

„A szükséglet-meghatározás feladatai intézményi szinten”

TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt

IV.1.2.3.2. A szolgáltató-háló értékelési rendszer helyi megvalósítóinak (személyek, intézmények) kijelölése, felelősségi viszonyok, feladatkörök tisztázása

Szerzők: Dr. Rácz József
Dr. Gajdics Ágnes

2011

Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából



Tartalomjegyzék

I. A szükséglet-meghatározás céljai és szervezeti feltételei	3
II. A kiemelt területek droghasználókat ellátó intézményei	5
II.1. Észak-Pest	5
II.2. Észak-Buda régió (Budapest III. kerülete, Szentendrei kistérség, Pilisi kistérség)	5
II.3. Miskolc régió.....	6
II.4. Dunaújváros régió	6
III. A szakértői csoportok tagjainak feladatai a szükséglet-meghatározásban	7
IV. A felügyelő bizottság feladatai a szükséglet-meghatározásban	7
IV.1. A „tanácsadói koalíciós” modell	8
IV.2. Társadalmi és kapcsolati tőke	10
IV.3. Civil részvétel	11
V. Felügyelő bizottságok és szakértői csoportok egymáshoz való viszonya	12
VI. A szükséglet-meghatározás konkrét feladatai	13
VII. A szervezeti és működési szabályzatokban megjeleníthető feladat-specifikációk - a Kézikönyvben meghatározott lépések szerint	15
VII.1. A szükséglet-meghatározás lépései	15
VII.2. Ajánlások a nem drog-specifikus egészségügyi, illetve szociális szolgáltatóként működő intézmények részére a szükséglet-meghatározás feladatainak hatékony ellátására	17
VII.2.1. Az érintett intézmények.....	17
VII.2.2. Feladatok és felelősök	19
VII.3. Ajánlások a kábítószer problémák kezelésére specializált intézmények részére a szükséglet-meghatározás feladatainak és felelőseinek kijelöléséhez	20
VII.3.1. A specializált intézmények, illetve szolgáltatások típusai	20
VII.3.2. Feladatok és felelősök	21
VII.4. Ajánlások a KEF-ek részére a szükséglet-meghatározás feladatainak és felelőseinek kijelöléséhez	22
VIII. A szükséglet-meghatározás személyi feltételeinek meghatározása és a felelősség kérdése	24
VIII.1. Az egyes feladatok ellátásáért felelős személyek kijelölésének szempontjai	24
VIII.2. A feladatok ellátásáért való felelősség	25
IX. A szükséglet-meghatározás feladatainak beillesztési lehetőségei az egyes intézmények szervezeti és működési szabályzataiba	25
IX.1. A szervezeti és működési szabályzat	26
IX.2.1. Költségvetési közszolgáltató szervek	28
IX.2.2. Gazdálkodó szervezetek	31
IX.2.3. Alapítványok	34
IX.2.4. Társadalmi szervezetek	35
X. Mellékletek, szabályozási minták.....	37
X.1. Szakértői munkacsoportok	38
X.2. Felügyelő bizottságok	39
1. számú melléklet	40
2. számú melléklet	42
3. számú melléklet	45
Források jegyzéke	47

I. A szükséglet-meghatározás céljai és szervezeti feltételei

A hatékony szükséglet-meghatározáshoz fel kell mérni a következőket:

- Mi az, ami működik a droghasználókat ellátó szolgáltatásokban és milyen kielégítetlen szükségletek maradnak a rendszeren belül?
- Hol vannak azok a pontok, ahol a rendszer nem képes kötni és bent tartani a klienseket?
- Milyen rejtett droghasználó populációk vannak (beleértve a drogstratégia által körülhatárolt vulnerábilis csoportokat is), és azoknak milyen a kockázati profiljuk?
- Az ellátórendszerben kik vagy melyek az „előremozdító” és kik vagy melyek a „blokkoló” ágensek?
- Milyen kapcsolat van az ellátásba kerülés és a kockázati helyzet között, amit a drogstratégia szeveritásnak nevez? (Rácz és mtsai, 2010)¹

A Kézikönyv rögzíti a szükséglet-meghatározás *szervezeti feltételeit*. Eszerint javasolt létrehozni ún. felügyelő bizottságokat, illetve szakértői csoportokat.

Felügyelő Bizottság

A szükséglet-meghatározás egy stratégiai tevékenység, melynek központi eleme – ahogy ezt már korábban is jeleztük –, hogy szorosan kapcsolódik az ellátás-fejlesztési és – szervezési tevékenységekhez. Ezért szerencsés és kívánatos lehet, ha a helyi folyamatok irányítói ún. felügyelő bizottságként működnek. Ha egy területen a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) jelentős szerepet játszik, akkor a felügyelő bizottság a KEF bázisán szerveződhet.

Szakértői munkacsoportok felállítása

A résztvevők az adott terület kulcsfontosságú szereplői a droghasználat megelőzése és a droghasználók ellátása tekintetében: szakemberek, közpolitikai döntéshozók, közösségi – civil – szereplők és csoportok képviselői.

A szakértői munkacsoportnak összetételét tekintve jó egyensúlyt kell teremtenie az alábbiakban részletezendő szakértelmek között:

¹ Rácz J., Kun B., és Posta J., 2010: A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása, Módszertani tanulmány, Kézirat.

- Népegészségügyi szolgálat képviselői;
- (Ha jól működik,) a KEF szakmai és önkormányzati testülethez kötődő vezetői;
- Kábítószer-problémával kapcsolatos preventív és kezelés-ellátási programok vezetői, képviselői;
- Az egészségügyi alapellátás képviselői, bizonyos szereplői;
- Gyógyszerészek, vagy gyógyszertárak vezetői, munkatársai;
- Az érintettek képviselői;
- A kínálatcsökkentési tevékenység helyi szinten kompetenciával bíró képviselői;

A szakértői csoport felállítása során fontos azt mérlegelni, hogy a helyi közösség képviselete megnyugtató módon biztosított-e? Alkalmasint arra is fontos figyelmet fordítani, hogy a szakértői csoport adekvátn tud-e reagálni az adott terület etnikai összetételéből adódó sajátosságokra.

A *Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok* (KEF) olyan helyi szintű szakmai konzultációs munkacsoportok, melyeket a helyi önkormányzatok elkötelezettsége, a kábítószer-probléma kezelését célzó helyi szakmai összefogás, valamint minisztériumi pályázati támogatás hívott életre. A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére (2010-2018) című dokumentum² így írja le a KEF-ek szerepét:

„Helyi szintű összefogások előmozdítása és koordinációja, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) fejlesztése

A továbbiakban is szükség van a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működtetésére helyi, kerületi, regionális, valamint kistérségi szinten. A különböző közigazgatási szinteken működő testületek feladatai és kompetenciakörei értelemszerűen eltérnek. A KEF-ek feladata elsősorban a Nemzeti Drogstratégia megvalósításáért felelős helyi szervezetek (pl. önkormányzatok, ellátásszervezéséért felelős más intézmények) támogatása, az egyes szereplők közti együttműködések, egyeztetés fórumának megteremtése. A KEF-ek véleményükkel, javaslataikkal támogatják az integrált addiktológiai ellátási szolgáltatások kialakítását, a különböző szintereken zajló prevenciók beavatkozások tervezését,

² 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról VIII./2.3. b. pont

megvalósulásukat, a minőségi standardoknak megfelelő beavatkozások elterjesztését, elősegítik a helyi szükségletfelmérések elvégzését. A KEF-ek tevékenységének hatékonyabbá tétele, a fennmaradás és a fejlődés érdekében működésük feltételeit az önkormányzati rendszer fejlesztésével, az önkormányzati feladatok átgondolásával, a helyi egészségpolitikák megvalósításának támogatásával megfelelő jogszabályi szinten szükséges rögzíteni.

Más intézményi struktúrák kompetenciájára is tekintettel, a stratégiai periódus végére kívánatos elérni, hogy a KEF-ek működési feltételeinek lehető legjobb kihasználása érdekében az ellátástervezésre vonatkozó szerepüket ki tudják teljesíteni, véleményük, javaslataik jelenjenek meg, és kerüljenek figyelembevételre az érintett intézmények döntéshozatali tevékenysége során.”³

II. A kiemelt területek droghasználókat ellátó intézményei

A TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt Kábítószerügyi pillérjében *kijelölt ellátási területek*, illetve az ott azonosított *droghasználókat speciálisan ellátó intézmények és szolgáltatók*. Meg kell jegyezni, hogy egyes területeken, így pl. Dunaújvárosban ilyen speciális ellátást végző szervezetet nem sikerült azonosítani.

II.1. Észak-Pest⁴:

- Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány: alacsony
- Félúton Alapítvány: magas
- Magyar Ökumenikus Segélyszervezet: alacsony
- Baptista Szeretetszolgálat: alacsony + magas is van
- Telefonos segély szolgálat: alacsony
- Drogprevenációs Alapítvány: alacsony + magas is
- Nyírő Gyula Kórház Addiktológiai osztály: magas
- Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ: itt most magas

II.2. Észak-Buda régió (Budapest III. kerülete, Szentendrei kistérség, Pilisi kistérség)

³ Uo.

⁴ Itt jeleztük, hogy alacsony- vagy magas-küszöbű-e az intézmény, már amennyire ezt el lehet dönteni az intézmény alapszolgáltatásai szerint.

- Kék Pont Ambulancia és Konzultációs Központ – Békásmegyer Községi és alacsonyküszöbű szenvedélybeteg ellátása: alacsony + magas
- Kék Kocka Nonprofit Bt. – Megelőző-felvilágosító szolgáltatás elterelték részére: magas
- Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Nonprofit Kht.: magas

II.3. Miskolc régió

- Drogambulancia Alapítvány
 - Drogambulancia: magas
 - TÁMOGAT-LAK Szenvedélybetegek Községi Ellátása: alacsony
 - TÁM-PONT Szenvedélybetegek Alacsonyküszöbű Szolgáltatása: alacsony
 - Megelőző-felvilágosító Szolgáltatás: magas
- Önmegvalósítás Egyesület
 - Önmegvalósítás Szenvedélybetegek Községi Ellátása: alacsony (?)
- Baptista Szeretetszolgálat
 - Miskolci Utcafront – Avasi Tűcsereprogram: alacsony
 - Miskolci Női Lakóotthon: magas
- Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
 - Neurológiai Osztály Toxikológiai részleg: magas (bár a toxikológia alacsonynak is tekinthető)
- MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft.
 - Pszichiátriai osztály: magas

II.4. Dunaújváros régió

- Szent Pantaleon Kórház (Pszichiátriai és Addiktológiai osztály, a pszichiátriai osztály „Nappali kórház”-a, pszichiátriai gondozói ellátás): magas
- Szociális **intézmények**: a gyermekjóléti szolgálat, a hajléktalan-ellátás, a családsegítő központ, a gyámhivatal, és a gyámhatóság: nem drog-specifikus
- Egészségügyi **intézmények**: önkormányzat szociális és egészségügyi irodája, az ÁNTSZ védőnői szolgálata: nem drog-specifikus

III. A szakértői csoportok tagjainak feladatai a szükséglet-meghatározásban

Az előző pontban foglaltak szerint a TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt Kábítószerügyi pillérjében négy régió kialakítására került sor: Miskolc, illetve Dunaújváros és környéke, Észak-Pest, illetve Észak-Buda. Az egyes régiókban szükséglet-meghatározással foglalkozó munkacsoportok tevékenykednek. Mivel a szükséglet-meghatározás nem egyszeri aktus, hanem folyamatos monitorozást követelő tevékenység, ezért e munkacsoportok összetételét célszerű rögzíteni. A munkacsoportok tagjai részben „független” szakemberek, részben pedig a terület ellátóit képviselő személyek. A szakemberek között szükséges szociológus, szociálpolitikus, pszichológus, orvos, addiktológiai konzultáns, epidemiológus, egészségügyi menedzser vagy szervező (illetve ilyen munkakört betöltő személy), biostatistikához értő szakember (többnyire szociológus vagy epidemiológus).

