

Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

II. évf. 6. szám 2003. december

A pszichiátriai ellátásról

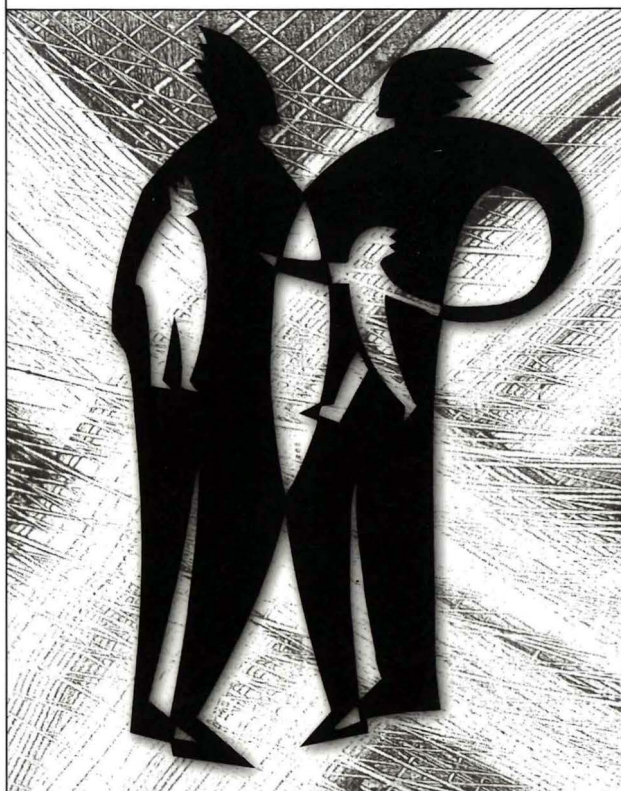
4

A jogi evaluációról

26

Gyermekotthoni gyámokról

34



Testvérek kapcsolattartásáról

40

Hajléktalanok egészségéről

52

A kihűlésről

58

9

Hronyecz Ildikó - Mátics Katalin

A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata I.

A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálatát 2003-ban végezte a Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet Szociálpolitikai Főosztálya, önkitöltős kérdőíves módszerrel. A KSH adatai szerint 63 ilyen jellegű intézmény található hazánkban. Ezeket az adatokat felhasználva, valamint a Pszichiátriai Betegek Otthona és Rehabilitációs Intézete- Országos Módszertani Intézet adatait figyelembe véve kerestük fel az intézményeket (66 intézmény). Ezek közül értékelhető adatokat 53 intézményből kaptunk. Ez a megkérdezettek 80, 3 százalékát jelentette.

A mintavétel sajátosságai és a minta

A kérdőív önkitöltő jellegű, és önkéntes volt. A kiküldött kérdőívek visszaküldési aránya regionálisan eltéréseket mutat, ami a következő arányokat eredményezte:

Közép-Magyarországról 50%-os (10-ből 5 intézmény), Észak-Magyarországról 66, 6%-os (9-ből 6 intézmény), Dél- Alföldről 80 %-os (10 intézményből 8), Észak- Alföldről 84, 6 %-os (13 intézményből 11), Nyugat-Dunántúlról 90 %-os (10 intézményből 9), Közép- és Dél-Dunántúlról 100%-os (mindkét régió esetében 7 intézményből 7) visszárat kaptunk. Annak ellenére, hogy a válaszadói arányok eltérőek, s a vizsgálat tárgyát képező intézmények számossága országosan viszonylag alacsony - így a hiányzó adatok óvatosságra sarkallnak-, mégis azt mondhatjuk, hogy a legalacsonyabb arány (50%) is „elég magas”, így a tanulmányban szereplő adatok is nagy valószínűséggel relevánsnak tekinthetőek.

Megyei bontásban vizsgálva a visszaérkezett kérdőívek arányait, azt tapasztaltuk, hogy jelentős eltérés nem mutatkozik. 6 megyéből legfeljebb egy vagy két intézmény nem küldte vissza kérdőívünket. Itt figyelembe kell vennünk, hogy megyénként egy és hét között van a pszichiátriai bentlakásos intézmények száma (átlagosan egy megyére és Budapestre 2,65 intézmény jut számtanilag), amiből az előbb említett számok erős arányeltolódást

okozhatnának, de jelen esetben ezzel nem kell számolnunk, minden megyéből megfelelő mennyiségű mintával rendelkezünk.

Ugyanígy szerencsés a visszaérkezés aránya a települési típusok arányában is. Az adathiányok ellenére azt mondhatjuk, hogy arányaiban jól reprezentálja a teljes minta eloszlását.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények strukturális elhelyezkedése az ellátórendszerben az 1993. évi Szociális törvény alapján

A pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézmények ellátása a szociális szolgáltatások körébe tartozó ellátási forma, ami személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás. A szociálisan rászorultak részére személyes gondoskodást nyújtó ellátást az állam, valamint az önkormányzat biztosítják. A megyei és a fővárosi önkormányzat gondoskodik ennek a szakosított ellátásnak a megszervezéséről, módszertani feladatainak ellátásáról.

Az intézményekről nagy vonalakban

A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek régiókon, településtípusokon belüli elhelyezkedése nem egyenletes. Ha regionális viszonylatban szemléljük, azt láthatjuk, hogy legnagyobb számban az észak-alföldi régióban fordulnak elő, ami 13 intézményt jelent, legkevesebb intézmény pedig a Közép- és Dél-Dunántúlon működik (7-7 intézmény). Ez közel 50 %-os eltérés.

Településtípusok viszonylatában azt láthatjuk, hogy nagyközségben, illetve községben az intézmények 50 %-a helyezkedik el, városokban 30,8%-a, megyei jogú városban 10,8%-a, míg a fővárosban 7,7%-a. Tendenciaszerű, hogy a felkeresett intézmények gyakorisága nő, minél kisebb, így periférikusabb a település.

A régiókat és településtípusokat együttesen vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy a Dél-Dunántúlon és az észak-magyarországi régióban van legmagasabb arányban községekben, illetve nagyközségekben vizsgált intézmény (85,5% és 75%). A régiók közül a városokban lévő intézmények aránya Dél- és Észak-Alföldön a legmagasabb (46,2% és 50%), míg megyei

jogú városban Nyugat- és Közép-Dunántúlon legmagasabb az arányuk (30% és 28,6%). A közép-magyarországi intézmények fele Budapesten található.

1. sz. táblázat

A felkeresett intézmények regionális megoszlása a településtípusok viszonylatában

			megyei				
		főváros	jogú város	város	nagyközség	község	összesen
Közép-Magyarország	Intézmények száma	5	-	2	1	2	10
	%	50	-	20	10	20	100
Közép-Dunántúl	Intézmények száma	-	2	2	-	3	7
	%	-	28,6	28,6	-	42,9	100
Nyugat-Dunántúl	Intézmények száma	-	3	2	-	5	10
	%	-	30	20	-	50	100
Dél-Dunántúl	Intézmények száma	-	-	1	1	5	7
	%	-	-	14,3	14,3	71,4	100
Észak-Magyarország	Intézmények száma	-	-	2	1	5	8
	%	-	-	25	12,5	62,5	100
Észak-alföld	Intézmények száma	-	1	6	2	4	13
	%	-	7,7	46,2	15,4	30,8	100
Dél - Alföld	Intézmények száma	-	1	5	2	2	10
	%	-	10	50	20	20	100
összesen	Intézmények száma	5	7	20	7	26	65
	%	7,7	10,8	30,8	10,8	40	100

Az intézmények megnyitásának időszaka figyelemre méltó eltéréseket mutat. Kategóriáink az elmúlt közel száz év nagyobb történelmi-politikai időszakait fogják át. Ez több szempontból is jelentőséggel bír. Egyrészt érdekesség, mivel felvázol egyfajta történelmi ívet, másrészt a nyitás időszakából némiképp következtetni lehet az intézmények körülményeire. Feltételezhetjük, hogy a régebbi intézmények több vagy más jellegű problémával küzdhetnek, mint a később nyíltak, s felhívhatja a figyelmet markáns anomáliákra. Ezt a vátozót a későbbiekben összehasonlításainknál használni fogjuk, itt leírjuk sajátosságait.

A II. világháború előtt összesen 3 intézményt nyitottak meg, ami a vizsgált intézmények 3,8 %-át teszi ki. A legmagasabb arányban, 50%-ban a világháborút követő időszakban, de 1961

előtt nyitották meg kapukat az intézmények (holott ez időarányosan lényegesen rövidebb időszak, mint az azt követő). 1961-től az intézmények gyarapodása csökkenő tendenciát mutat. 1989-ig nyitott a vizsgált intézmények 27 százaléka, míg az 1989-es rendszerváltás után már csak a 17,3 százaléka. Az intézmények több mint 80%-a a rendszerváltozás előtt, illetve a Szociális törvény megjelenése előtt kezdte meg működését.

Megvizsgáltuk, hogy mely időszakokban melyik településtípust preferálták inkább az intézmények elhelyezésére. Nagyközségekbe, községekbe 1946-60 között az intézmények közel 60 %-át, míg az ezt követő időszakban, 1961 és 1989 között 71,4 %-át telepítették. 1989 után ez a tendencia megváltozott. Ekkor már csak az intézmények 37,5 %-a került nagyközségekbe, községekbe, és 50%-a inkább városokba. A „perifériára” való telepítés tendenciája enyhülni látszik. Ez több szempontból is jelentős. Egyrészt a nagyobb települések jobb infrastruktúrával rendelkeznek, így az intézményben élők kevésbé elszigeteltek családjuktól, könnyebben látogathatók, adott esetben ők is könnyebben közlekedhetnek. Részesülnek egy nagyobb település „előnyös” szolgáltatásaiból, kulturális, fogyasztói lehetőségeiből. Másrészt az ápoltak szegregációja oldódni látszik, a normalizációs elvek könnyebben érvényesülhetnek. A szolgáltatást igénybe vevők jelenléte egy nagyobb település életében mindenképpen magasabb számú lakos toleranciáját növelheti, előítéleteit változtathatja. Hiszen ha a pszichiátriai ellátásban részesülő emberek a település életének színterein jelen vannak, személyes kapcsolataik alakulnak, a tapasztalatok alapján ez a közmegejtést javítja, a sztereotípiákat felülírja.

2. sz. táblázat

A válaszoló intézmények nyitási éve a településtípusok viszonylatában

		főváros	megyei jogú város	város	nagyközség	község	összesen
1894-1933	Intézmények száma	-	1	-	-	1	2
	%	-	50	-	-	50	100
1934-1945	Intézmények száma	-	-	1	-	-	1
	%	-	-	100	-	-	100
1946-1960	Intézmények száma	1	2	8	2	13	26
	%	3,8	7,7	30,8	7,7	50	100
1961-1989	Intézmények száma	-	2	2	3	7	14
	%	-	14,3	14,3	21,4	50	100

1990-2003	Intézmények száma	1	-	4	2	1	8
	%	12,5	-	50	25	12,5	100
Összesen	Intézmények száma	2	5	15	7	22	51
	%	3,9	9,8	29,4	13,7	43,1	100

Az intézmények megnyitási időszaka regionális tekintetben az alábbi sajátosságokat mutatja: A legrégebben működő intézmények Észak- és Dél-Alföldön találhatóak, összesen 3 intézmény. 1946-1960-as időszakban a közép- és nyugat-dunántúli, valamint a közép-magyarországi régió intézményeinek aránya növekedett jelentős mértékben: 75-60%-a nyílt ekkor az adott régiók intézményeinek. A Dél-Dunántúlon 1961 és 1989 között nyitottak intézeteket a legmagasabb arányban (57,1%). 1990 után legmagasabb régiós intézménynyitási arányt (42,9%) Észak-Magyarországon találtuk.

Az intézmény épülete

Az 1/2000. SzCsM rendelet előírása alapján a személyes gondoskodást nyújtó intézményeket akadálymentes úgy kell kialakítani, hogy épületeinek építészeti megoldásai tegyék lehetővé az közlekedést.

Erre vonatkozó kérdésünkre 52 intézmény válaszolt: 28,5%-ukban (15 intézmény) biztosított az akadálymentes közlekedés, 42,3%-ukban (22 intézményben) csak részben biztosított, míg 28,5%-ukban nem biztosított.

Megvizsgáltuk, hogy az intézmények fenntartóinak szervezeti formája szerint milyen képet kapunk az akadálymentes közlekedés biztosításáról. E kérdéscsoportnál egy intézmény válaszána hiányával kell számolnunk.

Az alábbi (3. számú) táblázatban látható, hogy a természetes személy (szociális vállalkozó), valamint a gazdasági társaságok esetében találunk legnagyobb arányban olyan intézményeket, melyekben biztosított az akadálymentes közlekedés. Az egyetlen természetes személy által fenntartott intézmény megfelel az akadálymentesítés követelményének, a gazdasági társaság

által fenntartott intézmények közül pedig 60% (3 intézmény) felel meg. Az önkormányzati fenntartású intézmények esetében ez az arány 22-25% közötti.

Az önkormányzatok által fenntartott intézmények esetében legnagyobb arányban olyan intézményeket találunk, ahol csak részben biztosított az akadálymentes közlekedés. A települési önkormányzati intézmények esetében a legnagyobb ez az arány 55,6%, ami 5 intézményt jelent, a fővárosi önkormányzat intézményei esetében 50% (2 intézmény), a megyei önkormányzati fenntartásúaknál 42,4% (14 intézmény).

Mindezek tükrében, legnagyobb arányban és számban a megyei fenntartású intézményekben nem biztosított az akadálymentes közlekedés, 33,3% azaz 11 intézmény.

A gazdasági társaság által fenntartott intézmények között egy intézmény van, ahol részben oldották meg az akadálymentesítést, és szintén egyben nem megoldott (20-20%).

3. sz. táblázat

Az akadálymentes közlekedés az intézmény fenntartójának szervezeti formája megoszlásában

		Biztosított-e az akadálymentes közlekedés?			Összesen
		nem	igen	részben	
megyei önkormányzat	int. száma	11	8	14	33
	%	33,3	24,2	42,4	100
települési önkormányzat	int. száma	2	2	5	9
	%	22,2	22,2	55,6	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	1	1	2	4
	%	25	25	50	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	1	3	1	5
	%	20	60	20	100
természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	-	1	-	1
	%	-	100	-	100
Összesen	int. száma	15	15	22	52
	%	28,8	28,8	42,3	100

Az adatbázisunkban szereplő 53 intézmény közül a válaszok hiányában 51 intézmény esetében tudtuk megvizsgálni, hogy az intézmény megnyitásának éve és az akadálymentes közlekedés biztosítottsága között milyen összefüggés van. Az 1945 előtt nyitott három

intézmény közül kettőben részben, egyben pedig teljesen megoldott az akadálymentes közlekedés. Az 1946-60 között nyílt intézmények 40%-ában (10 intézmény) még nem megoldott ez a probléma. A 60-as évek után nyíló intézmények esetében csökken azoknak az aránya, akiknek ezzel a feladattal meg kell birkóznuk. Ez összesen öt intézményt jelent, 4 közülük még 1990 előtt nyílt (28,6%-a az 1960-89 között nyílt intézményeknek), egy pedig már 1990 után.

Akadálymentesítés szempontjából Észak-Magyarországon tekinthető legjobbnak a helyzet. Kevésbé kedvező, de még viszonylag jónak mondható a dél-alföldi régióban. A nyugat-dunántúli intézmények körében találunk legnagyobb arányban olyan intézményeket, ahol az akadálymentesítés kérdése nem megoldott. Dél-Dunántúlon és Közép-Dunántúlon hasonló arányban találunk intézményeket, melyek nem tesznek eleget a vizsgált követelménynek (42,9 - 42, 9%). A Közép-Magyarországon található intézmények közül egyben teljesen, kettőben részben biztosított az akadálymentes közlekedés, szintén kettőben egyáltalán nem biztosított. Észak-Alföldön négy-négy intézményben biztosított teljesen, illetve részben, míg három intézményben egyáltalán nem.

4. sz. táblázat

Akadálymentes közlekedés biztosítása a régiók megoszlásában

Régió		Biztosított-e az akadálymentes közlekedés?			Összesen
		nem	igen	részben	
Közép-Magyarország	int. száma	2	1	2	5
	%	40	20	40	100
Közép-Dunántúl	int. száma	3	1	3	7
	%	42,9	14,3	42,9	100
Nyugat-Dunántúl	int. száma	4	1	2	7
	%	57,1	14,3	28,6	100
Dél-Dunántúl	int. száma	3	-	4	7
	%	42,9	-	57,1	100
Észak-Magyarország	int. száma	-	6	1	7
	%	-	85,7	14,3	100
Észak-Alföld	int. száma	3	4	4	11
	%	27,3	36,4	36,4	100
Dél -Alföld	int. száma	-	2	6	8

	%	-	25	75	100
Összesen	int. száma	15	15	22	52
	%	28,8	28,8	42,3	100

Mivel a férőhelyekre vonatkozó kérdésekre adott válaszokból kiderült, hogy 14 intézményben fogyatékkal élőket is ellátnak, megnéztük, mennyivel árnyaltabb a kép, ha ilyen jellegű bontásban is megvizsgáljuk az akadálymentesítést. Meglepetésünkre a fogyatékkal élőket is ellátó intézményekben sem mindenütt biztosított az akadálymentes közlekedés. A válaszoló 13 intézmény közül háromban egyáltalán nincs megoldva ez a probléma, 5 intézményben pedig csak részben megoldott. Az 1998. évi XXVI. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény megfelelő feltételek biztosításához szabott határideje a fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézmények esetén 2010. január 1., a már meglévő középületek akadálymentesítésének határideje 2005. január 1. Az épület felújítására vonatkozó kérdésekből kiderül, hogy öt intézménynél az akadálymentesítés a felújítás legsürgősebb elemei közé tartozik.

5. sz. táblázat

Akadálymentesítés a fogyatékkal élőket is ellátó intézményekben

Fogyatékkal élőket is ellátnak	Biztosított-e az akadálymentes közlekedés?			Összesen
	nem	igen	részben	
igen	3	5	5	13
	23,1	38,5	38,5	100
nem	12	9	17	38
	31,6	23,7	44,7	100
Összesen	15	14	22	51
	29,4	27,5	43,1	100

Az intézmény elhelyezkedése a településen

A személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek tömegközlekedési eszközzel könnyen megközelíthetőnek kell lenniük, ezért fontos, hogy a település mely részén helyezkedik el az intézmény. Az adatbázisunkban szereplő pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézmények 60,4%-a (32 intézmény) a település belterületén található. Külterületen nyolc intézmény található, a település határán, illetve azon kívül 13 intézmény.

Megvizsgáltuk, hogy mely településtípusra az intézmény milyen elhelyezkedése jellemző. Település határán, illetve azon kívül megyei jogú városban, városban és községekben találunk intézményeket. A városokban található intézmények 43,75%-a (7 intézmény) a város határán, illetve azon kívül helyezkedik el, ezt követik a községek öt intézménnyel (22,75%), ám arányaiban tekintve a községekben találjuk a legtöbb intézményt a település belterületén (63,64%).

Mindkét válaszadó fővárosi intézmény belterületen található.

A intézmények megnyitásának figyelembevételével láthatjuk, hogy az 1945-ig nyílt intézmények közül valamennyi a település belterületén helyezkedik el (ez három intézményt jelent.). Az 1946-1960 között nyitott intézmények közel egyharmada (34,62%) külterületen, illetve a település határán, vagy azon kívül található. Ez az arány napjainkig folyamatosan nőtt. Az intézmények 42, 86%-a település külterületén, határán kívül nyílt a hatvanas évektől, 1989-ig. 1990 után 9 pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézménye nyílt, ebből 5 a település külterületén, határán kívül.

A jogszabályi előírásokon túl kíváncsiak voltunk arra, hogy magunk az intézmények milyenek ítélik meg földrajzi elhelyezkedésüket, mennyire tartják célnak megfelelőnek. A válaszokból kiderül, hogy az intézmények túlnyomó része elégedett, csupán négy intézmény volt, mely egyáltalán nem tartja megfelelőnek elhelyezkedését.

A vélemények árnyaltabb képét kapjuk, ha megnézzük, hol is találhatóak ezek az intézmények, a település mely részén.

A település belterületén található intézmények legnagyobb arányban inkább megfelelőnek tartják a földrajzi elhelyezkedésüket, pozitív választ 81,3%-uk (26 intézmény) adott, ezen belül 37,5 % (12 intézmény) kifejezetten ideálisnak tekinti. Nem elégedett 18,7% (6 intézmény), közülük kettő egyáltalán nem tartja megfelelőnek az intézmény elhelyezkedését. A külterületen nyitott intézmények 50-50%-a tartja megfelelőnek, illetve nem megfelelőnek földrajzi elhelyezkedését.

A település határán, illetve azon kívül található intézmények 76,9%-a (10 intézmény) inkább megfelelőnek találja az intézmény elhelyezkedését. S ezen belül legnagyobb arányban, 46,1% kifejezetten megfelelőnek ítéli.

6. sz. táblázat

Az intézmény elhelyezkedésének megítélése

		A település mely részén található az intézmény?			Összesen
		belterületen	külterületen	a település határán, illetve azon kívül	
egyáltalán nem tartja megfelelőnek	int. száma	2	1	1	4
	%	6,2	12,5	7,7	7,6
kissé megfelelő	int. száma	4	3	2	9
	%	12,5	37,5	15,4	17
többnyire megfelelő	int. száma	7	1	4	12
	%	21,9	12,5	30,8	22,6
megfelelő	int. száma	7	1	6	14
	%	21,9	12,5	46,1	26,4
ideálisnak tartja	int. száma	12	2	-	14
	%	37,5	25	-	26,4
Összesen	int. száma	32	8	13	53
	%	100	100	100	100

Az intézmények 82%-a (41 intézmény) vidéken működik, és felvételi illetékessége az adott megye területére terjed. Az adatbázisunkban 4 fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmény szerepel, felvételi illetékességük a fővárosra terjed ki. Közülük egy a fővárosban található, 3 pedig vidéken működik.

A megyei önkormányzatok által fenntartott intézmények felvételi illetékessége egy kivétellel (ennek illetékessége az egész országra kiterjed) az adott megyére terjed ki. A települési önkormányzatok által fenntartott intézmények közül hatnak az adott megyére terjed a felvételi illetékessége, egynek pedig a fővárosra. Az öt gazdasági társaság által fenntartott intézmény közül három vidéken működik, adott megyére terjed ki a felvételi illetékessége, egy a fővárosban található, és az ország minden területéről vesz fel kérelmezőket. Az adatbázisban

egyetlen természetes személy (szociális vállalkozó által fenntartott, működtetett) intézmény szerepel, ez vidéken található, és felvételi illetékessége az egész ország területére kiterjed.

Amennyiben megvizsgáljuk a felvételi illetékesség, valamint az intézmény földrajzi elhelyezkedésével kapcsolatos véleményeket, az alábbi, érdekes képet kapjuk. A vidéken működő azon intézmények, melyek felvételi illetékessége az egész országra kiterjed, kivétel nélkül megfelelőnek tartják az intézmény földrajzi elhelyezkedését.

Azok az intézmények, melyek vidéken működnek, és felvételi illetékességük az adott megyére terjed, többnyire pozitívan vélekednek az intézmény elhelyezkedéséről. Az ilyen típusú intézmények több mint fele, 22 intézmény (53,7%) megfelelőnek ítéli elhelyezkedését, közülük 10 (24,4%) kifejezetten ideálisnak. Nem teljesen elégedett további 24,4%-uk, ők többnyire megfelelőnek találják elhelyezkedésüket. Ám 9 intézmény (21,9%) nem tartja megfelelőnek földrajzi elhelyezkedését. E táblázat szerint 2 intézmény van, melyek a fővárosban találhatóak. Az egyik illetékességi köre az egész országra kiterjed, ez az intézmény ideálisnak tartja földrajzi elhelyezkedését, a másik illetékességi köre a fővárosra terjed, s földrajzi elhelyezkedését közepesen megfelelőnek tartja.

A négy intézmény, melyek vidéken működnek, ám felvételi illetékességük a fővárosra terjed ki. Közülük egyik sem tartja megfelelőnek földrajzi elhelyezkedését.

Az intézmények 67,3%-ának (35 intézmény) a működtetője tulajdonosi jogcímen használja az épületet, amelyben az intézmény jelenleg működik, 8 esetben az ingatlan kezelője, 7 intézmény működtetője bérlőként, ingyenesen, két intézmény pedig bérlőként, bérleti díj fejében használja. Egy intézmény esetében nem érkezett válasz.

A pszichiátriai betegek ápolása, gondozása a válaszadó 53 intézmény esetében összesen 119 épületben zajlik, melyből 10 épületet műemléknek nyilvánítottak. Az épületek 29,66%-a (35 épület) épült arra a célra, amelyre jelenleg is használják, 24 intézményben találjuk őket.

7. sz. táblázat

Milyen célra épült a pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményének épülete?

	Épület	%

	száma	
arra a célra, amelyre jelenleg is használják	35	29,66
Lakóépületnek	19	16,10
oktatási célra	4	3,39
egészségügyi célra	6	5,08
az épület eredetileg kastély, kúria volt	25	21,19
az épület eredetileg gazdasági épület volt	14	11,86
egyéb	15	12,71
Összesen	118	100

Az intézmények úgy látják, hogy az épületek jelenlegi állapotát figyelembe véve 35,9%-uk többnyire alkalmas az ellátás biztosítására.

34 épület arra a célra épült, melyre jelenleg is használják, az intézmények válaszaiból kiderül, hogy 73,53%-uk alkalmas, illetve teljesen alkalmas az ellátás biztosítására. Többnyire alkalmasnak tekintik 23,53%-ukat, és egyetlen épületet, annak ellenére, hogy pszichiátriai betegek ápolására, gondozására épült, egyáltalán nem ítélnék alkalmasnak az ellátás biztosítására.

A válaszadó 50 intézmény közül 41-ben (82%) szükség van az épület felújítására, 4 intézményben jelenleg is folynak a felújítási munkálatok.

Öt intézmény kivételével, amelyekben úgy ítélik meg, hogy nincs szükség az épület felújítására, minden intézmény esetében szükség van további rekonstrukcióra, két intézmény esetében a meglévő épület teljes felújítására lenne szükség.

Az intézmények működési keretei

A válaszoló intézmények működtetője és fenntartója - két intézmény kivételével - megegyezik. Az esetek 61,5%-ában (32 intézmény) a működtető és a fenntartó a megyei önkormányzat, 15,4%-ában (8 intézmény) települési önkormányzat, 7,7 %-ában (4 intézmény) fővárosi önkormányzat, 9, 6%-ában (5 intézmény) gazdasági társaság és egy esetben szociális vállalkozó.

Az intézmények közül 21-nek van végleges működési engedélye, 32-nek ideiglenes, és mindössze egy nem rendelkezik működési engedéllyel. Olyan intézményt nem találtunk mintánkban, amelynek elvi működési engedélye lett volna. A működési engedély típusát azért tekintjük fontosnak, mert ha az ideiglenes, akkor az intézmény valamilyen jogszabályi feltételnek nem tesz eleget, s pótlandó feladata van, szolgáltatása valamilyen – későbbiekben tárgyalt – szempontból hiányt szenved. A végleges működési engedéllyel bíró intézményekről pedig feltételezhetjük, hogy szolgáltatásuk, körülményeik az elvárásnak megfelelőek.

Az ideiglenes működési engedélyek kiadásának legkorábbi időpontja – hasonlóan a végleges működési engedélyekéhez – 1992, a legutóbbiak 2002-ből származnak. Az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező 32 intézmény közül 28 intézmény adatait ismerjük arra vonatkozóan, hogy melyik évben kapták, és melyik évben jár le. Tapasztalataink szerint legnagyobb gyakorisággal (18 eset, 64,3%) egy vagy két évre adták ki az ideiglenes engedélyeket: 10 olyan intézményt találtunk, az esetek 35,5%-a, ahol az ideiglenes engedélyt 2 évre, 8 intézményben, az esetek 28,6%-ában 1 évre kapták meg az engedélyt. Nyolc olyan esettel találkoztunk (28,5%), ahol az ideiglenes működési engedélyt 3-5 évre adták ki. Egy esetben tíz éves intervallumra szólt az ideiglenes működési engedély, szintén egy esetben pedig a kiadás évében le is járt az engedély.

Megvizsgáltuk, hogy találunk-e valamilyen tendenciát arra vonatkozóan, hogy mely tulajdonságú intézmények rendelkeznek ideiglenes, illetve végleges működési engedéllyel. Ezért megvizsgáltuk az intézmények működési engedélyét összevetve a régiókkal, a településtípussal, az ellátottak számával (ötödök), illetve a megnyitás időszakával (harmadok).

Regionális viszonylatban azt mondhatjuk el, hogy Közép-Dunántúlon és Dél-Dunántúlon legmagasabb az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények aránya (85,7-85,7%). E tekintetben legkedvezőbb a helyzet Észak-Magyarországon, ahol mindössze 28,6 %-ban rendelkeznek az intézmények ideiglenes működési engedéllyel.

Ha a működési engedélyek típusát településtípusok szerint is megvizsgáljuk, akkor eltéréseket találunk. A fővárosból egyetlen intézményből kaptunk erre a kérdésre vonatkozóan adatot,

ennek az intézménynek végleges a működési engedélye. A megyei jogú városok működési engedélyeinek 80%-a ideiglenes (4 intézmény), 20%-a végleges (1 intézmény). A városokban 50-50%-os az engedélyek ideiglenességének és véglegességének aránya. A nagyközségekben és községekben egymáshoz hasonló arányokat kaptunk: végleges működési engedéllyel 28,6%-31,8% működik, míg ideiglenessel 71,4%-58,2%. Az eltéréseket a településtípusok szerint megfigyelhetjük, de tendenciát nem találtunk benne.

8. sz. táblázat

A működési engedélyek típusa a településtípus viszonylatában

A működési engedély...		főváros	megyei jogú város	város	nagyközség	község	összesen
Végleges	Intézmények száma	1	1	8	2	7	19
	%	100	20	50	28,6	31,8	37,3
ideiglenes	Intézmények száma	-	4	8	5	15	32
	%	-	80	50	71,4	68,2	62,7
összesen	Intézmények száma	1	5	16	7	22	51
	%	100	100	100	100	100	100

Az intézmények által ellátott gondozottak számával összevetve a működési engedélyeket azt tapasztaljuk, hogy a legalacsonyabb létszámmal működők között kiemelkedően magas a végleges működési engedéllyel rendelkezők aránya: 72,7%. Az összes többi kategóriában az arány megfordul, mindenütt 60% feletti az ideiglenes működési engedélyek aránya.

9. sz. táblázat

A működési engedélyek típusa az intézményben ellátottak számának ötödeivel összevetve

A működési engedély...		15-53 fő/intézmény	54-100 fő/intézmény	101-131 fő/intézmény	132-185 fő/intézmény	186-720 fő/intézmény	összesen
Végleges	Intézmények száma	8	4	2	2	4	20
	%	72,7	33,3	22,2	22,2	36,4	38,5
ideiglenes	Intézmények száma	3	8	7	7	7	32
	%	27,3	66,7	77,8	77,8	63,6	61,5
Összesen	Intézmények száma	11	12	9	9	11	52
	%	100	100	100	100	100	100

Az intézmény megnyitásának időszakával vizsgálva a működési engedélyeket azt látjuk, hogy a szélső két harmadban (1895-1951 és 1965-2000) az arányok teljesen megegyeznek,

50-50%-os az ideiglenes és a végleges működési engedélyek aránya, ugyanakkor az 1952 és 1964 között nyitottak esetében lényegesen magasabb az ideiglenes működési engedélyek aránya, 88, 2%.

A működési engedélyek ideiglenességének okai három csoportba oszthatók. Egyrészt valamilyen hivatalos szerv engedélyének hiánya, másrészt a személyzet létszámával, iskolai végzettségével kapcsolatos problémák, harmadrészt az intézet lakhatási feltételeinek hiányossága eredményezi.

A hivatalos engedélyek hiánya kapcsán van legkisebb arányban ideiglenes működési engedélyük az intézményeknek. Ez a probléma összesen 5 intézményt (15,63%) érint. Tűzoltósági engedélye négy intézménynek nincsen, két intézménynek (6,25%) ÁNTSZ-engedélye hiányzik, s egy intézmény (3,13%) nem rendelkezik használatba vételi engedéllyel. Az előbb említett öt intézményből kettőnek (6,25%) két hivatalos szervtől származó engedélye is hiányzik.

Az intézmények személyi feltételeivel kapcsolatos hiányosságok 21 helyen (65,63%) okoznak problémát. Az előírt alkalmazotti létszámnál alacsonyabb számú munkatárssal 18 intézmény (56,25%) működik, és 8 intézményben (25%) nem megfelelő az alkalmazottak iskolai végzettsége. Az alkalmazottakkal kapcsolatos, előbb említett probléma 5 (15,63%) válaszoló intézményben jár együtt.

Leggyakoribb hiányosság az intézmények lakhatási feltételeiben jelentkeznek. Ez a kérdés 29 intézményt (90,62%) érint. Ebből 26 intézményben (81,25%) az a probléma, hogy egy-egy lakószobában négy főnél többen laknak, ami nem felel meg a rendeleti szabályozásnak. 22 intézményben (68,75%) az egy főre jutó lakóterület kevesebb mint 6 négyzetméter, s 18 intézményben (56,25%) hiányzik valamilyen, rendelet által előírt helyiség. A válaszoló intézményekben leggyakrabban a társalgó, közösségi helyiség hiányzik (6 eset), de említették még a mosdókkal, fürdőkkel, foglalkoztató helyiségekkel, betegszobával, teakonyhával, látogatószobával, kiszolgáló helyiségekkel, akadálymentesítéssel kapcsolatos problémáikat, amiért meghatározott idejű működési engedélyüket kapták. A lakhatási feltételek fentiekben leírt hiányosságai gyakran együttesen, halmozottan jelentkeznek: 12 esetben (37,5%)

egyszerre mindhárom paraméterben hiányosságok tapasztalhatók, 13 (40, 63%) esetben két lakhatási feltétel nem teljesül, s négy olyan esetet találtunk a válaszadók között, ahol egy rendeleti feltételnek nem felel meg az intézmény.

A tényekhez az is hozzátartozik, hogy azon intézmények között, amelyeknek ideiglenes működési engedélyük van, egyetlen olyan sincs, ahol mindössze egyetlen hiányossággal találkozánk a fentiekben részletezettek közül. Tovább menve: 20 olyan intézményt (62,5%) találtunk, ahol két-három vizsgált szempont is hiányosságot szenved, s 11 olyan intézmény (43,37%) is szerepel a mintában, ahol négy-öt feltételnek nem tudnak az intézmények megfelelni, s ez működésüket akadályozza.

Az intézményekben ellátottak, a gondozás keretei

Az általunk vizsgált intézmények többnyire nem csak pszichiátriai betegek ápolásával, gondozásával foglalkoznak. Többségük ennél többértű feladatot lát el, egyrészt az ellátás típusát tekintve (ápolást, gondozást nyújtó, rehabilitációs, lakóotthon, nappali ellátást nyújtó, átmeneti elhelyezést nyújtó szolgáltatások), másrészt az ellátottak körét figyelembe véve (pszichiátriai, időskorúak, fogyatékkal élők, szenvedélybetegek, hajléktalanok).

Mintánkban 29 olyan intézménnyel találkoztunk, ahol nem csak pszichiátriai betegek ápolása, gondozása folyik. Az intézmények közül 26 esetben valamilyen „más” ápolást, gondozást nyújtó részleg is működik. Ezek közül 8 intézményben idősek, 14-ben fogyatékkal élők, 3-ban szenvedélybetegek, 1-ben hajléktalanok ápolásával, gondozásával is foglalkoznak. Több intézményben egyszerre több típusú problémával küzdő ellátottak számára is nyújtanak ápolást, gondozást.

Rehabilitációs ellátást pszichiátriai területen a szenvedélybetegek számára két (különböző) intézményben nyújtanak.

Lakóotthonokkal pszichiátriai ellátottak számára 5 válaszadó intézményben találkoztunk. Ebből egy intézményben fogyatékosok számára fenntartott lakóotthon is működik.

Nappali ellátást két intézmény nyújt. Az egyik idősek, a másik hajléktalanok részére.

A válaszoló intézmények között egy olyan szerepelt, ahol hajléktalanok számára átmeneti szállást tartanak fenn.

A működési engedélyekben szereplő ellátotti kör férőhelyei számban is változatosságot mutatnak. Pszichiátriai betegek ellátására összesen 7315 hely, fogyatékkal élők számára 1421 hely, idősek ellátására 831 hely, szenvedélybetegek számára 300 hely, hajléktalanok számára 130 hely rögzített.

Regionális megoszlását tekintve legnagyobb számban Észak-Alföldön (9 intézmény), illetve a Dél-Dunántúlon (5 intézmény) működnek olyan intézmények, ahol az előzőekben említett több rétű ellátást nyújtják. A többi régióban egy és három között mozog az ilyen jellegű intézmények száma.

10. sz táblázat

A válaszoló intézmények működési engedélyében szereplő férőhelyek

	férőhely	Intézménye k száma
Pszichiátriai betegek ellátására fenntartott helyek		
Ápolást, gondozást nyújtó	7203	53
Rehabilitációs	38	2
Lakóotthon	74	5
Összesen	7315	53
Fogyatékkal élők ellátására fenntartott helyek		
Ápolást, gondozást nyújtó	1393	14
Lakóotthon	28	1
Összesen	1421	14
Hajléktalanok ellátására fenntartott helyek		
Ápolást, gondozást nyújtó	80	1
Hajléktalanok átmeneti ellátása	20	1
Nappali ellátás	30	1
Összesen	130	2
Szenvedélybetegek ellátására fenntartott helyek		

Ápolást, gondozást nyújtó	200	3
Rehabilitációs	100	2
Összesen	300	4
Idősek ellátására fenntartott helyek		
Ápolást, gondozást nyújtó	659	8
Nappali ellátás	180	1
Összesen	839	8

A 29 intézményt, amelyek nem csak pszichiátriai betegeket látnak el, illetve nem csak pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó részlegük van (pszichiátriai betegeket ellátó rehabilitációs részleg vagy pszichiátriai betegeket ellátó lakóotthon is), megvizsgáltuk abból a szempontból, hogy intézményen belül tudnak-e szakosított ellátást biztosítani (azaz olyan ellátást, amely az egyes problémakörnek, a speciális igényeknek megfelel).

Leggyakrabban (10 esetben) külön részlegekben helyezik el a különböző ellátást igénylő gondozottakat, s nyújtanak szakosított ellátást. Három régióban működik ilyen jellegű intézmény: Észak-Alföldön (5 intézmény), Nyugat-Dunántúlon (4 intézmény), valamint Észak-Magyarországon (1 intézmény).

