

## A TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt eredményeiről

A „Szociális szolgáltatások modernizációja” elnevezésű TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt a szociális szolgáltatások megreformálására, a központi és területi stratégiai kapacitások megerősítésére, valamint a szociálpolitikai döntések megalapozására hivatott, ezáltal a szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer korszerűsítésének, hatékonyabbá, eredményesebbé, átláthatóbbá tételének egyik legfontosabb mérföldkövévé válnak.

A projekt elsődleges célja, hogy – a szakterületi pillérei által – a szociális és gyermekvédelmi döntéshozók, valamint a hatékonysági, finanszírozási funkciókat gyakorlók számára fontos információkat, tervezési, fejlesztési, szabályozási, módszertani és ellenőrzési eszközöket tartalmazó fejlesztéseket, kutatásokat végezzen. A projekt 2009 decembere és 2011 decembere között valósult meg.

E komplex, az érintett szakterületeken dolgozók bevonásával megvalósuló program első szakaszában – sok más eredmény mellett – elkészült, és modellezésre került a szociális szolgáltatások szakmai szabályozó rendszere és tevékenység-adminisztrációs rendszerének leírása a szolgáltatások három területén (gyermekvédelem, idősek számára nyújtott bentlakásos intézmények, családsegítő szolgáltatások). Kidolgoztuk a fogyasztóvédelem irányelveit, az addiktológiai ellátórendszerek fejlesztését megalapozó átfogó felmérések készültek, továbbá sor került a társadalom peremén élők élethelyzetének, szükségleteinek felmérését szolgáló kutatásokra.

Jelen írás a projekt első szakasza két évének legfőbb eredményeit, az egyes szakterületek (pillérek) munkatársainak kutatásait, fejlesztéseit, tapasztalatait foglalja össze. A fejlesztési és kutatómunkában az egyes szakterületeken dolgozók is aktívan részt vettek.

### Szabályozási pillér

A szabályozási pillérben a gyermekvédelem, a családsegítő szolgáltatások, valamint a bentlakásos idősellátás területén került sor szakmai szabályozó anyagok elkészítésére. A három szakterületen a felkért szakem-

berek különböző, területenként eltérő típusú szabályozókat dolgoztak ki. A gyermekvédelem számára elsősorban protokollok kialakítására volt szükség, mivel az irányelvek és sztenderdek a jogszabályokban megtalálhatók. A családsegítés területén mind sztenderd-, mind protokollszerű produktumok létrehozását szükségesnek vélték a szakértők. Ezzel ellentétben a bentlakásos idősellátás területén a jelenlegi gyakorlatból kiindulva szakmai sztenderdek megalkotására törekedtek. Az elkészült szabályozó anyagok olyan eszközöket biztosítanak, amelyek az egyes szolgáltatási elemek tartalmának rögzítésével egyrészt képesek a jelenlegi szolgáltatások feltételrendszerének tematizált összegzésére, másrészt az aktuális szabályozás ellentmondásainak kiemelésével egy valóban koherens struktúra létrehozásához nyújtanak kiindulópontot.

### Gyermekvédelem

A gyermekvédelem területén az előzetes vizsgálatok azt mutatták, hogy a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek esetén a megfelelő szintű ellátás hiányát az egyes szolgáltatások kapcsolódási pontjainak tisztázatlansága, illetve ezzel szoros összefüggésben a szolgáltatói oldal szereplőinek nem egyértelmű kompetenciahatárai okozzák. Ezt felismerve az egyes tevékenységek pontos tartalmi leírására törekedtek a szakemberek, ami a visszajelzések alapján hatékony és célzott segítséget képes nyújtani mind a pályakezdők, mind a jelentős rutinnal rendelkező munkatársak részére.

A gyermekellátásoknak az a feladata, hogy szolgáltatásaikat úgy szervezzék, hogy az országban élő minden gyermek egyenlő eséllyel férjen hozzá az életkorának és szükségleteinek leginkább megfelelő, minőségi ellátáshoz. A jelenleg működő ellátórendszer ma sajnálatos módon nem képes ennek az elvnek a maradéktalan megvalósítására.

