

# Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

IV. évf. 4. szám 2005. augusztus

Szenvedélybetegek ellátásáról

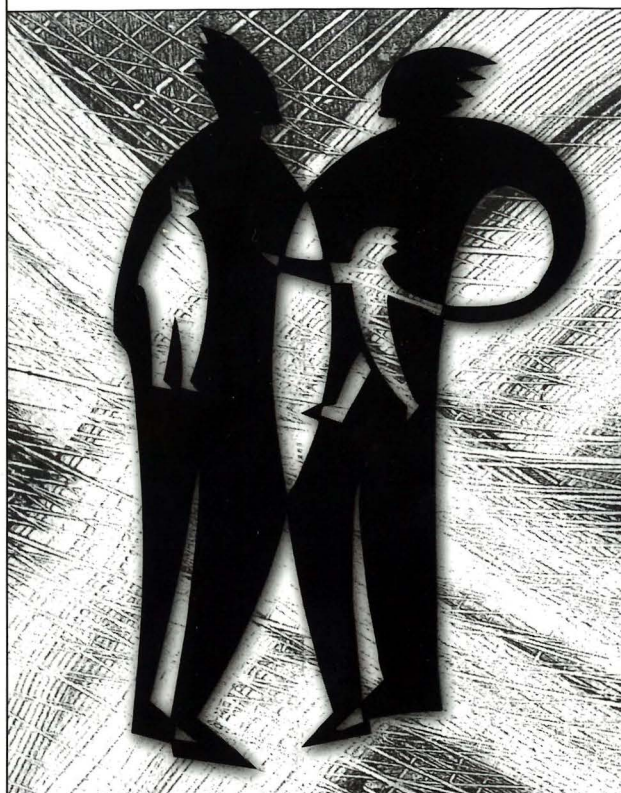
2

Dél-Alföld régióról

18

Nyugat-Dunántúl régióról

30



A szakképzettségről

42

Hátrányos helyzetű fiatalokról

52

19

## LADÁNYI ERIKA

### A SZENVEDÉLYBETEGEK NAPPALI ELLÁTÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYEIRŐL

A 2004. év őszén teljes körű felmérést végeztünk a szenvedélybetegek nappali ellátást nyújtó intézményeinek körében. A kutatást – pályázati keretből – az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium támogatta, és a Hajléktalanokért Közalapítvány a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet együttműködésével végezte. Felmérésünk a szenvedélybetegek szociális szakellátását végző intézmények körére terjedt ki, melynek részét képezi jelen tanulmány a nappali ellátást nyújtó intézményekről. (A későbbiekben olvashatják a szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó és rehabilitációs intézményeiről készült kutatások eredményeit is.)

Az intézmények címlistájának összeállításakor a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet addiktológiai szakreferensének, valamint a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Harmónia Szendélybetegek Otthona Országos Módszertani Központjának adatait vettük alapul. Az így kialakított nyilvántartás szerint az adatfelvétel idején az országban összesen 38 nappali ellátást nyújtó intézmény működött szenvedélybetegek számára. A kérdőívet összesen 19 nappali ellátást nyújtó intézmény küldte meg részünkre, a visszaküldési arány tehát 50,0%-os.

A rendelkezésünkre álló adatok és a KSH adatainak összehasonlítása több szempontból sem lehetséges. Egyrészt azért, mert a KSH nyilvántartása szerint összesen 14 szenvedélybetegek nappali ellátását nyújtó intézmény van 488 fő ellátást igénybe vevővel, másrészt azért, mert meglévő adataik kizárólag fenntartó szerinti csoportosításban szerepelnek.

## Általános információk a felmérésben szereplő intézményekről

A következőkben tekintsük át a – felmérésben szereplő – szenvedélybetegek nappali ellátását biztosító intézmények területi elhelyezkedését. Az intézmények regionális és településnagyság szerinti megoszlását mutatja az 1. sz. táblázat.

### 1. sz. táblázat

#### A nappali ellátást nyújtó intézmények regionális és településnagyság szerinti megoszlása

Régió		A település lélekszáma (fő)					Összesen	
		0 - 499	1000 – 1999	2000 – 4999	20 000 – 49 999	50 000 – 99 999		100 000 és felette
Közép-Magyarország	intézmény	-	-	-	1	3	2	6
	%	-	-	-	16,7	50,0	33,3	100,0
Közép-Dunántúl	intézmény	-	-	-	-	2	1	3
	%	-	-	-	-	66,7	33,3	100,0
Nyugat-Dunántúl	intézmény	-	-	-	-	2	-	2
	%	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Dél-Dunántúl	intézmény	-	-	-	-	-	1	1
	%	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Észak-Magyarország	intézmény	1	-	1	2	-	-	4
	%	25,0	-	25,0	50,0	-	-	100,0
Észak-Alföld	intézmény	-	-	-	-	-	2	2
	%	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Dél-Alföld	intézmény	-	1	-	-	-	-	1
	%	-	100,0	-	-	-	-	100,0
Összesen	intézmény	1	1	1	3	7	6	19
	%	5,3	5,3	5,3	15,8	36,8	31,6	100,0

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy minden régióban található legalább egy nappali ellátást nyújtó intézmény szenvedélybetegek számára. Az adatbázisunkban található intézmények többsége (6) a közép-magyarországi régióban helyezkedik el; több mint egyharmada (36,8%) ötven-és százezer fő közötti, további egyharmada (31,6%) százezer fő és annál nagyobb lélekszámú településeken található. Az ötezer főnél kisebb lélekszámú településeken összesen három intézmény helyezkedik el, közülük kettő az észak-magyarországi régióban van.

A szenvedélybetegek nappali ellátást nyújtó intézményeinek csaknem mindegyike (94,7%-a) belterületen helyezkedik el, csupán egy intézmény (5,3%) található külterületen. █

A nappali ellátást nyújtó intézmények a fenntartó szervezeti formája mentén vizsgálva a következő képet mutatják: több mint kétharmaduk (68,4%) alapítvány vagy egyesület által fenntartott, 26,3%-uk állami fenntartású és 5,3% egyházi szervezet által fenntartott intézmény. A felmérésben szereplő állami fenntartású intézmények (5) jelentős többsége (4) települési, illetve kerületi önkormányzat által, míg egy intézmény megyei önkormányzat által fenntartott. Minden vizsgált intézmény esetében megegyezik a fenntartó és a működtető szervezeti formája, ebből kifolyólag a tanulmány további részében a fenntartó megnevezést használjuk.

A 2. sz. táblázat az intézmények fenntartó szerinti megoszlását mutatja a szolgáltatás megszervezésének vonatkozásában.

**2. sz. táblázat**

***A nappali ellátást nyújtó intézmények megoszlása a fenntartó és a szolgáltatás megszervezésének formája szerint***

A fenntartó		A szolgáltatás megszervezésének formája			Összesen
		tiszta profilú intézmény	vegyes profilú intézmény	integrált intézmény	
állami	intézmény	1	1	3	5
	%	20,0	20,0	60,0	100,0
alapítvány, egyesület	intézmény	4	7	2	13
	%	30,8	53,8	15,4	100,0
egyházi szervezet	intézmény	-	1	-	1
	%	-	100,0	-	100,0
Összesen	intézmény	5	9	5	19
	%	26,3	47,4	26,3	100,0

Láthatjuk, hogy összességében a vegyes profilú intézmények aránya a legnagyobb (47,4%) a felmérésben szereplők körében, de találunk eltéréseket a fenntartó szervezeti formája alapján. Az állami fenntartásúak közel kétharmada (60,0%) integrált intézmény, azaz az intézmény keretében több szolgáltatási forma kerül megszervezésre egy szervezeti keretben, de különböző telephelyeken. A civil szervezetek és az egyetlen egyházi szervezet által fenntartott intézmények körében a vegyes profilúak vannak legnagyobb arányban (53,8%), azaz az intézmény keretében több ellátási forma kerül megszervezésre egy telephelyen. A tiszta profilú – azaz egy ellátotti csoport részére azonos gondozási feladatok ellátására létrejött – intézmények aránya az alapítványok és egyesületek által fenntartottak körében a legmagasabb (30,8%).

A felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények közül hat (31,6%) szervez *speciális alapellátást* – szenvedélybetegek közösségi ellátását – szenvedélybetegek részére. A

speciális alapellátást jellemzően a civil szervezetek által fenntartott (5) és az egyetlen adatbázisunkban szereplő egyházi szervezet által fenntartott intézmények szervezik. Állami fenntartású intézmény által szervezett speciális alapellátással nem találkoztunk felmérésünk során. A szenvedélybetegek közösségi ellátását biztosító intézmények mindegyike ötvenezer fős és annál nagyobb lélekszámú településen található. Közülük három intézmény a közép-magyarországi régióban működik, egy-egy intézmény pedig a közép-dunántúli, nyugat-dunántúli és észak-alföldi régiókban.

Azok közül, akik az adatfelvétel idején nem szerveztek speciális alapellátást, öt intézmény – három állami és kettő civil szervezet által fenntartott – jelezte, hogy tervezi a szenvedélybetegek közösségi ellátásának megszervezését a közeljövőben.

Az adatbázisunkban szereplő intézmények közül egy állami fenntartású szervezet működtet *alapítványt*, melynek célja, hogy az ellátást igénybevevők eredményes rehabilitációjához, reintegrációjához szükséges tárgyi feltételeket biztosítsa, illetve javítsa.

Vizsgáltuk a nappali ellátást nyújtó intézmények *megnyitási idejét* is. Ebben az esetben két intézmény nyitási évét – válasz hiányában – nem ismerjük. A felmérésben szereplő intézmények közül a legkorábbi nyitás 1994-ben, míg a legkésőbbi 2004-ben történt. Az intézmények több mint egynegyede (26,3%-a) 1999-ben kezdte meg működését, ebben az évben – az 1998-as évhez képest – kétszeresére nőtt a szenvedélybetegek nappali ellátást nyújtó intézményeinek száma.

Az intézmények megnyitását a fenntartó szervezeti formája alapján vizsgálva is láthatunk eltéréseket. Az adatbázisunkban szereplő egyetlen egyházi fenntartású intézmény működik legrégebb óta, ez az intézmény nyitott 1994-ben. A civil szervezetek által fenntartott intézmények legkorábbi megnyitása 1996-ban történt, de jellemzően (33,3%) 1999-ben jöttek létre. A civil szervezetek a leginkább aktívak, 1999 után minden esztendőben nyitottak nappali ellátást nyújtó intézményt szenvedélybetegek számára. Az állami fenntartású intézmények legkorábban, egyúttal legnagyobb arányban 1995-ben kezdték meg működésüket, ekkor jött létre az állami fenntartású intézmények pontosan fele (50,0%).

Az elsők között – 1994-ben és 1995-ben – nyíló intézmények a közép-magyarországi és észak-magyarországi régióban találhatóak, a százezer fős, illetve annál nagyobb, és a húsz- és ötvenezer fő közötti településeken helyezkednek el.

A felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények közül csupán 13 válaszolt arra a kérdésre, hogy hány fő ellátására szól a működési engedélye. Ez alapján 423 férőhely áll rendelkezésre a 13 válaszadó intézményben. Nappali ellátást nyújtó intézményekről lévén szó, az adatfelvétel idején az ellátást igénybevevők száma – az engedélyezett férőhelyek közel ötszöröse – összesen 1 966 fő volt (17 intézmény válasza alapján).

A nappali ellátást nyújtó intézmények *férőhely-kihasználtsága* vonatkozó adatainak ismertetése előtt meg kell említenünk, hogy a számításhoz szükséges kérdések mindegyikére 11 intézmény válaszolt. A válaszok hiánya egyrészt abból adódik, hogy a felmérésben szereplő intézmények közül néhány nem „klasszikus” nappali ellátást nyújtó intézmény, hanem nappali típusú ellátást végez, és nem állami normatív támogatásból működik, nincsenek megállapított férőhelyszámai; másrészt abból, hogy a „klasszikus” értelemben vett intézmények egy része nem adott választ. Tehát az alábbiakban bemutatott kihasználtságra vonatkozó adataink kizárólag a 11 válaszoló intézmény által közölt adatokból származnak.

A válaszadó, szenvedélybetegek nappali ellátását biztosító intézmények (11) működési engedélyben rögzített férőhelyszáma összesen 404, melyen az adatfelvétel idején 403 főt láttak el, tehát az átlagos férőhely-kihasználtság 99,8%-os. A leggyakrabban előforduló (módusz) kihasználtsági arány 100,0% a válaszadók körében. Összesen két intézmény kihasználtsága marad 100,0% alatt, mindkettő állami fenntartású. A 100,0%-ot meghaladó férőhely-kihasználtsággal működő intézményeket kivétel nélkül civil szervezetek tartják fenn.

A 100,0%-os és annál nagyobb kihasználtsággal működő intézmények az ötvenezer fős és annál nagyobb lélekszámú településeken található, jellemzően a közép-magyarországi régióban. Azok az intézmények, melyek kihasználtsága 100,0% alatt marad, az ötvenezer főnél kisebb lélekszámú településeken, az észak-magyarországi régióban helyezkednek el.

Kérdést tettünk fel a nappali ellátást nyújtó intézmények *illetékességére* vonatkozóan is. Arra kértük a kérdőív kitöltőit, hogy jelöljék meg a legnagyobb területi egységet, melyre intézményük területi ellátási illetékessége kiterjed. A kérdésre két intézmény nem válaszolt, tehát ebben az esetben 17 válaszadótól vannak adataink. A válaszadó intézmények több mint felének (52,9%) felvételi illetékessége jellemzően egy településre terjed ki. (A válaszadók közül egy intézmény jelezte, hogy több településről fogad jelentkezőket, további egy intézmény pedig a főváros egész területéről.) Az intézmények közel egynegyede (23,5%) az adott megye egész területéről, 11,8%-a az adott régió területéről fogadja az ellátást igénylőket. További 11,8% területi ellátási illetékessége országos, ezen intézmények (2) a

közép-magyarországi régióban helyezkednek el, ötvenezer fős és annál nagyobb lélekszámú településeken. A fenntartó szervezeti formáját tekintve az egyik civil, a másik pedig állami fenntartású intézmény. Mindkét országos területi illetékességű intézmény férőhely-kihasználtsága 100,0%-os.

Vizsgáltuk az intézmények *nyitvatartási idejét* is, melyet a vonatkozó jogszabály szerint a helyi igényeknek megfelelően kell meghatározni, de napi hat óránál kevesebb nem lehet. Ezen előírásnak a felmérésben szereplő intézmények mindegyike megfelel, tehát hétköznapokon minimum hat órát nyitva tartanak.

Az alábbi, 3. sz. táblázat a nappali ellátást nyújtó intézmények nyitvatartási idejét mutatja a fenntartó szervezeti formája szerint csoportosítva.

### 3. sz. táblázat

*A nappali ellátást nyújtó intézmények nyitvatartási ideje a fenntartó szervezeti formája szerint*

A napi nyitva tartás ideje		A fenntartó			Összesen
		állami	alapítvány, egyesület	egyházi szervezet	
minimum 6, de kevesebb, mint 8 óra	intézmény	-	4	-	4
	%	-	30,8	-	21,0
8 óra	intézmény	5	6	-	11
	%	100,0	46,2	-	58,0
minimum 9, maximum 12 óra	intézmény	-	3	1	4
	%	-	23,0	100,0	21,0
<b>Összesen</b>	intézmény	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy az intézmények több mint fele (58,0%) napi nyolc órát tart nyitva. Ez jellemző minden állami fenntartású intézményre és a civil szervezetek által fenntartottak közel felére (46,2%) is. Összességében a nappali ellátást nyújtó intézmények egyötöde (21,0%) tart nyitva napi nyolc óránál is tovább.

Hétfvégén jellemzően zárva vannak a felmérésben szereplő intézmények, csupán két intézmény (10,5%) tart nyitva hétfvégenként (szombatonként mindkettő, vasárnaponként pedig csupán egyikük). Mindkét – hétfvégén is működő – intézmény civil szervezet által fenntartott, a közép-magyarországi régióban található, ötvenezer fős és annál nagyobb lélekszámú településen.

A felmérés során körüljártuk a nappali ellátást nyújtó intézményekben alkalmazott *felvételi eljárás gyakorlatát*. Megkérdeztük, hogy az intézményben ki, illetve kik döntenek a

nappali ellátást kérelmező felvételéről. Egyetlen intézmény (5,3%) válaszolta azt, hogy „ilyen döntés nincs”, két intézmény esetében (10,5%) pedig az intézményvezető dönt – egy személyben – a felvételi kérelmekről. A többi intézmény (84,2%) esetében pedig szakmai stáb, illetve legalább két szakmai munkatárs döntése alapján történik a felvételi kérelmek elbírálása.

A 2003. évben összesen 3162 fő kérelmezőt vettek fel az adatbázisunkban szereplő szenvedélybetegek nappali ellátását biztosító intézményeibe (összesen 17 intézménybe), a 2004. év első félévében pedig összesen 1900 főt (szintén 17 válaszadó intézménybe). A 2003. évben összesen 40 fő, míg a 2004. év első félévében 20 fő felvételi kérelmét utasították el. Az elutasítás leggyakoribb oka mindkét esztendőben az volt, hogy a kérelmező állapota más típusú szociális vagy egészségügyi ellátást igényelt, illetve az, hogy nem állt rendelkezésre szabad férőhely.

A 2003. évben felvételüket kérők közül 543 főről, a 2004. év első félévében pedig 530 főről van információnk arra vonatkozóan, hogy *ki kezdeményezte* a nappali ellátást kérelmező felvételét. Az erre vonatkozó részletes adatokat a 4. sz. táblázat mutatja.

#### 4. sz. táblázat

##### *A szenvedélybetegek nappali ellátását kezdeményezők*

Az ellátás kezdeményezője	A 2003. évben		A 2004. év I. félévében	
	fő	%	fő	%
a kérelmező maga	355	65,4	328	61,9
hivatásos gondnok	-	-	2	0,4
hozzátartozó gondnok	1	0,2	-	-
családtag (gondnokság alatt nem állók esetében)	73	13,4	29	5,5
bírói döntés	34	6,3	114	21,5
orvos	29	5,3	26	4,9
más szociális ellátást nyújtó intézmény vezetője	6	1,1	6	1,0
egészségügyi ellátást nyújtó intézmény vezetője	3	0,6	4	0,8
oktatási intézmény	42	7,7	21	4,0
<b>Összesen</b>	<b>543</b>	<b>100,0</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy jellemzően – az esetek közel kétharmadában – a kérelmező maga kezdeményezi a nappali ellátást, illetve dönt az intézmény szolgáltatásainak igénybevételeéről. A 2004. év első félévében 21,5%-ban bírói döntés alapján történt az ellátás kezdeményezése. A 2003. évben az ellátást igénybevevő családtagja kezdeményezte még tíz százalékot meghaladó mértékben (13,4%) a felvételt.



Nyilvánvaló, hogy az ellátást kérelmezők felvételét több szempont is befolyásolja, melyeket igyekeztünk körüljárni. Arra kértük a kérdőív kitöltőit, hogy az általunk megadott szempontokat értékeljék egy hatfokozatú skálán a szerint, hogy milyen mértékben játszanak szerepet a döntés meghozatalakor. (A skála egyes értéke jelentette, ha az adott szempont egyáltalán nem, a hatos értéke pedig, ha teljes mértékben befolyásolja a felvételi döntést.) Ebben az esetben két intézmény válaszát nem ismerjük. A felvételi döntést befolyásoló szempontok átlagos értékeit mutatja az 5. sz. táblázat.

**5. sz. táblázat**

*A felvételi döntést befolyásoló tényezők az átlagos értékek szerint*

<b>A felvételi döntést befolyásoló tényező</b>	<b>Átlagos érték</b>
a jelentkező együttműködési képessége	4,24
a jelentkező önellátási képessége	3,59
a jelentkező egészségi állapota	3,24
a szenvedélybetegség típusa	2,76
a jelentkező „belátási képessége”	2,65
több függőség együttjárása	2,41
a jelentkező életkora	2,18
a jelentkező szenvedélybeteg „karrierje”	2,12
a támogató környezet megléte	2,06
a jelentkezőt ajánló/közvetítő személye	1,41
a jelentkező jövedelmi és vagyoni helyzete	1,29
a jelentkező családi állapota	1,00
a jelentkező neme	1,00

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy a nappali ellátást nyújtó intézmények esetében leginkább a jelentkező együttműködési képessége, önellátási képessége és egészségi állapota befolyásolja a felvételi döntést. A kérelmező neme és családi állapota pedig egyáltalán nem játszik szerepet a döntés meghozatalakor, ahogy jövedelmi helyzete és a közvetítő/ajánló személye sem.

A döntést befolyásoló szempontok átlagos értékének sorrendje a fenntartó szervezeti formája alapján eltérést mutat. Az állami fenntartású intézmények esetében két tényező áll az első helyen: a jelentkező önellátási képessége (4,4) és a szenvedélybetegségének típusa (4,4) mint leginkább befolyásoló tényezők. A civil szervezetek által fenntartott intézmények esetében pedig a jelentkező együttműködési képessége (4,5) kapta a legmagasabb átlagos értéket. A döntést egyáltalán nem befolyásoló tényezők – a jelentkező neme és családi állapota

– azonosak az állami és civil fenntartású intézményekben. Az adatbázisunkban szereplő egyetlen egyházi szervezet által fenntartott intézmény nem válaszolt erre a kérdésre.

Regionálisan is mutatkozik különbség az említett szempontok sorrendjében. A jelentkező együttműködési képességét értékelték a leginkább befolyásoló tényezőnek a közép-magyarországi (5,5), a nyugat-dunántúli (3,5), az észak-magyarországi (4,75) és az észak-alföldi (4,5) régiókban található intézmények. A közép-dunántúli (3,67) és a dél-alföldi (5,0) régió intézményeiben a jelentkező önellátási képessége kapta a legmagasabb átlagos értéket, míg a dél-dunántúli régióban a jelentkező szenvedélybetegségének típusa (5,0). A döntést egyáltalán nem befolyásoló tényezők – a jelentkező neme és családi állapota – minden régió intézményeiben azonosak.

A felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények közül ötben – két állami és három civil szervezet által fenntartott intézményben – vezetnek várólistát. A 2003. évben összesen 29 fő, a 2004. év első félévében 14 fő került várólistára ezekben az intézményekben. Az adatfelvétel időpontjában összesen 11 fő várakozott négy – egy állami és három civil fenntartású – nappali ellátást nyújtó intézménybe történő felvételére.

A nappali ellátást nyújtó intézmények igénybevevőivel kapcsolatosan kérdéseket tettünk fel arra vonatkozóan is, hogy mindenki számára a legmegfelelőbb ellátást nyújtja-e ez az intézményi forma. E kérdés kapcsán a válaszoló intézmények száma igen hullámzó, ami alapján feltételezhetjük, hogy az alábbiakban bemutatott adatok valamelyest alacsonyabb értéket mutatnak a valóságosnál.

Az elemzés során az esetlegesen adekvátabb megoldást, megfelelőbb szolgáltatást nyújtó intézményeket két nagyobb csoportra osztottuk: egyrészt a szenvedélybetegek ellátását biztosító egyéb intézményekre, szolgáltatásokra, másrészt a más ellátotti csoporthoz tartozók ellátását biztosító intézményekre. A részletes adatokat a 6. sz. táblázat tartalmazza a fenntartó szervezeti formája szerint csoportosítva. Az adatbázisunkban szereplő egyetlen egyházi fenntartású intézmény nem válaszolt.

#### 6. sz. táblázat

*A más típusú ellátást igénylők száma és aránya a fenntartó szervezeti formája szerint*

A jelenlegi igénybevevők közül hány főt kellene ellátni	A fenntartó				Összesen	
	állami		alapítvány, egyesület			
	fő	%	fő	%	fő	%
szenvedélybetegek közösségi ellátása keretében	118	47,6	78	5,0	196	10,9

szenvedélybetegek átmeneti elhelyezést nyújtó intézményében	7	2,8	32	2,0	39	2,2
szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményében	6	2,4	12	0,8	18	1,0
szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében	8	3,2	40	2,6	48	2,7
szenvedélybetegek lakóotthonában	4	1,6	47	3,0	51	2,8
<b>Más szenvedélybeteg-ellátást igénylők összesen</b>	<b>143</b>	<b>57,7</b>	<b>209</b>	<b>13,4</b>	<b>352</b>	<b>19,5</b>
<b>-----</b>						
fogyatékossgal élőket ellátó intézményben	7	2,8	9	0,6	16	0,9
idős embereket ellátó intézményben	2	0,8	7	0,4	9	0,5
pszichiátriai betegeket ellátó intézményben	16	6,5	17	1,1	33	1,8
egészségügyi ellátást nyújtó intézményben	1	0,4	4	0,3	5	0,3
<b>Nem szenvedélybeteg-ellátást igénylők összesen</b>	<b>26</b>	<b>10,5</b>	<b>37</b>	<b>2,4</b>	<b>63</b>	<b>3,5</b>
<b>-----</b>						
<b>Más típusú ellátást igénylők összesen</b>	<b>169</b>	<b>68,2</b>	<b>246</b>	<b>15,8</b>	<b>415</b>	<b>23,0</b>
<b>Jelenlegi igénybevevők összesen</b>	<b>248</b>	<b>100,0</b>	<b>1557</b>	<b>100,0</b>	<b>1 805</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy a szenvedélybetegek nappali ellátást nyújtó intézményeit az adatfelvétel idején igénybe vevők több mint egyötöde (23,0%) más típusú ellátási formában megfelelőbb, hatékonyabb segítséget kaphatna. Közülük 19,5%-nak szenvedélybetegek ellátására szolgáló más típusú intézmény, 3,5%-nak pedig más ellátotti csoportok részére működő szociális vagy egészségügyi ellátás jelenthetne adekvátabb megoldást.

Láthatjuk továbbá, hogy a más típusú ellátást igénylők az állami fenntartású intézményeket igénybe vevők körében jelennek meg igen magas arányban (68,2%), míg a civil szervezetek által fenntartott intézmények igénybevevői körében ez az arány 15,8%. Az állami fenntartású intézmények szakemberei a más típusú szenvedélybeteg-ellátást igénylők közel feléről (47,6%) gondolják azt, hogy megfelelőbb lenne számukra a szenvedélybetegek közösségi ellátása.

A táblázatban ismertett adatokon túl további 42 fő igénybevevőről (az összes igénybevevő 2,3%-a) gondolják úgy a kérdőívet kitöltő szakemberek, hogy nem lenne szükségük intézményi ellátásra, és gazdasági, szociális okokból veszik igénybe az intézmény szolgáltatásait.

## **Az intézmények működésének sajátosságai**

Minden felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmény tájékoztatja valamilyen módon a lakosságot szolgáltatásairól. Az alábbi, 7. sz. táblázat segítségével tekintsük át, hogy a tájékoztatás milyen formáit alkalmazzák az intézmények. A kérdőív kitöltői több választ is megjelölhettek.

**7. sz. táblázat**

*A nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatásairól történő tájékoztatás módja*

A tájékoztatás módja						
szórólapon keresztül	interneten	írott sajtón keresztül	elektronikus sajtón keresztül	egyéb szociális intézményen keresztül	egészségügyi intézményen keresztül	egyéb módon
17	11	15	13	17	16	6
89,5%	57,9%	78,9%	68,4%	89,5%	84,2%	31,6%

Láthatjuk, hogy legnagyobb arányban (89,5%) a szórólapot és az egyéb szociális intézményeket jelölték meg a válaszadók a tájékoztatás eszközeként, de a többi tájékoztatási forma is meglehetősen gyakori; nagy arányban vannak az egészségügyi intézményen, írott és elektronikus sajtón keresztül, illetve az interneten tájékoztató intézmények. A válaszadók közel egyharmada (31,6%) jelezte, hogy egyéb módon is ad tájékoztatást szolgáltatásairól, például különböző fórumok, rendezvények alkalmával, oktatási, kulturális intézményeken keresztül. Az intézmény szolgáltatásait a telefonos lelkisegély-szolgálat is ajánlja.

Minden intézményre jellemző, hogy többféle módon, többféle eszköz alkalmazásával nyújt információkat szolgáltatásairól. A leggyakoribb, hogy ötféle módon nyújtanak tájékoztatást, de a legkevesebbet alkalmazó intézmény is háromféle módon tájékoztat.

A vonatkozó jogi szabályozás a szenvedélybetegek nappali ellátást nyújtó intézményei számára is feladatként írja elő az önszervező, önszerveződő csoportok működésének támogatását, segítségét. Az adatbázisunkban szereplő intézmények egy kivételével (94,7%) mindannyian segítik önszervező, önszerveződő csoportok működését. A támogatás módja leggyakrabban helyiség és/vagy egyéb infrastruktúra biztosítása, szervezésben való segítségnyújtás, együttműködés jelent. Szintén gyakori a szakemberek és/vagy egyéb munkatársak biztosítása.

A válaszadó nappali ellátást nyújtó intézmények által támogatott önszervező, önszerveződő csoportok jellemzően az alkoholbetegség köré szerveződnek, de – kevesebb számban ugyan – kábítószer-függőség, gyógyszerfüggőség, szervesoldószer-függés, politoxikománia és játékszenvedély köré szerveződő önszervező, önszerveződő csoportok támogatása is előfordul.

A megkérdezett intézmények 89,5%-a ismerteti az újonnan érkező igénybevevőkkel a házirendet, míg a fennmaradó 10,5% nem. A házirend ismertetésének több módját is alkalmazzák az intézményekben, jellemzően szóban egyénileg (78,9%) ismertetik, illetve az intézményben elhelyezett falújságra kifüggesztve (63,2%). Emellett az intézmények egyharmadában (36,8%) nyomtatott formában át is adják az igénybevevő részére a házirendet, s van ahol (26,3%) szóban csoportosan ismertetik azt.

A felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények jelentős többsége (79,0%) egy épületben működik, míg 10,5%-nak két épület is rendelkezésére áll, további 10,5% pedig nem válaszolt a kérdésre. Az intézmények közel felének (42,1%) saját tulajdona az épület, melyben működik, egyharmaduk (31,6%) bérlőként ingyenesen használja, 21,1% bérlőként bérleti díj fejében használja, és 5,3% nem válaszolt.

Az alábbiakban a nappali ellátást nyújtó intézmények *gazdálkodását*, költségvetését és annak forrásait járjuk körül. A 2003. évi bevételekre vonatkozóan 11 intézmény válaszolt, adataik alapján ők összesen 96,4 millió Forint bevétellel rendelkeztek, illetve ennyiből gazdálkodtak. Ez alapján a teljes bevétel átlagos értéke 8 763 612 Ft, legalacsonyabb értéke 3 857 100 Ft, a legmagasabb 13 067 639 Ft.

A bevételek forrásai kapcsán 3 intézmény nyilatkozott úgy, hogy bevételei között egyáltalán nem szerepelt állami normatív támogatás, egy intézmény esetében pedig a bevételek 100%-a állami normatív támogatásból származott. További nyolc intézmény esetében az említett két szélső érték között helyezkedik el a normatív támogatásból származó bevétel aránya, és hét intézmény nem adott választ a kérdésre. A válaszoló intézmények (12) adatait alapul véve átlagosan 54,1%-ban jelenik meg az állami normatíva a bevételekben. A megkérdezett intézmények 47,4%-a (9) mondta azt, hogy a neki járó állami normatíva teljes összegét megkapta, egy intézmény számolt be arról, hogy a kétharmadát, két intézmény

egyáltalán nem kapta meg a neki járó állami normatívát, a többi hét intézmény pedig nem válaszolt erre a kérdésre.

Az önkormányzati támogatás legkisebb aránya a bevételekben szintén 0,0% – de ezúttal hat intézmény esetében van így –, legnagyobb aránya pedig 67,0%. Az összes válaszadó adatait figyelembe véve az önkormányzati támogatás átlagosan 21,8%-ban jelent meg az intézmények 2003. évi bevételeiben.

Szintén bevételi forrást jelent az intézmények számára a térítési díjakból származó összeg. A nappali ellátást nyújtó intézmények közül nyolc jelezte, hogy bevételi forrásai között ilyen egyáltalán nem szerepel, hét intézmény pedig nem válaszolt a kérdésre. A fennmaradó négy intézményben a térítési díjak legalacsonyabb aránya a bevételben 1,0%, a legmagasabb pedig 11,0%. A térítési díjak átlagos aránya ez alapján 1,4%. Saját alapítvány, egyesület, gazdasági társaság tevékenységéből származó bevételről három intézmény számolt be. Esetükben ez a bevétel átlagosan 4,8%-ot jelentett.

A pályázatokból származó bevételek átlagos aránya viszonylag magas a vizsgált intézményekben (17,8%). Ilyen jellegű bevételről nyolc intézmény számolt be, közülük egy mondta azt, hogy bevételének teljes összege pályázati forrásból származik.

Az adományokból származó bevételek átlagos aránya az 1,0%-ot sem éri el az adatok tanúsága szerint.

2003. évi bevételeinek mértékéről csupán négy intézmény nyilatkozott úgy, hogy elegendő az intézmény optimális, az igényeknek megfelelő működéséhez, míg a válaszadók több mint felének (57,9%) véleménye szerint nem elegendő ahhoz. (Négy intézmény nem válaszolt.) A bevételek összegével elégedetlen intézmények (11) meglátása szerint átlagosan 45,3%-kal kellene bevételeiket növelni ahhoz, hogy az optimális működés biztosítható legyen. A legalacsonyabb bevételnövekedést megjelölő intézmény legalább 10,0%-os emelkedést tartana szükségesnek, de talákoztunk olyan intézménnyel is, ahol a jelenlegi bevételek kétszeresére lenne szükség az igényeknek megfelelő működéshez.

A vizsgált nappali ellátást nyújtó intézmények egynegyedében (26,3%), tehát öt – három állami és két civil fenntartású – intézményben kell térítési díjat fizetnie az igénybevevőknek. A térítési díj legalacsonyabb átlagos összege ezekben az intézményekben 1 773 Ft, legmagasabb átlagos összege pedig 2 390 Ft. Az intézmények közel kétharmadában

(63,2%) nem kell térítési díjat fizetnie az ellátást igénybe vevőknek, 10,5% pedig nem válaszolt a térítési díjra vonatkozó kérdésekre.

A felmérésben szereplő intézményeket megkérdeztük arról is, hogy 2003. január 1-jétől az adatfelvétel időpontjáig hány *ellenőrzést* végeztek az intézményben. Összesen 15 intézmény válaszolt erre a kérdésre, melyek közül háromban egyáltalán volt ellenőrzés a kérdezett időszakban, a többi 12 intézményben pedig összesen 34 alkalommal került sor ellenőrzésre. Az ellenőrzések legkisebb száma egy volt, de három olyan intézménnyel is találkoztunk, ahol öt ellenőrzést végeztek ebben az időszakban.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy a szenvedélybetegek nappali ellátást nyújtó intézményei nyújtottak-e be *pályázatot* 2003. január 1-je és az adatfelvétel időpontja között, s ha igen, milyen sikerrel pályáztak. Összesen 14 intézmény számolt be arról, hogy adott be pályázatot ebben az időszakban (összesen 46-ot), melyek közül 40 (87,0%) volt sikeres. Három intézmény egyáltalán nem pályázott ebben az időszakban, két intézmény pedig nem válaszolt. A pályázó intézmények átlagosan 3 pályázatot nyújtottak be a vonatkozó időszakban, legkevesebb egyet, legfeljebb kilencet. Az egyetlen adatbázisunkban szereplő egyházi intézmény nem válaszolt a pályázatokkal kapcsolatos kérdéseinkre. Az állami fenntartású intézmények legkevesebb egy, legtöbb három pályázatot nyújtottak be, a civil fenntartású szervezetekre jellemző, hogy az átlagosnál nagyobb számú pályázatot adtak be a kérdezett időszakban.

Fontosnak tartottuk megismerni azt, hogy a kérdőívet kitöltő szakemberek hogyan vélekednek az intézményükben folyó *szakmai munka eredményességéről*. Arra kértük őket, hogy jelöljék egy hatfokozatú skálán, mennyire látják eredményesnek szakmai tevékenységüket. A skála 1-es értéke jelentette, hogy az intézményben folyó szakmai munka nem eredményes, a 6-os érték pedig azt, hogy rendkívül eredményes. A szakemberek egyike sem jelölt meg 3-as és annál alacsonyabb értéket, tehát mindenképpen eredményesnek tartják az intézményben végzett szakmai munkát. Az eredményességre vonatkozó leggyakoribb érték (módusz) és az átlagos érték is az 5-ös volt. Kizárólag a civil szervezetek által fenntartott intézményekben dolgozók jelöltek meg 6-os értéket.

Szintén hatfokozatú skála segítségével kívántuk megtudni, hogy a válaszadó szakemberek hogyan vélekednek – az általunk felsorolt – *szakmai munka eredményességét*

*befolyásoló tényezőkről.* A skála 1-es értéke jelentette azt, hogy az adott tényező egyáltalán nem befolyásolja, a 6-os pedig azt, ha nagy mértékben befolyásolja a szakmai munkát.

A 8. sz. táblázat a vizsgált szempontok átlagos értéke alapján felállított sorrendet mutatja.

**8. sz. táblázat**

***A szakmai munka eredményességét befolyásoló tényezők***

<b>A szakmai munka eredményességét befolyásoló tényező</b>	<b>Átlagos érték</b>
a személyzet elkötelezettsége	5,81
a finanszírozás mértéke	5,29
a személyzet létszáma	5,19
az ellátottak viszonyulása az ellátáshoz	5,12
az intézmény szakmai programja	5,12
a személyzet képzettsége	5,06
az infrastruktúra minősége	4,59
a finanszírozás módja	4,53
a jogszabályi környezet	4,12

Látható, hogy összességében minden általunk felsorolt tényezőről azt gondolják a szakemberek, hogy befolyásolja az intézményben folyó szakmai munka eredményességét. Átlagosan a legmagasabbra (5,81) a személyzet elkötelezettségét értékelték, ezt követi a finanszírozás mértéke (5,29) és a személyzet létszáma (5,19). A jogszabályi környezetről vélekednek úgy, hogy legkevésbé (4,12) befolyásolja a szakmai munka eredményességét.

A nappali ellátást nyújtó *intézmények munkatársaival kapcsolatos adatokat* külön fejezetben tárgyaljuk részletesen, de néhány információt szükségesnek tartunk itt ismertetni.

A vizsgált intézmények 42,1%-ában rendelkezik az intézményvezető szociális szakvizsgával, 47,4%-ában nem rendelkezik, 10,5% pedig nem adott választ. Az állami fenntartású intézmények vezetői kivétel nélkül rendelkeznek szociális szakvizsgával, míg ez az arány az alapítványok, egyesületek által fenntartott intézmények vezetőinek esetében 27,3%. A felmérésben szereplő egyetlen egyházi szervezet által fenntartott intézmény vezetője nem rendelkezik szociális szakvizsgával.

A nappali ellátást nyújtó intézményekben az ellátást igénybe vevőkkel közvetlenül foglalkozó munkatársak (összesen 87 fő) közül összesen 32 fő vett részt szakmai alap- vagy továbbképzésen az adatfelvétel idején. Közülük 28 fő képzését támogatta is az intézmény valamilyen módon. A lekérdezés idején összesen négy intézmény jelezte, hogy nincsen képzésen részt vevő szakmai munkatársa.



Az intézmények több mint háromnegyede (78,9%) szervez *szupervíziót* a szakmai munka támogatására, 21,1%-ról pedig válasz hiányában nincsen adatunk. A szupervízió jellemzően havonta kerül megszervezésre. Az állami fenntartású intézmények 40,0%-a, a civil fenntartásúak 92,3%-a szervez munkatársai számára szupervíziót és ez elmondható az egyetlen egyházi szervezet által fenntartott intézményről is.

*Esetmegbeszélést* a nappali ellátást nyújtó intézmények 84,2%-a szervez szakmai munkatársai részére, 15,8% nem adott választ a vonatkozó kérdésre. Az esetmegbeszélés jellemzően heti rendszerességgel kerül megtartásra. Az állami fenntartású intézmények 80,0%-a, a civil fenntartásúak 84,6%-a, és az egyetlen egyházi szervezet által fenntartott intézmény is tart munkatársai számára esetmegbeszélést.

Egyéb szakmai munkát támogató, segítő lehetőségről két intézmény számolt be, melyekben egyéni konzultáció, munkamegbeszélés és szakmai továbbképzés is betöltheti ezt a funkciót.

A szenvedélybetegek nappali ellátását nyújtó intézményekben dolgozó szakmai munkatársak mentális állapotával kapcsolatosan a *kiégés* tüneteire kérdeztünk rá. A vizsgált intézmények közül ötben tapasztalhatók összesen 5 fő esetében (akik az összes szakmai munkatárs 5,7%-át jelentik) a kiégés tünetei, míg 13 intézmény mondta azt, hogy nem tapasztal ezzel kapcsolatos tüneteket a szakmai munkatársak körében. Egy intézmény pedig nem válaszolt.