Külön emeleten elkülönített részlegek összesen 5 intézményben vannak. Ezek öt régióban található 1-1 intézményen belül kaptak helyet (Közép-Magyarország, Nyugat-Dunántúl, Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország, Dél-Alföld).

Három intézményben külön elhelyezés nélkül nyújtanak szakosított ellátást. Közép- és Nyugat-Dunántúlon találkoztunk ezekkel az intézményekkel.

Olyan intézmény, ahol nyújtanak szakosított ellátást, és külön szobát biztosítanak ellátottjaiknak, összesen kettő működik, mindkettő a Dél-Alföldön.

Négy olyan intézmény szerepelt a válaszolók között, amelyek többféle ellátást is végeznek, de nem tudnak szakosított ellátást nyújtani. Ilyen intézmény a Közép-Dunántúlon, Észak- és Dél-Alföldön található.

A szakosított ellátások imént taglalt mibenléte és az intézmények működési engedélyének ideiglenessége, illetve véglegessége érdekes összefüggést mutat. A különböző ellátásokat nyújtó intézmények közül lényegesen többnek (15 intézmény) van ideiglenes működési engedélye, mint végleges (9 intézmény). Az ideiglenes működési engedéllyel rendelkezők közel fele nem tud szakosított ellátást nyújtani, vagy nyújt ugyan, de nem tud külön elhelyezést biztosítani. Ezeknél az intézményeknél feltételezhetjük, hogy ez a tény (is) hozzájárulhat az engedély minősítéséhez.

A vonatkozó rendelet szerint a szakosított ellátást nyújtó intézményben gondozási egységeket és gondozási csoportokat kell kialakítani. A gondozási egység a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményben elhelyezett személyek ellátásának szervezeti egységei. A szakosított ellátás keretén belül 20-50 fős gondozási egységeket, és 10-20 fős gondozási csoportokat kell kialakítani.

A gondozási egységek létszámának tekintetében 34 intézmény (64,1%) felel meg a jogszabályban foglaltaknak, azaz a válaszadók közel kétharmadáról mondhatjuk el, hogy megfelel, s egyharmadáról, hogy nem tesz eleget annak. Öt olyan intézmény van, amely jogszabályi előírásnál kevesebb ellátottal működteti a gondozási egységeket, 29 pedig a jogszabályban megfogalmazottaknak megfelelően. Az intézmények közül 17-ben a jogszabályban meghatározottnál magasabb létszámmal működnek gondozási egységek. Összesen két intézményben nincs gondozási egység.

11. sz táblázat

Gondozási egységekre jutó ellátottak számának jogszabályi megfelelése

	Jogszabályi megfelelés	Intézmények száma	%
1-19 fő gondozási egységenként	megfelel	5	9,4
20-50 fő gondozási egységenként		29	54,7
51 fő feletti létszám gondozási egységenként	nem felel meg	17	32,1
		2	3,8
Nincs gondozási egység			
Összes válaszadó	-	53	100

Az intézmények 30,1%-a megfelel a gondozási egységek létszámának szempontjából a jogszabályi előírásnak, de működési engedélye ideiglenes. Feltételezhetjük, hogy más jellegű probléma miatt nem végleges a működési engedélyük. A vizsgált intézmények 33,96%-a szintén megfelel a jogszabályi előírásnak, és működési engedélye is végleges. Anomáliát ebben az esetben az a 3 intézmény jelent (5,66%), ahol a működési engedélyek véglegesek, ugyanakkor ennek a jogszabályi feltételnek nem felelnek meg. A jogszabályi előírásnak nem megfelelő, egyben ideiglenes engedéllyel rendelkező intézmények 30,17%-ot tesznek ki, egyben feltehető, hogy ez a jogszabályi nem megfelelés okozza, vagy hozzájárul a működési engedély ideiglenességéhez.

Gondozási csoportok tekintetében kisebb arányban felelnek meg a válaszoló intézmények a jogszabály előírásának, mint a gondozási egységeikében. Húsz, vagy annál alacsonyabb gondozotti létszámmal 20 intézményben (37,8%) működik gondozási csoport. Ennek fele, 10 intézmény működteti a jogszabályi minimum alatti létszámmal (10 fő alatt), és ugyanannyi a jogszabályban leírtak betartásával (10-20 fő). A válaszoló intézmények több mint fele nem felel meg e tekintetben a jogszabályi előírásnak: 28 esetben magasabb létszámmal működnek a gondozási csoportok, 5 esetben pedig nem működik gondozási csoport.

12. sz táblázat

A gondozási csoportok létszáma a jogszabályi megfelelés viszonylatában

A gondozási csoportok létszáma	jogszabályi megfelelés	Intézmények száma	%
1-10 fő gondozási csoportonként	megfelel	10	18,9
11-20 fő gondozási csoportonként		10	18,9
21 feletti létszám gondozási csoportonként	nem felel meg	28	52,8
		5	9,4
Nincs gondozási csoport			
Összes válaszadó		-	53

A gondozási egységek és gondozási csoportok jogszabályi megfelelését regionális viszonylatban is megvizsgáltuk. A gondozási egységek esetében legrosszabb helyzetet a Dél-Alföldön és az Észak-Alföldön tapasztaltuk, ahol a jogszabályhoz képest az intézmények 50, illetve 36,4%-ában nincs megfelelés. E tekintetben legkevésbé rossz helyzetben lévőknek

Közép-Magyarország és Nyugat-Dunántúl tekinthető, itt az intézmények „mindössze” 20-25%-os arányban nem felelnek meg a jogszabályi követelményeknek, amely arányszámokat ezekben az esetekben sem tekinthetjük elenyészőnek.

A gondozási csoportok esetében legmagasabb arányú jogszabályi nem megfelelés Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön (85,7-72,2%) van. Legkedvezőbb helyzetűnek – ebben a vonatkozásban is – a Nyugat-Dunántúl tekinthető, itt az intézményeknek „csak” negyede nem felel meg az előírásnak.

A vizsgált intézmények 11,32%-a megfelel a jogszabályi előírásoknak, és működési engedélyük is végleges. Azok az intézmények, amelyeknek működési engedélye ideiglenes, és megfelelnek a gondozási csoportokra vonatkozó jogszabálynak az intézmények 26,4%-át teszik ki. Azok az intézmények, amelyeknek a működési engedély végleges, de a jogszabály ide vonatkozó feltételeinek nem felelnek meg, a válaszoló intézmények 28,3%-át teszik ki. Ezt az arányt meglehetősen magasnak tekinthetjük. Az intézmények több mint harmadában nem felelnek meg a jogszabályi előírásnak, s egyben működési engedélyük is ideiglenes. Ebben az esetben is, mint a gondozási egységeknél, feltételezhetjük, hogy a jogszabályi megfelelés hiánya hozzájárult a működési engedélyek ideiglenes mivoltához.

13. sz. táblázat

A gondozási csoportok létszámának jogszabályi megfelelése a működési engedélyek viszonylatában

A gondozási csoportok létszáma	jogszabályi megfelelés		Működési engedélye végleges	Működési engedélye ideiglenes	összesen
1-10 fő gondozási csoportonként	Megfelel	Intézmények száma	3	7	10
		%	5,66	13,2	18,86
11-20 fő gondozási csoportonként		Intézmények száma	3	7	10
		%	5,66	13,2	18,86
21 feletti létszám gondozási csoportonként	Nem felel meg	Intézmények száma	12	16	28
		%	22,64	30,18	52,82
Nincs gondozási csoport		Intézmények száma	3	2	5
		%	5,66	3,77	9,43
Összes válaszadó	-	Intézmények száma	21	32	53
		%	39,62	60,35	100

A pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézmények férőhelyeiről

Pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó férőhelyek a működési engedélyek alapján – ahogy az előzőekben már írtunk róla – 7203 gondozott elhelyezésére nyújtanak lehetőséget. A férőhelyek regionális eloszlása az országban egyenetlen. Arányuk Nyugat-Dunántúlon legmagasabb, ez az országos összes férőhely 24,17%-át jelenti, legalacsonyabb arányban Közép-Magyarországon, illetve Dél-Dunántúlon találunk férőhelyeket (7,2% és 7,89%). (A közép-magyarországi adatokat orientálónak kell tekintenünk, adataink hiányossága miatt.) Az országnak az előbb említett régióit nézve igen egyenetlen a férőhelyek eloszlása. Ezzel szemben az ország intézményi férőhelyeinek 52,03%-a, több mint fele egyenletes eloszlásban (16,24%-18,21%), három régióban foglal helyet: Észak-Magyarországon, Észak-Alföldön és Dél-Alföldön, azaz az ország keleti részében.

A legalacsonyabb gondozotti létszám egy intézményen belül 15 fő, míg a legmagasabb 720 fő. Az intézmények átlagosan 141 gondozottat látnak el. A válaszoló intézmények közül 22 olyan intézményt találtunk (42,3%), amelyek 100 főnél kevesebb gondozottal működnek, 101-200 fős intézmény 20 volt (38,5%), és 200 fő feletti gondozotti létszámmal bíró intézményt 10-et találtunk (19,2%).

Megvizsgáltuk, hogyan befolyásolja az intézmény nyitásának időszaka a férőhelyek számát. Feltételeztük, hogy a korábban nyílt intézmények nagyobb létszámúak. Azt tapasztaltuk, hogy abban az időszakban, amikor az intézmények első egyharmada nyitotta meg a kapuit (1895-1951), legmagasabb arányban „közepes” méretű (86-140 fős) intézményeket hoztak létre. Az ezt követő időszakban (1952-1964) legnagyobb arányban a legtöbb férőhellyel rendelkező intézmények nyíltak. A legutóbbi időszakban (1965-2000) legmagasabb arányban az alacsony férőhelyszámmal működő intézmények nyitották meg kapuikat. Tehát feltételezésünk nem teljesen igazolódott, hiszen az 1952-1964 közötti időszakban nyíltak a legmagasabb létszámú intézmények, előtte és utána is többnyire kisebb férőhelyűeket alapítottak, bár ezek mértéke eltér.

A pszichiátriai gondozottak létszáma

A pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó részlegekben összesen 7385 gondozottat látnak el. Magasabb az ápolás-gondozásban részesülők száma, mint a működési engedélyekben foglalt ellátotti keretszám. Emlékezzünk vissza korábbi adatainkra: a működési engedélyek alapján összesen 7315 pszichiátriai férőhely ismert, melyből 7203 lenne betölthető pszichiátriai ápolás, gondozásban részesülő ellátottakkal. Tehát a különbség szembetűnő, 182 olyan ellátott lehet, akik pszichiátriai ápolásban, gondozásban részesülnek, de a működési engedély alapján – feltehetően – valamilyen más ellátásra fenntartott helyet vesznek igénybe. Ez a működési engedélyben lefektetett összes ápolást, gondozást nyújtó helynek közel 3%-ával történő megnövelését jelenti. Ezt az értéket nem tekinthetjük nagyoknak, ugyanakkor felhívja a figyelmet a meglévő anomáliára. Továbbá azt is láthatjuk, hogy korábbi adatainkban az ápolást, gondozást nyújtó részlegeken kívül rehabilitációs és lakóotthoni adatokat is nyertünk, amelyek az ellátottak számának ismeretében nehezen értelmezhetők. Vagy az az esett áll fenn, hogy a pszichiátriai férőhelyeket, függetlenül minősítésüktől, az intézmények rugalmasan kezelik, vagy ugyanezt a rugalmasságot alkalmazzák, csak más jellegű ellátásoktól csoportosítanak át helyeket. Későbbi számításaink során esetenként az ellátottak számával kalkulálunk, máshol a működési engedélyekben foglalt számokkal, attól függően, hogy az elemzés szempontjából melyiket tekintettük adekvátnak.

Visszatérve az ellátottakra: 3562 gondozott nő, ők az ellátottak 48%-át képviselik, és 3823 férfi, akik az ellátottak 52%-át adják. Az ellátottak nemének megoszlása korcsoportonként változik. Az első négy vizsgált korcsoportban (18-64 év) a gondozottak közt a férfiak aránya kiemelkedően magasabb. Ugyanakkor 65 év felett ez az arány megfordul, s a nők lesznek magasabban reprezentálva. Ez a tendencia összefügg a magyar halálozási statisztikákkal.

14. sz táblázat

Az ellátottak nem és kor szerinti megoszlása

	Nő (fő)	Férfi (fő)
0-17 éves	-	-
18-24 éves	9	28
25-34 éves	132	228

35-44 éves	367	606
45-54 éves	784	1121
55-64 éves	874	1021
65-74 éves	764	577
75 évnél idősebb	632	242
összesen	3562 (48%)	3823 (52%)

A gondozottak koreloszlása

Az ellátottakhoz viszonyítva a 18-34 év közötti korosztály legmagasabb arányban Észak-Alföldön (7,59%) és Nyugat-Dunántúlon (6,48%) található. Ez az arány legalacsonyabb Közép-Magyarországon (2,65%) és Észak-Magyarországon (2,95%). A 35-54 év közöttiek legmagasabb arányban Dél-Alföldön (39,67%) és Észak-Alföldön (39,1%) található, míg ennek a korcsoportnak Közép-Magyarországon legkisebb az aránya (22,54%). A következő vizsgált korcsoport az 55-74 éveseké. Közülük Dél-Dunántúlon (47,16%), valamint Nyugat-Dunántúlon (46,39%) reprezentálják legnagyobb arányban a gondozottak ezt a korcsoportot, legalacsonyabb arányban pedig (36,2%) Közép-Magyarországon. A 75 év felettek aránya kiemelkedően magas Közép-Magyarországon, ahol a gondozottak 38,61%-a tartozik ide, míg legalacsonyabb arányban Közép-Dunántúlon (5,95%), és Dél-Alföldön (10,55%) fordulnak elő.

Ha településtípusonként megvizsgáljuk a lakók korának megoszlását, azt láthatjuk, hogy a főváros intézményeiben az országos átlaghoz viszonyítva rendkívül kis arányban élnek 75 év alatti gondozottak, míg a 75 év felettek aránya közel 50%, ami az átlagérték közel 3,5-szerese. Megyei jogú városokban magasabb arányba fordul elő a legfiatalabb korosztály (18-34 év között, 8,42%), valamint az 55-74 év közöttiek (46,19%). Ugyanakkor az országos adatokhoz viszonyítva lényegesen kisebb arányban találtunk 75 év feletti gondozottat (8,56%). Azokban az intézményekben, amelyek városokban találhatóak, az első két korcsoport (18-34 éves és 35-54 éves) magasabban reprezentált, mint az országos átlag, a felsőbb korosztályok az átlagérték körül helyezkednek el. A nagyközségek intézményeiben az első két korosztályba tartozó gondozottak arányai szintén az országos adatok környékén helyezkednek

el. Kissé alacsonyabb arányúak azok, akik az 55-74 éves korcsoportba tartoznak, s magasabb arányúak a 75 év felettek. A községekben elhelyezkedő intézmények gondozottjai között kisebb arányban fordulnak elő a legalsó (18-34 évesek, arányuk 3,91%) és legfelső (75 év felettek, arányuk 11,98%) korcsoportok, kissé magasabb az átlagértéknél az 55-74 évesek aránya (38, 25%).

15. sz. táblázat

Az ellátottak kormegoszlása a településtípusok viszonylatában

	18-34 év közötti ellátottak	35-54 év közötti ellátottak	55-74 év közötti ellátottak	75 feletti ellátottak	összesen
Főváros (%)	2,84	19,15	28,83	49,18	100
Megyei jogú város (%)	8,42	36,83	46,19	8,56	100
Város (%)	6,88	37,78	42,94	12,82	100
Nagyközség (%)	4,90	34,72	39,49	20,89	100
Község (%)	3,91	38,25	45,86	11,98	100
Országos adatok (%)	5,32	36,76	43,48	14,54	100

A „kisebb” méretű intézményekben (15-86 férőhelyes) alacsonyabb, vagy az átlagosnak megfelelő a fiatalabb korosztályok aránya (18-34 évesek és 35-54 évesek), ugyanakkor a 75 év felettek jóval magasabb arányt képviselnek (20,89%). A „közepes” méretű intézmények azok, amelyek kormegoszlás szempontjából többnyire átlagosnak tekinthetők, de kissé alacsonyabb arányban (4,41%) talákoztunk ezekben az intézményekben 18-34 év közötti ellátottakkal. A „magas” férőhelyszámmal működő intézményekben viszont magasabb a 18-34 évesek (6,02%) és a 35-54 évesek aránya (40,38%), ugyanakkor az átlagértéknél lényegesen alacsonyabb arányban élnek ezekben az intézményekben 75 év felettek (9, 88%).

16. sz. táblázat

Az ellátottak koreloszlása az intézményi férőhely számának viszonylatában

	18-34 év közötti ellátottak	35-54 év közötti ellátottak	55-74 év közötti ellátottak	75 feletti ellátottak	összesen
15-85 férőhelyes intézmény (%)	5,24	31,95	42,23	20,89	100
86-140 férőhelyes intézmény (%)	4,41	37,64	45,12	12,83	100

141-720 férőhelyes intézmény (%)	6,02	40,38	43,72	9,88	100
Országos adatok (%)	5,22	36,75	43,72	14,42	100

Az intézménybe való felvétel, illetve az intézményből történő kikerülés

A kérelmek kezdeményezője közel 50 %-os arányban a hozzátartozó gondnok, az esetek közel negyedében a hivatásos gondnok, közel ötödében pedig a kérelmező saját elhelyezését kéri. A kérelmezők fennmaradó 8 %-a bíró, orvos, más szociális ellátást nyújtó szociális intézmény vezetője, egyéb (jogi) személy.

17. sz táblázat

A benyújtott felvételi kérelmek kezdeményezői

	Kérelmek száma	%
Hozzátartozó gondnok	753	47
Hivatásos gondnok	426	26, 6
A kérelmező személyesen	306	19, 1
Másik szociális ellátást nyújtó intézmény vezetője	41	2, 6
Orvos	16	1
Bíró (bírói döntés alapján)	5	0, 4
Egyéb	53	3, 3
Összesen	1600	100

A pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó részlegekbe 2002-ben összesen 1600 fő kérte felvételét. Ebből 170 főt (a kérelmezők 10,6 %-a) elutasítottak, 855 fő várólistára került (a kérelmezők 53,4 %-a) és 575 fő felvételt nyert (a kérelmezők 36 %-a). Azt láthatjuk, hogy az igényeknek mindössze valamivel több mint egyharmada realizálódott, az igénylők több mint fele várakozásra kényszerült.

A kérelmezők adatainak regionális vizsgálatoknál nem szabad figyelmen kívül hagyni az egy férőhelyre jutó lakosok számát sem. Ez az érték orientálhat az igénybe vevők körével, azok szükségleteivel kapcsolatban, bár tudjuk, hogy az intézmények szabadon választhatók az

ország lakosai számára, de van ellátási kötelezettségük is. Adataink és a KSH adatai eltérnek, ami feltehetően egyrészt az adathiányból, másrészt az adatbázis (címlista) eltéréséből adódik. Ezért azt gondoljuk, hogy szükséges ebben az esetben a KSH adataival is összevetni eredményeinket. Számszaki eltéréseket ott is tapasztaltunk a két adatsor között, ahol 100%-os visszatartást kaptunk (Közép- és Dél-Dunántúl). Ugyanakkor tendenciájában azt láthatjuk, hogy az országos átlaghoz képest mindkét adatsor alapján az egy férőhelyre jutó lakosok száma Közép-Dunántúlon és Közép-Magyarországon kiemelkedően magas, tehát e tekintetben rosszabbul ellátott területek. Észak-Magyarországon és Nyugat-Dunántúlon lényegesen alacsonyabb ugyanennek a paraméternek az értéke, férőhelyek szempontjából jobban ellátott területek tekinthetjük.

18. sz. táblázat

Egy férőhelyre jutó lakosok száma

	Egy férőhelyre jutó lakosok száma (KSH)	Egy férőhelyre jutó lakosok száma (a kutatás eredményei)
Közép-Magyarország	2725	1690
Közép-Dunántúl	1548	1794
Nyugat-Dunántúl	450	1045
Dél-Dunántúl	1000	1016
Észak-Magyarország	671	917
Észak-Alföld	1128	1070
Dél –Alföld	1034	1263
Országos átlaga az egy férőhelyre jutó lakosok számának	1222	1256

Az adatokat a működési engedélyekben foglalt férőhelyek számának és a régió lakosai számának egybevetéséből nyertük.

A kérelmek elbírálása

A válaszoló intézmények 58,5%-ában, azaz 31 intézményben szakmai team bírálja el a kérelmeket. A 31 teammel dolgozó intézmény közül 29-ből vannak adataink arról, hogy milyen szakemberek dolgoznak együtt. A csapat többféle végzettségű, státusú szakember alkotja. A csapatok közül 26-ban (89, 65%) intézményvezető, 23-ban (79, 31%) orvos vagy pszichiáter, 7-ben (24, 13%) főápoló vagy főnővér, 6-ban (20, 7%) mentálhigiénés szakember, ugyanilyen számban és arányban előgondozó, 4-ben (13, 8%) szociális munkás is részt vesz. A csapatokban, kis arányban megjelenik még a gazdasági vezetés és az érdekképviseleti fórum is.

Az esetek 41,5%-ában, azaz 22 intézményben egy személy dönt a kliensek felvételéről. Ezek közül 20 esetben az intézményvezető, egy-egy esetben az intézmény pszichiáttere, illetve a fenntartó dönt egy személyben.

A 170 elutasított kérelem körülményeit, okait is vizsgáltuk. Az okok között leggyakrabban az szerepelt, hogy a kérelmező más szociális ellátást igényel (114 eset, 67%). A következő leggyakoribb indoklás az volt, hogy a kérelmezőnek kórházi pszichiátriai ellátásra lett volna szüksége (34 eset, 20%). Az előző indokokon kívül 13 esetben (7,64%) úgy ítélték meg, hogy a kérelmező magatartása nem illeszthető az intézmény életébe, 8 esetben (4,7%) a kérelmezőnek egyéb más egészségügyi ellátásra volt szüksége, s egy esetben a kérelmező nem rendelkezett elegendő jövedelemmel, vagyonnal.

Arra a kérdésre, hogy mutat-e regionális különbségeket, tendenciákat az elutasítások okaként megjelölt tényező, a következő adatokat kaptuk: Országosan legmagasabb elutasítási okként az szerepelt, hogy a kérelmezőnek más szociális ellátásra van szüksége. Regionálisan legmagasabb arányban ez Közép-Magyarországon és Észak-Magyarországon jelent meg, mindkét régióban minden elutasításnál a más szociális ellátás szükségességére hivatkoztak. Közép-Magyarországon két intézményben összesen 36 elutasítás, Észak-Magyarországon négy intézményben összesen 40 elutasítás történt.

A következő leggyakoribb elutasítási ok az volt, miszerint a kérelmező kórházi pszichiátriai ellátásra szorul. Ez az indok elsősorban az Észak-Alföldön, illetve Dél-Dunántúlon gyakori: Észak-Alföldön az elutasítások 70%-ában, 28 esetben fogalmazódott meg, míg Dél-Dunántúlon 71,4%-ban, ami 5 esetet jelentett. Az előbb említett két régiónál számosságában nagy különbségeket tapasztalhatunk, ugyanakkor arányait tekintve a tendencia mérvadó lehet.

A fenti kérdést azért gondoltuk érdemesnek arra, hogy részletesebben megvizsgáljuk, mert feltételezhetjük, hogy a kérelmezők problémáinak eloszlása országosan egyenletes, aminek a kérelmekben is meg kell nyilvánulniuk. Nincs okunk feltételezni anomáliákat Az elutasítások indoklása viszont jelentős eltéréseket mutat. Ebből arra következtethetünk, hogy regionálisan vagy intézményi szinten megjelenhetnek „elutasítási szokások”, amelyek nem, vagy nem csak a tényleges helyzetet tükrözik. Ez a későbbiekben továbbgondolásra készíthet. Az elutasítások okainak különbözősége utalhat netán arra, hogy az országon belül nincs teljes összhangban a szakmai megítélés. A protokoll harmonizációja, az egységes nézetrendszer talán segíthetné az intézményrendszer harmonizációját is.

Az előbb problémához kapcsolódóan vizsgáljuk meg regionális viszonylatban a válaszadó intézményeket abból a szempontból, hogy milyen arányban alkalmazzák az elutasítást. Nyugat-dunántúli és a dél-alföldi intézmények közül 75-75%-ban fordult elő elutasítás, ami a legmagasabb arány. Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon az intézmények 40%-ában, illetve 42,8%-ában utasítottak el kérelmeket. Ezek az adatok arra utalnak, hogy regionálisan különbségek vannak az „elutasítási protokoll”-t illetően. Az első két esetben, azaz Nyugat-Dunántúlon és a Dél-Alföldön arra következtethetünk, hogy az elutasítások egyenletesen oszlanak meg az intézmények között, míg az utóbbi két esetben, Közép-Magyarországon és a Dél-Dunántúlon kevesebb intézményben összpontosul az elutasítások száma.

Összesen 9 olyan elutasítás született 2002-ben, amellyel szemben fellebbeztek. Ebből 4 fellebbezés ugyanabba az intézménybe érkezett. Regionálisan a – kis számú – fellebbezések egyenletesen oszlottak meg.

A válaszoló intézmények közül 46-ból (amelyek utasítottak el kérelmezőt) kaptunk információt arról, hogy vezetnek-e nyilvántartást az elutasításokról. A válaszok szerint 75%-ban, azaz 30 intézményben vezetnek, 25%-ban nem vezetnek nyilvántartást.

Regionális viszonylatban kiemelhető, hogy Közép-Dunántúlon minden intézmény vezet nyilvántartást az elutasításokról. Legkisebb gyakorisággal Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon végzik ezt a tevékenységet. Arra a kérdésre, hogy felhasználják-e valamire a nyilvántartásban szereplő adatokat, 67,6% adott nemleges választ. Ez igen nagy aránynak tekinthető, holott ezek az adatok felhasználhatók lennének pontosabb statisztikák készítéséhez, ami a szükségletek kielégítésében segíthetne, vagy a mindennapokban például a megújított kérelmek esetén.

A várólistán lévőkéről

A várakozók száma adataink alapján 1818 fő volt az adatfelvétel időpontjában. Ebből 433 fő kevesebb mint fél éve, 400 fő több mint fél éve, de kevesebb, mint egy éve, 985 fő egy éve, vagy annál régebben várakozik intézményi elhelyezésre. A várakozók közül a szakemberek megítélése szerint 1122 fő sürgős várakozó. Ha az előbbi adatokat összehasonlítjuk a működési engedélyekben foglalt férőhelyekkel (7315 férőhely), akkor azt mondhatjuk, hogy a várakozók elhelyezéséhez 24,85%-kal több férőhelyre volna szükség. A sürgősséggel várakozók elhelyezésére is igen magas arányú férőhelybővülésre volna szükség, ami 15,33%-ot tesz ki.

Megvizsgáltuk, hogy regionális viszonylatban milyen viszonyok mutatkoznak a működési engedélyben foglalt férőhelyek és a várólistán lévők száma között.

Közép-Magyarországon az egy intézményre jutó sürgős várakozók aránya országos szinten a legmagasabb, ami 60 főt jelent átlagosan intézményenként, s a férőhelyekhez viszonyítva 50,2%-os helyszükségletet. A várólistán lévők számát tekintve azok, akik kevesebb mint fél éve, és azok, akik több mint fél éve, de kevesebb, mint egy éve várakoznak, szintén az országos átlagot meghaladó számúak és arányúak, de az egy éve, vagy annál régebben

várákozók lényegesen magasabb arányt képviselnek, az országban itt a legmagasabb az egy intézményre jutó számuk: 57 fő, ami a férőhelyekhez viszonyítva 44,4%-ot jelent.

Közép-Dunántúlon a várákozók vizsgált paraméterei az országos átlagokhoz közelítenek 1-2%-os eltéréssel.

Nyugat-Dunántúlon a sürgősségi várákozók egy intézményre jutó száma és aránya lényegesen alacsonyabb az országos átlagnál, annak közel 50%-a. A kevesebb mint fél éve várákozók aránya is alacsonyabb, bár lényegesen kisebb mértékben. A fél évnél régebben várákozók aránya közel megegyezik az országos arányokkal.

Dél-Dunántúlon a sürgősségi várákozók, fél évnél rövidebb ideje várákozók, illetve a fél évnél régebben, de egy évnél kevesebb ideje várákozók esetében az országos átlageredményekhez képest nincs jelentős eltérés. Ugyanakkor az egy évnél régebben várákozók aránya az országos adatokhoz viszonyítva lényegesen kedvezőbb, 50%-kal kevesebb.

Észak-Magyarországon a sürgősségi várákozók 4%-kal magasabb arányban jelennek meg, mint az országos átlag. A fél, illetve egy évnél rövidebb ideje várákozók aránya az országos átlagnál alacsonyabb, míg az egy évnél hosszabb ideje várákozóké közel 3%-kal magasabb.

Észak-Alföldön a sürgősségi várákozók aránya alacsonyabb az országos átlagnál, közel 5%-kal. Az várákozók aránya az időtartalomtól függően 2-5%-kal magasabb az országos viszonyoknál.

Dél-Alföldön a várákozók aránya bármely vizsgált dimenzióban jóval az országos átlageredmények alatt van. A sürgősségi várákozók 58%-kal kisebb arányban jelennek meg, a fél évnél rövidebb ideje várákozók 53%-kal, a több mint fél éve, de kevesebb, mint egy éve várákozók 70%-kal, s az egy évnél régebben várákozók 63%-kal.

19. sz táblázat

Az intézményi ellátásra várákozók várákozási idejük és regionális megoszlásuk viszonyában

		Sürgősségi váralakozók	Kevesebb mint fél éve váralakoznak	Több mint fél éve, de kevesebb mint egy éve váralakoznak	Egy éve, vagy annál régebben váralakoznak
Közép-Magyarország	átlagosan egy intézményre jutó váralakozó (fő)	60,2	10,4	17	56,8
	Összes váralakozó (fő)	301	52	85	284
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a váralakozó?	50,2	12,7	11,7	44,4
Közép-Dunántúl	átlagosan egy intézményre jutó váralakozó (fő)	13,29	5,57	4,71	13,14
	Összes váralakozó (fő)	93	39	33	92
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a váralakozó?	14,1	6,4	5,3	15,7
Nyugat-Dunántúl	átlagosan egy intézményre jutó váralakozó (fő)	26,88	13,13	12,63	27,13
	Összes váralakozó (fő)	215	105	101	217
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a váralakozó?	7,63	5,57	5,30	12,23
Dél-Dunántúl	átlagosan egy intézményre jutó váralakozó (fő)	10,14	7	4,29	4,86
	Összes váralakozó (fő)	71	49	30	34
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a váralakozó?	13,04	9,1	6,07	6,39
Észak-Magyarország	átlagosan egy intézményre jutó váralakozó (fő)	31,57	8,57	7,14	27,29
	Összes váralakozó (fő)	221	60	50	191
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a váralakozó?	19,94	4,96	3,85	17,10
Észak-Alföld	átlagosan egy intézményre jutó váralakozó (fő)	10,91	7,64	7,09	8,45
	Összes váralakozó (fő)	120	84	78	93
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a váralakozó?	10,20	9,56	8,54	8,41
Dél -Alföld	átlagosan egy intézményre jutó váralakozó (fő)	12,63	5,50	2,88	9,25

	Összes várakozó (fő)	101	44	23	74
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a várakozó?	6,90	3,42	1,78	5,17
Ország egészére vonatkozó adatok	átlagosan egy intézményre jutó várakozó (fő)	21,17	8,17	7,55	18,58
	Összes várakozó (fő)	1122	433	400	985
	A férőhelyekhez viszonyítva hány % a várakozó?	15,36	7,27	5,90	13,83

A várólistára kerültek előgondozása

A 9/1999. SzCsM rendelet alapján, amely a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szól, 2001. január 1-től kötelezővé teszi a pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézményekbe bekerülő gondozottak számára az előgondozást. Az országos ellátási területtel rendelkező állami vagy egyházi fenntartású intézmény vezetője az előgondozást indokolt esetben a megyei, fővárosi, egyházi módszertani központ bevonásával végzi.

Az előgondozási feladatokat a válaszoló intézményekben összesen 173 fő látja el. Az esetek 79,3%-ában az előgondozás intézményenként 1-3 főre hárul. Hat intézményben, azaz 11,4%-ban 4-14 fő végzi ezt a munkát.

A válaszadó intézmények 96,1 %-a, azaz 49 intézmény végez előgondozást, és felel meg a jogszabály előírásának, s mindössze 3,9%-a, azaz 2 intézmény nem.

A fent említett rendeletet megelőzően igen elenyésző mértékben végeztek az intézményekben előgondozást, ami a válaszoló intézmények 15,3%-át érintette, azaz 7 intézményt. A rendelet megjelenésének évében 17,4%-kal, 2000-ben 43,5%-kal nőtt az előgondozást végző intézmények aránya. A rendelet 2001. januárjától tette kötelezővé az előgondozást. 2001-től az itt megjelenő intézmények 23,9%-a pótolta jogszabályi kötelezettségét.

Egyéb ellátási formák az intézményi elhelyezésre várók részére

Az előgondozáson kívül igen kevés intézményben nyújtanak egyéb szolgáltatást az elhelyezésre várók számára. Az intézmények 24,5%-ában biztosítanak személyes kapcsolattartási lehetőséget az intézménnyel, 17%-ban nyújtanak szociális segítséget, illetve tanácsadást, 9,4%-ban házi segítségnyújtásban részesítik a várakozókat. Egy-két esetben találkoztunk étkeztetéssel, nappali ellátással, pszichés gondozással.

Regionális viszonylatban úgy tűnik, hogy Közép-Magyarországon nem működnek olyan szolgáltatások, amely a várakozókat segítené. Legnagyobb számú, és legtöbbféle szolgáltatást Észak-Alföldön és a Dél-Alföldön nyújtják az intézmények a várakozók számára.

Az intézményi felvételek, kérelmek, várólistán lévők számának egymáshoz való viszonya

Az alábbiakban a benyújtott felvételi kérelmek, felvettek, várólistára kerültek, elutasítottak egy intézményre jutó arányát vizsgáltuk regionális viszonylatban. Ebben az esetben azért volt érdemes ezt a módszert alkalmazni, mivel egyrészt az intézmények számossága alacsony, másrészt pedig a regionális eloszlásuk egyenetlen.

A legmagasabb felvételi arányokat Dél-Dunántúlon (43,75%), és a Dél-Alföldön találtuk, a legalacsonyabbat pedig Közép- Dunántúlon, ahol mindössze 17,64%-os volt a felvettek aránya, valamint Nyugat-Dunántúlon, ahol a Közép-Dunántúlhoz képest közel 50%-kal több gondozottat vettek fel, mégis a második legalacsonyabb arányú (30,95%). Az alacsony felvételi arányokkal nyilvánvalóan összefüggésben áll az, hogy Közép- és Nyugat-Dunántúlon legmagasabb a kérelmezők várólistára kerülése (70,58% és 66,6%). Az adatok alapján tehát elmondhatjuk, hogy ez utóbbi két régióban vannak az igények kielégíthetőségében a legnagyobb problémák. Ha a 18. számú táblázatunkra is visszapillantunk, a következő érdekes megfigyelést tehetjük: annak ellenére, hogy Nyugat-Dunántúlon (jóval) országos átlag alatti az egy férőhelyre jutó lakosok száma, mégis kiemelkedően magas a jelentkezők, illetve a várólistára kerülők aránya. Az előző régióhoz hasonlóan Észak-Magyarországon is igen kedvező a helyzet a férőhelyek és a lakosok arányát tekintve. Itt is igen magas (a

legmagasabb) az egy intézményre jutó felvételi kérelmek száma. Ugyanakkor a felvételi arány és a várólistára kerültek aránya az országos átlagnak megfelelő, vagy az alatti értéket mutatnak. Közép- és Dél -Dunántúlon legalacsonyabb átlagosan az egy intézménybe érkező felvételi kérelmek száma. Az előző szempontból ezek a régiók hasonlóak, ugyanakkor Dél-Dunántúlon a felvételi arány lényegesen magasabb, mint Közép-Dunántúlon (megközelítően annak kétszerese). Ugyanakkor Közép-Dunántúlon tapasztaltuk a legkedvezőtlenebb helyzetet az egy férőhelyre jutó lakosok tekintetében, Dél-Dunántúlon pedig az egyik legkedvezőbbet.

20. sz. táblázat

Az intézményi felvételi kérelmek, azok előremenetele regionális viszonylatban

		2002-ben az intézményekbe átlagosan benyújtott kérelmek	2002-ben az intézményekbe átlagosan felvettek (a kérelmezők közül)	2002-ben az egy intézményre jutó elutasítottak átlagosan (a kérelmezők közül)	2002-ben az egy intézményre jutó várólistára kerültek (a kérelmezők közül)
Közép-Magyarország	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	38	16	7	15
	%	100	42,1	18,4	39,5
Közép-Dunántúl	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	17	3	2	12
	%	100	17,64	11,76	70,58
Nyugat-Dunántúl	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	42	13	1	28
	%	100	30,95	2,38	66,6
Dél-Dunántúl	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	16	7	1	8
	%	100	43,75	6,25	50
Észak-Magyarország	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	44	16	6	22
	%	100	36,4	13,6	50
Észak-Alföld	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	28	10	4	14

	%	100	35,7	14,3	50
Dél -Alföld	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	28	12	3	13
	%	100	42,9	10,7	46,4
Összesen	Kérelmezők egy intézményre jutó átlaga (fő)	30	11	3	16
	%	100	36,6	10	53,3

Átlagosan= ebben az esetben a régióban lévő egyes intézményekre jutó adatok

Kérelmezők= 2002-ben felvételi kérelmüket benyújtók

A fenti képet tovább finomíthatjuk, ha megvizsgáljuk a működési engedélyben foglalt férőhelyek számát és a várólistára kerültek arányát. Ezek az arányok arra utalnak, hogy az egyes régiókban a szükségletek szerint (várólista) még hány férőhely kellene a teljes körű ellátás megvalósításához. Feltételezzük, hogy azok a személyek kerülnek várólistára, akiket valamilyen ok miatt, jelen esetben helyhiány miatt nem képesek felvenni. Országosan a meglévő férőhelyek arányát 11,9%-kal kellene növelni, ami 855 új hely teremtését jelentené. Az országos átlagnál kedvezőbb helyzetben Dél-Alföld (8,12%) és Dél-Dunántúl (9,31%) van adataink szerint, amelyek férőhely-szükségletét összesen 156 újabb férőhellyel lehetne kielégíteni. Észak-Magyarországon az igények az országos átlagnak megfelelőek, 12%, s ezt a helyhiányt 157 új hellyel lehetne áthidalni. A további régiók az országos átlagnál magasabb, egymáshoz erősen közelítő arányszámú helyhiánnyal küzdenek. Ugyanakkor számosságukban jelentősen eltérnek. Közép-Magyarország: 75 új hely, Közép-Dunántúl: 83 új hely, Észak-Alföld: 159 új hely, Nyugat-Dunántúl: 225 új hely. Arányukat tekintve a régiókban 12,62% és 14,4% között mozog az új helyek szükséglete.

