

Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

II. évf. 4. szám 2003. augusztus

Fogyatékkal élőkről

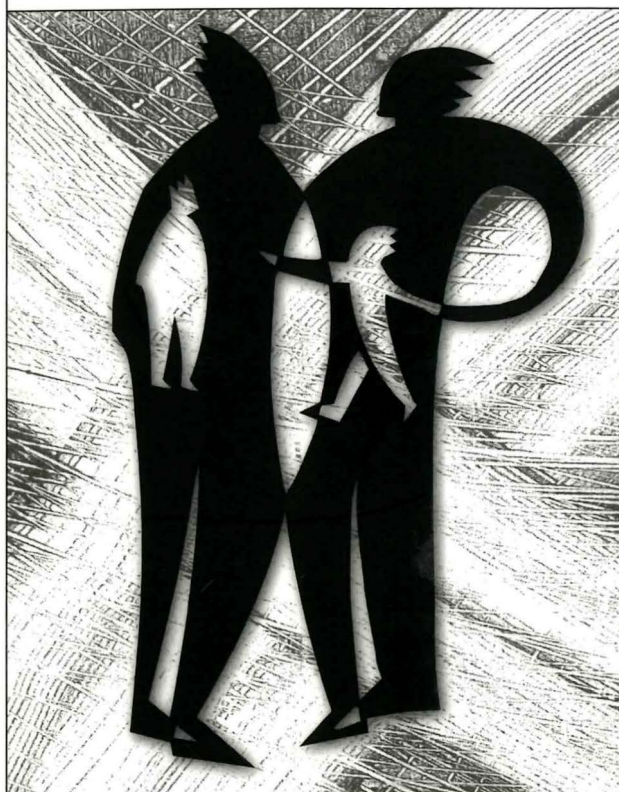
2

Egy angol kollégiumról

16

Az idősellátásról

20



A módszertani intézményekről

34

A videotréningről

42

A kisebb egyházakról

56

7

WCH

Hronyecz Ildikó - Mátics Katalin

A felnőtt korú fogyatékkal élők bentlakásos intézményi ellátásáról

Társadalmunk fogyatékkal élő tagjai speciális szükségleteik miatt fokozott figyelmet igényelnek. A fogyatékkal élő embereknek is joguk van úgy élni, mint más, nem fogyatékos személyeknek. Természetesen nekik is legelőnyösebb a családi, szülői környezet, amely leginkább megteremti a kötődés, érzelmi biztonság lehetőségét. Ugyanakkor azok számára, akiknek nincs családjuk, vagy családjukban nem elhelyezhetők, akik rendszeres gondozást és ápolást igényelnek, mindenképpen szükségszerű megoldást jelentenek a bentlakásos intézmények. Az intézményi élet, mint a speciális segítségnyújtás formája szembeállítható az előbb említett normalizációs követelményekkel a természetesen korlátozó életforma miatt. Annak érdekében, hogy a fogyatékkal élő emberek életmódja, életminősége közelíthessen a nem fogyatékkal élőkéhez, szükségszerű az intézményi sokszínűség, sokoldalúság. Ez a rendszer szolgálhatja azt a célt, hogy a fogyatékkal élők a számukra megfelelő szintű és tartalmú segítséget kapják, s egyben az önállóság számukra lehetséges szintje is biztosítottá váljon a rendszer rugalmassága révén. Az előbb említett törekvés megvalósíthatóságának biztosítékai a jogszabályi, rendeleti háttér, a szakmai hozzáértés és az elfogadó, humánus szemlélet.

Az alábbiakban olvasható elemzés egy 2001-ben felvett, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Szociálpolitikai Főosztályának munkatársai által összeállított és elemzett, önkitöltős, kérdőíves lekérdezés alapján készült el.

Vizsgálatunk a Magyarországon működő felnőtt korú fogyatékkal élők bentlakásos intézményeit célozta meg, amely magában foglalja a fogyatékkal élők ápolást, gondozást nyújtó intézményeit, rehabilitációs intézményeit, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeit és lakóotthonait.

A mintavétel sajátosságai

A mintavétel szakembereink által összeállított címlista alapján történt, de a teljes körűség nem volt biztosított. Így 167 intézményhez juttattuk el kérdőíveinket, amelyből 122 érkezett vissza; ez 73, 1%-os a visszaérkezési arányt jelent.

A Központi Statisztikai Hivatal 2001. évi adatai szerint tartós ápolást, gondozást, valamint tartós ápolást, gondozást és rehabilitációt biztosító intézményből 131 működik az országban. Önálló rehabilitációs intézmény 10 van, míg lakóotthon 33. Felnőtt korú fogyatékkal élők otthonát, amely átmeneti ápolást, gondozást nyújt, 5 intézmény működtet. Összesen tehát 174 intézmény az, amelyet a jelen téma érinthet a hivatalos statisztikai adatok szerint.

Mintánkban 82 ápolást, gondozást nyújtó intézmény adatai kerültek feldolgozásra, rehabilitációs intézményként 13 intézmény jelent meg. Itt magyarázatra szorul felmérésünk és a KSH adatai közötti különbség. Ezen kutatás adatbázisában hárommal több rehabilitációs intézmény szerepel, mivel azok közül, amelyek a KSH adatai szerint „tartós ápolást, gondozást és rehabilitációt” végzők, ebben a felmérésben tisztán rehabilitációs intézményként jelentek meg. Mintánkba 24 lakóotthon és 3 átmeneti ápolást, gondozást nyújtó intézmény került. Ha a KSH adatait és az alábbiakban elemzett kutatás elemszámát összevetjük, azt láthatjuk, hogy a KSH hivatalos adataiban szereplő, fogyatékkal élőket ellátó bentlakásos intézmények 70, 11%-át sikerült a mintánkban szerepeltetni.

Kérdőívünk - tartalmát tekintve- egyrészt az érvényben lévő törvényi és jogszabályi megfelelést¹ igyekszik vizsgálni, másrészt kísérletet tesz az intézmények funkcionális és diszfunkcionális jelenségeinek feltárására.

Az ellátás területi eloszlásáról, az intézmények megnyitásáról

Az intézmények regionális elhelyezkedését tekintve szembetűnő különbségeket láthatunk. Az összes vizsgált intézmény legmagasabb arányban a Dél-Alföldön (19, 2%) helyezkedik el. Nem sokkal marad el e mögött az észak-alföldi (15, 8%) és a közép-magyarországi régió (15, 8%). A vizsgált intézmények legkisebb hányada a közép-dunántúli (8, 3%) és a nyugat-dunántúli régióban (11, 7%) található. Láthatjuk, hogy az intézményekben gazdagabb, illetve gyérebben ellátott régiók közt közel kétszeres a különbség.

Az intézmények elhelyezkedését településtípusonként is érdemes megvizsgálni. A fogyatékkal élőket ellátó bentlakásos intézmények 48, 3 %-a községekben foglal helyet, 14, 2 %-a városokban, 12, 5 %-a megyei jogú városokban, 8, 3 %-a nagyközségekben és 6, 7%-a a fővárosban. A Nyugat-Dunántúlon (10%), illetve Dél-Dunántúlon (9, 2%) található nagyobb arányban községek területén az ilyen jellegű intézmények. Településtípus és regionális megoszlás tekintetében kirívónak tűnik az is, hogy a Dél-Alföld városaiiban az összes intézmény 9, 2 %-a található. (1.sz. táblázat)

1. sz. táblázat

Az intézmények megoszlása a régiók és településtípusok viszonylatában

Régió		főváros	megyei jogú város	város	nagy- község	község	összesen
Nyugat-Dunántúl	intézmények	-	2	-	-	12	14
	%	-	1,7	-	-	10,0	11,7
Közép-Dunántúl	intézmények	-	-	3,0	-	7,0	10,0
	%	-	-	2,5	-	5,8	8,3
Dél-Dunántúl	intézmények	-	1,0	5,0	-	11,0	17,0
	%	-	0,8	4,2	-	9,2	14,2
Észak-Magyarország	intézmények	-	2,0	5,0	1,0	10,0	18,0
	%	-	1,7	4,2	0,8	8,3	15,0
Észak-Alföld	intézmények	-	5,0	1,0	3,0	10,0	19,0
	%	-	4,2	0,8	2,5	8,3	15,8
Dél-Alföld	intézmények	-	5,0	11,0	2,0	5,0	23,0
	%	-	4,2	9,2	1,7	4,2	19,2
Közép-Magyarország	intézmények	8,0	-	4,0	4,0	3,0	19
	%	6,7	-	3,3	3,3	2,5	15,8
Összesen	intézmények	8,0	15,0	29,0	10,0	58,0	120,0
	%	6,7	12,5	24,2	8,3	48,3	100,0

Ápolást, gondozást nyújtó intézmény, rehabilitációs intézmény, lakóotthon minden régióban működik. A vizsgálatban szereplő 3 átmeneti elhelyezést nyújtó intézményből egy az észak-alföldi, egy a dél-alföldi és egy a közép-magyarországi régióban található.

Az intézmények elhelyezkedését és telepítésük időpontját együttesen vizsgálva a következő tendenciák figyelhetők meg:

A rendszerváltást megelőző években az intézmények 63-64%-át községekbe telepítették. Ugyanakkor az utóbbi években már csak fele annyi, 30% körüli azoknak az intézményeknek az aránya, amelyek községekbe kerültek, s lényegesen nőtt a megyei jogú városok, illetve a főváros intézményi ellátottsága. A különböző korszakok és a régiókban megnyitott intézmények mennyiségének vonatkozásában nemigen tudunk releváns következtetést levonni. Ha nem régiókat tekintünk, hanem mint földrajzi egységet, a Dunántúlt, s mellette az ország keleti vidékeit, kiemelve ebből a közép-magyarországi régiót, azt tapasztaljuk, hogy összesen 33 intézmény foglal helyet a Dunántúlon, és 57 intézmény az ország keleti területén. Az 1946-tól 1960-ig terjedő időszakban közel kétszer annyi intézmény nyílt az ország keleti részében, mint a Dunántúlon. A következő korszakban, 1961 és 1989 között közel megegyezik a két területen nyitott intézmények száma. A rendszerváltó időszak után visszatért az 1946-1960-as időszak tendenciája, s a keleti országgrészben több mint kétszeres mennyiségű intézmény nyílt. A közép-magyarországi régióban mindegyik említett korszakban jelentősen és folyamatosan nőtt az intézmények száma.

Ha az intézményi típusokat külön vizsgáljuk, látható, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézmények és a rehabilitációs intézmények 46%-a 1946 és 1960 között épült. A későbbi időszakokban ápolást, gondozást nyújtó intézményt egyre alacsonyabb számban nyitottak meg: 1961 és 1989 között 23-at, 1990 után pedig 15-öt. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekhez képest rehabilitációs intézményből lényegesen kevesebb van, de a két későbbi időszakban egyenlő számú (3-3) új intézmény nyitotta meg kapuit. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, valamint a lakóotthonok mindegyike 1990 után nyílt.

Az intézmények működtetése, fenntartása, vezetése

Az intézmények fenntartója és működtetője minden esetben azonos. (Továbbiakban az egybeesés miatt a „fenntartó” megnevezést használjuk). Az intézmények túlnyomó része, 75,4%-a, állami fenntartású, 20, 5% non-profit szervezet, 4, 1 % egyházi szervezet.

A 2001. évi adatok alapján az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 84,1 %-a állami fenntartású, 12, 2 %-ának non-profit szervezet, 3, 7 %-ának egyházi szervezet a fenntartója. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények közül egy állami fenntartott, kettő intézmény non-profit szervezet. A rehabilitációs intézmények 92, 3 %-a állami, míg 1 intézmény non-

profit fenntartójú. A lakóotthonok közül 41,7% állami, 50 % non-profit szervezet által fenntartott, míg 2 lakóotthon egyházi fenntartásban működik (2.sz táblázat).

A fenntartói formát vizsgálva nem feledkezhünk meg arról, hogy az intézmények megnyitása mikorra datálódik. Az 1990 előtt nyílt intézmények szinte mindegyike az akkor érvényben lévő szabályozásnak megfelelően állami fenntartású és működtetésű volt. Mindössze két egyházi és egy non-profit szervezet által fenntartott fogyatékkal élőket ellátó bentlakásos intézmény működött. Az 95-96%-os állami fenntartású intézményi arány a rendszerváltást követően megváltozott, hiszen a jogi keretek is megváltoztak. Az azóta megnyitott intézmények 50%-a non-profit szervezet által fenntartott, 43, 2%-a állami fenntartású, s 6,8%-a egyházi fenntartású intézmény. A rendszerváltás előtt megnyitott intézmények fenntartói viszonyai nem változtak meg, azaz maradtak (többnyire) állami fenntartásúak.

2. sz. táblázat

Az intézményi típusok a fenntartók viszonylatában

		Állami fenntartó	Non-profit fenntartó	Egyházi fenntartó	Összesen
Ápolást, gondozást, nyújtó intézmény	Intézmények	69	10	3	82
	%	84,1	12,2	3,7	100
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	Intézmények	1,0	2,0	-	3
	%	33,3	66,7	-	100
Rehabilitációs intézmény	Intézmények	12,0	1,0	-	13
	%	92,3	7,7	-	100
Lakóotthon	Intézmények	10,0	12,0	2,0	24
	%	41,7	50,0	8,3	100
Összesen	Intézmények	92,0	25,0	5,0	122
	%	75,4	20,5	4,1	100

A legutóbbi adatok alapján a fenntartók típusa és az intézmények regionális megoszlása alapján azt látjuk, hogy nem állami fenntartójú (non-profit, egyházi) intézmények legmagasabb arányban Közép-Magyarországon helyezkednek el (55, 5%). Ezzel a viszonylag

magas arányszámmal szemben Nyugat-Dunántúlon és Közép-Dunántúlon kizárólag állami fenntartású intézmények működnek.

A működési engedélyek tekintetében az intézmények 45,1%-a rendelkezik ideiglenes működési engedéllyel, ugyanennyi véglegessel.

Hat olyan intézményt találtunk, amelynek működési engedélye elvi². Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 40,3 %-a, a rehabilitációs intézmények 23,1 %-a rendelkezik végleges működési engedéllyel. A lakóotthonok közül háromnak van ideiglenes működési engedélye, míg az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, amelyekre vannak adataink (2 intézmény), végleges működési engedéllyel rendelkeznek (3.sz. táblázat).

3.sz. táblázat

Az intézményi típusok a működési engedély viszonylatában

		Ideiglen es műk. eng.	Véglege s műk. eng.	Elvi műk. eng.	Nincs működési eng.	Nem derül ki	Összesen
Ápolást-gondozást nyújtó intézmény	intézmény	42	33	6	-	1	82
	%	51,2	40,3	7,3	-	1,2	100
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	intézmény	-	2	-	-	1	3
	%	-	66,7	-	-	33,3	100
Rehabilitációs intézmény	intézmény	10	3	-	-	-	13
	%	76,9	23,1	-	-	-	100
Lakóotthon	intézmény	3	17	-	2	2	24
	%	13	69,6	-	8,7	8,7	100
Összesen	intézmény	55	55	6	2	4	122
	%	45,1	45,1	4,9	1,6	3,3	100

Az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények 22,4%-a a jogszabály által előírt feltételek egyikének nem felel meg, 77,6%-a kettőnél több okot is megjelölt. A leggyakrabban előforduló okokat a 4. sz. tábla mutatja.

4. sz. táblázat

A működési engedélyek ideiglenességének leggyakoribb okai

A működési engedélyek ideiglenességének oka	Intézmény	
	Db	%
Az egy főre jutó lakóterület kevesebb, mint 6m ²	29	56,9
Az intézmény nem rendelkezik valamely törvényben előírt helyiséggel	29	56,9
Van olyan lakószoba, ahol több mint 4 fő lakik	25	49,1
Az intézményben nincs meg az előírt alkalmazotti létszám	18	35,3
Az intézményben alkalmazottak iskolai végzettsége nem felel meg az előírásoknak	17	33,4

Az állami fenntartású intézmények több mint felének ideiglenes a működési engedélye, ez az arány az ő esetükben a legmagasabb. A non-profit fenntartású intézmények 88%-a rendelkezik végleges működési engedéllyel, míg a mintában szereplő valamennyi egyházi fenntartású intézménynek végleges a működési engedélye. Itt nem szabad elfeledkeznünk arról, hogy az intézmények közül az egyházi, illetve a non-profit szervezetek által működtetett intézmények a jogszabály előírásainak ismeretében, illetve tervbe vételének idején vagy az után nyitották meg kapuikat.

5.sz. táblázat

A működési engedélyek típusa az intézmények fenntartóinak viszonylatában

Az intézmény fenntartójának szervezeti formája		A működési engedély típusa					Összesen
		Ideiglenes	Végleges	Elvi	Nincs	Nem derül ki	
állami	intézmény	54	28	6	1	3	92
	%	58,7	30,4	6,5	1,1	3,3	100
non-profit	intézmény	1	22	-	1	1	25
	%	4	88	-	4	4	100

egyházi	intézmény	-	5	-	-	-	5
	%	-	100	-	-	-	100
összesen	intézmény	55	55	6	2	4	122
	%	45,1	45,1	4,9	1,6	3,3	100

Az intézmények alkalmazottairól 116 intézményre vonatkoztatva tudjuk elmondani, hogy összesen 7406 fő alkalmazottjuk van, 1, 8%-ukat mellékállásban foglalkoztatják. Az intézmények 14, 7%-ában dolgoznak önkéntesek, összesen 47 fő.

Az intézmények 51, 6%-ában vannak betöltetlen státuszok. A 63 intézmény 44,4%-a egy típusú státuszt, 27% két, 14,3% három, 12,7% négy típusú státuszt jelölt meg, s egy intézmény jelezte, hogy öt típusú státuszuk nincs betöltve. 52 intézményben összesen 299,5 státusz betöltetlen.

6. sz. táblázat

A betöltetlen státuszok előfordulási gyakorisága

Betöltetlen státusz típusa	Intézmény	%
ápoló	35	55,6
gyógypedagógus	22	34,9
szociális munkás	17	26,9
mentálhigiénés munkatárs	13	20,6
pszichológus	9	14,3
egyéb	30	47,6

Az intézmények kis százaléka jelezte, hogy az alkalmazottak iskolai végzettsége nem megfelelő (az összes intézmény arányában nézve 13, 9%). Ha ezt összehasonlítjuk az alkalmazottak végzettségére vonatkozó konkrét válaszokkal, kiderül, hogy az intézmények 18, 2%-a felel meg annak a jogszabályi előírásnak, mely meghatározza a szakalkalmazottak arányát, ami szakellátást nyújtó intézményekben 80%.

A szakalkalmazottak arányának szempontjából való megfelelést a mintában szereplő intézmények 90,2%-ánál tudtuk vizsgálni. A válaszadó intézmények 33,6%-a a kérdőívek adatai alapján nem felel meg a jogszabályi előírásnak az alkalmazottak szakképzettsége szempontjából, ennek ellenére működési engedélyre végleges. A válaszadók 48,2%-a (53 intézmény) ideiglenes működési engedéllyel rendelkezik, és a szakalkalmazottak aránya sem

éri el a 80%-ot. A működési engedély ideiglenességének okait vizsgáló kérdésünkre azonban csak 17 intézménynél szerepel ez az indok.

7. sz. táblázat

Az intézmények szakalkalmazotti megfelelése az intézmények típusa és működési engedélye viszonylatában

Működési engedély típusa	Szakalkalmazotti megfelelés		Az intézmény típusa				Összesen
			ápolást, gondozást, nyújtó	átmeneti elhelyezést nyújtó	rehabilitációs	lakóotthon	
ideiglenes	megfelel	int.	3	-	1	1	5
		%	4	-	8,3	4,76	4,54
	nem felel meg	int.	42	-	9	2	53
		%	56	-	75	9,52	48,2
végleges	megfelel	int.	5	-	1	9	15
		%	6,7	-	8,3	42,86	13,63
	nem felel meg	int.	25	2	1	9	37
		%	33,3	100	8,3	42,86	33,63
összesen megfelel		int.	8	-	2	10	20
		%	10,7	-	16,7	47,62	18,17
összesen nem felel meg		int.	67	2	10	11	90
		%	89,3	100	83,3	52,38	81,83
Összesen		int.	75	2	12	21	110
		%	100	100	100	100	100

A szakalkalmazottak iskolai végzettségének jogszabályi megfelelése települési típusonként jelentősen különbözik. A megyei jogú városokban (30, 8%), illetve a városokban (29, 2%) a legkedvezőbb a helyzet. Ehhez képest a községekben mindössze az előzőek harmadában (10, 7%) találunk olyan intézményeket, ahol a szakalkalmazottak végzettsége megfelel az előírásoknak. Úgy tűnik, hogy a szakmailag magasabban képzett munkaerő számára a községekben elhelyezkedő intézmények kevésbé vonzóak.

Az intézmények 86, 9%-a előírja alkalmazottainak a szakirányú végzettség megszerzését, ha az szükséges. A szakalkalmazottak szempontjából 89 intézmény nem felel

meg a jogszabályi előírásoknak, közülük nyolcvanban a vizsgálat időpontjában is folytattak az alkalmazottak szakmába vágó tanulmányokat (összesen 530 fő).

A hatályos jogszabály értelmében *intézményvezetői* státuszt olyan személyek tölthetnek be, akik felsőfokú szociális alapvégzettségűek, orvosi, teológusi, pszichológusi diplomások, illetve felső fokú egészségügyi vagy pedagógus végzettségük mellett szociális menedzseri vagy szociális igazgatási végzettséggel rendelkeznek. A gyógypedagógusok, pszichopedagógusok is szakirányú szakképesítéssel rendelkezőknek tekinthetők. A rendelet alapján szakirányú képzettség hiányában betöltheti ezt a státuszt pedagógus, jogász, felsőfokú egészségügyi végzettségű személy. A jogszabályi megfelelés alapján az általunk vizsgált intézmények vezetőinek 70, 3%-a rendelkezik szakirányú szakképesítéssel, 4, 9%-uk a szakirányú szakképesítés hiányában elfogadott végzettségi kategóriába tartozik.

Intézménytípusok megoszlásában vizsgálva a kérdést, az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények mindegyike megfelelt a fenti jogszabályi követelményeknek. A lakóotthonokban 95, 2%-os, rehabilitációs intézményekben 76, 9%-os, az ápolást, gondozást nyújtókban 67, 6%-os ez az arány. Az újonnan létrehozott intézménytípusokban (lakóotthon, rehabilitációs intézmény) magasabb a megfelelési arány, hiszen ezekben már a jogszabály ismeretében választották a vezetőket, míg a régebb óta üzemelő intézményekben hosszabb ideje dolgozó vezetők felzárkóztatásához időre és motivációra van szükség.

Regionális viszonylatban vizsgálva az intézményvezetők végzettségének jogszabályi megfelelését azt láthatjuk, hogy Észak-Magyarországon legkedvezőbb a helyzet (93, 8 %), legkedvezőtlenebb a Közép-Dunántúlon (60%), a többi régióban a megoszlás 68, 8 és 76, 2 % között húzódik.

Az ellátottak csoportjai

Az intézmények 76,1%-ának működési engedélye egy ellátotti csoportra szól, ebből 1,7%-nak (2 intézmény) pszichiátriai betegek ellátására. Az utóbbiak azért jelennek meg vizsgálatunkban, mert ezen intézményekben felnőtt korú fogyatékkal élőket is ellátnak.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények mutatják a legszínesebb képet. Előfordul, hogy a felnőtt korú fogyatékkal élők mellett akár két másik ellátotti csoportot is találunk. Ez közel 30%-ukra jellemző (25 intézmény). A rehabilitációs intézmények és lakóotthonok legnagyobb része működési engedélye alapján tiszta profilú, 1-1 kivételt találunk, ahol a felnőtt korú fogyatékkal élők mellett fogyatékkal élő gyermekeket is ellátnak. (Lakóotthonok esetében ennek az is oka lehet, hogy a rendelet alapján a lakóotthonban élők alsó korhatára 16

év.) Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények kétharmada szintén nyújt gyermekkorú fogyatékkal élők számára ellátást.

8.sz. táblázat

Az intézmény típusa és az ellátottak csoportjai a működési engedély alapján

Milyen típusú ellátásra kapta működési engedélyét?		Az intézmény típusa				Összesen
		ápolást, gondozást nyújtó	átmeneti elhelyezést nyújtó	rehabilitációs	lakóotthon	
Felnőtt korú fogyatékkal élők	intézmény	55	1	12	22	90
	%	67,1	33,3	92,3	95,7	74,4
Pszichiátriai betegek	intézmény	2	-	-	-	2
	%	2,4	-	-	-	1,7
Felnőtt korú és gyermekkorú fogyatékkal élők	intézmény	9	2	1	1	13
	%	11	66,7	7,7	4,3	10,7
Felnőtt korú fogyatékkal élők és pszichiátriai betegek	intézmény	6	-	-	-	6
	%	7,3	-	-	-	4,9
Felnőtt korú fogyatékkal élők és idősek	intézmény	4	-	-	-	4
	%	4,9	-	-	-	3,3
Felnőtt korú fogyatékkal élők, pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek	intézmény	4	-	-	-	4
	%	4,9	-	-	-	3,3
Felnőtt korú fogyatékkal élők pszichiátriai betegek és idősek	intézmény	2	-	-	-	2
	%	2,4	-	-	-	1,7
Összesen	intézmény	82	3	13	23	121
	%	100	100	100	100	100

Ha megnézzük, hogy ténylegesen kik laknak ezekben az intézményekben, árnyaltabb képet kapunk.

A válaszadó intézmények 57%-a tekinthető tiszta profilúnak, ezek azok az intézmények, melyek csak felnőtt korú fogyatékosokat látnak el. Felnőtt korú fogyatékkal élők mellett 17 intézmény foglalkozik még gyermekkorú fogyatékkal élőkkel, 32 pszichiátriai betegekkel, 11 szenvedélybetegekkel, 15 idős emberek ellátásával, 3 autistákkal és 4 egyéb ellátottakkal. Intézménytípusonként vizsgálva elmondható, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 50%-a foglalkozik csak felnőtt korú fogyatékosokkal, 28%-uk még egy, 14,6%-uk kettő, 4,8%-uk három más ellátotti csoporttal is foglalkozik.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézménytípusnál a felnőtt korú fogyatékkal élők mellett leggyakrabban előforduló ellátotti csoport a pszichiátriai betegeké (29 intézményt jelent). Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézménye közül egy foglalkozik csupán felnőtt korú fogyatékkal élőkkel, kettő gyermekkorú fogyatékkal élőkkel is. A vizsgált rehabilitációs intézmények nagy része felnőtt korú fogyatékkal élőket lát el (8 intézmény), a többi mellett jellemzően gyermekkorú fogyatékkal élőkkel foglalkozó részleget találunk (4 intézmény), ám van olyan intézmény, ahol foglalkoznak szenvedélybetegekkel és pszichiátriai betegekkel is. A lakóotthonok 78,3%-a (18 intézmény) nem foglalkozik más ellátotti csoporttal, 3 még gyermekkorú fogyatékkal élőket is ellát, 2 foglalkozik a felnőtt korú fogyatékkal élők mellett pszichiátriai betegek ellátásával is.

Amennyiben a fenntartó szervezeti formájának szempontjából vizsgáljuk ezt a kérdést, elmondható, hogy az állami fenntartású intézmények esetében fordul elő a leggyakrabban, hogy a felnőtt korú fogyatékosok csoportja mellett más ellátotti csoportok is megjelennek. 45,5%-uk nem csak felnőtt korú fogyatékkal élőket lát el, míg ez a non-profit intézmények esetében 29,2%. Egyházi fenntartású intézményeknél nagyobb ez a szám, itt az intézmények háromnegyede foglalkozik más ellátotti csoporttal. Állami fenntartású intézmények esetében fordul elő, hogy egynél több ellátotti csoporttal is foglalkoznak a felnőtt korú fogyatékkal élők mellett, ezek túlnyomó többsége egyébként ápolást, gondozást nyújtó intézmény (35 intézmény).

Az intézmények épülete, elhelyezkedése a településen

Az intézmények 55,1%-ának saját tulajdona az épület, melyben jelenleg működik, 25,4%-a az ingatlan kezelője, 7,6% bérliként ingyenesen használja, 11,9%-áról nem tudjuk, hogy pontosan milyen jogcímen használja az épületet.

Az épületek 22,03%-a épült arra a célra, melyre jelenleg is használják. Állapotuk nagyon változó, ami koruk függvénye is: 22,9%-uk még az 1900-as évek előtt épült, nagy részük (32,2%) 1900 és 1949 között, 15,3%-uk 1950 és 1989 között, 17,8%-uk 1990 után. (Az intézmények 11,9%-a nem tudott / nem akart választ adni erre a kérdésre.) 2000-2001-ben összesen 7 intézmény épült.

Az épületek több mint felében (61,9%) az elmúlt évtizedben sor került legalább részleges felújításra, de 78%-uk öt éven belül újabb felújításra szorul.

Az intézmények elhelyezkedése az adott településen a következő képet mutatja: 62,1%-uk belterületen található, 20,7%-uk külterületen, 13,8%-uk a település határán, 3,4%-uk pedig a település határán kívül.

A lakóotthonok 73,8%-a helyezkedik el belterületen, 13,1%-uk külterületen, és ugyanennyi a település határán kívül. A rehabilitációs intézmények elhelyezkedése vegyes képet mutat, 53,8%-uk található belterületen, 23,1%-uk külterületen, s ugyanennyi a település határán, illetve azon kívül. Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények több mint fele belterületen (58%), 22,2%-uk külterületen, 19,8%-uk a település határán foglal helyet.

A férőhelyekről, az intézményi ellátás igénybevételéről

A KSH adatai alapján a 2000. évben a tartós bentlakásos intézményekben élő felnőtt korú fogyatékosok száma 11778 fő. Az általunk végzett vizsgálat adatai 75,9%-ukat érintik. Célunk a felnőtt korú fogyatékkal élők bentlakásos intézményeinek vizsgálata volt, az adatbázisunkba került intézmények lakóinak 24,8%-a más ellátotti típusba sorolható.

Az intézmények összesen 12386 *férőhellyel* rendelkeznek, melyen a vizsgálat időpontjában összesen 11888 fő lakott, ami az jelenti, hogy az intézmények férőhely-kihasználtsága 95, 6%-os.

Az intézménytípusonkénti bontásból kiderül, hogy a férőhely-kihasználtság az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben 100%-os. Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények kihasználtsága 97,1%-os, a lakóotthonoké 91,8%-os és a rehabilitációs intézményeké 90,2%-os (9.sz. táblázat).

9. sz. táblázat

Az intézmények férőhelyei, lakóinak száma, férőhely-kihasználtsága intézménytípusok alapján

Az intézmény típusa	Intézmények száma	Férőhely	Összes bentlakó	Felnőtt korú fogyatékosok száma	Férőhely kihasználtság
Ápolást, gondozást nyújtó	82	10552	10244	7350	97,1%
Átmeneti elhelyezést nyújtó	3	45	45	32	100%
Rehabilitációs	13	1485	1340	1303	90,2%
Lakóotthon	23	282	259	251	91,8%
Összesen	121	12386	11888	8936	95,6%

Meg kell jegyezni, hogy bár valóban kis számban vannak jelen az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, számolnunk kell velük, hiszen a 2001. évben összesen öt darab átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény volt.

Az intézmények 51,7%-ának az illetékessége a megyében bejelentett lakcímmel rendelkezőkre terjed ki, 23,7%-nak az egész ország területére, 5,08%-nak az településen bejelentett lakcímmel rendelkezőkre, és 5% egyéb kategóriát jelölt meg.

Az elhelyezés iránti kérelem elutasításának leggyakrabban előforduló indoka az, hogy a kérelmező más típusú ellátást igényel (66,1%). Az intézmények 47,7%-ában a férőhelyhiány jelent problémát. A kérelmező felvételéről vagy elutasításáról az esetek többségében (53,4%) szakmai team dönt, 32,2%-ában az intézményvezető egyedül. Az intézmények 83,9%-ában van jogorvoslati lehetősége a kérelmezőnek.

Jogorvoslatért a válaszadó intézmények 49,1 %-ában több helyre is fordulhat a kérelmező. Összességében az esetek 72,9%-ában az intézmény fenntartójához, 22%-ban az intézmény vezetőjéhez, 17,8%-ban az érdekképviselői fórumhoz, 11%-ban a megyei vagy települési önkormányzathoz. (Két – két esetben fordul csak elő, hogy az ágazati minisztériumot, illetve a bíróságot jelölték meg, 8 esetben pedig a szakmai felülvizsgálati fórumot.)

Az intézmények 96,6%-a működik érdekképviselői fórum, két intézmény vállalta fel, hogy nem. A 114 intézménybe összesen 68 esetben érkezett panasz.

A 122 intézményben összesen 980 fő várakozik elhelyezésre, 67,9%-uk (666 fő) több mint fél éve.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben 773 fő várakozik az ellátásra, ebből 522 fő azok száma (a várakozók 67,5 %-a), akik több mint fél éve vannak várólistán. A

férőhelyekhez viszonyítva a várakozók aránya nem túl magas, 4, 94 %. Amennyiben a kihasználtsági mutatókat is figyelembe vesszük, azt mondhatjuk, hogy ha az üres helyeket betöltenék a jelenleg várakozókkal, ezek száma minimálisra apadna. Az ellátás illetékességi körét viszont természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni.

A rehabilitációs intézményekben 85 fő vár elhelyezésre, ebből 56 fő több mint fél éve várakozik. Itt is szembetűnő a várakozók és a kihasználtság aránya (az ország egészét tekintve a rehabilitációs intézményekben 145 férőhely feltöltetlen). Felvethető a kérdés: a szabályozás rugalmatlansága miatt nem kerülnek ellátó rendszerbe a rászoruló, vagy más, egyelőre ismeretlen okú összefüggések okozzák az anomáliát?

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeknél 10 fő várakozik az elhelyezésre, és nem találunk több mint fél éve várakozókat. A jogszabály szerint az intézményben tartózkodás ideje legfeljebb egy év. Ez nagyobb fluktuációt eredményezhet. Ugyanakkor azt is látnunk kell, hogy a férőhelyek számához képest (45 fő) magas a várakozók száma.

A lakóotthoni ellátási forma a rendszerváltást követően jelent meg, s a várakozók száma viszonylag magas, 112 fő. Ebből 88 fő várakozik több mint fél éve. Ha az arányokat megvizsgáljuk, azt az eredményt kapjuk, hogy a jelenlegi férőhelyeket az igények kielégítéséhez 39, 7 %-kal kellene növelni. Miután a lakóotthonokban való tartózkodás lényegesen hosszabb időtartamra szól, és kiköltözésre kevésbé lehet számítani, évről-évre nagyobb lehet a várakozók száma. Ugyanakkor a várakozók száma és a kihasználtság itt is némi ellentmondást mutat.

Arra a kérdésre, hogy milyen ellátásban részesíti az intézmény az elhelyezésre várókat, az intézmények 97,5%-a semmilyen választ nem adott. Az fennmaradó 2,5% szociális segítséget, tanácsadást végez, néhányan nappali ellátásban részesítik a várakozókat, illetve gyakori még a személyes kapcsolattartás. *Az előgondozást egyik intézmény sem említette meg.*

Próbaidő az intézmények 25,4%-ában van, ezek 50%-a lakóotthon, 36,7%-a ápolást, gondozást nyújtó intézmény. A vizsgálat időpontjában a 30 intézményben összesen 29 próbaidős ellátottat találtunk, nagy részük (62%) lakóotthoni elhelyezésre várt.

A 2000. évben összesen 827 lakó *költözött be* a vizsgált bentlakásos intézményekbe. Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekbe való beköltözések közel fele saját otthonból, családi környezetéből történt. A beköltözők negyedét teszik ki azok a gondozottak, akik valamilyen más ápolást, gondozást nyújtó intézményből jöttek. Legalacsonyabb arányú a rehabilitációs intézményekből (1,1%) és az oktatási intézményekből (0, 92%) való bekerülés.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézménybe másik átmeneti jellegű intézményből, illetve saját otthonból történt beköltözés.

A rehabilitációs intézményekbe az ápolást, gondozást nyújtó intézményekhez képest kisebb (egyharmad) arányban költöztek a lakók saját otthonból, családi környezetből. Viszonylag magas, 11, 66%-os azok aránya, akik valamely egészségügyi intézményből érkeztek.

A lakóotthonok beköltözői leggyakrabban, 34, 5 %-ban ápolást, gondozást nyújtó intézményből érkeznek. Jelentős arányt képviselnek (25, 45%) ennek az intézményi típusnak az esetében is a családi környezetükből bekerültek.

A 2000. évben összesen 244 fő *költözött el* a fogyatékkal élő személyek számára ellátást nyújtó intézményekből.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekből legnagyobb arányban (38, 8%) más ápolást, gondozást nyújtó intézménybe költöztek. Ezt követi azok csoportja, akik családjukhoz költöztek (23, 1%). Saját lakásba az ápolást, gondozást nyújtó intézményekből 9, 1% távozott. Legalacsonyabb arányban rehabilitációs intézménybe (3, 6%), illetve lakóotthonba költöztek (4, 8%) Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekből mindössze egy fő költözött el, méghozzá egy ápolást, gondozást nyújtó intézménybe. A rehabilitációs intézményekből a legtöbben (kiköltözők 42, 1%-a) családjukhoz kerültek, a legkevesebben, 3 fő, lakóotthonba.

Lakóotthonokból leggyakrabban más lakóotthonba költöztek, összesen 9 fő, azaz 42, 8%. Családjához a lakóotthonból kiköltözők 19, 1%-a került, feltehetőleg önálló életet 2 fő kezdett, ők saját lakásba költöztek.

