

10 ÉV MÚLTÁN - A KÖZÖSSÉGI ÉS ALACSONYKÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁSOK HELYZETE

KUTATÁSI JELENTÉS

Szerzők: Berényi András – Bódy Éva – Tóth Anikó Panna

ORSZÁGOS KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSOK EGYESÜLETE

4028 Debrecen, Ember Pál u. 19

2021.

10 év múltán
Kutatás a közösségi és alacsonyküszöbű szolgáltatások működésével kapcsolatban
Kutatási jelentés

BEVEZETŐ

Az Országos Községi Ellátások Egyesülete 2006. május 23-án alakult meg Debrecenben. Az OKEE egyesület Magyarországon a pszichoszociális fogyatékkal élők (pszichiátriai és szenvedélybetegek) célja a közösségi ellátással kapcsolatos érdekképviselés, a szenvedélybetegséggel és pszichiátriai betegséggel küzdő személyek és a velük foglalkozó szakemberek általános és speciális érdekeinek védelme. Az OKEE eddigi tevékenységei a megalakulása óta:

1. Szakmai segítségnyújtás, támogatás a közösségi szolgáltatást nyújtó szociális szervezeteknek.
2. Évente műhely találkozók szervezése az ország különböző helyszínein Téma: Aktuális jogszabályi változások, ellenőrzésnek való megfelelés, szakmai jó gyakorlatok bemutatása.
3. Jogszabályok, rendeletek véleményezése az ágazati minisztérium felé (pl. törvény előkészítéskor, a szociális szolgáltatások minimumfeltételeinek átalakítása).
4. Szakmai anyagok kidolgozásában, szakmapolitikai kutatások megvalósításában részvétel (irányelvek, egységes szakmai dokumentációk, ellátásszervezéshez tartozó adatok készítése, elemzése).
5. Részvétel a közösségi ellátások finanszírozásával kapcsolatos változásokkal kapcsolatos szakmai stratégia-koncepció készítésében.
6. Társszakmák és más szociális szolgáltatást nyújtó szervezetekkel kommunikáció és együttműködés kialakítása.
7. Az OKEE színvonalas, összehangolt szervezeti munkája során részt vesz az országban folyó fejlesztési folyamatokban, a tervezéstől a megvalósításig, valamint az információáramlásban, partnerségek kialakításában, problémafeltárásban és az érdekképviselésben.
8. Interaktív honlap működtetésével a tagság naprakész információkkal való ellátása.
9. Országos szakmai konferencia szervezése a szolgáltatást nyújtó szervezetek részére.
10. A pszichoszociális fogyatékkal élők és családtagjaik számára új ellátási formák kidolgozásában részvétel, mint például a nappali ellátás, támogatott lakhatás.

Az egyesület 7 fős elnöksége képviseli az egyesület tagságát az Minisztérium, illetve a szakmai szervezetekkel (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Magyar Pszichiátriai Társaság Országos Addiktológia Kollégium, Kábítószerügyi Tanács) történő egyeztetések során. A vezetőség amunkájával hozzájárultak, hogy a közösségi ellátások szakmai elismerése nőtt és a szolgáltatások anyagi támogatása az állami normatívával stabilizálódott 2015-ben.

2018-ban az Emberi Erőforrások Minisztérium felkérésére az OKEE több munkacsoportban kidolgozta a pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek közösségi és nappali ellátásainak szakmai ajánlásait. A Minisztérium államtitkárának aláírásával 2018. május 18-án megjelentek a szakmai ajánlások.

Az egyesület rendszeresen szakmai műhelyeket és évente országos konferenciát szervez a közösségi ellátás munkatársai számára.

A KUTATÁS ELŐZMÉNYE ÉS CÉLJA

Az Országos Közösségi Ellátások Egyesületének a kutatás elvégzésével az volt a célja, hogy a közösségi ellátások jelenlegi helyzetét össze lehessen hasonlítani a 10 évvel ezelőtti kutatás eredményeivel. A 2010-es kutatás eredményei a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal Szociális Főosztály "Szakmai tanulmányok támogató szolgáltatásokról és közösségi ellátásokról" című kiadványában kerültek publikálásra¹ (a továbbiakban FSZH 2010). A tanulmányokat a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal Szociális Főosztálya Ellenőrzési és Szolgáltatási Osztály munkatársai, valamint a Referencia Intézmények munkatársai készítették, a kiadványt szerkesztette és szakmailag lektorálta Kovács Ibolya. Azért, hogy összehasonlítható eredményeket kapjunk a kérdőív jelentős része megegyezett a 2010-es kutatásban használt kérdőívvel, sok helyen szándékosan a 2010-es felmérés fogalmait használtuk és nem az új ajánlásokban és dokumentáción szereplő szolgáltatási elemek megnevezéseit.

Szerettük volna továbbá a szolgáltatók igényeit és problémáit feltárni, az eredmények alapján a közösségi ellátásokra vonatkozóan fejlesztési javaslatokat meghatározni. Szintén fontos cél volt a szolgáltatóktól visszajelzés kérése az OKEE munkájával kapcsolatosan, az eredmények alapján szeretnénk ugyanis szakmatámogatási, érdekképviselési tevékenységeinket bővíteni, még jobban megfelelni a szolgáltatók igényeinek. Egy nagyon aktuális kérdést is vizsgáltunk, a koronavírus járványhelyzet közösségi ellátásokra gyakorolt hatásait.

¹ Szakmai tanulmányok támogató szolgáltatásokról és közösségi ellátásokról. 2010. Foglalkoztatási és Szociális Hivatal Szociális Főosztály kutatása és kiadványa https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2016/07/szocpol_informaciok_tanulmanyok-1.pdf A tanulmányban szereplő felmérések, szakmai anyagok elkészítését a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatta, a Foglalkoztatási és Szociális Hivatallal kötött 14225-2/2009-016SZFŐ. sz. megállapodásban foglaltak alapján.

VIZSGÁLT KÉRDÉSKÖRÖK

A vizsgált dimenziók, kérdés-csoportok az alábbiak voltak (a kérdőív is ennek megfelelően tagolódott):

1. A szolgáltatás jellemzői
2. Az ellátások és az ellátottak kapcsolata
3. Ellátottakra vonatkozó kérdések
4. Szakmai tevékenységek
5. Ellátottak érdekvédelme és adatvédelem
6. Emberi erőforrások
7. Együttműködések
8. Finanszírozás
9. Dokumentáció
10. Vélemények az OKEE-vel kapcsolatosan
11. Koronavírus járványhelyzet hatásai

Online önkitöltős kérdőívvel történt a lekérdezés, a válaszadásra 2021.04.26.-06.08. közt volt lehetőség. Nem anonim módon zajlott a felmérés, de biztosítottuk róla a válaszadókat, hogy az elemzésben nem jelennek meg a szolgáltatók nevei, az eredményeket csak összesített formában közöljük.

AZ EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE

A SZOLGÁLTATÁSRA VONATKOZÓ ADATOK

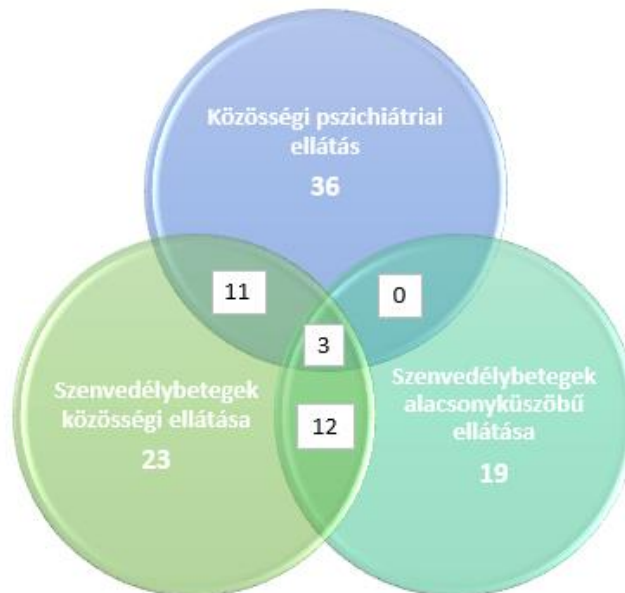
A 104 kitöltött kérdőív elemzése alapján² elmondható, hogy közösségi pszichiátriai ellátást 50, szenvedélybetegek közösségi ellátását 49, szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátását 34 válaszadó szolgáltató működtetett. 3 válaszadó volt, aki mindhárom típusú ellátást biztosította, 12 szolgáltató a kétféle szenvedélybeteg ellátást, 11 válaszadó pedig közösségi pszichiátriai ellátást és szenvedélybetegek közösségi ellátását is végezte. A Szociális Ágazati Portálon található szakmai intézménykereső³ adatai szerint 252 közösségi ellátás volt – 2021.08.18. állapot szerint –, melyből 98 db pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi

² 107 válasz érkezett, az adattisztítás során 3 válasz törlésre került, mert 3 szolgáltató ugyanarra az ellátásra vonatkozóan kétszer töltötte ki a kérdőívet. A két kérdőív közül esetükben az elemzés során a később beküldött kérdőívet vettük figyelembe.

³ <https://szocialisportal.hu/szakmai-intezmenykereso/>

alapellátás, 64 db szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás, 90 db pedig szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás volt. Elmondható tehát, hogy kutatásunk során mindhárom ellátástípus esetében sikerült a szolgáltatók több, mint felét elérnünk.

1. ábra. A válaszadó szervezetek megoszlása a biztosított ellátások típusa szerint



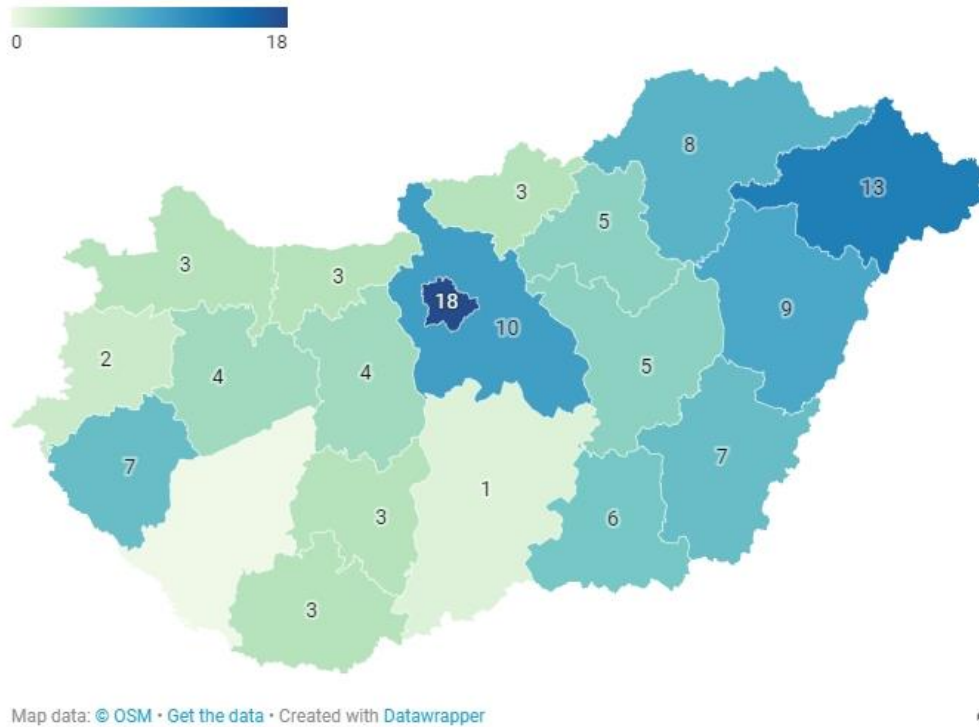
Forrás: Saját szerkesztés

Fontos jellemző, hogy a fenntartó szervezeti formája az ellátások felében nonprofit/civil szervezet (alapítvány 24%, egyesület 15,4%, nonprofit Kft. és egyéb, pl. szociális szövetkezet 9,5%), egyház 11,5%, önkormányzati 12,5% és önkormányzati társulás 26,9% esetében volt. A szolgáltatók 60,6%-a integrált, 39,4%-a önálló formában működött. Ezekben az adatokban nincs jelentős változás 2010 óta⁴, minimálisan csökkent az önkormányzati és egyházi, minimálisan nőtt a nonprofit fenntartók aránya. A szolgáltatók többsége (60,6%) 2000 és 2010 között jött létre, 2000 előtt 14,4%-uk, 2010-2020 között 25 százalékuk.

Sikerült az ország legkülönbözőbb részeiről elérni az ellátásokat, egyedül Somogy megyéből nem érkezett válasz. A válaszadó szolgáltatók jellemzően egy megyében tevékenykednek, mindössze 7 szolgáltató volt, amely több megyében is biztosít ellátást.

⁴ 2010-ben fenntartó típusa szerint a szolgáltatók 16,7%-a volt önkormányzati, 27,5%-a önkormányzati társulási, 16,7% egyházi, 23,9% alapítványi és egyesületi 15,2-15,2% (N=138). A válaszadó szolgáltatók 43,4%-a önálló, 56,5%-a integrált formában működött 2010-ben (N=152).