A gondozottak időbeni benntartózkodása magyarázatot adhat arra (vagy legalábbis kijelölheti az oknyomozás irányát), hogy az intézmények előbbieken vázolt felvételi lehetőségei miatt olyan szűkösek. Tudjuk, hogy minden intézmény felvételi képessége több összetevőből adódik: egyrészt az új helyek megteremtéséből, amire fentebb tettünk utalást, másrészt az intézményből való kikerülések arányából és a benntartózkodás időtartamából.

A pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézményekben az ellátottak 16,23 %-a (1193 fő) kevesebb mint két éve lakik az intézményben, 44%-a (3245 fő) legalább két éve, de kevesebb, mint 10 éve, 26,46 %-a (1974 fő) legalább 10 éve, de kevesebb, mint húsz éve áll gondozás

alatt. Közel 13%-a az ellátottnak (946fő) több mint húsz éve él az adott intézet keretei között.

Regionális tekintetben legnagyobb arányban Közép-Magyarországon, Dél-Dunántúlon és Észak-Alföldön működnek olyan intézmények, ahol a többi régióhoz viszonyítva magas a két éve, vagy annál korábban bekerültek aránya. Ezekben a régiókban az utóbbi években az intézmények felvételi lehetőségei jobbak voltak, mint az ország más területén. A rendkívül hosszú ideje, azaz többé-kevésbé az intézmények nyitása óta, de legalább 20 éve bentlakók aránya Dél-Dunántúlon a legmagasabb, 24,1%. E tekintetben magas arányszámot találtunk a Dél-Alföldön is, ahol ez az arány 16,4%.

A gondozottak cserélődéséről többet elárul, ha együttesen vizsgáljuk a nemrégiben bekerültek (kevesebb mint 2 éve intézményi ellátásban részesülők), illetve a rendkívül hosszú ideje (20 évnél régebben) bentlakók arányát. Feltételezhetjük, hogy azokban a régiókban, ahol viszonylag magas az intézményekbe nemrégiben bekerültek aránya, és nem túl magas a hosszú ideje bentlakóké, a lakók „áramlása” erőteljesebb, jobbak a bekerülés lehetőségei. Ezzel szemben azokban az intézményekben, ahol alacsony a közelmúltban bekerültek, de magas a hosszú ideje bentlakók aránya, azt feltételezhetjük, hogy az intézet erőteljesebben „bedugult”.

Ezt a sémát alkalmazva Közép-Magyarországon és Észak-Alföldön magas a 2 évnél korábban bekerültek, és viszonylag alacsony a 20 évnél régebben ellátottak aránya, itt a cserélődés az országos adatokhoz képest fokozottabb. A Dél-Alföldön alacsony a közelmúltban felvettek aránya, míg igen magas a hosszú ideje benntartózkodóké, ebben a régióban a „bedugulás” bizonyosabbnak tűnik. Ezen régiókban az adatok meglehetősen markánsak, ezért kockáztathattuk meg következtetéseinket; a többi régióval kapcsolatban ugyanezt nem tehetjük meg.

21. sz. táblázat

Az intézményi ellátás idejének hossza régiónkénti megoszlásban

	Kevesebb mint két éve élnék az intézménybe n		2-5 éve élnek az intézetben		5-10 éve élnék az intézményben		10-20 éve élnék az intézményben		20-30 éve élnék az intézményben		30 éve vagy régebben élnék az intézményben		összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
	Közép-Magyarország	105	20,2	118	22,7	116	22,3	146	28,1	24	4,6	11	2,11	520
Közép-Dunántúl	89	14,2	141	22,5	174	27,8	158	25,2	48	7,7	16	2,6	626	100
Nyugat-Dunántúl	279	15,8	276	15,7	445	25,3	538	30,6	152	8,6	71	4	1761	100
Dél-Dunántúl	101	17,7	100	17,5	117	20,5	115	20,2	78	13,7	59	10,4	570	100
Észak-Magyarország	218	16,8	227	17,5	333	25,6	371	28,6	113	8,7	37	2,8	1299	100
Észak-Alföld	224	17,7	297	23,5	329	26	294	23,2	98	7,7	23	1,8	1265	100
Dél -Alföld	177	13,4	212	16	360	27,3	352	26,8	131	10	85	6,4	1317	100
összesen	1193	16,23	1371	18,63	1874	25,46	1974	26,46	644	8,75	302	4,1	7358	100

Az intézményekből való kikerülés okai

Az intézményekből 2002-ben összesen 398 fő került valamilyen más helyre (a kikerülések 36%-a), és 708 fő halálozott el. Ennek következtében 1107 férőhely szabadult fel, ami az összes működési engedélyben foglalt ápolást-gondozást nyújtó férőhely 16,9%-át teszi ki.

Az intézményekből történő távozások a következőképpen alakultak: családjához 96 fő (24,1%) távozott, saját otthonába 23 fő (5,8%), kórházba 117 fő (29,4%), pszichiátriai betegek lakóotthonába 26 fő (6,5%), pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményébe 6 fő (1,5%), idősek ellátására szolgáló intézménybe 75 fő (18,8%), fogyatékosok ellátását szolgáló intézménybe 14 fő (3,5%), szenvedélybetegek ellátására szolgáló intézménybe 8 fő (2%), ismeretlen helyre 19 fő (4,8%), egyéb helyre 14 fő (3,5%).

Az intézményekből eltávozóik száma (a halálozásokkal együtt) regionális viszonylatban változatosan alakul. Az országos átlag azt mutatja, hogy intézményenként közelítőleg 21 fő került ki egy intézményből. Ezt lényegesen meghaladó eredményt Észak-Magyarországon és Dél-Alföldön kaptunk, ahol az egy intézményre jutó átlagos kikerülés közelítően 35 és 29 fő.

E paramétert tekintve az országos átlagnál lényegesen alacsonyabb kikerülési átlagot Dél-Dunántúlon találtunk, ahol az egy intézményre jutó kikerülők száma 14, valamint Közép-Dunántúlon és Észak-Alföldön, ahol ez a szám 16 fő.

A fenti eredményeket tovább finomítja a működési engedélyekben foglalt férőhelyekhez viszonyított kikerülés arány. Ez az érték azért tekinthető fontosnak, mert az új helyek teremtése és az intézményen belüli átstrukturálás mellett – amely adatokról nincsenek információink – a kikerülések mérvadóak abban, hogy milyen arányban képes az intézmény új gondozottakat felvenni. Elmondhatjuk, hogy azokban a régiókban, ahol nagyobb az intézményekből való kikerülés, többnyire magasabb a felvételi arány. Ez vonatkozik Dél-Dunántúlra és Észak-Magyarországra. Azokban a régiókban, ahol az átlaghoz képest alacsonyabb a kikerülési arány, ott a felvételek aránya is alulmúlja az országos átlagot. Ilyen jellegű régió Közép- és Nyugat-Dunántúl. E tekintetben Közép-Magyarország kivételt képez, mivel rendkívül magas a kikerülők aránya, ugyanakkor a felvettek aránya a legalacsonyabb az összes régió közül.

Strukturálisan a régiók között különbségek mutatkoznak a kikerülés okai között. Közép-Magyarországon és Észak-Magyarországon a többi régióhoz képest rendkívül magas a halálozások aránya (17,9% és 14,3%). Ezek azok a régiók, ahol az intézményekben az ellátottak között nagy arányú a 65 év feletti korcsoportja (56,5% és 40,8%).

Dél-Alföldön és Dél-Dunántúlon azt tapasztaltuk, hogy az elhalálozások arányát megközelíti vagy meghaladja az egyéb típusú intézményből való kikerülés, s ez magasabb az országos átlagnál is. Úgy tűnik, hogy ezekben a régiókban a fluktuáció inkább a gondozottak mobilizálásával történik. Ugyanakkor Dél-Dunántúlon a felvettek aránya az országos átlagot jóval meghaladja (12%), míg Dél-alföldön valamivel alatta marad.

Alacsonyabb halálozási arányokat találtunk még Nyugat- és Közép-Dunántúlon. A 65 év feletti aránya mindkét régióban alacsonyabb az országos átlagnál. A koreloszlást tekintve „fiatalabb” intézményeknek gondolhatjuk ezeket, s egyben az országos átlag alatti az intézményeikbe felvettek arányszáma is.

int	Elhunytak aránya a mők. eng-ben foglalt férőhelyekhez viszonyítva (%)	Az intézményből eltávozottak aránya a mők. eng-ben foglalt férőhelyekhez viszonyítva (%)	Az intézményből eltávozottak és elhunytak aránya a mők. eng-ben foglalt férőhelyekhez viszonyítva (%)	Az intézményben élő 65 év feletti aránya a mők. eng-ben foglalt férőhelyekhez viszonyítva (%)	Az intézményekben felvettek aránya a mők. eng-ben foglalt férőhelyekhez viszonyítva (%)
Közép-Magyarország	17,9	7,3	25,27	56,5	3,1
Közép-Dunántúl	8,9	6,5	15,38	21,3	3,2
Nyugat-Dunántúl	8,5	2,2	10,72	29,1	7
Dél-Dunántúl	9,9	9,4	19,24	36,5	12
Észak-Magyarország	14,3	7,7	21,91	40,8	14,9
Észak-Alföld	11,7	2,5	14,19	29,3	8,4
Dél -Alföld	7,8	8,5	16,32	30,4	7,7
Országos átlag	10,9	6	16,9	33,5	8,2

Speciális ellátási formák, az ellátás megfelelősége

A klasszikus pszichiátriai kórképek mellett megjelennek olyan esetek is, ahol a pszichiátriai betegség egyéb más problémával együtt, vagy arra épülve jelenik meg. Ezek az esetek azok, amelyek szakmai szempontok alapján a pszichiátriai ellátáson kívül gyakran más jellegű ellátásra is predesztinálnának. Ilyennek tekintjük az időskori demenciát, a szenvedélybetegségeket, a súlyos, antiszociális, közösségi együttélésre képtelenné tévő személyiségzavart, az értelmi fogyatékossgot, a halmozott fogyatékossgot. A felmerülő kérdésre, hogy minden gondozott a megfelelő ellátásban részesül-e, illetve a megfelelő helyen gondozzák-e, a későbbiekben fogunk választ keresni.

A válaszoló intézményekben az előzőekben felsorolt problémákkal 4456 esetben kell számolni. Ez az ellátottak 60,33%-át érinti. Közülük 30,4% értelmi fogyatékossgal élő,

23% szenvedélybeteg, 17,6 % időskori demenciában (is) szenved, 16,6% halmozott fogyatékkal élő, 12,3% súlyosan antiszociális, közösségi együttlétre képtelen.

A fent említett kísérő vagy alapbetegségek speciális ellátást is igényelnek. Az intézmények 90,7%-ában (49 intézmény) vannak időskori demenciában szenvedők. Ezek 59,2 %-ában, azaz 29 intézményben tudnak megfelelő szolgáltatást nyújtani, 40, 8%-ában, 20 intézményben nem. Az ellátás az esetek 62,1%-ában orvosi ellátást, szakellátást takar, 27,6%-ában terápiás foglalkozást (egyénit, csoportosat), 10,3%-ban a szabadidő hasznos eltöltésére irányul.

Szenvedélybetegek az intézmények 83,3%-ában (45 intézmény) élnek, melyeknek 46,7%-ában (21 intézményben) tudnak megfelelő szolgáltatást nyújtani, 53,3%-ában (24 intézményben) nem. Azokban az intézményekben, ahol nyújtani tudnak speciális ellátást, ez legmagasabb arányban, 45,5%-ban terápiás foglalkozást (egyéni, csoportos) takar, orvosi ellátást, szakápolást, illetve munka jellegű foglalkozást az esetek 18,2%-18,2%-ában végeznek, 9,1%-ban a szabadidő hasznos eltöltésének szervezésében jelenik meg, s 9%-ban egyéb más módon.

Értelmi fogyatékkal élők az intézmények 74,1%-ban találhatóak (40 intézmény). Ezek 72,5%-ában, 29 intézményben tudnak megfelelő ellátást biztosítani, 27,5%-ában, 11 intézményben nem. A speciális ellátásra felkészült intézmények közül képességfejlesztést, szintentartást és munka jellegű foglalkozást 41,4%-41,4%-ban (12-12 intézményben) végeznek. Terápiás jellegű foglalkozásban 10,3%-a részesíti a gondozottakat, 6,95 % biztosít orvosi ellátást, szakápolást.

Halmozott fogyatékkal élőkkel az intézmények 40,4%-ában, 38 intézményben találkoztunk. Itt az esetek 55,3%-ában, 21 intézményben tudnak megfelelő ellátást nyújtani, s 44,7 %-ában, 17 intézményben nem. Az ellátások köre ebben az esetben mozog a legszélesebb skálán. Legmagasabb arányban, 27,3%-ban egyéni, mozgás-, illetve zeneterápiát folytatnak 22,7%-ban orvosi ellátást, szakápolást, gyógytornát biztosítanak 13,6%-ban a meglévő képességek szintentartására irányuló tevékenységeket végeznek. Munka jellegű foglalkoztatással az érintett intézmények 18,2%-ában találkoztunk. Egy-egy intézményben végeznek még állapotra vonatkozó felmérést, szabadidős, kulturális tevékenységeket.

Antiszociális viselkedésű gondozottak az intézmények 72,2%-ában (39intézmény) vannak. Ebből 38,5%-ban, 15 intézményben tudnak, míg 61,5%-ban, 24 intézményben nem tudnak speciális ellátást biztosítani. A meglévő szolgáltatások 73,3%-a terápiás foglalkozást (egyéni, csoportos) jelent. Orvosi ellátással, szakápolással az esetek 20%-ában, munka jellegű foglalkozással 6,7%-ában találkoztunk.

Láthatjuk, hogy az intézmények legnagyobb hányadában időskori demenciában szenvedők és szenvedélybetegek találhatóak. Ugyanakkor az intézmények az értelmi fogyatékosok esetében képesek legnagyobb arányban speciális igényeket kielégíteni.

Az intézményi ellátás lehetőségei és a betegek szükségletei

Adataink alapján elmondhatjuk, hogy a pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézményekben a gondozottak közel 32%-áról vallják azt a szakemberek, hogy más jellegű ellátásra volna szükségük. Régióként jelentős aránykülönbségek mutatkoznak az országos átlagértékhez viszonyítva e tekintetben, ami arra enged következtetni, hogy egyes régiókban inkább, míg más régiókban kevésbé vesznek fel "oda nem illő" gondozottakat. Ugyanakkor az előző szakaszban tárgyaltak alapján tudjuk, hogy vannak olyan régiók, ahol több lehetőség van speciális ellátásokra, tehát saját kereteiken belül képesek megoldani a gondozást, míg a szűkösebb lehetőségekkel bírók erre nem képesek. Ez utóbbi paraméter elemzését adataink nem teszik lehetővé, de azt vizsgálni tudjuk, hogy regionálisan milyen eltérések vannak az intézmény profiljába nem, vagy nem teljesen illeszkedő problémával rendelkező gondozottak esetében, és az milyen jellegű.

Regionális viszonylatban a Dél-Alföldön (40,25%), Közép-Magyarországon (40%), Közép-Dunántúlon (38, 81%) és Észak-Alföldön (36,35%) magasabb az országos átlagnál a szakmai megítélés szerint nem pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézményben ellátottaknak az összes ellátotthoz képesti aránya. Lényegesen alacsonyabb Észak-Magyarországon (18,18%), alacsonyabb Nyugat-Dunántúlon (27,86%).

23. sz. táblázat

A más ellátást igénylő gondozottak arányai, régióként

	Hány gondozottnak lenne megfelelőbb más ellátás? (fő)	Más ellátást igénylő gondozottak aránya a pszichiátriai ápolásban, gondozásban részesülő összes ellátotthoz képest (%)
Közép-Magyarország	208	40
Közép-Dunántúl	243	38,81
Nyugat-Dunántúl	489	27,86
Dél-Dunántúl	183	31,82
Észak-Magyarország	236	18,18
Észak-Alföld	449	36,35
Dél -Alföld	541	40,25
Országos adatok	2349	31,94

Arra a kérdésre, hogy milyen más jellegű ellátásra lenne szükségük a gondozottnak, regionálisan különböző válaszarányokat kaptunk. Minden régióban volt országos átlag fölötti válaszadás a pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó ellátáson kívüli pszichiátriai ellátási fajták tekintetében. Ebben az esetben arról van szó, hogy ugyan pszichiátriai kezelést igényelnek az itt említett gondozottak, ugyanakkor az ellátórendszerben egy másik típusú intézmény megfelelőbb lenne. Ezen belül legmagasabb arányban országos szinten a pszichiátriai betegek lakóotthonát jelölték meg a szakemberek (20,9%). A lakóotthonokat illetően a szakemberek legmagasabb arányban Dél-Dunántúlon (33,3%) és Észak-Magyarországon (37,71%) gondolják úgy, hogy intézményükbe nem illő problémával rendelkező gondozottaik számára ez az ellátás volna a legmegfelelőbb, legalacsonyabb arányban pedig Nyugat-Dunántúlon (15,74%) és Észak-Alföldön (16,9%). A lakóotthonok működése a gondozottak egyre önállóbb életvitelét célozza, s végső soron a kibocsátóházak előtti fokozatot jelent a társadalomba való visszailleszkedés lépcsőjén.

A pszichiátriai ellátások rendszerében magas igényszint jelentkezett a rehabilitációs intézmények tekintetében is, ami a válaszok 10,9%-át tette ki. Ez az ellátás is a társadalmi beillesztés irányába ható intézményi forma, amely az ápolást, gondozást követi, de a lakóotthoni gondoskodást megelőzi. Régiós viszonylatban Észak-Alföldön ((18,7%), Nyugat-Dunántúlon (13,5%), és Dél-Dunántúlon (11,47%) jelentkezett legmagasabb arányban

rehabilitációs elhelyezésekre igény, legalacsonyabb mértékű Közép-Dunántúlon (1,64%), valamint Közép-Magyarországon volt.

A fenti két ellátási típus iránti igény tehát a rehabilitáció és a visszaillesztés irányába történő elmozdulás igényét tükrözi. Az ellátások körében a válaszoló szakemberek a megfelelőbb gondozást az ellátottak 9,6%-a számára a pszichiátriai betegek nappali intézményében látná. Ez az ellátási forma feltehetően azok számára nyújtana megfelelő ellátást, akiknek családi és anyagi lehetőségei lehetővé tennék a családban maradást, ugyanakkor a hozzátartozók nem tudnak nappali felügyeletet biztosítani, így ápolást, gondozást nyújtó intézménybe kerültek. Ilyen nappali pszichiátriai intézmény hazánkban nem haladja meg a tízes nagyságrendet. Regionálisan az erre irányuló igények nagy különbségeket mutatnak. Legmagasabb arányban Közép-Magyarországon (20,19%) és Dél-Dunántúlon (15,3%), legalacsonyabb arányban Észak-Magyarországon (2,54%), és Nyugat-Dunántúlon (5,5%) gondolják azt a szakemberek, hogy intézményük profiljába nem illeszkedő gondozottaik számára a pszichiátriai betegek nappali intézménye lenne megfelelőbb.

Közösségi pszichiátriai ellátásra a megítélés szerint átlagosan az ápolás-gondozásban részesülő, de oda nem illeszkedő gondozottak 5%-ának lenne szüksége. Regionális tekintetben Nyugat-Dunántúlon (7,15%), valamint Dél-Alföldön (6,65%) mutatkozott a legnagyobb igény, míg ez az arány Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon fél százalék körül mozog. Ez az ellátási forma az alapellátás része, és jelenleg kiépülőfélben van.

A válaszadók a gondozási profiljukba nem illeszkedő gondozottaikról átlagosan 3,44%-ban gondolják azt, hogy legmegfelelőbb ellátási keret számukra a pszichiátriai betegek átmeneti elhelyezését nyújtó intézményi forma lenne. Ennek a felvetésnek az érdekessége az, hogy ilyen jellegű intézmény jelenleg nem működik hazánkban. Feltehetően ennek a ténynek köszönhető, hogy regionálisan ennek az ellátási formának a választása rendkívül eltérő. Közép-Magyarországon azok közül azokra az ellátottakra vonatkozóan, akik a szakmai megítélés szerint más gondozást igényelnének, 20,67%-ban tartanák legmegfelelőbbnek az átmeneti ellátást.

Ugyanakkor Közép-, Dél-Dunántúlon, valamint Észak-Magyarországon egyetlen esetben sem jelentkezett erre igény. Feltételezzük, hogy azért nem választották a szakemberek ezt a válaszlehetőséget, mert nem létező intézményben történő elhelyezéssel nem szívesen kalkulálnak.

A nem pszichiátriai ellátások körébe tartozó ellátási formák közül a szakemberek szerint nem a megfelelő ellátásban részesülők 20,6%-a számára tartanák megfelelőbbnek a fogyatékkal élők ellátását biztosító intézményi gondozást. Ebben különösen nagy arányú igény Észak-Magyarországon (34,32%), valamint Közép-Dunántúlon (31,27%) mutatkozott. Legkisebb mértékben Közép-Magyarországon (9,13%) élnek olyan gondozottak ápolást, gondozást nyújtó intézményben, akik fogyatékkal élők ellátását nyújtó intézményben részesülnének megfelelő ellátásban.

Magas arányúnak tekinthetjük a szenvedélybetegeket ellátó intézményekben történő elhelyezését, ami országosan 15,11%-át teszi ki azoknak az ellátottaknak, akiknek más ellátó intézményben jobb ellátást tudnának nyújtani. Regionális eltéréseket ebben az esetben is találunk. Legmagasabb arányú igény Közép-Dunántúlon (23%), Közép-Magyarországon (20,67%), és Észak-Magyarországon (19,6%). Legalacsonyabb, mindössze 3, 8%-os arányú igény Észak-Magyarországon jelentkezett.

Idős emberek ellátását biztosító intézményt az esetek 10,9%-ában jelöltek meg a szakemberek. Erre legmagasabb arányú igény Nyugat-Dunántúlon (20,44%), valamint Észak-Alföldön (19,6%) jelentkezett, legalacsonyabb (2, 11%-os) Észak-Magyarországon.

Ugyan nem túl magas (3,74%) azoknak az aránya, akikről a szakemberek úgy vélekednek, hogy nincs szükségük pszichiátriai intézményi ellátásra, benntartózkodásuk oka szociális-gazdasági, mégis érdekes, hogy ez régiós viszonylatban Dél-Alföldön (8,31%) és Észak-Magyarországon (7,62%) jelenik meg magasabb arányban. Ugyanakkor Közép-Magyarországon, Dél-Dunántúlon, Észak -Alföldön egy százalék alatti az előfordulása.

A fentiekén kívül egyéb más ellátási forma szükségességét a válaszoló szakemberek egy százalék alatti mértékben ítélték meg, ami arra utal, hogy a lehetőségek mindegyikét felvázoltuk.

Az elhelyezési anomáliákból következtetéseket vonhatunk le. Azt látjuk, hogy regionálisan jellegzetességek mutatkoznak annak tekintetében, hogy milyen jellegű „más ellátásra” szorulókat látnak el nagyobb mértékben. Az országnak azon a területén, ahol a pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézményben látnak el nagyobb arányban egy- vagy többféle oda nem illő problémával rendelkező személyt, feltételezhetjük, hogy azért kerültek ebbe az ellátási formába, mert a számukra adekvát helyen nem volt lehetőség az elhelyezésére. Ebben az esetben feltételezzük a válaszadók szakmai hozzáértését, s hogy a szakmai protokoll egységes a megítélés tekintetében.

Az előző hipotézis alapján regionális viszonylatban azt tapasztaljuk, hogy Közép-Magyarországon leginkább szenvedélybetegek jelennek meg nagyobb arányban, Közép-Magyarországon fogyatékkal élők és szenvedélybetegek, Nyugat-Dunántúlon idős emberek, Észak-Magyarországon fogyatékkal élők és azok, akik nem igényelnek ellátást, benntartózkodásuk elsősorban szociális-gazdasági indokú. Dél-Dunántúlon a fogyatékkal élő emberek, Észak-Alföldön idősek és szenvedélybetegek, Dél-Alföldön pedig fogyatékkal élők és azok, akik nem igényelnek ellátást, benntartózkodásuk elsősorban szociális-gazdasági indokú. Tehát: az előző felsorolásban látható, hogy régióként milyen ellátási formák azok, amik megfelelőbbek lennének nagy arányú ellátott számára. Érdeemes lenne összevetni és megvizsgálni, hogy ez a diszfunkció valóban abból adódik-e, hogy nincs lehetőség más jellegű intézménybe történő elhelyezésre, az adott régióban alacsonyabb arányú ellátási férőhely működik-e, tehát a probléma „abszolút” jellegű, vagy az elhelyezési-felvételi rendszerben keresendő-e a diszfunkció oka, azaz funkcionális-strukturális kérdéstről beszélhetünk.

Egy másik levonható következtetés: ha azokat a jelenleg pszichiátriai ápolásban, gondozásban részesülő ellátottakat, akiket a szakemberek szerint más ellátásban kellene részesíteni, elhelyeznék a megfelelő intézményekben, illetve a megfelelő ellátási formában, akkor 4456 hely szabadulna fel. Azok közül az emberek közül, akik a szakemberek megítélése szerint más jellegű ellátást igényelnének, 1159 fő más jellegű pszichiátriai ellátásban kellene, hogy

részesüljön. Gondoljunk vissza arra, hogy a várakozók száma 1818 fő. Ezeknek az embereknek így biztos elhelyezést lehetne nyújtani, sőt túlkínálat jelentkezne, ha az adatokat összevetjük. Ezt természetesen a realitás talaján állva nem gondoljuk teljes mértékben kivitelezhetőnek, ugyanakkor matematikailag megállja a helyét. Továbbgondolásra érdemes lenne abban az irányban, hogy ha új férőhelyek teremtésében gondolkozunk, akkor egyrészt érdemes lenne a valós ellátási igényekkel számolni – fenti adatainkat figyelembe venni –, és az ellátórendszert globálisan vizsgálva az anomáliákat kiküszöbölni. Valamint megfigyelni a struktúrát, az elhelyezési protokollt, s a lehetőségekhez mérten átalakítani, más ellátó intézményekkel összehangolni.

Az önellátás fokának megítélése

Az önellátás mértéke részben jó indikátora lehet az elhelyezési, gondozási forma megfelelőségének, s ezzel alátámaszthatja vagy meggyengítheti az előző részben tárgyaltakat. Adataink alapján azt mondhatjuk el, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben 2696 főről (33,91%) gondolják úgy a szakemberek, hogy önellátásra képesek, 2303 főről (33,68%), hogy önellátásra részben képesek, 1367 főről (16,72%), hogy rendszeres segítséget igényelnek, de közösségbe integrálgatók, 477 főről (7,49%), hogy rendszeres segítséget igényelnek és időszakosan fekvő ellátásra szorulnak, 542 főről (8,17%) pedig, hogy folyamatos ápolást igényelnek, ágyban fekvők.

Az adatok alapján azt feltételezhetjük, hogy az önellátásra képes gondozottak közül sokaknak, ami közelítően az ellátottak harmadát érinti, valamilyen egyéb más ellátási forma megfelelőbb lehetne. A részben önellátásra képesek körében óvatosabban bánva a feltételezéssel, szintén azt gondoljuk, hogy jelentős részük számára egyéb ellátási forma lenne a célszerűbb megoldás. Ezek az adatok összhangban vannak azokkal, amelyek az egyéb ellátás szükségességét taglalták. Nagyságrendileg az adatok közelítenek egymáshoz, bár két különböző dimenziót vizsgálnak.

Regionális tekintetben igen nagy eltérések mutatkoznak az ellátottak önellátási képességében. Közép-Magyarországon lényegesen országos átlag fölötti (32,07%) a rendszeres segítséget igénylők, a rendszeres segítséget igénylő időszakosan ágyban fekvők (178,05%) és a

folyamatos ápolást igénylő ágyban fekvők (15,14%) aránya. Ugyanakkor az országos átlagot jóval alulmúlja a régióban azok aránya, akik önellátásra képesek (17,66%), valamint önellátásra részben képesek (18,08%).

Közép-Dunántúlon ez a tendencia éppen fordított. Igen magas arányban fordulnak elő önellátásra képes (39,81%), illetve önellátásra részben képes (44,51%) gondozottak az intézményekben. Ennek ellenpontjaként az országos adatokhoz viszonyítva igen alacsony a rendszeres segítséget igénylők, de közösségbe vihetők (10,63%), a rendszeres segítséget igénylő időszakosan ágyban fekvők (2,56%), valamint a folyamatos ápolást igénylő ágyban fekvők (2,49%) aránya.

Nyugat-Dunántúlon a legtöbb önállósági kategóriában a gondozottak aránya közelít az országos adatokhoz, vagy azoktól nem jelentős mértékben tér el. Ugyanakkor folyamatos ápolást igénylő ágyban fekvő gondozottaik aránya jóval az országos átlag alatti értéket mutatja (3,87%).

Dél-Dunántúlon a két „szélső” önellátási fokozat mutat eltérést az átlagostól, azaz az önellátásra képeseké (22,36%) és a folyamatos ápolást igénylő ágyban fekvőké (19,01%). Az önellátásra képesek aránya lényegesen alulmúlja az országos arányokat, míg a folyamatos ápolást igénylő ágyban fekvőké lényegesen felül múlja azt. A két tendenciát itt egymás komplementerének tekinthetjük, a két arányszám ebben az esetben közelít egymáshoz leginkább.

Észak-Magyarországon a rendszeres segítséget igénylő, de közösségbe vihetők aránya tér el az átlagostól, annál magasabb (28,38%).

Észak-Alföldön az arányok szintén egy önellátási kategóriában térnek el lényegesen az országos adatoktól. Önellátásra részben képes gondozott az ottani intézmények 38,49%-ában fordul elő.

Dél-Alföldön kiemelkedően magas – a régiók közül legmagasabb, 50,86% – az önellátásra képes gondozottak aránya. A rendszeres segítséget igénylők, de közösségbe integrálhatók

aránya pedig a legalacsonyabb (8,43%). Hasonlóan igen alacsony arányban (3,18%) fordulnak elő a gondozottak között folyamatos ápolást igénylő ágyban fekvők.

Szabadidő, foglalkoztatás

A bentlakásos intézményeknek feladatuk a mentálhigiénés ellátás biztosításának keretein belül mindent megtenni a lakók testi-lelki aktivitásának fenntartása és megőrzése érdekében.

Ezt szolgálják a szellemi, szórakoztató, kulturális programok, valamint az aktivitást segítő fizikai tevékenységek.

Kettő kivételével az összes intézmény kitöltötte a szellemi, szórakoztató és kulturális eseményekre, tevékenységekre vonatkozó kérdésblokkot. A tevékenységek nagyon változatos képet mutatnak minden intézménynél, látható, hogy a különböző korosztályok, a különböző állapotú lakók bevonása is cél. A tv-nézéstől a színjátszásig, a különféle kreativitást igénylő foglalkozásokig terjed a színskála az intézmények által elért palettán. Minden intézményben fontos szerepe van a közös ünnepeknek (világi és egyházi ünnepek, névnapi és születésnapi köszöntések), amely a lakók többségének elfoglaltságot ad, műsorkészítéstől a dekoráció készítéséig.

Fizikai tevékenységre vonatkozó kérdésünkre hét intézmény nem válaszolt. A többi intézményben törekszenek arra, hogy a lakók állapotának megfelelő testmozgást biztosítsák.

A bentlakásos intézmények segítik, szervezik a munkavégzésre képes ellátottak foglalkoztatását. Az adatbázisunkban szereplő intézmények közül 51 válaszolt a foglalkoztatással kapcsolatos kérdésekre. Ezeknek 88,2%-ában (45 intézmény) van a lakóknak lehetőségük arra, hogy bármilyen munka jellegű tevékenységben részt vegyenek. A foglalkoztatás lehet munkavégzési célú, terápiás célú, képességfejlesztő, valamint képzési célú. Azokban az intézményekben, ahol zajlik foglalkoztatás, kivétel nélkül találunk munkavégzési célút. Terápiás célú, képességfejlesztő foglalkoztatás az intézmények 84,4%-ában (38 intézmény) zajlik. Képzési célú foglalkoztatással nem találkoztunk.

Az intézmények 88,9%-ában (40 intézmény) zajlik olyan foglalkoztatás, melyért munkajuttalom jár. Továbbá 30 intézményben (66,7%) folyik külső megbízó számára munkavégzés, ezekért kivétel nélkül fizetés jár.

A válaszadó 51 intézmény adatai alapján tudtuk megvizsgálni, hogy a lakók milyen arányban képesek munkát végezni, és ehhez képest hány fő dolgozik ténylegesen. Az 51 intézményben bentlakók (7211 fő) 62,2%-a lenne képes munkavégzésre a kérdőív kitöltői szerint, 41,9%-uk rendszeres, 20,3%-uk pedig alkalmankénti munkára.

Ténylegesen a lakók 46,7 %-a végez valamilyen típusú munkát, 33,9% rendszeresen, míg 12,8% alkalmanként.

A munkára képes lakóknak 75,1%-a dolgozik.

2724 főről gondolják úgy a válaszadók, hogy nem alkalmasak semmilyen típusú munkavégzésre, ám ténylegesen többen nem végeznek semmilyen munkát, összesen 3843 fő. Azaz van az intézményekben 1119 fő (az összes bentlakó 15,5%-a), akik alkalmasak lennének munkát végezni, ám valamilyen okból kifolyólag nem teszik.

Intézményenkénti bontásban megnézve, hogy a lakók hány százaléka végez valamilyen jellegű munkát, az derül ki, hogy a válaszadó 51 intézményből 4-ben (7,8%) egyetlen lakó sem dolgozik. Azaz ténylegesen 47 intézményben végeznek munkát a lakók. A legalacsonyabb arány 13,3%, a legmagasabb 100%, igaz, ilyen intézmény csak kettő akadt.

Érdekes képet kapunk, ha az ellátottak létszáma tekintetében vizsgáljuk a munkát végző lakók arányát.

Az a 4 intézmény, melyben egyetlen lakó sem dolgozik, kivétel nélkül a 15-53 fős intézmények közül való (pontosan ezek 40%-a), s ugyancsak köztük találjuk az egyik olyan intézményt is, ahol a valamennyi lakó dolgozik (10%).

A másik olyan intézmény, melyben a lakók 100%-a dolgozik, az 54-100 fős csoportba tartozik.

A 100 fő feletti lakókat ellátó intézmények esetében kivétel nélkül dolgozik a lakók 13,3, illetve ennél nagyobb, de a százat meg nem haladó százaléka.

24. sz. táblázat

A munkát végző lakók aránya az ellátottak számának csoportosításában

Ellátottak száma		A lakók hány %-a dolgozik?					Összesen
		0	13,3-41,3	41,4-62	62,1-94,3	100	
15-53 között	int. száma	4	2	1	2	1	10
	%	40	20	10	20	10	100
54-100 között	int. száma	-	7	2	2	1	12
	%	-	58,3	16,7	16,7	8,3	100
101-131 között	int. száma	-	3	2	3	-	8
	%	-	37,5	25	37,5	-	100
132-185 között	int. száma	-	2	4	3	-	9
	%	-	22,2	44,4	33,3	-	100
186-720	int. száma	-	3	8	1	-	12
	%	-	25	66,7	8,3	-	100
Összesen	int. száma	4	17	17	11	2	51
	%	7,8	33,3	33,3	21,6	3,9	100

Az intézmények 62,3%-a (33 intézmény) jelölte, hogy bármilyen jellegű akadály van a lakók munkavégzésének. A leggyakoribb ok (13 intézmény jelölte meg) az, hogy nincs az adott településen, illetve az intézmény által elérhető távolságban olyan munkáltató, akivel fel lehetne venni a kapcsolatot. Hét intézmény esetében az jelent problémát, hogy bár van munkáltató a környezetükben, nem tudnak megegyezni vele.

Azok az intézmények, melyekben egyetlen lakó sem dolgozik, ennek okát jórészt a lakók motivátlanságában látják, két intézmény esetében a lakók idős kora a fő akadály.

Össességében 11 intézményben tekintik akadálnak, hogy a lakók nem kellően motiváltak a munkavégzésre.

A kapcsolattartás lehetőségei, gyakorisága

A pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézményekben élők több mint a fele, 56,77%-a tart kapcsolatot a családjával. Ugyanakkor rendszeresen, havonta mindössze ennek közel felét, 28,6%-át látogatják meg az intézményben. A lakóknak ennél még ennél alacsonyabb hányada, 13,4%-a tölt huzamosabb időt családja körében legalább negyedévente. A lakók rendszeres látogatottságával megegyező azok aránya, akiket egy év leforgása alatt egyszer sem látogattak meg. Az adatok alapján azt mondhatjuk, hogy az ellátottak jelentős része elszigetelten, a korábbi kapcsolataitól elszakadva él az intézményekben. Tudjuk, hogy az elemzett intézmények szociális jellegűek, tehát a bekerülések indoka javarészt családi okokra vezethetők vissza, mégis talán érdemes lenne szorgalmazni a meglévő kapcsolatok erősítését, gyakoribbá válását, megkeresni ennek lehetséges eszközeit.

A lakók családjukkal való kapcsolattartásában az országos átlaghoz képest lényegesen (közel 10%-kal) magasabb arányokat Közép-Magyarországon és Nyugat-Dunántúlon találtunk, legalacsonyabbakat, a Közép-Dunántúlon és Észak-Magyarországon.

25. sz. táblázat

A lakók kapcsolatai regionális viszonylatban

		A lakók hány % -át tart kapcsolatot családdal?	A lakók hány % -át látogatják meg legalább egyszer havonta?	A lakók hány % -ához nem érkezett látogató az elmúlt egy évben?	A lakók hány % -a tölt negyedévente huzamosabb időt családjánál?
Közép-Magyarorszá g	%	66	52,6	<i>15,2</i>	<i>7,2</i>
Közép-Dunántúl	%	<i>47,71</i>	<i>12,4</i>	28,7	13,4
Nyugat-Dunántúl	%	66	34,6	25,3	20
Dél-Dunántúl	%	<i>52,57</i>	24,6	<i>22,1</i>	12,4
Észak-Magyarorszá g	%	<i>48,14</i>	28,3	38,1	8,9
Észak-Alföld	%	60,09	30,2	32	14
Dél –Alföld	%	56,38	23,6	30,3	14,8

Országos adatok	%	56,77	28,6	28,2	13,4
------------------------	----------	--------------	-------------	-------------	-------------

A lakók látogatottsága, illetve az, hogy a lakók milyen arányban látogatják családjukat, jól látható összefüggést mutat azzal, hogy az intézmény milyen típusú településen helyezkedik el. A fővárosban és a megyei jogú városokban élnek legmagasabb arányban azok a gondozottak, akik családjukkal tartják a kapcsolatot (67, 5-75,2%), őket látogatják legmagasabb arányban (60-46,4%), s legalacsonyabb arányban fordulnak elő olyanok, akiket a felmérést megelőző évben egyszer sem látogattak meg (7,5-25%). A kisebb településeken, a városokban, nagyközségekben, községekben már lényegesen alacsonyabb azok aránya, akik tartják a kapcsolatot családjukkal (51,1-58,6%), illetve rendszeresen látogatják őket (23,7-33,8%). Közöttük megnő azok aránya, akikhez az előző évben nem érkezett látogató (25,7%-30,7%). A családjuknál huzamosabb időt eltöltők aránya némiképp eltér az előző trendtől annyiban, hogy a fővárosi intézmények lakóinak aránya ebben a dimenzióban a legalacsonyabb (7%), ugyanakkor az összes többi településtípusnál láthatjuk, hogy minél kisebb a település, annál kevésbé aktív a családi, szociális kapcsolatrendszer.