A munkacsoport feladatait a Kézikönyvben szereplő feladat-meghatározások alapján tekinthetjük át (ld. VII. pont).

IV. A felügyelő bizottság feladatai a szükséglet-meghatározásban

A felügyelő bizottság feladata a szükséglet-meghatározás inicializálása, a kapott – illetőleg a már rendelkezésre álló – adatok értelmezése (szakértők segítségével), majd az értelmezett adatok elhelyezése a terület ellátási rendszerében, intézményi hálójában. Ugyancsak e testületek feladata a szükséglet-meghatározás folyamatos megújítása, a monitorozás rendjének kialakítása. E bizottságoktól várhatjuk el, hogy a szükséglet-meghatározások mentén az ellátó intézményeket evaluálják, a terület „evaluációs” kultúráját kialakítsák. A szolgáltatás-térkép kialakítása, valamint a kliens-profil meghatározása olyan feladat lehet (elsősorban az előbbi), ami az egyes ellátó intézményeken túlmutat.

E két feladatnak a felügyelő bizottsághoz rendelése azért is szükséges, mert a szenvedélybetegek, így a droghasználók sem csak a szerhasználattal összefüggő problémáik miatt jelentkeznek az erre szakosodott intézményekben, hanem az ellátórendszer más pontjain is megjelenhetnek. E pontok az ellátók oldaláról nem mindig könnyen azonosíthatók: pl. az ellátást végzők ritkán értesülnek az iskolai vagy a gyermekjóléti intézményekben megjelenő,

ott tartózkodó szerhasználókról. A KEF-ek bázisán létrejövő felügyelő bizottságoktól elvárhatjuk, hogy ezeket az intézményi adatokat és jelzéseket „összekapcsolják” egy helyi szükséglet-, illetve ellátási-térkép formájában.

A felügyelő bizottsághoz rendelhetjük – a szükséglet-meghatározással összefüggő adatoknak a helyi viszonyok mentén történő értelmezésén keresztül – az adatok, a szolgáltatási-térkép és a kliens-profil prezentálását a helyi és a regionális döntéshozók felé. A prezentáció az első lépés lehet a helyi „szenvédeľypolitika” kialakításában; a következı lépés olyan ajánlások megfogalmazása, mely részben a munka további folytatását jelenti, részben a kapott eredmények beemelését a helyi szakpolitikai dokumentumokba: a „szenvédeľypolitikával” foglalkozó dokumentumokon túl pl. az ifjúsággal, a közbiztonsággal, és természetesen a helyi egészségügyi és szociális, szociáľpolitikai ellátással foglalkozó szakpolitikai dokumentumokban, szakpolitikai döntésekben. A felügyelő bizottság jó, ha kapcsolatban áll (illetve a tagjai részt vesznek) a helyi Szociáľpolitikai Tanács mőködésében.

A felügyelő bizottság feladatai összefoglalva:

- a szükséglet-meghatározás előkészítése;
- a kapott adatok értelmezése;
- az értelmezett adatok elhelyezése a terület ellátási rendszerében;
- a monitoring-rendszer kialakítása;
- ellátó intézmények evaluációja;
- szolgáltatás-térkép készítése, kliens-profil meghatározása;
- összegyűjtött adatok, értékelések, szolgáltatási-térkép és kliensprofil prezentálása a döntéshozók felé.

A felügyelő bizottságoknak a szakpolitikai döntéshozásban betöltött szerepe további együttmőködési mechanizmusokat generálhat. Ehhez azonban a köźpolitika (vagy szakpolitika: policy) formálódásának folyamatát is célszerő megvizsgálnunk!

IV.1. A „tanácsadói koalíciós” modell

A „tanácsadói koalíciós” modell (advocacy coalition framework, Sabatier and Jenkins-Smith 1993, 1999; Sabatier 1998) olyan elméleti-módszertani keret, mely segít megérteni a

döntéshozatal mechanizmusait és a változással kapcsolatban is megfogalmazhatunk állításokat. A modell olyan szemléleti keretet biztosít, melynek egyes szintjei jól vizsgálhatók a szociológia és a szociálpszichológia eszközeivel, a vizsgálat eredményei pedig hasznosíthatók közvetlenül a közpolitikai döntéshozásban, illetve – mintegy annak részeként – a civil szereplők bevonásában.

A „tanácsadói koalíció” szemléleti kerete (advocacy coalition framework: ACF)

A Sabatier munkássága révén megszületett modell szerint a közpolitikai döntéshozás egy hiedelemrendszerre épül, és ennek változásai irányítják a közpolitikai döntések létrejöttét, a különböző szereplők és szövetségeik, többek között a civil szereplők bevonását. A modellt több drogpolitikai döntéshozási folyamat elemzésére használták (pl. Larsena, Vrangbæk és Traulsen, 2006).

Az ACF felépítése:

1. *Mélyréteg:* az egyént, a világot és a társadalmat definiáló alapvető normatív és ontológiai axiómák, „mítoszok”. Ez a szint elméletileg jól koncipiálható a hatalom technológiáival, és az ennek az önmagáról kialakított képével, az önkormányzó szubjektumok fogalmának alkalmazásával.
2. *Közpolitikai réteg:* észlelt oksági viszonyok, strukturális jellemzők, közpolitikai pozíciók. Ezen a szinten működnek látható módon a „koalíciók”, a változásban – változtatásban érdekelt csoportok szövetségei. Sabatier kidolgozott egy kódrendszert, mellyel a közpolitikai dokumentumok és szakértői interjúk ezen a szinten elemezhetők. A különböző elméletek elegyéből kialakítható egy egységes módszertan; ennek ismertetése azonban meghaladja e tanulmány kereteit.
3. *Másodlagos tényezők:* egy-egy közpolitikai intézkedés végrehajtásával kapcsolatos intézményi megfontolások: az elemzés számára a legkönnyebben látható intézkedések és azok indoklása.

Sabatier szerint a *közpolitika változása* akkor eredményes – akkor lehetséges –, ha három fő tényező megvalósul:

1. közpolitika-orientált *tanulási folyamat*: a hiedelemrendszer egészét érinti;

2. *nem-kognitív események bekövetkezése*: kívülről, a hatalmi viszonyok változásán keresztül hat a hiedelemrendszerre és így a közpolitikai döntéshozási folyamatra;
3. *mobilizálási struktúra* létrejötte: hogyan lehet az egyéneket arra rávenni, hogy a közpolitika-formálásában résztvegyenek (*ágensként*, tehetjük hozzá).

Végezetül, Sabatier a közpolitika megváltoztatásával és a „koalíció-alakítással” kapcsolatban néhány *irányelvet* is megfogalmaz. Ezek célja a kormányzati, önkormányzati szereplők, a célcsoport (döntéshozók, lakossági csoportok, civil csoportok) viselkedésének megváltoztatása, a közvélemény befolyásolása a médián keresztül, illetve a Goffman-i „keretezés” fogalmaival leírható módon. Mindez eredményezheti azt, hogy a közpolitika szempontjából kulcsszereplők probléma-percepciója és –definíciója megváltozzon, ami a közpolitika változásának előfeltétele. Így a szükséglet-meghatározás során nyert adatok beépülhetnek a helyi politikaformálódásba, akkor, ha ezekhez az adatokhoz helyi szinten képviselhető értelmezési keretet adunk: pl. szolidaritás, öngondoskodás, pozitív diszkrimináció, „európai színvonalú” ellátás, a közbiztonság javítása, stb.

Ezek az irányelvek jól használhatók a civil szereplők bevonásával kapcsolatos *részvételi technikák* kialakításához, illetve a részvétel hatékonyságának akár rövidtávú elemzéséhez is.

IV.2. Társadalmi és kapcsolati tőke

A társadalmi tőke fogalmát a szociológiai vizsgálatokba Bourdieu (1983) vezette be. Coleman (1988) a társadalmi struktúrák determinisztikus szerepét hangsúlyozta és egy új fogalmat vezetett be a tőkeelméletekbe: a bizalmat és a megbízhatóságot. Granovetter (1973) a gyenge és erős kötések jelenségét tárta fel. Putnam-nál (2000) a társadalmi tőke az egyének között kialakult kapcsolatrendszerre utal, melyben kulcsszerepet játszik a kölcsönösség normája, a bizalom és az együttműködés. A kölcsönös haszon vagy érdek felismerése az, ami az egyént együttműködésre vezérli. Megkülönböztet *kötés-jellegű* és *híd-jellegű* kapcsolatokat. A Putnam elleni egyik legfontosabb kritika arra irányul, hogy a hagyományos közösségeket (pl. tekézés) és az azokhoz kapcsolódó tőkéket mások, pl. az Internet közösségei és az általuk megtestesített, és a virtuális közösségek tagjainak nyújtotta tőkék helyettesítik. A társadalmi tőke _ egyes értelmezések szerint - a kapcsolathálózatokban gyökerezik. Czakó és Sík (1995) szerint „a *hálózati tőke* fogalma makroszinten alkalmas a társadalom tőkejavainak újszerű, a

politikai gazdaságtanhoz hasonló módszerű elemzésére, s ugyanakkor mikroszinten a granovetteri beágyazódás-elmélet (Granovetter, 1982) ellenőrzésére használható”.

Az általunk használni kívánt társadalmi vagy kapcsolati tőke fogalom azonban nem csak egyénekben megtestesülő kapcsolatokat, hanem a kapcsolatok révén közvetített tudást, tapasztalatot, kötelességeket, elvárásokat, bizalmat, információáramlást, normákat és szankciókat is jelenti. E kontextus értelmében kívánjuk használni a *kapcsolatháló* fogalmát is: ez magában foglalja a vizsgált egyén vagy szervezet kapcsolatait. A társadalmi vagy kapcsolati tőke fogalma jól illeszkedik a Sabatier-féle tanácsadó-koalíciók társas-társadalmi beágyazottságához, azt – a Sabatier-féle hiedelemrendszerrel szemben (értékek, normák, „axiómák”, ahogy a szerző nevezi) – a tudás és a kapcsolatrendszer oldaláról egészíti ki.