Az adott megyében szolgáltatást nyújtó válaszadók száma



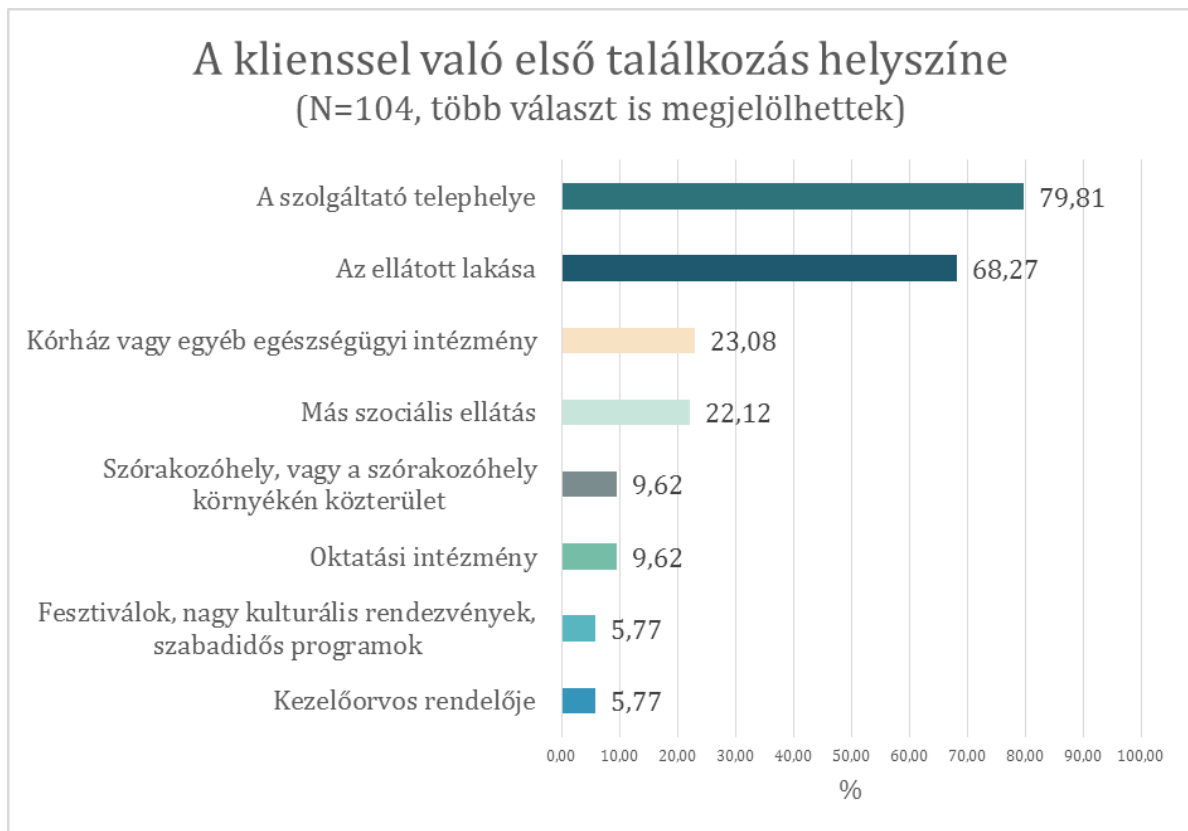
Forrás: Saját szerkesztés

A közösségi pszichiátriai ellátásoknak átlagosan 53 ellátottal, a szenvedélybetegek közösségi ellátásainak átlagosan 48 ellátottal volt együttműködési megállapodásuk. A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásainak átlagosan 2353 kontaktjuk volt az az előző évben.

AZ ELLÁTÁSOK ÉS AZ ELLÁTOTTAK KAPCSOLATA

A kliens és a közösségi ellátás munkatársainak első találkozása leggyakrabban a szolgáltató telephelyén, vagy az ellátott lakásán történik. Szintén gyakori a kórházban vagy egyéb egészségügyi intézményben, más szociális ellátásnál történő első találkozás. Oktatási intézményben, szórakozóhelyen vagy a szórakozóhely környékén, közterületen való első találkozás elsősorban a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásban jellemző. A COVID miatt gyakorivá vált az online kapcsolatfelvétel is. 2010-hez képest jelentősen nőtt a szolgáltató telephelyén történő első találkozások aránya, hiszen míg 2010-ben 54,5% válaszolta, hogy ez jellemző, addig 2021-ben már a válaszadók közel 80%-a. Talán ennek a változásnak a hátterében is a koronavírus járványhelyzet állhat, de a kérdés további vizsgálatra szorul.

3. ábra. A klienssel való első találkozás helyszíne



Forrás: Saját szerkesztés

A kliensek leggyakoribb problémái az alábbiak: a környezetükben lévőekkel és családjukkal való konfliktusok, anyagi nehézségek, pénzbeosztási problémák, elszigetelődés, izoláció, magány, párkapcsolati problémák, a foglalkoztatottság hiánya, a betegségükből adódó problémák és a betegségtudat hiánya, az életrendezésre való motiváltság hiánya és az információhiány.

4. ábra. Probléma típusok



Forrás: Saját szerkesztés

A szolgáltatók 37,5%-a mondta, hogy nehézséget jelent munkájuk során a kliensek ellátásba történő bevonása, ez az arány 2010-ben még csak 24,8% volt a közösségi ellátásokban, 29,5% az alacsonyküszöbű ellátásban, vélhetően a COVID-19 járványhelyzet állhat a növekedés hátterében. Kértük, hogy amennyiben nehézséget jelent a kliensek bevonása fejtse ki, hogy miért, melyek a legjellemzőbb nehézségek. Leggyakrabban a betegségtudat hiányát, az elzárkózást nevezték meg, szintén sokan említették a motiváció hiányát, a szegényérzetet, a stigmatizációtól való félelmet, bizalmatlanságot, az alkalmazkodásra való képtelenséget is.

Célunk volt a kliensek bevonásában alkalmazott speciális módszerek, jó gyakorlatok összegyűjtése, kértük, hogy amennyiben van a szolgáltatónak ilyen speciális módszere, akkor röviden ismertesse azt. A válaszadók úgy látják, hogy a kliensek bevonásában, a jól működő kapcsolat kialakításában és fenntartásában nagy szerepe van az elfogadó légkörnek, a

bizalomnak, a klienssel és a hozzátartozókkal a személyes kapcsolatok kiépítésének. A célcsoport elérésére jó eszköz ismertető előadások megtartása, a különféle játékok az életkori sajátosságok figyelembevételével. A kliensek nagyon kedvelik az új programokat, életvezetést, fejlődést, kikapcsolódást segítő csoportokat (pl. tánc, fotós, filmklub, irodalmi klub, séta, kiállítások látogatása, relaxáció, „zöld” programok, addiktológus-pszichiáter vezette csoportok, kézműves foglalkozások, életmód- és főzőklub, imacsoport, sportfoglalkozások).

Fontos az egészségügyi ellátásokkal, pszichiáter és addiktológus szakorvosokkal, kezelőorvossal, nappali intézményekkel, más szociális alapszolgáltatásokkal való szoros kapcsolat kialakítása, társintézmények felkeresése, szóróanyagok terjesztése, hirdetések feladása, online tanácsadás biztosítása és online megszólító programok, kampányok lebonyolítása, videók készítése. A széleskörű kapcsolatrendszerrel, élő együttműködésekkel több klienst lehet elérni, bevonni, hiszen ha az együttműködő partnerek látókörébe kerül a pszichiátriai vagy szenvedélybeteg, akkor tudják, hogy hová irányíthatják őt, jelezhetnek a szolgáltató felé, a kliens pedig értesülhet a lehetőségekről.

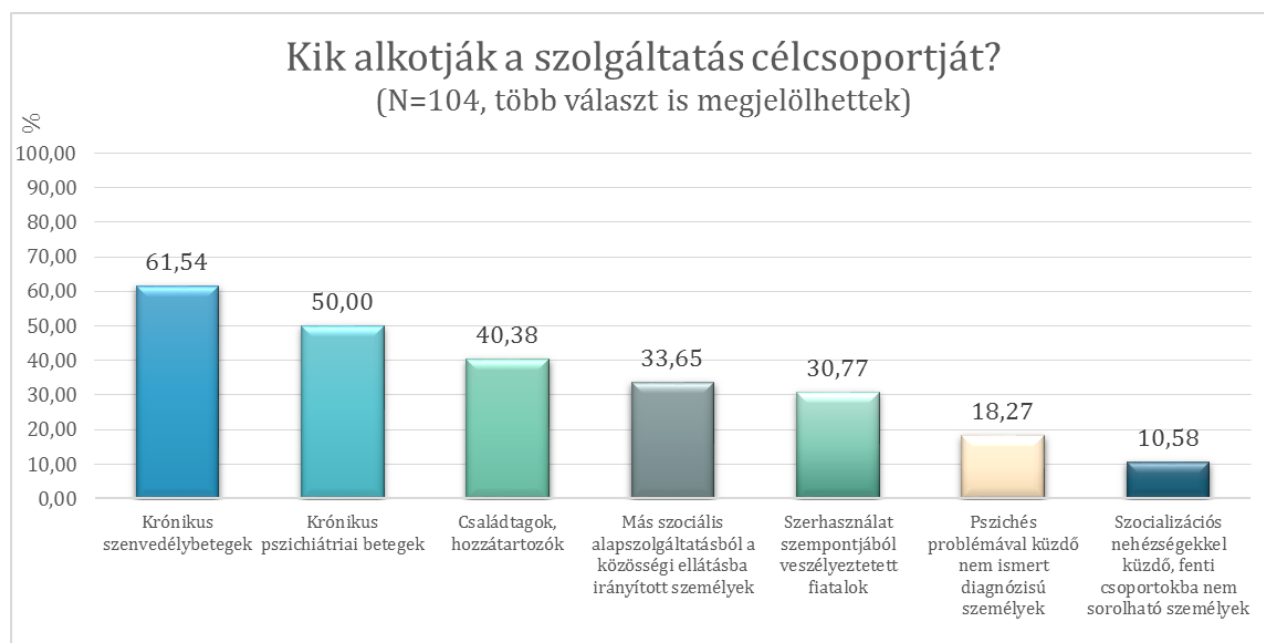
- *“Kliens bizalmának elnyerése, sok esetben a hozzátartozókkal való személyes kapcsolatok kiépítésén múlik. Szisztematikus és lassú folyamat, mely az apró találkozások alkalmával és a szakmai munkánk fokozatos megismerésével, személyes tapasztalás útján történik. Jól bevált módszer hogy az ellátott/ hozzátartozó maga választhatja ki a munkatársak közül, a számára legszimpatikusabb gondozót, akivel a jövőben leginkább elképzelhetőnek tartják az együttműködést. Bizonyos esetekben bevált módszer, hogy a leendő ellátott fokozatosan megismerje a már ellátásban lévő klienseket és személyes kapcsolat alakuljon ki közöttük.”*
- *“néhány ellátott az előgondozás során megtapasztalt pozitívumok után vállalta az együttműködést”*
- *"A módszerünk mindössze annyi, hogy nem adjuk fel az első találkozásnál, hanem bizonyos időközönként újra megkeressük személyesen, vagy telefonon az illetőt, és próbálunk kapcsolatban maradni és újra ajánlani magunkat. Próbáljuk feltérképezni, milyen segítségre lenne szüksége, és ezek közül mi az, amit elfogadna..."*
- *„Több szakember bevonásával; az utcai szociális munkás kollégáink és pszichiátriai szakember/háziorvosi segítségnyújtás lehetőségével próbáljuk őket motiválni.”*
- *„Amennyiben a jelzés után (akut pszichózis esetén) kórházba kerül az illető, ott vesszük fel a kapcsolatot vele ismét. Jó tapasztalataink vannak az így alakuló kapcsolatokkal, többségük megőrizhető a kórházi kezelés után is.”*
- *„Egyfajta hálózat működtetése történik annak érdekében, hogy az ellátásra szoruló valahol "fennakadjon" a rendszerben és valamilyen módon eljuthasson a szolgáltatáshoz, jelzőrendszer működik az egyes önkormányzati, szociális és egészségügyi intézmények között mindennek érdekében.”*

A kliensekkel való együttműködés jellemzően akkor szakad meg, ha olyan szintű állapotromlás vagy visszaesés következik be, hogy a kliens tartósan intézménybe kerül, vagy elutasítja az ellátást. Az együttműködés megszakadásának szintén gyakori oka a költözés, de a motivációhiány, az együttműködési képesség elvesztése is. Ideális helyzet, ha amiatt szakad meg az együttműködés, mert már megvalósultak a gondozási tervben megvalósult célok.

ELLÁTOTTAKRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

A szolgáltatás célcsoportját elsősorban krónikus szenvedélybetegek (61,54%), krónikus pszichiátriai betegek (50%), családtagok, hozzátartozók (40,38%), más szociális alapszolgáltatásból a közösségi ellátásba irányított személyek (33,65%) és a szerhasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok (30,77%) alkotják.

5. ábra. Célcsoportok



Forrás: Saját szerkesztés

A szolgáltatók 62,5%-a válaszolta, hogy az ellátottjai között vannak olyanok, akik egészségügyi és szociális ellátásokra várakozó krónikus betegek. 2010-ben a válaszadók mindössze 6,3%-a mondta, hogy a szolgálatuk célcsoportját egészségügyi ellátásra és szociális szakosított ellátásra várakozó betegek alkotnák. Most kérdésünk kicsit máshogyan volt megfogalmazva, nyilván most sem arról van szó, hogy kifejezetten az ilyen ellátásra szoruló betegeket célozná meg egy közösségi ellátás, hiszen a közösségi ellátásnak éppen az a lényege, hogy megelőzzék az intézménybe kerülést. Mégis úgy tűnik, hogy ideiglenesen, míg

várakoznak kezelésre, bentlakásos elhelyezésre igen sokan igénybe veszik a közösségi ellátást. Megkérdeztük a szolgáltatókat, hogy látják, a várakozók problémáira hatékony választ ad-e a szolgáltatás. A legtöbben azt válaszolták, hogy igen, legalábbis ideiglenesen hatékony, különösen, ha kiegészül más alapszolgáltatással. Segíti a klienseket a várakozás ideje alatt, mentális támogatással, információnyújtással, szolgáltatások biztosításával, ügyintézással, egészségügyi intézménnyel való kapcsolattartás megszervezésével, betegút biztosításával. Néhányan viszont azt is jelezték, hogy bizonyos problémák és kliensek esetén ez nem jelent megoldást, hiszen például egészségügyi ellátást nem tudnak a közösségi ellátások biztosítani. Az ellátórendszer hiányosságaira, az egészségügyi ellátásokhoz és szociális szakosított ellátásokhoz való hozzáférés nehézségeire - különösen a pandémiás helyzetben - is többen panaszkodtak.

Akiknek nincs ellátásra várakozó kliense több okból is adódik, volt, aki azt mondta azért nincs ilyen kliense, mert környékükön nincsenek várólisták, a kliensek azonnal hozzájutnak a szükséges ellátásokhoz, másnál pedig amiatt nincs, mert elsősorban például szerhasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalokra fókuszálnak, vagy olyan célcsoportok tagjaira, akik még nincsenek rossz állapotban. Az is gyakori, hogy a kliensek nem is szeretnék ellátást, mert szeretnék megőrizni az autonómiájukat, vagy nincs is betegségtudata az ellátottaknak, nem járnak orvoshoz és egyéb ellátást sem igényelnek önmaguktól. A pszichiátriai betegek közösségi ellátásának kliensei közül sokaknak még nem olyan súlyos a betegsége, hogy intézményi elhelyezésük indokolt lenne, életkorukból adódóan pedig idősök otthonában nem jelentkeznék még, ezért nem várakozók, a kliensek másik része pedig már általában bekerült a rendszerbe.

