

**„Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása”  
TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt**

“A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillér

IV.4 Integrált helyi szolgáltatási rendszereket létrehozó fejlesztési programok és elterjesztésük támogatása, csatlakozó képzési és módszertani tevékenységek

IV.4.1.3.1 A programok értékelési jelentési rendszerének létrehozása, dokumentáció, visszacsatolási tervek

**"Az értékelési szempontok és indikátorok kialakítása"**

Készítette:

Domokos Tamás

Horváth Gergely Csaba

A Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából

2011

## Tartalomjegyzék

<b>I. I. Indikátorok és az értékelés elméleti megközelítése</b>	<b>3</b>
<b>II. Az ellátás-fejlesztés értékelésének szakmai-tartalmi kérdései</b>	<b>13</b>
<b>III. Az ellátás-szervezés értékelése</b>	<b>18</b>
<b>IV. Szervezeti, intézményi szempontok az értékelés során</b>	<b>24</b>
<b>V. Az ellátottak helyzetének változása</b>	<b>27</b>
<b>VI. Társadalmi kontextus</b>	<b>39</b>
<b>VII. Az értékelés nehézségeiről, előnyeiről, hátrányairól</b>	<b>50</b>

# I. Indikátorok és az értékelés elméleti megközelítése

## Bevezetés

Az egészségügy területén az értékelés iránt mutatkozó egyre növekvő igényeknek számos oka van. A szakosodás és az innováció állandó folyamatának következményeként a kezelési programok és szolgáltatások számos megközelítést és módszert alkalmaznak, ezért nehezzé vált megítélni ezeknek a megközelítéseknek és programoknak a relatív hasznát. Adott helyzetben a különböző kezelési formák közötti választást inkább a szolgáltatások elérhetősége és a vélt ismeretek befolyásolják, mintsem a programokról alkotott - az előnyöket és hátrányokat mérlegelő - adekvát ismeretek. Az állami források megfelelő elosztása iránti igény szükségessé tette a tényszerű adatokon és racionális feltételeken alapuló eredményességi és költség-hatékonyági elemzéseket, ezért az elszórt vagy akár a szisztematikus értékelések a bizonyítékon-alapuló stratégiák elengedhetetlen részévé váltak. Egyre fontosabbá válik annak ismerete, hogy mennyire működnek jól a kezelési programok, és mely programok mely betegek számára a leghatékonyabbak – különösen pénzügyi szempontból. Az erőforrások szűkössége indokolja azt is, hogy az ellátórendszerben végrehajtott fejlesztések, bővítések szigorú értékelést vonnak maguk után, azért, hogy kiderüljön, vajon a legnagyobb alapossággal, a lehető legtöbb értéket előállítva történtek. Természetes ezért tehát, hogy a TÁMOP 5.4.1. program keretei közt végrehajtott fejlesztéseket is evaluáció követi.

## A tanulmány célja

A jelen tanulmány célja, hogy összegyűjtse azokat az értékelési szempontokat, amelyek mentén az evaluáció történik.

A tanulmány egy rövid bevezetővel indul, melynek során áttekintjük az indikátor és a statisztika fogalmak különbségeit, a szubjektív indikátorok alkalmazhatóságát, és az indikátorok általános szerepét az értékelésben. Ezt követően a folyamat- az eredmény- és a gazdasági értékelés főbb kérdéseit tekintjük át kifejezetten a fejlesztés értékeléséhez kapcsolódóan.

A bevezetés után öt területhez kapcsolódóan kerülnek bemutatásra a fejlesztés értékelésének szempontjai. Elsőként az ellátás-fejlesztés szakmai-tartalmi kérdéseit, majd az ellátás-szervezés kérdéseit tárgyaljuk. A fejlesztés értékelése során vizsgálni kell az ellátó szervezeti intézményi működését is. Ezt követően kerül sor azoknak a szempontoknak a bemutatására, melyek az ellátottak, a kliensek jellemzőivel kapcsolatosak. Az utolsó terület a fejlesztés társadalmi kontextusával foglalkozik.

A tanulmányt a fejlesztés értékeléséhez kapcsolódó nehézségek és értelmezési korlátok, dilemmák ismertetése zárja.

## Statisztika és indikátor

A „statisztikák olyan számokban kifejezett tények, amelyeket valamilyen módszertani eljárás segítségével, szisztematikus adatgyűjtés eredményeként állítanak elő, ebből következően „értékmentesek”, feladatuk csupán az információnyújtás, tájékoztatás” (Bukodi 2001), azaz valamely jelenség leírása. A statisztikák egy pontos, egzakt definíció alapján születnek, de a gyakorlatban számos esetben szükség van magyarázatra és értelmezésre: gondoljunk csak a lábjegyzetekre, a módszertani magyarázatokra és az értelmezési korlátokra.

Az indikátorok ezzel szemben a pontos „üzenetre” helyezik a hangsúlyt, úgy, hogy azt már ne kelljen tovább magyarázni. Az indikátorok gyakran származtatott adatok, és sok esetben utalnak valamilyen referencia mennyiségre is (pl. széndioxid kibocsátás per fő, HIV fertőzöttek száma per millió fő). A két mutató közötti különbség szemléltethető például a munkanélküliségi adatok segítségével: a munkanélküliségi statisztika ez esetben lehet a regisztrált munkanélküliek száma. Ilyenkor fontos tudni, hogy milyen időszakra vonatkoznak az adatok, kit tekintenek munkanélkülinek stb. A munkanélküliségi indikátor egy továbbszámított mutató, előállításánál „közös nevezőre hozzák a statisztikák eltéréseit” (munkanélküliség esetében pl. a szezonaritást). A munkanélküliség példájánál maradva: ha a munkanélküliség húsz éves alakulását kívánjuk megérteni, fontosabb az egy-egy évre vonatkozó átlagos százaléktérkép a regisztrált munkanélküliek és az aktív korú népesség arányáról, mint pl. a regisztrált munkanélküliek számának alakulása, amely esetben további erőfeszítéseket igényelne az aktív korúak demográfiai adatainak vagy a „munkanélküli” és az „inaktív” jogi definíciójának áttekintése.

Az indikátorokkal szembeni egyik legfontosabb elvárás az időbeli vagy a csoportok (pl. országok vagy két időpont: fejlesztés előtt és utáni állapot) közötti összehasonlíthatóság. A társadalmi indikátorok magukban hordozzák a tervezés, az előrejelzés és az értékelés igényét is. Az indikátorok elemzésének eredménye az összetett, statisztikákkal csak nehezen leírható jelenség megismerése és a társadalmi változások előrejelzése. Az indikátorokkal szemben elvárásként fogalmazódik meg, hogy az adott jelenséget a lehető legkevesebb, de a legjellemzőbb mutatóval írja le; továbbá, hogy a jelzőszámok elég érzékenyek legyenek ahhoz, hogy a jelenségben bekövetkező kis változásokat is jól mutassák (Bukodi 2001). Az indikátorok közül érdemes azokat előnyben részesíteni, melyeknek hosszú időszorra tekintenek vissza, jó és részletes a területi lefedettségük, és az adatgyűjtés szintjén nem aggregáltak, azaz lehetőség szerint egyénre vagy kisebb csoportokra vonatkoznak, nem pedig egy egész országra. Az indikátorok feladata nem ér véget a jelenség egységes leírásánál, ide tartozik az prioritások, alternatívák meghatározása is. A politikai-stratégiai döntések következményei a monitorozás eredményeként azonosíthatók és értékelhetők.

### Indikátorok a drogepidemiológiában

A közgazdaságban és a népegészségügyben kifejlesztett indikátorok olyan jelenségekről gyűjtnek nagy mennyiségű adatot, melyet nehéz pontosan meghatározni. A pontos prevalencia és incidencia arányok helyett az indikátorok rendszeresen, a mindennapi munka során vezetett rutin nyilvántartásokból származnak (pl. betegségekről, veszélyeztető tényezőkről vagy káros következményekről), melyek a jelenség elterjedtségéről indirekt, közvetett információval szolgálnak. A népegészségügyi indikátorok jellemzően halálozási adatokon, népszámlálási adatokon, egészségügyi nyilvántartásokon vagy valószínűségi mintavételen alapuló felméréseken alapulnak. Olyan változókat választanak ki ezekből a forrásokból, melyek a minőségi kritériumoknak (érvényesség és megbízhatóság) megfelelnek, az egészségi állapot és annak változása leírása érdekében. Az adatok összehasonlíthatósága és megbízhatósága érdekében szükséges az alkalmazott adatgyűjtéseket standardizálni és összehangolni.

Ezeknek az indikátoroknak az interpretálása, értelmezése nem mindig egyértelmű. Néha azt gondolják, hogy a különböző indirekt indikátorok alapján változás látszik a problémás drogfogyasztás elterjedtségében, holott csupán más területek pl. a heroin hozzáférhetősége vagy a veszélyeztető magatartások változnak. Éppen ezért fontos több kapcsolódó indikátort – kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelési adatok, halálozási adatok, fertőző betegségek

terjedése stb. – együttesen tekintve levonni a következtetéseket. Fontos továbbá a megfelelő alcsoportok pontos meghatározása is, hisz ugyanannak a beavatkozásnak eltérő hatásai is lehetnek a különböző csoportok között.

Az indikátorok néha alacsony minőségűek, mert túl széles körű adathalmazt foglalnak magukba, és a rutin adatgyűjtésből származnak, ezért veszélyes csak az indikátorokban „bízni”. A legtöbb rutin adat nem alkalmas arra, hogy a problémás szerhasználat gyors változásait megmutassa. Az első heroin-fogyasztás és az egészségügyi ellátórendszerben való megjelenés között például átlagosan 5-8 év telik el, így a kezelési adatok nem alkalmasak arra, hogy megmutassák a rejtőzködő populációban aktuálisan zajló folyamatokat. Ehhez hasonlóan az alkohol-fogyasztás okozta megbetegedések is időben eltolva, személyenként nagy szórást mutatva jelentenek kezelési igényt az ellátórendszerben. A következtetések nagyobb (pl. nemzeti, európai) szinten történő levonásához például a halálozás területén szükségesek a mélyreható, alapos, de kisebb léptékű kutatások, vizsgálatok. Az ilyen kvalitatív információval szolgáló vizsgálatok, főként, ha időben ismétlődnek, segítenek feltárni az oksági viszonyokat, a felszínen látható trendek mögöttes okait, az együttjárásokat és a veszélyeztető tényezőket. A rutin adatgyűjtések és az egyszeri vagy az ismétlődő vizsgálatok együttesen árnyaltabb képet adnak egy-egy jelenségről, különösen a kábítószer-problémáról. Az indikátorok alacsonyabb minőségű adatokkal szolgálnak tehát, de olcsóbbak és szélesebb földrajzi lefedettségük, szemben a lokális vizsgálatok magas minőségű, adott – főleg a magas kockázatú – csoportra vagy területre érvényes adataival.

Az indikátorok a fentiekkel összhangban tehát nem konkrét, megragadható számok. Egy társadalmi jelenség leírásakor számos statisztikai adatra kell együttesen támaszkodni. Az olyan társadalmi jelenségek esetén, melyeket a többség inkább elutasít, elítél, deviánsnak tart – pl. szenvedélybetegségek, bűnözés – még nehezebb a helyzet a rejtőzködő magatartás miatt. A hivatalos regiszterekben szereplő adatok ezért csak áttételesen, több változót együtt vizsgálva értelmezhetők. Az európai drogmonitorozási központ (EMCDDA) öt epidemiológiai kulcsindikátort alkalmaz a szerhasználat elterjedtségének mérésére. A következő táblázat összefoglalja az ezekhez kapcsolódó fontosabb statisztikákat, változókat. Egy statisztika több indikátorhoz is kapcsolódik, és szükséges a statisztikai adatokat további, kvalitatív információkkal is kiegészíteni.

Drogepidemiológiai kulcsindikátorok az EMCDDA klasszifikációja szerint és néhány fontosabb statisztikai mutató<sup>1</sup>

<b>EMCDDA indikátor</b>	<b>Fontosabb statisztikák</b>
Droghasználat elterjedtsége a normál népességben (lakossági vizsgálatok)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- életprevalencia, előző évi- és havi prevalencia a felnőtt korú lakosság körében</li> <li>- életprevalencia, előző évi- és havi prevalencia az iskolás korú lakosság körében</li> <li>- életprevalencia, előző évi- és havi prevalencia speciális csoportokban (hajléktalanok, intézetben lakó fiatalok, katonák stb.) körében stb.</li> </ul>
Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás	<ul style="list-style-type: none"> <li>- közvetlen halálesetek (túladagolások) száma</li> <li>- közvetett halálesetek száma</li> <li>- opiátok tisztasága stb.</li> </ul>

<sup>1</sup> Hartnoll (2003:60) kiegészítése nyomán.

Problémás kábítószer-fogyasztás	<ul style="list-style-type: none"> <li>- az ún. problémás kábítószereseket (heroin, kokain, amfetamin) használó csoportok nagysága</li> <li>- a csoportok területi eloszlása</li> <li>- a kezeléshez való hozzáférés mértéke</li> <li>- az injektáló szerhasználat elterjedtsége stb.</li> </ul>
Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV vírus prevalenciája és incidenciája</li> <li>- Hepatitis C vírus prevalenciája és incidenciája</li> <li>- Hepatitis B vírus prevalenciája és incidenciája</li> <li>- Injektáló szerhasználat elterjedtsége</li> <li>- Fecskendő-megosztás gyakorisága stb.</li> </ul>
Kezelési igény indikátor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a kezelést megkezdők száma szertípus szerint</li> <li>- a kezelésben lévők száma szertípus szerint</li> <li>- a kezelést megkezdők szociodemográfiai adatai</li> <li>- a szervezetbe juttatás módja a kezelésbe lépők körében</li> <li>- a szerhasználat gyakorisága a kezelés megkezdése előtt stb.</li> </ul>

### Szubjektív indikátorok

A fentiek során elsősorban objektív indikátorokról esett szó, léteznek ugyanakkor szubjektív indikátorok is. A különbség talán leginkább abban ragadható meg, hogy az objektív mérőszám a pártatlan külső értékelő ítéletén alapul, míg a szubjektív mérőszám esetében az „ítélet kritériumai személyről személyre változhatnak” (Veerhovent idézi Hegedűs 2001). A vírusfertőzések előfordulása vagy a letartóztatottak száma nyilvánvalóan objektív mutató. A drogepidemiológia gyakran alkalmaz „önbevalláson” alapuló eredményeket (pl. fogyasztott-e valamilyen szert a megkérdezés előtti egy hónapban? kérdésre adott válasz), azokat is objektív eredményeknek tekintjük. A szubjektív mutatóknak fontos helye van az epidemiológiai és addiktológiai kutatásban. Néhány példa: az egészségügyi kezeléshez való hozzáférés (pl. várólisták, bekerülési feltételek, szolgáltatási díjak) megítélése bár szubjektív, a válaszadóra egyénileg jellemző mutató, mégis, az ellátásszervezés fontos kérdése. Ide sorolhatók a legális és illegális szerhasználókkal szembeni attitűd skálák is. Az igénybe vett szolgáltatással való elégedettség szubjektív ítélete a kezelés-ellátás evaluációja, értékelése során ugyanúgy teret kap, mint bármely más szolgáltatás értékelése az élet minden területén. A szubjektív indikátorok esetében is fontos az időről időre ismétlődő adatfelvétel. Bár az egyéni vélemények eltérnek, az idősoros elemzések megmutatják például egy szolgáltatáshoz kapcsolódó észlelt várakozási idő csökkenését.

### Indikátorok az értékelésben

Az indikátor fogalmi értelmezése során említettük azt, hogy az indikátorok nem csupán valamely társadalmi jelenség leírására használhatók, hanem valamilyen beavatkozás eredményességének vagy hatékonyságának értékelésére is. Az alapos tervezéshez elengedhetetlen az aktuális helyzet minél pontosabb megismerése. Az indikátorok mögötti elgondolás ugyanakkor nem áll meg a jelenségek pusztá leírásánál, hanem megjelenik a tervezés során is. Az elemzés eredményeként az indikátorok alkalmasak a változások előrejelzésére és a döntési alternatívák bemutatására. Az indikátorok segítségével a döntéshozók képesek megadni a prioritásokat a társadalmi tervezéshez. Az ennek eredményeként megszülető beavatkozások monitorozására, a hatások értékelésére, evaluációjára is alkalmasak az indikátorok. Az indikátorok – azáltal hogy törekednek a

közérthetőségre, az összehasonlíthatóságra, az információk szintézisére és a változások szemléltethetőségére – nem csak a szakemberek számára készülnek, hanem a döntéshozók pl. politikusok vagy igazgatási szakemberek számára is informatívak. Éppen ezért egy ágazati szakpolitikai célkijelölő deklaráció, mint például az európai szintű vagy a nemzeti alkohol vagy drogstratégia egyrészt nagyban támaszkodik az indikátorok nyújtotta helyzetértékelésre, másrészt meg is fogalmazza a különböző területek monitorozásának szükségességét. A stratégiák megvalósítását részletező akciótervek konkrét megfogalmazásokat is tesznek, hozzárendelve az egyes célokhoz a konkrét indikátorokat és a változás kívánt mértékét. Az indikátorok ilyen módon hozzá is járulnak az akciótervek végrehajtásának ellenőrzéséhez.

## Értékelés

A fejlesztés értékelése során az ellátói folyamat- és eredményértékelés elemei köszönnek vissza, melyek kiegészülnek a gazdasági értékelés elemeivel. A TÁMOP 5.4.1. projekt keretében sor került már a kezelési szükségletek feltárására, így annak elemei bemutatásától eltekintünk.<sup>2</sup> A folyamat- és az eredményértékelésre vonatkozó kutatások általában olyan komplex vizsgálatok, melyek mindkét értékelési forma elemeit tartalmazzák, melyek nehezen szétválaszthatók. A gazdasági értékelés (elsősorban a programok finanszírozására és költségeire vonatkozó fókusszal) is gyakran része az ilyen komplex leíró vizsgálatoknak.