A beköltözők száma és a távozók száma óriási eltérést mutat. Ennek egyrészt az lehet az oka, hogy adataink alapján a 2000. év után 17 intézmény nyílt, ami összesen 675 új férőhelyet jelent. Másrészt az intézmények „bedugulnak”, azok, akik az intézményekbe felvételt nyertek, hosszú időn keresztül ott is maradnak. Ez jelentheti azt, hogy a rendszer jól működik, és legtöbben a számukra megfelelő ellátó intézménybe kerülnek, de azt is, hogy a rendszer merevsége miatt az átjárás kissé nehézkes. Gondolunk itt arra, hogy az igénybe vevők, akiknek állapota nem feltétlenül statikus, különböző mértékű, fajtájú gondoskodásra, ellátásra szorulnak. Így pl. azok, akiknek állapotjavulása megengedi, az intézményi „hierarchiában” változtathatnák helyüket az önállóság, illetve a társadalomba való integráció irányába.

A szakemberek véleménye szerint az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben 696 olyan gondozott él (6, 8%), akik számára más intézményben igényeiknek megfelelőbb ellátást tudnának biztosítani. Sajnos arra vonatkozóan nincsenek adataink, hogy milyen lenne a „más” típusú ellátás.

Az intézmények költségvetése

Az intézmények 74,6%-a mondta, hogy a 2000. évben az állami normatíva teljes összegét megkapta. 16,1% válaszolta, hogy nem jutott hozzá a teljes összeghez, 9,3%-uk pedig nem válaszolt a kérdésre.

Az állami normatíva szerepe változó az intézmények költségvetésében; 50, illetve ennél kevesebb %-át teszi ki az intézmények 14,4%-ában. Leggyakoribb válasz a 60% volt (10,2%). Az intézmények 20,3%-a nem tudott / nem akart válaszolni erre a kérdésre, 25,4%-uk válaszából pedig az derül ki, hogy nem kaptak állami normatívát. Azok az intézmények, akiknek az állami normatíva jelenléte az éves költségvetésben 0%, egy kivételével állami fenntartásúak. E tévedésükre valószínűleg az adhat okot, hogy az állami normatíva az önkormányzaton keresztül érkezik hozzájuk. Ezt támasztják alá azok az adatok, melyek szerint ezek az intézmények kivétel nélkül azt válaszolták, hogy az önkormányzati támogatás mértéke 50%-át, illetve több mint 50%-át teszi ki az éves költségvetésnek.

Az állami normatíva mellett leggyakoribb költségvetési forrásként az önkormányzati támogatás jelenik meg, ám ezeket az adatokat az előzőekben vázolt probléma miatt fenntartással kell kezelni.

Az intézmények 35,6%-ában szerepelnek a költségvetésben pályázati pénzek, a legnagyobb arányban 36%-ban, de jellemzően 10% alatti.

Vállalkozásból, gazdálkodásból származó bevételei az intézmények 23,7%-ának vannak, ez egy esetben sem több 20%-nál. 31,4% intézmény jelezte, hogy egyéb típusú bevételekkel is rendelkezik.

A térítési díjak az intézmények válaszai alapján 76,3%-nál jelentenek bevételforrást, ennek maximuma 40%.

10. sz. táblázat

Az intézmények elégedettségének mértéke a 2000. évi gazdálkodási kereteivel intézmény fenntartójának szervezeti formája alapján

A 2000. évi gazdálkodási kereteivel való elégedettség mértéke	Az intézmény fenntartójának szervezeti formája				összesen
	állami	non-profit	egyházi	egyéb	
nagyon elégedetlen	12	3	1	-	16

	15,6%	13,6%	25%		15,2%
elégedetlen	21 27,3%	6 27,3%	1 25%	2	30 28,6%
kis mértékben elégedetlen	12 15,6%	8 36,4%	-	-	20 19,1%
inkább elégedetlen	45 58,4%	17 77,3%	2 50%	2 100%	66 62,9%
kis mértékben elégedett	15 19,5%	1 4,5%	1 25%	-	17 16,2%
elégedett	17 22,1%	4 18,2%	1 25%	-	22 20,9%
inkább elégedett	32 41,6%	5 22,7%	2 50%	-	39 37,1%
Válaszadók összesen	77 100%	22 100%	4 100%	2 100%	105 100%

A válaszadó intézmények többsége, 62,9%-a valamilyen mértékben elégedetlen volt a 2000. évi gazdálkodási keretekkel. (Nagyon elégedetlen 15,2%, elégedetlen 28,6%, kis mértékben elégedetlen 19,1%.)

Kis mértékben volt elégedett 16,2%, elégedett 20,9%. A nagyon elégedett kategóriát egyik intézmény sem jelölte be. Az állami fenntartójú intézmények 58,4%-a volt elégedetlen valamilyen mértékben, a non-profit szervezetek 77,3%-a, az egyházi intézmények fele, valamint mindkét egyéb fenntartású intézmény. Az elégedetlenség foka az állami intézmények esetében nagyobb, ők gyakrabban választották a nagyon elégedetlen, illetve elégedetlen kategóriát, összesen 44%, míg a non-profit intézmények 38,1%-a csak kis mértékben elégedetlen (10.sz. táblázat).

Régiók szerint vizsgálva a dél-dunántúli intézmények elégedetlenek leginkább valamilyen mértékben, a válaszadók arányában 84,6%-uk. A nyugat-dunántúli és a dél-alföldi intézmények fele-fele arányban elégedettek, illetve elégedetlenek a gazdálkodási kereteivel. A többi régió intézményei inkább elégedetlenek.

A intézmények 45,8%-a működtet alapítványt, legnagyobb arányban a rehabilitációs intézmények 53,8%, majd az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 49,4%. (Lakóotthonok

30,4%, átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények 1/3-a.) Az alapítványt működtető intézmények 90,7%-a állami fenntartású, az összes állami fenntartású intézmény 55,7%-a.

Az intézmények lakhatási feltételei

A megkérdezett 122 intézményben átlagosan 27, 5 szoba található. Az intézményen belüli legalacsonyabb lakószobaszám 3, míg a legmagasabb 145. Láthatjuk, hogy ezek a számok igen nagy különbségeket mutatnak, inkább az intézmény nagyságáról tanúskodnak, s nem túlzottan informatívak.

Fontos számadatnak az egy főre jutó, négyzetméterben meghatározott, s egyben jogszabály által szabályozott területet tekinthetjük.

Az egy főre jutó minimum lakóterületet a lakószobában a hatályos jogszabály 6 négyzetméterben határozza meg, lakóotthonok esetében ez 8 négyzetméter. A különböző keretek között működő intézmények különböző mértékben felelnek meg, illetve nem felelnek meg a jogszabály ebbéli előírásának.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 61, 3 %-a, az átmeneti elhelyezést nyújtó 3 intézményből 1, a rehabilitációs intézmények 61, 5%-a, míg a lakóotthonok 22, 7 %-a nem felel meg a jogszabályi előírásoknak (11.sz táblázat).

11. sz. táblázat

Az egy főre jutó lakóterület megoszlása intézményeken, intézményi típusokon belül

		ápolást- gondozást nyújtó intézmény	átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	rehabilitációs intézmény	lakóotthon	összesen
-5, 9 nm ²	Intézmények száma	46	1	8	-	55
	%	61,3	33,3	61,5	-	48,7
6-7,9 nm ²	Intézmények száma	18,0	-	3,0	5,0	26,0
	%	24,0	-	23,1	22,7	23,0
8 nm ² fölött	Intézmények száma	11,0	2,0	2,0	17,0	32,0
	%	14,7	66,7	15,4	77,3	28,3
összesen	Intézmények száma	75,0	3,0	13,0	22,0	113,0

	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
--	----------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

A megfelelési hiányosságok a rendelkezésre álló egyéb adatokkal oksági összefüggésben állnak.

A felnőtt korú fogyatékkal élők bentlakásos intézményeinek 3, 5%-a nyitotta meg kapuit a II. Világháború előtt, 33, 6%-a 1945 -1960 között, 21, 3%-a 1961- 1989 között, 36, 1 %-a 1990 után. E szempont alapján az intézmények 61, 8 %-ának „lehet mentsége” arra, hogy a lakószobában egy főre jutó alapterület nem megfelelő, mivel az intézmény nyitási ideje korábbi, mint az erre vonatkozó jogszabály vagy annak elvi tervbe vétele. Az épületek többsége eredetileg nem is szociális ellátás céljára készült. A további adatok megerősítik az előző feltevést, mivel a jogszabálynak megfelelő lakóterületet biztosító intézmények a közelmúltban épültek. Itt a háború előtti intézményekről nem igazán érdemes szót ejteni, hiszen számuk igen alacsony. Összegezve elmondható, hogy az 1945-1960 között megnyílt intézményeknek mindössze 12,8%-a felel meg a mai elvárásoknak, az 1960-1989 közöttieknek 52 %-a, míg 1990 után már 90% fölötti ez az arány.

A jogszabály időkorlátot szab az intézményeknek, melyen belül az eddig hiányzó feltételeket biztosítaniuk kell. A működési engedélyek véglegessége e szempontból nem játszik szerepet, mivel azok 1-2 évente mindenképpen ellenőrzésre kerülnek. Ezen felül bármely bejelentés nyomán a Közigazgatási Hivatal köteles ellenőrizni az intézményt. A működési engedélyek vissza is minősíthetők. A végleges működési engedéllyel rendelkező ápolást-, gondozást nyújtó intézmények közül 14 (46,7%), a rehabilitációs intézmények közül egy, a lakóotthonok közül 3 nem felel meg az előírásoknak az egy főre jutó lakószobában biztosított terület szempontjából.

A megkérdezett intézmények 43,4 százalékában – eleget téve a jogszabályi követelményeknek – egy szobában maximum 4 lakó él. A fennmaradó 56, 6%-ban az egy szobára jutó létszám meghaladja a 4 főt. Az intézetek 15,6%-ában vannak olyan szobák, ahol a lakók száma meghaladja a 10 főt, ami igen magasnak tekinthető.

A végleges működési engedéllyel rendelkező intézmények esetében az ápolást, gondozást nyújtók közül 63, 7 % nem rendelkezik a megfelelő feltételekkel, míg egyetlen ilyen lakóotthon van (12.sz táblázat).

12. sz. táblázat

Az egy szobára jutó lakók száma az intézménytípusok viszonylatában

			4 fő, vagy kevesebb /szoba	4 főnél több/szoba a	10 főnél több/szoba	összesen
Ápolást-gondozást nyújtó intézmény	végleges	Intézmények száma	12,0	19,0	2,0	33
		%	36,4	57,6	6,1	100
Rehabilitációs intézmény	végleges	Intézmények száma	2,0	-	-	2
		%	100,0	-	-	100
Ápolást-gondozást nyújtó intézmény	végleges	Intézmények száma	3,0	-	-	3
		%	100,0	-	-	100
lakóotthon	végleges	Intézmények száma	18,0	-	1,0	19
		%	94,7	-	5,3	100
összesen	végleges	Intézmények száma	35	19	3	57
		%	61,4	33,3	5,3	100

Az intézmények további tárgyi feltételeiről

A hatályos rendelet a tárgyi feltételek tekintetében előírja a fentiekben részletezett lakhatási körülményeken kívül a személyes tisztálkodásra, étkezésre, az intézmény jellege szerinti közösségi együttlétre, tevékenységre, mentálhigiénés gondozásra, egészségügyi ellátás céljára, látogatók fogadására szolgáló helyiségek létrehozását, fenntartását.

A *személyes tisztálkodásra* vonatkozóan a hatályos jogszabály úgy rendelkezik, hogy tíz ellátottra egy fürdőkádnak vagy zuhanyzónak, illetve nemenkénti illemhelynek kell jutnia, és biztosítani kell a folyamatos fűtés-, és melegvíz-szolgáltatást.

Az intézmények 37, 2%-a felel meg zuhanyzó, illetve fürdőkád tekintetében a szabályozásnak. Az esetek 50 %-ában 14 főnél több személyre, míg 25 %-ában 21 főnél több személyre jut egy fürdőkád, illetve zuhanyzó. Extrém, mégsem egyedi eset (hét darab intézmény, ami az esetek 5, 3 százaléka), amikor az egy zuhanyzóra vagy fürdőkádra jutó egyének száma eléri, vagy meghaladja az ötvenet.

Illemhelyek tekintetében némileg jobb a helyzet: az intézmények 75, 5 %-a felel meg a szabályozásnak. Ugyanakkor szélsőséges helyzetekkel itt is találkozhatunk. Az intézmények 8, 6 %-ában jut egy illemhelyre 17 vagy annál több gondozott.

Intézmények típusa szerint vizsgálva a következő eredményeket kapjuk: az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 20, 8%-ban, a rehabilitációs intézmények 41, 7 százalékban, a lakóotthonok 90, 5 százalékban felelnek meg a jogszabályi előírásnak a fürdőkád, illetve zuhanyzó tekintetében.

Az illemhelyek intézmény típusonkénti megoszlása a következő eredményt hozta: az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 66, 9 %-a, az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények 100 %-a, a rehabilitációs intézmények 72, 7 %-a, míg a lakóotthonok 100 %-a felel meg a jogszabályi előírásnak.

A közösségi együttlétre, tevékenységre a jogszabály szerint helyiséget kell biztosítani, ami lehet például társalgó, könyvtár, foglalkoztató, kápolna, imaterem az intézmény jellegétől függően, ezen túl létre kell hozni mentálhigiénés gondozásra alkalmas helyiséget.

A közösségi együttlétre alkalmas helyiségeket két szempont szerint vizsgáltuk. Az egyik alapján az olyan helyiségeket mértük föl, ahol néhány gondozott elkülönülésére, azaz baráti, kisebb csoportos összejövetelre van lehetőség. Másik kérdésünk arra vonatkozott, van-e intézményi szintű rendezvényekre alkalmas helyiség.

Egy kisebb csoport elkülönülésére alkalmas helyiség az intézmények 88, 5 százalékában van. Olyan helyiség, ahol intézményi szintű programok szervezhetők, az intézmények 83, 6 %-ában található. (Intézménytípusok tekintetében a különbségek mindkét esetben minimálisak.)

Ezeket az adatokat – a többi típusú ellátottsághoz viszonyítva – jónak tekinthetjük.

Könyvtár az intézmények 50 százalékában található, az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 54, 4 %-ában, a 3 átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény egyikében, a rehabilitációs intézmények 69, 2%-ában és a lakóotthonok 34, 8 %-ában.

39 olyan intézményt találtunk, amelyben látássérültekkel (is) foglalkoznak. Ezek közül mindössze hatban vannak Braille-írással készült könyvek. Ugyanakkor 3 intézményben, ahol tartanak ilyen jellegű kiadványokat, nem gondoznak látássérülteket. Ez bizonyára abból adódik hogy az adott intézmények gondozotti profilja megváltozott.

Hangos könyvtár a látássérülteket (is) gondozó intézmények közül kettőben található. Látássérülteket nem gondozó intézmények közt hat akadt, amelyben van hangos könyvtár, mely viszont több fogyatékosági típus esetében is jól hasznosítható.

Mentálhigiénés gondozásra alkalmas helyiség az intézmények 77, 9 százalékában van. (Az intézménytípusok közt ellátottság tekintetében nincs számottevő különbség.)

Egészségügyi ellátás céljára orvosi szoba, betegszoba fenntartása kötelező.

A vizsgált intézmények 76, 2 %-ában találtunk egészségügyi ellátás céljára fenntartott helyiséget, intézményi típusok szerint az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 91, 4%-ában, az átmeneti ellátást nyújtó intézmények közül egyben, a rehabilitációs intézmények 92, 3 %-ában és a lakóotthonok 28, 6%-ában. Fertőző betegek elkülönítésére szolgáló helyiséggel a megkérdezett intézmények 51, 6%-a rendelkezik.

Az érvényben lévő jogszabály megszabja, hogy lennie kell vendégek fogadására alkalmas helyiségnek is.

A válaszadó intézmények mindegyikében fogadhatnak látogatót a gondozottak. E célra valamilyen különálló helyiséget az intézmények 55,7%-a tud biztosítani, vendégszobával 225-ük rendelkezik. Az intézmények 16%-ában adott mindkét lehetőség (vendég fogadására alkalmas helyiség és vendégszoba is), 40, 3%-ában csak elkülönülésre nyílik lehetőség, 5, 9%-ában csak vendégszoba van, s 37, 8%-ában egyik lehetőség sincs meg.

Intim szoba az intézmények 24, 6 %-ában működik. Intézménytípusonkénti megoszlásban vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy legnagyobb arányban az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben fordul elő (30, 9 %). A rehabilitációs intézményekben és a lakóotthonokban az intim szobák előfordulási aránya közel megegyező (18, 2% és 15%). A mintánkban szereplő 3 átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény egyikében sincs ilyen jellegű helyiség.

A jogszabály által előírt összes tárgyi feltételeknek való megfelelést vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy valamennyi feltételnek mindössze 4 intézmény felel meg, ami az összes vizsgált intézmény 3, 3 %-át teszi ki. Olyan intézmény, mely csak egy vagy két feltételnek nem tesz eleget, 24 akadt, ami a vizsgált intézmények 29, 3 %-át jelenti.

Az intézmények akadálymentesítése

Az intézményeknek valamivel több mint egyharmada tekinthető teljes mértékben akadálymentesítettnek, 32 %-uk részben akadálymentes. Egyáltalán nem akadálymentes 28, 7

%.

A nem, vagy részben akadálymentes intézmények aránya igen magasnak tekinthető önmagában is, de miután fogyatékkal élőket ellátó intézményekről van szó, s a legtöbb fogyatékos, még ha elsődlegesen nem is mozgássérültség, valamiféle mozgásbeli hátránnyal jár, az akadálymentesítés ugyancsak indokolt. A jogszabály egyébként minden szociális ellátó intézmény számára előírja az épületek akadálymentesítését.

Ha az intézményekben előforduló fogyatékosági típusok szerint vizsgáljuk az akadálymentességet, láthatjuk, hogy ahol ez „feltétlenül” indokolt, tehát azokon a helyeken, ahol mozgássérülteket (is) gondoznak, nagyobb mértékben felelnek meg az elvárásoknak, mint a többi intézményben. A kizárólag mozgássérülteket gondozó 4 intézmény mindegyike teljes mértékben akadálymentes. Mozcássérülteket és mellettük más típusú fogyatékkal élőket 40 intézményben látnak el, melyekből 17 teljesen akadálymentes, 13 részben akadálymentes, míg 10 egyáltalán nem akadálymentesített. A fennmaradó 74 intézmény egyharmadában teljesen akadálymentes az épület, egyharmadában részben akadálymentes, s szintén egyharmadában nem akadálymentes.

Az akadálymentesség szempontjából regionális eltérések a következők: legmagasabb arányban akadálymentesek a Dél-Alföldön elhelyezkedő intézmények (63, 6%). Ebben a régióban a legmagasabb a fogyatékosok bentlakásos intézményeinek száma is. Viszonylag magas akadálymentességi aránnyal rendelkezik a közép-magyarországi régió (45%) és nyugat-dunántúli régió (42, 9%). Kívívóan kevés, azaz egy olyan intézmény van a dél-dunántúli régióban, ami teljesen akadálymentes. Ezt a képet kissé javítja, hogy részben akadálymentes intézményük 8 van, ami a régióban elhelyezkedő intézmények 50 %-át teszi ki. Ugyanakkor a statisztikából adódóan látható, hogy ebben a régióban legmagasabb az egyáltalán nem akadálymentes intézmények aránya.

Az intézmény típusát figyelembe véve azt tapasztaljuk, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 40 %-a, a rehabilitációs intézmények 7, 7 %-a, a lakóotthonok 47, 8 %-a akadálymentes. Ugyanakkor az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 28, 8 %-a, a rehabilitációs intézmények 69, 2 %-a, a lakóotthonok 26,1 %-a részben akadálymentes. Intézménytípusonként a nem akadálymentes intézmények aránya minden esetben körülbelül egyharmadnyi.

Itt érdemes szemügyre venni a teljes mértékben, és részben akadálymentes intézmények megoszlását. Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények és a lakóotthonok hasonló tendenciát mutatnak: „inkább” akadálymentesek, s lényegesen kisebb arányban részben akadálymentesek. Ugyanakkor a rehabilitációs intézmények esetében ez az arány

megfordul, s lényegesen magasabb közöttük a részben akadálymentes intézmény (13.sz táblázat).

13. sz. táblázat

Akadálymentességi viszonyok az intézménytípusok viszonylatában

		teljes mértékben akadályment es	részben akadályment es	nem akadályment es	összesen
Ápolást,- gondozást nyújtó intézmény	Int. száma	32	23	25	80
	%	40	28,75	31,25	100
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	Int. száma	1	1	1	3
	%	33,3	33,3	33,3	100
Rehabilitációs intézmény	Int. száma	1	9	3	13,0
	%	7,7	69,2	23,1	100
lakóotthon	Int. száma	11	6	6	23,0
	%	47,8	26,1	26,1	100
összesen	Int. száma	45	39	35	119
	%	37,8	32,8	29,4	100

Az intézményekben folyó egészségügyi ellátás

A jogszabály értelmében a bentlakásos intézményeknek-kivéve a lakóotthonokat-biztosítaniuk kell az ellátást igénybe vevők egészségügyi ellátását.

Felmérésünk alapján az alábbiakat tudtuk meg: az intézmények 91%-ában, azaz 111 intézményben van orvosi ellátás, míg 7, 4 %-ában, azaz 9 intézményben nincs. Adatokkal az ellátás mibenlétével kapcsolatban 93 intézményről rendelkezünk.

Az intézmények 71, 3 %-a alkalmaz háziorvost, 35, 2 %-a belgyógyászt, 17, 6 %-a fogorvost, 75, 9 százaléka pszichiátert, 25 százaléka ideggyógyászt és 28, 4 százaléka valamilyen egyéb orvost.

A lakók számát és az intézetben alkalmazott összes orvos heti óraszámát vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a 100 fő alatti intézmények 80 %-a megfelel a jogszabály előírásának, sőt 60 százaléuk lényegesen felül is teljesíti az elvárásokat.

A 100- 200 főt ellátó intézmények 86, 2 %-a felel meg az előírásnak, s itt is 13, 8 százaléknál olyan intézményt találtunk, amelyek az előírásnál felüli óraszámot alkalmaznak valamilyen orvost. A 200 fő feletti gondozott-létszámmal rendelkező intézmények helyzete lényegesen rosszabb. Itt az intézményeknek mindössze 21, 4 %-a felel meg a követelményeknek.

Onkológiai szűrővizsgálatot az intézmények 63, 5 százalékában szerveztek fennállásuk óta. Intézménytípusonként megvizsgálva azt tapasztaljuk, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben ez az arány 66, 7 %, a rehabilitációs intézményekben 76, 9 %, a lakóotthonokban 52, 4% (itt nem jogszabályi előírás). Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben nem történt ilyen jellegű szervezés.

Regionális tekintetben kiemelkedően magas arányban szerveztek onkológiai szűrővizsgálatot Dél-Dunántúlon (93, 8%), ez az arány legalacsonyabb a Dél-Alföldön volt (50%).

Egyéni gondozás, gondozási és fejlesztési terv

A jogszabály előírja az egyéni gondozási terv elkészítését, ami nyilvánvalóan feltételezi az egyéni gondozási tevékenységet.

A vizsgált intézmények 94, 1 %-ában (111 intézményben) folyik *egyéni gondozói munka*. Az egyéni gondozást végző intézmények 85, 3 %-ában készítenek *egyéni gondozási tervet*.

Intézménytípusok viszonylatában azt tapasztaljuk, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 93, 8 %-ában (76 intézmény) folyik egyéni gondozás, és 89%-ukban egyéni gondozási tervet is készítenek. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményből 2 végez egyéni gondozói tevékenységet, s mindkettő készít gondozási tervet is. A rehabilitációs intézmények között 91, 7 % arányban (11 intézmény) végeznek egyéni gondozói tevékenységet, s mindössze 50 százalékukban (6 intézmény) van gondozási terv. Itt a legnagyobb az eltérés az intézménytípusok közt, ami 41, 7 %-ot jelent. Lakóotthonok esetében mindenhol (22 intézmény) van egyéni gondozói tevékenység, s ezek közül 19-ben készítenek egyéni gondozási tervet is (14. és 15.sz táblázat).

14. sz. táblázat

Működik-e az intézményben egyéni gondozás?

		Ápolást-, gondozást nyújtó intézmény	Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	Rehabilitációs intézmény	lakóotthon	összesen
igen	Intézmények száma	76	2	11	22	111
	%	93,8	66,7	91,7	100,0	94,1
nem	Intézmények száma	5,0	1,0	1,0	-	7,0
	%	6,2	33,3	8,3	-	5,9
összesen	Intézmények száma	81,0	3,0	12,0	22,0	118,0
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

15. sz. táblázat

Készítenek-e egyéni gondozási tervet?

		Ápolást-, gondozást nyújtó intézmény	Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	Rehabilitációs intézmény	lakóotthon	összesen
igen	Intézmények száma	72	2	6	19	99
	%	88,9	66,7	50,0	86, 4	83,9
nem	Intézmények száma	9	1,0	6,0	3	19
	%	11,1	33,3	50,0	13,6	16,1
összesen	Intézmények száma	81	3,0	12,0	22,0	118
	%	100	100,0	100,0	100,0	100,0

Az egyéni gondozási tervet az intézmények 94, 8 %-ában team készíti, ami megfelel a jogszabályi rendelkezésnek. A tervet készítő szakemberek orvosok, ápolók, mentálhigiénés szakemberek, szociális munkások, gyógypedagógusok.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények által gondozott 10244 főből összesen 4923 gondozott számára készítenek *ápolási tervet* is.

A vizsgált 122 intézményből 117-ben készítenek *egyéni fejlesztési tervet*. Egy intézményről lehet tudni, hogy nem végez ilyen tevékenységet, a fennmaradó négyről

nincsenek információink. A fejlesztési tervet készítő intézmények 91,5 százalékában „munkacsoport” (2 vagy annál több szakember) látja el ezt a feladatot, ami megfelel a jogszabályi előírásnak. A munkacsoportban jellemzően (hasonlatosan a gondozási terv elkészítőihez) orvos, gyógypedagógus, mentálhigiénés szakember, szociális munkás, vagy valamilyen egyéb szakember vesz részt.

Mentálhigiénés ellátás

Fizikai tevékenységet az intézmények 78, 7 %-ában (96 intézmény) hetente szerveznek, 15, 6 %-ában (19 intézmény) alkalmanként van ilyen jellegű tevékenységre lehetőség.

Intézményi típusonként megvizsgálva tapasztalhatjuk, hogy a hetente történő fizikai tevékenység a lakóotthonokban a legmagasabb arányú, 91, 3 %, ezt követik a rehabilitációs intézmények, ahol 84, 6%. Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben ez az arány 80, 5 %. Az átmeneti elhelyezést nyújtó három intézményből kettőben van lehetőség heti rendszerességgel fizikai tevékenységre (16.sz táblázat).

16. sz. táblázat

Milyen rendszerességgel szerveznek fizikai tevékenységet az ellátottak számára?

		hetente	alkalmanként	soha	összesen
Ápolást, gondozást nyújtó intézmény	Intézmények száma	62	15	-	77
	%	80,5	19,5	-	100,0
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	Intézmények száma	2,0	1,0	-	3,0
	%	66,7	33,3	-	100,0
Rehabilitációs intézmény	Intézmények száma	11,0	1,0	1,0	13,0
	%	84,6	7,7	7,7	100,0
Lakóotthon	Intézmények száma	21,0	2,0	-	23,0
	%	91,3	8,7	-	100,0
Összesen	Intézmények száma	96,0	19,0	1,0	116,0
	%	82,8	16,4	0,9	100,0

Az intézmények által ellátott fogyatékosági típusok szerint a fizikai tevékenység gyakorisága mutat némi eltérést, amelyből messzire menő következtetést nem lehet levonni, de talán érdemes megjegyezni. A közép súlyos értelmi fogyatékosokat, az értelmi fogyatékosokat és/vagy halmozott fogyatékkal élőket, valamint a mozgás, látás, hallás fogyatékosokat és értelmi fogyatékosokat együttesen gondozó intézményekben némiképp magasabb az alkalmankénti fizikai tevékenység, mint a heti rendszeresség.

Szellemi foglalkozásokat az intézmények 57, 4 %-ában hetente tartanak, 9, 8 %-ában havonta, 6, 6%-ában negyedévente, 19, 7 %-ában alkalmanként. Három olyan intézmény fordult elő a mintában, amelyekben soha nem szerveznek ilyen jellegű foglalkozást.

Ha a fizikai tevékenységekkel összevetjük, látható, hogy a szellemi foglalkozás gyakorisága lényegesen alacsonyabb. Egyrészt megérthetjük, hiszen az intézmények javarészában értelmi fogyatékosokat, halmozott fogyatékosággal rendelkezőket gondoznak, így a szellemi tevékenység lehetőségei leszűkülnek. Ugyanakkor ez szakmailag nem megalapozott álláspont, hiszen szem előtt kell tartani a szellemi, értelmi képességek legalábbis szinten tartását, de még inkább fejlesztését.

Nem feledkezhetünk meg arról a sajnálatos tényről, hogy a fogyatékkal élők többségének értelmi, szellemi képességei dementálódnak azt követően, hogy életkorukból eredően véget ér számukra az iskolai (vagy ilyen jellegű) oktatás.

Láthatjuk, hogy a helyzet a lakóotthonokban a legkedvezőbb, itt az intézmények 63, 6 százalékában szerveznek hetente szellemi foglalkozást. Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények 58, 2 %-ában van ilyen jellegű foglalkozás hetente, a rehabilitációs intézmények 53, 8 %-ában, a három átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény mindegyikében (17.sz táblázat).

A heti rendszerességnél ritkábban szervezett szellemi tevékenység szakmailag nem tekinthető relevánsnak, nem bír szinten tartó vagy fejlesztő hatással.

17. sz. táblázat

Milyen gyakran szerveznek szellemi foglalkozásokat?

		hetente	havonta	alkalmanként	soha	összesen
Ápolást, gondozást nyújtó intézmény	Intézmények száma	46	8	22	3	79
	%	58,2	10,1	27,8	3,8	100,0
Átmeneti elhelyezést	Intézmény száma	3,0	-	-	-	3,0

nyújtó intézmény	%	100,0	-	-	-	100,0
Rehabilitációs intézmény	Intézmények száma	7,0	1,0	5,0	-	13,0
	%	53,8	7,7	38,5	-	100,0
lakóotthon	Intézmények száma	14,0	3,0	5,0	-	22,0
	%	63,6	13,6	22,7	-	100,0
összesen	Intézmények száma	70,0	12,0	32,0	3,0	117,0
	%	59,8	10,3	27,4	2,6	100,0

Az adatok alapján nem mondhatjuk, hogy bizonyos típusú fogyatékoságok esetében az egyes intézményekben inkább van szellemi tevékenységszervezés, más típusú fogyatékoságoknál pedig nincs. A két adat nem korrelál.

A *kulturális és szórakoztató* programok gyakran kiegészítői lehetnek a szellemi tevékenységeknek, illetve ezek változata. Az intézmények 46, 7 %-ában hetente, 36, 9 százalékában havonta, 6, 6 %-ában negyedévente, 9 %-ában alkalmanként rendeznek ilyen programokat.

Kifejezetten *mentálhigiénés foglalkozásokat* 119 intézményben (97%) tartanak, gyakoriságát tekintve 84,9 százalékban hetente, 5,7 %-ban havonta, 9, 2 %-ban alkalmanként. A foglalkozások leggyakrabban egyéni és kiscsoportos (39, 5 %), valamint egyéni, kis-, és nagycsoportos (41, 2 %) keretek között zajlanak az intézményekben.

A mentálhigiénés csoportokat legnagyobb arányban (20, 5 %) mentálhigiénés szakember³ vezeti, szervezi, 10, 7 %-ban olyan szakember, akinek végzettsége nem felel meg a követelményeknek. Az intézmények közel 10-10 %-ában végez mentálhigiénés foglalkozást együttesen mentálhigiénés szakember és gyógypedagógus, vagy mentálhigiénés szakember és szociális munkás, 8, 2 %-ukban dolgozik együtt pszichológus, mentálhigiénés szakember és szociális munkás.

A mentálhigiénés ellátás körébe tartozik a *vallásgyakorlás* lehetőségének megteremtése. Az intézmények 42, 6 %-ában (52 intézmény) van, 54, 1 %-ában (66 intézmény) nincs istentisztelet, vagy mise.

Foglalkoztatás megszervezése

A vizsgált intézmények 98, 4 %-ában, azaz 120 intézményben van valamilyen, a jogszabály által (is) meghatározott foglalkoztatás, 50, 8 %-ukban munka jellegű és terápiás

célú foglalkoztatás egyaránt zajlik. Az intézmények 29, 5 %-ában a jogszabályban szereplő mindhárom foglalkoztatási forma megjelenik: munkavégzési célú, terápiás célú, képzési célú (18.sz táblázat).

A foglalkoztatás gyakoriságára nézve 116 intézményről vannak adataink. Ezek 89, 2 %-ában naponta folyik valamilyen foglalkoztatás. Az esetek 42, 6 %-ában (52 intézmény) naponta van lehetőség munka- és terápiás jellegű tevékenység végzésére egyaránt. Az intézmények 10, 7 %-ában (13 intézmény) van jelen napi szinten mindhárom foglalkoztatási típus. Mindössze öt olyan intézmény volt, ahol bármely típusú foglalkoztatásra csak hetente kerül sor, két intézményben pedig mindössze alkalmanként szerveznek ilyen jellegű tevékenységet.

18. sz. táblázat

Az intézményekben végzett foglalkoztatás

	Intézmények száma	%
Munkavégzési célú	11	9
Terápiás célú, képesség fejlesztő	8	6,5
Képzési célú	1	0,8
Munkavégzési és terápiás célú is	62	50,8
Munkavégzési és képzési célú	1	0,8
Terápiás és képzési célú is	1	0,8
Munkavégzési, terápiás és képzési célú is	36	29,5
összesen	120	98,4

A felnőtt korú ellátottak száma a mintában 11680 fő. A foglalkoztatás leginkább őket tekintve értelmezhető. A munkavégzési célú foglalkoztatásban részt vevők száma 4773 fő, a terápiás célú foglalkoztatásban részesülők 3733 fő, míg a képzési célú foglalkoztatottak száma 822 fő.

A munkavégzési célú foglalkoztatás az intézmények 21,3%-ában, azaz 25 intézményben az intézmény működési körén belül szervezett munka, 24,6%-ában, azaz 30 intézményben annak közreműködésével más gazdálkodó szervezet részére végeznek munkát. Az esetek 13, 9 %-ában, azaz 17 intézményben az előzőekben tárgyalt mindkét forma előfordul. Az intézmény által folytatott vállalkozási tevékenység mindössze egy intézményben volt fellelhető. Egyéb más jogviszony keretében 11 intézményben (9 %)

végeznek munkavégzési célú tevékenységet. A fennmaradó esetekben (összesen 22 intézmény) az előbbi keretek kombinációival találkozhatunk.

A munkavégzési célú tevékenység 93, 6 %-ban valamilyen javadalmazással járt. 102 intézményből vannak információink arra vonatkozóan, hogy ezt ki kapja; a válaszok szerint 78 intézményben (77, 2 %) a résztvevők, 23 intézményben (22, 8 %) az intézmény és a résztvevők megosztva. Ha az intézmény is kap a járandóságból, az esetek 87 %-ában az intézményi ellátás színvonalának emelésére fordítják a befolyó összeget.

Kapcsolat az érdekvédelmi és szakmai szervezetekkel

Az érdekvédelmi szervezetek közül legnagyobb gyakoriságban (95 intézmény) az ÉFOÉSz-szel tartják az intézmények a kapcsolatot, ezt követi a MEOSz, amellyel 31 intézmény áll kapcsolatban. A SINOSz és a MVGYOSz kapcsolatai közel megegyezők (19, illetve 21 intézmény).

A gyakoriságot tekintve az intézmények az alkalmankénti kapcsolattartást preferálják az érdekvédelmi szervezetekkel. Ugyanakkor minden érdekvédelmi szervezettel való kapcsolattartás esetében (a SINOSz-t kivéve) van egy intézményi réteg: 16-19 %, mely lényegesen nagyobb gyakorisággal, havonta érintkezik érdekvédelmi szervezetekkel. Úgy tűnik, hasonló struktúrával, attitűddel működnek az intézmények és a szervezetek is.

Az Országos Módszertani Intézettel 87 intézmény tart kapcsolatot. Többnyire, 63, 21%-ban ez alkalmankénti viszonyt jelent. 18, 39%-ban gyakoribb, havi rendszerességet jelent.

Tanulmányunk – azt gondoljuk – több szempontból továbbgondolásra, esetleg gyakorlati felhasználásra érdemes. Egyrészt azért, mert adataink hozzájárulhatnak az ellátórendszerben megjelenő anomáliák további feltárásához, s ezen túl kezeléséhez is. Másrészt, s az előzőekkel összefüggően az Európai Unióhoz való csatlakozás, annak normái olyan követelményeket támasztanak az ellátórendszerrel szemben, amelyek megvalósítása pontos adatokra támaszkodva képzelhető csak el. S nem utolsósorban nem feledkezhetünk meg arról, hogy 2003 a fogyatékkal élők éve. Ennek kapcsán nem árt több figyelmet szentelnünk társadalmunk ezen meglehetősen sokrétű, s talán kissé mellőzött csoportjának.

¹ A hatályos jogszabály itt, és a tanulmány további részében is az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működési feltételeiről, valamint a 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

² A jogszabály értelmében a szociális intézmény működésének engedélyezése két szakaszban történik. Az első szakaszában kerül sor az elvi működési engedély kiadására. Innentől számítva négy hónapon belül kérelmezhető az intézmény működési engedélye. Az engedélyezés második szakasza a működés engedélyezése. Az elvi működési engedély alapján az intézmény szolgáltatást nem nyújthat.