SZAKMAI TEVÉKENYSÉGEK

A közösségi ellátásban megvalósuló szakmai tevékenységekre vonatkozó kérdésünkben a 2010-es kutatás eredményeivel való összehasonlíthatóság miatt a régi kutatásban is szereplő tevékenység megnevezéseket használtuk és nem a jelenlegi szakmai ajánlásban szereplő tevékenységneveket. A Függelékben található ábrán részletesen látható, hogy a közösségi ellátásokban milyen szakmai tevékenységeket végeznek. Az alábbi táblázatban csak kiemeltünk néhányat ezek közül, melyek végzése 2010-hez képest jelentősen csökkent.

1. táblázat. Szakmai tevékenységek végzése a közösségi ellátásokban, 2010-2021.

Tevékenység	2010. évi adat (%)	2021. évi adat (%; N=85)	Változás
Oktatási intézményekkel kapcsolat kiépítés és tartás az ellátott érdekében.	55	37,65	-17,35
Csoporttal végzett szociális munka	81	60,00	-21,00
Helyi közösségekkel és közösségfejlesztőkkel együttműködés a személyes célok elérése érdekében	90,7	60,00	-30,70
Jog és érdekvédők felkeresése az ellátott érdekében	89	64,71	-24,29
Az öngyilkosság kockázatának kezelése	95,2	67,06	-28,14
Munkaügyi központtal kapcsolat kiépítés és tartás az ellátott érdekében	90,6	67,06	-23,54
Együttműködési megállapodások megkötése a természetes támogatókkal, személyes célok elérését segítő személyekkel, szolgáltatókkal	90,5	75,29	-15,21
Az agresszió kezelése	93,7	75,29	-18,41
A napi tevékenység megszervezése	99,2	85,88	-13,32
Tájékoztatás a betegségről, a kezeléssel, a korai figyelmeztető tünetekről, lehetséges következményekről, a gyógyító, segítő folyamatról, a teendőkről, a felépülés várható hatásairól	97,6	88,24	-9,36
Stresszkezelés	96	88,24	-7,76
Krízis kezelés	97,7	89,41	-8,29
A személyes célokat akadályozó problémák, azok gyakoriságának, előzményeinek, következményeinek meghatározása	98,4	91,76	-6,64
Tanácsadás, információnyújtás az egészségügyi, szociális ellátások és szolgáltatások igénybevételi lehetőségeiről	100	91,76	-8,24
Kulturális és szabadidős programokon való részvételre ösztönzése	98,4	91,76	-6,64
Munkához való hozzájutás segítése	97,7	92,94	-4,76

Tehát a 2010-es adatokhoz képest elmondható, hogy az alábbi változások történtek:

- kevésbé gyakori az együttműködési megállapodások megkötése a természetes támogatókkal, személyes célok elérését segítő személyekkel, szolgáltatókkal, 90,5%-ról 75,29%-ra csökkent,
- a tájékoztatás a betegségről, a kezeléssel, a korai figyelmeztető tünetekről, lehetséges következményekről, a gyógyító, segítő folyamatról, a teendőkről, a felépülés várható hatásairól tevékenység végzése 97,6%-ról 88,24%-ra csökkent,
- a stresszkezelés 96%-ról 88,24%-ra csökkent,
- az agresszió kezelését a válaszadók 93,7% helyett már csak 75,29 százalékuk végzi,
- az öngyilkosság kockázatának kezelése 95,2%-ról 67%-ra csökkent,
- a kríziskezelés 97,7%-ról 89,4%-ra csökkent,
- a csoporttal végzett szociális munka (beleértve az önsegítő csoportok szerveződésének segítségét, hozzátartozói csoport szervezését, facilitálását) 81%-ról 60%-ra csökkent,

- az oktatási intézményekkel kapcsolat kiépítés és tartás az ellátott érdekében gyakorisága 55%-ról 37,65%-ra csökkent,
- a Munkaügyi központtal kapcsolat kiépítés és tartás az ellátott érdekében 90,6%-ról 67,06%-ra csökkent,
- a helyi közösségekkel és közösségfejlesztőkkel együttműködés a személyes célok elérése érdekében 90,7%-ról 60%-ra csökkent,
- a jog és érdekvédők felkeresése az ellátott érdekében 89%-ról 64,71% csökkent.

A felsorolt tevékenységek végzésének gyakoriságában bekövetkező nagymértékű csökkenés okának vizsgálatához további kutatások szükségesek, vélhetően nem csak a koronavírus járványhelyzet hatásának tudható be (sőt, a járványhelyzet miatt épp növekedést várhattuk volna bizonyos tevékenységek esetében), hanem valószínűleg a finanszírozási problémák is szerepet játszanak benne.

Felmértük azt is, hogy a válaszadók szakmai tevékenységében van-e olyan különleges elem, program, speciális módszer, amelyről azt gondolják példaértékű, egyedi, innovatív. A válaszok közül, a teljesség igénye nélkül kiemelnénk néhányat:

- szerencsejáték-függőség kezelésére és megelőzésére irányuló komplex program, információs pontok hálózatával
- önkéntesek széles körű bevonása a rehabilitáció során
- diákoknak különböző foglalkozások megtartása közösségi térben
- önsegítő csoport megszervezése, önsegítő csoportokkal való együttműködés, lehetőség biztosítása arra, hogy a kliensek megismerjék az önsegítő csoportok életét és azokba bekapcsolódhassanak (AA, NA, GA)
- biztonságos szórakozást támogató prevenciós programok
- interaktív prevenciós foglalkozások veszélyeztetett fiataloknak intenzív csoportmunkával, saját élmények megosztásával
- kirándulások szervezése a hozzátartozók és kliensek részére
- érzékenyítés, együttműködés és közös programok megrendezése fogyatékosok nappali ellátásával
- főzőklubok szervezése, bográcsozás
- kertgondozás, növénytermesztés, tankert létrehozása
- mozgás csoport, torna, gyógytorna és jógaórák megtartása, meditáció
- lelki közösségi programok pl. lelkigyakorlat, hittan, pasztorálkonzultáció, bibliaórák, áhítatok
- egészséges életmóddal kapcsolatos előadások
- családi napok, sportnapok
- háztartásvezetési ismeretek
- hagyományörzés, kulturális programok (pl. kiállítások, színházi és mozi előadások látogatása)
- egyéb csoportfoglalkozások (pl. zenei, irodalmi, filmklub, filozófiai)
- készségfejlesztő tréningek (pl. asszertív-, kommunikációs tréning, konfliktuskezelés, időgazdálkodás, stresszkezelés)

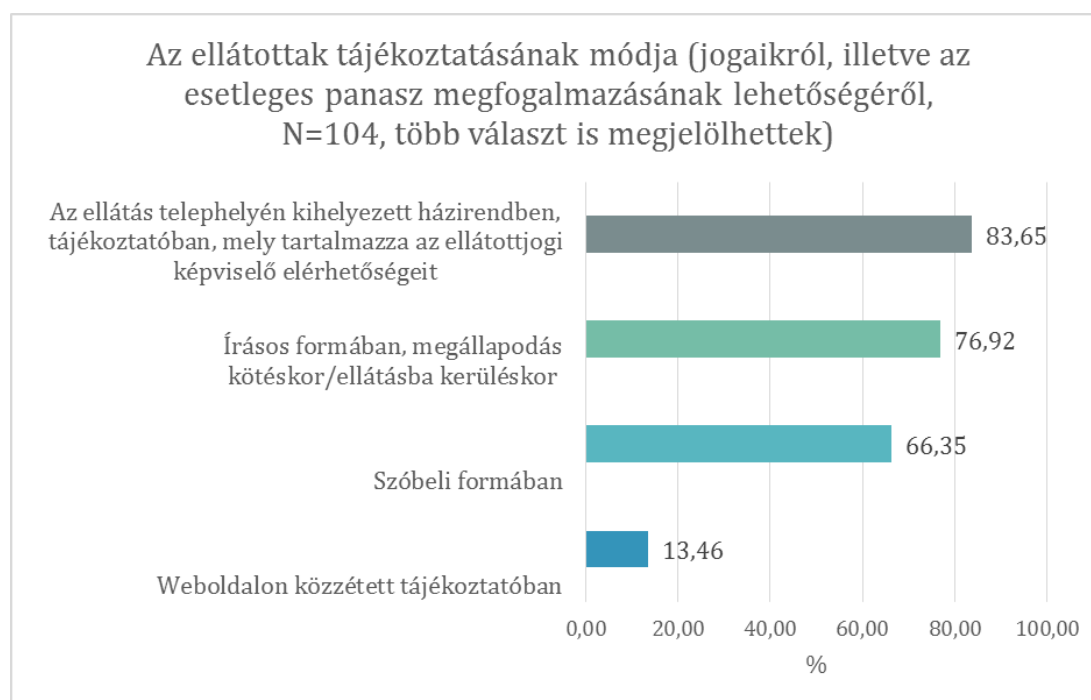
- pszichológussal vagy mentálhigiénés szakemberrel egyéni beszélgetések
- egy-egy speciális célcsoportnak szóló szolgáltatások, programok, pl. skizofrén csoport, hanghallók csoportja, hajléktalan pszichiátriai betegeknek szóló programok
- utcai szociális munka fókuszú tevékenységek
- család és párterápiás konzultáció
- családi traumák feldolgozását segítő egyéni és csoportok foglalkozások
- segíti a kliensek életét, ha rendszeresen szociális és természetbeni juttatásokkal tudja őket támogatni őket a szolgáltató (pl. ruha és élelmiszer, vitaminok, tüzelő, háztartási eszközök, bútorok, kisgépek)
- prevenciós program/egészségfejlesztés iskoláskorú gyerekeknek/fiataloknak
- sorstársak bevonása már a tervezés során is, ami nagyban segíti a munka hatékonyságát és a rejtőzködők elérését
- kísérés (ügyintézésben, egészségügyi ellátások igénybevétele során, rehabilitációra, tárgyalásokra), a kliensek támogató rendszerének bevonása, kompetenciafejlesztés, minta közvetítés.

ELLÁTOTTAK ÉRDEKVÉDELME ÉS ADATVÉDELEM

Az FSZH 2010-es kutatásában is nagy figyelmet szenteltek az ellátotti jogok védelme témakör vizsgálatára, hiszen ez rendkívül fontos és számos jel utalt arra, hogy ezzel kapcsolatosan komoly problémák vannak. Például ismertették a 2008. évben lefolytatott ellenőrzések során tapasztalt hiányosságokat, sok volt a jogsérelem, nagy probléma volt az ellátotti jogok ismeretének és az ellátottjogi képviselő elérhetőségének hiánya (FSZH 2010).

Kutatásunk eredményei szerint a válaszadó szolgáltatók szűk fele rendelkezik (47,12%) belső használatú írott etikai kódex-szel, a fele nem (52,88%), ez az arány tíz éve is hasonló volt. A szolgáltatók egyike sem értesült ellátotti jogsérelemről az elmúlt 1 évben. Az ellátottakat jogaikról, illetve az esetleges panasz megfogalmazásának lehetőségéről többféle módon tájékoztatják, leggyakrabban az ellátás telephelyén kihelyezett házirendben, tájékoztatóban, mely tartalmazza az ellátottjogi képviselő elérhetőségeit is (83,65%), írásos formában, megállapodás kötésekor, ellátásba kerüléskor (76,92%), vagy szóbeli formában (66,35%). (Ha az alacsonyküszöbű ellátást nem vizsgáljuk – mivel ott nem kötelező írásbeli megállapodást kötni a kliensekkel a 1993. évi III. törvény szerint –, akkor természetesen még magasabb az írásbeli tájékoztatást nyújtó szolgáltatók aránya, mindössze 6 közösségi ellátást nyújtó szolgáltató mondta, hogy nem nyújt írásbeli tájékoztatást megállapodás kötésekor vagy ellátásba kerüléskor. Persze ez is magasnak tekinthető, hiszen az ellátottakkal kötött megállapodás alapján minden esetben tájékoztatni kell az ellátottjogi képviselő nevéről és elérhetőségeiről.) Meglepően kevesen válaszolták (mindössze a válaszadók 13,46%-a), hogy a weboldalukon közzétett tájékoztatóban is tájékoztatnák az ellátottakat.

6. ábra. Tájékoztatás



Forrás: Saját szerkesztés

A szolgáltatók negyede végez rendszeresen kliens elégedettségi értékelést, közel felük alkalmoszerűen és negyedük egyáltalán nem.

EMBERI ERŐFORRÁSOK (A SZOLGÁLATNÁL DOLGOZÓ MUNKATÁRSOK VÉGZETTSÉGE, SZAKKÉPZETTSÉGE, LÉTSZÁMA ÉS TAPASZTALATAI)

Az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. számú melléklete alapján pszichiátriai betegek közösségi ellátásában 1 fő intézményvezető, 2 fő gondozó / terápiás munkatárs / szociális munkatárs, valamint havi 4 órában orvos konzulens alkalmazása szükséges. Szenvedélybetegek közösségi ellátásában 1 fő intézményvezető, 2 fő terápiás munkatárs / gondozó / szociális munkatárs / segítő, valamint havi 4 órában orvos konzulens alkalmazása szükséges, a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásában pedig 1 fő intézményvezető és 2 fő terápiás munkatárs / gondozó / szociális munkatárs / segítő alkalmazása előírt.

Kutatásunk eredményei szerint a közösségi pszichiátriai ellátásban (50 ellátás válasza alapján):

- főállásban dolgozók átlagos száma 2,5 fő
- részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozó 20 szervezetnél volt, átlagosan 2,16 fő
- megbízással/vállalkozóként külsősök (pl. megbízott orvos) 43 szervezetnél dolgoztak, átlagosan 1,16 fő.

Szenvedélybetegek közösségi ellátásában (49 ellátás válasza alapján):

- főállásban dolgozók átlagos száma 2,2 fő
- részmunkaidőben dolgozó 21 ellátásban volt, átlagosan 1,83 fő
- megbízással/vállalkozóként külsős (pl. megbízott orvos) 39 ellátásban dolgozott, átlagosan 1,26 fő⁵.

Szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásában (31 ellátás válasza alapján):

- főállásban dolgozók átlagos száma átlagosan 2,19 fő és meg kell jegyeznünk, hogy volt 5 olyan ellátás is a válaszadók közt, ahol egyáltalán nem alkalmaznak főállású munkatársat
- részmunkaidőben 17 ellátásban foglalkoztatnak dolgozókat, átlagosan 2,29 fő
- megbízással/vállalkozóként külsős (pl. megbízott orvos) mindössze 13 ellátásban dolgozott, átlagosan 2,23 fő.

