



NEMZETI CSALÁD- ÉS
SZOCIÁLPOLITIKAI INTÉZET



**„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.1. Helyi szükséglet-meghatározási és szolgáltató-háló értékelési rendszer kialakítása

IV. 1.4.1.3. A kistérségi modell adaptációja regionális szintre, becslési eljárások, összesítési technikák kidolgozása

Készítették:

Kiss Norbert

Kriston Vízi Gábor

Vitrai József

A Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából

2011

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszechenyiterv.gov.hu
06 40 638 638



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

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés.....	5
1.1.	A TÁMOP-projekt: előzmények és kapcsolódás a projekt többi részéhez.....	5
1.2.	A módszertani megközelítés leírása.....	5
2.	Az elméleti keret bemutatása.....	9
2.1.	Public Management Networks.....	9
2.2.	A Benson-Hudson-modell.....	10
3.	A TÁMOP modellprogramok értelmezése a Benson-Hudson-modellben.....	21
3.1.	Kontextuális tényezők.....	21
3.2.	A modellprogramokkal kapcsolatos javaslatok.....	24
3.3.	Általános szervezési és beavatkozási javaslatok.....	31
4.	A szervezést és irányítást támogató technikák.....	36
4.1.	Az ellátási szükségletek becslésének korszerű módszerei.....	36
4.2.	A kevert módszer (kereszt-kontroll technika) alkalmazása a kábítószer-problémára vonatkozó információk összegzésére.....	40
5.	Mellékletek.....	43
	Hivatkozások.....	47

Vezetői összefoglaló

Jelen tanulmány a TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillérének keretében elvégzett négy modellprogram eredményeit értelmezi egy közpolitikai szervezetelméleti megközelítésben. A megközelítés a kistérségi modellprogramokat helyi ellátóhálózatokként értelmezve négy hálózaton belüli és négy, a szakpolitikai hálózathoz kötődő környezeti dimenzió mentén értékeli a hálózati egyensúlyi állapotokat és az ezek függvényeként kialakuló hálózati teljesítményeket.

A szerzők által alkalmazott Benson-Hudson-modell arra fókuszál, hogy a helyi ellátóhálózatokban hogyan és milyen szinten jön létre a hálózati egyensúly, milyen belső és külső tényezők játszanak szerepet annak kialakulásában, valamint milyen stratégiák segítségével érheti el a hálózati irányító az egyensúly tartós elmozdulását. A tanulmány a négy modellprogram értékelése mellett ennek megfelelően általánosan hasznosítható javaslatokat fogalmaz meg mind a központi közpolitikai szint, mind pedig a helyi ellátóhálózat számára, melyek a következők:

- A kábítószerüggyel kapcsolatos **társadalmi elvárások pontos megfogalmazása**.
- A társadalmi elvárásokhoz a költségvetési alku során a **szükséges anyagi erőforrások hozzárendelése**, az ágazati széttagoltság helyett egységes, feladat alapú költségvetés-tervezéssel.
- Az **érintett ágazatok tervezési és ellátási területi egységeinek kompatibilitása** egymással (elsősorban az egészségügy és a szociális ellátás területén), azaz a nagyvárosi, megyei, regionális, nagytérségi szintek kompatibilitásának biztosítása vagy – ennek hiányában – megfelelő koordinációs mechanizmus előírása.
- A helyi **ellátóhálózatok teljesítményének mérése és összehasonlítása** egyrészt annak érdekében, hogy saját működésükről képet, megfelelő visszacsatolást kapjanak, másrészt a „jó gyakorlatok” azonosításának és terjesztésének céljából. Ennek érdekében standard indikátorrendszert kell kialakítani, és rendszeres (pl. negyedéves) beszámolót kell tartani a regionális hálózati irányító felé.
- Legalább egy országos **hálózati irányító szereplő működtetése** (azaz a kábítószerügyért egy személyben felelős személy vagy központi ügynökség léte)

annak érdekében, hogy a helyi ellátóhálózatok pozitív magatartásformáit – a szabályozás és a finanszírozási szabályok alakításán keresztül – ösztönözze.

- Lehetőség szerint **regionális hálózati irányítók létrehozása** megfelelő jogosultságokkal annak érdekében, hogy a helyi hálózatok működését hatékonyabban segíthesse a közpolitikai hálózat. A szolgáltatások tervezésében a regionális szint tekinthető megfelelő tervezési szintnek.
- **Egységes szakmai és ellátási irányelvek** kidolgozása központi szinten. Ez alatt első sorban nem a már létező, egyes ellátási tevékenységek végzésre vonatkozó irányelveket értünk, hanem az ellátóhálózat integrált működésére vonatkozó szabályokat (pl. a hálózatba belépő kliensek milyen esetben az ellátóhálózat mely szereplőjéhez kerüljenek).
- **Informatikai rendszerek szabványainak** kidolgozása központi szinten, és ezáltal az eltérő ágazatokhoz tartozó szereplők közötti kommunikációs lehetőségek bővítése.
- **Legalább középtávú (3-5 éves) finanszírozási szerződések** a helyi ellátóhálózatok szereplőivel a kiszámítható működést biztosítása érdekében.
- **Rendszeres találkozók, közös továbbképzések** a helyi ellátóhálózat szereplőinek részvételével, melyet a hálózati irányító szabályozási követelményként vagy finanszírozási feltételként elő is írhat. Ezek az alkalmak a hálózati irányító számára is felhasználhatóak tájékozási pontként.
- A **helyi ellátóhálózaton belüli információ megosztás** fejlesztése.
- A **feladatkörök pontos lehatárolása** egy-egy ellátóhálózaton belül.
- Amennyiben szükséges, **hiányzó szolgáltatásprofilok kialakítása** a helyi ellátórendszerben; a specializált szolgáltatások esetében a földrajzi területen kívül eső szolgáltatók bevonása.
- A **helyi média** segítségének igénybevétele a **kliensek jobb elérése** végett.
- Együttműködés az **országos médiával** a feladat **társadalmi elfogadottságának** fenntartása érdekében.

A tanulmány 4. fejezetében a szerzők kitérnek a szükségletbecslés korszerű eljárásaira, valamint bemutatják a kereszt-kontroll technika alkalmazásának lehetőségét a kábítószer-problémával kapcsolatos információk összegzésére.

1. Bevezetés

1.1. *A TÁMOP-projekt: előzmények és kapcsolódás a projekt többi részéhez*

Jelen tanulmány a „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” pillérének keretében készült. A tanulmány a **helyi ellátóhálózatok integrált működését elősegítő szervezési és irányítási technikák bemutatására** törekszik a projekt keretében négy szintéren (Dunaújváros, Észak-Buda, Észak-Pest, Miskolc) elvégzett modellprogramok tapasztalatait felhasználva. A tanulmány kapcsolódását a pillér keretében eddig elkészült anyagokhoz az 1. ábra mutatja be. Legfontosabb célkitűzéseink egyrészt annak vizsgálata, hogy a **négy modellprogram** megvalósításából milyen tapasztalatok vonhatóak le, másrészt a helyi együttműködést elősegítő **általános vezetési-szervezési, irányítási technikák** bemutatása mind a központi, mind pedig a helyi ellátórendszerek szintjén. A tanulmány 4. fejezete a **szükségletbecslés** korszerű eljárásaira, valamint **kereszt-kontroll technika** alkalmazásának lehetőségeire fókuszál.

1.2. *A módszertani megközelítés leírása*

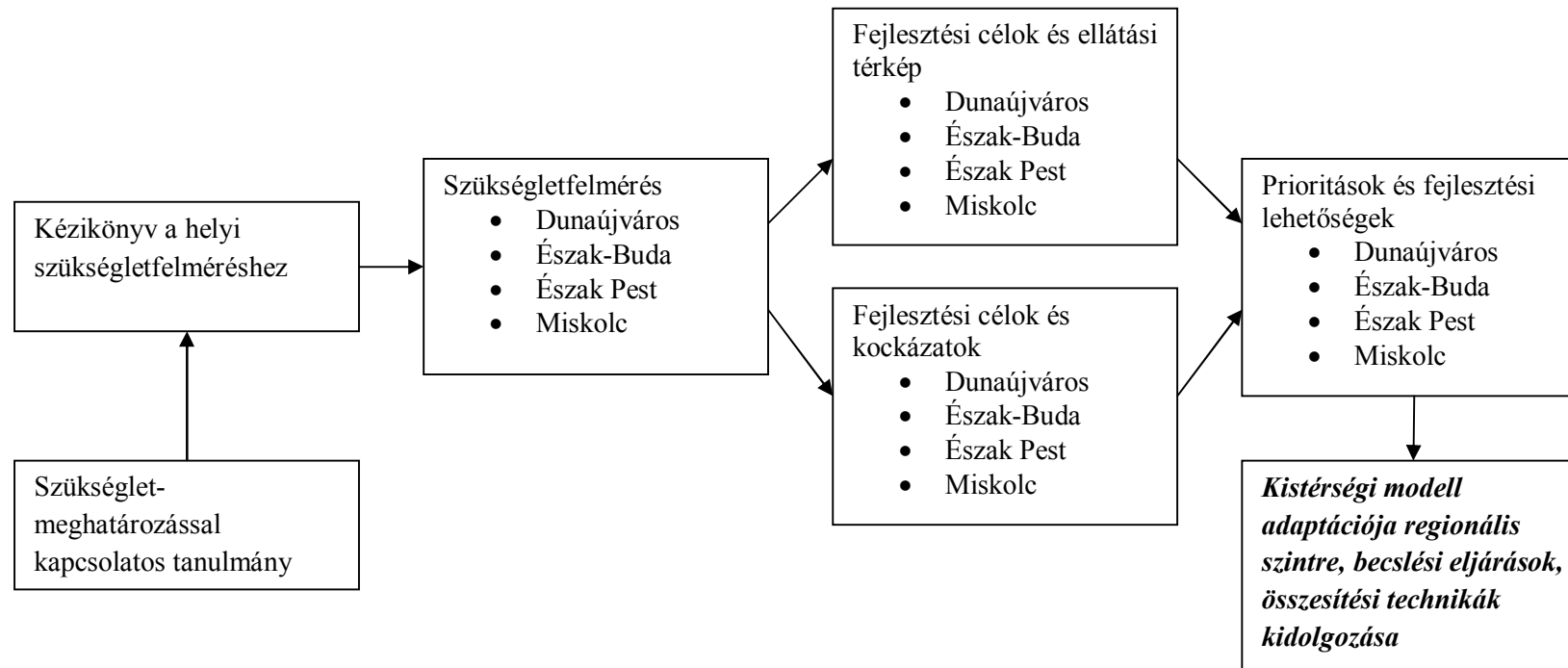
A modellprogramok megállapításainak értelmezési keretét a közszolgáltatások területén működő ellátóhálózatok teljesítményére és menedzsmentjére (performance and management of public service provision networks) vonatkozó kutatások területéről választottuk. Ennek a kutatási irányzatnak a központi kérdései az alábbiak:

- A hálózatok – és különösen a hálózat struktúrája – hogyan befolyásolja a közszolgáltatás nyújtásának az eredményességét?
- A menedzserek és hálózatiirányítók hogyan avatkozhatnak be a hálózati teljesítmény javítása érdekében?

A vizsgálat **konkrét módszertani keretét** a Kenneth J. Benson 1975-ben publikált, majd Bob Hudson által 2004-ben újra felfedezett és továbbgondolt modellje szolgál. A modell kétféle hálózatot definiál, egyrészt a központi, közpolitikai hálózatot, mely első sorban a

társadalmi célok és az ágazati célok meghatározásáért, valamint az ezek megvalósításához szükséges pénzügyi források biztosításáért felelős. A másik típusú hálózat a helyi ellátást nyújtó hálózat, amely a programok konkrét megvalósítását végzi. **A modell a helyi ellátóhálózat teljesítményét** négy, a hálózaton belüli, és négy, a környezettel meglévő kapcsolatot leképező dimenzió mentén **magyarázza**.

Amellett, hogy a modellben értelmezhetővé válik a helyi hálózatok teljesítménye és kiegyensúlyozottsága, az értelmezési keret bemutatja azt is, hogy a központi vagy regionális hálózattírányító milyen célok elérése érdekében milyen stratégiákkal élhet.



1. ábra: A tanulmány kapcsolódása a pillér keretében eddig elkészült anyagokhoz

2. Az elméleti keret bemutatása

A jelen fejezet rövid betekintést nyújt a közszolgálati menedzsment elméletének fejlődésébe és a hálózati kormányzás kialakulásába, ezt követően pedig részletesen bemutatja az elemzési keretül szolgáló Benson-Hudson-modellt.

2.1. *Public Management Networks*

A közszolgáltatások szervezésével, irányításával és finanszírozásával kapcsolatos rendszerek az elmúlt három évtizedben rendkívül változatos képet mutatnak. (Lewis et al. [2008] p. 281.) Az 1980-as évekig a nyugat-európai államok a közszolgáltatásokat hagyományos, bürokratikus rendszereken keresztül nyújtották. A szigorúan hierarchikus állami szervezetek ugyanakkor több esetben rugalmatlannak bizonyultak, az általuk nyújtott szolgáltatások minősége kérdéses volt, a környezet változásaihoz pedig sok esetben nem tudtak alkalmazkodni. Erre válaszul jelent meg az 1980-as években az új közszolgálati menedzsment (New Public Management – NPM) fogalma. Az NPM célul tűzte ki a közszolgáltatások költség-hatékonyabb nyújtását, mindezt pedig a közszféra működésébe piaci mechanizmusok bevezetésével kívánta elérni. A piaci mechanizmusok közt többek között az óriási, nehezen mozduló struktúrák kisebb szolgáltatókra való bontását és a közöttük az erőforrások megszerzéséért folytatott (kvázi-)verseny bevezetését értjük. Az új közszolgálati menedzsment hozta be a közpolitikai kutatások főáramába a rugalmas hálózatok (networks) és partnerségek (partnerships, partnership working, social partnerships stb.) fogalmait. (Seddon et al. [2005]) A legújabb elméletek az NPM-et meghaladó irányzatként említik az új közszolgálati kormányzást (New Public Governance). (Osborne [2006], idézi Dickinson-Glasby [2010] p. 812-813.)