Az értékelés különböző típusait és főbb kérdéseit az alábbi táblázat foglalja össze:

<b>Az értékelés típusa</b>	<b>Főbb kérdések (példák)</b>
<b>A fejlesztési folyamat értékelése</b>	<p>Mi a leírni kívánt program/szolgáltató/rendszer, mely fejlesztésre került?</p> <p>Mennyire jellemző az eltervezett fejlesztés és a végrehajtott szolgáltatás összhangja?</p> <p>A fejlesztett szolgáltatások jó minőségűek?</p> <p>A programok személyzete hogyan értékeli a fejlesztés értékét és minőségét?</p> <p>Mi jellemzi a fejlesztés által célzott szolgáltatást igénybe vevő klienseket?</p> <p>Mely kliensek nem fejezik be a kezelést?</p>
<b>A fejlesztés eredményértékelése</b>	<p>A fejlesztés a megállapodások szerint zajlott?</p> <p>A fejlesztés eredményeként több kliens fejezi be a kezelést?</p> <p>A fejlesztés javítja-e a kezelés eredményességét?</p> <p>Nagyobb mértékben javul a kliensek életminősége a kezelés eredményeként, mint a fejlesztés előtt?</p>
<b>Kliens elégedettség</b>	<p>A kliensek úgy érzik, hogy a fejlesztés eredményeként a szolgáltatás megfelelőbb módon találkozik az igényeikkel?</p> <p>Nőtt az elégedettség a fejlesztés után?</p>

<sup>2</sup> A kezelési szükségletek felméréseinek eredményeiről bővebben lásd a négy kiemelt helyszíni beszámolót:

Márványkövi F., Pászli L. és Rácz J.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Észak-Buda)

Dr. Csorba József: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Észak-Pest)

Szente T., Szemenyei I., Klein I.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Dunaújváros)

Juhászné Ceglédi T., Koleszár Á.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Miskolc)

## Gazdasági értékelés

<b>Költség vizsgálat</b>	Mennyibe került a fejlesztés? A fejlesztés átlátható módon történt?
<b>Költség-hatékonyság</b>	Különböző állapotokat összehasonlítva egységnyi ráfordítás eredményeként nagyobb érték jött létre? A fejlesztés a leghatékonyabb módon használta fel az erőforrásokat?
<b>Költség-hasznosság</b>	A relatív költségeket tekintve nagyobb életminőség javulással jár a szolgáltatás a fejlesztés után?
<b>Költség-haszon vizsgálat</b>	A program több haszonnal jár a fejlesztés után, mint előtte, finansiális mutatókkal kifejezve?

Domokos et al. 2010:32 alapján

A fejlesztési folyamatértékelés a fejlesztés által megfogalmazott célok és a fejlesztések tényleges végrehajtása közötti összhangot vizsgálja. A folyamatértékelés során alkalmazott módszerek változatosak, ide tartozhat a dokumentum-elemzés, a megfigyelés, a fókuszcsoporthozos vizsgálat és szakértői interjúk felvétele mellett az adatbázisok kvantitatív elemzése is.

A fejlesztési folyamatértékelés főbb kérdései

- Az értékelés fókuszának meghatározása (fejlesztés által célzott program, szolgáltatás, szolgáltató).
- Az ellátásban részt vevő kliensek létszáma, jellemzői.
- A szolgáltatások jellemzői a fejlesztést követően.
- A hozzáférés változása.
- A szolgáltatások költségei.
- Változás a programok felépítésében, logikájában.
- A szolgáltató személyzetének összetétele, végzettsége.
- Változás az adatgyűjtés, dokumentáció minőségében.
- A fejlesztés külső és belső koordinációja.
- A lefektetett standardoknak való megfelelés.
- Változás a szolgáltatás környezetében, annak hatása a szolgáltatásra.
- Változás a szolgáltatások, szolgáltatók hálózatában.
- A szolgáltatást igénybe vevő kliensek jellemzői a fejlesztés előtt és után.
- Betegirányítási, beutalási rendszer, a kliensek áramlása a szolgáltatók között a fejlesztést követően.
- Változás az eset-menedzsmentben.
- Szolgáltatón belüli koordináció változása.
- A szélesebb környezet, kontextus hatása a szolgáltatói rendszer működésére a fejlesztés eredményeként.

WHO 2000 alapján

A fejlesztési folyamatértékelés főbb lépései

- A fejlesztési célkitűzések dokumentumainak (szerződések, megállapodások, teljesítések) áttekintése és a ráfordítások áttekintése.



- Fókuszcsoporthoz vizsgálatok és interjúk a szolgáltatások tervezőivel a közösség oldaláról, a vezetőkkel, a személyzettel, valamint a programok résztvevőivel és családtagjaikkal.
- A fejlesztés logikai modelljeinek kritikai elemzése.
- A belső információs rendszer (dokumentáció, kliens adatbázis stb.) elemzése.
- A programok gyakorlatának megfigyelése, a végrehajtás minősége, az igénybevétel és a különböző programok integráltságának minősítése.

WHO 2000 alapján

### A fejlesztés eredményértékelése

A fejlesztés értékelése során nagyon fontos annak megítélése, felmérése, hogy történt-e változás, javult-e a kezelés eredményessége. A fejlesztés megítélésekor ideális esetben össze lehet hasonlítani a változás előtti és utáni eredményességet, és meg lehet ítélni, hogy a változás a fejlesztésnek köszönhető. Amennyiben ez az adatgyűjtés hiányosságai miatt ez nem lehetséges, be kell érni azzal, hogy a fejlesztést követően a szolgáltatás eredményessége megfelelő.

Az eredményértékelés területei:

<b>Az eredményértékelés területei</b>	<b>Az eredményértékelés főbb kérdései</b>
<b>Ellátásban maradás, Kilépési arány</b>	Változás az ellátásban töltött idő hosszában
<b>Kilépés aktusa</b>	Csökkenett a nem tervezett kilépések száma a fejlesztés után?
<b>Addikció súlyossága</b>	A fejlesztés eredményeként hatékonyabb a beavatkozás (nagyobb mértékben változik a legális és illegális addiktív szerek fogyasztásának mértéke)?
<b>Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzések kockázati magatartásai</b>	Injekciós droghasználat gyakoriságának csökkenése Tű- és fecskendő megosztás gyakoriságának csökkenése Nem biztonságos szexuális aktusok gyakoriságának csökkenése
<b>Egészség</b>	Nagyobb mértékű a változás a testi és/vagy pszichés állapotban a fejlesztés eredményeként?
<b>Szociális (re)integráció</b>	Nagyobb mértékű a változás az alábbi területeken? Lakhatási helyzet, munkaügyi státus, társas kapcsolatok, életstílus, kriminalizáció
<b>Életminőség</b>	A szubjektív jóllét nagyobb mértékben emelkedik, mint a fejlesztés előtt?

A kliens elégedettség változása

A kliens elégedettségi vizsgálatok értékes hozzájárulással szolgálnak az ellátási programok értékelése során. A kliensek elégedettsége, az ellátási programról alkotott véleménye fontos szempontokat adhat a magas kiesési arány vagy az alacsony hatásosság értékelése során is. A kliens elégedettség felmérésének leggyakoribb módja az önkitöltős kérdőív felvétele, jellemzően a kilépéskor vagy az utánkövetés során. A fejlesztés akkor eredményes, ha a kliensek elégedettsége nő.

A kliens elégedettség vizsgálatának ugyanakkor veszélye, hogy a szubjektív értékelés kliensenként eltérő lehet – különösen a korábbi vagy más tapasztalatokkal rendelkező kliensek esetén -, illetve a kliensek elégedettsége és az ellátás hatásossága között laza a kapcsolat, a kliensek elégedettek lehetnek egy kevésbé hatásos programmal is. A kliens elégedettség eredményeit az időzítés, a mintavételi tényezők, kulturális különbségek és az egyes kérdésekre vonatkozó szenzitivitás is befolyásolhatja, melyeket az értékelés során figyelembe kell venni.

A fejlesztés akkor eredményes, ha a klienseket a következő területek kapcsán magasabb elégedettség jellemzi.

- Az ellátás helyszíne, körülményei.
- A stáb segítőkészsége.
- Az ellátás díja.
- A szolgáltatások hozzáférhetősége.
- A család bevonása.
- Várakozási idő.
- A szolgáltatás mennyisége.
- Hatásosság.
- Esetkezelés és együttműködés.
- Bizalmas légkör.

#### Gazdasági értékelés

A fejlesztés gazdasági értékelése során a formai követelmények teljesítésén felül a következő területeket kell vizsgálni:

- A fejlesztés ráfordítása, kiadásai (tervezett és tényleges kiadások).
- Kapacitás változása (kezelésben töltött idő hossza, társadalombiztosítási adatok, kliens hozzájárulása, kliensek száma).
- Személyzet változása (foglalkoztatottak száma, munkaórák száma). A munkaterhelés változása, az ellátásra és az adminisztrációra fordított idő változása.
- Vásárolt szolgáltatások és anyagköltség (irodai és laborköltségek, gyógyszer és élelmiszer költség, kommunikációs költségek stb.); szerződéses szolgáltatások (biztonsági költségek, utazási költség, takarítás és karbantartás stb.),
- Épületek és egyéb létesítmények fenntartása. Felszerelés (technikai eszközök, bútorok, orvosi felszerelés stb.) költségei.
- Egyéb költségek (személyzet képzése, adók, járulékok, biztosítás, közüzemi díjak stb.).

- A fejlesztés ráfordításainak hatékonysága. A források felhasználásának legmegfelelőbb volta.
- A fejlesztés átláthatósága, tisztasága, nyilvánossága.
- A fejlesztés fenntarthatósága.

## Adatforrások az értékelésben

### A formális értékelés dokumentumai

Az értékelés több különféle adatforrásra támaszkodhat. Az értékelés során szükségképpen áttekintésre kerülnek azok a hivatalos dokumentumok, melyek a fejlesztés formális értékeléséhez szükségesek. Ennek során a legfontosabb cél az, hogy megvizsgálják, hogy a fejlesztés végrehajtása a jogszabályi előírások és a szerződésben előre meghatározottak szerint történt. A finanszírozó és a fejlesztést végrehajtó szervezet között szerződések születnek, melyekben rögzítik a fejlesztés rendelkezésére álló forrásokat, a feladatköröket, a vállalt határidőket és a tevékenységek céljait, módszereit. A fejlesztést végrehajtó intézmény azután további megállapodásokat köt a vállalt feladatok végrehajtása érdekében. Ha a fejlesztés kapacitás-bővítést is tartalmaz, úgy sor kerülhet munkavállalók alkalmazására, így munkaszerződések születnek. Ha a fejlesztés szolgáltatók közötti együttműködés fejlesztésére irányul, úgy együttműködési megállapodások születnek az intézmények között. A fejlesztés során történhet szolgáltatás-vásárlás, infrastrukturális fejlesztés és számos egyéb olyan lépés, melyek feltételeit, költségeit és elvárt kimenetelét a felek írásban rögzítik. A fejlesztés értékelése során tehát szükséges vizsgálni azt, hogy a rögzített feltételek teljesültek, az ellentételezés a megállapodottak szerint megtörtént, mégpedig a számviteli szabályok és a szerződésben foglaltak maximális figyelembe tartása mellett. A formális értékelés során szükséges áttekinteni ezeket a dokumentumokat, elszámolásokat és egyéb szerződéseket. Ezek a dokumentumok a fejlesztést vállaló partnereknél, a szolgáltatóknál rendelkezésre kell, hogy álljanak.

### Szolgáltatói adatok

A szolgáltatók a törvényi előírásoknak megfelelően nyilvántartást vezetnek klienseikről és az általuk igénybe vett szolgáltatásokról. A drogambulanciák számos különféle adatot gyűjtenek a kliensek szociodemográfiai jellemzőiről és a szerhasználati mintázataikról. A társadalombiztosítás által finanszírozott magas küszöbű egészségügyi ellátások további adatokat is gyűjtenek a beavatkozásokról, a kontaktusok számáról és az igénybe vett ellátásokról. Még az alacsonyküszöbű intézmények is gyűjtenek bizonyos alapvető adatokat a klienseikről és a forgalom bizonyos aspektusairól (pl. kiosztott fecskendők száma, utcai munka során felkeresett területek stb.) A szociális ellátók is vezetnek ilyen jellegű nyilvántartásokat. Az értékelés során ezek az adatok fontosak, mert összehasonlítási alapot jelentenek a változás (fejlesztés) előtti és utáni állapot – ezen keresztül pedig a fejlesztés eredményességének – jobb megértéséhez. Ezeknek az adatgyűjtéseknek előnye, hogy a szolgáltatók amúgy is, tehát a fejlesztéstől függetlenül is végzik, kisebb terhet jelent hát az adatok összegyűjtése.

A szolgáltatók nem csak kliens- vagy forgalmi adatokkal szolgálhatnak. A gazdasági szempontú értékelés számos más adatot – felhasznált erőforrások, rendelkezésre álló

infrastruktúra stb. – is figyelembe vesz. A fejlesztés irányulhat új módszerek implementálására vagy a munkafolyamatok átszervezésére is. Ez esetben az evaluáció számára értékes adatokat jelentenek a döntési algoritmusok, a szervezeti és működési szabályzatok, a házirend és más hasonló dokumentumok – és az azokban történt változások – is.

### Az értékelő kutatás adatgyűjtése

Az értékelés során további adatgyűjtésre is sor kerül. Az adatok mindkét fél irányából, az ellátók és munkatársaik irányából és a kliensektől is érkehetnek. Mindkét fél ítélete lényeges ugyanis a fejlesztés eredményességére vonatkozóan. Ezek az ítéletek alapulhatnak objektív adatokon, statisztikákon és indikátorokon, ilyen például az ellátottak létszámára vonatkozó adatok, a kezelés objektív eredményessége stb. A szolgáltató oldaláról érkező adatokat kiegészíthetik a fejlesztés percepciójára vonatkozó szubjektív adatok is, tehát azok az adatok, hogy a puszta számok mellett a szolgáltató mennyire hatékonyan ítéli, értékeli a változásokat a különböző területeken, például különböző skálák segítségével.

Az értékelés gyűjthet adatokat a kliensektől is. Erre legegyszerűbb példa a kliensek elégedettsége a szolgáltatásokkal a változás, fejlesztés után. További példa lehet a kezeléshez való hozzáférés mértéke, a várakozási idő hosszára vonatkozó vélemények stb. A kliensektől gyűjthetünk objektív adatokat is. A kezelés eredményességének értékelése során objektív adatnak tekintjük például a szerhasználat előfordulására vonatkozó adatokat, még akkor is, ha azok önbevalláson alapulnak.

Jelen dokumentum ajánlásokat fogalmaz meg nem csak a formális értékelés során áttekintendő dokumentumokra és a szolgáltatói adatgyűjtések elemzésére vonatkozóan, hanem olyan konkrét kérdések összegyűjtésére is vállalkozik, melyek az értékelő kutatás során alkalmazásra kerülő eszköz, kérdőív részeit is képezhetik.

## II. Az ellátás-fejlesztés értékelésének szakmai-tartalmi kérdései

### II.1. Az ellátás-fejlesztés értékelésének szakmai-tartalmi kérdései

Az ellátás-fejlesztés értékelésének első, legalapvetőbb kérdése a fejlesztés mibenlétének, pontos tartalmának definiálása. A fejlesztések egy része az erőforrások, ráfordítások miatt egyértelmű, azaz a szolgáltató szerződésben rögzített módon, meghatározott feltételek mellett vállalja olyan tevékenységek, feladatok végrehajtását, melyet korábban nem végzett. Más szavakkal: megjelennek korábban nem létező új feladatok és kapcsolódnak hozzájuk új erőforrások. Ilyen új feladatok lehetnek pl. az utcai megkereső munka fejlesztése, bővítése, míg a hozzá kapcsolódó erőforrás lehet humán erőforrás – pl. új szociális munkás munkatárs – de lehet infrastrukturális beruházás – pl. új telephely a rejtőzködő szerhasználók közelében – vagy a munkafolyamatok átszervezése, az új elemek beépülése által okozott hatékonyságjavulás – pl. eset-megbeszélések, szolgáltatók közötti eset-konferenciák bővülése okozta javulás a kezelésben maradás területén. A fejlesztések más része nem ennyire pontosan körülhatárolható. Az a tény, hogy egy szolgáltató javulást ér el egy bizonyos részterületen, kihatással van a szolgáltatás más, korábban már meglévő elemeire is. A szolgáltatás-fejlesztés ilyen módon nem önmagában vizsgálendő, hanem az egész szervezetre gyakorolt hatását tekintve.

#### A fejlesztés meghatározása

A fejlesztés értékelésekor nagyon pontosan meg kell határozni, hogy a fejlesztés mely területeken történt. Pontosán le kell írni, hogy mekkora pénzbeli ráfordítás állt rendelkezésre, és az milyen módon történt elköltésre. Pontosán végig kell gondolni azt is, hogy a szerződésben szereplő összegeken túl mi volt az a közvetett forrás, melyet a fejlesztési tevékenység is igénybe vett, de már korábban is rendelkezésre állt. A korábbi példánál maradván a fejlesztés értékelésekor figyelembe kell venni nem csak a munkába állt új munkaerő költségeit, hanem olyan elemeket is, mint a helységek nagyobb kihasználtsága, rezsiköltségek emelkedése, az adminisztrációs terhek növekedése stb. A fejlesztés meghatározott, szerződésben rögzített időszakra vonatkozik. A fejlesztés értékelésénél azonban problémát jelenthet a fejlesztés eredményének időben később jelentkező hatása, pl. a kezelésbe lépők száma szignifikánsan csak az utcai megkereső munka beindulása után hónapokkal jelentkezhet. E kérdéskörben ki kell térni a fejlesztés fenntarthatóságára is, azaz annak a vizsgálatára, hogy a fejlesztés során rögzített idő eltelte után lehetséges-e a tevékenységeket saját erőből vagy más külső források bevonásával folytatni.