26. sz. táblázat

A lakók látogatási alkalmai a településtípusok viszonylatában

		Lakók hány %-a tart kapcsolatot családdal?	A lakók hány %-át látogatják meg legalább egyszer havonta?	A lakók hány %-hoz nem érkezett látogató az elmúlt egy évben?	A lakók hány %-a tölt negyedévente huzamosabb időt családjánál?
főváros	%	67,5	60	7,5	7
Megyei jogú város	%	75,2	46,4	25	21,2
város	%	58,6	24,8	30,7	15,1
nagyközség	%	56,7	33,8	25,7	12,7
község	%	51,1	23,7	29,3	11,7
Országos adatok	%	57,1	29	28	13,6

A kapcsolattartás formáját elemezve a válaszok két faktorba rendeződtek. Az elsőben azok szerepelnek, akiknek vannak családi és baráti kapcsolataik, rájuk jellemző, hogy látogatják

őket és/vagy ők maguk is látogatják családtagjaikat és/vagy levelezést folytatnak és/vagy telefonos kapcsolatot ápolnak. Az első faktor tagjai az összes gondozott 67,27%-át teszi ki. A második faktorba azok kerültek, akik gondnokukkal tartják a kapcsolatot, és csak velük legerősebben. Feltételezhetjük, hogy ők azok, akiknek egyáltalán nincsenek személyes családi viszonyaik (a gondnokok ebben az esetben hivatásos gondnokok), a faktorok igen erőteljes széthúzása ezt támasztja alá. Az ápolás, gondozásban részesülők 23,49%-át fedi le ez a faktor.

Az intézménybe való bejutás, az intézményből való kijutás

Az intézmények 69,8%-ában (37 intézmény) működik portaszolgálat, 20 intézményben állandó, azaz a hét minden napján nullától 24 óráig. Amennyiben nincs, illetve nem állandó a portaszolgálat (16 intézmény esetében) az intézmény kapuja nyitva van, illetve a távozó/érkező ki tudja nyitni. A másik leggyakoribb mód az, hogy az intézmény kapuja zárva van, de jelezni lehet érkezésünket, illetve távozási szándékunkat. Egyetlen intézménybe csak előzetes megbeszélés alapján lehet bejutni, illetve onnan kijutni.

Azon intézmények közül, ahol nincs portaszolgálat, négy válaszolta, hogy nincs rá igény, a többi esetében túlnyomórészt a döntő ok, hogy nincsenek meg az anyagi feltételei.

Abban a 16 intézményen, melyekben nem állandó a portaszolgálat, szintén hasonló okok dominálnak; öt intézményben nincs rá igény, ahol pedig igény lenne rá, hiányoznak az anyagi, személyi, tárgyi feltételek.

Bentlakásos intézmények lakóinak joguk van ahhoz, hogy intézményen belül és intézményen kívül egyaránt szabadon mozoghassanak, figyelemmel a saját és a társaik nyugalma, biztonságára.

Kíváncsiak voltunk arra, hogy a pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeiben lakók mennyire tudnak élni ezzel a jogukkal, állapotuk mennyire engedi meg, hogy az intézményt önállóan elhagyják.

Összesen 48 intézmény válaszolt az erre vonatkozó kérdésekre, ám a válaszadók adatai sem használhatók teljes mértékben, nem adnak minden esetben teljes információt. A válaszadó 48 intézmény 6586 lakójára vonatkozóan kaptunk válaszokat (6742-en laknak a válaszadó 48 intézményben, azaz 156 lakóra vonatkozóan nincsenek adataink; ez a bentlakók 2,3%-a).

A lakók 58,4%-a képes elhagyni az intézményt önállóan vagy kíséreléssel, míg 41,6%-uk nem szokott kijárni az intézményből, illetve ritkábban, mint fél évente egyszer hagyja el az intézményt. Az említett intézményekben összesen 2020 hatvanöt éven felüli lakó él, gyanítható, hogy az intézményt el nem hagyó lakók nagy részét ők teszik ki. Ebben az esetben feltételezhetjük, hogy az intézmények egy részében tulajdonképpen fekvő betegek ápolása folyik (ezt intézménylátogatásaink során is tapasztaltuk).

27. sz. táblázat

Az intézményt elhagyni képes és nem képes lakók

	Fő	%
rendszeresen, önállóan kijár	1963	29,8
rendszeresen, önállóan kijár	739	11,2
rendszeresen kíséreléssel kijár	400	6,1
alkalmanként kíséreléssel kijár	746	11,3
nem jár ki	2738	41,6
Összesen	6586	100

Kíváncsiak voltunk, hogy azok a lakók, akik nem szokták elhagyni az intézményt, miért nem teszik ezt. A 2738 lakó több mint fele fizikai állapota miatt nem képes elhagyni az intézményt, 42,8%-a mentális állapota miatt, 6,4%-nál pedig összetett okok játszanak szerepet.

Az intézményenkénti bontásból kitűnik, hogy a válaszadó intézmények többségében, 68,75%-ában (33 intézmény) a lakók kevesebb mint 50 %-a nem jár ki. Ám 15 intézményben 50%- feletti ez az arány, sőt olyan intézmények is vannak, ahol a lakóknak 1-2%-a tudja csak elhagyni az intézményt.

Az ellátottak számát összevetve az intézményt elhagyni nem képes lakók arányával, az alábbi érdekes képet kapjuk. A 15-53 főt ellátó intézmények között találjuk legnagyobb arányban azokat az intézményeket, melyekben a lakók kevesebb mint 25%- nem szokta elhagyni az

intézményt, illetve ebben a csoportban a legnagyobb azoknak az intézményeknek az aránya is, melyekben a lakók több mint háromnegyede nem jár ki.

A több mint 185 főt ellátó intézmények esetében szintén magas arányban (36,4%) találunk olyan intézményeket, ahol a lakók kevesebb mint 25%- nem hagyja el az intézményt, s szintén ebben a csoportban a legmagasabb azon intézmények aránya, melyekben a lakók több mint 50%-a nem szokta elhagyni az intézményt.

Az 54-100 főt ellátó intézmények esetében a lakók több mint 50%-a nem tudja, nem szokta elhagyni az intézményt, ez a legnagyobb arányban, összesen 36,4%-ukra (4 intézmény) jellemző.

A legalacsonyabb létszámú intézmények kivételével minden más csoport esetében a leggyakoribb válasz az volt, hogy a lakók 25-49%-a nem szokta az intézményt elhagyni.

Gondnokság

A 7385 ápolás-gondozásban részesülő ellátott közül 6861 fő, vagyis az ellátottak 92,9%-a áll gondnokság alatt. Közülük 2974 fő (43,34%) cselekvőképességet korlátozó, 3773 fő (55%) cselekvőképességet kizáró, 114 fő (1,66%) ideiglenes gondnokság alatt áll.

A gondnokok személyét tekintve 3329 (48,52%) hivatásos gondnok, míg 3532 (51,52%) hozzátartozói gondnok.

Adataink alapján 1068 alkalommal (az esetek 15,56 %-ában) történt gondnokváltás a 2002. év folyamán.

Az elmúlt öt évben a gondnoksági fokozat mérséklésére 105 esetben (1,53%), a gondnokság megszüntetésére 38 esetben (0,55%), a gondnoksági fokozat szigorítására 51 esetben (0,74%) került sor.

A szakemberek véleménye alapján mindössze 53 olyan ellátottat találtunk, akik indokolatlanul állnak gondnokság alatt, és 87 olyan ellátottat, akik nem állnak gondnokság alatt, pedig indokolt lenne.

A fentiek alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézményekbe kerülő ellátottak szinte mindegyike valamilyen gondnoksági fokozat alatt áll, s hogy ezek megváltoztatása nagyon ritkán, elenyésző arányban következik be. Ugyanakkor a gondnokváltásokat gyakorinak mondhatjuk, hiszen közelítőleg minden hatodik esetben előfordult egy év leforgása alatt.

Rácz Andrea – Szombathelyi Szilvia

A jogi evaluáció gyakorlata

Jelen tanulmányunk a Kapocs folyóirat korábbi, 6. illetve 7. számában közzé tett írásainkhoz kapcsolódik. "A szociális ellátások hatékonysági vizsgálatainak dilemmái" címmel megjelent tanulmány a hatékonysági vizsgálatok módszertanával, szemléletével foglalkozott, míg "A javítóintézeti nevelés dezintegrációs hatásai" c. cikk a témában készült empirikus kutatás főbb eredményeit mutatta be. Kutatási területünk ezúttal az ellátások törvényi hátterének az elemzése.

A közpolitika kialakításának az alapja a megfelelő minőségű, tartalmú és mennyiségű információhoz való hozzájutás. A szakágazati elemzéseknél kiemelten fontos egy interdiszciplináris megközelítés, egy olyan rendszerszemlélet, amely nyitottságot eredményez, a kapcsolódó területek közötti átjárást szabaddá teszi. Szociális területen gyakori tapasztalat, hogy egy adott kérdést több nagyobb terület is szabályoz, a saját logikája alapján. Bár az eljárások összekapcsolhatóak és megfeleltethetőek egymásnak, mégsem valósul meg a sikeres együttműködés, mert az adott területek más koncepciók alapján értelmeznek és szabályoznak. A jogi megközelítés nem egyszerűen a vonatkozó jogszabályok feltárása, hanem a törvényi úton kifejtett koncepciók értelmezése. Éppen ezen megfontolások miatt nem lehet teljeskörű értékelést adni egy ellátásról, szolgáltatásról a szabályozásuk történetének feltárása, a szabályozásban érvényre jutott ágazati és igazgatási logika vizsgálata nélkül.

A jogi evaluáció a hatékonysági vizsgálatok egyik speciális típusa a process, output és outcome evaluációs módszer mellett. A jogi evaluáció kifejezést több értelemben is használja a szakirodalom. Jelenti az egyes jogesetek elemzését, magának az eljárásnak az elemzését, továbbá ide kapcsolódnak a klasszikus közigazgatási elméletek és elemzések. A szociális szolgáltatások elemzésénél azért érdemes külön is kitérni erre a területre, mert ez a megközelítés a szolgáltatások folyamatának, kimeneteinek és tényleges eredményeinek hatásai helyett és részben mellett a szolgáltatás/ellátás törvényességi feltételeinek meglétére,

jogszerűségére, valamint az ellátásra való elvi és gyakorlati szintű hatására fókuszál. Formailag a jog magatartási normák és szabályok rendszere, melyeket az államhatalom alakít ki vagy szentesít. A jogi evaluáció a jogot mint 'közvetítő ágens'-t definiálja: a jog azáltal, hogy kijelöli az ellátás kereteit, meghatározza annak működési/működtethetőségi feltételeit, az ellátó/szolgáltató és az ellátást nyújtó/szolgáltató közötti törvényes kapcsolatot biztosító aktorrá válik. A közvetítő ágens szerepe az ellátás törvényes keretek mentén való kialakításakor – az ellátás céljainak elvi megfogalmazása mentén –, az ellátás működtetésekor és fejlesztésekor különösen fontos, hiszen nemcsak legitimálja a szolgáltatást, hanem ezzel egyidejűleg biztosítja a kliens/ellátott mindenkori érdekeinek érvényesülését. A jogi evaluáció nem pusztán az adott ellátás legszűkebb értelemben vett jogi normáit vizsgálja, hanem az ellátórendszer normáiból kiindulva az anyagi, esetleges eljárási és végrehajtási normáit is.

Az ellátás-elemzések gyakorta csak az ellátás tartalmi és minőségi kritériumát, az ellátás sikerét befolyásoló tényezőket igyekeznek meghatározni az ellátórendszer – kliens – társadalom relációban, figyelmen kívül hagyva az adott ellátás alapvető – jogszabályban rögzített – kereteit. Véleményünk szerint az ellátás-elemzésnél figyelembe kell venni, hogy egy specifikus ellátás kialakításakor és működtetésekor alapvető fontosságú az elérendő célok sorrendjének megállapítása, és a célok eléréséhez megfelelő eszközök, erőforrások rendelkezése. Mindezek rendszerszemléletű vizsgálatához nélkülözhetetlen egy definíciós keret meghatározása, mely az ellátás sikeres működtethetőségi feltételeinek szabadságát vagy éppen korlátozottságát előre megmutatja. A jogi evaluációs munka ezen célt szolgálja a jogalkotó által megfogalmazott koncepciók, célok és a szakágazati gyakorlat elvi szintű összevetése, az ellátás egységes jogi keretének, a törvényesség feltételeinek maradéktalan meglétéből vagy hiányából felsejülő problémákra való rávilágítás útján. A jogi evaluáció gyakorlata az ellátást nyújtó és a kliens közötti rendszerhatásokra mutat rá az ellátás célja és kimete közötti, a gyakorlatban megjelenő különbségek és azonosságok feltárása előtt vagy mellett.

A törvényi környezettel kapcsolatosan felmerülő kérdések közül igen lényegesnek tűnik a döntéshozók szerepének és működésének tisztázása. Milyen koncepciók, milyen szakmai elképzelések, milyen tágabb társadalmi célok, milyen szakmai érdekesoportok, lobbik alakították ki a törvényi kereteket? Milyen kapcsolatban áll a törvény a gyakorlattal: már meglévő gyakorlat alakul-e át szabállyá, vagy a gyakorlat fog igazodni a kialakított szabályozáshoz? Mennyire teremtett a törvény egyértelmű, kiszámítható fejlődést? A törvényekben foglalt elképzelések megvalósítására biztosított-e a törvény (és a politika)

elegendő időt? A szabályozásból eredtek-e nem várt következmények, externáliák? A szabályozás hogyan képes megvalósítani például a felelősség kérdését, stb.?

Mindezek olyan kérdések, amelyekkel rendszeresen találkozunk a különböző felvetésekben, szakmai beszélgetéseken, sőt kutatásokban is, de leszögezhetjük, hogy Magyarországon a szociálpolitikai kutatásokban nem terjedt el a törvényi környezet és jogalkalmazás szisztematikus elemzése.

Tanulmányunkban a javítóintézeti nevelés helyét kívánjuk meghatározni a reszocializációs, illetve a büntetőjogi rendszerben, a jogi szabályozás vizsgálata által. A jogi evaluáció gyakorlatának bemutatására azért választottuk a javítóintézeti nevelést, mert az kettős szerepet tölt be a magyar jogrendszerben, egyrészt büntetőjogi intézmény, joghátrány, melyet a bűncselekmény elkövetője szenved el, de nevelő hatásának kiemelkedő szerepe miatt egyfajta visszaterelő mechanizmus is, a gyermekvédelmi rendszer részét képező intézmény, melynek fő célja a társadalmi együttélés készségeinek sikeres kialakítása, a reszocializáció elősegítése bűncselekményt elkövető fiatalok esetében.

A következő elemzés a javítóintézeti nevelés jogi szabályozásán keresztül igyekszik bemutatni a jogi evaluáció fontosságát egy adott ellátás értékelésében.

Vizsgálatunk tárgya: a javítóintézeti nevelés helyének meghatározása a reszocializációs, illetve a büntetőjogi rendszerben.

Vizsgálatunk célja: annak kiderítése, hogy a jogi szabályozás a javítóintézeti nevelés céljainak elérése érdekében egységes-e, vagy olyan hiányosságokat tartalmaz, mely az ellátás sikeres működését nehezítheti.

Mindezek előtt fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a fiatal korban lévők személyisége erőben, alakulóban van, értelmi–érzelmi–akarati arculatuk még formálódik. Cselekményeik motivációs háttere eltér a kialakult személyiséggel rendelkező, a kiteljesedett értelmi-akarati képességű és érzelmi életű felnőttekétől. Így a fiatalokkal szemben alkalmazásra kerülő büntetőjogi beavatkozásnak a célkitűzései, módszerei és eszközei eltérnek a felnőttekkel szemben követett eljárástól, melynek hátterében az áll, hogy a fiatalok kritikai, erkölcsi, értelmi fejlődése még ebben az életszakaszban is kialakulóban van, korlátozottan cselekvőképesnek tekintendő, aki még viszonylag csekélyebb

élettapasztalattal rendelkezik, nem minden esetben képes maradéktalanul felismerni cselekménye társadalomra hátrányos következményeit.

A szankciók kiválasztása során a fiatalkorúakkal szemben nem a megtorlás, hanem a nevelés eszközeit kell alkalmazni. A fiatalkorú bűnelkövetők esetében tehát a joghátrány célja elsősorban az, hogy a nevelés eszközével elősegítse a társadalmi beilleszkedési zavarokkal küzdő egyén reszocializációját. A fiatalkorúakkal szembeni eljárás során a fiatalkorú számára megfelelő szankció kiválasztása során elsődlegesen azt kell megvizsgálni, hogy van-e helye szabadságelvonással nem járó intézkedés (megrovás vagy próbára bocsátás) alkalmazásának. Büntetést csak akkor kell kiszabni, ha a bíróság azt állapítja meg, hogy a joghátrány által elérni kívánt cél másként nem valósulhat meg. A bíróság a súlyosító és enyhítő körülmények együttes értékelése, a fiatalkorú személyi, családi körülményeinek megvizsgálása, az elkövetés után és az eljárás alatt tanúsított magatartása, gondozójának vallomása alapján dönti el, hogy a konkrét esetben elegendő-e szabadságelvonással nem járó intézkedés alkalmazása, vagy szükségesnek mutatkozik szabadságelvonással járó szankció kiszabása. Ebből a szempontból elsősorban azt kell vizsgálni, hogy a családi környezet alkalmas-e a fiatalkorú erkölcsi, szellemi, testi fejlődésének biztosítására. A megfelelő családi környezeten értendő az is, ha csupán az egyik szülő, avagy más nagykorú hozzátartozó, mint nagyszülő, testvér gondozásában nevelkedik a fiatalkorú, de biztosítva van ellátása, felügyelete, taníttatása, avagy munkaviszonyban álló személy esetében körülményei alapján családi környezete rendezettnek tekintendő.

Vizsgálatunk szempontjából a javítóintézeti nevelést érintő 5 jogszabály a következő:

- A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény
- A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény
- A büntetőeljárásról szóló 1973. évi I. törvény
- A büntetések és az intézkedések végrehajtásáról szóló 1979. évi 11. törvényerejű rendelet
- A javítóintézetek rendtartásáról szóló 30/1997. (X.11.) NM rendelet.

A javítóintézeti nevelés feladata a fiatalkorú nevelése, oktatása és szakmai képzése a célból, hogy helyes irányban fejlődjen és a társadalom hasznos tagjává váljon.

A büntetések és az intézkedések végrehajtásáról szóló törvényerejű rendelet szerint a javítóintézet az oktatási miniszter felügyelete és közvetlen irányítása alatt álló nevelőintézet.

Az intézet rendtartását az oktatási miniszter az igazságügy miniszterrel egyetértésben állapítja meg. A javítóintézeti neveléssel kapcsolatos bírósági határozatok végrehajtását illetően az igazságügy miniszter - az oktatási miniszter általános felügyeleti jogát nem érintve - szakfelügyeletet gyakorol.

Az intézeti rendtartás szerint viszont az intézet a gyermekvédelmi rendszer részeként, az egészségügyi, szociális és családjügyi miniszter felügyelete és közvetlen irányítása alatt működik. Az intézetet az Egészségügyi, Szociális és Családjügyi Minisztérium tartja fenn.

A javítóintézeti nevelés során a fiatalok jogosult életkori szükségleteinek megfelelő ellátásra, gondozásra, egészségügyi és mentálhigiénés ellátásra, intézeti jogainak és kötelezettségeinek megismerésére, hozzátartozóival való levelezésre, látogatók fogadására, vallási és lelkiismereti meggyőződésének szabad megválasztására és annak gyakorlására, oktatásban / képzésben való részvételre, érdeklődésének megfelelő szabadidő-eltöltésre. A fiatalok kötelesek a számukra kijelölt csoportban nevelkedni, az általános iskolai tanulmányait a tanköteles koron túl is folytatni, az eredményes nevelése érdekében az intézet dolgozóival együttműködni, valamint az intézet rendjét megtartani.

Az intézet teljes ellátást biztosít a fiatalok számára, és ellátja gondozását, nevelését, felügyeletét, továbbá oktatását, képzését, munkafoglalkoztatását, valamint az ügyeivel kapcsolatos adminisztrációs feladatokat.

A fiataloknak a társadalomba való sikeres beilleszkedése érdekében az intézet előkészíti elbocsátását, és figyelemmel kíséri további életútját.

A javítóintézeti nevelés és az előzetes letartóztatás végrehajtása során tiszteletben kell tartani a fiatalok emberi méltóságát, és figyelembe kell venni életkori szükségleteit, valamint a törvényben meghatározott korlátozások kivételével gondoskodni kell jogai minden megkülönböztetés nélküli biztosításáról, védelméről.

Az intézetben folyó nevelés céljait az SZMSZ határozza meg. Ide tartozik a fiatalok társadalmi beilleszkedésének elősegítése, ennek érdekében beilleszkedési zavarainak enyhítése, pszichés állapotának rendezése, iskolázottságának, szakmai képzettségének fejlesztése, az alapvető erkölcsi normák elfogadtatása, az egészséges életmódra való felkészítés. A nevelés során kiemelten kell foglalkozni az alkohol és a kábítószer veszélyeivel, a szexuális élet problémáival. A nevelő egyéni nevelési tervet készít a fiatalok számára, ahol figyelembe kell vennie a befogadásakor készített szakértői vizsgálatok megállapításait, családi

kapcsolatairól beszerzett tájékoztatást, az intézetbe kerülése előtt készített pedagógiai, pszichológiai véleményeket, valamint a befogadást követően tapasztalt viselkedése és az egyéni beszélgetések során szerzett információkat. Ha a fiataloknak egyéni pszichológiai gondozásra is szüksége van, a pszichológus egyéni gondozási tervet készít.

Az intézetben olyan kompenzáló és korrigáló nevelést kell a fiatalok számára biztosítani, amely egyidejűleg törekszik a fiatalok megelőző életútja hiányainak pótlására és a fiatalok bűnelkövetésének hátterében rejlő hibás viszonyulási rendszer kijavítására.

A nevelés fontos eszközeinek tekinti a rendtartás a jutalmazást (dicséret, tárgyjutalom, korábbi büntetés elengedése, kulturális vagy sportprogram biztosítása, kimenő, eltávozás vagy szabadság engedélyezése) és a fegyelmi büntetéseket (megrovás, kimenő, eltávozás, szabadság megvonása, zárt jellegű intézeti elhelyezés).

Az intézetben folyó oktatás, képzés célja a fiatalok iskolai hiányosságainak pótlása, megkezdett tanulmányainak folytatása, a munkaerő-piaci esélyeit növelő képzettség megszerzése. Az intézet szorgalmazza, hogy a fiatalok a kapcsolattartásra jogosult hozzátartozóival megfelelő kapcsolatot tartson. Elősegíti, hogy az átmeneti vagy tartós nevelt kapcsolata ne szakadjon meg a gondozását korábban ellátó gyermekotthonnal vagy nevelőszülővel.

A jogerős végzéssel javítóintézeti nevelésre utalt fiatalokat el kell látni havi zsebpénzzel, továbbá biztosítani kell kimenőnapot, szabadságot, betegszabadságot, és 5 nap eltávozás engedélyezhető. Az intézet szorgalmazza a kapcsolattartást, a fiatal részt vehet intézeten kívüli oktatásban és munkafoglalkoztatásban. A jogerős végzéssel javítóintézeti nevelésre utalt fiatalok számára utógondozót jelölnek ki, aki felkeresi a családot, a gyermekjóléti szolgálatot, a pártfogót, felveszi a kapcsolatot a munkaügyi központtal.

Az előzetes letartóztatásban javítóintézeti nevelésben elhelyezett fiatalok csak megfelelő ruházat híján kell ruházattal ellátni, zsebpénzben nem részesül. Intézeten kívüli oktatásban, munkafoglalkoztatásban nem vehet részt, előzetes letartóztatásban lévő fiatalok számára intézeten kívüli program, kimenő, eltávozás, szabadnap, betegszabadság nem engedélyezhető. Hozzártartozójával a fiatal csak ellenőrzés mellett érintkezhet. Az előzetes letartóztatás lejárata napján az intézetből szabadon kell bocsátani.

A fiatalok bűnelkövetők javítónevelő intézeti ellátása a gyermekek nevelése által segíti a társadalmi beilleszkedésüket, ugyanakkor az előzetes letartóztatást intézetben töltő

fiatalkorúaknál a törvény nem rendelkezik a jogerős végzéssel intézetbe került fiatalkorúaknak biztosított visszaterelő mechanizmusokról.

A fiatalkorú nevelésében és a társadalomba való beilleszkedésének elősegítésében fontos szerepe van a gyámhatóságnak, a hivatásos pártfogónak, az erre szakosodott szociális, karitatív és öntevékeny szervezeteknek, valamint a fiatalkorú szülőjének, gyámjának vagy más hozzátartozójának. Az intézetből történő elbocsátás előkészítésében pedig különösen nagy szerepe van az utógondozónak. Az intézet utógondozó részleget működtethet azon elbocsátott fiatalkorúak számára, akik a családjukba nem térhetnek vissza, és az elbocsátás idejére nem sikerült számukra lakhatási lehetőséget biztosítani és megélhetési feltételeket teremteni, illetve itt helyezhető el az a fiatalkorú is, aki tanulmányait szeretné befejezni az intézeti oktatásban, képzésben.

A javítóintézeti nevelés jogi szabályozása több ellentmondással és hiányossággal küzd, ami a gyakorlatban a kliensek (fiatalkorú bűnelkövetők) – és a társadalom érdekeinek – a sérülését eredményezi, ezáltal akadályozva az ellátás hatékony működését.

1. A javítóintézeti nevelés jogi szabályozásában ellentmondások találhatók, hiszen A büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló törvényerejű rendelet szerint az intézet az oktatási miniszter felügyelete és közvetlen irányítása alá tartozik, míg a részletszabályokat tartalmazó intézeti rendtartás az intézet irányítását az egészségügyi, szociális- és családügyi miniszternek biztosítja.

2. A jogi szabályozás hiányos, mivel az előzetes letartóztatásban intézetben lévő fiatalkorúak számára nem biztosítja azokat a visszaterelő mechanizmusokat (értesítési kötelezettség gyámhatóság, jegyző, család, gyermekjóléti szolgálat számára, hivatásos pártfogó kirendelése), melyeket a jogerős végzéssel intézeti nevelésbe helyezett fiatalkorúak számára nyújt, ezáltal a társadalomba való visszailleszkedést a fiatalkorúnak saját magának, jó esetben családi segítséggel kell megoldania.

3. A fiatalkorú bűnelkövetők javítónevelő intézeti ellátása a gyermekek nevelése által segíti a társadalmi beilleszkedésüket, de az előzetes letartóztatásban lévők esetében a családi kapcsolatok korlátozásával, merev szabályozásaival a rendszer stigmatizál, és tovább növeli a távolságot a kinti, intézeten kívüli kapcsolataiktól.

Mindezen hiányosságok és ellentmondások nehezítik a fiatalok bünelkövetők helyes irányba fejlődését (a fiatalok nevelése, oktatása és szakmai képzése által) és a társadalom hasznos tagjává válását, mint a javítóintézeti nevelés feladatának megvalósulását. Éppen ezért az ellátás működésének, célelérésének (goal attainment) és az intézetben folyó szakmai munka értékelésének során ezeket a nehézségeket a kutatómunka megkezdésekor, előzetes hipotézisünk megfogalmazásakor figyelembe kell vennünk.

A jogszabáylelemzés tükrében arra következtethetünk, hogy a jogerős javítónevelő intézet a társadalmi beilleszkedés elősegítése szempontjából hatékonyabb, mint az előzetes javítóintézet, a javítóintézeti nevelésre utalt jogerős végzéssel rendelkező fiatalok bünelkövetők számára biztosított visszatérő mechanizmusok által. A jogi szabályozás hiányosságainak figyelembevételével az ellátás működésének vizsgálatakor a kérdés az, hogy a javítóintézet mint támogató intézmény és az ott dolgozó szakemberek – mindezek ellenére – hogyan tudják elősegíteni a fiatalok társadalmi beilleszkedését. Azaz a sikeres társadalmi integrációt célzó szakmai munka a jogszabályi háttér hiányosságait tudja-e a gyakorlatban kompenzálni, s ha igen, akkor milyen szakmai koncepciók, elvek mentén és milyen eszközök felhasználásával - előrevetítve azt, hogy a család, barátok, a kinti világ nevelési rendszerbe történő bevonása nélkül a társadalmi kirekesztettség tovább erősödhet, a felnőttkori bűnözés és más társadalmi devianciák létjogosultságot nyerhetnek a rendszerből kikerült fiatalok esetében, melynek a felelőssége látszólag a javítóintézetet terheli.

A javítóintézeti nevelés jogi szabályozásának vizsgálata alapján a jogi evaluáció hasznosságát a következőképpen határozhatjuk meg:

1. Amennyiben csak jogi evaluációt készítünk, lehetőségünk nyílik egy adott ellátás jogi háttérében rejlő hiányosságok és ellentmondások feltárására.
2. Amennyiben a jogi evaluációra ellátáselemzés épül, akkor az elméleti (jogi) háttér összevethető az ellátás tényleges működésével.
 - a) A jogi rendszerben való ellentmondás esetén javaslat tehető az ellentmondás feloldására.
 - b) A jogi rendszerben való hiányosság esetén hatékonyabban vizsgálható, hogy az adott ellátásban dolgozó szakemberek észlelik-e a hiányosságot, és amennyiben észlelik, akkor kezelik-e.

c) Megvizsgálható, hogy a hiányosságok kezelésére szolgáló jó gyakorlatok leképezhetőek-e a jogi rendszerbe, vagy az egyes ellátások sokszínű gyakorlata, komplex problémái miatt erre nincs lehetőség (szükség).

A családok támogatásának rendszere*

A magyar társadalomban a családok támogatása tágabb értelemben egy több pilléren nyugvó rendszer, amelynek elemeit az alkotmány szellemének megfelelő jogszabályok alkotják, és amely nem szűkíthető le a kifejezetten családtámogatási ellátásokra. Legfőbb pillérét azonban valóban az 1998-as, kimondottan a családtámogatásokról rendelkező törvény alapján alanyi jogon folyósított ellátások jelentik, amelyek közé a családi pótlék, a gyermekgondozási és az anyasági támogatások tartoznak. Másodsorban ehhez kapcsolódnak az egészségbiztosításról szóló törvényben meghatározott biztosítási elvű ellátások, mint a terhességi-gyermekágyi segély és a gyermekgondozási díj. Harmadikként ezeken kívül több jogszabály alapján is járhat többnyire segély jellegű támogatás, mint pl. a rendszeres gyermekvédelmi támogatás, a gyermekvédelmi törvény alapján. A negyedik fontos támogatási forma az adóteher enyhítésén keresztül valósul meg: ez a gyermekek után járó adókedvezmény. A családtámogatási rendszer mindegyik területének valamennyi ellátása kimondottan pénzbeli – kivéve az ingyenes étkeztetés vagy tankönyv biztosítását –, és meghatározott idő vagy feltétel bekövetkezéséig rendszeresen jár, kivéve az anyasági támogatást, amely csak egyszeri alkalommal fizethető.

Családtámogatási ellátások

A kifejezetten a családok támogatására szolgáló ellátásokat 1998-ban szabályozták újra és foglalták össze egy új törvényben. Mivel a 90-es évek folyamán zajló kutatások (pl. Ferge Zsuzsa és az ELTE Szociálpolitikai Tanszéke, Szalai Júlia és a MTA Szociológiai Intézete, Tóth István György és a TÁRKI munkái) folyamatosan és egybehangozóan jelezték a gyermekszegénység növekedését, a gyermekes családok hátrányosabb

helyzetét a rendszerváltás óta, a jogalkotás célja nem is lehetett más, mint hogy – elismervén a gyermekvállalással járó többletterheket – növelje a gyermekes családok társadalmi esélyegyenlőségét, javítsa a gyermekvállalás feltételeit, próbálva ezáltal népesedéspolitikai célkitűzéseket is megvalósítani. A törvény ezt azon elvből kiindulva teszi, amely kimondja, hogy a család a társadalom alapvető egysége, és az állam egyik legfontosabb feladata a család sokoldalú segítése, a családi élet biztonságának és a gyermekvállalás feltételeinek javítása.

A gyermekvállalás és a gyermeknevelés feltételeinek javítását a hatályos törvény az alábbi főbb megoldásokkal kívánja javítani:

- Talán legfontosabb eleme a törvénynek, hogy a családtámogatási törvény alapján járó ellátásokat állampolgári jogon nyújtja, ezek nagysága a jogszabályban meghatározott, nem függ hatósági (önkormányzati) mérlegeléstől és a jogosult jövedelmi helyzetétől; ha a törvényben meghatározott feltételek fennállnak, az előírás szerinti összeget ki kell fizetni.
- A jogosultsághoz a törvény kiterjesztő értelmezéssel közelít:
 - tágan értelmezi a családot, amennyiben az intézményekben élőket is figyelembe veszi, és nemcsak a vérszerinti szülőket tekinti jogosultnak, hanem a gyermeke(ke)t ténylegesen szülőként közös háztartásban nevelő személyeket is;
 - nem igyekszik szűken értelmezni a jogosultság esedékességét, így pl. a gyermek halála esetén a gyermekgondozási támogatásban részesülő személy juttatását a halál napját követő hónap 1. napjától számított 3. hónap múlva kell megszüntetni, és a jogosult halála esetén az esedékes és fel nem vett támogatás azt a személyt illeti meg, aki az elhalálozás után az ellátásra jogosító gyermek neveléséről saját háztartásában gondoskodik;
 - tágan értelmezi a háztartás fogalmát is, amennyiben saját háztartásában nevelt gyermeknek kell tekinteni azt a személyt is, aki csak átmeneti jelleggel tartózkodik a háztartáson kívül kül- és belföldi tanulmányok végzése vagy

gyógykezelés céljából, akit 30 napot meg nem haladóan szociális intézményben helyeztek el, és aki a szülők kérelmére átmeneti gondozásban részesül, vagy szülőjével együtt családok átmeneti otthonában tartózkodik.

Mindenknek nem mond ellen, hogy a törvény kerülni igyekszik a jogcímek és a jogosultak halmozódását, és nem folyósíthatók az ellátások a jogosult három hónapot meghaladó külföldi tartózkodása esetében sem. A gyermekgondozási támogatások viszont nem járnak, ha a jogosult előzetes letartóztatásban van, illetve börtönbüntetését tölti, ez a családok támogatásáról szóló törvény végrehajtási rendelete szerint azonban nem vonatkozik a szülőnek folyósított családi pótlékra.

- A juttatások tekintetében a törvény differenciál a támogatás nagyságával
 - a gyermekek száma szerint, amihez az ikrek figyelembevétele is hozzátartozik,
 - a neveltek állapota tekintetében, amennyiben a tartósan beteg és súlyosan fogyatékos gyermekek, illetve nagykorúak nehezebb helyzetét ellensúlyozni igyekszik,
 - a család teljessége szempontjából, aminek alapján a gyermeke(ke)t egyedül nevelők hátrányosabb körülményeit a jogalkotás korrigálni törekedett.
- Végül adminisztratív egyszerűsítés, hogy a törvény megszünteti a támogatások újraigénylésének rendszerét, így az ellátás az igény benyújtásának időpontjától jár, ha ebben az időpontban a jogosultság feltételei fennállnak, és az ellátások a jogosultság teljes időszaka alatt folyósítandók. Késedelmes benyújtás esetén két hónapra visszamenőleg lehet az ellátás összegét kifizetni, az ellátás iránti igény érvényesítésével kapcsolatos valamennyi eljárás illeték- és költségmentes.

A családok támogatásáról szóló törvény alapján négyféle támogatást igényelhetnek a gyermeket nevelő családok. Ezek közül a családok számára legjelentősebb a családi pótlék, amely a gyermek nevelési és iskoláztatási költségeihez való havi rendszerességű hozzájárulás. A családi pótlék a családok támogatásának régóta ismert intézménye, mely

1990 előtt biztosítási elven, járulékfizetés alapján járt. 1990 és 1996 áprilisa között alanyi jogon, ettől fogva – az ún. Bokros csomag stabilizációs intézkedéseinek hatására – rászorultsági elven, csak meghatározott jövedelemszint alattiak igényelheték, majd a családtámogatási törvény 1999-es hatálybalépésével ismét állampolgári jogon folyósították. Az 1999-es újraszabályozás a családi pótlék intézményét nevelési ellátások néven kettéválasztotta a családi pótlékre és az iskoláztatási támogatásra. A családi pótlék a gyermek tankötelezettségének megkezdéséig illetve meg a jogosultat, onnantól – a tankötelezettség igazolása mellett – az ellátást iskoláztatáshoz kötötték (a tartósan beteg és súlyosan fogyatékos gyermeket nevelők, valamint a nem családban nevelkedő gyermekek után jogosultak kivételével). Az iskoláztatási támogatás viszont a tankötelezettség után is járt, egészen a középfokú oktatás befejezéséig. Az intézkedés bevallott célja az volt, hogy ösztönözze a szülőket a tankötelezettség teljesítésére és legalább a középfokú oktatás befejezésére. A jelenleg hatályos törvény ezzel szemben a nevelési ellátásokat ebben a formában megszüntette, és visszaállította az egységes családi pótlék intézményét, amely az után a rendszeres jövedelemmel nem rendelkező személy után is jár, aki felsőoktatási intézményben első akkreditált felsőfokú iskolai rendszerű szakképzésben részesül, vagy első egyetemi, főiskolai szintű alapképzésben részt vevő hallgató. A családi pótlék összege 2002. szeptember 1. óta az egygyermekes család esetében 4600 Ft, legmagasabb (12 600 Ft) a tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos személy esetén, míg a leggyakoribb kétgyermekes család esetén gyermekenként 5600 Ft. A juttatás összege három gyermekig emelkedik, ez a három vagy több gyermekes család esetén gyermekenként 7100 Ft-ot jelent. Egyedülálló esetében a gyermekek után folyósított pénzösszegek magasabbak, és a törvény kiterjesztőleg értelmezi az egyedülállóság fogalmát is, melynek értelmében egyedülállónak kell tekinteni többek között azt a szülőt vagy gyámot is, akinek férje, élettársa sorkatonai vagy polgári szolgálatot teljesít, vagy pl. akinek nincs jövedelme, nyugdíjas, vagy szociális, illetve egészségügyi állapotához köthető támogatásokban részesül.