³ Ebben az esetben olyan szakképesítés, amely mentálhigiénés szakirányú képzettséget (is)

Csató Zsuzsa
Kollégium –angol módra

A MENCAP Fulton Manor Kollégiuma

Mottó:

Mindenki szakember a saját területén. A takarítónő tudása, tapasztalata és hozzáállása éppoly értékes, mint a kertészé vagy a matektanáré.

Valóban fiatalok, 16 és 22 év közötti „középsúlyos értelmi sérült” tanulók laknak 2-3 évig abban az angol bentlakásos kollégiumban, amelynek célja a lehető legönállóbb életvitelre és a munkára való felkészítés.

A Fulton Manor Kollégium több mint negyvenéves, és virágzik. Pedig három évvel ezelőtt ez az akkor még hagyományos oktatási intézmény a bezárás lehetőségével számolt. A kormány és a szakmai ellenőrzés nem tartotta hatékonynak munkájukat. Ezzel a pallossal fejük felett vágta neki a kollégium átalakításának.

Néhány kézenfekvő, magától értetődő, látszólag aprócska elvből indultak ki. Villámgyorsan kiderült, hogy ezekkel a szó szoros értelmében felborították a kollégium, a lakók és a dolgozók életét. Az utóbbiak mintegy negyede három hónapon belül távozott. Ők nem kívántak szakítani a hagyományos, tantermekben folyó, diák és tanár alá-fölé rendeltségén alapuló munkával.

Azután új emberek jöttek, tisztázódtak a munka kritériumai, és óriási erőfeszítéseket tettek a belső és külső képzések terén. Előtérbe került mind a standardok, a minimális szakmai elvárások lefektetése, mind a minőség egyéb módon való biztosítása. Ebben a rendszerben minden itt dolgozó számára az év 20 munkanapján kötelező a képzés. Ma már gyakorlatilag nincs munkaerő-vándorlás – és nincs képzetlen munkaerő sem. Mindazok számára, akik a lakókkal kapcsolatba kerülnek, ideértve a takarítónőket is, kötelező a minimális képzettség megszerzése.

A kollégium megváltozott, derű és aktivitás hatja át, az emberek, lakók és dolgozók egyaránt szeretnek itt lenni. (Egyébként a fizetések az állami szektorénál alacsonyabbak.)

Az állami és szakmai ellenőrzés a kollégiumot annyira sikeresnek találta, hogy jelenleg már több mint 360 értelmi sérültekkel foglalkozó intézményben hasznosítják elveiket, tapasztalataikat.

Az itt lakók életlehetőségei most már valóban az önállóság felé mutatnak. Kívülállóként, a tradicionális oktatórendszereket ismerve olyan ez, mint egy álom. Pedig igaz. A továbbiakban megpróbáljuk leírni, miben rejlik a siker titka.

Alapelvek

Lefektették az alapvető, az önálló vagy önállóbb életvitelhez szükséges készségek kialakításának és fejlesztésének elveit. Közülük talán a legfontosabb: „Learning by doing” – azaz: tevékenység révén tanulás. Szabadabb fordításban: „gyakorlás útján tanulunk”.

Másképpen: elmélet helyett gyakorlat.

A látszólag természetes elv mögött az eddigi oktatási rendszer tagadása, valójában fejtetőre állítása rejlik.

A tanulás

A tanulás – szemben a gondozással – itt a középpontba kerül. A gondozás nem tenni-, hanem tanulnivalóvá válik, s minden egyes feladat egyben tanulnivaló.

Maga a tanulási terv is igen megalapozott. Első lépése az egyhetes bentlakásos próbaidőszzerű megfigyelés. Ennek alapján dől el, hogy a jelentkező számára a Fulton College képes-e megfelelő fejlesztést nyújtani, vagyis van-e értelme itt töltenie három évet.

A megfigyelés alapján készült tanítási terv a siker kulcsa. A tanulás folyamata kétirányú. Egyfelől az önálló életvitelhez szükséges lényegi, alapvető készségek (részletesen ld. lejjebb), másfelől a konkrét tevékenységek elsajátítása, és az ennek megfelelő napirend. A részletes menetrendet és a célokat pontosan ismeri az érintett is, tudja, mit kell, kellene elérnie.

A célok hosszú-, illetve rövidtávúak. Jellemzőjük, hogy a fiatalok mindent fokozatosan, kis lépésekben tanulnak. (Pl. a tanulás során 10 perc helyett 15 percnyi odafigyelést kívánnak elérni.) A lényeg, hogy tanulónak és dolgozónak egyaránt legyen sikere. Ezt tekintik a program hajtóerejének. Igyekeznek minden rendelkezésre álló eszközzel motiválni.

A tanulókat alapvetően 3 kategóriába osztják, ezek a fejlődés különféle szintjei, ami azonban nem osztályokat jelent. Van, aki mindvégig a legsúlyosabb csoportban marad, de fejlődik, s emiatt nem „tanácsolják el”.

Diagnózis és fejlesztés

Az egyhetes bentlakásos, a bekerülést megelőző és megalapozó próbaidő alatt, amely egyben megfigyelési periódus, különféle szakemberek – pszichológus, szociális munkás, gyógypedagógus – felméri a jelentkező képességeit, készségeit, és legfőképpen azt, hogy milyen segítségre, milyen fejlesztésre van szüksége. Végül összegzik az eredményt, s ennek alapján készül el a legfontosabb oktatóanyag, majd a percre pontos egyéni napirend. Itt valóban mindenkié más.

Megszűnik az osztályteremben, sőt döntő részt a csoportokban folyó oktatás is. A tanuló igényei szerinti egyéni tanulási terv készül. Minden tanulónak saját „tutora” van, segítői a felkeléstől a lefekvésig mindenben asszisztálnak - azaz minden tennivaló egyben tanulnivaló. Általában 2-3 tanuló jut egy segítőre, de szükség esetén ez az arány egy az egyhez.

A tanár mint támogató partner

A tanár "kilép" az osztályteremből, hogy az élet minden területén közreműködjék. Minden teendőt tanulási folyamatnak tekint: azaz a reggeli fogmosás, a mosakodás stb. megtanítása is a tanárok feladatai közé tartozik.

Ez azt is jelenti, hogy a tanár lelép a pulpitusról, és párban dolgozik a tanulókkal. Ennek számos következménye van. Egyfelől rész vesz tanulói napi életében, és így sokkal alaposabban megismeri azt, másfelől sokkal egyenlőbb, személyesebb viszony alakul ki tanár és tanuló között, nem utolsósorban pedig a tanítás sikere mindkettőjük sikere lesz. Valójában az oktató maga is sokkal egyénre szabottabban mérettetik meg.

A fejlesztés színterei

Kétféle egyéni fejlesztési terv készül.

Egyrészt a megtanulandó folyamatok, a mindennapi teendők érdekében és ezek alapján apró lépésekre bontott, de flexibilis napirend.

Másrészt eldöntik, hogy az önálló életvitelhez szükséges alapvető tudnivalók közül a következő hathetes szakaszban melyikre összpontosítanak (pl. a rutinok begyakorlásának készségére vagy a választás képességére).

A tanuló mindkét célt ismeri, és érti, tudja, hogy most ez az ő fő feladata.

Az elméleti tárgyak háttérbe szorulnak

A kollégiumba bekerülő fiatalok mindeddig, csakúgy, mint nálunk, iskolai életüket padsorokban ülve, osztálytermekben töltötték, s elsősorban írni, olvasni, számolni tanultak. Az itt dolgozók felmérései és az iskolai tantervek egyaránt azt igazolják, hogy a tanulókat az iskolákban nem a mindennapi életvitelükhöz szükséges legfontosabb tudnivalókkal ruházzák fel. Pl. nem ismerik a pénzt, a vele való számolást, a pénz beosztását, a fizetést, a háztartási teendőket, a másokkal való kommunikációt, a viselkedéssel kapcsolatos minimális elvárásokat, a közeledést stb.

A fejlesztési tervek

Az egyéni fejlesztési (tanulási) terveket a tanulóval foglalkozó és a vizsgálatban részt vevő különféle szakemberek (pszichológus, gyógypedagógus, szociális munkás), mint említettük, közösen készítik. Átlagosan hat hétre szólnak, és magukban foglalják az alapvető készségek elsajátításának és a foglalkozások céljainak részletes meghatározását, a felelősök megnevezését, az időbeosztást stb.

A tervek többnyire flexibilisek. Nem akkor ér véget egy foglalkozás, amikor az óra mutatja, hanem amikor a tanulónak sikerélménye van. Ez az, ami döntő. Ha pl. valaki csak 10 percig képes összpontosítani, és a cél ennek kb. 5 perccel való növelése, akkor 10-12 perc múltán sétálni mennek, vagy egyéb „levezető” programot szerveznek. Ha valaki „tele van energiával”, akkor többet sportol, nehezebb fizikai munkát végez stb.

A napirend kiterjed a tanulók minden tevékenységére, különös tekintettel az önkiszolgálásra. A mosakodástól az öltözködésen át a magánélet biztosításáig, a külső és belső munkáktól a szabadidő értelmes eltöltéséig, a tudatos szocializációtól a közlekedésig minden szerepel a programban. És ami a legfontosabb: mindez nem az asztalfióknak készül.

Általában párban a tanulnak, ahogyan a fiatalok egyre önállóbbá válnak, ez az arány csökken, de legfeljebb 3 fő jut egy dolgozóra.

Hat hét múltán értékelik a fejlődést, és ennek alapján készül az újabb terv.

Alapvető készségek - Essential skills

A kollégium dolgozói tapasztalataik, ismereteik alapján listát készítettek azokról az általános készségekről, amelyek az önálló életvitelhez, így az önálló döntéshozáshoz, önkiszolgáláshoz szükségesek.

A legfontosabb alapvető készségek:

1. A választás képessége
2. A koncentráció-képesség, összpontosítás
3. A döntéshozás képessége
4. A biztonságos környezet felismerése
5. A segítségkérés formáinak és az önvédelem lehetőségeinek ismerete
6. A nemet mondás képessége
7. A rutinok megszerzésének képessége
8. A kommunikációs készség és annak fejlesztése
9. A megfelelő viselkedés

A dolgozók képzése

A munkába állásnak nem feltétele a magas képzettség. A belső képzések és a MENCAP – a fenntartó – mint óriási szervezet képzései megengedik, hogy a potenciális dolgozó kiválasztásakor annak hozzáállása legyen elsődleges. A hiányzó felkészültséget a belső képző rendszerben megszerezheti. Ennek alapján kis lépésekben nő a fizetése. A legfőbb feltétel tehát az „elhivatottság”.

A munkatársak motivációja

Gyakorlatilag nincs képzetlen munkaerő, és nagy mértékű az elkötelezettség. Hosszú távon ez jó alap, de nem elegendő motiváció. Ezért új ösztönzőket használnak. Kiepítették a kis sikerek taktikáját. A tanulás apró győzelmei közősek, dolgozók és tanulók együtt élik meg,

ráadásul napról-napra. Van szóbeli dicséret és külön dicsérő rendszer, sőt kitüntetések: ezt azok kapják, akik egy-egy dologban a legeredményesebbek. A lényeg: sikerek, sikerek, sikerek.

A szállás

A kollégium egy szinte középkori, de látványosan divatos és méregdrága házakból álló apró faluban, pontosabban annak szélén, két igazi mezőgazdasági majorban működik, ezek óriási területén belül pavilonrendszerben, kisebb nagyobb házakban élnek a lakók. A házak egymástól gyakran több száz méternyire vannak. Ezeket bungalóknak hívják, s bennük csoportközösségek alakulnak – kezdetben 8-10, később 4-5 fősek, közös konyhával, közös nappalival, de mindenkinek külön szobával.

A 82 tanulóra 132 dolgozó jut. Ezt a számot még komolyabban vehetjük, ha hozzátesszük, hogy éjszaka a tanulók mellett nincs dolgozó. Mindenki magára zárhatja szobája ajtaját, a dolgozók nem járnak be, nem is kukucskálnak.

Ügyeletet viszont tartanak, az egész kollégiumra kiterjedően. Minden szobában ott a jelzőcsengő, és külön jelzőrendszereket használnak azoknál, akikkel valamilyen gond van (pl. epilepszia).

A munka

Minden tanuló dolgozik. Vannak külső és belső munkalehetőségek. Külsős pl. a falubeli síbolt „segédmunkása”, és azok, akik a helyi mezőgazdasági munkákban vesznek részt. Mégis igazán a majoron belül szervezett munkák jelentősek. Ezek közül a legsikeresebb az egyébként szponzorpénzekből indított, és a környék lakói számára pénzért vállalt autómosás. Kiderült, hogy e munka részletei szinte bárki számára betanulhatók, így ide irányítják a kezdő „munkaerőket”.

A kollégiumnak hatalmas megművelhető földje van. A virágokat illetően nem volt túl nagy sikerük, minthogy azok kényesek, igényesek. Így inkább egyéb növényeket, különösen zöldségeket termelnek. Ezeket árulják a környékbeli és a saját boltjukban is, de ennél jóval jelentősebb két új szolgáltatásuk. Egyrészt interneten is lehet náluk zöldséget rendelni, másrészt dobozokban, s ezért töretlenül szállítanak házhoz friss zöldségeket.

Traktorok is vannak, ezeket szép lassan, de maguk a tanulók irányítják, csak úgy, mint számos egyéb mezőgazdasági gépet. (Természetesen nem mindenkire bízunk gépeket.)

Különös jelentősége van az állatok gondozásának, etetésének. A másoknak való segítség öröme mellett ezzel kívánják fejleszteni a felelősségérzetet a másokról való gondoskodás és ennek révén az önellátás terén.

Egy éve, hogy saját kávéházat, magyar viszonylatban inkább kifőzdét nyitottak. Ebben a tanulók maguk főznek, felszolgálnak, takarítanak, mosogatnak, s fizetni is náluk lehet. A falubelieken túl ők maguk is lehetnek fogyasztók, így ez egyben szocializációs lehetőség – félúton a falu felé.

A mosodában is dolgoznak sérültek, de a többség inkább csak leadja a holmiját, ha lehet, szétválogatva. A vasalás nem éppen gyakori.

Közlekedés

Külön figyelmet, és persze időt, energiát fordítanak az önálló és biztonságos közlekedés elsajátítására. Sokan járnak önállóan, busszal a faluba, sőt annál tovább is.

Szabadidő

A lakók itt igazi kamaszvilágban élnek: van DISCO, tánc, közös zenélés, színház, mozi, művészeti és sportrendezvények. Működik saját színház is, és rengeteg szabadidős programot szerveznek a számukra.

A szülőkkel való együttműködés

A munka legnehezebb és legtöbb energiát fölemésztő része a szülőkkel való együttműködés. A keserű tapasztalatok ellenére biztosak benne, hogy ez az egyetlen hatékony út, nélküle eredménytelen minden törekvés. Szinte mindennapos legalább a telefonos kapcsolat. A tanulók bármikor hívhatják szüleiket, látogatókat is fogadnak. Viszont egész évben összesen két hónapnyi szabadságra látogatnak haza. A dolgozók tapasztalata szerint valahányszor megérkeznek a szabadságról, önállóságuk terén komolyan visszaesés mutatkozik.

Minőségbiztosítás

A kollégiumnak külön minőségbiztosító igazgatóhelyettese van.

Rengeteg, túlnyomórészt kötelező képzést szerveznek, összességében egy főre vetítve évi 20 napot – ez gyakorlatilag egy egész hónap.

A dokumentáció is időigényes, elviszi a munkaidő 10-15 %-át. Náluk sem népszerű, de lassan elfogadják. Ezt a munkát segítik a különféle standardok. Háromféle, avagy három szintű is készül belőlük.

Egyrészt az állam kötelező gondozási standardokat ír elő. Ez a fogyatékosságtól független, az életkortól viszont nem.

Másrészt a MENCAP-nak, a kollégiumot működtető óriás szervezetnek saját, mindenki számára kötelező protokolljai, standardjai vannak - óriási kézikönyvekben.

Harmadrészt maga a Fulton Manor Kollégium kidolgozta saját előírásait, standardjait. Az igazi minőségbiztosítást mégis az állandó fejlesztés jelenti.

Tovább lépés

A kollégiumi munka minőségét mutatja, hová vezet innen az út.

Vannak, akiknek sikerül továbbtanulni, akár szakmai, akár szabadidő- (pl. kézműves), de mindenképpen a normális, és nem speciális tanfolyamokon.

Másrészt sokan találnak munkahelyet, és jó néhányan eljutnak támogatott lakóhelyre is. A többség mégis napközi otthonba, védett munkahelyre és lakóotthonba, vagy szüleikhez, haza kerül. A szülői ragaszkodás és védelem itt sem csekélyebb, mint nálunk.

Care Work nemzetközi idősellátás-kutatás hazai tapasztalatai

Az Európai Unió egyre nagyobb figyelemmel fordul a szociális kérdések felé, és elsősorban a foglalkoztatottság növelésének és a munkakörülmények javításának szempontjából közelítve fontosnak tartja az idős, ápolásra, gondozásra szoruló emberek megfelelő ellátásának biztosítását.

Care Work in Europe: Working with older people in residential and home care, Current understandings and future directions (2002-2003) nemzetközi idősellátás-kutatásban részt vesz az Egyesült Királyság, Svédország, Spanyolország, illetve Magyarország kutatócsoportja. A magyar kutatócsoportot Korintus Mihályné dr. vezeti. A nemzetközi összehasonlító elemzést a svéd partner, Stina Johansson végzi.

A kutatás 3 éve során választ keresünk a személyes gondoskodást nyújtó szakemberek munkahelyi igénybevételének mértékére és ennek fényében munkájukkal, munkahelyükkel kapcsolatos megelégedettségükre. Az első szakaszban (2001-2002 évben) áttekintettük a szolgáltatásokra (intézményekre és munkaerőre) vonatkozó statisztikai adatokat és a témával foglalkozó szakirodalmat. A második szakaszban (2002-2003 évben) az idősellátás területén dolgozó szakemberekkel készült interjúk és kiegészítő kérdőívek segítségével kívántuk mélyebben feltárni a gondozási munka folyamatát és a munkakörülményeket. A kutatás keretében 4 városban; Budapesten, Tátán, Debrecenben és Gyulán készítettünk strukturált interjút 16 területen dolgozó szakemberrel, 4 oktatóval és 4 döntéshozóval. Az alkalmazott módszerek (az interjúvázlat, kérdőív és mintaválasztás szempontjai, stb.) a nemzetközi kutatócsoport tagjai részére egységesek voltak.

Jelen beszámolóinkban a Magyarországon megkérdezettek motivációját, személyes karrierjét, a munkájukban rejlő kihívásokat kívánjuk bemutatni. Kitérünk arra, miként vélekednek a dolgozók, oktatók és döntéshozók az idősellátásról és az idősekről, valamint saját társadalmi megbecsültségükről. Kvalitatív vizsgálatról lévén szó eredményeink érvényességi köre korlátozott. Az összegyűjtött adatok, felvett interjúk 4 városban az idősellátás területén dolgozó kiválasztott szakemberekre vonatkoznak, valamint az érintett döntéshozók és oktatók véleményét tükrözik. A kutatás a kis minta ellenére azonban számos

sajátosságra, problémára mutat rá, melyek hasznos kiindulópontot jelenthetnek további kutatásokhoz.

Idősellátás területén dolgozók szocioökonómiai státusza

A kutatásban összesen 16 idősellátásban dolgozó szakembert kérdeztünk meg. Foglalkozásukat tekintve a 16 főből 7 gondozó-ápoló munkakörben dolgozik, 2 fő vezető ápoló, 3 fő klubvezető, 3 fő házi gondozó, közülük 1 fő a házi gondozók csoportvezetője, és 1 kérdezett mentálhigiénés csoportvezető. A kérdezettek között 1 férfi szerepel, akinek főiskolai végzettsége van, és a házi gondozók területi vezetőjeként dolgozik. Kor szerinti bontásban a legfiatalabb kérdezett 25 éves, a legidősebb 50 éves, az átlagéletkor 38 év. Iskolai végzettségüket tekintve 7-en szakmunkásképzőt végeztek, 3 fő szakközépiskolai érettségivel rendelkezik, 3 fő akkreditált középfokú tanfolyamon vett részt, 3 főnek pedig főiskolai végzettsége van.

Családi állapotukat tekintve a kérdezettek közül 6 fő egyedülálló, 1 fő partnerrel él gyermek nélkül, 9-en pedig partnerrel és gyermekkel élnek. A kérdezettek havi bruttó átlagjövedelme 87 262 forint, a legalacsonyabb jövedelem 58 200 Ft, a legmagasabb 135 000 Ft. Magyarországon 2002-ben az alkalmazotti munkaviszonyból származó havi átlagkereset bruttó 122 453 forint volt (499 euró).

A kérdezett szakemberek közül mindenki heti 40 órás munkarendben dolgozik, 14 fő határozatlan, míg 2 fő határozott idejű munkaszerződéssel. Átlagosan 5 éve dolgoznak jelenlegi munkahelyükön, és 7,5 éve az idősellátás területén. Kilencen tagjai valamilyen szakszervezetnek, érdekképviselői szervnek vagy szakmai egyesületnek, de tagságukat nem gyakorolják aktívan.

Motiváció - karrier

Az idősellátás területén átlagosan 7 és fél éve, jelenlegi munkahelyükön 5 éve dolgozó szakemberek életpályája és ebből kifolyólag motivációs háttere jelentős eltéréseket mutat. Az életpályákat vizsgálva 4 nagyobb, egymástól jól elkülönülő egységet különböztethetünk meg. A 16 kérdezett közül 2 fő mindig is idősekkel foglalkozott, 1 fő házi segítségnyújtásban dolgozik gondozónőként, 1 fő pedig a házi segítségnyújtás területi koordinátoraként. Négyen az egészségügyben dolgoztak korábban, 2 fő jelenleg idősek otthonában, 2 fő pedig klubban

dolgozik. 5 fő korábban kisgyermekkel foglalkozott, közülük hárman otthonban dolgoznak, 1-1 fő pedig a házi segítségnyújtás területén, illetve idősök klubjában. A negyedik kategóriába szintén 5 fő tartozik, ők a szociális és egészségügyi szférától eltérő területről érkeztek, főképpen a magánszektorban dolgoztak, kereskedelemben vagy irodai munkakörben, de találhatunk körükben kényszervállalkozót is. A motiváció, karrier kérdéskörét végigjárva érdekes ezen kategóriák mentén megvizsgálni az életutakat, melyek a hivatástudat mértékét is nagymértékben meghatározzák.

Azok közül a szakemberek közül, akik korábban is idősellátás területén dolgoztak, 1 fő diplomaszerezés után került jelenlegi munkahelyére, egy fő pedig 18 éve dolgozik házi gondozóként, középfokú iskolai végzettséggel. A friss diplomás szakember nem kifejezetten akart idősokkal foglalkozni, Református Főiskolán hitoktatói szakon végzett, jelenleg szociális munkás szakon másoddiplomás képzésen vesz részt. Szakdolgozatát ifjúsággal kapcsolatos témából írta, és ugyancsak ezen a területen keresett, ám nem kapott állást. Így került az idősök otthonába, ahol kezdetben mentálhigiénésként dolgozott, majd kinevezték a házi segítségnyújtásban dolgozó gondozónők területi koordinátorának. Motivációs hátterét nagymértékben meghatározta, hogy édesanyja is idősellátásban dolgozik gondozónőként, illetve a szülei otthon idős embert gondoznak. Munkájáról így vallott: *„Most több a papírmunka és természetesen nagyobb a felelősség, de ezt szeretem, a mentálhigiénés munkában nagyobb volt a kiégés veszélye, ez a munka sokrétű és minden nap más a feladat...”*. Munkahelyváltáson egyelőre nem gondolkodik, de el tudja képzelni, hogy valamikor a szociális ellátás egy másik területén is kipróbálja magát.

A 18 éve házi gondozói munkakörben dolgozó kérdezett úgy véli, munkájában abszolút mértékben megtalálta önmagát, hivatásnak tekinti, pályamódosításon nem gondolkozott. Az idősellátásban való munkakezdést családi kényszer szülte, mivel férje 3 műszakban dolgozott, és miután megszülettek a gyermekeik, el kellett döntenie, hol keressen olyan munkát, ami nem jár műszakbeosztásokkal. Egy családi ismerős ajánlására választotta a házi gondozást. Munkájával maximálisan elégedett, úgy véli, az idősökkel való foglalkozás nem megterhelő: *„... minden nap számomra öröm, de az igazi siker számomra az, ha egy betegségből valaki felgyógyul (...) és sok mindent meg tud egyedül csinálni...”*.

Azok a szakemberek, akik hosszabb-rövidebb ideig gyermekekkel foglalkoztak, úgy vélik, a kisgyermekellátásból szerzett tapasztalataikat kamatoztatni tudják az idősokkal való foglalkozás során. Esetükben kényszer szülte a munkaterület-váltást: a sorozatos bölcsőde-és óvodabezárások, illetve az, hogy a munkaszerződésüket nem hosszabbították meg. Ennek ellenére többségük úgy véli, megtalálta számításait jelenlegi munkahelyén. Szeretik az idősellátást, bár a munkakörülményeket sokszor ínségesnek tartják, főleg, ami a házi segítségnyújtást illeti.

Az idősök otthonában dolgozó mentálhigiénés csoportvezető 16 éves korától szeretett volna segítő szakmában elhelyezkedni. Életpályája úgy alakult, hogy szociálpedagógus diplomájával egy évre óvodában helyezkedett el, majd vidékről a fővárosba való felköltözése után hosszas munkakeresést követően egy idősök magánkézben lévő gondozóházában talált állást. Szakmai karrierje egy alapítvány által működtetett ápolási intézményben folytatódott, majd humán erőforrás menedzsmentből másoddiplomát szerezve idősök otthonában helyezkedett el mint mentálhigiénés csoportvezető. Véleménye szerint megfelelő szakképzettséggel és folyamatos szakmai képzéssel sikeres munkát lehet folytatni, amit a munkakörülmények nem tudnak meggátolni, és egyéb szakmai tapasztalatait is behozhatja segítő munkájába. Szerinte nagyon sokrétű a segítő szakma, csapatmunkára épül, ahol minden pozitív emberi értéket meg kell jeleníteni, főleg az idős, magányos emberek lelki és szellemi állapotának javítása érdekében.

Az emelt szintű idősök otthonában dolgozó gondozónő 22 éven át gyermekintézményben dolgozott, majd az óvoda megszűnése után egy kistelepülési idősök klubjában talált állást. A nehéz munkafeltételek és a vidéki előítéletesség miatt egy rövid időre visszatért a gyermekekhez. 1999-ben idősök otthonában helyezkedett el gondozónői munkakörben. Úgy véli, a gyermekek körében végzett munka, a velük való törődés nagyon közel áll az idősökkel való foglalkozáshoz. *"A beteg idősökkel úgy kell bánni, mint egy kisgyermekkel, máshogy kell szólni hozzájuk, mint egy egészséges emberhez. Ez nekem könnyen ment, mert megtanultam a gyerekeknél..."*. A szintén idősök otthonában dolgozó gondozónő GYES után hagyta el a kisgyermekellátást gyermekápolói végzettsége ellenére, és egy családi ismerős ajánlására helyezkedett el az otthonban. *„...megmondom őszintén, nagyon megszerettem. Úgy érzem, bennem sok életerő van, amit szívesen tudok átadni..."*. A korábban gyermekekkel is dolgozó szakemberek közül 2 fő annak ellenére, hogy szereti a munkáját, úgy gondolja, más területen is kipróbálná magát a jövőben, egyikük munkája

mellett kereskedelmi vállalkozásba is fogott, melynek fő oka az alacsony fizetés volt. Az esetleges pályamódosítás ellenére munkájukat mindannyian hivatásnak, nem csak álláslehetőségnek tartják, véleményük szerint a személyes gondoskodás középpontjában a törődés és odafigyelés áll: itt nem lehet belemerülni a napi munka monotonitásába.

A korábban egészségügyi területen dolgozók úgy vélik, tapasztalataikat jól tudják hasznosítani az idősellátásban. Pályamódosításuk hátterében az állt, hogy korábbi munkájukat rutin, monotonitás és személytelenség jellemezte, a napi munka ellátása során sokszor az ápoláshoz szükséges feltételek is hiányoztak. „...*meguntam a kórháznak a személytelenségét, azt, hogy nagyon sok esetben lerobbant, nincs meg az ellátáshoz szükséges kulturált környezet...*” (idősek otthonabeli gondozónő). Az idősek klubjának vezetője korábban bentlakásos, alkoholbetegeket gyógyító otthonban dolgozott ápolónői munkakörben, a pályamódosítást a 15 évi fásultság és az új feladatok iránti vágy motiválta. „...*új kihívásokra vágytam, ahol segíthetek, (...) imádom a munkámat, ide bejönni, (...) kielégít, sikerélmény, ha bevezetünk valamit...*”.

A volt egészségügyi dolgozók a személyes gondozásban találták meg önmagukat, ahol az ápolási munkát a törődés, az idősekkel való személyes kontaktus teszi színesebbé és tartalmasabbá. Beszámolóik szerint egészségügyi munkájukat is többnek érezték pusztán álláslehetőségnél, de a légkör és a munkafeltételek a szakmai kiteljesedésnek nem biztosítottak kellő táptalajt. Mind a négy volt egészségügyi dolgozó úgy véli, jelenlegi munkájában hivatásra lelt, pályaváltáson egyikük sem gondolkozik. „...*Én hivatásnak tartom, ...ezt nem lehet szerintem megfizetni, ez nem csak 8 óra, amit itt ledolgozunk, főleg lelkiileg. És aki nem hivatásnak tekinti, az el is megy...*” (idősek otthona rehabilitációs osztályának vezető ápolója).

A kutatás során 5 olyan szakemberrel találkoztunk, akik a szociális szférától eltérő munkakörökből kerültek az idősellátás területére. 3 fő kereskedelemben dolgozott, 2-en pedig adminisztratív munkakörben. Pályamódosításuk oka 1 esetben az volt, hogy bár egészségügyi végzettséggel rendelkezett a kérdezett, 2 műszakos munkabeosztását a családi élettel, gyermekneveléssel nem tudta összeegyeztetni, így a kereskedelmet választotta, majd családi vállalkozásba kezdett férjével. A vállalkozás sikertelensége miatt olyan egyműszakos állást keresett, melyhez végzettsége és affinitása is megfelelő, így helyezkedett el több mint fél

évvel ezelőtt házi gondozóként. Jelenlegi munkáját hivatásnak, de nem karrierlehetőségnek tartja, a családi vállalkozás fényében átmenetinek véli. A másik kereskedelemről jött gondozónő munkahelyváltásának háttérében egy személyes élmény áll. Férje súlyos betegsége alatt megtapasztalta a betegekkel való személytelen, rideg bánásmódot, s ez készítette arra, hogy segítő területen helyezkedjen el, családias légkörű munkahelyen. Motivációi közé tartozott az is, hogy otthon a család egyik barátját ápolják, így közel került ezekhez a feladatokhoz. Számára az idősellátás jelenti azt a területet, ahol kiteljesedhet. Munkáját maximálisan kielégítőnek tartja, változást nem tervez. „...*Nem hagynám el, de ebben közrejátszik a korom is, ezt szeretem csinálni, fiatalon kellett volna elkezdni...*”. A harmadik volt kereskedelmi dolgozó munkanélkülivé válása után a Munkaügyi Központon keresztül szociális gondozói tanfolyamon vett részt, amelynek elvégzése után egészségügyi előképzettség hiányában nem vállalt területi gondozói munkát, hanem klubban helyezkedett el gondozónőként. Úgy véli, munkája és a csapat, amelyben dolgozik, nagyon közel áll hozzá, munkáját hivatásnak tekinti, és nem gondolkozik váltáson. A szociális gondozói tanfolyam választása mögött az idős emberek szeretete állt: „...*nagymama, nagypapa nagyon közel álltak hozzám, én nagyon szeretem az öregeket, bejönnek, bármi bajuk van, segíünk*”. A két korábban adminisztrátori munkakörben dolgozó esetében a munkahelyváltásnak családi oka volt, egyikük az idős szülők ellátása és korábbi munkahelyének messzesége miatt a közeli klubban gondozóként helyezkedett el, a másik esetben pedig a három gyermekkel való otthonlétet követően, egy átképzés keretében került az idősellátás területére házi gondozóként a kérdezett. A hivatali, papírmunkánál jelenlegi tevékenységüket mindketten színesebbnek és tartalmasabbnak érzik, a nagyobb fokú fizikai és lelki igénybevétel ellenére. Munkájukról hivatásként vallottak, pályaváltásról nem gondolkoznak „...*hosszabb távon szeretném csinálni, addig, amíg örömet lelek benne...*”.

Az életpályákat és motivációkat vizsgálva elmondható tehát, hogy az idősellátás területén dolgozók akár egészségügyi, akár a kisgyermekellátás, akár egyéb, a szociális szférán kívüli munkaterületről érkeztek, munkájukat nemcsak álláslehetőségnek, hanem hivatásnak tekintik, még akkor is, ha a karrier, a szakmai előrelépés lehetőségét nem látják biztosítottak jelenlegi munkahelyükön. Sok esetben a család és a munka összeegyeztetése állt a váltás háttérében, még ha a jelenlegi munka a korábbi tevékenységhez képest megterhelőbb is, vagy nagyobb igénybevételt követel meg a dolgozóktól. A pályamódosítás oka lehet a

személyes motiváció vagy az új kihívások keresése, a magasabb szintű szakmai tevékenység és önmegvalósítás iránti vágy is. Azok, akik szívesen kipróbálnák magukat a jövőben más területeken, inkább a területen rövidebb ideje dolgozók, hiszen a középkorú női gondozók esetében behatároltabbak a lehetőségek, és a vállalkozó kedv is kisebb, mint a fiatalabbaknál. A kérdezettek valamennyien kielégítőnek tartják munkájukat, a sok esetben nehéz feltételek és a szociális szférára jellemző alacsony bérezés mellett is, személyes motivációjuk háttérében leginkább az áll, hogy napi munkájukban sikerek érik őket, illetve a segítő tevékenység lelkiileg is örömet okoz számukra. Munkamoráljuk középpontjában az idős emberhez való kötődés, az idős ember tisztelete és szeretete áll.

Kihívások a gondozási munkában

Az idősellátásban dolgozó szakemberek mást-mást tartanak munkájukban kihívásnak attól függően, hogy melyik területen dolgoznak. Az idősek otthonaiban dolgozók véleménye szerint szakmailag kihívást jelent, hogy az idős embert szakmai tudásuknak megfelelően a legjobban „legondozzák”, azaz a fizikai szükségleteket magas szinten kielégítsék, továbbá sikernek tekintik, ha az idős emberek egészségi állapotát szinten tartják, vagy azon javítani tudnak. Kihívásként élik meg a szakmai továbbképzésen, tanfolyamokon szerzett tudás intézményben való hasznosítását, a gondozói csapat együttműködését, a vezetőkkel való hatékony kooperációt, harmonikus kapcsolat kialakítását a gondozottak rokonaival, ill. megszűnt kapcsolatok újraélesztését. Érdekes, hogy a területen dolgozó szakemberek munkatapasztalatai és véleménye szerint maga az idős ember jelenti számukra a kihívást, azaz egy-egy idős ember segítése, egy adott idős beteg ember személyes gondozása, önmaguk elfogadtatása az idősekkel.

A klubban a munkastruktúrából adódóan a kihívás a lelki-szellemi élet egyensúlyára koncentrálódik. A gondozók és a vezetők sikernek tartják, ha a klubéletbe az idős embert be tudják vonni, ha egy új programot vagy foglalkozást népszerűsíteni tudnak az idősek körében, ha a nagyobb rendezvényeken, ünnepeken, kirándulásokon jól érzik magukat az idősek, illetve a meghívott vendégek. Legnagyobb öröm, ha elégedettnek, boldognak látják az idős embereket, ha látják, hogy egy-egy foglalkozásba, programba bevonódva a társadalom és a kis közösség hasznos tagjának érzik magukat. Leginkább akkor elégedettek az idősek, ha a

közösségi programokban a klub dolgozóinak közreműködésével rokonaik, hozzátartozóik is részt vesznek.

A házi segítségnyújtásban a legnagyobb hangsúlyt a fizikai szükséglet kielégítése kapja, így a házi gondozók akkor elégedettek, ha az idős ember egészségmegőrzését tudják szolgálni napi munkájukkal, vagy ha egy beteg felépül a szociális gondozás segítségével saját otthonában. A házi gondozók úgy vélik, munkájukban a legnagyobb teher - az alacsony fizetés és a mostoha munkafeltételek elviselése mellett -, hogy az idős emberről tudják: a gondozások között egyedül van, így lelkileg nehezen tudják elviselni, hogy akármi is történhet a gondozónő távollétében. Éppen ezért számukra napi sikerélményt jelent, ha a gondozottat testi-lelki épségben találják.

Munka és a családi élet összeegyeztetése

A területen dolgozó szakemberek úgy vélik, munkájuk és a családi élet jól összeegyeztethető, mindössze 2 fő családja fogadja el nehezen, hogy a kérdezett idős emberekkel, nehéz munkafeltételek mellett dolgozik. A mentálhigiénés csoportvezetői munkakörben dolgozó kérdezett szülei szerint nagyon keveset keres, nem tud ennyi pénzből megélni, fáradt és túlhajszolt, és túlzottan szívén viseli az idősök sokszor megoldhatatlan problémáit. Számára a nehézségek elviselésében a barátok jelentik a támaszt. A másik kérdezett, aki klubgondozóként dolgozik, sokszor gondol otthon is az idősökre, problémáikra, amit családja szavá is tesz: „...szokták is mondani, te nem tudsz az idősök nélkül megélni...”. A többi szakember úgy véli: családja, közvetlen környezete elfogadja a munkáját, még akkor is, ha fáradtan, rosszkedvűen megy haza. A gondozónők többsége érzi, hogy munkájában nagy a fizikai és lelki igénybevétel, de mivel szeretik a munkájukat, összeegyeztethetőnek érzik családjukkal és az otthoni teendőkkel: „...vannak konfliktusok, mert fáradtabb és idegesebb vagyok, és otthon is van beteg, de szerencsés vagyok, mert a férjem megértő...” (idősök otthona gondozónő). „...volt viszonyítási alapom az előző munkahelyről, ott három műszakban dolgoztam és mindig fáradt voltam, sokkal nyugodtabb vagyok és ezt a családom is látja...” (klubvezető). „...amikor fáradtan megyek haza, akkor nem örülnek, de ők elfogadják, hogy én ezt szeretem csinálni...” (klubgondozó).