#### A fejlesztés és az azonosított hiányosságok összhangja

A fejlesztés valamilyen hiányterülethez kapcsolódik, segítségével a szolgáltatási területen élő szerhasználók kezelési igényei jobban felismerhetők és jobban kielégíthetők. A TÁMOP 5.4.1. projektben részt vevő négy szolgáltató által végzett helyi szükségletfelmérések<sup>3</sup> hasznos

---

<sup>3</sup> A kezelési szükségletek felméréseinek eredményeiről bővebben lásd a négy kiemelt helyszín beszámolóját: Márványkői F., Pászli L. és Rác J.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Észak-Buda)  
Dr. Csorba József: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Észak-Pest)

alapot szolgáltatnak a fejlesztések és a hiányterületek összevetésekor. A leghatékonyabb fejlesztés sem hoz érdemi változást egy terület ellátottságában, ha nem a fejlesztés nem valódi igényt, hiányterületet céloz meg. A fejlesztés értékelésekor fontos kitérni arra, hogy a fejlesztés valóban azokra a területekre irányult, melyeket a szükségletfelmérés ellátatlannak vagy korlátozottan ellátottnak azonosított.

#### A szolgáltatások körének változása

A szükségletfelméréskor is és az ellátási területen jelen lévő szolgáltatók azonosítása során is fontos az elérhető szolgáltatások körének áttekintése. A fejlesztés ideális esetben olyan szolgáltatáshoz kapcsolódik, melyet más szolgáltató az adott területen nem folytat, vagy amelyhez a hozzáférés valamilyen okból – várólista, elérhetőség, megközelíthetőség, költség stb. – korlátozott. Másik feltétel, hogy az újonnan bevezetésre kerülő szolgáltatásra valóban szükség is van, igény is mutatkozik rá az adott ellátási területen. A TÁMOP 5.4.1. projekt keretében született szükségletfelmérési kutatások és információs térképek azonosították a négy kiemelt szolgáltató ellátási területére vonatkozóan az ellátást nyújtó szolgáltatókat az alacsony-küszöbű ellátástól kezdve a reintegrációs programokig. Ezen felül, a projekt keretei között on-line adatgyűjtő eszköz segítségével gyűjtöttek adatokat arról, hogy az ellátási területen milyen jellegű szolgáltatók működnek, melyek a szerhasználók egészségügyi és/vagy szociális ellátásában közvetetten vesznek részt. A fejlesztés tehát nem csak új telephely vagy szolgáltatás beindítását jelentheti, hanem a meglévő szolgáltató új tevékenységének – pl. hozzátartozói csoportok indítása, esetkonferencia a közvetett ellátókkal, utcai megkereső munka bővítése stb. – indítását is. A szükségletfelmérés során készített ellátási térképek használata mellett fontos megvizsgálni, hogy milyen új szolgáltatások indultak. Nem elégséges itt a fejlesztés dokumentációjára, szerződésre hagyatkozni. A szolgáltatások körének változásáról, bővüléséről értesülnie kell egyrészt a kliensek, másrészt a többi ellátónak is, hogy a kliens-irányítás, a be- és/vagy továbbutalás menete valóban javuljon.

#### A szolgáltatások szakmai tartalmának meghatározása

A fejlesztés nem csak kvantitatív eredményeket hozhat. A szolgáltatások szakmai tartalmát szabályozó anyagok, módszerek tekintetében is történhet változás. A szolgáltatások nyújtását szabályozó jogi keretek – pl. minimumfeltételek, finanszírozó által jogszabályban meghatározott feltételek – mellett a szolgáltató belső anyagaiban – pl. szervezeti és működési szabályzat, egy-egy szolgáltatás igénybe vételéhez kapcsolódó szabályok – is történhet változás. Ilyen lehet, ha egy tücsere-szolgáltatás vagy nappali ellátás leírja az egyes szolgáltatások igénybe vételének pontos feltételeit. Például lefektetik, hogy egy kliens hány fecskendőt vihet el, ki milyen módon használhatja a mosógépet, hogyan dokumentálják egy másik szolgáltató jelzését, megkeresését stb. A fejlesztés értékelésekor azt is meg kell

---

Szente T., Szemenyei I., Klein I.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1.KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Dunaújváros)

Juhász Ceglédi T., Koleszár Á.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Miskolc)

vizsgálni, hogy megfogalmazásra kerültek-e a szolgáltatás tartalmának feltételei. Más szavakkal: egy szolgáltatás beindításakor meg kell fogalmazni és le kell írni a használat feltételeit, a dokumentálás módját és a tevékenység szakmai alapelveit és az alkalmazott módszereket. A fejlesztés értékelésekor meg kell vizsgálni, hogy megtörténtek-e a belső szabályozó anyagok kidolgozása és a szakmai-módszertani kérdések tisztázása.

A TÁMOP 5.4.1 projekt ezen a téren is végez fejlesztéseket, 4 kiemelt területen zajlik módszertani levelek kidolgozása, melyek szakmai szabályozó anyagok lesznek. A négy terület: megelőző-felvilágosító szolgáltatás, tücsere programok, plázákban és lakótelepeken csellengő fiatalok számára létesített célzott prevenciós programok, illetve zenés-táncos szórakozóhelyeken működtetett célzott prevenciós programok.

## **II.2. Az ellátás-fejlesztés tartalmi értékelése a dokumentáció alapján**

### **Állapotfelmérés**

A fejlesztés értékelésének ki kell térni arra, hogy azokban az ellátási formákban ahol releváns, megfelelően megtörtént-e a kliensek állapotfelmérése. Az állapotfelmérés történhet saját eszköz alkalmazásával vagy a már szélesebb körben alkalmazott eszközök – pl. ASI – alkalmazásával. Az állapotfelmérés ugyanis egyrészt meghatározza a kezelési tervet, másrészt előhívhatja más ellátási formák bevonásának szükségességét, mely javíthatja a kliensek irányítását a különböző szolgáltatások között. Bár a kezelési igény indikátor (továbbiakban TDI) nem klasszikus értelemben vett diagnosztikai eszköz, mégis, hasznos információval szolgálhat. Amennyiben például a TDI szerint előfordult intravénás szerhasználat a kliensnél, úgy indokolt lehet más szolgáltató bevonása – pl. egészségügyi szolgáltatónál végzett fertőző betegségekre irányuló szűrés kezdeményezése. Ha a fejlesztés a szolgáltatók közötti együttműködés, kliens-irányítás fejlesztésére irányul, úgy az értékelés során nem csak azt kell megvizsgálni, hogy hány szűrést kezdeményezett a szolgáltató, hanem hogy az indokolt esetek mekkora részét érintette a beutalás. Az állapotfelmérés megléte leírható egyrészt tehát közvetlen, objektív mérőszámmal (darabszámmal), másrészt közvetetten, az érintett esetek és a beutalás arányával is.

### **Szerződések**

Azokban az ellátási formákban, ahol a szolgáltató és a kliens között valamiféle szerződéskötés történik, javasolt a szerződések számának rögzítése. Meg kell vizsgálni, hogy az ellátások mekkora részében történt írásos kezelési terv megfogalmazása, volt-e konzultáció, történt-e szupervízió, ott ahol ez szükséges lehetett. A fejlesztés objektív mérőszáma lehet a kezelési tervek vagy az ellátási szerződések számának alakulása vagy a fejlesztés során érintett ellátás megjelenése ezekben a dokumentumokban.

## **II.3. Az ellátás-fejlesztés eredményességének értékelése**

A fejlesztés értékelése során fontos elem az újonnan bevezetett vagy bővített szolgáltatás eredményességének értékelése. Az eredményértékelés sokféle lehet a fejlesztés céljának megfelelően. Az utcai megkereső munka értékelése során meg kell vizsgálni, hogy hány klient sikerült elérni, azok szerhasználati mintázatai mennyire felelnek meg egyrészt az elérni kívánt célcsoport mintázatainak, másrészt annak ez ellátó profiljának, amelybe beutalásra (irányításra) kerültek. A szolgáltatók közötti együttműködés fejlesztésének

mérőszáma lehet a szolgáltatók között mozgó kliensek száma, az esetkonferenciák megléte és a szakmai együttműködést szabályozó anyagok létrejötte (pl. együttműködési megállapodás, továbbutalási döntési algoritmus stb.).

A kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelés esetében általában az egyik legfontosabb mutató a kezelésben töltött idő hossza. Érdeemes továbbá megvizsgálni a lemorzsolódás arányát, a kezelés tervezett és a nem tervezett befejezéseinek számát. Összetettebb feladat a kliens viselkedésváltozásának mint végső célnak a mérése. Ilyen lehet például a szerhasználat csökkentése vagy abbahagyása, a steril eszközökkel történő injekálás gyakoribbá válása, egészségügyi állapotának javulása, szociális viszonyainak rendezése stb. A fejlesztés értékelésének talán ez a legnehezebb része. Fontos, hogy az eredményesség indikátorai a fejlesztés módjának, a fejlesztés célterületének megfelelően kerüljön kiválasztásra. A fejlesztés értékelését végző kutatóknak itt támaszkodniuk kell a szolgáltató által végzett nyilvántartási és egyéb kezelési dokumentumokra is.

A fenti szempontok alapján a fejlesztés értékelése számára a következő területek és szempontok áttekintése javasolt.



## Az értékelés területe

## Az értékelés szempontjai

### II.1. Az ellátás-fejlesztés értékelésének szakmai-tartalmi kérdései

A fejlesztés meghatározása

- a fejlesztés célterületeinek azonosítása
- a fejlesztéshez kapcsolódó közvetett változások azonosítása
- a ráfordítások szabályszerűsége
- a közvetlen ráfordítások azonosítása
- a közvetett ráfordítások azonosítása
- a fejlesztés időtartamának meghatározása
- a fejlesztés hatásának időbeli meghatározása
- a fejlesztés fenntarthatósága

A fejlesztés és az azonosított hiányosságok összhangja

- a szükségletfelmérés során azonosított hiányosságok és a fejlesztés összhangja

A szolgáltatások körének változása

- szolgáltatások körének bővülése, új szolgáltatások
- az új szolgáltatás helye az ellátások hálózatában
- az új szolgáltatás ismertsége a kliensek körében
- az új szolgáltatás ismertsége a többi szolgáltató körében

A szolgáltatások szakmai tartalmának meghatározása

- a belső szabályozók, házirend megléte
- szakmai-módszertani kérdések tisztázása
- kezelési tervek száma
- konzultációk, esetmegbeszélések száma

### II.2. Dokumentáció

Állapotfelmérés

- az állapotfelmérések megléte
- az állapotfelmérések száma
- a kliensek szerhasználati mintázatainak és az ellátás összhangja

Szerződések

- a fejlesztés során létrejött szolgáltatások szabályozása
- szolgáltatók közötti együttműködési

megállapodások létrejötte

### **II.3. Eredményesség**

Drop-out

Terápiahűség

Viselkedésváltozás

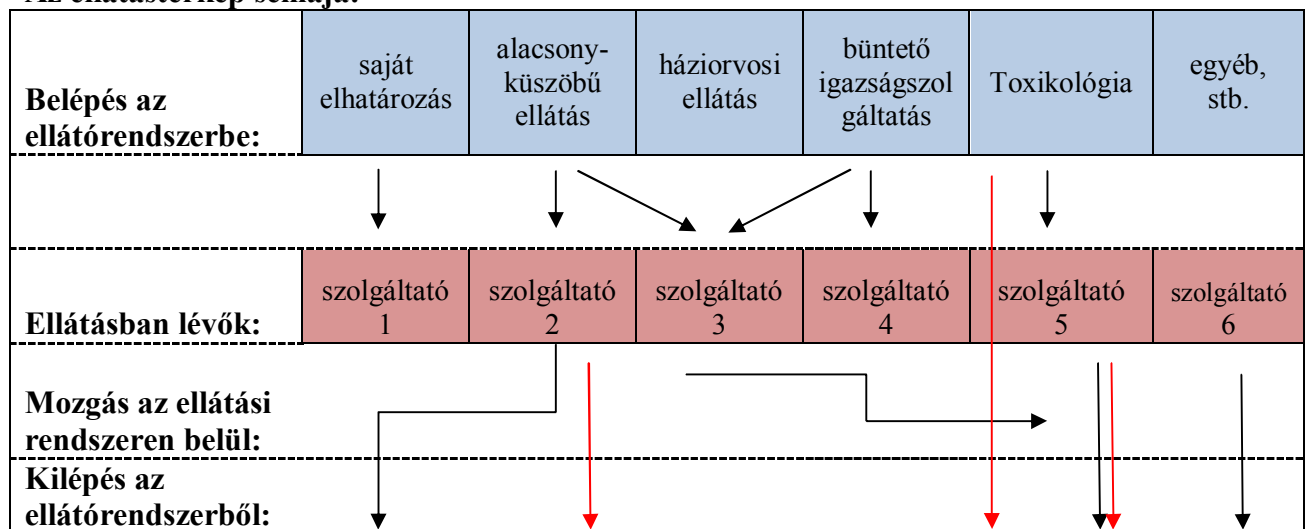
- kezelést tervezetten befejezők száma
  - kezelést nem tervezetten befejezők száma
  - a kitűzött célok megvalósítása a kezelési tervnek megfelelően
- (lásd V. fejezet)

### III. Az ellátás-szervezés értékelése

#### III.1. A kliens-irányítás értékelése

A helyi szükséglet-felmérések eredményeként a fejlesztésben részt vevő szervezetek elkészítették az ellátási területükre vonatkozó ellátási térképeiket<sup>4</sup>. Az együttműködés javítását célzó fejlesztés értékelése során két indikátor alkalmazható. Egyik ilyen indikátor a szolgáltatóhoz más partnerszervezet által ellátásba utalt kliensek száma, másik pedig a szolgáltató által további ellátó helyre irányított kliensek száma. További értékelési szempont adhat a továbbirányított, de az újabb ellátónál meg nem jelent kliensek száma is. Különösen érdekes lehet azon személyek szerhasználati mintázata, akik végül nem „érkeznek” meg az ellátási lánc következő állomásán, hisz ez a csoport jelentheti az ellátatlan vagy nem a speciális igényeiknek megfelelően ellátott (ellátás által megcélzott) csoportot. Az értékelés számára javasolt tehát az ellátási térkép sémáját az adott szolgáltatóra vonatkozó kliensszámokkal és a hozzá tartozó főbb szociodemográfiai és szerhasználati jellemzőkkel feltölteni.

#### Az ellátástérkép sémája:



#### III.2. A hozzáférhetőség fejlesztésének értékelése

##### Megközelíthetőség

A rejtőzködő szerhasználók kezelésbe vonásának akadályaként lehet, ha a szolgáltató telephelye földrajzilag nehezen megközelíthető vagy valamilyen vélt vagy valós egyéb okból a szolgáltatónál való megjelenés akadályokba ütközik. A földrajzi megközelíthetőség tárgykörébe tartoznak az utazással kapcsolatos nehézségek (tömegközlekedés hiánya, drága vagy hosszú ideig tartó utazás stb.) is. Az egyéb akadályok közé sorolhatjuk a megjelenéshez kapcsolódó stigmatizációt (pl. tűcsere-szolgáltatás, jogi segítségnyújtás, hozzátartozó csoport

<sup>4</sup> A négy kiemelt helyszínen. Miskolcon, Dunaújvárosban, Észak-Pesten és Észak-Budán is tanulmány készült az ellátórendszerrel az ellátási térkép leírásával, ill. a kialakított fejlesztési célrendszer és az ellátó-háló összevetésével.

esetében stb.), vagy olyan csoportok jelenlétét a szolgáltatónál, amellyel a kliens nem kíván találkozni (pl. intravénás szerhasználók jelenléte elterelt kliensek számára). A fejlesztés irányulhat új telephelyen működő szolgáltatások elindítására is. Az értékelés során tehát fel kell mérni, hogy voltak-e ilyen akadályok és történt-e változás ezek vonatkozásában. Az értékelés e kérdéskör kapcsán szubjektív indikátorokra, a kliensek vagy a kezelőhely dolgozóinak percepciójára támaszkodhat.

#### Nyitva tartás

Az ellátónak a megfelelő nyitva tartás kialakítása során tekintetbe kell vennie a kliensek igényeit, jellemző időbeosztását és a szerhasználati szokások adta időkereteket (pl. az esti órákban jelennek meg fecskendőért, a hozzátartozói csoport munka után gyűlhet össze stb.), de a partner intézmények működési óráit is (pl. a továbbirányítás jelzése munkaidőben történhet stb.). A fejlesztés irányulhat további munkaórák finanszírozására vagy az elérhetőség egyéb módon történő javítására is. Az értékelés során ki kell térni arra, volt-e változás a szolgáltató – vagy egy adott szolgáltatás – időbeli elérhetőségében. Az értékelés itt egyrészt vizsgálhatja azt, hogy ha történt változás, az növelte-e a kliensek számát, másrészt támaszkodhat a szolgáltató munkatársainak vagy közvetlenül a kliensek a hozzáférhetőségre vonatkozó percepciójának változására is.

#### Várakozási idő, várólista

Abban az esetben, ha a kliens igénybe kíván venni egy szolgáltatást, de számára túlságosan hosszú várakozási idővel vagy várólistával szembesül, úgy megnő az esélye annak, hogy eláll eredeti szándékától (pl. opiát szubsztitúciós programok, rehabilitációs programok, hepatitis C fertőzés antivirális kezelése stb.). A fejlesztés jelenthet kapacitásbővítést, melynek eredményeként a kezeléshez, szolgáltatáshoz jutás ideje rövidül. A fejlesztés értékelése során ebben az esetben támaszkodni kell a szolgáltató adataira a várakozási idővel vagy várólistával kapcsolatban. Az értékelésnek ki kell térnie arra, hogy a fejlesztés eredményeként megtörtént-e a várakozási idő, ill. a várakozó kliensek számának csökkenése. További információval szolgálhat a szolgáltató munkatársainak vagy a kliensek percepciójában, szubjektív megítélésében történő változás is a várakozási időre vonatkozóan.

#### Térítési díjak

Akadályt jelenthet egy szolgáltatás igénybe vételekor az, ha a szolgáltatásért a kliensnek fizetnie kell, akkor pedig különösen, ha a fizetendő térítési díjat aránytalanul magasnak ítéli meg. Ebben az értelemben fejlesztést jelent az is, ha a térítési díj más források bevonása eredményeként csökken vagy megszűnik. Ha volt ilyen fejlesztés, úgy annak értékelése során meg kell vizsgálni, hogy a csökkentés után nőtt-e a szolgáltatást igénybe vevő kliensek száma vagy jobbnak ítélik meg a hozzáférést a szolgáltató munkatársai és a kliensei.