A koordinációval megbízott terápiás munkatárs az ellátások 25%-ban részmunkaidőben foglalkoztatott és jellemző, hogy más feladatokat is ellát a szolgáltatón belül, a válaszadók 63,5%-a mondta ezt.

A gondozók/szociális/terápiás munkatársak az ellátások 82,69%-ában csak a közösségi ellátásban dolgoztak, 17,31%-ában más feladatot is ellátnak a fenntartónál.

A részmunkaidőben dolgozó munkatársak főállásban jellemzően szociális és vagy gyermekjóléti alapszolgáltatásban dolgoznak, néhány fő járóbeteg ellátásban, pszichiátriai vagy addiktológiai gondozóban, kórházi osztályon, köznevelésben, szociális szakosított ellátásban dolgozott (3-5 fő).

A munkatársak többségének volt korábbi addiktológiai vagy pszichiátriai gyakorlata, 15,38%-uknak egészségügyben, 50,96%-uk szociális ellátásban szerezte azt, mindössze a válaszadók 33,65%-a mondta, hogy nem volt a munkatársaknak ilyen korábbi gyakorlata.

Komoly probléma, hogy a szolgálatok közel 20%-ában nem vesznek részt a munkatársak szupervízió, még alkalmoszerűen sem, ezen kívül a rendszeres szupervízió nagyon ritka, még havi rendszerességgel is csak az ellátások 27%-ában kerül rá sor, az ellátások felében alkalmoszerűen valósul meg. A szupervíziót – már ahol van – többnyire külsős diplomás szupervízior (60,92%), külsős mentálhigiénés szakember (13,79%), pszichiáter vagy

⁵ egy szervezett 20 ilyen dolgozót jelölt meg, az ő válaszukat itt nem vettük figyelembe, mert nagymértékben torzította volna az átlag eredményt

addiktológus (12,64%) vezeti. Elvértve, de előfordul, hogy a fenntartó képviselője (3,45%) vagy a koordinátor (9,2%) tartja a szupervíziót (N=87).

A képzési kötelezettségüket a munkatársak 80,77%-a tudja teljesíteni, 19,23%-uk nem. Forráshiány miatt csak ingyenes képzéseken tudnak részt venni, azonban a járványhelyzet miatt ezekből is kevés volt. A képzési kötelezettség teljesítésének elmaradása kapcsán okok közt többen motivációhiányról, kiégésről is beszámoltak. További probléma, hogy nagy a bizonytalanság a közösségi pszichiátriai ellátás és a szenvedélybetegek közösségi ellátása képzésekkel kapcsolatosan.

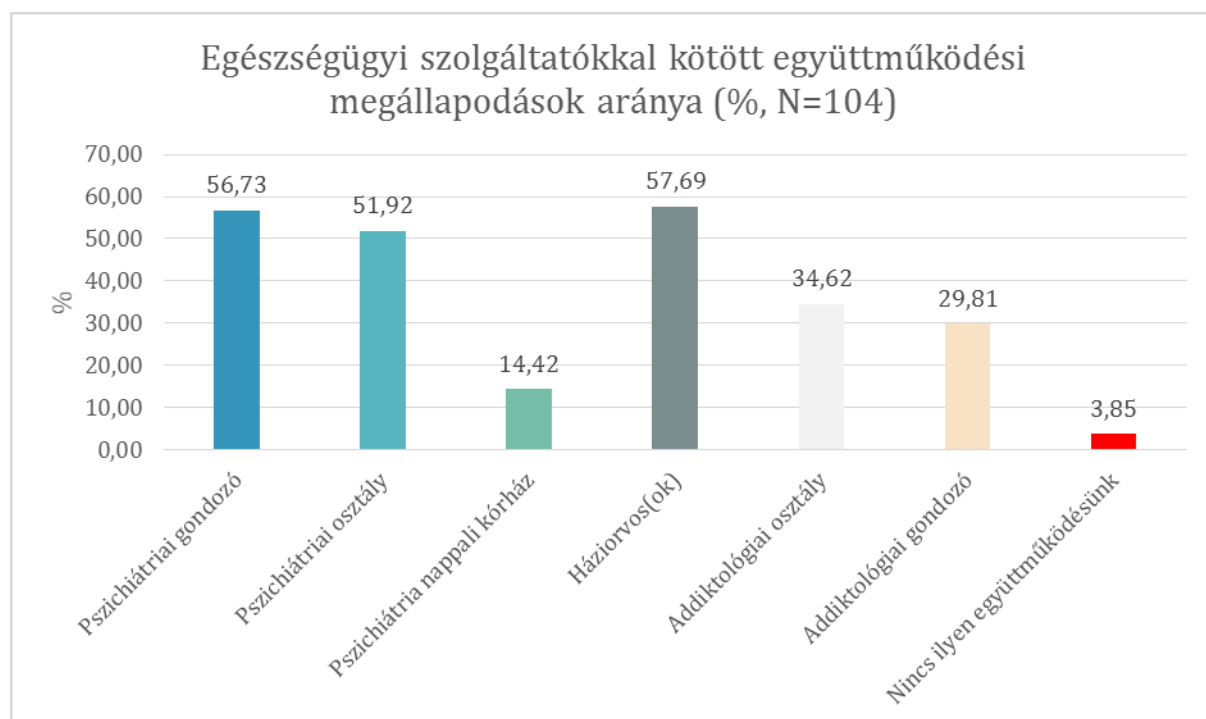
Esetmegbeszélés heti rendszerességgel kevesebb, mint az ellátások felében van (46,15%), havonta 30,77%-ukban, alkalmanként 23,08%-ban.

Szakorvosi konzultációra a team tagjai részére általában havi vagy alkalmanként rendszerességgel van lehetőség, a válaszadók 12,5%-a mondta, hogy szakorvosi konzultáció nincs, ezek többnyire alacsonyküszöbű ellátások voltak, de 5 esetben közösségi pszichiátriai és szenvedélybeteg ellátás is volt közte.

EGYÜTTMŰKÖDÉSEK

Egészségügyi szolgáltatók közül háziorvosokkal, pszichiátriai gondozóval, pszichiátriai osztállyal a válaszadók több, mint felének van együttműködési megállapodása. Addiktológiai osztállyal 34,62%-uk, addiktológiai gondozóval 29,81%-uknak, pszichiátriai nappali kórházzal 14,42%-uknak van együttműködésük, a válaszadók 3,85%-a mondta, hogy nincs egészségügyi szolgáltatókkal kötött együttműködési megállapodása.

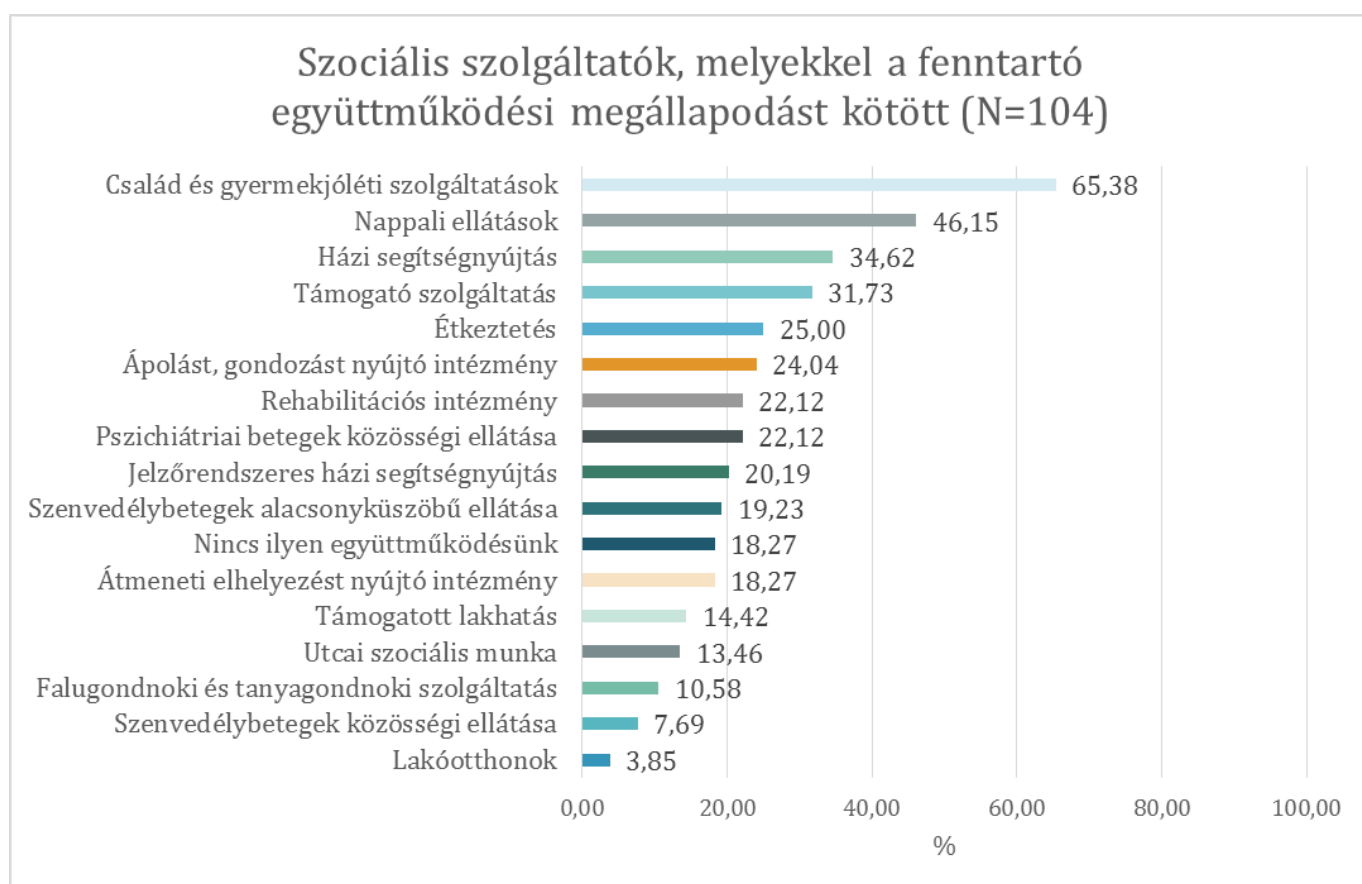
7. ábra. Együttműködés egészségügyi szolgáltatókkal



Forrás: Saját szerkesztés

A közösségi ellátások jellemzően többféle szociális szolgáltatóval is együttműködnek, leggyakrabban család és gyermekjóléti szolgáltatásokkal, nappali ellátásokkal, házi segítségnyújtással, támogató szolgálattal, de a pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi és alacsonyküszöbű ellátásaival, ápolást, gondozást nyújtó intézményekkel, rehabilitációs intézményekkel is gyakori az együttműködés.

8. ábra. A közösségi ellátások együttműködései szociális szolgáltatókkal



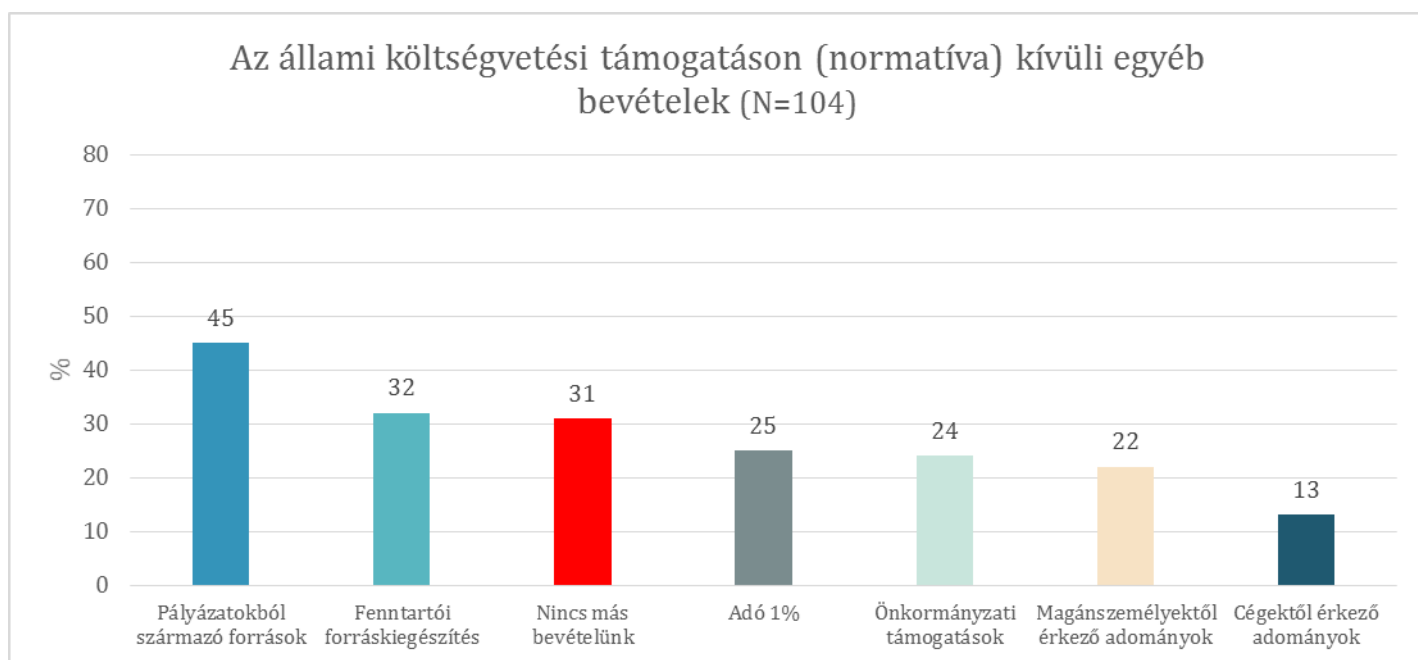
Forrás: Saját szerkesztés

Egyéb együttműködések is gyakoriak, a helyi önkormányzattal a válaszadók 61,54%-a működik együtt, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórummal (KEF) 52,88%-uk, önszervező csoportokkal, oktatási és köznevelési intézményekkel bő harmaduk, több, mint negyedük a megyei/járási kormányhivatallal, közel negyedük az Élelmiszerbankkal, 11,54%-uk szórakozóhelyekkel működik együtt. Néhány említettek az egyházakkal, plébániákkal, szeretetszolgálatokkal való együttműködést is.