A gyermekvédelem szakmai szabályozói elkészítésének lehetőségét a gyermekvédelmi törvény, és az eltelt években végbement, a gyermekvé-

delem minden elemére kiható változások alapozták meg. Az eltelt 14 év alatt felhalmozódott tapasztalatok elengedhetlenné teszik a szakmai szabályok megfogalmazását. Az ezekben foglalt lépések, eljárási folyamat tartalmát tekintve a szükségletek kielégítésének olyan feltétel-, ismeret-, módszer- és követelményrendszereként áll elő, amit a szakma önmagával szemben támaszt. A szakmai szabályok közül a gyermekvédelem számára elsősorban a protokollok kialakítása szükséges, mivel az irányelvek és sztenderdek a jogszabályokban megtalálhatók. A gyermekvédelmi szakmai szabályzók leírják, hogy milyen esetben mit kell megtenni a gyermek érdekében, milyen tárgyi feltételek között milyen szakemberekre és milyen számban van szükség ahhoz, hogy „elég jó” szolgáltatást tudjon biztosítani az adott fenntartó.

### **Családsegítő szolgáltatások**

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban: Szt.) hatálybalépése óta eltelt időszakban jelentős változások mentek végbe a szociális szolgáltató rendszerben mind mennyiségi, mind minőségi értelemben. Ezekre reflektálnak a szabályozási pillér keretében elkészült produktumok. A szabályozók „magja” a „Családsegítés minimumsztenderd”, melyhez szervesen kapcsolódnak a családsegítés egy-egy területét szabályozó dokumentumok. A „Családi szociális munka” megalkotásával a komplex családsegítés újbóli életre hívása a cél úgy, hogy közben a módszer alapvető követelménye, a rendszerszemlélet újra tudatosodjon. A munkanélküliek képezik a családsegítés szolgáltatás egyik kiemelt célcsoportját. A „Szociális munka munkanélküliekkel” szabályozó dokumentum tartalma nem korlátozódik a hatályos jogszabály alapján a családsegítő szolgálattal együttműködésre kötelezett munkanélküliek számára nyújtott szociális szolgáltatásokra. A családsegítés szolgáltatást igénybe vevők között szintén magasan reprezentált az adóssághoz kapcsolódó lakhatási problémákkal küzdők köre. Ebben a szabályozó anyagban elkülönítésre kerülnek a minimális és speciális szolgáltatási tartalmak. Rövid távon az Szt.-ben szabályozott adósságkezelési szolgáltatást nem biztosító települési önkormányzatok számára is bevezetésre ajánlja a minimális szolgáltatás biztosítását. Hosszú távú célként fogalmazódik meg – a szociális munka

munkanélküliekkel szabályozó anyaggal összhangban – egy olyan differenciált szolgáltatási modell kiépítése, amely a minimális és speciális szolgáltatások lineárisan egymásra épülő – jogilag szabályozott – rendszerén alapszik. „A jelzőrendszer kiépítése és működtetése a családsegítő szolgálatoknál” két szinten határozza meg a családsegítő szolgálatok szerepét a települési veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő és jelzőrendszerének működtetésében. Egyrészt világosan és részletesen leírja a jelzőrendszer megszervezésének és folyamatos működtetésének módját, a jelzésekre kötelezően és elvárhatóan megteendő családgondozói lépéseket. Másrészt bemutatja a családsegítő szolgálat települési szociális ellátórendszerben betöltött szervező, koordináló szerepét. A családsegítés jelenlegi dokumentációs rendszerével kapcsolatban számos gyakorlati probléma merül fel, melyek elsősorban a szabályozás hibáira vezethetők vissza, ezen kíván javítani néhány, a tevékenység-adminisztráció területével foglalkozó szabályozó. A dokumentumok leírják és rendszerezik mindazokat a folyamatokat, tevékenységeket, eseményeket, kapcsolatokat és feltételeket, melyek egy meghatározott szolgáltatási eredmény eléréséhez szükségesek.

### **Bentlakásos idősellátás**

Magyarországon közel 700 intézmény kínál átmeneti vagy tartós bentlakásos elhelyezést időskorúak számára. Ebből az időskorúak tartós bentlakásos ellátását 40 047 férőhelyen biztosították a 2009-es évben. Mindemellett érdekes megemlíteni a várakozók számára vonatkozó adatot, mely 10 364 főt jelentett az elmúlt évben. Tehát nagyon nagy az igény a tartós bentlakásos elhelyezés iránt, a működő férőhelyek számához viszonyítva 25% a várakozók aránya. Ha ezzel párhuzamba állítjuk azt a közel 6000 fős számadat, mely az intézményi férőhelyekről kikerültek számát jelenti, akkor láthatjuk, hogy a 15%-os arányszámnak megfelelően a várakozási idő egy-egy idősothtoni elhelyezés esetében meghaladja az egy évet. Az elmondottakkal szoros összefüggésben a bentlakásos idősellátásban már a mai keretek között is erőteljesen dominál az állami szolgáltatásvásárlás. A szociális sztenderdek megalkotása során alapvetően a jelenlegi gyakorlatból kell kiindulni: a szakmai elvek és értékek által kifeszített értelmezési keretben kell leírni azokat a gyakorlatokat és eljárásokat, amelyek egy ellátási feladat végrehajtásához szükségesek. Azon-

ban az ellátórendszer jövőben tételezett struktúráját és működésmódját is tekintetbe kell venni annak érdekében, hogy a kidolgozott szttenderdek a jövőbeni szolgáltatásrendszerben – a szükségessé vált módosításokkal – eredményesen funkcionáljanak.