A felmérésben szereplő ellátók közül mindössze egy (5,3%) jelezte, hogy van *betöltetlen álláshely* az intézményben, ez azonban összesen egyetlen helyet jelent.

Kíváncsiak voltunk arra, hogy a válaszadó szakemberek mennyire tartják fontosnak, hogy intézményük munkatársként gyógyult szenvedélybeteget alkalmazzon szakmai munkakörben. E kérdésnél a korábban már használatos hatfokú skálát alkalmaztuk, melynek 1-es értéke jelenti, ha a kitöltő egyáltalán nem tartja fontosnak, a 6-os pedig, ha nagyon fontosnak tartja gyógyult szenvedélybeteg munkatársként való alkalmazását. Az 1-es értéket két intézmény jelölte meg, míg a 6-osat négy intézmény. Az átlagos érték pedig 3,63, tehát a középértéktől valamelyest az inkább fontos érték felé mutat. Az adatfelvétel idején hat nappali

ellátást nyújtó intézményben alkalmaztak gyógyult szenvedélybeteget szakmai munkakörben, összesen 7 főt, nem szakmai munkakörben pedig öt intézményben alkalmaztak összesen 9 főt.

A felmérés során rákérdeztünk arra is, hogy a szenvedélybetegek nappali ellátását nyújtó intézményekben milyen *teszteket* használnak az igénybevevők megismerésére, állapotának felmérésére.

Elsőként az Addikciós Súlyossági Index alkalmazására kérdeztünk rá, melyet összesen a nappali ellátást nyújtó intézmények szűk egyharmadában (31,6%) használnak, és több mint kétharmadában (68,4%) nem. Az Addikciós Súlyossági Indexet alkalmazó intézmények közül kettő állami, négy pedig civil szervezet által fenntartott. További két intézmény (egy állami és egy civil fenntartású) egyéb teszteket – EURODAD, MÜNCHNER, ABBA, Jung depresszió kérdőív, Sheehán-féle szorongás önbecsülő skála – használ a kábítószer-fogyasztók állapotának felmérésére.

Az alkoholproblémával küzdők állapotának megismerésére szintén az intézmények közel egyharmada (31,6%) használ valamilyen tesztet, 63,2%-uk nem használ, és 5,3% nem válaszolt. A tesztet alkalmazó intézmények (6) fele állami, fele pedig civil szervezet által fenntartott. Jellemzően a következő tesztek alkalmazását említették a válaszadó szakemberek: AUDIT, MICHIGAN, MALT-F-S, CAGE, ABBA, MÜNCHNER, illetve belső, szakmai teszteket.

Rákérdeztünk arra is, hogy az intézményekben használnak-e bármilyen személyiségvizsgáló tesztet. Azt tapasztaltuk, hogy ezt a típusú tesztet alkalmazzák legnagyobb – több mint egyharmad (36,8%) – arányban az intézmények, 57,9%-uk nem használ ilyen jellegű tesztet, és 5,3% nem válaszolt. A személyiség vizsgálatára irányuló tesztet alkalmazók a következőket említették: CPI, COOPING, RORSACH, HMPI, MMPI, MAWI, PFT, Szondi-teszt, Winnicott-teszt, illetve az intézmény pszichológusa által kidolgozott egyéni állapothoz igazodó teszt.

Összességében hat intézmény (31,6%) nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem használ teszteket az igénybevevők állapotának felmérésére, öt intézmény (26,3%) egyféle tesztet alkalmaz, és további öt intézmény (26,3%) 2-3 féle tesztet is használ.

A felmérésünkben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények közel háromnegyedében (73,7%) gyakorlat az, hogy a terápiás folyamatba bevonják az ellátást igénybe vevők családtagjait, illetve a számukra fontos személyeket, a többi 26,3%-ban nem.

Az adatbázisunkban szereplő egyetlen egyházi szervezet által fenntartott intézményre és a civil szervezetek által fenntartottak 76,9%-ára jellemző ez a gyakorlat, míg az állami fenntartásúak 60,0%-ára.

A terápiás folyamat során az e gyakorlatot alkalmazó intézményekben a 2003. évben összesen 300 fő igénybevevő esetében fordult elő, hogy bevonták a családtagokat vagy számukra fontos személyeket, a 2004. év első félévében pedig 178 fő esetében.

A szenvedélybetegek nappali ellátását nyújtó intézményeinek felmérése során körüljártuk a *foglalkoztatás* kérdéskörét. Az intézmények 89,5%-a nyilatkozott úgy, hogy az ellátást igénybe vevők körében vannak munkavégzésre képesek, míg 10,5%-ában nincsenek. Összesen 601 fő ellátást igénybe vevőről gondolták úgy a válaszadó szakemberek, hogy képes munkavégzésre, azonban közülük csupán 157 főt (26,1%) foglalkoztatnak valamilyen formában.

A felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények közül (9) 47,4% szervez foglalkoztatást az ellátást igénybe vevők számára. A foglalkoztatást szervező intézmények fenntartó szerinti megoszlását mutatja a következő, 9. sz. táblázat.

**9. sz. táblázat**

***A foglalkoztatást szervező nappali ellátást nyújtó intézmények megoszlása a fenntartó szerint***

Szerveznek-e foglalkoztatást az igénybevevők részére?		A fenntartó			Összesen
		állami	alapítvány, egyesület	egyházi szervezet	
igen	intézmény	4	5	-	9
	%	80,0	38,5	-	47,4
nem	intézmény	1	8	1	10
	%	20,0	61,5	100,0	52,6
<b>Összesen</b>	intézmény	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk, hogy legnagyobb, 80,0%-os arányban az állami fenntartású intézményekre jellemző a foglalkoztatás szervezése, a civil szervezetek által fenntartottak esetében ez az arány 38,5%. Az egyetlen egyházi fenntartású intézmény nem szervez foglalkoztatást az ellátást igénybe vevők részére.

A válaszadó intézmények mindegyikére (9) jellemző, hogy szervez terápiás célú, képességfejlesztő foglalkoztatást, míg munkavégzési célút három, képzési célút pedig két

intézmény szervez. A munkavégzési célú foglalkoztatást leginkább az intézmény tevékenységi körén belül szervezett tevékenységként biztosítják.

A vizsgált nappali ellátást nyújtó intézmények 42,1%-ában merült fel *képzésre való igény* az ellátást igénybe vevők körében. Jellemzően tanfolyamok iránti érdeklődnek (6 intézményben), melyeket az intézmények fele tudott biztosítani. Iskolarendszerű képzésre és előadásokra egyaránt négy-négy intézményben jelezték igényüket az ellátottak, melyekre az érintett intézmények lehetőséget is teremtettek.

Össességében 255 fő ellátást igénybe vevő jelezte képzés iránti igényét a válaszadó intézményeknél, közülük 99 fő esetében tudta az intézmény a képzés lehetőségét biztosítani, tehát az igények több, mint egyharmadát (38,8%) elégítették ki.

A nappali ellátást nyújtó intézmények több mint háromnegyedében (78,9%) készítenek *egyéni gondozási tervet*, 10,5%-ában nem készítenek, és további 10,5% nem válaszolt a kérdésre. Az egyéni gondozási tervet készítő intézmények (15) 80,0%-ában munkacsoport végzi ezt a feladatot. Az adatfelvétel idején az összes ellátást igénybe vevő – 1966 fő – 34,0%-ának, 669 főnek készítettek egyéni gondozási tervet. Az igénybevevők 11,7%-ának (231 fő) esetében azért nem készült gondozási terv, mert ők kizárólag alacsonyküszöbű vagy ártalomcsökkentő szolgáltatásban részesülnek. További 2,1% (42 fő) számára azért nem készítettek egyéni gondozási tervet, mert kevesebb mint egy hónapja vették igénybe az intézmény szolgáltatásait az adatfelvétel idején, 1,2% (23 fő) esetében pedig azért, mert kizárólag tanácsadásban részesülnek az intézmény szolgáltatásai közül. Az említett esetekben a vonatkozó jogszabály sem teszi kötelezővé a nappali ellátást nyújtó intézmények számára, hogy egyéni gondozási tervet készítsenek. (A többi igénybevevőről – 965 fő – az egyéni gondozási tervet illetően azért nem rendelkezünk adatokkal, mert az intézmények egy része nem készíti el azt; illetve azért, mert a gondozási tervet készítők egy része nem válaszolt az erre vonatkozó kérdéseinkre.)

A felmérésben szereplő intézmények kevesebb mint fele (47,4%) biztosít igény szerint *meleg étel* az ellátást igénybe vevők részére, a többi 52,6% nem biztosít. Az állami fenntartású intézmények majdnem mindegyike (80,0%), a civil szervezetek által fenntartottak valamivel több mint egyharmada (38,5%) biztosít igény szerint meleg étel az igénybevevőknek, az egyetlen egyházi fenntartású intézmény nem.

A következő, 10. sz. táblázat segítségével tekintjük át azt, hogy a különböző fenntartójú intézmények milyen arányban és milyen típusú *egészségügyi és mentálhigiénés szolgáltatásokat* nyújtanak az igénybevevők számára. A kérdőívet kitöltő szakemberek ebben az esetben több választ is megjelölhettek.

**10. sz. táblázat**

*A nappali ellátást nyújtó intézmények által biztosított egészségügyi és mentálhigiénés szolgáltatások a fenntartó szervezeti formája szerint*

Egészségügyi és mentálhigiénés szolgáltatások		A fenntartó		
		állami	alapítvány, egyesület	egyházi szervezet
felvilágosító előadások szervezése	intézmény	5	9	1
	%	100,0	69,2	100,0
tanácsadás az egészséges életmódról	intézmény	5	12	1
	%	100,0	92,3	100,0
gyógytorna lehetőségének biztosítása	intézmény	1	-	-
	%	20,0	-	-
mentális gondozás	intézmény	5	12	1
	%	100,0	92,3	100,0
egyéni megbeszélés	intézmény	5	13	1
	%	100,0	100,0	100,0
csoportos megbeszélés	intézmény	5	13	1
	%	100,0	100,0	100,0
pszichoterápiás foglalkozás	intézmény	2	8	1
	%	40,0	61,5	100,0
szülőcsoport	intézmény	-	5	1
	%	-	38,5	100,0
<b>Összesen*</b>	intézmény	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>1</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Az összesen sor ebben az esetben az adott fenntartójú intézmények összesen számát jelenti.

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy az egyéni és a csoportos megbeszélés az, amit minden felmérésünkben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmény biztosít az ellátást igénybevevők számára. Szintén nagy arányban van jelen mindhárom típusú intézmény szolgáltatásai között az egészséges életmódról való tanácsadás és a mentális gondozás. Ugyanakkor látható az is, hogy az egyházi és civil fenntartású intézmények szolgáltatásai közül teljességgel hiányzik a gyógytorna lehetőségének biztosítása, míg az állami fenntartású intézmények szülőcsoportot nem szerveznek.

Természetesen az általunk kérdezetteken és előre felsoroltakon túl egyéb egészségügyi és mentálhigiénés szolgáltatásokat is biztosítanak az intézmények, például: szűrővizsgálatot, pszichiáteri konzultációt, családterápiát, hozzátartozói csoportot.

A 2003. január 1-jétől az adatfelvétel idejéig terjedő időszakra vonatkozóan kérdeztük meg a nappali ellátást nyújtó intézmények szakembereitől, hogy felmerült-e *veszélyeztető állapot*, és ha igen, milyen módszereket alkalmaztak annak kezelésére. Összesen két intézmény jelezte, hogy nem fordult elő veszélyeztető állapot a kérdezett időszakban.

Veszélyeztető állapot fellépésekor öt intézményben alkalmaztak pszichés nyugtatást. Arra vonatkozóan, hogy ez hány fő esetében fordult elő, két intézmény válaszolt a pszichés nyugtatást alkalmazók közül, összesen 3 főt említve. A felmérésben szereplő intézmények közül nyolc nem alkalmazott pszichés nyugtatást, további négy pedig nem válaszolt a kérdésre.

Farmakoterápiát összesen egy intézményben 1 fő esetében alkalmaztak veszélyeztető állapot fellépésekor. Ebben az esetben kilenc intézmény válaszolt nemmel, és további hét intézmény nem válaszolt.

Egyetlen nappali ellátást nyújtó intézmény jelezte, hogy egyéb módszereket alkalmaz – figyelmeztetés, esetleges kitiltás – veszélyeztető állapot fellépése esetén. A felmérésben szereplő intézmények egyike sem alkalmaz ilyen esetekben sem intézményen belüli elkülönítést, sem mozgásban való korlátozást.

A kényszerintézkedés alkalmazását követően négy intézményben beszél meg szervezett keretek között a történeteket. A megbeszélés jellemzően az érintett igénybe vevő személy, az intézkedést végrehajtó munkatárs és az intézményvezető között zajlik.

Az adatbázisunkban szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények 47,4%-ában működik *érdekképviselési fórum*, további 47,4%-ában nem, egy intézmény (5,3%) pedig nem válaszolt. Az állami fenntartású intézmények 80,0%-ában, a civil fenntartásúak 41,7%-ában van érdekképviselési fórum, az egyházi szervezet által fenntartott intézményben nincsen. Az érdekképviselési fórumot működtető intézmények (9) mindegyikében tagok az ellátást igénybe vevők, az intézmény dolgozói és a fenntartó szervezet képviselője. Az intézmények többségében (4) igény szerint ülésezik az érdekképviselési fórum; két intézményben legalább negyedévente, szintén két intézményben legalább félévente és egy intézményben legalább évente összehívják a fórumot.

Amennyiben az ellátást igénybe vevőknek panaszuk van, azt egyéb módon is jelezhetik. Az intézmények többségében többféle lehetőséggel is élhetnek: a nappali ellátást nyújtó intézmények 89,5%-ában fordulhatnak az intézményvezetőhöz, 78,9%-ában bármely

munkatársához, 36,8%-ában felkereshetik az ellátotti jogi képviselőt, és az intézmények egynegyedében (26,3%) panaszláda is rendelkezésre áll.

### **A szenvedélybetegek nappali ellátását nyújtó intézmények igénybevevőiről**

Felmérésünk során külön figyelmet fordítottunk arra, hogy megismerjük az ellátást igénybe vevők alapvető demográfiai, szociológiai jellemzőit. Bár az intézmények eltérő számban adtak választ az erre vonatkozó kérdésekre, úgy véljük, hogy a rendelkezésre álló adatok sokat elárulnak. Ahogy fentebb említettük, az adatfelvétel idején (17 intézmény válasza alapján) összesen 1966 fő vette igénybe a vizsgált nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatásait.

Az első kérdéscsoportunk arra vonatkozott, hogy az ellátást igénybe vevők között milyen arányban vannak jelen a korábban fekvőbeteg-gyógyintézetben és rehabilitációs intézményben kezelték, illetve azok, akiket az intézményi kezelés megelőzése érdekében gondoznak. E kérdéssel kapcsolatosan 15 intézmény adott választ összesen 668 főre vonatkozóan. A részletes adatokat a 11. sz. táblázat tartalmazza.

#### *11. sz. táblázat*

##### *A nappali ellátást nyújtó intézmény igénybevevőiről*

Az igénybevevők közül	Igénybevevők	
	száma (fő)	aránya (%)
hány főt kezeltek korábban fekvőbeteg-gyógyintézetben?	140	21,0
hány főt kezeltek korábban rehabilitációs intézményben?	89	13,3
hány főt gondoznak az intézményi kezelés megelőzése érdekében?	439	65,7
<b>Összesen</b>	<b>668</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy a nappali ellátást igénybe vevők közel kétharmadát (65,7%) az intézményi kezelés megelőzése érdekében gondozzák, míg egyharmadukat (34,3%) korábban már gondozták intézményi keretek között.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy az adatfelvétel idején ellátást igénybe vevők *mióta veszik igénybe* a nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatásait. Ebben az esetben is 15 intézmény adott választ összesen 1 015 főre vonatkozóan.

#### *12. sz. táblázat*

##### *Az ellátást igénybe vevők által az intézményben eltöltött idő*

Az ellátást igénybe vevők mióta veszik igénybe az intézmény szolgáltatásait?	Igénybevevők	
	száma (fő)	aránya (%)
kevesebb, mint egy hónapja	101	10,0
legalább egy hónapja, de kevesebb, mint fél éve	227	22,4
legalább fél éve, de kevesebb, mint 1 éve	269	26,5
legalább 1 éve, de kevesebb, mint 2 éve	171	16,8
legalább 2 éve, de kevesebb, mint 3 éve	104	10,2
legalább 3 éve, de kevesebb, mint 4 éve	39	3,8
legalább 4 éve, de kevesebb, mint 5 éve	79	7,8
legalább 5 éve vagy annál régebben	25	2,5
<b>Összesen</b>	<b>1 015</b>	<b>100,0</b>

Legnagyobb arányban (26,5%) azokkal az igénybevevőkkel találkozunk, akik legalább fél éve, de kevesebb mint egy éve veszik igénybe a nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatásait, illetve azok, akik legalább egy hónapja, de kevesebb mint fél éve (22,4%). Láthatjuk, hogy alacsony arányban vannak jelen a szolgáltatást három vagy annál több éve igénybe vevők.

Rákérdeztünk a nappali ellátást nyújtó intézmény szolgáltatásait igénybe vevők *nemére* és *életkorára* is, melyre 16 intézmény válaszolt összesen 1180 főre vonatkozóan. Az igénybevevők életkor és nem szerinti megoszlását a 13. sz. táblázat mutatja.

**13. sz. táblázat**

*Az ellátást igénybe vevők életkor és nem szerinti megoszlása*

A igénybevevő életkora	Az igénybevevő neme			
	nő		férfi	
	fő	%	fő	%
0 – 15 év	5	1,2	14	1,8
16 – 17 év	11	2,7	25	3,3
18 – 19 év	26	6,3	84	10,9
20 – 24 év	72	17,5	158	20,5
25 – 29 év	44	10,7	157	20,4
30 – 39 év	68	16,5	124	16,1
40 – 49 év	97	23,6	111	14,4
50 – 59 év	61	14,8	76	9,9
60 – 69 év	21	5,1	18	2,3
70 – 79 év	4	1,0	2	0,3
80 év vagy annál idősebb	2	0,5	-	-
<b>Összesen</b>	<b>411</b>	<b>100,0</b>	<b>769</b>	<b>100,0</b>



Láthatjuk, hogy összességében majdnem kétszer annyi férfival (65,2%) találkozhatunk az ellátást igénybe vevők között, mint nővel (34,8%). Ugyanakkor láthatjuk azt is, hogy a 30 – 39 év közötti és az a fölötti életkori csoportokat tekintve a nőket találjuk nagyobb arányban. A legjellemzőbb korosztály eltérő a férfiak és a nők körében. A férfiak esetében a 20 – 24 éves és a 25 – 29 éves életkori csoportok a legjellemzőbbek, ide tartozik a férfi igénybevevők 40,9%-a. A nők körében a 40 – 49 éves korosztály képviselői jelennek meg legnagyobb arányban, az ellátást igénybe vevő nők közel egynegyede (23,6%). Továbbá látható az is, hogy az igénybevevők 4,7%-a (összesen 55 fő) 18 év alatti.

Az alábbiakban az ellátást igénybe vevők *nemére és szenvedélybetegségének típusára* vonatkozó adatokat tárgyaljuk. Ebben az összefüggésben 15 intézmény szolgáltatott információkat összesen 1175 főre vonatkozóan, melyeket az alábbi, 14. sz. táblázat tartalmaz.

**14. sz. táblázat**

*Az ellátást igénybe vevők szenvedélybetegségének típusa nem szerinti bontásban*

A szenvedélybetegség típusa	Az ellátást igénybe vevő neme			
	nő		férfi	
	fő	%	fő	%
alkoholfüggőség	100	24,9	264	34,1
kábítószer-függőség	89	22,1	303	39,2
szervesoldószer-függőség	9	2,2	45	5,8
gyógyszerfüggőség	10	2,5	6	0,8
politoxikománia	26	6,5	42	5,4
játékszenvedély	-	-	24	3,1
egyéb	168	41,8	89	11,5
<b>Összesen</b>	<b>402</b>	<b>100,0</b>	<b>773</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk, hogy a nappali ellátást nyújtó intézményekben különböző arányban, de minden típusú szenvedélybetegséggel küzdő igénybevevő megjelenik. A legjellemzőbb szenvedélybetegség-típusok – mind a nők, mind a férfiak körében – a kábítószer- és az alkoholfüggőség. Mindkét szenvedélybetegség nagyobb arányban jelenik meg a férfiak körében, míg a nők közt nagyobb arányaiban többen vannak a gyógyszerfüggőséggel és politoxikomániával küzdők.

Az egyéb típusú szenvedélybetegségeknél a következőket említették a kérdőívet kitöltő szakemberek: életvezetési zavar, mentális zavar, absztinens koodependencia, impulzuskontroll-zavar, nikotinfüggőség, pszichés és étkezési zavar.

Az ellátást igénybe vevők *életkora és szenvedélybetegségének típusa* között a következő összefüggéseket találtuk: a kábítószer-problémával küzdők körében a 20-24 évesek (31,9%) és a 25-29 évesek (25,3%) vannak a legnagyobb arányban, és a politoxikománia is e két életkori csoportban fordul elő leggyakrabban. Az alkoholfüggők közt a 40-49 évesek (29,1%) és az 50-59 évesek (27,2%) aránya a legnagyobb. A szerves oldószerfüggők több mint egyötöde (22,2%) 30-39 év közötti, a gyógyszerfüggőségben szenvedők több mint egyharmada (37,5%) 30-49 év közötti. A játékszenvedéllyel küzdők egyötöde (20,8%) 40-49 éves.

A nappali ellátást nyújtó intézmény szolgáltatásait igénybe vevők *családi állapotára* vonatkozóan 14 intézmény adott választ összesen 945 főre vonatkozóan. Ez alapján azt tapasztaltuk, hogy az igénybevevők több mint fele (55,6%) nőtlen, illetve hajadon, egynegyedük (26,1%) házas, illetve élettársi kapcsolatban él. További 16,9% elvált és 1,4% özvegy.

Az ellátást igénybe vevők *iskolai végzettségére* vonatkozóan 14 intézmény választott összesen 914 fő adatait megadva. A részletes adatokat a 15. sz. táblázat mutatja.

**15. sz. táblázat**

***Az ellátást igénybe vevők iskolai végzettség szerinti megoszlása***

Az igénybevevő iskolai végzettsége	Az igénybevevők	
	száma (fő)	aránya (%)
kevesebb, mint 8 általános	43	4,7
általános iskola	216	23,6
szakmunkásképző	207	22,6
szakközépiskolai érettségi	149	16,3
gimnáziumi érettségi	179	19,6
technikum	46	5,0
főiskola	55	6,1
egyetem	19	2,1
<b>Összesen</b>	<b>914</b>	<b>100,0</b>

Az ellátást igénybe vevők 23,6%-a általános iskolai végzettséggel, 22,6%-a szakmunkásképző bizonyítvánnyal rendelkezik. Igen alacsony számban és arányban találkozhatunk kevesebb mint 8 általános iskolai, illetve technikai és főiskolai, egyetemi végzettségűekkel.

Arra kérdésre, hogy a nappali ellátást nyújtó intézmény igénybevevői *mióta küzdenek a problémával* 13 intézmény adott választ összesen 649 főre vonatkozóan, adataikat a 16. sz. táblázat tartalmazza.

**16. sz. táblázat**

*A szenvedélybetegség fennállásának ideje*

Mióta küzd az igénybevevő szenvedélybetegségével?	Az igénybevevők	
	száma (fő)	aránya (%)
fél évnél rövidebb ideje	154	23,7
legalább fél éve, de kevesebb, mint 1 éve	172	26,5
legalább 1 éve, de kevesebb, mint 5 éve	121	18,6
legalább 5 éve, de kevesebb, mint 10 éve	100	15,4
10 évnél hosszabb ideje	102	15,7
<b>Összesen</b>	<b>649</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk, hogy kisebb arányt képviselnek azok, akik legalább öt éve vagy annál hosszabb ideje küzdenek szenvedélybetegségükkel, mint azok, akik egy évnél rövidebb ideje.

Ehhez kapcsolódik a következő kérdés, hogy a különböző szenvedélybetegséggel küzdő igénybevevők *mióta részesülnek bármilyen (egészségügyi, szociális stb.) intézményes ellátásban* betegségükkel kapcsolatban. E kérdésre csupán 11 intézmény adott választ 461 fő ellátást igénybe vevőre vonatkozóan (17. sz. táblázat).

**17. sz. táblázat**

*A szenvedélybetegséggel kapcsolatos intézményes ellátás ideje*

Mióta részesül az igénybevevő bármilyen intézményes ellátásban szenvedélybetegségével kapcsolatban?	Az igénybevevők	
	száma (fő)	aránya (%)
fél évnél rövidebb ideje	152	33,0
legalább fél éve, de kevesebb, mint 1 éve	83	18,0
legalább 1 éve, de kevesebb, mint 5 éve	161	34,9
legalább 5 éve, de kevesebb, mint 10 éve	61	13,2
10 évnél hosszabb ideje	4	0,9
<b>Összesen</b>	<b>461</b>	<b>100,0</b>

A nappali ellátást igénybe vevők több mint egyharmada (34,9%) legalább egy éve, de kevesebb mint öt éve részesül már intézményes ellátásban, és további egyharmada (33,0%) fél évnél rövidebb ideje.

Kíváncsiak voltunk arra, hogy mennyire jellemző a felmérésben szereplő intézmények igénybevevőire az, hogy többféle szenvedélybetegséggel küzdenek. Erre a kérdésre 15

intézmény válaszolt összesen 747 fő ellátást igénybevevőre vonatkozóan. Közülük 422 fő (56,5%) egy típusú szenvedélybetegséggel küzd, 251 főről (33,6%) mondták azt a válaszadó szakemberek, hogy kétféle, és 74 főről (9,9%) azt, hogy háromféle szenvedélybetegséggel küzd.

A szenvedélybetegség mellett *egyéb kísérő kórkép* meglétével kapcsolatban 334 főről érkezett adat 16 intézményből. Tehát az adatfelvétel idején összes igénybevevő 17,0%-ának van kísérő kórképe. A 18. sz. táblázat tartalmazza a részletes adatokat.

**18. sz. táblázat**

***Az ellátást igénybevevők körében tapasztalható kísérő kórképek***

Kísérő kórkép	Az igénybevevők	
	száma (fő)	aránya (%)
depresszió	137	7,0
skizofrénia	20	1,0
súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar	47	2,4
egyéb pszichiátriai kórkép	83	4,2
demencia	13	0,7
értelmi fogyatékoság	23	1,2
halmozott fogyatékoság	6	0,3
egyéb kórkép	5	0,2
<b>Igénybevevők összesen</b>	<b>1966</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy a kísérő kórképek közül a depresszió a legnagyobb arányban (7,0%) jellemző az igénybevevők körében, melynek kezelésére megfelelő szolgáltatást jellemzően tudnak nyújtani az intézmények.

Az ellátást igénybe vevők *önellátási képességét* illetően 1044 főről van adatunk – 15 intézmény válasza alapján –, akiknek többsége (96,5%) önellátásra képes. Az igénybevevők csupán 2,8%-áról nyilatkozták a kérdőív kitöltői, hogy önellátásra részben képes és 0,7%-ról, hogy önellátásra nem képes.

A nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatásait igénybe vevők közül 13 főről (az összes igénybevevő 0,7%-a) tudjuk, hogy *gondnokság* alatt áll, mindannyian cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt. Közülük 9 fő azt követően került gondnokság alá, hogy az adott intézmény szolgáltatásait igénybe veszi, a többiek pedig már azt megelőzően.

## A működési engedélyekről

A felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények működési engedélyére vonatkozóan 18 intézményről van adatunk, melyeknek több mint háromnegyede (77,8%) végleges, 16,7%-a ideiglenes működési engedéllyel rendelkezik, 5,6%-a pedig nem rendelkezik működési engedéllyel.

A 19. sz. táblázat a nappali ellátást nyújtó intézmények működési engedélyének típusát mutatja a fenntartó szervezeti formája alapján csoportosítva.

### 19. sz. táblázat

*A nappali ellátást nyújtó intézmények működési engedélyének típusa a fenntartó szervezeti formája szerint*

A működési engedély típusa		A fenntartó			Összesen
		állami	alapítvány, egyesület	egyházi szervezet	
végleges	intézmény	3	11	-	14
	%	60,0	91,7	-	77,8
ideiglenes	intézmény	2	-	1	3
	%	40,0	-	100,0	16,7
nincs működési engedélye	intézmény	-	1	-	1
	%	-	8,3%	-	5,6
<b>Összesen</b>	intézmény	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy az alapítványok és egyesületek által fenntartott intézmények rendelkeznek legnagyobb arányban végleges működési engedéllyel, de az állami fenntartásúak 60,0%-ának működési engedélye is végleges.

A működési engedélyek körüljárása során rákérdeztünk néhány egyéb engedélyre, illetve egyéb feltételek alakulására a működési engedély jellegétől függetlenül. Természetesen többféle hiányosság is előfordulhat egy-egy intézményben, ennek megfelelően több választ is megjelölhettek a kitöltők (20. sz. táblázat).

### 20. sz. táblázat

*A nappali ellátást nyújtó intézményekben tapasztalt hiányosságok a működési engedély típusa szerint*

Hiányosságok		A működési engedély típusa		
		végleges	ideiglenes	nincs működési engedélye
nincs építési engedélye	intézmény	3	1	1
	%	21,4	33,3	100,0

nincs használatba vételi engedélye	intézmény	2	-	1
	%	14,3	-	100,0
nincs ÁNTSZ-engedélye	intézmény	-	-	1
	%	-	-	100,0
nincs tűzoltósági engedélye	intézmény	-	-	1
	%	-	-	100,0
az alkalmazottak létszáma nem felel meg az előírásoknak	intézmény	1	-	-
	%	7,1	-	-
az alkalmazottak végzettsége nem felel meg az előírásoknak	intézmény	1	-	-
	%	7,1	-	-
nem rendelkezik az összes előírt helyiséggel	intézmény	-	1	-
	%	-	33,3	-
nem biztosított az akadálymentes közlekedés	intézmény	8	1	-
	%	57,1	33,3	-
<b>Összesen*</b>	intézmény	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Az összesen sor ebben az esetben az adott típusú működési engedéllyel rendelkező intézmények összesen számát jelenti.

Látható a táblázat adataiból, hogy nem csupán a működési engedéllyel nem rendelkező, illetve az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények körében tapasztalunk különböző hiányosságokat. A végleges működési engedéllyel rendelkezők körében igen magas azok aránya, ahol nem biztosított az akadálymentes közlekedés (57,1%).

## A tényleges jogszabályi megfelelésről

A működési engedély jellegétől függetlenül is megvizsgáltuk a felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények tényleges jogszabályi megfelelését, tekintettel arra, hogy – tapasztalataink szerint – gyakorta előfordul az, hogy az intézmények tényleges megfelelése kedvezőtlenebb képet mutat, mint ahogy az a működési engedély típusából következtethető lenne. Tehát, felmérésünk során kiemelt figyelmet fordítottunk arra, hogy megtudjuk, milyen mértékben érvényesülnek az intézményekben a szakalkalmazottakra, az infrastruktúrára és a szolgáltatásokra vonatkozó jogszabályi előírások. Ezt tekintjük át az alábbi részben.

Elsőként a *szakalkalmazottakra* vonatkozó előírások teljesítését tárgyaljuk. Az adatfelvétel idején érvényes jogi szabályozás értelmében a szakosított ellátási formák esetében a szakalkalmazottak aránya legalább 80,0% kell legyen. Az alkalmazottakra vonatkozó kérdéseinkre öt intézmény nem válaszolt. Tehát az alábbiakban összesen 14 válaszadó intézmény adatait tárgyaljuk, melyek közül 9 intézmény (64,3%) felel meg a szakalkalmazottak arányára vonatkozó jogszabályi előírásnak, a többi intézményben (5) arányuk 80,0% alatt marad.

A 21. sz. táblázat az intézmények szakalkalmazotti arányának tényleges jogszabályi megfelelését mutatja a fenntartó szervezeti formája szerint csoportosítva. Az egyetlen adatbázisunkban szereplő egyházi fenntartású intézmény adatait nem ismerjük.

### 21. sz. táblázat

*A nappali ellátást nyújtó intézmények megoszlása a szakalkalmazottak aránya és a fenntartó szerint*

A szakalkalmazottak aránya		A fenntartó		Összesen
		állami	alapítvány, egyesület	
megfelel	intézmény	1	8	<b>9</b>
	%	33,3	72,7	<b>64,3</b>
nem felel meg	intézmény	2	3	<b>5</b>
	%	66,7	27,3	<b>35,7</b>
Összesen	intézmény	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>14</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy a civil fenntartású intézmények felelnek meg legnagyobb arányban (72,7%) a szakalkalmazottak arányára vonatkozó előírásnak.

Regionális viszonylatban azt láttuk, hogy az észak-alföldi, közép-dunántúli és közép-magyarországi régiókban található nappali ellátást nyújtó intézmények mindegyikében

eléri a szakalkalmazottak aránya a 80,0%-ot. A nyugat- és dél-dunántúli régiók intézményeinek viszont egyike sem felel meg a vonatkozó előírásnak. Az észak-magyarországi régióban pedig 50,0%-50,0% az e tekintetben megfelelő és nem megfelelő intézmények aránya.

Településnagyság tekintetében azt tapasztaltuk, hogy minél nagyobb lélekszámú a település, annál nagyobb arányban találunk a szakalkalmazottak arányára vonatkozó előírást teljesítő intézményeket.

A nappali ellátást nyújtó intézmények szakalkalmazottainak arányát a működési engedély típusával is összevetettük, melynek részletes adatait a 22. sz. táblázat tartalmazza. (Ez esetben az összes válaszoló intézmény száma 13, a működési engedélyre vonatkozó válaszhiány miatt.)

**22. sz. táblázat**  
*A nappali ellátást nyújtó intézmények megoszlása a szakalkalmazottak aránya és a működési engedély típusa szerint*

A szakalkalmazottak aránya		A működési engedély típusa			Összesen
		ideiglenes	végleges	nincs működési engedélye	
megfelel	intézmény	-	7	1	<b>8</b>
	%	-	63,3	100,0	<b>61,5</b>
nem felel meg	intézmény	1	4	-	<b>5</b>
	%	100,0	36,4	-	<b>38,5</b>
<b>Összesen</b>	intézmény	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A táblázat adataiból láthatjuk, hogy a megfelelő szakalkalmazotti arányt biztosító intézmények jellemzően végleges működési engedéllyel rendelkeznek, és egy intézménynek nincs működési engedélye – feltehetően egyéb hiányosságból kifolyólag. Láthatjuk továbbá, hogy a végleges működési engedéllyel bíró intézmények több mint egyharmada (36,4%) nem tesz eleget a szakalkalmazottak arányára vonatkozó előírásnak.

Megvizsgáltuk a *szolgáltatásokra* vonatkozó kötelező jogszabályi előírások teljesülését is a felmérésben szereplő nappali ellátást nyújtó intézmények körében. A szolgáltatásokat illető kérdéseinkre valamennyi intézmény válaszolt. Azt az eredményt kaptuk, hogy az intézmények kevesebb mint fele (42,1%) maradéktalanul megfelel a jogszabályoknak, míg 57,9% esetében nem teljesül minden szolgáltatásra vonatkozó előírás.



Az intézmények szolgáltatásainak tényleges jogszabályi megfelelését a 23. sz. táblázat mutatja, a fenntartó szervezeti formája szerint.

**23. sz. táblázat**

*A nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatásainak jogszabályi megfelelése a fenntartó szervezeti formája szerint*

A szolgáltatások megfelelése		A fenntartó			Összesen
		állami	alapítvány, egyesület	egyházi szervezet	
megfelel	intézmény	4	4	-	<b>8</b>
	%	80,0	30,8	-	<b>42,1</b>
nem felel meg	intézmény	1	9	1	<b>11</b>
	%	20,0	69,2	100,0	<b>57,9</b>
<b>Összesen</b>	<b>intézmény</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
	<b>%</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk, hogy az egyházi szervezet által fenntartott intézmény, a civil fenntartásúak több mint kétharmada (69,2%) és az állami fenntartásúak egyötöde nem felel meg maradéktalanul a szolgáltatásokra vonatkozó előírásoknak.

Regionális viszonylatban vizsgálva a szolgáltatások tényleges jogszabályi megfelelését, azt tapasztaltuk, hogy három régióban vannak az országosnál (42,1%) nagyobb arányban a vonatkozó előírásoknak maradéktalanul megfelelő intézmények: a dél-alföldi (100,0%), az észak-magyarországi (75,0%) és a közép-dunántúli (66,7%) régiókban.

Településnagyság tekintetében azt láttuk, hogy az ötezer főnél kisebb lélekszámú településeken található intézmények mindegyike hiánytalanul biztosítja az előírt szolgáltatásokat, míg a százezer fős és annál nagyobb településen találhatóak egyike sem. Az intézmények szolgáltatásainak tényleges jogszabályi megfelelését is összevetettük a működési engedély típusával, melynek részletes adatait a 24. sz. táblázat tartalmazza.

**24. sz. táblázat**

*A nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatásainak jogszabályi megfelelése a működési engedély típusa szerint*

A szolgáltatások megfelelése		A működési engedély típusa			Összesen
		ideiglenes	végleges	nincs működési engedélye	
megfelel	intézmény	1	6	1	<b>8</b>
	%	33,3	42,9	100,0	<b>44,4</b>
nem felel meg	intézmény	2	8	-	<b>10</b>
	%	66,7	57,1	-	<b>55,6</b>

Összesen	intézmény	3	14	1	18
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Láthatjuk, hogy a végleges működési engedéllyel rendelkező nappali ellátást nyújtó intézmények több mint fele (57,1%) nem teljesíti maradéktalanul a szolgáltatásokra vonatkozó előírásokat. Ugyanakkor az ideiglenes működési engedéllyel rendelkezők kétharmada (66,7%) igen, tehát esetükben egyéb hiányosság az engedély ideiglenességének oka.

Az *infrastruktúrára* vonatkozó jogszabályi előírások teljesülését is vizsgáltuk. Ebben az esetben is minden nappali ellátást nyújtó intézmény válaszát ismerjük. Azt tapasztaltuk, hogy e szempontból szintén az intézmények 42,1%-a felel meg maradéktalanul, ahogy a szolgáltatások esetében is. A nappali ellátást nyújtó intézmények 57,9%-a pedig nem felel meg minden infrastruktúrára vonatkozó előírásnak, tehát nem biztosítanak minden előírt helyiséget.

Az intézmények infrastruktúrájának tényleges jogszabályi megfelelését mutatja a következő táblázat a fenntartó szervezeti formája szerint

*25. sz. táblázat*

*A nappali ellátást nyújtó intézmények infrastruktúrájának jogszabályi megfelelése a fenntartó szervezeti formája szerint*

Az infrastruktúra megfelelése		A fenntartó			Összesen
		állami	alapítvány, egyesület	egyházi szervezet	
megfelel	intézmény	4	4	-	8
	%	80,0	30,8	-	42,1
nem felel meg	intézmény	1	9	1	11
	%	20,0	69,2	100,0	57,9
Összesen	intézmény	5	13	1	19
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy az egyházi szervezet által fenntartott intézmény, a civil fenntartásúak több mint kétharmada (69,2%) és az állami fenntartásúak egyötöde nem felel meg maradéktalanul az infrastruktúrára vonatkozó előírásoknak.

Regionális viszonylatban vizsgálva az intézmények infrastrukturális megfelelését azt láttuk, hogy a dél-alföldi régióban található mindegyike, az észak-magyarországiak háromnegyede és a közép-dunántúliak kétharmada megfelel ezen előírásoknak. Azonban a közép-magyarországi és a dél-dunántúli régióban található intézmények egyike sem tesz

eleget minden vonatkozó előírásnak. A nyugat-dunántúli régióban pedig 50,0%-50,0% az e tekintetben megfelelő és nem megfelelő intézmények aránya.

Településnagyság tekintetében ugyanaz a kép rajzolódott ki, mint a szolgáltatások esetében: az ötezer főnél kisebb lélekszámú településeken található intézmények mindegyike hiánytalanul biztosítja az előírt helyiségek mindegyikét. A hússzezer fős és annál nagyobb lélekszámú településeken viszont nagyobb arányban vannak a nem teljes mértékben megfelelő infrastruktúrával rendelkező intézmények.

Az intézmények infrastruktúrájának tényleges jogszabályi megfelelését is összevetettük a működési engedély típusával, melynek részletes adatait a 26. sz. táblázat tartalmazza.

**26. sz. táblázat**

*A nappali ellátást nyújtó intézmények infrastruktúrájának jogszabályi megfelelése a működési engedély típusa szerint*

Az infrastruktúra megfelelése		A működési engedély típusa			Összesen
		ideiglenes	végleges	nincs működési engedélye	
megfelel	intézmény	1	7	-	<b>8</b>
	%	33,3	50,0	-	<b>44,4</b>
nem felel meg	intézmény	2	7	1	<b>10</b>
	%	66,7	50,0	100,0	<b>55,6</b>
<b>Összesen</b>	intézmény	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk, hogy a végleges működési engedéllyel rendelkező nappali ellátást nyújtó intézmények fele nem teljesíti maradéktalanul az infrastruktúrára vonatkozó előírásokat.