IV.3. Civil részvétel

A társadalmi fejlődés tekintetében között sokan hangsúlyozzák a civil társadalom növekvő szerepét. A civil társadalom („közösség”) és a társadalmi tőke „fogalmi unokatestvérék”, valamint a társadalmi tőke valójában kapcsolathálókból és a reciprocitás normáiból áll (Putnam, 2001). A civil társadalom a *civil részvételi technikákon* keresztül tud tervezett módon befolyást gyakorolni a közpolitikára. A *részvételen alapuló közpolitikai* (participation policy) *folymat* három elemből áll – az egyes elemek egyben a monitorozás szintjeit és mutatóit is meghatározzák:

1. részvétel a közpolitika tervezésében
2. részvétel a közpolitika megvalósításában
3. részvétel a közpolitika értékelésében

A *participációs modell* szerint nem elegendő pusztán a végeredményt tekinteni, a hangsúly a folyamaton van: hogyan valósul meg a részvételen alapuló közpolitika. Hogy melyik részvételi technikát használjuk, ahhoz figyelembe kell venni a közpolitika célját, konkrét tartalmát, a résztvevőket, az idői kereteket és a forrásokat.

Az egyes részvételi technikák azt is megszabják, milyen eszközökkel lehet *monitorozni* a folyamatot, noha vannak olyan hatékonysági jellemzők, melyek a részvételi technikától függetlennek tekinthetők, pl. a résztvevő civil szakértők/csoportok száma, kapcsolathálójuk

alakulása, bevonódásuk az előző három pont valamelyikébe, és az ezt alátámasztó dokumentumok és kulcsszemély interjúk (pl. az Egészségügyi Világszervezet által is rendszeresen javasolt „képeségerősítés”, „empowerment”).

A felügyelő bizottságok tehát egy ideális esetben akkor járnak el helyesen, ha a „tanácsadói koalíció” elmélete alapján, bizonyos érdekek mentén („mélyréteg”, „közpolitikai réteg”, „másodlagos tényezők”) koalíciót kötnek egyes, a helyi döntéshozásban valamilyen szerepet betöltő csoporttal. E csoportok társadalmi tőkéje, illetve civil csoportok esetében a helyi döntéshozásban kialakított részvételi mechanizmusaik révén képesek arra, hogy a helyi politikát befolyásolják. Ilyen módon a szenvedélybetegségekkel, illetve a pszichoaktív-szerhasználattal kapcsolatos szükséglet-meghatározás, ellátási-térkép és kliens-profil nem a levegőben lebegő konstruktumok, hanem a helyi politikát befolyásolni képes adatforrások.

V. Felügyelő bizottságok és szakértői csoportok egymáshoz való viszonya

A szakértői csoportok végzik a specifikus szükséglet-meghatározást. Elképzelhetők érdekütközések egy-egy intézmény és a kapott adatok értelmezése között, illetve már az adatgyűjtés időszakában egyes intézmények ellenérdekeltek, vagy csak „egyszerűen” passzívak (érdektelenek) lehetnek. Ilyenkor az intézményi közegbe ágyazott szakértői munkacsoport a felügyelő bizottsághoz fordulhat segítségért. A felügyelő bizottság által képviselt, egy-egy szolgáltatón túlmutató célrendszer megoldást nyújthat ilyen érdekellentét esetén.

A helyi szükséglet-meghatározás esetén is tapasztaltuk, hogy a felügyelő bizottság (pontosabban az annak a funkcióit betöltő KEF, illetve még közelebbről a KEF önkormányzati felelőseit tömörítő szegmense) milyen „nyomásgyakorlással” bírt egyes stakeholderek felé. Ők úgy érezték, a szükséglet-meghatározásban nem érdekeltek, azonban az önkormányzati adatkéréstől már nem zárkóztak el. Nyilván, az önkormányzati nyomásgyakorlásnak ahogy előnyei, úgy hátrányai is lehetnek: pl. a látszat-adatszolgáltatás, a látszat-kooperáció. A „koalíció” formálás fontosságát, a civil részvétel szerepét az előzőekben bemutattuk. Ezért kíváncsi, hogy a munkacsoportok civil szereplőkkel (és itt nem a non-profit elven működő, gyakorta civilnek nevezett ellátó intézményekre gondolunk, hanem civil

társadalmi csoportokra, helyi társadalmi, kulturális és egyházi mozgalmakra, kezdeményezésekre) felveszik a kapcsolatot, sőt, jó esetben, e szereplőket már a munkacsoportba is meghívják. E csoportok képviselői pl. a rejtett szerhasználók felkutatásában, a rejtett szerhasználói szükségletek meghatározásában fontos szerepet tölthetnek be, de a működő szolgáltatások térképének megrajzolásában is szerepet kaphatnak. Ugyanis lehetségesek olyan kliens-utak, melyek az intézmények oldaláról történő vizsgálódás elől rejtve maradnak: pl. az intézményi ellátásból kiesettek (dropped-out) köre: legfeljebb azt lehet megmondani, hogy milyen volt ezeknek a személyeknek a kliens-profiljuk, illetve hányan voltak, azt már kevésbé, hogy a „kiesés” után mi történt velük!

VI. A szükséglet-meghatározás konkrét feladatai

A szükséglet-meghatározás folyamata a Kézikönyv alapján⁵ a következő elemekből áll, mely elemek megmutatják azt is, hogy mely szervezeti struktúrák átalakítására, megújítására lehet szükség, egyben kijelölhetik a szükséges változtatások irányát is:

- olyan helyi szakmai, szakpolitikai folyamatok létrehozása, amelyek a szükséglet meghatározási és utóbb az ellátás-fejlesztési tevékenység elkötelezett, helyi hajtóerejeként tudnak működni;
- a szükséglet-meghatározás kulcskérdéseinek meghatározása a hozzáférhető szakirodalom és adatok, kutatások áttekintése alapján, valamint a helyi szakmai és állami/önkormányzati szereplők bevonásával;
- szolgáltatás-térkép elkészítése, valamint a kliens-profil meghatározása;
- az ellátórendszeren kívüli szerhasználói csoportok szükségleteinek és ártalmainak meghatározása - figyelemmel e populáció tagjainak véleményére;
- e szükségletek értelmezése a szakértői csoport bevonásával;
- hiányanalízis: értékelés és prioritások megfogalmazása.

A szükséglet-meghatározás során ellátandó konkrét feladatok megfogalmazását, kijelölését alapvetően befolyásolja az, hogy az egyes intézmények tevékenysége a szenvedélybetegek ellátását/kezelését milyen szinten valósítja meg.

⁵ Domokos T, Fábián R, Felvinczi K, Horváth GCS, Márványkövi F, Mervó B, Paksi B és Rácz J (2010): Kézikönyv. Szükségletmeghatározás – kezelés, ellátás. (szerk.: Paksi B, Felvinczi K). Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest. ISBN 978-963-7366-34-5. 71. oldal
<http://84.206.8.166/index.php?page=dokumentum&piller=18&dokid=176> hozzáférés: 2011.01. 12.

A szolgáltatások feltérképezése és a kliens-profil meghatározása során nyert tapasztalatok szerint a szenvedélybetegséggel küzdők gyakran az egészségügyi alapellátás, más szűrővizsgálatok, szociális, illetve gyermekjóléti szolgáltatásokban bukkannak fel. Ennek következtében az egyes, szóba jöhető intézmények köre is bővül azokkal, melyek elsősorban nem kábítószer problémákkal küzdő kliensek kezelésére/ellátásra hivatottak.

Az ellátórendszeren kívüli droghasználók szükségleteinek feltérképezésében nagy szerepet játszhatnak az utcai szociális munkások, akik az érintettek véleményét is figyelembe véve képesek a szükséglet-meghatározás folyamatában részt venni.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) meghatározása⁶ alapján **egészségügyi szolgáltatónak** minősül a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

Ezen belül **egészségügyi intézmény** a gyógyintézet, az állami mentőszolgálat és az egészségügyi államigazgatási szerv intézetei, amennyiben egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Sztv.) **szociális szolgáltatóként** azokat a személyeket, illetve szervezeteket határozza meg, melyek kizárólag meghatározott szociális alapszolgáltatásokat nyújtvák. E szolgáltatások nyújtásának lehetősége nincs szervezeti formához kötve, végzésük megszervezhető akár önállóan, vagy integrált szervezeti keretben, illetve szociális intézmény keretében. E rugalmasságnak köszönhetően az önkormányzatok a helyi adottságok és lehetőségek szem előtt tartásával alakíthatják ki szociális ellátórendszerüket.⁷

A **szociális intézmények** körébe azon ellátási formák (bentlakásos, átmeneti, nappali ellátás) tartoznak, amelyek természetüknél fogva az ellátott személy elhelyezésére, tartózkodására alkalmas intézményi keretekhez kötődnek.

⁶ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 3.§ f. pont

⁷ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

A szolgáltatók szervezeti és működési szabályzataiban lehetőség van annak meghatározására, hogy az adott szervezet a szükséglet-meghatározás mely elemét valósítja meg rendes tevékenysége során, ugyanígy az SzMSz-ben rögzíthető az e feladat teljesítéséért, továbbá a teljesítés felügyeletéért való felelősség, beszámolási rend is. Attól függően, hogy az adott szervezet közvetve vagy közvetlenül kerül kapcsolatba a szenvedélyproblémával, az egyes feladatok is különbözőképpen alakulhatnak.

A szenvedélybetegséggel való kapcsolat jellemzői alapján az egészségügyi, illetve szociális szolgáltatók a következőképpen csoportosíthatók:

Közvetett kapcsolat: nem szenvedélybetegségek ellátására/kezelésére specializálódott szolgáltatók;

Közvetlen kapcsolat: szenvedélybetegségek ellátására/kezelésére specializálódott szolgáltatók, ezen belül

- alacsony-küszöbű, a rejtett droghasználókkal nagyobb arányban kapcsolatba kerülő szolgáltatók;
- magas-küszöbű szolgáltatók;
- a megelőző-felvilágosítást folytató szolgáltatók;
- drogambulanciák⁸.

VII. A szervezeti és működési szabályzatokban megjeleníthető feladat-specifikációk - a Kézikönyvben meghatározott lépések szerint

VII.1. A szükséglet-meghatározás lépései

1. **A rendelkezésre álló információk áttekintése:** ehhez az információk mellett tudnunk kell, azok honnan származtak (megbízhatóság, érvényesség), valamint milyen szempontból, milyen elvek szerint fogjuk ezeket áttekinteni. Itt ismét hangsúlyozzuk, hogy a szükséglet-meghatározás célja az ellátások fejlesztése, hatékonyabb működése, és nem pusztán a „tudományos igények” kielégítése!

⁸ A drogambulanciák külön szerepeltetését az magyarázza, hogy gyakran többféle egészségügyi és szociális szolgáltatást is nyújtanak, ahol a „küszöb” más és más lehet.

2. A **„kielégített” igények feltárása**: itt olyan droghasználókról van szó, akik már bekerültek valamilyen ellátásba. Ennél a lépésnél történik meg a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása. Feltételezhetjük, hogy nem minden szükségletüket elégíti ki az adott ellátás, ezért erre a pontra még visszatérünk.