### **III.3. Célcsoport-elérés**

#### Toborzás

A kliensek nem csak valamely más szolgáltató irányából érkehetnek, hanem megtörténhet olyan kliensek ellátásba vonása is, akik korábban „ismeretlenek” voltak az ellátórendszer számára, azaz teljes mértékben rejtőzködő magatartást folytattak. Az utcai megkereső munka

vagy a parti szervizek fejlesztésének eredményeként megnövekedhet azoknak a klienseknek a száma, akik korábban nem ismerték fel kezelési igényeiket. A hozzátartozói csoportok esetében is előrelépést jelenthet egy új elérő-megkereső program beindítása. Ebben az esetben a fejlesztés értékelésekor fel kell mérni, hány olyan új klienst sikerült toborozni, akik korábban nem jelentek meg az ellátónál, nem vettek igénybe korábban semmilyen szolgáltatást. Az értékelés számára indikátor lehet nem csak a megjelent személyek száma, hanem a munkatársak percepciója is a kliensek számának alakulásáról.

#### Hólabda effektus

A szerhasználók vagy más elérni kívánt személyek (pl. hozzátartozók) egymás közötti kommunikációjuk eredményeként is értesülhetnek egy új szolgáltatásról vagy egy meglévő szolgáltatás igénybe vétele feltételeinek változásáról. Ebben az esetben az elérés közvetetten érvényesül. A fejlesztés eredménye lehet olyan kliensek megjelenése is egy szolgáltatáshoz kapcsolódóan, akik már ellátott személy irányítása, javaslata alapján „érkeztek” a szolgáltatóhoz. A fejlesztés evaluációját végző kutatásnak indokolt tehát az ilyen személyek számát is azonosítani, mégpedig a szolgáltató munkatársa által toborzott kliensek számától elkülönítve.

#### Kommunikációs eszközök alkalmazása

Amennyiben a fejlesztés új kliensek toborzását célozza, meg kell vizsgálni, hogy sor került-e kommunikációs eszközök – pl. szórólapok, plakátok, honlap, ismertető anyagok vagy a szolgáltató munkatársának személyes megjelenése, megszólalása a médiában stb. – alkalmazására. Az intravénás szerhasználók számára segítséget jelenthet például a gyógyszerárakban elhelyezett kártya, mely a tücsere-szolgáltatás elérhetőségét tartalmazza. A rehabilitációs programok ismertségét növeli, ha egy munkatárs megjelenik egy kezelőhelyen vagy tücsere-szolgáltatásban és megismerteti a programot a kliensekkel. Hasonló példák elmondhatók számos egyéb esetben, például a hozzátartozói csoportoknál, az antivirális kezelés estében, a közvetett szociális ellátók esetében stb. Ha a fejlesztés tartalmaz kommunikációs elemeket, úgy le kell írni nem csak az alkalmazott módszereket, hanem a mennyiségi mutatókat (pl. nyomtatott anyagok darabszáma, a megjelenés munkaóráinak száma stb.) is. Az ismertség növekedésének szubjektív megítéléséről beszámolhatnak a szolgáltató munkatársai is és maguk a kliensek is.

### **III.4. Koordináció és integráltság**

#### Csapatmunka

Elsősorban a kezelés területén lehetnek olyan alkalmak, amikor több szakember együttműködése vagy több szolgáltatás együttes igénybe vétele indokolt a kliens legmegfelelőbb ellátása érdekében. Ha a fejlesztés például a korai kezelésbevétel javítására irányul, ott az elérő-megkereső munkával szoros együttműködésben kell megtörténnie az állapotfelmérésnek vagy a kezelésbe irányításnak. A fejlesztés által megcélzott területnek, tevékenységnek integráltan kell működnie, ehhez szükség lehet a szolgáltatón belül esetmegbeszéléseket tartani, egyeztetni a különböző szolgáltatásokat nyújtó alkalmazotti csoportok között. A fejlesztés értékelésének fel kell mérnie az ilyen események számát, gyakoriságát, és az alkalmazottak értékelését arról, hogy a fejlesztett tevékenységet megfelelően sikerült e beemlíteni a szolgáltatások körébe.

## Jelzőrendszer

Az addiktológiai ellátások a szociális ellátások és a pszichiátriai ellátások hálózatában zajlanak. Ahogy azt korábban tárgyaltuk, más szolgáltató is irányíthat klienst az ellátásba. Míg a kliens-irányítás rendszerét elsősorban az addiktológiai/pszichiátriai/szociális ellátórendszer vonatkozásában tárgyaltuk, indokolt lehet további szereplőket is bevonni azért, hogy jelzéssel élhessenek egy új jelenség vagy akár egy érintett személy kapcsán is. A szociális és egészségügyi ellátórendszer szereplői (hajléktalan ellátó, gyermekjóléti szolgálat, nevelési tanácsadó, védőnő, háziorvos stb.) mellett más szereplők (rendőrség, pedagógus vagy iskolai pszichológus, pártfogó felügyelő, közvetetten érintett civil szervezet stb.) is megjelenhetnek az ellátásba irányító partnerek között. Az ilyen együttműködés a hatékonyabb kliens-irányítás vagy a korai kezelésbe juttatás esetében különösen fontos lehet. Ha a fejlesztés tartalmaz ilyen elemeket, úgy az értékelés során ezt is érdemes figyelembe venni. E területen jellemzően szubjektív indikátorok alkalmazhatók az együttműködés fejlődésére vonatkozóan.

## Koordináció és partnerség

A szolgáltató működése során kapcsolatban van a fenntartóval, a szakhatóságokkal, a szakmai felügyeleti szervekkel, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórummal, az önkormányzattal, civil szervezetekkel és a médiával. A fejlesztésről jó, ha tájékoztatást ad a szolgáltató ezeknek a szereplőknek a hatékonyabb információ-áramlás érdekében. Elképzelhető ugyanis, hogy a szükségletfelmérésen alapuló fejlesztés hosszú távú finanszírozása, az ismertség növelése vagy kapcsolódó szolgáltatások biztosításában együttműködések alakulhatnak ki. Az értékelés során érdemes kitérni arra is, hogy volt-e ilyen tájékoztatás, történt-e egyeztetés ezekkel a szereplőkkel, esetleg sor került-e partnerséget megalapozó dokumentumok megfogalmazására.

## Az értékelés területe

## Az értékelés szempontjai

### III.1. A kliens-irányítás értékelése

- azonosították-e az együttműködő ellátókat
- sor került-e új együttműködés kiépítésére
- hány kliens érkezett az együttműködő ellátók irányából
- hány klienst irányítottak tovább más ellátókhöz
- javult-e a kliensek irányítása a munkatársak szerint
- javult-e a kliensek irányítása a kliensek szerint

### III.2. A hozzáférhetőség fejlesztésének értékelése

Megközelíthetőség

- történt-e változás, új telephely
- érzékelnek változást a munkatársak
- érzékelnek változást a kliensek
- elhárultak-e (pl. stigmatizáció okozta) egyéb akadályok
- jobban megfelel-e az ellátás a kliensek igényeinek (pl. homogénebb csoportok)

Nyitva tartás

- történt-e változás, bővülés
- érzékelnek változást a munkatársak
- érzékelnek változást a kliensek
- jobban megfelel-e az ellátás a kliensek igényeinek (pl. hosszabb ideig nyitva)
- 

Várakozási idő, várólista

- történt-e változás, rövidülés
- érzékelnek változást a munkatársak
- érzékelnek változást a kliensek

Térítési díjak

- történt-e változás, csökkentek-e a díjak
- nőtt-e a kliensszáma a díjcsökkenés következtében

### III.3. Célcsoport-elérés

Toborzás

- sikerült új klienseket bevonni ellátásba (fő)
- a munkatársak szerint sikeres az új kliensek toborzása

Hólabda effektus

- a kliensek további személyeknek ajánlják az ellátást

Kommunikációs eszközök alkalmazása

- alkalmaztak kommunikációs eszközöket a szolgáltatás ismertségének növelése érdekében
- hány és milyen eszközt alkalmaztak az ismertség növelésére
- nőtt a szolgáltatás ismertsége a munkatársak szerint
- nőtt a szolgáltatás ismertsége a kliensek szerint

### **III.4. Koordináció és integráltság**

Csapatmunka

- a fejlesztés célterülete integráltan működik a többi ellátással
- esetmegbeszélések száma
- szervezeten belüli együttműködés

Jelzőrendszer

- közvetetten kapcsolódó szervezetek azonosítása, együttműködés kiépítése
- jelzések száma a közvetetten kapcsoló intézmények felől

Koordináció és partnerség

- együttműködés egyéb szervezetekkel
- együttműködés médiával



## **IV. Szervezeti, intézményi szempontok az értékelés során**

Az értékelés nem hagyhatja figyelmen kívül azt, hogy a szolgáltató jogi és intézményi viszonyrendszerek mezőjében működik. Az értékelés során meg kell vizsgálni azt, hogy a fejlesztés egyrészt a hatályos jogszabályok figyelembe vétele mellett történt, másrészt, hogy a szolgáltató tekintetbe vette az intézményre vonatkozó sajátosságokat. A fejlesztés költség-hatékonysága, a ráfordítások felhasználásának módja további szempontokat kínál az értékelés számára.

### **Humán erőforrás**

A fejlesztés új feladatokat jelent a szolgáltató munkatársai számára. A fejlesztés azonban csak akkor történhet megfelelő módon, ha a személyzet szakmailag alkalmas, a megfelelő szaktudás birtokában van. A személyzetnek rendelkeznie kell a fejlesztésben megfogalmazottak eléréséhez szükséges iskolai végzettséggel, a jogszabályi előírásoknak megfelelően. A fejlesztés értékelésének meg kell vizsgálnia azt, hogy a feladatok ellátására szerződött munkatárs munkavégzését tekintve (munkakör, jelenléti ív, egyéb nyilvántartás) is a kitűzött céloknak megfelelően járt el. Az értékelés e tekintetben a szolgáltató dokumentációjára támaszkodhat.

### **A munkaszervezés kérdései**

A fejlesztésnek tekintettel kell lennie arra – akár új szolgáltatásról, akár meglévő szolgáltatás bővítéséről, javításáról van szó – hogy az az intézmény szervezeti egységében zajlik. A fejlesztés eredményeként végzett tevékenységek tehát integráltan zajlanak. A team munka keretében is teret kell, hogy kapjon a fejlesztés által célzott tevékenység. Fontos, hogy a fejlesztés során azonosításra kerüljenek a felelősségi körök. Ismert legyen az irányító személy, aki teljes felelősséggel tartozik, és minden munkatárs – akár közvetlenül vesz részt – ismerje a maga feladatát: az elvárásokat, a határidőket, az eredmények indikátorait, és kapjon visszajelzést munkájáról. Az esetlegesen felmerülő problémák vagy a szolgáltató kötelezettség-vállalásai miatt a hivatali vagy szolgálati utak tisztázása elengedhetetlen. Példaként: ha együttműködési megállapodás születik a fejlesztés eredményeként más szolgáltatóval, akkor a megállapodás aláírója az intézmény vezetője legyen, ne a fejlesztésben közreműködő, végrehajtó személy. Ha a fejlesztés vállalásokat tesz külső partnerek felé (önkormányzat, fenntartó, KEF, média stb.), akkor azt az intézmény egésze nevében teszi, így vagy előre meg kell határozni azokat, vagy be kell vonni a fejlesztés finanszírozóját és az érintett intézmények vezetőit is. A fejlesztés értékelése során meg kell azt vizsgálni, hogy a feladatköröket megfelelően lefektették, és érdekütközések nem történtek. Az értékelés itt a fejlesztésben részt vevő intézmény vezetőjének megkérdezése mellett a szerződések és más dokumentumok átvizsgálására hagyatkozhat.

### **Költség-hatékonyság**

Fontos kérdés, hogy a fejlesztés során felhasznált ráfordítások, erőforrások megfelelően kerültek-e felhasználásra. Az első kérdés a jogszerűség, azaz szerződésben foglaltaknak megfelelően használták-e fel a fejlesztés során rendelkezésre álló összegeket. A fejlesztés által biztosított forrásokat teljes mértékben felhasználták-e, azaz megtörténtek a kifizetések (pl. az újonnan felvett munkaerő részére, alvállalkozók számára, munkatársak számára), és azok jogszerűen történtek-e (feladat-megjelölés és szerződés, teljesítés ellenőrzése, számviteli

szabályok betartása stb.). További vizsgálati szempont, hogy a ráfordítás felhasználása során a szolgáltató számára legjobb ajánlat került-e kiválasztásra, a fejlesztés ár/érték aránya megfelelő volt-e. További szempont a fejlesztési pénz felhasználásának átláthatósága és a felhasználás nyilvánossága. A fejlesztés értékelése során tehát vizsgálni kell a kifizetések és teljesítések jogszerűségét valamint hatékonyságát. Az értékelésnél pontosan ellenőrizni kell az elszámolás dokumentumait (szerződések, számlák stb.), melyet a szolgáltató rendelkezésre bocsát. A ráfordítások hatékonyságának és átláthatóságának megítélése szakértői munkát követel az értékelést végző személyektől.

#### A szolgáltató partnerségi viszonyai

A szolgáltató és az általa nyújtott szolgáltatások szükségképpen érdekkörök mentén működnek. A fejlesztésnek lehetnek külső és belső támogatói, szövetségesei, de éppúgy lehetnek külső vagy akár belső ellenzői, ellenérdekelt felei. A szerhasználat miatt kezelésbe vont személyek számának emelkedése (pl. utcai megkereső munka vagy korai kezelésbe vétel fejlesztése esetén) tévesen a probléma romlása érzetét keltheti. Az új szolgáltatások miatt emelkedő kliensszám okozhatja a kliensek számának csökkenését – közvetve akár a finanszírozás csökkenését – egy másik szolgáltatónál. Egy fejlesztés során nyitott új telephely – pl. tucsere-szolgáltatás, nappali ellátás – szembesülhet a környék lakóinak rosszállásával vagy a helyi döntéshozók elutasításával. A fejlesztésnek a lehető legalaposabb körültekintés mellett kell eljárnia, a lehető legkisebb érdeksérelmet okozva az esetlegesen hátrányosan érintett feleknek. A fejlesztés értékelése során ezeket a szempontokat is érvényesíteni kell. Az értékelés a támogatás vagy az elutasítás mértékéről szubjektív indikátorok mentén tájékozódhat.

## Az értékelés területe

## Az értékelés szempontjai

### Humán erőforrás

- a dolgozók végzettsége megfelelő
- a dolgozók alkalmazása szabályszerűen történt
- a munkavégzés szabályszerűen történt

### A munkaszervezés kérdései

- feladatkörök tisztázásra kerültek
- felelősségi körök tisztázásra kerültek
- érdekütközések felmérése

### Gazdasági értékelés

- a források felhasználása megtörtént
- a források felhasználása jogszerűen történt
- a források felhasználása a lehető leghatékonyabban történt
- a források felhasználása átlátható módon történt

### A szolgáltató partnerségi viszonyai

- a fejlesztés támogatói azonosításra kerültek
- a fejlesztés ellenérdekeltjei azonosításra kerültek
- a fejlesztés a lehető legkevesebb érdeksérelmet okozta

## V. Az ellátottak helyzetének változása

Az alkalmazott indikátorok között a következő, negyedik nagyobb terület konkrétan az ellátottakra, a kliensekre, vagy ha tetszik, ügyfelekre vonatkozik, elsősorban az ellátottak helyzetének változására helyezve a hangsúlyt. Ezen a területen is több dimenzióban történik mérés és az értékelés, úgymint a kliensek elégedettségének alakulása a projekt hatása nyomán, a kliens magatartásának (egészség-magatartás, kockázati-magatartás) változása, a konkrét egészségi állapot-változás valamint a kapcsolódó szociális helyzet alakulása a beavatkozás nyomán. Általánosságban elmondható, hogy ezek a dimenziók a beavatkozás és a szolgáltatásfejlesztés ún. szekunder célterületeit érintik elsősorban, hiszen a megvalósított szolgáltatásfejlesztési terveknek ezen dimenziókra vonatkoztatva nincs, vagy csak korlátozott direkt ráhatása lehet, ugyanakkor a beavatkozás legfontosabb hatásindikátorait jelentik, hiszen a beavatkozás nem öncélú, hanem végső soron a kliensek, illetve ellátottak és más kapcsolódó ügyfelek (pl. hozzátartozói csoportok, érintett helyi közösség) érdekében történik.

Az indikátorok előállításához szükséges adatok forrása is összetett, egyrészt ezen a területen nem lehet kikerülni a kliensektől származó közvetlen input adatokat (melyek egy része szükségszerűen szubjektív, más részük objektíven mérhető), de felhasználásra kerülnek más, másodlagos adatforrások is, továbbá ide csatornázhatók be a szolgáltató helyek által alkalmazott, a saját minőségirányítási rendszerükben alkalmazott adatfelvételi ívek és monitorig rendszerek kimeneti adatai is (pl. a Ráckeresztúron alkalmazott ISIS Minőségrendszer – ISIT minőségmérése vagy a projekt során alkotott más eszközök).

### V.1. Kliens elégedettség alakulás

Ahhoz hogy a szolgáltatást, az ellátásszervezést a kliensek igényeinek és szükségletének megfelelően változtassa az adott ellátóhely, mindenképpen tudnia kell, hogyan vélekednek a kliensek jelenleg és fejlesztés után. Tisztában kell lennie azzal, hogy a kliensek mivel elégedettek, illetve elégedetlenek, az ellátás és a szolgáltatások minden egyes részletével kapcsolatban. A fejlesztéshez, fejlődéshez tudni kell, melyek az erős és gyenge pontok, mire kell odafigyelnie, mit kell kihangsúlyozni. Ezen információk jelentős része ideális esetben a helyzetfeltáró szakaszban már rögzítésre kerültek, mint kiindulási állapot, a megismételt mérésnek ezek az értékek jelentik a viszonyítási alapot. A kliens elégedettség alakulás szempontjából nem a nominális értékek az érdekes önmagukban, hanem a változás. A fejlesztési tervnek tartalmaznia kell ugyan konkrét célértékeket is, hiszen e nélkül nehezen mondható meg, hogy elérte e a célt vagy nem, de kapcsolódó indikátorok szempontjából a változáson illetve a változás irányán és annak nagyságán van a hangsúly.