A jogszabályi előírások vizsgálatakor létrehoztunk egy ún. *jogszabályi megfelelési mutatót* a jogszabályi előírások teljesülésére vonatkozó tételes válaszokból annak érdekében, hogy a fentiekben tárgyalt három szempont-csoport adatait összességében is láthassuk és a probléma mélységét is megismerhessük. Ezen adatokat tartalmazza az alábbi táblázat a fenntartó szervezeti formája szerint csoportosítva.

**27. sz. táblázat**

*A nappali ellátást nyújtó intézmények megoszlása a tényleges jogszabályi megfelelés és a fenntartó szervezeti formája szerint*

A tényleges jogszabályi megfelelés	A fenntartó			Összesen
	állami	alapítvány, egyesület	egyházi szervezet	

minden szempontból megfelel	intézmény	1	2	-	<b>3</b>
	%	20,0	15,4	-	<b>15,8</b>
1 szempontból nem felel meg	intézmény	3	2	-	<b>5</b>
	%	60,0	15,4	-	<b>26,3</b>
2 szempontból nem felel meg	intézmény	-	1	-	<b>1</b>
	%	-	7,7	-	<b>5,3</b>
3 szempontból nem felel meg	intézmény	1	3	-	<b>4</b>
	%	20,0	23,1	-	<b>21,1</b>
4 szempontból nem felel meg	intézmény	-	1	-	<b>1</b>
	%	-	7,7	-	<b>5,3</b>
5 vagy annál több szempontból nem felel meg	intézmény	-	4	1	<b>5</b>
	%	-	30,8	100,0	<b>26,3</b>
<b>Összesen</b>	<b>intézmény</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
	<b>%</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy összességében a nappali ellátást nyújtó intézmények 15,8%-a felel meg minden jogszabályi előírásnak. Igen magas körökben az öt vagy annál több jogszabályi előírást nem teljesítők aránya, az intézmények több mint egynegyede (26,3%) tartozik ebbe a csoportba.

A minden szempontot teljesítő intézmények a közép-dunántúli (1) és az észak-magyarországi (2) régiókban találhatóak. A közép-magyarországi (3), a nyugat-dunántúli (1) és a közép-dunántúli (1) régiókban helyezkednek el azok az intézmények, melyek öt vagy annál több jogszabályi előírást nem teljesítenek.

Településnagyság tekintetében azt tapasztaltuk, hogy az öt vagy annál több előírást nem teljesítő intézmények legnagyobb arányban a húsz- és ötvenezer fő közötti (33,3%), valamint a százezer fős és annál nagyobb lélekszámú településeken (33,3%) találhatóak. A minden szempontot teljesítők pedig legnagyobb arányban a kettő- és ötezer fő közötti (100,0%), illetve a húsz-és ötvenezer fő közötti lélekszámú településeken (33,3%) vannak.

A nappali ellátást nyújtó intézmények tényleges jogszabályi megfelelésének szempontjait is összevetettük a működési engedély típusával, melynek adatait a következő táblázat tartalmazza.

**28. sz. táblázat**

***A nappali ellátást nyújtó intézmények megoszlása a tényleges jogszabályi megfelelés és a működési engedély típusa szerint***

A tényleges jogszabályi megfelelés		A működési engedély típusa			Összesen
		végleges	ideiglenes	nincs működési engedélye	
minden szempontból megfelel	intézmény	3	-	-	<b>3</b>
	%	21,4	-	-	<b>16,7</b>
1 szempontból nem felel meg	intézmény	3	1	1	<b>5</b>
	%	21,4	33,3	100,0	<b>27,8</b>

2 szempontból nem felel meg	intézmény	1	-	-	<b>1</b>
	%	7,1	-	-	<b>5,6</b>
3 szempontból nem felel meg	intézmény	3	1	-	<b>4</b>
	%	21,4	33,3	-	<b>22,2</b>
4 szempontból nem felel meg	intézmény	1	-	-	<b>1</b>
	%	7,1	-	-	<b>5,6</b>
5 vagy annál több szempontból nem felel meg	intézmény	3	1	-	<b>4</b>
	%	21,4	33,3	-	<b>22,2</b>
<b>Összesen</b>	<b>intézmény</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
	<b>%</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy a végleges működési engedéllyel rendelkező intézmények valamivel több mint egyötöde (21,4%) tesz eleget minden jogszabályi előírásnak. Szintén 21,4% körükben az öt vagy annál több előírást nem teljesítők aránya.



# Seres Gyöngyi

## Dél-Alföld régió szociális helyzetének elemzése

A Dél-Alföld az Európai Unió Balkán felé utat nyitó kapuja.

Természeti erőforrásait országosan a legnagyobb szénhidrogén-vagyon, a legkiterjedtebb termőföld és a legnagyobb termásvíz-állomány, ill. az országos jelentőségű védett területek kiemelkedő nagysága jellemzi.

Gazdasági szerkezetét tekintve a többi régióhoz képest a legnagyobb arányban van jelen a mezőgazdaságban (14,7%-ban, az országos átlag: 6,3%), az ehhez kapcsolódó élelmiszeriparban és innovációkutatásban, míg utolsó előtti a szolgáltatásokat és az ipari területeket tekintve.

### **A régió fő jellemzői szociális szempontból**

A régió lakói leginkább tanyákkal körülvett, jelentősebb lakosságú mezővárosokban és óriásfalvakban élnek. Az ország legkiterjedtebb tanyarendszerével rendelkező régió lakosságának 9,1%-a él a különböző szolgáltatásoktól távol eső külterületeken. Miután a társadalmi különbségek egyik jelentős dimenziója területi hátrány, a Dél-Alföld tanyás térségei a kirekesztődés szempontjából kiemelt figyelmet igényelnek.

A nagymértékű természetes fogyással, a legmagasabb arányú (21,2%) 60 éven felüli lakosságával a Dél-Alföld az egyik legkedvezőtlenebb demográfiai helyzetű régiónak számít. Az országosan (Észak-Alföld után) második legalacsonyabbnak számító átlagfizetések, a munkaerőpiaccal adekvát szakképzés és a régióspecifikumokat is hatékonyan kihasználó munkahelyteremtés hiánya a régióon belül gyakori fluktuációt, pályaelhagyást vagy a legrosszabb esetben más régióba vándorlást eredményez. Az egészségtelen életmód, a rossz egészségi és mentális állapot, a szenvedélybetegségek szintén sok régiólakost érintő problémaként jelentkeznek, és egyben munkaerőpiaci és szociális helyzetet hátrányosan befolyásoló tényezők is.

A lakosság hátrányos helyzetének kialakulásában, a kirekesztettségben szintén szerepet játszanak a régió egyes térségeire jellemző rossz lakáskörülmények és a közműellátások hiányossága, az alacsony iskolázottsági és foglalkoztatottsági szint, az ebből adódó jövedelmi helyzet, valamint a kistelepülések, tanyás területek közlekedési problémái, azaz a különböző közszolgáltatások, munkahelyek nehéz elérhetősége. A kirekesztődést tovább fokozza egyes kistérségekben a külterületen élők magas aránya. A szegénység, ill. az elszegényesedés a régióban a külterületen élőket; a határmenti és határ közeli, fejletlen infrastruktúrájú, elöregedett térségek lakosait; a rossz egészségi, mentális és pszichés állapotú embereket; a nagycsaládokat és a gyermeküket egyedül nevelő szülőket érinti leginkább.

Bár település- és korszerkezetének köszönhetően a Dél-Alföld rendelkezik leginkább kiépült szociális és gyermekvédelmi ellátórendszerrel, a törvények betartásával nyújtott jelenlegi szolgáltatások elérhetősége főleg a tanyákon és a kistelepüléseken élők számára nem megoldott. A valós szükségleteken alapuló szolgáltatások nyújtásához hiányoznak a jelenlegi szolgáltatórendszer működését, kapacitását vizsgáló (külső) elemzések, kutatások. A humán közszolgáltatók helyzetét nehezíti a rendelkezésükre álló elavult tárgyi és intézményi infrastruktúra is. A munkával nem rendelkező, ill. az alacsony jövedelmű rétegek támogatását tekintve kismértékű és nem eléggé hatékony az aktív szociálpolitikai eszközök használata. Hiányoznak az aktív társadalmi részvételre felkészítő rehabilitáló intézmények, kiléptető és utánkövető rendszerek.

## Társadalmi-gazdasági helyzetkép

### Földrajzi helyzet, településszerkezet

A régió az ország délkeleti és déli területén, a Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megye által lefedett területen helyezkedik el. Domborzatát síkság, valamint a Duna-Tisza közén található homokos, buckákkal tagolt térszín jellemzi. Békés és Bács-Kiskun megye egyes határ menti területei az ország középpontjához képest meglehetősen periferikus területet képeznek.

A régió 18 339 km<sup>2</sup>-es területe alapján Magyarország 7 területi-stratégiai régiója közül a legnagyobb területű. Lakónépessége 1 373 194 fő, a régiók között közepesnek tekinthető, közel 75 fő/km<sup>2</sup>-es alacsonynak számító népsűrűséggel, amelynél csak a dél-dunántúli kisebb.



Természeti erőforrások tekintetében hazánk egyik kedvező adottságú területének számít. A régióban található az ország legjelentősebb szénhidrogénvagyona, legnagyobb termőterülete és termálvízállománya, de kiemelkedik az országos jelentőségű védett területek nagyságában is.

Az ország 168 tervezési-statisztikai kistérsége közül 25 a dél-alföldi régióban található, ebből 10 Bács-Kiskun, 8 Békés, 7 pedig Csongrád megye területén. A régiónak 254 települése van; ennél kisebb településszám csak Közép-Magyarország régiót jellemzi.

Dél-Alföld régió településszerkezetét leginkább tanyákkal körülvett, jelentősebb lakosságszámú mezővárosok és óriásfalvak alkotják. Magyarország legkiterjedtebb tanyarendszere ebben a régióban található, s az itt élők hátrányos helyzetének csökkentése szociális szempontból sajátos megoldásmódokat igényel. A külterületi lakónépesség aránya a régión belül is nagy szórást mutat, hiszen míg a régió átlagát tekintve a lakosság 9,1%-a (minden tizenegyedik lakos) külterületen él, addig a megyei, és még inkább a kistérségi átlagok jelentős eltérést mutatnak (legkisebb átlag: Makói kistérség 1,4%, legnagyobb átlag: Mórahalmi kistérség 36,5%).

## **Demográfiai helyzet**

Az 1990-2001 közötti időszakban Közép-Magyarország után a Dél-Alföldön volt a legnagyobb a természetes fogyás (-65 644 fő). A népességcsökkenés folyamatában meghatározó szerepet kapott a mezőgazdaság kollektivizálásával felszabaduló, jórészt agrár munkaerő-felesleg jelentős elvándorlása az ország más területeire. Az elvándorlás ma is tart. A régió lakónépessége 2001-ben 1 373 194 fő volt. Az ezt követő évben az ezer főre jutó elveszületések és halálozások számát tekintve a régió az utolsó helyen állt.

A születések számának csökkenése és az idősek (60 éven felüliek) számának növekedése miatt a korösszetétel egyre kedvezőtlenebb. 2001-ben a 60 éven felüliek lakosságon belüli aránya (21,2%) – egyezően a közép-magyarországi régióéval – országosan a legmagasabb.

Megindult a régió egy részének újratanyásodási folyamata. Az 1990 óta eltelt évtized alatt nem csökkent a külterületi népesség aránya, s ez a tendencia is az újratanyásodást, a tanyai életmód reszocializációjának erősödését jelzi. A Homokhátság tanyavilágában készült tanulmány szerint a városokból a tanyára újonnan kiköltöző családok (szociális migráció) egy részénél a lakóhelyváltás

kiváltó okaként a hátrányos szociális helyzet szerepelt, melyet az olcsóbb tanyai életvitellel, mezőgazdasági termeléssel próbáltak ellensúlyozni. Kellő szaktudás és termelőeszközök hiányában nem sok esély teremődik a magas jövedelmezőség elérésére, ami az adott család szociális helyzetének további romlását eredményezheti.

A régióban a tanyán élők és az idősek lakosságon belüli magas aránya speciális szociális ellátási feladatokat von maga után.

## **Lakáshelyzet**

A régióban a lakások és lakott üdülők száma a 2001. évi népszámlálás időpontjában megközelítette a 600 ezret (576 828 db), mely az ország lakásállományának több mint 14 százaléka.

A régió belül a lakások és a lakott üdülők közműellátottsága Bács-Kiskunban a legalacsonyabb. Elsősorban a tanyás vidékek sajátos problémájaként jelentkeznek a közművesítés elmaradottsága és a lakókörnyezet nem megfelelő állapota. A hálózati ág-ellátottság kivételével a Dél-Alföld lakásállományának közműellátottsága az országban a legalacsonyabb.

Ugyancsak ebben a régióban a legalacsonyabb (39,6 %) az összkomfortos lakások aránya is. A komfortos lakások aránya az országos átlagnál magasabb (33,5 %), és magas (15,3 %) a komfort nélküli lakások és a lakott üdülők komfortossága is. A régióban Közép-Magyarország után a legmagasabb a 100 lakosra jutó lakások száma (41,9 db).

## **Makrogazdasági folyamatok**

A 2001. évi bruttó hazai termék (GDP) közel tizedét (9,7 %-át, 1 438 424 millió Ft-ot) állították elő a Dél-Alföldön. Ez az összeg az egy főre jutó GDP-sorrend alapján a régiók között a Dél-Alföld ötödik helyét jelentette.

Mind egyéni (15db/1000 lakos alatti), mind társas vállalkozói (6db/1000 lakos alatti) viszonyban legalacsonyabb a vállalkozási kedv a Bácsalmási, Mezőkovácsházi, Sarkadi, Szeghalmi és Mórahalmi térségekben.

A Dél-Alföldön működő összes vállalkozás közel harmada (32 619) mikrovállalkozásként 1-9 fő közötti alkalmazottal dolgozik. Mintegy száz nagyobb, 250 főnél több embert foglalkoztató vállalkozás működik a régióban, az országos érték mintegy 9,9%-a.

A 15-74 éves népességen belül a Dél-Alföldön gazdaságilag aktív több mint 500 ezer (529 467) fő, melynek 55 százaléka férfi, 45 százaléka nő. A gazdaságilag aktív népesség megyék szerinti eloszlásában nincs jelentős különbség.

Az adófizetők lakossághoz mért aránya kistérségenként igen eltérő képet mutat. A régiós átlagnál jóval kevesebben fizetnek adót a Bácsalmási, Jánoshalmi, Sarkadi és Kisteleki térségekben.

A gazdasági aktivitás vizsgálatból kitűnik, hogy a hét régió között a Dél-Alföld – természeti adottságainak köszönhetően – a többi régióhoz képest lényegesen nagyobb arányban (14,7%) van jelen a mezőgazdaságban, míg utolsó előtti a szolgáltatásokat és az ipari területeket tekintve.

## A régió szociális helyzetét és a társadalmi kohéziót meghatározó körülmények

### **Területi folyamatok**

Dél-Alföldet elkerülték az ipari térségeket sújtó válságok, viszont nem kerülhette el a rendszerváltást követően a mezőgazdasági struktúra hanyatlásához kötődő falusi gazdasági és társadalmi válság.

Még napjainkban is átalakulóban vannak a falu és a város közötti kapcsolatok és munkamegosztások.

### **Közlekedési adottságok, hozzáférési problémák**

A közúti közlekedéshálózat kiépítettsége, állapota és forgalmának jellemzői megyénként jelentősen eltérőek. A hét régió közül Dél-Alföldön van a legkevesebb országos közút. Mindhárom megyében akadnak közlekedés szempontjából hátrányos helyzetben lévő zsáktelepülések is; a régióban összesen 31 zsáktelepülés található, ebből 17 Bács-Kiskunban, 9 Békésben, 5 pedig Csongrád megyében van.

Az elmúlt évtizedben a közúthálózat állapota romlott a Dél-Alföldön. Megállapítható, hogy a régió külső és belső elérhetőségi viszonyai egyaránt kedvezőtlenek. Autópálya csak a régió nyugati felének egy részéig (Kiskunfélegyháza) vezet, az egyéb területeken nincs megfelelő szintű gyorsforgalmi úthálózat. A településeket összekötő úthálózat leromlott és hiányos, jó kiépültség jellemzi viszont a települési belterületi úthálózatot. A régió vasúthálózatának fejlettsége sem kielégítő. További hiányosság, hogy bár a légi közlekedés és szállítás feltételei adottak, mégsem kihasználták a jelenlegi lehetőségek.

A közlekedési lehetőségek (elérhetőség) hiánya, mint a kirekesztettség egyik tényezője, leginkább a tanyán és a kistelepüléseken élők számára okoz nehézséget. Egyes helyeken (gépkocsi hiányában) nagy távolságot kell megtenni a tömegközlekedési eszközök igénybevételéhez is. Mindezek a tényezők megnehezítik az adott térségben élők munkába jutását, elhelyezkedési lehetőségét, a gyermekek bölcsődébe, óvodába, iskolába járatását és különböző, a mindennapi élethez szükséges szolgáltatások elérését.

## **A népesség egészségügyi helyzete**

A területi fejlődés fontos eleme a népesség egészségi állapota, amely többek között a halandósági mutatókkal, valamint a különböző megbetegedések előfordulási arányával jellemezhető.

A halálozási ráták alapján Dél-Alföld az egyik legrosszabb helyzetű régió. Az országos tendenciáknak megfelelően a férfihalandóság magasabb, viszont a két nem közötti különbség Dél-Alföldön jóval nagyobb. A halálokok között a keringési rendszer betegségei vezetnek a statisztikát, ezeket követik a daganatos betegségek. Mindkettő legfőbbképp az 60 éven felüli korosztályt sújtja. A harmadik helyen álló balesetek és halálos sérülések száma országosan a Dél-Alföldön a legmagasabb.

Magyarország öngyilkossági rátája magas, s ezen belül is kiemelkedő a Dél-Alföld lakosságának öngyilkossági hajlandósága. 2002-ben a 100 000 emberre jutó öngyilkosok száma országos viszonylatban 28 fő volt, a Dél-Alföldön 38,5 fő. A férfiak körében az öngyilkosság jóval gyakoribb (62,1 fő), mint a nőkben (17,0 fő), és legjellemzőbb a falvakban, illetve a külterületeken élők közt.

A pszichiátriai gondozottak tízezer lakosra jutó aránya is Dél-Alföldön a legmagasabb.

A nyilvántartott alkoholisták aránya országos átlag alatti, bár a nyilvántartás pontossága kétséges, amit a májbetegségben elhalálozott lakosok magas száma is bizonyít.

Az egészségügyi alapellátás területén 2002-ben a régióban 691 házi orvos és 215 házi gyermekorvos működött. A régióban *„a betöltetlen praxisokban a betegeket helyettesítő orvosok gondozzák. Kizárólag a gyermekek ellátására csak a települések egy részén van lehetőség. Ennek hiányában a gyermekbetegeket a felnőttek részére szervezett ellátás keretében, vagy a szomszédos települések házi orvosai látják el.”*

A régióban 20 önálló fekvőbeteg-gyógyintézet működik. Szeged, mint klinikai és egyetemi központ, kiemelt szereplője az egészségügyi ellátórendszernek. Ezzel ellentétben Bács-Kiskun megye déli és északnyugati része, valamint Békés megye északi része „kórházhiányos”, a külterületi népesség sürgősségi ellátása mindenütt problematikus.

## **Iskolázottságra vonatkozó adatok**

Az alapfokú oktatási intézmények fenntartását a régió települései többnyire önállóan oldják meg. A települések többségében helyben elvégezhető az általános iskola nyolc osztálya.

Az általános iskolának egyetlen osztályát sem végzetek aránya – a 10 éven felüli lakosok körében – 0,6% a Dél-Alföldön, ez majdnem azonos az országos átlaggal. Általánosan elmondható, hogy a kistérségek többségében a nőknél nagyobb arányban jellemző az iskolázatlanság. Érettségivel a 18 évesnél idősebb lakosság 32,9%-a rendelkezik, mintegy hat százalékkal kevesebb, mint az országos átlag (38,8%). Alacsony a közép- és felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma a Mezőkovácsházi, Sarkadi, Szeghalmi, Kisteleki és Mórahalmi térségekben.

A középfokú oktatás folyamatosan átstrukturálódott mind a képzési szint, mind a képző intézmény helyét illetően. A szakközépiskolai képzés iránti érdeklődés mellett az utóbbi években megnőtt a gimnáziumi képzés iránti igény, s ezt követi a szakmunkásképzésé, illetve a szakiskolai képzésé. A

fizikai munkával járó szakmákhoz szükséges végzettség megszerzése ma már egyre inkább divatjamúlt.

A régió belül mind a felsőoktatásban, mind a kutatási potenciálokban meghatározó Szeged szerepe. A felsőoktatási képzési szerkezetből máig hiányzik az agrár (főiskolai képzés Mezőtúron és Szarvason van) és a műszaki (főiskolai szintű képzés Kecskeméten van) egyetemi profil.

## **Foglalkoztatottsági helyzet**

A dél-alföldi munkavállalók foglalkoztatottsága minden korcsoportban kisebb, mint az országos foglalkoztatási átlagok. A 30-39 éves és a 40-59 éves korosztályokban a dél-alföldi foglalkoztatottak aránya jóval az országos átlag alatti a Bácsalmási, Jánoshalmi (Bács-Kiskun megye), Mezőkovácsházi, Sarkadi, Szeghalmi (Békés megye) és a Makói (Csongrád megye) kistérségekben.

A régiók között Észak-Alföld után Dél-Alföldön a legalacsonyabbak az átlagkeresetek.

A hivatalos munkanélküliség adatok alapján Dél-Alföld munkanélküliségi mutatója valamivel rosszabb, mint az országos átlag. A régió megyei közül Csongrád helyzete a legkedvezőbb, Bács-Kiskun megye mutatója a régiós átlagnak megfelelő, míg Békés megye a legrosszabb helyzetű.

A Dél-Alföld munkanélküliség szempontjából leghátrányosabb kistérségei a Békés megyei Mezőkovácsházi, Sarkadi és Szeghalmi kistérségek, továbbá magas munkanélküliségi rátával rendelkezik Bács-Kiskun megyében a Kunszentmiklósi, Bácsalmási, Jánoshalmi, Kalocsai, valamint Csongrád megyében a Makói kistérség is.

## Kirekesztődés

### Segélyezés

A segélyek alapvető célja, hogy a jogosult személy vagy család egy főre jutó havi jövedelemének alacsony szintjét ellensúlyozza.

A régióon belül az egyes segélyfajtáknál kistérségi szinten jelentős különbségek mutathatók ki. Elsősorban a kistépülések önkormányzatai számára komoly kihívást jelent a szociális segélyezést biztosító források előteremtése.

Általában véve a segélyezési rendszer nagy problémája, hogy a jogosultságot és a támogatás mértékét az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegéhez kötik, ami nem reális a valós szükségletek kielégítéséhez mérvadó jövedelmi szint meghatározását tekintve.

A segélyezési csapdából kifolyólag nagy számban vannak azok a kis nyugdíjból élők és azok a rászoruló lakosok, akik jövedelmük kismértékű emelkedése, ill. a szigorú feltételek miatt elvesztették/elveszthetik jogosultságukat különböző segélyfajták igénybevételére, így kiestek/kieshetnek a segélyezési rendszerből, ami tovább nehezíti megélhetésüket, ill. fokozza elszegényesedésüket. Mivel a vagyoni helyzet vizsgálata is megjelenik a segélyezésnél, az időszakos munkavállalás miatt is igen gyakori a „segélyezési csapdába esés”.

A jelenlegi rendszer nem teszi lehetővé a segélykérő intimitását, valamint nem zárható ki a döntéshozó hivatali személy szubjektivitása sem.

### Idősek szegénysége

A Dél-Alföld korstruktúráját tekintve az ország egyik legidősödőbb régiója. A legutóbbi népszámláláskor 291 117 fő 60 éven felüli lakost számláltak, ami az itt élők 21,2%-a. Különösen hátrányos helyzetűek és a különböző szolgáltatásokból kirekesztettek azok az idősek, akik külterületen élnek.

A régióban a különböző nyugdíj és nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma 2001-ben 444 400 fő volt, az országos érték 14,3%-a. Az egy főre jutó nyugdíj és nyugdíjszerű ellátások átlagos összege az országos átlag alatti volt, ezek közül az öregségi nyugdíj (37 497 Ft) és hozzátartozói nyugdíj (26 892 Ft) egy főre jutó átlagos összege a legalacsonyabb értéket mutatta az országban, amely ellátás szerény megélhetést nyújt a csak a nyugellátási rendszer forrásaiból élőknek.

Az időskorúak járadékában részesülők 60 éven felüliekhez viszonyított aránya hazánkban a Dél-Alföldön a legmagasabb. Ezer fő 60 éven felüli közül 6,4 fő részesül járadékban (országosan az érték 3,4 fő). Ez is az itt élő idősök alacsony jövedelmi szintjét mutatja.

### **Gyermekek szegénysége és veszélyeztetettsége**

Az múlt században a gyermekvállalás terén megindult csökkenő tendencia a mai napig tartó folyamat. A Dél-Alföldön a 2001. évi népszámlálási adatok szerint a 0-14 éves gyermekek lakónépességhez viszonyított aránya az országos, ill. a régiós átlagon (16,6%) felüli volt Bács-Kiskun megye kistérségeinek 70%-ában (kivételek ez alól a Bajai, a Kalocsai és a Kiskunfélegyházai kistérségek), Békés megye kistérségeinek felében (Békési, Mezőkovácsházi, Sarkadi, Szeghalmi), míg Csongrád megyében egyedül a Makói kistérségben.

A gyermekek kirekesztettségét, szegénységét befolyásoló tényezők dél-alföldi jellegzetessége részben a külterületen élő gyermekek helyzetéből származik. A tanyán élő gyermekek hátrányos helyzetét befolyásolják a nagy távolságok, a rossz útviszonyok, a közlekedési eszközök hiánya, rossz időjárási viszonyok esetén az elzártság (bölcsőde, óvoda, iskola megközelíthetősége), a kulturális, szabadidős és szórakozási lehetőségek hiánya, valamint a szegényes társadalmi kapcsolatok. A hátrányok még inkább fokozódnak a sokgyermekes és egyszülős családokban. A családi pótlékban részesülők adataiból látható, hogy a régió belül országosan a legmagasabb a gyermeküket egyedül nevelő szülők aránya.

Egy gyermek veszélyeztetett lehet nem csupán anyagi, hanem lakókörnyezeti, magatartási, egészségügyi és családi okokból is. A Dél-Alföldön a gyámhatóságoknál nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak aránya az adott területen élő kiskorúakhoz viszonyítva (19,0%) meghaladja az országos átlagot (15%).



A Homokhátságon (mely 15 települést foglal magába a Móraalmi, Szegedi és Kiskunhalasi kistérségekből) készült tanulmány szerint a gyermekek veszélyeztetettsége több mint hatszorosa a külterületeken a belterülethez képest. E térségben a védelembe vett gyermekek 82%-a, a családból kiemelték 88,1%-a tanyán élő családok köréből kerül ki.

## **Munkaerőpiacról kiszorult, egészségi állapotuk és életmódjuk miatt veszélyeztetett emberek**

A munkaerőpiacon való részvételüket illetően egyes társadalmi csoportok koruk, testi vagy mentális egészségi állapotuk és életmódjuk miatt hátrányos helyzetűnek tekinthetők. A munka nélküli 40 éven felüliek, megváltozott munkaképességűek, szenvedélybetegek nehezen vagy egyáltalán nem találják meg a visszavezető utat a munkaerőpiacra. Részben ebből adódik Dél-Alföldön a korhatár alatti nyugdíjasok magas száma (2001-ben 72 737 fő volt, 16,3%-a az országos értéknek). A megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők számának változása 1999-hez képest szintén az elsők közötti az országban, 2001-ben 33 554 fő volt (15,4%-a az országos adatnak).

A KSH felmérése alapján a regisztrált kábítószer-fogyasztók száma a Dél-Alföldön a legmagasabb Közép-Magyarország után. 2002-ben 1297 főt regisztráltak a régióban. A különböző szerek fogyasztása a fiatalok körében is egyre terjed.

## **Roma társadalom**

A roma származású emberek számát világszerte csak becsülni tudják. A 2002-ben készült roma jelentés szerint hazai számuk 2001-ben 600 000 fő volt. A 2001-es népszámlálási adatok alapján azonban csak 205 720 fő (a becsült érték 34,3%-a) vallotta magát roma származásúnak, közülük a Dél-Alföldön élő roma lakosság száma 15 490 fő (az országos érték 7,53%-a). Az itt élő roma emberek népességhez viszonyított arányát tekintve a kapott érték (1,1%) az országos átlag (2,0%) alatt marad.

A roma emberek alapvetően egy zárt társadalmat alkotnak, saját nyelvvel, kultúrával. Mindezekből adódóan a társadalmi változásokhoz történő alkalmazkodás nehézséget jelent számukra, ezért figyelembe véve a munkaerőpiaci versenyképességet gátló tényezőket (pl.: az alacsony

iskolázottságot), a szociális helyzetüket, valamint az egészségi állapotukat, a roma kisebbség Magyarországon, így a régióban is halmozottan hátrányos helyzetű rétegnek számít.

## **Fogyatékosággal élők**

A 2001. évi népszámlálás idején 577 006 ember élt fogyatékosággal Magyarországon (156,7% százalékkal több, mint 1990-ben), az akkori népesség 5,7%-a, ugyanakkor a Dél-Alföldön nyilvántartott fogyatékos emberek száma 95 360 fő volt (182,2%-a a korábbi népszámlálási adatnak), az itt élő lakosság 7%-a.

A fogyatékos emberek esélyegyenlőségének megteremtése érdekében számos program kezdte meg működését országosan, ill. a régióban is, de még mindig jelentős az elmaradás mind a különböző jogok biztosítása terén, mind pedig az egyes célterületeken. Nagy előrelépést jelent, hogy a hozzáférhető (akadálymentes, érzékelhető és biztonságos) környezet megteremtése egyre több helyen valósul meg (azonban még így is nagyon hiányos), valamint az, hogy a közelmúltban a regionális jelnyelvi központok megkezdték működésüket.

Fogyatékosággal élők, ill. megváltozott munkaképességűek foglalkoztatására a Dél-Alföldön 2002-ben mindössze 6 célszervezet működött, 35 telephellyel. A megváltozott jogi szabályozás ezek egy részének megszűnéséhez vezetett, így a célcsoport foglalkoztatási esélyei tovább romlottak. A speciális védett munkahelyek száma szintén nagyon kevés, összesen kilenc működött 2003-ban, melyből 2 Bács-Kiskun megyében, 4 Békés megyében és 3 Csongrád megyében.

## **Veszélyeztetett lakhatás**

A szegénységben élők lakhatási körülményei, ill. azok rosszabbodása számos okra – többek között az önkormányzati (kiléptető jellegű) bérlakások hiányára, a magas rezsiköltségek miatti eladósodásra, az ebből származó kilakoltatásokra vagy alacsonyabb komfortfokozatú lakásokba, ill. albérletbe költözésre, a lakáskarbantartás pénztelenségből adódó elmaradására – vezethető vissza. Az ily módon lakhatás veszélyeztetettsége által érintett egyedülállók és családok számára nyújt támogatást, segítséget az önkormányzatoktól igényelhető lakásfenntartási támogatás, ill. az adósságkezelési szolgáltatás.

A dél-alföldi önkormányzatok 2002-ben 24 015 személyt, az itt élők 1,76%-át – amely az országos átlagnak megfelelő – részesítettek lakásfenntartási támogatási formában.

Az adósságkezelési szolgáltatás még viszonylag új, 2003 januárjától hatályos ellátási forma. A Dél-Alföldön 12 helyen működik:

- Csongrád megye: Szentes, Hódmezővásárhely, Csongrád, Sándorfalva, Szeged
- Békés megye: Orosháza, Békés, Békéscsaba, Gyula, Szarvas, Gyomaendrőd
- Bács-Kiskun megye: Kiskunfélegyháza

## **Hátrányos helyzetű kistérségek**

### ***Gazdasági helyzet komplex mutató alapján***

A komplex mutató az adófizetők aránya a lakónépességben belül, a háztartásban élő foglalkoztatottak aránya, és a társas vállalkozások ezer főre jutó száma alapján jelzi a területi hátrányokat. A legrosszabb gazdasági helyzetű térségek a régióban: a Bácsalmási, a Mezőkovácsházai, a Sarkadi kistérség.

### ***Jövedelmi helyzet komplex mutató alapján***

A komplex mutató az egy főre jutó befizetett SZJA, rendszeres szociális segélyben részesülők aránya a lakónépesség ezrelékében, és a kiegészítő családi pótlékban részesített családok összes családon belüli aránya mutatók alapján tipizálja a kistérségeket. Jövedelmi szempontból a leghátrányosabb kistérségek a régióban: a Sarkadi, a Szeghalmi, a Mezőkovácsházai kistérség.

### ***Lakókörnyezet, lakhatás komplex mutató alapján***

A komplex mutató a külterületi lakosság aránya, a hálózati gázzal ellátott lakások aránya, a hálózati vízvezetékkel ellátott lakások aránya, a közcsatornával ellátott lakások aránya, a meleg folyóvízzel ellátott lakások aránya, az egyfős háztartások aránya, az 5- vagy többfős háztartások aránya és az ezer fő alatti lakosú településeken élő lakónépesség aránya mutatók alapján készült. A lakókörnyezet és lakhatás szempontjából legrosszabb helyzetű kistérségek: a Kiskunhalasi, a Kiskunmajsai, a Kiskunfélegyházai, a Mórahalmi, a Kisteleki kistérség.

### ***Népesség összetétele komplex mutató alapján***

A komplex mutató a 60 évesnél idősebbek, a 0-14 éves gyermekkorú népesség és a roma népesség aránya a lakónépességben, az általános iskola 8 évfolyamát el nem végeztek a 15-X korú, az egyetemi, a főiskolai stb. oklevéllel rendelkezők aránya a 25-X korú népességben belül, a természetes szaporodás/fogyás, a vándorlási különbözet a lakónépesség ezrelékében mutatók alapján körvonalazza a társadalmi hátrányok szempontjából kiemelt figyelmet igénylő csoportok térbeli koncentrációját. A népesség összetételét tekintve a legrosszabb helyzetű kistérségek a régióban: a Békési és a Csongrádi kistérség.

### ***Ellátórendszer komplex mutató alapján***

A komplex mutató a bölcsődékbe beíratott gyerekek száma gyerekszámra vetítve, a gyermekjóléti szolgálatok foglalkoztatottainak száma a népességre vetítve, a családsegítő szolgáltatásokat igénybe vevők a lakónépességhez viszonyítva, a szociális alapellátás keretében étkezésben, házi segítségnyújtásban részesülők, a nappali ellátást nyújtó idősek klubjainak szolgáltatásait igénybevevők száma a 60 éven felüliekre vetítve, és alap és nappali ellátásban 10 ezer lakosra jutó foglalkoztatottak, valamint a komplex szakember ellátottsági mutató alapján készült. E tekintetben a szociális szolgáltatások kiépítettsége és a szakember-ellátottság a Jánoshalmi, Kunszentmiklósi, Kiskőrösi és Kisteleki kistérségekben a leghiányosabb.

### ***Kirekesztettség és ellátórendszer összetett mutató alapján***

A mutató az összesített 1-4. kirekesztettségi mutatók és a komplex ellátórendszer mutató összevetésével készült. A mutató rávilágít a társadalmi kirekesztődés térbeli koncentrációjának és az ellátórendszer kiépültségének ellentmondásaira is, melyek alapvetően a szociális ágazat belső, strukturális és szakmai ellentmondásaiból adódnak. A mutató alapján a Jánoshalmi, a Kisteleki és a Mezőkovácsházai kistérségek emelhetők ki, ahol a hátrányos helyzetű lakosok problémáinak megoldására nem elegendő a szociális ellátórendszer jelenlegi kiépültségi szintje.

## **Településszerkezet – közigazgatás**

### **Településszerkezet, településnagyság és közigazgatás kapcsolata**

Dél-Alföld régió 254 településéből 119 Bács-Kiskunban, 75 Békésben és 60 Csongrád megyében található. Az 500 főnél kisebb lélekszámmal rendelkező aprófalvakban mindössze a lakosság 0,3%-a él, a 2000 főt nem meghaladó kistelepülésekben élők aránya szintén nagyon alacsony (2,2%). A Dél-Alföldön a lakosság legnagyobb része (44,7%) a 2000-10 000 fős nagy- és óriásfalvakban, valamint a 20 000-50 000 lelket számláló mezővárosokban (21,3%) koncentrálódik. Egyes kistérségekben nincsenek 10 000 fő feletti települések. Ilyenek a Bácsalmási, Jánoshalmi, Kunszentmiklósi, Mezőkovácsházai, Kisteleki és Mórahalmi térségek. A közép-magyarországi régióval egyetemben a Dél-Alföld területén az önálló polgármesteri hivatalok aránya 89%-on felüli, a legmagasabb az országban.

### **Önkormányzati szociálpolitika és gyermekvédelem**

A szociális és gyermekvédelmi igazgatás tárgyi, személyi (szakember-ellátottsági) feltételeinek kialakítására minimálisak a törvény általi előírások, ebből adódóan a régió kisebb településein előfordul, hogy – szociális végzettség nélkül – pl. az anyakönyvezető látja el a szociális igazgatási feladatokat, köztük a segélyek kiosztását. További probléma a településnagysághoz mért létszám előírásának hiánya. A segélykérők sokszor sorban állnak egy szociális irodai pult előtt, és mindenki füle hallatára kell nyilatkozniuk, hogy miért igénylik a kérvényezendő támogatást. A segélykérő és a segély kiadásáról döntő hivatali személy részére a négy szemközti beszélgetéshez

szükséges tárgyi feltételek hiányoznak, melyek biztosítása elengedhetetlen feltétele a szükséges intimitásnak. Hiányzik továbbá a szociális és gyermekvédelmi igazgatás széleskörű informatizálása, ill. az ott dolgozók megfelelő számítástechnikai ismerete is. Ehhez alapul szolgálhatnak a szociális igazgatási mintahelyek tapasztalatai.

### ***Szolgáltatástervezési koncepciók***

Szociális koncepciók és térképek hiánya jellemzi a szociális szakmát minden területi szinten. Az önkormányzatok által kötelezően készítendő szociális szolgáltatástervezési koncepció a szociális ellátásoknak csak egy részével foglalkozik. A gyermekvédelem területén hiányoznak az ilyen jellegű elemzések. A szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer szükségleteinek, fejlesztendő területeinek meghatározásához hiányoznak az azt megelőző feltáró tanulmányok, kutatások. A különböző és az azonos területi szintű (települési, kistérségi, megyei, regionális) szolgáltatástervezési koncepciók jelenleg nem összehangoltan, eltérő módszerekkel készülnek, ami megnehezíti az összehasonlíthatóságot.

### ***Térségi-területi problémamegoldási módok***

A dél-alföldi régió kistelepülésein és tanyás vidékein élő lakosság hátrányos helyzetének csökkentésére, különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítására egyre több teleházat hoznak létre és működtetnek. A teleházak olyan intézmények, melyek lehetőséget adnak az informatikai és a kommunikációs eszközök közösségi hozzáféréséhez, segítve a kínált szolgáltatások által az adott település közösségének fejlődését. A Dél-Alföldön 2003-as adatok szerint 72 településen működik teleház: Bács-Kiskun megyében 22, Békés megyében 15 és Csongrád megyében 35.

## **A régió szociális és gyermekvédelmi ellátórendszere**

### **Szociális és gyermekvédelmi alap- és szakellátás**

A jelenleg érvényben lévő törvények a települések szociális és gyermekvédelmi ellátási kötelezettségeit nem a helyi igényeknek megfelelően, hanem a településnagysághoz mérten határozzák meg. A dél-alföldi települések önkormányzatai eltérő mértékben tesznek eleget ezeknek a kötelezettségeknek, miközben igyekeznek megfelelni a valós lakossági igényeknek is;

ezt azonban nehezíti, hogy a tényleges szükségteken alapuló szolgáltatások tervezéséhez, nyújtásához hiányoznak a jelenlegi szolgáltatórendszer működését (hatékonyságát), kapacitását vizsgáló (külső) elemzések, kutatások.