A közszolgáltatásokkal kapcsolatos tudományos elméletek és az alkalmazott módszerek értékelésének irodalmában azonban egy központi kérdéskör folyamatosan jelen van, a

teljesítmény és a hatékonyság. Ennek kapcsán a kutatók az alábbi kérdésekre keresik a választ:

- a. Hogyan mérhető a közszolgáltatások teljesítménye?
- b. Hogyan lehet a közszolgáltatások hatékonyságát javítani?
- c. Az egyes szervezési és irányítási struktúrák hogyan befolyásolják a hatékonyságot?

2.2. A Benson-Hudson-modell

Az általunk kiválasztott **értelmezési keret** első megfogalmazása Kenneth J. Benson nevéhez fűződik (Benson [1975]). Benson tanulmányában az önálló szervezetekből álló hálózatot tekinti az elemzés alapegységének. A hálózatok a modellben az alapvető erőforrásokért versengenek, melyek a pénz és a felhatalmazás. A hálózatok emellett egy tágabb környezetben léteznek, melynek további szereplői a különböző hatóságok, törvényhozó szervek, hivatalok és a társadalom. A modell azt vizsgálja, hogy a hálózatok hogyan és milyen szintű egyensúlyi helyzetbe kerülnek, illetve milyen stratégiákkal lehet őket egy, az irányító által kívánatosabbnak tartott új egyensúly felé elmozdítani.

O'Toole (1997:45) szerint **a hálózatok** „olyan, több szervezetet (vagy azok részeit) magukba foglaló kölcsönös függőségi kapcsolatok struktúrái, melyben az egyes egységek nem pusztán a többiek hivatalos alárendeltjei egy nagyobb hierarchikus megállapodásban” és hozzáteszi, hogy „a hálózatok mutatnak bizonyos strukturális stabilitást, de túl is terjeszkednek a formálisan létesített kapcsolatokon és a politika által törvényesített kötelekeken.” (Forrás: O'Toole [1997], idézi Kiss [2005])

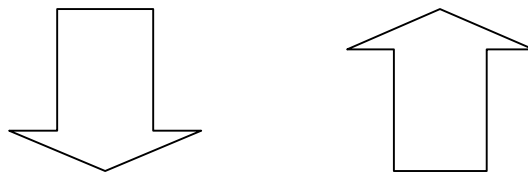
Ennek megfelelően a **térségi ellátóhálózatok (local service provision networks)** olyan, több szervezetet (vagy azok részeit) magukban foglaló kölcsönös függőségi kapcsolatok struktúrái, melyek adott földrajzi területen egy komplex feladathoz kapcsolódó szolgáltatásokat nyújtanak a lakosságnak, s lazábban vagy szorosabban kapcsolódnak a feladat tervezési és irányítási feladatait végző központi szervezethez.

Annak okát, hogy Benson-modell helyett a **Benson-Hudson-modell** (vagy BH-modell) megnevezést használjuk, Bob Hudson 2004-es, a Benson-modellt újra a hálózati menedzsment főáramába helyező tanulmánya adja.

A BH-modell szerint a területi szolgáltató hálózatok hatékonyságát egyrészt az határozza meg, hogy négy különböző dimenzióban (ezeket a 2. ábra felső 2*2-es mátrixa tartalmazza) a rendszer milyen szinten kerül egyensúlyba. A négy dimenziót az alábbiakban mutatjuk be (a kifejtés során támaszkodunk Hudson [2004]-re, Kiss [2005]-re és Bodnár et al. [2005]-re):

Az ellátóhálózatot jellemző dimenziók (Super-structure)

A szerepek és felelőségek elkülönülése (Domain consensus)	Ideológiai konszenzus (Ideological consensus)
Bizalmi viszony (Positive evaluation)	Szervezeti kultúra és koordináció (Work coordination)



Programkövetelmények teljesítése (Fulfillment of program requirements)	A feladat társadalmi elfogadottságának fenntartása (Maintenance of a domain of high social importance)
Az erőforrások folyamatos rendelkezésre állása (Maintenance of resource flows)	A szervezeti paradigma alkalmazása/védelme (Application/defense of the organizational paradigm)

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

*2. ábra: Az ellátóhálózat teljesítményét meghatározó tényezők a BH-modellben
(Forrás: Hudson [2004], Kiss [2005])*

- ***A szerepek és felelőségek elkülönülése (Domain consensus)***

Ennek megfelelően a hálózat magasabb szintű egyensúlyt (ezzel együtt pedig magasabb teljesítményt) érhet el, amennyiben a felelősségi körök pontosan definiálva vannak, és az egyes résztvevőket pontosan hozzárendeljük a hálózat egyes szintjeihez vagy szereplőjéhez. Jó példa lehet erre a drogellátás területéről annak definiálása, hogy egy adott

területi hálózatban mely szervezetek nyújtanak nappali ellátást, járóbeteg-ellátást, gondozói ellátást, és mely szereplőhöz fordulhatnak a kliensek tücsere igényeikkel.

- ***Ideológiai konszenzus (Ideological consensus)***

Az ideológiai konszenzus tulajdonképpen a hálózati szereplők közti azon konszenzus fokát méri, hogy a hálózat által megoldani kívánt probléma definiálását, és a megoldás lehetséges módjait illetően mennyire megegyezők a nézetek. Az ideológiai konszenzus alacsony szintjére utalhat az, amennyiben például egyazon ellátóhálózatban jelen vannak az alacsonyküszöbű szolgáltatások szükségessége mellett és az ellen állást foglaló szereplők.

- ***Bizalmi viszony (Positive evaluation)***

A bizalmi viszony dimenzió egyrészt értelemszerűen azt mutatja, hogy a szereplők egymásban milyen mértékig bíznak. Emellett utal arra is, hogy a közös munkához szükséges információkat mennyiben hajlandóak egymással megosztani, mennyire készek közös fejlesztési projektek beindítására. Hudson itt külön kiemeli a segítségkérő magatartást, amelynek megléte a „bizalmi viszony” dimenzió magas szintjére utal. Példaként hozhatjuk a bizalmi viszony meglétére az egyes hálózati szereplők által a kliensek általános igényeiről rendelkezésre álló információk egymással való megosztását, avagy közös adatbázisok létrehozását.

- ***Szervezeti kultúra és koordináció (Work coordination)***

Ez a dimenzió alapvetően a hálózatot alkotó szervezetek közötti feladatok koordinációjának sikerességének fokmérője. Minél komplexebb, bonyolultabb a hálózat által elérni kívánt cél, annál magasabb szintű koordináció válik szükségessé. Az egyes szereplők szervezeti kultúrájának hasonlósága is ezen dimenzió szintjét mutatja. Hudson [2004] alapján azt mondhatjuk, hogy a szervezeti kultúra és koordináció szintje erősen függ az előző három dimenzióban meglévő egyensúlyi szinttől; amennyiben a szerepek és felelőségek elkülönülése, az ideológiai konszenzus és a bizalmi viszony magas szintje jellemzi az ellátóhálózatot, nagy valószínűséggel a negyedik dimenzióban is magas fokú teljesítményt mutat fel.

A BH-modell alapján mind a négy dimenzió mentén a hálózatok bizonyos szintű **parciális egyensúlyi állapotokba** kerülnek (**equilibrium**). Benson idézett tanulmányában példaként háromfokozatú skálát használ (alacsony, közepes és magas szintű egyensúlyok), azonban az

operacionalizálás során ettől eltérő számú szint is meghatározható. A modell azonban meghatározza a parciális egyensúlyi helyzetek alapján a hálózatra, mint egészre vonatkozó állapotot is: ezt a **kiegyensúlyozottsággal** vagy annak hiányával jelöljük (**balanced** vagy **imbalanced** rendszerek). A rendszert abban az esetben nevezzük kiegyensúlyozottnak, amennyiben a négy dimenzió mentén előálló egyensúly azonos szintű (Benson példájánál maradva: alacsony – alacsony – alacsony – alacsony, közepes – közepes – közepes – közepes, magas – magas – magas – magas), míg a kiegyensúlyozatlan állapotban legalább egy dimenzió mentén a többitől eltérő szintű egyensúly jellemzi a rendszert. A modell hangsúlyozza, hogy amennyiben egy hálózatot magára hagyunk (azaz nem avatkozunk be az azt érintő folyamatokba), a négy dimenzió mentén idővel a hálózat ugyanolyan szintű egyensúlyi helyzetbe fog kerülni.

Fontos megjegyeznünk, hogy a tudatos beavatkozásnak mind a négy dimenziót egyaránt kezelnie kell, mert idővel akár egy dimenzió alacsony szintű egyensúlya is leronthatja az egész hálózat teljesítményét (pl. a bizalomhiány ronthatja a szereplők munkafolyamatainak összehangolását).

Az ellátóhálózat működésére ugyanakkor a közpolitikai hálózat (policy network) is befolyással van. Benson 1982-es definíciója alapján **a közpolitikai hálózat** „...egymáshoz erőforrás-függőségek révén kapcsolódó szervezetek csoportja vagy egésze, melyeket más csoportoktól vagy egészekről az erőforrás-függőség struktúrájában megjelenő törések választanak el” (idézi Hudson [2004] p. 90.).

A közpolitikai hálózat alatt tulajdonképpen a felsőszintű szakmapolitikai és politikai szint értendő, mely az adott ellátóhálózat alapvető feladatköréről, a rendelkezésére bocsátható erőforrásokról döntési joggal rendelkezik. Végül soron tehát a közpolitikai hálózat a környezeti befolyásoló tényezőkön keresztül határozza meg, hogy az ellátóhálózat a számára szükséges erőforrásokhoz milyen mértékben képes tartósan hozzájutni. A BH-modell négy környezeti befolyásoló tényezőt különböztet meg, melyek az alábbiak:

- ***Programkövetelmények teljesítése (Fulfillment of program requirements)***

Amennyiben az ellátóhálózat képes a döntéshozók által meghatározott követelmények és célok elérésére, a számára juttatott erőforrások az addigi vagy magasabb szinten állhatnak rendelkezésére. Ehhez mindenképp szükséges a közpolitikai döntéshozó részéről a

programkövetelmények pontos meghatározása, valamint azok mérhetővé tétele. Ennek hiányában még az egyébként jól szervezett helyi ellátóhálózatok sem képesek e dimenzió tekintetében magas teljesítményt nyújtani.

- ***A feladat társadalmi elfogadottságának fenntartása (Maintenance of a domain of high social importance)***

A hálózat által ellátott feladat egyértelmű és világos a széles társadalmi közvélemény számára, a társadalom egyetért vele, és támogatja is azt. Ennek kapcsán példaként hozhatjuk fel a magyar egészségügyi ellátórendszer átalakítására tett 2006-os liberális kísérletet. Tekintettel arra, hogy a lakosság jelentős része számára nem volt világos, hogy a finanszírozási, igénybevételi és kapacitásbeli változások, a több-biztosítós rendszer bevezetése milyen hatással is lesz az ellátórendszerre, szinte törvényszerű volt, hogy az egészségügy tervezett új rendszere már az átalakítás pillanatában alacsony szintű társadalmi elfogadottsággal bírt.

- ***Az erőforrások folyamatos rendelkezésre állása (Maintenance of resource flows)***

A hangsúly itt a *folyamatos és kiszámítható* rendelkezésre álláson van, ez teszi lehetővé ugyanis a hosszú távú, stratégiai tervezést. Ismét az egészségügy területéről hozva példát, a pénzügyi erőforrások kiszámíthatatlanságát és annak hatásait figyelhettük meg a 2009-ben hét hónapig hatályos EMAFT-rendszer (előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény) működése során. Az OEP által finanszírozott ellátások 30%-ának lebegő díjazásává tétele olyan szintű bizonytalanságot vitt a rendszerbe, hogy az egészségügyi intézmények tervezési időtávja az éves, féléves horizontról 2009 őszére egy-két hónapra csökkent.

- ***A szervezeti paradigma alkalmazása/védelme (Application/defense of the organizational paradigm)***

Ez a tényező hasonló tartalmú a helyi ellátóhálózat belső viszonyaira jellemző szervezeti kultúra és koordináció dimenzióhoz azzal a különbséggel, hogy itt nem az adott ellátóhálózat szereplőinek egymás közötti kommunikációjáról van szó, hanem az ellátóhálózat és a döntéshozók (a közpolitikai hálózat) között fennálló azonos gondolkodási, értelmezési keret meglétéről. Ebben a dimenzióban akkor alakulhat ki alacsony egyensúlyi szint, amennyiben a helyi ellátóhálózat a közpolitikai hálózat részéről fenyegetve érzi magát. Erre lehet példa

valamely társadalmi cél érdekében működő intézményi keretrendszer központilag kezdeményezett átalakítása (gondolhatunk itt például az egészségügyi intézményrendszer 2006-2007-es radikális átszabására).

A fentiek alapján a BH-modell szerint olyan egyensúlyi helyzet alakul ki, amely a négy belső dimenzió tekintetében hasonló szintű egyensúlyban van. Minél magasabb szinten éri el az egyensúlyt a hálózat, annak hatékonysága ezzel párhuzamosan javulni fog.