Néhányan azért is döntöttek az idősellátás mellett, mert munkarendjüket a családi élettel összeegyeztethetőnek tartják, de a munkahelyválasztásban a lakóhely közelsége is

szerepet játszott: „...közel van a lakhelyemhez, tehát nem kell a fél városon átutaznom...szépen idegyalogolok öt perc alatt...” (idősek otthona gondozónő); „...azért választottam, mert rugalmas az időbeosztás...” (házi gondozónő).

A gondozónők közül néhányan úgy vélik, a családi békét néha konfliktusok törik meg, mely fáradtságból és a munka miatti leterheltségből adódik, de a támogató család segít ezeknek a konfliktusoknak a megoldásában: azaz a család és a munka összeegyeztetése nagymértékben a család hozzáállásán, nem csak a szakemberek lelki alkatán múlik.

Elégedettség - igénybevétel

A 2002 júniusi közalkalmazotti béremelés jelentős mértékben növelte a közalkalmazotti, így a szociális szolgáltató szektorban dolgozók jövedelmét, ez azonban elégedettségükön nem változtatott. A kérdezettek véleménye szerint a béremelés a társadalmi elfogadásnak és a szakmai megbecsültségnek csak kezdeti lépése. „A béremelés jól jött, de a pénz és a bevitt munka nem ugyanaz, jobb lett, de ez is relatív...”. „...ez a mostani béremelés javított a közhangulaton, de szerintem a szociális gondozók sajnos már megszokták az alacsony béreket és már régen nem elégedettek.” „... ezzel azonnal magasabb adósávba került az ember, és még kevesebbet visz haza, mint eddig”.

Hat dolgozónak a munkarendjét közvetlen főnöke állítja össze, 8 esetben a főnök és a kollégák együttesen döntenek a heti, illetve havi munkabeosztásról, 2 fő pedig teljes szabadságot élvez munkarendjének kialakításában. A gondozónők többsége a szakmai munkával és a kollégákkal elégedett, a vezetőség hozzáállását is optimálisnak tartja. „Nagyon szerencsés vagyok, nagyon jó a kollektíva, fiatal a főnökasszony, de ritkaságszámba megy”; „...itt nagyon jó a kollektíva és a vezetőség, itt mindenki tiszteli és becsüli a másik munkáját...”.

Tizenegyen munkarendjükkel, időbeosztásukkal teljesen, míg 4-en csak részben elégedettek, aminek a 12 órás munkarend, illetve a hétvégi munkavégzés az oka.

Az idősellátásban dolgozó szakemberek többsége a munkabéren kívül négyféle juttatásban részesül: munkaruha, munkacipő, étkezési hozzájárulás és útiköltség-támogatás; 6 dolgozó csak munkaruhát és munkacipőt kap a fizetésén túlmenően, míg 2 dolgozó hatféle juttatásban részesül, a fentiekén túl plusz szabadnapot kapnak, illetve szakmai fejlődésüket, tanulmányaikat támogatja az intézmény.

A kérdezettek munkáját havonta vagy gyakrabban, sokszor "szűrőpróba-szerűen" az intézmény vezetője ellenőrzi. A házi gondozást ellátó intézet területi vezetője a házi gondozók munkáját havi rendszerességgel monitorozza, de a gondozók napi eligazításon is részt vesznek. A helyi hatóság ellenőrzését egy dolgozó jelölte meg, munkáját évente vizsgálják felül. Csoportvezető nem ellenőrzi a dolgozók munkáját, de a havonta tartandó munkaértekezleteken a gondozók referálnak munkájukról, illetve elmondják problémáikat. Két esetben az ellenőrzést a vezetőápoló végzi napi rendszerességgel, havi rendszerességgel a Gondozási Központ és az Ápolási igazgatóság monitorozza a szakmai munkát, egy esetben pedig évente egyszer az ÁNTSZ.

A megkérdezettek közül 14-en tartanak kapcsolatot más gondozó és egészségügyi intézményekkel. A legfontosabb kapcsolattartási intézmények a következők voltak: idősök otthonai, kórházak, háziorvos, Családsegítő Szolgálat és a Gondozási Központ, de a legfontosabb intézmények között szerepelt a művelődési ház, speciális otthon, idősök klubja, otthonápolási szolgálat és a Máltai Szeretetszolgálat is.

A szakmai fejlődéshez biztosított képzéssel, a konferenciák témájával, azok színvonalával, a munkaértekezletekkel a kérdezettek többsége nagyon elégedett. Rendelkezésükre állnak könyvek, folyóiratok, egyéb segédanyagok, pl. oktatófilmek. Továbbképzésen a 16 főből 12-en vettek részt 2001/2002. évben, 10 esetben a továbbképzést az intézmény, míg 2 esetben a helyi önkormányzat finanszírozta.

A dolgozók munkáját a rendszeres szakmai értekezlet segíti. A szakemberek minden esetben részt vesznek ezeken a megbeszéléseken, melyeknek időtartama átlagosan 1,5 óra. Az értekezletek fő témái gyakoriságuk szerint: idősök és fejlődésük, szervezeti kérdések, betegek és hozzátartozójuk, speciális esetek, esetmegbeszélések, egyéni fejlődés, jótekonyság.

A idősellátásban dolgozó kérdezettek több mint fele összességében elégedett munkahelyével, annak fizikai környezetével. Gondot az intézmények alacsony költségvetése, a felújításra szoruló külső és belső tér, valamint a kicsi iroda, nővér- és öltözőhelyiségek jelentenek. Klubok esetében problémás a foglalkozások elkülönítése szempontjából az egy légterű helyiségek megléte. A házi gondozók munkakörülményei sok esetben nem alkalmasak a munkavégzésre, de sokszor a lakhatási feltételek biztosítására sem. Az intézetben lévő kerthelyiséget a többség kifogástalannak, a külvilág elérhetőségét, az intézmény megközelíthetőségét 13-an optimálisnak tartják. A fogyatékkal élők befogadását illetően csak

4-en gondolják úgy, hogy az intézmény erre alkalmas, a többi kérdezett ezzel teljességgel elégedetlen.

A szakemberek közül 6 fő pszichikailag megterhelőnek tartja munkáját, 9 fő szerint csak alkalmanként megterhelő, mindössze 1 főt nem terhel pszichésen munkája. Mentálisan 8-an gondolják úgy, hogy munkájuk megterhelő számukra, 6 dolgozó csak alkalmanként érzi így, 1 fő szerint sem mentálisan, sem pszichikailag nem megterhelő a munka.

A kérdezettek véleménye szerint az alábbiak okoznak stresszt a munkában: felelősség, pszichológiai elvárások, munkaterhelés, rokonokkal való kapcsolattartás, alacsony fizetés, időhiány, monotonitás.

A stressz oldására és a gondozónők tehermentesítésére nagyon nagy igény mutatkozik a dolgozók részéről, erre azonban kevés intézmény biztosít lehetőséget. A tehermentesítés egyik formája a szupervizor segítségével történő esetmegbeszélés és problémamegoldás, vagy a néhány intézményben szervezett, évente egy alkalommal megvalósuló összmunkatársi kirándulás. Az egyik intézményben a gondozónők lehetőséget kaptak, hogy személyiségfejlesztő tréningen vegyenek részt. *„Azt tapasztaltuk, hogy ez mindenkinek nagyon jól tett, (...) feltöltődtek, érezték, hogy most nem ők segítettek, hanem rajtuk segítenek, hogy ők állnak a középpontban és fontos nekik is néha érezni a megbecsülést. A személyes gondoskodást nyújtók esetében fontos, hogy megbeszélhessék a problémáikat, hogy tehermentesítve legyenek.”*. Erre azért is szükség lenne, mert - ahogyan a szakemberek elmondták - a személyes gondoskodás teljes embert igényel, egy gondozóra magas ellátotti létszám jut, sokszor nagyon súlyos betegeket ápolnak, találkoznak a halállal. A sűrű napi program nem teszi lehetővé a mélyebb tartalmú beszélgetéseket a kollégákkal, és sokszor az idősök állapota, hangulata rányomja bélyegét a gondozókéra. Fizikailag igénybe veszi őket a beteg emelése, teljes körű ellátása, illetve a házi gondozókat az ellátottak közötti ingázás. Az idősellátás területén dolgozók lelki megterheléséhez hozzájárul elfogadottságuk, elismertségük hiánya a társadalom és a szakma részéről. Az idősellátás mindhárom vizsgált területén, az otthonokban, klubokban és a házi segítségnyújtásban szembetűnő a gondozónők munkaszeretete, hivatástudata, 'munkaalkoholizmusa' a sok esetben inséges körülmények ellenére is. A vizsgált dolgozók körében azt tapasztaltuk, hogy a legnagyobb megelégedettség az emelt szintű ellátásokban mutatkozik, illetve azokban az ellátó egységekben, ahol a vezetőség maximálisan figyel a gondozók szakmai munkájára, szakmai fejlődésére és tehermentesítésére. A legnagyobb igénybevétellel a súlyos betegeket gondozó otthonokban és

a házi segítségnyújtás területén dolgozók esetében találkoztunk, akiknek munkájuk középpontjában a fizikai és egészségügyi gondozás áll, a lelki gondozás inkább csak másodlagos jelleggel jelenik meg a munkafolyamatban. A klubokban dolgozók a leginkább elégedettek, hiszen az alapellátás keretében működtetett személyes gondoskodás a pszichés gondozásban és a foglalkoztatásban teljesedik ki, így munkájuk jó hangulatban telik, és sikerélmények érik őket.

Szakemberek véleménye az idősekről és az idősellátásról

Gondozók

Idősek otthona

Az idősek otthonaiban nyújtott ellátást leginkább nagyon szűkös anyagi körülmények között élő emberek veszik igénybe. Többségük alacsony nyugdíjból él, alacsony iskolai végzettségű, sok esetben intézetbe való költözésük előtt nehezen biztosították lakhatási feltételeiket. A tapasztalatok alapján sokan szociális problémák miatt igényelték az otthonba való felvételüket, néhányan hajléktalanok voltak, és bár idősellátásban vesznek részt, sokuk rokkantnyugdíjas, és nyugdíjkorhatár alatti. Az átlagéletkor 70-75 év az öt, általunk látogatott intézményben. A társadalmi devianciák – alkoholizmus, szenvedélybetegségek – csak egyetlen otthon esetében jelennek meg, ahol külön részleg biztosított a szenvedélybetegek részére. Az emelt szintű otthonban élők esetében jobb gazdasági feltételekkel találkozhatunk, ők saját lakásuk eladásával kerülhettek az otthonba, tehát önálló ingatlannal rendelkeztek. A gondozónők elmondása szerint az otthonok lakói „egyszerű” emberek, akik kis nyugdíjból élnek, szűkös anyagi feltételek mellett, rossz egészségügyi és mentális állapotban. Leginkább tipikusan időskori betegségekkel küzdenek, mint csontritkulás, érelmeszesedés, de vannak daganatos, Alzheimer-kóros, végtaghiányos, mozgássérült betegek is. Családi kapcsolataikat tekintve elmondható, hogy többségük hosszú évek óta egyedül élt, házastárs nélkül. 90%-uknak van hozzátartozója, aki látogatja. Mentális problémáik egyrésről fizikai állapotuk romlásával, betegségeikkel és fájdalmaikkal áll összefüggésben. Mindezt növeli az időskorral járó pszichés terhelés, a hozzátartozók, házastárs elvesztése, a nehezen elviselhető magány, egyedüllét.

Az idősek otthonaiban az idős emberek teljes ellátást kapnak. A gondozási munka az egészségmegőrzésre, a fizikai állapot szinten tartására és annak javítására irányul, amellyel, hogy a lakók közösségben élnek, ezáltal bevonódnak a társasági, közösségi életbe, és a mentálhigiénés foglalkozások keretében programokon vesznek részt. A gondozási munka a személyes szükségletek kielégítése mentén történik, egyeztetve a gondozást az orvossal, magával az idős emberrel és annak családjával. A súlyos, fekvő betegeket ellátó intézményekben a napi munka a folyamatos 'legondozásra' épül, ahol viszont jobb egészségügyi állapotban vannak az ellátottak, ott a személyes gondoskodás is helyt kap a napi gondozási folyamatban. A gondozónők szerint a személyes gondoskodásnak a napi rutinfeladatok ellátása mellett minden esetben meg kellene jelennie; a lelki gondozásra, beszélgetésre, közösségi programokra van a legnagyobb szükség, mivel ezek az idős ember fizikai és mentális karbantartását és jó hangulatát szolgálják. A gondozók úgy vélik, a családnak nagy szerepe van a gondozási munkában, bár ezzel kapcsolatosan nagyon vegyes tapasztalatokkal rendelkeznek. Úgy látják, hogy azok az idős emberek, akiket rendszeresen látogat a család, sokkal jobb állapotban vannak, sokkal jobb a hangulatuk. A gondozónők feladatai közé tartozik a családokkal való kapcsolattartás is. Többségük megítélése szerint sikerült a családokkal jó kapcsolatot kialakítani, de ehhez minden esetben szükség van a család együttműködésére. A gondozónők úgy vélik, az ő legfőbb feladatuk a fizikai gondozás mellett a személyes törődés, az idős emberre való odafigyelés, a család feladata viszont a külvilág integrálása az idősek otthonába, az idős ember életébe. A rokonokkal való együttműködés érdekében igyekeznek tájékoztatni a betegeket, időseket hozzátartozóit az egészségügyi állapotban bekövetkező változásokról, a lelki problémákról, és szorgalmazzák a látogatásokat. Ezek elmaradásakor felveszik a kapcsolatot a rokonokkal, és mindent megtesznek a család és a lakók kapcsolatának erősítése érdekében. Ezt szolgálják az ünnepek, közös kirándulások, intézményi rendezvények is. Sok esetben minden erőfeszítésük ellenére a család passzív hozzáállását tapasztalják, amit leginkább az idős ember érez meg. A gondozók szerint a család sajnos gyakran úgy gondolkozik, hogy az intézet feladata a család teljes tehermentesítése, nemcsak a gondozást, hanem a mentális és pszichés törődést illetően is. Sok esetben tapasztalják, hogy a rokonok megkönnyebbülnek, ha az idős ember otthonba kerül, és a kezdetben sűrű látogatások egyre ritkulnak. A rokonok többségének hozzáállását azonban kifogástalannak tartják, a hozzátartozók pedig általában

elégedettek az otthon működésével, a szakemberek munkájával és az idősekhez való hozzáállásával.

Az intézményi házirend szerint a rokonok bármikor látogathatják a hozzátartozókat. Leggyakoribb, hogy az idős ember saját lakóterében fogadja a látogatókat, számára nagyon fontos, hogy az „új otthonában” láthassa vendégül a rokonokat. A gondozónők szerint a családok látogatási szokásai nagyon szélsőségesek, van olyan hozzátartozó, aki hetente többször látogatja a gondozottat, de akad olyan rokon is, aki csak évente egyszer-kétszer jön el. Előfordul, hogy a család egyáltalán nem látogatja az idős embert. Ilyen esetben a gondozók a vezetőséggel egyeztetve a sokszor évek, évtizedek óta nem működő kapcsolatokat igyekeznek feléleszteni; tapasztalataik szerint ebben az idős ember sokkal inkább partner, mint a rokonok. A gondozónők szerint nagyon ritka, hogy az intézetben élő idős ember végleg hazakerül családjához, a tartós bentlakást igénybe vevők esetében életük végéig szóló bentlakásról, míg az átmeneti otthonban élők esetében az 1 vagy maximum 2 év lejártá után a tartós bentlakásos intézménybe való átkerülésről beszélhetünk. Tapasztalataik szerint az is nagyon ritkán fordul elő, hogy néhány napra vagy hétre hazavinnék saját családjába az idős embert.

Az idős emberek bentlakásos intézménybe kerülésének számos oka lehet, de leggyakrabban a család kéri a felvételt, mivel nem tudja biztosítani az ellátást otthoni környezetben. Előfordul, hogy orvos vagy családsegítő szolgálat kéri a felvételt. Gyakran maga az idős ember keresi fel az intézményt, hogy szeretne beköltözni nehézkes önellátása vagy a család tehermentesítése miatt. A gondozókra különösen nagy feladat hárul a speciális szükségletű betegek ellátása esetében, akikről súlyos betegségük és ágyhoz kötöttségük miatt a család még inkább 'lemond', teljességgel az intézményre bízva a gondozást, mely viszont nem pótolhatja és nem is feladata pótolni a család szeretetét és gondoskodását.

A szakemberek saját munkájukat úgy értékelik, hogy az nagyon fontos mind a családnak, melyet tehermentesítenek, mind az időseknek, akik igényeit igyekeznek maximálisan kielégíteni, s a társadalomnak is, melynek időskorú tagjairól és elesettjeiről gondoskodnak.

Idősek Klubja

A klub az idősellátásban a bentlakásos otthonoktól eltérő célt szolgál: azokat az időseket integrálja, akik napközben egyedül vannak, de fizikai erejük teljében képesek

önmaguk ellátására, szükségleteik kielégítésére. A tagok 80%-a aktívan, napi rendszerességgel látogatja a klubot, nagy többségük étkezésben is részesül, de vannak olyanok, akik csak ünnepekkor jönnek el. A tagok többsége nő, az átlagéletkor 70 év. Legnagyobb részük özvegy, többségüknek azonban vannak hozzátartozói, ugyanakkor csak kevesen élnek együtt családjukkal. Leginkább társaságot keresve jönnek a klubba, mely éppen ezért fő céljának tekinti, hogy hasznos időtöltést, szórakozást és új kapcsolatokat biztosítson az idős embereknek, megakadályozva az őket fenyegető társadalmi izolációt. A klubok sokrétű, színes programjai az idősek korához és mindenkori hangulatához igazodnak, hogy mindenki saját érdeklődésének megfelelően közösségben töltsen el napjait, és hobbijának idős társaival együtt hódolhasson. A klubban tehát a személyes gondoskodás áll a középpontban, a fizikai segítségnyújtás és szükségletkielégítés csak részlegesen jelenik meg: heti egy alkalommal orvosi rendelés, pedikűr és a napi szinten nagyon fontos meleg étel biztosítása. A fizikai szükségletek kielégítésében segítséget jelenthet a fürdési és mosatási lehetőség biztosítása. A klubgondozóknak nagyon jó kapcsolatuk van a klubtagok családjával, és tapasztalataik szerint ez a család és az idős ember vonatkozásában is igaz. A szakemberek tapasztalatai szerint a családok együttműködők, elismerik a gondozók munkáját, tájékozódnak az idős emberről, sokszor a klubnak jelzik az általuk észlelt problémákat, tanácsot kérnek a gondozást illetően, bejönnek a klubba. Számos esetben előfordul, hogy a rokonok is bevonódnak a klubéletbe, segítenek egy-egy program megszervezésében, szponzorálják a klubot, vagy forrásokat keresnek a programszervezéshez, eljárnak a közös kirándulásokra, ünnepekre. A rokonok szerepét a gondozók az idős ember elfogadásában és érzelmi biztonság nyújtásában látják, melyet a klubélet kiegészít és színesebbé tesz. *„Lehetőséget kell biztosítani, hogy miután nyugdíjba mennek, érezzék, hogy fontosak és hasznosak. Az idősek érzik, hogy mi segítünk, hogy új célokat adunk nekik, akik idejárnak, új értelmet találnak. Nyugdíj után a hirtelen sok szabadidővel nem tudnak mit kezdeni, elkeserednek és magukba zárkoznak. Itt jól eltöltik az idejüket, hasonló helyzetű társakat találnak, visszanyerik aktivitásukat és életkedvüket, és ha a család segít nekik, tudják, hogy problémáikkal nincsenek egyedül. Az idős társadalom és a családjaik megbecsülnek minket, és érzik, hogy az idős ember életében hiánypótló szerepet töltünk be”* (klubvezető).

Házi segítségnyújtás

A házi segítségnyújtást igénybe vevő idősök saját otthonukban élnek, többnyire magányosan. Társadalmi helyzetükről elmondható, hogy nagyon alacsony, 30-40000 forintnyi nyugdíjból élnek. Többségük nagyon rossz egészségi állapotban van, sokan ágyhoz kötöttek, de vannak, akik el tudják látni önmagukat. Ez utóbbiaknál a házi gondozók bevásárlást, takarítást, gyógyszerfelíratást végeznek, illetve ügyelnek a megfelelő környezeti és személyi mentálhigiénére. A tartósan beteg házi gondozottak esetében ápolási feladatokat is ellátnak: etetés, pelenkázás, fürdetés stb. A házi gondozottak átlagos életkora 70 - 80 év, többségük nő. A házi gondozók véleménye a család szerepét illetően részben eltér az előző két ellátási területen dolgozókéétól. Egyikük úgy véli: *„...ezt a feladatot, amit mi elvégzünk, (...) a családnak lenne kötelessége felvállalni, (...) minden gondozottban érzem azt a fájdalmat, hogy őt a családja is fel tudná vállalni, de végül is mégsem...”* (házi gondozó). A többi megkérdezett szakember úgy véli, hogy sok esetben optimális a család támogató ereje, amikor is a házi gondozó csak kiegészíti, és részlegesen tehermentesíti a családot, de napi szintű ápolást és segítségnyújtást végez a család is. Ahol erre gazdasági okok miatt nincsen lehetősége a családnak, ott a legnagyobb segítséget az jelenti a gondozónak, ha a rokonok rendszeresen látogatják a beteget, illetve az ellátáshoz szükséges technikai eszközöket beszerzik, és érdeklődnek az idős hozzátartozó iránt. A házi gondozók elkeserítőnek találják, hogy sokszor tudják: a következő látogatásukig az idős ember teljesen egyedül van otthon, és bármilyen baleset vagy betegség végzetes lehet számára segítségnyújtás hiányában. Ez főleg a családjuktól távol élő idősöket fenyegeti, illetve a város azon peremterületén élőket, akiknek nincsenek szomszédai. A gondozónők többsége szerint a család általában elfogadja, elismeri a házi gondozó munkáját. Ettől eltérő esetek is előfordulnak: *„a rokonok cselédnek néznek minket...”* (házi gondozó). A gondozónők sokszor tapasztalják, hogy a család számára terhet jelent az idős ember, így szívesebben „hárítják az idős embert a társadalomra”, pusztán kényelmi okokból. Ugyanakkor a családra nagy felelősség hárul abból a szempontból, hogy egy 'idegenre' bízzák az idős embert, aki azt beengedi otthonába. Éppen ezért a gondozók úgy vélik, a házi gondozás a gondozási folyamat intimitása és magánszférában való történése miatt a kölcsönös bizalomra épül. Nélkülözhetetlen, hogy gondozó és gondozott között jó kapcsolat alakuljon ki, hogy a gondozott segítője előtt ne szégyellje korát, magatehetetlenségét, megbízzon benne, problémáiban merjen segítséget kérni. A családnak éppen ezért nagyon fontos szerepe van a házi gondozásban, mert a rokonok oldaláról is biztosítottak kell lennie a

gondozó iránti bizalomnak. A házi gondozók egyetértenek abban is, hogy az idős ember otthonába bevitt gondozási munkára nagyon nagy szükség van mind a rokonok, mind az ellátottak szempontjából, hiszen az idős ember szakmai segítséget kap ellátásában, és ezáltal a család tehermentesítődik. A speciális szükségletű betegek ellátása sokkal megterhelőbb, mint az önmagukat ellátni képes betegek segítése, esetükben a gondozási munka napi 3-4 órát is igénybe vehet. Az alacsony létszám és a gondozók magas fokú leterheltsége következtében a speciális szükségletű betegek ellátására külön szakmai gárdát kellene biztosítani, melynek tagjai csak napi 2-3 beteget látnának el. A gondozók úgy vélik, az idősellátáson belül talán a legnehezebb területen dolgoznak: „...nagyon nehéz munka, többek között azért is, mert nemcsak a gondozottal kell együttműködni, hanem a családdal is...A házi gondozás...az adott gondozottnak az életminőségében való segédkezés.” (házi gondozó). „...közös gondozás akkor van, ha a család is segít nekünk, nem kell a gondozást fizikai értelemben ellátniuk, de jó, ha szeretik az idős szüleiket, így tehermentesítjük egymást” (házi segítségnyújtás területi vezetője).

Összességében elmondható, hogy a kérdezett szakemberek közül mindenki tart kapcsolatot az idős, beteg ellátott családjával, 7-en napi rendszerességgel, vagy hetente többször találkoznak és beszélgetnek a családtagokkal, 7-en hetente legalább egyszer, 2-en havi rendszerességgel tartanak kapcsolatot. A szakemberek és az idősellátásban részesülők családtagjai között leggyakrabban felmerülő témák a következők: gondozás, betegség és egészség, ezek mellett fontos téma a diéta, közérzet és a speciális szükséglet.

A szakemberek véleménye szerint az alábbiak a legfontosabb célok és feladatok az idősgondozásban (a válaszok prioritásuk szerint következnek):

1. a gondozónak jó megfigyelő és kommunikációs készséggel kell rendelkeznie
2. a gondozóknak képzetteknek kell lenniük
3. a gondozóknak megfelelő gondozási tapasztalatokat kell átadni a családtagok számára
4. a gondozóknak hatással kell lenniük a betegre a gondozási munka során
5. a gondozási munka során egységes értékeket kell közvetíteni a szakembereknek az idős ember felé
6. a gondozásnak mindennap ugyanabban az időben kell történnie.

Oktatók

A kutatás során 4 oktatóval készítettünk interjút, 1 tereptanárral, aki egy emelt szintű bentlakásos otthon vezetőápolójaként dolgozik, emellett terepgyakorlatot tart hallgatóknak, és 3 elméleti oktatóval. Az elméleti oktatók közül 1 fő dolgozik idősellátásban az oktatói munka mellett, az egyik Városi Szociális Szolgálat vezetője, 2 idősek otthona, 11 klub és egy bölcsőde tartozik vezetése alá, szociális munkát és rehabilitációt oktat gondozó-ápolóknak és szociális munkásoknak. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet idősügyi referense idősellátás terén alap- és középfokú képzésben tanít, valamint szakképzési szakértő, így a szociális szakvizsgáztatásban is részt vesz. A harmadik elméleti oktató szociálpolitikai alapismereteket tanít szociális asszisztenseknek egy egyházi iskolában, oktatói tevékenysége mellett egy oktatási központ vezetője.

Az oktatókat főképpen az idősellátás területén lévő képzések rendszeréről, a képzés szerkezetéről, annak színvonaláról, a hallgatók motivációs hátteréről kérdeztük, de az általuk elmondottak alapján képet kaptunk az idősellátásról kialakult véleményükről is.

A kérdezettek egyetértenek abban, hogy az alap-, közép- és felsőfokú képzés is megtalálható a képzési rendszerben. A képzés legfontosabb elemei a pszichológiai ismeretek, segítő kapcsolatok, gondozási és egészségügyi ismeretek, rehabilitáció, fogyatékoságtan, melyek kapcsolódnak a területi munkához. Az oktatók nagyon fontosnak tartják, hogy – jóllehet a felvételinél nincsen pszichológiai alkalmassági vizsga – megfelelő képességekkel és készségekkel rendelkezzenek a hallgatók. Ezen képességek közül a legfontosabbak az önismeret, emberismeret, empátias készség, jó kommunikációs és problémamegoldó készség. A képzés 50-50%-ban elméleti és gyakorlati oktatásból áll, a gyakorlatra nagy szükség van, mert fontos, hogy a képzés felkészítse a hallgatókat a területi munkára, és megtapasztalják a nehézségeket, illetve már a képzés során megszeressék a területet, kialakuljon hivatástudatuk, melynek révén csökkenhet a fluktuáció.

A gyakorlati oktatás keretében fontos, hogy a hallgató bevonódjon a gondozásba, és megtanulja egyedül alkalmazni szakmai ismereteit, a személyes törődés folyamán a képességek felszínre kerüljenek, és párosuljanak a szakmai ismeretanyaggal. *„Akik ezt hivatásuknak tekintik, azok jó szakemberek lesznek, és számukra a képzés is hasznos. Szerintem, ha a szakma jobban fizetne, akkor az emberek szívesen választanának olyan*

hivatást, ahol másokon segíthetnének, de a férfiaknak ez nem vonzó, hogy megterhelő munkát kevés pénzért csináljanak”. „... emberközpontúnak és szakmaközpontúnak kell lennie, mert ahhoz, hogy a munkánk elismert és megbecsült legyen, magas szintű oktatást és területi munkát kell biztosítani a szociális ellátások terén mindenhol, az idősellátás terén az empátia, figyelem, törődés a fontos, és a szakmaiság”. A képzés kiterjedtsége ellenére az oktatók úgy vélik, alacsony az idősellátás társadalmi presztízse. Az alacsony presztízsz és megbecsültség oka, hogy fiatal területről van szó, így a társadalom és sokszor a képzésre jelentkező hallgatók sem tudják, mit jelent a szociális gondozás: “... kisegítő foglalkozás, háztartási alkalmazott képe él az emberekben”.

A 2002 szeptemberi bérfejlesztés és az elmúlt években a képzési rendszer kiterjedése növelte a társadalmi megbecsültséget, az elfogadást és természetesen a magasabb szakmai színvonalat is a területen. Ugyanakkor az oktatók véleménye szerint a szociális szektorban és így az idősellátás területén is alacsony fokú a szakmai érdekérvényesítés: *“...az a fajta szociális érzékenység, amelyik részben bennünk van, mint szociális munkásokban, részben megtanuljuk, hogy nem igazán állunk ki a saját érdekeink mellett, mert nem illik nagyon hangoskodni...”*.

Az oktatók szerint sajnos az idősek is ódzkodnak az intézményes segítő formáktól, mivel a társadalmi köztudatban a 'szegényház', 'szociális otthon' fogalmakhoz pejoratív jelentés társul. Éppen ezért fontos lenne emelt szintű ellátások szélesebb körben való működtetése, valamint az alapellátás erősítése az idős ember otthoni környezetben való megtartása végett. *„...olyan intézményeket képzelek el az idősek részére, ami most az emelt szintű intézmény...”*. *„...megvan a saját intim szféra, ahol meglátogathatnak a gyerekeim, tehát egy kis apartmanszerű valaminek tudom elképzelni...”*.

Tehát az oktatók szerint egy többszintű ellátási formára lenne szükség, mely az idős ember egyéni szükségleteit és a család tehermentesítését hivatott szolgálni. A társadalmi tudatformálásra is nagy szükség lenne megfelelő szintű információnyújtással, hogy a társadalom elfogadja az idős embert és a segítőket, illetve megfelelő bérekkel vonzóbbá kellene tenni a szakmát, hogy a férfiak is vállaljanak munkát az idősellátásban.

A képzéssel szembeni kritikaként az oktatók megfogalmazták, hogy az általános iskolára épülő képzések helyett csak közép- és felsőfokú képzésre lenne szükség a magasabb szakmai színvonal és ezáltal a szakmai presztízsz biztosítása érdekében. *„...Én a 8 osztályra épülő képzést kivonnám a forgalomból, (...) csak az érettségire épített képzést folytatnám...”*.

Az oktatók tehát egyetértenek abban, hogy a szakma népszerűsítésében, presztízsének növelésében a társadalomnak, a döntéshozóknak, a képzési rendszernek és magának a szakmának is részt kell vállalnia. A megfogalmazott kritika nem a szakemberek szaktudására irányul, hanem az alacsony társadalmi megbecsültségre és a jelenlegi ellátási formák tarthatatlanságára. Az oktatók úgy vélik, az idősellátásnak és így az általuk képviselt képzési rendszernek sokat kell fejlődnie, hogy a szociális ellátás és ezen belül az idősek számára nyújtott szolgáltatások kifogástalan színvonalon működhessenek, és minőségi munkára alkalmasak legyenek a szakemberek.

Döntéshozók

A döntéshozók közül 4 főt kérdeztünk az idősellátás kiterjedtségéről, az időseket támogató szolgáltatások minőségéről, illetve a területen dolgozó szakemberek munkakörülményeiről.

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium egyik illetékesének feladatkörébe a szakmai normák meghatározása, jogszabályi szinten a törvények, végrehajtási rendeletek módosítása, megyei módszertani otthonokkal való kapcsolattartás tartozik, a szakmai értekezleteken, konferenciákon való részvétel mellett. Véleménye szerint a Minisztériumnak a kormányzat és a szakterület között koordinációs szerepet kell betöltenie a gyakorlati javaslatok normaszövegbe, jogszabályba való illesztése érdekében. Úgy véli, az idősellátás országos szinten jól kiépített, a működést 1993 óta jogszabály szabályozza. Az 1993. évi Szociális törvény és annak módosításai a gyakorlati problémák folyamatos megoldását segítik, nyugat-európai mintákat követve és jó gyakorlatokat adaptálva törvényi és gyakorlati szinten is, illetve igyekezve igazodni az európai uniós elvárásokhoz. A magyarországi idősellátást jól kiépítettnek tartja az alapellátástól a szakellátásig. Szerinte a legnagyobb problémák a házi segítségnyújtás területén tapasztalhatók, főképpen a 600 lélekszám alatti településeken, melyeknek 70%-ában nem működik az alapellátás. Magyarországon a lakosság 3,6%-a él 600 főnél kisebb lélekszámú településen (Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer 2000. évi adatai). *„Minél kiterjedtebb legyen az idősellátás, főleg a kistelepüléseken, az idősek házai helyett emelt*

szintű otthonokra van szükség, mint például Németországban. Az intézményeket nem igénybe vevők számára pedig minőségi nyugdíjat kellene biztosítani.”

Az idősök otthonaival kapcsolatosan elégedett, nagyon jól szervezettnek tartja. Ezen a területen 1999 óta jól működő ellenőrzési és felügyeleti rendszer épült ki az intézmények fenntartója és a felügyeletet gyakorló illetékes közigazgatási hivatal között. Problémát az ellátáshoz szükséges tárgyi feltételek hiányossága okoz, a szakképesítés és a létszámhiány mellett. A tárgyi oldalon az épületek rekonstrukciója a legfontosabb, 2009-ig a fővárosi, megyei és megyei jogú városi szinten elindult egy 9 éves program, 500 milliárd forintnyi (2 milliárd euró) költségvetéssel, amely célul tűzte ki 240 intézmény teljes felújítását. Az idősellátás terén a Szociális törvény adta lehetőségekkel megtörtént az intézményrendszer strukturális átalakítása, ezt pedig a finanszírozás átalakításának kellene követnie, mert a jelenlegi normatív támogatás nem fedezi a működési kiadásokat. Éppen ezért fontos lenne a bentlakásos és nappali ellátások kapcsán a férőhelyfejlesztés. Jelenleg a legrosszabb normatívával az Idősek Klubjai rendelkeznek, így az önkormányzatok nem tudják biztosítani a működésüket. *„Fontos a szakmai fejlesztés, de nagyon fontos a tárgyi oldal, tehát az épületek állaga, most ez a legproblémásabb (...) 1/3 rész tárgyi hiány, 1/3 rész szakképesítés hiánya és 1/3 a létszám. Tehát minden részt fejleszteni kell, és keretet adni neki. (...) Mi szorul leginkább fejlesztésre? Férőhelyszám-fejlesztés, az alapellátás, a napközbeni ellátás is, idősek klubja...”*

Az állam válláról nagy terhet venne le a civil és egyházi szféra által működtetett ellátások nagyobb arányban való terjedése. Jelenleg a közel 800 szociális intézmény, mely 62 ezer bentlakásos férőhelyet jelent, 68%-ban önkormányzati fenntartásban működik, mindössze 100 egyházi és 150 civil szféra által működtetett. A bentlakásos intézmények 100%-os telítettséggel működnek, nagyon sokan vannak várólistán, az intézmények leterheltek, éppen ezért nagy szükség lenne az alapellátás erősítésére, hogy az idős ember saját lakókörnyezetében élhessen minél hosszabb ideig, valamint hogy a család támogató erejének gyengülésekor átmeneti ellátást lehessen igénybe venni. Fontos lenne, hogy – minél szélesebb ellátotti kört érintve – a házi gondozás és az egészségügyi szféra által működtetett otthonápolási szolgálat, akár közös összefogással, az idős embert otthon lássa el, ezáltal segítve és tehermentesítve a családot. Nélkülözhetetlen, hogy a vertikális és horizontális értelemben vett integrációs stratégia az idősellátás területén is megjelenjen. Az egymásra

épülő és egymás mellett lévő szociális szolgáltatások integráltan hatékonyabb segítségnyújtást jelentenének az idős rászorulóknak részére.