FINANSZÍROZÁSI PROBLÉMÁK, FEJLESZTÉSI IGÉNYEK

A jelenlegi finanszírozást a válaszadók döntő többsége nem tartja elegendőnek, úgy becsülik átlagosan, hogy a szolgáltatás biztosítását 80%-ban fedezi a finanszírozás. A fennmaradó összeget igyekeznek pályázati forrásokból, fenntartói forráskiegészítésből, adó 1% felajánlásból származó bevétellel, önkormányzati támogatásokkal, magánszemélyektől és cégektől érkező adományokkal pótolni, azonban az állami költségvetési támogatáson (normatíva) kívül a válaszadók 31%-ának nincs más bevétele. Így ők a meglevő összegből gazdálkodnak, ami azzal jár, hogy gyakran nem tudják megfelelő színvonalon működtetni az ellátásokat, illetve nem biztosítanak az igényeknek megfelelő szolgáltatást, elegendő közösségi programot. Gazdasági-vállalkozási tevékenységből származó bevétele egy válaszadónak sem volt.

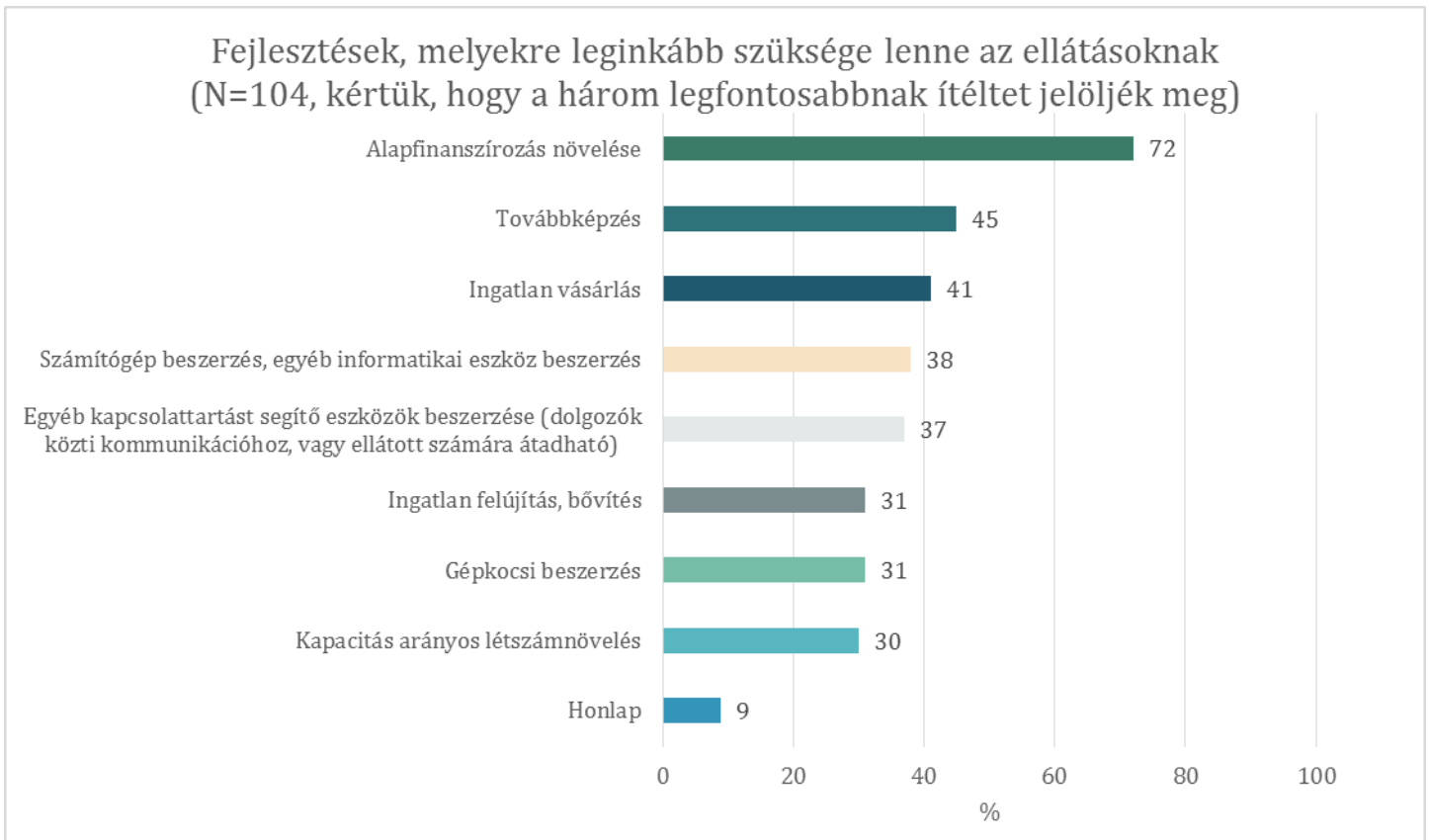
9. ábra. Normatíván kívüli bevételek



Forrás: Saját szerkesztés

Pályázati bevételeik elsősorban az EMMI által kiírt, önkormányzati és Európai Unió pályázatokból származnak, nemzetközi és cégek által kiírt pályázatokon csak néhányan nyertek el támogatást.

10. ábra. Fejlesztési igények



Forrás: Saját szerkesztés

Elengedhetetlenül fontosnak látják a válaszadók az alapfinanszírozás növelését, továbbképzési lehetőségekhez való hozzáférés javítását. A 2010-es eredményekhez képest az ingatlan vásárlás iránti igény (27,3%-ról 39,42%) és a számítógép beszerzés, informatikai eszközbeszerzés iránti igény is jelentősen nőtt (13%-ról 36,54%-ra). Ingatlan felújítást, bővítést, gépkocsi beszerzést és kapacitás arányos létszámnövelést a válaszadók 30-31% látna szükségesnek. A szolgáltatók igényelnék az online konzultációra, kliensekkel való kapcsolattartásra és az online segítségnyújtásra vonatkozó szakmai ajánlások kidolgozását, módszertani segítséget.

A közösségi ellátásban a finanszírozási szerződésben foglalt feladatmutatóhoz képest a legtöbb ellátásra nagyobb igény mutatkozik, 85 közösségi ellátást végző válaszadó 41,18%-a mondta, hogy 5-10 fővel nagyobb igény van, 17,65%-uk mondta, hogy 10 főnél is nagyobb igény lenne az ellátásra, 36,47%-uk szerint ugyanannyi és 4,71%-uk mondta, hogy kevesebb.

A szolgáltatók 56,1%-a tervezi az ellátatlan területekre pályázat, feladatmutató bővítés igénybenyújtását, ha az lehetővé válik.

A szolgáltatás során keletkezett adatokat az ellátások 93,27%-ában az ellátás telephelyén található számítógépen, laptopon, szerveren, adathordozón, 91,35%-ban papír alapú formában, 12,5%-ban felhőben tárolják (N=104, több választ is megjelölhettek). A válaszadók háromnegyede szerint segítené a munkájukat a teljes körű elektronikus dokumentáció vezetése.

Az ellátások 58,65%-a használ számítógépes nyilvántartó programot, ami az esetek kicsit több, mint felében saját fejlesztés, majdnem felében pedig vásárolt program. A számítógépes nyilvántartó programot még nem használó szolgáltatók 80%-a mondta, hogy segítené a munkájukat, ha ilyen programot használhatnának.

A kötelezően vezetendő dokumentációval kapcsolatban az alábbi változtatásokat javasolták a válaszadók: úgy látják, hogy csökkenteni kell a vezetendő dokumentáció mennyiségét, mert úgy érzik, hogy ezek vezetése a kliensektől veszi el az időt, illetve egyszerűsítés is szükséges. Papír alapú helyett elektronikus adminisztrációt szívesebben vezetnének. A legtöbb kötelező dokumentáció vezetésének nem látják értelmét a válaszadók, szerintük az nem segíti a munkájukat, „az ellenőrzéseken történő bemutatáson kívül semmire sem használható”.

Többen azt mondták, hogy az esetkövető lap nem fedi le a tevékenységeket, jó lenne egyszerűsíteni a tartalmát, mert rengeteg időt vesz el a kitöltése, javasolják a havi összesítőt, a perc alapú elszámolást megszüntetnék. Az esetkövető lapra jó lenne, ha több feljegyzés is ráférne, nem szerencsés, hogy felsorolásból kell aláhúzni a nyújtott szolgáltatást, különösen, hogy sokszor nincs is a felsoroltak közt a megfelelő. Volt, aki szerint pszichiátriai betegek közösségi ellátásába bővített adattartamú esetkövető lap szükséges lenne. Azt a visszajelzést adták, hogy sok esetben a kliensek sem veszik szívesen problémájuk dokumentálását. A gondozási terven, a képalkotó lapon is sokan változtatnának, az életkori besorolásokat is átalakítanák. Javasolják a szükségletfelmérő adatlap egyértelműsítését. Állapot nyomkövetési dokumentáció bevezetésére is érkezett javaslat. Úgy látják, hogy felül kellene vizsgálni a dokumentációt adatvédelmi, GDPR kompatibilitási szempontból is. A kötelezően vezetendő dokumentációt ésszerűsítsék, személyre szabnák a szolgáltatók, legalább részben, de jelenleg erre nincs lehetőség. Szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi ellátása kapcsán volt, aki a BNO kódkönyv besorolása alapján elfogadható teljesített feladatmutató százalékos arányain változtatna („A finanszírozott ellátottak F10-19 diagnóziskódba besorolható és az egyéb (F60, 63) 70-30% arányának megváltoztatása 50-50%-ban.”)

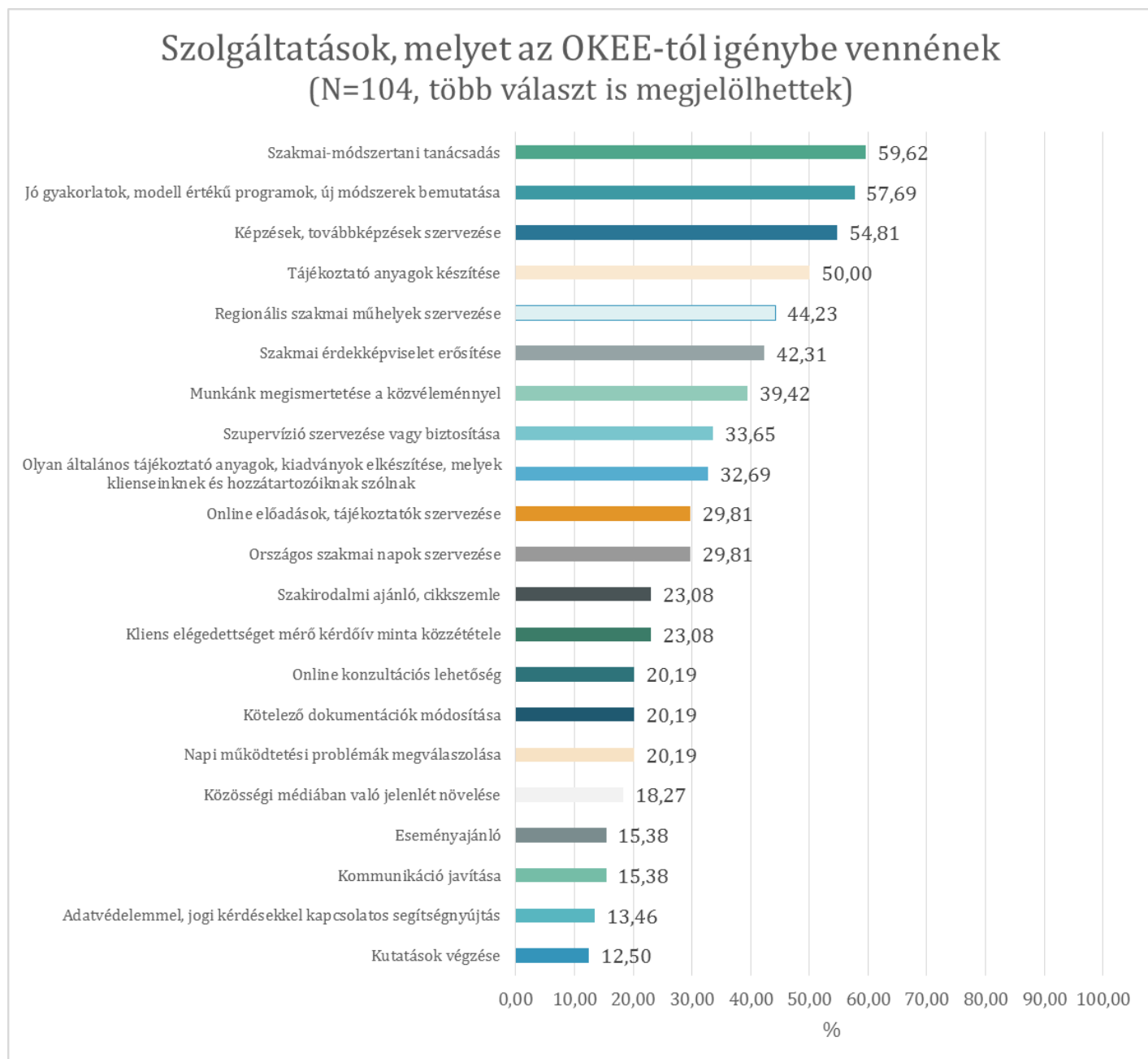
VÉLEMÉNYEK AZ OKEE-VEL KAPCSOLATOSAN

A válaszadók harmada volt OKEE tag, háromnegyedük ismeri és használja az OKEE ajánlásokat⁶. Az OKEE tevékenységével kapcsolatos elégedettségük ötfokú skálán átlagosan 4-es volt (= inkább elégedett vagyok, N=104, ebből 39 fő „tartózkodott” a nem tudja/nem válaszol opciót jelölte).

Felmértük az ellátások igényeit, hogy milyen szolgáltatásokat várnak az OKEE-től, mit vesznek, vagy vennének a jövőben szívesen igénybe, ezt mutatja az alábbi ábra. Válaszaik nagyon fontosak számunkra, az egyesület tevékenységeinek bővítése során ezeket mindenképpen figyelembe fogjuk venni!