A fentiekből olyan szakellátási jövő kalkulálható, amely magasan professzionalizálódott, s ahol magasan képzett munkatársak dolgoznak. Az idősellátás szociális jellege jelentősen gyengül, és benne az ápolási és szakápolási tevékenység felerősödik. A szabályozási munka során elsődleges szempont volt az idősök jogainak érvényesülése a szolgáltatások biztosításának folyamatában. Minderre a következő alapelvek figyelembevétele mellett került sor: választás lehetősége, valós teljesítmény mérése, szerződéses viszony, jogérvényesítés, elszámolhatóság, belső szakmafejlesztés, illetve hatékony közpénzfelhasználás.

### Tevékenységadminisztrációs pillér

A tevékenységadminisztrációs fejlesztés célja az volt, hogy két szociális terület – a bentlakásos idősellátás, illetve a családsegítő szolgáltatások –, valamint a gyermekjóléti alap- és gyermekvédelmi szakellátások adminisztrációjának informatizá-

lásához szakmai inputot adjon a szoftverfejlesztésért felelős TÁMOP 5.4.2. számára. Ezt megalapozandó, három bevezető tanulmány készült az idősbentlakásos ellátás, a családsegítők és a gyermekjólét, gyermekvédelem jelenlegi adminisztrációs gyakorlatáról, informatikai/humán felkészültségéről, tehát a (nagyreszt papíralapú) adminisztrációs rendszer továbbfejlesztésének várható problémáiról. A fejlesztés két éve alatt a három terület egy-egy kulcsszakértőjének vezetésével kilenc idősbentlakásos, 10 családsegítő, és összesen 35 gyermekjóléti/gyermekevédelmi szakember dolgozott együtt öt folyamatszabályozási, illetve három indikátorszakértővel. Mintegy 185, egész napos megbeszélés és 3000-nél is több levélváltás eredményeként jött létre a teljes adatlap- és űrlaprendszer. Az adatlaprendszer a szakmai folyamatok hierarchikusan összekapcsolódó, grafikusán megjelenített ábráit, a felelős személyeket és intézményeket megnevező folyamatleírást tartalmazza, az űrlaprendszer pedig a napi munka részeként végzett adminisztráció adattartalmainak gyűjteménye, mely megfeleltethető a szakmai folyamatokat megjelenítő folyamatábrák egységeinek. Azaz e két, egymást feltételező produktum segítségével időben és térben egyaránt nyomon követhető, hogy a szakmai folyamatok során milyen adattartalmakat



rögzítenek az adminisztrációért felelős munkatársak. A folyamatúrlapok mezőiből mutatószámokat (indikátorokat) képezve számítási módjuk automatizálható lett: lekérdezhetővé tételük a jövőben nagyban megkönnyíti az OSAP-adatszolgáltatást. A végfelhasználók munkáját segítő, egy definíciós lista is rendelkezésünkre áll, mely a hatályos jogszabályok magyarázatán túl lehetővé teszi, hogy a napi munka részét képező fogalmak használata mindenki számára egységes legyen.

Az adatlap- és űrlaprendszer elkészültének fázisait többszörös kontroll kísérte: a tevékenység-adminisztrációs fejlesztés produktumait jogi és informatikai kulcsszakértő véleményezte, biztosítva a jogszabályoknak és az informatikai követelményeknek való együttes megfelelést; elkészült a szoftverigény-definíció, mely a TÁMOP 5.4.2. informatikai fejlesztésével szembeni, felhasználói szintű igényeket rögzítette. A tevékenység-adminisztrációs pillérben zajló munka egyes fázisait megörökítő, területek szerint csoportosított produktumok letölthetők a <http://modernizacio.hu> honlap II. pillér menüpontjából.