Ezen törekvés megvalósítására 2002-ben összeállt egy munkacsoport, amely módszertani útmutatókat dolgoz ki, segítve a területen lévő információáramlást mind a szakemberek, mind a rászorulóknak és családtagjaik tájékoztatása érdekében. Szükséges olyan innovatív módszerek bevezetése az idősellátásba, amelyek mintegy prevenciók, illetve rehabilitációs jelleggel működnek. Nagy szerepe lenne a megtartási gondozási módszereknek, melyek az idős emberek szellemi és egészségügyi állapotát segítik karban tartani, mint például az idősek napja alkalmából megrendezett országos szintű idős sport program. Prevenciók gondozási munka lehetne az országos szinten kiterjesztendő, jelenleg csak a fővárosban működő „fogadott unoka”-rendszer, mely segítené a generációk együttműködését, és ezáltal az idős ember és a szakma elfogadottságát. Mindezen új törekvéseket és fejlesztési alternatívákat az Idősügyi Tanács, az Idősügyi Charta és a civil szervezetek megerősödése is segíti. *„...én bizakodom...az idősügyi törvény, charta, az Idősügyi Tanács, kapcsolat a minisztériummal, az, hogy az információk jól jönnek, ez mind arra utal, hogy pozitív irányba változik.”*

A Minisztérium fontosnak tartja, hogy ennek érdekében a civil szervezeteket támogassa pályázati lehetőséggel, így 2001-2002-ben a 'Családpolitikai célok megvalósítása' címmel kiírt pályázat *Generációk együttműködése* kategóriája lehetőséget adott azon szervezetek támogatására, melyek a hátrányos helyzetű, magányosan élő idős emberek és gyermekek vagy gyermekes családok számára szerveztek közösségi programokat, rendszeres csoportfoglalkozásokat. Az idősellátás kiterjedtségét a Minisztérium illetékese a finanszírozási nehézségek ellenére megfelelőnek tartja, véleménye szerint az alapellátás erősödésére és az emelt szintű bentlakásos otthonok létesítésére lenne legnagyobb szükség az alternatív gondozási módszerek bevezetése és népszerűsítése mellett, illetve az ellátásokat nem igénylők esetében a minőségi nyugdíjak biztosítása. Magyarországon a legnagyobb problémát a társadalom elöregedése jelenti, becslések szerint a jelenlegi 19,4%-os 60 éven felüli arány 2050-re 26%-ra fog emelkedni a népesség folyamatos csökkenése mellett, éppen ezért fontos feladat az idős emberről való gondoskodás össztársadalmi szinten. A kérdezett szakember szerint az intézmények költségvetési gondjaik ellenére mindent megtesznek a magas szintű szakmai munka biztosítására még akkor is, ha a tárgyi és személyi feltételek sok esetben hiányosak. A gondozók képzettsége kielégítő, az alacsony bér jelenti a legnagyobb

problémát, ehhez a szociális szféra érdekképviselőt kellene erősíteni. „...Az *oktatásban nagyon jó az érdekképviselő, úgy látom, a szociálisban nem annyira. Erről én mint minisztériumi ember, nem kell, hogy beszéljek, de ennek működnie kell, a szakszervezeteknek élnie kell.*”

A 33 ezer lélekszámú város polgármestere úgy véli, a lehetőségekhez mérten jól működik városi szinten az idősellátás, a szakmai munkának megyei szintű visszhangja is van, számos esetben meghívásos pályázaton és szakmai fórumokon való részvételre is kapnak felkérést. Az idősek otthonait, a házi gondozó rendszert és a klubokat a Városi Szociális Szolgálat működteti, valamint a Szociális Szolgálathoz integrálták a bölcsődék működését is. „Az *idősellátásban és általában a szociális dolgozók szakmaiságával, gyakorlati felkészültségével, mindennapi munkájukkal (...) elégedett vagyok, a létszámmal vannak gondok, de a törvényi létszám és a kormányzati költségvetés nincs összhangban, és ez nekünk komoly feszültséget okoz.*”

Városi szinten a szociális ellátásokat kiterjedtnek tartja, működik védőnői, gyermekjóléti, családsegítő szolgálat, hajléktalanok nappali ellátása 2100 fős létszámmal, csökkent munkaképességű gyermekeket képző intézet, fogyatékos foglalkoztató, valamint egészségügyi alapellátó intézmény. A város 2002-ben pályázati támogatást kapott a házi jelzőrendszer kiépítésére. Az idősellátást a polgármester a szociális ellátórendszer fejlődőképes részének tartja, maximálisan elégedett a szakemberek munkájával és a munkához való hozzáállással. Az idősellátás területén és így az önkormányzat működése terén a legnagyobb gondot a finanszírozás jelenti, véleménye szerint az ágazati és kormányzati jogszabályok nincsenek összhangban, ugyanis a Szociális törvény meghatározza, hogy a településeken milyen ellátásokat kell biztosítani, de ehhez a költségvetési fedezet nem biztosított. Egyedüli ellátási forma, amelyik nem önkormányzati költségvetésű, az idősek otthonainak működtetése. „*Fontosnak látom, hogy több időotthon épüljön, illetve ezek bővüljenek, jelenleg 170 fő vár szabad helyre; én egy jól kiépített szociális hálót szorgalmaznék, hogy minden rászoruló elérjünk, mert vannak olyanok, akik komoly gondokkal küzdenek, de nem jeleznek...*”

A polgármester szerint a város komoly eredményeket könyvelhet el, mivel magas színvonalon működnek az emelt szintű idősek otthonai, a klubok, jól kiépült a házi gondozás és étkeztetés, valamint nagy segítséget jelent a jelzőrendszeres házi gondozás. Úgy véli, az

emelt szintű ellátások és a kiépült alapellátás az idősök magas szintű igény-kielégítését célozza, jól képzett szakemberekkel dolgoznak, a szakember-ellátottság is megfelelő, és a területen dolgozó szakemberek mentalitásukkal és hozzáállásukkal is képviselik és szorgalmazzák az ellátás városi szintű fejlődését. Mivel a város előregedő, közel 200 fő vár bentlakásos intézményi férőhelyre, így fontos lenne, hogy még több emelt szintű ellátás működjön, illetve, hogy a kis nyugdíjból élőket étkeztetéssel, házi gondozással, pénzbeli vagy természetbeni ellátásokkal támogathassák. Fontos lenne ezen kívül egy jól szervezett szociális háló kiépítése és működtetése, mely minden rászoruló embert elér és segít. Az idősellátás területén dolgozó szakemberek munkakörülményeit elfogadhatónak, de nem optimálisnak tartja, a magasabb szintű ellátáshoz véleménye szerint nem csak minimum-eszközkészletre lenne szükség; a továbbképzés a költségvetéshez mérten többé-kevésbé biztosított. Az intézmények vezetőivel rendszeresen próbálnak pályázni, illetve szakmai megbeszéléseket tartani a fejlesztések érdekében, így a Polgármesteri Hivatal Intézményi Osztálya koordinátorként működik a terület és a városi döntéshozói szint között, ahol napi problémáktól kezdve a hosszabb távú fejlesztéseket, konkrét projekteket beszélnek meg. A polgármester szerint a szociális szektor alacsony presztízse miatt a szakemberek munkáját csak az ellátottak becsülik meg igazán, a dolgozók alacsony bére megélhetési problémákat okoz, ezért a szociális érdekképviselő erősítése nélkülözhetetlen feladat a jövőt illetően.

A 24 ezer fős város önkormányzatának közintézményi referense, aki az önkormányzat fenntartásában működő intézmények irányítását, valamint a képviselő testület döntés-előkészítési folyamatait segíti, elmondta, hogy a helyi idősellátás feltételei elfogadhatóak. Legnagyobb probléma, hogy a városban nincsen idősök átmeneti otthona, valamint hiányzik az idősök számára biztosított apartmanszerű, emelt szintű lakóotthon. A kérdezett szakember véleménye szerint az önkormányzatok a törvényben előírt kötelezettségeiket csak megfelelő állami támogatás mellett tudják biztosítani, így finanszírozási problémák miatt a fejlesztésekre és az újonnan létesítendő intézményekre jut a legkevesebb forrás. Fontosnak tartja, hogy az idősök klubja és a házi gondozás szélesebb körű legyen, valamint bővüljön a szakmai létszám, elsősorban a házi gondozást illetően, az ellátotti létszámnak megfelelően. A szociális területen, így az idősellátásban is nélkülözhetetlennek tartja az önkormányzati fenntartásban működő intézmények esetében az igényszint-felmérést, olyan alapkutatások támogatását, melyek megvizsgálják a jelenlegi intézmények működési

körülményeit, a felszereltséget, a szakember-ellátottságot, az intézményi költségvetést és az ellátotti igényeket: *"... önmagában egy önkormányzat, ha a szociális területről nincs igényfelmérés, nem fog fejleszteni, mert szűkösek a források, és nagyon meg kell nézni, hogy melyik területet támogatom, melyiket nem. Az idei év talán az egyik legnehezebb költségvetési szempontból az utóbbi évekhez képest."* Az alapkutatások mentén kirajzolódna a helyi önkormányzat feladata az intézmények fenntartását és fejlesztését illetően.

A szakember fontosnak tartja továbbá a szociális szakma társadalmi elismerésének segítségét döntéshozói szinten, ennek része az intézményrendszer bővítése, a képzési rendszer kiszélesítése, a szakemberek folyamatos képzése és tehermentesítése, és talán a legfontosabb a szociális szektor 'marketing tevékenysége' a helyi források kiaknázása mellett. A helyi televízió, sajtó, rádió lehetőséget teremt/teremthet arra, hogy a lakosság, s így az idős emberek és hozzátartozóik tájékozódjanak a lehetséges ellátásokról, szolgáltatásokról, ezáltal bevonódjanak a helyi programokba, közösségi életbe, az intézmények számára pedig segítséget jelentene az információnyújtásban és intézmények népszerűsítésében.

A város idősellátásában dolgozó szakemberek képzettségét megfelelőnek ítéli: *"Most végre megindult a továbbképzési rendszer, továbbképzésnek a lehetősége, mert ez nem nagyon volt. Aki akar, most már úgy látom, hogy lehetőséget kap arra, hogy a szakmai ismereteit bővítse, felfrissítse a képzési-továbbképzési rendszeren belül."* Úgy véli, a munkakörülményeken, az intézmények állagán és a bérrendszeren kellene javítani. A házi gondozókat látja a leginkább leterheltnek, esetükben a munkavégzéshez fontosnak tartaná a személygépkocsi biztosítását, de erre nincsen az önkormányzatnak és az intézményeknek forrása.

A közintézményi referens szerint az idősellátásban dolgozó szakembereknek a lelki-fizikai gondozáson túl fontos feladata az idősek informálása, az idősek számára biztosított tanácsadás, az időseknek ügyintézésben való segítségnyújtás, azaz az idősek érdekvédelme, ami Magyarországon sajnos még nem épült be a területi munkába. Ennek érdekében a jövőre nézve helyi és országos szintes is egy igényszint-felmérésre épülő fejlesztési stratégiát javasol, mely az idősek életkorának, fizikai állapotának és a család társadalmi helyzetének megfelelő ellátásokat, szolgáltatásokat biztosít a rászorulóknak, képzett szakemberek és jól felszerelt ellátórendszerek mellett.

A Fővárosi Önkormányzat egyik vezetője elmondta, hogy az ügyosztálynak három feladatköre van: egyrésztől biztosítja a szakellátási formák, intézmények és szolgáltatások működését, másrészt módszertani feladatokat lát el, harmadrészt pedig a szociális ellátások lehetséges harmonizálásában segít. Mindezen feladatok ellátásában nélkülözhetetlen szerepet játszik a kapcsolattartás biztosítása a területen dolgozó szakemberek és a minisztériumi, valamint önkormányzati szintű vezetők között az ismeretek folyamatos erősítése és kondicionálása, valamint az információk áramoltatása révén.

Az idősellátás rendszerének -- megítélése szerint -- számos hiányossága van. Fontos lenne az alapellátás megerősítése, hogy az idős ember saját környezetében élhessen a család és szakemberek közös támogatása mellett, valamint az önkéntesség elve alapján a társadalom és a közvetlen környezet motiválása a gondozási munkába való bevonódásra. Nyugat-európai mintáknak megfelelően valamilyen jutalmazási rendszer mellett önkéntes segítők, szociális munkások, vagy a közvetlen szomszédi és rokoni környezet integrálható lenne a gondozási munkába, főleg a teljesen magányosan élő idősek esetében. Szükség lenne kiterjedtebb átmeneti ellátásra is, hogy az idős ember és családja megtapasztalja, milyen egy bentlakásos intézmény, és ehhez mérten dönthessen a család az idős ember tartós bentlakásos elhelyezéséről. Tehát egy fokozatos, lépcsőzetesen egymásra épülő rendszert kellene kiépíteni, ahol az idős emberrel való kapcsolatfelvételtől kezdve, még a gondozási munka megkezdése előtt szakemberek segítenék az idős embert és hozzátartozóját. Ez az elképzelés feltételezi a magasan képzett és munkájukban megbecsült szakembereket, amihez a társadalom idősekről és idős gondozásról kialakult véleményének gyökeres változására lenne szükség.

„Az elmúlt 5-7 évben a szakembereink lelkesen járták külföldöt és minden okosságot begyűjtöttek ahhoz, hogy a saját meglévő kreativitásaikkal és ismereteikkel párosítva adaptálják mindazon ellátási formákat, amiket adaptálni lehet.” A megkérdezett szerint ehhez egy több szakaszból álló rendszert kellene kidolgozni állami szintű összefogás mellett, amelynek első lépcsője a ma még teljesen hiányzó korrekciós és prevenciós szakasz. Korrekciós szakaszon azt érti, hogy a dolgozók szakmai elismerése érdekében nem egyszeri, hanem folyamatos bérfejlesztésre és az egyéni jólét megteremtésére lenne szükség a szakmai feltételek és megfelelő munkakörülmények biztosítása mellett, melynek következménye a megfelelő szakmai segítségnyújtás az idős ember számára. A prevenciós szakasz a fiatalokat célozná meg: már kisiskolás kortól kezdve megjelenéne az oktatásban a szociális érzékenység és társadalmi szolidaritás, felelősségvállalás kérdései.

Az idősellátás területén nagy gondot okoz az önkormányzati és intézményi finanszírozás a korlátozott források miatt, melyek csak a minimum-működést szolgálják, de a fejlesztést nem. Fontos fejlődési irány a magas szintű átmeneti és tartós bentlakásos intézmények működtetése, valamint az alapellátás, étkeztetés, házi gondozás kiépítése, a klubok működése, az önkéntesek bevonása, valamint a szakemberek folyamatos fejlesztése a területen dolgozók és a döntéshozók közelítése által. Mindez feltételez egy szemléletváltást a szakmán belül és a társadalmon belül is, amelyik elfogadja és támogatja a szociális ellátásokat, a rászorulókat és kirekesztetteket, valamint a segítő szakembereket. „...*Én azt gondolom, hogy a szakemberek dolgában nincsen szégyenkezni valónk egyáltalán, ami gond, az infrastruktúra területén és inkább a meglévő intézményrendszer felújításában van. Nem tudunk még annyira komplex módon gondolkozni, nincsenek meg azok a források, amelyekből a döntéshozók ki tudnák választani, hogy mely területeken kéne tényleg, és milyen összegű és minőségű forrásokkal rendelkezni ahhoz, hogy ezek bevezethetőek legyenek.*”

Továbbá fontos, hogy biztosítva legyenek a források a családi jóléthez, ami hosszú távon azt eredményezhetné, hogy a családok nem válnak meg idős családtagjaiktól, hanem szakemberek támogatása mellett családi környezetben felvállalják őket: „...*a hóna alá kell nyúlni a családnak, hogy az eltartó képessége jobb legyen, vagy ha egyedülállóról van szó, a lakáskarbantartásban, lakásfelújítási költségében kéne segítség. Vagy pedig az alapellátást kéne úgy felturbósítani, hogy legyen képes egy megfelelő gondozónő kiküldésére, elegendő gondozónő tartásával képessé tenni a családot arra, hogy minél tovább kebelén belül ápolja, gondozza és eltartsa az idős embert.*”

A jólét hiánya a családokat arra kényszeríti, hogy az idős embertől, aki a mindennapi létfenntartás biztosítása mellett plusz terhet ró a családra, megváljanak, ő pedig az otthoni megszokott közegtől eltérő, sokszor inséges körülmények között élje le élete hátralevő részét. Mindebből az is következik, hogy a családoknak és az idős embernek alternatívát kell nyújtani az otthoni gondozástól kezdve az átmeneti vagy tartós bentlakási formákig, az alapellátási és a szakellátási formák folyamatos korszerűsítése mellett.

A kért döntéshozók a jövőt illető fejlesztési területekben egyetértenek, mindannyian a finanszírozási kérdéseket emelték ki, bár a finanszírozás leginkább az önkormányzatoknak jelent problémát, mert forrás hiányában a fejlesztésre, korszerűsítésre nem tudnak költeni. A finanszírozás kérdése mellett fontos a jövőben az információáramlás

biztosítása, az idősek és hozzátartozóik tájékoztatása a lehetséges szolgáltatásokról és ellátási formákról, valamint a területen dolgozók és idősek érdekképviselője a jobb munkakörülmények, magas színvonalú ellátás, megfelelő fizetés és társadalmi megbecsülés végett. A szakemberek fontosnak tartják az alternatív programok és külföldi módszerek területi munkába történő integrálását, illetve a civil szervezetek, önkéntes segítők bevonását.

Összegzés

Az interjúk során megkérdezett valamennyi szakember egyetért abban, hogy a szociális szakma társadalmi megbecsültsége igen alacsony. A gondozás színvonalának emeléséhez feltétlenül szükséges a dolgozók erkölcsi és anyagi megbecsülése, melyet – a több évtizedes gyakorlati tevékenység után is – hiányolnak a szakemberek. A munka presztízsének növeléséhez szükséges lenne a terület jobb anyagi ellátottsága, nemcsak a dolgozók igen alacsony fizetésének emelésével, hanem az intézmények állagának javításával, a felszerelések, berendezések szükségletekhez való igazításával. Az anyagiakon kívül szükséges lenne az információáramlás megfelelő biztosítása a társadalom és a szociális ellátás között. A szociális munka szélesebb körű társadalmi megismerésével társadalmi tudatformálásra lenne szükség. A társadalmi tudatformálást pozitív irányban segítené, ha az emberek többet tudnának a szociális intézményekben folyó munkáról, ha az idősekről szóló deficit modellt végre felválthatná az idősek pozitív tulajdonságainak megismerése.

A társadalmi elismertség hiányának fő oka, hogy a gondozói munkát a társadalom széles rétege még mindig a háztartási alkalmazottak által végzett munkával azonosítja. Nem eléggé ismertek a szociális szakemberek képzései, a képzések során elsajátított elméleti és gyakorlati tudásanyag. Az együttműködő szakemberek kompetenciahatárai nem tisztázottak. A szociális ellátások területén az idősellátásnak talán jobb a megbecsültsége a többi rászoruló (fogyatékkal élők, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek, hajléktalan emberek) ellátásával szemben. Pozitívumként értékelendő a továbbképzési rendszerben bekövetkezett változás, illetve a közelmúltban történt 50 %-os bérfejlesztés.

A nemzetközi kutatás keretében betekintést kaptunk az idősellátás területén foglalkoztatottak munkakörülményeinek, munkájukról alkotott véleményének megismerésére, az összesített nemzetközi tapasztalatok pedig hozzájárulnak ahhoz az uniós szintű folyamathoz, amely a gondozási szolgáltatások minőségi javításához, a kereslet és a kínálat jövőbeni alakulásának feltérképezéséhez kapcsolódik.

Varga Zsolt

A közigazgatási reform és a szociális ellátások az európai uniós csatlakozás jegyében

A módszertani intézmények jövője

A közigazgatási reform az európai uniós csatlakozással együtt alapvetően befolyásolja a módszertani intézmények jövőjét. Miért is gondolom így? A közigazgatási reform – amelyet nevezzünk inkább a közszolgáltatás reformjának és minőségi átalakításának – meghatározza a megyék és a régiók helyzetét és feladatait, így tehát változás várható a megyei önkormányzatok jogállásában is. Köztudott, hogy a megyei önkormányzatok a fenntartói a módszertani szociális intézményeknek, továbbá a megyék rendelkeznek a kijelölési joggal is. Értelemszerű tehát, hogy nekünk, módszertani intézményeknek alapvető érdekünk a közigazgatási reform figyelemmel kísérése és szakmai befolyásolása.

A megyei önkormányzatok – amelyek eddig is leginkább népképviselői GAMESZ-ként működtek – jövőbeni feladatai sajnos még mindig nem világosak, mert – bár közeledni látszódnak az álláspontok – a megyék szerepét a döntéshozó politikusok eltérően ítélik meg. Meggyőződésem, hogy a megyékre, így a megyei önkormányzatokra a jövőben is szükség lesz. A korábban létrehozott statisztikai régiók tényleges régiókká való alakítására elsősorban az Európai Unió strukturális alapjainak sikeres pályázatai miatt van szükségünk, az Unió nem szabja meg a nemzetállamok közigazgatási rendszerének kialakítására vonatkozó szabályokat, különösen nem uniformizálja azokat. Vagyis a megyék a közszolgáltatás korszerűsítése mellett bizton számíthatnak fontos feladatokra a

jövőben. Ugyanakkor a régiók kialakítása mellett a kistérségek – a korábbi járásoknak megfelelően – tovább erősödnek, amely feltételezi azt is, hogy egyes megyei feladatokat átvehetnek, így az intézményfenntartási feladatokban is nőhet a szerepük.

Az intézmények vonatkozásában a régióknak az uniós pályázatokon kívül a területfejlesztési pályázatokban lehet jelentőségük. Akárhogyan is végződik a közigazgatási reform, átalakítását nem lehet középről – a megyéktől – kezdeni, és ha már a közigazgatási reformról beszélünk, a kistérségek kapcsán érdemes elgondolkodni azon is, hogy erősödésük esetén szükség van-e az indokolatlanul sok önálló polgármesteri hivatalra, az önálló kistélepülési önkormányzatok létjogosultsága és jelentősége mellett.

Összefoglalva: mindenképpen olyan közigazgatási struktúra kialakítására van szükség, amely nemcsak az Európai Unió közigazgatási rendszerével alkot harmóniát, hanem nemzeti hagyományainkkal és a közszolgáltatás minőségi érvényesülésével, magas szintű szakmaiságával, a polgárok javára.

Az Európai Unió tagállamaiban nemzeti jog a szociálpolitika. Szociálpolitika alatt az Unió elsősorban a foglalkoztatáspolitikát, illetve ennek dominanciáját érti. Ebből következően az uniós pályázatok kapcsán arra kell számítani, hogy elsősorban foglalkoztatásbővítő pályázati kiírásokra lehet eredményesen pályázni, továbbá a fogyatékkal élők ügyeiben benyújtott szakmai pályázatoknak lehetnek komoly esélyei. Ehhez persze rendkívül magas színvonalú pályázatokot kell készíteni, erre kiképzett pályázati szakemberek segítségével, hiszen szakmailag néhány nem megfelelő pályamunka esetén az Unió évekre kizárhatja a pályázati lehetőségéből a pályázót.

Érdemes beszélnünk a jóléti államok modelljeiről, és Magyarország e tekintetben elfoglalt helyéről. Tudjuk, hogy Európában alapvetően két modell létezik: az egyik a szociáldemokrata – skandináv modell, amely a középosztályokra is kiterjesztette a szociális jogokat, és rendkívül erős szolidaritás jellemzi. A másik – elterjedtebb – a korporatista-etatista (egyszerűbben konzervatív) modell, amely a hagyományok tiszteletén, a státusdifferenciák és a hagyományos hierarchiák dominanciáján, a jó értelemben vett erős állami befolyáson és egyházi hatáson alapul. (A harmadik, liberális jóléti állam

modelljéről most nem érdemes beszélnünk, hiszen az az észak-amerikai kontinensen jellemző, és tőlünk idegen a piac logikája alapján működő szociálpolitika, a biztosítási rendszerek kizárólagossága és a rendkívül szűk körű univerzális ellátások).

Az Európai Unió tagállamainak többségében e konzervatív jóléti állam modell érvényesül, amely a szubszidiaritás elvén alapul, így azon, hogy a szociális döntések ott szülessenek, ahol a probléma keletkezett. Az állam jótékony hatása akkor érvényesül, ha e döntések hiánya fellép.

A kisközösségek, a családok fontossága minden tekintetben elsőrendű. Magyarország – természetesen nem napi politikai értelemben – ez utóbbi modellhez tartozott és tartozik, ennek optikáján keresztül kell értelmeznünk a közigazgatási reformot, a megyék és a régiók szerepét, így hát különös nyugtalanságra nem lehet okunk.

A fentiek tükrében érdemes rátérni a módszertani intézmények jövőbeni helyzetére. Az elmúlt években a módszertani intézmények feladat-és hatáskörei pontosan meghatározódtak, a szükséges normatív állami hozzájárulás biztosításával együtt. Kialakultak tehát a személyi, tárgyi és működési feltételek, kissé ugyan uniformizáltan, de jelentős szakmai elvárások törvényi szintű meghatározására került sor. A módszertani munka, a módszertani osztályok tevékenységének alapja adott. Kérdés az elkövetkező néhány esztendő, amelyről még nem tudjuk, mit hoz számunkra. Meggyőződésem, hogy a módszertani intézmények, pontosabban a módszertani osztályok saját sorsuk kovácsai is. Vagyis a jogszabály-előkészítő, a jogalkotó munka szakmai feladataiban hatékonyan részt tudunk venni, az eddigi esztendők tapasztalatai okot adnak az optimizmusra. A módszertani intézmények jelentős hatásköre álláspontom szerint nem fog változni, sőt bővülni fog. A módszertani intézmények természetesen szakmai szolgáltató intézmények, ugyanakkor rendkívüli jelentőségűnek tartom azt is, hogy intézményeink különféle hatósági eljárásokban – a közigazgatást segítve – szakértő intézményként vesznek részt, amellyel szintén szolgáltató tevékenységet végeznek. Ha a tevékenységünk valószínűleg nem változik, inkább bővül, akkor mi okozza a bizonytalanságot? A módszertani osztályoknak a jövőbeni önkormányzati-közigazgatási hierarchiában elfoglalt

helye. Úgy vélem, hogy a közeljövőben lejáró öt esztendősz megbízatusunk ebben a ciklusban még a megyei önkormányzatokhoz köt bennünket.

Azonban – és itt utalok vissza a közigazgatási-köszolgáltatási reformra – közösen kell azon gondolkodnunk, hogy a módszertani tevékenységünk – amely bármilyen struktúrában helyezkedik is el, természetesen szociális szolgáltatást jelent – milyen intézményes keretek között folyják? Önkormányzati intézményi keretek között-e, vagy a klasszikus közigazgatási intézményrendszerben? Álláspontom szerint az Európai Unió szociális intézményrendszerét és ezek irányítását, a jövőbeni régiók, megyék és kistérségek szerepét tekintve a módszertani osztályok egy majdani szociális (szociálpolitikai) hivatal alapjai lehetnek, amely dekoncentrált közigazgatási szervezetként, regionális vagy megyei szinten működhetnek. A szociális hivatalok feladatairól a későbbiekben lehetne vitázni, azonban már most megjósolható, hogy létrejöttük esetén a Szociálpolitikai Tanácsok és a Szociális Kerekasztalok működéséhez is kell illeszteni tevékenységüket. Ebben az esetben megvalósulna a már most is létező közigazgatási – szolgáltatási szakmai tevékenységünk intézményes háttere, kevésbé függő viszonyban a napi politikai-fenntartói-gazdasági érdekektől. Jelenleg is az ágazati minisztérium gyakorolja a szakmai felügyeletet a módszertani munka, a módszertani osztályok felett, tehát célszerű volna a tárca közvetlen irányítása alá kerülnie a módszertanoknak, kikerülve tehát az önkormányzati intézmények szervezeti struktúrájából, önálló szociális hivatalok megalapozójaként.

A jó alapok tehát adottak. A következő néhány év – az uniós csatlakozás utáni minőségi követelményeknek megfelelő – számunkra a szakmai egyeztetés, a szakmai lobbitevékenység és az összefogás ideje lesz. Építő vitákkal és ezek végén egységes akarattal.

(A szerző okleveles szakvizsgázott szociálpolitikus, szociálpolitikai szakigazgatás-szervező, a Somogy Megyei Önkormányzat

Módszertani Intézményének igazgatója. A kézirat Varga Zsolt a Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézetben 2003. június 27-én elhangzott előadásának szerkesztett változata).

Németh László

**A Megyei és Országos Módszertani feladatot ellátó intézmények értékelése
az SzCsM 2001. évi Módszertani tevékenység támogatási pályázat (A8) monitorozása
alapján**

Bevezető

2001 decemberében a Szociális és Családügyi Minisztérium megbízást adott e tanulmány szerzője számára, hogy a 2001. évi személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátórendszer fejlesztésével kapcsolatos pályázatok közül a módszertani tevékenység támogatására vonatkozó monitorozását és a módszertani intézmények szakmai tevékenységének összehasonlító értékelését elvégezze.

2002 január végére elkészült az a monitorozási adatlap, amelynek alapján a megyei és országos módszertani intézmények felmérése történt.

2002 márciusa és októbere között került sor 19 megyei (egyedül Vas megye nem szerepelt a megbízásban) és 6 országos módszertani intézmény felkeresésére.

A monitorozás módszertanának kialakítása során – Magyarországon új eljárásként – az Európai Unió közpénzek felhasználásához kidolgozott monitorozási módszertana szolgált mintául. A jogi szabályozás megtalálható az 1986-ban elfogadott Single European Act, az EGK alapszerződés V. fejezet 130D cikkében, a Maastrichti Egyezmény 130B cikkében, valamint a Strukturális Alapok 6. és a 26. cikkében. A monitorozás módszertanára vonatkozó konkrét előírások a MEANS füzetekben olvashatók, amelyeket 1999-ben a Regionális Politika és Kohézió Főigazgatósága (DG XVI) jelentetett meg, s amelyhez kapcsolódik a Bizottság SEM 2000 (Megfelelő és hatékony végrehajtás) programja.

Az Európai Unió megközelítésében a monitorozás konkrét programhoz kötődik, de az adott támogatás monitorozása szempontjából azt vizsgálja, hogy a felhasznált közpénzek hogyan, és milyen hatékonysággal járultak hozzá a szolgáltatás minőségének és hatékonyságának fejlesztéséhez. Ez a megközelítés akkor érvényesül, ha az intézmény szolgáltatási rendszerének elemzése és a pályázati forrás által kiváltott hatás az elemzés tárgya. Jelen tanulmányban a személyes gondoskodást nyújtó alap- és szakosított ellátásokat biztosító intézmények szakmai munkáját segítő módszertanok országos

hálózatának támogatási programjáról készült a monitorozás, így lehetőség volt arra, hogy ne csak az intézményi szint, hanem az intézmények hálózata által nyújtott szolgáltatások legyenek hatásukban megragadhatók és elemezhetők.

A monitorozás adatgyűjtése két elemre épült: az egyik a személyes látogatásokhoz kötődő interjú a módszertani intézmények vezetőivel, munkatársaival; a másik a módszertani intézmények dokumentumainak elemzése. Az interjúk és a dokumentumelemzések is annak megfelelően készültek, hogy tényszerű – mennyiségi és minőségi - mutatók alapján írják le a módszertani hálózat működését.

Az értékelést végző szerző – jelen tanulmány adta kereten belül – csak két dimenzió összehasonlításában mutatja meg a megyei módszertanok működését. Az egyik a minisztériumi szabályozás szerint a módszertanok feladatainak értelmezése, amely az 1/2000. (I. 7.) SzCsM “a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről” szóló rendeletben található. A másik dimenzió az értékelő által felállított - a módszertani intézmények összehasonlításához alkalmazott - “optimális módszertani standard”, amely azt méri, hogy egy módszertani intézmény mennyiben és milyen minőségben végzi módszertani feladatát.

Az összehasonlítás alapja a módszertani intézmények 2001. évben történt tevékenysége. Ahol nincs jelezve, hogy az adatok milyen időszakra vonatkoznak, ott a 2001. évi beszámolókból szereplő vagy az interjúban 2001. évre vonatkozóan szolgáltatott adatokra épülnek. Az elemzés úgy készült, hogy a módszertani intézményeket egy fejlesztő hálózatként tételezte az értékelő, és hangsúlyosan az együttes tevékenységük hatása került értékelésre, s csak másodlagosan érinti e tanulmány az egyes megyei és országos módszertanok jellemzőit.

A módszertani intézmények kijelölése

A módszertani intézmények kialakulásának folyamatáról a Kapocs következő számában Szalai József írásából átfogó képet kap az olvasó, így ezen cikk keretében ezzel nem foglalkozom.

Az értékelés szempontjából fontos kiemelni, hogy a módszertani intézmények kijelölése a megyei önkormányzatok feladatkörébe tartozik. A jogszabály hét kritériumot határoz meg a kijelölés feltételeként. E kritériumok "c" és "d" pontja olyan feltételeket határoz meg, amelyeket a megyei jogú városok nem tudnak teljesíteni általában – a korábbi szabályozások feltételei szerint. Így a megyei önkormányzatok - figyelmen kívül hagyva a megyei jogú városokat, amelyekkel általában rivalizálnak - nem a szakmai szempontok szerint, hanem egyéb érdekeltség alapján jelölik ki a módszertani intézményeket. Ennek következményeként a módszertani intézmények szakember-ellátottsága, közlekedési megközelíthetősége alárendelődik a megyei önkormányzatok érdekeltségi szempontjainak, költséghatékonyság szempontjából jelentős többletköltség-vonzatot teremtve ezzel. A 19 megyei intézmény közül három a megyeszékhelyen van. A 6 országos intézmény közül három található megyeszékhelyen vagy a fővárosban.

Strukturális probléma a módszertani intézmények működésében

A jogszabályi előírás a módszertanok számára ugyanazt a normatív támogatást biztosítja, illetve ugyanazt a létszámnormát írja elő. A módszertanok feladatának mennyiségét és költségeit alapvetően befolyásolja, hogy a megyében mennyi a bentlakásos intézmények, illetve a települések száma. A mechanikus jogi szabályozás az egyes módszertanok nagyon eltérő terhelését hozza létre, ami alapvetően meghatározza, hogy az időráfordításban mennyi jut a tényleges módszertani munkára.

A bentlakásos intézmények száma szerint a főváros módszertani csoportjához 115 intézmény, míg Nógrád megye módszertanához 19 intézmény tartozik; a települések számának két szélső értéke: Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 357 település van, míg Csongrád megyében 60. A

települések számának különbsége hatszorosa. Mindezek mellett a munkatársak száma egységesen három fő.

1. sz. ábra helye (Az ábrát ld. a szöveg végén!)

Módszertani tevékenység értelmezése

A módszertani intézmények alapvetően kétféleképpen értelmezik saját tevékenységüket. Az egyik koncepció szerint a módszertani fejlesztéseknek a módszertanra kijelölt intézmény keretében és profiljának megfelelő formában belső műhelymunkákra kell épülnie. Az intézményben kidolgozott és gyakorlatban kipróbált módszerek kerülhetnek átadásra a megye többi bentlakásos intézménye számára. Ennek a megközelítésnek a nehézsége, hogy a módszertannak olyan bentlakásos intézmények számára is szolgáltatniuk kell, amelyek profilban eltérnek a kijelölt intézmény tevékenységi körétől. A másik koncepció szerint a módszertani tevékenységnek - miután több profilú intézménynek kell szolgáltatnia - függetlennek kell lennie a módszertani feladatra kijelölt intézmény mindennapi gyakorlati munkájától. Ennek a megközelítésnek a nehézsége, hogy olyan munkamódot kell kialakítani, amely révén sikerül megtalálni a "jó gyakorlatokat" a különböző típusú intézményekben, illetve elméleti kutatásokban és fejlesztésekben, valamint ki kell építeni azokat a közvetítő csatornákat, melyeken keresztül ezek a módszertani fejlesztések be tudnak kerülni a mindennapi ellátások szolgáltatási rutinjába.

Hét olyan módszertani intézmény van, ahol a munkatársak csak a módszertani feladatokat látják el, és egy olyan intézmény, ahol a módszertan minden munkatársa egyben az intézmény más munkakörében is dolgozik. A munkatársak feladataik szerinti besorolása követi az intézmény módszertanra vonatkozó koncepcióját.

Módszertanok munkatársainak jellemzői

A módszertani intézmények munkatársainak 51%-a szakirányú felsőfokú végzettséggel rendelkezik, a nem szakirányú felsőfokú végzettek aránya 23%. Egyetlen kivételtől eltekintve a középfokú végzettségűek (26%) az adminisztratív munkaköröket töltik be a módszertanoknál.

A munkatársak iskolai végzettsége - az értékelés szempontjából - a módszertanhoz szükséges kompetenciák mutatóira került átforgatásra. Ezzel a mutatóval differenciálni lehet

az alapvégzettségek tartalma szerint, és számolni lehetett a különböző továbbképzésekben, illetve gyakorlatban szerzett kompetenciákkal is. A kompetenciaterületek megegyeznek a módszertani tevékenységek rendszerével, tehát 10 területre vetítve mutatják a szakértelmeket. Az egyes kompetenciák 0-7 fokú skálához rendelve kerültek kialakításra, a team minden munkatársának kompetenciájával számolva. A skála értékei a következők voltak: 0=a munkatársak közül senki nem rendelkezik az adott kompetenciával; 1-3= a képzettség minimális szinten tartalmazza legalább egy munkatársnál az adott kompetenciában való jártasságot; vagy az adott kompetencia vonatkozásában csak egy intézménytípusra vonatkozóan rendelkeznek tudásokkal/készségekkel a munkatársak; 4-6=a képzettség megfelelő szinten tartalmazza egy vagy több munkatársnál az adott kompetenciában való jártasságot, és több intézménytípusban is alkalmazható; 7=a képzettség tartalmazza egy vagy több munkatársnál az adott kompetenciában való jártasságot - team munkában a módszertan szempontjából az adott kompetencia releváns módon teljesíthető, és több intézménytípusban is alkalmazható.

11 olyan intézmény van, ahol hiányzik a minőségügyi tudás, készség. A tizenkilenc módszertan átlag pontja 2,2, és az összes pontszámnak mindössze a 28,7%-át lehetett hozzárendelni a meglévő tudásokhoz. A jogszabálytervezetek véleményezésében kialakított kompetencia a legerősebb - az átlagpont 5,6, és a tudásalap 80,1 %-os. A tudásalapban ugyancsak alacsony pontszámot ért el a pszichiátriai szakismeret 3,8 ponttal és mindössze 54%-os ismerettel. A többi szakismereti területnek van egy kisebb tudást tükröző része 4,3 ponttól 4,7 pontig, illetve 62-65% között mozgó ismeretalappal. Ezek a területek a fogyatékosellátás, a módszertani fejlesztés és a kutatás/adatgyűjtés. Ennél jobb tudásalapot mutatnak a következő területek: idősellátás, képzés/továbbképzés kompetencia, a szervezés/prezentáció és az ellenőrzésekben való szakszerű részvétel. Ezen területek átlagpontszáma 5,2 és 5,5 között, és 75-77% között helyezkedik el.