A hálózat kialakuló egyensúlyi helyzetén a **hálózatirányítónak lehetősége van változtatni**. Mielőtt bemutatnánk a potenciális beavatkozási stratégiákat, meg kell határoznunk, hogy kit is értünk hálózatirányító alatt. Ehhez **négy különböző rendszert** vázolunk fel, melyek a hálózatirányítónak a rendszerben elfoglalt helyében, a közpolitikai cél definiálásában és a helyi ellátórendszerek felépítésében különböznek egymástól. A négy rendszert a 3. ábrán mutatjuk be.

A. Koordinálatlan rendszer

Ebben a rendszerben a több ágazatot is érintő közpolitikai feladatnak (esetünkben a kábítószerügynek) nincsen központi irányítója, a források elosztása ágazatok között történik, s az egyes ágazatokon belüli prioritások és döntések határozzák meg, hogy az ágazatközi feladatra mekkora forrást allokálnak az egyes ágazatok. Tekintve, hogy nincsen központi célmeghatározás, az elért eredmények nehezen (vagy egyáltalán nem) összegezhetőek, s ebben a rendszerben hálózatirányítóról sem beszélhetünk (vagy pontosabban: a hálózatirányítási szerepkör a kormányzati szervek között széttöredezett).

B. Központilag koordinált rendszer

A második rendszerben a központi szinten megjelenik egy központi hálózatirányító, aki a feladattal kapcsolatos közösségi elvárásokat, célkitűzéseket megfogalmazza, s az ahhoz szükséges forrásokat a költségvetési tervezési alku során igyekszik az érintett ágazatok számára megszerezni, valamint közöttük allokálni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a kábítószerügynek jól meghatározható felelőse van a központi kormányzatban, és ennek a felelősnek jelentős a ráhatása a szabályozási és finanszírozási szempontok alakítására. Ebben a rendszerben tehát létezik ugyan hálózatirányító, ő azonban a helyi ellátórendszerek számára

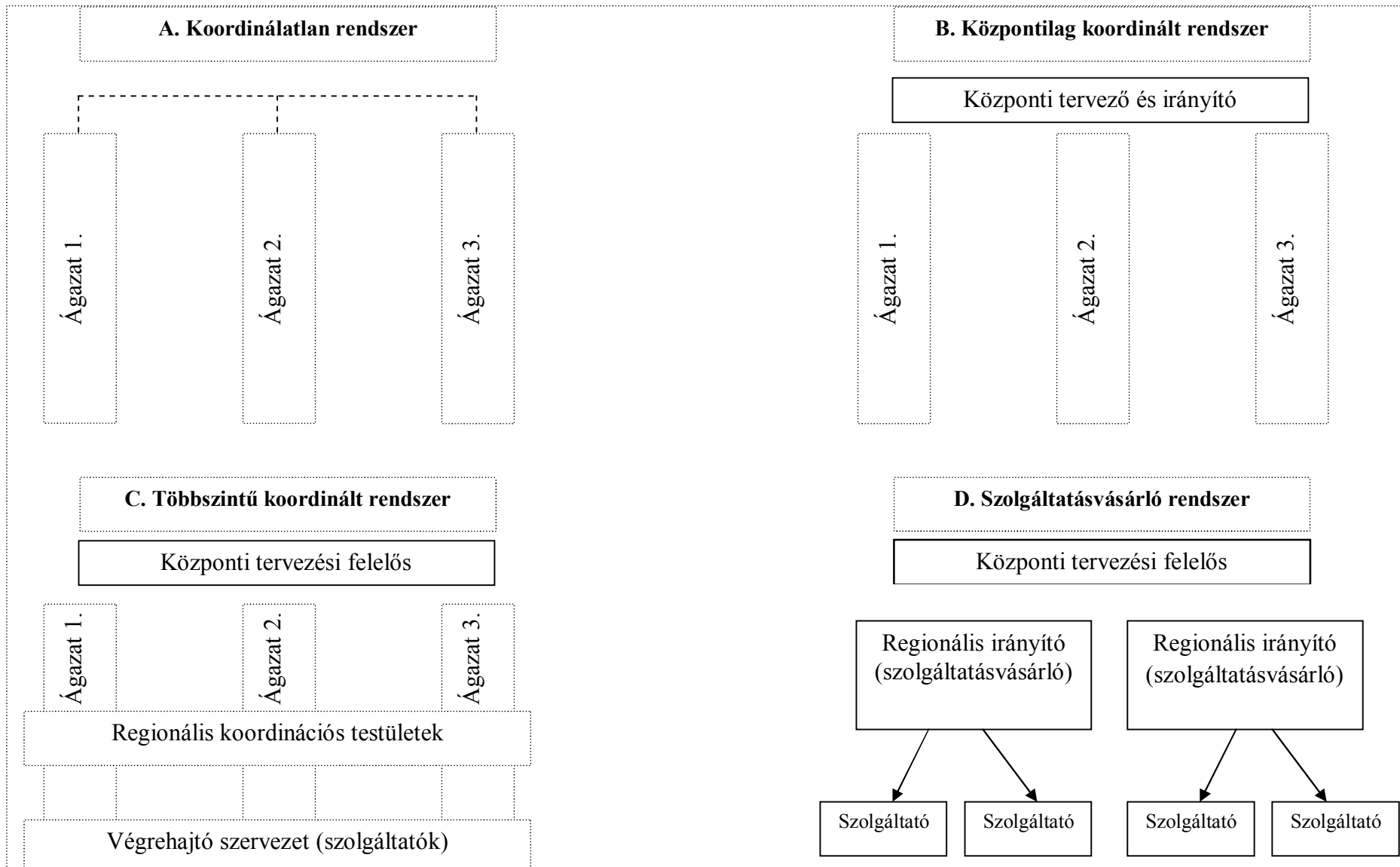
csak általános elvárásokat és javaslatokat tud megfogalmazni, így a régiók sajátos igényeire nem tud speciális válaszokat adni.

C. Többszintű koordinált rendszer

A harmadik esetben központi szinten egy, az előzőnél kevesebb feladattal rendelkező szereplő található, melynek feladatai elsősorban a közösségi elvárások és célkitűzések megfogalmazása, valamint a közpolitikai feladat végrehajtásához szükséges források biztosítása. Az operatív hálózattírányítói funkció itt regionális szintre kerül (egy régió azonban az ellátóhálózatok területi kiterjedése alapján akár több helyi ellátóhálózatot is tartalmazhat), így a működéssel kapcsolatos elvárások és javaslatok részletes meghatározása és az esetleges beavatkozások is e szinten valósulnak meg. Meg kell említeni továbbá, hogy ebben az esetben már beszélhetünk a „jó gyakorlatok” tudatos vizsgálatáról, s ezek megosztása működhet akár közvetlenül a hálózatok közötti, akár a regionális hálózattírányítók közötti információcsere révén.

D. Szolgáltatásvásárló rendszer

Az utolsó, általunk felvázolt lehetőség annyiban haladja meg a többszintű koordinációs rendszert, hogy ebben az esetben a központi szint elvárásokat és teljesítménykritériumokat fogalmaz meg, s a program teljesítéséhez szükséges erőforrásokat biztosítja, míg a regionális hálózattírányító nemcsak a helyi ellátóhálózatok működését befolyásolhatja, de azok kialakítása is az ő hatásköre lesz szolgáltatásvásárlóként lépve fel a résztvevőkenységek „piacán”. (Nyilvánvalóan vannak olyan résztvevőkenységek, amelyek esetében a szolgáltatást szinte kizárólag csak egy szervezettől lehet megvásárolni, pl. közbiztonság.)





A potenciális hálózati irányítási struktúrák után Hudson [2004] alapján mutatjuk be a klasszikus és a hálózati menedzsment közötti különbségeket.

	Klasszikus perspektíva	Hálózati perspektíva
Szervezeti felépítés	Egyszerű hatalmi struktúra	Megosztott hatalmi struktúra
Célrendszer	Tiszta célok és jól definiált problémák	A problémák és célok változatos és változó megfogalmazása
A menedzser szerepe	Rendszerfelügyelő	Közvetítő, folyamatmenedzser, hálózatépítő
Menedzsment feladatok	A szervezeti tevékenységek tervezése és irányítása	A kölcsönhatások irányítása és lehetőségek biztosítása
Menedzsment tevékenységek	Tervezés, megvalósítás, vezetés	A kölcsönhatások irányítása és lehetőségek biztosítása

1. táblázat: A klasszikus és a hálózati menedzsment összehasonlítása (forrás: Hudson [2004] p. 82.)

A fejezet végén a **hálózati irányító által követhető stratégiákra** térünk ki. Mind Benson [1975], mind Hudson [2004] négy tiszta stratégiát ír le, melyekből előállítható bármilyen kevert stratégia, melyekre jelen tanulmány keretei között nem térünk ki. A teljesítmény javítása érdekében a hálózati irányító tehát négy tiszta stratégiát követhet, ezek főbb jellemzőit a 2. táblázat foglalja össze.

	Kooperatív	Fenyegető	Manipulatív	Tekintélyelvű
A stratégia használatának feltétele	Minden szereplőnek legyen legalább minimális hatalma a többiekre	Erős hatalomeltolódás vagy töredezett erőforrás-csatornák esetén	Létezik egy domináns szereplő	A viszonyokat egy szereplő határozza meg
A stratégia tartalma	Megállapodások és közös tervezés	Egy másik szereplő erőforrás-generáló kapacitását rombolja	Az erőforrások elosztását változtatja meg	Kikényszerít bizonyos tevékenységeket

2. táblázat: a hálózati irányító által követhető stratégiák jellemzői (forrás: Benson [1975] pp. 241-245.)

A **kooperatív** a leggyakrabban alkalmazott stratégia. Nem igényeli, hogy a szereplőknek azonos befolyása legyen egymásra, csak annyit, hogy minden szereplőnek legyen legalább minimális befolyása a többi szereplő lehetőségeire. A hálózati irányítónak abban az esetben érdemes ezt a stratégiát követni, amennyiben a hálózat működésének kívánt módosításáért

cserében tud ajánlani az ellátóhálózat számára valamilyen pozitív értékkel bíró dolgot. Példa lehet erre a közpolitikai program céljainak oly módon történő átalakítása, ahol a hálózati irányító az ellátóhálózatok támogató magatartásáért cserében bevonja azokat az új célok meghatározásának folyamatába.

Fenyegető stratégiát az irányító két esetben tud sikeresen használni: amennyiben erős hatalomeltolódás van jelen az ő javára, illetve amennyiben a helyi ellátóhálózat szereplői erőforrásaikhoz több csatornán keresztül jutnak hozzá, így lehetőség van az egyes szereplők külön-külön történő kényszerítésére bizonyos csatornák elzárásával. Ezen stratégiára lehet példa, amikor az irányító a hálózat valamely szereplőjéhez tartozó részfeladat ellátására új szereplőt telepít a rendszerbe, amellyel a már létező szereplőnek versenyeznie kell a megszerezhető forrásokért. A másik, ennél explicitebb fenyegetés az adott részfeladat finanszírozását biztosító kassa esetleges zárolásának vagy csökkentésének megüzenése, amennyiben a hálózati szereplő nem hajlandó a hálózati irányító által kért működési változtatásokra.

Manipulatív stratégiáról akkor beszélhetünk, amikor a hálózati irányító nem fenyegetéssel bírja rá a hálózatot működésének módosítására, hanem bizonyos ösztönzőket megváltoztat a rendszerben. Ennek hatására a rendelkezésre álló erőforrások mennyisége akár növekedhet is. Jó példa lehet a manipulatív stratégiára az egészségügyben az egynapos sebészeti technika részarányának oly módon történő növelése, hogy a hagyományos műtétek finanszírozását relatíve csökkenti a hálózati irányító az egynapos ellátások finanszírozásához képest.

Amennyiben az ellátóhálózat felett teljes kontrollt gyakorol a hálózati irányító (pl. 100%-ban tulajdonolja), használhatja a **tekintélyelvű** stratégiát is. Ebben az esetben az irányító explicit utasítással határozza meg, hogy milyen magatartást vár el a hálózat szereplőitől. Példa lehet erre a stratégiára az állami tulajdonban lévő, közfeladatot ellátó intézmény funkcióváltása, forrásainak csökkentése. A tekintélyelvű stratégiát azon esetekben érdemes alkalmazni, amelyekben a kívánt változás(ok) mielőbbi bekövetkezése kiemelt fontosságú, és a felmerült probléma a szabályalkotás módszerével kezelhető (azaz a szabályozás változása ténylegesen előidézi a kívánt magatartásváltozást az ágazati szereplőknél).

3. A TÁMOP modellprogramok értelmezése a Benson-Hudson-modellben

A fejezet elején röviden bemutatjuk a hazai kábítószerügy környezetének néhány elemét, illetőleg kitérünk arra is, hogy milyen közpolitikai modellek keretében milyen szinten jelenhet meg a hálózatirányító. Ezt követően a négy modellprogram szükségletekre és fejlesztési célokra vonatkozó megállapításait értelmezzük a BH-modell keretei között. A fejezet végén általános szervezési és beavatkozási javaslatokat teszünk mind a központi, mind a helyi ellátási szintre vonatkozóan.

3.1. Kontextuális tényezők

Nemzeti Drogstratégia

Hazánk első nemzeti Drogstratégiáját 2000-ben a 2000-2009 közötti időszakra fogadta el a Parlament. Az Országgyűlés 2009 decemberében – a szakmai szereplők támogatása mellett – fogadta el a 2010-2018-as időszakra szóló második Drogstratégiát. Ezt a kormányzati szándékok szerint egy új stratégia fogja helyettesíteni; ez várhatóan 2011. második félévére fog elkészülni. Az ellátórendszer működése szempontjából alapvető fontosságú egy politikai támogatással bíró stratégia mielőbbi elfogadása: a BH-modell keretei között egyrészt az elfogadott stratégia jelenti a programkövetelmények világos megfogalmazását, amelyhez az ágazati szereplőknek igazodniuk kell, másrészt pedig biztosítja a pénzügyi erőforrások kiegyensúlyozott és kiszámítható áramlását.