3. **„Kielégítetlen” szükségletek feltárása**: azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni: pl. a büntetés-végrehajtási intézményekben fogvatartott szerhasználóknál a terápiás szükségletek gyakran lefedetlenek. A szociális szolgáltatásokban, gyermekvédelmi szolgáltatásokban megjelenő ügyfelek esetében is gyakran találkoznak a szakemberek olyan szükségletekkel, amelyek alig-alig fogalmazódnak meg, illetve, ha a meg is fogalmazódnak az adott ellátási modalitás nem képes azok kielégítésére.

4. A **szükségletelhordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező populáció feltérképezése**: itt az ellátórendszeren kívüli, rejtőzködő szerhasználókról van szó.

5. **Hiányelemzés**: az ellátórendszer hiányainak elemzése a szakértői munkacsoport és – amennyiben létrejött –, a felügyelő bizottság tagjai segítségével történik. A sikerességnek és az eredményességnek akkor a legnagyobb az esélye, ha minél inkább sikerül egy-egy földrajzi területen a célcsoportok meghatározása, majd e csoportok szükségleteinek feltárása az alábbi szempontok szerint csoportosítva:

- az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek: a droghasználat kockázatainak megelőzése és csökkentése (pl. fertőző betegségek); az általános egészségi állapot javítása;
- addikció-specifikus szükségletek: a szerhasználat megelőzése, az ártalmak csökkentése, illetve a szerhasználat miatti kezelések, utókezelés, gondozás, utánkövetés;
- lakhatással kapcsolatos szükségletek: ideiglenes vagy tartós lakhatási lehetőségek biztosítása, krízis, illetve az ellátás idején, illetve annak befejezését követően;
- foglalkoztatási szükségletek: az alapkészségek fejlesztésétől (általános iskolai követelmények) a specifikus, a munkaerő-piaci pozíció javítását célzó képzésekig, illetve átképzésekig; fontos része e szükségleteknek a munkaerő-piaci helyzetben bekövetkezett változások követése és a beilleszkedésben való segítségük;
- a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek: jogsegélyszolgálat, a büntetésüket töltők kezelési igényei, a felfüggesztett vagy próbára bocsátottak, illetve az „eltereltek” kezelési, vagy más ellátásbeli szükségletei; a büntetés végrehajtó intézményekből szabadultak speciális re-integrációs szükségletei.

6. A tapasztalatok értékelése és a fejlesztési prioritások meghatározása:

A szükséglet-felmérési folyamat e lépése egyben az ellátás-fejlesztési, -tervezési folyamat első lépése is.

VII.2. Ajánlások a nem drog-specifikus egészségügyi, illetve szociális szolgáltatóként működő intézmények részére a szükséglet-meghatározás feladatainak hatékony ellátására

Itt ismét a Kézikönyv által meghatározott feladatok alapján tekintjük át az ajánlásokat: feladat – felelős csoportosításban!

VII.2.1. Az érintett intézmények

➤ *az egészségügy területén:*

- az alapellátás (sajnos, a tapasztalatok szerint innen kevés információ származik, noha ez lehetne a legbővebb információforrások egyike: felnőtt és házi gyermekorvos + védőnő);
- járóbeteg-ellátások (szakrendelések és gondozók): elsősorban a pszichiátriai ellátók, kisebb valószínűséggel az egyéb járóbeteg-ellátók (pl. bőr- és nemibeteg-gondozók, nőgyógyászok – terhesgondozás, egy ellátók);
- fekvőbeteg-osztályok: drogbetegek vonatkozásában elsősorban: általános pszichiátriai, traumatológia, belgyógyászai, nőgyógyászati osztályok;

➤ *a szociális szolgáltatások területén:*

- szociális rászorultságtól függő pénzbeli ellátások közül a szociális segélyben résztvevők köre jön számításba;
- szociális alapszolgáltatások közül pedig elsősorban:
- a családsegítés,
- a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás,
- a támogató szolgáltatás,
- az utcai szociális munka,
- a nappali ellátás,

- a közösségi ellátások⁹. A törvény alapján a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi ellátás körébe tartozik egyrészt a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás (itt most a pszichiátriai betegek számára nyújtott ellátások jönnek szóba), másrészt, hogy a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére biztosítani kell:
 - a) a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában,
 - b) a meglevő képességek megtartását, illetve fejlesztését,
 - c) a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését,
 - d) a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást,
 - e) az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését,
 - f) megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.¹⁰
- személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás
 - a) az ápolást, gondozást nyújtó intézmény,
 - b) a rehabilitációs intézmény,
 - c) a lakóotthon (a továbbiakban a)-c) pont együtt: tartós bentlakásos intézmény),
 - d) az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény (a továbbiakban a)-d) pont együtt: bentlakásos intézmény).

➤ *gyermekjóléti intézmények, szolgáltatások terén¹¹:*

- személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekjóléti alapellátások:
 - gyermekjóléti szolgáltatás,
 - gyermekek napközbeni ellátása,
 - gyermekek átmeneti gondozása.
- személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekvédelmi szakellátások:
 - otthont nyújtó ellátás,
 - utógondozói ellátás,

⁹ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. 57. § (1) bekezdés e-j. pontok

¹⁰ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. 65/A. § (1)-(3) bekezdések

¹¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. 15. § (2) bekezdés

- területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás.

Fontos ehelyütt megjegyezni, hogy a gyermekvédelmi rendszer része a bíróság által javítóintézeti nevelésre utalt, illetve előzetes letartóztatásba helyezett fiatalkorúak intézeti ellátása is.

VII.2.2. Feladatok és felelősök

Feladat	Felelős
1. A rendelkezésre álló információk áttekintése.	egy-egy intézmény vonatkozásában az intézményvezető (egy megelőző lépésben a részleg-, projekt-, team-koordinátor – a szervezetek felépítésének függvényében)
2. A „kielégített” igények feltárása, a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása.	intézményvezető; ellátással foglalkozó szakember; ellátásszervezéssel foglalkozó szakember (projekt-, egészségügyi menedzser, szociálpolitikus – ha van ilyen az intézményben);
3. „Kielégítetlen” szükségletek feltárása: azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni.	ellátással foglalkozó szakemberek (házi orvos, szakorvos, pszichológus, szociális munkás, szociálpolitikus, családgondozó, diplomás ápoló, gyermekjóléti szolgálat munkatársa); betegjogi képviselő
4. Hiányelemzés: <ul style="list-style-type: none"> • az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek; • addikció-specifikus szükségletek; • lakhatással kapcsolatos szükségletek; • foglalkoztatási szükségletek; • a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek. 	intézményvezetők (egy megelőző lépésben a részleg-, projekt-, team-koordinátor – a szervezetek felépítésének függvényében); ellátással foglalkozó szakemberek; (az egészségügyi, illetve a szociális intézmény egy-egy diplomás munkatársa, akinek a végzettsége és munkaköre lehetővé

	teszi az információk összegyűjtését); pártfogó;
--	--

A fenti ajánlásokat rendelkezés-lehetőségek formájában tartalmazó szabályzat-minta az 1. számú mellékletben található.

VII.3. Ajánlások a kábítószer problémák kezelésére specializált intézmények részére a szükséglet-meghatározás feladatainak és felelőseinek kijelöléséhez

Itt ismét a Kézikönyv által meghatározott feladatok alapján tekintjük át az ajánlásokat: feladat – felelős csoportosításban!

VII.3.1. A specializált intézmények, illetve szolgáltatások típusai

➤ *egészségügyi intézmények:*

- járóbeteg-ellátás: addiktológiai (drogbetegellátó, illetve drogambulancia funkcióval rendelkező) szakrendelők és gondozók;
- fekvőbeteg-ellátás: pszichiátriai osztályok, addiktológiai osztályok, illetve részlegek;

➤ *szociális intézmények: - szociális alapszolgáltatások*

Mint már korábban volt róla szó, a szociális alapszolgáltatások közé tartoznak a **közösségi ellátások**. A pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi ellátások közé tartoznak:

- a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátások (itt a szenvedélybetegek számára nyújtott ellátások jönnek szóba),
- a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére biztosítani kell:
 - a) a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában,
 - b) a meglevő képességek megtartását, illetve fejlesztését,

c) a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését,
d) a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást,
e) az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését,
f) megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

- a támogató szolgáltatás,
- az utcai szociális munka,
- a nappali ellátás,
- személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás, ezen belül
 - a) az ápolást, gondozást nyújtó intézmény: szenvedélybetegek otthona;
 - b) a rehabilitációs intézmény: szenvedélybetegek számára;
 - c) a lakóotthon: szenvedélybetegek részére,
 - d) az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény (a továbbiakban a)-d) pont együtt: bentlakásos intézmény): szenvedélybetegek részére.

VII.3.2. Feladatok és felelősök

Feladat	Felelős
1. A rendelkezésre álló információk áttekintése.	egy-egy intézmény vonatkozásában az intézményvezető (egy megelőző lépésben a részleg-, projekt-, team-koordinátor – a szervezet felépítésének függvényében)
2. A „kielégített” igények feltárása, a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása.	intézményvezető; ellátással foglalkozó szakember, ellátásszervezéssel foglalkozó szakember (projekt-, egészségügyi menedzser, szociálpolitikus – ha van ilyen az intézményben)
3. „Kielégítetlen” szükségletek feltárása: azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy	ellátással foglalkozó szakember (pszichiáter/addiktológus, pszichológus, szociális munkás, addiktológiai konzultáns,

vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni.	diplomás ápoló); betegjogi képviselő
4. A szükségletelhordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező populáció feltérképezése: itt az ellátórendszeren kívüli, rejtőzködő szerhasználókról van szó.	az alacsony-küszöbű részleg vezetője, az utcai munkás team vezetője
5. Hiányelemzés: <ul style="list-style-type: none"> • az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek; • addikció-specifikus szükségletek; • lakhatással kapcsolatos szükségletek; • foglalkoztatási szükségletek; • a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek. 	intézményvezető (egy megelőző lépésben a részleg-, projekt-, team-koordinátor – a szervezet felépítésének függvényében); ellátással foglalkozó szakember (pszichiáter/addiktológus, pszichológus, szociális munkás, addiktológiai konzultáns, diplomás ápoló) jogsegélyszolgálat vezetője
6. A tapasztalatok értékelése és a fejlesztési prioritások meghatározása: A szükséglet-felmérési folyamat e lépése egyben az ellátás-fejlesztési, -tervezési folyamat első lépése is.	intézményvezető: itt már a szükséglet-meghatározási munkacsoport, illetve a felügyelő bizottság tagjainak bevonása is szükséges; civil részvétel biztosítása; a „tanácsadói koalíció” szerinti stakeholderek bevonása a felügyelő bizottság segítségével

A fenti ajánlásokat rendelkezés-lehetőségek formájában tartalmazó szabályzat-minta a 2. számú mellékletben található.