A teamben rendelkezésre álló kompetenciák szerint kiemelkedik a főváros 97,1%-os szakértelmével, és Borsod megye 37,1%-os tudáshiányokat jelző számával. Az elfogadható, viszonylagosan jó 70-80% közötti tudásokkal rendelkező kategóriába tartozik hat módszertani intézmény. A tudások felével rendelkezik, vagy az azt éppen meghaladó 50-60%-os tudáskategóriába tartozik az intézmények nagy többsége, kilenc módszertan. A 40%-os szakértelmű kategóriába két módszertan tartozik. 12 intézménynél megállapítható a

kompetenciahiány, amely következményeként ezek az intézmények vagy csak szűkített szolgáltatási körben felelnek meg a módszertanok felé jogszabályban megfogalmazott elvárásoknak, vagy pedig ezen tudáshiányok a szolgáltatások színvonalát határozzák meg.

2. sz. ábra helye (Az ábrát ld. a szöveg végén!)

A módszertani feladatok jogszabályi és szakértői meghatározásának összehasonlítása

Megyei módszertani intézmények alapfeladatai a jogszabály meghatározása szerint:

1. segítséget nyújt új ellátások megszervezésében, új módszerek bevezetésében,
2. információt gyűjt az adott megye szociális ellátórendszerének sajátosságairól, problémáiról, a megye területén alkalmazott módszerek, gondozási tevékenységek ellátásáról,
3. szakértőként közreműködik a szociális intézmények szakmai ellenőrzésében,
4. segítséget nyújt a fenntartó részére új szervezeti formák kialakításában,
5. segíti a kijelölt feladatok tekintetében a megye területén levő szociális intézmények szakmai munkáját, tanácsot ad szakmai kérdésekben, gondozási módszerekben,
6. javaslatot dolgoz ki a hiányzó ellátások megszervezésére, a szociális ellátórendszer fejlesztésére,
7. elvégzi az előgondozást az országos ellátási területtel működő állami, egyházi fenntartású intézmény megkeresésére,
8. évente tájékoztatja a Szociális és Családügyi Minisztériumot a szociális intézmények működése szakmai ellenőrzésének tapasztalatairól.

Módszertani intézmények feladatai a szakértői meghatározás szerint

A módszerek átadásához egy folyamatot kellene végigvinnie a módszertani intézményeknek, amely keretében megtörténik a módszerek standardizálása és telepítési folyamat lépésenként történő biztosítása.

A módszerek standardizálásának lépései

- 1) Az adott szolgáltatásokra vonatkozó igények felmérése;
- 2) az igényekre alapozott szolgáltatások kialakítása, a szolgáltatások fejlesztése, bevezetés és tesztelés;
- 3) a kialakított szolgáltatások pontos standardjainak leírása – eljárások, személyi és tárgyi feltételek;
- 4) “telepítési csomag” összeállítása.

Standardizált módszerek telepítésének lépései

- A) a módszert kísérő dokumentációk és értékelési eljárások leírása,
- B) a módszerhez tartozó gyakorlati útmutató, kézikönyv összeállítása,
- C) a módszer átadásához tartozó képzési tematika kidolgozása,
- D) a módszer átadásában közreműködő szakemberek listájának összeállítása,
- E) a módszerhez tartozó elméleti ismeretek jegyzete.

A jogszabályban meghatározott módszertani feladatok közül az 1. és 5. az, amely konkrét módszertani tevékenység, a 2. pedig, amely információkkal segíti a módszertani munkát. A többi főként a minisztérium számára szolgáltató feladat, illetve a módszertani tevékenységgel nehezen egyeztethető államigazgatási/ellenőrzési funkció. Az egyes feladatok tartalmát igazán az jellemzi, ahogyan a gyakorlatban megvalósul. A következőkben kimondottan a módszertani munkához tartozó dimenziókat mutatom be a monitorozás során alkalmazott mérési eljárás alapján.

Módszertani intézmények információgyűjtésének módja és a rendelkezésre álló adatbázisok minősége

A módszertani munkát alapvetően befolyásolja, hogy milyen adatokra támaszkodva tudnak a munkatársak igényeket felismerni és szolgáltatásokat tervezni. A megyei intézmények működésére vonatkozóan a módszertanok 94,7%-a kérdőívek kiküldését

választja módszerként, amit 63,2%-uk kiegészít telefonon keresztül történő adatgyűjtéssel. A módszertanok mindössze 15,8%-a használja az internet és e-mail adta lehetőségeket. Ennek persze oka az is, hogy a megyei intézmények e-mail-hez és internethez való hozzáférése egyelőre minimális.

A módszertanok 57,9%-a rendelkezik alapvető adatokkal a településekre vonatkozóan, 68,4%-uknak van információja az önkormányzati hivatalokról, és 78,9%-uk látja át a megyében nyújtott alapellátásokat és szakellátásokat. A bentlakásos intézményekre vonatkozóan a módszertanok 73,7%-a rendelkezik információkkal az intézmények alapvető jellemzőiről, de közülük csak 15,8% tud az intézményben dolgozók munkakörök szerinti összetételéről és képzettségi mutatóiról. *Az intézményekben alkalmazott módszerekről csak a módszertanok 21,1%-a rendelkezik információval.*

Módszertani intézmények új ellátások megszervezésében vállalt szerepe

A jogalkotó szándéka szerint a módszertani intézményeknek szerepe lenne abban, hogy a megyében új ellátások kerüljenek kialakításra. A gyakorlatban ezen a területen a legnagyobb a módszertanok munkatársainak bizonytalansága. Következik ez abból, hogy módszertanok több-kevesebb rálátással rendelkeznek ugyan a megye szociális alap- és szakellátásaira vonatkozóan, de semmilyen jogosítványuk nincs arra, hogy hiányzó ellátások esetén a “független és autonóm” önkormányzatok számára javaslattal éljenek a hiányzó ellátások kialakítására. Ugyanis amíg hiányoznak azok a szankciók, amelyek törvényi kötelezettség mulasztása esetén életbe lépnének, addig a módszertanok “szakmai” ajánlása súlytalan. Ezt a kudarcot kerülve a módszertani intézmények új ellátások kialakítására maguktól nem tesznek javaslatot. Rendelkezésére állnak az önkormányzatoknak, egyházi, civil vagy vállalkozásban szociális szolgáltatást nyújtani kívánó szakembereknek. Konkrét kérdések vagy ellátások kialakításának szakmai feltételei kapcsán konzultációt, tanácsadást biztosítanak.

Az interjúkból kiderül, hogy a módszertanok többsége a szerepét az új ellátások bevezetésében úgy értelmezi, hogy a jogszabályban megjelenő új elemek bevezetésében kell közreműködnie – jogszabályok tartalmának értelmezésével, illetve leírt ellátások kialakításában tanácsadással.

Láthatóvá vált az is, hogy a módszertan munkatársainak fejében keveredik a tanácsadás és a képzési programokban érintett témák. Sokszor új ellátás bevezetésével feleltették meg azt, hogy egy képzésen ismertették a jogszabály új elemét. A rákérdezésre, hogy volt-e nyomon követése valamilyen formában annak, hogy a képzésen átadott ismeretek alapján az intézményekben bevezetésre került új ellátás – nem érkezett válasz.

Módszertani intézmények új módszerek bevezetésében vállalt szerepe

Az értékelő megítélése szerint – és ezt nevében is hordozza az intézmény – a módszertanok egyik legfontosabb feladata az lenne, hogy módszereket gyűjtsön, dolgozzon ki, adjon át a szociális ellátórendszernek, ezzel járulva hozzá egy jobb színvonalú szociális szolgáltatási rendszer kialakulásához. Az országos módszertanok kivételével ez a feltételezés nem nyert megerősítést a megyei módszertanok munkájának elemzésekor.

A módszerek bevezetésénél is azt tapasztalta az értékelő, hogy a módszertanok nem tudnak számszerűsíthető adatokat szolgáltatni. Ilyen nyilvántartást nem vezetnek, illetve itt is keveredik a képzésben átadott ismeret és a módszerek átadásának fogalma.

Csongrád, Budapest, Külsővat, Bátortereny, Békéscsaba és Székesfehérvár azok a módszertani intézmények – az összes módszertan 31%-a –, ahol lényeges módszertani fejlesztések történtek, és ezek átadása nyomon követhető. Ezen módszertani intézmények közül is Csongrád, Külsővat, Bátortereny és Székesfehérvár végez erőteljes intézményen belüli módszertani fejlesztéseket – ez adja az intézményi működés módszertani alapját –, de ezek átadására/más intézményben történő szisztematikus bevezetésére vonatkozó eljárásokkal nem rendelkeznek.

A módszertanok nincsenek felkészülve arra – szerepértelmezésükbe sem tartozik bele, személyi, tárgyi feltételeik sem úgy vannak kialakítva –, hogy a módszerek átadásához tartozó telepítő csomagok összeállítására épített eljárás keretében tudnák segíteni a módszerek bevezetését a többi szociális szolgáltatást nyújtó szervezet felé.

Módszereiket főként képzések keretében mutatják be, és intézménylátogatás keretében biztosítanak gyakorlati tapasztalatszerzésre lehetőséget.

A módszerek szempontjából külön kell választani a szociális ellátások rendszerszerű fejlesztésére vonatkozó módszereket, a közvetlenül ápolás-gondozásra vonatkozó módszereket, és az ellátásokat kísérő dokumentációk fejlesztésére irányuló módszereket.

A módszertanok szociális ellátás rendszerszerű fejlesztésére vonatkozó munkájukat a jelzőrendszeres házigondozás megyei kiépítésében, fogyatékkal élők lakóotthonainak kialakításában, a kapu-program működtetésében, közösségi pszichiátriai ellátás kialakításában, valamint a szociális szolgáltatási mintahely-programokban teljesítik. A *közvetlen ápolás-gondozásra vonatkozó szakmai módszertani fejlesztés* területei a következők: hospice ellátás, bentlakásos intézmények gondozási és mentálhigiénés módszerei; kiscsoportos gondozási forma; demenciát ellátottak gondozása, palliatív ellátás, minőségbiztosítás, HACCP konyhák kialakítása; Freinet módszer; idős-gyermek project működtetése. *Az ellátásokat kísérő dokumentációk fejlesztésére* irányuló módszerek a következők: ápolási/gondozási terv, ápolási/gondozási terv dokumentációjának kialakítása, gyógyszerfelhasználás követése, dokumentálása.

Módszertani intézmények minőségfejlesztésben vállalt szerepe

A módszertani intézmények 21%-ának van minőségbiztosítása, 16%-uknál folyamatban a minőségügyi rendszer kialakítása. A módszertanok 63%-nak nincs minőségügyi rendszere. Az intézményi alapszolgáltatások minőségügyi rendszerére épülhet hitelesen a módszertan minőségügyi rendszer kialakításában vállalt szerepe.

A módszertanok összesen nyolc minőségügyi képzést szerveztek. Ezek közül öt minőségbiztosítási képzés a jogszabályban előírt HACCP konyhai minőségbiztosítási rendszerhez kapcsolódik. Egy olyan szervezet van - a Főváros -, amely a minőségügyi rendszerekről teljes áttekintést nyújtó képzést szervezett. Ez lehetőséget adott a résztvevőknek a különböző minőségügyi rendszerek megismerésére, és segít abban a döntésben, hogy milyen minőségügyi rendszer kialakítását tervezzék meg az intézmények. A minőségbiztosítással rendelkező négy intézmény közül mindössze kettő adta át tudását képzés formájában a többi intézménynek.

Módszertani intézmények tudományos kutatómunkához való viszonya, illetve saját kutatásaik

A módszertani fejlesztésekhez hozzátartozik az elméleti kutatások nyomon követése. Három olyan módszertan van, ahol a kutatásokat nem figyelik, így azok eredményeinek a gyakorlatba történő beforgatása se valósul meg. A kutatási eredmények megismerésére leginkább a konferenciák, továbbképzések, előadások keretében tehetnek szert a módszertan munkatársai. Ezt a kutatás-megismerési formát jelölte meg a módszertani intézmények 79%-a. A módszertani intézmények 68%-a szakmai folyóiratok szemlélésével is igyekszik követni a kutatási eredményeket. A módszertanok mindössze 26%-ának van internet-elérési lehetősége, és használja fel azt a kutatási eredmények megismeréséhez. Az intézmények 32%-a folytat saját kutatásokat, illetve 16%-uk vesz részt valamilyen mások által szervezett kutatásban.

A módszertanok 58%-a rendelkezik kutatási adatokkal, felmérésekkel a megye szociális alapellátásáról és szakellátásáról. A megyében szociális területen dolgozó munkatársakról, foglalkozási összetételükről, illetve képzettségükről a módszertanoknak mindössze 29%-a rendelkezik adatokkal. Ezek az adatok, felmérések lehetnek a tudatos tervezés kiinduló tényezői a módszertanoknál, így a fenti arányok azt a problémát jelzik, hogy a módszertanok nem tényadatokra építve és igényfelméréshez kötötten végzik munkájukat.

Módszertanok felsőoktatási kapcsolatai

A módszertani fejlesztésekben jelentős szerepe van annak, hogy a szakmai képzéseket és kutatásokat folytató felsőoktatási intézményekkel van-e érdemi kapcsolata a módszertan munkatársainak. A módszertanok 53%-a tart kapcsolatot felsőoktatási intézménnyel.

Módszertani intézmények továbbképzésekben és tapasztalatszerzésekben vállalt szerepe

Egy év alatt a tizenkilenc módszertani intézmény összesen 87 képzést, 20 készségfejlesztést és 86 műhelymunkát, kilenc belföldi és 11 külföldi tapasztalatszervező utat szervezett. Az összefoglaló értékelés időfelhasználási struktúrájában látszik, hogy a kapacitásoknak 16,1%-át használták fel a módszertanok képzések szervezésére.

Amennyiben abból a nézőpontból vizsgáljuk meg, hogy a módszertanok lefedik az országot, akkor az az összehasonlító adat, amely a szociális bentlakásos intézmények

gondozóinak számához viszonyítja a képzéssel elérték számát, azt mutatja meg, hogy a módszertanok közvetlen képzési hatása az összes dolgozó 10%-át éri el.

A módszertanok a műhelymunkát a képzési formák között sorolták fel. A műhelymunkák betöltenek ismeretátadó szerepet, teret nyújtanak a tapasztalatok megbeszélésére, de nem tudják a képzéseket és a szisztematikus módszertani felkészítést/átadást helyettesíteni. Ugyanakkor a módszertanok által megnevezett képzések 40%-a műhelymunka (és ugyancsak 40% az elméleti előadás aránya).

Módszertani intézmények és a minisztérium kapcsolatának jellemzői

2001. évben a minisztérium a módszertanokat 23 féle szakfeladatba vonta be. Ezek a következők voltak: pályázati tanácsadás; pályázatok bírálata; pályázatok monitorozása; javaslat gyógyszerellátás finanszírozására; előgondozás tapasztalatai; szociális szolgáltatások finanszírozási koncepciója; fogyatékosok felülvizsgálata; módszertani konferencia, megbeszéléseken részvétel; címzett támogatáshoz kapcsolódó ellenőrzés; alapellátás dokumentumainak kidolgozása; alapellátási szakreferens kritériumainak kidolgozása; országos rehabilitációs felmérés; előgondozás felmérése a megyében; ellátottjogi képviselő felkészítésének tematikája; jogszabálytervezetek véleményezése; kiadvány összeállítása; ápolási-gondozási szükségletek felmérése; megyei adatszolgáltatás a szociális ellátásokról; regionális adatszolgáltatás a szociális ellátásokról; továbbképzés és szakvizsga felmérése, végrehajtás értékelése; intézményi szolgáltatások intézményen kívüli szervezettel történő ellátás felmérése; szociális szolgáltatások integrált szervezeti formában történő ellátása - tanulmány; Fogyatékosügyi Programhoz közhasznú épületek akadálymentességének felmérése.

Három olyan terület van, ahol a minisztérium számára folyamatosan minden módszertan szolgáltat. Ezek a jogszabálytervezetek véleményezései, a megyei szociális ellátórendszerről történő adatszolgáltatás és a fogyatékosok felülvizsgálatában való részvétel, illetve annak szervezése. Ezen kívül a minisztérium működtet 21 munkacsoportot, amelyek tevékenységében a módszertanok munkatársainak részt kell venniük. Ezen munkacsoportok célja, hogy a minisztérium irányítási feladataihoz kapcsolódóan a szociális ellátórendszer rendszerszerű fejlesztéséhez dolgozzanak ki javaslatokat. A módszertani munkacsoportok által kidolgozott javaslatok nagy része jogszabálytervezetek formájában megjelenik a minisztérium munkájában.

Az interjúkból kitűnt az a nehézség, hogy a minisztérium által megadott (rövid) határidők miatt a jogszabály-tervezetek véleményezése a módszertan munkatársainál megáll, mert idő hiányában nem tudják az érintett csoportot vagy az adott intézménytípus munkatársait összehívni a jogszabálytervezettel kapcsolatos közös vélemény kialakítására.

A 2001. évi pályázat (A8) jellemzői

A 19 módszertani intézmény összességében 29 790 eFt támogatást kapott a 2001. évben. A legkisebb és legnagyobb támogatási összeg között hatszoros a különbség. Ebből az összegből 43 project került megvalósításra. A pályázati támogatásoknál nem egyértelmű, hogy azok a módszertani feladatok teljesítéséhez járulnak hozzá. Több esetben az tűnt ki az interjúk során, hogy a módszertanok számára kiírt pályázati lehetőséggel valamilyen intézményi alapfunkcióhoz való hozzájárulás történik. Az eszközbeszerzések 70%-os aránya is azt jelzi, hogy a pályázatok elsősorban a tárgyi feltételek javítására fordítódnak, és nem a módszertani feladatok közvetlen fejlesztésére, támogatására. Az eszközbeszerzések 40%-a számítástechnikai eszközökre vonatkozik, 13-13%-ot tesz ki az audioteknikai eszközök, a projector és a bútor, berendezési tárgyak beszerzése. 10%-a gépkocsivásárlás támogatása, és 6,7%-a fénymásoló beszerzéséhez adott támogatás. Ezek a beszerzések közvetetten a módszertani feladatok ellátását segítik. A szellemi jogok támogatása körében 31% a kiadványok támogatására fordított összeg, 7,7% a szakmai tanulmányút megvalósításához történő hozzájárulás, 38,5% a képzések biztosítására fordított összeg, 7,7% a számítógépes szoftver készítéséhez nyújtott támogatás, és mindösszesen 15,4% fordítódik modellprogram megvalósítására vagy minőségügyi rendszer kialakítására, amely egyik fő tevékenységi köre kellene hogy legyen a módszertanoknak.

Összefoglaló

A két dimenzió összehasonlítása alapján megállapítható, hogy a megyei módszertanok elsősorban a minisztérium számára történő adatszolgáltatási és fejlesztési koncepciók kidolgozását teljesítik. A megyei módszertanok nem rendelkeznek azokkal az információkkal és eljárásokkal, amelyekkel lehetővé válna a gyakorlatban jól működő módszerek összegyűjtése, illetve ezeknek a módszereknek a terjesztése/telepítése. A megyei

módszertanok a szociális ellátás rendszerszerű fejlesztésében, valamint a közvetlen ápolás-gondozásra vonatkozó szakmai módszertani fejlesztésben hozzájárulnak programok megvalósulásához, de hiányzik a szisztematikus standardizálás és telepítés gyakorlata. Jellegéből adódóan az eljárásokat kísérő dokumentációk fejlesztésében rendelkeznek a megyei módszertanok standardizálási és telepítési eljárással.

Az értékelés alapján megállapítható, hogy a céljában módszertani feladatot ellátó megyei módszertani intézményhálózat a jogi szabályozás előírásai miatt minimálisan tud hozzájárulni a szociális ellátórendszer módszertani fejlesztéséhez. Ebből az következik, hogy mérlegelni kellene a módszertani hálózat feladatait. Az értékelő elgondolása szerint új alapokra kellene helyezni a módszertani munkát, amelyben elsődlegesen a szociális alapellátás és szakellátás intézményrendszerének a módszertani fejlesztését és segítését kellene szolgálniuk a módszertani feladatot ellátóknak, standardizálási és telepítési csomagok módszertani fejlesztésével. Az ennek megfelelő működéshez a módszertant végző munkatársaknak "speciális", a módszertanra vonatkozó felkészítő képzésben kellene részt venniük, illetve folyamatos továbbképzésüket kellene biztosítani.

A módszertani munka lehet a biztosítéka annak, hogy a mennyiségi ellátáshoz hozzákapcsolódnak a minőségi szempontok is, illetve az eljárásokat kísérő emberjogi és szociálpolitikai értékszempontok.

1.

sz.. ábra

2. sz. ábra

Szilvási Léna
INTENZÍV – INNOVATÍV – PARTNERI
Üres divatszavak vagy lényeges tartalmak?

A szociális szolgálatok hazánkban egyre több olyan családdal dolgoznak, ahol a mindennapi megélhetési gondok jelentik a legnagyobb problémát. Tudjuk, hogy mennyire hiányos az ellátórendszer – például a gyermekpszichiátriai jellegű problémák megoldására. Egyre több gyereknél tapasztalunk olyan súlyos magatartási, tanulási problémákat, melyek egy-egy szakember számára is nehezen kezelhetőek, ráadásul kevés a rendelkezésre álló szakember. A hozzá való eljutás még a fővárosban is gondot jelent: ha a szülőnek szerencséje van, és megtalálja a neki, a problémának és a pénztárcájának is megfelelő szakembert, akkor is rengeteg időt és energiát emészt fel a rendszeres oda-vissza utazgatás. Vidéken pedig – akár a Budapesttől 40 km-re lévő községben - egyszerűen nincs elérhető szakember. Felvetődik tehát a kérdés, aktuális-e ma Magyarországon családokat támogató intenzív programokról beszélni.

Mit értünk intenzív szolgáltatáson?

Az intenzív szolgáltatás célja a gyermek családból való kiemelésének megelőzése. Ismérvei az alábbiakban foglалhatók össze:

- egyszerre igazodik a szülő és a gyerek szükségleteihez
- elérhető a család számára
- figyelembe veszi, hogy az időnek különös jelentősége van egy gyerek életében, a szolgáltatás éppen ezért intenzív, ami kifejeződik
 - időben: minimum heti rendszerességgű, de akár napi sűrűségű találkozások során történik, viszonylag rövid időintervallumban (3-6 hónap)
 - végig gondoltásban: a szülő és a szakember közös, rendszeres együttműködését jelenti egy előkészített terv mentén
- több szakember összehangolt munkájára épül
- többféle szolgáltatás összehangolását igényli
- többféle szervezet együttműködését feltételezi.

Az intenzív programok a gyermekes családok számára kidolgozott programokon belül alakultak ki. Nyilvánvalóan azért, mert az időtényező rendkívüli jelentőségű. A gyerek napi odafigyelést, szerető gondoskodást, biztonságot igényel, ez a feltétele annak, hogy fejlődjön. Azonban vannak szülők, akik saját megoldatlan problémáik miatt mindezt nem tudják gyermekeik számára biztosítani, és vannak különleges helyzetek.

Csak néhány példa:

- terhes fiatalkorú nők szociálisan is nehéz körülmények közt (megoldandó kérdések: gyerekvállalással kapcsolatos érzések feldolgozása, lakhatási körülmények biztosítása, partnerrel való kapcsolat rendezése, szülői szerepre való felkészülés)
- egyedülálló szülő, akinek egyszerre válik bizonytalanná szociális helyzete és jelentkezik valamilyen probléma valamelyik gyerekével
- szenvedélybeteg szülő egy visszaesési időszakban
- gyermek gondozási helyének megváltoztatása: pl. hazakerülés a vér szerinti anyához, aki azonban akár néhány évig nem nevelte
- sérült gyermek születése vagy szülés utáni depresszió kialakulása.

A speciális helyzetek illusztrálására egy konkrét esetet is említenék: az anya lakáshelyzete megoldatlan volt, amikor második gyerekével terhes lett. A terhesség és szülés idejére a gyermek nevelőszülőkhöz került. Az anya a második gyereket örökbe adta, hogy képes legyen az elsőt magához venni és felnevelni – eleinte anyaothonban.

Hosszan sorolhatnánk tovább azokat a szituációkat, amikor az élet mindennapi „felnőtt” feladataival való megküzdés és a gyerek biztonságos nevelése nehezen összeegyeztethetőek, és külső erőforrások bevonását igényelhetik. Ezekben az esetekben jogosan merülhet fel a gyermek biztonságos környezetbe való helyezésének szükségessége. Ugyanakkor tudjuk, hogy a családból való kiemelés mennyire traumatikus hatású, és az elhúzódó különlet mennyire veszélyezteti a gyermek és szülő közötti kapcsolatot. Annak érdekében, hogy elkerülhető legyen a gyermek kiemelése, illetve hogy a kiemelés csak minimális ideig tartson, szükségesek az intenzív, sokoldalú támogatást biztosító programok.

Sok szolgálat ma is végez intenzív beavatkozásokat, ezek kapcsán azonban több kérdés is felvetődik:

Értékelve van-e ez a munka?

Elvárja-e ezt a munkát valaki?

Díjazza-e ezt a munkát valaki?

Van-e biztosítva munkaidő erre a tevékenységre?

Számíthatunk-e más szolgálatok, szakemberek együttműködésére?

Van-e olyan partnerünk, aki hasonló intenzitással hajlandó az esetben részt venni?

Videotrénning mint innovatív módszer

A videotrénning, a segítő kamera egyike lehet azoknak a szolgáltatásoknak, melyet a családnak felajánlhatunk akkor, ha a szülő-gyerek kapcsolatban zavarok keletkeznek akár a szociális helyzet, akár a családot érintő egyéb stressztényezők miatt.

Miért újszerű ez a módszer, miért jó ezzel a módszerrel dolgozni?

- A képek ereje nagy, a vizualitás újfajta élmény, a képek segítségével közösen újra végiggondolhatunk megélt pillanatokat.
- Reflektorfénybe helyezi a szülő-gyerek kapcsolatot, ami gyakran feltáratlan erőforrásokat mobilizál.
- Objektivitása miatt nagyobb teret biztosít a szülő meglátásai számára.
- Szórakoztató.

A szülő-gyerek kapcsolatban keletkező kisebb problémák esetén a videotrénning önálló segítő módszerként jól alkalmazható a „nem-szériák” „igen-szériákká” való átalakítására, a ráhangolódás javítására, nehezen kezelhető gyerekek hatékonyabb irányítására.

Sokproblémás családok esetében a módszer jól illeszthető egy összetettebb szolgáltatási tervbe, mivel lappangó kapcsolati energiákat mobilizál, felhívja a figyelmet a gyerekek szükségleteire és érzéseire, érzelmeket mozgósít, érzékenyít, és az alacsony verbalitású családok számára is érthető, használható. Gyors változásokat indít el, amire más beavatkozások is támaszkodhatnak.

A kimerevített képek jól használhatóak egy-egy téma mélyebb megbeszélésére, a közös munka lényeges pontjainak összefoglalására. A képekről való beszélgetés során saját gyerekkori élmények, tilalmak kerülnek felszínre.

A szülőkhöz gyakran felmerülő kérdés, különösen, ha egy család anyaotthonban él, vagy átmenetileg a gyermeket mások gondozására kellett bízni: "Jó szülője vagyok-e én a

gyermekemnek?" A képek lehetőséget kínálnak a megerősítésére, pl. fiatal, de ösztönösen jó anya esetében, aki partnerkapcsolatában sokféle gonddal küszködik.

A gyermekről készült felvételekben való gyönyörködés nagy segítséget jelent az olyan szülőnek, akinek nehezen kezelhető gyereke van, akivel gyakoriak a fegyelmezési problémák.

Mit jelent a partneri viszony?

Erről sokat tanultunk a videofelvételek visszanézéséből, különösen abból, amikor azt vettük fel, ahogyan a szülőkkel beszélgetünk. A videó saját magunk számára is új felfedezéseket tett lehetővé azzal, hogy a rögzített pillanatokat akár többször is meg lehet nézni, egyedül, szupervizorral vagy bárki mással. És ha valóban kíváncsiak vagyunk saját magunkra és arra, mennyire partneri a kapcsolatunk az adott szülővel: erre vonatkozóan a felvételek sok információval szolgálnak.

Én így jöttem rá arra, hogy olykor - számomra a történés pillanatában észrevétlenül - milyen könnyen fojtom a szót a szülőbe, ha valami fontosnak látszó dolgot akarok mondani. A visszanézés során sikerült megkülönböztetnem azokat a szülői arckifejezéseket, amelyek a tanácsalanságról, és amelyek a valódi részvételről, együttműködésről tanúskodnak.

Amikor megtanultam visszavonulni, kiderült, hogy a szülők esetleg nagyon mást gondolnak ugyanarról a képről, máshogy gondolkodnak, mint én. Ebben a tanulási folyamatban döbbsentem rá arra, hogy mást jelent a siker nekem, mint a szülőnek, és nem az én általam lényegesnek tartott célokért dolgozunk, hanem azokért, amik a szülők számára fontosak.

Megtanultam, hogy a szülőre való odafigyelés, az ő érzelmeire, gondolatvilágára való ráhangolódás nem is olyan egyszerű. Ám ha ez sikerül, mennyivel könnyebb együtt dolgozni, partneri módon, az ő tempójának, az ő igényeinek, az ő képességeinek megfelelően!

Gyerekek és családok a gyermekvédelem határán

Kik ezek a gyermekek, családok ma?

- 20 000 - 30 000 gyermek az állami gondoskodás rendszerében vagy annak határán
- kb. 300 000 gyerek, akik szegénységben élnek szüleikkel együtt
- válófélben lévő szülők és gyerekeik

- beteg szülők és gyerekeik
- tanulási- és magatartás-zavaros gyerekek és szüleik
- sérült gyerekek és szüleik
- kisebbségi családok.

Ezek a családok összetett feladatokkal küszködnek nap mint nap, és érthető módon támaszra van szükségük a számukra a társadalmat megjelenítő intézmények felől. A segítő szakemberek dolga a leghatékonyabb segítségi formákat nyújtani ezen családok számára, de dolguk az is, hogy a társadalom figyelmét felhívják és érzékennyé tegyék ezen családok nehézségeire.

A sikeres beavatkozásokhoz jól együttműködő szakemberekre van szükség. Olyan szakemberekre, akik a szülőkkel és egymással párbeszédben vannak, és képesek

- összedolgozni,
- érdeklődéssel fordulni egymáshoz,
- egymás ötleteiből építkezni,
- észlelni és értékelni az érzéseket,
- belátni, hogy a helyes-helytelen, nyertes-vesztes fogalom párok irrelevánsak.

Párbeszédben lenni nehéz munka, de megéri.

**A videotréning alapelvei és azok adaptálási lehetősége a magyar
gyermekvédelmi rendszerbe**

A videotréning módszerének alkalmazása – a kedvező irányú szakmai változásoknak köszönhetően – megkezdődött Magyarországon. Azonban minden lelkes érdeklődés, elkötelezettség és nyitottság ellenére sem megy gördülékenyen és „egyszerűen” ennek a módszernek a bevezetése.

Ennek különböző okai lehetnek. A módszerrel közelebbről megismerkedve az érdeklődő - vagy éppen döntési pozícióban lévő - szakemberek, a laikusok, illetve a valamilyen szempontból érintettek egyaránt elismerik, hogy a módszer mind szemléletében, mind gyakorlatában elősegíti a gyermekvédelmi ellátás humanizálását, modernizálását. Speciális igényeket kielégítő szerepe révén bővíti az ellátási skálát. A hatósági jellegű intézkedésekkel szemben a módszer az önkéntesség elvére épül, erősíti a partner-szemléletet segítő és kliens között, és aktív kezdeményező szerepet biztosít a családnak.

Minden pozitív irányú változás mellett azonban kétségtelen tény, hogy a videotréning alapértékeivel, alapelveivel dolgozó szakembereknek nincs könnyű dolguk, amikor ezeket az értékeket alkalmazni, illetve terjeszteni szeretnék munkájuk során. Az értékek első olvasatra talán minden szakember számára evidenciának tűnhetnek, azonban azok adaptálása a változékony gyermekvédelmi rendszer ma még kaotikusnak és túlságosan kialakulatlanak tűnő alapelvei, alapértékei, megközelítései és szemléletei közé igen nehéz feladat.

A következő táblázat összefoglalja ezen alapelvek adaptálási lehetőségeit ill. problémáit:

Alapelvek	Lehetőségek	Akadályok
------------------	--------------------	------------------

1. Minden gyermeknek családra van szüksége	Az 1997-es gyermekvédelmi törvény kimondja, hogy minden gyermeknek családra van szüksége, és gyermeket saját családjából pusztán szociális (anyagi) okból kiemelni nem lehet. Ha a kiemelés mégis elkerülhetlenné válik, úgy a gyermekeknek a leginkább családhoz hasonló gondozó rendszert kell biztosítani.	Gyakran előfordul, hogy a családok szociális helyzete annyira rossz (pl. hajléktalanok), hogy lehetetlen családi életet élni. A gazdasági változások következményeképpen a szegregáció a társadalom rétegei között rendkívül megnövekedett. Az emberek egy nagy csoportjának nincs rendszeres jövedelme. A szociális ellátó rendszer még nem fejlődött odáig, hogy a családok számára egy minimális létfenntartási szintet tudjon biztosítani.
---	---	---

1. . A családok többségére jellemző a kölcsönös segítség és az egymásról való gondoskodás	Egyre nő azoknak a szakembereknek a száma, akik elkötelezettek a marginalizált, szegény, sokproblémás emberekkel való munka iránt. Az ilyen munkát végzők között	Bizonyos csoportok növekvő szegregációja és marginalizációja kriminalitáshoz, ellenségeskedéshez és bizalmatlanság kialakulásához vezetnek. Ez a bizalmatlanság növekszik a szegény, munkanélküli, kisebbségi családokkal szemben.
2. A problémás családok is szeretnének jó irányba változni	egyre több a képzett segítő; közülük sokan nyitottak ezekre az értékekre, és bíznak a családokban, amelyekkel dolgoznak.	A gazdasági és szociális „olló” egyre jobban kinyílik a gyermekvédelmi rendszer kliens-családjai és a rendszeren kívüli családok közt.
3. Mindenki azt teszi, amit a legjobbnak lát		A gyermekvédelmi rendszer kliensei képzetlenek, mentálisan instabilak, frusztráltak, elutasítottak, hosszú ideje munka nélkül lévő emberek.
4. Minden krízis egyben lehetőség a pozitív változásra		Valódi szociális segítségnyújtás hiányában (lakásproblémák, munka, jövedelem) nehéz a családok kapcsolatain dolgozni.

5. A változás erőforrásait a családon és közvetlen környezetén belül kell keresni	Egyre növekszik az érdeklődés a szakemberek – különösen a szociális munkások, néhány alternatív szolgáltatást végző közösség vagy non-profit szervezet – körében az „empowerment” (megerősítés) koncepciója, mozgalma iránt.	A magyar társadalom hagyományosan paternalista szemléletű. A centralizált és bürokratizált kommunista-szocialista rendszer támogatta ezt a paternalizmust. A köztudatban elterjedt, hogy „valaki fentről majd megoldja a problémákat”. Sok ember csak mostanában szembesül azzal, hogy felelős saját életéért. Sokakban felmerül a kérdés: vajon a marginalizált, szegény emberek tudnak-e egyáltalán felelősséget vállalni önmagukért és gyermekeikért. Ez az attitűd különösen a nagy intézményekben terjedt el.
---	--	--

Látható, hogy mindkét oldalon – a lehetőségek és az akadályok oldalán is – sok tényező szerepel. Annak ellenére, hogy vannak akadályok (és nyilvánvaló, hogy ezek olyan problémák, melyek csak hosszú távon, lassú munkával és sok türelemmel lesznek megoldhatóak) a videotréningszellemsége szerint a meglévő pozitívumokra kell építeni.

A fenti értékek, alapelvek a gyakorlatba ültetve a következő módon jelennek meg a kliensekkel történő munkában:

A videotrénér az egész családdal dolgozik és nem csak a gyerekekkel, a család természetes közegében.

Szakemberként hagyja, hogy a szülők és gyerekek problémáikat maguk oldják meg. A szülőket kompetens személyeknek tekinti. Tehát velük dolgozik, és nem helyettük.

Azoknak a klienseknek, akik egy bizonyos helyzet megoldásában a segítségét kéri, megmutatja, hogy vannak problémás helyzetek, melyekkel sikeresen megbirkóznak.

Arra helyezi a hangsúlyt, ami jó, és nem arra, ami nem működik.

Csak olyan feladatokkal foglalkozik, amelyeket a család is el tud végezni, illetve amelyeket a család megért.

A család erősségeire helyezi a hangsúlyt (nem a problémákra), és igyekszik minden családtagot mozgósítani az együttműködésre.

Aktivizálja a klienseket arra, hogy ők keressék a megoldási lehetőségeket.

Tiszteli a család kulturális, etnikai, vallási hagyományait és értékeit, elfogadja a családon belüli különbségeket és ezeket is felhasználjuk a család érdekében.

Ezen túl minden alkalmat meg kell ragadni arra, hogy konkrét eseteken keresztül (pl. sikeresen lezárt esetek bemutatásával) olyan szemléletformáló szerepet is felvállaljon a módszerrel dolgozó szakember, mellyel úttörő munkát vihet véghez.

(Cikkünk a Magyar Videotrénings Egyesület által készített konferencia-kiadvány részlete)

Rákár Natália

A Monostori család – avagy „gyerekek a határon”

Az alábbi esettanulmányban a videotréning módszer intenzív módon való alkalmazását mutatom be egy olyan esetben, ahol családból való kiemelés megelőzése volt a cél. Videotrénéri minőségemben független szociális munkásként dolgozom, így külső szakemberként jelenek meg a családokban, csoportokban.