Nemzeti Szociálpolitikai Konceptió 2011-2020

A Nemzeti Szociálpolitikai Konceptióval kapcsolatos információkat az Euro-Régió Szociális Szakmai Közösség Közhasznú Egyesület www.szozsak.hu weblapján található tartalmak feldolgozásával nyertük. A Konceptió 2010 decembere és 2011 áprilisa között készült (a weblapon a tanulmány készítésekor a 10. verzió volt megtalálható), annak tartalmát a projekt vezetői a szakma képviselőivel egyrészt helyi konzultációk keretében (Kecskemét, Tatabánya, Miskolc, Zalaegerszeg, Kaposvár, Nyíregyháza, Budapest) vitatták meg, másrészt igénybe vették a web2.0 nyújtotta lehetőséget, és a már említett weblapon egy nyilvános fórum keretében is folyt a párbeszéd.

A Koncepció három helyen érinti a kábítószer-használatot vagy a szenvedélybetegeket:

- „A célcsoportok meghatározása ...
Betegek (szenvedély-, pszichiátriai betegek)...” (30. oldal)
- „A jelen koncepcióban kitűzött célok elérése érdekében a szociálpolitika alábbi területein vehető igénybe EU forrás:
Az érintett ügyfelek, társadalmi rétegek önálló életvitelének támogatására, főként az intézményekből (bentlakásos fogyatékos, pszichiátriai beteg, szenvedélybeteg intézmények, büntetés-végrehajtás, gyermekvédelem) való kikerülés és a sikerebb társadalmi integráció érdekében, a foglalkoztathatóság növelésére, készségfejlesztésre, aktiválásra a nagyon tartósan inaktívak körében, valamint az ún. félutas megoldások elterjesztésére. ...” (65. oldal)
- „Igazságügy-rendvédelem ...
A különféle szenvedélybetegségek esetében fontosnak tartjuk, hogy minden lehetséges eszközzel az elterelés, illetve a szerhasználók esetében a terápiás megközelítésmód legyen az elsődleges. A problémák kriminalizálása jellemzően tovább növeli a bajt, nem alkalmas a gyógyító, a társadalmi integrációt szolgáló célok megvalósítására.” (69. oldal)

Önkormányzati törvény

Az Önkormányzati törvényt az Országgyűlés várhatóan 2011 nyarán módosítani fogja. Az eddig megismert munkaanyagok és egyeztetések alapján valószínűsíthetően több, jelenleg települési vagy megyei önkormányzat számára előírt feladat szervezőjének és finanszírozójának személye változni fog. A tanulmány készítésekor végleges döntésekről még nincsen tudomásunk, ugyanakkor az ellátóhálózatok működtetése során a törvény várható módosulásait mindenképpen szem előtt kell tartani.

Fontos kérdés, hogy az 1993. évi III. tv. által a megyék és 2000 főnél népesebb települések számára a szolgáltatástervezési koncepció (erről bővebben lásd Bugarszki [2010]) készítésének kötelezettsége megmarad-e a jövőben is önkormányzati szinten, avagy ennél magasabb szintre kerül.

1993. évi III. törvény a Szociális Igazgatásról és Szociális Ellátásokról

A törvény taxatívén felsorolja azon alapszolgáltatásokat és szakosított ellátásokat, melyeket a települési és megyei önkormányzatok kötelesek nyújtani. Ezek részletes felsorolásától eltekintünk, mivel jelen tanulmánynak nem célja az egyes ellátási típusok szabályozásának bemutatása, ugyanakkor Bugarszki [2010] alapján fontosnak tartjuk kijelenteni, hogy

„Nem tekinthetjük ugyanis önálló önkormányzati szociálpolitikának azt, hogyha a számukra normatív támogatás formájában juttatott központi forrásokat kizárólag a törvény által (tehát központilag) előírt szolgáltatástípusok létrehozására fordíthatják úgy, hogy ezek tartalma, szakmai összetétele, sőt sok esetben még az olyan részletek is végletekig szabályozva vannak, mint az általuk nyújtott étkeztetés összetétele.”

A fenti megállapítást azért is fontos kihangsúlyoznunk, mert az Önkormányzati törvény változásával párhuzamosan a két jogszabály konzisztenciája érdekében valószínűleg az 1993. évi III. törvény is módosulni fog.

Semmelweis Terv

Az „Újraélesztett egészségügy – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére – Vitairat” 2010 októberében látott napvilágot, ezen dokumentum szolgált a Kormány egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos programjának alapjául. Az 1993. évi III. törvényhez hasonlóan a módosuló Önkormányzati törvénnyel ennek is összhangban kell lennie. A Semmelweis Terv Kormány általi elfogadása 2011. május 31-én megtörtént, de a tanulmány megírásakor több konkrétum és a megvalósítás időzítése még nem volt ismeretes. Annyi mindenesetre világosnak tűnik, hogy az országot – az egészségügyi ellátás szervezése tekintetében – nyolc nagytérsegre bontják, és a kapacitásokat, valamint a betegutakat az ezekhez kapcsolódó nagytérsegi ellátásszervezési igazgatóságok fogják meghatározni (illetve befolyásolni), de hogy erre pontosan mikor kerül sor, nem lehet tudni.

A fenti stratégiai dokumentumok, illetve jogszabályok egyrészt meghatározzák a kábítószerügyi ellátási hálózatok jövőbeni működési kereteit, másrészt valószínűsíthetően ezen kormányzati elképzelések jelölik majd ki az ellátóhálózatok földrajzi kiterjedését (települési, kistérségi, járási vagy nagytérsegi), illetve ezek határozzák meg a hálózati irányítók jövőbeni szerepét is. A kábítószerügyi ellátás szempontjából fontos lenne, hogy az egészségügyi és a szociális ellátórendszer működésének földrajzi keretei többnyire

egybeessenek (egészségügyi nagytérségek és szociális tervezési területek), vagy pedig megfelelő koordinációs mechanizmusok kerüljenek kialakítása, mivel enélkül az integrált ellátás tervezése jóformán lehetetlenné válik.

3.2. A modellprogramokkal kapcsolatos javaslatok

Az ellátóhálózat szereplőinek körét a négyből három modellprogram hasonlóan értelmezte (a szerhasználók számára valamilyen ellátást nyújtó intézmények). A legtöbb típusú szervezetet a hálózat részének tekintő zárótanulmány az észak-pesti volt, ennek értelmében **a hálózat az alábbi szervezetekből áll:**

- Egészségügyi ellátórendszer (kórházak, szakrendelők, háziorvosok)
- Pszichiátriai és általános addiktológiai ellátás rendszere (kórházi osztályok, járóbeteg-szakrendelések, gondozóintézetek)
- Droghasználók ellátási rendszere (drogambulanciák, elterelés)
- Szociális ellátó rendszer (családsegítő központok, gyermekjólét, hajléktalan-ellátás)
- Droghasználók szociális ellátó rendszere (alacsonyküszöbű ellátások, közösségi ellátások stb.)
- Rendészeti intézmények (rendőrség, polgárőrség, közrendfelügyelet, pártfogói szolgálat)
- Oktatási intézmények (iskolák, nevelési tanácsadók)
- Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok

Meg kell jegyeznünk továbbá azt is, hogy minél specializáltabb, erőforrás-igényesebb szolgáltatást nyújt egy hálózati szereplő, a méretgazdaságosság követelménye miatt annál több helyi ellátóhálózatnak lehet egyszerre része. (Ezek a szolgáltatások a szerhasználó esetében a hosszútávú rehabilitáció, a speciális, kisszámú populációt érintő szubsztitúciós kezelések stb. lehetnek.) Ez egyben azt is jelenti, hogy a helyi ellátóhálózathoz tartozó szereplők nem feltétlenül minden esetben ugyanazon a koncentrált földrajzi területen találhatóak meg.

A tanulmány 1. fejezetében az 1. ábrán mutattuk be a négy modellprogram keretében elvégzett felmérési, tervezési dokumentumokat. Ebben az alfejezetben a modellprogramok

által megfogalmazott céloknak a hálózat jellemző dimenzióira gyakorolt hatását vizsgáljuk a Benson-Hudson-modell keretében. A problémákat és a fejlesztési célokat Mervó [2011] összefoglalása alapján mutatjuk be.

Dunaújváros

A dunaújvárosi modellprogram szükségletfelmérését és a fejlesztési célok kialakítását követően a helyi szakértők az alábbi fejlesztési célokat látják rövidtávon megvalósíthatónak és hosszú távon fenntarthatónak:

- Alacsonyküszöbű szolgáltatás, amely a következő szolgáltatási formákat inkorporálhatja:
 - utcai megkereső munka;
 - pszicho-szociális tanácsadás;
 - fix telephelyi szintű tűcsere program, melyhez majd a szolgáltatás megszilárdulását és klienskörének kiépülését követően (1-2 év) szűrő programok (HIV/HCV) is csatlakozhatnak;
 - továbbirányítási szolgáltatás vagy a kórház pszichiátriai és addiktológiai osztálya és/vagy az addiktológiai gondozó felé, illetve valamelyik együttműködő drogterápiás intézet felé.
- Nappali ellátó kialakítása, amely együttműködhet az alacsonyküszöbű szolgáltatással akár elhelyezkedését, akár pedig munkatársait tekintve. E két szolgáltatás közösen tarthatja fenn az utcai megkereső munkát, valamint a továbbirányítási rendszer működtetése is történhet együttműködésben.
- Egészségügyi ellátásban dolgozók érzékenyítése, ami a házi orvosok, házi gyermekorvosok és a védőnői szolgálat bevonásával történhet megfelelő tartalmú és intenzitású tréningek segítségével, amelyek az információ átadason és készségfejlesztésen túlmenően a networking kapacitás erősítését is szolgálhatják.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatásoknál említett első három alpont (utcai megkereső munka, pszicho-szociális tanácsadás és tűcsere-program) szükségesnek ítéltése az ideológiai konszenzus jelenlétét mutatja, tekintve, hogy arra utal, hogy a hálózat szereplői egyetértenek a hálózat feladatában, és abban is, hogy jelenleg nem létező szolgáltatások kialakítására van szükség. A továbbirányítási szolgáltatás a szerepek és felelőségek elkülönülése dimenziót jelzi, a hálózat tagjai tisztában vannak azzal, hogy az alacsonyküszöbű szolgáltatások és a kórházi vagy gondozói szolgáltatások eltérő szituációkban válnak szükségessé.

A nappali ellátó kialakítása önmagában véve szintén a már említett ideológiai konszenzusra utal, ugyanakkor az elhelyezés és a személyzet esetleges közössé tétele az alacsonykülönböző szolgáltatással két dimenzióban is megjelenik: egyrészt utal arra, hogy a különböző szervezetekben ugyanazok a dolgozók is végezhetik a munkát, tehát a szervezeti kultúra, a munkavégzés mikéntje hasonló a hálózaton belül, ugyanakkor a szerepek és felelőségek elkülönülése dimenziót egy alacsonyabb egyensúlyi pont felé mozdíthatja.

Az utolsó pontban említett érzékenyítés tréningek szervezése által – amint azt a szakértők meg is fogalmazzák – a hálózat több dimenziójában is magasabb szint felé mozdíthatják a kialakuló egyensúlyt: mind az egyes szervezetek feladatának jobb megismerése, mind az ideológiai konszenzus, mind a bizalom, mind pedig a szervezeti és munkakultúra hasonlóbba tétele által.

Meg kell említenünk ugyanakkor, hogy a hiányanalízis keretében a helyi szakértők több olyan problémát is megfogalmaztak, melyekkel kapcsolatos fejlesztési javaslataik végül a legfontosabbak közé nem kerültek be. A BH-modellkeretben való értelmezhetőségük miatt azonban néhányra ezek közül is kitérünk.

- *Infrastruktúra és kommunikáció problémás volta az intézmények és szolgáltatások között*
Erre megoldást jelenthet a szervezetek közötti információcsere javítása, melynek egyik legegyszerűbb formája egy közös adatbázis kiépítése. Emellett szintén segíthet a hatékonyság fejlesztésében a hálózaton belüli ellátási protokollok közös kidolgozása.
- *Nappali ellátás létrehozása a pécsi INDIT Közalapítvány tapasztalatai alapján*
Amennyiben a nappali ellátás létrejön Dunaújvárosban, szükséges azt látni, hogy a pécsi nappali ellátással kapcsolatos tapasztalatokat összhangba kell hozni a helyi ellátórendszer többi szereplőjének munkamódszereivel, egyébként fennáll a veszélye annak, hogy a szervezeti kultúra és koordináció mentén meglévő egyensúly a dunaújvárosi hálózatban alacsonyabb szintre kerül.
- *Szükséges elérni egy olyan paradigmaváltást, hogy a szerhasználókat ne zavarják el, hanem az egészségügyi és szociális szolgáltatók felé irányítsák.*

Ez a megállapítás egyértelműen azt mutatja, hogy az ellátóhálózatban az ideológiai konszenzus a szakértők meglátása szerint fejleszthető. A megállapítás itt most nem a tágabb környezetre, hanem a helyi ellátórendszer bizonyos szereplőire vonatkozik (védőnői és háziiorvosi szolgálat).

Miskolc

A miskolci program összefoglaló megállapításai alapján az átfogó cél egy komplex és integrált ellátórendszer kialakítása. Ez a következő részcélokat foglalja magában:

- Az alacsonyküszöbű szolgáltatások közül a megkereső munka és a drop-in helyiség kialakítása kétséget kizáróan indokolt a zárótanulmány eredményeit tekintve, egyedül talán a parti szerviz szolgáltatás kialakításának szükségessége nincs megfelelően alátámasztva a nyert adatok által.
- A régióban hiányzó, szenvedélybetegek nappali ellátásának kidolgozása.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztésének és a nappali ellátás kidolgozásának közösen elfogadott szükségessége a dunaújvárosi példához hasonlóan itt is az ideológiai konszenzust jelzi.