### További célok

A szociális szféra nagyon sokfajta tevékenységet ölel fel, ebből következően informatikai és adminisztrációs helyzete is heterogén. Természetesen a diverzifikált tevékenységi kör különböző szintű eszközökkel, illetve eszközparkkal párosul – ennek megfelelően a fejlesztés irányai és lehetőségei is igen változatos képet mutatnak. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy a különböző szolgáltatások esetén a szolgáltató intézmények között nemcsak állami, hanem önkormányzati, egyházi, civil, sőt piaci szervezeteket is találhatunk, ami különböző fenntartókkal, tulajdonosokkal és finanszírozással jár. Ugyanakkor általánosságban elmondható, hogy a szektor informatikai rendszerekkel való ellátottsága – akár az oktatáshoz, akár az egészségüghöz képest is – elmaradott. A további fejlesztéseknek tehát egyaránt figyelembe kell venniük az elektronikus adminisztráció valós hardver- és szoftverigényét, képzéseket kell biztosítani a szociális és gyermekvédelmi szakemberek számára, továbbá – az adminisztráció szélesebb körre kiterjedő egységesítésére, valamint az igénybe vevők által is elérhető információs felület („kliens-életút”) biztosítására

egyaránt törekedve – egyéb szociális területeket is be kell vonnia a fejlesztésbe, és magát a lakosságot is informálnia kell az információs szolgáltatások egyre szélesedő spektrumáról.

### Módszertani, szolgáltatástervezési pillér

A TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt módszertani, szolgáltatástervezési pillérének működése abban tér el a másik két tematikus szociális pillértől (tevékenység-adminisztrációs és szabályozási), hogy több, a szociális szakma mindennapi gyakorlatát fejlesztő, valamint a szolgáltatások működésének megismerését elősegítő tevékenység mentén járul hozzá a modernizációs célok megvalósításához. Fentiek tükrében a pillér öt fő fejlesztési területen járul hozzá az ellátórendszer hatékonyságának javításához: szociális szolgáltatások és gyermekvédelmi ellátások szakmai ellenőrzési, eljárási és engedélyezési rendszerének fejlesztése; a szociális ágazat általános fogyasztóvédelmi irányelveinek kidolgozása; az önkormányzatok szociális szolgáltatástervezési gyakorlatának felmérése és támogatása; 4) szociális szolgáltatások működési hatékonyságának felmérése; szociális szakemberek sok szempontú kompetenciafejlesztése.

A szakmai ellenőrzési rendszer fejlesztése során a projekt kiemelt szociális és gyermekvédelmi szakterületeit vettük figyelembe. A szociális ágazatból a családsegítést végző, valamint a bentlakásos idősellátást biztosító intézmények, míg gyermekvédelmi részről az átmeneti gondozási formák (családok és gyermekek átmeneti otthonai), a bölcsődei ellátás, a gyermekjóléti szakszolgálatok, a gyermekotthonok és lakásotthonok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok és a nevelőszülői ellátás kerültek kiemelésre. Így összesen 10 ágazati ellátási forma teljes ellenőrzési rendszerét dolgoztuk ki az ellenőrzést végző szerv kijelölésétől egészen az ellenőrzési jegyzőkönyvek leadásáig terjedően. Az elkészült szakmai anyagokat több tucat szakértő véleményezését követően juttattuk el a modellezést végző szociális módszertani intézményeinknek, amelyek közel száz modellhelyszínen tesztelték a fejlesztések gyakorlati működtethetőségét. Munkánk során kiemelt jelentősége volt a hatósági és szakmai ellenőrzési gyakorlatok funkcionális szétválasztásának, az ellenőrzési folyamat átláthatóvá, kiszámíthatóvá és egységessé tételének, valamint az ügyfélszempontok érvényesítésének.

Egyik legfontosabb fejlesztésünk a *szociális ágazat fogyasztóvédelmi irányelveinek kidolgozása* volt. Az építkezést ugyanis a folyamat elején kellett kezdenünk, mivel a szociális szolgáltatások területén nem beszélhetünk működő fogyasztóvédelmi rendszerről. A tevékenységnek különösen nagy jelentősége van az átalakuló, számos területen piacosodó szolgáltatási környezetben, ahol a fogyasztói jogi garanciák érvényesítése elengedhetetlen a leginkább rászoruló, csökkent igényérvényesítési képességgel rendelkező csoportok minőségi ellátáshoz való jutása érdekében. Az irányelvek ki-munkálásánál figyelembe vettük az Európai Unió ajánlásait, a hazai intézményi jó gyakorlatokat, valamint az ombudsmani jelentésekben megfogalmazott leggyakoribb fogyasztói panaszokat. Összesen 11 fogyasztójogi garanciát dolgoztunk ki, amelyek többek között foglalkoznak az ügyfelek magántulajdonhoz, személyes szabadsághoz és biztonsághoz, tájékoztatáshoz, személyes adatokhoz és képviselőhöz kapcsolódó alapvető jogaival.