Előzmények

A nevezett család Budapest környékén él, egy kisvárosban. Egy csecsemőotthoni kutatásban végzett munkám során találkoztam az anyával, amikor mint két csecsemőotthonban élő kisgyermek édesanyjával készítettem vele interjút (2000 nyarán). A találkozás során egyértelműen látszott, hogy hamarosan újabb kisbabának ad életet, akinek apja azonban már új élettársa, akivel jelenleg is együtt él. Az anyától akkor azt tudtam meg – a későbbi videotréninges kapcsolatunkat érintő relevanciákat kiemelve -, hogy kisbabáját nagy szeretettel várja, készülnek annak fogadására (pl. kimeszelték a szobájukat, kiságyat szereztek, stb.), akinek érkezése októberben várható. Ezzel párhuzamosan – a kutatásból kifolyólag – kapcsolatba kerültem az őt körülvevő szakemberekkel is, akiktől viszont azt tudtam meg, hogy közel sem várják olyan örömmel a kisbaba születését, mint az édesanya, sőt, nagyon komolyan fontolgatják, hogy a kórházból haza sem engedik vele, mivel két kisgyermekét már elvették tőle elhanyagolás miatt, és szerintük „alkalmatlan” az anyaságra (legalábbis készségeiben erősen kételkednek). Ezt különösen a családgondozója és a régi védőnője gondolta így, de hozzájuk csatlakozott véleményével a gyermekorvos is, aki annak idején kezdeményezte a gyermekek kiemelését.

Ez az ambivalencia rendkívül meglepett – ti. hogy az anya a szülése előtt 2-3 hónappal nem is sejti, hogy talán nem is kapja meg gyermekét. Ekkor ajánlottam fel segítségemet, mint független videotréner. Nem volt szerepem az anyával tudatni, hogy milyen "feje fölötti döntés" van készülőben, azonban a rövid idő alatt kialakult bizalmasnak mondható

kapcsolatunkat kihasználva arra bízattam: ha gondolja, hívjon fel engem szülése után, hogy a videotréning módszerrel segíthessek neki anyai szerepében újra megerősödni.

A felajánlást örömmel vette, és a szülés után két héttel már elkészült első videofelvételünk. Ez természetesen csak úgy volt lehetséges, hogy a szakemberek arra a közös álláspontra jutottak: néhány hónap „próbaidőt” adnak az anyának, mely alatt „szoros emberfogásban” felügyelik anyai ténykedését.

Az anya a nélkül, hogy tudott volna a kisbaba azonnali kiemelésének felmerüléséről, szinte természetesnek vette, hogy naponta adják egymás kezébe a kilincset az őt körülvevő szakemberek. Valószínűleg ezt annak tudta be, hogy két kisfiát valóban megalapozottan vették el tőle. Magam részéről intenzív segítségnyújtást ajánlottam, azaz hetente látogattam az anyát rendszeresen – különösen az első időszakban.

A videotréning

A család főbb jellemzői a videotréning kiinduló helyzetében:

- ◆ az anya szeretne jó anyja lenni az újszülött kislánynak
- ◆ az anya és az apa között jó a kapcsolat
- ◆ az anyai nagymama lakásában élnek, egy kis szobában (a nagymama és az anya öccse lakik a másik szobában)
- ◆ az anyának ambivalens, az apának rossz a kapcsolata a nagymamával
- ◆ az anya 4 és 5 éves fiai nevelőszülőknél élnek
- ◆ az anyától elhanyagolás miatt vitték el a fiúkat csecsemőotthonba, 1 és 2 évesen, rossz állapotban
- ◆ a fiúk apja nem tart velük kapcsolatot, élettársi viszonya az anyával évekként ezelőtt megszűnt
- ◆ az anya és nagymama a kiemelés óta rendszeres kapcsolatot tart a fiúkkal
- ◆ az új apa „feketén” dolgozik, jövedelme bizonytalan
- ◆ a szakemberek nem bíznak az anyában
- ◆ az új élettársnak még kezdetleges, de jó a kapcsolata a fiúkkal

A családot körülvevő szakemberek:

- ◆ Gyermekjóléti Szolgálat családgondozója
- ◆ Területi védőnő
- ◆ Gyermekorvos
- ◆ Gyámhatóság – két gondozás alatt álló fiú kapsán
- ◆ Gyámhivatal – veszélyeztetett kisbaba kapsán
- ◆ Nevelőszülő
- ◆ Nevelőszülői felügyelő

A kiinduló helyzetet jellemző főbb pontokból jól körvonalazódik, hogy a családdal való munka a veszélyes és biztonságos kategória között „lebeg”. Az újszülött kislány azonnal „veszélyeztetett” kategóriát kapott, mivel anyja már egyszer komoly elhanyagolása miatt nagyobb gyermekeit veszélybe sodorta. Emellett a szociális faktorok is igen rossz helyzetet mutatnak: lakásprobléma, jövedelemhiány, iskolázatlanság (az anya IQ-ja 75, kisegítő iskolába járt; az apa éppen hogy elvégezte az általános iskolát), az apa büntetett előéletű), ambivalens családi kapcsolatok (az anya nagyon erős függésben van anyjától, aki tudatosan tartja fenn ezt a helyzetet).

A közös munkát azért gondoltam mégis érdemesnek elkezdni, mert igen erős motivációt éreztem az anyában a változásra. Erre lehetett építeni. Az is önmagáért beszél, hogy milyen sok szakember veszi körül őket, ám igazán senki nem bízik az anyában. A munkakapcsolat elejétől kezdve dolgoztunk a segítségnyújtási tervvel. Ennek mentén a következő területeket érintette közös munkánk:

1) fázis – Alapkommunikáció. Időszak: folyamatosan

Alapkommunikáció javítása, fejlesztése, erősítése elsősorban az anya és kislánya között, ill. az anya és élettársa (apa) között.

2) fázis – Mindennapi élet kérdései– folyamatosan; mindennapok ritmusa, újszülött gondozása, élet- és háztartásvezetés elemei, meglévő gyakorlat szükség szerinti korrigálása.

3) fázis – A gyermek fejlődése. Az újszülött változó állapotának stabilizálása, szükségleteire való reagálás elsajátítása.

4) fázis – A szülő fejlődése és környezettel való kapcsolata.

Folyamatosan – segítő-visszajelző beszélgetések során.

Témák: az anya saját helyzete, kapcsolatai, környezettel való kapcsolatai

- különös tekintettel az előző élettársi kapcsolatának feldolgozására, az első két gyermeke születésére, ill. az elvesztésüket befolyásoló körülményekre; érzelmi szintű feldolgozás, újraelemzés

- az anya kapcsolata vele élő édesanyjával, és a lakásukban élő öccsével; együttélés hozta konfliktusok lehetséges elemzése, saját megoldások keresése
- az anya kapcsolata élettársával, kislánya apjával; a kapcsolat erőforrásainak feltárása, közös szülői szerepek elemzése, erősítése; az apa rokonaival való kapcsolatfelvétel mérlegelése, megkezdése; lehetséges rokoni szálak erősítése

5) fázis – Gondozás alatt álló gyermekivel való kapcsolat.

Időszak : kapcsolatfelvétel, látogatások, kigondozás időszakában.

Az anya kapcsolata a gyerekekkel a közösen töltött időszakokban (pl. karácsony, hétvégi együttlétek). Esetleges kigondozás esetén a kapcsolat fejlesztése, javítása, erősítése videotréning módszerrel.

A segítségnyújtási terv alapján jól látható, hogy gyakorlatilag az életük legfőbb területeiről szó esett, és – megítélésem szerint – pozitív irányú változás is történt.

A legnagyobb előrelépés és egyben kihívás az volt, hogy miután az anya pozitív megerősítést kapott a kislányával kapcsolatban – valóban rendkívül érzékenyen, az ösztöneire hagyatkozva szépen gondozta kislányát – ,egy-két hónap elteltével nagyon felerősödött benne a fiai utáni vágy. A fiúk ekkor már kb. háromnegyed éve nevelőszülőknél éltek (mivel a csecsemőotthon bezárt). A nevelőszülők ritkán tapasztalható empátiával és érzékenységgel kezelték az anya és a nagymama kapcsolatát a fiúkkal, és teljes mértékben támogatták a kapcsolattartást; többek között szorgalmazták a fiúk otthon töltött idejének növelését is. Ennek hatására ősz derekán néhány napot, valamint a karácsonyt is otthon töltötték. Ezen látogatások során is készítettem felvételeket, és bár világos volt ennek a fajta megerősítésnek a veszélye, úgy ítélt meg, hogy mivel a kapcsolatuk a körülményekhez képest igen szorosnak mondható, ezért biztosan csak előnyükre válhat annak minőségi javulása.

Az anya az otthon együtt töltött időről készült filmek és beszélgetések hatására egyre bizonyosabbá vált abban, hogy a soron következő felülvizsgálaton minden eszközével arra fog törekedni, hogy visszakapja gyermekeit. Azt gondolta, kapnia kell egy újabb esélyt, hogy bebizonyítsa: a körülmények megváltozásával és egy komoly pozitív megerősítéssel képes lehet jó anyja lenni gyermekeinek, akik ragaszkodnak hozzá.

Annak ellenére, hogy évente történtek felülvizsgálatok (a gyerekek ekkor már három éve álltak gondozás alatt), még mindig ideiglenes elhelyezett státusban voltak – számomra érthetetlen oknál fogva. Gyakorlatilag a döntési pozícióban lévő emberek azon az állásponton voltak, hogy „megvárják, amíg már nagyobbak lesznek a gyerekek és rendesen járnak óvodába, mert az anya nem tudná egész nap gondozni őket.” Ezen túl – elvileg – nem fektették le azokat a kritériumokat, melyeknek teljesülnie kellene ahhoz, hogy a gyerekek hazakerülése „akadálymentesítve” legyen.

Ennek fényében az anyával együtt készültünk a márciusi felülvizsgálatra. Az anya – szintén a videotréning hatására, saját erőforrásokat aktivizálva – el tudott jutni a nagymamával egy olyan kommunikációs szintre, hogy képesek voltak megbeszélni, majd megoldani olyan problémákat, amiket előtte soha. Például azt, hogy az öccse végleg elköltözzön a lakásból; megjavíttassák a közös használatban lévő bojler (melyet évek óta nem használtak), hogy legyen folyó melegvíz a fürdőszobában; és ami még nagyobb előrelépés: rá tudták venni a nagymamát, hogy a fiúk hazakötözésének érdekében mondjon le a nagyobb és világosabb szobáról, és cserélje azt el a fiatalokkal. A szülők így át tudták rendezni új szobájukat, mely már nem 10 m² volt, hanem kb. 20 m², és bár szűkösen, de megoldhatóvá vált az egész család „elhelyezése”. Videotrénereként maximálisan támogattam azt, hogy a felülvizsgálat után elkezdődhessen egy jól kidolgozott hazagondozási terv megvalósítása, és ennek elérése érdekében a közösen készített videotréninges felvételeinkből egy olyan „összeállítást” készítettem a többi szakembernek, melyen mindenki számára jól látható volt az anyában végbemenő változási folyamat.

A felülvizsgálaton – részben az én közvetlen hatásomra – megszületett a kigondozás megkezdéséről szóló döntés, bár igen szerencsétlen módon alakították a körülményeit: minden hónapban 2-3 napra gondolták hazaengedni a fiúkat, nyáron egy hétre. Emellett összegyűjtötték azokat a – főként a konkrét lakáskörülmények változtatására vonatkozó – kritériumokat, melyeket teljesíteni kívántak az anyával. A következő felülvizsgálatot össze tüzték ki, azzal, hogy akkor döntenek, hazaköltözhetnek-e a fiúk.

Az anya – az élettársával és a nagymamával együtt – nagyon készült rá, hogy a fiúk most már belátható időn belül hazaköltöznek. Az együtt töltött idő azonban annyira szerencsétlenül lett szabályozva, hogy ezek a rövid „láthatások” nem voltak igazán alkalmasak arra, hogy az anya megtapasztalja, és így megtanulhassa, milyen is huzamosabb ideig három gyermeket gondozni, nap mint nap. Ebben az értelemben a videotréninges

munkával is valamelyest „megrekedtünk”, mert bár a kommunikáció fejlesztésében sokat haladt előre az anya, az egyéb területek (pl. mindennapi gondozás rutinja, közös szokások kialakítása) fejlesztésére nem volt igazán idő, tér, mód és lehetőség. Emellett az a szerencsétlen helyzet is előállt, hogy ebben a kritikus időszakban hónapokra családgondozó nélkül maradtak, mert az előző családgondozójuk szülési szabadságra ment, az új pedig még nem kezdte meg munkáját.

A közös munkánkat természetesen folytattuk nyáron is, de nem volt igazán hatékony. Az őszi felülvizsgálatra szeptemberben került sor. Számomra rejtélyes oknál fogva nem szóltak nekem ennek konkrét időpontjáról, és az anya sem értesített, mert eszébe sem jutott, hogy a történetek után nem kapok meghívást.

A felülvizsgálat szomorú és tanulságos eredményt hozott. Az a döntés született, hogy az anyának még 10 hónapot kell várnia – a következő felülvizsgálatig – a gyermekek hazahelyezésére. Az indokok a következők voltak:

- nem teljesítették a lakásban történő változásokra előírtakat (konkrétan: a lakásukban felhalmozott rengeteg limlomot nem selejtezték ki és vitették el, és nem vették meg a gyermekek új, saját fekhelyét, vagyis nem készítették elő a lakást a fiúk fogadására)
- a védőnő szerint az anya nem táplálja megfelelő ételekkel a kislányt, abból következtetve erre, hogy nyáron egy-két súlymérés során kevesebb súlyt mértek a babánál.

Tanulságok, kérdések, dilemmák

A videotréning módszer alkalmazásának nem éppen klasszikus területéről mutattam be egy esetet. Az anya gyermekei igazi „határesetek”: a kislányát épphogy nem vették el tőle, a fiait pedig épphogy nem adták vissza. Végül is a helyzet nem a legrosszabb: egyik gyermeke vele él, nagy valószínűséggel nem fogják kiemelni a családból. A mérleg még mozgásban van.

A módszerrel való munka során rengeteget tanultam, kaptam az anyától. Megtapasztalhattam, hogy a *módszer ereje* nagyobb annál, amit vártam: valóban képességeket mozgósít olyan emberekben, akikről már minden segítő lemondott. Megtapasztaltam, hogy a *képek ereje* – különösen egy olyan családban, ahol nemcsak fényképezőgép, de televízió sincs - óriási lehet, és olyan érzelmeket képes életre kelteni, melyekről az érintett régen maga is azt gondolta: nem léteznek már. Megérezhettem, hogy a segítő *beszélgetések ereje* olyan

magabiztossággal ruházhatja fel a valószínűleg kiszolgáltattott klienseket, hogy azok többé nem akarnak kiszolgáltattak lenni.

Ennél a pontnál szeretném meghúzni a saját mérlegemet is az esettel kapcsolatban, összefoglalva a pozitívumokat, a kérdéseket és az akadályokat. Innen az olvasóra bízom a továbbgondolást.

FEKETE PÉTER

NYERŐGÉP ÉLETRE-HALÁLRA

3. rész

V. Hunor s Magor

Szeretnék bemutatni néhány más játékost is, talán érdekes lesz elolvasni a történetüket.

Hunort és Magort, az első két szereplőt azért választottam, mert bizonyosan nem alkoholisták. Mindketten tagjai a budapesti GA-nak. (GA: Gamblers Anonymus, Névtelen Szerencsejátékosok. Bővebben ld. megelőző számainkban a sorozat 1. és 2. részét - a szerk.) Egyikük „rulettes”, a másikuk „gépes”. Az interjú óta egyikük visszaesett, de azután visszajött a csoportba, és már több mint egy éve újból játégmentes. A másik szereplő nem esett vissza.

A "riporter" természetesen én magam vagyok. Hunor és Magor álnevek, a szokásainknak megfelelően.

Péter: Mióta nem játszotok?

Hunor: 31 napja

Magor: 8 hónapja

Péter: Hogyan álltok az alkohollal? Gyakran találkoztam azzal a jelenséggel, hogy bár nem alkoholista az illető játékos, az idők során aztán mégis kiderül, hogy korábban bizony komoly gondok voltak ezen a téren is, csak a játék mellett már nem maradt pénz inni...

Hunor: Soha nem okozott gondot, de egyszer-kétszer azért voltam már részeg. Ráadásul a véletlen úgy hozta, hogy pár éve vettem egy telket, amin szőlő is van, úgyhogy csinállok bort, pálinkát. Tudom kontrollálni az ivásomat.

Magor: Nem probléma, heti egy-két pohár bort iszom. Az igazsághoz tartozik, hogy amikor kb. egy hónapos nem játszó voltam, volt egy durva berúgásom, és párszor előtte is előfordult az életemben, úgyhogy én is sejtem, mit jelenthet a részegeskedés.

Péter: Nem zavar benneteket, hogy a csoportban többen is vagyunk, akik nemcsak játékosok, de alkoholisták is?

Hunor: Nem, egyáltalán nem zavaró.

Magor: Én még hálás is vagyok ezért, mert valamikor régen dolgoztam egy pszichiátriai osztályon mint segédápoló, és az ottani hangulat, meg a saját gögöm miatt kialakult bennem egy felsőbbbségi érzés az alkoholistákkal és főként a drogosokkal szemben. Amióta tudom, hogy én is szenvedélybeteg vagyok és járok a csoportba, mindez megszűnt.

Péter: Hogy kezdődött a játék?

Hunor: Fiatalon kikerültem nyugatra (akkor 22 éves voltam, most 42 vagyok), nem volt sem munkám, sem munkaengedélyem, ezért aztán azt találtam ki, hogy majd megélek a rulettből. Itthon előtte olvastam egy-két szépirodalmi könyvet, ami a szerencsejátékról, a dzsentrivilágról szól, például Kellér Andor híres könyvét, sőt néhányat ki is vittem magammal. Úgyhogy valamiképp rá is hangolódtam erre a döntésre. Mikor először elmentem a kaszinóba, 100 márka volt nálam. Elsőre nyertem, de már ekkor, a legelső alkalommal is pénz nélkül mentem haza. Még a legelején azért előfordult néhányszor, hogy óriási erőfeszítéssel ugyan, de pénzzel a zsebemben tudtam elhagyni a kaszinót, de ezeket a

pénzeket is visszabuktam 2-3 napon belül. Vagyis már az elejétől visszahordtam a nyereményt, bármennyi is volt az. A legnagyobb nyereményem 60 ezer márka volt, pár nap alatt azt is visszavitettem a kaszinóba. Egyszer – ez már Pesten történt – rövid idő alatt annyi pénzt nyertem, hogy vehettem volna rajta egy használt Masserati-t. (Olasz nosztalgia luxusautó – F.P.) Felhívtam a barátnőmet a munkahelyén, hogy jöjjön gyorsan, fontos dolog van. Mire odaért, visszabuktam az összes pénzt. Azzal a gondolattal, hogy nyerek neki is egy autót ...

Magor: 1990-91 körül kezdődött. Elkísértem egy barátomat egy játékterembe. Bedobtam néhány húszast. Vissza-visszajárogattam időt tölteni. Vidéken laktam, és éjszaka dolgoztam – ez volt a segédápolós időszak. Sokszor nem mentem haza reggel, hanem mozikban, játéktermekben töltöttem a napot.

Péter: Nem lettél álmos estére, mikor a munka kezdődött?

Magor: Naná, hogy álmos lettem. Rengeteg kávét ittam, és éjszaka sutyiban mindig lehetett aludni egy kicsit a kórházban.

Péter: Mennyi idő után lettél függő?

Magor: Maximum egy évig tudtam kontrollálni a játékomat, utána már nem nagyon. Menthetetlenül játékbeteg lettem. 20-21 éves koromban kezdtem játszani, most 31 vagyok. Ja és még valami: gépfüggő, magyarul „automatás” vagyok.

Péter: Mi volt a legrosszabb élmény a játék során?

Hunor: Rengeteg borzasztó élmény volt, nehéz egyet kiemelni. Talán azt az esetet említeném meg, amikor a rólam mit sem sejtő rokkant nagybátyám rám bízta a házának az eladását, és én eljátszottam a pénzt, ami egyébként 1,8 millió Ft volt...Persze ez nem mostanában, hanem 93-ban történt.

Magor: Én, ha lehet, akkor nem az esemény, hanem az érzés kategóriában fogalmaznám meg a legrosszabb élményt, ami természetesen nem egy alkalom, hanem sok-sok eset. A végén már mindannyiszor ez ismétlődött: Ülök a gép előtt, már az utolsó forintjaimat játszom el. Hazamenni nem merek, kölcsönkérni nincs kitől, nemritkán 15-20 óra játék van mögöttem. Fázom (sokszor még akkor is, ha egyébként meleg van), és minden sejtemet átjárja az az istenverte érzés, hogy már megint (illetve még mindig) itt vagyok ...

Péter: Magyarán azt állítod, hogy nem is a következmények a legrosszabbak, hanem ez az érzés a pénz elfogyása előtt?

Magor: Amikor már a „következményekről” van szó, ez már inkább játszma: újabb fogadkozás, kölcsönkérés, alku a rokonokkal.

Hunor: Hasonló érzések sokszor lejátszódnak bennem is, de a végére annyira kifáradtam-kifakultam a sokévi játékban, hogy már érezni is csak nagyon tompán tudtam. Talán már a bosszankodás sem ment igazán. Valahogy belefásultam mindenbe, felőrölt a játék, az örökös hazudozás, kölcsönkéregetés, tűzoltás. Elvesztek belőlem az érzések. Kilúgozódtam a játékcirkuszban.

Péter: Szeretném, ha mesélnétek arról egy kicsit, hogyan hatott a játék a kapcsolataitokra!

Hunor: Abszolút megbízhatatlan lettem, ezért a rokonság nagyon gyanakvóvá vált velem szemben. Az első házasságom alatt annyi mindent rontott meg a játék, és engem annyira eltorzított, hogy lényegében ennek a következtében váltunk el. A testvéremmel teljesen megromlott a kapcsolatom. (Őt is becsaptam, „levettem” pénzzel.) Talán évi kétszer, ha találkozunk. Megbízhatatlannak tart. Azokban a korszakokban, amikor játszom, szinte teljesen elmagányosodom. Ilyenkor még egy kávéra sincs pénzem, és nem is nagyon vágyódom társaságra. Minden percben a játék körül forog az agyam. Azonban amikor nem játszom, olyankor normális társasági lénné változom.

Az az igazság, hogy nagyon sok kapcsolat, társaság úszott el a játék miatt.

Péter: Most, hogy erről beszélsz, elég keserűnek tűnsz. Sokszor abbahagyta?

Hunor: Sokszor. Három év volt a legnagyobb szünet. De most optimista vagyok. GA-ba járva más még az abbahagyás – szüneteltetés élménye is.

Péter: Most van párkapcsolatod?

Hunor: Van egy régóta tartó élettársi kapcsolatom. Most nehéz szakaszban vagyok: naponta telefonálgatnak a hitelezők, rohangálok munkák után, szóval nem tudni, hogy mit hoz a közeli jövő. Pláne a távoli ...

Péter: Kedves Magor, most téged kérdeznék a kapcsolataidról!

Magor: Mélyebb baráti kapcsolatom nagyon kevés volt. Maximalista voltam: mindent, vagy semmit! Haverjaim se igen voltak. Langyos dolognak tartottam volna. A párkapcsolathoz is hasonlóan álltam hozzá, bár ott azért belebonyolódtam egy-két komolytalan kalandba. (Azt figyeltem meg, hogy a játékosok között nagyon gyakori a kapcsolatban hűséges típus – F.P.) Egy időben kifejezetten „játszottam” a nőkkel is. Ha sikerült őket magamba bonyolítanom, akkor „győztem”, és már nem is érdekelték. Nem voltak egyenrangú párkapcsolataim: vagy a

másik fölébe kerekedtem, vagy rohángáltam nem elérhető csajok után. A mostani párkapcsolatom még aktív játékos koromban kezdődött. Ezt lányt kivételesen nem akartam manipulálni. Ő a játék alatt nagyon sokszor akart „megmenteni”. Talán azért tartott ki mellettem, mert az apja is szenvedélybeteg volt. (Nagyon gyakori képlet – F.P.)

Péter: Okozott-e feszültséget, változást a játék abbahagyása?

Magor: Főleg kezdetben volt sok a súrlódás. A játszás abbahagyása után is gyakorolta még az irányítói hozzáállást. Sokáig tartott, míg elfogadta, hogy nem ő az én megmentőm játék-ügyben. De végül felhagyott az oktató, irányító, dominálásra törekvő magatartással.

Péter: Hohyhohy?

Magor: Mikor már komolyan be voltam gyulladva a játék miatt, elkezdtem jární egy pszichiáternőhöz. Az élettársam a terápia alatt hívogatta őt, hogy engem kontrolláljon (járok-e, hogy haladok, stb.), és egy idő után valahogy elhitte ennek az orvosnőnek, hogy mind nekem, mind önmagának sokat segít, ha megbékél azzal a ténnyel, hogy nem az ő irányításával történik a gyógyulásom. Szép lassan kezdtem felnőni játékos kisfiúból egyenrangú férfivá, de ez nem ment simán. Sokat segített az, hogy az élettársam eljött a GA nyitott gyűléseire, ahol megvilágosodott számára, hogy igazából nem egy „gyenge” pasas vagyok, hanem egy olyan szenvedélybeteg, aki a GA segítségével és felépülési programjával képes befolyásolni a sorsát és jövőjét. Így aztán az élettársam feladta a dominanciát, amit addig gyakorolt felettem. Szerencsére az idő során anyám is feladta a megmentő-kioktató szerepet, bár néhányszor próbálkozott még, de már képes voltam leállítani őt.

Péter: Hogyan kerültetek a GA-ba, és hogy érzitek itt magatokat?

Hunor: Nekem 1995 körül már került kezembe angol nyelvű GA irodalom, de akkor úgy éreztem, hogy ez túlságosan „amerikai”, és nálunk biztos nem működne. Végül is egy pszichiáter főorvos hozott-küldött ide. Én tulajdonképpen már reményvesztett voltam, igazából nem hittem, hogy bármi segíthet rajtam. Most úgy vagyok, hogy csoda történt, de babonából még félek elhinni ... Tudom, hogy ez furcsán hangzik, de igaz. Minden gyűlést várok, már fél órával előtte itt vagyok. Húsz év küszködés, szenvedés, magamba fordulás, tompaság után a GA meghozta a megváltást. De félek, nehogy véget érjen ez a felszabadultság! Számomra a „csak a mai nap nem játszom” egy gordiuszi csomó átvágását jelentette. Új perspektívák keletkeztek, hiszen mindig is jó pénzkeresőnek számítottam, és most először van arra remény, hogy meg is tudom tartani a pénzeimet.

Péter: Úgy tudom, visszaestél az első GA gyűlésed után.

Hunor: Igen. Bár a régiekhez képest a veszteség összege elenyésző volt, de a visszaesés iszonyúan megviselt. A negatív érzelmek intenzitása olyan erős volt, mint 18-20 évvel ezelőtt,

amikor még nagyon fejbe vágott egy-egy vesztes. Borzalmas hétvégét okozott.

Péter: Megfordult a fejedben, hogy nem jössz vissza a csoportba?

Hunor: Nem.

Péter: Nehéz volt visszajönni?

Hunor: Nem igazán. A visszaesés nyomasztó súlyát feloldotta a GA gyűlés. Megkönnyebbültem, hogy elmondhattam, s a csoport ezt megértéssel fogadta. Nagy dolog volt, hogy nem tagadtam le! A „rég” életemben egy visszaesés után automatikusan következett a tagadás. Amióta visszaestem és visszajöttem, azóta érzem itt igazán otthon magamat ...

Péter: Kedves Magor, Te hogy kerültél a GA-ba?

Magor: Nagyon sokáig küzdöttem a GA csoportba járás gondolata ellen. Holott a pszichiáterem már a legelső találkozáskor javasolta. Az segített leginkább, hogy ez a pszichiáternő semmit sem erőltetett. Azt mondta, hogy felőle akár játszhatok is, az én döntésem. Így nagyon nehéz lett volna őt manipulálni. Kifogta a szelet a vitorlából. Megmondta azt is, hogy egyetlen „módszer” dicsekedhet igazi eredményekkel, évek óta nem játszó játékosokkal: a Gamblers Anonymous. Kb. fél évig ellenálltam, ami idő alatt kétszer visszaestem, úgy látszik erre volt szükségem ahhoz, hogy bebizonyítsam magamnak, hogy tehetetlen vagyok a játékkal szemben, és hogy nem egy konkrét ok vagy személy miatt játszom, hanem azért, mert ez a betegségem. Ezeket a visszaeséseket ugyanis már tényleg nem lehetett kire-mire rákenni.

Péter: Milyen érzésekkel jöttél az első gyűlésre?

Magor: Megtéréssel, megadással-feladással. Kicsit szorongtam, hogy mi lesz, hogy lesz, de már az első gyűlésen azt éreztem, hogy sikerült letennem az eddig cipelt terheket.

Péter: És azóta hogy érzed magad?

Magor: Hálás vagyok, hogy „hazataláltam”, s hogy az első gyűlés óta nem „kellett” játszanom.

Péter: Ennek a könyvnek legfőbb célközönsége a még aktívan játszó játékosok. Mit üzentek nekik?

Hunor: Sokkal egyszerűbb volt eljönni, és beépülni a csoportba, mint azt vártam. Volt bennem hitetlenség, hogy a GA is csak egy megoldást nem hozó, alibi intézmény. De elmúlt ez a hitetlenség!

Magor: Megdöbbenő volt, hogy sokkal kisebb erőfeszítés járni a gyűlésekre, mint amennyi energiát elvitt a problémám tagadása!

Péter: Ennél jobb végszót kitalálni sem lehetne! Köszönöm az őszinte válaszaitokat.

VI. Mike

Mike e sorok írásakor az „én” betegem. Ez úgy értendő, hogy természetesen van saját kezelőorvosa, aki ellenőrzi és irányítja a felépülését, hozzám olyan értelemben tartozik, hogy tagja az általam vezetett játékbeteg-csoportnak.

Amikor a csoportomba kerül valaki, akkor az első feladata az, hogy kitöltse a GA húsz kérdéses tesztjét, és hogy az „igennel” megválaszolt kérdéseket részletesen, példákkal illusztrálva is kifejtse, írásban. Ezzel készítem elő az Első Lépést, illetve a betegségbelátást. Ezt a feladatot komolyan veszem, ennek következtében a klienseim is komolyan veszik.

„Mike” természetesen álnév, az én javaslatomat elfogadva lett ez a beteg neve. Az alábbi írásbeli feladat néhány napi ittlét alatt készült, és azért választottam, mert rendkívül jól rávilágít a betegség lényegére. Mike természetesen hozzájárult a közléshez.

Nem szeretnék itt egy teljes anamnézist közölni, csak pár szót az előzményekről:

Mike játékbetegsége – szemmel láthatóan – előrehaladott állapotban van. Ő maga 47 éves, elvált, jelenleg lányával, két unokájával és a vejével él egy háztartásban.

Elmondása szerint 14 éve kezdődött a játéka. Kezdetben naponta játszott, kb. hat éve jellemző az, hogy amint pénzhez jut, azonnal „rohan” játszani. „Játékgépes” beteg.

Alkoholista is, problémás ivása 17 éves korában, 30 évvel ezelőtt kezdődött. Úgy érzi, hogy játékszenvedélye súlyosabb, mint az italozása: van, hogy egyáltalán nem költ italra játék előtt-közben: „hátha pont azon a pénzen nyerne”.

1989-ben vált el. Akkor még nem játszott, de a válásban szerepet játszott az ital, valamint az is, hogy akkoriban egyszerre két munkahelye volt: „soha nem volt otthon”.

Nagyon bízik a terápiában, és abban, hogy sikerül felépülnie. Jól motivált, együttműködőkész beteg.

És most következnek a tesztfeladat.(Stílusban és mondat szerkezetileg megőriztem az eredeti szöveg hangulatát, és csak ott változtattam, ahol a közérthetőség kedvéért feltétlenül szükséges volt – F. P.)

1. Játsozottál-e a munkaidő rovására?

Igen. A játékgépezés közben úgy elment az idő, hogy már nem volt idő bemenni dolgozni.

2. Előfordult-e valaha, hogy a játék miatt gondterheltté vált az otthoni életed?

Igen, mert állandóan csak a pénzt viszem hazulról, és kialakult a családom és köztem egy állandó veszekedés és gyűlölködés.

3. Érintette-e már a jó híredet a játék?

A jó híremet nem érintette, csak anyagilag, mert az idegenek nem törődtek vele, hogy játszom.

4. Éreztél-e valamikor lelkiismeret-furdalást a játék után?

Mindig érek, mert ha nyerek, én azt is eljátszom, és olyan gép nem létezik, amelyik állandóan adna. Ha kiadja a legnagyobb nyereményt, én akkor is vesztes vagyok, mert visszadobom és tudom, hogy üres kézzel fogok távozni.

5. Játsozottál-e valaha is azért, hogy kifizethesd az adósságaidat, illetve így oldjad meg az anyagi nehézségeidet?

Igen. Például van egy nagyobb tartozásom, és megkaptam a fizetést. De nem hogy a tartozást törleszteném, vagy egy részét, hanem még azt is eljátszom, mert nyerni akarok. Pedig ismerem magam, vagyis, hogy nyertesén soha nem megyek el.

6. Gátolt-e a játék a törekvéseidben, és abban, hogy hatékony legyél?

Igen. Lett volna otthon is sok munkám, vagy elintéznivalóm, de én elmentem a játékterembe és rögtön játszottam is.

7. Vesztes után érezted-e azt, hogy minél előbb vissza kell menned, és vissza kell nyerned azt, amit elvesztettél?

Mindig az van, hogy vesztes után vissza kell mennem, mert olyankor meg vagyok győződve arról, hogy vissza fogom nyerni az elvesztett pénzt. Ha nem tudok visszamenni játszani, napokig rosszul vagyok. Meg vagyok győződve, hogy nem sok pénz kellett volna, hogy nyerjek, és olyankor nem gondolok arra, hogy én úgyis visszacobnám, mintha az ablakon szórnám ki. Ilyenkor töröm a fejem, honnan lehetne pénzt szerezni, és legtöbbször sajnos tudok is szerezni, és aztán csinálom magamnak a kárt.

8. A nyerést követően éreztél-e erős késztetést arra, hogy minél előbb visszatérj, és még többet nyerj?

A nyerésemnél meg fordítva vagyok, és el sem akarok menni. Volt olyan eset is, amikor zárórakor nyertem egy nagyobbbat, és nem hogy hazavitettem volna a nyereményemet, hanem szaladtam a másik játékterembe. Volt, hogy még ott is tovább nyertem, de ilyenkor föltettem a tétet a legnagyobbra ... egy pillanat alatt el lehet játszani az egészet.

9. Gyakran előfordul-e, hogy eljátszod az utolsó filléredet is?

Én mindig az utolsó filléremig játszom. Ha csak néha-néha játszánám el, nem is zavarna /.../ De az a baj, hogy ilyenkor még kérek kölcsönt is.

10. Kértél-e valaha kölcsön azért, hogy játszhass?

Rengetegszer kértem kölcsön játékra, és ha belegondolok, majdnem mindig tudok pénzt szerezni, sajnos. Ha nem adnának, nagyon meg lennék sértve, pedig ha jól belegondolok, jól tennék, ha nem adnának. Nagyon hirtelen tudok megharagudni, de aztán ez ugyanolyan gyorsan el is múlik. Sajnos adnak kölcsönt, mert tudják, hogy visszakapják. Régen rengeteg szívességet tettem kölcsönökért, és nem is tudta mindenki, hogy a pénz a játékgépre kellett.

11. Adtál-e már el bármit azért, hogy legyen pénzed játszani?

Rengeteg mindent eladtam, hogy játszani tudjak. Pl. két hónapos videót 30 darab kazettával, 12 ezer forintért. A pénz nem tartott tovább fél óránál. Tévét is eladtam 15 ezerért. Jótállásos mosógépet, bőrdzsekit, cipőt, meg amit csak lehetett. Még gyűrűket is. Szóval mindent, amiből pénzt lehetett csinálni.

12. Előfordult-e, hogy a mindennapi kiadások rovására szerettél volna „félretenni a játékra”?

Én mindig a mindennapi kiadások rovására játszom, mert mindig vesztesen távozom. Így félretenni sem kell. Úgy érzem, ha tudnék félretenni /spórolni/ akkor nem is lennék játékos.

13. Megtörtént-e, hogy a játék miatt nem törődteél megfelelően önmagaddal, vagy a családdoddal?

Sokszor megtörtént. Ha pénz van nálam, legelső a játék. Nem tudok olyankor másra gondolni. Sem a családomra, sem magamra. Minden megszűnik körülöttem, nem hallok, nem látok mást, csak a gépek villogását és a játékot. Teljességgel kikapcsolok, körülöttem minden más megszűnik létezni. Nem érdekel, hogy utána marad-e pénzem, vagy lesz-e ennem, és hogy a családomnak lesz-e pénze. Ha valamit én megígérek, azt be szoktam tartani, de már a boltba sem mernek leküldeni, mert több az esély, hogy eljátszom a gyerek pelenkájára való pénzt is. Van két fiú unokám, tiszta szívből szeretem őket, de nem biztos, hogy lenne pelenkájuk, ha én venném.

Sajnos ilyenkor azt mondtam magamnak, hogy csak azért játszottam, hogy még csokit is tudjak venni nekik. Persze ez csak egy kifogás, így próbálom magam meggyőzni. Ilyenkor aztán nem érdekel senki és semmi, legszívesebben meghalnék, úgy szégyellem magam, de mégis csinálom. Ha nincs nálam pénz, akkor csak nézem, de egy idő után ez is majdnem olyan, mintha én játszanék. Például egyszer éjszakás voltam, és csak pár percig akartam nézni, mert ment a buszom... Aztán egyszer csak azt vettem észre, hogy egy óra is eltelt.