A miskolci modellprogramból azonban további, fontos megállapításokat is kiemelhetünk:

- *A média szerepe*

A miskolci modellprogram egyik fontos jellegzetessége, hogy a médiát az ellátóhálózat munkájának aktív külső segítőjeként tekinti. A média lehetőségei közt említi a tanulmány a társadalmi attitűd megváltoztatását, ezáltal a rejtőzködő szerhasználók jobb elérését. A szakértők felismerték azt is, hogy a média a hálózat segítségével lehet pl. a Drop-In szolgáltatással kapcsolatos attitűdformálásban, ezáltal egy új, hiánypótló ellátási forma meghonosításában is.

- *Anyagi erőforrások elégtelen volta*

Az egészségügyi és szociális szférában sajnos rendszerszintű probléma az alulfinanszírozottság, de a miskolci modellprogram zárótanulmányában ez külön kiemelésre is kerül. A probléma az erőforrások folyamatos rendelkezésre állása külső tényező alacsony szintjére utal, ugyanakkor valószínűleg nem speciális jelenségről van szó. Ki kell hangsúlyoznunk ugyanakkor, hogy a rendelkezésre álló anyagi erőforrások bármilyen szintje

mellett hatékonyabb működés várható el, magasabb szintű hálózati egyensúlyi helyzet valósulhat meg, amennyiben a forrás évről-évre kiszámítható módon rendelkezésre áll, mintha a hálózatnak évről évre a „túlélésre kellene játszania”.

Észak-Pest

Az észak-pesti modellprogramból a helyi szakértők négy fejlesztési javaslatot emeltek ki:

- Megkereső programok fejlesztése, szolgáltatások közötti kommunikációs erősítése, koordináció megvalósítása
- Képzési programok fejlesztése, szélesebb körű alkalmazás
- Nappali ellátás fejlesztése, bővítése
- Fiatalok nappali ellátása

A megkereső programok fejlesztése – amint arról fentebb már szóltunk – az ellátóhálózat egy hiányzó elemének megteremtését célozza, csakúgy, mint a nappali ellátás fejlesztése, bővítése. A fiatalok nappali ellátásának létrehozása az előbbiekhöz hasonlóan az ideológiai konszenzus javítását célozza, azonban más dimenziókban is javíthatja a hálózat egyensúlyi szintjét. Ezen fejlesztési javaslat megjelöl egyrészt egy olyan ellátási formát, amelynek kapcsán kimondottan a szerepek és felelőségek elkülönülése dimenzió magas szintjére utal, másrészt az összegző tanulmány expliciten ki is mondja, hogy ez a lépés a hálózat feladatának társadalmi elfogadottságának fenntartására is irányul: „Nemcsak regionálisan, de országosan is régóta problémát jelent a fiatalok addiktológiai ellátása. Erre reflektálva javasolják a helyi szakemberek egy speciálisan 10-16 éves szerhasználó fiatalok számára működő nappali ellátó program létrehozását. A program mind a szakemberek körében, mind a társadalomban támogatást élvez, a megvalósítást pedig segítheti, hogy a program része a Nyíró Gyula Kórház fejlesztési terveinek is. Hátráltató tényező lehet azonban a finanszírozás bizonytalansága, a működtetéshez szükséges speciális szakemberek, illetve a program helyigénye is.” (Forrás: Mervó [2011] p. 42.)

A fenti idézet utolsó mondata kapcsán ismét utalnunk kell a külső befolyásoló tényezők közül az erőforrások folyamatos rendelkezésre állásának problémás voltára.

A képzési programok fejlesztése, szélesebb körű alkalmazása mint kiemelt fejlesztési terület arra utal, hogy a hálózati szereplők látnak lehetőséget az ideológiai konszenzus és a szerepek

és felelőségek elkülönülése dimenziókban történő javulásra, és erre igény is megfogalmazódott bennük.

Habár a legfontosabb fejlesztési területek között nem kaptak helyet, de két olyan lehetőség is felmerült az észak-pesti modellprogramban, amelyek itt jelennek meg a leghangsúlyosabban.

- *Szolgáltatások közötti kommunikáció erősítése*

A kommunikáció erősítése a modellprogram megkereső és utcai szolgáltatásokat érintő nem egyszerűen a gyorsabb, pontosabb információáramlást, hanem egy „együttműködési rendszer kialakítása és egy közösen elfogadott koordináció bevezetése” jelentéstartalommal bír. Kérdéses, hogy a helyi szakértői csoport felvetette-e a kérdést, de ebből a szükséglet-felismerésből kiindulva a külső környezetből jövő hatásokkal valószínűleg eljuttatható a jelenlegi hálózat egy magasabb szinten koordinált, magasabb egyensúlyi szintet elérő állapotba.

- *Védett munkahelyek létrehozása*

A védett munkahelyek létrehozásával kapcsolatos helyi szakértői egyetértés arra utal, hogy az ideológiai konszenzus az észak-pesti hálózat esetében jelentős, a kábítószer-probléma megoldásában mindannyian észlelik a foglalkoztatottságot mint kapcsolódó problémakört. Amennyiben egy ilyen fejlesztési célban a hálózati szereplők meg tudnak egyezni, az arra is utal egyben, hogy tisztában vannak a szerepek és felelőségek elkülönülésének fontosságával, s egy ilyen lépés ebben a dimenzióban is egyensúlyi szint emelkedést hozhat.

Észak-Buda

Az észak-budai modellprogram alapján a helyi szakértők az alábbi fejlesztési lehetőségeket emelték ki:

- A területen szerhasználati problémákkal közvetetten kapcsolatba kerülő szakemberek ismereteinek hiánya kapcsán
 - a. képzés, továbbképzés javasolt a területen dolgozó házi- és gyermekorvosok, és a védőnői hálózat bevonásával a területileg illetékes ÁNTSZ-ek segítségével;
 - b. az intézmények integrációjának javítása javasolt, az intézményi utakban rejlő lehetőségek jobb kihasználásával.
- Korai jelzőrendszer megerősítése, a kerületi intézményi háló bevonásával.

- Kortárs-, sorstárs segítő képzés és hálózat beindítása indokolt területi szinten, melybe bevonhatók a területi családsegítő és gyermekjóléti központok, akiknél az erre irányuló igény szintén kirajzolódik.
- Nehezen elérhető rejtőzködő szerhasználói csoportok elérése érdekében a megkereső tevékenység megerősítése – akár peer-ek bevonásával – azokon a területeken, amelyeket a kutatás azonosított, illetve amelyekről információink vannak (Solymár, Kaszásdűlő, Aqvincum).

A szakemberek képzése, továbbképzése a többi szereplő bevonásával mind az ideológiai konszenzus, mind pedig a bizalmi viszony dimenzió alacsonytól eltérő szintű meglétét jelzik. Az intézményi utakban rejlő lehetőségek jobb kihasználása, valamint a korai jelzőrendszer megerősítése, mint célok megfogalmazása, a szerepek és felelőségek elkülönülésének pontos megértésére utalnak.

A kortárs- és sorstárs segítő képzés és hálózat beindítása a területi családsegítő és gyermekjóléti központok bevonásával az ezen szereplők közötti bizalmi viszony meglétére utal. A megkereső tevékenység megerősítése egy, a rendszerben nem megfelelő szinten jelen levő szolgáltatási forma hiányára hívja fel a figyelmet, ez pedig azt mutatja, hogy a hálózat létező tagjai a szerepek és felelőségek elkülönülése dimenzió fontosságával tisztában vannak.

A legfontosabb fejlesztési célok közül kimaradt ugyan, de két további problémát mindenképpen meg kell említenünk.

- *Intézményi struktúra és kliensek felmérése*

A zárótanulmányban említésre kerül, hogy „...egy, a pszichoszociális ellátásban részt vevő intézmény, túlterheltségre hivatkozva nem szolgáltatott adatot, míg a kórházi-egészségügyi szektor képviselői csak részleges adatokkal rendelkeztek az illegitim szerhasználókat illetően...”. Ezen megállapítás több dimenzióra vonatkozóan is információval bír. Egyrészt azt mutatja, hogy az adatot nem szolgáltató intézmény számára a modellprogram, és az ebből nyerhető, a későbbiekben hasznosítható eredmények nem képviselnek számottevő értéket. Amennyiben ez a megállapítás helytálló, az ellátóhálózat ideológiai konszenzus dimenziójának erősítésének szükségességét mutatja. Másrészt az egészségügyi szektor képviselőinél tapasztalt adathiány arra utalhat, hogy az egészségügyi ellátórendszer

intézményei a drogbetegek ellátásának pontos nyilvántartását nem érzik ugyanolyan mértékben szükségesnek, mint a többi ellátottét.

- *Családsegítő központok és gyermekjóléti szolgálatok*

Az egészségügyi intézményekhez hasonlóan a helyi szakértők ezeket a típusú hálózati szereplőket sem tudták bevonni a mintavételbe, „mivel nincs kialakult együttműködési rendszer köztük és a droghalálalással küzdők ellátását végző szervezetek között”. Az előző ténnyel együtt ez is azt mutatja a megfigyelő számára, hogy az ellátóhálózat a kábítószer-probléma megítélésében erősen megosztott, kijelenthető, hogy az ideológiai konszenzus jelenleg felettébb alacsony szintű. Ezt a komoly problémát a helyi szakértők is érzékelik: „A helyi szakértők a prioritásokat úgy határozták meg, hogy azok egyúttal komplex rendszert alkossanak, így a következő fejlesztési cél az együttműködések fejlesztésére irányul.” (Forrás: Mervó [2011] p. 51.)

3.3. Általános szervezési és beavatkozási javaslatok

A fejezet végén általános javaslatokat fogalmazunk meg a helyi ellátóhálózatok működésének eredményesebbé tételére. A javaslatok egy része az országos/regionális hálózati irányító (tulajdonképpen a központi szakpolitikai hálózat = K) cselekvését kívánja meg, másik részük pedig közvetlenül az ellátóhálózat szereplőinek (H) szóló ajánlás.

- A kábítószerüggel kapcsolatos **társadalmi elvárások pontos megfogalmazása**. Ennek formája lehet a Nemzeti Drogstratégia, azt azonban mindenképpen szükséges hangsúlyozni, hogy a kapcsolódó stratégiai dokumentumoknak (ágazati tervek, felelősségi szintekkel kapcsolatos jogszabályok – pl. Önkormányzati törvény) összhangban kell lenniük az elvárásokkal és egymással is. A társadalmi elvárások artikulálása magában kell hogy foglalja azt, hogy a társadalom hogyan értékeli a droghalálalást, és milyen eszközökkel milyen eredményeket vár el a kábítószerüggel kapcsolatos közpolitikai hálózat és a helyi ellátóhálózatok részéről. (K)
- A társadalmi elvárásokhoz a költségvetési alku során a **szükséges anyagi erőforrások hozzárendelése**. Ez valószínűleg leghamarabb a 2013. évi költségvetés tervezése során valósítható meg. Ekkorra megszülethet a Nemzeti Drogstratégia, a Nemzeti

Szociálpolitikai Koncepció, módosulhat az önkormányzati, a szociális és az egészségbiztosításról szóló törvény, valamint döntés születhet központi szinten arról is, hogy egy- vagy többszintű koordináció jellemezze a kábítószerügyet. A 2012. évi költségvetés kapcsán a kábítószerügy által érintett ágazatok közötti külön egyeztetést javasolunk annak közös meghatározására, hogy a kábítószer-probléma 2012-ben országosan mekkora forrást igényel, ehhez az egyes ágazatok milyen mértékben képesek hozzájárulni, és a források felhasználásával milyen eredmények elérését vállalják. (K)

- **Az érintett ágazatok tervezési és ellátási területi egységeinek kompatibilitása** egymással (elsősorban egészségügy és szociális ellátás). A Kormány 2011. május 31-én elfogadta a Semmelweis Tervet, amely tervezési szintként nyolc nagytérseget jelöl ki. Amennyiben a kábítószer-problémát olyan ágazatközi feladatként definiáljuk, melynek ellátásában a szociális ágazat, a rendőrség és az oktatás is részt vesz, a tervezés során a térségi beosztást össze kell hangolni, vagy megfelelő koordinációs mechanizmusokat kell létrehozni megyei-regionális-nagytérsegi szinten. Ebben az esetben aligha kerülhető meg, hogy a tervezési egység valamely ágazat földrajzi beosztásához igazodjon (pl. az egészségügyi nagytérsegi szinthez). Kiemelt jelentőségű lehet ebben az esetben az e szinten definiált hálózattírányító, hiszen csak ezáltal biztosítható, hogy az eltérő tervezési földrajzi egységek között is megfelelően magas szinten jelenjen meg a kábítószerügyért viselt felelősség. E hálózattírányító feladatából adódóan össze kell hogy hangolja a területén működő ágazati szereplőket még abban az esetben is, ha azok földrajzi illetékessége nem esik teljesen egybe a regionális hálózattírányító területével. (K)
- **Az ellátóhálózatok teljesítményének mérése és összehasonlítása** egyrészt annak érdekében, hogy saját működésükről képet kapjanak, másrészt a „jó gyakorlatok” azonosításának és terjesztésének céljából (ez tulajdonképpen felfogható a Hajnal [2011] által megfogalmazott, „a szervezeti tanulás és fejlődés lehetőségének előmozdítása” célnak a hálózatokra való kiterjesztéseként). Ehhez nemcsak az ellátórendszerek egyes szereplőinek különálló teljesítményeit (túcserebe bevontak száma, szubsztitúciós kezelések száma, elterelésben részt vettek száma stb.) szükséges mérni, hanem azt is, hogy a területen jelen levő klienspopuláció állapotában összességében milyen mértékű változást sikerült elérni adott időszak alatt. Míg az

egységes ellátóhálózati teljesítménymutatókat és az összehasonlítást a központi szint végzi, az adatok szolgáltatása a helyi ellátórendszerek feladata. A felelősség megteremtése érdekében rendszeres beszámolást kell tartani, pl. a helyi ellátóhálózatok negyedéves riportot készítenek a regionális irányító felé. (K, H)