Az *önkormányzatok szociális szolgáltatástervezésének elemzése* során 610 települési és megyei önkormányzat, kistérségi társulás és mikrotérség, valamint fővárosi kerület koncepcióját vizsgáltuk meg három átfogó kutatás keretében. Megállapítottuk, hogy a szolgáltatástervezési koncepciókészítés jelenlegi gyakorlata meglehetősen széttagolt, az egyes koncepciók tartalmilag és formailag nagyon különbözőek, a fejlesztések pedig ritkán alapulnak tényleges lakossági szükségletfelmérésen. A tervezési munka funkcionális hatékonyságának javítása érdekében szakértőink javaslatokat fogalmaztak meg, amelyek elősegítik a dokumentumok egységesítését, a különböző közigazgatási szintek közötti megfeleltethetőséget, továbbá a speciális szociális szükségletek kielégítését. A pillérben elkészült tervezés-módszertani háttéranyagokat egy szolgáltatástervezési kézikönyv formájában jelentettük meg, és tettük elérhetővé az önkormányzatok szolgáltatástervezéssel foglalkozó munkatársai számára.

A *szociális szolgáltatások felmérése* során a pillérrel együtt dolgozó módszertani intézmények közel 850 szociális alap- és szakosított szolgáltatás működésének hatékonyságát vizsgálták meg különböző kvalitatív és kvantitatív kutatási technikákkal. Elemzésünk kiterjedt a szolgáltatók együttműködési mintáinak feltérképezésére, a szolgáltatási tartalmak meghatározására, valamint az ügyfélutak vizsgálatára (egy esetalapú problémaanalízis érdekében). A be-

érkezett adatokból kiderült, hogy a szolgáltatórendszer meglehetősen merev szerkezetű, kevés az igazán innovatív szolgáltatási tartalom. Az intézmények viszonylag gazdag kapcsolati hálóval rendelkeznek, de ezek a kapcsolatok meglehetősen alacsony intenzitásúak, és többnyire az ágazaton belülről korlátozódnak. Az ügyfélút-elemzésnél kitűnt, hogy nincs a rendszeren belül hatékony klienskoordináció, az intézmények túlterheltek, valamint a hiányzó kapacitások és jogositványok miatt többnyire csak tüneti problémakezelésre van erejük.

*Szociális szakemberek kompetenciafejlesztése* egy 15 alkalomból álló műhelysorozaton került sor. A szociológia, a szociális munka, valamint az elméleti és gyakorlati pszichológia eszköztárának felhasználásával olyan sokszempontú tudanyagot hoztunk létre, amely hosszú távon segíti a szociális szakemberek problémafelismerési és esetmenedzseri tudásának fejlesztését.

### Kábítószerügyi pillér

A kábítószerügyi pillér fő célja az *integrált addiktológiai ellátások fejlesztése* volt. Az integráció a pillér munkájának keretében nem csupán az egyes – szociális és egészségügyi – ellátások közötti összehangoltság elősegítését jelentette, hanem abban is érzékelhető volt, hogy a projekt többi pillérének fő célkitűzéseit is magába foglalta. Így a pillér munkáján belül megjelent a szabályozás, a tevékenység-adminisztráció, a módszertani fejlesztések, és a kutatás is. Az integrált addiktológiai ellátások fejlesztését a pillér a szükségletekre alapozva kívánta megvalósítani. Célja volt, hogy modellprogramok keretében helyi szakemberek végezzék el az adott területre vonatkozó szükségletek feltárását, és ahhoz illeszkedve tervezzenek, majd hajtsanak végre fejlesztéseket az addiktológiai ellátórendszerben. További fontos törekvése volt a pillérnek, hogy lendületet adjon a minőségügyi fejlődésnek egyes szolgáltatások esetében, s ehhez szakmai szabályozó anyagokat dolgozzon ki.