A családtámogatási törvény gyermekgondozási támogatások néven foglalja össze a gyermekgondozási segély (GYES) és a gyermeknevelési támogatás (GYET) néven

szereplő ellátásokat. Konkurálásuk esetén irányadó elv, hogy csak egyik folyósítható és csak az egyik szülőnek, havi összegük azonos az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegével, ennek kétszerese lehet ikergyermek után járó GYES esetén. Mindkettőnél a jogosultság ideje rövidebb, mint a családi pótlék esetében, folyósításuk ideje alatt a jogosult szülő keresőtevékenysége a törvény szerint korlátozódik. A GYES alapesetben a gyermek 3. életévének a betöltéséig jár, ez azonban ikergyermek esetében a tankötelessé válás évének végéig, tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek esetében annak 10. életévének eléréséig juttatható. Méltányossági jogkörben eljárva az illetékes miniszter is megállapíthatja, illetőleg meghosszabbíthatja, különösen a család megélhetésének, illetve a gyermek betegségének vagy súlyos fogyatékoságának esetében; ez utóbbi esetben a gyermek 14. évének betöltéséig folyósítható.

A GYET bevezetésére 1993-ban került sor, eredetileg feltétele volt a korábbi munkaviszony, és meghatározott jövedelem felett nem járt. A hatályos törvény szerint annak a szülőnek, nevelőszülőnek, gyámnak fizethető, aki saját háztartásában három vagy több kiskorút nevel, és a támogatás a legfiatalabb gyermek 3. életévének betöltésétől 8. évének eléréséig jár.

Míg az eddig ismertetett családi pótlék, GYES, GYET a meghatározott időpont eléréséig, illetve feltétel bekövetkezéséig rendszeresen fizetendő támogatások, addig a családtámogatási törvényben megjelenő negyedik ellátási forma, az anyasági támogatás egyszeri juttatás, melyre a szülést követően alapesetben az a nő jogosult, aki terhessége alatt legalább négy alkalommal részt vett a terhesgondozáson. Ha az anyasági támogatásra jogosult nő a támogatás felvételét megelőzően meghal, akkor ezt elsősorban az anyával egy háztartásban élt apának, vagy annak kell kifizetni, aki a gyermek gondozását ellátja. Az anyasági támogatás gyermekenkénti összege jelenleg az öregségi nyugdíj legkisebb összegének 2,25-szörösével azonos, ikergyermek esetében háromszorosával. Az anyasági támogatás nem jár abban az esetben, ha a szülők a gyermek születését megelőzően nyilatkozatban hozzájárultak a gyermek örökbeadásához, vagy gyámhatósági határozat alapján a megszületett gyermek

gyermekvédelmi gondoskodásba kerül, és a nyilatkozatot nem vonják vissza, illetve a határozatot nem hatálytalanítják.

1. tábla

Családtámogatásokra fordított kiadások

Év	Családi pótlék	Gyermekgondozási segély (GYES)	Gyermeknevelési támogatás (GYET)	Anyasági támogatás
	millió Ft			

1990	64 281	3 754	-	726
1995	100 188	11 264	5 362,4	2 030
2001	133 980	39 109	10 999,2	2 524

2. tábla

Főbb családtámogatásokat igénybe vevők száma

Év	Családi pótlékot igénybe vevő		Gyermekgondozási segélyt (GYES-t)	Gyermeknevelési támogatást (GYET-et)
	családok	gyermek	igénybe vevők	
	havi átlagos száma (ezer fő)			

1990	1 514,1	2 498,3	94,7	-
1995	1 429,5	2 354,0	117,9	57,8
2001	1 295,8	2 115,4	182,8	51,3

A statisztikai adatokból az állapítható meg, hogy 1990-hez képest legjobban a GYES-re fordított kiadások nőttek, több mint tízszeresére, és egyedül ezt a támogatási formát igénybe vevők száma nőtt, majdnem kétszeresére a rendszerváltás óta.

Biztosítási alapon járó ellátások

A biztosítási elv alapján járó ellátások közé a hatályos törvény szerint a terhességi gyermekágyi segély és a gyermekgondozási díj (GYED) tartoznak. A kötelező egészségbiztosításról szóló törvény az 1998-as hatálybalépésekor csak a terhességi-gyermekágyi segélyt ismerte, a gyermekgondozási díj átmenetinek bizonyult megszüntetése következtében csak 2000. január 1-jétől volt újra folyósítható.

A biztosítási elvből következően ezek az ellátások csak a biztosítottak számára járnak, ami a következőket jelenti:

- az ellátás annak jár, aki a jogosultság bekövetkezésekor két éven belül legalább 180 napon át biztosított volt,
- a juttatott összeg megállapításánál jövedelemként azt az összeget kell figyelembe venni, amely után a biztosított egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett volt.

Az ellátások folyósítása olyan megoldást követ, mint a gyermekgondozási támogatások esetében, amelyet az egy jogosult, egy jogcím elvének nevezhetnénk. Ennek értelmében több jogosultság vagy több jogosult esetén csak egy jogcímen és csak egy személynek járhat az ellátás, azaz aki ugyanazon biztosítási jogviszony alapján egyidejűleg terhességi-gyermekágyi segélyre, gyermekgondozási díjra, avagy gyermekgondozási segélyre, illetve gyermeknevelési támogatásra is jogosult, választása szerint csak az egyik ellátást veheti igénybe. Emellett a közös háztartásban élő gyermek után egyidejűleg csak az egyik szülő lehet jogosult terhességi-gyermekágyi segélyre, illetőleg gyermekgondozási díjra.

A terhességi-gyermekágyi segély és a GYED lényegében egy táppénzszerű ellátás, előbbi a szülési szabadság időtartamára és a biztosítási feltételek megléte esetén annak a nőnek is jár, aki a csecsemőt örökbefogadási szándékkal nevelésbe vette. A gyermekgondozási díj a terhességi-gyermekágyi segély lejártát követően folyósítható a

gyermek 2. életévének betöltéséig. Mindkettő összegének megállapításánál a napi átlagkereset 70 %-a irányadó, és egyik sem jár abban az esetben, ha a jogosult teljes keresetét megkapja, vagy bármilyen jogviszonyban díjazás ellenében munkát végez, kivéve a szerzői jogi védelem alatt álló alkotásért járó pénzbeli ellenszolgáltatást. Mindkét ellátás összege maximált, egyik sem lépheti túl a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszeresét (GYED esetében 2003-tól a költségvetési törvény határozza meg a pontos összeget).

3. tábla

Terhességi-gyermekágyi segély és GYED

Év	Terhességi-gyermekágyi segély	Gyermekgondozási díj (GYED)
----	-------------------------------	-----------------------------

Kiadások, millió Ft-ban

1990	4 062	9 669
1995	8 904	20 384
2001	12 420	29 646

igénybe vevők havi átlagos száma

1990	47 062	154 977
1995	37 591	128 540
2001	23 839	62 904

A 3. tábla adatai alapján megállapítható, hogy 1990 óta a biztosítási alapon járó családtámogatásokra fordított kiadások szinte egyenletesen nőttek, míg az igénybevevők száma csökkent. A terhességi-gyermekágyi segély és a GYED kiadásai 1990-hez képest háromszorosára növekedtek, míg az igénybevevők havi átlagos száma előbbinél felére, utóbbinál majdnem 60 %-kal csökkent.

A családok támogatásának egyéb formái

Az állampolgári jogon járó és a biztosítási elven kívüli családtámogatásokhoz részben a gyermekvédelmi törvényben szabályozott segélyezési formák tartoznak (rendszeres és rendkívüli gyermekvédelmi támogatás), részben a gyermekek után járó adókedvezmény. Ez utóbbi az adórendszerben 2000-ben jelent meg újra, és volumenét tekintve a második legfontosabb családtámogatási eszköz a családi pótlék után.

Nagyné Erdély Ildikó

**A gyermekotthoni gyámok családgondozással kapcsolatos
tevékenységének tapasztalatai**

A családgondozás jelentősége

A gyermekvédelem hosszú átalakulása során a családgondozás egyre fontosabb szerepet kapott. A hatósági gyermekvédelem helyett előtérbe kerülő szélesebb értelemben vett gyermekvédelem a szociális ellátások, juttatások, intézkedések mellett kulcsfontosságúvá teszi a családcentrikus gondolkodásmód kialakítását.

A gyermek családból való kiemelése csak végső megoldásként lehetséges, a legfőbb cél éppen a gyermek családban történő nevelkedését segítve hozzájárulni a gyermek családból történő kiemelésének megelőzéséhez.

Ha ez elkerülhetetlen, ismét fokozott jelentőséget kap a családgondozás, a családba való visszahelyezés érdekében.

A Gyermekvédelmi törvény új feladatokat ír elő, és ehhez megköveteli a szemléletmód megváltozását is.

A gyermekvédelmi ellátórendszer működése és működtetése megszorítja a szervezetekre és a szakemberekre háruló feladatokat, mivel a gyermekek érdekében fokozottan együtt kell működniük. De fontos az együttműködés a családdal is, segítve azoknak a körülményeknek a megteremtését, amik lehetővé teszik a gyermek hazakerülését.

Az alapkérdés adott:

Hogyan lehet pótolni a rászoruló, védtelen, kiszolgáltatott gyermek számára a családi életközösséget, enyhíteni a szociális és életvezetési nehézségeket, segíteni a családjába történő visszailleszkedést?

A családjából kiemelt gyermek érdekében a pedagógiai beavatkozásokon túl a

- pszichológiai
- szociális
- jogi beavatkozások rendszerét kell érvényesíteni.

Pszichológiai tanulmányok és saját tapasztalatunk is igazolja, hogy ha a családi kapcsolatok drasztikusan megszakadnak, a gyermek fizikai, értelmi, érzelmi fejlődése károsodik.

A gyermekotthonokat járva tapasztaljuk, hogy a családjukból kiemelt gyerekek számára többnyire rendkívül fontosak a családi, szülői kapcsolatok. A gyerekek kötődni akarnak, szeretetet keresnek, ragaszkodnak, legyen szülőjük akár elhanyagoló, deviáns. Tudni akarnak családjukról, rokonaikról, még elutasítás esetén is újra és újra megkísérlik a kapcsolatfelvételt.

A gyerek akkor is szereti szülőjét, ha az rosszul bánt vele, mentséget keres számára, ha elhagyta, ha nem látogatja. Sokszor nem is érti, mi történik vele, miért nem maradhat otthon, megszokott környezetében.

Rendkívül fontos tehát a gyerek pszichés megtámogatása, az események megmagyarázása, a bizonytalanság eloszlatása, a várható eredmények felvázolása.

További lényeges teendő a szociális helyzet feltárása, a lehetséges családtámogató rendszerek számbavétele.

A gyermek sorsának rendezéséhez elengedhetetlen jogi helyzetének tisztázása. Családjából kiemelve átmeneti vagy tartós neveltként kerül gondozásba, esetleg örökbefogadhatóvá nyilvánítható.

A gyermek sorsa ezeknek a tényezőknek az alapján tervezhető.

A Gyermekvédelmi törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányával és A Gyermek jogairól szóló 1989. évi New York-i Egyezményvel összhangban, teljes jogi és szakmai szabályozással meghatározza a gyermekvédelmi ellátórendszer összes elemét és a megvalósítás kereteit.

A családban való felnevelkedéshez, illetve az ezt helyettesítő védelemhez fűződő jog megjelenése a jogforrásokban – új fogalmi és szemléleti alapokra építve – a gyermekvédelem minden elemére kiható változásokat indított el.

Tetten érhető-e, s ha igen, milyen mértékben, a szemléletbeli változás a gyermekotthonokban? A megváltozott feladatok megjelentek-e, s elindították-e a kívánt átalakulásokat?

Érvényesülnek-e a gyermeki jogok, elősegíti-e a gyám a gyermek kapcsolattartását a családjába való visszakerülése érdekében, partnerként kezeli-e a gyermeket és a szülőt?

A továbbiakban ezekre a kérdésekre keressük a választ.

A gyámok feladatai

A gyermekotthoni gyámok családgondozással kapcsolatos tevékenysége híven tükrözi a gyám szemléletét, felfogását.

A gyámi feladatok a következők:

- otthon nyújtó ellátás biztosítása;
- egyéni elhelyezési terv készítése;
- egyéni gondozási-nevelési terv készítésében való közreműködés;
- kapcsolattartás a gyermekjóléti szolgálat esetgazdájával;
- kapcsolattartás a szülőkkel, ennek kulturált, zavartalan körülmények között való biztosítása;
- a gyámhivatali határozatban szereplő szabályozás betartása;
- tájékoztatási kötelezettség.

Az otthon nyújtó ellátás keretében biztosítani kell a gyermek számára a családi környezetébe történő visszahelyezést előkészítő, családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást.

A szakemberek együttműködésének elsődleges színtere az Elhelyezési tanácskozás. E fórum hivatott a problémákról közösen gondolkodni, a család bevonásának kereteit meghatározni. A gyermek pszichés, szociális és jogi helyzetének feltárásával, tudatos tervezéssel feladata elkészíteni az egyéni elhelyezési tervet, kijelölni a gondozási helyet és kidolgozni a hazagondozási stratégiát.

A gyakorlatban a szülő és a gyermek nincsenek mindig jelen, vagy ha igen, érdekeiket ritkán tudják érvényesíteni. Többnyire a gyám sincs jelen, helyettesével, családgondozójával képviselteti magát. A gyermek és családjának előtörténetére vonatkozó információk általában hiányosak, felületesek.

Mindezek következtében a tudatos tervezés ritkán valósul meg.

Az elhelyezés a gyermek számára többnyire teljes környezetváltást jelent, az addig meglévő szülői, rokoni, társas kapcsolatai ritkán vehetők figyelembe. Általában messze kerül otthonától, oda, ahová életkora, egészségi, pszichikai állapota szerinti érdeke megkívánja. Elhelyezését a gyermekotthon profilja, nevelési koncepciója és a szabad férőhely határozza meg.

A távolság, esetleges rossz megközelíthetőség, vidéki elhelyezés miatt a gondozási hely kijelölése és a kapcsolattartás szabályozása ritkán tükrözi a gyermek és szülője érdekét.

A fent említett tényezők következtében gyakran okoz nehézséget a testvérek együttes elhelyezése és kapcsolattartása is, különösen, ha nem egyidőben kerülnek a rendszerbe.

Az egyéni gondozási-nevelési terv elkészítésében a törvény alapján részt kell vennie a gyermeknek, a szülőnek, a gyámnak. A gyakorlatban ez ritkán valósul meg. Sajnos ezek a tervek, ha egyáltalán elkészülnek, többnyire formálisak, tartalom nélküliek, nem tükrözik a gyermek aktuális helyzetét és reális jövőképét.

A gyámok ahelyett, hogy e terv elkészítésében újabb lehetőséget látnának a gyerek helyzetének feltárására, és ebből kiindulva az intenzív családgondozás megkezdésére a gyermek hazagondozásának érdekében, fölösleges adminisztrációnak tartják elkészítését.

Az együttműködésre utalva ki kell emelni a gyermekjóléti szolgálat szerepét és fontosságát.

A gyermek jövője szempontjából meghatározó lehet, hogy a gyermekjóléti szolgálat családgondozója milyen szinten képviseli a gyermeket. Amennyiben minden lényeges információnak birtokában van, mely a gyermek és családja előtörténetére vonatkozik, nagyban hozzájárulhat az egyéni elhelyezési terv és az egyéni gondozási-nevelési terv tartalmas elkészítéséhez.

A gyermekotthonba kerülő gyermek, aki sok szempontból sérült, az új környezetben idegenül mozog, gyakran bizalmatlan, nehéz megközelíteni. A gyermek beilleszkedésének megkönnyítése érdekében is fontos, hogy az előéletére vonatkozó információk eljuttatnak-e a gondozóhoz, mert a gyermek bekerülését megelőző események, körülmények ismeretében a gyermek gyámja, gondozói másként bírálják el egy-egy gyermeki megnyilvánulást, viselkedésformát.

Különösen fontos a kooperáció azokban az esetekben, amikor a gyermek gondozási helye távol esik a szülő lakó- vagy tartózkodási helyétől.

Gyakran az együttműködés elmarad, vagy teljesen felszínes, és ez a tény megnehezíti a gyámok családgondozói tevékenységét.

A gyámok és a gyermekjóléti szolgálatok együttműködését több tényező nehezíti.

- Az információhiány: a gyerek kihelyezésekor nem jut a gyám elegendő információhoz, a későbbiekben kért tájékoztatás nem érkezik meg, vagy felületes, tartalom nélküli.
- Az esetgazdaság fogalmának zavara: lakóhely-tartózkodási hely kérdésében sokszor nem tisztázott az esetgazdaság fogalma.
- Az alapellátás-szakellátás vita, mely még mindig feléled, amikor a szakemberek igyekeznek egymásra hárítani a feladatot.

Gyakori az is, hogy a gyermekjóléti szolgálat és a gyermekotthon családgondozója párhuzamosan látogatja a családot. Sajnos ezekben az esetekben ritkán tapasztalható együttműködés, a két intézmény egymástól függetlenül dolgozik a maga területén. Munkájukat nem hangolják össze, nem építenek egymás eredményeire, nem tájékoztatják egymást a változásokról. A családgondozás ebben a formában nem lehet hatékony.

Így fordulhat elő, hogy az otthoni viszonyok felderítetlensége miatt nem megfelelő körülmények közé megy haza a gyermek, esetleg nem is oda megy, ahová a gyámi engedély alapján mehetne, netán a gyám akkor is erőlteti a gyermek otthoni tartózkodását, ha ennek még nem érték meg a feltételei.

A gyermekotthoni gyámok családgondozói tevékenységének kiemelten fontos területe a szülőkkel való személyes kapcsolattartás, valamint a gyermek és szülője közötti kapcsolattartás elősegítése és kulturált lebonyolításának biztosítása.

A gyakorlatban tapasztaljuk, hogy a gyám gyakran a gyermek rosszul felfogott érdekére hivatkozva elutasító magatartást tanúsít a szülőkkel szemben.

Ez esetben a gyám attól tart, hogy a gyermek beilleszkedését, „nyugalmát”, kialakuló életritmusát megzavarja a kapcsolattartás.

Egyes szülőkkel kapcsolatban szerzett rossz tapasztalataik alapján a gyámok nem bíznak a vérszerinti szülőkben, nem hisznek a kapcsolattartási szándék önzetlenségében. A család normái, szokásai, életvitele, a szülő külső megjelenése és viselkedése gyakran ellenkezik a gyermekotthon norma- és követelményrendszerével, s ezt a gyermekotthoni gyámok néha nehezen tolerálják.

Ilyenkor a gyám önvédelemből vagy a gyerek vélt biztonsága érdekében, esetleg felületes tapasztalat alapján korlátozza a gyerek vérszerinti kapcsolattartását, vagy egyszerűen nem tesz semmit a kapcsolattartás érdekében. Így szándékosan vagy akaratán kívül lazítja a szálakat a gyermek és otthona, családja között.

Valódi probléma, hogy a szülők sok esetben ténylegesen képtelenek a gyermekotthoni gyámokkal való együttműködésre.

A szülő gyakorta fél a gyermekét nevelő intézménytől, annak légkörétől, ha az számára nem elég nyitott és elfogadó. Tart attól, hogy nem tud megfelelni az elvárásoknak, szégyelli kopott külsejét, megjelenését, és ezt a félelem- és szégyenérzetet minden esetben le kell győznie, ha gyermekével találkozni akar. Frustráltsága csak fokozódik, ha alkalmas helyiség híján a folyosószegetben elhelyezett székeken, kíváncsi tekintetek előtt, jövés-menés közepette zajlik a látogatás.

Sajnos tény, hogy azok a szülők, akiknek nincs pénzük, nincs egzisztenciális biztonságuk, elesettek, betegek, külső segítség nélkül nem tudnak megbirkózni ezekkel a problémákkal.

Még nehezebb helyzetben vannak a hajléktalan szülők, akiknek hajléktalansága kizárja a gyermekotthon falain kívüli kapcsolattartást. Ilyen esetben különösen fontos egyrészt az elfogadás és nyitottság, másrészt az az egyébként is jogos elvárás, hogy a gyermekotthon rendelkezzen a látogatók fogadásához megfelelő helyiséggel.

Ha a gyermekotthoni gyám felismeri – és erre is sok jó példát látunk –, hogy a szülők, „alkalmatlanságuk” mellett, valóban kötődnek gyermekeikhez, s ez a kötődés a gyermekek részéről is fennáll, elfogadó magatartásával megakadályozhatja azt a sok esetben megfigyelhető folyamatot, melynek során szemtanúi vagyunk a gyermek és szülője eltávolodásának. Pozitív hozzáállásával meggátolhatja, hogy az esetleg nem kifogástalanul, de mégis működő vérszerinti kapcsolat elsorvadjon, és a gyermek az idő múlásával elutasítóvá váljon a ritkán látott, esetleg riasztó külsejű szülőjével szemben.

A gyámok többsége felismeri, ha a látszólagos érdektelenség mögött esetleg sértettség, megbélyegzettség érzése húzódik meg. Ez esetben intézményében hatékony családgondozást működtetve erősíti a szülők pozitív tulajdonságait, és segíti őket a gyermekükkel való kapcsolat fenntartásában, sőt javításában.

Még mindig előfordul, hogy egyes gyámok ahelyett, hogy a vérszerinti kapcsolatot erősítenék, a gyermek számára lényegében idegen személyekkel való kapcsolattartást engedélyeznek. Ilyenkor a vérszerinti kapcsolat fokozatosan elsorvad, mert a szülő látogatásakor a gyermek gyakran nincs az

otthonban, hiszen a patronáló, úgymond, megelőzte őt. Nem szorul további bizonyításra, hogy ez milyen helytelen gyakorlat, és az érintett gyermek milyen könnyen gyökértelenné válik.

A gyámok családgondozói tevékenységüket többnyire a gyermekotthoni családgondozókon keresztül gyakorolják. Legtöbbjük saját családgondozóval rendelkezik, gyakori azonban az is, hogy a családgondozó csak félállású, vagy a családgondozás mellett egyéb feladatot is ellát, esetleg több intézményben is dolgozik.

A gyermekotthoni családgondozók elsősorban a gyermekek érdekében lépnek fel, a szülő-gyerek viszony rendezésére fordítva a figyelmet.

Ez a tevékenység komplex szakértelmet igényel. Magában foglalja a gyám segítő jóváhagyásával és közreműködésével biztosítani a kapcsolatfelvétel biztonságát, az ismétlődő kapcsolat fenntartását, ezáltal pozitív pedagógiai, pszichikai hatás érvényesítését.

Hogy egy-egy intézményben a gyám családgondozói tevékenysége a segítő jóváhagyásban merül-e ki, vagy több fokozaton át eljut az aktív közreműködésig, az teljes mértékben változó, és nagymértékben személyfüggő.

A családgondozók többsége hivatástudattal, lelkiismeretesen dolgozik. A gyermek érdekeit képviseli, igyekszik felderíteni családi körülményeit, kapcsolatait, rendszeressé tenni hazamenetelét, a szülőket gyakori kapcsolattartásra ösztönözni.

Ha a már említett problémák (távolság, pénzhiány, információhiány) gátló tényezőként jelentkeznek, ez a tevékenység már nem lehet hatékony, a családgondozás kimerül egy-két felületes környezettanulmány elkészítésében.

Csak néhány gondozóhely tudja megtenni, de szerencsére egyre több helyen tapasztaljuk, hogy a gyám családgondozói segítséggel biztosítja a gyermek utaztatását, hogy a hazagondozás reményében rendszeresen kapcsolatot tarthasson a családdal.

Sajnos kevés gyermekotthon rendelkezik megfelelő anyagi kerettel, szakembergárdával ahhoz, hogy a más helyen élő vérszerinti családot rendszeresen felkeresse és ilyen módon intenzív családgondozást végezzen.

Amennyiben a gyám nem tud azonosulni a kapcsolattartás és családgondozás fontosságával, nincsenek meg a családgondozáshoz szükséges anyagi és egyéb feltételek, a családgondozó minden igyekezete ellenére sem tud hatékony lenni, sőt tevékenysége során könnyen kerülhet konfliktusba munkaadójával.

A gyámhivatal az átmeneti nevelést elrendelő határozatában rögzíti a kapcsolattartás szabályait. Meghatározza a kapcsolattartás gyakoriságát, helyét, a kapcsolattartásra jogosult személyeket, elvileg a szülő és a gyermek igényeit figyelembe véve. A kapcsolattartás szabályozásában döntően a gyermekotthon érdekei, szempontjai érvényesülnek, és ritkán veszik figyelembe a szülő lehetőségeit.

A kapcsolattartásra vonatkozó szabályozás betartása vagy figyelmen kívül hagyása a továbbiakban a gyám felelőssége. A gyámhivataloknak gyakorlatilag nincs, vagy csak elvétve van lehetőségük a kapcsolattartás megvalósulásának

ellenőrzésére. Így fordulhat elő, hogy a gyerekekkel beszélgetve azt tapasztaljuk, hogy egyes gyámok a büntetés egy lehetséges eszközének tartják a kapcsolattartás megvonását.

Sajnos a gyakorlatban a kapcsolattartásra vonatkozóan még mindig találkozunk „az intézet rendje szerinti” megfogalmazással, ami minden konkrétumot nélkülözve a vérszerinti kapcsolattartás módjának, gyakorlatának kivitelezését a gyermekotthonra, illetve a gyámra hárítja.

Ha a gyámhivatal nem szabályozza konkrétan a vérszerinti kapcsolattartást, ezzel különösen megnöveli a gyám felelősségét.

Egyrészt ebben az esetben a legkevésbé számonkérhető a kapcsolattartás gyakorlata, másrészt valóban nehéz a gyermek hazaengedéséről lelkiismeretesen és jól dönteni, ha a család valódi helyzete rejtve marad. Ezen a ponton megint visszautalnék a gyermekjóléti szolgálattal való együttműködés fontosságára.

A kapcsolattartás gyakorlatát figyelemmel kísérve a gyámi tanácsadók sok esetben javasolnak változtatást a gyermek érdekében, gyakran a gyerekek kifejezett kérésére.

Hasonlóan gyakori, hogy a gyámi tanácsadók a kapcsolattartás módosítására vonatkozóan javaslattétellel élnek a gyámhivatalok felé, és sokszor sikerül is a gyermek érdekét szolgáló pozitív változást elérniük.

A gyám tájékoztatási kötelezettsége többirányú:

- a szülő és a gyermek tájékoztatása;

- félévenkénti kötelező helyzetértékelés elkészítése a gyámhivatal felé;
- a gyermekjóléti szolgálatok tájékoztatása;
- a szakszolgálat tájékoztatása.

Elsődleges lenne, mégis többnyire elmarad a szülő és a gyermek tájékoztatása, bevonása további sorsuk rendezésébe. A gyermekotthonban nevelkedő gyermek általában nem tudja, hogy vér szerinti családjában milyen jellegű családgondozás folyik, a családgondozó mikor jár ott, mit tapasztal, miben próbál segíteni.

A gyámhivatal és a szakszolgálat tájékoztatása többnyire megtörténik, bár gyakran formálisan, valódi információkat és eredményeket nélkülözve, a változtatás szándéka nélkül.

A gyermekjóléti szolgálatok tájékoztatása a gyermekotthonok részéről is csak ritkán valósul meg, a fent vázolt együttműködés hiánya miatt.

A gyámok családgondozói tevékenysége

Az eddigiekben igyekeztem rávilágítani arra, hogy a gyermekotthoni gyámok családgondozói tevékenységét a gyámi feladatok rendszerében döntően meghatározza személyes hozzáállása, elkötelezettsége, meggyőződése, szemlélete, másrészt befolyásolja számtalan egyéb, külső tényező.

Mindezek alapján a gyámok családgondozói tevékenységét tekintve a gyermekotthoni gyámok három típusát különböztethetjük meg.

Az első típus a családgondozás tekintetében passzív gyám, aki gyermek és családja kapcsolattartását nem szorgalmazza, és nem támogatja a gyermek családi környezetbe való visszatérését.

Ő az a gyám, aki megállapítja, hogy a rehabilitációs kezelésen lévő anya nem tud látogatni, és az ebben az esetben kézenfekvő és kizárólagos kapcsolattartási lehetőséget, a levelezést és telefonálást is a gyámi tanácsadónak kell javasolnia.

Egy további példa: az egyik vidéki gyermekotthonban nevelkedő enyhén fogyatékos gyermek a gyámi tanácsadónak elmesélte, hogy úgy tudja, van egy testvére egy távoli városban, és szeretne vele találkozni. Miután a gyám nem tudott további információkkal szolgálni, és nem mutatott hajlandóságot további intézkedésre, a gyámi tanácsadó kutatta fel a gyermekjóléti szolgálaton keresztül a nevelőszülőnél nevelkedő testvért, és még további testvéreket is. A találkozók ezek után létrejött, és azóta, immár a gyám jóváhagyásával, rendszeressé vált.

A második típusba tartozó gyám a családgondozást látszólag, közvetve végzi, a tevékenységet szinte kizárólag a családgondozóra hárítva.

Ő gyakorlatilag aláír, pl. azt a családgondozónak az anyához írt levelét, melyben felszólítják őt a törvényben előírt kapcsolattartási kötelezettségének betartására.

A harmadik típus a jó gyám, aki tisztában van a családgondozás jelentőségével és fontosságával, és személyesen közreműködik annak gyakorlatában.

Ismérvei:

- legalább egy, de inkább több családgondozója van,
- a családgondozók szakmai önállóságuk mellett módszertani segítséget és támogatást kapnak munkájukhoz,
- a családgondozók és a gyám között folyamatos a konzultáció,

- figyelemmel kíséri gyámoltja sorsát,
- szoros, személyes, napi kapcsolatban van a gyermekkel,
- a gyermeket tájékoztatja, bevonja, partnernek tekinti,
- személyes kapcsolatot létesít a szülővel és emberileg, szakmailag, anyagilag segíti.

Az ilyen gyám személyes jó viszonyt és aktív kapcsolatot épít ki a deviáns vagy enyhén fogyatékos szülővel, személyesen győződik meg aktuális állapotáról, és ennek függvényében engedélyezi az esedékes kapcsolattartást.

A gyám személyes közreműködését példázza annak a vidéki gyermekotthonban nevelkedő gyereknek a története, aki az édesanya alkalmatlansága miatt került átmeneti nevelésbe. A pszichiátriai gondozás alatt álló anya a gyerek bekerülése után határozott ragaszkodást mutatott, és ez a gyermek részéről is megnyilvánult. Az otthoni körülmények miatt a gyermekotthonban kaptak lehetőséget a kapcsolattartásra. A gyám segítséget nyújtott az anya utazásához és ellátásához.

A továbbiakban szerencsés külső körülményként az anya új lakáshoz jutott. A gyám munkatársaival személyesen közreműködött a költözködésben és berendezkedésben.

A körülmények rendeződése után, szoros kontrollal, segítségnyújtással (pl.: élelmiszercsomag formájában), telefonos kapcsolattartással, az anya képessé vált a gyermek otthoni fogadására. A gyermek családgondozói kísérettel történő utaztatásával azóta a kapcsolattartás az anya lakásán történik.

Végezetül egy abszolút pozitív példa egy szintén vidéki gyermekotthonban lévő testvérpárról. A szülők mindketten büntetés-végrehajtó intézetben vannak. A

gyámi tanácsadónak a gyerekek lelkenedezve mutatják az anya legújabb levelét, a gyám pedig beszámol arról, hogy gondos előkészítés után a gyerekek meglátogatták a szülőket a börtönben.

Ezek a gyerekek a tanév végeztével hazakerülhetnek, mert az apa szabadult, és azonnal jelezte a gyermekekkel kapcsolatos szándékát a gyámhivatalnál.

Összegzés

Munkánk során látnunk kell, hogy az átmeneti nevelésbe vett gyerekek hazakerülése a családgondozás eszközével, a családba történő visszahelyezéssel ritkán valósul meg, és gyakran tapasztaljuk, hogy a gyermek és családja inkább távolodik egymástól, ahelyett, hogy közeledne.

A családgondozás, ha mégoly hatékony is, önmagában nem oldhatja meg a problémákat. Az életvezetési, mentális, anyagi és egyéb szociális problémák rendezése olyan összetett feladat, melynek a családi együttműködésen túl számos feltétele és eleme van.

Látjuk a gyámok munkáját hátráltató számos külső, objektív tényezőt, tapasztaljuk, hogy a gyámok egyéb, sokirányú elfoglaltsága, tevékenysége milyen mértékben vonja el idejüket, köti le energiájukat.

Meggyőződésünk, hogy a családgondozói tevékenységben esetlegesen fellelhető hiányosságok oka döntően nem a gyámok szándékos hanyagsága vagy szakmai

felkészületlensége, sokkal inkább a vázolt nehezítő körülmények és hatások következménye.

Számos pozitív példát látunk arra a szemléletbeli változásra, melynek következtében a hatékony családgondozás eszközével sikerül ébren tartani, feléleszteni a szülők felelősségtudatát, megvalósítani a szakemberek együttműködését, és ezáltal biztosítani a gyermek számára annyira fontos kapcsolattartást.

Sok esetben tapasztaljuk, hogy a szülők alárendeltségi viszonyát partneri viszonyra lehet alakítani, és a gyámok egy részének sikerül elérnie, hogy a szülők erőfeszítéseket tegyenek a kívánt cél érdekében.

A gyámi tanácsadók a saját védelmére képtelen gyermek érdekében, jogainak védelmében lépnek fel, javaslataikkal segítve a gyámok munkáját és az annak részét képező családgondozói tevékenységet.

Kulcsár Mariann

A különböző gondozási helyen nevelkedő testvérek kapcsolattartásának tendenciái a szakellátásban

Bevezetés

A testvérkapcsolatok alakulása nagyon fontos részét képezi az ember pszichoszociális fejlődésének. A gyermekek különbözőképpen illeszkednek a család szerkezetébe, a szülők nagy része eltérő módon bánik a gyermekeivel. Ennek számos oka lehet. Ugyanakkor az együtt nevelkedő gyermekek a mindennapi együttlét során hatnak egymásra, gyűlölik és szeretik egymást, véd- és dacsövetséget kötnek, kapcsolatuk egyszerre szoros és bonyolult.

A szülők génjei pontosan felerészt azonosak gyermekeikkel: mind a 23 kromoszómapárból egyik vagy másik kromoszómát adják át utódaiknak. A testvérek azonban átlagosan 50 százalékban hasonlítanak egymásra: a genetikai hasonlóság normális tartománya csak 40 és 60 százalék között mozog. Talán ez is egyik oka annak, hogy egyes testvérek kapcsolata szorosabb, mint másoké. Ugyanakkor legalább annyira fontos az együttlét, a családi miliő, ahol nevelkednek.

Gyermekvédelmi gondoskodásba került gyermekek esetén – aki a testvérkapcsolat kialakulásának közegét egyik pillanatról a másikra elvesztik – a genetikánál is fontosabb tényező az az időmennyiség, amit otthon együttesen eltöltöttek.

A gyermekvédelmi szakembereknek minden esetben tisztában kell lenniük azzal, hogy beszélhetünk-e ténylegesen kialakult testvérkapcsolatokról (töltöttek-e valamennyi időt a gyermekek, kialakult-e a „testvér” fogalma, avagy nem, esetleg mit ért ezen a meghatározáson a gyermek) – hiszen ennek hiányában a gondozó helyekre, a szakemberekre vár a testvérkapcsolatok felépítésének, ápolásának a feladata. S ezen a területen – a jelek szerint – bőven akad tennivaló...

Külön kérdéskörbe tartozik az együtt nevelkedett féltestvér, ill. a különböző helyről és különböző időben szakellátásba került féltestvér fogalma, illetőleg az eltérő gondozást igénylő testvérek problematikája.

A paletta tehát igen színes: a megfelelő gondozási hely kiválasztásakor mindig érdemes szem előtt tartani: a gyermekek mindenek feletti érdeke milyen szakmai lépéseket kíván meg, s vajon birtokában vagyunk-e mindazon információknak, melyek a jó döntést alapozzák meg.

A kérdés igen komoly, hiszen becsült adatok alapján valószínűsíthetően a szakellátásba kerülő gyermekek több mint felének van testvérkapcsolata. A szakembereknek komoly dilemmát okoz, hogy az ellátórendszer sokszor nem eléggé felkészült különböző korú, esetleg egymástól nagyban eltérő nevelési, oktatási igényű testvérek fogadására, ezért szakmai és egyéb érvekre hivatkozva megszakítja a köztük lévő kapcsolatot, amit utóbb már jóval nehezebb helyreállítani. Mindez megengedhetetlen, gyermekjogellenes állapot!

Hazánkban az alábbi jogszabályok deklarálják a gyermekek jogát a családjukkal való kapcsolattartásra:

A Magyar Köztársaság Alkotmánya kimondja, hogy „A Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges.” /67. § (1)/

Az 1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről 8. cikke az alábbiakat tartalmazza:

„Az Egyezményben részes államok kötelezik magukat arra, hogy törvénysértő beavatkozás nélkül tiszteletben tartják a gyermeknek saját személyazonossága - ideértve állampolgársága, neve, családi kapcsolatai - megtartásához fűződő, a törvényben elismert jogát.”

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény „Alapvető jogok és köteleességek” c. fejezetében ide vonatkozóan a következők állnak:

7. § (1) A gyermek szüleitől vagy más hozzátartozóitól csak saját érdekében, törvényben meghatározott esetekben és módon választható el (...)

(4) Ha törvény másként nem rendelkezik, a gyermeknek a szülő felügyeleti joga megszűnése esetén is joga van származása, vér szerinti családja megismeréséhez és - a vér szerinti család beleegyezése mellett - a kapcsolattartáshoz.

9. § (1) Az átmeneti vagy tartós nevelésbe vett gyermek joga különösen, hogy életkorához, egészségi állapotához, fejlettségéhez, valamint egyéb szükségleteihez igazodóan (...)

b) gondozási helyének megváltoztatását, gyermekével vagy testvéreivel való együttes elhelyezését kezdeményezze.