A kliens elégedettség dimenziója már rövidtávon is mérhető, ennek legegyszerűbb formája a standardizált mérőeszközök rendszerbe állítása. Ez a fajta elégedettség vizsgálat általában kvantitatív jellegű, kérdőíves felmérés, mely során a kliensre és a szolgáltatásra specializált kérdésekkel mérjük fel a célcsoport elégedettségi szintjét, véleményét és annak változását. A kérdőív többnyire skálás kérdések segítségével méri az elégedettséget befolyásoló tényezőket (ezek jellemzően az attitűdök alakulását tudják jól-rosszul becsülni), de lehetőség van specifikusabb, az egyes témákat jobban körüljáró, az esetleges későbbi fejlesztési elképzeléseket tesztelő, vagy akár javaslatokat gyűjtő kérdések, kérdésblokkok elhelyezésére is. A lekérdezés az igényeknek és a célcsoportnak megfelelően történhet személyesen, telefonon és interneten is.

Az indikátor-szerkesztés abból indul ki, hogy már rendelkezésre állnak kiinduló, a fejlesztési terv implementációs szakaszát megelőző állapotot rögzítő adatok és lesz mihez viszonyítani az eredményeket. Amennyiben ilyen előzetes adatfelvétel nem történt, akkor

lehetőség van retrospektív adatgyűjtésre is, ám ezek validitása és különösen reliabilitása okozhat problémát az index szerkesztésénél.

A kliens elégedettség alakulásának dimenzióját a TÁMOP 5.4.1. projekt keretében a négy kiemelt szolgáltató az ellátási területére vonatkozóan több alcsoportban kell, hogy elvégezze, egyrészt a szakmai szolgáltatásokkal való elégedettség alakulását, másrészt a szolgáltató kommunikációjával való elégedettség alakulásának alcsoportjában, harmadrészt a kliensek által megélt adminisztrációs teher változásának alcsoportjában.

## **Szakmai szolgáltatásokkal való elégedettség**

A fejlesztés értékelésekor nagyon fontos szempont, hogy hogyan alakul a kliensnek a szakmai szolgáltatással való szubjektív elégedettsége, hiszen a drop-out csökkentése, a motiváció erősítése és egy sor más szolgáltatás-szervezési kérdés szempontjából megkerülhetetlen a klienseknek ez a fajta szubjektív véleménye illetve a pozitív véleményváltozás elérése is a magatartás-változás egyik alapfeltétele. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy az ellátásokkal, a szakmai szolgáltatásokkal való elégedettség és a szolgáltatások eredményessége két különböző dimenzióba tartozik és a végső cél a tartós magatartás-változás elérése. Előállhat olyan helyzet, hogy miközben a szakmai szolgáltatásokkal való elégedettség alcsoportjában pozitív változás regisztrálható a kapcsolódó indikátorokon keresztül, a magatartás-változás nem következik be, vagy éppen hogy negatív irányt vesz, ami a fejlesztés kontra- produktivitásáról és a fejlesztési terv hibás koncepciójáról ad hírt. Fordított helyzetben, a szolgáltatásokkal való elégedettség csökkenése mellett mért pozitív magatartás-változás (pl. sikeres radikálisabb terápiás módszer bevezetése, amely kényelmetlenséggel járt a kliens számára, ám hatásosnak bizonyult) értelemszerűen nem okoz akkora problémát, de hosszabb távon az elégedetlen kliens veszélyezteti a szolgáltatás eredményességét.

A szakmai szolgáltatásokkal való elégedettség minding relatív, gyakran kifejezetten célcsoport-függő, fontos további jellemzője az is, hogy függ a társadalmi-gazdasági helyzettől, társadalmi-kontextustól és csak az adott pillanatban értelmezhető. Ezt könnyű belátni, hiszen a TÁMOP 5.4.1. projekt keretében a négy kiemelt szolgáltató által ellátott kliensek az ellátási igényüknek megfelelően ingadozó állapotban lehetnek, a szakmai szolgáltatással kapcsolatos elvárások a szerhasználatától és az érintettségétől is függenek. Ezért fontos hangsúlyozni, hogy a változásra kell fókuszálni, s ez egyben az időbeni összehasonlítást is jelent.

A szakmai szolgáltatásokkal való elégedettség mérése során objektív eljárásokra és szubjektív eljárásokra is fókuszálhatunk, ez utóbbi esetében háromféle megközelítési módot alkalmazhatunk: a) jellemzőorientált, b) eseményorientált, c) problémaorientált megközelítési módot. Ennek kiválasztása elsősorban attól függ, hogy a TÁMOP 5.4.1. projekt keretében a négy kiemelt szolgáltató az ellátási területére alapvetően milyen jellegű fejlesztési tervet célzott elő. Amennyibe elsősorban ellátás-bővítést, ügyfélközpontúságot érintő fejlesztésről volt szó, ez esetben a jellemző-orientált megközelítési módot célszerű alkalmazni, ha pedig működési vagy ellátás-szervezési problémáról, akkor az eseményorientált megközelítési mód segítheti leginkább az adekvát indikátorok előállítását.

A szakmai szolgáltatásokkal való kliens elégedettség indexének tervezésekor a jellemzőorientált eljárás esetében a kliens valamely teljesítménnyel való elégedettségét az előre megadott kritérium-katalógus alapján értékeli. Az értékelés történhet globális szinten (összelégedettség), vagy az értékelendő szolgáltatások egyes alcsoportjaira vonatkozóan. Ennél az eljárásnál rendszerint nem biztosított, hogy minden kliens az összes teljesítményszempontot teljesen le tudja fedni, és különösen annak a veszélye merül fel, hogy az adott kliensnek nehezebbre esik az, hogy egy speciális jellemzőt egy adott kritériumhoz

rendeljen hozzá. Az indikátor – mivel az elégedettség alapvetően szubjektív kategória – eredményül jellemzően interszubjektív inputot eredményez. Értelmezhető faktorok:

- Munkatársak hozzáállása
- Munkatársak hitelessége
- Munkatársak felkészültsége
- Ellátóhely felszereltsége
- Az egyes szolgáltatások megítélése
- Függőségi problémához kapott segítség
- Szociális és családi problémákhoz kapott segítség
- Önálló döntés megjelenése a szolgáltatásban
- Esetkezelőtől kapott segítség
- Gazdasági támogatás

Az eseményorientált eljárás alapvetően szubjektív indikátorforrást ad, segítségével nem határozható meg közvetlenül a szolgáltatásokkal való elégedettség szintje, hanem csak a kliensnek a szolgáltatás igénybevételével kapcsolatos olyan egyes élményei állnak a megfigyelés középpontjában, amelyek befolyásolják az adott addiktológiai szolgáltatással kapcsolatos elégedettségét. Az eseményorientált eljárások háromféle módszere a következő:

- a panaszelemzés: ennek során a kliens panaszokat visszacsatoljuk az egyes szolgáltatások elégedettségi szintjéhez,
- a szekvenciális események módszere: ennél a módszernél a klienst arra kérjük, hogy a nyújtott addiktológiai szolgáltatás egyes fázisait önállóan kapcsolja össze, hogy a szolgáltatás-hatékonyság számára fontos szempontjait azonosítani tudja,
- a kritikus események technikája (Critical Incident Technique = CIT): ennél a módszernél arra kérjük a klienst, hogy idézze fel azokat a rendkívüli eseményeket, amelyek különösen pozitív vagy negatív befolyással voltak az elégedettségre a kezelés vagy a szolgáltatás igénybevétele folyamán (ez a leggyakrabban használt módszer).

Ezek az eljárások nyilván nem teszik lehetővé az elégedettségi szint objektív mérését, de a nagyfokú rugalmassága révén a szolgáltatás minden mértékadó dimenziója értékelhetővé válik. További előnyük, hogy a kliensek szempontjából gyakori az a kívánság, hogy minden felmerült problémát szóvá tehessenek az ellátást nyújtó szervezetnél a szolgáltatónak. Erre ezek az eljárások, különösen a CIT, igen alkalmasak.

Az előző megfontolások miatt célszerű a szakmai szolgáltatással való elégedettséget az eljárások vegyes alkalmazásával végezni a TÁMOP 5.4.1. projekt keretében a négy kiemelt szolgáltató ellátási területén. Az alkalmazott kérdőív első részében az egyes teljesítménykritériumok szerinti elégedettségre kérdezzük rá, majd arra kérjük a klienseket, hogy idézzék fel azokat a kritikus eseményeket, amelyek a szolgáltatás során felléptek.

### **Kommunikációval való elégedettség**

A helyzetfeltárást és a szolgáltatási tervek készítését segítő szakmai anyagok már tartalmazzák azt a tételt, mely szerint az érdekelt felekkel kialakított jó kommunikáció szükséges ahhoz, hogy a szolgáltatásaink javítását azokra a pontokra fókuszálják a szakmai

szolgáltatók, melyek a legfontosabbak számukra. A kommunikációval való elégedettséget nem szabad lebecsülni a szakmai szolgáltatásokkal való elégedettséggel összehasonlításban, mert a betegek, illetve más kliensek egészségügyi, terápiás más addiktológiai ellátással való elégedettségét legfőképpen a velük való kommunikáció minősége határozza meg.

Az elterelést végző szakember, vagy éppen a terápiát nyújtó munkatárs vagy kezelőorvos kommunikációja nemcsak a magatartás-változás szempontjából, hanem a szakirodalom alapján a gyógyulás szempontjából is alapvető.

A kommunikációs helyzet és a szorosabb kommunikációs kapcsolat a kliens és az ellátóhely között már a szakemberekkel való személyes találkozás előtt elkezdődik. A szolgáltató által kiadott általános tájékoztató kiadványok, szórólapok, a honlap, nagyobb intézmény, pl. kórház esetében a telefonközpontos, a portás, az adminisztrátorok kommunikációs stílusa, az intézményi tájékoztató táblák egyaránt befolyással vannak. Az intézményen belüli, valamint intézmények közötti gyors és pontos információáramlás már túlmutat a kliens elégedettség dimenzióján és megjelenik más dimenziókban is.

Ezen túl természetesen intézményvezetői vagy a szolgáltatásért felelős vezetői szemszögből is szükséges, hogy egyaránt ismerjük az ellátóhelyre jellemző formális (szervezeti) kommunikáció és az informális (egyének közötti) kommunikáció minőségét, eredményességét, és szükség szerint befolyásolni tudjuk annak változását is. A TÁMOP 5.4.1. projekt keretében indokolt a négy kiemelt szolgáltató ellátási területén a kommunikáció változtatásával nemcsak az ellátásszervezés, hanem a klienskapcsolatok vonatkozásában is célzott módosításokat elérni. Ebben a dimenzióban az indikátor alapvetően a kliens és az intézmény, valamint a kliens és az ellátást végző személyek közötti kommunikációban bekövetkezett változásokról ad hírt az alábbi alkalmazható szempontok mentén:

- tudatosítja-e a kommunikációs az emberekben az egyes szolgáltatások célját
- tájékoztatja-e a klienseket a szolgáltatások elérhetőségéről, igénybevételének feltételeiről
- pontos és teljes információt ad-e
- a kliensek számára biztosítja a folyamatos ellátáshoz szükséges információkat
- tájékoztatja-e a klienseket arról, hogy a segítők mit várnak tőlük
- lehetővé teszi, hogy a munkatársak pontos és időbeli visszajelzést kapjanak a teljesítményükről
- tájékoztatja az embereket a szolgáltatások bővüléséről
- kommunikációs és információs csatornák használatának változása

### **Adminisztrációs terhekkel való elégedettség**

A szociális és más humánszolgáltatások esetében az adminisztráció szervezésével kapcsolatosan mára széles körben elfogadott alapelv (elméletileg) a klienscentrikus szemlélet. E szerint az ellátás adminisztrációjának alapelve, hogy a szolgáltatást mindig az igénybevevők érdekének figyelembevételével kell megtervezni és megszervezni. Ezzel párhuzamosan valós igényként jelenik meg az ellátást végzők adminisztrációs terheinek csökkentése is (lásd Vitrai 2010), a kliens centrikus megközelítés mellett fontos a munkatársakkal való foglalkozás.

Ugyanakkor mindennek ellentmond a fejlesztések monitoringjának logikája, mely szükségszerűen éppen az adminisztrációs terhek növekedésével jár mind a kliensek, mind pedig a szolgáltatók irányába. Ráadásul ez utóbbi célcsoport esetében önmagában a TÁMOP 5.4.1. kiemelt projektben való részvétel is adminisztrációs terheket növel a szolgáltatóknál,

miközben erőforrásokat ehhez nem biztosít. Ezekkel együtt is azonban ebben a dimenzióban a kliensek adminisztrációs terhekkel való alakulását kell mérni a szolgáltatóknak, nem szem elől tévesztve, hogy az addiktológiai szolgáltatás adminisztrációjának három lényeges szempontja is van: a) a szolgáltatást igénybevevő kliens szempontjai és mindaz, amit róluk tudniuk kell a szolgáltatás szervezőinek, b) a szolgáltatást nyújtó szakemberek és az ő munkájukat segítő munkatársak szempontjai, a szolgáltatást és a szervezettel illetően és végül c) a szervezet szempontjai, aminek a keretében az adott szolgáltatás realizálódik.

A szempontok nehéz összegegyeztetése és az érdekellentétek leggyakoribb oka a szervezetek korlátozott erő forrása, s a gyakorlati tapasztalat az, hogy ennek éppen a kliens látja kárát, az adminisztrációs erőforrásokból fakadó hiányokat a kliensek fokozottabb terhelésével hidalja át a szolgáltató (a kliensnek kell beszerezni megfelelő igazolásokat, iratokat, beutalókat, személyesen tud csak ügyeket intézni, betegirányítási rendszer fogyatékoságai, várakozási idők stb.). Az adminisztrációs terhek változásának mérésére szolgáló indikátorok részben objektív, részben szubjektív módszerekkel is mérhetők. Előbbi esetében jellemzően a szolgáltatásszervezést végző szakmai stábtól származó információkkal, utóbbi esetében a klientsől származó információkkal dolgozunk, az alábbi kérdésekre választ kapva:

- hogyan változott az egyes szolgáltatások igénybevételével kapcsolatos jogosultság igazolásának rendszere
- hogyan változott a szolgáltatásba való belépés adminisztrációja
- változott-e az esetnaplók, esetdossziék szerkezete
- hogyan alakult az adminisztrációt végző erőforrások száma
- hogyan alakult a kliensektől begyűjtött és más szolgáltatóktól bekért dokumentumok aránya
- a kliens által aláírandó dokumentumok arányának alakulása
- adminisztrációt könnyítő szolgáltatások megjelenése az ellátónál
- határidők követésének módja és elmulasztásának következményei
- adminisztrációs terhek enyhülésének érzete
- anonim szolgáltatások adminisztrációjának változása
- nyilvántartott személyes adatok körének alakulása

## **V.2. Kliens viselkedés-változás**

Minden addiktológiai ellátás és szolgáltatás törekszik a kliens magatartásának megváltoztatására, ezen belül is alapvetően kétféle alcsoportban, egyrészt az változási igény felkeltésével, másrészt a kapcsolódó attitűdök, harmadrészt pedig a konkrét egészség-magatartási szokások megváltoztatásával. A TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók esetében a fejlesztési terv megvalósításának értékelésekor figyelembe kell venni, hogy az adott fejlesztés hogyan járult hozzá a kliens magatartás-változásához. A kimeneten elérendő hosszú távú viselkedésváltozás nyilván nem képzelhető el az alapok nélkül, a segítőnek a klienseit és annak hozzátartozóit a közös együttműködésre kell ösztönöznie.



## **Motiváció változása**

A szolgáltatás igénybevételére való motiváció minden terápiás folyamata alapja. E nélkül nem lehet sem a szűrésekkel kapcsolatos pozitív attitűdöt kialakítani, sem a korai kockázatértékelés nem végezhető el, nem beszélve a későbbi fázisokról, mint például a terápiás kötődés kialakulásáról vagy a terápiás terv kölcsönös elfogadásáról. A szolgáltatás-fejlesztési terv hatásértékelése kapcsán éppen ezért ki kell térni annak bemutatására, hogy a beavatkozás nyomán kialakult új szolgáltatási-modell hogyan hat a célcsoport motivációjára. A motiváció alatt itt elsősorban a kezelésbe, illetve a szolgáltatásokba való bekapcsolódásra való hajlandóságot és motiváltságot értjük mind a szenvedélybeteg, mind pedig a problémában érintett hozzátartozói kör vonatkozásában.

A szolgáltatásokat igénybe vevő emberek kategorizálására az utóbbi időben terjedt el az önkéntes és kötelezett, motivált és nem motivált kliens elnevezése. Ez azonban problémákat okozhat, mert a kötelezett kliensek körébe gyakran épp azok tartoznak, akiknek sok problémája van, akik gyakran erőszakkal kezelik a konfliktusaikat, viselkedésüket és életformájukat tekintve eltérnek a többség által elvárt normáktól. Ellenben az önkéntes kliensek gyakran olyan egyének képzetét jelenítik meg, akik rendelkeznek a problémájuk feletti belátással, segítséget kérnek a szociális munkástól és elfogadják azt. A kutatások alapján azonban a szolgáltatás igénybevételének előzményeiről gyakran kiderül az önkéntes kliensekről is, hogy jellemzően valamiféle kényszer hatására jelentkeztek (családi nyomás, környezeti kényszer stb.).

A szakirodalom e relációban két modellt különböztet meg a) önkéntes kliens – önkéntes segítő modellt, mely kapcsolatban az érintett feleknek minden téren nagyobb a szabadság foka, azaz szabadon felvehető, tartható és megszakítható a kapcsolat, b) kötelezett kliens - kötelezett segítő, mely kapcsolatban közös a kötelezettség, ahol nem, vagy csak következményekkel szakítható meg a kapcsolat, illetve megjelenési és együttműködési köteletség a kliens oldalon, jelentési és beszámolási kötelezettség a bürokrácia vagy a hatóság felé a szakember oldalán van.