- Legalább egy országos **hálózatirányító szereplő működtetése** (azaz a kábítószerügyért egy személyben felelős személy vagy központi ügynökség léte) annak érdekében, hogy a helyi ellátóhálózatok pozitív magatartásformáit – a szabályozás és a finanszírozási szabályok alakításán keresztül – ösztönözze. (K)
- Lehetőség szerint **regionális hálózatirányítók létrehozása** megfelelő jogosultságokkal annak érdekében, hogy a helyi hálózatok működését hatékonyabban segíthesse a közpolitikai hálózat. (K)
- **Egységes szakmai és ellátási irányelvek** kidolgozása központi szinten. Ez alatt első sorban nem a már létező, egyes ellátási tevékenységek végzésre vonatkozó irányelveket értünk, hanem az ellátóhálózat integrált működésére vonatkozó szabályokat (pl. a hálózatba belépő kliensek milyen esetben az ellátóhálózat mely szereplőjéhez kerüljenek). (K)
- **Informatikai rendszerek szabványainak** kidolgozása központi szinten. Ezt a feladatot a méretgazdaságosság miatt szükséges a központi szintnek végeznie. A méretgazdaságosságon túl az egységes informatikai és kommunikációs standardok a jelentési, mérési rendszer működtetését is megkönnyítik. (K)
- **Legalább középtávú (3-5 éves) finanszírozási szerződések** a helyi ellátóhálózatokkal a kiszámítható működést biztosítandó. A csak egy költségvetési évre történő tervezés, finanszírozás és ennek esetleges kiegészítése alkalmankénti pályázatokkal nem szolgálja a helyi ellátóhálózatok magas szintű teljesítményét. A középtávú finanszírozásban az országos vagy regionális hálózatirányító deklarálnak, hogy milyen tevékenységekért vagy eredményekért milyen finanszírozást biztosít a hálózat számára, a helyi ellátóhálózat pedig az anyagi erőforrások kiszámíthatósága révén kizárólag az általa végzendő ellátással tud foglalkozni. (K)

- **Rendszeres találkozók, közös továbbképzések** a helyi ellátóhálózat szereplőinek részvételével. Ez a szereplők szakmai fejlődése mellett a hálózat ideológiai konszenzus dimenziójának magas szinten tartása miatt is elengedhetetlen. (H)
- **A helyi ellátóhálózaton belüli információ megosztás** fejlesztése. Ez mind a szereplők közötti bizalmi viszonyt, mind pedig a szervezeti kultúrák, munkaszervezési mintázatok közeledését elősegítheti. Az információ megosztásra amiatt is feltétlenül szükség van, hogy a korábban már említett, hálózati szintű teljesítményadatok valóban rendelkezésre álljanak (pl. ugyanazon kliens többféle ellátási szükségletének kielégítése nem azonos információtartalommal bír, mint több, különböző kliens egy-egy ellátásban való részesítése). A rendszerbe kerülő személyek azonosíthatóságával kapcsolatban felmerülő kérdésekkel és a különböző azonosítók kompatibilissá tételéről Hajnal [2011] foglalkozik részletesen. (H)
- **Feladatkörük pontos lehatárolása** egy-egy ellátóhálózaton belül. Ez egyrészt a szerepek és felelőségek elkülönítése dimenzióban eredményezhet magasabb szintű teljesítményt, másrészt pénzügyi erőforrások is felszabadulhatnak általa. Természetesen egy-egy nagyobb, többprofilú intézmény többféle ellátást (fekvőbeteg-ellátás, járóbeteg-ellátás, tücsereprogram stb.) is nyújthat egy ellátóhálózaton belül. A hangsúly itt azon van, hogy minden szereplő tisztában legyen azzal, hogy a területi klienspopuláció mely típusú szükségletét mely hálózati szereplő van hivatva kielégíteni. (H)
- Amennyiben szükséges, **hiányzó szolgáltatásprofilok kialakítása** a helyi ellátórendszerben. Ebben az esetben azonban szükséges lehet annak vizsgálata, hogy valamely szomszédos ellátóhálózat nem rendelkezik-e a hiányzó szolgáltatás tekintetében felesleges kapacitással, mert ez esetben érdemesebb lehet a már létező és másik hálózatban is szereplő szolgáltató bevonása a hálózatba. (H)
- **A helyi média** segítségének igénybevétele a **kliensek jobb elérése** végett. A hagyományos, információs csatorna jelleg mellett a helyi média igénybe vehető a

területi társadalmi elfogadottságot erősítő eszközként is. (Ebben az esetben a társadalom alatt az ellátóhálózat működési hatókörének lakosságát értjük.) (H)

- Együtműködés az országos médiával a feladat társadalmi elfogadottságának fenntartása érdekében. Ehhez azonban szükséges előfeltétel, hogy a közpolitikai hálózat és a helyi ellátórendszerek között konszenzus legyen a feladat értelmezésével és a megoldási lehetőségekkel kapcsolatban. Amennyiben ez hiányzik, egy egymásnak ellentmondó üzeneteket megfogalmazó, országos kampány inkább csökkentheti a társadalmi elfogadottság szintjét. (K, H)

4. A szervezést és irányítást támogató technikák

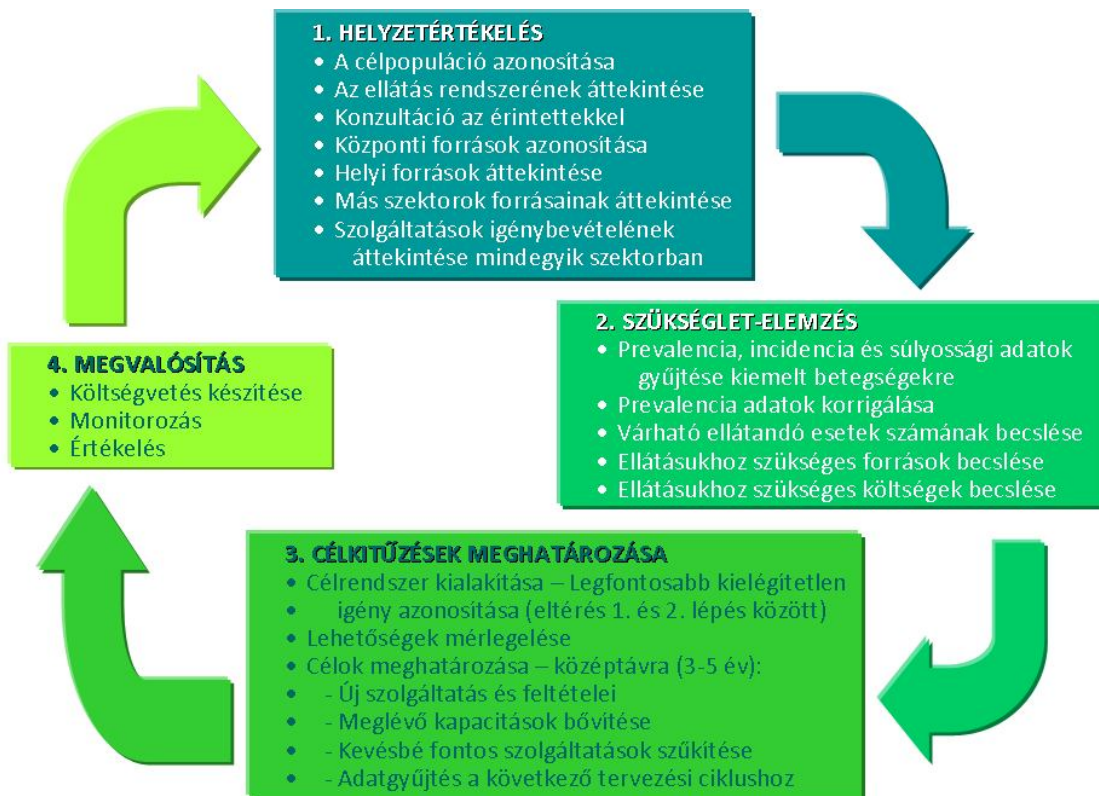
4.1. *Az ellátási szükségletek becslésének korszerű módszerei*

Mind a betegek ellátásért, mind az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásáért felelős döntéshozók, valamint a szolgáltatást nyújtó szakemberek és legfőképpen a betegek és hozzátartozóik közös érdeke, hogy az egészségügyi ellátásra fordított erőforrások a legnagyobb egészségnyereséget eredményezzék. E cél elérésének egyik kiemelkedő fontosságú eszköze a szolgáltatások olyan módon történő tervezése, melynek során azokat az ellátási szükségletekhez igazítják, hiszen az erőforrások szükséglet szerinti elosztása biztosítja a szűkös egészségügyi kapacitások hatékony felhasználását.

Ellátások tervezésének elméleti keretei

Az addiktológiai szolgáltatások tervezését – érthető okokból – a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban a mentális egészségügyi szolgáltatások tervezésének részeként valósítják meg (WHO [2000]). A nemzetközi tapasztalatokat az Egészségügyi Világszervezet e célra kifejlesztett útmutatója foglalja össze (WHO [2003]). E dokumentum szerint a tervezés négy fő feladatból áll: helyzetértékelés, szükséglet-elemzés, célkitűzések meghatározása, megvalósítás. A fő feladatokat és végrehajtásuk leglényegesebb lépéseit a 4. ábrán mutatjuk be.

A tervezési ciklus sajátossága, hogy az aktuális terv készítésekor figyelembe veszik a korábbi döntések hatását, eredményességét, és hogy – a döntéseknek az éves tervezési ciklusokon túlnyúló hatásai miatt – az aktuális terveket a szolgáltatások fejlesztésének hosszú távú koncepciójába, az adott területre kidolgozott stratégiába illesztik. Jelen tanulmány célkitűzései szempontjából a szükséglet-elemzés lépései fontosak (Domokos et al. [2010]). Mivel a szükségletek elemzésének elméleti és gyakorlati alapjai magyar nyelven elérhetők, ebben a tanulmányban a szükségletalapú tervezés hazai szervezeti felépítésére teszünk javaslatot.



Forrás: Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series, WHO, Genf, 2000.

4. ábra: Az ellátástervezés fő feladatai

Javasolt hazai szükségletalapú szolgáltatástervezés

A következőkben a jelenlegi tervezési gyakorlat továbbfejlesztési lehetőségét, a nemzetközi gyakorlatnak feltehetően jobban megfelelő rendszer koncepcióját vázoljuk fel. A részletek kidolgozására csakis a koncepció szakmai megvitatása és széleskörű egyeztetése után érdemes majd sort keríteni.

Az addiktológiai szolgáltatások eredményes működtetéséhez, ahogy az egészségügy más területein is, három feltétel teljesülése szükséges:

- megfelelő szakmai ismeretek,
- elegendő forrás és
- motivált résztvevők összehangolt cselekvése.

A szolgáltatások fejlesztésére, elosztására vonatkozó tervek készítésekor ezért mindhárom tényezőt és egyidejűleg a közöttük fellépő kölcsönhatásokat is figyelembe kell venni.

A sikeresen végrehajtható tervek elkészítéséhez a sokféle szakismeret alkalmazása mellett a kielégítendő ellátási szükségletekre, a szükségletek kielégítését célzó beavatkozásokra, az

ellátáshoz szükségesnek ítélt ellátási kapacitásokra vonatkozó információk is szükségesek. A tervezés során ezen ismeretek felhasználásakor nemcsak a korábbi döntések hatására, eredményességére vonatkozó tapasztalatokat kell figyelembe venni, de a szükségleteknek, a célszerű beavatkozások körének várható jövőbeli változásait is. Ehhez kiindulási pontot, tervezési keretet a 2011 második félévében elfogadandó új Nemzeti Drogstratégiában foglaltak jelenthetnek. A jelenleg tervezhető források ismerete mellett hasznos továbbá, ha a jövőbeli, ilyen célra tervezett forrásokra vonatkozó becslések is rendelkezésre állnak.

A fentiekből következően a sikeresen végrehajtható tervek elkészítéséhez három feltétel megléte nélkülözhetetlen:

- speciális tervezési szakismeret alkalmazása,
- a tervezés kiindulópontjául szolgáló információk, valamint
- a tervezett célok eléréséhez a végrehajtásban szerepet vállaló felek bevonása.

Mint a fentiekben láttuk, a szolgáltatási kapacitások fejlesztésére, elosztására vonatkozó döntések támogatásához speciális, multi- és interdiszciplináris (addiktológia, epidemiológia, egészségpolitika, szociológia, neveléstudomány) tudás alkalmazására van szükség. Megállapítható tehát, hogy olyan **szolgáltatás-tervezési szervezetre** van szükség, amely beszerzi a tervezéshez szükséges adatokat, információkat, kulcsindikátorok mentén monitoroz, elemzéseket, előrejelzéseket készít a központi és az alatti szinteken a döntéshozók számára. A sajtóságos szakmai követelmények és módszertan (mint pl. a szükséglet-elemzés, vagy a szakpolitikai hatáselemzés [Fretheim et al. [2010]], a rendszerszemléletű tervezés) miatt célszerű lenne országosan egyetlen ilyen szervezetet intézményesített keretek között működtetni. A szervezet a korábban már említett **közpolitikai hálózat részeként, az országos hálózattírányító mellett** végezné a központi tervezési feladatokat.