Az alapellátásokat tekintve az étkeztetés, a házi segítségnyújtás és a gyermekjóléti szolgálatok kiépültsége az országos adatokhoz viszonyítva jó. Hiányosság a családsegítő szolgálatok elérhetőségénél és a speciális alapellátások (pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi ellátása, utcai, lakótelepi, iskolai szociális munka) megszervezésénél, valamint a gyermekvédelmi szakellátás területén a helyettes szülői hálózat és a speciális nevelési igényű gyermekek ellátását felvállaló képzett nevelőszülőknél tapasztalható. A tanyás területek, kisebb falvak alapellátását biztosító tanya- és falugondnoki hálózat működtetésével még nem élt minden arra jogosult település. A régióban, főként a falun élő idős lakosok magas aránya miatt a falvas térségekben, kiemelt szerepe van az idősek nappali ellátását biztosító intézményeknek. A törvényi előírásokhoz képest a nappali ellátás minden ellátotti csoport (gyermekek, idősek, fogyatékkal élők, pszichiátriai és szenvedélybetegek, hajléktalanok) esetében hiányosan kiépített. Az alapszolgáltatások hiánya hatással van a költségesebb fenntartású bentlakásos ellátási rendszerben történő ellátásokra. A szolgáltatások hatékony fejlesztéséhez elengedhetetlen, hogy megtörténjen a valós szükségletek felmérése, a jelenleg rendelkezésre álló szolgáltatók kapacitásának feltérképezése és a különböző szakterületek közötti profilok, szolgáltatások és finanszírozások új alapokra helyezése.

A bentlakásos elhelyezést biztosító intézmények szétszórtnak, a régió egész területén működnek, önkormányzati önként vállalt feladatként, vagy egyházi, civil, gazdasági társaság által működtetve. Az átmeneti és a tartós bentlakásos elhelyezés országos férőhelyszámait a lakosságszámhoz viszonyítva elsők között van a régiónk, főként az időskorúak és a fogyatékkal élők ellátását illetően. A bekerülésre várakozás ideje viszont ezen ellátásoknál is hosszú. Nincs a régióban (és országosan sem) gyermekek pszichiátriai otthona, ezért a pszichiátriai beteg gyermekek ellátása a speciális nevelési igényű gyermekekkel együtt történik. Ezekben az intézményekben nem tudnak számukra szakszerű ellátást biztosítani. Hiányos a hajléktalanok átmeneti és tartós ellátásának kiépültsége.

Nincs – a szenvedélybeteg- és hajléktalanellátást kivéve – rehabilitációt, társadalmi re-integrációt biztosító intézményi háttér és e célból a szektoron belüli, valamint szektorok közötti szolgáltatói

együtműködés sem, valamint minimális az utógondozás, ill. a hatékony alternatív kiléptető megoldások lehetősége. Kevés azoknak a szolgáltatóknak is a száma, akik szektorközi együttműködésekre alapozott társadalmi reintegrációt szolgáló programokkal, illetve tapasztalattal rendelkeznek.

A gyermekvédelmi gondoskodásból (korábban állami gondoskodásból) kikerülő fiatalok hátrányának behozatala önálló életkezdési esélyeiket tekintve a mai gyakorlat szerint nem kezelhető megfelelően.

A megváltozott munkaképességű lakosok és a speciális igénnyel (fogyatékossgal) élő személyek különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférése, számukra méltó életkörülmények biztosítása nem megoldott; foglalkoztatási esélyeinek romlásával kell számolnunk a közeljövőben, melynek kezelésére nem születtek meg még hatékony megoldások.

A nem önkormányzati fenntartású szolgáltatók többsége nem rendelkezik a tartós és biztonságos működéshez szükséges garanciával, melyet a pályázati források utófinanszírozása tovább nehezít. Az intézmények infrastruktúrája változó képet mutat, sok esetben korszerűtlen; az épületek elavultak, egyes bentlakásos intézmények lakhatásra szinte alkalmatlanok; a fenntartók nem rendelkeznek a rekonstrukcióhoz szükséges anyagi fedezettel.

## **Humán erőforrás, szakember-ellátottság**

Az önkormányzatoknál dolgozó szociális ügyintézők végzettségére van, számukra vonatkozóan azonban nincs törvényi előírás, a feladat elvégzésének feltételei településenként egyediék. Egyes kistérségeken anyagi forrás hiányában előfordul, hogy más munkakörhöz kapcsolódóan látják el a szociális ügyintézéssel kapcsolatos feladatokat, ami többlettudást és többletmunkát feltételez. Az is megtörténik azonban, hogy kellő ismertetek nélkül, nem megfelelő végzettségű dolgozók foglalkoznak szociális ügyekkel.

A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások szakmai feltételei törvényileg szabályozottak. A szociális alap- és nappali ellátást, valamint a bentlakásos ellátást nyújtó intézmények fenntartói folyamatosan beiskoláznak. Azonban a foglalkoztatottak nagy



fluktuációjából adódóan és a fenntartók többségének a képzésekhez szükséges újabb és újabb források előteremtésének nehézsége miatt a szakképzettségi mutatók szinte stagnálnak a korábbi évekhez képest. A továbbképzésekhez szükséges pénz hiánya késleltetheti a szükségletalapú szolgáltatásfejlesztési programok kidolgozását és bevezetését.

### **Kistelepülések és/vagy tanyák, speciális adottságú települések szociális ellátása**

Dél-Alföld régió településszerkezetére jellemzőek a tanyákkal körülvett mezővárosok, nagy- és óriásfalvak. A külterületeken, ill. falun élők szociális ellátása céljából működnek a falu- és tanyagondnoki szolgálatok. A szociális törvény ajánlása szerint a 600-nál kisebb lélekszámú településen a szociális alapellátási feladatok megvalósítására falugondnoki szolgálat keretében is lehetősége van a helyi önkormányzatnak. A legalább 70 és legfeljebb 400 lélekszámú külterületi vagy egyéb belterületi lakott helyen a szociális alapellátás tanyagondnoki szolgálat keretében is biztosítható.

Az országos módszertani intézet felmérése szerint 2004-ben a működő szolgálatok száma Bács-Kiskun megyében 42, Békés megyében 18, Csongrád megyében 27 volt. Azoknak a településeknek a számából kiindulva, amelyeknek lehetőségük volna ennek a szolgáltatásnak az indítására, a lefedettség a megyék előbbi sorrendjében: 27%, 27% és 23%-os.

### **Önkéntesség**

A szociális ágazathoz szervesen hozzátartozik a segítségre szorulóknak önkéntes megsegítése, karitatív tevékenységek végzése. A közismert – nagy múlttal rendelkező – országos karitatív szervezeteken (Magyar Vöröskereszt és Magyar Máltai Szeretetszolgálat) kívül további, szociális szempontból létrehozott önkéntes programok is kezdenek utat törni maguknak, valamint az önkéntes munka társadalmi elfogadásának. A szociális területen – lakóközösségi alapon – végzett önkéntes munka nagyban segítheti az adott település egészségügyi és szociális ellátórendszerének hatékonyságát. Az önkéntesek az ellátórendszer szolgáltatásai mellett, azokat kiegészítve tevékenykednek, kitöltve a hiányosságokat. Pl.: a különböző „otthon segítő” szolgálatok egyik célja az otthonukból kimozdulni nehezen vagy nem tudó emberek mindennapi életvitelének segítése, elmagányosodásuk megelőzése. Erre példaértékű a Béthel Alapítvány által Békés

megyéből kiindult Kapu (önkéntes segítő) Program, valamint az Otthon Segítünk Alapítvány kisgyermekes szülőket segítő programja.

## A szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer helyzete ellátási területenként

### **Gyermekvédelem**

#### ***Gyermekjóléti alapellátások***

A gyermekek védelméről szóló törvény alapján a gyermekjóléti szolgáltatás része a tájékoztatás a gyermekek fejlődését biztosító támogatásokkal kapcsolatosan, a tanácsadás a családtervezéssel összefüggő kérdésekkel kapcsolatosan, a szociális válsághelyzetben lévő várandós anyák támogatása, valamint a család- és utógondozás biztosítása.

A dél-alföldi régióban összesen 283 526 fő 18 évesnél fiatalabb gyermek él. Közülük 32 645 fő (11,5%) vette igénybe a gyermekjóléti szolgálat szolgáltatását 2002-ben.

A Dél-Alföld három megyéjében összesen 203 gyermekjóléti szolgálat működik, kiépülésükkel a gyermekvédelem hatékonysága jelentősen nőtt.

#### ***Gyermekek napközbeni ellátása***

A családban nevelkedő, 3 éven aluli gyermekek napközbeni ellátásának intézménye a *bölcsőde*, ahol az életkornak megfelelő, szakszerű gondozást és nevelést biztosítanak.

1998-2002 között a Dél-Alföldön a bölcsődék száma mindösszesen 1,3%-kal (egy intézménnyel) csökkent. A régió három megyéjében jelenleg 75 bölcsőde van. A bölcsődék, illetve bölcsődei férőhelyek felszámolása elsősorban a kistélepüléseken történt, mivel ez az egyik legdrágább napközbeni ellátást biztosító intézménytípus. A régió 4 kistérségében teljesen hiányzik a bölcsődei ellátás.

A Dél-Alföldön a bölcsődébe beiratkozott gyermekek száma a vizsgált időszakban 4796 főről 4 222 főre csökkent. A bölcsődékben dolgozó beosztott gondozónők száma is csökkenést mutat: a kezdeti 727 fővel szemben 2002-ben 696 fő volt. Az egy gondozónőre jutó gyermekek száma a régióban 6,1 fő, amely országosan a legmagasabb.

Az *óvodai gyermekcsoportok* száma a Dél-Alföldön 2002-ben 2046 volt, 1998-hoz viszonyítva 137 csoporttal kevesebb. A születendő gyermekek számának, ebből adódóan az induló óvodás csoportok számának csökkenése óvodák bezárását is szükségessé tette. A vizsgált időszakban a régióban 15 óvodát szüntettek meg. A beíratott gyermekek száma szintén fogyást mutat. A 2002-ben beíratott 44 066 gyermek 7183 fővel volt kevesebb, mint 1998-ban. A gyermekeket ellátó óvodapedagógusok száma (2002-ben 4 134 fő) 111 fővel csökkent.

Az általános iskolákba járók száma 2002-ben 126 805 fő volt a Dél-Alföldön, 5 188 fővel kevesebb, mint 1998-ban. A közülük *napközit* igénybevevő tanulók aránya növekedett az évek folyamán. Míg 1998-ban a Dél-Alföldön általános iskolába járók csupán 36,2 %-a vette igénybe a napközit, rá öt évre 41,7% volt ez az arányszám.

A Dél-Alföld régióban működik *családi napközi* a legtöbb férőhellyel, egy-egy vállalkozó egyszerre maximum 5 gyermek felügyeletét láthatja el. A régióban kimondottan magas a családi napköziben igénybe vett gondozási napok (12 429) és a gondozott gyermekek (559 fő) száma.

A házi gyermekfelügyelet számával kapcsolatosan csak becslésen alapuló országos adat áll rendelkezésre. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet adatai szerint 13 helyen működik az országban. Ez az ellátási forma nagyon kiépületlen, a rászorultak által nem ismert ellátási forma.

## ***Gyermekek átmeneti gondozása***

Átmeneti gondozás a következő formában történt a Dél-Alföldön 2002-ben: helyettes szülőknél csupán 67 gyermeket gondoztak; gyermekek átmeneti otthonában 27 fő részesült ellátásban. Családok átmenti otthonában 845 gyermek részesült ellátásban, a 317 engedélyezett férőhely ellenére.

## ***Gyermekvédelmi szakellátás***

A dél-alföldi régióban a gyermekotthoni férőhelyek száma (2002-ben) összesen 1129. A hatféle gyermekotthoni férőhelytípusból (általános gyermekotthon, lakásotthon, speciális gyermekotthon, általános iskola-diákotthon és gyermekotthon, utógondozó otthon és egyéb típusú otthon) a lakásotthon rendelkezik a legtöbb elhelyezési lehetőséggel, ez teszi ki az összes gyermekotthoni férőhely 41,6%-át.

Gyermekotthonban és nevelőszülőnél 2287 gyermek és fiatal felnőtt került elhelyezésre 2002-ben. Dél-Alföldön található országosan az általános gyermekotthoni férőhelyek 8,2%-a, a lakóotthonok 12%-a, a speciális gyermekotthonok 10%-a, az általános iskola, diákotthon és gyermekotthon 9%-a, az utógondozó otthonok 5,8 %-a, és egyéb kategóriában a férőhelyek nem egészen 12%-a. Nincs a régióban (és országosan sem) gyermekek pszichiátriai otthona, ezért a pszichiátriai beteg gyermekek ellátása együtt történik a speciális nevelési igényű gyermekekkel, melynek során nem tudnak számukra szakszerű ellátást biztosítani.

## **Családvédelem, családsegítés**

A Regionális Módszertani Családsegítő Szolgálat adatai szerint a régióban 96 családsegítő szolgálat működik, ebből 36 Békés, 36 Bács-Kiskun és 28 Csongrád megyében. A családsegítő tevékenység leginkább valamilyen más szociális tevékenységgel együtt működik a szolgáltatók több mint felénél.

A családsegítő szolgáltatást igénybe vevők száma a Dél-Alföldön 2002-ben 40 495 fő volt.

Ez a szolgáltatás az egyik legkiforrotlanabb alapellátási formának tekinthető a régióban, lefedettsége 50%-os. A kistelepüléseken a családsegítő és gyermekjóléti feladatok egy személy által történő ellátása esetén nem valósul meg a szolgáltatások egymást kiegészítő jellege, különösen, ha ezt a tevékenységet a település védőnője egészségügyi feladatai mellett látja el. A családsegítő szolgálatoknál a több szociális szolgáltatást nyújtó területhez képest alacsonyabb a szakirányú szakképzettséggel rendelkezők aránya, ami több problémát vet fel. Ezen a területen tekinthető a legmagasabbnak a fluktuáció az alkalmazottak körében is, ami bár csökkent, de nem állt meg a közalkalmazotti bérrendezést követően. A jelenség igen káros hatással van az ellátás minőségére.

## **Idősellátás**

### ***Idősek alapellátása – étkeztetés, házi segítségnyújtás***

Békés megyében a 75 település közül 62 településen biztosított az alapellátás mindkét formája. Ez 82%-os lefedettséget jelent. Bács-Kiskun megyében a települések 74%-ában működik az alapellátás. Csongrád megye 60 települése közül 3 önkormányzat nem szervezte meg az étkeztetést, és egy településen nem biztosított a házi segítségnyújtás. Ezáltal a lefedettség 95, illetve 98%-os. Dél-Alföld régióban 2002-ben 6177 fő vette igénybe ezt a szolgáltatást.

Az étkeztetés és házi segítségnyújtás viszonylag jól kiépített ellátórendszert alkot a régióban.

### ***Idősek nappali ellátása – idősök klubja***

A Dél-Alföldön 1998-2002 között nőtt az idősök nappali ellátására létrehozott intézmények mennyisége. Emelkedett mind az intézményi férőhelyek, mind az intézményi ellátást igénybe vevők száma. A régióra jellemző, hogy több önkormányzat önként vállalt feladatként működteti az idősök klubját (főleg Békés és Csongrád megyében), ezzel szemben Bács-Kiskun megyében a kötelezett 53 településből mindössze 26 (45%) biztosítja az ellátást.

A jól kiépített alap és nappali szociális ellátórendszer nagyon sok esetben kitolja, vagy akár ki is válthatja a bentlakásos elhelyezési igényt.

### ***Idősek bentlakásos ellátása***

*Időskorúak gondozóházát* tekintve a régióban 23 települési önkormányzatnak van feladat-ellátási kötelezettsége. Ezzel szemben 12 időskorúak gondozóháza működik, és ez a szám magába foglalja azokat a településeket is, amelyek önként vállalt feladatként végzik az ellátást. A gondozóházak egy része nem tud a törvényben előírt kötelezettsége szerint működni az ellátás időtartamát tekintve, mert sok esetben az átmeneti elhelyezés igazából csak „parkolópálya”, a rászorult valójában idősek otthonában kér helyezést, ott azonban még hosszabb a bejutásig a várakozási idő.

Az *idősek otthonai* biztosítják a legtöbb férőhelyet a régióban a tartós bentlakásos elhelyezési formákat tekintve. Az elhelyezésre várakozók száma mégis magas, és hosszú az elhelyezési idő is. Minden intézménynél vannak várakozók, de a leghosszabb a várakozók listája a megyei és települési önkormányzatok intézményeiben. Nagy a kereslet az emelt szintű elhelyezések iránt. Előfordul az egészségügyi és a szociális szolgáltató rendszer közötti átfedések miatt történő felvétel is. A működő intézmények tárgyi feltételrendszere nagyon eltérő, sok helyen elavult az infrastruktúra, néhol az épület lakhatásra szinte alkalmatlan. A rekonstrukciós program leállítása miatt nem valósulnak meg az épületekben az állagmegóvási, karbantartási és korszerűsítési munkák.

### **Fogyatékossgal élők támogatása**

#### ***Fogyatékossgal élők alapellátása – támogató szolgálat***

A fogyatékos személyek részére működtetett speciális alapellátási forma a támogató szolgálat. A támogató szolgálat feladata a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátásának megszervezése. A régió mindhárom megyéjében működnek már támogató szolgálatok. A szolgáltatást egyaránt végzik civil szervezetek és önkormányzatok.

A támogató szolgálatot jelenleg nagyrészt csak a 10 000 fő feletti településeken lehet igénybe venni. Az alacsonyabb lélekszámú települések lakói és a hátrányos településeken élők számára ez a szolgáltatás gyakorlatilag elérhetetlen.

#### ***Fogyatékossgal élők nappali ellátása***

Erre a feladatra 11 kötelezett település van a régióban. Feladatát nem minden önkormányzat teljesíti, de vannak olyan települések, ahol önként vállalt feladatként működik az ellátás a helyi igényekre való tekintettel.

A fogyatékos embereket ellátó nappali intézmények 100%-os kihasználtsággal működnek. Az ellátásra való igény jóval nagyobb lenne, mint a rendelkezésre álló kapacitás. A meglévő intézmények száma egyrészt kevés, másrészt nem kínál a fogyatékoság minden típusának megfelelő ellátást, pedig a fogyatékosággal élő személyek napközbeni elhelyezésének és foglalkoztatásának lehetősége csökkenti a család leterheltségét, valamint lehetővé teszi az addig otthon ápolási díjon lévő családtag munkaerőpiacra történő visszakerülését.

### ***Fogyatékosággal élők bentlakásos ellátása***

A Dél-Alföldön van a második legtöbb férőhely a fogyatékosok bentlakásos intézményekben történő ellátására.

A fogyatékos bentlakásos ellátás speciális szegmense a lakóotthoni hálózat, mely elhelyezési forma iránt növekvő igény jelentkezik.

## **Pszichiátriai és szenvedélybetegek segítése**

### ***Szenvedély- és pszichiátriai betegek alapellátása – közösségi ellátás***

Pszichiátria betegek számára közösségi ellátást egy civil szervezet nyújt a régióban, szenvedélybetegek közösségi ellátása egyelőre csak szerveződik. A közösségi ellátás a legújabb ellátási formák közé tartozik, és mivel olyan ellátotti csoportokról szól, melyek részére az ellátórendszer egyéb fokai is viszonylag kiépítetlenek, ez utóbbi ellátási forma sem terjedt el még megfelelően.

### ***Szenvedély- és pszichiátriai betegek nappali ellátása***

A régióban pszichiátriai betegek nappali intézménye működik legkisebb számban az összes nappali ellátási formát tekintve. Szenvedélybetegek nappali intézménye sem áll elegendő számban rendelkezésre. E két ellátási formát a feladatellátásra kötelezett önkormányzatok nagy része nem

szervezte meg. A két intézmény nagyfokú hiánya miatt az ellátásra szoruló pszichiátriai és szenvedélybetegek egy része az idősellátó hálózatban jelenik meg.

### ***Szenvedély- és pszichiátriai betegek bentlakásos ellátása***

A *pszichiátria betegek* tartós bentlakásos szociális intézményi ellátása országos viszonylatban is a szociális ellátás diszpreferált területéhez tartozik. A férőhelyek száma országosan 7963, a Dél-Alföldön 1087, amelyhez képest az ellátottak száma 1115 fő volt 2002-ben.

*Szenvedélybetegeket* tartósan ellátó intézmények férőhelyszáma országosan 1495 fő, ebből 263 férőhely található a régióban, az ellátottak száma 256 fő volt 2002-ben.

### ***Szenvedély- és pszichiátriai betegek rehabilitációja***

A szenvedélybetegek rehabilitációs ellátása az egyik legkevesebb férőhellyel rendelkező, legrövidebb múltra visszatekintő ellátási forma. Békés megyében a sarvasi telephelyen alkoholbetegek rehabilitációs kezelése folyik, a nagyszénási intézmény elsősorban drogbetegek rehabilitációját végzi. A pszichiátria betegek rehabilitációja szintén nem megoldott.

## **Munkaerőpiacról kiszorulók**

### ***Szociális földprogram***

A szociális földprogram 1992-ben indult, és elsősorban azoknak a településeknek nyújt támogatást, amelyek gazdasági, társadalmi, infrastrukturális szempontból hátrányos helyzetben vannak, illetve ahol magas a munkanélküliek, a szociálisan hátrányos helyzetűek száma. A program a régióban Békés megyei kistérségeket támogat, azon belül is többször kapott támogatást a Mezőkovácsházai, a Sarkadi és a Szeghalmi kistérség.

### ***Szociális közmunkaprogram***

A közmunkaprogramok célja elsődlegesen a tartós munkanélkülieknek, a megváltozott munkaképességűeknek és a halmozottan hátrányos helyzetűeknek a bevonása az állami és az önkormányzati feladatok ellátásába, valamint ezen személyek munkaerőpiaci re-integrációjának



elősegítése és munkaerőpiacon tartása (akár csak ideiglenesen is). A szociális szolgáltatások terén is találkozunk közmunkásokkal, általában a kisegítő munkakörökben. 2002-ben a szociális közmunkaprogramban résztvevők száma a Dél-Alföldön volt a legtöbb (287 fő), az országos érték 26,5%-a.

## **Hajléktalanellátás**

### ***Hajléktalanok alapellátása – utcai szociális munka***

A hajléktalanellátó rendszer kiépítettsége hiányos. Nagy probléma, hogy még az alapellátás szolgáltatása sincs jelen minden, erre a feladatellátásra kötelezett településen. Az utcai szociális munkások munkájuk során közvetlen életveszélyt vagy tartós egészségkárosodást előzhetnek meg, de fontos szerepük van a kriminalitás megelőzésében is.

### ***Hajléktalanok nappali ellátása – nappali melegedő***

A hajléktalanok nappali melegedője nyújthatja a legjobb, és a legtöbb hajléktalan embert érintő lehetőséget a velük való közvetlen kapcsolat kialakítására. A nappali melegedők befogadóképessége országosan 3612 fő volt 2002-ben, ebből a régió befogadóképessége 366 fő.

### ***Hajléktalanok átmeneti, tartós bentlakásos és rehabilitációs ellátása***

A hajléktalanok átmeneti ellátásának egyik formája a hajléktalan emberek éjjeli pihenését szolgáló éjjeli menedékhely még a nagyvárosokban sincs mindenhol, de a régióban összesen is csak 8 üzemel. Hajléktalanok átmeneti szállása összesen 16 működik a régióban. Ez több, mint az ellátásra kötelezett települések száma. A régióban a hajléktalanok szállásának és éjjeli menedékhelyeinek összes férőhelyszáma 652 fő, a 2002-ben ellátottak száma 598 fő volt.

Hajléktalanok tartós bentlakásos elhelyezését illetően a Dél-Alföldön nem található kifejezetten ilyen jellegű intézmény. Hajléktalanok ápoló-gondozó otthona összesen 11 működik az országban; mindössze egy kis létszámú, 20 férőhelyes otthon van a dél-alföldi régióban.

Hajléktalanok rehabilitációs intézménye országosan 13 működik, közülük egy a Dél-Alföldön. A hajléktalanságot megszüntető innovatív kiléptető megoldások hiányoznak a régióban.

A hajléktalanellátáshoz kapcsolódóan a Dél-Alföldön a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Kecskeméti Szervezete (Gondviselés Háza – Nappali Melegedő) látja el a diszpécser központ feladatait, továbbá országszerte folyamatban van olyan egészségügyi centrumok létesítése is, melyek 24-órás megfigyelőként és lábadozóként funkcionálnak, valamint házi orvosi szolgálatot is biztosítanak a hajléktalanok részére.

## **Innováció a szociális szférában**

A szociális ellátások fejlesztésére, innovatív kezdeményezések kidolgozására, a működőképes jó gyakorlatok feltárására és terjesztésére, szakemberek és önkéntesek képzésére, valamint önkéntes programok (Kapu Program) működtetésére jött létre a régióban a Stroke Pozitív Kft. és a Béthel Alapítvány által fenntartott Dél-alföldi Regionális Forrásközpont.

A különböző szinten szerveződő módszertani intézmények szintén nagy szerepet játszanak a humán innováció kutatásában és terjesztésében

## **Módszertani intézmények**

A módszertani intézmények célja szakmai segítség nyújtása az adott térségben a különböző alap- és szakosított ellátások megszervezéséhez, ill. folyamatos működésük biztosításához.

A jogszabályok által előírt feladatok ellátására a Dél-Alföldön tíz módszertani intézmény hoztak létre, melyből hat megyei szinten a szociális, ill. a gyermekjóléti ellátások területén működik, ezekből arányosan egy-egy Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megyében található. A három regionális szintű módszertani intézmény közül a hajléktalan személyek ellátásával kapcsolatos módszertan székhelye Kecskemét (Bács-Kiskun megye), míg a családsegítés és a bölcsődei ellátás székhelyei Szegeden (Csongrád megye) található. Az országos szintű módszertani tevékenységet illetően egyedül a szenvedélybetegek ellátására vonatkozóan rendelkezik a régió – kaskantyúi (Bács-Kiskun megyei) székhellyel – módszertani intézménnyel.

A tervezési, fejlesztési, képzési, kutatási és nyilvántartási rendszerek jelenleg is jól működnek a régió tíz módszertani intézményében, melyek szinterei a mai gyakorlat szerint a megyék és egyre inkább a kistérségek is.

A módszertanok nagyon sokrétű feladatkörrel és kis személyi állománnyal rendelkeznek. Egyes módszertani osztályok problémája, hogy a jogszabály által előírt létszámkeret nem az ellátandó települések nagyságához mért, pl. a megyei módszertanoknál Bács-Kiskun megyében a módszertani feladatokat 119 településre kiterjedően, Csongrád megyében pedig ennek felében, 60 települést illetően kell ellátni.

### **Szociális felsőoktatás, szakemberképzés**

A szociális felsőoktatás részeként a Dél-Alföldön szociálismunkás-képzés a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karának keretében 1989 óta folyik, ahol a szociális alapképzés mellett különböző szakosító továbbképzésen, tanfolyamokon, akkreditált képzéseken való részvételre szintén adott a lehetőség. A szociális munkás képzésbe 2003-ban a Gyulai Tessedik Sámuel Főiskola Egészségügyi Intézete is bekapcsolódott.

### **Civil szervezetek és piaci cégek a régió szociális ellátórendszerében**

Dél-Alföld régió megyéiben közel azonos számban találhatók meg a szociális célú non-profit szervezetek (Bács-Kiskun 226, Békés 211, Csongrád 187). A szervezetek jogi státuszukat, működési területüket, feladatvállalásukat és hatókörüket tekintve igen heterogének.

Térségi eloszlás szempontjából vizsgálva jól látható, hogy a megyeszékhely térségébe koncentráálódtak a civil szervezetek. Ez a forráselosztás, eloszlás centralizációját tükrözi. Leginkább a leghátrányosabb kistérségekre (Bácsalmási, Jánoshalmi, Kiskunmajsai, Kunszentmiklósi, Sarkadi, Csongrádi, Kisteleki, Mórahalmi) jellemző a legkevesebb non-profit kezdeményezés.

A szociális civil szervezetek többsége nem rendelkezik a tartós és biztonságos működéshez szükséges feltételekkel. Működésüket gátolja az a tény is hogy ha a nyerne is pályázati úton valamilyen támogatást, jellemzően meg kell hitelezniük a megpályázott program kiadásait a

támogatási szerződések megkötésének, ill. a támogatási összeg kifizetésének rendszeres késése miatt.

A piaci cégek, vállalkozások jelenléte és a szociális gazdaságon alapuló szolgáltatások nyújtása még igen kezdetleges a régió szociális ellátórendszerében.

# Antal Zsuzsanna

## Nyugat-Dunántúl régió

### Szociális Helyzetének elemzése

---

#### A régió fő jellemzői szociális szempontból

Annak ellenére, hogy a régió a 90-es években, elsősorban a komoly külföldi tőkebeáramlásnak köszönhetően, kedvező gazdasági helyzetet és magas GDP-t tudhatott magáénak, az új évtized régi és új problémákat hozott magával. A kedvező gazdasági paraméterek nem jelentik automatikusan a társadalmi-szociális infrastruktúra fejlettségét. Éppen ellenkezőleg, országos összehasonlításban is Nyugat-Dunántúl régió szociális ellátórendszere alulfejlett és hiányos. A **társadalmi infrastruktúra kiépítetlensége** szorosan összefügg a régió aprófalvas településszerkezetével, a régió belüli jelentős egyenlőtlenségekkel – belső perifériájának kialakulásával, az önkormányzati gazdálkodás ellentmondásaival, valamint a betelepülő vállalatok szociális felelősségvállalásának hiányával.

A szegénység és kirekesztettség által leginkább veszélyeztetettek a régióban:

- a makroadatok által elfedett problémás mikrotérségek és rétegek
- a kisvárosias-aprófalvas kistérségek, zsáktelepülések
- különösen a kistelepelesen élő, gyestről, gyedről visszatérő nő munkavállalók
- az országos átlagnál alacsonyabb nyugdíjból élők

- a jellemzően alacsony hozzáadott értékű termelést folytató multinacionális cégek által foglalkoztatott, jelentős számú betanított munkás.

A szociális és gyermekjóléti ellátások „válaszai”:

- kiépületlen ellátások még a jobb mutatójú térségekben is
- a meglévő ellátások kapacitáshiánya a hátrányos helyzetű kistérségekben
- a hiányzó kisvárosok hiányzó szakellátásai (mely hiány miatt alap-és szakellátás kölcsönösen feszíti egymást)
- kevés bentlakásos férőhely idősek ápolására, gondozására  
gyermek napközbeni ellátásának hiánya.
- társulások Zalában, egyszemélyes „intézmények” Vasban
- kiépült falugondnoki szolgálat a régióban, szociális földprogram Zalában
- kevés a fogyatékossgal élőket ellátó intézményi férőhely.

A kedvezőtlen demográfiai folyamatok, a csökkenő és drasztikusan alacsony születésszám, az elöregedő népesség új elvárásokat támaszt mind a gazdaság, mind a társadalompolitika számára.

A fejlődési problémák komplex és összehangolt fejlesztési programokat követelnek, amelyek a gazdaságpolitika, a regionális politika, a foglalkoztatáspolitikai és a szociálpolitika szoros együttműködését feltételezik. Az emberi és közösségi erőforrások megerősítése interszektor-igényes, amelyben kiemelt szerepet kell hogy kapjon a helyi fejlesztések koncentrált támogatása, a partnerség ösztönzése és a helyi innováció előmozdítása. A szociális ellátórendszer számára pedig különösen fontos a közösségi alapú szolgáltatások bővítése, a szociális igazgatás kompetenciaszintjeinek korrigálása, a szakemberek képzése, továbbképzése. Bővíteni szükséges azt a regionális tudásbázist, amely csökkentheti az egyre égetőbb regionális és területi egyenlőtlenségeket. A jelen helyzetelemzés célja, hogy elindítsa ezt a gondolkodási folyamatot, és feltárjon olyan regionális és területi folyamatokat, trendeket és dinamikákat, amelyekről eddig keveset tudtunk.

# Társadalmi-gazdasági helyzetkép

## Földrajzi helyzet, Településszerkezet

Nyugat-Dunántúl régió Győr-Moson-Sopron, Vas és Zala megyéket foglalja magában. A régió területe 11 209 km<sup>2</sup>, mely alapján a kisebb régiók közé tartozik. A 2003. év eleji állapot szerint lakossága 1 004 328 fő. Népsűrűsége 89 fő/ km<sup>2</sup>.

A 2001.évi népszámlálás adatai szerint a régió lakónépességének 56%-a él városokban és 44%-a községekben, de az egy községre jutó átlagos lélekszám nem éri el az 1000 főt. Az aprófalvas térségeket jellemző tünetegyüttes kistérségi szinten jelentős problémákat jelez, s azt is szükséges hangsúlyozni, hogy a problématípus Győr-Moson-Sopron megyében – ahol 150-hez közelít a 2000 lélekszám alatti települések száma – éppúgy előfordul, mint Vas és Zala megyében, hiszen a régió egészére jellemző a kisvárosias, aprófalvas településszerkezet.

## Demográfiai helyzet

A népsűrűség folyamatosan csökken, jelenleg mindössze 88,9 fő/négyzetkilométer. Az ország összes településének mintegy ötöde található a régióban. 2003-ban a régió mindhárom megyéjében emelkedett a népesség száma, de ezt nagyobb részben a 2002-2003-as évben lezajlott település-odacsatolások okozták. (Veszprém megyéből két ütemben 7 települést csatoltak Győr-Moson-Sopron megyéhez.)

1990-2001 között a 21 kistérség mindegyikében negatív előjelű a természetes szaporodás. A természetes fogyás viszonylag alacsony a Győri, a Mosonmagyaróvári, a Körmendi kistérségben, a legnagyobb pedig általában a hátrányos helyzetű kistérségekben: az Óriszentpéteri (-11,4), a Letenyei (-10,1), és Vasvári (-8,4) kistérségben.

## Lakáshelyzet

2001-ben a népszámlálási adatok szerint a régióban a lakások és lakott üdülők száma együtt 385 559 volt. A lakások mennyiségi és minőségi mutatói jók.

A régióban a legtöbben 2 fős háztartásban élnek (28,1%), az 5 vagy több fős együttélés a leghátrányosabb kistérségek jellemzője, a régióban a Téti (13,2), Pannonhalmi (13,8), Vasvári (12,0), Letenyei (14,0) és Óriszentpéteri (12,7) kistérségeké. Ez egy valószínűleg elszegényedés okozta életstratégiát feltételez.

A kiemelkedően jó helyzetben lévő kistérségekben, így a Győri (25,3%), a Sopron-Fertődi (24,3%) és a Keszthely-Hévízi (26,3%) kistérségben kiugróan magas az egyszemélyes háztartások száma, amit valószínűleg a jó anyagi körülmények között élő, 20-30 év közötti, egyedül álló fiatalok aránya emel meg. A kiemelkedően hátrányos helyzetű kistérségekre, mint az Óriszentpéteri (26,9%) és Vasvári (27,1%) ugyancsak jellemző az egyszemélyes háztartások magas száma, de egészen más okokból. E kistérségek előregedő aprófalvaiból a munkalehetőség hiánya miatt elvándorolnak a munkaképes korúak. Az egyszemélyes háztartások számát tehát az egyedül élő nyugdíjas korú népesség emeli meg.

Komfort nélküli lakások – nem meglepő módon – a Téti (17,4), a Pannonhalmi (14,4), a Vasvári (25,0), a Letenyei (19,1), az Óriszentpéteri (19,4), a Lenti (16,2) és Zalaszentgróti (18,7) kistérségekben vannak.

## Makrogazdasági folyamatok

Az egy főre jutó GDP nagysága a régiót Közép-Magyarország után második, míg a megyék közt Győr-Moson-Sopront (Budapest után) a második (120), Vast a negyedik (100), Zalát (85) pedig a hatodik helyre sorolja.

A 90-es évek második felétől jelentős külföldi működőtőke-beáramlás következtében a régióban létrejött az ország egyik legiparosodottabb területe. A fejlődés körülbelül 2002-ig töretlen maradt, és szinte egyértelmű sikertörténetként értelmeződött. A fejlődési modellnek azonban ellentmondásai is vannak: a világgazdasági recesszió idején a nemzetközi tőkekihelyezések nem növekednek, sőt, az intenzív verseny következtében sokszor kerül sor gyárbezárásokra.



A régióban megtelepülő nagy külföldi cégek mintegy 50 000 új munkahelyet teremtettek, és ezáltal a régióban foglalkoztatottak közel 20%-át adják. Mára a szegénység által egyik leginkább veszélyeztetett csoport az alacsony hozzáadott értékű termelést folytató multik által foglalkoztatott, jelentős számú betanított munkás.

## **A régió szociális helyzetét és a társadalmi kohéziót meghatározó körülmények**

### **Urbanizáció/deruralizáció - dezurbanizáció/ruralizáció**

A 2001.évi népszámlálás adatai szerint a régió lakónépességének 56%-a él városokban és 44%-a községekben, de az egy községre jutó átlagos lélekszám nem éri el az 1000 főt. Az egész régióban inkább városhiányról beszélhetünk, sőt vannak kifejezetten városhiányos kistérségek. A régió egészére a kisvárosias, aprófalvas településszerkezet jellemző, ami az egész közigazgatásra, valamint a szociális ellátórendszer kialakulására is rányomja bélyegét.

A Nyugat-Dunántúl állandó külső vándorlási egyenlege pozitív; ez egyébként zömmel Győr-Moson-Sopron megyének és kis részben Vas megyének köszönhető, mivel Zala megye vándorlási egyenlege tartósan negatív, pozitív értéket 2002-ben ért el. Az ide vándorlók többsége fiatal vagy középkorú, családos, és az eseti felmérések szerint zömmel középfokú végzettségű, kisebb számban diplomás. A tapasztalat szerint azok, akik tanulási céllal ideiglenesen vándorolnak el a régióból, többnyire nem jönnek vissza.

### **Közlekedési adottságok, hozzáférési problémák**

A régió négy országgal határos elhelyezkedéséből adódóan a nemzetközi közlekedés szempontjából kiemelt terület. Az úthálózat egyötöde főútvonal. Autópálya (M1-es) 72 km hosszban vezet át a térségen, mely kelet-nyugati irányban fűzi fel a régiót a meghatározó Bécs-Budapest tengelyre. Az észak-déli irányú közlekedési kapcsolatok hiányosak. Bár az ország helyi és helyközi tömegközlekedési hálózata nemzetközi összehasonlításban kielégítőnek mondható, egyes – főként periférikus helyzetű – térségek ellátottsága nem megfelelő. A három megyei közútkezelő adatai alapján a régióban összesen 105 zsáktelepülés található, ebből a legtöbb (63) Zala megyében van.

## **A népesség egészségügyi helyzete**

Nyugat-Dunántúl régió népegészségügyi szempontból általában az országos átlagnál jobb helyzetű. 2001-es népszámlálási adatok szerint a régióban az 1000 lakosra számított természetes szaporodás-fogyás 3,69 fő/1000 lakos volt. Az élve születés 8,69 fő/1000 lakos, mely az országban a legalacsonyabb érték. A régióban a lakosságra számolt haláleset összesen 1238 eset/100 000 lakos. A vezető halálokok sorrendjében – a fő betegcsoportokat tekintve – a régiók között nincs különbség. A lista élén az egész országban a keringési rendszer betegségei állnak.

A kábítószerbetegek számát tekintve a régióban 10 000 lakosra 3 fő jut, ez az országban a legalacsonyabb érték. A megyék között Vas megye van a legkedvezőbb helyzetben. A születéskor várható élettartam tekintetében a férfiak esetében érdemleges regionális különbségek nem mutathatók ki. A régióban ez az érték 2001-ben 68,9 év. A nők születéskor várható élettartama 77,4 év. Ez az országban a legmagasabb érték.

## **Iskolázottságra vonatkozó adatok**

Az alapvető iskolalátogatási mutatók szerint – ami a nappali tagozaton oktatásban részesülők arányát illeti – a régiós átlagok nem különböznek jelentősen az országostól, bár a megyénkénti szóródás említést érdemel: pl. a 2002/2003-as tanévben 3,7-szerese volt Győr-Moson-Sopron megyében a felsőfokú tanulmányokat végző diákok száma a Vas megyében tanulókéhoz képest (Győr-Moson-Sopron: 10 644 fő, Vas: 2807 fő, Zala: 2317 fő).

Kistérségi különbségeket vizsgálva szembeötlő, hogy az általános iskola első évfolyamát sem elvégző (analfabéta) 10-X korú népesség aránya kiugróan magas a Körmendi (1,1%), az Óriszentpéteri (1,2%), a Keszthely-Hévízi (1,6%) és a Letenyei (1,4%) kistérségekben.

**Ha a nyolc osztály el nem végzettek számát vizsgáljuk a 7 éves és idősebb népességből, a legrosszabb adatokkal a Téti (24%), Óriszentpéteri (24%), Vasvári (25%), Letenyei (28,1%) és Zalaszentgróti (24,7%) kistérségek rendelkeznek.**

A régióban a középfokú oktatás intézményhálózata 107 középiskolából (gimnázium, szakközépiskola), 47 szakmunkásképzőből és 5 középfokú szakiskolából áll. Az intézménytípusok közti merev határok mindazonáltal jelentősen oldódtak az utóbbi évtizedben, reflektálva elsősorban a kereslet számottevő átrendeződésére.