A vizsgálatról

A Fővárosi Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat gyámi, gondozói tanácsadói szolgálatának valamennyi munkatársát bevonva az alábbi kérdésekre kerestem – kérdőíves módszerrel – a választ:

1. Mi a számadatokkal alátámasztott valódi helyzet a Fővárosi TEGYESZ-hez tartozó átmeneti és tartós nevelt gyermekek testvérkapcsolatait tekintve?
2. Mi az oka annak, ha a hatályban lévő jogszabályok ellenére is jogsértő állapotot észlelnek a szakellátásban a gyermekek jogaival foglalkozó gyámi, gondozói tanácsadók?
3. Hogyan lehetne elkerülni a jogsértő állapotot?
4. A testvérek együttes elhelyezése, a testvérek kapcsolattartásának minősége a Gyvt. megjelenése óta tendenciáját tekintve hogyan, és milyen téren változott?

2003. augusztus 19-én a Fővárosi TEGYESZ számítógépes nyilvántartásában összesen 2057 átmeneti nevelt, valamint 166 tartós nevelt kiskorút tartottak nyilván, tehát összesen 2223-at. A tartós neveltek az átmeneti nevelt gyermekek 8 százalékát tették ki.

A teljes vizsgálat csak a kiskorú, átmeneti vagy tartós nevelt gyermekekre terjedt ki. Testvérkapcsolatok relációjában azt vizsgáltuk, hogy a kiskorú szakellátottak közül hány olyan gyermek van gyermekotthonban, illetve nevelőszülőnél elhelyezve, akinek kiskorú testvére szintén szakellátott. Ezen belül fontos kérdés volt, hogy egyazon, avagy különböző helyen vannak-e elhelyezve. Ha nem együtt élnek, ennek mi az oka?

Mint említettük, a vizsgálat nem terjedt ki az utógondozott vagy utógondozói ellátott, a szakellátásból már kikerült, illetve a szakellátásba soha be sem került testvérekre, ugyanakkor a kollégák jelzése alapján egyértelmű, hogy számos családban, ahonnan szakellátásba távozó gyermek van, a gyermekek közt igen nagy korkülönbségek lehetnek, ez magyarázza, hogy jó néhány testvér már – vagy még – nem szakellátott. E tárgyban egy adott, 100 feletti gyermeklétszámmal dolgozó tanácsadói területre szűkített ún. reprezentatív mintavétellel jártunk el.

A kérdőívek feldolgozása nyomán született eredmények

A vizsgált időszakban – 2003 augusztusa – a Fővárosi TEGYESZ nyilvántartásában összesen 951 olyan átmeneti vagy tartós nevelt gyermek található, akinek testvére/féltestvére szintén kiskorú, tartós vagy átmeneti nevelt, Fővárosi TEGYESZ-hez tartozó gyermek. Ez a teljes átmeneti- és tartós nevelt összlétszám közelítően 43 százaléka!

(A nyilvántartás mindig az anya személye alapján történik. Az apai ágon való testvéri kapcsolatok nem képezték a vizsgálat tárgyát.)

A fenti gyermekek közül 265 gyermeknek van a fővárosi rendszerben olyan testvére/féltestvére, aki valamely okból vele nem egy gondozási helyen van elhelyezve! Ez a szám a Fővárosi Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálathoz tartozó összes AT-s és TN-s gyermeklétszám közelítően 12 százaléka. (Az összképhez hozzátartozik ugyan, hogy a 265 gyermek olyan három, adott esetben négy, öt vagy hat fős testvéri csoportokból áll, akiknek durván kétharmada egy vagy több testvérével egyazon gondozási helyen él.)

Mi az oka annak, hogy a gyermekek nem egy gondozási helyen vannak elhelyezve, lehet-e olyan szakmai, illetve egyéb érv, ami valamely szinten indokolná a testvérek szétválasztását?

Döntően a gyermekvédelmi törvény hatálybalépése előtt jellemzőnek tekinthető, valamint a kérdőíveken adott válaszokból is leszűrhető okok a következők:

- intézményi férőhelyek hiánya (a testvérek egymástól eltérő életkorúak, esetleg egyikük családból való kikerülése után, később születtek, más apától, stb. – a nem egy helyre történő helyezés indoka a testvérkapcsolat vagy egyéb vérszerinti családi kapcsolat hiánya, stb.)
- a gyermek életkora (csecsemőotthoni elhelyezés, majd továbbhelyezés)
- földrajzi eltérések a különböző korú testvérek bekerülésekor (az anya, illetve apa vándorló életmódja, hajléktalansága, bejelentett, állandó lakóhelyének hiánya, a gyámhivatalok illetékességének megváltozása a gyermekek állandó lakóhelyének létesítését követően a csecsemő- illetve gyermekotthonban, nevelőszülőnél)
- testi vagy értelmi fogyatékos – különleges gondozás iránti igény, a fogyatékosra szakosodott intézményben történő elhelyezés
- az intézmény „tehermentesítése” – patronálási rendszer, gondozónő, egyéb külső kapcsolat kiépítése, melyet gyakorta nem követett szabályos kihelyezés és nevelőszülői megállapodás megkötése.
- „bújtatott” örökbefogadás (nevelőszülő) – egy informális intézményrendszer jóváhagyása, a vérszerinti kapcsolatok leépítésével járó szabálytalan kihelyezés
- speciális nevelés iránti igény egyik testvérnél, deviancia, szökések.

A Gyermekvédelmi törvény életbe lépése után a testvérek együttes elhelyezésének igénye prioritást kapott az idézett paragrafusok szellemében. A „Gyermekeink védelmében” nyilvántartási rendszer segítette abban, hogy ez a szempont is egyre fokozottabb mértékben érvényesülhessen. Gátat leginkább a gyermekvédelmi múlt öröksége, a tradicionális szemlélet jelentett, melynek megváltoztatása máig tartó, hosszas folyamat. Ahhoz, hogy a gyermek mindenek feletti érdeke érvényesülhessen, nemcsak a szemléletet, hanem az intézményrendszert is át kellett alakítani, világosabbá, markánsabbá, rugalmasabbá, ugyanakkor átjárhatóvá, lépcsőzetesen egymásra épülővé, gyermek- és családcentrikussá kellett tenni. Ehhez a jogi háttér, a végrehajtási rendeletek finomítása is elengedhetetlen volt.

A Gyermekvédelmi törvény megjelenése utáni, nem egy gondozási helyre történő helyezések jellemző okai:

- a gyermek életkora
- testi vagy értelmi fogyatékos
- speciális nevelés iránti igény.

Az egyéb okok szerencsére – bújtatott örökbefogadás, patronálási rendszer, különböző időpontokban bekerülő testvérek egy gondozási helyre történő helyezésének visszautasítása, hivatkozással az intézményi férőhelyek hiányára – ma már ritkábban fordulnak elő.

A hangsúly a megfelelő gondozási hely kijelölésén van, amikor is a team-en minden érintett – nem utolsósorban a gyermek – elmondhatja a véleményét a sorsát érintő kérdésekben. Nagyon fontos, hogy a gyermekek több lehetőség (gondozási hely) közül választhassanak, ne legyen kényelemből előre eldöntött tény adminisztratív része, pusztán formalitás a helyezési értekezlet! Nagyon sok múlik a szakértői bizottságon, illetve a gondos és pontos előkészítésen. Ha az információk jók és elégségesek, valamint egyéb egészségügyi akadály nincs, akkor jó eséllyel ma már egy helyre kerülnek a gyermekek.

Sajnos még mindig előfordul, hogy földrajzi eltérések játszanak szerepet a különböző korú testvérek gondozási helyének kijelölésekor.

A megoldás az Adatkezelési Törvénnyel és egyéb gyermekvédelmi jogszabályokkal összhangba hozott országos gyermekvédelmi adatbázis lenne, amely adott esetben megkönnyítené és egyben meg is indokolná a gyermek elhelyezését.

Reprezentatív mintavétel

Ahhoz, hogy a testvérkapcsolatok arányait közelebbről szemügyre vehessük, a szakellátás egy kisebb szeletét vettük nagyító alá.

A vidéki gyámhivatalokhoz tartozó átmeneti és tartós nevelt gyermekeket magába tömörítő gyámi tanácsadói körzet 114 főt számlált a vizsgálatkor. Ebből 108 fő átmeneti, 6 fő tartós nevelt volt. Ez utóbbi a körzet listáján található átmeneti neveltek 5 százaléka, itt az arány

valamivel kisebb, mint a Fővárosi TEGYESZ teljes átmeneti nevelt létszámához viszonyított tartós neveltek (8 százalékos) aránya.

A körzetben 29 olyan kk. gyermeket találtunk, akiknek van szakellátott testvéri kapcsolata. Ez a körzet létszámának 25 százaléka. 7 gyermeknek van nagykorú, de még utógondozói ellátott testvére (körzet összlétszámának 6 százaléka, szakellátott testvérkapcsolattal rendelkezők 28 százaléka), valamint 5 olyan gyermeket találtunk, akinek otthon, vérszerinti családjában él testvére (körzeti összlétszám 4,3 százaléka, testvérkapcsolattal rendelkezők 17,8 százaléka).

Két gyermeknek más, megyei TEGYESZ-hez tartozik egy-egy testvére. Egy hetes testvéri/féltestvéri csoport három gondozási helyen nevelkedik: négyen vidéki gyermekotthonban, 1-1 gyermek vidéki hivatásos, ill. hagyományos nevelőszülőnél. A hat édestestvérből álló csoport tagjai három gondozási helyen nyertek elhelyezést: három gyermek vidéken alapítványi (civil), 1 gyermek hagyományos, fővárosi TEGYESZ-es otthonban, 2 gyermek pedig budapesti hivatásos nevelőszülőnél él. Még IH-s, két hónapos féltestvérük édesanyjukkal budapesti csecsemőotthonban van. A hat gyermek édesapja a gyermekekkel felvette a kapcsolatot a gyámi tanácsadó hosszas családgondozó munkájának köszönhetően, látogatásai megszilárdultak. A három gondozási helyen nevelkedő gyermekek és gondozóik nagyobb iskolai szünetekben rendszeresen összegyűlnek. A gyermekek édesanyja hajléktalan, számos mentális problémával küzd, új élettársától származó gyermekéhez ragaszkodik, előző élettársi kapcsolatából származó gyermekeihez nem kötődik, nem látogatja azokat. A legkisebb gyermek elhelyezési értekezletén fél évet kapott arra, hogy élettársával gyermekének megfelelő körülményeket teremtsen. A gyermek elhelyezése ügyében felmerült a kérdés, hogy féltestvérei mellé kellene helyezni, amennyiben addig az anya önálló életvitelre nem tud berendezkedni.

Milyen megállapítások vonhatók le az adatokból?

A kérdéses körzetben összesen 41 gyermeknek van szakellátott, illetve nem szakellátott testvérkapcsolata, ez a körzet létszámának mindössze 35 százaléka, ami elmarad a teljes létszám adataitól (43 százalék, csak a szakellátott testvéreket tekintve).

Általánosságban is, valamint a kollégák beszámolója alapján is elmondható, hogy a vidéki gyámhivatalokhoz tartozó szakellátottaknak van a legtöbb, sokszor később „felfedezett” testvére. Ennek gyakori oka, hogy a szülők vándorló életmódot folytatnak, különböző élettársi kapcsolatokból, különböző helyszíneken születnek gyermekeik, akiknek jó része a nem megfelelő körülmények miatt szakellátásba kerül.

Több évnyi szünet után, esetleg az egymást még hírből sem ismerő testvérek esetében nagyon nehéz a testvérkapcsolatokat felépíteni, hiszen hiányzik az az érzelmi bázis, amire alapozni lehetne. Ilyenkor mind a gondozási hely, mind a gyámhivatal, mind a gyermekjóléti szolgálat, valamint a gyermekvédelem egyéb közszereplői meglehetősen tanácstalanok, hiszen évek elteltével számtalan igényt, érvet, kultúrát, szocializációs sajátosságot kell(ene) harmonizálniuk. Ez az összetett feladat pedig csak nagyon szoros szakmai együttműködéssel oldható meg, melyre ma még – újfent említve: kidolgozott protokoll híján – kevés példa akad.

A testvérkapcsolatok felülvizsgálatának szempontrendszere

Ahhoz, hogy a testvérkapcsolatokról megbízható kép bontakozzék ki, nagyon sokoldalú tájékozódásra lenne szükség. A kollégák jelzései alapján számos esetben nincs információ a testvér/testvérek hollétéről. Előfordult, hogy csak a gyermek szüleinek halálakor derült ki, hogy súlyosan fogyatékos testvére él számára megfelelő ellátást nyújtó gyermekotthonban. Hasonló a helyzet a nagykorú, szintén súlyosan fogyatékos testvérekkel, akik a szociális ellátórendszer otthonaiba kerülnek, s akik esetenként nem, vagy nagyon nehezen kommunikálnak.

A testvérkapcsolatok felülvizsgálatának szempontjai tehát a következők:

1. Alapvető a gyermek családi jogállásának rendezettsége (alapvető, hiszen ez alapján derül ki, hogy féltestvérei avagy testvérei vannak-e).
2. Megvizsgálandó a család szerkezetének időbeni változása, szükséges családfa felvázolása, a testvér fogalmának tisztázása a családi értékrend tükrében.

3. A gyermeket illetően az alábbiakat kell tisztázni:

- testvérekkel/félttestvérekkel egy- avagy különböző időben került-e be a szakellátásba
- testvérekkel/félttestvérekkel egy avagy különböző földrajzi helyen került-e be a szakellátásba
- egy vagy különböző helyen van-e elhelyezve a testvéreivel/félttestvéreivel
- van-e nagykorú, utógondozói ellátott testvére/félttestvére
- van-e otthon, vérszerinti családjában élő kisebb vagy felnőtt testvére/félttestvére
- van-e már önállóan élő, esetleg családos nagykorú testvére, félttestvére
- vannak-e emlékei, s ha vannak, milyenek kiskoráról, akkori családi kapcsolatairól
- a vérszerinti családhoz való egyéb kötődések, kiemelt személyek, unokatestvérek a gyermek életében
- a vérszerinti szülővel való kapcsolattartás minősége, intenzitása, tendenciája
- a vérszerinti szülő új élettársával, házastársával való kapcsolata
- a vérszerinti, kisebb, valamely okból otthon élő édestestvérrel való kapcsolata
- vérszerinti, otthon élő félttestvérekkel való kapcsolata (anyáról, apáról egyaránt!)
- van-e vele együtt elhelyezett testvérrel/félttestvérrel működő kapcsolata
- van-e utógondozói ellátott testvérrel/félttestvérrel működő kapcsolata
- testvérek kapcsolattartása hogyan jelenik meg a gyámhivatali határozatban
- különböző gondozási helyen elhelyezett testvérek/félttestvérek kapcsolattartása (gyakoriság, tendencia, a vérszerinti szülők jelenlétében találkoznak, vagy a szakemberek szervezik, esetleg a gyermekek önállóan)

4. Helyzetkép felvázolása (működő vagy nem is létező kapcsolat, a kapcsolat felépítésének fontossága, stb.).

5. Akcióterv (Mit és hogyan? Feladatok, kompetenciák.)

6. A kitűzött cél, a kapcsolatok optimumának elérése egy bizonyos időpontig.

A gyakorlat azt mutatja, hogy a leghasznosabbak a fenti kérdéskörben is akkor lehetünk, ha a gyermekvédelem szakemberei (s adott esetben a szociális szféra szakemberei) között igazi, érdemi együttműködés, megbízható –szóbeli és írásbeli - információáramlás van. A gyámi,

gondozói tanácsadók a saját kompetenciahatáraikon belül sokat tehetnek az ügy érdekében, ha a gyámhivatalnak küldött tájékoztatásaikban a testvéri kapcsolattartásra vonatkozó javaslataikat is hangsúlyozzák.

Kapcsolattartás különböző gondozási helyeken élő testvérek között

A különböző gondozási helyeken elhelyezett gyermekeknek nem egyszerű feladat a kapcsolattartás. Ebben a tekintetben is vízvázasztó a Gyermekvédelmi törvény, hiszen hatályba lépésével a gyámhivatalokban megindultak a felülvizsgálatok, melyek új alapra helyezték a testvérek kapcsolattartását is. Számptalan esetben az addig különböző gondozási helyeken lévő gyermekek (testvérek, féltestvérek) a tárgyalásos felülvizsgálaton ismerték meg egymást, netán ott szereztek egymásról tudomást.

A gondozási hely attitűdje meghatározó a szakellátott testvérek kapcsolattartását illetően. Az általános tapasztalat az, hogy különböző gondozási helyeken meglehetősen különböző szocializáltsággal élnek gyermekek, akik kapcsolattartását főként saját környezetük akadályozza, vagy teszi az iránt közömbössé! Igaz ez az olyan több éve megszakadt kapcsolatokra is, melyeknek felvételét esetleg gyámi tanácsadó szorgalmazza. Kirívó esetben a gondozó (adott esetben nevelőszülő) semmilyen módon nem kívánt eleget tenni a gyámhivatali határozatban foglaltaknak, nem segítette elő semmilyen eszközzel a testvérek kapcsolattartását, még bírsággal fenyegetve sem érezte ennek szükségét.

A leggyakoribb indok az a gondozó részéről, hogy a gyermeknek „nincs rá igénye”. Erre az a válasz, hogy nincs, hiszen a szakellátás érzelmi zsákutcába viszi a gyermeket, akinek a körülmények folytán sokszor nincs igazi esélye megtapasztalni, mit is jelent a vérszerinti testvér, s a vele való kapcsolattartás – holott ez a gyermekvédelem minden szereplője számára nagyon fontos feladat lenne.

Jó, ha a személyes találkozások nemcsak a felülvizsgálatokra korlátozódnak, hanem előbb segítséggel, azután spontán szerveződnak. Külön gondot szokott jelenteni a gyermekek szállítása, a kapcsolattartás technikai kivitelezése. Ez főként az újonnan épített kapcsolatokra jellemző, de szakember által nyújtott külső segítséggel a kezdeti akadályok legyőzhetőek.

A kérdőívekből szomorú adatként kitűnik: gyámi tanácsadói területenként 2-3 gyermek esetében nincs kapcsolattartás, vagy csak formális kapcsolat van a testvérek között. Ez több mint ötven gyermeket érint, akik ilyen-olyan okból „nem akarnak”, nem tudnak kapcsolatot tartani a testvéreikkel. Leggyakrabban a nevelőszülőhöz helyezett gyermekeknél fordul ez elő. Az intézeti gyámok jó része ugyanakkor nyitott a testvéri kapcsolattartásra, de kidolgozott protokoll híján a gyermekotthonos kollégák kevés sikerrel tudják felosztani maguk között az ezzel kapcsolatos tennivalókat. Előfordult, hogy a gyakorlati megvalósítást főként a csecsemőotthon érezte – elsősorban egészségügyi okokból – aggályosnak, például abban az esetben, ha más, esetleg fogyatékos gyermekeket ellátó gyermekotthonban élő testvér látogatása került szóba.

A jelzések alapján a gyámhivatalok nagy része figyelembe veszi a testvéri kapcsolattartásra irányuló tanácsadói javaslatot, bár a kérdéskör kiemelt prioritást nem kap.

Különböző nevelőszülőkhöz elhelyezett gyermekek kapcsolattartását a nevelőszülői tanácsadók koordinatív segítségével érdemes megszervezni, majd önállóan is lehet működtetni. Az egyes gyermekotthonok között a gyermekotthon családgondozói tehetnek legtöbbet az ügyben. Mint ahogy egyik kollégám szó szerint írja: „A gyermekvédelem felelőssége lenne megtanítani a gyermeket a családi kapcsolat, a testvérkapcsolat fontosságára. Nem a gyermekre kéne bízni – bár kétségtelenül kényelmesebb azt állítani, hogy a ’gyermek nem akarja’, hanem szorgalmazni kéne a találkozásokat a gyermek hozzáállásától függetlenül! Akut esetekben a szüleiket nem adhatjuk vissza (lehet mutogatni az alapellátásra), de a testvérkapcsolat ápolása totálisan a szakellátás felelőssége.”

A legfontosabb láncszem, a vérszerinti szülőkkal való kapcsolattartás nélkül a fentiek meglehetősen nehézkesek, alkalom- és személyfüggőek lehetnek. Az egyes gondozási helyek, gyermekjóléti szolgálat és vérszerinti család együttműködésének összhangján múlik, hogy az érzékeny rendszer megszilárdul-e, önműködővé válik-e egy idő után. Hiszen a vérszerinti család – vérszerinti anya, apa – lehet az a pillér, amelyre a különböző gondozási helyeken elhelyezett gyermekek közötti érzelmi híd épülhet. Végző megoldásként pedig – mindig a lehetőségekhez képest – a teljes család restaurációját kell szem előtt tartani.

Sajnos a gyámi, gondozói tanácsadók tapasztalatai szerint ezek a kapcsolatok önmaguktól, spontán még ma sem igazán működnek. A gyámokat és a gondozókat – akik a gyermek egészséges mentális és testi fejlődéséért egyaránt felelősek – időről időre figyelmeztetni kell jogszabályban előírt kötelezettségeikre. Ritka, de azért a fővárosi gyermekvédelmi gyakorlatban egyre többször előfordul a rendszeres, kiegyensúlyozott vérszerinti kapcsolattartás, valamint különböző gondozási helyeken nevelkedő gyermekek kapcsolattartása – szüleikkel együttesen. (Van rá példa: a fogyatékos gyermekek befogadó otthonban lévő kislányt szülei viszik más gyermekotthonban nevelkedő, egészséges testvéreikhez látogatóba, havi rendszerességgel.)

Sokszor a gyámi, gondozói tanácsadó ismételt, a gyámot és a gyámhivatalt befolyásoló, kitartó munkája van egy-egy sikertörténet mögött.

A nehézségek ellenére a testvérek kapcsolattartásának minősége 1997 óta – mintegy a jogi szabályozás melléktermékeként – lassan javuló tendenciát mutat.

A kérdés fontosságát és súlyát jelzi, hogy - amint azt a bevezető említi - a gyermekek több mint ötven százalékának van testvérkapcsolata. A számadatok azt mutatják, hogy a kk. szakellátott gyermekek 43 százaléka testvéreivel együtt van tartósan vagy átmenetileg a gyermekvédelmi gondoskodás rendszerében, ugyanakkor a reprezentatív mintavétel adatai szerint nagy részüknek (a mintában 28 százalék) nagykorú utógondozói ellátott testvére, illetve kisebb hányaduknak (a mintában 17,8 százaléknak) otthon élő kisebb testvére is van. Ha mindezen értékeket összeadnánk, kerekítve 89 százalékot kapnánk, amely azonban nem valós adat, hiszen az átfedéseket is figyelembe kell venni: például az a gyermek, akinek kiskorú és nagykorú szakellátott testvére is van, nem sorolható automatikusan mindkét csoportba.

Néhány megállapítást az eddigi adatok ismeretében is tehetünk:

- A szakellátott gyermekeknek valóban jóval több mint fele rendelkezik testvérekkel/féltestvérekkel.

- Az országos átlaghoz viszonyítva a többgyermekes családok gyermekeinek az adatokat szemlélve nagyobb esélye van a szakellátásba kerülésre.
- A szakellátott gyermekek kevesebb mint fele rendelkezik kiegyensúlyozott, rendszeres testvérkapcsolattal.
- Felelősség tekintetében a mérleg nyelve az alapellátás felől a szakellátás felé billen.
- A Fővárosi TEGYESZ-hez tartozó gyermekek legalább 3-5 százalékának (becsült érték, pontos adatok nem állnak rendelkezésre) van más TEGYESZ-eknél nyilvántartott testvére. A helyezéseket és kapcsolattartásokat megkönnyítendő ezért is nagyon fontos lenne az országos gyermekvédelmi adatbázis létrehozása.

A testvérek kapcsolattartásának teljes hiányáról

A bevezetőben szoltam róla: a genetikai indokoknál is fontosabb az otthon, a szülői háztartásban együttesen eltöltött idő mennyisége. Továbbá a szülő hozzáállása gyermekéhez, vele való bánásmódja, összehasonlítva a többi testvérrel/féltestvérrel. A mindennapokban gyakorta tapasztalható: a szülő saját házastársi vagy élettársi, illetve egyéb (!) kapcsolatának negatívumát vagy pozitívumát vetíti a gyermekre, mely a gyermek személyiségfejlődése szempontjából igencsak torzító hatású lehet. Sokszor a testvérek kapcsolattartásának hiánya a szülői kapcsolattartás hiányával korrelál.

A gyámi, gondozói tanácsadóktól kapott adatok alapján a fővárosi szakellátás rendszerében jelenleg kimutathatóan 78 olyan gyermek található, akinek szintén szakellátott testvérével/féltestvérével jelenleg semmilyen kapcsolata sincs, vele egy vagy annál is több éve nem, vagy soha nem találkozott!

Ez a teljes fővárosi szakellátotti létszám 3,6 százaléka, azon belül a testvérkapcsolatokkal rendelkezők 8,2 százaléka. Továbbmenve: közel egyharmada – 29 százaléka – a 265 főnyi, nem egy gondozási helyen nevelkedő gyermeknek!

A kimutatás szerint mik a legfőbb okok?

1. A testvér más TEGYESZ területén gondozott, a testvérek közt nincs kapcsolat, csak elmondás alapján tudnak egymásról (11 eset).
2. A gyermek súlyosan fogyatékos, a gondozó hely nem vállalja fel a kapcsolattartás bonyolítását (8 eset).
3. A nevelőszülő nem fordít rá figyelmet, távolságra stb. hivatkozva (16 eset).
4. Egymástól földrajzilag távol esnek a gondozási helyek (7 eset).
5. A gyermek fogyatékos is, a testvér gondozási helye is távoli (1 eset).
6. Csecsemőotthonban élő testvér – nagyobb testvérek nem látogatják (12 eset).
7. Nem tud a testvéréről/féltestvéréről, vagy nem szeretne kapcsolatot tartani (6 eset).
8. A vérszerinti szülő nem támogatja különböző apától született gyermekei kapcsolattartását (7 eset).
9. A gondozási hely támogatná, de nincs kapacitása a feladat ellátására (10 eset).

Miben segített a módosult jogszabály ?

A vizsgálat adataiból kitűnik, hogy az egyik leggyakoribb ok a különleges ellátást igénylő tartósan beteg vagy fogyatékos testvér más gyermekotthonba történő helyezése, súlyosabb esetben szociális intézménybe történő helyezése.

A módosult rendelet (46/2003. SzCsM rendelet, a 15/1998-as NM rendelet módosítása) 76. §-a lehetőséget ad arra, hogy – amennyiben erre az intézmény szakmai és tárgyi feltételei adottak – a gyermekotthon különleges csoportot hozhasson létre. Ugyanakkor integráltan, különleges ellátást nem igénylő gyermekcsoportokban is elhelyezhető fogyatékos gyermek. (12 fős csoportban max. 4 fő, stb.) Így kivitelezhetővé válik, hogy a fogyatékkal élő testvér – egészséges testvérével együtt – egy gondozási helyre kerülhessen.

Az új jogi szabályozás a kiskorú gondozott szülő és három éven aluli gyermekének elhelyezése esetében is kedvezőbb lehetőséget kínál: a rendelet 75. §-a lehetővé teszi, hogy a gyermekotthon vállalás alapján biztosíthassa a megfelelő feltételek megléte esetén együttes elhelyezésüket.

Összegzés

Miért is fontos a vérszerinti testvérekkel való kapcsolattartás? Visszaautalnék a Gyermekjogi Egyezményre: minden egyes gyermeknek önazonosság-, személyazonosság-tudatához hozzátartozik az a kép, amit a vérszerinti családjáról, testvéreiről ápol. A gyermekotthon, a nevelőszülői család nyújtotta kapcsolatok ezzel nem lehetnek egyenértékűek – pláne, ha átmeneti nevelt gyermekekről van szó. (Az örökbefogadás természetesen kivétel.)

A jogsértő állapotok elkerülésére minden gyermekvédelmi szakember számára jó szívvel ajánlható lenne egy testvéri kapcsolattartást elősegítő tréning, ahol a folyamat teljes protokollja elsajátítható lenne. S nem utolsó sorban: az intézmények, nevelőszülők mindennapi életük, valamint anyagi kiadásaik természetes részének éreznék az ehhez szükséges időt, munkaerőt, pénzeszközt. Hiszen a gyermek majdani, felnőtt életét ezek a kapcsolatok alapozzák meg. A szakemberek együttműködése, a külső és belső szakmai kontroll kidolgozása, a vérszerinti oldal felé kellő empátiával, érzelmi intelligenciával történő elengedés a gyermekvédelem egyik legösszetettebb, még ránk váró feladata. Remélhetőleg ezen a téren is hatékony változást hoz az új jogszabályok segítségével a gyermekotthonok szakmai profiljának árnyalása, a gyámi, gondozói tanácsadók jogosítványainak kiszélesítése, valamint a gyermekjogi képviselő intézményének hiányt pótló tevékenysége.

Fülöpné Andrékó Klára

A nevelőszülőknél élő gyermekek tanulási és magatartási zavarainak kezelési lehetőségei, illetve nehézségei az alapellátásban

A Fővárosi Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatnál dolgozó nevelőszülői tanácsadóként gyakran tapasztaltam, milyen nehézségekkel jár a nevelőszülőknél élő gyermekek tanulási, beilleszkedési zavarainak korrigálásához, fejlesztéséhez szükséges ellátás felkutatása. Ezért vizsgálatot folytattam arról, hogy a nevelőszülőknél élő gyermekek, fogyatékságaiknak megfelelően, sérüléseik korrigálásához megkapják-e a szükségleteiknek megfelelő speciális ellátást, fejlesztést, terápiát az alapellátásban. Kíváncsi voltam arra is, hogy amennyiben vannak problémák, megoldatlan helyzetek, ennek mi lehet az oka.

A gyermekvédelemben gondoskodásban élő gyermekek élettörténetükből adódóan szinte mindannyian igényelnének sajátos egyéni fejlesztést, mely értelmi, illetve érzelmi sérüléseiket kezelné. Vizsgálatomban azonban csak az orvosi, ill. szakértői bizottság szakvéleménye alapján dokumentált esetek megoldási módjait kutattam. A 2002. október 1-jétől 30-áig terjedő időszakban 15 nevelőszülői tanácsadó területét tekintettem át, ami 580 nevelőszülőnél vagy kollégiumban élő gyermeket, ill. fiatalot érintett, 0-24 éves korig.

Ahhoz, hogy a kezelési lehetőségeket számba vegyem, először fel kellett mérnem, hogy mely területen milyen számban tapasztalható a gyermekek érintettsége. Egy kérdőíven szakvélemények alapján a nevelőszülői tanácsadók sorolták be a megfelelő kategóriákba a gyermekeket, s jelezték a kezelés módját.

A vizsgált 580 gyermekből 213 esetében (36,7%) tapasztalható valamely területen elmaradás, mely tanulásukat, beilleszkedésüket akadályozza, nehezíti. Közülük 58 gyermeknél (10%) több terület érintettségét, vagyis halmozott fogyatékságot tapasztaltam. Így például értelmi akadályozottság mellé társul mozgásfejlődés elmaradása, beszéd-, kommunikációs zavar, illetve tanulási zavar kapcsolódik figyelemhiányhoz, hiperaktivitáshoz, viselkedési zavarhoz. Munkámban egy-egy adott sérülés kezelésének, rehabilitációjának lehetőségét vizsgáltam, így a halmozottan sérült gyermekek több kategóriában is említésre kerültek.

A sérült területek áttekintése

1. Az egyik legnagyobb terület a 70 gyermeket (12%) érintő *mentális retardáció*. Az értelmileg sérült gyermekek számára Budapesten az iskolarendszer jól kiépült, a tanulási képességet vizsgáló rehabilitációs bizottságok munkája segíti a gyermekek megfelelő ellátáshoz jutását. Mivel azonban kisebb a hálózat intézményrendszere, így a választási lehetőség is behatároltabb. A vidéken élő nevelőszülőknél okoz nagyobb nehézséget a gyermekek speciális ellátása, mivel az adott településen gyakran nincs a fogyatékoságnak megfelelő iskolatípus.

Fejlesztés helyszíne	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Mentális retard. enyhe</i>	39	4	3	1	1		48	8,3%
<i>Ment. retard. közép súlyos</i>	15	1	2		3	1	22	3,8%

2. *Érzékszervi fogyatékoság* 24 esetben (4,3%) került jelölésre. Az érintett gyermekek ellátása, iskolai fejlesztése megoldott. 15 esetben (2,6%) az érzékszervek más fogyatékosághoz társulnak.

Fejlesztés helyszíne	Ált. Iskola	Spec. tantervű iskola	Óvoda	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Össz.	580 gyerekből
<i>Vak, gyengénlátó</i>		1	1	3		5	0,9%
<i>Siket, nagyothalló</i>	1	2		1	1	5	0,9%
<i>Mozgássérült</i>	3	2	1	8		14	2,4%

3. A *kommunikációs zavarok* összesen 29 gyermeknek (5%) okoznak gondot. E terület logopédiai fejlesztést igényel. Értelmi fogyatékossgal kapcsolódva a fejlesztés a speciális tantervű iskolában megoldott. A normál beszédfejlődés legfontosabb időszaka az első néhány év. Korai fejlesztéssel eredményesen javíthatók a beszédhibák, a rendellenességek. Az óvodai hálózatban működő logopédusok elsősorban iskola előkészítést végeznek, de megkésett beszédfejlődésnél s egyéb indokolt esetben már korábban megkezdik a gyermekekkel a foglalkozást. Logopédiai fejlesztő csoportban intenzívebb terápiára van mód. Artikulációs zavar erre a korosztályra jellemző inkább, de ez szépen javítható, hisz nagyobb gyermekeknél nem is került jelölésre. Általános iskolában és nevelési tanácsadóban 4-4 esetben fejlesztették a beszéd területen sérült gyermekeket. Kórházi kezelés két gyermeknél folyt, szervi okok miatt. 3 fiatal esetében nem történik fejlesztés. Ez egyiküknél az érintett életkorával indokolható (19 éves), másikuk a kommunikációs zavart nem érzi olyan problémának, amelyért a fejlesztéssel járó kényelmetlenséget vállalná. A harmadik esetben megszűnt az utazó-logopédusi ellátás, így csak az iskolai pedagógusok foglalkoznak a gyermekkel. Az eddig elemzett területeken a meglévő nehézségek ellenére viszonylag szervezettebben, célirányosabban, talán már bejáratottan folyik a sérült területek korrekciója.

Fejlesztés helyszíne	Ált. iskola	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Kórház és NT.	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Beszédfejlődés zavara</i>	2	6	3	4				15	2,6%
<i>Fonológiai zavar</i>				6	1	1		8	1,4%
<i>Dadogás</i>	1			1			1	3	0,5%
<i>Kommunikációs zavar</i>	1						2	3	0,5%

4. Másik nagy létszámmal megjelenő csoport a *tanulási nehézséggel* küzdő gyermekeké. Összesen 74 (12,8%) gyermek érintett. 55 gyermeknél valamilyen részképesség-zavart (dysgraphia, dyslexia, dyscalculia) diagnosztizáltak. 19 gyermek olyan tanulási zavarral küzd, amely mindhárom terület problémáit magában foglalja, de itt nem

specifikusan jelennek meg az előző területek kritériumai, hanem a három terület problémái együttesen jelentősen befolyásolják az iskolai teljesítményt.

Az 1993. évi LXXIX. törvény 30.§ (9) rendelkezik az iskola kötelezettségeiről a fogyatékos tanulók, illetve a beilleszkedési zavarral, tanulási nehézséggel, magatartási rendellenességgel küzdő tanulók esetében. „Ha a tanulót egyes tantárgyakból, tantárgyrészekből mentesítik az értékelés és minősítés alól, az iskola /.../ egyéni foglalkozást szervez részére. Az egyéni foglalkozás keretében – egyéni fejlesztési terv alapján – segíti a tanuló felzárkóztatását a többiekhez.”

A mi vizsgálatunk során azt tapasztaltuk, hogy a 74 tanulási zavar korrekációjában 41 esetben végez fejlesztést az iskola. Sok esetben a szakvélemény nem jut el a szaktanárhoz, vagy nem veszik figyelembe a szakvéleményben leírtakat, pl. írásbeli ellenőrzés mellőzése, behelyettesítése szóbeli számonkéréssel. Ez a gyermek alulteljesítéséhez vezet, s az iskolai kudarcok fokozódásához annak ellenére, hogy a részképesség-zavar felderítésre került. Más esetben ugyan felmentik az értékelés alól a gyermeket, de ezen kívül egyéb nem történik vele. Végigüli a tanórákat, s az egyéni felzárkóztatás, a terápia elmarad. A szülő igyekszik máshol felkutatni a segítséget, pl. a nevelési tanácsadóknál dolgozó logopédusok végeznek még terápiát, a korai felismerésnek köszönhetően pedig már az óvodában is megkezdődik a fejlesztés. Sajnos a nevelési tanácsadóknak sincs mindig elég kapacitásuk, ill. a felsőbb tanulók számára megfelelő szaktudásuk. Ezért kényszerülnek a nevelőszülők magántanárt-logopédust fogadni, aki felvállalja a gyermek fejlesztését.

Fejlesztés helyszíne	Ált.i iskola	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Gyermek-jóléti szolgálat	Iskola és NT.	Óvoda	Egyéb (magántanárral alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Dyslexia</i>	9	2	5	1	3		2		22	3,8%
<i>Dyscalculia</i>	6	2	2	1	2		3	3	19	3,3%
<i>Dysgraphia</i>	5	1	2		3	1	2		14	2,4%
<i>Tanulási zavar</i>	6	2		3		1	3	4	19	3,3%

5. A koordináció-fejlesztési zavar gyakran társul egyéb fogyatékosághoz, így értelmi sérüléshez, beszédfejlődési rendellenességhez, tanulási zavarhoz és hiperaktivitáshoz.

A gyermekek fejlesztése többnyire az iskolában, de néhány esetben nevelési tanácsadóban, óvodában történik. Ha szükséges, orvosi kontrollt is igénybe vesznek, 1 vidéken élő gyermek fejlesztése nem megoldott.

Fejlesztés helyszíne	Ált. iskolala	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Motoros jártasság zavarai</i>	4	8	1	2	2	1	1	19	3,3%

6. Az *átfogó fejlődési zavar* kategóriájába 5 (0,9%) *autisztikus tüneteket* mutató gyermeket soroltunk, négyük e mellett értelmi fogyatékos. A pontos diagnózis felállításának hiánya egy 18 éves leány esetében megnehezíti további gondozásának megszervezését, mivel az orvos a diagnózisban autisztikus zavart állapít meg, s így nem lehet igénybe venni az autisták számára létrehozott intézményt, bár ez lenne számára a megnyugtató megoldás.