VII.4. Ajánlások a KEF-ek részére a szükséglet-meghatározás feladatainak és felelőseinek kijelöléséhez

Feladat	Felelős
---------	---------

1. A rendelkezésre álló információk áttekintése.	adatgyűjtésben járatos KEF tag
2. A „kielégített” igények feltárása, a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása.	ellátásban dolgozó, a KEF ellátói/kezelői munkacsoportjában résztvevő KEF tag
3. „Kielégítetlen” szükségletek feltárása: azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni.	ellátásban dolgozó, a KEF ellátói/kezelői munkacsoportjában résztvevő KEF tag
4. A szükséglethordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező populáció feltérképezése: itt az ellátórendszeren kívüli, rejtőzködő szerhasználókról van szó.	ellátásban dolgozó, a KEF ellátói/kezelői munkacsoportjában résztvevő KEF tag vagy alacsony-küszöbű, esetleg prevenció (szelektív prevenció) munkacsoportban résztvevő KEF tag
5. Hiányelemzés: <ul style="list-style-type: none"> • az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek; • addikció-specifikus szükségletek; • lakhatással kapcsolatos szükségletek; • foglalkoztatási szükségletek; • a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek. 	szociális ellátásban dolgozó, a KEF ellátói/kezelői munkacsoportjában résztvevő KEF tag kiegészülve a kínálat-csökkentési munkacsoport egy tagjával
6. A tapasztalatok értékelése és a fejlesztési prioritások meghatározása: A szükséglet-felmérési folyamat e lépése egyben az ellátás-fejlesztési, - tervezési	a KEF elnöke, titkára

<p> folyamat első lépése is. </p>	
---	--

A fenti ajánlásokat rendelkezés-lehetőségek formájában tartalmazó szabályzat-minta a 3. számú mellékletben található. Megjegyzendő, hogy a Felügyelő Bizottság az adott helyen már működő KEF bázisán szerveződik meg, így a KEF SzMSz-ében meghatározhatók nemcsak a szakértői munkacsoportok, de a felügyelő bizottságok tagjainak feladatai is.

VIII. A szükséglet-meghatározás személyi feltételeinek meghatározása és a felelősség kérdése

VIII.1. Az egyes feladatok ellátásáért felelős személyek kijelölésének szempontjai

Az I. és III. pontokban foglalkoztunk azzal, hogy jó esetben milyen területről érkező szakértők alkossák a munkacsoportokat. Most ezt a jellemzést bővítjük tovább:

- szakmai feltételek:
 - a. elméleti és
 - b. gyakorlati felkészültség
 - c. (esetlegesen) jogszabályi követelményeknek való megfelelés
 - d. a megfelelő magyarországi jogszabályok, szakmapolitikai dokumentumok legalább alapszintű ismerete (pl. Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére, 2010-2018);
 - e. a megfelelő Európai Unió (EU) és ENSZ, WHO szakmapolitikai dokumentumok ismerete, így különösen az EU drogstratégiája (2005-2012) és akcióterve (2009-2012); az Európai Megfigyelési Központ a Drogokról és a Drogfüggőségről (EMCDDA), illetve a Nemzeti Drogfókuszpont éves jelentései, a témával összefüggő ajánlásai (minőségbiztosítás, ellátás-szervezés).
- személyes feltételek:
 - a. jó kommunikációs készség;
 - b. csapatmunkára, team-irányításra vonatkozó készségek;

- c. stressz-tűrő képesség;
- d. „integratív” személyiség;
- e. minimálisan többéves munkatapasztalat, lehetőség szerint vezetői tapasztalatok;
- f. szakirodalmi tájékozottság;
- g. a szükséglet-meghatározás módszertanának, annak bizonyos összetevőjének ismerete; módszertani szakértőként annak önálló alkalmazása.

➤ szervezeti feltételek:

- a. megfelelő intézményi háttér
- b. belső szabályzatban körülhatárolt feladatleírás
- c. belső szabályzatban rögzített felelősség és számon kérhetőség
- d. megfelelő koordináció (belső szabályzatokban rögzített módon)

VIII.2. A feladatok ellátásáért való felelősség

A felelősség megállapíthatóságának előfeltétele az előzőleg fennálló kötelezettség, illetve, az ezzel kapcsolatos rendellenesség, a kötelezettség megszegése. A fentebb meghatározott feladatok ellátására az egyes szolgáltatóknál kijelölt személyek felelősségét e kötelezettségük teljesítéséért jogi és etikai oldalról is vizsgálhatjuk. Az intézmények, szolgáltatók alkalmazásában álló személyek munkajogi/fegyelmi felelőssége mellett, egyes esetekben polgári felelősség is terhelheti a feladattal megbízott személyeket. A jogi felelősségen túl az etikai felelősség körében szükséges megemlíteni az etikai elvek betartásának kötelezettségét, mely magába foglalja a szakmailag illetékes etikai szerv ajánlásainak ismeretét és betartását, a személyes adatok védelmével kapcsolatos törvény megfelelő pontjainak betartását, az egészségügyi-orvosi kutatásokkal kapcsolatos nemzetközi ajánlások betartását (Helsinki Deklaráció).

IX. A szükséglet-meghatározás feladatainak beillesztési lehetőségei az egyes intézmények szervezeti és működési szabályzataiba

A működésre vonatkozó rendelkezéseket az egyes intézmények/szolgáltatók irányítói határozzák meg a szervezet alapító okiratában, alapszabályában, illetve belső, szervezeti és működési szabályzatában.

A szolgáltató működési formája alapvetően meghatározza irányítási, ellenőrzési és felelősségi struktúráját, a feladatok belső szabályzatokban való rögzítésének, a felelősök kijelölésének alapja e szervezetek felépítése.

IX.1. A szervezeti és működési szabályzat

Az egyes intézmények felépítésével, belső kapcsolatrendszerével, működésével összefüggő alapvető szabályokat a **szervezeti és működési szabályzatban** kell, illetve lehet meghatározni. Jogszabály kötelezően előírhatja szervezeti és működési szabályzat készítését (pl. gyógyintézetek esetében), egyébként pedig az adott szervezet alapítója, fenntartója vagy vezető szerve határozza el e szabályzat megalkotását.

A szervezeti és működési szabályzat jellemzően az alábbi elemeket tartalmazhatja:

- a) az intézmény jogállását, képviseleti formáját, képviselőjét,
- b) az intézmény azonosító adatait, székhelyét és telephelyeit,
- c) az intézmény szervezeti egységeinek megnevezését,
- d) a szervezeti egységek feladatkörét, működésük alapvető szabályait,
- e) a szervezeti egységek egymás közötti kapcsolatrendszerét,
- f) a vezetési szinteket, s az egyes szintekhez kapcsolódó vezetői jogköröket,
- g) dokumentációk vezetésének rendjét,
- h) (amennyiben működik ilyen) szakmai vezető testület működési rendjét, továbbá,
- i) amit jogszabály kötelezően előír.

Az intézeti szabályzatok kötelezőek az adott intézmény által foglalkoztatottakra, s ezek rendelkezéseinek be nem tartása a kötelezett - munkaviszony esetén - munkajogi felelősségét, illetve megbízási/vállalkozási jogviszony esetén a polgári jogi felelősségét alapozhatja meg.

Az Eütv. rendelkezései szerint az egészségügyi intézmények fenntartójának hatáskörét képezi az intézmény működését szabályozó dokumentumok (pl. szervezeti és működési szabályzat) jóváhagyása.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény állami fenntartója hagyja jóvá az intézmény szervezeti és működési szabályzatát, szakmai programját, valamint a szakosított

ellátást nyújtó intézmény esetében a házirendet, ugyanakkor ellenőrzi és évente egy alkalommal értékeli a szakmai munka eredményességét.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény egyházi, illetve nem állami fenntartója gondoskodik az intézmény szervezeti és működési szabályzatának, szakmai programjának, szakosított ellátást nyújtó intézmény esetében házirendjének elkészítéséről, továbbá biztosítja az intézmény gazdálkodásának és működésének törvényességét.

Az egyes intézmények belső szabályzatai elfogadásának, módosításának jóváhagyási rendje, a feladatok ellátására kijelölhető szervezeti egységek, és személyek köre az intézmények egyes típusaitól függően eltérő lehet, tekintettel az intézmény egyéb (szervezeti felépítés, tulajdonos, fenntartó személye stb.) jellemzőire. Célszerű ezért áttekinteni a szükséglet-meghatározásban résztvevő szolgáltatókat szempontunkból leginkább lényeges jellemzőik mentén. E jellemzőknek megfelelően alakítható ki az egyes intézményekben a szükséglet-meghatározás feladatainak ellátása.

A szenvedélybetegség ellátásának/kezelésének szintje szerinti megkülönböztetés mellett fontos csoportosítási szempont - és főként a belső szabályzatok kialakítása, a feladatok meghatározása, a felelősök kijelölésének rögzítése, továbbá a feladatellátás ellenőrzése szempontjából nem elhanyagolható aspektus - hogy az adott intézmény kinek az irányítása alatt áll, ki vagy kik határozhatják meg, módosíthatják működésük rendjét.

IX.2. Az ellátásban/kezelésben részt vevő szolgáltatók/intézmények működése

A szükséglet-meghatározásban részt vevő egészségügyi és szociális szolgáltatók tipizálása - szempontunkból - működési struktúrájuk, felügyeletük és irányításuk alapján releváns.

A projektben feltérképezett egészségügyi és szociális szolgáltatók jellemzően az alábbi formákban működnek:

- Költségvetési közszolgáltató szerv
- Gazdálkodó szervezet
- Alapítvány
- Társadalmi szervezet

IX.2.1. Költségvetési közszolgáltató szervek

A költségvetési szerv nem gazdasági vállalkozásként működik, hanem közfeladatok megvalósítására rendelt - közfeladatait meghatározott feltétel- és szabályrendszerben ellátó - szervezet. A költségvetési szervek jogállásáról és gazdálkodásáról szóló törvény¹² szerint a **költségvetési szerv** jellemzői:

- az államháztartás részét képezi,
- törvény szerint nyilvántartásba vett jogi személy,
- jogszabályban meghatározott és az alapító okiratban rögzített közfeladatait az illetékességi területén kötelező jelleggel kell teljesítenie,
- tevékenységét közérdekből, alaptevékenységként, haszonszerzési cél nélkül végzi,
- jogszabályban meghatározott követelmények és feltételek alapján működik,
- jogszabályban meghatározott szerv vagy személy irányítása vagy felügyelete alatt áll,
- az alapító okiratban megjelölt működési körben közfeladat-ellátási kötelezettség terheli,
- éves költségvetéséből vagy költségvetési keretéből gazdálkodik.

A törvény szerint közszolgáltató költségvetési szerv a **közüntézet**, mely - többek között lehet - az alaptevékenysége szerint egészségügyi közszolgáltatást végző költségvetési szerv.

Központi költségvetési szervet

- az Országgyűlés, a Kormány, továbbá a költségvetési fejezetet irányító szerv;

helyi önkormányzati költségvetési szervet

- a helyi önkormányzat, a helyi önkormányzat jogi személyiséggel rendelkező társulása, a többcélú kistérségi társulás;

helyi kisebbségi önkormányzati költségvetési szervet

- a települési, a területi kisebbségi önkormányzat, valamint a települési vagy a területi kisebbségi önkormányzat jogi személyiségű társulása;

országos kisebbségi önkormányzati költségvetési szervet

- az országos kisebbségi önkormányzat, valamint az országos kisebbségi önkormányzat jogi személyiségű társulása;

közütestületi költségvetési szervet - köztestület alapíthat.