A tervezést végző különböző szakterületeket képviselő szakemberek mellett az említett témákkal kapcsolatos megbízható információk is nélkülözhetetlenek a döntések előkészítéséhez. A kielégítő működés további feltétele a tervezéshez szükséges adatokhoz való hozzáférés is, amit általában nagy, országos **adatgyűjtő szervezetek** (pl. OEP, KSH) biztosítanak.

A szolgáltatás-tervezéshez szükséges források biztosítására többféle megoldás felvázolható. Amennyiben létezik a rendszerben központi hálózattírányító, akár már a költségvetési alkufolyamat során, a kábítószerügyre fordítható források megszerzésekor elkülönítheti az összeget a szolgáltatás-tervezés céljára. A források – kevesebb hatáskörrel bíró

hálózatirányító esetében – biztosíthatóak ugyanakkor az érintett (egészségügyi, szociális, igazságügyi, oktatásügyi, önkormányzatok) ágazati költségvetések meghatározott hányadának felhasználásával is. A központi hálózatirányító az erőviszonyoktól függően többféle stratégiával (kooperatív, manipulatív vagy tekintélyelvű) elérheti ezt az eredményt.

A fentiek alapján, a szolgáltatások tervezésének az erőforrások fejlesztésén és elosztásán túl az együttműködést elősegítő tényezőkre is ki kell terjednie. Ennek leglényegesebb eleme az érintett szereplőknek (beleértve a betegek és kliensek képviselőit is) a tervezés folyamatába való bevonása. A szolgáltatások összehangolását segítheti elő a szolgáltatás-tervezés kapcsán (szerepek elkülönülése, ideológiai konszenzus és szervezeti kultúra és koordináció dimenziókban) az **együttműködés előnyét és szükségességét tudatosító képzés, továbbképzés, a szervezetek együttműködését előíró és lehetővé tevő jogszabályi keretek, szakmai szabályozóanyagok** és a szabályozott cselekvés ellenőrzését szolgáló **regionális irányító** is.

4.2. A kevert módszer (kereszt-kontroll technika) alkalmazása a kábítószer-problémára vonatkozó információk összegzésére

A kevert módszer többféle megközelítéssel, értelmezési keretben gyűjtött adatok olyan együttes értékelését jelenti, mely az egyes elemek külön-külön történő értékeléséhez képest többlettudást eredményez. Alternatív elnevezésként használatos kereszt-kontroll (*cross-checking*) módszer illetve a szakirodalomban gyakran triangularizációnak (*triangulation*) nevezett eljárás több szinonimája és többféle értelmezése is elterjedt az utóbbi években. A két vagy több szempontú megközelítés miatt nevezik ezt a megközelítést *mixed-method*, *multi-method*, *multi-level*, *multi-investigator* kutatásnak is, ma pedig a leggyakrabban használt megnevezés a kevert módszer (*mixed method*).

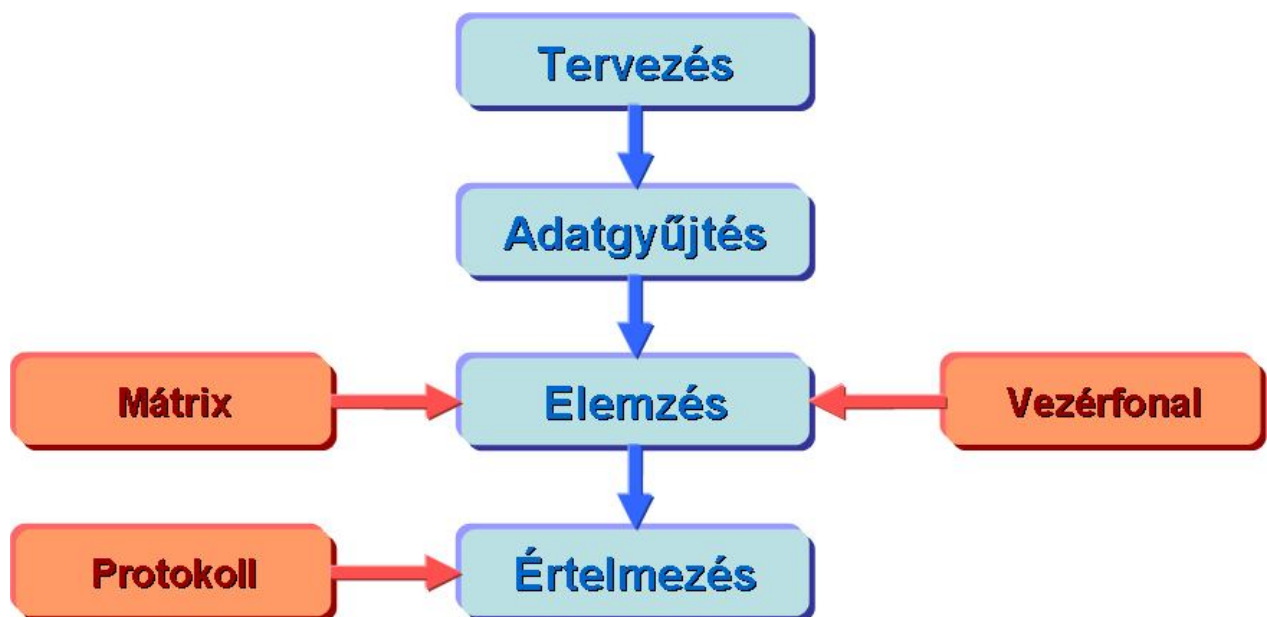
A módszer megalapozása Norman Denzin nevéhez fűződik [Denzin [1970]], ő a triangularizáció négyféle típusát különböztette meg. Az adat-triangularizáció (*data triangulation*) esetén különböző forrásokból származó adatokat elemeznek ugyanazon vizsgált jelenség jobb megismerésére. A kutató-triangularizáció (*investigator triangulation*) olyan megoldást jelent, amikor több elemző értékeli ugyanazokat az adatokat. Elmélet-triangularizációnak (*theory triangulation*) nevezte azt az esetet, amikor az eredményeket különböző, alternatív szemléleti keretben értelmezik. Módszer-triangularizáció (*method triangulation*) pedig, meghatározása szerint, különböző módszerek ugyanazon jelenség megismerésére történő alkalmazása. A szakirodalomban találkozni lehet még egy ötödik típussal is, az analízis-triangularizációval (*analysis triangulation*), amely ugyanazon adatokon különböző elemzések elvégzését értik. [Ashatu[2009]]

Hangsúlyozni kell, hogy a kvalitatív és kvantitatív módszerek kombinációja, egymás utáni alkalmazása, nem egyenlő azok integrált használatával, azaz a kevert módszer kutatási stratégiával. [Moran-Ellis et al. [2006]] Közismert példa a kvalitatív és kvantitatív módszerek egymást követő használata a kérdőívfejlesztésben. E folyamatban ugyanis először egy-egy személyen kvalitatív módszerrel tesztelik a megfogalmazott kérdéseket, majd fókuszcsoportokban vizsgálják az érthetőséget és az értelmezhetőséget, végül pedig az elővizsgálatban gyűjtött tapasztalatok alapján véglegesítik a kérdőívet a kvalitatív kutatáshoz. A kevert módszer, Denzin értelmezésében, ugyanarra a célra alkalmazza a különböző módszereket, míg az előző példában a kvalitatív módszer a kérdőívfejlesztést, a kvantitatív

pedig egy kutatási kérdésnek a kérdőíves felméréssel történő megválaszolását célozta. Megjegyezzük továbbá, hogy a módszerek között nem feltétlenül kell kvalitatív mellett kvantitatívnak is lennie, csupán a többféleség, azaz a többféle megközelítés a kritérium.

Módszerek integrálásának gyakorlata

A következőkben három, a gyakorlatban leginkább elterjedt kevert módszer alkalmazási megoldást tekintünk át. [O’Cathain et al. [2010]] Kettő esetében az elemzés, a harmadiknál az interpretáció szakaszában történik meg az integráció. (5. ábra)



5. ábra: Három kevert módszer alkalmazási eljárás az integráció szintje szerint

A különböző módszerekkel gyűjtött adatok integrált elemzését valósítja meg a „**vezérfonal eljárás**” („*following the thread*”). [Moran-Ellis et al [2006]] Az eljárás kiinduló elemzése során a kutatók – az előzetes irodalomkutatás tapasztalatait és a vizsgálat fő célkitűzését figyelembe véve – sorra veszik az egyes adatbázisokat, és mindegyik adatformához meghatározzák a további vizsgálatra érdemes fő témákat és az azokhoz tartozó elsődleges kutatási kérdéseket. Ezt követően minden egyes adatbázis fő témájához kapcsolódó kutatási kérdést a többi adatforma egyenkénti elemzésével megpróbálják megválaszolni. Vagyis egy adatformában felvetett kérdés szolgált vezérfonalként a többi adatforma elemzésekor.

Ugyancsak az elemzés szintjén valósítják meg az integrációt a „**mátrix eljárás**” („*mixed methods matrix*”) alkalmazásakor. A kevert módszer használatakor kijelölhetők olyan vizsgálati alanyok/tárgyak, amelyek többféle adatgyűjtésben is szerepeltek. Ezeket az eseteket az ún. meta-mátrixok soraiba helyezik el, míg az oszlopokban az egyes esetekhez tartozó, a különféle módszerekkel gyűjtött adatok találhatók. Ez az elrendezés lehetőséget kínál a kutató számára ugyanazon esetekre vonatkozó kvalitatív és kvantitatív adatok együttes elemzésére. Talán a legrészletesebben ismertetett, az interpretáció szintjén használt eljárás a „**protokoll eljárás**” („*triangulation protocol*”), amelyet bár több kvalitatív módszer együttes használatára fejlesztettek ki, de sikerrel alkalmazható kevert módszerekre is. [Farmer et al. [2006]] Az eljárás első lépéseként a különböző módszerekkel nyert eredményeket összefoglaló ún. konvergencia jelölő táblázatot („*convergence coding matrix*”) készítenek. A táblázatban megjelölik azokat az eredményeket, amelyek teljesen vagy részlegesen megegyeznek, azokat, amelyek nincsenek, és azokat, amelyek ellentmondásban vannak. A semleges kategóriába eső, azaz az egymásnak nem ellentmondó eredmények olyankor fordulhatnak elő, amikor a különböző módszerek nem egyformán alkalmasak a vizsgált jelenség egy oldalának vizsgálatára. Amikor a kutatók elvárásaival ellentétben ilyen „meglepetésszerű” semlegességet („*surprise silence*”) tapasztalnak, az okok boncolgatása segíthet a jelenség jobb megértésében, vagy akár további vizsgálat kezdeményezésének lehetőségét is felvetheti. Ez az eljárás segít a kutatóknak abban, hogy az eredményekről egy-egy módszer értelmezési kereteiben gondolkodjanak, és hogy felismerjék a módszerektől független ún. meta-témákat.

5. Mellékletek

Az Egyesület Királyság kábítószerügyi politikája

Az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) országjelentése szerint az Egyesült Királyságban a 2003-2007 közti becslések alapján 400 000-re tehető a problémás szerhasználók száma. 2008-as adatok alapján 1607 járóbeteg-ellátó, 117 fekvőbeteg-ellátó központ, és 217 körzeti orvosi rendelő állt a rászorulóknak rendelkezésére. A szerhasználók ellátása helyi partnerségeken keresztül történik, melyek egészségügyi, szociális ellátó, illetve büntetés-végrehajtási szervezeteket ölel fel.

Az Egyesült Királyságban, és különösen Angliában a kezelés négy szintű rendszerben történik:

- Első szint: általános információnyújtás, tanácsadás, felmérés és továbbutalás speciális szolgáltatásokra.
- Második szint: drop-in szolgáltatás, információnyújtás és ártalomcsökkentés (pl. tűcsere).
- Harmadik szint: speciális közösségi szolgáltatások, előírt ellátás, strukturált egész napos programok, pszichoszociális ellátás (pl. tanácsadás és kezelés, valamint közösségi detoxikálás).
- Negyedik szint: fekvőbeteg-ellátás, beleértve a detoxikálást és a lakóhelyi rehabilitációt.

Az Egyesült Királyságban a társadalmi reintegráció a kábítószerügyi politika egyik kulcsfontosságú eszköze, Angliában és Walesben pedig a büntetés-végrehajtás rendszerében is törekednek a szerhasználók társadalmi reintegrációjára. 2008 elején megszületett az Egyesült Királyság újabb tízéves drogstratégiája, azonban a 2010. májusi kormányváltást követően 2010 decemberére készült el az új koncepció. Mindeközben azonban Észak-Írország (2006-2011), Skócia (2008) és Wales (2008-2018) is rendelkezik saját, a 2008-as, Egyesült Királyságra vonatkozó koncepcióval összhangban levő stratégiával.

A új stratégia céljai az előzetes várakozások alapján az alábbiak voltak:

- Nagyobb figyelem az egyénre szabott kezelésekre, biztosítva a kezelések bűnözéscsökkentő hatását
- A drogellenes küzdelem keretében indított akciók bevonása a „Nagy Társadalom”-ba
- A droggal kapcsolatos kérdések holisztikus kezelése az alkoholfüggőséggel, gyermekvédelemmel, szellemi egészséggel, foglalkoztatással és lakhatási ügyekkel
- A kasszák és a felelőségek áthárítása, ahol csak lehetséges, a szolgáltatások helyi szinten történő megrendelése
- A kasszák és finanszírozási csatornák egyszerűsítése és eredményalapúvá tétele
- A droghasználat társadalmi költségeinek csökkentése.

Az Egyesült Királyság Drog Fókuszpontjának 2010-es jelentése beszámol többek között arról is, hogy a bizonyítottan hatásos kezelések kapacitása az elmúlt években jelentősen növekedett, mely szignifikáns pénzügyi befektetést is igényelt. Arról azonban, hogy a befektetések mennyiben térültek meg társadalmi szinten, a jelentés nem tartalmaz megállapításokat.