Fejlesztés helyszíne	Spec. tantervű iskola	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Össz.	580 gyerekből
<i>Autisztikus zavar</i>	3	2	5	0,9%

7. A *figyelemhiánnyal* és a *hiperaktivitással küzdő* gyermekek csoportját 39 gyermek (6,7%) alkotja. Ennél a területnél megfigyelhető a kórházi kezelés nagy aránya. A 15 esetből csak 4 esetben csatlakozik ehhez nevelési tanácsadóban történő fejlesztés. A gyermekpszichiátrián 1-2 hetes bennfekvéssel diagnózist állítanak fel, majd beállítják a gyermek gyógyszerelését, ami mellett fontos lenne a terápia alkalmazása, mely a gyermek viselkedésváltozását idézné elő. Sok esetben a megfelelő szakember megtalálása csak hosszas utánajárás eredményeként valósul meg, s gyakran csak ideiglenes megoldásra lelünk, így a komplex terápiából sajnos csak a gyógyszeresedés valósul meg. Serdülőkorban már a fiatalok is nehezebben vonhatók be a megfelelő kezelésbe.

Problémát jelent, hogy ezeknek a gyermekeknek a közoktatásban nincs megfelelő iskolatípus, ill. a pedagógusok képzettsége, szaktudása nem elegendő, hátrítják a feladatot. Az alsós években többnyire kis létszámú logopédiai fejlesztő osztályba kerülnek, s mivel ők nem a beszédfejlődés terén mutatnak elmaradást, akadályozzák a logopédiai munkát. Az ott dolgozó pedagógusok türelme, képzettsége, a lassabb haladási tempó s a csökkentett osztálylétszám miatt a problémák általában az 5. osztályban kezdődnek. Ha a figyelemhiányos hiperaktivitás mellé viselkedési zavar is társul, akkor az iskolák igyekeznek megválni az ilyen tanulóktól. Ez gyakori iskolaváltást eredményez, emiatt kényszerülnek alapítványi iskolába ezek a gyermekek, ami viszont jelentős többletkiadással jár.

Fejlesztés helyszíne	Ált. iskolák	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Iskola és NT.	Óvoda	Kórház	Kórház és NT.	Egyéb (magántanár alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Figyelemhiányos hiperaktivitás</i>			1	1	2	5	4	3	2	18	3,1%
<i>Figyelemhiányos</i>	3	1	1		1				1	7	1,2%
<i>Hiperakív</i>	2	2	2		1	6		1		14	2,4%

8. *Viselkedési zavar* (csalás, agresszió, szabályok súlyos megsértése) 13 (2,2%) gyermeknél jelent komoly gondot. 4 esetben nincs fejlesztés, ebből háromban nem vonható be a gyermek, egy esetben pedig folyamatban van a terápia szervezése.

Oppozíciós zavart 2 (0,3%) esetben jeleztünk. Egyik gyermek alapítványi iskolába jár magatartási problémái miatt, a másik fiatal már 20 éves és nem vonható be fejlesztésbe.

Fejlesztés helyszíne	Ált. Iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Kórház és NT.	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs Fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Viselkedési zavar</i>	1	1	1	4	1	1	4	13	2,2%
<i>Oppozíciós zavar</i>						1	1	2	0,3%

9. Tiznkilenc (3,3%) gyermeket érintenek a következő *neurotikus tünetek*: táplálkozási zavar /anorexia, bulimia /, ürítési zavar /enuresis, encopresis/ , TIC , szelektív mutizmus. Az ő ellátásuk az előzőekhez hasonlóan a helyi intézményrendszer és szakember ellátottság függvényében teljesen egyedi módon valósul meg.

Fejlesztés helyszíne	Nevelési tanácsadó	Kórház	Kórház és NT.	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Táplálkozási zavar</i>		1	1			2	0,3%
<i>Ürítési zavar</i>	2	6			1	9	1,6%
<i>TIC</i>	1			1	3	5	0,9%
<i>Szelektív mutizmus</i>				1	1	2	0,3%
<i>Egyéb</i>			1			1	0,2%

10. A következő kategóriáknál, melyek összesen 36 (6,2%) gyermeket érintenek, megfigyelhetjük a kamasz- és ifjú felnőtt korú fiatalok nagyobb részvételét. A *hangulat- és szorongásos zavarok* nagyobb arányát tapasztaltuk. Az önelfogadás, az életcél, az én keresés, az önállósodás nehézségei, a nevelőszülős élethelyzetből adódó összetett problémák megoldásához az alapellátásban nem tudnak megfelelő segítséget nyújtani, ezért gyakran a TEGYESZ Nevelőszülői Szolgálatához tartozó pszichológushoz jut el a fiatal, aki hozzáértésével, tapasztalatával tud segíteni a fiatalnak és a nevelőszülői családnak. Több esetben sajnos nem lehet meggyőzni a fiatalot a terápiában való részvételre, ezért fordulhat elő, hogy 11 esetben nem veszik igénybe a megfelelő ellátást.

Fejlesztés helyszíne	Ált. Iskola	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs Fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Pszichoaktív szerekekkel kapcsolatos zavarok</i>						1	1	0,2%

<i>Alkohollal kapcsolatos zavarok</i>		1				1	2	0,3%
<i>Skizofrénia és egyéb pszichotikus zavarok</i>				1		1	2	0,3%
<i>Hangulatzavarok</i>		2		2	2	3	9	1,6%
<i>Szorongásos zavarok</i>			3			4	7	1,2%
<i>Színlelt zavarok</i>					1		1	0,2%
<i>Disszociatív zavarok</i>		1		2	1		4	0,7%
<i>Alvási zavarok</i>	1		1	3	1		6	1,0%
<i>Játékszenvedély</i>					1		1	0,2%
<i>Személyiségzavarok</i>				2		1	3	0,5%

Megnéztük, hogy hány gyermek kényszerül magántanulóként végezni az iskoláit. Adataink szerint az 580 vizsgált gyermekből 9 (1,5%). Egyikük közepsúlyos értelmi fogyatékos fiú, akinek vidéken a korlátozott lehetőségek miatt adódott ez a megoldás. 2 fiatal disszociatív zavar miatt magántanuló, 2 gyermeknél figyelemhiányos hiperaktivitás az ok, amihez viselkedési zavar is társul. 3 HIV pozitív gyermek esetében az alapp probléma a betegségük, ami miatt iskoláztatásuk megoldatlan volt a közoktatásban. Egy gyermek tanulási nehézséggel küzdött, s a nevelőszülő és a családja fel tudta vállalni az otthoni képzést.

Összegzés

A vizsgálat eredménye alapján megállapítható, hogy a 213 gyermek esetében 330 sérült területet regisztráltunk. A kezelésben a legnagyobb részt az iskolák vállalják, 43,3%-ban. Ezt követi a kórház 16,6%-kal, majd a nevelési tanácsadó 14,2%-kal, az óvoda 8,1%-kal, és a gyermekjóléti szolgálat 1,5%-kal. A gyermekjóléti szolgálat munkatársai elsősorban a vérszerinti családjukban nevelkedő gyermekeket gondozzák, ezért tapasztalhattuk a fejlesztésben az alacsony részvételi arányukat.

Az alapellátáson kívül magántanár, TEGYESZ, ill. alapítványi iskola 7,3%-ban vállal feladatot a fejlesztésben. A vizsgálat célja az alapellátás részvételének vizsgálata volt a nevelőszülőknél élő gyermekek tanulási és magatartási zavarainak kezelésében, ezért a magántanári, alapítványi adatok, valamint a TEGYESZ működésére vonatkozó adatok nem

fedik le a teljes valóságot, csupán jelzésként szerepelnek ott, ahol egyéb fejlesztés nem történik (hisz a TEGYESZ pszichológusa prevenciós jelleggel, illetve ott, ahol probléma jelentkezik, szakvélemény nélkül is foglalkozik a gyermekekkel). A vidéken élő nevelőszülőknél okoz nagyobb nehézséget a gyermekek speciális ellátása, mivel az adott településen gyakran nincs szakképzett logopédus, fejlesztőpedagógus, ill. a fogyatékoságnak megfelelő iskolatípus. Így 25 gyermek (4,3%) utazni kényszerül, gyakran nem is csak a szomszédos településre, hanem akár rendszeresen 15-30 km-t is meg kell tenniük, hogy a megfelelő iskolába juthassanak, vagy a fejlesztő pedagógust elérhessék. Sokszor meg kell küzdeniük a felvételért is, mivel ha fővárosi illetékességű a gyermek, akkor az iskolák túlterheltségre hivatkozva igyekeznek őt visszautasítani. Sajnos szakemberhiány miatt az utazótanári - logopédiai fejlesztés is hiányosan működik. Az érintett 25 gyermekből 15 értelmi sérült, 3 tanulási zavarokkal küzd, 4 hiperaktív, 1 nagyothalló, 1 mozgássérült, és 1 motoros jártasság terén igényel fejlesztést. A rendszeres hosszú utazás fizikailag megterhelő és költséges.

Az esetek 10,6%-ában nem történik szakszerű fejlesztés, ami eredhet a vidék speciális fejlesztés terén való elmaradásából, a szakemberhiányból, a nem elég hatékony terápiákból, valamint életkori sajátosságokból: a felnőtté válás küszöbén a fiatal már nehezen mozgósítható a terápiában való részvételre. A kapott adatok arra hívják fel a figyelmünket, mennyire fontos a vidékre történő körültekintő kihelyezés. Fontos ismerni a gyermek fogyatékoságát, hiányosságait, melyek ismeretében a rehabilitációhoz - habilitációhoz szükséges intézményrendszer, szakember-ellátottság feltérképezhető, s csak ennek megléte esetén javasolt a családba helyezés; ez biztosíthatja, hogy a családok ne kerüljenek megoldhatatlan vagy nagy megterhelést jelentő helyzetekbe.

A nevelőszülőknél élő gyermekek elsődleges szocializációja családban történik. Véleményünk szerint a társadalmi beilleszkedésüket az segíti, ha a lakóhelyükön igyekeznek a felmerülő problémákat megoldani. A nehézségek miatt a nevelőszülőknél s a nevelőszülői tanácsadóknál időnként felmerül az igény arra, hogy a gyermekek a szakszolgáltatástól kapjanak segítséget fejlesztő pedagógus személyében, hisz rendszerint hosszas utánjárás, egyeztetés eredménye a terápia létrejötte. Gyakran tapasztaljuk a jó szándékú pedagógusi hozzáállás ellenére a gyermekvédelmi ismeretek hiányát, a probléma kezelésének hátrítását kompetencia

hiányára, objektív okokra való hivatkozással. Sokszor érthetőek az indokok, de gyermekeink fejlődése szempontjából nem elfogadhatóak.

Amennyiben az alapellátásban nem sikerül a fejlesztést elérni, akkor a nevelőszülő kénytelen magántanárt fogadni vagy alapítványhoz fordulni. Ezért a szolgáltatásért fizetni kell, ami a nevelőszülőt terheli. Az alapítványi iskolát javasló szakvéleménnyel a kerület jegyzőjéhez kell fordulni, aki az önkormányzat lehetőségei, belső szabályzata alapján elbírálja a kérelmet, és esetleg támogatja az iskoláztatást. Ha erre nincs mód, akkor előfordul, hogy a nevelőszülő fizeti az alapítványi díjat.

A nevelőszülő a gyermek ellátására havonta normál nevelési díjat és normál külön ellátmányt kap, ehhez járul a családi pótlék összege. Ezeket a juttatásokat a nevelőszülő a gyermek teljes körű ellátására köteles fordítani. A TEGYESZ indokolt esetben, szakvéleménnyel, a többletköltséget igazoló számlával a nevelőszülő kérelmére, a nevelőszülői tanácsadó javaslatára emelt összegű gondozási díjat folyósít. Ez 2002. októberében 96 gyermeket érint (16,6%). 35 esetben a gyermek halmozottan sérült, 50 esetben egy terület érintett. További, eddig nem említett 11 gyermek (közülük 2 csecsemő), valamint tisztán egészségügyi problémák miatt 9 gyermek jut még emelt összegű gondozási díjhoz. Ez az összeg a gyermek ellátására nem elegendő, amennyiben a fejlesztést a nevelőszülő a közoktatásban, illetve az alapellátásban nem tudja elérni.

A cikkemben felvázolt helyzet bizonyítja, hogy a nevelőszülők sokszor erőn felül vállalják a problémás, sérült gyermekek gondozását-nevelését. A vizsgálat 2002. októberében készült. Ha ma megismételnénk a kérdőívek kitöltését, más eredményt kapnánk. Ez nemcsak a kihelyezések és visszakerülések módosító hatásának köszönhető. Sajnos a terápiák, a fejlesztő foglalkozások hosszú távon nehezen utolérhetőek, így a nevelőszülők, s mi tanácsadók is állandó keresésben vagyunk, hogy a helyi adottságok között a gyermek problémájához, személyiségéhez illő szakembert, intézményt megtaláljuk.

Ez a vizsgálat a fővároshoz tartozó nevelőszülőknél élő gyermekek helyzetét elemezte, de talán érdekes lenne egy országos felmérést is végezni, s a tapasztaltakat ismertetni.

Gurály Zoltán

A Budapesten élő hajléktalan emberek egészsége

2002. február 3.

Bevezetés

1999-től kezdődően a Menhely Alapítvány és a Twist Olivér Alapítvány megbízásából szociális munkások minden év február 3-án feltesznek néhány kérdést a fővárosban élő hajléktalan embereknek. Ezen az egy napon megpróbálnak minden egyes hajléktalan embert elérni.

A 2002. február 3-án feltett kérdések egy része szó szerint azonos volt az OLEF (Országos Lakossági Egészség Felmérés) 2000. évi vizsgáltban szereplő kérdésekkel. Az OLEF 2000-t az Egészségfejlesztési Kutatóintézet végezte. Vizsgálatuk során az ország felnőtt, nem intézményben lakó lakosságát reprezentáló 5500 főt kérdeztek meg.

A kérdéseket azért vettük át, hogy az összehasonlítás eredményeként megtudjuk: a lakásnélküliség együtt jár-e a rossz egészségi állapottal. Az OLEF 2000 kiválasztott részeiben az egészségi állapotot a közérzetre adott válaszok alapján mérték. A kérdések nagyon egyszerűek voltak, és leginkább azt tudakolták, hogy a megkérdezett a fizikai állapota gátolja-e a mindennapi tevékenységek elvégzésében. A hajléktalan és nem hajléktalan (az OLEF 2000 vizsgálatában megkérdezett) emberek válaszait nem és kor szerinti csoportosításban hasonlítottuk össze.

A lakásnélküliség szempontjából elsősorban azok az egészségi állapottal összefüggő bajok érdekelnek bennünket, amelyek a lakhatás megtartása vagy megszerzése szempontjából akadályt jelenthetnek.

A mindennapi tevékenységekben (felkelés - lefekvés, állás, járás stb.) való akadályoztatás megítélése hajléktalan és nem hajléktalan embereknél nem tér el, hiszen ezeket a dolgokat

mindenki ugyanúgy, ugyanolyan gyorsan és ugyanolyan pontossággal szokta végezni. Amennyiben pedig valaki ezek valamelyikére valamilyen mértékben képtelenné válik, azt utcán élőként is és lakásban lakóként is akadályoztatásnak fogja megélni.

Az akadályt jelentő bajok mellett átvettük az OLEF 2000-nek az alkoholfogyasztás és dohányzás mértékének mérésére szolgáló kérdésblokkját. Megkérdeztük a kórházban eltöltött napok számát, és vannak adataink a TBC, a bőrbetegségek és a fagyási sérülések gyakoriságára. Ez utóbbiak nem szerepeltek az országos vizsgálat kérdései között. A diagnosztizált betegségekre vonatkozóan is rendelkezünk válaszokkal, ezeket azonban nem tudjuk elég egyszerűen kezelni ahhoz, hogy itt kitérjünk rájuk.

Megszoktuk, hogy hajléktalan embereknél szinte minden rossznak tartott dolog a szokásosnál gyakrabban fordul elő. Ezért azt várjuk, hogy több beteg ember lesz a hajléktalanok között, többen lesznek a panaszkodók, és több időt töltenek a hajléktalan emberek kórházban. Többen dohányoznak, és többen, gyakrabban és nagyobb mennyiségben fogyasztanak alkoholt.

Az adatok nagy vonalakban a várakozásoknak megfelelően alakultak, tehát a hajléktalan emberek csoportjába tartozók válaszai a hátrányokat jelző irányokban térnek el a lakossági átlagtól. A kis eltérések és az időnként meglepő azonosságok azonban sokkal finomabb (és talán fontosabb) összefüggésekre mutattak rá, mint számítottuk. Egyes kérdéseknél, ill. a válaszadók bizonyos csoportjainál a hajléktalanok és a nem hajléktalanok válaszai nem különböznek. Sőt egészen furcsa módon néhány esetben a hajléktalan emberek válaszai mutatnak kedvezőbb képet.

Önellátás

A hajléktalan és a nem hajléktalan emberek az önellátással kapcsolatban meglepően hasonló módon nyilatkoztak (1. tábla).

1. tábla

<i>Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!</i>		
Az önellátás...	nem hajléktalan budapestiek	Budapesten élő hajléktalan emberek

nem jelent gondot	96 %	93 %
gondot jelent	3 %	6 %
nem tudja	1 %	1 %
Együtt	100 %	100 %

A teszt (khi-négyzet próba) szerint nincs szignifikáns eltérés a válaszadók két csoportja (hajléktalanok és nem hajléktalanok) között. Nincs mérhető eltérés egyes korcsoportokon belül akkor sem, ha a két csoportot nemek szerint tovább – összesen négy csoportra – bontjuk. A nagyon rossz egészségi állapot ugyanúgy nem lehet az oka a hajléktalanok közé tartozásnak, mint ahogyan a hajléktalanság sem vezet – jellemzően – az intézményes segítségnyújtást nélkülöző önellátásra való képtelenségig.

Feltehető viszont a kérdés: lehet-e élni egyáltalán közterületen, ill. tömegszálláson az önellátás képessége nélkül? Az adatfelvétel során megkérdeztünk olyanokat is, akik a hajléktalanellátás intézményrendszerén belül félig egészségügyi intézményként működő részlegeken (betegszoba, lábadozó) feküdtek. Ezek az intézmények azért működtek és működnek egyre nagyobb számban ma is, mert a hagyományos nagy ellátók, az egészségügyi intézmények nem képesek vagy nem akarják a hajléktalan embereket befogadni.

Az önellátás körüli problémákra panaszkodó hajléktalan embereknek csak valamivel több mint harmada volt ápolást is biztosító szállón, 107-en közterületen, ill. tömegszállón éjszakáztak 2002. február 3-án, ugyanakkor a betegszobán lakóknak több mint kétharmada önellátónak mondta magát. Az ő életüket és testi épségüket akkor is veszélyeztetettnek tekinthetjük, és a 1993. évi III. tv. 7.§ szerint jogosultak voltak mindenfajta (még pénzbeli) ellátásra is. Őket viszont mások szolidaritása tartotta életben.

Járás

2. tábla

<i>Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!</i>						
A járás...	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002

nem jelet gondot	97 %	92 %	81 %	70 %	55 %	55 %
gondot jelent	3 %	7 %	18 %	30 %	44 %	45 %
nem tudja	0 %	1 %	1 %	0 %	2 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

A járással kapcsolatos válaszok, panaszok gyakrabban fordulnak elő a hajléktalan embereknél (3. tábla). A járási problémákat, a hidegben az utca kövén kuporgó hajléktalan emberekre gondolva, minden további nélkül a hajléktalan életmód számlájára írjuk. És persze azt feltételezzük, hogy idős korban, amikor a szervezet kevésbé ellenálló, még inkább jellemző lesz a hajléktalan emberekre a járással kapcsolatos panasz. A 3. táblán viszont azt látjuk, hogy éppen időskorban, 65 év felett, nincs különbség a hajléktalan és nem hajléktalan emberek között a panaszok gyakoriságában: ugyanolyan arányban számoltak be mindkét csoportba tartozók a járással kapcsolatos problémáikról.

A 2. tábla ötödik és hatodik oszlopában a számok hasonlósága nagyon nehezen magyarázható, bár mint tudjuk, ezek az arányok egyéni beszámolók eredményein alapulnak, és nem zárható ki, hogy egy orvosi vizsgálat a hajléktalan embereknél sokkal több köszvényest, lúdtalpást stb. talál. A számaink csak annyit mondanak, hogy a 65 évesnél idősebbek között a hajléktalan emberek ugyanannyira elégedettek azzal, amit „a lábuk tud”, mint a nem hajléktalanok. Mivel pedig nagy valószínűséggel egy hajléktalan ember semmivel sem támaszt kisebb követelményeket a végtagjaival szemben, mint egy nem hajléktalan, mégiscsak ugyanolyan arányban kell lenniük mozgásszervezi betegségektől szenvedőknek a hajléktalan és a nem hajléktalan emberek idősök között.

Fájdalom

3. tábla

Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!						
Fájdalom	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002

semmije nem fáj	90	80	68	41	36	51
van fájdalma	11	18	29	35	51	46
erős fájdalma van	0	2	4	6	9	4
	100	100	100	100	100	100

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

Ha fájdalomra általában kérdezzük (márpedig az OLEF nemzetközileg elfogadott vizsgálati gyakorlatot követő felmérésében ezt tette), akkor azt találjuk, hogy a hajléktalan emberek között lényegesen többen vannak a valamilyen fájdalomra panaszkodók. A 65 év feletti esetében azonban a különbség a hajléktalan emberek számára kedvező irányban változik: a lakásban lakók körében többen vannak, akik valamilyen fizikai fájdalmat említenek (3. tábla). Persze, mondják, a hajléktalanoknak magasabb a tűrésküszöbük, kevésbé szenvednek a hidegtől, nem zavarja őket a kosz, és jobban tűrik a fájdalmakat is.

Ha a hajléktalan embereknek valamilyen okból magasabb lenne a fájdalomtűrési küszöbük, akkor kortól és nemtől függetlenül jobban kellene viselniük a „gyűrődéseket”. Nem ismerjük a hajléktalanságnak azt a sajátosságát, amely időskorban másként hat, mint fiatal korban. A hajléktalanság nem egy módosult létállapot, ahogyan azt a gyakran elhangzó „Nem értem, hogy hogyan lehet kibírni ilyen hidegben az utcán?” kérdés sugallja.

Mentális helyzet

Az egészségiállapot-mutatók következő csoportjába azok a típusú panaszok tartoznak, amelyek tekintetében a hajléktalan embereknek jelentős hátrányaik vannak. A hajléktalan emberek nagyobb arányban számolnak be szorongásról, mint az országos felmérésben megkérdezettek, ami egyébként nem lenne meglepő. Csak a fentiek, a járással és fájdalomérzettel kapcsolatos válaszok tükrében érezhetünk némi bizonytalanságot a hallatán. A mentális vagy pszichés státuszt illetően a nem hajléktalanok közül minden harmadik ember panaszodik a közérzetére, a hajléktalanok közül minden második. Lehet, hogy a hajléktalanság inkább a lelki bajok eredője, vagy inkább jár lelki, és kevésbé testi gyötrelmekkel?

A nők mindenestre nyugtalanabbak a számok alapján, mint a férfiak.

4. tábla

Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!		
Szorongás	Nem hajléktalan budapestiek	Budapesten élő hajléktalan emberek
nem nyugtalan	68 %	54 %
nyugtalan	28 %	38 %
nagyon nyugtalan	3 %	7 %
	100 %	100 %

A lakásban lakó budapestiek mentális állapotot jelző panaszainak gyakorisága 65 év felett „utoléri” a hajléktalan embereknél mért értéket. Ezen a ponton fel kell tennünk kérdés: mi lehet az oka annak, hogy a 65 évesnél idősebbek között a hajléktalan emberek válaszainak gyakorisága más irányban tér el, mint a fiatalabb korosztályoké? Először is próbáljunk meg egyszerű magyarázatot keresni az idős hajléktalan emberek átlagos, vagy esetenként az átlagosnál is kedvezőbbnek látszó egészségi állapotára.

A hajléktalan embereknek mindössze 6%-a idősebb 65 évesnél, az OLEF 2000 felvételben pedig ebbe a korcsoportba a megkérdezettek 18%-a tartozik. A 65 év feletti hajléktalanok között a nyolcvan évesnél idősebbek aránya csak 5% körüli, az OLEF 2000-ben ez az arány több mint 12%. A lakásban lakók általában idősebbek, így kézenfekvőnek tűnik, hogy náluk ezért gyakoribbak a betegségek és a panaszok.

Csakhogy amíg az OLEF adatfelvétele nem folyt intézményekben, így kórházakban sem, a mi adataink között szerepelnek az egészségügyi intézményekben ápolott hajléktalan emberek válaszai, és a hajléktalan emberek között sokkal többen vannak a Magyarországon jellemzően rosszabb egészségi állapotú férfiak.

Jobban követhető talán az összehasonlítás, ha a mintában szereplő hajléktalan és nem hajléktalan 65 év felettieket párba állítjuk. A hajléktalan és nem hajléktalan emberek páronkénti összehasonlításakor az életkor alapján a matematikailag lehetséges összes eset (pár) kétharmadában a hajléktalan emberek előnyt élveznének (a hajléktalanok átlagosan 4 évvel fiatalabbak, mint a nem hajléktalan idősök). A nemek egyenlőtlen eloszlása és az

egészségügyi-szociális intézményben ellátottak jelenléte miatt azonban a lehetséges esetek 50%-ában hátrányban lesznek a lakásban lakókkal szemben. Tehát legfeljebb az esetek (lehetséges párok) negyedében lenne a lakásban lakóknak olyan, nem túl nagy, korelőnye, amelyet más tényező nem ellensúlyoz. Ez pedig azt jelenti, hogy a kor a nem hajléktalan emberek hátrányának legfeljebb 16%-át magyarázhatja. A hasonlítás meglepő, magyarázatot igénylő arányai a korkülönbségek kiküszöbölése mellett is megmaradnak.

Az eddigi adatok alapján összefoglalásként azt mondhatjuk, *hogy a hajléktalan és a nem hajléktalan emberek egészségi állapotának összehasonlítása a vártnál kisebb különbségeket mutat.* A fájdalom érzése és a mentális zavarok észlelése, mivel egyénekenként is nagyon különböző lehet, előfordulhat, hogy nem a betegségek előfordulásának a gyakoriságát mutatja. A mozgás és az önellátás megítélése azonban azonos kell legyen mindenkinél.

Látás

5. tábla

Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!						
Látás	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002
jól lát	83	79	70	47	58	29
szemüveggel jól lát	16	20	26	50	35	59
rosszul lát	1	1	4	3	7	12
	100	100	100	100	100	100

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

Magyarországon minden negyedik embernek és minden második hajléktalan embernek problémája van a látásával. A 35 évnél fiatalabbaknál a különbség még nem mérhető, azonban az idősök korcsoportjában már nagyon látványos a hajléktalan emberek hátránya. A korcsoportok közötti eltérések éppen ellentétes irányúak, mint azt az önellátás, a járás ill. a mentális problémákat firtató kérdéseknél láttuk. Mintha hirtelen helyére kerültek volna a dolgok: ismét felerősödik bennünk a gyanú, hogy az előzőekben valamilyen tévedés történt.

Az adatok ilyenfajta torzítását több dolog is okozhatja: az otthon ápoltak magas aránya a nem hajléktalanok között, a magas halálozási arány a hajléktalan embereknél, a válaszadó hajléktalan emberek félelme attól, hogy betegségükről szóló beszámolójuk arra ösztönzi a szociális munkásokat, hogy szociális otthoni elhelyezéssel „sikeresen megoldják” a hajléktalanság problémáját (a kérdőívet szociális munkások vették fel). Az otthoni ápolás nem korszpecifikus, ezért az időskorúak estében tapasztalt arányokat nem magyarázza. A fájdalomérzet nem inkább halálok, mint a rossz látás, a szociális munkások pedig az egészségi gondokkal kapcsolatban inkább megértőek, mint bármi mással.

Mivel hajléktalan embereknél kiugróan magas arányú látási problémának nagy valószínűleg nem genetikai okai vannak (soha sem sikerült még ilyenfajta feltételezést bizonyítani) ezért inkább a hajléktalan életmóddal (talán a táplálkozással) függhet össze.

Kórházban eltöltött napok száma

A hétköznapi tevékenységekkel kapcsolatos akadályoztatás, mint láttuk, nem felétlenül van jelen a szociális (lakás-) helyzet romlását követően. A kórházban eltöltött napok száma azonban közvetlenül mutatja az aktuális életkörülmények és az egészségi állapot összefüggéseit.

„Az elmúlt 12 hónapban *fekvőbetegként* hány napot töltött el kórházban?” kérdésre a Budapesten lakásban lakók 84%-a, a hajléktalan emberek 64%-a válaszolta azt, hogy egyet sem. Az adatok kor és nem szerinti csoportosításban is ugyanazt mutatják: kevesebb hajléktalan ember tudta elkerülni a kórházat, mint amennyi nem hajléktalan. Az összehasonlított csoportok közötti különbség szignifikáns.

6. tábla

<i>Az elmúlt 12 hónapban FEKVŐBETEGKÉNT hány napot töltött el kórházban?</i>								
Napok	Korcsoportok						Teljes	
	18-34 éves		35-64 éves		65 + éves		OLEF	F3-2002
	OLEF*	F3-2002*	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002
0 nap	88,2%	75,4% *	87,9%	61,7%	70,5%	62,7%	84,4%	63,8%

1 - 5 nap	8,0%	2,2%	3,7%	3,2%	5,8%	1,5%	5,4%	3,0%
6 - 10 nap	1,3%	5,6%	2,7%	4,7%	4,8%	8,2%	2,7%	5,0%
11 - 15 nap	1,3%	4,5%	1,2%	3,9%	5,1%	3,7%	2,0%	4,0%
16 - 20 nap	0%	,8%	0,7%	1,5%	2,4%	3,0%	0,9%	1,5%
21 - 25 nap	0,5%	1,7%	1,7%	2,2%	4,7%	3,7%	1,9%	2,2%
26 + nap	0,8%	9,8%	2,1%	22,7%	6,6%	17,2%	2,7%	20,4%
Total:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

A hajléktalan és nem hajléktalan emberek válaszai között akkor is mérhető az eltérés, ha csak azoknak a válaszait nézzük, akik voltak kórházban az említett időszakban (tehát a „0” napokat kihagyjuk a statisztikából).

Egészségi állapot szempontjából a fiatal hajléktalan nők vannak a legrosszabb, az idős hajléktalan férfiak pedig a legjobb helyzetben. Vagyis a hajléktalan emberek esetében ott a legjelentősebb az egészségi állapot negatív hatása, ahol egyéként a fizikai-mentális státusz az általános hogylétünket a legkevésbé szokta befolyásolni. Lehet, hogy mi magunk, a várakozásaink, előítéleteink, illetve ezen keresztül a segítő intézmények hiányosságai, esetleg minisztériumi osztályvezetők döntései karakterizálják a hátrányokat, jelölnék ki vagy divatos szóval rekesztenek (rekesztünk) ki csoportokat. Vagy lehet, hogy egyszerűen a 65 év feletti budapesti lakosok egészségi állapota olyan katasztrofális, hogy azon már a lakásvesztéssel sem lehet rontani?

Dohányzás és italfogyasztás

A dohányzásról és az italfogyasztásról az országos felmérésben résztvevőket önkitöltős kérdőíven kérdezték. Nekünk erre nem volt módunk, ezért (főként a szálláshelyeken kérdezettek válaszait illetően, ld. lejjebb) az adatokat némi fenntartással kell kezelnünk.

7. tábla

Dohányzás	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002

erős dohányos	18,1	54,0	20,9	62,0	3,3	35,5
rendszeres dohányos	23,2	27,8	16,1	21,6	4,7	25,4
nem dohányzik	58,7	18,3	63,0	16,4	92,0	39,1
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

A 7.táblán jól látható, hogy a sokkal több a hajléktalan emberek között a dohányzó.

8. tábla

<i>Az elmúlt hét napban hány napon fogyasztott alkoholtartalmú italt?</i>					
%	Lakásban lakók		Hajléktalanok		
	férfi	nő	szállón kérdezett	utcán kérdezett	
nap	0	26,2	59,9	46,5	29,4
	1	19,3	29,6	9,8	12,0
	2	2,4	6,8	9,6	11,4
	3	6,8	0	6,5	5,5
	4	8,8	0	3,4	4,1
	5	2,5	1,7	2,6	4,1
	6	0	0	1,3	1,5
	7	33,9	1,9	20,2	32,1
		100,0	100,0	100,0	100,0

Az OLEF felvételében az alkoholfogyasztásra vonatkozóan több kérdést tettek fel, és ennek alapján mindenkit besoroltak az absztinensek, az alkalmi ivók vagy a nagyivók csoportjába. Mi nem tudunk ennyire pontos közelítést adni, ezért az alkoholfogyasztás gyakoriságán kívül a fogyasztás mértékére vonatkozóan csak egy kérdéscsoportot tudunk átvenni.

Azokat, akik egy napon sem fogyasztottak alkoholt, nyugodtan nevezhetjük absztinenseneknek, akik pedig a hét minden napján fogyasztottak valamit, nagyivóknak tarthatjuk. Azt látjuk, hogy a hajléktalan emberek között jóval többen vannak az absztinensek,

mint azt a népesség átlaga alapján várnánk. A szálláshelyeken az alkoholfogyasztás nem megengedett, ezért feltételezhetjük, hogy sokan nem mondtak igazat (bár az alkoholfogyasztás a szálláshelyen kívül nem tilos). Ha csak az utcán élő, ott megkérdezettek válaszait nézzük, akkor a különbség nagysága csökken ugyan, de az absztinens emberek aránya még mindig magasabb lesz a hajléktalan emberek között.

Bármennyire ellentmond a hajléktalan emberekről kialakított elképzelésünknek, el kell fogadnunk, hogy a budapesti szállókon és közterületeken megkérdezett hajléktalan emberek körében többen vannak nemivók, mint a lakásban lakók körében. Az adataink szerint az is tény, hogy a nagyivók ugyanolyan arányban vannak jelen a hajléktalan emberek között, mint bármely más helyen. Egy sztereotípiával talán szegényebbek lettünk (a hajléktalan nem az a vén piás, akit látásból ismerünk valamennyien). Tehát amit szinte biztosan állíthatunk: nem az alkohol taszít valakit a hajléktalanságba, és a hajlék nélküli lét sem indikál feltétlenül alkoholizmust. A hajléktalan emberek részegsége viszont jobban látható, és sokkal megrázóbb, ha az ápolatlanság vagy a rossz fizikai állapot látványával társul.

Az átlagos alkoholfogyasztás az OLEF mintában szerpelőknél 4 pohár/hét, a hajléktalan emberek esetében 7 pohár/hét. A hajléktalanok nagy többsége bort iszik, a sör, illetve a égetett szeszek fogyasztásának a tekintetében a hajléktalan emberek "hátránya" jelentős. Az italfajta-választást csak részben magyarázza a tradíció, anyagi összefüggései is vannak. Tehát ha nem a mennyiséget, hanem az alkoholra fordított összeget nézzük, valószínűleg a nem hajléktalan embereké az elsőbbség. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy a közterületen élő válaszadóink 41%-ának semmi pénze nem volt a kérdéses időpontjában.

Az egészségi állapotra vonatkozó további adatok

A megkérdezett hajléktalan emberek 13%-ának jelenleg is van valamilyen sebe, sérülése. 219 ember (9%) volt már TBC-s. A válaszadók 26% állt már pszichiátriai kezelés alatt. A vizsgálatban szereplő hajléktalan emberek 61% volt már műtve, és 8%-uk számolt be korábbi fagyási sérülésről.

Összegzés

Lehetséges, hogy a panaszok gyakoriságára támaszkodó egészségi állapotot jelző mérés a hajléktalan emberek esetében nem jól működik (bár ilyet eddigi ismeretünk szerint sehol sem tapasztalatak). Lehetséges, hogy minden adat a fentiek ellen szól, mellette meg semmi. Azt viszont reméljük, hogy az egészségi állapotra vonatkozó általánosítások előbb vagy utóbb, így vagy úgy bekerülnek azoknak a legtöbbször jó szándékú, de téves vélekedéseknek sorába, amelyek közül egynéhányra már alig emlékszünk. Nagyon nagy szerencsének érezzük, hogy olyan adatok kerültek elénk, amelyek ismét csak azt bizonyítják, hogy a hajléktalan embereknek szánt szolgáltatásokat a tapasztalati tények, és nem az öteletek és vélekedések szerint kell hogy formáljuk.

Még egyszer hangsúlyozni szeretnénk azonban, hogy a hajléktalan és nem hajléktalan emberek egészségi állapotának esetenkénti azonossága nem azt jelenti, hogy a hajléktalan emberek nyomorúságos életkörülményei nem egészségkárosítóak, hanem azt, hogy a lakás, ill. fedél nélküliség mellett léteznek más, az egészségi állapot szempontjából legalább annyira „hatékony”ártalmak. Úgy látszik azonban, hogy elsősorban idős korban a hajléktalanság még valamilyen fajta védelmet is nyújthat. Talán azt, hogy a hajléktalan emberek körülményei nem teszik lehetővé a magányosságot, a passzivitást, nagyon ritkán tapasztalhatunk náluk mozgáshiányt. A káros szenvedélyek terjedésének pedig, láttuk, az anyagi lehetőségek szabnak határt.

A KIHÚLÉSRÓL

A kihüléssel halálozások kutatása

Az Egészségügyi, Szociális- és Családügyi Minisztérium a múlt év decemberében azzal bízta meg háromfős kutatócsoportunkat, hogy állítson össze egy listát a 2002. november 1. és 2003. február 28. között az ország területén történt kihüléssel halálozásokról. Ezen kívül azt kaptuk feladatul, hogy tekintsük át a kihüléssel halálozásokra vonatkozó jelenleg rendelkezésre álló adatforrásokat és adatszolgáltatási rendszereket. Kutatásunk kezdetén megpróbáltunk kidolgozni egy tervet arra, hogyan juthatunk a szükséges adatok birtokába, illetve hogyan ismerhetjük meg a kihüléssel halálozásokkal összefüggésbe hozható szociális tényezőket. Azt feltételeztük ugyanis, hogy a hypothermia (kihülés) kialakulásában, illetve a kihüléssel halál bekövetkeztében nagy szerepet játszanak – az időjárási és egészségügyi tényezők mellett - bizonyos szociális tényezők is, melyek megismerése közelebb vihet a probléma megoldásához.

Több alapvető kérdés merült föl ezzel kapcsolatban, amelyekre a választ az aktuális adatok elemzésétől vártuk. Melyek a hypothermia által veszélyeztetett csoportok Magyarországon? Vajon milyen életkor szerinti eloszlást mutatnak az esetek? Mi jellemzi a nemek arányát? Milyen életkörülmények közt éltek az elhunytak (egészségi állapot, társadalmi kapcsolatrendszer stb.)? Vajon mi jellemzi a halálozások területi eloszlását (vidék-főváros, város-falu)? Ezzel összefüggésben beszélhetünk-e az esetek kapcsán földrajzi tagolódásról, elkülöníthetők-e egyes régiók? Milyen mértékben tükrözik az esetek a hajléktalanság problémáját? Többek közt ezekre a kérdésekre szeretnénk volna

választ kapni annak érdekében, hogy a kihüléssel halálozások egy tágabb szociális kontextusba helyezhessük.