Kistérségi szinten alacsony az érettségizettek aránya a Pannonhalmai (14,9%), a Téti (14,3%), az Óriszentpéteri (14,9%) és a Letenyei (12,1%) kistérségekben.

Diplomások legkisebb arányban a Téti (4,6%), az Óriszentpéteri (5,1%), a Vasvári (4,3%) a Letenyei (3,8%) kistérségekben élnek.

Az iskolarendszeren kívüli képzésnek ma már számos formája létezik a régióban is. A szakképzést folytató intézmények listája meglehetősen hosszú: Zala megyében 46, Vas megyében 38, Győr-Moson-Sopron megyében 69 (összesen 153). (Lásd még: Munkaügyi Központok, REMEK, Vállalkozói Központok.)

### **Foglalkoztatottsági helyzet**

A régión belül legnagyobb az aktivitás Vas megyében (2001-ben aktív a kereső népességben belül 42,8%), a legkisebb Zalában (39,5%). Kistérségi szinten a legnagyobb aktivitás a Körmendi (44%), Sárvári (44,2%) és Szombathelyi (45%) kistérségben tapasztalható, a legkisebb a Lenti (37,8%) és Letenyei (33,5%) kistérségekben. Győr-Moson-Sopron megye kistérségi adatai szerint megyén belül a legnagyobb aktivitás a Győri kistérségben van (43,6%), a legkisebb a Tétiben (37,2%). A trendek és az előrejelzések szerint a népesség gazdasági aktivitása a közeljövőben kissé emelkedni fog a régióban.

A foglalkoztatottak nemek és életkor szerinti megoszlásának adatai azt mutatják, hogy a 30-39 év közötti foglalkoztatottak aránya a legmagasabb (78,1). A nők aránya a 40-59 éves korú foglalkoztatottak között a legnagyobb: 47,3%. Ha az életkor szerinti megoszlást nézzük, az egyik legszembetűnőbb adat, hogy a 60 év felettiiek foglalkoztatása az 1%-ot sem éri el a Pannonhalmai, Téti, Vasvári és Letenyei kistérségekben, ellentétben mondjuk a Győri kistérséggel (3%), vagy a Szombathelyivel (3,2%).

Kereseti átlagok tekintetében a régiók közt Nyugat-Dunántúl a harmadik, a megyék közt Győr-Moson-Sopron megye a negyedik, Vas megye a kilencedik, Zala megye a tizenhatodik helyet foglalja el. A nők átlagkeresete 13-20 ezer forinttal kevesebb, mint a férfiaké. Ezek az adatok a GDP-adatokkal összevetve meglepő helyzetet tárnak fel.

A régióban az együttes munkanélküliségi ráta soha nem érte el a kritikus 10%-os szintet. A régión belül minden évben Zala megyében volt a legmagasabb a munkanélküliség. A legalacsonyabb a ráta a soproni kirendeltségben, 3,1%, ezzel szemben megközelíti a 10%-ot a Letenyei kistérségben. A különbség tehát több mint háromszoros. Alacsony még a ráta a mosonmagyaróvári, szombathelyi, a sárvári és a csornai kirendeltségek területén, mindenhol 5 % alatti. Ezzel szemben 8% feletti a Letenyei mellett a Nagykanizsai, a Zalaszentgróti és a Vasvári kistérségekben. (A munkaügyi kirendeltségek lehatárolása nem mindig egyezik meg a statisztikai lehatárolásokkal).

Zala és Vas megyében az aprófalvas településszerkezet hátrányát a munkanélküliségi helyzet is jól prezentálja. Zala megye minden részén, Vas megyében kiemelkedően az Őrség területén beszélhetünk 10% feletti munkanélküli rátáról.

## **Kirekesztődés**

### **SZEGÉNYSÉG, TARTÓS ÉS MÉLYSZEGÉNYSÉG A RÉGIÓBAN**

Nyugat-Dunántúl régió háztartásainak 21%-a él a hat különböző típusú szegénység egyikében (jövedelme, kiadása, lakása, lakáskomfortja, fogyasztása vagy szubjektív érzete alapján), 7,7% két típusú szegénységben, további 5% halmozott, három vagy annál több típusú szegénységben.

A régióban legjellemzőbb az országos átlag feletti kiadási szegénység, valamint az országostól valamennyire elmaradó, mégis magas arányú fogyasztási szegénység. Mindez arra utal, hogy bár a régió gazdasági termelőképesége meghaladja az országos átlagot, ez a gazdaságilag kedvező helyzet vélhetően a régión belül érvényesülő jövedelmi egyenlőtlenségek, részben pedig a magas fogyasztói árak és magas megélhetési költségek miatt mégsem eredményez sokkal alacsonyabb szegénységi arányt. A régióban minden tizedik háztartás él jóval

kevesebből, mint amit a megélhetéshez szükségesnek tartana; 8%-a, azaz 28 300 háztartás él substandard lakásban vagy lepusztult lakókörnyezetben, és 12,6%-a azaz 44 800 háztartás költi el jövedelmének több mint 45%-át élelmiszerre.

### *Különböző szegénységi arányok megoszlása a régióban, 2001-ben*

terület	Jövedelmi szegénység	Kiadási szegény	Lakáskomfort szegény	Fogyasztási szegény	Lakás szegény	Szubjektív szegény
Nyugat-Dunántúl	6,2	9,6	6,9	12,6	8,0	10,9
<b>Magyarország</b>	<b>7,5</b>	<b>9,4</b>	<b>10,0</b>	<b>13,3</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>

*Forrás: KSH 2001*

### **Segélyezés**

A nyugat-dunántúli régiós adatok – az országos adatokhoz hasonlóan – egyértelműen arról tanúskodnak, hogy az elmúlt öt évben a segélyezés visszafejlődése indult el. A segélyezési rendszer decentralizált jellege nagyon eltérő terheket ró a különböző településekre, a régióban is nagyon komoly különbségek, egyenlőtlenségek vannak a segélyezett háztartások aránya tekintetében. Gősfán például a településen élő háztartások több mint fele (58%) részesül valamilyen segélyben, de 50% feletti az arány Egerváron (55%), és Lakhegyen (53%) is. A szociális normatíva felhasználása tekintetében is jelentős problémákat fednek fel a KSH-adatok. A felmérésbe bevont települések döntő többségében vagy a szociális normatíva elégtelensége, az igényekhez képesti alulfinanszírozottsága látszik, vagy pedig az, hogy a szociális normatíva egyéb, nem segély célú felhasználása történik. Azokon a kistépüléseken, ahol magas a segélyezett aránya, 5 településből 4-ben a szociális normatíva alatti ellátások a jellemzőek. A nagyvárosok esetében vegyesebb a kép: Győr arányosan (ellátások a szociális normatíva %-ában: 98,9%), Szombathely (85,1%), Zalaegerszeg (88,1%) 'alulsegélyez', Sopron (128,1%) és Keszthely (117,9%) azonban a normatíván felüli forrásokat von be a segélyezésbe.

### **Idősek szegénysége**

A régióban az idősek szegénységét az alábbi kockázati tényezők növelik:

- Magas az idős emberek aránya.

- Alacsony az öregségi és öregségi jellegű nyugdíjak összege, aminek oka, hogy korábban sokan dolgoztak termelőszövetkezetekben, az átlagosnál magasabb volt a textilipari dolgozók aránya, és az iparban foglalkoztatottak között magas volt az alacsony bérű segéd munkások és betanított munkások aránya.
- Egyszemélyes háztartásban élő idősök alkotják a 70 éven felüliek több mint 50%-át.
- Az idős emberek az aprófalvakban élnek nagyobb arányban, mint a városokban. Az elöregedés legnagyobb százalékban (2001-es adatok alapján) a következő kistérségeket érinti: Téti (60 év feletti aránya: 23,1%), Óriszentpéteri (28, 2%), Vasvári (23,9%), Letenyei (25,1%), Lenti (25,4%).
- A régióban élő idősök jövedelme alig több, mint a létminimum. Az öregségi nyugdíj összegét tekintve (régiós átlag: 38 945 Ft) Nyugat-Dunántúlt négy régió előzi meg. A korbetöltött rokkantsági nyugdíj (38 100 Ft) és a korhatár alatti rokkantsági nyugdíj (32 280 Ft) esetében is ötödik helyen áll is a nyugat-dunántúli régió.

## **Gyermekszegénység**

A nyugat-dunántúli régióban az 1989-es évhez képest a veszélyeztetett kiskorúak száma több mint 17-szeresére nőtt, a veszélyeztetett családok száma közel 16-szorosára. A gyermekes családok számára az egyik legnagyobb probléma, hogy a gyermekek számával növekednek a kiadások (lakásfenntartási, ruházattal, látens kiadások stb). A gyermekszegénységi kockázat kiugróan magas a háztartásfő munkanélkülisége, a roma származás, a hátrányos helyzetű aprófalvakban élés, valamint magas gyermekszám esetén.

A régióon belül az egyes önkormányzatok eltérő mértékben fordítanak gondot a gyermekjóléti, gyermekvédelmi ügyekre, s különbözők e téren a prioritások is. A Zala megyei települések a legaktívabbak, 95%-ukban készült átfogó értékelés, és 71%-uban a képviselőtestület meg is tárgyalta azt. Vas megyében ehhez képest az arány sokkal alacsonyabb, mindössze a települések 65%-a készített átfogó értékelést, s csupán 8%-ának van települési gyermekvédelmi koncepciója.

## **Gyermekek veszélyeztetettsége**

A régióban közel 7000 olyan család van, ahol veszélyeztetettnek nyilvánított kiskorú él. Ez azt is jelenti, hogy Győr-Moson-Sopron megyében a gyermekek 6,18%-a, Vas megyében 10%-a, és Zala megyében 5%-a van veszélyeztetettnek nyilvánítva.

A régió egészében 13 709 gyermeket tartanak nyilván veszélyeztetettként a gyámhivatalok, a védelembe vett gyermekek, illetve kiskorúak száma 1100. A fenti adatok arról árulkodnak, hogy a veszélyeztetettség meghatározó tényezője a szegénység: Vas megyében a veszélyeztetett gyermekek 79%-a, Győr-Moson-Sopron megyében 60%-a anyagi körülmények miatt kerül a gyámhatóság látókörébe. Zala megyében a veszélyeztetett gyermekek 40%-a környezeti okokból kerül a regiszterbe. Zala megyében a védelembe vett gyermekek száma és aránya közel kétszerese a Vas megyeinek – miközben a veszélyeztetett gyermekek tekintetében az arány éppen fordított, ami arra utal, hogy Zala megyében a gyermekek nem veszélyeztetettként jelennek meg, hanem már védelembe veszik őket. A védelembe vétel okai között Győr-Moson-Sopron megyében a környezeti tényezők, Vas és Zala megyében a szülőnek felróható magatartás a meghatározó.

Nyugat-Dunántúl régióban összesen 1275 kiskorú él gyermekvédelmi gondoskodásban. A nevelőszülői hálózat gyenge, különösen Győr-Moson-Sopron és Zala megyében. Utóbbiban a gyermekotthonban foglalkoztatottaknak csak 28,0%-a felsőfokú végzettségű. (Az országos arány 40,5%.)

Magas a gondozási helyről való szökések aránya és száma. Mivel a régióban késett a lakásotthonok kialakítása, még mindig a nagy gyermekszámú gyermekotthonok a jellemzőek, amelyek nagyon rossz körülmények között működnek.

### **Munkaerőpiacról kiszorult, egészségügyi állapotuk és életmódjuk miatt veszélyeztetett emberek**

2003-ban a Kemenesaljai kistérségben az EU által támogatott program keretében felmérésre kerültek a helyi emberi erőforrások. A program 'probléma-mátrixából' jól látható, hogy a hátrányos helyzetű kistérségben a munkaerő-piaci, egészségügyi, közösségi és szociális problémák nagyon szorosan kapcsolódnak egymáshoz. Azon hátrányos helyzetű kistérségek esetében, ahol nem indultak el innovatív területfejlesztési, szociális fejlesztési programok, és a kistérség nem jut kiegészítő támogatásokhoz – mint például a fent említett kemenesaljai kistérségben – ott jól láthatóan

- hiányzik az aktív foglalkoztatáspolitikai, a helyi munkaerőpiac nem bővül, a rugalmas foglalkoztatási formák hiányoznak, a munkanélküliek döntő többsége tartósan munkanélküli;

- a rossz infrastrukturális helyzet miatt nem csak a beruházások maradnak el, de hiányoznak a közösségi terek is;
- hiányoznak, vagy gyengék a civil szervezetek, hiányosak a szociális szolgáltatások;
- negatív, problémaorientált 'identitáskörök' alakulnak ki a település-identitás, a lakókörnyezet, a család jövedelmi helyzete, jövője, a következő generáció életésélyei, a helyi munkaerőpiac, a helyi politika megítélése tekintetében.

## **romák**

A 2001-es népszámlálási adatok szerint 6785 fő, azaz a cigány népesség 3,6%-a él a régióban. Győr-Moson-Sopron megyében a megye népességének 0,31%-, Vas megyében 0,51%-a, Zala megyében 1,36%-a roma lakos. Becsült adatok (munkaügyi központok) szerint azonban a cigány lakosság aránya Győr-Moson-Sopron megyében 4-5%-ra, Vas megyében 3-4%-ra, Zala megyében 10-12%-ra tehető. A régión belül Zalában él a legtöbb roma lakos. A megyében vannak olyan városok és térségek, így Nagykanizsa és környéke, valamint a megyeszékhely Zalaegerszeg, ahol igen magas a roma népesség aránya. Zalalövön, Lentiben és Zalaszentgróton kevesebb roma lakos él, de körülményeik rosszabbak. A kistérségek vonatkozásában egy-egy községben koncentrálnak a roma közösségeket tekintve kiemelkedik Zalakomár, Zalakaros, Garabonc, Galambok, Rezi, Karmacs, Pacsa és környéke, Sormás, Túrje.

A munkaügyi regisztrációban szereplő munkanélküliek között a becslések szerint 10-15% a romák aránya. Az aprófalvas vidéken a romák munkanélkülisége eléri a 80, sőt a 100 %-ot is.

Hátrányos munkaerő-piaci körülményeik mellett sok esetben lakókörülményeik is átlagon aluliak.

## **Belső periferián élők, hátrányos helyzetű kistérségek**

Szociális szempontból, egyes mutatók mentén hátrányos helyzetűnek minősíthető kistérségek 2002-ben a következők:

<b>Kistérség</b>	<b>Legnagyobb természetes fogyás</b>	<b>60 éven felüliek magas</b>	<b>Alacsony iskolázottság: 8 osztályt vagy</b>	<b>Komfort nélküli lakások</b>	<b>Alacsony a jövedelem vagy nagyon szegény</b>



	(ezrelékben)	aránya (%)	kevesebbet végzett (%)	magas aránya (%)	
Tét			53,8	17,4	X
Őriszentpéter	-11,4	28,2	58,8	19,4	X
Letenye	-10,1	25,1	62,4	19,1	X
Zalaszentgrót	-6,4	23,6	55,5		X
Lenti	-8,3	25,4	53,4	16,2	X
Vasvár	-8,4	23,9	57,5	25,0	X
Csepreg	-7,4	22,9	52,1		X
Keszthely-Hévíz			magas analfabétizmus 1,6%		X

*Forrás: saját összeállítás KSH adatok felhasználásával*

Amennyiben együtt vizsgáljuk az összetett gazdasági, társadalmi, demográfiai, szociális mutatókat, akkor jól látható módon körvonalazódik a K-Ny, É-D, város-falu lejtő a nyugat-dunántúli régióban is. A szociális problémák, ellátatlanságok megjelenése és a régió településszerkezete szoros összefüggést mutat.

## **FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK**

Nyugat-dunántúlon a 2001-es népszámlálási adatok alapján 43 641 fogyatékos ember él. Ez a szám országos viszonylatban a legalacsonyabb, a régión belül pedig Vas megye (11951 fő) van a legkedvezőbb helyzetben. A fogyatékoság típusa szerint a mozgássérültek létszáma a legmagasabb (33%), míg vak (2 %), siket, siket-néma, néma és beszédhibás fogyatékosággal relatíve kevesen élnek. A fogyatékosággal élők száma a 40 év felettek körében mutat ugrásszerű növekedést, aminek egyik oka az élet folyamán szerzett fogyatékoság lehet.

## **Veszélyeztetett lakhatás**

A veszélyeztetett lakhatás komplex hátrány, a lakásfenntartási támogatások tekintetében nagyon jelentős különbségek vannak a települési önkormányzatok között. A nagyvárosok tekintetében Győr és környékén az utóbbi 3 évben nőtt a támogatásra felhasznált összeg mintegy 20%-kal, Sopron és környékén 60%-kal, Mosonmagyaróvár és környékén 45%-kal. Ehhez képest Szombathelyen csökkent a támogatásokra fordított összeg több mint 10%-kal, Celldömölkön több mint 30%-kal, nőtt viszont Sárváron és Szentgotthárdon. A támogatási

elvek között is jelentős eltérések vannak, Zalaegerszeg például kevés rászoruló támogat magas összeggel, Szombathely több rászorulóknak ítél kevesebb összeget.

## **Településszerkezet – közigazgatás –szociális igazgatás, ellátás**

### **Településszerkezet, településnagyság és közigazgatás kapcsolata**

A közigazgatási struktúra magában hordozza a szociális közigazgatás működésének problémáit és elégtelenségeit. A kisebb körjegyzőségek és hivatalok nem alkalmaznak önálló szociálpolitikai előadót, ezekkel az ügyekkel a hivatalok munkatársai csupán munkaidejük egy részében foglalkoznak. Ez az állapot pedig törvényszerűen eredményezi a hiányos szakmai felkészültséget is.

Nyugat-Dunántúl régióban – főként a településszerkezetéből adódóan – olyan közigazgatási szerkezet és közintézmény-rendszer jött létre, amely magában hordozza az ellátási hiányok veszélyét.

## Önkormányzati szociálpolitika

A megállapított rendszeres támogatások száma a régióban egyenletes ütemben csökkent. A csökkenés átlagos mértéke 19,05%-os, mindhárom megyében szinte azonos mértékű. (Győr-Moson-Sopron megye 18,62%, Vas megye 18,72%, Zala megye 19,82%.) Az okokat nem helyi szinten kell keresni. Folyamatosan csökken az időskorúak járadékában részesülők száma, egyre ritkábban kerül új jogosult a rendszerbe.

Az 1999-es évhez képest 2004-ben 16,42%-kal kevesebben kapnak a régióban a rendszeres gyermekvédelmi támogatást. A visszaesés Győr-Moson-Sopron megyében a legnagyobb (18,73%). Az egyik lehetséges ok a népességcsökkenés, ami elsősorban a 0-18 éves korosztályt érinti.

A lakásfenntartási támogatás a régió területén átlagban 11%-os csökkenést mutat; elenyésző Győr-Moson-Sopron és Vas megyében, azonban Zala megye lakosai közül 1999-ben 2085-en, 2002-ben pedig csak 1185-en kaptak segítséget lakhatásuk megőrzésében. Lakónépességre vetítve is kiemelkedően rossz arányt találunk Zala megyében. A lakásfenntartási támogatásban részesülők aránya 0,39%, míg Győr-Moson-Sopron megyében 1,81%, Vas megyében pedig 1,6%.

Az eseti támogatások száma a régióban a vizsgált négyéves időtartam alatt csekély mértékben, átlagosan 5,9%-kal csökkent; leginkább Győr-Moson-Sopron megyében (9%), legkevésbé pedig Zala megyében (4,3%). Figyelemre méltó, hogy Vas megyében, ellentétben a két másik megyével és az egyéb támogatási formáknál megfigyelhető tendenciával, folyamatos emelkedést mutat a rendkívüli gyermekvédelmi támogatásban részesülők száma (1999-ben 10 242 fő, 2002-ben 11 571 fő).

A szociális igazgatási feladatokat régióinkban 604 fő végzi, közülük 574 fő ügyintézői munkakörben foglalkoztatott, 37,3%-uk felsőfokú végzettségű. Feltűnő az egy ügyintézőre jutó lakosok alacsony száma (országos átlag 2138, Nyugat-Dunántúl 1745), valamint az, hogy régióinkban a legalacsonyabb az egy ügyintézőre jutó ügyiratforgalom (országos átlag 825, Nyugat-Dunántúl 534). Az országos átlaghoz közelít az egy ügyintézőre jutó lakosok száma azokban a kistérségekben, ahol nagyvárosok találhatóak (Győri kistérség 2002 fő,

Szombathelyi kistérség 2647 fő, Zalaegerszegi kistérség 2083 fő, Kőszegi kistérség 2259 fő). Legalacsonyabb a mutató a kis létszámú kistérségekben (Óriszentpéteri kistérség 735 fő, Letenyei 991 fő, Zalaszentgróti 937 fő, Celldömölki 984 fő).

### **Szolgáltatástervezési koncepciók**

A régió megyéi, illetve megyei jogú városainak önkormányzatai határidőre eleget tettek kötelezettségüknek, elkészítették szolgáltatástervezési koncepciójukat.

A megyei önkormányzatok koncepciójuk elkészítésénél különböző módszereket alkalmaztak. Zala megyében pályázatot írtak ki, és a pályázat nyertese végezte a megye fenntartásában működő, személyes gondoskodást nyújtó szakosított ellátást végző bentlakásos intézmények helyzetének vizsgálatát. Munkájukhoz a Központi Statisztikai Hivatal adatait is felhasználták. A másik két megyében a hivatali apparátus dolgozói a Központi Statisztikai Hivatal közzétett adataira, valamint a települési önkormányzatok jegyzői, illetve a bentlakásos intézmények vezetői által kiküldött kérdőívekre, illetve a helyben rendelkezésre álló adatokra építve készítették el koncepciójukat.

A leglényegesebb, szembeötlő eltérés, hogy míg Győr-Moson-Sopron megye, illetve Vas megye elemzésében fontos szempontként szerepel a megye településeinek önkormányzatai által ellátott, (illetve el nem látott) szociális szolgáltatások bemutatása, fejlesztési elképzeléseik, illetve ezek időbeli ütemezése, addig a Zala megyei anyag általánosságban foglalkozik az alapellátások megszervezésének jelentőségével, nem ad átfogó képet a megye szociális szolgáltatási helyzetéről.

Mindhárom koncepció tartalmaz helyzetelemzést a megye gazdaságáról, településszerkezetéről, demográfiai mutatóiról, a lakosság egészségi és szociális helyzetéről, a szakosított ellátások iránti igények alakulásáról, a várakozók számáról. Ezek az elemzések részletesek – különösen a Zala és Vas megyei koncepcióban –, alkalmasak a megyében élő lakosság helyzetének megismerésére. A Vas, illetve Győr-Moson-Sopron megyei helyzetelemzésében szerepet kapott a kistérségi szintű elemzés is.

Az ellátási kötelezettség teljesítésének bemutatásában Győr-Moson-Sopron, illetve Vas megye pontos információt ad a megye településeinek ellátottsági mutatóiról, felvázolva, melyik önkormányzat tesz eleget törvényi kötelezettségének a szociális szolgáltatások területén, és melyik nem. Mindhárom koncepció átfogó képet ad az általa fenntartott intézmények struktúrájáról, legfontosabb jellemzőikről, rávilágítva a meglévő hiányosságokra. Ebben tárgyyszerűségével, konkrét javaslataival kiemelkedő a Zala megyei program. Mindhárom koncepció felsorolás szinten bemutatja a megyében szociális szolgáltatást végző nem állami fenntartókat is.

Zala megye koncepciójában nem foglalkozik a módszertani feladatok ellátására vonatkozó elképzelésekkel.

### **Térségi-területi problémamegoldási módok**

A települési önkormányzatok támogatási, illetve szolgáltatási rendszereinek különbsége a kötelező feladatok jogosultsági feltételeinek a törvényi szinthez képest pozitív irányban történő szabályozásának mértékéből, a törvényben nem szabályozott, önkormányzati finanszírozású támogatások mértékéből, illetve a kötelezően előírt szolgáltatások meglétéből, hiányából, esetleg önként vállalt szolgáltatások működtetéséből adódik.

A pénzbeni és természetbeni ellátások, valamint a szociális szolgáltatások esetében is az önkéntes feladatvállalás leginkább a városokra jellemző. Ugyanakkor szintén a nagyobb városokban figyelhető meg az egyes szociális szolgáltatások hiányának és az önként vállalt feladatoknak együttes jelenléte, ami valószínűleg a jelentkező igényekre való reagálás eredménye.

### ***Pénzbeni és természetbeni ellátások jellemzői***

A jogosultságot meghatározó jövedelemhatárt a törvényi szint felett állapítja meg a rendeleteiben a megyei jogú városok, valamint a városok önkormányzatai (200%-300%). A 2003. II. 15-től hatályos szociálistörvény-módosítás óta sokat javult a kisebb településeken is a különböző támogatásokhoz való hozzájutás biztonsága, hisz évekkal ezelőtt gyakori volt a

nagyon alacsony, a nyugdíjminimumot sem elérő jogosultsági jövedelemhatár megállapítása. Jelenleg a jövedelemhatárok a törvényi szintre álltak be.

Azoknál a támogatási formáknál, amelyeknél a törvény megengedi, hogy az önkormányzat az alanyi, illetve a normatív ellátáson felül további méltányosságot gyakoroljon, a városok minden esetben életre hívják ezeket a támogatásokat, a törvény által meghatározott jogosultsági feltételeket meghaladó mértékű szabályozással, de a kisebb települések nagy részénél is megtalálhatók, azonban ezeknek a jogosultsági jövedelemhatára a törvényi szintre állt be. (Helyi lakásfenntartási támogatás, méltányossági ápolási díj, kedvezményes gyermekétkeztetés, közgyógyellátás.)

A megyei jogú városok rendeleteiben megjelennek a törvényben nem szabályozott önkormányzati támogatások. Ezek azok, amelyeknél leginkább utol lehet érni a településen megjelenő speciális szükségleteket, hisz ezek létrehozását a felmerülő igényeken kívül semmi sem indokolja. Az ilyen jellegű támogatásokra a kisebb településeken csak elvétve van példa.

### **Ágazaton belüli, ágazatközi és szektorközi együttműködések**

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Győri Területi Központja nagy hagyományokkal bír a fogyatékkal élők segítésében. E területen végzett munkájuk példaértékű. Folyamatosan keresik az új lehetőségeket, innovatív kezdeményezéseik országos szinten is érdeklődésre tarthatnak számot. Kezdetektől fogva részt vettek a fogyatékosok támogató szolgálatainak modellkísérletében. Az eltelt idő alatt a megyében már három helyen működtetnek szolgálatot, és jelenleg folyik a Pannonhalma kistérségben, bakonyszentlászlói telephellyel működtetendő támogató szolgálatuk működési engedélyeztetési eljárása.

A szolgálat működési területe 18 települést foglal magába. A kistérségi szolgálat jelentősége, hogy a speciális szolgáltatási formát nem a fogyatékkal élők által nehezen megközelíthető városközpontban építik ki, hanem kiviszik a kistérségbe, a fogyatékosok lakókörzetébe.

A Szeretetszolgálat által fenntartott ellátásokat jellemzi, hogy folyamatosan keresik és kihasználják az egyéb ellátási formákkal és más szervezetek által fenntartott szolgáltatásokkal a kapcsolatot. Az e szempont adta lehetőséget is figyelembe vették a kistérségi szolgálat kimunkálása során. Bakonyszentlászlón idősek otthonát működtetnek, mely megfelelő bázist biztosít a támogató szolgálatnak. Ezáltal érdekes és szakmailag hasznos kapcsolatok,

munkaformák kialakulásának a lehetősége teremődik meg. Ugyancsak a terület ellátási színvonalát javíthatja az, hogy Pannonhalma kistérségben már van egy szállító szolgálat, amit a pannonhalmi Karitas működtet. A két szolgálat nem rivalizáló, hanem partnerségen alapuló együttműködése mindkettőjük munkájának hatékonyságát növelheti.

A kistérség önkormányzataival – a helyi sajátosságokat figyelembe véve – együttműködési megállapodást kötöttek. Fontosnak tartják a hatékony munkakapcsolatot, hisz kölcsönösen „jelzőrendszerként” és közvetítőként szolgálhatnak az ellátások biztosításánál.

A Szeretetszolgálat által működtetett támogató szolgálatok erőssége, hogy egy jól kiépült, szakmailag jól felkészült háttér áll a feladatot ellátók mögött. Ugyanez érvényesül az eszköztárral kapcsolatban, ahol egy helyre központosítottan a segédeszközök széles skálája található, és szükség esetén a fenntartott több támogató szolgálat által kölcsönözhető.

## **A régió szociális ellátórendszere**

### **A szociális alap- és szakellátás**

Az országos adatokat nézve a tartós bentlakást nyújtó intézmények kétharmadában az idősek ápolása, gondozása folyik. Az önkormányzati otthonok ellátottsági mutatói elmaradnak a nem önkormányzatiaktól. Ez a közép-magyarországi és a nyugat-dunántúli régióban a legmarkánsabb, ahol 2-3-szor nagyobb terület jut egy ellátottra a nem önkormányzati fenntartású otthonokban, illetve fele- harmadannyian lagnak egy szobában, mint az önkormányzatok által működtetett időskorúak otthonaiban.

Közép-Dunántúl után a Nyugat-Dunántúl (53,1) rendelkezik tízezer lakosra vetítve a legkevesebb szociális otthoni férőhellyel az országban. **Mintha ez a rész kicsit hiányos volna...**

### **Humánerőforrás, szakember-ellátottság**

A régióban a szociális szférában dolgozók valamivel több mint 20%-a alapfokú végzettségű. Zala megye van a legrosszabb helyzetben, ahol ez az arány 27%. Egyúttal itt a legalacsonyabb a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya is (18,9%), annak ellenére, hogy Zala megyében a „legfiatalabb” a szociális szakmai munkakörben dolgozó állomány, 26,7 %-uk 35 év alatti.

### **Partnerség, szakmai érdekképviselés, szakmai szerveződések**

Szombathely Megyei Jogú Város Szociálpolitikai Kerekasztalának alakuló ülése 2004. február 5-én volt. A résztvevők célként tűzték ki olyan szakmai csoportok létrehozását, amelyek segíthetik a szociális terület döntéshozási tevékenységét, közös képviselőt biztosítanak, valamint együttes fellépésre adnak lehetőséget.

Győrben 2003. november 21-én hívták össze az első Szociálpolitikai Kerekasztalt, melynek működését a 22/2003 június 10-i önkormányzati rendeletben szabályozták. A napirend a Szolgáltatástervezési Konceptió megvitatását tartalmazta.

Kapuváron és Csornán még nem működik a kerekasztal, Mosonmagyaróváron 2004 év elején hívták össze először, Sopronban a 2004 júniusi közgyűlésen döntöttek a működéséről.

### **Kistépülések / tanyák, speciális adottságú települések szociális ellátása**

A régió településszerkezeti sajátosságaiból eredően a kis települések lakói a szociális közigazgatás és a szociális ellátások által nyújtható lehetőségektől is elzáródnak. A szociális alapellátást nem biztosító települések legnagyobb számban a Soproni (19 település), a Szombathelyi (13), a Kőszegi (10), a Tét-Pannonhalmai (6) kistérségben találhatók. Az alapellátás hiánya a régióban összesen 85 települést, 47 303 főt érint.

### ***Falugondnoki rendszer***

A 600 főnél kisebb települések számára létrehozott szolgáltatási forma 1993 óta létezik Vas megyében, 1994-től Zalában, és 1998. évtől Győr-Moson-Sopron megyében is megtalálható. Ez a szolgáltatás emberközelségénél, eszközzel való ellátottságánál és mobilitásánál fogva



kitörést jelenthet az aprófalvak zárványaiba rekedt, szociálisan hátrányos helyzetű csoportok számára. 2004-ben Zala megyében 86, Vasban 56, Győr-Moson-Sopron megyében 19 volt az ellátott települések száma.

Az egyszemélyes szociális „intézmények” kényszerű válaszok a régió településszerkezetéből fakadó problémákra. E megoldások jellemzően nélkülözik a szakmai háttérrel, nincs mögöttük az a speciális feladatokra orientáló képzés és hálózat, sőt az alapvető eszközök, járművek sem, ami a falugondnokok esetében biztosított. Mind a felnőtt-, mind a gyermekvédelem „ismeri” ezt a megoldást. Szakszerű munkát ritkán tud végezni egy ilyen „intézmény”, a folyamatos ellátás nem biztosítható, a szociális normatíva felhasználása ugyanakkor megtörténik, hasznosulása talán a legalacsonyabb az összes létező forma közül.

### ***Kistérségi ellátási formák***

Főként a viszonylag újfajta intézmények, elsősorban a gyermekjóléti és családsegítő szolgálatok jellemző, és a szolgáltatás fenntarthatósága szempontjából legkedvezőbbnek látszó megoldása a több települést ellátó intézmények létrehozása. Zala megyében létezik olyan intézmény, ahol a társulás 52 települést foglal magában. Ez már túl van a működőképesség és átláthatóság határán. Zalában általános ez a megoldás: egy családsegítő egységre átlagosan 10 település jut, miközben Zala megye 20 családsegítő egységében mindössze 83 fő dolgozik.

### **Önkéntesség**

Az önkéntesség főként a karitatív jelleggel létrehozott, a vallási alapokon nyugvó, az érdekvédelmet előtérbe helyező vagy önszervező szerveződések jellemzője. A nyugat-dunántúli régióban is számos példa bizonyítja ezt. A teljesség igénye nélkül megemlítenék néhányat.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Szombathelyi Csoportja 1991-ben alakult, jelenleg 34 bejegyzett taggal, 1 főállású alkalmazottal és 30-40 önkéntessel végzi a szükségletekhez igazodó munkát. Szociális területen kifejtett tevékenységeik: családsegítés, házi segítségnyújtás étkeztetésben, gyermek- és ifjúságvédelmi tevékenység, utcai szociális munka.

A Mozgássérültek Zala Megyei Egyesülete 1700 tagot számlál, és a megyében 5 csoportban működik: Zalaegerszegen, Keszthelyen, Lentiben, Zalalövön és Zalaszentgróton. A helyi csoportvezetők önkéntesek, munkájukban a mentori tevékenység, segélyelosztás, információs szolgálat működtetése, tagtoborzás, érdekképviselés és az esélyegyenlőség megteremtését célzó feladatok ellátása szerepel. Az eseti önkéntesek száma 15-20 fő, akik elsősorban a tagtoborzásban, a segélyelosztásban és az állandó programok szervezésében-lebonyolításában vesznek részt.

A győri Gézengúz Alapítvány születés során károsodott (megközelítőleg száz, 0-7 éves kor közötti) gyermekek segítésére lát el ambuláns keretek között egészségmegőrző, rehabilitációs, korai fejlesztő, gyógyító tevékenységet. Szociális területen végzett munkájuk között családsegítés is szerepel. Itt, és az integráció alapelveire épülő programok, rendezvények során 20-25 állandó önkéntes segíti a munkát (például kézműves oktató vagy vízi foglalkozást segítő).

## **A szociális ellátórendszer helyzete ellátási területenként**

### **Gyermekjólét, gyermekvédelem**

A pénzbeli ellátások közül a rendszeres és rendkívüli gyermekvédelmi támogatásról korábban, az Önkormányzati szociálpolitika címszó alatt már szóltunk.

#### ***Gyermekjóléti alapellátások***

A kistélepüléseken túlsúlyban vannak az egyszemélyes szolgálatok, ahol védőnő vagy pedagógus látja el a gyermekjóléti feladatot rész munkaidőben. A városokban intézményi keretek között működnek a szolgálatok. Az intézményi formában működő szolgálatoknál a személyi feltételek jók, a tárgyi eszközök és az elhelyezési körülmények többnyire megfelelőek. A kistélepüléseken nem mindenhol biztosítottak a segítő munka tárgyi feltételei, a körülmények nem alkalmasak a kliensek fogadására. 2003-as adatok szerint Vas megyében

7 településen nem működik a szolgálat. A másik két megye lefedett, Zalában nagy társulások működnek, a szolgáltatást a megye kb.1/3-ában ellátási szerződéssel biztosítja a Magyar Vöröskereszt Zala Megyei Szervezete. Győr-Moson-Sopron megyében 2003-ban 182 település közül 134 társult a feladat ellátására, biztosítva ezzel a hatékonyabb, jogszabálynak megfelelő feladatellátást.

Vas megyében 2003-as adatok szerint szakirányú képesítéssel a szolgálatokban dolgozók 25%-a rendelkezik, Győr-Moson-Sopron 61,3%, Zala megyében 48%.

A gyermekek napközbeni ellátásának intézményesülése a régióban nagyon egyenetlen, és különösen Vas és Zala megyében hiányos. Győr-Moson-Sopron megyében 26, Vas megyében 15, Zala megyében 9 bölcsőde működik. 1998 és 2002 között a régióban 4 bölcsődét zártak be. Egyáltalán nem működik bölcsőde a Pannonhalmi, Téti, Óriszentpéteri, Letenyei és Zalaszentgróti kistérségekben, ahol a kisgyermekes nők munkavállalási esélyeit sok más tényező mellett ez a hátrány is csökkenti.

A családi napközi a régióban teljesen hiányzik, házi gyermekfelügyelet is csak Győr-Moson-Sopron megyében működik a Sopron-Fertődi kistérségben. A helyettes szülőknél engedélyezett férőhelyek száma összesen 24 a régióban, mely nagymértékben kihasználatlan. Gyermekek átmeneti otthonának létrehozására volna szükség Sopronban, Szombathelyen és Nagykanizsán.

### ***Gyermekvédelmi szakellátások***

A gyermekotthoni férőhelyek megoszlása jelentős megyei különbségeket mutat a régióban. Vas megyében a gyermekotthoni férőhelyek 72%-a általános gyermekotthoni férőhelyeket jelent, többségében nagy létszámú intézményekkel. Győr-Moson-Sopron megyében ugyanez az arány 50%, Zala megyében pedig 30%. Jelentős különbségeket találunk a lakásotthonok terén is: míg Zalában a férőhelyek majdnem 40%-a lakásotthoni, addig Vas megyében ugyanez az arány kevesebb mint 10%. Ugyanakkor Zala megyében magas az általában rossz feltételek mellett működő, enyhe és közép súlyos fogyatékossgal élő gyermekeket ellátó általános iskola, diákotthon és gyermekotthoni férőhelyek aránya (16%). A férőhelyek kihasználtsága Vas megyében a lakásotthonokban, valamint a diák és gyermekotthonban, Zala megyében a speciális gyermekotthonban haladja meg a 100%-ot.

A gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó intézményvezetők és szakemberek szerint a legnagyobb problémák a következők: megfelelően képzett szakemberek hiánya, a speciális szükségletű gyermekek ellátása megoldatlan, hiányzik a szakemberek továbbképzése, szupervíziója, szükséges lenne a nevelőszülői hálózat bővítése, sok helyen még mindig nagy létszámú gyermekcsoportok vannak.

### ***Gyermekvédelmi gondoskodás***

A régióban a nevelőszülők 11,8%-a hivatásos nevelőszülő, 88,2%-uk hagyományos nevelőszülő. Legtöbben egy vagy két gyermek gondozását vállalják.

Győr-Moson-Sopron megyében a szakellátás intézményeinek 88%-ában a működési feltételek megfelelnek a jogszabályi előírásoknak. Vas és Zala megyében a gyermekotthonok törvény szerinti átalakítása részben megtörtént, az átalakítás folyamatos.

2002-ben a régióban 2321 gyermek volt örökbe adható, közülük 406 gyermeket adtak örökbe. A tartósan nevelt gyermekek száma 182 fő volt, 11,5%-ukat örökbe fogadták.

### **Családvédelem, családsegítés**

Zala megyében a családsegítés az esetek több mint felében önálló intézményként működik, ugyanez az arány Vas megyében mindössze 4%, Győr-Moson-Sopron megyében 23%. Vas megyében összevont intézménytípus, Győr-Moson-Sopron megyében egyszemélyes ellátási forma a jellemző.

A családsegítési szolgáltatás igénybevétele tekintetében jelentős regionális különbségek mutatkoznak. Bár az Óriszentpéteri kistérség az egyetlen, ahol hiányzik ez az ellátási forma, több olyan kistérség is van, ahol a szolgáltatást a helyi lakosság nagyon kis hányada veszi igénybe. 1% alatti az igénybevétel a Zalaszentgróti kistérségben, ahol önálló családsegítő szolgálat működik 4 családsegítő szakember foglalkoztatásával, a Letenyei kistérségben, ahol összevont intézményként működik a szolgáltatás 3 családsegítő szakemberrel, valamint a Körmendi kistérségben.

Magas igénybevételi adatokat találunk – közel 7%-os lefedettséggel – Sopron-Fertődön, ahol egyszemélyes szolgáltatási forma működik, valamint Vasváron, ahol összevont intézményként biztosítják a családsegítő szolgáltatást.

Mindhárom megyében két családok átmeneti otthona működik, Vas megyében folyamatban van a harmadik otthon megnyitása.