A motiváció változásával kapcsolatos indikátornak tehát választ kell adnia arra a kérdésre, hogy a TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók esetében hogyan alakult:

- a kliensek motivációs szintjének változása a kapcsolatba lépésre
- a hozzátartozók motivációs szintjének változása a kapcsolatba lépésre
- a kliens változásra irányuló motivációjának alakulása
- a szolgáltatást saját elhatározásából igénybevevők körének alakulása,
- a személyes kapcsolati hálóból, a jelzőrendszerbe tartozó szolgáltatásoktól érkezők arányának alakulása
- jogi és/vagy hatósági előírás alapján megjelentek arányának változása

## **Attitűdök változása**

A szolgáltatást igénybevevők körében azon kognitív reprezentációk megváltoztatása, amely összegzik a kliens értékelését egy szerrel, annak hatásával, kapcsolódó szubkulturális csoportokkal, illetve az ellátást végző szakmai szolgáltatóval kapcsolatban tervezhető folyamat eredményeként állítható elő, ám eredményessége csak célzott attitűd mérésekkel válik igazolhatóvá. Sokféleképpen mérik az attitűdöket, melynek megnyilvánulásai közvetlenül és közvetve mérhetők. Közvetlen módszerként az önbeszámolók és közvetlen

megfigyelés, attitűdskála használata javasolt, a közvetett módszerek bár kivédik azt, hogy az emberek pozitívan mutassák be magukat és az indirekt technikákkal az attitűdöt úgy próbálják megmérni, hogy az attitűddel rendelkező személy ne legyen tudatában az attitűd mérésének, Ezt csak hosszabb kérdőívekkel lehet valid módon megtenni.

Az attitűdskálák szakirodalma bőséges, mind a regisztrációs technikák, mind rangsorskálák, az a priori skálák, a Thurstone skála vagy az összegző skálák (Guttman, Likert, szemantikus differenciál stb.) bőséges mérítési bázist nyújtanak, melyek a TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók esetében használhatóak.

A kliens-viselkedés változása dimenzióon belül az attitűdök változása alcsoport esetében az alábbi attitűdök alakulásáról célszerű információkat gyűjteni a vonatkozó indikátorokhoz:

- terápiás kötődés alakításáról
- szűrésekkel kapcsolatos pozitív attitűdalakulásról
- gondozási tervvel kapcsolatos attitűdökről
- kezelés fenntartására és/vagy bejezésére vonatkozó helyes attitűdökről
- a kliens intencionalitásáról

### **Egészség-magatartás változása**

A szolgáltatást igénybevevők körében kulcskérdés azoknak a viselkedéselemeknek a változása, amelyek az egyén egészségének helyreállításában és megóvásában szerepet játszanak, így a fejlesztés hatékonyságértékelése szempontjából sem lehet mindegy, hogy ebben a dimenzióban mit mutatnak a kapcsolódó indikátorok. Ebben az alcsoportban az egészségmagatartás összetevői közül az alábbiak értékelődnek fel:

- egyén életstílusa a rizikófaktorokkal szemben
- betegségekre utaló tünetek észlelése és értékelése
- orvoshoz fordulás, betegszerep felvétele betegség esetén
- együttműködés az orvossal vagy más szakemberrel a gyógyítás, rehabilitáció folyamán
- képesség alternatív magatartás kialakítására
- reagálási képesség a változó élethelyzetre

### **V.3 Kliens egészségi állapot változása**

A kliensek egészségi állapotának vélt vagy valós változása a következő dimenzió, melyet a beavatkozás nyomán monitorozni szükséges, különösen akkor, ha a TÁMOP projekt részeként olyan fejlesztés valósult meg, amely az ellátáson belül a szolgáltatást új módszerekkel is bővítette. Az egészségi állapot változását a klasszikus felosztás alapján lehet további alcsoportokra bontani, úgymint a) fizikai, b) mentális és c) szociális egészségi állapot változása.

#### **Fizikai egészség változása**

A kliensek fizikai egészségének változása során elsősorban a szerfogyasztással közvetlen összefüggésben álló fizikai állapotfelmérés eredményeit vehetjük alapul. A hangsúly itt is a változáson van, vagyis a kliens konkrét fizikai jellemzőinél fontosabb indikátor annak pozitív

vagy negatív irányú változása. Az indikátorok forrásaként az állapotfelmérések eredményei jó szolgálatot tehetnek. A fizikai állapot alakulásával kapcsolatosan meg kell majd különböztetni annak szubjektív indikátorát (az egyén hogyan érzi magát) és objektív indikátorát (a külső szemlélő, illetőleg vizsgálatokkal alátámasztott tevékenységeket jelentenek, pl. állóképesség, szűrővizsgálatok eredményei, absztinencia stb.).

### **Mentális egészség**

Közismert, hogy a mentálisan egészséges ember jól kijön saját magával, jól kijön másokkal és megfelelően tudja kezelni a felmerülő problémákat, konfliktusokat. A TÁMOP projekt részeként megvalósuló szolgáltatás-fejlesztésektől is elvárható minimális szint, hogy célcsoport mentális egészsége javuljon a szolgáltatás-fejlesztés hatására. Az indikátorok tervezésekor az alábbi szempontokat kell figyelembe venni a változás vonatkozásában:

- hogyan jön ki önmagával
- hogyan jön ki másokkal
- hogyan változott a probléma-megoldó, konfliktus-kezelő képessége

### **Szociális egészség**

A kliens számára természetes emberi kapcsolata (családtagok, barátok, ismerősök, mindazok a csoportok, közösségek, amelyekhez tartozik), valamint mindazok a szervezetek és intézmények, amelyekkel kapcsolatba kerül, potenciális preventív szereppel is bírnak, így ezen kapcsolatrendszer frissen-tartása és használata a szociális egészség részeként egészíti ki a célzott szakmai szolgáltatás, terápia stb. céljait.

Jellemző, hogy a súlyosabb problémákkal terhelt kliensek esetében a személyes kapcsolatok vagy csoportok, a rosszul működő intézmények nem vagy rosszul töltik be ezeket a funkciókat, akár negatív hatást is kifejtethetnek. Ezért az hatékony addiktológiai szolgáltatás ma már nem képzelhető el a jól működő „mentális védőháló” erősítése és együttműködésük segítése, a károsodott funkciók helyreállítása, hiányos védőháló esetén ezek kiépítésén való fáradozás nélkül. Sem a lelki egészség sem a szociális egészség nem statikus, hanem dinamikusan változó jellemzőkből tevődik össze, így a TÁMOP projekt estében e tekintetben is a szociális egészség egyes összetevőinek változása lehet az indikátor alapforrása.

#### **IV.4 Szociális helyzet változása**

A következő dimenzió arról ad hírt, hogy az ellátásba bevont kliensek esetén hogyan változott a projekt hatására az egyéni szociális helyzet. Ez alatt elsősorban az egyéni élet és munkakörülményeket kell érteni alapvetően három alcsoportot érintve: a) lakáshelyzet, b) munkaerő piaci helyzet és c) jövedelmi szint alakulása.

### **Lakhatás**

Az ellátást igénybevevők körében az ellátás szervezése, hatékonysága és eredményessége szempontjából is fontos a rendezett lakhatási háttér kérdése. Ez preventív faktorként szolgál, amennyiben stabil, ugyanakkor erős kockázatokat indukálhat, amennyiben instabil. A program hatására bekövetkezett szociális helyzet változása egyik indikátora ennek

megfelelően a lakáskörülményekben bekövetkezett változásra kell, hogy fókuszáljon az alábbi szempontok alkalmazásával:

- lakhatási körülmények változása
- lakhatás stabilitásának változása
- lakáshoz kapcsolódó kockázatok változása

### **Jövedelmi helyzet**

A jövedelmi helyzetre vonatkozó indikátorok rendszere talán a legjobban kidolgozott a társadalmi kirekesztettség mérése okán, s azt sem különösebben indokolni, hogy a jövedelmi helyzet alakulása hogyan hat ki a segítői, támogatói és fejlesztői munkára az addiktológiai ellátások modernizálása tekintetében folyó helyi szakmai munkára. A TÁMOP projektben résztvevő kiemelt szolgáltatóknak is számolni kell ennek a tényezőnek a sokszínű hatásával, hiszen befolyásolja a szolgáltatások igénybevételét, esetleges motivációját, a kliens elérhetőségét éppen úgy, mint használt pszichoaktív szerek minőségét és jellemzőit. Az adatgyűjtés e témakörben az alábbi szempontok figyelembe vételével tervezhető:

- Átlagos havi személyi jövedelem
- Elérhető munkajövedelem
- Szociális transzferekből érkező támogatások
- Fiatal és időskorú eltartottak

### **Munkaerő piaci helyzet**

A szolgáltatást igénybevevő kliens munkaerő piaci helyzete, pozíciója éppen úgy preventív, mint kockázati tényező is lehet, tekintetbe véve, hogy a munka épp úgy lehet stressz forrás, mint a szociális védőháló egyik fontos eleme. A munka hatását a konstruktív életvezetés kialakulására, visszaépülésére sokszor dokumentálták már, de csak akkor, ha tervezetten tud beépülni a terápiás folyamatba, s ha a munkaerő piaci pozíció hirtelen változásának negatív hatásának kezelésre van a kliensnek stratégiája és képes is azt alkalmazni. Az adatgyűjtés e témakörben az alábbi szempontok figyelembe vételével tervezhető:

- Iskolai végzettség
- Munkahely stabilitása
- Döntéshozatal a munkában
- Betöltött munkakör
- Munka nélkül töltött idő

## Az értékelés területe

## Az értékelés szempontja

### V.1 Kliens elégedettség alakulása

Szakmai szolgáltatásokkal

- Munkatársak hozzáállása
- Munkatársak hitelessége
- Munkatársak felkészültsége
- Ellátóhely felszereltsége
- Az egyes szolgáltatások megítélése
- Függségi problémához kapott segítség
- Szociális és családi problémákhoz kapott segítség
- Önálló döntés megjelenése a szolgáltatásban
- Esetkezelőtől kapott segítség

Kommunikációval

- Tájékoztatás a szolgáltatásokról
- Információk a felvétel előtt (terápiás rend, nyitva tartás, kötelezettségek stb.)
- Információk a kezelés után
- Tájékoztatás a fejlesztésről
- Kommunikációs csatornák használata, annak megítélése
- Munkatársak kommunikációs felkészültsége
- 

Adminisztrációs terhekkel

- szolgáltatások igénybevételével kapcsolatos jogosultság igazolásának változása
- hogyan alakult az adminisztrációt végző erőforrások száma
- adminisztrációt könnyítő szolgáltatások megjelenése az ellátónál
- adminisztrációs terhek változásának megítélése
- hogyan alakult a kliensektől begyűjtött és más szolgáltatóktól bekért adatok/dokumentumok aránya

### V.2 Kliens viselkedés-változás alakulása

Motiváció változása

- A kliensek motivációs szintjének változása a kapcsolatba lépésre
- A hozzátartozók motivációs szintjének változása a kapcsolatba lépésre

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliens változásra irányuló motivációjának alakulása</li> <li>• Motivált és nem motivált kliensek aránya</li> </ul>
Attitűdök változása	<ul style="list-style-type: none"> <li>• terápiás kötődés alakításáról</li> <li>• szűrésekkel kapcsolatos pozitív attitűdalakulásról</li> <li>• gondozási tervvel kapcsolatos attitűdökről</li> <li>• kezelés fenntartására és/vagy bevezetésére vonatkozó helyes attitűdökről</li> <li>• a kliens intencionalitásáról</li> <li>• terápiás kötődés alakításáról</li> </ul>
Egészségmagatartás változása	<ul style="list-style-type: none"> <li>• egyén életstílusa a rizikófaktorokkal szemben</li> <li>• betegségekre utaló tünetek észlelése és értékelése</li> <li>• orvoshoz fordulás, betegszerep felvétele betegség esetén</li> <li>• együttműködés az orvossal vagy más szakemberrel a gyógyítás, rehabilitáció folyamán</li> <li>• képesség alternatív magatartás kialakítására</li> <li>• reagálási képesség a változó élethelyzetre</li> </ul>

### **V.3 Kliens egészségi állapot változása**

Fizikai egészségi állapot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• objektív fizikai állapot</li> <li>• egészségi állapot önértékelése</li> <li>• absztinencia szintje</li> </ul>
Mentális egészségi állapot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hogyan jön ki önmagával</li> <li>• hogyan jön ki másokkal</li> <li>• hogyan változott a probléma-megoldó képessége</li> <li>• érzékelt stressz</li> </ul>
Szociális egészségi állapot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hogyan épül újjá a baráti-családi támogatói kör</li> <li>• történt-e jelentős változás a szociális kapcsolati hálóban</li> <li>• hogyan változott a konfliktus-kezelő képessége</li> <li>• közösségez tartozás érzésének változása</li> </ul>

#### **V.4 Szociális helyzet változása**

Lakhatás

- objektív fizikai állapot
- egészségi állapot önértékelése
- absztinencia szintje

Jövedelem

- hogyan jön ki önmagával
- hogyan jön ki másokkal
- hogyan változott a probléma-megoldó képessége
- érzékelt stressz

Munkaerő piaci helyzet

- Iskolai végzettség
- Munkahely stabilitása
- Döntéshozatal a munkában
- Betöltött munkakör
- Munka nélkül töltött idő

## **VI. Társadalmi kontextus**

Minden humán szolgáltatásfejlesztési projekt értelmezhető egy önmagán túlmutató tágabb gazdasági és társadalmi kontextusban, mely a projekt minden szereplőjének (ellátók, ellátottak, szociális hálózatok, intézményi partnereik, helyi közösségük, külső szakmai kapcsolataik) közös keretét adja meg. Ennek a tágabb társadalmi kontextusnak az ismerete az innen érkező lehetséges kockázatok és szövetségesek, partnerek, valamint ellenérdekelte felek azonosítása már a projekt tervezésének szakaszában kiemelt feladat kell, hogy legyen. A társadalmi kontextus alatt a projekt értékelési szakaszában vertikális és horizontális irányban is szükséges értékelési szempontokat kijelölni, mint például a projekt kapcsolódása más helyi, illetve ágazati fejlesztéshez, a tágabb környezetben végzett disszemináció hatása, a helyi közösség érzékenyítése, de ide sorolhatók a fenntarthatóságra vonatkozó értékelés szempontjai is

### **V.1 Disszemináció**

A különböző fejlesztési projektek fontos eleme a létrejött eredmények gyakorlati hasznosítása. Ráadásul egy projekt hasznosításának kritériumait már a projekt tervezésekor is illik tudni, ezzel együtt azonban több tényezőtől függ az is, hogy a modell szereplői érdekeltté válnak-e az eredmények befogadásában, alkalmazásában és továbbfejlesztésében. Hogy a konkrét projekt eredményei közül mit, kinek, hogyan és mikor tesznek elérhetővé a megvalósítók, az a tapasztalatok alapján nagymértékben függ attól, hogy miképpen értelmezik maguk a projekt résztvevői a hasznosítást. A gyakorlati tapasztalatok alapján az is állítható, hogy a hasonló projektek jelentős részében a disszemináció viszonylag elnagyoltan tervezett tevékenység, így az utólagos értékelésnek is kevés támpont áll rendelkezésére, mert a résztvevők a disszeminációt csupán a projekt lezárásához tartozó kötelező feladatként értelmezik. A disszemináció értékelésének a TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók esetében a disszeminációs csatornák, a tartalmak és a disszemináció célcsoportjának, illetve eredményességének vizsgálatát javasoljuk az értékelési fázisban.

### **Csatornák**

A fejlesztési tervben vállalt feladatok elvégzése nyomán előállt eredményeinek a célközönséghez történő eljuttatásához sokféle eszköz áll rendelkezésre a projektek résztvevőinek mind a négy helyszínen. A csatornák használatát azonban korlátozhatja az elérhető és a disszeminációhoz rendelhető anyagi és humán erőforrások korlátozottsága. Viszonylag költséghatékony csatorna lehet a tapasztalatok intézményen belüli átadását szolgáló értekezlet, a helyi szakmai workshopok és műhelykonferenciák, míg a szórólapok, broszúrák, a dokumentációt és kiegészítő anyagokat tartalmazó CD, az internetes felület már jelentősebb anyagi erőforrásokat feltételez. A csatornák használatának értékelésekor azonban a fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- mennyire tervszerű az alkalmazott eszköz(ök) használata
- mennyire adekvát az alkalmazott eszköz használata
- projekt specifikus csatornát használnak-e vagy a projekttől függetlenül már amúgy is működő csatornákat használják-e



## Tartalom

A következő alcsoport a disszemináció dimenziójában a tartalom kérdése. Sajnos nem minden esetben magától értetődő, hogy mi is tekinthető a projekt átadható eredményének, mi az, amit mások számára is elérhetővé kellene tenni a helyi fejlesztést megvalósító, TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatóknak. Nagy általánosságban a hasonló fejlesztési projektek eredménye disszeminációs szempontból az alábbi csoportokba rendezhetők: a) kifejlesztett szolgáltatások, b) a szolgáltatást meghatározó protokollok, eljárások, c) a projekt megvalósításával kapcsolatos szervezői, vezetői tapasztalatok és tanulságok. A tartalom értékelésekor azonban a fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- hogyan értelmezik a projekt résztvevői a disszemináció feladatokat?
- milyen módon érdekeltek abban, hogy eredményeiket megosszák másokkal?
- történt-e a szolgáltatásra vonatkozó disszemináció?
- megismertették-e másokkal az általuk kidolgozott eljárásokat?
- megosztották-e másokkal a projekt szervezésével kapcsolatos tanulságokat?

## Eredményessége

A sikeres disszeminációhoz már a projekt indulásakor szükséges a célközönség lehető legpontosabb azonosítása. A hasonló projektek többségében általában az azonos profilú szervezeteket tekintik a tapasztalatátadás célpontjának, vagyis az ellátóhelyek a hasonló ellátást nyújtó intézményeket vagy az adott egészségügyi/szociális szektorhoz tartozó egyéb szervezeteket. A projektek keretében szerveződő tevékenységeknek vannak azonban olyan tapasztalatai, tanulságai is, amelyek túlmutatnak az egyes intézmények tevékenységi keretein, és köztes szakmai szerveződések, ágazatközi közvetítő szervezetek közreműködését igénylik. A TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók által szervezett projekt esetében jellemzően ilyen lehet a helyi vagy megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Az ágazati szintű, illetve ágazatokon túlmutató és nem az egyes intézményhez vagy ellátási formához szorosan kapcsolódó tapasztalatoknak és tanulságoknak a megfogalmazásához olyan programszintű fórumok működtetésére van szükség, amelyek biztosítják az általánosabb tanulságok felismerését és artikulálását, és egyben lehetőséget teremtenek az adott szint döntéshozóinak megszólítására is. A disszemináció eredményességének értékelésekor azonban a fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- Szintetizáló fórumok eredményességének értékelése
- Melyek az igénybevett közvetítő szervezetek az ágazatközi disszemináció eredményessége érdekében
- képesek voltak-e pontosan megfogalmazni munkájuknak mások számára is értékes és átadható eredményét
- rendelkeznek-e a projekt résztvevői a szükséges erőforrásokkal ahhoz, hogy üzeneteiket eljuttassák a lehetséges felhasználókhoz.