¹² 2008. évi CV. törvény a költségvetési szervek jogállásáról és gazdálkodásáról

A költségvetési szervet annak alapítója **jogszabályban vagy határozatban hozza létre**, mely jogszabály (határozat) alapján – meghatározott törvényi kivételekkel - alapító okiratot kell az alapító szervnek kiadnia.

Az alapító okirat tartalmazza a költségvetési szerv

- nevét, székhelyét,
- létrehozásáról rendelkező jogszabályra (határozatra) való hivatkozást,
- jogszabályban meghatározott közfeladatát,
- **alaptevékenységét**,
- illetékességét (közhatalmi tevékenység esetén), illetve működési körét (közszolgáltató tevékenység esetén),
- irányító szervének nevét, székhelyét,
- besorolását,
- vezetőjének (vezető szerve, testülete tagjainak) kinevezési, megbízási, választási rendjét, valamint
- foglalkoztatottjaira vonatkozó foglalkoztatási jogviszony (jogviszonyok) megjelölését.

Az alapítás előfeltétele tehát egy külön közjogi aktus, mellyel a közhatalom gyakorlója egyoldalúan kinyilvánítja akaratát. Ezzel ellentétben a magán és társadalmi szférában egy magánjogi okirat és a szervezet bejegyzése elég egy szervezet létrehozásához.

A költségvetési szerv önálló jogi személy, s a nyilvántartásba való bejegyzésével, a bejegyzés napjával jön létre.

A költségvetési szervek irányítása, működtetés és gazdálkodása a fent említett törvény, valamint az államháztartásról szóló törvény (Áht.) rendelkezései alapján történik.

A költségvetési közszolgáltató szerv tehát állami vagy önkormányzati fenntartásúként működik, így tevékenységét, irányítását és felügyeletét ez alapvetően körülhatárolja. Fő szabály szerint a költségvetési szerv számára az alapító szerv határozza meg és biztosítja a közfeladatai ellátásához szükséges vagyontárgy használatát.

A költségvetési szervek feladatai ellátásának részletes, belső rendjét és módját - törvényben, illetve kormányrendeletben meghatározott módon és tartalommal - szervezeti és működési

szabályzat állapítja meg, azzal, hogy a szervezeti egységekre vonatkozó részletszabályokat a szervezeti és működési szabályzatban vagy ügyrendben kell meghatározni.

A szervezeti és működési szabályzat előkészítése általában a szolgáltató – fenntartó által kinevezett – vezetőjére/vezető testületére hárul, annak jóváhagyása azonban az alapító-fenntartó jogkörébe tartozik.

A költségvetési szervek részére közfeladat ellátásához szükséges költségvetési előirányzatot, költségvetési keretet (pénzügyi forrást) kell biztosítani, ez jelenti a közfeladat-ellátás garanciáját. A finanszírozandó kiadásokat - az ellátandó közfeladatokkal, illetve tevékenységekkel kapcsolatos, szükségszerűen átlátható, követhető rendszert alkotó - követelmények, személyi-tárgyi-szervezési-szervezeti feltételek, eszközök határozzák meg. Ezeket állandó dokumentumként, mintegy részletes belső rendként a szervezeti és működési szabályzatban kell rögzíteni.

Az alapító okiratok miniszteri, illetve önkormányzati rendeletekben találhatók meg, ugyanígy a fenntartó/alapító jogosult a szervezeti és működési szabályzatok megalkotására, módosítására. A folyamatos megújulás érdekében szükségszerű az SZMSZ-nél is a rendszeres felülvizsgálat, melynek eredményeként az abban meghatározott feladatok a szükséglet-meghatározás egyes teendőivel egészülhetnek ki. Közzolgáltató költségvetési szervként működő, egészségügyi tevékenységet ellátó közintézetek esetében az ún. irányító szerv határozza meg a szervezeti és működési szabályzatot.

A gyógyintézetek működését illetően irányadó szabályozás a 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről, melynek hatálya az egészségügyi közzolgáltatást nyújtó gyógyintézetekre (a továbbiakban: gyógyintézet) terjed ki.

Költségvetési közzolgáltató intézmények a projektben:

1. Intézmény neve: Nyíró Gyula Kórház

Részt vevő szervezeti egységek: Addiktológiai osztály

Drogambulancia és Prevenció Központ

Alapító/fenntartó: Budapest Főváros Önkormányzata

Felügyeleti szerv: Fővárosi Közgyűlés, a szervezeti és működési szabályzat elfogadására, módosítására a Fővárosi Közgyűlés jogosult

2. Intézmény neve: Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

Részt vevő szervezeti egységek: Neurológiai Osztály Toxikológiai részleg

Alapító/fenntartó: Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Önkormányzat

Felügyeleti szerv: Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Önkormányzat Közgyűlése

Szakmai felügyeleti szerv: ÁNTSZ

3. Intézmény neve: Szent Pantaleon Kórház

Részt vevő szervezeti egységek: Pszichiátriai és Addiktológiai osztály

Alapító/fenntartó: Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzata

Felügyeleti szerv: Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzatának Közgyűlése

IX.2.2. Gazdálkodó szervezetek

Az egészségügyi, illetve szociális szolgáltatók gazdálkodó szervezet formájában is létrejöhetnek, s alapítói természetes személyek és szervezetek egyaránt lehetnek. Ebben az esetben alapításukra, működtetésükre és irányításukra a gazdasági társaságokról szóló törvény (Gt.), az államháztartásról szóló törvény (Áht.) és – közhasznú minősítésű non-profit gazdálkodó szervezetek esetén - a közhasznú szervezetekről szóló törvény (Kszt.) egyes rendelkezései irányadók.¹³

Szervezeti szempontból, és az adott gazdálkodó szervezetre vonatkozó irányítási jogkörök gyakorlóinak megkülönböztetése érdekében az alábbi két csoportra bonthatjuk a gazdálkodó szervezeteket, melyek jellemzően egészségügyi, illetve szociális szolgáltatói tevékenységet végeznek:

Jogi személyiséggel nem rendelkező gazdálkodó szervezetek:

- betéti társaság, non-profit betéti társaság;

¹³ 2006. évi IV. törvény a gazdasági társaságokról (Gt.), 1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról (Áht.), 1997. évi CLVI. törvény a közhasznú szervezetekről (Kszt.)

- közkereseti társaság, non-profit közkereseti társaság;

Jogi személyiséggel rendelkező gazdálkodó szervezetek:

- korlátolt felelősségű társaság, non-profit korlátolt felelősségű társaság;
- részvénytársaság, non-profit részvénytársaság; (nyílt, de jellemzően inkább zártkörűen működő részvénytársasági formában)
- egyesülés.

A Gt. rendelkezései alapján jogi személyiséggel a részvénytársaság és a korlátolt felelősségű társaság rendelkezik, míg a betéti társaságok és közkereseti társaságok jogi személyiség nélkül működnek. A Gt. szabályai írják elő a gazdasági társaságok alapításának, működésének alapvető feltételeit, miközben e törvény rendelkezéseiben tág teret enged a társaság tulajdonosai, alapítói szerződési szabadságának, döntési autonómiájának. A Gt. csak indokolt esetben és ekkor is az arányosság szabályozási követelményét figyelembe véve korlátozza a társaság tagjainak (részvényeseinek) mozgásterét a vállalkozás belső szervezeti és működési rendjének meghatározását illetően.

Ennek megfelelően a Gt. a gazdasági társaságok átfogó szabályozását tartalmazza, mely magába foglalja a társaság ún. létszakaszait, a társaság belső szervezeti és működési viszonyait, a társaság alapítóinak illetve tagjainak jogait, kötelezettségeit és felelősségét, a társasági jogvitákat, ezen túlmenően azonban a társaságok legfőbb szerveinek hatáskörébe utalja az egyéb szabályok, szabályzatok kialakításának lehetőségét.

Gazdasági társaság nem jövedelemszerzésre irányuló közös gazdasági tevékenység folytatására is alapítható (nonprofit gazdasági társaság). Nonprofit gazdasági társaság bármely társasági formában alapítható és működtethető, azaz ennek megfelelően a gazdasági társaság lehet nonprofit bt., nonprofit kkt., nonprofit kft, vagy éppen nonprofit rt. is. E társaságok üzletszerű gazdasági tevékenységet csak kiegészítő jelleggel folytathatnak, a gazdasági társaság tevékenységéből származó nyereség a tagok (részvényesek) között nem osztható fel, az a gazdasági társaság vagyonát gyarapítja.

Valamennyi gazdasági társaság alapításához társasági szerződés megkötése, részvénytársaság esetében alapszabály, egyszemélyes gazdasági társaságnál alapító okirat elfogadása szükséges. A társasági szerződést valamennyi tagnak (alapítónak) alá kell írnia.

A gazdasági társaság legfőbb szerve közkereseti és betéti társaságoknál a tagok gyűlése, korlátolt felelősségű társaságnál a taggyűlés, részvénytársaságnál a közgyűlés, az egyesülés legfőbb szerve pedig a taggyűlés. A gazdasági társaság legfőbb szervének feladata elsősorban a társaság alapvető, stratégiai ügyeiben való döntéshozatal. A legfőbb szerv dönt a társaság mindazon ügyében, amelyet törvény vagy a társasági szerződés a társaság legfőbb szervének a hatáskörébe utal.

A Gt. a szervezeti és működési szabályok kialakítása kapcsán nem tartalmaz konkrét rendelkezést, ezért az adott társaság társasági szerződése (alapító okirat vagy alapszabály) meghatározhatja, hogy annak elfogadása, módosítása a társaság mely szervének hatáskörébe tartozik, ilyen értelmű rendelkezés hiányában, a gazdasági társaságokra vonatkozó szabályozásból kiindulva feltételezhető, hogy a társaság belső szervezetének és irányítási, valamint ellenőrzési rendjének kialakítása a legfőbb szerv feladata.

A társasági szerződés egyrészt tartalmazza mindazon adatokat és rendelkezéseket, melyeket jogszabály alapján kötelezően bele kell foglalni, s ezen túlmenően a tagok további kérdésköröket is szabályozhatnak ebben, úgy mint a szervezet és működési szabályzatok kialakításának, elfogadásának és módosításának rendjét.

Alapítóként, tagként magánszemélyek, társadalmi vagy gazdálkodó szervezetek, illetve önkormányzatok is megjelenhetnek. Ez azt jelenti akár a Kormány által létrehozott más gazdálkodó szervezet, akár egy helyi önkormányzat dönthet akként, hogy egészségügyi vagy szociális szolgáltató intézményét nem az előző pontban részletezettek szerint, nem költségvetési szervként alapítja meg, hanem nonprofit gazdálkodó szervezatként hozza létre. Ebben az esetben a társaság legfőbb szerve az alapító gazdálkodó szervezet legfőbb szerve, megyei (fővárosi) önkormányzat esetén a közgyűlés, települési (kerületi) önkormányzat esetén a képviselő-testület lesz, mely testületek gyakorolják az előző bekezdésekben kifejtett, az adott társaság legfőbb szervére jutó jogokat és kötelezettségeket, a tulajdonosi, irányítási és egyes ellenőrzési jogköröket.