A pillér munkájában a helyi fejlesztések négy modellhelyszínen tudtak megvalósulni. A négy helyszín kiválasztásában fontos szerepet kapott az adott terület kábítószer-problémára vonatkozó érintettsége, és a helyi addiktológiai ellátórendszer kiépítettsége. Így esett a választás *Miskolcra, Dunaiújvárosra, Észak-Pestre és Észak-Bu-*

dára. A minőségügyi fejlesztések ugyanakkor bizonyos szolgáltatástípusokhoz kapcsolódtak. Négy szolgáltatás esetében került kidolgozásra egy-egy szabályozó dokumentum: *plázákban/bevásárlóközpontokban/lakótelepeken csellengő fiatalok számára létesített célzott prevenciós programok; zenés-táncos szórakozóhelyeken működtetett célzott prevenciós és ártalomcsökkentő programok; megelőző-felvilágosító szolgáltatás; illetve tücsereprogramok.*

A pillér tevékenységét négy fő modulra bonthatjuk: szükségletmeghatározás; ellátástervezés; modellprojektek (fejlesztés, értékelés és elterjesztés); és szakmai szabályozás. Mind a négy folyamat esetében számos szakértői anyag – módszertani útmutató, tanulmány, kézikönyv stb. – készült egy ún. nemzeti szakértői gárda részvételével. A projekt során hozzávetőlegesen 130 tanulmány született a pillér munkatársainak közreműködésével.

A *szükségletmeghatározás* folyamatában első lépésként módszertani anyagok láttak napvilágot: több tanulmány, kézikönyv, illetve szakmai felkészítés segítette a négy modellhelyszín szakértői munkacsoportját abban, hogy elsajátítsák a szükségletfelmérés módszertanát. Ezt követően mind a négy helyszínen lezajlott egy-egy komplex szükségletfelmérés, amelynek keretében a helyi szakemberek feltárták a kezelésben lévő és kezelésbe nem kerülő (rejtőzködő) szerhasználók szükségleteit, jellemzőit és elégedettségét, a helyi ellátórendszer jellegzetességeit és hiányosságait, illetve a helyi szakemberek tudását, attitűdjeit és fejlesztési javaslatait. Dunaújvárosban – ahol jelentős a szerhasználók aránya, és az ellátórendszer kiépítettsége rendkívül alacsony szintű – a szenvedélybetegek részéről az alábbi új szolgáltatások iránt fogalmazódnak meg igények: drogambulancia, tücsereprogram, közösségi ellátás, önszorgító csoport, félutasház, rehabilitációs program, illetve védett munkahely. Kiderült továbbá, hogy a helyi szakemberek ismeretei nagyon hiányosak, valamint, hogy a rejtőzködő szerhasználók különböző okok miatt nem merik igénybe venni a létező szolgáltatásokat. Például félnek a lebukástól, szégyellik a problémájukat, illetve nem bíznak a kezelőhelyek titoktartásában. Miskolcon gyakorlatilag két szervezet biztosítja a szenvedélybetegek ellátását a városban, azaz itt is észlelhetünk hiányosságokat. Megjelentek igények a meglévő szolgáltatások fejlesztésére vonatkozóan: a kliensek nehéznek tartják a bejutást a metadon-fenntartó kezelésbe, illetve rugalmasabb ügyfélfogadást szeretnének. Továbbá új

szolgáltatások kialakítására vonatkozóan is szükségletek fogalmazódtak meg a szerhasználók részéről: a szociális szolgáltatások, kórházi ellátás, rehabilitáció, önszorgító csoport, lelki segítségnyújtás, illetve gyermekfelügyelet hiányoznak a szenvedélybetegek megfelelő ellátásából. Ebben a városban is megjelent, hogy a szakemberek ismeretei hiányosak, a rejtőzködő szerhasználók pedig főként családi problémákkal küszködnek, azonban szívesen bekerülnének a metadon-programba. Észak-Pesten a droghasználókkal foglalkozó intézmények száma aránylag magas, azonban több ellátási forma itt is hiányzik – pl. nappali ellátás, védett munkahely, védett szállás. A kliensek felől igényként fogalmazódott meg a könnyebb bekerülés a metadon-fenntartó programba, illetve a rugalmasabb ügyfélfogadás, nyitva tartás. Az Észak-Pesten rejtőzködő droghasználók magatartása rendkívül kockázatos (pl. közös tűhasználat), és főként az alacsony küszöbű/ártalomcsökkentő szolgáltatásokat, és klasszikus szociális és egészségügyi ellátásokat vennék igénybe. Észak-Budán a kliensek körében szükségletként jelent meg az intézmények nyitva tartásának és megközelíthetőségének javítása, illetve a várólista csökkentése. Jellemző a szerhasználókra a többszörös droghasználat és a hosszú drogkarrier. Leginkább egyéni konzultációra; szociális, családi és jogi jellegű tanácsadásra; HIV- és Hepatitisz-szűrésre és szubsztitúciós programokra lenne szükségük. A rejtőzködő droghasználók számára a legnagyobb problémát az interperszonális kapcsolataik, illetve a rendőrség jelentik.