### **Idősellátás**

Az idősök ellátását szolgáló alapellátás és szakosított ellátás terén jelentős kapacitáscsökkenés történt. A szociális alapellátás keretében nyújtott házi segítségnyújtást tekintve minden második kistérségben csökkent a házi segítségnyújtásban részesülők száma. Különösen rossz helyzetben van a Nagykanizsai, a Letenyei, valamint a Lenti kistérség; a Sopron-Fertődi kistérségben a kapacitások közel 40%-kal csökkentek.

A 60 év feletti népesség étkeztetése tekintetében a régió ellátási lefedettsége közel 10%-kal meghaladja az országos átlagot. Ugyanakkor Győr-Moson-Sopron megye az étkezés biztosításában messze elmarad a régiós átlagtól, de még az országos átlagot sem éri el. Kifejezetten rossz helyzetben van a Sopron-Fertődi, a Mosonmagyaróvári, valamint a Kapuvári kistérség, annak ellenére, hogy ezek hátrányos helyzetű kistérségek, ahol az ellátási igény egyébként is magasabb.

A nappali ellátást nyújtó idősök klubját tekintve a régió ellátottsága elmarad az országos átlagtól, különösen Győr-Moson-Sopron megyében, ahol a tízezer 60 év feletti lakosra jutó ellátott 129, míg az országos átlag 195. A Sopron-Fertődi kistérségben ez az arány mindössze 92. Kistérségi szinten rossz az ellátottság a Lenti és a Vasvári kistérségekben, teljesen hiányzik az ellátási forma az Őriszentpéteri kistérségben.

### **Fogyatékosok támogatása**

A régióban 2004-es adatok szerint speciális alapellátási formaként 14 Támogató Szolgálat működik, ebből Zala megyében csupán kettő.

A fogyatékosok nappali ellátására (szintén 2004-es adatok szerint) 8 intézmény működik, amiből egy jut Zala megyére.

A fogyatékosokkal élőket ellátó intézményrendszer kiépítettsége tekintetében országos viszonylatban Nyugat-Dunántúl van a legrosszabb helyzetben. A régiók között itt működik a legkevesebb számú nappali és bentlakásos intézmény.

A szakellátást tekintve fogyatékos gyermekek tartós bentlakásos intézménye 3 van a régióban, felnőtt tartós bentlakásos intézmény 11, rehabilitációs intézmény 3, lakóotthon 2; Vas megyében nem működik ilyen intézmény.

A működő férőhelyek száma a nappali intézményekben 165 fő. A bentlakásos elhelyezést nyújtó gyermek (312fő) és felnőtt korú (930) fogyatékosok gondozóházainak férőhelyszáma alapján is csak az ötödik helyen áll a régió országos viszonylatban.

### **Szenvedélybetegek segítése**

A szenvedélybetegeket célzó ellátórendszerhez való hozzáférés komoly gondokat jelent a régióban. Zala megyében például nincsen addiktológiai nappali ellátást biztosító intézmény, miközben Győr-Moson-Sopron megyében és Vas megyében is mindössze két ilyen ellátó intézmény működik. A pszichiátriai betegek ellátását tekintve még rosszabb a helyzet: sem Zala, sem Győr-Moson-Sopron megyében nincs nappali ellátó forma – és Vas megyében is csak egyetlen ilyen intézmény működik. Szombathelyen az Egyházmegyei Karitás Hársfa Házában működik a nappali ellátó, 30 férőhellyel. Ebből jelenleg 10 hely pszichiátriai, 20 hely szenvedélybetegeknek van fenntartva.

### **Munkaerőpiacról kiszoruló**

#### ***Szociális földprogram***

A szociális válságkezelő programok Zala megyében működnek, 1996 óta. Vas és Győr-Moson-Sopron megyék nem részesei a meghívásos pályázati rendszernek. 2004-ben Zala megye 8 millió Ft támogatást kapott. A programok összesen 40 település hátrányos helyzetű lakosságának nyújtanak segítséget .

## ***Szociális közmunkaprogram***

A program végrehajtása során a régió három megyéjében 169 munkanélküli 18 havi foglalkoztatására nyílt lehetőség szociális gyermekvédelmi alap- és szakellátás, szociális személyes szolgáltatás, közösségi információ nyújtása, családok számára programok szervezése, szolgáltatások biztosítása területeken. A munkanélküliek foglalkoztatását célzó programban 48 munkáltató vesz részt, a régió 85 településén.

## **Hajléktalanellátás**

**A régióban a hajléktalanokat ellátó szervezetek nyilvántartása és tapasztalatai alapján 1110 hajléktalan ember van**, de valószínű, hogy ez a szám nem a teljes hajléktalan populációt jelzi. **A régióban hét településen működik hajléktalanellátó intézmény.** 731 ágy áll rendelkezésre, a nappali melegedők pedig 170 férőhelyen képesek fogadni a hajléktalanokat. A szociális törvény előírásainak megfelelően a régióban 13 település volna ellátásra kötelezett, közülük 6 településen (Celldömölk, Körmend, Sárvár, Keszthely, Csorna, Kapuvár) semmilyen hajléktalan embereket ellátó intézmény nem működik.

## **Innováció a szociális szférában**

### **Módszertani intézmények**

Mind a felnőtt-, mind a gyermekvédelem esetében a vonatkozó jogszabályok előírják az egyes intézménytípusokhoz kapcsolódó módszertani intézmények kijelölésének és működtetésének kötelezettségét. A régióban összesen 13 ilyen intézmény működik.

### **Szociális felsőoktatás, szakemberképzés, K+F**

Annak ellenére, hogy jelenleg még nincs a régióban valódi “universitas”, a szociális felsőoktatásban való részvétel lehetőségei kifejezetten jónak mondhatók. Négy felsőoktatási intézményben folyik felsőfokú szociális képzés nappali, levelező és esti tagozaton. A 2004/2005-ös tanévben 1320 fő a felvételi irányszám.

Ez a jó képzési kínálat sajnálatos módon anomáliákkal is társul. Diszkrépancia van a régió felsőfokú szociális szakképzési kapacitása és a régió szociális intézményeinek szakember-ellátottságában is. A szakmában elismertebbek és keresettebbek a szociális munkások, mint a szociálpedagógusok, tehát szerencsésebb lenne, ha a képzési keretszámok is ehhez igazodnának.

A kutatásfejlesztési ráfordítás tekintetében a régió az országban utolsó helyen áll.

### **Civil szervezetek és piaci cégek a régió szociális ellátórendszerében**

A civil szervezetek száma jelentősen megnőtt, anyagi erőforrásaik megtöbbszöröződtek, új szervezeti formák jöttek létre. A civil referensek által összeállított adatbázis alapján **a legtöbb szociális célú civil szervezet Győr-Moson-Sopron megyében található - 232 -, míg Vas megyében 53, Zala megyében pedig 37 ilyen szervezet működik.** Ezek közül a legjellemzőbb mindhárom megyében az alapítványi és egyesületi forma. **Ellátási szerződést** Győr-Moson-Sopron megyében 2, Vas megyében 5, Zala megyében 1 szervezettel kötöttek az önkormányzatok. Megyénként kialakult egy viszonylag alacsony számú – 10-15 szervezetet magában foglaló – szervezeti kör, akik könnyen mozgósíthatók, részt vesznek a különböző fórumokon, rendezvényeken, aktív-sikeres pályázók, és párhuzamosan több projektet is működtetnek.

#### **1. Problémaorientált, innovatív megoldások**

**A családok segítése:** vasvári Hegyháti Jóléti Szolgálat Alapítvány kistérségi szociális szolgáltató központjának működése. **Roma programok:** a SAVARIA REHAB-TEAM **Kiemelkedően Közhasznú Társaság** innovatív programjai között szerepel a Roma képzési és foglalkoztatási projekt. Roma közösségi és információs központ létrehozása a zalaegerszegi Társadalmi Egyesülések Szövetsége RSZFK által, valamint a **zalai Cigány Kisebbségi Önkormányzat, a „Nostru” Egyesület** szerteágazó tevékenysége. **Szociális Forrásközpontok:** mindhárom megyében létező intézménytípus az adott megyék szociális ellátórendszerének, az ott megjelenő szociális innovációnak ismerői és generálói egyaránt. **Nők segítése:** a szombathelyi Regionális **Szociális Forrásközpont Kht.** problémaorientált megoldása a működési területét érintő kistérségek munkaerő-piaci feszültségének enyhítésére.



A **Zalai Falvakért Egyesület** „Újra munkában „ programja. **Fogyatékossgal élő emberek segítése: a Regionális Szociális Forrásközpont Kht.** innovatív programja az értelmileg akadályozott emberek munkavállalását elősegítő 150 órás képzése. **Hátrányos helyzetű fiatalok képzése:**a zalaegerszegi **Első Magyar-Dán Termelő Iskola Alapítvány** 1993 óta alulképzett, iskolából kimaradó fiatalok számára biztosít képzést. **Hajléktalan emberek rehabilitációja:** 2003.évben a régióban megkezdte működését a Diszpécser Szolgálat, amelynek tevékenysége hozzájárul a hajléktalan emberekről szerzett információk bővüléséhez, a hajléktalan embereket ellátó szervezetek módszertani támogatására Régiós Módszertani Intézményi kinevezést kapott a Savaria Rehab-TEAM Kht. **Komplex munkaerő-piaci programok:** „Lépésről lépésre” foglalkoztatási válsághelyzet kezelő program a **zalaegerszegi Társadalmi Egyesülések Szövetsége RSZFK** által működtetett program. A „Küzdelem a munka világából történő kirekesztődés ellen” program „**MENTÁLIS KOMFORT - Újszerű szociális gondoskodás Zalában**” projekt szintén TESZ RSZFK program.

## 7. SWOT

<b>Erősségek (belső +)</b>	<b>Gyengeségek (belső -)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Megyei jogú városokban a szoc tv szerint a leginkább kiépült az intézményrendszer</li> <li>• Fejlett szoc felsőoktatás</li> <li>• Kistélepülésen nem kiépült az intézményrendszer, ezért az ellátási hiányok jól láthatók</li> <li>• Alacsony munkanélküliségi ráta</li> <li>• Jobb a szakember-ellátottság a nagyobb településeken</li> <li>• Ágazaton belül erősödik és javul az együttműködési készség</li> <li>• Multik magas arányú ittléte (GDP magas aránya)</li> <li>• Önkormányzati, kistérségi együttműködések</li> <li>• Társulások szociális ellátások</li> <li>• Vannak jó példák önkormányzat és non-profit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a települési lejtővel (lakónépességre vonatkoztatva) párhuzamosan csökken a szolgáltatás színvonala</li> <li>• az ellátási hiányok látszanak csak, a szükségletekről nincs pontos kép</li> <li>• magas a tartós munkanélküliek aránya</li> <li>• halmozottan hátrányos helyzetű csoportok alacsony részarányban vannak foglalkoztatva</li> <li>• atipikus foglalkoztatás alacsony aránya</li> <li>• a gazdasági fejlettséghez viszonyítva alacsony a kisvállalkozásokban foglalkoztatottak száma</li> <li>• fenntartói oldalról viszonylag kicsi az igény a non-profit részvételre</li> <li>• városhiányos a régió</li> <li>• kisvárosos, aprófalvas, zsáktelepülései településszerkezet</li> </ul>

<p>között</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erősödik a non-profit jelenlét a szociális szektorban</li> <li>• For-profit szektor bekapcsolódása</li> <li>• Nyugati határmentiség</li> <li>• Innováció, kezdeményezések és gyakorlatok</li> <li>• Már létező regionális szociális program</li> <li>• Roma felzárkóztató programok indulása</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vonalas infrastruktúra hiánya (közlekedés)</li> <li>• fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátórendszere kiépítetlen</li> <li>• a pályakezdők (szociális) nem tudnak elhelyezkedni a szakmájukban</li> <li>• K+F fejletlen</li> <li>• Rossz állapotúak az intézmények</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Lehetőségek (külső +)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kkv-ék foglalkoztatási potenciáljának növelése</li> <li>• együttműködési „kényszer”</li> <li>• interprofesszionális</li> <li>• az önkormányzati társulások a szociális fejlesztés számára teremtenek jó alapot</li> <li>• a határon átnyúló kapcsolatok</li> <li>• a non-profit szerződésekben rejlő lehetőségek</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Veszélyek (külső -)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• néhány nagy multi uralja a munkaerőpiacot, ezek kivonulása nagy veszélyeket rejthet</li> <li>• a jelenlegi szociális jogszabályok fennmaradása konzerválhat sok problémát</li> <li>• a for-profit szereplők nem feltétlenül a legrászorultabbak igényeihez igazodnak</li> <li>• szociális szakember-túlképzés van a szociális rendszerre</li> <li>• magas lakásár</li> <li>• a statisztikai kistérség és a funkcionális kistérség nem fedi le egymást</li> <li>• nehéz pályázatokat nyerni, mert a régiót jó/jobbnak ítélik meg</li> </ul>

## **Papházi Tibor**

### **A személyes gondoskodást végzők szakképzettsége**

Az NCSSZI Kutatási Igazgatósága kutatást folytat, amely a gondoskodók munkakörülményeinek vizsgálatát tűzi ki célul. Ennek egyik első lépése a meglévő statisztikák feldolgozása, amelyek önmagukban is fontos információkkal szolgálhatnak a gondoskodókról, a meglévő adatoknak és feldolgozási módszereknek a lehetőségein belül. Az elemzés módot nyújt arra is, hogy a szociális szakmát megismertessük saját jelenlegi statisztikai adatainak jellegzetességeivel és ezek főbb összefüggéseivel, a kérdéses pontok felvillantásával tőlünk telhető segítséget adjunk az adatbázis-szervezők és a jogszabályalkotók további munkáihoz, valamint megismertessük a döntéshozókat az adatbázis statisztikai feldolgozásának lehetőségeivel és problémáival, és tájékoztassunk a kinyerhető adatokról.

Az adatbázis a nyilvántartásban szereplők személyével kapcsolatosan olyan mutatókat is rögzít, amelyek nem az egyén általános szociális vagy demográfiai jellemzőivel, hanem munkaviszonyával vannak összefüggésben. Ebben a körben vizsgáljuk a szakképzettségek számát, típusait, megszerzésük időpontjait más időpontokhoz viszonyítva is, valamint a szakképzettségeket adó intézményeket; kevésbé felhasználható változóként ide tartozik a szakvizsga-kötelezettség fennállása is. A szociális gondoskodás intézményrendszere felkészült szakembereket igényel, kompetenciájukat elsősorban a szakképzettségük mutatja: kevésbé lehet várni a szakképzetlenségtől a gondoskodáshoz szükséges kommunikációs készségeket, empátiát, szociális érzékenységet (Talyigás 1989: 69, Pőcze 1990/a: 76), vagy akár etikai elvek megtartását (Vizsolyi 1995: 92). Ezen túlmenően a szakképzetlenség a dolgozónak sem jó, mert bizonytalanná és kiszolgáltatottá teheti (Kozma 1996: 113). Nem indokolatlan ezért ezzel a kérdéssel részletesen foglalkozni, hiszen a nyilvántartás amúgy is elsősorban a szakképzettség és szakvizsga-kötelezettség dokumentálását szolgálja.

#### **A szakképzettségek csoportosítási lehetőségei**

Az adatbázis felsorolásszerűen 339 szakképzettséget tartalmaz, amelyek között több ismétlődő is található, pl. a szaktechnikus kétszer fordul elő, és a „szoc. pedagógus” nyilván

megegyezik a szociálpedagógussal. Gyakoriak a rokon értelmű megnevezések: konduktor – mozgásterapeuta, általános orvos – orvos. Ez az egymást átfedő sokféleség még a nyilvántartás szintjén is bizonyára nehezen kezelhető, statisztikai vizsgálatot pedig szinte egyáltalán nem tesz lehetővé. Az összefüggések elemzéséhez ezért ezeket a képesítéseket először is csoportosítani kellett, amit többféleképpen is megtettünk. A csoportképzést részben „ágazati”, részben „funkcionális” módon igyekeztük kialakítani, és összevont formában is létrehoztuk. A csoportok kialakításánál maximális objektivitásra törekedtünk, ennek alapján a szakképzettségek kiinduló, ágazati besorolását jogszabályi alapon végeztük a CompLex CD jogtár felhasználásával. Ehhez elsősorban a 37/2003. (XII. 27.) OM rendeletet (az Országos Képzési Jegyzékről), a 252/2004. (VIII. 30.) Korm. rendelet mellékleteit (a többciklusú, lineáris felsőoktatási képzési szerkezet bevezetésének egyes szabályairól és az első képzési ciklus indításának feltételeiről), és a már említett 1/2000-es SzCsM és 15/1998-as NM rendeleteket használtuk fel, e két utóbbi alapján kell kitölteni a szakképzettségre és munkakörre vonatkozó adatokat a 8/2000. SzCsM rendelet szerint. A kitöltés alapjául szolgáló rendeletek viszont néhol tanfolyami képzettséget is elfogadnak, amelyeket ezért azonosíthatóság esetében a besorolásnál figyelembe vettünk.

Szakágazati szempontból három nagy csoporthoz sorolhatók az eredeti adatbázis listájában lévő szakképzettségek: egészségügyi, szociális és pedagógiai szakterületekhez. Jogszabályok alapján egészségügyi szakképzettségek közé került minden gyógyítással, egészségi állapottal összefüggésbe hozható szakképzettség, akár direkt módon (orvos), akár közvetetten (masször, dietetikus), akár adminisztratív módon kapcsolható a tágan értelmezhető egészségfogalomhoz. Kifejezetten gyermekvédelmi szakképzettségeket a vonatkozó rendeletek nem ismernek, ezért az ilyen jellegűek a szociális kategóriába kerültek, mint pl. a csecsemő- és gyermekgondozó, családvédelmi tanácsadó, vagy a pedagógiaiba (pl. gyermek- és ifjúsági felügyelő). Ez utóbbiba soroltuk be továbbá az oktatással, képzéssel kapcsolatos szakképzettségek (tanár, tanító) mellett a gyógypedagógiai és a pszichológiai képesítéseket, valamint az óvónőket is. A negyedik kategória azokat a képzettségeket tartalmazza, amelyeket a kitöltés alapjául szolgáló kormányrendeletek szakirányú szakképzettség hiányában elfogadnak a szociális intézményrendszerben lévő munkakörök betöltésénél. Ide tartozik pl. a népművelő, a teológus vagy a jogász, és ezeket neveztük helyettesítő szakképzettségeknek az ágazati kategóriarendszerünkben.

Számtalan olyan szakképzettség is található az adatbázisban, amely semmiféle módon sem sorolható a személyes gondoskodást körébe. Az ilyen szakképzettségekkel rendelkezők túlnyomórészt olyan területeken dolgoznak, amelyekhez alap- vagy középfokú iskolai végzettség is elegendő, és talán nem is biztos, hogy minden esetben indokolt volt az adatbázisba kerülésük. Egy részük valószínű olyan képesítés nélküli dolgozó, akit szociális ápolónőnek iskoláztak be a munkahelyén (Széman-Gáthy 1997: 22). E nem gondoskodó jellegű kategória kialakítása azzal az egyedülálló előnnyel jár, hogy általa a szociális munkával foglalkozók szakmai rekrutációja részletesebb megvilágítást kap. Az ide tartozó szakképzettségek ugyanis rendkívül heterogének: a legkülönbélebb értelmiségi professziók (pl. a biológiai tudomány doktora, matematikus, agrármérnök), a legkülönbélebb szakmák (pl. kőműves, cukrász, géplakatos), találhatók köztük; szakképzettségként megjelennek a műszaki értelmiségi foglalkozások (üzemmérnök, gépészmérnök), a kereskedelmi és szolgáltató ágazatok (eladó, üzletvezető, vasútforgalmista), az ipari szakmunkák (gépi forgácsoló, burkoló), valamint a kis- és háziiparos szakmák is (kosárfonó, varrónő, bőrtárgykészítő). Némely foglalkozás feltüntetése a személyes gondoskodást végzők között egészen sajátos képzeteket is kelthet (állatorvos, húsfeldolgozó), mások társadalomfilozófiai mélységek felé terelhetik a gondolkodást arról, hogy milyen erők sodorták a grafikusművész, az iparművész, a politológus végzettségű embert, vagy akár a növénytermesztőt és állattenyésztőt, a vendéglátó menedzsert, a keramikust a jelenlegi helyére, s ez vajon milyen identitásváltozást eredményezett – ha eredményezett. Horváth Ágota korábbi kutatásaiból tudjuk, hogy a szociális szférában való munkavállalás szempontjai közé tartoznak többek között a korábbihoz képest jobb munkakörülmények (ipari, mezőgazdasági munkához képest könnyebb), a közelség a lakóhelyhez, vagy egyáltalán a munkaalkalom lehetősége (Horváth 1988), illetve a korábbi munkahelyről való kiszorulás (Horváth 1997). Az már az adatbázis feldolgozásához köthető szociológiai probléma, hogy ez a nem gondoskodó kategória milyen nemi és életkori megoszlást mutat, az ide sorolhatóknak milyen a munkakörük, milyen településen van a munkahelyük. Külön kategóriaként kezelésük továbbá azzal az előnnyel is jár, hogy összevonásukkal egy esetleges adattisztítást könnyebb lesz majd ennek alapján kivitelezni.

Hasonló okokból külön kategóriába soroltuk azokat a szakképzettség szempontjából nem

besorolható megnevezéseket, amelyek nem képesítések, hanem munkakörök, mint pl. az ügyintéző, osztályvezető; vagy tudományos fokozatok: kandidátus, egyetemi doktor; esetleg tudományág, mint pl. geriátria. Több szociális beosztás is ide került, amelyeket a kitöltést meghatározó rendeletek munkakörként ismernek: bölcsődevezető, foglalkoztatásvezető. Ugyancsak ebbe a nem besorolható kategóriába kerültek az általunk azonosíthatatlan kifejezések is, mint pl. a „jp. sz. technika” vagy a „kisteljesítményű k.”.

A 339 szakképzettség nemcsak a tág értelemben vett szakterületek felől vehető szemügyre, hanem abból a szempontból is, hogy az adott végzettségek jellegüket tekintve milyen főbb feladatcsoportokhoz kapcsolhatók. Így az egészségügyi ágazaton belül elkülöníthetők a különböző ápolói funkciót jelentő szakképzettségek, a gyógyító (pl. orvos) és a gyógyítást elősegítő (pl. dietetikus) feladatkörök. A szociális ágazatot gondozókra, csecsemő- és gyermekgondozókra, valamint egyéb szociális segítőkre (pl. szociális munkás, adósságkezelési tanácsadó) különítettük el, ez utóbbiba kerültek egyes gyermekvédelemmel összefüggő képzettségek is, mint a nevelőszülő vagy a családvédelmi tanácsadó. Egyéb szociális segítőnek tekintettük azokat az adatlap kitöltését előíró rendeletek által helyettesítő jellegű képesítéseket is, amelyek máshová (mint pl. a hittanár a képző jellegűek közé) nem voltak besorolhatók, ilyen pl. a teológus és a népművelő. A pedagógiai szakterületet képző-nevelő, fejlesztő és egyéb pedagógiai feladatcsoportba soroltuk, elsőbe tartoznak pl. a tanárok, másodikba pl. a pszichológusok, harmadikba pl. a gyermek- és ifjúsági felügyelők. Indokoltnak látszott egy olyan csoportot is elkülöníteni, amelyik nem személyes gondoskodásra irányuló szakképzettségekkel rendelkezőkből áll, hanem olyan képesítésüekből, akik végzettsége a személyes gondoskodást folytató intézmény számára hasznos, és így közvetve gondoskodó jellegű. Ide tartoznak főleg a vezetői, menedzsmenti képzettségek, mint pl. az ÖNO vezetői és a humánszervezői, az informatikai és könyvtárosi, valamint a gazdasági-üzemviteli jellegűek, mint pl. a könyvelői vagy a közgazdászai.

A funkcionális csoportosításnál is megtartottuk a nem gondoskodó jellegű és a nem besorolható kategóriákat, amelyeket a nem funkcionális kategóriába vontunk össze. Empirikus elemzésnél a kategóriák kialakításakor figyelemmel kell lenni a statisztikai feldolgozhatóság követelményeire: túl sok (kb. tíz fölötti) kategória kezelhetetlenné teheti az elemzést, főleg, ha az egyes kategóriákban nagyon különböző számú elem található. A statisztikai kezelhetőség

érdekében ezért összevontuk továbbá a gyógyító és a gyógyítást elősegítő csoportot gyógyító és azt elősegítő néven, valamint a pedagógiai csoportból kialakított fejlesztő és egyéb pedagógiai szakképzettségeket is pedagógiai fejlesztő elnevezéssel. Önálló csoportban maradtak viszont az intézményi érdekű funkciókat tartalmazó szakképzettségek, így összességében kilenc, funkcionális szempontból viszonylag homogén kategóriát sikerült kialakítani az elemzés számára.

Megemlíjtük végül, hogy az ágazati és funkcionális kategóriáink között nem teljesek az átfedések, a szakképzettség más-más szemléletű megítélése miatt. Pl. a boncmester egészségügyi végzettség, ezért az ágazati kategóriában ennek megfelelő helyen található, de funkcióját tekintve nem gondoskodó jellegű, ezért funkcionális kategóriánkban a nem funkcionális csoportba soroltuk. Az egészségügyi ügyvitelszervező ágazati szempontból az egészségügyi szakterülethez tartozik, ellenőrzési feladatköre révén azonban a funkcionális csoportosításunkban az intézményi érdekűek közé soroltuk.

Mivel tanulmányunkat nem megfellebbezhetetlen igazságok kinyilatkoztatásának szántuk, hanem hasznos információk nyújtásának minden érdekelt és érdeklődő felé, a szakmailag érintettek számára a későbbiekben biztosítani kívánjuk az adatbázisban lévő, kategóriáink alapjául szolgáló listákhoz való hozzáférést. Ezek alapján szakmai részről megfogalmazhatók lehetnek olyan javaslatok, amelyek nyomán esetleg több, de néhol homogénebb csoport kialakítása is megtörténhet, ami a későbbi elemzéseket is finomíthatja, és hozzájárul az adatbázis pontosításához, tökéletesítéséhez, netán jogszabályi változtatásokhoz. A leíró statisztikai, pusztán adatközlési célú kategóriák kidolgozása – amelyek akár nagy számúak és viszonylag kis elemszámúak is lehetnek –, a szociális szférában elfogadható szakképzettségek listáján, ezek pontos tartalmi ismeretein és szakmai konszenzuson alapulhatnak. Ez részletesebb eligazodást tenne lehetővé az adatokban, megteremtené a statisztikai hasznosítás módját, ami megkönnyíthetné a döntéshozók munkáját is.

## **A szakképzettség jellege**

Az adatbázisban lévő személyek szakképzettségét nemcsak a szakterület és a feladatkör jellemezheti, hanem a szakképzettségek száma és a megszerzés ideje is, amelyek a

szakképzettséggel kapcsolatos ismereteket kiegészítik. Egy személy több képesítéssel is rendelkezhet, amelyeket általában különböző időpontokban szerez meg (kivéve, mikor egy időpontban, egy napon szerez több képesítést). Az adatbázisban legtöbb az öt szakképzetség, ennyivel csak egy fő rendelkezik. A legtöbb gondoskodónak, 26 075 főnek, csak egy szakképzettsége van, egynél több kereken 7100 személynek, ami az összes gondoskodó 21,4 %-a. (8 fő szakképzettségi adatai ismeretlenek, azaz közlésük vagy rögzítésük az adatbázis átvételéig nem történt meg.) Az esetek mintegy ötödében tehát egy személy több szakképzettséggel is bír, a döntő hányad azonban mindössze kettővel: a 7100 főből 6544 rendelkezik kettő, 524 három, és 31 fő négy szakképzettséggel. Mivel viszonylag kevesen vannak azok, akik kettőnél több szakképzettséggel rendelkeznek, csak az első és utolsó szakképzettséget, valamint megszerzésük időpontjait rögzítettük, amivel egy bizonyos folyamatot próbáltunk megragadhatóvá tenni. A szakképzetségek szakterületek szerinti alakulását az 1. táblázat mutatja.

**1. tábla**  
**Egy és több szakképzetségűek szakágazatok szerint**

Szakképzetség típusa	Egy szakképzetségűek		Több szakképzetségűek			
			első szakképzetség		utolsó szakképzetség	
	fő	%	fő	%	fő	%
Egészségügyi	8280	31,8	3670	51,7	2312	32,6
Szociális	13185	50,6	1697	23,9	3417	48,1
Pedagógia, pszichológia	3612	13,9	939	13,2	944	13,3
Helyettesítő jellegű	253	1,0	57	0,8	129	1,8
Nem gondoskodó jellegű	372	1,4	114	1,6	38	0,5
Nem besorolható	373	1,4	623	8,8	260	3,7
Összesen	26075	100,0	7100	100,0	7100	100,0

A gyakorisági megoszlásokból látható, hogy az egy szakképzettséggel rendelkezők felének van szociális képzettsége, mintegy harmaduk egészségügyi képesítés birtokosa. A több szakképzetségűeket szemlélve megállapíthatjuk, hogy az első képzettségek között még az egészségügyi dominál, az utolsóira azonban – ami az esetek 92,2 %-ában a második – már a szociális lesz a legnagyobb arányú. A növekedés mértéke is a szociális szakképzetségek terén a legnagyobb, 1720 fővel több azoknak a száma, akik a több szakképzetségűek közül az utolsó megszerzésekor valamilyen szociális képesítéssel rendelkeznek. Az egészségügyi képzettségek száma ugyanilyen módon viszont 1358 fővel kevesebb, és csökkent a nem



gondoskodó jellegű vagy nem besorolható papírral rendelkezők száma is.

A szakképzettségek típusait funkcionális megközelítésben a 2. táblázat mutatja.

## 2. tábla

### A szakképzettségek típusai funkcionális megközelítésben

Szakképzettség típusa	Egy szakképzettségűek		Több szakképzettségűek			
			első szakképzettség		utolsó szakképzettség	
	fő	%	fő	%	fő	%
Ápoló	7241	27,8	3265	46,0	1872	26,4
Gyógyító és azt elősegítő	485	1,9	284	4,0	312	4,4
Gondozó	6610	25,3	350	4,9	587	8,3
Csecsemő- és gyermekgondozó	4355	16,7	1077	15,2	1319	18,6
Egyéb szociális segítő	2776	10,6	356	5,0	1227	17,3
Képző, nevelő	2319	8,9	728	10,3	330	4,6
Fejlesztő és egyéb pedagógiai	1263	4,8	241	3,4	645	9,1
Intézményi érdekű	271	1,0	81	1,1	521	7,3
Nem funkcionális	755	2,9	718	10,1	287	4,0
Összesen	26075	100,0	7100	100,0	7100	100,0

Az adatok szerint az egy szakképzettségűek között az ápolói képesítésűek vannak a legtöbben, a szociális képzettségűek száma egy-egy feladatkörben ennél kevesebb. A több szakképzettségűek között elsőként még az ápolói képzettség dominál, de az utoljára megszerzettek összetételében ennek aránya már jóval kisebb, nyilván annak következtében, hogy azok, akik újabb szakképzettség megszerzésére szánják magukat, döntően az ápolói képzettségük mellé igyekeznek valamilyen szociális képesítést szerezni. Ez a valamilyen szociális képesítés elsősorban az egyéb szociális segítő kategóriájába tartozhat, mivel az utolsó szakképzettségek között ezek aránya duzzad fel leginkább az elsőhöz képest (5,0 %-ról 17,3 %-ra). Említsük meg, hogy a több szakképzettségűeknél az utolsóként megszerzett képesítések megoszlásában a nem funkcionális kategóriába tartozók aránya is jóval kisebb, mint az első szakképzettségek között, ami annak tudható be, hogy a személyes gondoskodás körébe nem sorolható képzettségűek egy része igyekszik munkájához megfelelő képesítést szerezni. Mindez mutatja a személyes gondoskodást végzők egy részének érdekltségét szakképzettségének kiegészítésére.

Nem biztos azonban, hogy ugyanazok ugyanolyan típusú végzettséget szereznek az első, mint

az utolsó időpontban, és önmagában a megoszlásokból az sem tudható pontosan, hogy a csökkenő területekről milyen mértékben vesznek fel a növekvők különböző szakképzettséggel rendelkezőket. A képzettségek megszerzésének irányát szakterületek szerint a két szakképzettséggel rendelkezők esetén vizsgálhatjuk, melynek eredményét a 3. táblázat mutatja.

### 3. tábla

**Első és utolsó szakképzettség változása szakterületek szerint, két szakképzettségűek esetében (fő)**

Első szakképzettség szakágazatai	Második szakképzettség szakágazatai						Összesen
	Egészség-ügyi	Szociális	Pedagógia, pszichológia	Helyettesítő jellegű	Nem gondoskodó jellegű	Nem besorolható	
Egészségügyi	1699	1275	149	32	2	131	3288
Szociális	248	1195	93	32	10	48	1626
Pedagógia, pszichológia	20	355	413	36	12	58	894
Helyettesítő jellegű	1	27	19	6	2	1	56
Nem gondoskodó jellegű	4	61	33	3	6	4	111
Nem besorolható	155	221	180	5	5	3	569
Összesen	2127	3134	887	114	37	245	6544

A két szakképzettségűeket a szerint vizsgálva, hogy a második képesítésük mely ágazathoz tartozik, először is megállapítható, hogy az elsőként egészségügyi, szociális és pedagógiai, pszichológiai képzettségűek legnagyobb arányban másodikként is az elsővel azonos kategóriába tartozó képzettséget választanak, míg a jóval kisebb számú többi kategóriába tartozók a szociális ágazatot preferálják a legnagyobb mértékben. Látható, hogy a két szakképzettségűek között másodikként már a szociális képesítésűek alkotják a legnagyobb számú csoportot: elsőként még csak 1626 fő rendelkezik ezzel, de másodjára már 3134 fő. Mégis, a két szakképzettségűek között összességében valamivel több azok száma, akiknek egyik vagy mindkét képesítése egészségügyi: 1699 fő az első egészségügyi képesítése mellé másodjára is ilyet szerez, emellett 2017 fő rendelkezik a kettő közül egy egészségügyi szakképzettséggel, ami összesen 3716 fő egészségügyi képzettséggel rendelkező személyt jelent. A szociális szakképesítésűek száma a két szakképzettségűek között ugyanígy  $1195+2370=3565$  fő.

Az egy és két szakképzettséggel rendelkezőket együttesen figyelembe véve azonban már a

szociális képzettségük vannak többségben. A legfeljebb két szakképzettséggel rendelkezők száma  $26\,075+6544=32\,619$  fő (a felhasznált adatbázis létszámának 98,3 %-a), ebből a tisztán szociális képesítésűek száma  $13\,185+1195=14\,380$  fő, tehát azok, akiknek egy szakképzettség esetén szociális képzettsége van, kettő esetében pedig mindkettő szociális képesítés. Ha pedig azt kérdezzük, mennyien vannak azok, akiknek legalább egy szociális szakképzettségük van, akkor az ő létszámuk még ennél is több:  $13\,185+3565=16\,750$  fő. A három szakképzettségük közül legkevesebb 301, a négyel rendelkezők közül 18 fő, akinek biztosan van egy vagy két szociális képesítése. (Ennél valamivel több is lehet, mert nem tudjuk, hogy a 3 vagy 4 szakképzettségük közül második vagy harmadik esetben hányan szereztek szociális képzettséget, ha elsőre és utoljára nem.) Azt azonban elmondhatjuk, hogy a számításokba bevont 33 175 gondoskodóból legkevesebb 17 069 fő, azaz 51,5 %-a rendelkezik valamilyen szociális képzettséggel (legalább egygel). A következő legnépesebb ágazati kategóriába tartozók, az egészségügyi képzettségük száma ily módon számítva 12 416 fő, azaz 37,4 %.

Funkcionális kategóriák szerint szemlélve a két szakképzettségük második szakképzettségének változásait, először is megállapítható, hogy a csecsemő- és gyermekgondozói képesítéssel rendelkezők szereznek a legnagyobb arányban másodszorra is ugyanolyan (70,7 %-ban), ezután az egyéb szociális segítők, valamint a fejlesztők és az egyéb pedagógiai csoportba tartozók (63,1 és 50,0 %-ban). Kiemelhető érdekesség, hogy az elsőként nem funkcionális szakképzettségűek, akik között a nem gondoskodó jellegű képesítésűek is találhatóak, mintegy negyede lesz másodjára gondozó szakképzettségű (és ugyancsak mintegy negyedük kerül a pedagógiai fejlesztők csoportjába). Az elsőként gondozók ugyanakkor másodjára ápolói (26,2 %-uk) vagy valamilyen egyéb szociális segítői képesítést szereznek (23,5 %-uk). Az ápolók viszont másodjára nem gondozói, hanem ugyancsak ápolói képzettséget szereznek a legnagyobb arányban, a gondozóit megelőzi náluk a csecsemő- és gyermekgondozói, és az egyéb szociális segítői képesítés is. Úgy tűnik tehát, hogy akik funkcionálisan szakképzetlenül kerülnek a szociális szférába, azoknak a gondozói (emellett a fejlesztő pedagógiai) képesítés előrelépés, illetve előny, míg a gondozóknak az ápolói (és az egyéb szociális segítői) jelenti ugyanezt. Fordítva ez sokkal kevésbé érvényesül, azaz az ápolók kevésbé törekednek gondozói, és a gondozók sem igyekeznek nem gondoskodó jellegű szakképzettséget szerezni.

## A szakképzettség megszerzésének ideje

Az első és az utolsó szakképzettség megszerzésének az ideje természetesen egyénekenként változik, amit az átlagok segítségével próbálunk megragadhatóvá tenni.

### 4. tábla

#### A szakképzettség megszerzésének átlagos éve egy és több szakképzettségűeknél

Szakképzettség típusa	Egy szakképzettségűek		Több szakképzettségűek			
			első szakképzettség		utolsó szakképzettség	
	esetében					
	átlagos év*	fő	átlagos év*	fő	átlagos év*	fő
Egészségügyi	1987	8246	1983	3641	1991	2308
Szociális	1993	13127	1985	1663	1996	3416
Pedagógia, pszichológia	1991	3599	1987	928	1996	943
Helyettesítő jellegű	1993	251	1986	56	1996	127
Nem gondoskodó jellegű	1977	368	1979	113	1992	37
Nem besorolható	1985	363	1981	616	1994	257
Összesen	1990	25954	1984	7017	1994	7088

\*A szakképzettségéről szóló oklevelek kiállításának átlagos éve.

A táblázat mutatja, hogy az egy szakképzettséggel rendelkezőknél a képesítés megszerzésének átlagéve 1990, a szociális szakma viszonylag fiatal korát mutatja, hogy itt 1993. A nem gondoskodó jellegű szakképzettségek keletkezésének éve átlagosan a legrégebb, ez a helyzet az első szakképzettségénél is több képesítés megléte esetén. Mintegy tíz év telik el az első és az utolsó szakképzettség megszerzése között, az egészségügyi képesítések esetén ez csak hét év.

Ugyanígy tíz év az átlag, ha a szakképzettségek átlagos megszerzési idejét funkcionális metszetben nézzük. Az egy szakképzettségűek közül az egyéb szociális segítő képesítések megszerzése a legkésőbbi, átlagban 1998-ra datálódik, és több szakképzettség esetében itt telik el a legrövidebb idő az első és az utolsó képesítés megszerzése között (és egész évre kerekítve a pedagógiai fejlesztő csoportba tartozóknál). Több szakképzettség esetén a nem funkcionális, valamint csecsemő- és gyermekgondozó képesítések első és utolsó megszerzési időpontjának átlagai közötti különbség a legnagyobb, kerekítve 14 és 13 év.

Az átlagok természetesen elmoszák az egyedi különbségeket, és az egyes csoportok átlagát a hozzájuk tartozó esetek elemszáma, illetve az adathiány is befolyásolja. A szakképzettség megszerzésének időintervalluma 1940-től 2003-ig terjed, tehát a legrégebbi oklevél 1940-ből származik. Az egy szakképzettséggel rendelkezők közel kétharmada szerezte képesítését 1989 után. A több szakképzettségűeknek csak harmada kapta az elsőt 1989 után, az utolsót viszont már háromnegyed részük 1989 óta. A több szakképzettségűek esetén tehát valószínűleg szerepe volt a megnövekedett szakképzettségi követelményeknek is az újabb képesítés megszerzésében. A szakképzettség időpontjainál nagyobb az adathiány: az egy szakképzettségűeknél 121, a több szakképzettségűek között első időpontban 83, utolsónál 12 fő esetében nem ismeretes.

Az első és az utolsó szakképzettség megszerzése között eltelt idővel kapcsolatban pontosabb adatokhoz jutunk, ha az utolsó megszerzésének évéből kivonjuk az első megszerzésének évét. Ezek szerint az első és utolsó szakképzettség között eltelt idő átlag tíz és egyharmad év, a több szakképzettségűek 2,3 %-a még az elsővel azonos évben megszerzi az utolsót. 18,3 %-uk 1-2, 18,8 %-uk 3-5, 18,7 %-uk 6-10 éven belül kap újabb képesítést, 41,9 % viszont ennél is hosszabb idő múlva. A több szakképzettséggel rendelkezők átlag 42 évesek, az átlagos életkor magasabb azoknál, akiknél a képzési idő tovább tart. Több szakképzettséghez hosszabb idő szükséges, ezért a képzettség számával nő az első és az utolsó szakképzettség megszerzése között eltelt idő átlagos hossza, illetve a szakképzettség számának növekedésével az első megszerzésének éve átlagosan egyre korábbi, az utolsóé egyre későbbi időpontot jelent.