⁶ Az OKEE által kidolgozott, az Emberi Erőforrások Minisztériuma által jóváhagyott, az ágazati portálon közzétett nappali és közösségi ellátások útmutatóira vonatkozik a kérdés, melyek az alábbiak:
<https://szocialisportal.hu/szakmai-ajanlas-szenvedelybeteg-nappali-ellatas-szolgaltatast-biztositok-szamara/>
<https://szocialisportal.hu/szakmai-ajanlas-pszichiatrici-beteg-nappali-ellatas-szolgaltatast-biztositok-szamara/>
<https://szocialisportal.hu/szakmai-ajanlas-pszichiatrici-beteg-reszere-nyujtott-kozossegi-alapellatas-szolgaltatast-biztositok-szamara/>
<https://szocialisportal.hu/szakmai-ajanlas-szenvedelybeteg-reszere-nyujtott-kozossegi-alapellatas-szolgaltatast-biztositok-szamara/>
<https://szocialisportal.hu/szakmai-ajanlas-szenvedelybeteg-reszere-nyujtott-alacsonykuszu-ellatas-szolgaltatast-biztositok-szamara/>

11. ábra. Az OKEE-től igényelt szolgáltatások

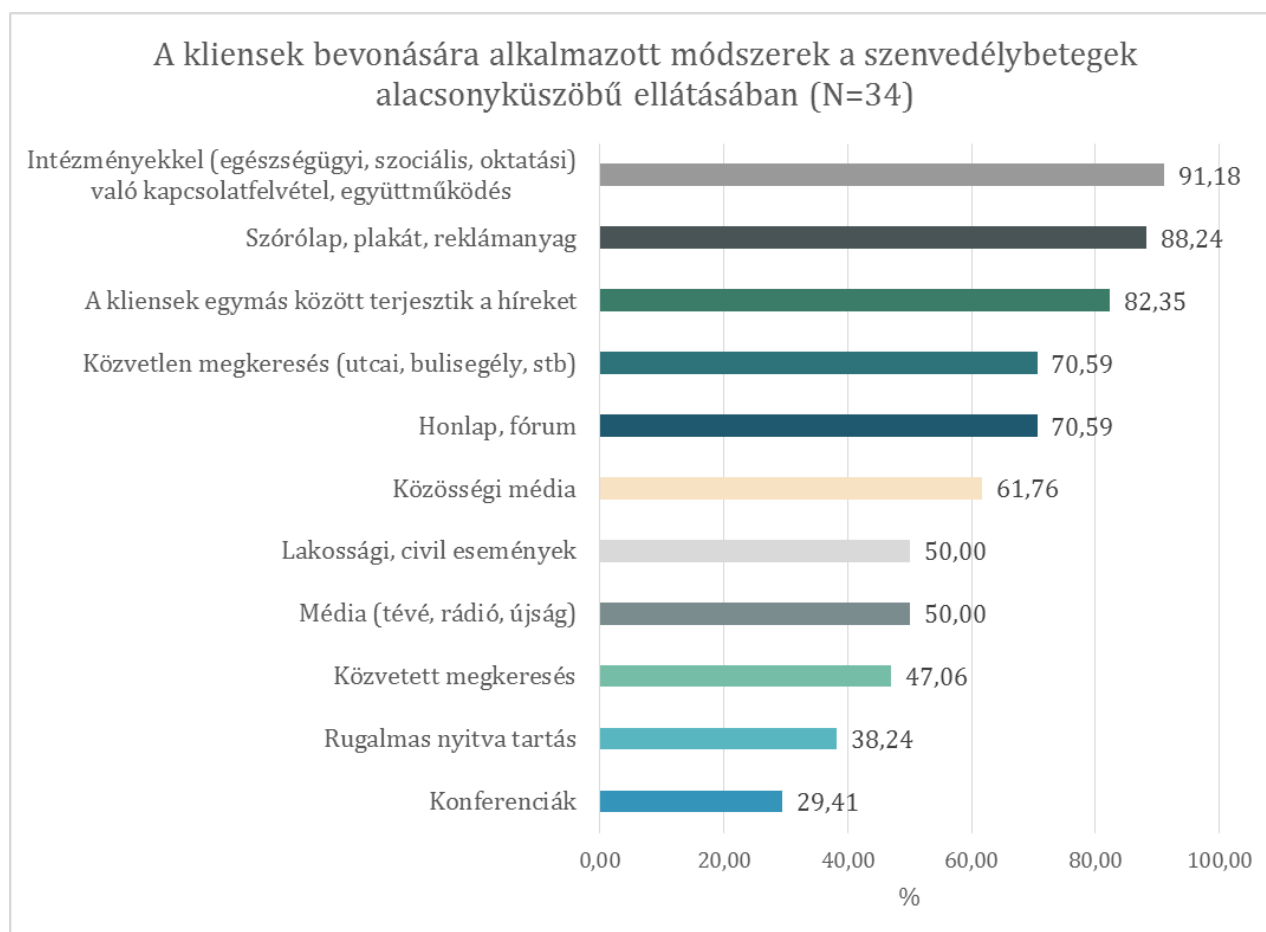


Forrás: Saját szerkesztés

AZ ALACSONYKÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁST NYÚJTÓ SZOLGÁLTATÓK SAJÁTOSságAI

A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásában a kliensek bevonására használt módszerek közül a legelterjedtebb az egészségügyi, szociális és oktatási intézményekkel való kapcsolatfelvétel, együttműködés, 10-ből 9 ellátás alkalmazza ezt. Szórólapokkal, plakátokkal, reklámanyagokkal is próbálják elérni a klienseket, de a hír szájról-szájra is terjed, a kliensek egymásnak is ajánlják a szolgáltatásokat. A közvetlen megkeresés utcán, bulikban, szórakozóhelyeken szintén elterjedt, de a közösségi médiát is sokan használják a kliensek elérésére, ma már többen, mint a tévét, rádiót, újsághirdetéseket.

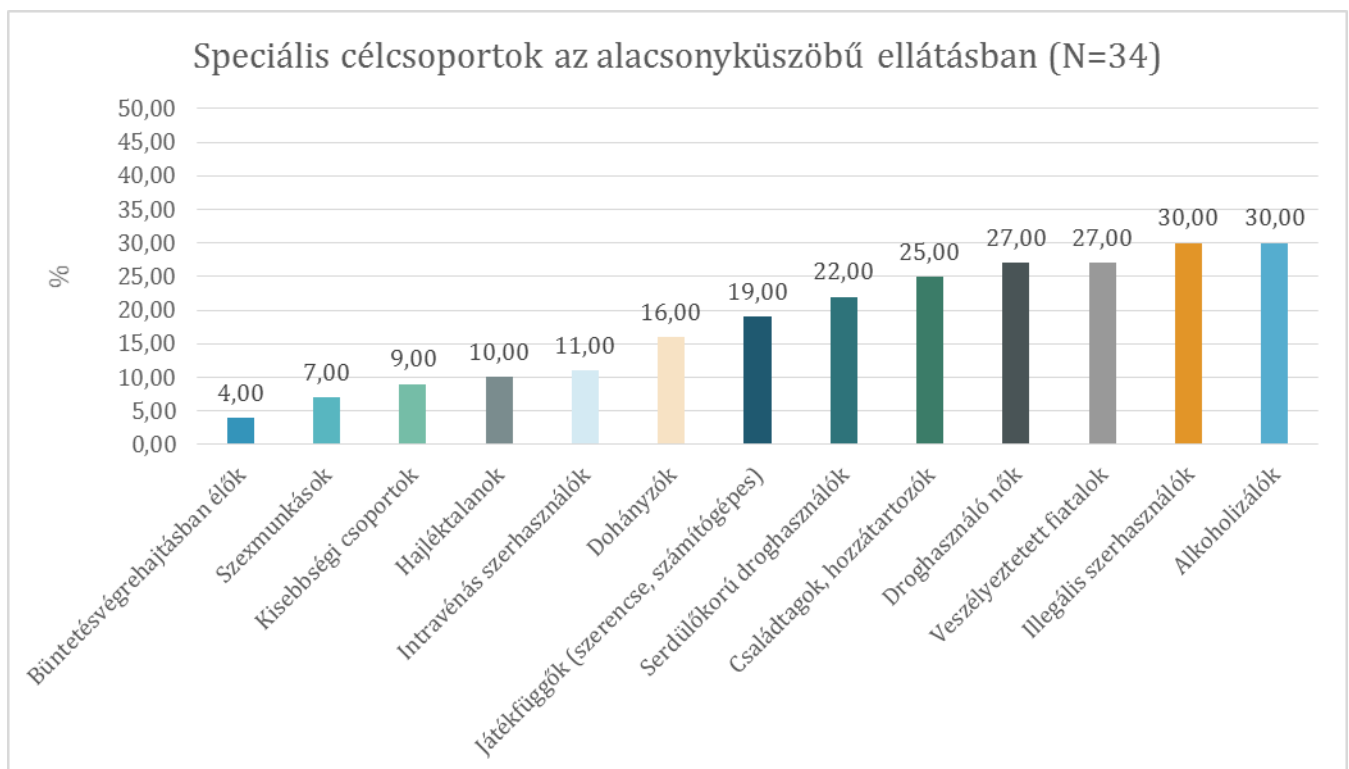
12. ábra. A kliensek bevonására alkalmazott módszerek a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásában



Forrás: Saját szerkesztés

Felmértük, hogy milyen speciális célcsoportokat céloznak meg az alacsonyküszöbű ellátások, az eredmények szerint az alkoholizálókat és az illegális szerhasználókat az ellátások 30%-ában, a veszélyeztetett fiatalokat és droghasználó nőket 27%-ában, családtagokat, hozzátartozókat 25%-ában, serdülőkorú droghasználókat 22%-ában próbálják elérni. Vannak, akik játékfüggőket (19%), dohányzókat (16%), intravénás szerhasználókat (11%), hajléktalanokat (10%), kisebbségi csoportokat (9%), szexmunkásokat (7%) és büntetésvégrehajtásban élőket (4%) szeretnék bevonni.

13. ábra. Speciális célcsoportok az alacsonyküszöbű ellátásban



Forrás: Saját szerkesztés

Az alábbi táblázatban látható, hogy az alacsonyküszöbű ellátásban milyen szolgáltatásokat biztosítanak és, hogy 2010. évhez képest milyen változások történtek.

2. táblázat. Az alacsonyküszöbű ellátásokban biztosított szolgáltatások

Az alacsonyküszöbű ellátásban biztosított szolgáltatások	2010. évi adat (N=28)	%	2021. évi adat (N=34)	%	Változás százalékban
Információadás, konzultáció egészségügyi végzettségű szakemberrel	17	60,7	15	44,1	-16,6
Információadás, konzultáció szociális végzettségű szakemberrel	24	85,7	34	100,0	14,3
Információadás, konzultáció önkéntesekkel	19	67,9	7	20,6	-47,3
Információadás, konzultáció sorstárssal (drogos, volt-drogos)	13	46,4	18	52,9	6,5
Telefonos segítségnyújtás	13	46,4	14	41,2	-5,3
Megkereső tevékenység/utcai szociális gondozás	23	82,1	23	67,6	-14,5
Jogsegély szolgáltatás	9	32,1	5	14,7	-17,4
Krízis intervenció	24	85,7	27	79,4	-6,3
Elsősegély	13	46,4	12	35,3	-11,1
Orvosi ellátás	5	17,9	3	8,8	-9,0
Szűrővizsgálat: hepatitisz, helyben	8	28,6	7	20,6	-8,0
Szűrővizsgálat: HIV, helyben	7	25,0	5	14,7	-10,3
Szűrővizsgálatok (hepatitisz, HIV) a magas kockázati csoportok körében (pl. injekciós használók, prostituáltak)	4	14,3	6	17,6	3,4
Szűrővizsgálatra (Hepatitisz, HIV) történő beutalás, motiválás	18	64,3	14	41,2	-23,1
Hepatitisz, HIV tanácsadás	15	53,6	13	38,2	-15,3
Hepatitisz B vakcináció	2	7,1	0	0,0	-7,1
Óvszer hozzáféréseinek biztosítása	14	50,0	17	50,0	0,0
Tűcsere	11	39,3	16	47,1	7,8
Biztonságosabb injektálással kapcsolatos tanácsadás	18	64,3	16	47,1	-17,2
Éjszakai szállás biztosítása	0	0,0	0	0,0	0,0
Tisztálkodási, mosási lehetőség (2010-ben csak tisztálkodási lehetőségként szerepelt)	12	42,9	17	50,0	7,1
Étel-adás	8	28,6	9	26,5	-2,1
Klub-szerű ellátási formák szervezése	20	71,4	19	55,9	-15,5
Csomagmegőrzés	3	10,7	3	8,8	-1,9
Postafiók biztosítása kliensek számára	1	3,6	1	2,9	-0,6
Információ átadás, személyes tanácsadás és konzultáció családtagok, hozzátartozók részére	21	75,0	30	88,2	13,2
Tréning, továbbképzés a segítők, szociális munkások részére	13	46,4	12	35,3	-11,1
Önsegítő csoportok	11	39,3	19	55,9	16,6
Csoportfoglalkozások	19	67,9	23	67,6	-0,2
Egyéni elterelés	7	25,0	15	44,1	19,1
Csoportos elterelés	4	14,3	9	26,5	12,2
Metadon fenntartó kezelés	0	0,0	0	0,0	0,0
Más szociális ellátó intézménybe történő irányítás	26	92,9	33	97,1	4,2
Más alacsony küszöbű programba történő irányítás	22	78,6	13	38,2	-40,3
Metadon fenntartó kezelésbe juttatás	13	46,4	6	17,6	-28,8
Absztinenciát célzó terápiába/rehabilitációs intézménybe való juttatás	23	82,1	27	79,4	-2,7
Más pszichiátriai betegséget kezelő intézménybe juttatás	23	82,1	21	61,8	-20,4

Egészségügyi intézménybe történő juttatás (kiv.: fertőző betegségek)	24	85,7	25	73,5	-12,2
Fertőző betegségek kezelését nyújtó intézményekbe juttatás	21	75,0	12	35,3	-39,7
Háziorvoshoz történő juttatás	24	85,7	19	55,9	-29,8

Forrás: a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal Szociális Főosztály által 2010-ben kiadott Szakmai tanulmányok támogató szolgáltatásokról és közösségi ellátásokról című kiadvány adatai és kutatásunk eredményei alapján. Saját szerkesztés.

Ahogy a táblázatból is látszik a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásában a legtöbb tevékenység végzésének gyakorisága csökkent: így például a különféle egészségügyi ellátásokhoz juttatás, betegút biztosítása, az önkéntesek bevonása, a megkereső tevékenység végzése és a klubszerű programok biztosítása is. Ebben nyilván a koronavírus járványhelyzetnek hatalmas szerepe van, hiszen a megkereső munka és a prevenció tevékenységek nagy része ellehetetlenült, a szórakozóhelyek bezártak, az iskolák online oktatásra álltak át, nehezebb volt elérni bizonyos célcsoportok tagjait, az egészségügy is nagyon leterhelt volt. A járványhelyzet javulásával újra érdemes lesz megvizsgálni, hogyan alakul a továbbiakban a szakmai tevékenységek végzése az alacsonyküszöbű ellátásokban, milyen hatások alakítják azt.

KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSOK A COVID-19 JÁRVÁNYHELYZET ALATT

A feladatellátás a COVID miatt jelentősen módosult, be kellett tartani a járványügyi szabályokat, szükségessé vált a védőfelszerelések használata és a távolságtartás, fokozottan figyelni kellett a higiénére, kézmosásra, fertőtlenítésre, korlátozták az egy helyiségben tartózkodók számát. A kliensekkel való kapcsolattartás elsődlegesen infokommunikációs eszközök bevonásával történt, az intézményekben többnyire csak ügyeletet biztosítottak. A tanácsadás, esetkezelés, prevenció foglalkozások, megkeresés többnyire online formában működtek. A csoportfoglalkozásokat és szabadidős programokat jellemzően nem lehetett személyes formában megtartani, ahol tudták online tartották meg azokat, ahol nem, ott szüneteltek. Lehetőség szerint szabadtéren beszélgettek a kliensekkel. A mosási, tisztálkodási lehetőséget korlátozták. Az állapotfelmérés, megállapodások megkötése, kérelem benyújtása telefonon keresztül történt. A kórházi csoportok sem működtek a járvány alatt. Akiket lehetett bevontak az online konzultációba, de a kliensek egy részének erre nem volt lehetősége a hozzáférés, eszközök, vagy a készségek hiánya miatt, őket személyesen felkeresték, illetve krízishelyzetben személyesen is rendelkezésre álltak. Több szolgálatnál ebéd és ételmeztársaság szállítással, adományosztással bővült a munka, sokan igényeltek információkat, illetve védőeszközöket adtak a klienseknek. Voltak, akik a kliensek oltásának megszervezésében is részt vettek.

Az átszervezés, online munkára átállás gyorsan történt, amennyire az adott helyzetben lehetett felkészültek rá. A kliensekkel egyénileg meg kellett állapodni a rendszeres kommunikációra alkalmas csatorna használatában. Ki kellett alakítani a kereteket, új beosztást, ügyeleti rendszert, elérhetőségeket, használt platformokat és eszközöket. A fenntartó döntése alapján bizonyos szolgáltatások, tevékenységek szünetelhettek átmenetileg. Többen arról számoltak be, hogy nagyrészt zökkenőmentes volt az átállás, nyitottak voltak a kliensek az új online formára, az elkezdett munkát lehetett tovább vinni. Sok helyen viszont komoly problémát jelentett, sok kliens nem rendelkezett a szükséges eszközökkel vagy készségekkel, illetve a kliensek jobban szerették és hiányolták a személyes találkozásokat. A szolgáltatók igényelték volna az online konzultációra, kliensekkel való kapcsolattartásra és az online segítségnyújtásra vonatkozó szakmai ajánlások kidolgozását, módszertani segítséget.

Sok kliens intenzívebb lelki segítséget igényelt, mint korábban, míg mások nem akartak személyes kapcsolatba kerülni a segítővel, mert félték a betegségtől. Az ellátottak száma az ellátások 68,2%-ában ugyanannyi volt a járványhelyzet alatt, mint előtte, 13,1%-ában több, 18,7%-ában kevesebb. Sok kliens tartózkodóbb lett, nem engedte be az ellátás munkatársait, ugyanakkor jelentős volt azok száma is, akiknek az életében nem jelentett nagy változást a vírushelyzet.

- *„Meglévő klienseinknek fokozott igényük mutatkozott a megváltozott élethelyzet miatt, ez sűrűbb kapcsolattartást igényelt (plussz találkozás, sűrűbb telefonos kontakt)”*
- *“Intenzívebb jelenlétet igényelnek a pszichiátriai betegek, a hétvégi látogatásra is szükség van. Gyakorta mi látjuk el meleg étellel őket hétvégén; az esetleges gondnokoltatás nullára redukálódott, amennyiben veszélyeztető állapotú, a mentő elviszi a pszichiátriai beteget a sürgősségre, éjszaka pedig hazahozza a betegszállítót; hozzátartozók híján a gondozót ébresztik hajnali 3-kor és megy nyitja a lakást. Az eddig támogató, segítő lakosság szenvtelen lett, az izoláció, a félelem, a közöny kézzel fogható.”*
- *“... több kliens kérte segítségünket bevásárlásban, ebéd befizetésben, hivatalos ügyek intézésében Önkormányzatnál, Kormányhivatalnál, receptek elhozatalában, gyógyszerkiváltásban, mert ők nem akartak vagy mertek kimozdulni. A szolgáltatás során volt, aki a személyes kapcsolattartás helyett a telefonos kapcsolattartást preferálta a vírus miatt kialakult félelmei miatt. Sok esetben beszűkültek a kliensek lehetőségei, az intézménybe se lehetett bejönni, csoportfoglalkozásokat sem tarthattunk.”*
- *“Több kliens félve a betegségtől inkább telefonon, online vagy a saját udvarán, de nagy távolságban tartotta a kapcsolatot. Több segítséget igényeltek hivatalos ügyek intézésében, szakorvossal való kapcsolattartás, gyógyszerrei felíratása terén.”*

Meglepő volt, hogy néhányan azt válaszolták, hogy ugyanúgy látták el a klienseket, mint a járványhelyzet előtt.

A képzések többnyire elmaradtak vagy online valósultak meg. Sokan úgy látják, hogy kevesebb lehetőség volt a tapasztalatcserére, szakmai párbeszédre, míg mások éppen arról számoltak be, hogy online nagyon sok konferenciába, megbeszélésbe, rendezvénybe be tudtak csatlakozni, amire személyesen nem lett volna lehetőségük.

Sokan a járványhelyzet javulásával is fenntartják a hibrid működést és a pozitív tapasztalatok miatt a jövőben is tervezik használni az online lehetőségeket.

NEHÉZSÉGEK A JÁRVÁNYHELYZET ALATT

Erősödött az izoláció, a magány, a kliensek pszichés problémáit nehezebb volt kezelni. Sok ellátott nehezen viselte a bezártságot és félték a vírustól is, bár ez a félelem idővel enyhült, ahogyan megtanulták a maszk, kézfertőtlenítő használatát és a távolság megtartását. Sok információt kértek a segítőtől, akik az oltásokkal kapcsolatos ügyintézésben is részt vettek. Sok kliens – például a depresszióban, szorongásban szenvedők – állapota romlott. A teljesen ismeretlen, új helyzet, a korlátozások, a bizonytalanság, az egzisztenciális félelmek, a sokféle, sokszor ellentmondó információ mindenkire nagy pszichés nyomást jelentett, stresszel járt. Sokan elvesztették az állásukat, anyagi problémákkal küzdöttek. Nőtt a krízishelyzetek száma. Az új kliensek elérése és ellátásba vétele nehéz volt. A járványhelyzetben a papír alapú adminisztráció vezetése is nehezített lett.

Nehezedett a hozzáférés az egészségügyi ellátásokhoz. A betegút biztosítása, egészségügyi intézménybe delegálás nehézkessé vált, a pszichiátriai osztályokat részben vagy teljesen megszüntették, a detoxikáció elérhetetlenné vált. Az orvosi ellátás hiánya miatt az ellátottak egészségügyi állapota romlott.

Nehezedett a kapcsolattartás, a kommunikáció. A négy szemköztí segítő beszélgetés ritkább lett, a kliensek a védőfelszerelések ellenére is tartózkodóbbak voltak. Az online módszerek alkalmazásával kapcsolatosan bár voltak pozitív tapasztalatok is, az ellátottak számára sok esetben nem volt megfelelő, egyrészt a készségek, másrészt az eszközök vagy az internet hozzáférés, előfizetés hiánya miatt. Az infokommunikációs eszközök hiánya néhány szolgálatban is gondot okozott. Az online csoportok sok helyen sikeresen működtek, de különösen a halmozottan hátrányos helyzetű kliensekkel dolgozóknál nem tudott megvalósulni, sokan nem tudtak becsatlakozni, vagy technikailag olyan minőségű volt a kapcsolat, ami nem támogatta a hatékony munkát. Mindezekből látszik, hogy a digitális felzárkóztatásra van szükség, az eszközellátottság még nem mindig megfelelő az online munkához, de a digitális műveltségen, a készségeken is van még mit fejleszteni.

Az alacsonyküszöbű ellátásokban a prevenciós munka elmaradása – pl. iskolákban, szórakozóhelyeken - jelentett problémát, nehezítette a kliensek elérését, bevonását. A célcsoportok egy része „láthatatlanná vált”, a rejtőzködés volt jellemző, például a szórakozóhelyek bezártak, az utcai szexmunka vagy a szerhasználat a lakásokba szorult,

nehezebb volt a klienseket elérni, megszólítani, emiatt a szolgáltatások egy részét nem tudták biztosítani.

Tartottak a szolgáltatók attól, hogy fertőzés miatt teljes bezárásra kerülhet sor, úgy érezték, hogy kevés iránymutatást kaptak a minisztériumtól, szakmai szervezetektől a nyitás-zárás kivitelezése tekintetében. Segítséget gyakran a társszervezetektől kaptak, egyeztettek más szolgáltatókkal és partnerekkel arról, hogy a gyakorlatban hogyan hajtják végre az előírásokat, milyen módon tudnak tovább dolgozni a járványhelyzetben. A válaszadók szerint fontos lenne, ha szakmai, módszertani útmutató, ajánlás készülne a kliensekkel való infokommunikációs technológia segítségével történő kapcsolattartással, az online és telefonos konzultációval, segítségnyújtással kapcsolatosan.

POZITÍV TAPASZTALATOK A JÁRVÁNYHELYZETBEN

Szerettük volna felmérni azt is, hogy milyen pozitív tapasztalatok voltak a járványhelyzet alatt. Volt, aki arról számolt be, hogy pozitív tapasztalatban nem bővelkedtek, nagyon sok volt a nehézség. Azonban sokan pozitív tapasztalatokról is beszámoltak, például volt, aki azt mondta, hogy a **kliensek problémamegoldási készsége fejlődött, fegyelmezetten és felelősségteljesen viselkedtek, nyitottak voltak az online kapcsolatokra, elsősorban a gyors elérhetőség miatt.** Jónak látták, hogy az infokommunikációs eszközök használatával probléma esetén hamar tudtak konzultálni. Azt is tapasztalták, hogy **több kapcsolattartást igényeltek a kliensek. Sokan úgy látták, hogy az online konzultáció, segítő beszélgetés nagyon jól tud működni, többen megtanultak online kapcsolatot fenntartani.** Néhány kliens jelezte, hogy abbahagyta a szerhasználatot. Azt is tapasztalták a szolgáltatók, hogy **sokan könnyebben kérnek segítséget online, kedvelik a kliensek a rugalmasabb, könnyebb elérhetőséget.** Ugyanakkor a személyes találkozás, az együtt töltött idő, közös program felértékelődött. Pozitív tapasztalat volt a segítőknek, hogy a kliensekkel és hozzátartozókkal kialakított bizalmi kapcsolat erősnek bizonyult, sikeresen fenn tudták tartani a kapcsolatot a járványhelyzetben is. Volt, aki azt élte meg pozitívan, hogy nem maradt senki ellátatlanul, nem vesztettek el senkit és jelentős állapotromlás sem következett be a klienseiknél, ezek valóban nagy eredmények! A kliensek megtapasztalták, hogy ebben a helyzetben sem hagyják őket magukra, ennek köszönhetően motiváltabbak lettek, az együttműködés még sokszor javult is. A kliensek, sorstársak egymást is segítették, a közösség ereje megmutatkozott, megtartóak voltak ezek a kapcsolatok a krízishelyzetben. **Ahol sikerült a rendszeres kapcsolattartást kialakítani és fenntartani, ott a kliensek jobban megküzdöttek a járvány okozta pszichés problémákkal és az elszigetelődéssel.** Az idősebb kliensek is motiváltakká váltak ebben a helyzetben az infokommunikációs eszközök használatának megtanulására. Nagyon jól működtek a különféle tematikájú – például kommunikációs, mese, alkotó, irodalmi stb. - online csoportok, egyre többen csatlakoztak hozzájuk idővel. A járvánnyal kapcsolatban sok ellátott kért tájékoztatást. **Új kliensek is ellátáshoz jutottak, mivel az online térben megvalósult csoportfoglalkozások során olyanok is bekapcsolódtak, akik mozgáskorlátozottság vagy**

egyéb okok miatt személyesen nem tudtak eljárni a foglalkozásokra. Több természetbeni támogatás, adomány érkezett a járványhelyzetben a szolgáltatókhoz és általuk a kliensekhez. A járványhelyzet alatt a tartós élelmiszerek mellett a vitaminok és tisztítószeresek, fertőtlenítőszeresek fontossá váltak.

Sokan méltán büszkén számoltak be arról, hogy a kollégáik milyen jól helytálltak, milyen áldozatosan és összetartóan dolgoztak, biztosították az ellátás folyamatosságát. Úgy látják, hogy hatékonyabb volt a csapatmunka, jól és hatékonyan tudtak a változásra reagálni. Sikeresen tartották be a védekezési szabályokat, rugalmasak voltak, hamar kidolgoztak különféle protokollokat a kliensek és a munkatársak védelmében.

Az új típusú munkaszervezés, a munkatársak közti online kommunikáció kapcsán is számos pozitív tapasztalatról számoltak be: használták a digitális technológiát online kapcsolattartásra, csoportos megbeszélések megtartására videó-hívások által, az adminisztrációt is tudták gyorsítani, átgondolták a dokumentációvezetés mikéntjét, így az hatékonyabb, gyorsabb, ésszerűbb lett. Számos olyan új módszert, eszközt, megoldást kipróbáltak, melyet a vészhelyzet elmúltával is fognak alkalmazni. Sokan ebben az időszakban végeztek először online konzultációt, most megtapasztalták az előnyeit és úgy gondolják, hogy a jövőben is fogják végezni.

Változott a kliensek és a segítők hozzáállása is sok dologhoz, kicsit lassult az élettempó, sokak önismerete fejlődött, az értékek átrendeződtek, felértékelődtek a családi, baráti kapcsolatok, a közösséghez tartozás.