## **VI.2 Expozíció**

A projekt társadalmi kontextusát illetve arra való hatását értékelve a következő dimenzió, amelyben szükség lesz indikátor szintű adatok gyűjtésére, az az érintett közösségekben a projekt expozíciója is. Minél intenzívebben volt kitéve a projekt hatásának a helyi közösség, a döntéshozók, a társszakmák képviselői, illetve a lakosság érzékenyítése annál intenzívebb lehetett. Az projekt helyi expozíciós eredményének elemzésekor éppen ezen célcsoportok érzékenyítésével kapcsolatos eredményekre és tevékenységekre kell rákérdezni.

### **Döntéshozók érzékenyítése**

Minden addiktológiai szolgáltatás jellemzően anyagi, technikai és humánerőforrás hiánnyal küszködik, éppen ezért egyáltalán nem mindegy, hogy a megvalósult fejlesztés eredményeként milyen irányú és mennyire intenzív hatás érte az erőforrások elosztása felett rendelkező helyi döntéshozókat. A döntéshozók érzékenyítésének többféle módja is lehet, a direkt tájékoztatóktól, az indirekt bevonáson és a fenntarthatósággal kapcsolatos lobbitevékenységen át a közvetett módszerekig bezárólag. Az expozíció helyi döntéshozók irányában történő értékelésekor fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- kapott-e közvetlen tájékoztatást a helyi önkormányzat szakbizottsága a projektről
- kapott-e közvetlen tájékoztatást a helyi KEF
- kapott-e közvetlen tájékoztatást a fenntartó valamilyen vezetői értekezlet keretén belül
- mennyire részletes tájékoztatót kaptak a döntéshozók?
- Követhették a fejlesztés folyamatát a döntéshozók, bevonásra kerültek-e folyamatában is fejlesztésben
- Kaptak-e számszerűsíthető tájékoztatót a költségekről és az elért haszonnáról?

### **Szakmai partnerek érzékenyítése**

A kábítószer-probléma kezelése és más addiktológiai ellátások megújítása és modernizálása nem képzelhető el egymástól elszigetelt szakmai szolgáltatók közegében, csak aktív, kliensorientált szakmai együttműködések keresztül. Nem véletlen, hogy a TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók fejlesztési elképzelései között is megjelenik a szakmai partnerekkel való együttműködés intenzívebbé tételének szándéka. Ennek megfelelően a program eredményességének értékelésekor azt a kérdést is meg kell tudni válaszolni, hogy a szakmai partnerek érzékenyítése hogyan, milyen hatással zajlott a programban, s elősegíti-e a jövőben a program szakmai kiterjesztését és/vagy fenntarthatóságát. Az addiktológiai ellátások és a kapcsolódó helyi szolgáltatások fejlesztése esetében a szakmai partnerek közreműködése megalapozottabbá, reálisabbá teszi a fejlesztési folyamatot és növeli azok helyi közösségekben belüli elfogadásának esélyét, végrehajtásának valószínűségét. Az expozíció szakmai partnerek irányában történő értékelésekor fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- Követhették a fejlesztés folyamatát a szakmai partnerek, bevonásra kerültek-e folyamatában is fejlesztésben – aktív eléérés
- Milyen célzott helyi szakmai fórumok zajlottak, azon milyen szervezetek, intézmények vettek részt – passzív eléérés

- Kaptak-e tájékoztatást a helyi módszertanok a projekt által érintett fejlesztésről
- Elérhetőek-e a kifejlesztett eljárási módok a helyi szakmai partnerek számára

### **Lakosság érzékenyítése**

A szenvedélybetegségek kezelése és a sikeres társadalmi integráció nemcsak a szakmai partnerséget és fenntartói támogatást feltételezi, hanem lakosság probléma-percepciók szintjének növekedését és befogadó szemléletének alakulását is. Ezért fontos, hogy a projekt társadalmi hatásának mérése között rendelkezünk adattal, megfelelő információval arról is, hogy mi juthatott el a projektről, illetve az ellátás-fejlesztés eredményeiről a szélesebb laikus közösség számára, a lakossághoz. Ez a csoport egyben a rejtőzködő szerhasználókat is magába foglalja, csakúgy, mint a szerhasználók vagy más kliensek családi és társas kapcsolati rendszerét. Nyilván az ilyen heterogén és nagy csoport informálása elsősorban közvetett módon, a médián keresztül valósulhat meg, és igényli a kommunikáció nagyon alapos tervezését is. Az expozíció a lakosság irányában történő értékelésekor fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- Meghatározására kerültek a lakosság számára közvetítendő legfontosabb üzenetek?
- Van-e kidolgozott kommunikációs terve a szolgáltatásnak, fejlesztésnek?
- Ismeri-e a lakosság a szolgáltatót/szolgáltatást?
- Mennyire differenciált kép élhet a szolgáltatást igénybevevőkről a helyi közösségben
- Milyen ATL és BTL eszközök kerültek használatba?
- Az üzenetekkel kiket érthettek el leginkább?

### **VI.3 Fenntarthatóság**

Minden szakmai fejlesztésnek, így a TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók programjai esetében elvárt a fenntarthatóság biztosítása, azoknak a kapacitásoknak, eljárásoknak, szervezési módoknak a folyamatos megjelenítése a szolgáltatásban, mely a projekt eredményeként jött létre. Vagyis projekt fenntarthatósága ez esetben annyit tesz, hogy a tervbe vett szolgáltatásnak a projekt élettartamán túl is működőképesnek kell maradnia. A fenntarthatóság azonban nemcsak a kapacitások és eredmények megőrzését jelenti, hanem kapcsolódik a helyi fejlesztések négy tartóoszlopához: emberek, gazdaság, környezet és intézmények rendszeréhez is. A fenntarthatóság dimenziójában három alcsoportban szükséges elvégezni az értékelést: az a) intézményi fenntarthatóság, a b) szolgáltatás és vagy/programok fenntarthatósága és a c) pénzügyi fenntarthatóság szempontjából.

#### **Intézményi fenntarthatóság**

Az intézményi fenntarthatóság nagyon egyszerűen nem más, mint a szolgáltató képessége arra, hogy stratégiai keretet, eredményes vezetést és hatékonyan működő szervezeti hátteret biztosítson folyamatosan. Tehát nem a konkrét szolgáltatás fenntarthatóságáról van szó ebben a dimenzióban, hanem az addiktológiai szolgáltatásnak, illetve a kapacitásfejlesztésnek helyet

adó intézmény működési kereteinek biztosításáról. Az intézményi fenntarthatóság értékelésekor fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- A projekt végére létrejöttek-e azok a struktúrák, amelyek lehetővé teszik a tevékenységek folytatását?
- Lesz-e folyamatos helyi "gazdája" a projekt eredményeinek?
- Hogyan sikerült beilleszteni az intézményi struktúrába az projekt eredményeit?
- Mennyire volt nyitott, befogadó és támogató a programmal kapcsolatban az intézmény vezetése?

### **Program fenntarthatósága**

Programok fenntarthatósága mindazon kapacitást és képességeket jelentenek, amelyek a létező legjobb minőségű programok és szolgáltatások megvalósítását teszik lehetővé, amelyek a kívánt társadalmi hatást eredményezik, valamint javítják a kliensek életminőségét az elérhető források hatékony felhasználásával a projekt zárása után is. A fenntarthatóságot segítik többek közt a projekt során létrejövő együttműködési-szakmai hálózatok, amelyek a résztvevőiket ért többirányú tevékenység miatti motiváció illetve a szakmai, fejlesztési perspektíva miatt várhatóan fennmaradnak. A kidolgozott és átvett módszerek szintén ezt a dimenziót erősítik. A program fenntarthatóság értékelésekor fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk:

- Mi lett a projekt strukturális hatása a szolgáltatás-szervezésben?
- Hogyan járult hozzá a projekt a szabályozás, eljárásrend, módszerek stb. javításához?
- Kiepültek-e a szakmai együttműködést segítő hálózatok?
- Kik lesznek az a szakemberek, akik a jövőben is részt vesznek a programban?

### **Pénzügyi fenntarthatóság**

A pénzügyi fenntarthatóság értelemszerűen az intézményi és szolgáltatás vagy program fenntarthatóságához szükséges források megteremtésének a képességét jelenti. Ideális esetben a TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók programjai nem igényelnek külön anyagi erőforrást, beépülnek az intézmény vagy szolgáltató szervezet napi működési modelljébe. A pénzügyi fenntarthatóság vizsgálat célja a projekt hosszú távú pénzügyi egyensúlyának bemutatása. A projekt pénzügyi fenntarthatóságát a szolgáltató intézmény, illetve a fenntartó pénzügyi helyzete befolyásolja alapvetően. Ennek megfelelően ebben az alcsoportban az értékelést az alábbi szempontok figyelembevételével célszerű elvégezni:

- Mennyire tűnik stabilnak az intézmény működésének finanszírozása?
- Igényel-e a jövőben külön forrást az eredmények fenntartása?
- Javult-e a projekt hatására a költségek és az elért hasznok aránya?
- Felmerült-e olyan szolgáltató, akivel meg lehet osztani a fenntartás terheit?

## **VI.4 Illeszkedés**

Végezetül a társadalmi kontextus értékelésekor meg kell azt is nézni, hogy a megvalósult fejlesztési terv hogyan kapcsolódik a helyi közösség más szakmai programjaihoz, illetve szolgáltatás-szervezési koncepcióhoz, stratégiai terveihez vagy készülő szolgáltatás-fejlesztési pályázataihoz. Az illeszkedés dimenziójában ezek alapján három további alcsoportban kell értékelni az illeszkedést: a) illeszkedés az önkormányzat szolgáltatástervezési koncepciójához, b) illeszkedés az intézmény fejlesztési tervéhez c) illeszkedés a térségben tervezett beruházásokhoz, pályázatokhoz.

### **Illeszkedés a szolgáltatástervezési koncepcióhoz**

A települési szolgáltatástervezési koncepciók elkészítése az önkormányzatok feladata és elsődleges célja, hogy az ellátási kötelezettség keretébe tartozó feladatok tervezését, a hiányzó ellátások megszervezésének módjait, a más (nem állami, egyházi) fenntartókkal történő kapcsolattartás feladatait határozzák meg. Ezek a koncepciók olyan koherens fejlesztési elképzelések, lehetőségek megfogalmazása, amely a célmeghatározás tekintetében érdekegyeztetési, koordinációs feladatokat tölt be. Az elfogadott helyi szolgáltatástervezési koncepció értékválasztást és közös fejlesztési szándékot is kifejez, így alkalmas arra, hogy a TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók programjait ennek fényében is értékeljük. A helyi szolgáltatástervezési koncepcióhoz való illeszkedés tekintetében fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk áttekinteni:

- Van-e elfogadott és aktualizált szolgáltatástervezési koncepció?
- Hogyan illeszkedik a koncepció jövőképe a megvalósított program?
- Mit tartalmaz a koncepció a pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek ellátásának kialakítására, a meglévők átalakítására vonatkozóan?
- Hogyan tud kapcsolódni a tervekhez a megvalósított fejlesztés?

### **Illeszkedés az intézmény fejlesztési tervéhez**

A TÁMOP 5.4.1. projekt által érintett szolgáltatásnak, fejlesztési programnak otthont adó intézmény helyzete valószínűleg nem egyértelműen jó, vagy rossz, feltételezhető, hogy néhány tényező kedvező stratégiai pozícióban van, mások esetében komoly fejlesztési munkára, irányváltásra van szükség, hogy hatékonyan működjön az intézmények, illetve, hogy összhangba kerüljenek a belső és a külső folyamatok. Az is várható, hogy egyes esetekben jelenleg tapasztalható negatív tendenciák (pl. a finanszírozás, jogszabályi környezete állandó változása) komoly hátrányokat fognak okozni a szervezet működésében. Ilyen körülmények között értékelődik fel igazán az intézmény fejlesztési tervéhez való illeszkedése a kiemelt projekt keretében megvalósuló helyi fejlesztéseknek. Az adott intézmény fejlesztési tervéhez való illeszkedés tekintetében fő szempontoknak az alábbiakat javasoljuk áttekinteni:

- Van-e elfogadott intézményi fejlesztési terv?
- Hogyan illeszkedik az intézmény jövőképe, küldetésébe a megvalósított program?
- Mit tartalmaz a fejlesztési terv az addiktológiai ellátások jövőjére vonatkozóan?
- Hogyan tud kapcsolódni a tervekhez a megvalósított fejlesztés?

## **Illeszkedés a térségben tervezett pályázatokhoz**

A szociális és egészségügyi szolgáltatások és ellátások helyi és térségi modernizációja, kapacitásának bővítése, az ellátásszervezés átalakítása kiemelt kormányzati projekteken vagy más európai uniós programokon keresztül valósulhat meg az elérhető saját források korlátozottsága miatt. A nemzeti fejlesztési programokban definiált pályázatok lehetőséget is adnak ezen térségi beruházások megvalósítására, így pl. a rehabilitációs szolgáltatások fejlesztésére, a járó betegellátás megújítására, a szolgáltatásszervezés vagy betegirányítási rendszer átalakítására. Ez a hazai betegek, az orvos-szakma, szociális szféra és a nemzetgazdaság közös érdeke. Az illeszkedések között meg kell nézni, hogy térségben tervezett komolyabb egészségfejlesztési beruházásokhoz hogyan illeszthető a megvalósított projekt. Ehhez az alábbi szempontokat ajánljuk:

- Tervezi-e a kórház a rehabilitációs szolgáltatások fejlesztését, köztük az addiktológiai rehabilitáció fejlesztésével?
- Terveznek-e a betegirányítást térségi szinten modernizáló beruházást?
- Van-e kapcsolódási lehetőség a nehezen foglalkoztatható társadalmi csoportok munkaerő-piaci integrációját segítő programokhoz?
- Van-e kapcsolódási lehetőség elítéltek társadalmi integrációját segítő programokhoz?

## Az értékelés területe

## Az értékelés szempontja

### VI.1 Disszemináció

Alkalmazott csatornák

- mennyire tervszerű az alkalmazott eszköz (ök) használata
- mennyire adekvát az alkalmazott eszköz használata
- projekt specifikus csatornát használnak-e vagy a projekttől függetlenül már amúgy is működő csatornákat használják-e

Tartalma

- hogyan értelmezik a projekt résztvevői a disszemináció feladatokat
- történt-e a szolgáltatásra vonatkozó disszemináció?
- megismertették-e másokkal az általuk kidolgozott eljárásokat?
- megosztották-e másokkal a projekt szervezésével kapcsolatos tanulságokat?

Eredményessége

- Szintetizáló fórumok eredményességének értékelése
- Melyek az igénybevett közvetítő szervezetek az ágazatközi disszemináció eredményessége érdekében
- képesek voltak-e pontosan megfogalmazni munkájuknak mások számára is értékes és átadható eredményét
- rendelkeznek-e a projekt résztvevői a szükséges erőforrásokkal ahhoz, hogy üzeneteiket eljuttassák a lehetséges felhasználókhoz.

### VI.2 Expozíció

Döntéshozók érzékenyítése

- kapott-e közvetlen tájékoztatást a helyi önkormányzat szakbizottsága a projektről
- kapott-e közvetlen tájékoztatást a helyi KEF
- kapott-e közvetlen tájékoztatást a fenntartó valamilyen vezetői értekezlet keretén belül
- mennyire részletes tájékoztatót kaptak a döntéshozók?
- Kaptak-e számszerűsíthető tájékoztatót a költségekről és az elért haszonról?

- Követhették a fejlesztés folyamatát a döntéshozók, bevonásra kerültek-e folyamatában is fejlesztésben

Szakmai partnerek  
érzékenyítése

- Követhették a fejlesztés folyamatát a szakmai partnerek
- Bevonásra kerültek-e folyamatában is fejlesztésben – aktív elérés
- Milyen célzott helyi szakmai fórumok zajlottak, azon milyen szervezetek, intézmények vettek részt – passzív elérés
- Kaptak-e tájékoztatást a helyi módszertanok a projekt által érintett fejlesztésről
- Elérhetőek-e a kifejlesztett eljárási módok a helyi szakmai partnerek számára

Lakosság érzékenyítése

- Meghatározására kerültek a lakosság számára közvetítendő legfontosabb üzenetek
- Van-e kidolgozott kommunikációs terve a szolgáltatásnak, fejlesztésnek
- Ismeri-e a lakosság a szolgáltatót/szolgáltatást?
- Mennyire differenciált kép élhet a szolgáltatást igénybevevőkről a helyi közösségben
- Milyen ATL és BTL eszközök kerültek használatba
- Az üzenetekkel kiket érhettek el leginkább

### **VI.3 Fenntarthatóság**

Intézményi fenntarthatóság

- A projekt végére létrejöttek-e azok a struktúrák, amelyek lehetővé teszik a tevékenységek folytatását?
- Lesz-e folyamatos a helyi "gazdája" a projekt eredményeinek
- Hogyan sikerült beilleszteni az intézményi struktúrába az projekt eredményeit?
- Mennyire volt nyitott, befogadó és támogató a programmal kapcsolatban az intézmény vezetése

Program fenntarthatósága

- Mi lett a projekt strukturális hatása a



szolgáltatás-szervezésben?

- Hogyan járult hozzá a projekt a szabályozás, eljárásrend, módszerek stb. javításához?
- Kiépültek-e a szakmai-együttműködést segítő hálózatok?
- Kik lesznek az a szakemberek, akik a jövőben is részt vesznek a programban?