## 5. tábla

***Az első és utolsó szakképzettség megszerzése között eltelt idő és a több szakképzettségűek átlagos életkora***

Az első és utolsó szakképzettség között eltelt idő	Több szakképzettségűek		
	átlagos életkora	száma (fő)	aránya (%)
0 év*	37	159	2,3
1-2 év	38	1286	18,3
3-5 év	38	1322	18,8
6-10 év	41	1309	18,7
11-19 év	44	1763	25,1
20-45 év	49	1178	16,8
Összesen	42	7017	100,0

\*Az első szakképzettség megszerzésének évében.

Több szakképzettség esetén előfordul, hogy egy személy egy időben két szakképzettséget is szerez egyszerre. Ezekben az esetekben az első időben szerzett képzettségek közül az első, az utolsó időpontban szerzettek közül az utolsó képesítést tekintettük szakképzettségnek, az Access program által rendezett sorrendben. Ez a probléma viszonylag kevés embert érintett, az első szakképzettség esetében 93, az utolsó esetében 90 főt. A kérdés teljes megoldása a jövőben adatbázis-kialakítási, illetve adatrögzítési megoldások változtatását is igényelheti.

### **A szakképzettség egyéb összefüggései**

A személyes gondoskodást végzők szakmai megítélésénél fontos kérdés lehet, hogy a gondoskodó hány szakképzettséggel rendelkezik. A szakképzettségek számát ezért érdemes vizsgálni nemek szerinti, életkori, állampolgársági bontásban, végzettséggel, munkakörrel, munkahely településével való összefüggésében. A szakképzettségek számában az összes szakképzettség benne van, tehát a nem gondoskodó jellegűek is.

Az adatok vizsgálata azt mutatja, hogy a több szakképzettség érdemi kapcsolatot nem mutat az adatbázisban lévők nemével és állampolgárságával. Ami meglepőbb, hogy az életkori bontás is mindössze a 36-45 éves korcsoport kismértékű többletét mutatja a több szakképzettséggel rendelkezők között, tehát sem a fiatalabb, sem az idősebb kor önmagában nem valószínűsít több képesítést. Ennek oka lehet, hogy ez a leginkább aktív korcsoport, amelyik még szakképzéssel javíthat a pozícióján.

Ha a szakképzettségek számát a munkahely településének jogállásával vetjük össze, a budapestiek kismértékű előnye látszódik, amennyiben a fővárosban dolgozók valamivel nagyobb arányban rendelkeznek több szakképzettséggel. Erősebb összefüggés van a szakképzettségek száma és az iskolai végzettség között: az alapfokú végzettséggel rendelkezőtől a felsőfokú felé haladva nő annak a valószínűsége, hogy a gondoskodó személy több szakképzettséggel is rendelkezzen. Még ennél is erősebb a kapcsolat, ha a munkakör, illetve beosztás szerint vizsgáljuk az egy vagy több képzettség birtoklását: ebben az esetben azt tapasztaljuk, hogy főként a vezetők rendelkeznek több szakképzettséggel, közülük viszont elsősorban nem a magasabb vezetők, hanem az intézményvezetési megbízással nem rendelkező vezetői csoport az, amelyik inkább tekinthető több képesítés birtokosának (6.

táblázat).

**6. tábla**

***Vezetők és nem vezetők iskolai végzettség és a szakképzettségek száma szerint (%)***

Szakképzettség száma	Iskolai végzettség	Munkakör				Összesen
		magasabb vezetők	vezetők	nem vezetők	besorolhatatlan	
Egy szakképzettség	alapfokú	0,1	1,3	95,0	3,7	100,0
	középfokú	1,5	4,9	89,7	3,9	100,0
	felsőfokú	12,7	11,1	73,1	3,1	100,0
	összesen	3,3	5,1	87,9	3,7	100,0
Több szakképzettség	alapfokú	0,6	3,1	93,1	3,1	100,0
	középfokú	4,2	16,1	74,4	5,3	100,0
	felsőfokú	26,2	23,6	46,2	4,0	100,0
	összesen	9,6	16,9	68,8	4,7	100,0
Mindösszesen		4,7	7,6	83,8	3,9	100,0

Az adatbázisban lévők szakképzettségével összefüggésben említjük meg végül, hogy az adatbázis tartalmazza az egyes személyek szakvizsga-kötelezettségét is (196 fő kivételével, akiknél ez az adat hiányzik). Ezzel kapcsolatban azt állapíthatjuk meg, hogy ilyen kötelezettsége elsősorban a vezetőknek van: a vizsgált személyek mindössze 10,1 %-a szakvizsgaköteles, de a magasabb vezetőknek 93,3 %-a, az intézményvezetési megbízással nem rendelkező vezetőknek 69,1 %-a, míg a nem vezetőknek csak 0,4 %-a. A többi változóval való kapcsolat így már elsősorban annak függvényében alakul, hogy ezek milyen erős kapcsolatban vannak a vezetői megbízatást mutató változóval, így a férfiak, az 56-62 éves korúak, a több szakképzettséggel rendelkezők vagy a felsőfokú végzettségűek inkább szakvizsgakötelesek, mivel ezekbe a kategóriákba tartozók között inkább található vezető beosztásúak.

**A szakképzettséget adó intézmények**

Feltűnő, hogy a 339 szakképzettség közt nem találunk semmilyen katonai jellegre utalást, pedig Horváth Ágota és Lévai Katalin egy korábbi kismintás vizsgálatukban azt állapították meg, hogy „A szociális munkások között is számos katonai főiskolát végzett, korábban hivatásos katonai szolgálatot teljesítő ember van” (Horváth 1997: 325). Az átvett adatbázis tartalmazza a képző intézményeket is, amelyek között két katonai szerepel: a Kossuth Lajos Katonai Főiskola és a Zrínyi Miklós Katonai Akadémia. Az elemzett adatbázisban 20 fő



található, akik ezekben az intézményekben szereztek képzettséget, érdekesség kedvéért: egyikük nő. Valószínűleg azok között a személyes gondoskodást végzők között, akik nem kerültek bele az adatbázisba – és a KSH 1019-es OSAP adatgyűjtéséből tudhatóan ezek száma még közel annyi, mint az adatbázisban lévőké (Varga 2003: 31) –, találhatók még katonai felsőoktatásban végzett személyek.

Mivel minden szakképzettséghez tartozik képző intézmény is, kialakított adatbázisunkban szintén az első és az utolsó képző intézmény kódja található meg. Eredetileg 514 képző intézményt rögzítettek, ez alighanem a lehetséges képző és továbbképző intézmények teljes spektruma, a tudományegyetemektől a képzési jogot szerzett vállalkozásokig, illetve civil szervezetekig, számos külföldi intézményt is beleértve. A feldolgozhatóság érdekében ezeket ugyancsak csoportosítani kellett, amit alapvetően a képző intézmények szakterületi irányultsága és az intézmény típusa szerint végeztünk. A csoportosításnál nem támaszkodtunk olyan jogszabályi háttérre, mint a szakképzettségeknél, ezért a besorolásunk szubjektívebb, inkább hordozza a tévedés lehetőségét. Ennek teljes kizárása az adatbázisban lévő valamennyi képző intézmény időben is visszatekintő pontos ismeretét igényelné. Sokszor a képző intézmények jellege sem egyértelmű az adatbázis listájában, amiben szintén találhatók ismétlődések és pontatlanságok. Ráadásul a képző intézmények nem tisztán listás felsorolásban jelennek meg, mint azt a szakképzettségek esetében láttuk, hanem az intézmények körében összevonások is történtek: önálló csoportként szerepelnek pl. az egészségügyi szakiskolák és a gimnáziumok, egyéb képző intézet néven jelennek meg a szakképesítés szervezésére jogosult intézmények, mint a különböző vállalkozások és alapítványok. Így azonban az egyéb képző intézetekből már nem bonthatók ki ezeknek az intézményeknek a szintjei, típusai, azaz milyen egyéni vagy társas vállalkozások, alapítványok, egyesületek, egyéb szervezetek nyernek szakképzési jogot. Ennek ellenére azonban volumenében – a tömegjelenség szintjén – vizsgálható az a kérdéskör, hogy milyen intézményekben szereznek végzettséget a személyes gondoskodást végzők, és több szakképzettséggel rendelkezők esetében mi a különbség az első és az utolsó képzettséget adó intézmények típusai között, azaz milyen képző intézmény irányába tartanak a képzésben résztvevők.

Irányultság szerint egyrészt megkülönböztettük külön az általános iskolákat és a

középiskolákat, ez utóbbiba sorolva a gimnáziumokat és a nem egészségügyi szakközépiskolákat is. A szakképző intézmények elsősorban az eredeti adatbázisban már összevont egyéb képző intézeteket és egyéb szakiskolákat tartalmazzák, amit kiegészítettünk a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézettel, amely az elemzett nyilvántartás vezetésén kívül számos egyéb, többek között képzési feladatot is ellát, külön képzési központtal. Az egészségügyi irányultságú intézményeket kétfelé bontottuk ebben a csoportosításban: egyrészt megkülönböztettük az egészségügyi szakiskolákat, szakközépiskolákat és továbbképző intézményeket, másrészt pedig az egészségügyi főiskolákat és egyetemeket. A gondoskodók között viszonylag nagy számban vannak pedagógiai jellegű főiskolákon diplomát szerzettek: nemcsak a tanár- és tanítóképzőket soroltuk ide, hanem az óvónőképzőket (noha valamikor ezek csak középfokú szintűek voltak) és a gyógypedagógiai főiskolákat is. Ezeknek a főiskoláknak az egyetemi megfelelői a tudományegyetemek megfelelő szakjai, utóbbiakat azonban a „nem konkrét irányultságú” kategóriába soroltuk, mivel ezeken nagyon különböző végzettségeket lehet szerezni, akár csak a szintén ide sorolt modern, univerzitás irányultságú intézményeken, mint a győri Széchenyi István Egyetem vagy a békéscsabai Körösi Csoma Sándor Főiskola. Külön kiemeltük a hittudományi jellegű intézményeket, amelyek között egyetemek, főiskolák (ide soroltuk a Buddhista Főiskolát és a Wesley János Lelkészképző Főiskolát is), valamint más vallási képző intézmények is vannak (diakónusképző, teológiai akadémia), amely utóbbiakat főiskolai szintűeknek tekintettük.

Az egyéb irányultság jelenti a műszaki, az agrártudományi és a legkülönbözőbb egyéb egyetemeket és főiskolákat; talán nincs is olyan felsőoktatási intézmény Magyarországon, amely ne adott volna diplomát valakinek, aki jelenleg a szociális ellátásban dolgozik. A legkülönbözőbb külföldi intézményeken képesítést szerzettek viszonylag kis számban vannak az adatbázisban, ezért ezeket összevontuk az egyéb képző intézményként megjelöltekkel, mint a Magyar Tudományos Akadémia vagy a Miskolci Bölcsész Egyesület.

Az irányultság természetesen csak közelítő jellegű lehet, mert napjainkban a felsőfokú oktatási intézményekben folyó képzések általában is univerzalitásra törekszenek, így az intézmény eredeti irányultságától teljesen eltérő képzések is jelen vannak. Ezért létrehoztunk egy hagyományos csoportosítást is, mely az általános iskola, középiskola, szak- és továbbképző intézmény, főiskola, egyetem, egyéb és külföldi intézmény skálája mentén

csoportosít.

Ha megvizsgáljuk a képző intézmények szerepét a gondoskodók szakképzettségében, akkor az egészségügyi középfokú, valamint a szak- és továbbképző intézmények szerepe látszik meghatározónak a személyes gondoskodást végző személyek szakképzettségének meghatározásában. Irányultság szerint nézve, az egy szakképzettséggel rendelkezők 57%-a végzett egészségügyi szakiskolát, szakközépiskolát, vagy szerezte képesítését egészségügyi továbbképző intézményben. Ezután a legtöbb gondoskodónak képesítést adó intézménytípus a nem egészségügyi szakképző iskola, amely az adatbázisban az egy szakképesítésű személyek ötödének biztosított képzettséget. A több szakképzettséggel rendelkezők esetében az első képesítést adó intézmény ugyancsak valamely egészségügyi középfokú intézmény, ezek szerepe azonban az utolsó (vagyis többnyire a második) képesítés kiadásában már 40%-kal csökkent, míg a nem egészségügyi szakképző intézményekben utolsóként négyszer annyian szereztek képesítést, mint elsőként.

## 7. tábla

### Egy és több szakképzettségűek a szakképző intézmény irányultsága szerint

A képzőintézmény irányultsága	Egy szakképzettségűek		Több szakképzettségűek			
			első szakképzettség		utolsó szakképzettség	
	fő	%	esetében			
	fő	%	fő	%	fő	%
Általános iskola	165	0,6	58	0,8	0	0,0
Szakképző intézmény	5345	20,5	602	8,5	2483	35,0
Középiskola (nem egészségügyi szakközépiskola és gimnázium)	510	2,0	577	8,1	178	2,5
Egészségügyi szakiskola, szakközépiskola, továbbképző intézmény	14863	57,0	4597	64,7	2757	38,8
Felsőfokú egészségügyi	917	3,5	244	3,4	377	5,3
Pedagógiai jellegű főiskola	3132	12,0	822	11,6	692	9,7
Hittudomány	231	0,9	27	0,4	42	0,6
Egyéb irányultságú felsőfokú	182	0,7	44	0,6	157	2,2
Nem konkrét irányultságú felsőfokú	658	2,5	123	1,7	402	5,7
Egyéb és külföldi intézmény	72	0,3	6	0,1	11	0,2
Összesen	26075	100,0	7100	100,0	7099	100,0

Ha kiemelten vizsgáljuk az egy vagy két, kimondottan szociális jellegű szakképzettséggel rendelkezőket, akkor azt tapasztaljuk, hogy a képző intézmények körében még inkább meghatározóak az egészségügyi középfokú és a szakképző intézmények az egy szakképzettségűek között és – némi pontatlansággal a csak két szakképzettségűek miatt – 6,7

szeres növekedéssel még nagyobb a szakképző intézmények szerepe (bár az egészségügyi középfokú intézményekben másodikként csak 20%-kal kevesebben végeznek). Más szóval ez azt jelenti, hogy a szociális szakképzettségeket elsősorban egészségügyi szakiskolákban, szakközépiskolákban és továbbképző intézményekben adják ki, de igen jelentősek ebben a szakképző intézmények (amelyek között, mint láttuk, magánvállalkozások és civil szervezetek is szép számmal előfordulnak).

### 7. tábla

**Szociális képzettségűek a szakképző intézmény irányultsága szerint, egy és két szakképzettségűeknél**

A képzőintézmény irányultsága	Egy szakképzettségűek		Két szakképzettségűek			
			első szakképzettség		második szakképzettség	
	fő	%	fő	%	fő	%
Általános iskola	1	0,0	0	0,0	0	0,0
Szakképző intézmény	3579	27,1	219	13,5	1463	46,7
Középiskola (nem egészségügyi szakközépiskola és gimnázium)	71	0,5	4	0,2	7	0,2
Egészségügyi szakiskola, szakközépiskola, továbbképző intézmény	7549	57,3	1146	70,5	927	29,6
Felsőfokú egészségügyi	499	3,8	60	3,7	135	4,3
Pedagógiai jellegű főiskola	984	7,5	146	9,0	334	10,7
Hittudomány	160	1,2	18	1,1	26	0,8
Egyéb irányultságú felsőfokú	53	0,4	4	0,2	58	1,9
Nem konkrét irányultságú felsőfokú	266	2,0	29	1,8	183	5,8
Egyéb és külföldi intézmény	23	0,2	0	0,0	1	0,0
Összesen	13185	100,0	1626	100,0	3134	100,0

A személyes gondoskodással kapcsolatban egyáltalán nem lévő szakképzettségekkel összefüggésben azt állapíthatjuk meg, hogy 51,6%-uk általános- és középiskolai végzettségű, 28,5%-uk pedig valamilyen szakképző intézményben szerzett képesítést az egy szakképzettséggel rendelkezők között, a két szakképzettségűeknél elsősorban az általános és a középiskola dominál, amit másodjára valamilyen szak- vagy továbbképző intézmény vált fel.

A több szakképzettségűek esetében vizsgálható, hogy az első intézménytípusból milyen

irányba lépnek tovább a személyes gondoskodást végzők, amit ezúttal is a két szakképzettségükre szűkítve érdemes vizsgálnunk. A kategóriákba csoportosítás miatt ezt ebben az esetben is csak korlátozottan tehetjük, de hozzá kell tenni, hogy a kategóriák egy része most eleve adott volt az átvett adatbázisban. Ebben a tekintetben azt tapasztaljuk, hogy az első szakképzettséget adó intézmény a leginkább meghatározó: akiknek első képesítése pl. főiskolai diploma, azok legnagyobb arányban második szakképzettségüket is főiskolán szerzik. Ez alól kivétel az elsőként általános iskolai végzettség, mivel ilyen másodikként nincs, és a középiskolai, mert az ilyennel rendelkezők kétharmada másodikként valamilyen szak- vagy továbbképző intézményben szerez bizonyítványt. Az intézmények irányultságát tekintve, a nem egészségügyi középiskolai végzettségen kívül még az egyéb irányultságú felsőfokú intézményekben képesítést szerzők kivételek, utóbbiak másodikként valamivel nagyobb arányban választják a pedagógiai jellegű főiskolákat.

Ha a két szakképzettségüket vezető és beosztott bontásban vizsgáljuk a szakképzettségeket adó intézmények szerint, akkor a második szakképzettséggel rendelkezők számából kivonva az elsők számát, megkapjuk az egyes intézményekben képesítést szerzők mérlegét az intézmény irányultsága szerint, ami mutatja a képzőintézmények képesítései felé való törekvést vezetői – beosztotti bontásban (8. táblázat).

## 8. tábla

***Két szakképzettségük számának különbsége az első és második képző intézmény között, beosztások szerint***

A képzőintézmény irányultsága	Magasabb vezetőik		Vezetők		Nem vezetők		Besorolhatatlan		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Általános iskola	0	0,0	0	0,0	-58	-1,3	0	0,0	-58	-0,9
Szakképző intézmény	127	20,7	344	33,2	1106	24,1	112	37,3	1686	25,8
Középiskola (nem egészségügyi szakközépiskola és gimnázium)	-11	-1,8	-14	-1,4	-300	-6,5	-32	-10,7	-356	-5,4
Egészségügyi szakiskola, szakközépiskola, továbbképző intézmény	-177	-28,9	-430	-41,5	-872	-19,0	-90	-30,0	-1566	-23,9
Felsőfokú egészségügyi	1	0,2	29	2,8	53	1,2	3	1,0	87	1,3
Pedagógiai jellegű főiskola	-50	-8,2	-5	-0,5	-70	-1,5	-10	-3,3	-127	-1,9
Hittudomány	0	0,0	4	0,4	2	0,0	0	0,0	6	0,1
Egyéb irányultságú felsőfokú	49	8,0	16	1,5	29	0,6	7	2,3	99	1,5
Nem konkrét irányultságú	61	10,0	57	5,5	108	2,4	9	3,0	227	3,5

felsőfokú										
Egyéb és külföldi intézmény	0	0,0	-1	-0,1	1	0,0	1	0,3	1	0,0
N	613	100,0	1037	100,0	4593	100,0	300	100,0	6544	100,0

A táblázat abszolút számai tehát azt a különbséget mutatják, amennyivel a két szakképzettségük közül az egyes képzőintézmény-típusokban a második szakképzettséggel rendelkezők száma meghaladja az első, azonos képző intézményben rendelkezőkét. Ezek összege 0 (a táblázatban az eltérés egy fő adathiányából adódik), ezért nem összeg szerepel az utolsó sorban, hanem az „N”, a két szakképzettséggel rendelkezők száma, illetve részösszegei a munkaköri bontásnak megfelelően, amelyek a „kiszázelékolás” alapját jelentették. (Az oszlopszázalékok értékeinek összege is nulla.) A negatív értékek azt jelzik, hogy a második szakképzettséggel rendelkezők száma az adott intézménytípusban végzeteknél mennyivel kevesebb, mint az elsőben, a pozitív számok pedig a gyarapodást mutatják, vagyis az intézmények képesítései iránti érdeklődést. Az adatokból látható, hogy másodjára elsősorban a szakképző intézmények iránt mutatkozik érdeklődés – ide tartoznak a szociális képesítéseket kiadó intézmények, vállalkozások és civil szervezetek –, leginkább az intézményvezetői megbízással nem rendelkező vezetők részéről. A nem konkrét irányultságú felsőoktatási intézményekben adják ki a szociális diplomák egy részét, pl. a szociálpolitikusit; ezek elsősorban a magasabb vezetők számára vonzóak, ami magyarázhatja nagyobb arányukat. Másodikként erősen csökken a középfokú egészségügyi képesítések megszerzésére való szándék, ugyanez nem teljesen mondható el a felsőfokú egészségügyi oktatási intézmények diplomáiról.

Nem szabad azonban megfeledkezni arról, hogy a táblázat nem az adott képzőhelyen végzetek számát mutatja, és az intézmény típusa nem jelzi jól a szociális végzettség lehetőségét, mert szociális képesítést számos intézményben lehet szerezni, annak típusától függetlenül.

## Irodalom

- Horváth Ágota (1988): A szociális otthon. Budapest, az MTA Szociológiai Kutató Intézete és a Szociálpolitikai Értesítő közös kiadványa.
- Horváth Ágota (1997): Szociális munkások. In: Landau Edit, Szalai Júlia, Vince Péter (szerk.): Az államtalanítás dilemmái: munkaerőpiaci kényszerek és választások, Aktiv Társadalom Alapítvány 4. sz., 282-335.

- Kocsis Emília (2002): Hol vannak a szakképzettek? Kapocs 1, 12-15.
- Kozma Judit (1996): Szürke minden teória... Esély 2, 101-116.
- Pőcze Gábor (1990/a): Szociális asszisztensképzés: tények, dilemmák, perspektívák. Esély 2, 75-81.
- Széman Zsuzsa – Gáthy Vera (1997): Szükségletek, innováció és normák a III. kerület idősgondozásában. Esély 5, 19-38.
- Talyigás Katalin (1989): Új szakma alakul Magyarországon. Gondolatok az ELTE szociálpolitikus-szociális munkás képzéséről. Esély 1, 65-70.
- Varga Anna (2003): A foglalkoztatottak a szociális ágazatban. Kézirat.
- Vizsolyi Ákos (1995): A segítség útjai. Esély 1, 91-94.

## **Jegyzetek**

### **A hátrányos helyzetű fiatalok életesélyei, jövőképe**

Közhelynek tűnő, de tényszerű gondolattal kezdjük ezt a tanulmányt: egy állam, egy társadalom szociokulturális érettségének fokmérője, ahogyan a hátrányos helyzetű polgáiraival bánik, ahogyan kezeli a rászorult emberek problémáit. Ezek a támogatásra szoruló társadalmi csoportok nagy létszámban, heterogén összetételben fordulnak elő hazánkban. A szegények, a nemzeti kisebbségi létben élők, a hajléktalanok, az alkohol- és drogfüggők, a fogyatékkal élők, a deviáns fiataalkori szubkultúrák – és még sorolhatnánk azokat a kisebb-nagyobb társadalmi csoportokat, amelyek külső segítség nélkül képtelenek a társadalmi integrációra, reintegrációra.

Vizsgálatunkban a hátrányos társadalmi helyzetű fiatalok élethelyzetére, felzárkózási esélyeire szeretnénk felhívni a figyelmet. Hátrányos helyzetűként definiált vizsgálati mintánkat marginalizált, többségében – de nem kizárólagosan – alacsony jövedelmű családokban élő, esetenként roma származású, de minden esetben valamiféle életvezetési, nevelési, családi problémával küzdő fiatalok alkotják, valamennyien kapcsolatban állnak a gyermekjóléti szolgálatok intézményrendszerével. Úgy véljük, hogy ezeknek a fiataloknak a társadalmi érvényesülése az átlagosnál jobban gátolt, s javarészt a hátrányos helyzet újratermelése felé mutat, ezért számukra indokolt olyan speciális programok kidolgozása, melyek az esélyegyenlőség megteremtése felé hatnak.

#### **A kutatás módszere és eredményei**

A tanulmány alapjául szolgáló kutatást az Első Nyírségi Fejlesztési Társaság területén végeztük, minden esetben olyan fiatalot választva a strukturált interjú alanyául, aki a területileg illetékes gyermekjóléti szolgálat alapellátott vagy védelembe vett gondozottja. Ezáltal



megfelelő módon elérhettük a kistérség hátrányos helyzetű fiataljait, akiknek a mintába való beillesztéséhez felhasználhattuk a gyermekjóléti szakemberek előzetes információit is.

A kutatás során az érintettek körében strukturált interjúkon alapuló adatgyűjtést végeztünk. Ennek köszönhetően kellő mennyiségű információhoz jutottunk, amelynek a feldolgozása részben statisztikai programcsomag segítségével, részben tartalomelemzés módszerével történt.

A felmérést megelőzően konkrét hipotézist nem fogalmaztunk meg. Gyakorlatilag egy induktív kutatási módszert követtünk, vagyis a megfigyelés, az összefüggések felismerése és a feltételes következtetés logikai rendszerét.

#### *A minta*

A minta választása során elsődleges szempontunk volt, hogy a reménybeli projektgazda, az Első Nyírségi Fejlesztési Társaság területére érvényes adatokat gyűjtsünk. Ennek során minden településre kiterjedően, összesen 110 személyt kerestünk meg. A megkérdezettek az alábbi demográfiai-statisztikai megoszlás jellemző.

A nemek szerinti megoszlást tekintve 50 fiú és 59 lány került a mintába (1 hiányzó válasz volt).

#### ***1. ábra***

#### ***A minta nemek szerinti megoszlása***



n=110

Elhagyott elemek száma=1

Az életkor szerinti megoszlást az 1. táblázat mutatja. Látható, hogy a leggyakoribb életkori érték a 15 év, míg az átlagos a 16 év volt. E körül az (átlag) érték körül szóródik a minta. Az 1,938-as relatíve kis szórásérték abból adódik, hogy a vizsgálati populációt a gyermekjóléti szolgálatoknál nyilvántartott fiatalok képezték. Ez a segítő szolgálat funkciójából adódóan egy jól körülhatárolható, adott életkori (gyermek- és fiatalkorú) csoporttal foglalkozó intézmény. A kutatásunk pedig csak a pályaválasztás küszöbén álló serdülőkre, illetve fiatalkorúakra terjed ki, ami az életkort tekintve tovább szűkítette a mintát.

### ***1. táblázat***

#### ***A minta korcsoportok szerinti megoszlása***

<b>Életkor</b>	<b>Gyakoriság</b>	<b>Százalék</b>
13 év	1	0,9
14 év	8	7,3

15 év	29	26,4
16 év	27	24,5
17 év	20	18,2
18 év	8	7,3
19 év	6	5,5
20 év	6	5,5
21 év	1	0,9
22 év	4	3,6

---

n=110

Elhagyott elemek száma=0

### *A strukturált interjú*

Az interjú kialakítása során megpróbáltuk megfogalmazni mindazokat a kérdéseket, amelyek kellő rálátást biztosítanak a hátrányos helyzetű fiatalok jelenlegi élethelyzetére és jövőbeni kilátásaikra.

A kérdőívben a következő főbb területekre tértünk ki:

- képzettség
- nyelvismeret
- munkavállalás
- a jelenlegi élethelyzet megítélése
- célok
- motivációk
- az érvényesülés objektívnak tartott szempontjai
- nehézségek.

Természetesen arra is törekedtünk, hogy az interjú tartalmában érthető, terjedelmében pedig összefogott legyen, amivel a válaszadás hatékonyságát javíthattuk.

## Képesítés

A megkérdezettek valamivel több mint 60%-a fejezte be az általános iskolát. A minta további 29 fős csoportjának (26,6%) még hátravan az alapszintű iskola elvégzése.

### 2. táblázat

#### Iskolai végzettség

Iskola	Gyakoriság	Százalék
1-7 osztály	29	26,6
Befejezett 8 általános	66	60,6
Szakmunkásképző	3	2,8
Szakközépiskola	3	2,8
Gimnázium	8	7,3

n=104

Elhagyott elemek száma=6

A 2. táblázatból azt is láthatjuk, hogy a megkérdezettek alig több mint 10%-a (pontosabban 12,9%-a) fejezte be középiskolai tanulmányait. A befejezett általános iskolai végzettség nem jelenti azt, hogy a megkérdezett jelenleg nem tanul. A válaszadók több mint háromnegyede (79%-a) mondta azt, hogy most is tanulmányokat folytat.

A jelenleg is tanuló diákok (az általános iskolán túl) jellemzően az alapfokú iskolai végzettséghez igazodó területeken próbálnak speciális szakmai ismereteket szerezni. Főként a kereskedelem és a vendéglátás ágazatához tartozó eladói, felszolgálói állásokat részesítik előnyben a megkérdezettek.

Említésre méltó létszámban tanulnak informatikát, és többen próbálnak szerencsét a vas- és gépipar területéhez sorolható esztergályos, lakatos és gépszerelő szakmákban. Gyakorinak tekinthetjük továbbá a ruhaipari (szabó-varró) ismeretek elsajátítását.

### 3. táblázat

#### *Jelenleg milyen szakterületen tanul?*

Szakterület	Gyakoriság	Százalék
Bőrípar	1	0,9
Egészségügy	1	0,9
Élelmiszeripar	2	1,8
Építőipar/szakipar	1	0,9
Faipar	1	0,9
Informatika	7	6,4
Kereskedelem	10	9,1
Textil	7	6,4
Vas- és gépipar	6	5,5
Vendéglátás	5	4,5
Egyéb	6	5,5

n=47

Elhagyott elemek száma=63 (26 fő általános iskolába jár)

Érettségihez kötött szakmákat a mintán belül jóval kisebb arányban tanulnak. Ide sorolhatjuk többek között az informatikai vagy a gazdálkodási területen tanulókat.

Érdekes áttekinteni azt is, melyek azok a szakmák, amelyeket szívesen elsajátítanának a megkérdezettek. Az alább felsorolt szakterületeket, ill. szakmákat említették:

autóelektronika, autószerelő, bolti eladó,  
fodrász, burkoló, cukrász,  
dajka, divattervező, eladó,  
elektronikai műszerész, élelmiszeripari szakmunkás,  
taxis, festő, fodrász,  
kozmetikus, gépíró-szövegszerkesztő,  
háztartásigép-szerelő, hentes, idegenvezető,  
informatikus, ingatlanközvetítő, jogász,

kárpitos, katona, kereskedő,  
kozmetikus, kőműves, könyvelő,  
mezőgazdasági, műszerész, orvos,  
óvónő, pedagógus, pék,  
pincér, rendőr, szakács,  
számítógép-kezelő, szobafestő-mázoló, szobrász,  
szociális munkás, tanár, pszichológus,  
titkárnő, vendéglátó, víz-, gáz-, fűtésszerelő, zenész.

A fenti listából láthatjuk, hogy a vágyak szintjén megjelennek az úgynevezett presztízsszakmák. A megkérdezettek körében az érettségivel rendelkezők száma relatíve alacsony, ugyanakkor többen megjelölték az orvosi, tanári, jogászi és egyéb diplomás szakmákat mint a továbblépés, a kitörés (a pénz és a hatalom megszerzésének) lehetőségét. Természetesen kérdés, hogy mennyire valósíthatók meg ezek a vágyak, mennyire küzdhetők le a hátrányos helyzetből adódó egyéni és környezeti (társadalmi) korlátok.

A tanuláshoz kapcsolódóan egy másik fontos területre is érdemes figyelmet fordítani, az idegen nyelv ismeretére. A megkérdezettek 24%-a mondta azt, hogy már beszél valamely idegen nyelven, és további 54% lát esélyt arra, hogy 3 éven belül megtanuljon egy idegen nyelvet. Mindössze 22% állította határozottan, hogy semmi esélye arra, hogy elsajátítson egy idegen nyelvet. (2. ábra)

## ***2. ábra***

***Van-e esélyed arra, hogy 3 éven belül elfogadhatóan beszélj egy idegen nyelvet?***



n = 109

## **Élethelyzet**

A megkérdezetteknek a jelenlegi élethelyzetükre gondolva be kellett számolniuk arról a három dologról (érzés, állapot), amelyet a leginkább jellemzőnek éreztek önmagukra nézve. A válaszok alapján a megkérdezettek jellemző életérzés (állapot) több területe vált szét. Néhány válasz több területre is vonatkoztatható (ezeket minden érvényes területre beszámítottuk), illetve szórványosan megjelennek olyan válaszok is, amelyek egyik területhez sem sorolhatóak (ezeket az elemzés során figyelmen kívül hagytuk).

### *Fiatalok vagyunk*

Azok a válaszok, amelyek ezt az életérzést tükrözik, alapvetően a fiatalság pozitív oldalát ragadják meg. Jellemző válaszok a „bulizás”, a „jókedv”, a „barátokkal való találkozás”, a „fiatalság”, a „szerelmes”. Ezek a válaszok egyértelműen pozitív életérzést sugároznak. A lehetséges három válaszból elsőként – ez a válaszkategóriák legfontosabbika, hiszen ez az,

ami a megkérdezettnek elsőként jut eszébe – csupán 8 fő (7,27 %) válaszolt ebbe a csoportba tartozó fogalmakkal. A második és harmadik válaszok esetén hasonló arányok tapasztalhatóak.

A fiatalság életérzésének manifesztációja szerintünk meglepően alacsony.

### *Tanulunk*

Ehhez a területhez soroltuk az iskolával kapcsolatos válaszokat. Első válaszként zömében semleges („tanul”) válaszok születtek (7 fő), illetve néhány negatív, pl. „elégedetlen a tanulmányi eredménye miatt” (3 fő). A második és harmadik válasz során gyakrabban kerül megemlítésre (12, illetve 9 válasz), javarészt negatív kontextusban, mint pl. „nem szeret iskolába járni”, „kerüli a tanulást”.

Miután a minta legtöbb tagja jelenleg is tanul (87 fő, 79,1 %), ráadásul az interjú elején a tanulmányaira, végzettségére vonatkozóan több kérdést is feltettünk, az élethelyzetre ily módon vonatkozó válaszok igen alacsony arányban jelennek meg. Ez arra utal, hogy a megkérdezettek számára az iskola nem jelenik meg említésre méltóan, vagy ha igen, akkor negatív kontextusban. Az iskola – vagyis az eddig elvégzett iskoláik – nem tűnnek alkalmasnak a marginális helyzetből való kilépésre.

### *Családhoz tartozunk*

A család fontosságának hangsúlyozása (12 fő az első válaszban, 7 fő a másodikban, 8 fő a harmadikban) jellemző a megkérdezettekre. Ezen belül hangsúlyosan megjelenik a család negatív oldala is („szülők közötti viszály”), és a pozitív is („összetartás”, „a család szeretete”), nagyjából fele-fele arányban. Ez nem is olyan rossz arány, különösen, ha azt nézzük, hogy a mintába minden esetben olyan fiatalok kerültek be, akik valamilyen családi probléma folytán kerültek a gyermekjóléti szolgálatok látókörébe.

Másodlagosan ide sorolhatóak az olyan válaszok, mint a „nyugalom”, „biztonság”, illetve részben a „boldogság” és a „szeretet”, amennyiben ezek az érzések a családból fakadnak. Ebbe a típusba a válaszok átlag 10 százaléka tartozik, és egyértelműen pozitív jelentéstartalmúak.



A család a társadalom minden szintjén fontos eleme a természetes támogatórendszereknek, ugyanakkor a deprivált családok korlátozott erőforrásai – a tapasztalat szerint – nem alkalmasak a fiatalok egyenlő társadalmi esélyeinek biztosítására, csupán a depriváció újratermelésére. Ezért fontos lehet a hátrányos helyzetű fiatalok esélyegyenlőségét biztosító programokba olyan elemeket beépíteni, amely a fiatalok családi hátterét erősíti (nem feltétlenül anyagi értelemben – pl. mediáció a családdromboló konfliktusok kiküszöbölésére).

### *Problémáink vannak*

Várható volt, hogy a megkérdezettek gyakran említenek majd valamilyen problémát, mint az élethelyzetükre jellemző elemet. Az első válasz során 15 fő említett – főképpen anyagi jellegű – problémát (pl. „szegények vagyunk”), másodsorban a munkalehetőségek hiányát. A második és harmadik válaszok ennél lényegesen kevesebb, 3 és 5 utalást tartalmaznak, amelyek ráadásul jellemzően érzelmi típusú problémákra világítanak rá („elhanyagolt”, „magányos”).

A válaszokból az következik, hogy a megkérdezettek erőteljesen érzékelik az anyagi jellegű problémákat, fontosabbnak érzik minden más problémánál, illetve minden más életérzésnél. Ez az anyagi síkon való gondolkodás rányomja majd a bélyegét a jövőképekre is.

Az érzelmi típusú problémák említése ugyanakkor meglepően alacsony arányú, holott a vizsgált családokban jellemzően előfordulnak a súlyosabb problémák is. Az interjú során arra azonban nem tértünk ki, hogy a megkérdezettek azért nem említik ezt a problémakört, mert nem is érzékelik a jelenlétét úgy, ahogyan azt a szakemberek érzékelik, vagy azért nem, mert érzékelik ugyan, de igyekeznek negálni, jelentőségét csökkenteni, létezését tagadni, hogy ily módon biztosítsák saját érzelmi egyensúlyukat.

### *A jövő felé tartunk*

Egyfelől bizakodás és remény, másfelől bizonytalanság és szorongás, sőt, a kilátástalanság jelenik meg a témához tartozó válaszokban (9 fő az első válaszban, 5 és 6 a második és harmadik válaszban említette). Azok, akiknek a jövő elsőként jutott eszébe (mint a jelenleg érvényes élethelyzetet meghatározó dolog!), csupán egyharmad részt tartoznak a

bizakodókhoz, kétharmaduk szorong, fél a jövőtől, vagy kilátástalannak tartja azt. Azok körében, akiknek a jövő másod-, harmadsorban jutott eszébe, nagyobb a bizakodók aránya. Úgy tűnik, hogy a félelmek – akárcsak a problémák – tolakodó életérzések, szinte állandóan a felszínen vannak a megkérdezettek egy részének gondolataiban.

### *Ilyenek vagyunk*

Személyes tulajdonságok helyett érzelmek, lelkiállapotok jellemzőek erre a válaszkategóriára. Többnyire pozitív, ritkábban negatív jellemzők kerültek rögzítésre. Öröm, elégedettség, béke a pozitív oldalon, ingerlékenység, idegesség, levertség, illetve az éllovas szomorúság a negatív oldalon.

A megkérdezetteknek az élethelyzetre három válaszadási lehetőségük volt. Most csak arra a tényezőre koncentrálunk, azt vizsgáljuk, amit elsőként írtak le a minta tagjai. Tehát ezeket az elsőként megfogalmazott, a jelenlegi élethelyzet minősítése érdekében leírt gondolatokat, érzéseket a következő szempontok szerint kategorizáltuk: *lelki, családi, környezeti, anyagi és egyéb* (egyedi, nehezen behatárolható) tényezők. Az egyes kategóriákat, előjelüket tekintve, pozitív vagy negatív csoportba soroltuk. Ennek megfelelően a megkérdezett fiatalok 50%-a pozitív, míg 41,8%-uk negatív elsődleges attitűddel tekintenek jelenlegi élethelyzetükre. A minta tagjainak közel 8%-ának válasza az említett előjelek alapján nem csoportosítható (semleges).

### **3. ábra**

***Hogyan ítéled meg jelenlegi élethelyzetedet?***

Mindkét előjel ( $\pm$ ) esetén leggyakrabban az egyén mentális állapota határozza meg annak jelenlegi élethelyzetét, életfelfogását. Kisebb számban fordult elő, hogy a családi, az anyagi és a környezeti tényezők jelentettek domináns szempontokat a helyzet megítélésében (3. ábra).

A megkérdezettek számára az élet legfontosabb dolgai közé tartozik a család, illetőleg a barátok (ehhez a válaszkategóriához soroltuk még az egyes családtagok említését, a párkapcsolat említését, illetve a „haverok” választ). Ehhez képest az anyagi jellegű értékek (pénz, ház, kocs) igen alacsony, alig 10 százalékos arányt értek el. A második és harmadik válaszok során jelentősen megnőtt az általunk „egyéb” kategóriába sorolt értékek aránya – ebből a csoportból nagyjából egyenlő arányban kiemelkedik az „egészség”, a „munka”, illetve a „tanulás”, amelyek a magyar társadalom egészében jellemzően választott értékek.