14. Játsoztál-e valaha hosszabb ideig annál, mint ameddig tervezted?

Sokszor. Több pénzt költöttem el, mint amennyit eredetileg akartam, aztán meg elkéstem a munkából. Nagyon sokszor lekéstem a buszt, és sok megbeszélt találkozót is lekéstem ezért. Pedig be akartam tartani, amit ígértem, de szinte akkor szoktam „felébredni”, mikor már egy fillérem sincsen.

15. Játszottál-e valaha is azért, hogy így menekülj el az aggodalmaid és a gondjaid elől?

Igen. Azért játszottam, hogy nyerjek, és ebből adjak a családomnak is. Pedig ha így átgondolom, csak a gép nyer. Úgy tudnék nyerni, ha bedobnék egy ezrest, és ötvenezret kiszednék. De ha megnyerném, mindjárt játszanék tovább... Szerintem ez az emberi kapzsiságra és a gyöngé akaratra épül, itt csak az nyer, aki nem játszik. Ha valaki bedob a gépbe 20 ezer forintot és nyer ötezret, akkor se nyer, csak úgy, ha azonnal kiveszi, és elmegy onnan. De mindig a gép nyer.

16. Tettél-e már valami törvénysértőt, vagy fontolgattad-e, hogy teszel azért, hogy így szerezzél pénzt a játékra?

Igen. Mindkettő előfordult. Például mázsaszám adtuk el a vállalat áruját, illetve nem azt az árut adtuk ki, ami a számlán szerepel. Visszáruval is csaltunk: volt, hogy papíron létezett ugyan visszáru, de valóságban nem ... Ez örült sok pénzt hozott. Mások például autót vettek ezekből a pénzekből, én meg a gépbe szórtam. Soha nem volt elég a pénz.

17. Zavarta-e valaha a játék az alvásodat?

Igen. Legtöbbször olyan állapotba kerültem, hogy az öngyilkosságot fontolgattam. Nem érdekelt semmi. Csak forgolódtam az ágyban, és zakatolt az agyam. Megfogadtam magamnak, hogy többet nem játszom, de soha nem tartottam be.

Volt olyan is, hogy az építkezésen rám bízott anyagpénzt eljátszottam. Egy szemet sem tudtam aludni, törtem a fejem, honnan szerezzek reggel pénzt. Végül sikerült, de nagyon megdolgoztam érte. Olyan is volt, hogy éjjel-nappal dolgoztam, mégis az első utam a játékhoz vezetett. Ilyenkor még csak nem is iszom, mert az van bennem, hátha pont az italra elfogyó pénzen nyerek.

18. A veszekedések, csalódások vagy feszültségek arra készítetnek-e téged, hogy játssz?

Tudom, hogy ez csak kifogás, de muszáj volt játszani, ha a lányommal összevesztünk, vagy ha valami nem úgy sikerült, ahogyan szerettem volna.

Mindig azt hittem, hogy megnyugtat, ha játszom, pedig akik ismernek, azok azt mondják, hogy teljesen megváltozom, egész más leszek, mintha nem is én lennék. Olyan vagyok, mint aki hipnotizálva van, és akkor ébredek csak, amikor a gép megáll. Ebből rengeteg veszekedésem és csalódásom volt a családommal és a munkahelyemen egyaránt. De sajnos egyedül ezen változtatni nem tudtam, pedig igazán akartam, de mindig csak az ígéret maradt.

19. Érezted-e már, hogy bármi jót, ami csak ért, játékkal kellene megünnepelned?

Volt ilyen. Egyszer felhívtam a rég nem látott húgomékat, akik kérdezték, hogy miből élek. Hamar küldtek is 5000 forintot. Pár óra múlva a pénzből semmi sem volt meg, mind eljátszottam, és még egy fröccsöt se ittam. Ott álltam megint egy fillér nélkül. De az ebben a legszomorúbb, hogy még csak fel sem hívtam őket utána. Mert elsüllyedtem volna szégyenembe'. Egy köszönömöt megérdemelték volna. Ha rágondolok, iszonyúan fáj az egész. A húgom szeretne bemutatni már a családjának, de én meg jól levizsgáztam, de hát mindig ennyire hülye vagyok. De föl fogom hívni, és el fogom neki mondani, hogy mi történt, még akkor is, ha ez rosszul fog esni neki ...

20. Gondoltál-e már arra, hogy tönkremehetsz a játék következtében?

Gondoltam. De soha nem tudtam megállni, hogy ne játsszak. Pedig rengetegszer megígértem. De nem tudtam betartani, és csökkenteni se voltam képes a játékot.

Ha nincs lányom, már rég eladtam volna az otthonomat.

Török Péter

A kisebb egyházak szociális, karitatív tevékenysége

Az egyházak szociális tevékenységének elismerése és méltatása még a kommunizmus alatt is – lehet, hogy csak kényszerűségből, de – megtörtént (András-Morel, 1983). A rendszerváltást szimbolizáló eseménynek, a berlini fal szétzúzásának „előjátéka”, a kelet-német turisták magyarországi fogadása és ellátása szintén rávilágított az egyházi karitatív segítség fontosságára. Dobos Mariann (1990) leírásából például kiviláglik, hogy a Vöröskereszt által a csillebérci úttörőtáborban elszállásolt menekültek jelentős része – nem bízván a kommunista intézményben – átszökött a MMSZ zugligeti plébánián felállított táborába. Az eufórikus hangulatban a magyarok igen sokat vártak az egyházaktól, amelynek azok szűkös lehetőségeikhez mérten igyekeztek is megfelelni. Ilyen irányú tevékenységükre továbbra is szükség van. Erre utalhatott Kiss Péter kancellária miniszter 2003. június 19-i nyilatkozata, mely szerint azt szeretné elérni, „hogy a kormány az egyházakkal együttműködve közösen segítse elő az emberek problémáinak megoldását, hogy a leszakadókat kellő szolidaritással, karitatív hajlammal közösen startvonalhoz tudjuk állítani. De közös feladatunk lehet a sérült emberek ügyének felkarolása, társadalmi elfogadtatása, a hajléktalanok és szenvedélybetegségekkel küzdők problémáinak megoldása”. Hazánkban talán már nem is akad olyan ember, aki ne hallott volna a Magyar Máltai Szeretetszolgálatról, a Karitásról vagy a reformátusok „iszákos mentőjéről” – s a példákat még hosszan sorolhatnánk.

Az egyházak alatt Magyarországon legtöbbször a négy-öt ún. történelmi egyházat, azaz a katolikus, református és evangélikus egyházat, valamint a MAZSIHISZ-t szokták érteni, de Mádl Ferenc ide sorolta az unitáriusokat is. A többi vallási közösségről azonban általában nem sok ismerettel rendelkeznek, s ha mégis véleményt formálnak, akkor „szektaként” emlegetik őket. Az elnevezés pejoratív jellege miatt a szociológusok a nemzetközi szakirodalomban elterjedt „új vallási mozgalmak” kifejezést alkalmazzák, de ezzel sem aratnak osztatlan elismerést (Goswami, 1995). Talán még a „kisegyházak” elnevezés az, amely fedi a „nem történelmi egyházak” közé tartozó vallási közösségeket, s amely ellen még nem hangzott el komoly kifogás (Szigeti 1994, Török 2000).

Ha a kisebb egyházakról az emberek döntő többsége mit sem tud, akkor ezeknek a vallási közösségeknek a karitatív, szociális tevékenységéről még kevesebb ismerettel rendelkezik. Hírértékük miatt pedig a média előszeretettel ismerteti a magyar szem és fül számára egzotikusnak tűnő csoportok ebédosztásait vagy különleges rehabilitációs programjait. Mennyi ezek mögött a valóság? Ténylegesen milyen karitatív tevékenységet folytatnak ezek a kisebb vallási közösségek, melyeknek tagsága a legutóbbi népszámlálás adatai szerint a lakosság egy százalékát sem teszi ki? Csak érdekességként beszélhetünk ezekről, vagy komolyabb jelentőséget is kell nekik tulajdonítanunk? Ez a tanulmány, ha nem is a teljesség igényével, ezekre a kérdésekre keres választ.

A kisebb egyházak kutatása a téma érzékenysége miatt komoly nehézségeket vet fel. Éppen ezért az első részben rövid ismertető található arról a kutatásról, amely lehetővé tette a kisebb vallási közösségek karitatív tevékenységének vizsgálatát is. A második részben a kisegyházak által végzett ilyen jellegű tevékenységet mutatjuk be két lépésben, először összesítve, majd egy ígéretesnek tűnő s egy elgondolkodtató kezdeményezést részletesebben is.

A kisebb egyházak és karitatív tevékenységük vizsgálata

A „kisebb egyházakkal” a nyugati féltekén a XIX. századtól kezdve és hosszú ideig csak a teológusok, illetve adott esetben a történészek foglalkoztak. A teológusok „érdeklődésében” természetesen és szinte kizárólagosan hitvédelmi (apologetikai) szempontok játszottak szerepet; ennek megfelelően, illetve jelentős mértékben ennek hatására alakult ki az ún. szektákkal kapcsolatos negatív beállítottság. Történt mindez annak ellenére, hogy egyes kisebb vallási közösségek szociális elkötelezettsége, karitatív tevékenysége már akkor is nyilvánvaló volt. Gondoljunk csak a Magyarországon is ismert Üdvhadseregre, amely 1865-ben alakult meg, s amelyben az emberbaráti tevékenység olyan jelentős méreteket öltött, hogy ma sokan csodálkozva és hitetlenkedve rázzák a fejüket, amikor arról értesülnek, hogy az Üdvhadsereg nemcsak karitatív szervezet, hanem speciális hitrendszerrel rendelkező vallási intézmény is.

Az 1960-as évektől kezdve azonban elsősorban az Egyesült Államokban, majd Nyugat-Európában is a vallási mozgalmaknak olyan új formái jelentek meg, amelyek már a rendszerváltás előtt is, de főként azután a volt szocialista országokba is beszivárogtak. Ma

hazánkban 130 bejegyzett „nem történelmi egyházzal” tudunk. A legutóbbi népszámlálás alkalmával pedig mintegy 250 vallási közösség valamelyikéhez tartozónak mondták magukat az emberek. A népszámlálást megelőző társadalmi vita a vallási hovatartozásra vonatkozó kérdés miatt jelzi a kisebb egyházakkal kapcsolatos kutatási nehézségeket. A vallási közösségek tudományos vizsgálódásokkal szembeni ódzkodásának számos oka van. A volt szocialista országokban a kommunizmus ideje alatti elnyomás csak az egyik, bár nem jelentéktelen összetevője ennek a „távolságtartásnak” (Török, 2000).

Nem sokkal jobb azonban a helyzet a nyugati országokban sem. Természetesen ott hamarabb elkezdheték az új vallási mozgalmak kutatását, de ez a körülöttük kialakult ellentmondásos ügyek miatt elsősorban olyan speciális kérdésekre irányult, mint például az „agymosás” jelensége, a karizmatikus képességű vezető hatása, a megjövendőlt, de elmaradt világvége következményei a csoportra, vagy esetenként az egyes csoportok által alkalmazott erőszak, illetve az ahhoz vezető út. Egy adott társadalomban lévő összes kisebb egyház és új vallási mozgalom rendszerezett felmérésére is történtek kezdeményezések, de kevés sikerrel.

Ilyen előzmények után kezdett hozzá 2002-ben a Szegedi Tudományegyetemen működő Vallástudományi Tanszék kutatógárdája a Magyarországon működő kisebb egyházak szisztematikus felméréséhez. A kutatási tevékenységet három „pillérre” alapozták, melyek közül az első egy ún. félstrukturált interjú volt az egyházak vezetésével. Az interjú attól lett "félstrukturált", hogy bár a kérdésekre voltak előre gyártott válaszadási lehetőségek is (zárt kérdések), a vezetőket minden esetben bátorítottam arra, hogy az adott kérdéssel kapcsolatban mondják el mindazt, amit fontosnak tartanak, illetve ami a válasz megfelelő értelmezéséhez szükséges. A második pillér egy kérdőíves lekérdezés, melyet a tagok közt folytattak. A kutatást az első fázisban begyűjtött hitvallások elemzése zárja. A jelen tanulmány szempontjából a vezetőkkel folytatott félstrukturált interjú a fontos, melynek során a vallási közösség hitrendszeréről, történetéről, demográfiai és geográfiai adatairól, erkölcsi tanításáról, más társadalmi intézményekhez, egyházakhoz való viszonyáról, szervezeti felépítéséről – és nem utolsósorban jelenlegi, illetve a jövőben folytatandó karitatív tevékenységéről kérdeztük őket. Attól függően, hogy a valóságban nem funkcionáló egyházak arányát hogyan becsüljük meg, a vezetőkkel lefolytatott 68 interjú a bejegyzett egyházak 63-77 százalékát fedte le.

A kisebb egyházak karitatív tevékenységének részletesebb elemzése előtt még egy megkülönböztetésről kell szólnunk. Korábban már említésre került a szociológusok által használt „új vallási mozgalom” kifejezés. Ezen a szakirodalom több-kevesebb egyetértéssel

azon csoportokat érti, amelyek jelenlegi formájukban a második világháború után váltak láthatóvá, illetve kezdték el működésüket egy adott társadalomban Barker 1995:145). A volt kommunista országok esetében ez az időpont annyiban mindenképp módosításra szorul, amennyiben néhány közösség létezett már 1945 előtt is, de a kommunizmus ideje alatt nyilvános működésük nem volt engedélyezett. Ezért bár a Jehova Tanúi, az Utolsó Napok Szentjei, közismertebb nevükön a mormonok, vagy a Magyar vallás követői már évekkel, sőt több évtizeddel 1945 előtt jelen voltak hazánkban, gyakorlatilag csak 1990 után tudtak ismét szabadon működni, s így a magyarok számára sok más közösséggel együtt ezek is „újnak” számítanak. Valójában a magyarok jobban ismernek néhány hazánkban valóban új közösséget, mint pl. az évezredek kulturális hátterű, de szervezetenként csak 1967-ben megalakuló Krisna tudatú hívőket, mint a már évszázadok vagy évtizedek óta itt lévő különféle ortodox egyházakat, a baptistákat vagy az adventistákat (Tomka 2000). Éppen ezért érdemes elemzésünkben is megkülönböztetni a „rég-új” kisegyházakat az „új-új” kisegyházaktól, amelyek 1945 után alakultak.

A kisegyházak által végzett karitatív, szociális tevékenységek

A karitatív, szociális tevékenységek sokrétősége, eltérő nagysága miatt az összegzés és az összehasonlítás igen nehéz feladat. Az alábbi táblázatban a különféle szociális munkával foglalkozó vagy karitatív tevékenységet végző kisebb egyházak számát láthatjuk, kiegészítve azzal az információval, hogy a jövőben még hány egyház kíván ilyen jellegű tevékenységet elkezdni. Az egyes tevékenységeket végző kisebb egyházak száma mellett feltüntettem azt is, hogy ez a szám hány százalékát teszi ki a felmérésben szereplő összes „rég-új” illetve „új-új” kisebb egyháznak.

A különféle szociális munkával foglalkozó vagy karitatív tevékenységet végző, illetve a jövőben végezni kívánó kisebb egyházak száma

Tevékenység típusa	Jelenleg ilyet végző kisegyházak száma (és %-uk)*			Jövőben elkezdni kívánók száma (és %-uk)*		
	Összesen	„Régiak”	„Újak”	Összesen	„Régiak”	„Újak”

Gyermekvédelmi ellátás	7	1 (5%)	6 (11%)	12	2 (10%)	10 (19%)
Idősek otthona (idősellátás)	13	7 (37%)	6 (11%)	21	6 (31%)	15 (28%)
Hajléktalanok táplálása	22	4 (21%)	18 (34%)	14	2 (10%)	12 (23%)
Hajléktalanok befogadása	6	3 (16%)	3 (6%)	10	1 (5%)	9 (17%)
Fogyatékosok gondozása	3	0	3 (6%)	8	1 (5%)	7 (13%)
Alkoholfüggők rehabilitációja	13	4 (21%)	9 (17%)	9	3 (16%)	6 (11%)
Drogosok rehabilitációja	14	3 (16%)	11 (21%)	12	2 (10%)	10 (19%)
Más tevékenység	36	10 (53%)	26 (49%)	18	4 (21%)	14 (26%)

* Az összes „rég”/”új” kisegyház hány százaléka foglalkozik jelenleg, illetve kíván még a jövőben foglalkozni az adott tevékenységgel

Egyelőre eltekintve attól, hogy konkrétan mit jelent az egyes kisebb egyházaknál mondjuk az alkoholfüggők rehabilitációja vagy más szociális tevékenység, az adatokból azt láthatjuk, hogy az 1945 után alakult egyházak nagyobb arányban látnak el különféle karitatív tevékenységeket, mint a régebben alakultak. Kivételt képez az idősek ellátása, a hajléktalanok befogadása és az alkoholfüggők rehabilitációja. Érdeemes arra is figyelni, hogy az idősellátáshoz és az alkoholfüggők rehabilitációjához a régebbi egyházak közül a jövőben is nagyobb arányban kívánnak hozzáfogni. Az idősgondozás esetében ezt nagy valószínűséggel az magyarázza, hogy ezeknek a vallási közösségeknek a tagsága már csak a hosszabb fennállás miatt is idősebb, tehát az ilyen típusú szolgáltatásra ezeknél nagyobb az igény. Arra, hogy az alkoholfüggők rehabilitációjában való viszonylagosan nagyobb arányú részvételt mi magyarázza a régebbi egyházak körében, itt még kísérletet sem tudunk tenni. További elemzésnek kellene ugyanis rámutatni arra, hogy náluk nagyobb-e az alkoholfüggők aránya. Ennek a lehetőségnek mindenesetre ellene mond, hogy az "új kisebb egyházak" vezetőinek

állítása szerint hozzájuk több alkohol-és drogfüggő tér be és meg, mint a régebbi kisebb egyházakhoz.

Mielőtt még a számokból arra a következtetésre jutnánk, hogy az újabb vallási közösségek szociálisan érzékenyebbek, néhány szempontot érdemes megfontolni. Először is, ezek a számok önmagukban még semmit sem mondanak az adott területen végzett munka minőségéről és nagyságáról. Elképzelhető tehát, hogy bár több nemrég alakult kisebb egyház foglalkozik egy bizonyos tevékenységgel, de összességében nem látnak el annyi embert, mint a régebbi kisegyházak. Ez természetesen megfordítva is igaz lehet. Másodszor, figyelembe kell venni azt, hogy az új vallási mozgalmak közül hosszú távon csak igen kevés marad fenn. Egy becslés szerint ezer új közösségből talán csak egynek sikerül száz évnél tovább léteznie és százezer főnél nagyobb tagságra szert tennie (Stark 1996). Más szóval, szociálpolitikai megfontolások szempontjából biztosabb alapot jelenthetnek a már „kipróbált”, idősebb vallási közösségek a maguk intézményesült hátterével.

Az intézményesültség egy olyan újabb szempont, amelyet más oldalról is figyelembe kell venni. Egyrészt az újonnan alakult vallási közösségek inkább vagy főleg fiatalokból állnak, akik általában szociálisan érzékenyebbek. Ez önmagában magyarázatul szolgálhat arra, hogy miért végeznek a fiatalabb kisegyházak nagyobb arányban karitatív tevékenységet több területen, és akarnak a jövőben újabbakhoz hozzákezdeni. Ugyanakkor a fiatalok új vallási mozgalmai – ahogy az előző pontból is következik – a legtöbb esetben szervezetileg nem fejlődnek, nem intézményesülnek. A hatékonyabb szociális munka azonban feltételez, megkövetel bizonyos fokú szervezeti, infrastrukturális hátteret.

Végezetül érdemes azt is észben tartanunk, hogy az újabb vallási közösségeket kevésbé kötik a korábban természetesnek vélt és társadalmilag is elfogadott elvárások, magatartási formák. Ennek egyrészt lehetnek olyan következményei, hogy egy kisegyház egészen új, egyesek számára talán megbotránkoztató módon és formában folytat – adott esetben akár kifejezetten profitorientált – gazdasági tevékenységet (Wilson 1993), amellyel karitatív munkáit is finanszírozhatja. Másrészt a kisebb egyházak, akár a társadalmi elvárásoktól, akár az intézmény(esültség)i terhektől való mentességük következtében könnyebben elérhetnek olyan társadalmi rétegeket, amelyeket mind az állami szociális szervek, mind pedig a nagyobb egyházak képtelenek hatékonyan megközelíteni és segíteni. Mindezek előrebocsátásával vizsgáljuk meg, hogy a táblázatban szereplő számok milyen tevékenységet takarnak.

A gyermekvédelmi ellátást-gondozást végző hét kisegyház ilyen irányú tevékenysége a legtöbb esetben kimerül a gyermekvédelmi intézményekben lakó gyermekek, fiatalok látogatásában, illetve nyári táboroztatásában, melyről a Család és az Élő Ige Gyülekezet adott tájékoztatást. A jövőben kíván ilyen intézményt alapítani a táboroztató Élő Ige Gyülekezet, illetve a hazánkban még be sem jegyzett, igen kis létszámú, de a nemzetközi gyakorlatban e téren már számos tapasztalattal rendelkező Amanda Marga nevű közösség. Bár nem kifejezetten ide tartozik, de itt érdemes megemlíteni a Krisztus Magyarországi Egyháza gyakorlatát, amelynek tagjai évente háromszor vért adnak a Heim Pál Gyermekkórházban.

Amint már jeleztem, az idősellátásból több kisegyház is aktívan kiveszi a részét. Egyesek „csak” úgy, hogy az idősek otthonában őket látogatják rendszeresen, mások viszont saját maguk alapítottak ilyen otthont, némelyik többet is. A Tan Kapuja Buddhista Főiskola sajátos gyakorlata, hogy karácsonykor vendégségbe hívja a környékbeli időseket és nyugdíjasokat.

Számszerűleg a legtöbb kisegyház a hajléktalanok táplálásáról számolt be. Ez természetesen igen változatos formát ölthet: az alkalmankénti néhány szelet zsíros kenyér kiosztásától kezdve a hajléktalanok gondozásával foglalkozó alapítványok anyagi támogatásán keresztül a rendszeresített és intézményesített ételosztásig. Ez utóbbiban talán legismertebb az Üdvhadsereg szerdánkénti ételosztása a Moszkva téren, amelynek során alkalmanként 550 főnek adnak meleg ételt – és ruhát is. A hajléktalanok befogadása már komolyabb intézményi háttérrel igényel. Bár hat egyházi vezető jelzett ilyen jellegű tevékenységet, konkrétan csak három nevezte meg intézményeit. E szerint hajléktalanokat az Evangéliumi Pünkösdi Közösség Vörösmarty utcai melegedőjében, a Magyar Evangéliumi Testvérközösség Dankó utcai házában és az Üdvhadsereg két intézményében – férfiakat az Új reménység házában, nőket pedig a Válaszút elnevezésűben – fogadnak be hosszabb-rövidebb időre. Az Üdvhadsereg ezen túl még működtet egy külön intézményt Fény háza elnevezéssel, ahol a bántalmazott nők kaphatnak menedéket.

A különféle fogyatékkal élők gondozását három egyház nevezte meg. Ebben a tevékenységben is megjelenik a fogyatékosokkal foglalkozó alapítványokat anyagilag támogató ANKH Örökélet Egyháza. A Hit Gyülekezetéből kivált Budapesti Autonóm Gyülekezet fogyatékos és magatartás-zavaros gyermekek számára indított 8 osztályos általános iskolát, amelyben jelenleg 60 gyermek tanulhat. Az Evangéliumi Pünkösdi Közösség szintén általános iskolát működtet halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek részére.

Az alkohol- és drogfüggők rehabilitációjában résztvevők tevékenysége szintén változatos, és esetenként hagyományosnak egyáltalán nem mondható megoldásokat tartalmaz. A Csend Hangja elnevezésű egyház sajátos (spirituális) módszert dolgozott ki az alkoholfüggők és drogosok rehabilitációjára, mert meggyőződésük szerint a medicina korábbi próbálkozásai hatástalanok. Prevenációs előadások, programok tartásával foglalkoznak a Hetednapos Adventisták, az Egyesítő Egyház, a Krisna-tudatúak Egyháza és a Szolnoki Gyülekezet. Intézményes keretek közt foglalkoznak az alkoholfüggőkkel és (vagy) drogosokkal az Élő Ige Gyülekezetben, a Magyar Evangéliumi Testvérközösségben és az Evangéliumi Pünkösdi Közösségben. Amíg a metodisták a Református Iszákos-mentő Misszióval működnek együtt, addig az Isten Gyülekezete Egyesült Pünkösdi Egyház a gyülekezetükbe beépült alkoholfüggők és drogosok gondozását látja el. A Hit Gyülekezete is – több más neo-protestáns egyházal együtt – arról ismert, hogy körükben sok a drogos és alkoholista megtérő, akik a gyülekezetben felhagynak korábbi káros szokásaikkal. Itt kell megemlíteni még a Hetednapos Adventisták vezetése alatt működő ODE programot, amely a dohányzásról való leszoktatást tűzte ki céljául.

Végezetül vizsgáljuk meg azt, hogy milyen további karitatív tevékenységeket folytatnak a kisebb egyházak. Ahogy a táblázatból is látható, minden második közösség végez még valamilyen más karitatív tevékenységet, szűk negyedük pedig a jövőben szeretne valami újat indítani. A jelenben is végzett tevékenységek palettája igen változatos, bár szinte csak olyat találunk, amit a nagyobb egyházak is végeznek. A történelmi egyházakhoz hasonlóan ők is gondoskodnak a saját közösségükben élő rászorulókról. Igen sok egyház jelezte, hogy misszió, felzárkóztató vagy kisebbségi program keretében törődnek a roma kisebbséggel. Hogy konkrétan milyen módon segítik a népcsoportot, arról az ígéretesnek tűnő kezdeményezésekben még bővebben lesz szó. A cigánymisszióhoz hasonlóan ugyancsak többen – a Shalom Nyitott Bibliai Gyülekezet, a Metodista Egyház, a Magyar Vaisnava Hindu Misszió, valamint a Mirai Szent Miklós Keresztény Egyház – jeleztek börtönpasztorációs tevékenységet. Más „kisebbségekkel” is törődnek az egyházak, nevezetesen a csángó magyarokat támogatja az Ősmagyar Egyház, a nagycsaládosokat a Magyarországi Szabadkeresztyén Gyülekezet, a menekülteket pedig a Magyarországi Evangéliumi Testvérközösség. Különféle segélyszervek, mint például a Vöröskereszt vagy az Inkubátor Alapítvány is részesül azonban támogatásukból.

A kisebb egyházak néha meglepő, különleges formában végezhetnek karitatív tevékenységet. Az AGAPE Egyház például Csernobilba, Afganisztánba, Bulgáriába és Albániába küldött élelmiszersegélyei mellett Afrikában még ivóvíz és házépítő programjáról nevezetes. A Golgota közösség amellett, hogy a vallási mozgalmakból kilépők lelki-pszichológiai tanácsadásán dolgozik (Szalai 2001), a hajléktalanoknak és munkanélkülieknek a gyülekezetben lévő vállalkozók segítségével munkát is teremt. Szintén a munkanélküliek – elsősorban a romák – gondjain igyekszik egy jövőbeni, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében megalapítandó vállalkozással segíteni a Bibliai Teljes Evangéliumi Gyülekezet.

Szólnunk kell a kisebb egyházak és a kórházak kapcsolatáról. Az Üdvhadsereg külföldön számos kórházat működtet, idehaza erre még várni kell. A Magyar Evangéliumi Testvérközösség azonban már ma is fenntart egy 300 ágyas kórházat, fogászattal, saját mentőautóval és évente 7000 járóbetegét ellátó ambulanciával. A MET emellett Wesley János nevű főiskoláján szociálismunkás-képző szakot is indított. A Magyar Vaisnava Hindu Misszió hospice szolgálatot lát el, a Szcientológia Egyház pedig, tájékoztatása szerint, a kórházakba járó önkéntesei segítségével igyekszik enyhíteni a nővérhiányon. Itt kell még megemlítenünk a Jehova Tanúinak az ún. Kórházösszekötő Bizottságát (KÖB), amely a vérátömlesztés és transzfúzió nélküli orvosi eljárásokról ad tájékoztatást betegeknek és orvosainak. AIDS-es korunkban, illetve a nagy vérvesztéseget elszenvedett, és a betegek vérpótlását megoldani nem tudó esetekben ezek az eljárások igen sok embernek mentették már meg az életét. A hetednapos adventisták saját segélyprogramot (Adventist Development Relief Agency – ADRA) fejlesztettek ki külön egészségügyi programmal, melynek hazánkban is már 30 helyen van raktára. Az adventistákon kívül a mormonok ismertek még különösen hatékony segélyszervezetükről, amelyet természeti katasztrófák esetén az USA közigazgatási szervei is igénybe vettek már. Az ADRA egyes programjait egyébként a már emlegetett ANKH Örökélet Egyház anyagilag támogatta. Más vallási közösségek esetében sem ritka az egymás támogatása: az Emberi Lehetőség Független Szellemi Rend a Máltai Szeretetszolgálaton keresztül, az Anglikán Egyház pedig az Üdvhadseregen keresztül támogatja a rászorulókat.

Az Üdvhadsereg nemzetközi személyfelkutató szolgálatot tart fenn. Gyermekek élelmezését támogatja a Magyarországi Karma Kagyüpa Közösség, ösztöndíjat biztosít nekik a Mirai Szent Miklós Keresztény Egyház. Több közösség érzi úgy, hogy különleges karizmája (adottsága) van a gyógyításra, s ezt ingyenesen – adott esetben akár a televízión keresztül – teszik is, a Forrás Egyháza pedig lelkisegély-szolgálat működtetéséről számolt be. Talán

meghökkenítő, de karitatív tevékenység címén főzőtanfolyamot szervez a Hetednapos Adventisták Reform Mozgalma.

A tévén keresztüli gyógyítás vagy a főzőtanfolyam természetesen csak kuriózum, ami azonban nem jelenti azt, hogy a kisebb egyházak bizonyos kezdeményezései nem lehetnek ígéretesek és hatékonyak, vagy legalábbis elgondolkodtatóak. Ennek illusztrálására mutatok be a következő részben néhány példát.

Ígéretes, elgondolkodtató kezdeményezések

Az előzőkben már jeleztem, hogy a romák felzárkóztatására a Baha'i Község által kifejlesztett programról részletesebben is szólok majd. A Baha'i Községről e téma kapcsán annyit érdemes tudni, hogy hitüket ajándéknak tekintik, s ezért ők semmiféle hitéleti támogatást nem fogadnak el, illetve azt karitatív tevékenységre fordítják. Mivel községükben igen sok a roma érdeklődő, ezért kezdtek el alaposabban foglalkozni az ő életükkel. Úgy találták, hogy e kisebbség apró gyermekei már az óvodában hátrányos helyzetben vannak, mert nem ismerik eléggé a magyar nyelvet, fejletlen a szókincsük. Ennek megoldására dolgozták ki a MES-ÉD elnevezésű programot, melynek keretében a vallási község mesekönyveket vásárol a roma édesanyáknak, és tanítja őket az írás-olvasás minél tökéletesebb elsajátítására. Abban reménykednek, hogy ezen keresztül a kicsinyek szókincse fejlődik, s így az óvodai programokba aktívabban bekapcsolódhatnak, azokból minél többet hasznosíthatnak.

A másik elgondolkodtató kezdeményezés a Lafayette Ron Hubbard által kidolgozott kábítószer-fogyasztástól és drogfüggőségtől megszabadító program. Hubbard neve a köztudatban azonban sokkal inkább összefonódik az ellentmondásokról sem mentes Szcientológia Egyházzal. Tény, hogy Magyarországon a szcientológusok bejegyzett egyházként működnek, s tény az is, hogy Hubbard technológiáját hazánkban a Narconon, mint a Szcientológia Egyháztól független alapítvány már most is használja. Az ellentmondásosságra pedig mi sem bizonyít ékeesebb példát, mint az, hogy a szcientológusok és praktikáik ellen trilógiát író szerzőpáros egyik tagja, Dr. Erőss László most önkritikát gyakorolva védelmébe vette e kisegyházat. Erőss természetesen megemlíti a Narconon programot is, mely szerinte „példátlanul magas, több mint 87 százalékos” sikerrátával

dolgozik (2003:79-80). Kent McGregor megerősíti a magas arányt, mi több, szembeállítja azt az összes többi program 4-5 százalékos eredményével. Márpedig ha valakinek, neki ismernie kell ezeket a számokat. Ő ugyanis 30 évig az amerikai Rehabilitációs Intézmények Akkreditációs Bizottságának (Commission for Accreditation of Rehabilitation Facilities -CARF) tagjaként felügyelte, hogy melyik drogkezeléssel foglalkozó szervezet tevékenységét finanszírozzák, és mennyivel. A CARF normái a legmagasabbak Amerikában, több állam, illetve szövetségi hivatal vette át azokat mércéként, amelyhez minden rehabilitációs programot hasonlítanak. Nem szakterületem a Narconon ellen, illetve mellette szóló érvek ismertetése, mérlegelése. Csupán annyit szeretnék hangsúlyozni, hogy érdemes ezt a programot a szakértőknek komolyabban megvizsgálni. Ha csak a fele igaz annak, hogy a résztvevők 87 százaléka sikeresen leszokik a drogok fogyasztásáról, már az is megfontolás tárgyát kell, hogy képezze. Amellett, hogy az esetleges visszaélések is hatékonyabban orvosolhatók lennének, a program hatékonyságának vizsgálata az egyház gyakorlatának jobb megismeréséhez vezetne. Néhány szakember számára ugyanis még nem látható egyértelműen a módszer egyes elemeinek gyakorlati megvalósítása, például az, hogy hogyan kezelik az elvonási tüneteket.

Összegzés, javaslatok

Csak érdekesség tárgyát képezi-e a kisebb egyházak karitatív tevékenysége, avagy komolyabb jelentőséget (is) kell nekik tulajdonítanunk? – tettem fel e tanulmány elején a kérdést. Ha nem is a téma teljes lezárásaként, de annyi következtetés az itt ismertetett anyagból is levonható, hogy a kisebb egyházak tagjainak száma igen alacsony, fennállásuk, működésük időtartama az esetek többségében viszonylagosan rövid, s ezek a tényezők jelentős mértékben meghatározzák karitatív tevékenységük kiterjedtségét és minőségét is. Bár az újabb kisegyházak három terület kivételével nagyobb arányban folytatnak valamilyen jellegű karitatív tevékenységet, szociálpolitikai szempontból hosszú távon biztosabb alapot a már régebben fennálló, intézményesültebb kisebb egyházak tudnak nyújtani.

A kisebb egyházak jelentősége sokkal inkább abban áll, hogy olyan rétegekhez is eljutnak, amelyeket az állam, illetve a nagyobb egyházak szociális és karitatív jellegű tevékenysége nehezebben tud csak megközelíteni, illetve az olyan, általuk kidolgozott, a hagyományos

módszerektől jelentősen eltérő programokban, amelyek esetleg eredményesebben kezelhetnek bizonyos problémákat. Az előbbire szolgált például a Baha'i Közösség MES-ÉD programja, az utóbbira pedig a Csend Hangja Egyház alkoholfüggőket, drogosokat kezelő spirituális programja, vagy a Narconon. Ezek miatt érdemes a kisebb egyházak karitatív tevékenységére odafigyelni.

Idézett művek jegyzéke

- András, E. – Morel, J. (1983): *Church in Transition; Hungary's Catholic Church from 1945 to 1982: Collected Studies of the Hungarian Institute for Sociology of Religion*. Vienna: UKI Reports
- Barker, Eileen (1995): *New Religious Movements. A Practical Introduction*. (5th impression with amendmetns), London: HMSO
- Dobos Mariann (1990): *A szeretet önkéntesei*. Forum Rt
- Dr. Erőss László (2003): *Pszichobiznisz kontra Szcientológia*. Budapest: Media Nox
- Goswami, Mukunda (1995) „NRM is Four-letter Word: The Language of Oppression” in *ISKCON Communications Journal* 2 (December): 73-75
- Horányi Özséb (szerk.)1997, *Az egyház mozgástereiről a mai Magyarországon*. Budapest: Vigilia
- Stark, Rodney (1996): „Why Religious Movements Succeed or Fail: A Revised General Model” *Journal of Contemporary Religion* 11, 2: 133-146
- Szalai András (2001): *Jehova és a szervezet*. Apológia Kutatóközpont: Budapest
- Szigeti Jenő (1994): „Újabb vallásfelekezetek” Pp. 58-67 in Kozma, T. – Nagy, P. T. – Szigeti, J. – Tomka, M. (szerk.) *Felekezeti megoszlás Magyarországon*. Magyar Oktatókutató Intézet: Budapest

- Tomka Miklós (1997): „Katolikusok a magyar társadalomban” Pp. 115-148 in Horányi, Özséb (szerk.) *Az egyház mozgástereiről a mai Magyarországon*. Budapest: Vigilia
- 2000 „Felekezeti különbségek a közvéleményben” Pp. 32-52 in Szabó, L. – Tomka, M. – Horváth, P. (szerk.) ... és akik mást hisznek? *Hívek és egyházak egymásról*. Balassi: Budapest
- Török Péter (2000): „A magyarországi bejegyzett kisegyházak tagságának alakulása 1990 és 1997 között” *Távlatok* 48 (július), 290-300.
- Wilson, Bryan (1993) „Historical Lessons in the Study of Sects and Cults” Pp. 53-73 in Bromley, David G. – Hadden, Jeffrey (szerk) *Religion and the Social Order: The Handbook on Cults and Sects in America*. Greenwich CT & London: JAI Press Inc.