Az *ellátástervezés* folyamatában szintén számos szakmai módszertani anyag készült, és egy nemzetközi konferencia is lezajlott a témában. A négy modellhelyszín a helyi szükségletek feltárására alapozva kezdte meg az ellátások tervezését, mindezt a helyi döntéshozókkal való egyeztetések fényében. Az ellátások tervezése kapcsán fontos fejlesztése volt a pillérnek a Magyarországi Addiktológiai Ellátások Portáljának – [www.addiktellatasok.hu](http://www.addiktellatasok.hu) – kialakítása. A portál az addiktológiai ellátás területén dolgozó szakemberek számára jött létre azzal a céllal, hogy a helyi szükségletalapú tervezés folyamatát támogassa, és országos szinten képet adjon az addiktológiai ellátórendszer hiányosságairól.

A *modellprojekt* keretében mind a négy modellhelyszínen konkrét fejlesztések valósulhattak meg. Dunaújvárosban megkezdődött egy nappali ellátás és egy alacsony küszöbű szolgáltatás beindítása, továbbá egy komplex ifjúsági szolgál-

tatás, és egy partiszerviz szolgáltatás kialakítása is elindult. Miskolcon bővült az Avason már működő alacsony küszöbű szolgáltatás, emellett egy új alacsony küszöbű szolgáltatás kezdte meg működését a Vasgyár területén. Ezek mellett a drogambulancia megkereső szolgáltatásának kapacitásbővítése is a fejlesztések része volt. Észak-Pesten a korai kezelésbe vételt szolgáló megkereső munka koordinációs rendszerének kialakítása történt meg, illetve kidolgozásra került egy ún. „regionális infólap” a helyi szervezetek és szolgáltatók számára a továbbírás céljára és megkönnyítése érdekében. Észak-Budán az utcai megkereső munka bővítése és asszertív utcai megkereső kialakítása zajlott, illetve megkezdődött a korai jelzőrendszer megerősítése is. A helyi fejlesztések értékelése is megvalósult a projektben, továbbá az eredményeket számos szakmai találkozó, workshop, rendezvény tette ismertté az ország egész területén.

A pillér keretében összesen 13 darab kiadvány (8 kötet és 5 brosúra) készült el, illetve az elkészült szakanyagok mindegyike online elérhető a [www.modernizacio.hu](http://www.modernizacio.hu) oldalon.

### Kutatási pillér

A TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt keretein belül a kutatási pillér feladata olyan kutatómódszertani megoldások kialakítása volt, melyek lehetővé teszik a szegénységgel, illetve a társadalmi kirekesztéssel fenyegetett csoportok életkörülményeit feltáró kutatásokat. Két csoportot vizsgáltunk, melyek a társadalom peremére szorultak. A romák és a fogyatékos emberek körében végzett kutatásaink számos – tudományos (szociológiai, kutatási) kérdések megválaszolásán túl szolgáltatásmódszertani fejlesztések során felhasználható – eredményre vezettek.

A kutatások alapsokaságát kijelölő meghatározások változatossága miatt az érintett csoportokat komplex módon közelítettük meg. A minták nagysága 2x2000 fő volt, akiket kérdőíves úton kérdeztünk meg alapvető szociodemográfiai adataikról, egészségi állapotukról, munkaerő-piaci helyzetükről, családi és lakóhelyi viszonyaikról, jövedelmi helyzetükről, szociális fogyasztásukról. Kutatásainkban elvárás volt, hogy nemzetközi viszonylatban is összevethető adatokat kapjunk mindkét népesség életkörülményeiről.

A *roma-/cigánykutatások* esetében az eltérő

megközelítéseket az okozta, hogy a tudományos diskurzusokban kétféle módon határozzák meg, ki a roma/cigány. Az egyik mintába („A”) azon magánháztartásban élő 16–64 éves korú személyek kerültek, akikről a helyi roma vezető, a helyi cigány kisebbségi önkormányzat, illetve más roma érdekvédelmi és civil szervezetek képviselői mondták azt, hogy romák. A mintakeretet tehát azon személyek alkották, akiket a *saját roma környezetük* romának tart. A párhuzamos „B” kutatásban a helyi *nem roma környezet* besorolása adta a mintakeretet. A romák környezetében élő, velük foglalkozó, jellemzően nem roma intézmények képviselői a települési önkormányzat tisztviselői: a polgármester, a jegyző, a szociális iroda vezetője, a helyi pedagógusok, a családsegítő, illetve gyermekjóléti szolgálat munkatársai nyilatkoztak arról, hogy az adott településen hol található romák. Mindkét esetben a mintakeret összeállítása után véletlen kiválasztással történtek meg az interjúk.