Meg kell említenünk még, hogy hét, két év időtartamú „Változtatás a Drogrendszerben” pilot program is a félidejéhez érkezett 2010-ben, az erről szóló félidei jelentés a rendelkezésünkre álló információk alapján már elkészült, annak tartalma azonban nem ismert.

Források:

EMCDDA Country Report: United Kingdom

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/uk>

UK Focal Point on Drugs: United Kingdom Drug Situation 2010 Edition

<http://www.nwph.net/ukfocalpoint/>

Igazságügyi Elmeszakértői Partnerség – egy kudarc okai

Helen Dickinson és Jon Glasby 2010-es tanulmánya egy konkrét esettanulmányon (a részt vevő intézmények anonimitását ugyanakkor fantázianevek használatával – Springfield és Shelbyville – őrizve meg) keresztül mutatja be, milyen buktatókkal kell szembenéznie egy partnerségi viszonyt kialakító egészségügyi társulásnak. A partnerség két, az Egyesült Királyságban működő intézmény között valósult meg, melyek közül az egyik elismert, kedvező fekvésű, nagyobb kapacitásokkal és kiváló szakemberekkel rendelkezik (Springfield). A másik szervezet (Shelbyville) szinte minden tekintetben az előbbi ellentétéként írható le. Az esettanulmány részletesen bemutatja, hogy a névleges „partnerség” valójában a nagyobb kapacitásokkal, több és jobb erőforrással bíró fél akarátának a gyengébb partnerre való „ráerőszakolásaként” valósult meg.

A szerzők az esettanulmány alapján a következő általános veszélyekre hívják fel a figyelmet:

- A partnerségtől várható eredmények tisztázásának hiánya
- A „partnerség” szó használata a potenciális ellenállás csökkentéséért
- A részt vevő felek szervezeti mozgatórugóinak titokban tartása
- A részt vevő felek szervezeti mozgatórugóinak tisztázatlansága
- Irreális és túlzott elvárások a partnerségtől
- Az együttműködés részleteinek kidolgozatlansága

Az itt felsorolt buktatók bármilyen partnerség sikerét veszélyeztethetik, így a magyarországi térségi ellátóhálózatok esetében is hasznos lehet szem előtt tartani őket.

Forrás: Dickinson – Glasby [2010]

Szervezetközi partnerségek Ausztráliában

Ausztrália az 1990-es évek elejétől kezdődően többféle partnerség keretében próbálta az alapellátás és a közegészségügy hatékonyságát javítani. McDonald et al. [2009] és Lewis et al. [2008] tanulmányaikban a 2000-ben megjelenő PCP-k (Primary Care Partnership) működését vizsgálták (ezek az ún. interorganisational – szervezetközi formák). Az ún. PCP forma amiatt tarthat számot érdeklődésünkre, mert McDonald et al. [2009] p. 265. rámutat, hogy „...a PCP-k sokkal inkább decentralizált hálózatoknak tekinthetők, melyek széles közszolgáltatásokat nyújtó szereplőket fognak össze...”

A tanulmány a PCP-ket a következő jellemzőkkel definiálja:

Szervezeti cél

- A közszolgáltatások hatékonyabb koordinációja, integrált egészségtervezés.

Számonkérhetőség

- A kormány és a helyi választókerület felé.

Hajtóerők

- A tagszervezetek és az egyének meggyőzése, további erőforrások becsatornázása.

Irányítás

- Több érdekcsoport részvételével, közösség-orientált modell.

Együttműködési mechanizmusok

- Együttműködési szint: koordináció; Konzisztens standardok, ebből adódóan megismerhető teljesítmény.

Együttműködési kapcsolatok

- Közös alap: fejlett szolgáltatás-koordinálás; Fő fókusz: közösségi egészségügyi szolgáltatók.

Lewis et al. [2008] tanulmányukban két konkrét PCP hálózati struktúrájának dinamikus változását követték nyomon három éven keresztül. Jelen tanulmány számára legfontosabb következtetések azok voltak, hogy habár a struktúrák a vizsgált időszak alatt jelentősen változtak, a független hálózatirányító központi szerepe mindvégig megmaradt. Ebből adódóan a szerzők fontosabbnak látják azt, hogy a hálózatirányító finanszírozása folyamatos legyen, mint a hálózatot a finanszírozóval összekötő szereplőé.

Hivatkozások

Az Országgyűlés 96/2000. (XII. 11.) OGY határozata a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról

Az Országgyűlés 106/2009. (XII. 21.) OGY határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról

Acevedo, Beatriz - Common, Richard [2006]: Governance and the management of networks in the public sector. Public Management Review, Sep2006, Vol. 8 Issue 3, pp. 395-414.

Ashatu, H. [2009]: The use of Triangulation in Social Sciences Research: Can qualitative and quantitative methods be combined? Journal of Comparative Social Work, 2009, pp. 1-12.

Bazzoli, Gloria J. – Chan, Benjamin – Shortell, Stephen M. [1999]: Interorganizational Strategies in the Health Industry: Effects on Hospital Financial Performance. Academy of Management Proceedings & Membership Directory 1999, pp. B1-B6

Benson, J. K. [1975]: The Inter-Organizational Network as a Political Economy. Administrative Science Quarterly, 20, pp. 229-249.

V. Bodnár – D. Dankó – Gy. Drótos – N. Kiss – M. Molnár – É. Révész [2005]: The Impact of the Institutional Setting of Health Provision on Network Performance – The Case of Managed Care Organizations in Hungary. Konferenciatanulmány (IRSPM, 2005)

Bryman, A. [1988]: Quantity and quality in social research. Unwin Hyman Publications, London, 1988

Bugarszki Zsolt [2010]: A jelenleg Magyarországon a "szociális" szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. TÁMOP 5.4.1. tanulmány

http://84.206.8.166/dokumentum/IV_2211_Szocialis_szolgaltatasok_tervezese_101003.pdf

Denzin, N. K. [1970]: The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological methods. Butterworths, London, 1970.

Dickinson, Helen - Glasby, Jon [2010]: Why Partnership Working Doesn't Work. Public Management Review, Nov2010, Vol. 12 Issue 6, pp. 811-828.

Domokos T. - Fábrián R. - Horváth G. Cs. - Márványkövi F. - Mervó B. - Rácz J. [2010]: A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása. Módszertani tanulmány. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2010.

Entwistle, Tom - Bristow, Gillian - Hines, Frances - Donaldson, Sophie - Martin, Steve [2007]: The Dysfunctions of Markets, Hierarchies and Networks in the Meta-governance of Partnership. Urban Studies, Jan2007, Vol. 44 Issue 1, pp. 63-79.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Country Overview: United Kingdom, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/uk>
(Utolsó megtekintés: 2011. június 10.)

Farmer, T. - Robinson, K. - Elliott, S. J. - Eyles, J. [2006]: Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research. Qualitative Health Research, March 2006 vol. 16. no. 3., pp. 377-394.

Fretheim A. - Oxman A. D. - Lavis J. N. - Lewin S. [2009]: Planning monitoring and evaluation of policies. SUPPORT Tools for Evidence-informed Policymaking in health. Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S18

Hajnal György [2011]: A helyi addiktológiai szolgáltatások eredmény- és költségmonitoring rendszerének elvi keretei. TÁMOP 5.4.1. tanulmány

Hudson, B. [2004]: Analysing Network Partnerships. Public Management Review, Vol. 6, No.1, pp. 75-94.

Kiss Norbert [2005]: Networks and network performance in the public sector. Konferenciatanulmány (EMNET, 2005)

Mervó Barbara [2011]: Fejlesztési célok elemzése a szükségletfelmérés tükrében. TÁMOP 5.4.1. tanulmány
http://84.206.8.166/dokumentum/1304941627tamop_celok_szuksegletek_1100505.pdf

Mariken TW Leurs - Ingrid M Mur-Veeman - Rosalie van der Sar - Herman P Schaalma - Nanne K de Vries [2008]: Diagnosis of sustainable collaboration in health promotion – a case study. BMC Public Health 2008 Nov 07; Vol. 8, pp. 382

Lewis, Jenny M. [2005]: A network approach for researching partnerships in health. Australia & New Zealand Health Policy (ANZHP) 2005, Vol. 2, pp. 1-11.

Lewis, Jenny M. - Baeza, Juan I. - Alexander, Damon [2008]: Partnerships in primary care in Australia: Network structure, dynamics and sustainability. Social Science & Medicine, Jul2008, Vol. 67 Issue 2, pp. 280-291.

McDonald, Julie - Powell Davies, Gawalne - Cumming, Jacqueline - Fort Harris, Mark [2007]: What can the Experiences of Primary Care Organisations in England, Scotland and New Zealand Suggest About the Potential Role of Divisions of General Practice and Primary Care Networks/Partnerships in Addressing Australian Challenges? Australian Journal of Primary Health, Aug2007, Vol. 13 Issue 2, pp. 46-55.

McDonald, Julie - Davies, Gawaine Powell - Harris, Mark Fort [2009]: Interorganisational and interprofessional partnership approaches to achieve more coordinated and integrated primary and community health services: the Australian experience. Australian Journal of Primary Health, Dec2009, Vol. 15 Issue 4, pp. 262-269.

Moran-Ellis, J. - Alexander, V. D. - Cronin, A. - Dickinson, M. - Fielding, J. - Sleney, J. - Thomas, H. [2006]: Triangulation and integration: processes, claims and implications. Qualitative Research, 2006 vol. 6., pp. 45-59.

Mur-Veeman I. - van Raak A. [1994]: Interorganizational networks on the Dutch home health care market. *International Journal of Health Planning and Management* 9: pp. 245-258.

Nemzeti Szociálpolitikai Konceptió 10. verzió

http://www.szozsak.hu/adat/dokumentumtar/hu32_NSZK_2011_10.pdf

(Letöltve: 2011. május 20.)

Nemzeti szociálpolitikai koncepció – FÓRUM

http://www.szozsak.hu/index.php?page=forum_topic&nyelv=hu&topic_id=17

(Legutolsó megtekintés: 2011. június 6.)

O'Cathain, A. - Murphy, E. - Nicholl, J. [2008]: Multidisciplinary, Interdisciplinary, or Dysfunctional? Team Working in Mixed-Methods Research. *Qualitative Health Research*, 2008 vol. 18., pp. 1574-1585.

O'Cathain, A. - Murphy, E. - Nicholl, J. [2010]: Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *British Medical Journal*, Sept 2010 vol. 341.

Percival, Garrick L. [2009]: Exploring the Influence of Local Policy Networks on the Implementation of Drug Policy Reform: The Case of California's Substance Abuse and Crime Prevention Act. *Journal of Public Administration Research & Theory*; Oct2009, Vol. 19 Issue 4, pp. 795-815.

Pope, Jeanette - Lewis, Jenny M. [2008]: Improving Partnership Governance: Using a Network Approach to Evaluate Partnerships in Victoria. *Australian Journal of Public Administration*, Dec2008, Vol. 67 Issue 4, pp. 443-456.

Provan, Keith G.; Milward, H. Brinton [1995]: A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, Mar1995, 40: pp. 1-33.

Provan, K.G. - Huang, K. - Milward, H.B. [2009]: The Evolution of Structural Embeddedness and Organizational Social Outcomes in a Centrally Governed Health and Human Services Network. 2009 Journal of Public Administration Research and Theory, 19: pp. 873-893.

Raak, Arno van – Aggie Paulus [2001]: A Sociological Systems Theory of Interorganizational Network Development in Health and Social Care. Systems Research & Behavioral Science May/Jun2001, Vol. 18 Issue 3, pp. 207-224.

Rodríguez, Charo - André-Pierre Contandriopoulos - Danielle Larouche [2006]: Implementation Evaluation of an Integrated Healthcare Delivery Initiative for Diabetic Patients. Healthcare Policy Vol. 1 No. 3 2006, pp. 99-120.

Sebestyén Edit [2011]: A régiós helyzetelemzéseken alapuló fejlesztési célok megvalósíthatósági tanulmányainak összegzése. TÁMOP 5.4.1. tanulmány
http://84.206.8.166/dokumentum/IV_1242_MAT_tanulmany_vegl_110411.pdf

Seddon, Terri - Billett, Stephen - Clemans, Allie [2005]: Navigating Social Partnerships: Central Agencies - Local Networks.
British Journal of Sociology of Education, v26 n5 pp. 567-584. Nov 2005

UK Focal Point on Drugs: United Kingdom Drug Situation 2010 Edition
<http://www.nwph.net/ukfocalpoint/>

Vitrai József - Kiss Norbert - Kriston Vízi Gábor [2010]: A jelenleg Magyarországon az egészségügyi szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése. TÁMOP 5.4.1. tanulmány
http://84.206.8.166/dokumentum/IV_2211_Egeszsegugyi_szolgaltatasok_tervezese_vegleges.pdf

Vitrai, J. - Hermann, D. - Kaposvári, Cs. - Kabos, S. - Löw, A. - Várhalmi, Z. [2008]: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez. EgészségMonitor. 2008.

Vitrai József [2010]: Különböző módszerekkel nyert kábítószerproblémára vonatkozó adatok eltérésének értékelése, értelmezése. TÁMOP 5.4.1. tanulmány

[http://84.206.8.166/dokumentum/IV_1222_Keresztkontroll_vegl\[1\].pdf](http://84.206.8.166/dokumentum/IV_1222_Keresztkontroll_vegl[1].pdf)

WHO [2000]: Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series, WHO, Genf, 2000.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html

WHO [2003]: Planning and budgeting to deliver services for mental health. In: Mental Health Policy and Service Guidance Package. Egészségügyi Világszervezet, Genf, 2003.

Yuchtman E, Seashore S. [1967]: A system resource approach to organizational effectiveness. American Sociological Review 32(6): pp. 891-903.