirat.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_1134\\_MAT\\_kommunikacio\\_101215\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_1134_MAT_kommunikacio_101215[1].pdf)

Jambrik Á. és Kósa E.. (2011). Az addiktológiai ellátások fejlesztésének jogi környezete. In: Topolánszky Á., Jambrik Á., Kósa E. *Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez. 21-62. oldal. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 3.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP\\_IV2221\\_kiadvany\\_110218\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP_IV2221_kiadvany_110218[1].pdf)

Kiss N., Kriston Vízi G. és Vitrai J. (2011). *A kistérségi modell adaptációja regionális szintre, becslési eljárások, összesítési technikák kidolgozása. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_1413\\_MAT\\_Kiss\\_vegleges.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_1413_MAT_Kiss_vegleges.pdf)

Kósa E. (2010). Szakmai szabályozók. In: *Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Kutatási eredmények, legjobb gyakorlatok és eddigi szabályozási tapasztalatok. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 1. 13-24. oldal.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_3141\\_szabalyozo\\_konyv\\_final.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_3141_szabalyozo_konyv_final.pdf)

Kun B. (szerk.) (2011). *Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén II. Módszertani levelek. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 5.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

<http://modernizacio.hu/download.php?id=463>

Kun B. és Felvinczi K. (szerk.) (2010). *Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Kutatási eredmények, legjobb gyakorlatok és eddigi szabályozási tapasztalatok. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 1.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_3141\\_szabalyozo\\_konyv\\_final.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_3141_szabalyozo_konyv_final.pdf)

Márványkövi F. és Rácz J. (2011). *Az összegyűjtött adatok részletes vizsgálata, az eredmények relevanciavizsgálata a kitűzött célokkal való összehasonlításban – az eredmények hasznosíthatóságának és elfogadottságának értékelése. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_1243\\_MAT\\_tanulmany\\_final.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_1243_MAT_tanulmany_final.pdf)

Mervó B. (2011). *Fejlesztési célok a szükségletfelmérés tükrében. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/1304941627tamop\\_celok\\_szuksegletek\\_1100505.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/1304941627tamop_celok_szuksegletek_1100505.pdf)

Nádas E., Varga O. (2010). *A helyi adatok/információk beszerzésének csatornáinak meghatározása, működésük értékelése (data information*

*map*). *Kézirat*. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető: [http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_1212\\_informationmap\\_osszes\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_1212_informationmap_osszes[1].pdf)

Nagy G. (2011). *Felhasználói kézikönyv. Magyarországi addiktológiai ellátások Portálja. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 6*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_2314\\_kotet\\_osszefuzve.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_2314_kotet_osszefuzve.pdf)

Paksi B. és Felvinczi K. (szerk.) (2010). *Szükséglet-meghatározás – Kezelés, ellátás. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 2*. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_1132\\_kezikonyv\\_final.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_1132_kezikonyv_final.pdf)

Rácz J. (2011). *A különböző célrendszerek azonosítása az ellátást szolgáló komplex rendszerek tervezése során (pl. egyenlő hozzáférés, felhasználói hozzájárulás, progresszivitás). Tanulmány és hazai megvalósulások elemzése. Kézirat*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_2111\\_MAT\\_tanulmany\\_110221\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_2111_MAT_tanulmany_110221[1].pdf)

Rácz J. és Gajdics Á. (2011). *A szükséglet-meghatározás feladatai intézményi szinten. Kézirat*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP\\_IV\\_1232\\_GA\\_RJ\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP_IV_1232_GA_RJ[1].pdf)

Sebestyén E. (2011). *A központi szakértői és helyszíni értékelések forgatókönyveinek és jelentéseinek kidolgozása. Kézirat*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_3212\\_MAT\\_esza\\_vegl.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_3212_MAT_esza_vegl.pdf)

Szappanos J. és Kassai-Farkas Á. (2011). *Az adaptált tervezési eszközök különböző szintű (kistérség, régió, nemzeti hasznosíthatóságának biztosítása, a dokumentáció és adaptáció után a különböző tervezési szintekre történő optimalizálás, helyi-regionális-nemzeti változatok kialakítása. Kézirat*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető: [http://modernizacio.hu/dokumentum/1300441722IV\\_2232\\_MAT\\_teljes\\_vegl.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/1300441722IV_2232_MAT_teljes_vegl.pdf)

Topolánszky Á. (2011). Eszközök és ajánlások az addiktológiai ellátás tervezéséhez a nemzetközi gyakorlatok alapján. In: Topolánszky Á., Jambrik Á., Kósa E. *Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez. 9-19. oldal. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 3*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP\\_IV2221\\_kiadvany\\_110218\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP_IV2221_kiadvany_110218[1].pdf)

Topolánszky Á., Jambrik Á. és Kósa E. (2011). *Javaslatok az addiktológiai ellátások fejlesztéséhez. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 3*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP\\_IV2221\\_kiadvany\\_110218\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/TAMOP_IV2221_kiadvany_110218[1].pdf)

Vitrai J. (2010). *Különböző módszerekkel nyert kábítószer problémára vonatkozó adatok eltérésének értékelése, értelmezése. Kézirat.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_1222\\_Keresztkontroll\\_vegl\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_1222_Keresztkontroll_vegl[1].pdf)

Vitrai J. (2011). *Kevert módszereken alapuló tervezési eszköz dokumentációja. Kézirat.* Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_2231\\_MAT\\_kevert\\_dokumentacio\[1\].pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_2231_MAT_kevert_dokumentacio[1].pdf)

Vitrai J., Kiss N., Kriston Vízi G. (2010). *A jelenleg Magyarországon az egészségügyi szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. Kézirat.* Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet. Letölthető:

[http://modernizacio.hu/dokumentum/IV\\_2211\\_Egeszsegugyi\\_szolgaltatasok\\_tervezese\\_vegleges.pdf](http://modernizacio.hu/dokumentum/IV_2211_Egeszsegugyi_szolgaltatasok_tervezese_vegleges.pdf)