A két megközelítés két eltérő sokaságot ír körül főbb jellemzőiket tekintve: a „B” kutatás által leírt népesség rosszabb helyzetben lévő csoport a munkaerő-piaci, iskolázottsági, jövedelmi, lakókörnyezeti szempontokat tekintve. Ha azonban a teljes, aktív korú népességhez viszonyítjuk az adatokat, a különbségek összemosódnak a két csoport között, mivel az eltérések a teljes, aktív korú népesség és a két csoport együttese között jelentősebbek – pl. a rendszeres munkavégzést tekintve a foglalkoztatottak aránya a teljes, aktív korú népességben 56%, míg a romák esetében 22% („A”), illetve 17% („B”).

A romák felemelkedését a magas színvonalú és integráló oktatás segítené leginkább. Egy diplomás romának 18-szor akkora esélye van elhelyezkedni, mint egy 8 általánossal sem rendelkezőnek. A települési hierarchia is számottevő esélykülönbséget mutat: egy budapesti romának ötször nagyobb az esélye a munkavállalásra, mint egy kistéleplésen élőknek.

A *fogyatékos emberekre irányuló kutatások* célja az volt, hogy átfogó és hiteles adatokat biztosítsanak. Ehhez hasonló országos reprezentatív, minden fogyatékoságtípusra kiterjedő kutatás nem volt korábban Magyarországon. A vizsgálatunk két megközelítésből indult ki: egy belső (önminősítés) és egy külső minősítésből. A „C” kutatásban azt tekintettük fogyatékos személynek, aki rendelkezik olyan tartósan fennálló testi vagy pszichés problémával, ami akadályozza őt minden-



napi tevékenységeiben. A „D” kutatásban azokat az egészségkárosodott (korábban megváltozott munkaképességűnek nevezett) embereket kerestük meg, akik rendelkeznek orvosszakértői szakvéleménnyel. A párhuzamosan zajló kutatásokban a magánháztartásokban élő 18–62 éves korú személyeket kérdeztük meg két, egyenként 2000 fős, többlépcsős, arányosan rétegzett valószínűségi mintán, a véletlen séta, illetve szűrőkérdés módszerével kiválasztva az interjúalanyokat.

A kutatások eredményei rávilágítottak arra, hogy az alapvető „törésvonalak” az orvosszakértői minősítéssel rendelkező („D” kutatás, és a „C” kutatás megfelelő almintája), illetve az önmagukat akadályozottnak tartó, de szakvéleménnyel nem rendelkező („C” kutatás megfelelő almintája) emberek között vannak. A szembetűnő eltérések a szakvéleménnyel rendelkezők csoportja esetében markánsak: munkaerő-piaci státuszukat tekintve az egészségkárosodott emberek („D” kutatás) foglalkoztatottsága 15%-os, míg az akadályozott emberek („C” kutatáson belül csak a szakvéleménnyel nem rendelkezők), illetve a teljes, aktív korú népesség foglalkoztatottsági aránya 55-56%. A vizsgálatok arra is rámutattak, hogy az egészségi prob-

lémák, melyek a későbbiekben a „rokkantossítást” megalapozzák, kilenc évvel a hivatalos eljárás megindítása (átlagosan a 44. életév) előtt jelentkeznek. A problémák közül a leggyakoribbak a krónikus betegségek és a mozgásszervi problémák, melyek aránya az életkor előrehaladtával növekszik.

Az egészségkárosodott emberek csoportjának magas az inaktivitási aránya (85%), jövedelemstruktúrájukban a szociális transzferek aránya 82%, elszegényedésük kockázata átlagosan 24%. A csoport foglalkoztatási mutatóinak javítása nemcsak gazdasági cél, hanem a társadalmi (re) integráció egyik fontos eszköze. Kétszer nagyobb a munkavállalási esélyük azoknak, akik részt vettek valamilyen rehabilitációs programban. Vizsgálatunk szerint az inaktívak negyede lenne visszavezethető a munkaerőpiacra, ha egészségi állapotuknak és képzettségüknek megfelelő munka-lehetőséget tudnánk felkínálni számukra, aminek egyik eszköze a rehabilitáció.

*Összeállították: Vajda Norbert, Kostyál Árpád, Mester Dániel, Szathmáry Tímea, Temesváry Zsolt, Kun Bernadette, Pál Zsolt, Nagy Andrea, Laki Szilárd Csaba, Drahos Zsolt.*