Gazdálkodó szervezatként működő intézmények a projektben:

1. Intézmény neve: Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Nonprofit Kft.

Alapító/tulajdonos: Magyar Nemzeti Vagyongazdálkodó Zrt. (MNV Zrt.), a Magyar Állam 100 %-os tulajdonában áll

Felügyeleti szerv, SzMSz módosítás jóváhagyására jogosult: MNV Zrt.

2. Intézmény neve: Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft.

Alapító/tulajdonos: Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata

Felügyeleti szerv, SzMSz módosítás jóváhagyására jogosult: Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzatának Közgyűlése

3. Intézmény neve: Kék Kocka Segítő és Szolgáltató Nonprofit Bt.

Alapító/fenntartó:

IX.2.3. Alapítványok

A polgári jog szabályai szerint¹⁴ az alapítvány bírósági nyilvántartásba vételével jön létre, s jogi személyiséggel rendelkezik. A nyilvántartásba vétel időpontjától kezdve az alapító nem vonhatja vissza az alapítványt. Az alapítvány alapító okirata – a szervezet alapvető adatain kívül - meghatározza a szervezet célját is, melynek módosítására a bírósági nyilvántartásba vétel jogerőre emelkedését követően már nincs törvényes lehetőség.

Alapítványi keretek között működő intézmények a projektben:

- 1. Szervezet neve:** Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány
- 2. Szervezet neve:** Félúton Alapítvány
- 3. Szervezet neve:** Drogprevenciós Alapítvány
- 4. Szervezet neve:** Kék Pont Ambulancia és Konzultációs Központ Közhasznú Alapítvány
- 5. Szervezet neve:** Drogambulancia Alapítvány
- 6. Szervezet neve:** Baptista Szeretetszolgálat¹⁵

¹⁴ 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.), 1997. évi CLVI. törvény a közhasznú szervezetekről (Ksztv.)

¹⁵ A Baptista Szeretetszolgálat – egyházi indíttatású alapítás ellenére – e csoportban került feltüntetésre, mivel alapítványi formában működik, s így elsősorban az alapítványokra vonatkozó jogi rendelkezések vonatkoznak rá.

A fenti alapítványok jellemzően civil szerveződésből indultak ki. Az alapítványi működés alakuláskor még az alapító kezében van, azonban később, tőle elválva, függetlenül, de az alapító okiratban rögzített célok megvalósítása érdekében végzi tevékenységét. A szervezeti és működési szabályzatnak így értelemszerűen teljes összhangban kell lennie az alapítvány alapító okiratával a törvényes működés érdekében.

Az alapítvány vagyonának kezelését a kuratórium látja el, melynek elnökét és tagjait az alapító kéri fel határozatlan vagy akár határozott időtartamra. A kuratórium az alapítvány általános ügydöntő, ügyvezető szerve, továbbá a kuratórium képviseli az alapítványt hatóságok előtt és harmadik személyekkel szemben.

Az alapítvány vezetésében a kuratórium elnöke és alelnöke, valamint tagjai megosztott hatáskörük gyakorlásával és egymás közti együttműködéssel vesznek részt.

A kuratórium döntési jogköre igen széles körű, s ebbe a vagyonnal való rendelkezésen, a szervezet költségvetésének és munkatervének elfogadásán túl beletartozik a szervezési és működési szabályzat elfogadása és módosítása is.

Az alapítványok esetében a fentiek alapján a kuratórium jogosult a belső szabályzatok elfogadására, módosítására. Az alapítvány kuratóriuma jogosult folyamatosan ellenőrizni a tulajdonában lévő vagyon összetételét, és a működéssel kapcsolatos feladatok megfelelő végrehajtását.

IX.2.4. Társadalmi szervezetek

A nem kormányzati szervezet, vagy társadalmi szervezet a kormányzati szférától független, a polgári jog szabályai alapján létrejövő és működő, civilekből álló nem nyereség-orientált szervezet, amely saját költségvetéssel rendelkezik. A civilszervezet, ezek szövetsége, továbbá – ha a szervezet alapszabálya így rendelkezik – a társadalmi szervezetek szervezeti egysége is jogi személy.

Az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat nyújtó társadalmi szervezetek közül az egyesületek és az egyházak szerepe a leginkább jelentős.

➤ Az egyesület¹⁶ önkéntesen létrehozott, önkormányzattal rendelkező szervezet, amely az alapszabályában meghatározott célra alakul, nyilvántartott tagsággal rendelkezik, és céljának elérésére szervezi tagjai tevékenységét. Az egyesület jogi személy, mely – az alapítványhoz hasonlóan – bírósági nyilvántartásba vétellel jön létre.

Az egyesülési jog alapvető jellemzői közé tartozik az önkéntesség, az önkormányzati elven alapuló működés, a nyilvántartott tagság és a cél elérése érdekében szervezett közös tevékenység. Az alapító tagok vonatkozásában a minimális létszámot törvény állapítja meg, s kimondja, hogy tíznél kevesebb alapító tag esetében az egyesület nyilvántartásba vételére nem kerülhet sor. Az egyesület alapszabálya rendelkezik a szervezet nevéről, céljáról és székhelyéről, valamint szervezetéről. Az egyesület alapszabályát az alapító tagok állapítják meg. Az alapító tagoknak az alapszabály ismeretében kell az ügyintéző és képviseleti szerveket megválasztani.

Az egyesület szervezetének kialakításában a törvény nagy teret enged az alapítóknak, így a szervezeti és működési szabályzat is tág keretek között alakítható. Itt is érvényesül természetesen, hogy az alapszabályban meghatározott célok megvalósítására kell törekedni a feladatok, feladatkörök, egyben az azok teljesítéséért felelős személyek, szervezeti egységek kijelölésekor. Az egyesület legfőbb, döntéshozó szerve a közgyűlés, mely a szervezet tagjaiból, tagjainak képviselőiből áll, s ha az alapszabálya másként nem rendelkezik, a szervezeti és működési szabályzat elfogadása és módosításának jóváhagyása a közgyűlés hatásköre.

Egyesületi keretek között működő intézmény a projektben: Önmegvalósítás Egyesület

➤ Az egyház¹⁷ nyilvántartásba vétellel nyeri el jogi személyiségét. Az egyház és - ha az alapszabálya így rendelkezik - az egyház önálló képviseleti szervvel rendelkező szervezeti egysége (szervezete, intézménye, egyházközsége stb.) jogi személy.

Az egyházi jogi személy elláthat minden olyan nevelési-oktatási, kulturális, szociális, egészségügyi, sport, illetőleg gyermek- és ifjúságvédelmi tevékenységet, amelyet törvény

¹⁶ 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.), Kszrt., 1989. évi II. törvény az egyesülésről (Etv.)

¹⁷ 1990. évi IV. törvény a lelkiismereti és vallásszabadságról, valamint az egyházakról

nem tart fenn kizárólagosan az állam vagy állami szerv (intézmény) számára. E tevékenységi körben az egyházi jogi személy intézményt létesíthet és tarthat fenn.

Egyházi keretek között működő intézmények a projektben: Magyar Ökumenikus Segélyszervezet

Alapító: Magyarországi Református Egyház négy egyházkerülete, a Magyarországi Evangélikus Egyház három egyházkerülete, valamint a metodista, unitárius és ortodox egyházak.

Az egyházi egészségügyi, illetve szociális intézmények működési rendjét a jogszabályok keretei között a fenntartó egyház szabályai határozzák meg.

X. Mellékletek, szabályozási minták

A szükséglet-meghatározás folyamatát felépítő egyes feladatok rögzítése, a feladatok végrehajtásáért felelős személyek kijelölése és felelősségük mibenlétének megfogalmazása az egyes intézmények belső rendjét szabályozó szervezeti és működési szabályzatok (SzMSz) módosításával, átalakításával, kiegészítésével valósítható meg leghatékonyabban.

A szabályzatok ez irányú átalakítását, a szolgáltató-háló értékelési rendszer helyi megvalósításának feltételeit a jelen dokumentáció az egyes, a már meglévő intézményi szervezeti és működési szabályzatokba illeszthető szövegtervezetekkel, a javasolt SzMSz módosítások elfogadásának és a feladatok végrehajtásának ellenőrzéséért felelős személyek, testületek hatásköreinek áttekintésével segíti.

A Kézikönyv alapján meghatározott feladatok egyes szolgáltatókon/intézményeken belüli megvalósításához, ezek belső szabályzatainak kiegészítéséhez az 1-2. számú mellékletek adnak példát. Ezek a szakértői munkacsoportok kialakításának és feladat-ellátásának részleteit tartalmazzák, s javaslataink azon egészségügyi és szociális szolgáltatók szervezeti és működési szabályzatainak módosítását kívánják elősegíteni, melyek a szükséglet-meghatározás folyamatában a legjelentősebb szerepet játsszák.

A 3. melléklet a felügyelő bizottságokra vonatkozó olyan rendelkezés-mintát tartalmaz, mely a ... pontban kifejtettek szerint alapjául szolgálhat e bizottságok létrehozásának, működtetésének, a KEF-ek bázisán.

A mellékletekben szereplő minták példaként szolgálnak, s a bennük megfogalmazott feladatok képezik a szükséglet-meghatározás, illetve a szolgáltató-háló értékelési rendszer működtetésének magját. A többi, szervezeti és intézményi struktúrától függően, rugalmasan alakítandó, fontos azonban szem előtt tartani, hogy a belső szervezeti szabályozás legalább a következő kérdéseket rendezze:

X.1. Szakértői munkacsoportok

- a szakmai munkacsoport működtetésének kötelezettsége,
- a munkacsoport tevékenységéhez szükséges feltételek biztosításának kötelezettsége,
- a munkacsoport felállításáért és a szükséges feltételekről való gondoskodás felelőse (jellemzően az intézmény vezetője);
- a szakértői csoport tagjai kinevezésének részletei, a munkacsoport taglétszáma, a kijelölésre/visszahívásra jogosult személy (pl.: a fenntartó/tulajdonos által kijelölt személy, az intézmény vezetője a csoport munkavezetője)
- a szakértői munkacsoport – a ... pontban részletezett – feladatai, melyek attól függően alakulnak, hogy az adott szolgáltató tevékenysége drog-specifikus avagy sem, azaz közvetett vagy közvetlen kapcsolata van-e a szenvedélyproblémával;
- a szakértői munkacsoport tagjainak jogviszonyára vonatkozó rendelkezések, azaz szükséges meghatározni,
 1. hogy az egyes feladatokat intézményen belülről, saját munkatársakkal, a munkaköri leírásuk bővítésével, vagy esetleg külön feladatként meghatározva írják elő számukra, és/vagy
 2. külsős személyeket vonnak be, akik e feladatokat megbízási/vállalkozási szerződés keretében látják-e el.
- a szakértői munkacsoporton belüli munkamegosztás rendje;

- a felügyelő bizottságokkal, illetve a KEF-fel való kapcsolattartás rendje.

X.2. Felügyelő bizottságok

- a felügyelő bizottság létrehozásának és működtetésének kötelezettsége,
- a felügyelő bizottság tevékenységéhez szükséges feltételek biztosításának kötelezettsége,
- a felügyelő bizottság felállításáért és a szükséges feltételekről való gondoskodás;
- a tagok kijelölésének részletei, a taglétszám, a kijelölésre/visszahívásra jogosult személy meghatározását (beosztása vagy más kritérium alapján);
- a felügyelő bizottság – a ... pontok alapján részletezett – feladatai;
- a munkamegosztás rendje;
- a szakmai munkacsoportokkal, illetve a KEF-fel való együttműködés rendje.