Pénzügyi fenntarthatóság

- Mennyire tűnik stabilnak az intézmény működésének finanszírozása?
- Igényel-e a jövőben külön forrást az eredmények fenntartása?
- Javult-e a projekt hatására a költségek és az elért hasznok aránya
- Felmerült-e olyan szolgáltató, akivel meg lehet osztani a fenntartás terheit?

#### **VI.4 Illeszkedés**

Illeszkedés a szolgáltatástervezési koncepcióhoz

- Van-e elfogadott és aktualizált szolgáltatástervezési koncepció?
- Hogyan illeszkedik a koncepció jövőképbe a megvalósított program?
- Mit tartalmaz a koncepció a pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek ellátásának kialakítására, a meglévők átalakítására vonatkozóan?
- Hogyan tud kapcsolódni a tervekhez a megvalósított fejlesztés?

Illeszkedés az intézmény fejlesztési tervéhez

- Van-e elfogadott intézményi fejlesztési terv?
- Hogyan illeszkedik az intézmény jövőképébe, küldetésébe a megvalósított program?
- Mit tartalmaz a fejlesztési terv az addiktológiai ellátások jövőjére vonatkozóan?
- Hogyan tud kapcsolódni a tervekhez a megvalósított fejlesztés?

Illeszkedés a térségben tervezett pályázatokhoz

- Tervezi-e a kórház a rehabilitációs szolgáltatások fejlesztését, köztük az addiktológiai rehabilitáció fejlesztésével?
- Terveznek-e a betegirányítást társégi szinten modernizáló beruházást?

- Van-e kapcsolódási lehetőség a nehezen foglalkoztatható társadalmi csoportok munkaerőpiaci integrációját segítő programokhoz?
- Van-e kapcsolódási lehetőség elítéltek társadalmi integrációját segítő programokhoz?

## VII. Az értékelés nehézségeiről, előnyeiről, hátrányairól

### 1. Előnyök és hátrányok

A TÁMOP 5.4.1. projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók által megvalósított szakmai fejlesztési terv értékelését végzők nem lesznek könnyű helyzetben, mert a drogprobléma és annak kezelésével kapcsolatos jelenségek komplexitásából és sajátos dinamikájából fakadóan azok az eszközök, amelyek jól működnek a kliensek vonatkozásában, már kevésbé működnek a szakemberek esetében, intézményi szinten pedig már akár egyenesen működésképtelenek is lehetnek.

A helyzetet ráadásul csak bonyolítja, hogy az értékelést végző helyi közösségek nagy valószínűséggel korlátozott kutatói-elemzői kompetenciával rendelkeznek, és nincs megfelelő anyagi erőforrás sem alapos értékelést végezni.

Az értékelés egyik alapszabálya, hogy az információt mindig azon a szinten kell beszerezni, mindig azt kell felkérni a válaszadásra, amely szinten a legkompetensebb válaszadókat találjuk. Ennek megfelelően a kliensek elégedettségét vagy a szakemberek véleményét a kliensek illetve a szakemberek megkérdezésével célszerű mérni még akkor is, ha nyilván van a szakembereknek is tapasztalatuk a kliensek elégedettségével kapcsolatban. Ám ez idő és erőforrás-igényes eljárás. Amennyiben a releváns információkat nem közvetlenül a célcsoporttól szerezzük be, óhatatlanul is egyfajta sajátos optikán keresztül megsűrve alakul ki a végső értékelés, így az alkalmazott indikátorok is csak korlátozottan lesznek érvényesek. Így az alkalmazott értékelés soha nem lesz objektív. Ez ellen némi védettséget ad, ha nem csak egy-egy szakértőt vagy intézményvezetőt kérünk meg a megfelelő indikátorhoz szükséges értékelés elvégzésére, hanem legalább három különböző értékelőt kérünk fel, és ha hasonlóan vélekednek a program eredményével kapcsolatos adott dimenzióról, akkor elfogadhatjuk egyfajta „interszubjektív” adatnak.

Az alábbi táblázat összefoglalóan mutatja be a jelen programban megvalósítandó helyi értékelési feladatok várható előnyeit és látható hátrányait

<b><u>Előnyök:</u></b>	<b><u>Hátrányok:</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Indirekt becslés, ezáltal olcsó</li><li>▪ Nem kell különösebb módszertani szakértelem hozzá</li><li>▪ Komoly statisztikai felkészültséget nem igényel</li><li>▪ Jól strukturált</li><li>▪ Segít átgondolni a program egészét</li><li>▪ Rendszerbe foglalja az értékelést</li><li>▪ A négy helyszín fejlesztése összehasonlíthatóvá válik</li><li>▪ Egyedi specifikációknak is teret ad</li><li>▪ Részletesen kidolgozott és leírt útmutatók elérhetőek</li><li>▪ Programértékelésekben elfogadott módszer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Egyelőre sem a kezelőhelyek sem a helyi drogpolicy szereplői nem ismerik</li><li>▪ Időbeli állandóságot feltételez, rövid idő alatt kell végigvinni</li><li>▪ Lokális szinten korlátozott lehet az információkhoz való hozzáférés</li><li>▪ Nem független adatforrásokon torzított becslések készülnek</li><li>▪ Túl sokat várnak tőle</li><li>▪ Nagyon függ az eredmény az értékelő személyétől</li><li>▪ Nem lehet validálni a képzett indikátorokat</li><li>▪ Félő, hogy a becslés végén kapott relatív értéket a helyi közösség objektív adatként percipiálja</li></ul>

Ez a fajta értékelés egy további nagyon fontos veszélyt, illetve kockázatát is rejt. Azon túl, hogy a nem lehet érdemben validálni a kapott eredményeket és természetesen az ún. képzett indikátorok esetében nem alkalmazhatók a statisztikai mutatók, az is féltő, hogy a becslés illetve értékelés végén kapott relatív értéket a helyi közösség objektív adatként percipálja.

## **2. Hogyan értelmezhetjük az indikátorainkat?**

Közismert, hogy indikátorokat többféle szinten használunk. Ezek közül a nemzeti és a nemzetközi szinten használt indikátorok a legismertebbek, de mutatókat sokkal alacsonyabb szinten is használunk, mint pl. jelen esetben egy-egy projekt értékeléséhez. Ennek megfelelően indikátorokat sokféle szinten lehet értelmezni és használni, és minden szinten más lesz a legfontosabb aspektus.

Jelen projektek esetében az indikátor nem egy olyan paraméter, ami rámutat, vagy leírást nyújt valamilyen jelenség, környezet vagy terület állapotáról, helyzetéről, sokkal inkább egy eszköznek tekinthetjük. Egy olyan eszköz, ami egy projektnek, vagy a fejlesztésnek egy vagy több tulajdonságát méri. (Statisztikai megközelítésben az indikátor egy tulajdonság, egy jellemző, amely a tulajdonság vagy jellemző kvalitatív vagy kvantitatív módszerrel mérhető, leírható, és a változás irányát mutatja.)

Jelen projekt esetében az indikátor egyfajta útjelző szerepet is betölt, azt mutatja, hogy jó úton vagyunk-e, és hogy a célhoz képest éppen hol tartunk.

A fenti értelmezési keretek nagyon különbözőek tehát, de vannak közös jellemzőik: minden esetben igaz, hogy az indikátor valamilyen információt nyújt, célorientált, tehát valamilyen céllal használom, valamint állapotot vagy változást mér.

## **3. Eredményt vagy hatást mérünk?**

Ha az általunk alkalmazott indikátorokat folyamat jellegű megközelítés szerint nézzük, akkor a lehetséges a) forrás - input, b) kimenet - output, c) eredmény - outcome és d) hatás - impact kategóriák közül a mutatóink alapvetően eredményt mérnek és nem hatást. Magyarban nehezebb definiálni az output és az outcome közötti különbséget, de mindenképpen nagyon fontos a különbség, mert a kimenet egy végtermék, az eredményhez viszont már tartozik bizonyos fajta értékítélet. Az eredmény és a hatás között pedig egyrészt időtávban, másrészt a spektrumban van különbség. A hatás mindenképpen hosszú távú, szélesebb körű, mint az eredmény, a hatást több külső tényező befolyásolja.

A forrásmutatóktól a hatásindikátorok felé haladva egyre nehezebb a mérés, valamint egyre több a befolyásoló tényező, viszont általában az eredmény- és a hatásmutatók használhatók leginkább. Pl. nem az érdekel bennünket, hogy mennyi volt a TÁMOP projektbe helyben bevont szakemberek száma, ez is fontos, de fontosabb lenne tudnunk, hogy milyen hatása van ennek a helyi szolgáltatás alakulására. A mérés így egyre nehezebb.

Sok esetben nehéz mérni a mutatót, ekkor helyettesítő indikátorokat használunk. Ha az eredmény (vagy hatás) mutatók mérése lehetetlen vagy nehéz, akkor ebben a projektben is kimeneti indikátort használunk helyettük. Alapvetően három esetben használunk helyettesítő mutatót: ha nem modellezhető vagy nem mérhető az eredmény; ha valami miatt fontos tudnunk egy adott állapotról, változásról, vagy ha előre kell jeleznünk valamit és nem várhatjuk meg a folyamat végét. (Helyettesítő mutató alkalmazása célszerű abban az esetben is, ha jól dokumentált a kapcsolat a forrás és a kimenet vagy hatás indikátor között, és előbbiek mérése alacsonyabb költséggel megvalósítható.)

#### **4. Mi a TÁMOP 5.4.1. projekt indikátora?**

Amikor a TÁMOP 5.4.1 projekt indikátorairól, mint EU projekt egészéről beszélünk, teljesen más értelemben használatos az indikátor fogalom, ebben a megközelítésben tervezési és monitoring indikátorok csoportjába sorolódnak a mutatók. Ezek a tervezési indikátorok általában állapotra és hosszabb időtávra vonatkoznak, ezek könnyebben mérhetők. Ide tartozik például a szolgáltatások által lefedett populáció aránya vagy az elért kliensek száma. A monitoring indikátorok általában már teljesítményt mérnek. Itt is megjelenik az a kettősség, hogy egyrészt mérnünk kell az állapotot, másrészt mérnünk kell valamiféle teljesítményt és mindig a cél határozza meg azt, hogy éppen melyiket választjuk.

#### **5. Az egyszerű és az összetett indikátorok értelmezése**

Az általunk tervezett indikátorok többsége egyszerű, de validálás után alkalmasak lehetnek arra, hogy összetett indikátorként komplexebb szinten is működjenek. Az egyszerű indikátorok esetében csak egy dimenzió mentén vizsgálunk egy kérdést (pl. a bevont partnerek száma). Az összetett indikátor már több dimenziót sűrít egyetlen számba. Azt mindig figyelembe kell venni, hogy az információ-sűrítés mindig információ veszteséggel is jár. Az összetett indikátorok előnye, hogy komplett, átfogó képet nyújtanak egy-egy területről vagy jelenségről, egy számmal jeleznek egy irányt vagy egy állapotot. Ennek a komplex megközelítésnek köszönhetően megkönnyíti az eredmények bemutatását a döntéshozók számára. Az összetett mutatók lehetővé teszik a projektek közötti összehasonlítást, rangsor felállítását. Ha sok mutatót használunk, és mindegyik más irányba húz, akkor nagyon nehéz rangsort felállítani. Az összetett indikátoroknál lehetőség van a különböző változók közötti kapcsolatok elemzésére a mutatón belül. Természetesen az összetett indikátornak az előnyei mellett vannak hátrányai is. Mivel az összetett mutató több dimenziót lefed, több elemet foglal magába, egyes összetevők trendjei esetleg rejtve maradnak. Összetett indikátorok esetében mindig figyelembe kell venni, hogy mind az elemek kiválasztása, mind az esetleges értelmezése szubjektív. Hátrányként említhető még, hogy a szélesebb közönség kevésbé érti. A tapasztalatok azonban azt mutathatják, hogy ha egy indikátor kellően népszerű, kellően elterjedt lett, akkor nincs is különösebb szükség a magyarázatra, mert az emberek elfogadják, hogy egy bizonyos irány jó vagy rossz, és nem is nagyon érdekes a mögötte levő pontos definíció és tartalom. Jelenleg nincs ilyen összetett, a laikusok által is ismert indikátor az addiktológiai ellátások területén.

#### **6. Jók-e az indikátoraink?**

Minden szempontból jó, minden esetben alkalmazható indikátor nincsen, mert az indikátor egy eszköz, amit mindig a konkrét célnak megfelelően kell kiválasztani. A választásnál már természetesen értékrendi kérdések is felmerültek a TÁMOP 5.4.1. projekt helyi fejlesztéseiben is. A jó indikátornak azonban technikai szempontból nagyon sok kritériuma van, melyek alapvetően három csoportba sorolhatók. Az érvényesség azt jelenti, hogy valóban azt mérjük-e, amit mérni szeretnénk. Ez nagyon egyszerűen hangzik, viszont a megvalósítása nem mindig könnyű. Fontos, hogy a mutató mérhető, az adatok elérhetőek legyenek. Az indikátornak egy behatárolható, meghatározott időszakra vagy időpontra kell vonatkoznia. Akkor érvényes, ha jól reprezentálja a bemutatni kívánt helyi fejlesztés jellemzőit, valamint teljesen lefedi a mérni kívánt területet. A mutató akkor használható igazán, ha kevésbé függ külső „zaj” hatásoktól, tehát ha a mérőeszközt viszonylag kevés egyéb körülmény befolyásolja.

A megbízhatóság technikai szempontból azt jelenti, hogy mindig ugyanazt az eredményt kapjuk-e. Akkor jók a mutatók, ha minden mérésnél ugyanazt az eredményt kapjuk (természetesen, ha ugyanabban az időpontban és ugyanolyan módszerrel mértem). A megbízható mutató pontos, ellenőrizhető és tesztelhető. Nagyon fontos, hogy jó adatot, megbízható adatforrást használjunk. A megbízhatóság azt is jelenti, hogy az indikátor megalapozott és a mérése megismételhető.

A társadalmi kritériumok az indikátorok, az eredmények felhasználását jelentik. Legfontosabb társadalmi kritérium a mutatókkal szemben, hogy alapvetően a felhasználói igényeket kell kielégíteni.

Kulcs tényező a mi esetünkben az indikátoroknál az adat minősége, mert lehet minden szempontból jó egy indikátor, de ha rossz adatokat használunk hozzá, akkor nem ad reális képet.

## **7. Információs piramis**

Mielőtt a gyakorlatban is elvégeznénk az értékelést, mind a négy helyszín vonatkozásában célszerű felrajzolni az ún. információs piramist. Az információs piramis alján van az adat, az csak egy dimenzióban mér, részletes, és nagyon sok különálló területre koncentrál. Az indikátor már egy picit sűrít, az már egy fajlagos mutató. Az úgynevezett vezető indikátor lehet egyszerű vagy összetett, jellegzetessége, hogy egy-egy területet jól reprezentál. Az index már valamilyen összetett mutató, az alkalmazott dimenzió több alcsoportját is lefedi, alkalmanként nagy mennyiségű információt sűrít.

## **8. Az alkalmazás veszélyei**

Az indikátorok alkalmazása során a TÁMOP 5.4.1 projektben résztvevő kiemelt szolgáltatók esetében figyelembe kell venni, hogy a teljes képnek, a helyi fejlesztés eredményének csak egy részét mutatják be, bármennyire is próbáltunk lefedni egy-egy teljes területet, azért maradtak fehér foltok, mindig is lesznek szempontok, amik kimaradnak. Mivel az általunk definiált, projektspecifikus indikátor egy eszköz, akkor van értelme, ha használjuk is. A mutatók interpretálása jelen formában egyelőre nagy szabadságot hagy, sokféleképpen lehet értelmezni egy-egy indikátort (hiszen eltérő fejlesztésekről volt szó a különböző településeken), de az sem közömbös, hogy egy-egy dimenzióból mely indikátorokat emelik ki a helyi szervezetek.

Nemcsak a projekt, hanem a mutatók esetében is nagyon fontos lesz az eredmények kommunikálása. Minden helyszínen be kell mutatni a definíciót és az osztályozásokat, az adatforrásokat, valamint az alkalmazott modellezéseket, feltételezéseket és az esetlegesen felmerülő bizonytalanságokat is. A mutató csoportok esetében pedig elengedhetetlen a teljes kép bemutatása. Ennek több módszere van: bemutathatjuk néhány fő indikátorral, amelyek jól reprezentálnak egy-egy területet; bemutathatjuk összetett mutatókkal, amikor néhány mutatóba sűrítjük az információkat, valamint bemutathatjuk úgy is, hogy magukat az indikátorokat nem sűrítjük, csak a bemutatás módja összegző, grafikonok, táblázatok alkalmazásával. Mindazonáltal a sűrítés és a tömörítés már további veszélyeket rejt magában, melyet érdemes egyeztetni külső szakértőkkel is.

## Felhasznált irodalom

Bukodi E. (2001): Társadalmi jelzőszámok – Elméletek és megközelítések. In: Szociológiai szemle. 2001/2. 35-57.

Dr. Csorba József: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Észak-Pest)

Domokos Tamás, Fábán Róbert, Horváth Gergely Csaba, Márványkövi Ferenc, Mervó Barbara és Rácz József (szerk: Kun B, Posta J, Rácz J) (2010): A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása. Módszertani tanulmány. NDI, Budapest.

EMCDDA (2010): Work books on Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>  
[2010.02.23.]

Hartnoll R.L. (2003): Drug epidemiology in the European institutions: historical background and key indicators. In: Bulletin on Narcotics, LV: 1-2. 53-71.

Hegedűs R. (2001): Szubjektív társadalmi indikátorok - szelektív áttekintés a téma irodalmából. In: Szociológiai szemle. 2001/2. 58-71.

Juhászné Ceglédi T., Koleszár Á.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Miskolc)

Márványkövi F., Pászli L. és Rácz J.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Észak-Buda)

Szente T., Szemenyei I., Klein I.: ZÁRÓTANULMÁNY. Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás. TÁMOP 5.4.1. KIEMELT PROJEKT. A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet megbízásából (Dunaújváros)

WHO, UNDCP, EMCDDA (2000) International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders. Genf

Wiessing L., Hartnoll R., Rossi C. (2001): The epidemiology of drug use at the macro level: indicators, models and policy-making, In: Bulletin on Narcotics, LIII: 1-2. 119-133.