A kutatás első lépéseként megpróbáltunk a 2002/2003 telére vonatkozó adatok birtokába jutni, melyek elemzése révén megállapíthatjuk majd a főbb tendenciákat. Azonban hamar nyilvánvalóvá vált, hogy mindezt több körülmény is lehetetlenné teszi számunkra. Először is, a kérdéses időszak lezárulta előtt fogtunk hozzá az adatok gyűjtéséhez, ami megoldhatatlannak bizonyult, hiszen az adatszerzés-adatszolgáltatás rendszerében részt vevő intézmények sem jutnak ilyen rövid időn belül a kellő adatokhoz. Első észrevételünk tehát, hogy igen lassúnak mondható az adatáramlás folyamata. Az adatszerzésünk körüli bizonytalanság kutatásunk előrehaladtával egyre fokozódott, olyannyira, hogy kérdésessé vált a nyilvántartásba került adatok megbízhatósága is. Ennek ellenére összegyűjtöttük az általunk vizsgált időszakra vonatkozó, számunkra hozzáférhető adatokat.

A GYÓGYINFOK-tól származó adatok szerint 2002. november 1. és 2003. február 28. között 192 hypothermiás beteget kezeltek kórházban. Közülük 54 beteg meghalt, 54 beteget elbocsátottak, a többi beteget kórházon belül áthelyezték, vagy más kórházba szállították, így további sorsukra nézve nem rendelkezünk információval. A kezelt betegek 64%-a férfi, életkor tekintetében 40%-a középkorú, 50%-a időskorú.

Emellett a Budapestre vonatkozó adatokat a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézete bocsátotta rendelkezésünkre. Ezek alapján az említett négy hónapon belül Budapesten 17-en hunytak el kihülés következtében. Az elhunytak mindannyian férfiak voltak. Az esetek felében megállapítható, hogy az elhunyt alkoholt fogyasztott halála előtt.

Még e kevés adat birtokában is újabb ellentmondással kerültünk szembe, mivel az említett intézményektől származó (részleges) adatok sem egyeznek meg egymással. A GYÓGYINFOK-tól származó adatok alapján 9, míg az Semmelweis Egyetem

Igazságügyi Orvostani Intézetétől származó adatok szerint 7 hypothermiás beteg halt meg ebben az időszakban fővárosi kórházban. Ezen a ponton vált világossá számunkra az, hogy egyrészt a kutatás eredeti terve nem lesz kivitelezhető, másrészt pedig, hogy a kutatást sokkal alapvetőbb szinten kell folytatni, hiszen a birtokunkban levő adatok alapján aligha vonhatnánk le helytálló következtetéseket.

Elkezdtek tehát megvizsgálni az adatok nyilvántartásba kerülésének módjait, hogy rájövünk, milyen akadályok állnak a zökkenőmentes, gyors és megbízható adatszolgáltatás útjában. Megvizsgáltuk az egyes intézmények adatszerzésben, illetve adatszolgáltatásban betöltött szerepét, a halálesetek kapcsán lefolytatott eljárásokat, az esetek dokumentációját, illetve az ezek alapjául szolgáló jogszabályokat. A vizsgálat befejeztét követően megállapítottuk, hogy a kihüléssel kapcsolatos halálesetekre vonatkozó nyilvántartás és adatszolgáltatás rendszere átláthatatlan és ellenőrzés nélküli.

Aki hasonló kutatásba kezd, annak hamar feltűnik a magyar nyelvű szakirodalom és a hazai kutatások hiánya. Mindössze két szociális szempontú, Magyarországot érintő munka említhető. Az egyik Győri Péter *Fagyhalál* című írása, mely az 1955-1994 közötti időszakban bekövetkezett kihüléssel kapcsolatos halálesetek statisztikai adatait összesíti. A tárgykörben úttörő munkának számít a Bácskai Erika szerkesztette, *Fagyhalál Magyarországon* című kötet. A szerzők az 1998/1999 telén bekövetkezett kihüléssel kapcsolatos haláleseteket vizsgálták egyrészt a KSH összevont adatait elemezve, másrészt néhány általuk készített esettanulmány alapján. Mindemellett összehasonlították a rendelkezésükre álló statisztikai adatokat a sajtó által bemutatott képpel. Munkájukkal megtették az első lépést a probléma tudatosítása és feltárása felé vezető úton.

A kihüléssel kapcsolatos külföldi szakirodalomnak nem létezik magyar nyelvű ismertetése. E hiány pótlása végett nyújtunk betekintést Nagy-Britannia és az Egyesült Államok területére vonatkozó munkákba. A kihüléssel szemben az angol nyelvű tanulmányok a hangsúlyt a hypothermiás betegségek okainak felismerésére és a betegség kezelésére, illetve annak megelőzésére helyezik. Nagy jelentőséget

tulajdonítanak a veszélyeztetett egyének és csoportok szociális körülményei vizsgálatának. Az említett országokban már korábban megkezdődtek a probléma feltárására irányuló kutatások, és számos megelőzést célzó intézkedést is bevezettek. Ennek eredményét tükrözhetik a csökkenő tendenciát mutató brit számadatok is.

Mivel Magyarországon a KSH adatai szerint évről évre nő a hypothermia áldozatainak száma (ld. Győri; Bácskai 2000), fontos, hogy a jövőben az illetékes szervek, szociális és egészségügyi intézmények mielőbb megtegyék a szükséges lépéseket a probléma megoldása érdekében. Feltevésünk szerint a hypothermiás megbetegedések – bizonyos esetekben - megelőzhetőek lennének, így csökkenthető lenne a hypothermia áldozatainak száma. Kitűzött céljaink ugyan csak részben valósul(hat)tak meg, tanulmányunk mégis kiindulópontjául szolgálhat a további vizsgálatoknak. Eddig szerzett ismereteink alapján tett ajánlásainkkal szeretnénk hozzájárulni a még hiányzó intézményi beavatkozások kifejlesztéséhez.

Az Egészségügyi, Szociális- és Családügyi Minisztérium megbízásából végzett kutatásunk részét kellett, hogy képezze egy, a rendelkezésre álló adatforrások alapján összeállított lista a 2002. november és 2003. február 28. között az ország területén történt kihűléses halálesetekről. A lista tartalmazná a halott nevét, az esemény pontos helyszínét, valamint az esetről információval bíró személyek nevét és elérhetőségét (az érintettek beleegyezésével). A lista összeállítását több, előre nem látható tényező is lehetetlenné tette.

A Központi Statisztikai Hivatal egyrészt a kutatás befejeztének időpontjáig nem dolgozta fel a rendelkezésére álló adatokat, másrészt pedig, az adatvédelmi törvényre hivatkozva, a birtokában lévő dokumentumokba való betekintést sem engedélyezte számunkra.

Az ORFK birtokában lévő adatokba való betekintést csak abban az esetben engedélyeznek, amennyiben arra a Minisztérium megfelelő szintű képviselője felkéri az országos rendőrfőkapitányt.

Az ÁNTSZ-től kapott adatok nem alkalmasak egy ilyen lista összeállítására. Az ÁNTSZ, a KSH megfelelő ügyosztályának, és a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének vezetője az országos szintű adatok összegyűjtésére tett ígéretet. Azonban ezeknek az adatoknak a várható beérkezése a kutatás időtartamán kívül esik, ezért a kért listát - mely a halott nevét az adatvédelmi törvény értelmében nem tartalmazhatja – nem állt módunkban összeállítani.

A kihülés orvosi szempontú definíciója

Az emberi szervezet belső hőmérséklete viszonylag szűk határok közt változhat maradandó károsodás nélkül. A test hőmérsékletének süllyedése okozhat betegséget, hypothermiás állapotot, amely akkor kezelhető, ha csak időszakos, és a test hőmérséklete nem csökken a kritikus szint alá. Szélsőséges esetekben a hypothermia halálhoz vezet. Az orvostudomány két fő formáját különbözteti meg, a primer és szekunder hypothermiát.

Primer hypothermia kialakulhat:

- hűvös vagy hideg környezetben tartós expozíció után, megfelelő védőöltözet hiányában;
- tartós, szélsőségesen alacsony környezeti hőmérsékleten;
- nagy hőkapacitású hideg közegben (pl. víz);

Szekunder hypothermia nem szélsőséges hideg hatására, hanem szoba- vagy ahhoz hasonló hőmérsékleten, károsodott hőszabályozású és/vagy védekezésre képtelen egyénen alakul ki. A szekunder hypothermiára hajlamosító tényezők:

- alkohol, narkotikumok, altató- nyugtató szerek, tranquillánsok;
- endokrin betegségek (pajzsmirigy, mellékvese, agyalapi mirigy);

- idegrendszeri betegségek (pl. koponyatrauma);
- anyagcserebetegségek (pl. májelégtelenség);
- alacsony hőmérséklet nem megfelelő érzékelése (idős kor, részeg állapot);

A szekunder hypothermia sajátos formája az ún. accidentális hypothermia, a testhőmérséklet váratlan 35 fok alá csökkenése. Hajlamosító tényező lehet különböző gyógyszerek használata (pl. neuroleptikumok, nyugtatók, altatók, tranquillánsok), és betegségek (pl. szívelégtelenség, tüdőgyulladás). Ahogy azt már említettük, a hypothermia szélsőséges esetekben halálhoz vezet. A kihűléses halál bonclelete nem jellegzetes, néhány jeléről említést tettek a megkérdezett szakemberek és az orvosi szakkönyvek, ilyen pl. a gyomornyálkahártya-vérzések, a jobb szívfél tágulata, a tüdőben vérzéses tüdővizényő, stb. Azonban a boncolási lelet egymaga nem bizonyíték a kihűléses halál mellett. Csakis az összes körülmény figyelembevétele, és más halálokok kizárása után lehet bizonyosan megállapítani a kihűléses halál tényét.

A külföldi szakirodalom a hypothermiás állapotban lévő emberen tapasztalható jeleket is részletesen taglalja, ilyen például a gyenge koordinációs képesség, botladozás, hallucináció, a bőr elékülése, puffadtá válása, gyenge pulzus. Fontos megjegyezni, hogy a külső jelek alapján egy hypothermiás ember könnyen összetéveszthető egy ittas állapotban lévő emberrel.

A hypothermia orvosi szimptomái:

- már 35 fokos belső hőmérsékletnél, illetve az alatt fáradtságérzés, mozgásszegénység, érdektelenség;
- 28-25 fok között a pulzus és a légzés lelassul, és izommerevség áll be;
- 25 fok alatt központi idegrendszeri elváltozások keletkeznek, ami az ember halálához vezet.

A lehetségesen előforduló hypothermiás esetek valódi bekövetkeztét erősen befolyásolja számos szociális, gazdasági és egészségügyi tényező, illetve ezen tényezők együttese.

Hajlamosító tényezők a nem megfelelő táplálkozás, betegségek, alkoholfogyasztás, drogok használata. Mindezek gyengítik a szervezet ellenálló képességét, károsíthatják hőszabályozását. Az alkoholfogyasztás például hideg környezetben igen veszélyes lehet, hiszen a melegézés hatására a kábult személy ledobhat magáról egyébként nélkülözhetetlen ruhadarabokat, és szervezete lehűl. Más esetben az alkohol álmosá teheti az embert, elalszik, és nem érzi a hideget. Mindezek mellett azonban szociális tényezők is közrejátszhatnak a hypothermia kialakulásában, és a kihüléssel halál bekövetkeztében. Ilyen például az elszigeteltség, vagy a szociális háló gyengülése, illetve hiánya.

A statisztikai adatok tükrében a legvesélyeztetettebbek a közép- és időskorú férfiak. Esetükben egészségügyi, pszichológiai és szociális kockázati tényezőkkel egyaránt számolni kell. Bár a hypothermia nem zárható ki a fenti tényezők hiányában sem. A megelőző intézkedések bevezetéséhez azonban elengedhetetlen a szociális tényezők számításba vétele. A hajléktalanok, mint kiemelten veszélyeztetett csoport, gyenge fizikai állapotuk, kimerültségük, nem megfelelő táplálkozásuk miatt ki vannak téve az időjárás viszontagságainak, és általános egészségi állapotukat tovább súlyosbíthatja a gyakori alkoholfogyasztás is.

Ahogy az a Bácskai Erika által szerkesztett kötetből kiderül, 1998-1999 telén a hypothermia áldozatainak 74 százaléka férfi, az elhunytak 53 százaléka középkorú (40-59 év közötti), 32 százaléka időskorú (60 éve feletti), és 75 százaléka egyedülálló volt. Az esetek közel egyötödében szerepet játszott valamilyen alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható betegség. Az esettanulmányokból kiderül, hogy a társadalmi elszigetelődés a kihüléssel esetek fontos tényezője.

A kihüléssel halálesetek dokumentációja

A kihüléssel halál jogi szempontból a „rendkívüli halál” kategóriájába sorolható. Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény 218.§ (3) bekezdése alapján “rendkívüli az a halál,

amelynek természetes módon való bekövetkezését a körülmények kétségesé teszik”. Ezen kívül orvosi szempontból a természetes halállal szembeni „erőszakos halál” kategóriájába is beilleszthető. Az ezekben a kategóriákba való besorolás jogszabályok által előírt orvosi és rendészeti eljárásokat von maga után.

A jogi szempontok figyelembevétele mellett elengedhetetlen azoknak a dokumentumoknak a pontos számbavétele is, amelyeket a hivatali eljárások folyamán egy-egy haláleset bekövetkezése után állítottak ki. A hiteles adatok alapos ismerete ugyanis befolyásol(hat)ja az objektív adatszolgáltatást és adatgyűjtést. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 217.§ (1) bekezdése alapján a halál bekövetkeztét halottvizsgálattal kell megállapítani. A halottvizsgálat minden olyan körülményre kiterjed, amely a halál bekövetkezése tényének, bekövetkezése módjának és okának megítéléséhez szükséges. A 34/1999 (IX. 24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 2. § (1) alapján a halottvizsgálatot ellátó orvos lehet - a halál beálltának helyszíne szerinti - fekvőbetegosztály vagy járóbeteg-ellátó egység orvosa, vagy ügyeleti szolgálatot ellátó orvos, mentőorvos, a halál helye szerint illetékes háziorvos, ill. ezen szolgálat ügyeletes orvosa, vagy a halál helyéhez legközelebb eső, patológiai osztállyal rendelkező fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa. E rendelet 1§ (4) bekezdése alapján ha a vizsgálat során rendkívüli halál bekövetkeztét észleli, a halottvizsgálatot végző orvos köteles a hatóságot azonnal értesíteni. A halottvizsgálati bizonyítvány 1-20. pontjait a halottvizsgálatot végző orvos tölti ki. Rendkívüli halál esetén a halottszemle megtartása kötelező. A szemlebizottság tagjai a bizottság vezetője, akinek igazságügyi orvosszakértői képesítéssel kell rendelkeznie, a rendőrorvos, a bűnügyi technikus, és indokolt esetben egyéb szakértők és szaktanácsadók. Ha a helyszínre érkező szemlebizottság megerősíti a rendkívüli halál tényét, az Eütv. 218. § (1) bekezdése alapján “hatósági eljárást kell lefolytatni és az elhunyt hatósági boncolását kell elrendelni. (2) A hatósági boncolás célja a halál okának, bekövetkezése körülményeinek tisztázása.” A halottszemléről az eljáró hatóság egyidejűleg jegyzőkönyvet készít. A 34/1999 BM-EÜM-IM rendelet 13§ (3) bekezdése alapján pedig a “hatósági boncolásról készített jegyzőkönyvet a véleményi résszel együtt - két példányban - meg kell küldeni a boncolást elrendelő hatóságnak. A

kezelőorvos a vélemény készítésénél nem lehet jelen. Amennyiben az eljárás érdekét nem sérti, a hatóság a jegyzőkönyv egy példányát a kezelőorvos részére megküldi.”

A hatósági boncolásról készült jegyzőkönyv egyik példányát abban az illetékes intézményben helyezik el, amelyben a boncolást végezték, a másikat az illetékes (városi/fővárosi) rendőrkapitányságon. A megyei kapitányságokra érkező adatok országos szinten, az ORFK Egészségügyi és Pszichológiai Egyesített Központjában futnak össze. Ezekbe betekintést azonban nem nyerhettünk az adatvédelmi törvényre való tekintettel. A másik ide vonatkozó dokumentum a hat példányból álló halottvizsgálati bizonyítvány. A halálokokra vonatkozó megállapításokat ebbe – a kihűléses halál esetében – a boncolást végző orvos jegyzi be (ld. 34/1999 5§ (3)). A halál okát megállapító orvos a halottvizsgálati bizonyítvány első három (I-III.) példányát megküldi a haláleset helye szerint illetékes anyakönyvvezetőnek, aki a haláleset anyakönyvezése és az anyakönyvi folyószámnak a halottvizsgálati bizonyítványon történő feltüntetése után az I. példányt megküldi a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) területileg illetékes igazgatóságának, a II. példányt anyakönyvi alapidatként megőrzi, a III. példányt megküldi - a haláleset szerint illetékes - jegyzőnek. A IV. példányt a halál okát megállapító orvos átadja az elhunyt eltemettetésére kötelezett személynek vagy szervnek. Az V. példányt megőrzi. A VI. példányt megküldi az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (továbbiakban: ÁNTSZ) - a haláleset szerint illetékes - megyei intézetének. A halottvizsgálati bizonyítvány I-IV. példányát a halálok megállapítását követő első munkanapon, a VI. példányt havonta összegyűjtve kell továbbítani.

E dokumentumok mellett a meghalt személyekről a halálozási adatszolgáltatás alapnyomtatványának minősülő halálozási lapot állítanak ki. Ezt az egészségügyi intézetben történt halálesetekről az intézet tölti ki, és elküldi az illetékes anyakönyvvezetőnek legkésőbb a halált követő első munkanapon. Az intézeten kívüli halálozásról az illetékes anyakönyvvezető állítja ki a statisztikai lapot. (A halálozási lapot a halottvizsgálati bizonyítványhoz csatolva kezelik.) Mindezt a tárgyhót követő hó 5-éig köteles megküldeni a KSH megyei (fővárosi) igazgatóságának.

Az adatforrások megbízhatóságáról

A kihüléssel halál egyéni-társadalmi háttérének tisztázásához, majd a megelőző stratégiák és intézményi/szociális beavatkozások kidolgozásához mindenképp objektív adatokra van szükség. A kutatásunk során folytatott interjúk, illetve az idevonatkozó jogszabályok világossá tették számunkra, hogy a KSH által feldolgozott és publikált adatok nem ad(hat)nak pontos tájékoztatást arról, hogy az országban valójában hányan haltak meg kihülés miatt. Először is, a KSH-ban feldolgozott adatok nem követik a halálesetek okaira vonatkozó diagnózis változásait. Gyakran fordul elő olyan eset, hogy a helyszíni halottvizsgálat során a kihülést jelölik meg elsődleges halálokként. Ez bekerül a halottvizsgálati bizonyítványba, amelyet továbbítanak a KSH felé, ott pedig feldolgozásra kerül az adat. Azonban a boncolás és a hatósági vizsgálatok elvégzését követően egy eltérő halál okot állapítanak meg; a KSH adatbázisába bekerült adatok utólagos módosítására azonban nincs lehetőség. Ez fordítva is előfordulhat, vagyis akkor, ha a helyszínen nem a kihülést állapítják meg a halál elsődleges okaként, később azonban ezt a diagnózist megváltoztatják, és mégis az válik az elsődleges halál okká.

Az adatszolgáltatás során olyan nehézségekkel kell(ett) számolnunk, hogy pl. az orvosok nem ismerik a halottvizsgálatra vonatkozó jogszabályokat. Erre tették utalást az általunk megkérdezettek, és ezt igazolják a KSH korábbi évekre vonatkozó kiadványainak adatai is. A Demográfiai Évkönyvek „igen nagy hideg okozta halál”-ra vonatkozó táblázataiból kiderül, hogy a halál okát több esetben nem a boncolást végző orvos állapította meg (azaz boncolásra nem került sor), hanem például 1999-ben a 349 esetből 30 esetben „kezelőorvos”, és 29 esetben „orvos”. Rendkívüli halál esetében (amelybe a kihülés is beletartozik) a vonatkozó jogszabályok hatósági boncolás végrehajtását írják elő. Az orvosok tehát vagy nem ismerik pontosan a kihüléssel halálesetekre vonatkozó jogszabályokat, vagy eljárásuk folyamán figyelmen kívül hagyják azokat.

A 34/1999 BM-EÜM-IM együttes rendelet az orvosok viszonylag széles körének teszi lehetővé a halálok megállapítását. Vagyis, míg korábban a közterületi halálesetek halottvizsgálatával kapcsolatos teendők a rendőri szerv hatáskörébe tartoztak, addig az új törvény alapján ezt a „házi orvos, illetve ezen szolgálat ügyeletes orvosa” is elvégezheti. Az általunk megkérdezett szakemberek véleménye szerint ez a változtatás a tévesen diagnosztizált esetek számának növekedését eredményezte. A halált megállapító orvosok körének kiszélesítése több problémát vet fel. Először is, a betegellátásban okozhat fennakadást, ha valamelyik házi orvost elhívják például egy-egy közterületi haláleset megállapításához. Másodszor, a szakemberek véleménye szerint a betegellátás terén tevékenykedő orvosok kevesebb gyakorlattal rendelkeznek a rendkívüli halálesetek okainak megállapításában.

A fent említett szempontok mellett szerepet játszik a kihüléses halálesetek téves diagnosztizálásában az is, hogy jelentős adminisztrációs terheket jelentenek, és költséges orvosi és rendőri intézkedésekkel járnak együtt.

Az angol nyelvű szakirodalom ismertetése

Az általunk áttekintett angol nyelvű szakirodalom az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság területére kiterjedően tárgyalja a hypothermia jelenségét és annak szociális összefüggéseit. Míg a magyar sajtó leginkább a hajléktalanság és a fagyhalál kapcsolatának szentel különleges figyelmet, addig Angliában a rosszul fűtött vagy fűtetlen lakás okozta egészségkárosodás áll a figyelem középpontjában. Habár a két jelenség – a közterületen való kihülés és a hideg lakásban való megbetegedés – természetében különbözik, gyökereik és következményeik már nem választhatók el élesen. Az Egyesült Királyságban a szociális gondoskodás témakörében központi helyet foglal el a fűtetlen lakások kérdése. A „fuel poverty” kifejezés arra utal, hogy az egyén/család a lakás megfelelő fűtésének költségeit képtelen fedezni, vagy csak más alapvető szükségleteinek feláldozásával képes rá.

Angliában széleskörű kutatásokat végeztek a fűtetlen/rosszul fűtött lakások időskorúakra gyakorolt hatásáról, és a rossz egészségi állapot és a hideg lakások összefüggéseiről. 1972-ben készült az első hypothermiával kapcsolatos országos szintű felmérés, a Fox-Wicks Study. E tanulmányban az idős emberek alacsony testhőmérsékletének következményeit vizsgálva a szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy az idős emberek 10%-a ki van téve a hypothermia veszélyének. 2001-ben a Walsall Health and Fuel Poverty Project keretében megjelent egy tanulmány, mely a rosszul fűtött vagy fűtetlen lakásokban élőkkel kapcsolatos angol és amerikai források áttekintését tartalmazta. Mint fentebb említettük, a „fuel poverty” kifejezés azt az állapotot jelöli, amikor valaki saját otthonában állandó hidegben él. Szociológiai értelemben pedig azt az összefüggést jelenti, amely a fűtési szolgáltatásokhoz való nehéz hozzáférés és az alacsony jövedelem, valamint a nem megfelelő fűtőberendezések és a rossz szigetelésű házak között áll fenn. Egy pontosabb meghatározás szerint ide azokat a háztartásokat sorolják, amelyek állandó bevételük 10%-ánál magasabb összeget fordítanak fűtésre. Az ilyen háztartások minderre kétféleképpen reagálnak. Egy részük úgy takarékoskodik a fűtés költségeivel, hogy kevesebbet fűt. Más részük viszont fenntartja az optimális szobahőmérsékletet, noha képtelen a számlák kifizetésére, és így eladósodik. A legtöbb esetben azonban e két megoldás kombinációja valósul meg. Csupán Anglia területén 4,3 és 6,9 millió közé tehető a fűtési gondokkal küszködő háztartások száma. Ez az összes háztartás 20-30 százaléka.

A rosszul fűtött vagy fűtetlen lakások és a benne lakók rossz egészségi állapota közötti összefüggés egyértelmű, és két problémát is felvet. Ezek egyrészt a hideg, másrészt a nyirkos, penészes falú lakások egészséget károsító hatása. Sok ember azért betegszik meg, mert a hosszan tartó tél alatt rosszul fűtött, megfelelő szigetelést nélkülöző lakásában tartózkodik. Másrészt a falakban szaporodó penész is káros hatással lehet az emberi szervezetre, a nyirkosság gyakran kapcsolatba hozható a tartósan alacsony szobahőmérséklettel, a vírusok, baktériumok pedig könnyen elszaporodnak a nedves, nyirkos falú házakban.

Az Age Concern England publikálta a Cold Comfort című kutatási program eredményeit az alacsony szobahőmérsékletű lakások időskorú emberekre gyakorolt hatásainak vizsgálatáról. A beszámolóból kiderül, hogy a megkérdezettek egyharmada 16 fokos, vagy ennél alacsonyabb hőmérsékletű lakásban él. Feltételezik, hogy évente sokan az alacsony szobahőmérsékletek hatására betegszenek és/vagy halnak meg.

A probléma kezelésére, illetve megoldására tett javaslatokat is olvashatunk az említett írásokban. A Walsall-tanulmányban közegészségügyi szempontból közelítik meg a fűtetlen vagy rosszul fűtött lakásokban élők problémájának megoldását. Álláspontjuk szerint az említett egyének/csoportok a hypothermiára szociális helyzetük következtében válnak hajlamossá, és nem pusztán fizikai állapotuk miatt. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenség is fontos összetevője a probléma felismerésének, kezelésének.

Az ír Szociáldemokrata és Liberális Párt annak érdekében emelte fel szavát, hogy a fűtés és a megfelelően fűtött lakások ne privilégiumként, hanem alapvető jogként szerepeljenek a társadalom elvárásrendszerében. Nyilatkozatuk szerint megengedhetetlen, hogy az embereknek választaniuk kelljen, mely alapvető szükségleteiket elégítik ki. 1999-ben a probléma napirendre tűzéséért küzdöttek. Fel akartak állítani egy regiszttert, amely tartalmazza a lakóknak a lakások melegen tartására fordított valamennyi kiadását. Ez alapján állandó fűtési támogatást akartak biztosítani az érintett egyéneknek és családoknak. A téma napirendre tűzését azért tartják fontos lépésnek, mert akkor válik megoldhatóvá egy probléma, ha azt nevének nevezik, és bekerül a köztudatba.

A fűtetlen vagy rosszul fűtött lakásokban élők kérdése az Egyesült Királyságban a törvényalkotás szintjén is megjelent. 1991-ben terjesztették be a Home Energy Conservation Bill elnevezésű törvényjavaslatot, mely végül nem került elfogadásra. A javaslat a megoldást egy egységes fűtési és szigetelési mérce felállításában látta, és a legfőbb útnak az energia-megtakarítást gondolta.

A következő táblázatban az angliai adatokkal összehasonlítva drámai képet kapunk a kihüléses halálesetek hazai előfordulásának gyakoriságára nézve. (Zárójelben található a két szám aránya: Anglia és Wales/Magyarország).

<p>1977 Magyarország: 89 Anglia és Wales: 594 (6,6)</p>	<p>1982 Magyarország: 140 Anglia és Wales: 645 (4,6)</p>	<p>1987 Magyarország: 285 Anglia és Wales: 551 (1,93)</p>
<p>1992 Magyarország: 269 Anglia és Wales: 329 (1,2)</p>	<p>1998 Magyarország: 284 Anglia és Wales: 352 (1,2)</p>	<p>1999 Magyarország: 349 Anglia és Wales: 325 (0,93)</p>

A kimutatható tendencia szerint tehát a szigetországban a kihüléses halálesetek száma fokozatosan csökken, míg Magyarországon drámai mértékben növekszik. Olyannyira, hogy az egyik évben meg is haladja a nála ötször nagyobb lakossággal rendelkező területre eső kihüléses halálesetek számát. Ennek egyik feltételezhető oka a rendszerváltás után a hajléktalanság problémájának tömegessé válása és a szociális ellátórendszer összeomlása, mellyel együtt jelentősen megnőtt a kihüléses halál által veszélyeztetett emberek száma.

Az Egyesült Államokban a hypothermiára vonatkozó adatok a „Morbidity and Mortality” heti jelentésekben olvashatók. A fűtetlen vagy rosszul fűtött lakás (a „fuel poverty”) koncepció nem szerepel az amerikai jelentésekben. A hideggel összefüggésbe hozható halálesetekre és betegségekre vonatkozó információkat két csoportba sorolhatjuk. Az egyik csoportba tartoznak a sportbalesetekről (pl. sielés vagy hegymászás), a másikba a hajléktalanok kihüléses haláleseteiről szóló jelentések. A legtöbb hypothermiával

kapcsolatos amerikai megállapítás a megelőzésre és az egyéni felvilágosításra helyezi a hangsúlyt.

A következőkben néhány példán keresztül mutatjuk be az amerikai preventív intézkedéseket.

Philadelphiában az ún. kék kód egy olyan hivatalos jelzés a szociális és egészségügyi intézmények felé, amely akkor lép érvénybe, amikor a légáramlás okozta lehülés következtében a hőmérséklet 2-3 fokra, vagy az alá süllyed. Ebben az esetben újabb szállókat nyitnak, és férőhelyeket biztosítanak a hajléktalan embereknek. Ez a jelzés tehát az egészségügyi és szociális ellátó intézmények figyelmét arra hívja fel, hogy fordítsanak különös figyelmet az utcán éjszakázó emberekre.

Washington, D.C.-ben a krízishelyzetek kezeléséért felelős intézmény „hypothermia-jelzést” léptet életbe, ha az időjárási viszonyok ezt megkövetelik. Ez az intézmények fokozott odafigyelését és készenléti helyzetét jelenti. Ezen kívül, ha a lakosok valakin a kihülés jeleit észlelik, értesíthetik a rendőrséget, a helyi szervezeteket és menedékhelyeket.

San Franciscóban egy Homeless Deaths Prevention Community Advisory Board, egy Homeless Deaths Prevention Project és egy Homeless Deaths Research Team működik. Ezek a csoportok egymást kiegészítve dolgoznak azon, hogy dokumentálják az utcai haláleseteket, és feltárják azok okait.

1987 óta évről-évre felméri és elemzi a városban történt hajléktalan-halálesetek körülményeit, a halálhoz vezető tényezőket, és az elhunytak demográfiai, szociális és egészségügyi hátterét. Különös figyelmet szentelnek annak, hogy vajon az egyes halálesetek megelőzhetőek lettek volna, és ha igen, hogyan. A halálesetek felderítésére a kutatók (akik kezdetben civilek és újságírók voltak) egységes módszertant dolgoztak ki, mely egyrészt egy statisztikai felmérést foglal magába, másrészt pedig alapot ad arra, hogy a hajléktalanellátók és a hajléktalanok érdekvédő szervezetei hathatós megelőző stratégiákat dolgozzanak ki, illetve javasoljanak az ebben illetékeseknek.

A statisztikai felmérés a Medical Examiner adatai és dokumentumai alapján készül. A Medical Examiner egy olyan állami szerv, amely a rendkívüli halálesetek dokumentációjáért és azok hátterének feltárásáért felelős. Ezek közül a halálesetek közül szűrik ki az amerikai kutatók a hajléktalan eseteket, és tárják fel azok körülményeit. A kutatás egyik leglényegesebb pontja, hogy a kutatók egységes kritérium-rendszert dolgoztak ki arra, hogy definiálják, ki számít „hajléktalannak”. (Ez számunkra azért fontos szempont, mert mint az korábban kiderült, a magyarországi statisztikákba nem pontosan kerülnek be sem a hajléktalanságra, sem pedig a kihülésre vonatkozó adatok.)

A hosszú és fáradtságos munkával kiszűrt hajléktalan-haláleseteket vizsgálva a kutatók elemzik azok demográfiai hátterét (nem, kor, etnikum), fő okait, melyeket az előző szempontokkal is összevetnek, földrajzi elterjedésüket (a város melyik negyedében következtek be), ill. azt, hogy kórházban, közterületen, menhelyen vagy lakásban történtek. Megvizsgálják az elhalálozottak életkörülményeit (a megtalálási helyből következtetve), és a halálesetek időbeli eloszlását – az év mely szakában, hónapjában következtek be, összevetve ezt a halál elsődleges okával.

A fenti kutatás rövid ismertetésével célunk elsősorban a figyelem felkeltése. Arra törekedtünk, hogy bemutassuk a máshol már működő módszereket az egyes halálesetek szociális vonatkozásainak feltárására. Tanulásgént vonható le a kutatásból az is, hogy az elemzést városi, azaz helyi szinten végezték, így helyi szinten tudtak megvalósítható változtatásokat javasolni.

Ajánlások

Közvetett megelőzés céljából javasoljuk:

- az állami nyilvántartó és adatszolgáltató szervek tevékenységének hatékonyabb összehangolását, az adatok könnyebb feldolgozhatósága és elemzése végett;

- az országos tendenciák kimutatására és nyomon követésére az Országos Rendőrfőkapitányságon összefutó adatok - a jelenlegi gyakorlattól eltérően - tartalmazzák az elhunytak szociális körülményeire utaló adatokat (pl. kor, nem, iskolázottság, családi állapot, egészségügyi körülmények stb.);
- rendszeresen (3-5 évente) készüljenek széleskörű felmérések és esettanulmányok a hypothermiás betegek és a kihűléses halálban elhunytak szociális, egészségügyi körülményeiről;
- készüljön egy országos felmérés a fűtetlen és rosszul fűtött lakásokról, a lakhatási viszonyokról és az ott élők életkörülményeiről;
- a 34/1999 EüM-IM-BM rendelet módosítását
- jogszabály definiálja a hypothermia szempontjából a krízishelyzetet (azaz az élet és testi épség veszélyét).

Felvilágosítás céljából javasoljuk:

- az orvosok pontos tájékoztatását a hypothermia és a kihűléses halál okairól, külső jeleiről, szimptomáiról és körülményeiről az orvosi hírleveleken keresztül, különös tekintettel a hypothermia felismerésére és a betegek kezelésére;
- a tömegkommunikációs eszközök igénybevételével a lakosság felvilágosítását a hypothermia és a kihűléses halál okairól, külső jeleiről, szimptomáiról és körülményeiről, valamint a segítségnyújtás fontosságáról és annak lehetséges módozatairól;
- a veszélyeztetett csoportok tagjainak felvilágosítását a hypothermia veszélyéről, okairól és külső jeleiről a szociális ellátórendszeren és az egészségügyi intézményeken keresztül;
- minél hamarabb kerüljön sor a külföldi szakirodalom részletes feltárására, hogy tanulmányozni, illetve adaptálni lehessen a máshol bevált gyakorlatot.

Közvetlen megelőzés céljából javasoljuk:

- a téli időszakban (október közepe-március közepe) az ORFK a kihűléses halálesetekről, a GYÓGYINFOK a hypothermiás megbetegedésekről küldjön heti rendszerességgel napi szintű jelentéseket a minisztérium által kijelölt szervnek (szervezetnek);
- a minisztérium által kijelölt szerv (szervezet) dolgozzon ki országos akciótervet egy esetleges hypothermiás krízishelyzetre, s a hypothermiás krízishelyzet beálltának megállapítását követően adjon ki felhívást a helyi szociális szervezeteknek és a helyi önkormányzatoknak az akcióterv életbe lépéséről;
- az esetleges krízishelyzetekre helyi szintű akciótervek kidolgozását;
- a hypothermia veszélyének fennállása kerüljön be a szociális alapellátás (pl. családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok) jelzőrendszerébe, hogy a hypothermia által veszélyeztetett egyénekre és csoportokra irányuló figyelem mértéke emelkedjék;
- az energiaszolgáltatók közöljék a helyi szociális ellátó szervezetekkel és/vagy önkormányzatokkal, ha egy lakásban megszüntetik vagy felfüggesztik a fűtést vagy az áram- illetve gázszolgáltatást, s erre a kötelezettségre vonatkozóan szülessen jogszabály;
- a lakásfenntartási támogatástól független fűtési támogatás bevezetését, abban az esetben, ha a lakás fűtési költségének havi összege eléri vagy meghaladja a háztartás havi összjövedelmének 10 százalékát.

Felhasznált irodalom

Bácskai Erika (szerk.) *Fagyhalál Magyarországon 1998-1999 telén*. Budapest. Drog Alapítvány, 2001.

Bermúdez, Ricardo, Josh Brandon, Lynn von der Werth, Tomás Aragón. *San Francisco Homeless Deaths Identified from Medocal Examiner Records: December 1996-November 1997*. www.dph.sf.ca.us/Reports/Homeless/RptHomeless98.pdf

Demográfiai Évkönyv, Magyarország népessége 1999. Budapest. Központi Statisztikai Hivatal, 2000.

Downtown Homelessness. www.downtowndc.org/update/06dec02.html

Fuel Poverty. SDLP Policy Papers <http://www.sdlp.ie/PDFfuelpoverty.htm>

Fuel Poverty and Ill Health. <http://www.cse.org.uk/pdf/fphealth-review.pdf>

Győri Péter. *Fagyhalál.* www.menhely.hu/publications/fagyhalal_b.htm

Homeless Death Action. San Francisco Bay Area Independent Media Center.

<http://sf.indymedia.org/news/2003/01/1564448.php>

Hypothermia. BBC News. http://bbc.co.uk/1/hi/health/medical_notes/276284.stm

Hypothermia and excess winter deaths. Age Concern.

http://www.ageconcern.org.uk/ageconcern/media/2501_Hypothermia.pdf

Hypothermia-related deaths. Georgia, January 1996-December 1997 and United States,

1979-1995. www.wemsi.org/hypothrmia_bfr/html

Népmozgalmi Kézikönyv. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 2000.

Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion Hypothermia-Associated

Deaths – United States, 1968-1980. www.cdc.gov

Severe weather puts homeless people and clinicians on alert.

http://chirc.com/newsletter/jan_98_a.asp

Dr. Sótonyi Péter, szerk. *Igazságügyi Orvostan.* Semmelweis Kiadó, 2001.

Weinberg, Andrew D. *Hypothermia.* www.sarbc.org/andrew1.html

Dr Winner, Simon. *Hypothermia in the elderly.*



© 1997 MERRILL & Co.
One Market Street, Philadelphia, PA 19106
"PUBA, NERBY"