Összességében az egyéb válaszkategóriák, mint nem anyagi értékek ugyanolyan arányban jelennek meg, mint a családi, kapcsolati értékek.

#### **4. ábra**

##### ***Melyek a legfontosabb értékek az életben? (fő)***

n=110

Elhagyott elemek száma=0

További adalékot jelent a vizsgált részterület megítélésében, hogy a megkérdezettek egy zárt kérdés segítségével is értékelhették jelenlegi élethelyzetüket. A kérdésben szereplő három kategória elemzése során a következő képet kaptuk. A minta több mint 70%-a átlagosnak vagy annál jobbnak tekintette jelenlegi helyzetét (4. táblázat). Ez mindenképp elgondolkodtató: egyrészt a kérdőívet hátrányos helyzetű, családgondozásra szoruló fiatalok körében kérdeztük le; másrészt a nyitott kérdésekre adott írásos válaszok a pozitív-negatív élethelyzet megítélésében kiegyenlítettebbnek mutatkozott.

#### **4. táblázat**

##### ***Hogyan ítéled meg jelenlegi élethelyzetedet?***

<b>Élethelyzet</b>	<b>Gyakoriság</b>	<b>Százalék</b>
Jobb az átlagosnál	33	30,0
Átlagos	47	42,7

---

n=110

Elhagyott elemek száma=0

Jelen esetben erre az ellentmondásra csak hipotézissel tudunk választ adni, bár a szakirodalom is szolgál ide vonatkozó magyarázattal (ezt azonban most empirikusan igazolni nem tudjuk). Ha abból az egyszerű tényből indulunk ki, hogy az adott élethelyzet megítélése egy rendkívül szubjektív nézőpontból történik, akkor talán a választ is megtaláltuk. Véleményünk kialakítása során helyzetünket alapvetően a hozzánk hasonló helyzetben lévő, vagyis az azonos státuszcsoportban élő emberek helyzetéhez viszonyítjuk.

A helyzet megítélésében torzító hatást gyakorolhat az a tényező is, hogy egyes válaszadók a reálisnál jobbnak ítélik saját státuszukat, mondván: vannak náluk rosszabb helyzetben lévő emberek is. A szegénység szégyen, stigma.

A nyitott és a zárt kérdéseket összegezve azt mondhatjuk, hogy a pozitív és a negatív válaszok között nincs lényeges aránytalanság. A megvalósítandó projekt szempontjából ennek a területnek az értéke talán az lehet, hogy rámutat, a programokba bevonható fiatalok egy része valószínűleg igen pozitívan fog hozzáállni a képzéshez, tréningekhez, másoknál azonban aktív eszközöket kell majd alkalmazni a csoportintegráció eléréséhez, amire a trénereknek figyelmet kell szentelniük.

## **Célok**

Amikor az *értékek* után rákérdeztünk a *célokra*, a család és a baráti kapcsolatok említése az anyagi jellegű célok említésének arányában jelent meg (amely nagyjából megfelel az értékeknél szereplő aránynak), s mindkét kategóriánál jó háromszor gyakrabban említették a fiatalok az egyéb kategóriába sorolt célokat. Az anyagi jellegű célok 19 százalékban, a család mint cél 17 százalékban, az egyéb kategória 62 százalékban jelenik meg a válaszok között.

Az arányok megváltozása mellett a kategóriák belső tartalma is változott. Az anyagi jellegű célok esetében szinte meg sem jelenik a pénz mint önálló cél, s szinte kizárólag a saját lakásról beszélnek. Az egyéb kategória jellemző válasza lesz a munka (esetleg „biztos munka”, „megélhetést biztosító munka”, „külföldi munka” bővítésekkel), valamint gyakoriak a tanulással, továbbtanulással kapcsolatos válaszok. Több esetben a diploma megszerzése zárja a tanulmányi célok felsorolását. (A tanulás egyébként maga is olyan cél, amely végső soron egy további cél – a munka – eléréséhez vezet.) Az értékek esetén tapasztalt arányához képest meglepően ritkán megjelenő családi célok között túlnyomórészt a családalapításra és a szülőkkel való kapcsolat javítására, helyreállítására vonatkozó válaszok kaptak szerepet.

Az értékekből teljesen hiányzó, negyedik kategória is megjelenik a célok között, melyet leginkább az álmok kategóriájának nevezhetnénk (a válaszok 2 százalékában). Többen énekesek, zenészek, színésznők szeretnének lenni, egy fiú pedig sikeres nőgyógyász és egyúttal az NBA (az amerikai kosárlabda liga) sztárja is.

### ***3. ábra***

***Milyen célokat tűztél ki magad elé? (fő)***

***(elsőként megfogalmazott cél)***



n=110

Elhagyott elemek száma=0

Arra a kérdésre: mire lesz szükségük ahhoz, hogy elérjék céljaikat, a megkérdezettek elsősorban a tanulásra, tudásra, megfelelő (szakmai) képzettségre, esetleg a diploma megszerzésére helyezték a hangsúlyt (76 fő). Egyenlő arányban válaszolták – 12-12 fő –, hogy valamilyen típusú kapcsolati tőkére (ismeretség, ismerősök segítsége, protekció), avagy személyes jó tulajdonságaikra (többségében kitartás, szorgalom, elkötelezettség) van szükség a célok eléréséhez. A fennmaradó 10 válasz fele az anyagi háttér szükségességét említi, a szórvány pedig a következőket tartalmazta: üres munkahely, jó munkaadó, szerencse.

Az, hogy a megkérdezettek ilyen hangsúlyosnak találják a tanulást, tudást, mint céljaik elérésének eszközt, jó motiváltságra utal a számukra beindítandó képzésekre vonatkozóan.

A nyitott kérdés mellett ehhez a részterülethez is csatoltunk egy zárt kérdéscsoportot, amelyből a megkérdezettek kiválaszthatták, hogy mit tennének a céljaik elérése érdekében. Ez alapján azt is mondhatjuk, hogy a rangsorban első helyen szereplő tanulás egyaránt cél és eszköz. Ezt a kategóriát csak a külföldi munkában rejlő nagyobb (pénzkereseti) lehetőség közelíti meg.

## 5. táblázat

### *Céljaid elérése érdekében elvállalnál-e...?*

Megnevezés	Igen		Nem	
	Gyakoriság	Százalék	Gyakoriság	Százalék
továbbtanulást	100	90,9	10	9,1
átképzést	81	75,0	27	25,0
munka melletti tanulást	70	63,6	40	36,4
képzetségednek nem megfelelő munkát	53	48,2	57	51,8
közhasznú munkát	49	44,5	61	55,5
papírok nélküli (fekete) munkát	46	41,8	64	58,2
külföldi munkát	85	77,3	25	22,7

n=110

Elhagyott elemek száma=0

A megkérdezettek közel 42%-a hajlandó lenne papírok nélküli (fekete) munkát is végezni. Bár ez még önmagában nem bűn, sőt gyakran kényszerhelyzet, ugyanakkor az illegális cselekedeteknek az irányába mutat.

Arra a kérdésre, hogy a megkérdezettek szerint vajon a munkáltatók mit várnak el alkalmazottaiktól, elsősorban olyan alapvető munkavállalói tulajdonságokat említettek, mint a pontosság, becsületesség, megbízhatóság, munkabírási, jó (tiszt, rendezett) megjelenés (68 fő). A válaszadók csaknem negyede (25 fő) azt gondolja, hogy az elsődleges elvárás a munkáltatók részéről a jelölt iskolai végzettsége, (szak)képzettsége, tudása. 18 válaszadó azt



fogalmazta meg, hogy a munkáltatók elsősorban többletenergia befektetését várják el a munkavállalóktól, s ezért cserébe alacsony fizetéseket kínálnak („sok munka kevés pénzért”). A maradék – szórvány – válaszok etnikai vagy egészségügyi elvárásokra utaltak („ne legyen cigány”, „ne legyen beteges”).

A válaszok többsége jó alapot nyújthat a fiatalok munkaerő-piaci orientálásához, viszont a harmadik válaszkategória rombolhatja a motivációjukat.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy vajon a munkán és a jó fizetésen kívül látnak-e más megoldási lehetőséget céljaik eléréséhez. Az, hogy a kérdést külön megfogalmaztuk, azért volt érdekes, mert idevágó választ tulajdonképpen már az ezt megelőző kérdések is generáltak. Legtöbben a tanulást említették, ugyanakkor – erre ott is kitértünk – ez tulajdonképpen eszköz, csupán a jó munkalehetőség megteremtéséhez szükséges kellék, ami további lehetőség az életcélok eléréséhez, melyek megfogalmazásáig valójában már nem jutottak el a megkérdezettek.

Amikor azonban direkt módon rákérdeztünk a munkán és a pénzen túlmutató, de a célok elérését segítő *további eszközökre*, azonnal felszínre kerültek az előzőleg hanyagolt *alternatív célok* is (amelyek, mondhatnánk hasonlóan *alternatív értékeken* alapulnak, miként az értékeket firtató kérdéskörben kapott válaszok között leggyakrabban említett család, baráti kapcsolatok). Tehát a kérdésre válaszolók közül (nem mindenki tette ezt meg) 65-en gondolják úgy, hogy a család, a baráti kapcsolatok, a társak, vagy generálisan a szeretet alkalmas arra, hogy rajtuk keresztül az életcéljukat elérjék. Anyagi jellegű eszközöket (pénz, lakás, autó) hatan említettek, a többiek szórványban az egészséget, a tudást, vagy a személyes (jó) tulajdonságokat (kitartás, erő, stb.) jelölték meg.

Céljaik elérését természetesen különféle tényezők gátolják, gátolhatják. A válaszok 19,1 %-ában jelenik meg hátráltató tényezőként a *képzetlenség*. Ezt követik az *anyagi* jellegű problémák (17,5 %). A válaszok 13,6 %-a szerint *semmilyen* gát nem akadályozza őket céljaik elérésében. A három legszomorúbb (ha szabad ilyet mondani) válaszkategória a *család*, mint

akadályozó tényező (10,9 %), a *személyes negatív tulajdonságok* (12,5 %), melyek túlnyomórészt iskolai kliséken alapulnak (pl. lusta, tanulásra nincs kitartása, nincs szorgalma, stb.), és a roma *származás* (5,4 %). Ez utóbbiak közül kettő – a család és a származás gátló hatása – objektív, valóban fennálló probléma, a negatív tulajdonságok – melyekben sajnos hisznek a megkérdezettek – valójában a rossz iskolai szocializáció műterméke, amely egyformán az iskolarendszer, a hátrányos helyzetű tanulók képzésére alkalmatlan tanárok, valamint az inadekvát viselkedésű fiatalok „bűne”.

Egyéb válaszok között szerepelt, hogy túl fiatal még (de ez múltó állapot), hogy gyermeket vár, az ismeretség hiánya vagy a meglévő ismerősök rossz hatása, illetőleg, hogy nincs megszerzhető munkahely. Ezek összességében a válaszok 20,7 %-át adták, s zömében az életkorra és a munkahelyre vonatoztak

A gátak a megkérdezettek szerint leginkább *tanulással* (42 %) küzdhetőek le. Néhányan említették a család életében bekövetkező pozitív változás szükségességét, vagy a munkát. Nagyon sokan azonban úgy vélik, hogy az akadályok semmiképpen sem leküzdhetőek. Akik ki is fejtik, hogy miért nem, javarészt arról beszéltek, hogy roma származásukon nem tudnak (és nem is akarnak) változtatni, de van olyan is, aki saját alkoholizmusát említette, amely miatt nem tudja már legyőzni az akadályokat (a megkérdezettek tizenévesek!).

Amikor arról kérdeztük a fiatalokat, hogy ki tudna segítséget nyújtani nekik az akadályok legyőzésében, 69 fő elsőként a családját (szüleit, testvéreit, olykor nagyszüleit, egy esetben az élettársát) említette. Elmondása szerint csak önmagára számíthat 18 fő. A többi válasz igen alacsony arányt ért el, s a tanárok (3 fő), a szakemberek (4 fő), vagy a barátok (6 fő) sem jelenthetnek realisabb segítséget, mint a gazdag emberek (3 fő).

## **Példakép**

Az egyén számára megfogalmazott példakép magában rejti mindazokat az értékeket, attitűdöket, amelyek elérésére törekszik. Megpróbál hasonulni a példaképéhez, iparkodik, hogy annak viselkedését, gondolkodását, külső és belső tulajdonságait átvegye és beépítse, internalizálja.

## 6. táblázat

### *Ki a legfontosabb példaképed?*

Példakép	Gyakoriság	Százalék
Szülő	43	43,9
Testvér	12	12,2
Egyéb rokon	8	8,2
Barát	5	5,1
Tanár	2	2,0
Sztár	10	10,2
Sportoló	6	6,1
Üzletember	2	2,0
Művész	1	1,0
Egyéb	9	9,2

n=98

Elhagyott elemek száma=12

A megkérdezettek több mint 70%-ánál a közvetlen környezetből, a helyi közösségből kerül ki a mintául szolgáló személy. Ezen belül is elsődlegesen a szülőt jelölték meg a válaszadók, de jelen vannak ebben a sorban a rokonok, barátok, tanárok is.

Talán kijelenthetjük, hogy szinte elérhetetlen távolságban jelennek meg a különböző hírességek mint példaképek egyes megkérdezettek számára.

## A tapasztalatok összegzése

Felmérésünkben a hátrányos helyzetű fiatalok élethelyzetéről, jövőbeli elképzeléseiről kaptunk átfogó, de – a vizsgálat előtt álló költségvetési korlátokból adódóan – semmiképp sem finoman árnyalt képet.

A megkérdezett fiatalokat az Első Nyírségi Fejlesztési Társulás működési területén található önkormányzatok gyermekjóléti szolgálatainál dolgozó munkatársakon keresztül értük el. A mintába a fiúkkal szemben valamivel több lány került be. A megkérdezettek 80%-a még tanulmányait folytatja.

A jelenlegi élethelyzet vizsgálata során heterogén, de jól csoportosítható válaszokat kaptunk. Megjelenik a fiatal életkorhoz kapcsolódó pozitív életérzés, a „carpe diem”, a pillanatnak való élés. Másoknak ezzel szemben fontos szempont a tanulás, az előrelátás, a jövőorientáltság. Többen megfogalmazták alapértékként a család fontosságát. Ugyanakkor egy meghatározó csoportot alkottak azok, akik számos problémával terheltnek érzik jelenlegi helyzetüket. A válaszokban gyakran megjelenik a pénz hiánya mint meghatározó probléma, de a családi konfliktusok is jelentős nehézségeket képeznek.

Az előző kérdéskörre reagálva a megfogalmazott célok között egy meghatározó szegmenst alkotnak az anyagi jellegű célok. Emellett a család, a megfelelő családi környezet nemcsak alapértékként, hanem célként is megfogalmazódik.

A célok elérése, megvalósítása érdekében a megkérdezett fiatalok hajlandóak sokféle eszközt bevetni. Mondhatjuk azt is: jól látják, hogy a felemelkedés szempontjából fontos a tanulás, vagy hogy a jó (jól fizető) munkahely megszerzéséhez megfelelő kapcsolatrendszerrel kell rendelkezni. Az is igaz, hogy alacsony iskolai végzettséggel a magasabb jövedelem megszerzésére elsősorban külföldön van lehetőség.

Mint már említettük, látszólag jól motiváltak a tanulásra (elismerik, sőt, túlértékelik a tanulás jelentőségét a társadalmi érvényesülésben). Ugyanakkor jelenlegi (vagy korábbi)

tanulmányaik ennek ellenkezőjéről árulkodnak: alulmotiváltságról, sikertelenségről, a tanulmányaik alatt bekövetkező személyiségromboló hatásokról.

Gyakran merül fel bennünk az az érzés, hogy a megkérdezett fiatalok válaszaikban a környezetüknek kívánnak megfelelni. Tudatukban (tudatalattijukban) rögzültek azok az értékek, amelyeket folyamatosan közvetít felénk a környezet: az iskola, a társadalom, a család. Ugyanakkor kérdés, hogy rendelkeznek-e azokkal a szocializáció során elsajátított értékészletekkel, készségekkel, motivációval, amelyek hozzásegítik őket a célok eléréséhez.

## **Javaslatok**

A gyermekjóléti szolgálat hatókörébe került fiatalok számtalan problémával küzdenek a mindennapok során.

Általában elmondhatjuk, hogy az érintett családok számottevő része anyagi nehézségekkel küzd. Ebben a körben rendszerint gyakori a munkanélküliség, a rendszeres jövedelmet a segélyek jelentik, amit a különböző alkalmi és feketemunkából szerzett kereset egészít ki. A családok egy részében ez a jövedelemszerzési folyamat elvezethet (vagy már el is vezetett) az úgynevezett „szegénységi csapda” kialakulásához.

Ennek a fiatalokra nézve az a legfőbb veszélye, hogy a csak a szegénység fenntartásához elegendő torz jövedelemszerzési mechanizmusok „átöröklődnek”. és a ma még tanulni, dolgozni akaró fiatalok a szükséges ismeretek hiányában idővel szüleikhez hasonló (szegénységi) helyzetbe kerülnek.

A minta tagjai által megfogalmazott válaszokból valószínűsíthetjük azt is, hogy számos családban jelen vannak a családi együttélés zavarai, a gyakori házastársi konfliktusok, valamint a szülő-gyerek konfliktusok. Ezek a pszichoszociális zavarok számtalan esetben megnyilvánulhatnak különböző deviáns magatartásformákban. A taszító, mentális problémákkal terhelt családból a fiatalok elmenekülnek.

Kifejezetten veszélyeztetett helyzetbe kerülhetnek azok a fiatalok, akiknek családján belül halmozottan jelentkeznek a problémák. Ennek szinte egyenes következménye lehet, hogy a fiatalok az iskolai megmérettetések során is kudarcot vallanak. Úgy tűnik, hogy ebből már csak egyetlen kiút van: a befogadó kortárs csoport. Talán mondhatjuk azt, hogy a kortárs csoport jó esetben (de ritkábban) egészséges, a társadalmi beilleszkedést hatékonyan segítő irányba viszi az egyént. Rosszabb esetben azonban a hasonló nehézségekkel küzdő fiatalok különböző befogadó és elfogadó magatartást tanúsító deviáns (drogos, bűnöző) szubkultúrák részévé válhatnak.

A társadalom, a helyi közösség felelőssége alapvetően ezen a ponton ragadható meg. A családjától támogatásra, támaszra nem számítható fiataloknak, ha úgy tetszik, „menekülési” utat kell felkínálni. Egy olyan lehetőséget, amely segít rálépni arra a „keskeny ösvényre”, amely visszavezeti az egyént a társadalomba, és segít abban, hogy a helyi közösség elismert tagja legyen.

A helyi (szociális) szakmai szervezetek bevonásával olyan képzési és tréningprogramok kidolgozását javasoljuk, amely a peremhelyzetbe került fiatalok számára esélyt kínál a céljaik elérésére. Többek között:

- értékközvetítő, mentálhigiénés jelleggel működő közösségépítő tréning;
- egészséges életmódot, életvitelt közvetítő programok;
- az elsődleges munkaerőpiacon elhelyezkedést biztosító szakképesítés;
- munkaerő-piaci technikák, ismeretek átadása;
- tanulási képességek fejlesztése.

A hagyományos oktatással szemben nagy hangsúlyt kell fektetni az egyén aktív részvételére építő, és ezáltal személyes megtapasztalást biztosító csoportos foglalkozásokra.

Azt gondoljuk, hogy a deviáns kortárs csoportok helyébe lépő, a veszélyeztetett fiatalokat befogadó segítő csoportok jelenthetik azt az utat, amelyen keresztül a veszélyeztetett helyzetben lévő fiatalok sikereket érhetnek el.



## **Varga András**

### **A gyermekotthonok és a gyermekjóléti szolgálatok kapcsolatának alakulása – a gyámok szemszögéből**

Jelen tanulmány első részében, mely a Kapocs 14. számában olvasható, azt vizsgáltam, hogy a gyermekjóléti szolgálatok oldaláról nézve valójában hogyan alakult az együttműködés a gyermekotthonokkal.

Az alábbiakban arra keresünk választ, hogyan látják ezt a kérdést gyermekotthonok.

A gyermekotthonok véleményét a gyermekjóléti szolgálatnál alkalmazott kérdőív segítségével próbáltam megismerni. Hogy a mintavétel a lehető legjobban reprezentálja a gyermekotthonok véleményét, gyakorlatilag az összes a Főváros Önkormányzat által fenntartott gyermekotthont próbáltam megkérdezni, ami nagyrészt sikerült is. Sajnos a munka terjedelmessége miatt néhány otthon véleménye kimaradt – jellemzően az egészségügyi otthonok –, ám ez a mintavétel eredményét nem befolyásolja. A gyermekjóléti szolgálatokhoz hasonlóan a gyámok részéről is kiemelkedő együttműködést tapasztaltam, ami azt jelenti, hogy az összes, előzetesen telefonon egyeztetett kérdőív visszaérkezett.

Nézzük a válaszokat!

A választ adók 6,5% - ának nem volt kapcsolata gyermekjóléti szolgálatokkal, 77,5 %-nak néhány és 19,4%-ának minden illetékes gyermekjóléti szolgálattal volt kapcsolata már a rendeleti változás előtt is.



A gyámok szerint a rendelet módosítása előtt a kapcsolattartás legjellemzőbb formája (ha a gyermekjóléti szolgálat kezdeményezte a kapcsolatfelvételt/együtműködést) a telefonálás volt, azaz a szolgálatok 29%-a kizárólag telefonon tartott kapcsolatot, 16% telefonon és személyesen is felkereste a gyermekotthont, 13% pedig telefonon, levélben és személyesen is tartott kapcsolatot. A fennmaradó 42% esetében a levelezést vagy személyes megkeresés, vagy telefonálás egészítette ki. Ez nagyban egyezik a gyermekjóléti szolgálatok véleményével.

Megállapítható tehát, hogy a rendeleti változás előtt, amennyiben volt kapcsolattartás, és azt a gyermekjóléti szolgálat kezdeményezte, akkor jellemzően telefonon történt.

Ha a kapcsolattartást a gyám kezdeményezte, akkor a kérdőívet kitöltő gyámok 29 %-a szerint telefonon, levélben és személyesen is tartottak kapcsolatot a gyermekjóléti szolgálatokkal, 26% szerint telefonon és személyesen is, 16% szerint telefonon és levélben, 13% szerint csak telefonon, míg 7% szerint kizárólag személyesen találkozás formájában zajlott az együttműködés. A fennmaradó 10 % nem válaszolt erre a kérdésre. Ez nagyban eltér a gyermekjóléti szolgálatok által szolgáltatott adatoktól, hiszen szerintük egyrészt a gyámok 41 %-a kizárólag telefonon kereste meg őket, másrészt csak 29%-kal volt személyes kapcsolatuk, míg a gyámok adatai szerint a gyámok 62%-a tartott személyesen és még valamilyen formában kapcsolatot a gyermekjóléti szolgálatokkal.

Nem sikerült tehát hasonló adatot kapni a két adatszolgáltatótól a gyámok által kezdeményezett kapcsolatfelvétel/kapcsolattartás rendeletváltozás előtti módjáról. Ezt a kérdést különbözően látják a gyermekjóléti szolgálatok és a gyámok.

A kapcsolatfelvétel-kapcsolattartás módja a rendelet módosítása után a gyámok szerint a következőképpen alakult (a gyermekjóléti szolgálatok által szolgáltatott adatok a könnyebb összevethetőség érdekében zárójelben szerepelnek):

A gyámok által kezdeményezett kapcsolattartás a választ adók 32 %-a (18%) szerint telefonon, levélben és személyesen történt, 23% (6%) telefon és személyesen, 23% (29%) telefonon és levélben kezdeményezte/valósította meg a kapcsolattartást, míg 9%-uk (47%) kizárólag telefonon egyeztetett. A leggyakoribb kapcsolattartási módokban tehát nem történt változás a gyámok részéről.

A gyermekjóléti szolgálatok által kezdeményezett kapcsolattartás a módosítást követően a gyámok szerint az alábbi módon alakult:

Telefonon, levélben és személyesen aktívabbak lettek a gyermekjóléti szolgálatok 29% véleménye szerint (23%). 26% (41%) ítéli úgy, hogy telefonon és személyesen is jelentősen nőtt az aktivitás, míg a telefonon és levélben történő kapcsolattartás 19%-ra (18%) emelkedett. A kizárólag telefonos kapcsolattartás jelentős mértékben, 16%-ra (18%) csökkent. Az adatok sok hasonlóságot mutatnak. Talán leginkább az állapítható meg, hogy a rendelet módosítása előtti időszak adatai kevésbé pontosak. A gyermekjóléti szolgálatok által adott válaszok néha igen széles sávban mozognak, azaz értelem szerint az adatok nem az egyes szolgálatokra, hanem általánosságban igazak.

Ezen statisztikai torzítás ellenére is úgy tűnik, hogy a módosítás utáni időszokról egységesebbek a vélemények, és elmondható, hogy a gyermekjóléti szolgálatok aktívabbak lettek a kapcsolattartásban. Azaz: a kapcsolattartások 50%-ánál a személyes megkeresés is történik, és a kizárólagos telefonos megkeresések aránya 20% alá csökkent.

Változott-e a kapcsolatot tartó gyermekjóléti szolgálatok száma a rendelet módosítása óta?

Az erre a kérdésre választ adó gyámok 52%-a (28%) szerint a módosított rendelet óta nőtt a kapcsolatot tartó gyermekjóléti szolgálatok száma, míg 48%-uk (72%) szerint nincs változás. Az adatokból az derül ki, hogy ezt a kérdést is kissé másképp ítélik meg a gyermekotthonok és a gyermekjóléti szolgálatok, ám közös bennük, hogy mindketten növekedést jeleznek. Ha ehhez még azt is hozzátesszük a korábbi válaszok alapján, hogy a kapcsolattartás minősége is

javult, akkor bátran kijelenthetjük, hogy a gyámok és a gyermekjóléti szolgálatok között jelentősen javult az együttműködés.

Ha a gyermekjóléti szolgálat munkatársa a gyermekotthonba személyesen is ellátogat, akkor a választ adó gyámok 47%-a (12%) szerint csak azokat a gyermekeket keresi fel, akiknél éppen aktuális teendő van – felülvizsgálat, kapcsolattartás stb. A gyámok 30 %-a (47%) szerint ha a látogatásra sor kerül, akkor a gyermekjóléti szolgálat munkatársai minden illetékességükbe tartozó gyermeket meglátogatnak. A gyámok 7%-a (12%) válaszolta azt, hogy a szolgálatnál dolgozók csak a hazakerülésre esélyes gyermekeket látogatják, és csupán 3% (29%) látja úgy, hogy jellemzően a rendelet módosítása után bekerült gyermekeket keresik fel. (13% az „egyéb” kategóriába sorolta a látogatásokat. Pl.: *„Volt kint egy gyermekjóléti, de egyébként nem keresnek fel bennünket.”*)

Amint látható, jelentős véleménykülönbség tükröződik a gyermekjóléti szolgálatok és a gyámok adataiban. Mivel a TEGYESZ nyilvántartásában szerepelnek az ÁT-ba vételi előzmények, lehetőség nyílik arra, hogy az előzményeket összevegyük a gyermekjóléti szolgálatok által szolgáltatott adatokkal.

Nézzük meg tehát, hogy a TEGYESZ nyilvántartása szerinti előzmények tükrében kiket látogatnak a szolgálatok.

Előzményi kategóriák:

A gyermek saját kérésére került átmeneti nevelésbe

Családból közvetlenül, azaz valami konkrét esemény kapcsán, családgondozás nélkül

Alapellátás volt

Védelembe vétel

Egyéb helyről

Látogatás szerint, az összes 2003. szeptember 1-je után átmeneti nevelésbe vett gyermek százalékában (kerekítés miatt 102 %):

	Gyermek kér	Családból k.	Alapellátásból	Védelemb.	Egyéb
Látogatták	1 %	7 %	21 %	12%	8 %
Nem látogatták	2 %	7 %	15 %	16 %	13 %

A TEGYESZ nyilvántartásában szereplő előzmény szerinti csoportosítás a grafikonon látható. A nem látogatott gyermekek előzmények szerinti csoportosításában nincs összefüggés, maximum annyi állapítható meg, hogy a „gyermekjólétis és alapellátásos” előzménnyel

bekerült gyermekek aránya magasabb, mint az ilyen előzmény nélkül bekerült gyermekeké, tehát ebben a tekintetben teljesül a törvényalkotó azon szándéka, hogy a gyermekek átmeneti nevelésbe vételét lehetőleg meg kell előznie a gondozásnak. A látogatott gyermekeknél viszont látható, és részint az előzőkből következik, hogy azokat a gyermekeket intenzívebben látogatják, akikkel a gyermekjóléti szolgálatoknak volt már kapcsolata.

A két adatszolgáltató válaszaiból és az előzmények csoportosítása alapján a következőket mondhatjuk: a gyermekjóléti szolgálatok a fővárosban a nevelésbe vett gyermekek felét tudják jelenleg meglátogatni. A látogatásnál a gyermekkel korábban kialakult személyes kapcsolat a leginkább motiváló tényező. Ez nem mond ellent annak, hogy a gyámok szerint azokat a gyermeket látogatják, akikkel kapcsolatban aktuális teendő van. Véleményem szerint a gyermekjóléti szolgálatok szakmai rutinja körülbelül a rendeletmódosítás idejére alakult ki – ez szűken öt év, míg a gyermekotthonok, a gyermekvédelem a közelmúltban ünnepelte 100. születésnapját, így elfogadható a szolgálatok többségének azon véleménye is, hogy minden gyermeket látogatnak és azoké is, akik csak a rendelet módosítása után ÁT-ba vett gyermeket látogatják.

A gyermekotthonok látogatásakor a gyámok szerint vajon kivel találkozik a gyermekjóléti szolgálat családgondozója?

A látogatás során a gyámok 91%-a (94%) szerint a gyermekjóléti szolgálat munkatársai találkoznak a gyermekkel is, míg a kisebbség – 9% (6%) – véleménye szerint csak a kompetens felnőttet keresik meg.

Mivel erre a kérdésre adott válaszok mindkét válaszadó esetében nagy többséggel azt mutatják, hogy a gyermekjóléti szolgálatok családgondozói a gyermekekkel is találkoznak, ezért e válaszok nem igényelnek külön magyarázatot.

Ebben a kérdésben is megismerve a gyámok véleményét, megint egy gondolattal tovább lehet fűzni a válaszok alapján korábban megkezdett mondatot, azaz a gyermekjóléti szolgálatok a gyermekotthonokkal történő kapcsolattartásban aktívabbak lettek – nem feltétlenül a rendeleti változás következtében –, a kapcsolattartás minősége javult, azaz a személyes látogatások aránya növekedett a telefonos, levelezéses kapcsolattartás rovására, (feltételezem) annak érdekében, hogy a szolgálatok munkatársai az általuk korábban gondozott gyermekekkel találkozzanak.

Arra a kérdésre, hogy a gyám együttműködési kötelességének eleget téve küld-e értesítést a gyermekjóléti szolgálatnak a befogadásról, a következő válaszokat kaptam:

A gyámok 65%-a (94%) küld értesítést a gyermek befogadásáról, 35% (6%) nem küld értesítést. A gyermekjóléti szolgálatok megítélése ebben a kérdésben jelentősen eltér. Mivel a gyermekjóléti szolgálatokat konkrétan, gyermekenként is megkérdeztem arról, hogy a gondozásukból ÁT-ba vett gyermekekről kaptak-e értesítést, feltételezem, hogy az ő adatuk megbízhatóbb. (Nem a bántás szándékával, ám enyhe malíciával azért szeretném megkérdezni: Lehet, hogy a gyámok sem tudják mindig, mennyi mindent tesznek meg a hatékony együttműködés érdekében?)

Amint az a gyermekjóléti szolgálatoknál is megfigyelhető volt, amikor valaki saját vélt vagy valós mulasztásáról szolgáltatott adatot, gyakoribbá váltak a szöveges kiegészítések. Például: „A gyermekjóléti szolgálat is jelen van az elhelyezési tanácskozáson is, ott értesül a gondozási helyről. Vagy a gyámhivataltól kap értesítést.” „A TEGYESZ-nek küldök.” „Nem gondolok rá.”

A következő, „Küld-e értesítést az átmeneti nevelés megszüntetéséről?” kérdésre adott válaszok nyomán az alábbi eredményt kaptam:



A gyámok 68%-a (94%) küld, 29%-a (6%) pedig nem küld értesítést a megszüntetéséről. A magyarázat a fentiekkel szinte teljes mértékben megegyezik, egyetlen kivétellel, ugyanis egy gyermekotthonban még nem volt ilyen eset. (Biztosan nagykorúvá sem vált náluk senki.)

A gyámok válaszai azonban felvetnek néhány kérdést. Miért kell küldeni értesítést a befogadásról vagy az ÁT megszűnéséről, ha a gyermekjóléti szolgálat amúgy is jelen van – ha jelen van – az elhelyezési értekezleten, és a gyámhivatal is küld egy példányt a határozatból a gyermekjóléti szolgálatnak. Miért nem kell viszont értesítést küldeni akkor, ha a gyermek gondozási helye változik meg – ilyenkor is jelen van a gyermekjóléti szolgálat –, vagy nem változik a gondozási hely, viszont a gyermek pl. büntetés-végrehajtási intézménybe kerül.

Nem tűztem ki célul, hogy vizsgáljam, kinek a jóvoltából változik vagy marad változatlan a kapcsolattartás/együttműködés, és azt sem, hogy a két különböző feladatot ellátó intézmény saját és a másik munkájának az értékelését vizsgáljam, ám halvány – szubjektív – következtetések a kapott számokból mégis levonhatók.

A saját munkáját a saját szemszögéből általában mindkét ellátó pozitívabban ítéli meg a valóságosnál – kivétel a befogadásról való értesítés küldése. A másik ellátó munkáját mindkét ellátó gyengébbnek ítéli meg a valóságosnál a saját szemszögéből – kivétel a befogadásról történő értesítés. Ami kis különbségnek látszik: a gyermekjóléti szolgálatok kevésbé ítélik „gyengének” a gyermekotthonok munkáját, mint a gyermekotthonok a gyermekjóléti szolgálatokét. Ennek okát nem ismerjük. Annyi a kérdőívekből kiderült, hogy mindkét ellátó 100%-ban igényelné a másikkal történő szorosabb együttműködést. A gyermekjóléti szolgálatok részéről ennek egyértelműen esetkonferencia formájában kellene megvalósulnia.

Nézzük, mit vár a gyám/gyermekotthon a gyermekjóléti szolgálattól?

A gyámoknak/gyermekotthonoknak nem rajzolódik ki konkrét igényük a gyermekjóléti szolgálatok felé, hiszen mondhatni, ahány válasz, annyi módozatban szeretnék a gyámok a lehetséges együttműködési formákat igénybe venni. Más csoportosításban viszont azt kapjuk,

hogy leginkább ügyintézési, családgondozási feladatok ellátását, majd környezettanulmány készítését igényelnék, és legkevésbé az esetmegbeszélést. Ez viszont a gyermekjóléti szolgálatokéhoz képest, melyek leginkább ez utóbbit szeretnék szorgalmazni, eltérő megközelítése az együttműködésnek. Az együttműködés javításához véleményem szerint szükség lenne az álláspontok közelítésére. Lehet, hogy az egymásról a valóságosnál rosszabb kép kialakítását is pozitív módon befolyásolnák az esetmegbeszélések.

Betekintést nyerhettünk hát a gyámok és gyermekjóléti szolgálatok együttműködésének egy kis szeletébe. Igazolódta-e a preconcepciók? Hasonlítsuk össze őket a válaszokkal.

1. Az első hipotézis szerint a rendeleti változás előtt a kapcsolattartás/együttműködés a gyermekjóléti szolgálatok és gyermekotthonok között egyáltalán nem működött, vagy nagyon esetlegesen és ritkán jött létre, leginkább telefonon és levélben történt. Személyes találkozás nem volt.

A válaszok alapján megállapítható, hogy a rendeleti változás előtt, amennyiben volt kapcsolattartás, és azt a gyermekjóléti szolgálat kezdeményezte, akkor jellemzően telefonon történt.

Nem sikerült hasonló adatot kapni a gyámok által kezdeményezett kapcsolatfelvétel/kapcsolattartás rendeletváltozás előtti módjáról.

2. Feltételeztem, hogy a változást követően sem történt jelentős változás. A gyermekjóléti szolgálatok a rendkívül nagy esetszám miatt az átmeneti nevelésbe vett gyermekeket nem látogatják, vagy csak kivételes esetben, ha valami konkrét feladatot kell teljesíteni. ( pl. felülvizsgálthoz javaslat készítése) A gyermekjóléti szolgálatok és a gyámok közötti kapcsolat/együttműködés jellemzően telefonon történik.

A kapott válaszok alapján megállapítható, hogy a gyermekjóléti szolgálatok aktívabbak lettek a kapcsolattartásban, azaz: a kapcsolattartások 50%-nál a személyes megkeresés is megvalósul, és a kizárólagos telefonos megkeresés 20% alá csökkent.

Mivel lehetőségem nyílt a gyermekotthonok válaszainak csoportosítására, megnéztem, hogy a csecsemőotthonok véleménye eltér-e az átlagtól. Szerencsére nem kellett csalódnom. A csecsemőotthonok szerint a gyermekjóléti szolgálatok 80%-a együttműködik velük.

3. A következő feltevés így szólt: a gyermekotthonok/gyámok szinte mindegyike küld értesítést a gyermek befogadásáról, ám ez a gyermek átmeneti nevelésének megszűnésekor már nem jellemző, a gyermekjóléti szolgálatok az illetékes gyámhivataltól szereznek tudomást az ÁT megszűnéséről.

A válaszok azt igazolják, hogy a gyámok szinte minden esetben küldenek értesítést a gyermekjóléti szolgálatoknak a befogadásról és az átmeneti nevelés megszüntetéséről, még akkor, ha egynémely gyermekotthonban „nem tudnak” erről a tevékenységükről vagy nem tartják feladatuknak az értesítés kiküldését.

4. Előfeltevéseim szerint a gyermekotthonok igényelnék az együttműködést a gyermekjóléti szolgálatokkal, ám jobban bíznak a saját családgondozójukban. A gyermekjóléti szolgálatot azért keresik meg, hogy a saját családgondozó által szerzett információkat kontrollálják, megerősítsék. Ezt telefonon is meg lehet tenni. Az esetmegbeszélés nem jellemző.

A gyermekjóléti szolgálatok igényelnék az együttműködést a gyermekotthonokkal, ám kevés a kapacitás.

A gyámok és a gyermekjóléti szolgálatok valóban 100%-ban igényelnék az együttműködést, ám nem történt egyeztetés, hogy az milyen formában valósuljon meg. Konkrét elképzelése a gyermekjóléti szolgálatoknak van, hiszen ők az esetmegbeszélést tartanák a leghatékonyabb együttműködésnek. A gyermekotthonok még nem fogalmazták meg a maguk számára az együttműködés formáját, és ez utalhat arra, hogy a bizalom még nem megfelelő mértékű a gyermekjóléti szolgálatok felé a gyermekotthonokban. Fogalmazhatnánk úgy is, hogy a bizalom jelenleg egyirányú, mely a gyermekjóléti szolgálatok felől érzékelhető.

A bizalmatlanságot a kérdőívtől függetlenül is érzékelem a hétköznapokban. A munkám során gyakran elhangzik a gyermekotthonok részéről, hogy nem működik az alapellátás, értve ezen a gyermekjóléti szolgálatokat. Megragadom az alkalmat, hogy kiemeljem a törvényből az alapellátás feladatait ellátó intézményeket, azért, hogy láthatóbbá váljék: annak ellenére, hogy az alapellátás feladatainak koordinálása a gyermekjóléti szolgálat feladata, az alapellátás nem egyenlő a gyermekjóléti szolgálattal.

Gyermekjóléti alapellátások tehát a következők:

gyermekjóléti szolgálat, bölcsőde, családi napközi, házi gyermekfelügyelet, helyettes szülő, gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona.

Végezetül: a gyermekotthoni gyámok és a gyermekjóléti szolgálatok együttműködésének vizsgálata során, túl azon, hogy örömmel töltött el a gyermekekkel való találkozás, ismét eszembe jutott egy korábban megfogalmazott szakmai dilemmám.

A gyermekek átmeneti nevelésbe vételét jellemzően meg kell előznie családgondozás. Ez a gondozási folyamat sokszor igen küzdelmes, gondozottnak és gondozónak egyaránt, és esetenként sok fájdalommal, sérüléssel jár. Az átmeneti nevelésbe vétel minden esetben kisebb-nagyobb mértékű kudarcot jelent a családgondozó számára. Sokszor a szülő a családgondozó „ellenfelévé” válik. Fontos lenne ezért megvizsgálni, hogy akadályozza-e a gyámokkal és a szülőkkel való együttműködést a korábbi gondozás. Az átmeneti nevelésbe vételkor szükséges-e az esetátadás, vagy a további gondozást mindenképpen előznie meg egy esetmegbeszélés, akár a gyámmal közösen?