Különféle állításokat fogalmaztunk meg a járványhelyzet alatti működéssel kapcsolatosan, kértük a válaszadókat, hogy ötfokú skálán jelöljék, hogy mennyire értenek egyet azokkal. Az eredmények szerint a szolgáltatók úgy tapasztalták, hogy a járványhelyzetben nehezedett az egészségüggyel való együttműködés, a betegút biztosítása. Az új kliensek elérése, bevonása nehezebbé vált, a kliensek egy része nem tudta igénybe venni az online szolgáltatásokat, mert nem rendelkeztek a szükséges eszközökkel. Ugyanakkor többnyire úgy látták, hogy saját munkatársaik zökkenőmentesen használták az online eszközöket, biztosították online a szolgáltatásokat, a kollégák készségének szintjét ehhez megfelelőnek látták. Elégedettek voltak a teljesítményükkel, úgy látják, hogy sikeresen vették az akadályokat, új eszközöket, lehetőségeket, módszereket próbáltak ki, legtöbben egyetértettek azzal, hogy munkájuk színvonala, hatékonysága javult. Részletesebb szakmai, módszertani útmutatást vártak volna arra vonatkozóan, hogy a járványhelyzetben milyen formában lehet végezni a szakmai tevékenységeket. A szolgáltatók egyetértettek azzal az állítással, hogy a járványhelyzet alatti helytállásuk bizonyította, hogy a közösségi ellátásokra óriási szükség van.

14. ábra. A koronavírus járványhelyzetre vonatkozó állításokkal kapcsolatos vélemények



Forrás: Saját szerkesztés

AMIT A VÉSZHELYZETBEN TANULTAK, AMIT TOVÁBBVISZNEK

Az online eszközöket sok szolgáltató a továbbiakban is használni szeretné, akár operatív feladatok elvégzésére, akár kapcsolattartásra, de esetkezelésre, konzultációra, csoportok megtartására, megbeszélések megtartására is. A Messenger, Skype, egyéb videóchatek használatát sokan beépítik az esetmunkába, hatékonynak találták ezek használatát.

„Kidolgoztunk egységes felület(ek)et a Google Drive-on, ahova minden munkatársnak belépési lehetősége van rögzíteni a napi teendőket óralebontás szerint, valamint az aktuális beosztást, szabadságokat is. A hívásnapló vezetése kifejezetten precíz és részletes volt, valószínűleg a jövőben a papíralapú hívásnaplóról áttérünk az online formára. Abszolút nyomon követhető volt a ... munka, egyértelmű volt egyes emberek feladata és a feladatmegoldásra szánt időzítés is. A teendőket minden héten szerdán adott időpontban Google Hangouts-on, illetve Google Meet felületeken beszéltük meg és osztottunk ki, majd jegyzőkönyvbe rögzítettük ezeket, így ez mindig visszakereshető volt. Ezáltal teljes mértékben elkerülhettük a félreértéseket, duplamunkát, valamint a kollégák is könnyebben elérhetőek voltak. Havi egy alkalommal online szupervíziót tartottunk, ami sokat hozzáadott, hogy személyesebbé tegyük a közös munkát. A szupervíziós üléseken felszínre kerülhettek az egyéni nehézségek, melyek megosztása ad egyfajta "sorsközösség" érzést és támogatást, amire sokszor szükségünk volt.”

Volt, aki a technológia használatát legfeljebb az operatív jellegű stábülések megtartásában használná a jövőben, de a segítő kapcsolatban nem, mert úgy érzi, hogy kiégnek, kifáradnak tőle a kollégák, a személyes kapcsolatot sokkal hatékonyabbnak találják. Mások éppen arról számoltak be, hogy a Skype-os, Zoomos kapcsolattartás nagyon bevált nekik, a közösségi gondozóval online formában hosszabban beszéltek a kliensek és sokszor mélyebb beszélgetések is folytak, mint személyesen, ráadásul az utazási idő ezáltal redukálható. Célcsoport függő is volt, hogy kinek mennyire működött a digitális eszközök használata, a fiatalok széles körben használják, kedvelik ezeket.

„A telefonos kapcsolattartás inkább alkalmoszerű volt a járványhelyzet megjelenése előtt, addig igyekeztünk a személyes kapcsolattartást előtérbe helyezni. A járványhelyzet rámutatott arra, hogy bizonyos kliensekkel a személyes találkozó megszervezésének bonyolultságából fakadóan a telefonon történő kapcsolattartás képes nagyon hatékony lenni, könnyebben el tudjuk érni azokat a klienseket is, aki sokkal kevésbé igénylik a személyes megjelenésünket lakóterükben, ellenben igénylik a rendszeres kapcsolattartást.”

Hibrid megoldást is többen választanának, a személyes találkozás mellett alkalmoszerűen online csoport alkalmakat, kapcsolatfelvételi és konzultációs lehetőséget is kínálni szeretnének a klienseknek, hiszen ez gyors reagálást tesz lehetővé, illetve olyanok is be tudnak kapcsolódni az online csoportokba, akik személyesen nem tudnának részt venni benne.

Sokan online közösséget is építettek, platformot alakítottak ki, melyet mindenképpen tovább szeretnének működtetni.

Munkaadói oldalról megtapasztalták, hogy akár home officeban, rugalmas munkaidővel is lehet hatékonyan dolgozni, nyitottabbak lettek arra, hogy a jövőben is biztosítsanak a munkatársaknak ilyen lehetőséget.

A szociális szakemberek nyitottabbá váltak az online szakmai képzések igénybevételére, online szakmai megbeszéléseken, konferenciákon, konzultáción, szupervízión, műhelyeken való részvételre.

Többen kipróbáltak új dolgokat, bevezettek új szolgáltatásokat, például volt, ahol az izoláció csökkentésére, a fizikai aktivitás megtartására sétacsoportot szerveztek és mivel ez nagyon népszerű, sikeres volt, ezt meg szeretnék tartani a jövőben is.

ÖSSZEGZÉS

Kutatásunk célja a közösségi ellátások helyzetének vizsgálata és az elmúlt tíz évben történt változások áttekintése volt. Feltártuk a szolgáltatók igényeit és problémáit, hogy az eredmények alapján a közösségi ellátásokra vonatkozóan fejlesztési javaslatokat fogalmazhassunk meg. Szintén fontos célunk volt a szolgáltatóktól visszajelzés kérése az OKEE munkájával kapcsolatosan, az eredmények alapján fogjuk szakmatámogatási, érdekképviselési tevékenységeinket bővíteni, szeretnénk még jobban megfelelni a szolgáltatók igényeinek. Végül, de nem utolsósorban egy aktuális kérdést is vizsgáltunk, a koronavírus járványhelyzet közösségi ellátásokra gyakorolt hatásait.

Online önkitöltős kérdőívvel történt a lekérdezés, a válaszadásra 2021.04.26.-06.08. közt volt lehetőség. 104 kitöltött kérdőív érkezett, a válaszadók közül közösségi pszichiátriai ellátást 50, szenvedélybetegek közösségi ellátását 49, szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátását 34 válaszadó szolgáltató működtetett. 3 válaszadó volt, aki mindhárom típusú ellátást biztosította, 12 szolgáltató a kétféle szenvedélybeteg ellátást, 11 válaszadó pedig közösségi pszichiátriai ellátást és szenvedélybetegek közösségi ellátását is végezte. Kutatásunk során mindhárom ellátástípus esetében sikerült a magyar szolgáltatók több, mint felét elérnünk.

Számos problémát sikerült feltárnunk. Az egyik legfontosabb, hogy a jelenlegi finanszírozást a válaszadók döntő többsége nem tartja elegendőnek, úgy becsülik átlagosan, hogy a szolgáltatás biztosítását 80%-ban fedezi a finanszírozás. A fennmaradó összeget pályázati forrásokból, fenntartói forráskiegészítésből, adó 1% felajánlásokból származó bevétellel, önkormányzati támogatásokkal, magánszemélyektől és cégektől érkező adományokkal próbálják kiegészíteni. Azonban az állami költségvetési támogatáson (normatíva) kívül a válaszadók 31%-ának nincs más bevétele, ez esetükben azzal jár, hogy nem tudják megfelelő színvonalon működtetni az ellátásokat, illetve nem biztosítanak az

igényeknek megfelelő szolgáltatást, például elegendő közösségi programot. Ezért elengedhetetlenül fontosnak látják a válaszadók az alapfinanszírozás növelését. Igénylik a továbbképzési lehetőségekhez való hozzáférés javítását, a 2010-es eredményekhez képest az ingatlan vásárlás iránt igény (27,3%-ról 39,42%) és a számítógép beszerzés, informatikai eszközbeszerzés iránti igény is jelentősen nőtt (13%-ról 36,54%-ra). Ingatlan felújítást, bővítést, gépkocsi beszerzést és kapacitás arányos létszámnövelést a válaszadók 30-31% igényelne. A szolgáltatók több, mint fele tervezi az ellátatlan területekre pályázat, feladatmutató bővítés igénybennyújtását, ha az lehetővé válik.

A szolgáltatók 37,5%-ának jelent nehézséget munkájuk során a kliensek ellátásba történő bevonása, ez az arány 2010-ben még csak 24,8% volt a közösségi ellátásokban, 29,5% az alacsonyküszöbű ellátásban, vélhetően a COVID-19 járványhelyzet állhat a növekedés hátterében. **A szolgáltatók igényelnék az online konzultációra, kliensekkel való kapcsolattartásra és az online segítségnyújtásra vonatkozó szakmai ajánlások kidolgozását, módszertani segítséget.**

A képzési kötelezettségét a munkatársak ötóde nem tudja teljesíteni. Forráshiány miatt sokan csak ingyenes képzéseken tudnak részt venni, azonban a járványhelyzet miatt ezekből is kevés volt. A képzési kötelezettség teljesítésének elmaradása kapcsán okok közt többen motivációhiányról, kiégésről is beszámoltak. Nagy a bizonytalanság a közösségi pszichiátriai ellátás és a szenvedélybetegek közösségi ellátása képzésekkel kapcsolatban.

Komoly probléma, hogy **a szolgálatok közel 20%-ában nem vesznek részt a munkatársak szupervízió, még alkalmasszerűen sem,** ezen kívül a rendszeres szupervízió nagyon ritka, még havi rendszerességgel is csak az ellátások 27%-ban kerül sor, az ellátások felében alkalmasszerűen valósul meg. Esetmegbeszélés heti rendszerességgel kevesebb, mint az ellátások felében van (46,15%), havonta 30,77%-ukban, alkalmasszerűen 23,08%-ukban.

2010-hez képest elmondható, hogy a szakmai tevékenységek gyakoriságában jelentős változások történtek: kevésbé gyakori például az együttműködési megállapodások megkötése a természetes támogatókkal, személyes célok elérését segítő személyekkel, szolgáltatókkal, a stresszkezelés, az agresszió kezelése, az öngyilkosság kockázatának kezelése, a kríziskezelés, a csoportokkal végzett szociális munka, az oktatási intézményekkel kapcsolat kiépítés és tartás, a helyi közösségekkel és közösségfejlesztőkkel együttműködés, a jog és érdekvédők felkeresése az ellátottak érdekében. **A csökkenés okának vizsgálatához további kutatások szükségesek, vélhetően nem csak a koronavírus járványhelyzet hatásának tudható be (sőt, a járványhelyzet miatt épp növekedést várhattunk volna bizonyos tevékenységek esetében), hanem a finanszírozási problémák is szerepet játszhatnak benne.**

A szolgáltatók 62,5%-a mondta, hogy az ellátottjai között vannak olyanok, akik egészségügyi és szociális ellátásokra várakozó krónikus betegek, tehát úgy tűnik, hogy **átmenetileg a közösségi ellátások tehermentesítik a szociális és egészségügyi ellátórendszert.**

A kötelezően vezetendő dokumentációval kapcsolatban számos változtatási javaslatot fogalmaztak meg a válaszadók, melyeket a tanulmányban ismertettünk, a legfontosabb, hogy úgy látják, hogy csökkenteni kell a vezetendő dokumentáció mennyiségét, mert úgy érzik, hogy ezek vezetése a kliensektől veszi el az időt, illetve egyszerűsítést is szükségesnek látnak. Az ellátások 58,65%-a használ számítógépes nyilvántartó programot, ami az esetek kicsit több, mint felében saját fejlesztés, majdnem felében pedig vásárolt program. A számítógépes nyilvántartó programot még nem használó szolgáltatók 80%-a mondta, hogy segítené a munkájukat, ha ilyen programot használhatnának. A válaszadók háromnegyede szerint segítené munkájukat a papír alapú helyett teljes körű elektronikus dokumentáció vezetése.

Célunk volt felmérni, hogy a válaszadók szakmai tevékenységében van-e olyan különleges elem, program, speciális módszer, amelyről azt gondolják példaértékű, egyedi, innovatív, ezeket röviden bemutattuk a tanulmányban. Szintén sor került a kliensek bevonásában alkalmazott speciális módszerek, jó gyakorlatok összegyűjtésére és bemutatására.

Pozitív változások is történtek az elmúlt tíz évben, például az ellátottak tájékoztatásában (jogaikról, az esetleges panasz megfogalmazásának lehetőségéről) jelentős javulás következett be.

Bár számos nehézséggel és kihívással szembesültek a közösségi ellátások a járványhelyzetben – például nehezedett a betegút biztosítása, az új kliensek elérése, gyors alkalmazkodás és munka átszervezés volt szükséges, miközben ehhez kevés útmutatást kaptak – mégis úgy tűnik a közösségi ellátások megerősödtek ebben a helyzetben: sikerként élték meg, hogy az ellátások tudtak tovább működni, nagy eredmény, hogy a kliensek nem maradtak ellátatlanul. A legtöbben úgy látták, hogy munkatársaik zökkenőmentesen használták az online eszközöket, biztosították online a szolgáltatásokat, elégedettek voltak a teljesítményükkel, úgy látták, hogy sikeresen vették az akadályokat. Új eszközöket, lehetőségeket, módszereket próbáltak ki, a legtöbben egyetértettek azzal, hogy munkájuk színvonala, hatékonysága javult. A szolgáltatók járványhelyzet alatti helytállása bizonyította, hogy a közösségi ellátásokra óriási szükség van.

A válaszadók harmada volt OKEE tag, háromnegyedük ismeri és használja az OKEE ajánlásokat. Az OKEE tevékenységével alapvetően elégedettek, ugyanakkor számos további szolgáltatást igénybe vennék az egyesülettől. Javasolataikat ezúton is köszönjük, figyelembe fogjuk venni azokat az egyesület szakmai tevékenységének fejlesztése során!

Függelék

Szakmai tevékenységek a közösségi ellátásokban (N=85, kérésünkre az alacsonyküszöbű ellátást végző szolgáltatók erre a kérdésre nem válaszoltak, %)