Szervezeti és működési szabályzatba illeszthető rendelkezés-minta¹⁸

- a nem drog-specifikus egészségügyi és szociális szolgáltatók részére -

„ ... számú Fejezet/Cím: **Közreműködés a kábítószerügyi szolgáltató-háló értékelési rendszer helyi megvalósításában**

[...] § (1) A/Az [... *szolgáltató/intézmény neve*...] közreműködik a kábítószer-problémákkal küzdők számának és igényeinek felmérésében, összegyűjtésében és értékelésében (szolgáltató-háló értékelési rendszer helyi megvalósítása). E tevékenysége különösen az alábbi feladatok ellátására terjed ki:

- a. kábítószerügyi szakértői csoport megalakítása a szolgáltatón/intézményen belül,
- b. a kábítószerügyi szakértői csoport tevékenységének lehetővé tétele,
- c. a szükséges információk és adatok biztosítása a szakértői csoport részére
- d. a kábítószerügyi felügyelő bizottsággal való együttműködés megszervezése.

(2) Az (1) bekezdésben megjelölt feladatokat az intézmény vezetője látja el, s e tevékenységről évente tájékoztatja az intézmény fenntartóját¹⁹.

[...] § (1) A szakértői csoport vezetőjét és tagjait határozatlan időtartamra - szakmai és személyes alkalmasságuk alapján - az intézmény vezetője²⁰ az intézmény munkatársai, és külső szakemberek közül kéri fel.

¹⁸ Rugalmasan alakítható az adott szervezeti struktúra működése szerint.

¹⁹ A szervezet felépítése függvényében változhat.

(2) A szakértői csoport legalább [...], legfeljebb [...] tagból áll. A szakértői csoportban való tagságról a tag bármikor lemondhat, s e tisztségéből bármikor visszahívható.

(3) A szakértői csoport a következő feladatok ellátásáért felelős²¹:

- a. a rendelkezésre álló, szenvedélyproblémával kapcsolatos információk rendszeres időközönkénti, de legfeljebb évenkénti áttekintése;
- b. a „kielégített” igények feltárása, a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása;
- c. a „kielégítetlen” szükségletek feltárása azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem fedi le;
- d. hiányelemzés, ezen belül:
 - az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek;
 - addikció-specifikus szükségletek;
 - lakhatással kapcsolatos szükségletek;
 - foglalkoztatási szükségletek;
 - a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletekfeltárása és összegyűjtése;
- e. a d. pont alapján szerzett tapasztalatok javaslati formában való összefoglalása;
- f. kapcsolattartás a helyi Kábítószerügyi Felügyelő Bizottsággal, ezen belül különösen éves összefoglaló megküldése az a-e. pontokban foglalt tevékenységek eredményeiről, javaslatairól.

...”

²⁰ A szervezet felépítése függvényében változhat.

²¹ A VII.2.2. pontban felvázolt feladat-felelős ajánlások alapján.

Szervezeti és működési szabályzatba illeszthető rendelkezés-minta²²

- a drog-specifikus egészségügyi és szociális szolgáltatók részére -

„... számú Fejezet/Cím: **A kábítószerügyi szolgáltató-háló értékelési rendszer helyi**

működtetése

[...] § (1) A(z) [szolgáltató/intézmény neve] részt vesz a kábítószer-problémákkal küzdők számának és igényeinek felmérésében, összegyűjtésében és értékelésében (szolgáltató-háló értékelési rendszer helyi működtetése). E tevékenysége különösen az alábbi feladatok ellátására terjed ki:

- a. kábítószerügyi szakértői csoport megalakítása a szolgáltatón/intézményen belül,
- b. a kábítószerügyi szakértői csoport tevékenységének lehetővé tétele,
- c. a szükséges információk és adatok biztosítása a szakértői csoport részére,
- d. a kábítószerügyi felügyelő bizottsággal való együttműködés megszervezése.

(2) Az (1) bekezdésben megjelölt feladatokat az intézmény vezetője látja el, s e tevékenységéről évente tájékoztatja az intézmény fenntartóját²³.

[...] § (1) A szakértői csoport vezetőjét és tagjait határozatlan időtartamra - szakmai és személyes alkalmasságuk alapján - az intézmény vezetője²⁴ az intézmény munkatársai, és külső szakemberek közül kéri fel.

(2) A szakértői csoport legalább [...], legfeljebb [...] tagból áll. A szakértői csoportban való tagságról a tag bármikor lemondhat, s e tisztségéből bármikor visszahívható.

(3) A szakértői csoport a következő feladatok ellátásáért felelős²⁵:

²² Rugalmasan alakítható az adott szervezeti struktúra működése szerint.

²³ A szervezet felépítése függvényében változhat.

²⁴ A szervezet felépítése függvényében változhat.

- a. a rendelkezésre álló, szenvedélyproblémával kapcsolatos információk rendszeres időközönkénti, de legfeljebb évenkénti áttekintése;
- b. a „kielégített” igények feltárása, a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása;
- c. a „kielégítetlen” szükségletek feltárása azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem fedi le;
- d. a szükségletelhordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező csoportok, vagyis az ellátórendszeren kívüli, rejtőzködő szerhasználók feltérképezése;
- e. hiányelemzés, ezen belül:
 - az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek,
 - addikció-specifikus szükségletek,
 - lakhatással kapcsolatos szükségletek,
 - foglalkoztatási szükségletek,
 - a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek feltárása és összegyűjtése;
- f. az a-e. pontok teljesítése során szerzett tapasztalatok értékelése és az ellátás-fejlesztési, és - tervezési prioritások meghatározása,
- g. kapcsolattartás a helyi *Kábítószerügyi Egyeztető Fórummal/Kábítószerügyi Felügyelő Bizottsággal*²⁶, ezen belül különösen éves összefoglaló megküldése az a-e. pontokban foglalt tevékenységek eredményeiről, javaslatairól.

(4) A szakértői munkacsoport tagjainak feladatait a munkaköri leírásukban/szerződésükben kell rögzíteni.

²⁵ A VII.3.2. pontban felvázolt feladat-felelős ajánlások alapján.

²⁶ A nem kívánt rész törlendő.

(5) A szakértői munkacsoportban részt vevő külső szakértőkkel kötött szerződésekben a (3) bekezdésben részletezett feladatok közül azokat kell feltüntetni, melyek ellátására az intézmény e szakértővel szerződést köt.

...”

Szervezeti és működési szabályzatba illeszthető rendelkezés-minta²⁷

- a KEF-bázisán létre jövő Felügyelő Bizottságra vonatkozóan -

„ ... számú Fejezet/Cím: **A kábítószerügyi felügyelő bizottságok megszervezése**

[...] § (1) A KEF részt vesz a kábítószer-problémákkal küzdők számának és igényeinek felmérésében, összegyűjtésében és értékelésében felügyelő bizottság megalakításával és működtetésével vesz részt.

[...] § (1) A felügyelő bizottság tagjait határozatlan időtartamra - szakmai és személyes alkalmasságuk alapján – a KEF elnöke és társelnöke²⁸ kéri fel. A felügyelő bizottság a vezetőjét saját ügyrendje szerint maga választja.

(2) A felügyelő bizottság legalább [...], legfeljebb [...] tagból áll. A felügyelő bizottsági tagságról a tag bármikor lemondhat, s e tisztségéből bármikor visszahívható.

(3) A felügyelő bizottság a következő feladatokat látja el²⁹:

- a. a szükséglet-meghatározás folyamatának előkészítése;
- b. a rendelkezésre álló, szenvedélyproblémával kapcsolatos információk rendszeres időközönkénti, de legfeljebb évenkénti áttekintése, a kapott adatok értelmezése;
- c. a monitoring-rendszer kialakítása;

²⁷ A KEF SzMSz-ébe illeszthető rendelkezések.

²⁸ Az adott KEF felépítése függvényében változhat.

²⁹ A VII.4. pontban felvázolt feladat-felelős ajánlások alapján.

- d. az ellátó intézmények evaluációja;
- e. a kezelőrendszer feltérképezése, valamint a kliens-profilok megalkotása, szolgáltatás-térkép készítése, kliens-profil meghatározása;
- f. hiányelemzés,
- g. kapcsolattartás a helyi szakértői munkacsoportokkal, eredményeik összefogása, értékelése;
- h. az ellátás-fejlesztési, és ellátás-tervezési prioritások meghatározása közép-és hosszú távra;
- i. az összegyűjtött adatok, értékelések, szolgáltatási-térkép és kliensprofil prezentálása a döntéshozók felé.

...”

Források jegyzéke

Bourdieu P (1983): Ökonomische Kapital, kulturelles Kapital, sociales Kapital. Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Lengyel György és Szántó Zoltán (szerk.): Tőkefajták: A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája, 1998. Budapest: Aula, 155-176 old.

Coleman J (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. American Journal of Sociology 94:95-120. In: Lengyel György és Szántó Zoltán (szerk.): Tőkefajták. A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája, 1998. Budapest: Aula, 11-45 old.

Czakó Á és Sik E (1995): A hálózati tőke szerepe Magyarországon a rendszerváltás előtt és után
2000, 1995, 7:3-12 old.

Eörsi Gyula (1961): A jogi felelősség alapproblémái. A polgári jogi felelősség. Budapest, Akadémiai Kiadó

Granovetter M (1973): The Strenght of Weak Ties. American Journal of Sociology, 78, 1360-1380.

Granovetter M (1982): A gyenge kötések ereje. A hálózatelmélet újragondolása. In: Angelusz Róbert és Tardos Róbert (szerk.): Társadalmak rejtett hálózata. Budapest, Magyar Közvéleménykutató Intézet, 1991.

Larsena JB, Vrangbæk K és Traulsen JM (2006): Advocacy coalitions and pharmacy policy in Denmark—Solid cores with fuzzy edges. Social Science & Medicine 63,1:212-224

Novák István: Felelősség – jogi felelősség – eljárásjogi felelősség. In Ünnepi tanulmányok Novotni Zoltán 60. születésnapja alkalmából. Miskolc: ME, 1991, 247skk.

Putnam R (2000): Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York, etc: Simon & Schuster.

Putnam R (2001): Social capital measurement and consequences. Isuma, 2(1) Spring.
http://www.isuma.net/v02n01/putnam/putnam_e.shtml

Sabatier PA (1998): The advocacy coalition framework: Revisions and relevance for Europe. Journal of European. Public Policy, 5(1), 98–130.

Sabatier PA és Jenkins-Smith H C (1999): The advocacy coalition framework: An assessment. In P. A. Sabatier (Ed.), Theories of the policy process (pp. 117–166). Boulder & Oxford: Westview Press.

Szilágyi Péter: A jogi felelősségi rendszer sajátosságai és alapkategóriái. Jogtudományi Közlöny, 1986/41, 597.

106/2009. (XII. 21.) Országgyűlési határozat a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról