

# Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

V. évf. 5. szám 2006. október

A foglalkoztatási szolgálatokról

2

Az életminőség méréséről

10

A foglalkozási rehabilitációról

16



A nemek közti egyenlőségről

28

A történelemformálásról

54

26

**Dr. Frey Mária**

**Az állami foglalkoztatási szolgálatokkal kapcsolatos uniós elvárások,  
fejlesztési stratégiák I.**

**Bevezető**

A hazai munkaerő-piaci szervezet fejlesztési stratégiájának kidolgozásához szükség van arra, hogy megismerjük és megértsük: milyen elvárások fogalmazódnak meg az Európai Unióban és más nemzetközi szervezetekben az állami foglalkoztatási szolgálatokkal kapcsolatban, továbbá milyen reformfolyamatok válnak valóra tágabb környezetünkben.

Kutatásunknak egyfelől az volt a célja, hogy az Európai Unió és más nemzetközi szervezetek (Nemzetközi Munkaügyi Szervezet, Európa Tanács) által megfogalmazott ajánlásokat, iránymutatásokat, követelményeket feldolgozza. Másfelől azoknak az országoknak a szervezetfejlesztési stratégiáit vizsgáltuk, amelyekben jelentős innovációk zajlottak, ill. zajlanak. Információink alapján ezek közé sorolhatók: Ausztria, Dánia, az Egyesült Királyság, Finnország, Hollandia, Németország, továbbá az Európai Unión kívüli Norvégia és Svájc.

Ez a tanulmány a nemzetközi összehasonlító kutatás főbb megállapításait összegzi, a nemzetközi szervezetek iránymutatásai és országtanulmányok alapján. (Az országtanulmányokat a Kapocs következő, 2006 decemberi számában tesszük közzé.)

Ezek ismeretében következtetéseket és ajánlásokat fogalmaz meg az állami foglalkoztatási szolgálat hazai jövőképe, fejlesztésére vonatkozóan.

**Nemzetközi szervezetek elvárásai az állami foglalkoztatási szolgálatokkal szemben**

Az 1919-ben alapított Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) kezdettől fogva kiállt az ingyenesen igénybe vehető állami foglalkoztatási szolgálat létrehozása mellett. Ezt az álláspontját 1948-ban foglalta törvényes keretbe. A Foglalkoztatási Szolgálatról szóló 88. sz.

Egyezmény minden aláíró tagállamot arra kötelezett, hogy *tértésmentes állami foglalkoztatási szolgálatot* működtessen, mert ez fontos eszköze egyfelől a visszaélések megelőzésének, másfelől a teljes foglalkoztatottság elérésének és a termelési erőforrások optimális hasznosításának. Ezt Magyarország 2000. VI. 17-én hirdette ki a 2000. évi LIII. törvényben, amely VI. 25-én lépett hatályba. Az egyezmény a második világháború után (1949-ben) kiegészült egy másikkal, a 96. számúval, ami a *díjköteles munkaerő-piaci ügynökségekről* rendelkezett, mégpedig úgy, hogy *ezek eltörlését* tartotta kívánatosnak. Ennek alapján sok országban deklarálták a *munkaközvetítés állami kizárólagosságát*, aminek tömeges visszavonása csupán a kilencvenes években következett be.

A munkaközvetítés állami monopóliuma kétféleképpen értelmezhető. Az egyik – szigorúbb – értelmezés szerint egyetlen munkáltató sem bővítheti vagy pótolhatja létszámát anélkül, hogy ezt az igényét a munkaügyi központnak be ne jelentené, és csak olyan személyt vehet fel, akit előzőleg már álláskeresőként regisztráltak. A másik értelmezése ezzel szemben csak azt írja elő, hogy a kijelölt állami intézményeken kívül más szervezetek nem végezhetnek munkaközvetítést.

Az állami monopólium előbbi felfogása a déli országokra (pl. Spanyolország, Görögország, Olaszország) volt jellemző. Szokatlan és nyilvánvalóan anakronisztikus a munkavállalói és munkáltatói döntések feletti ilyen nagyfokú állami ellenőrzés. A másodikként említett, kevésbé végletes felfogást sok európai ország vallotta a magáénak (pl. Németország, Svédország, Belgium, Franciaország stb.) a kilencvenes évek elejéig. Dániában 1990 közepén, Hollandiában pedig 1991 elején megszűnt a munkaközvetítés állami monopóliuma.

Németországban az Európai Bíróság 1991. április 23-i állásfoglalását követően engedélyezték a vezetői tanácsadó cégek közvetítői tevékenységét. Ez kimondta, hogy a munkaközvetítés piaci szolgáltatás, s így erre is vonatkozik az Európai Szerződésnek az a kitétele, amelyik a szolgáltatások szabad áramlásának lehetővé tételét írja elő. Ennek 1994. évi hatályba lépésétől az EU-tagállamok engedélyezték a nem állami munkaerő-piaci ügynökségek működését, jóllehet egy-két országban (pl. Görögország, Belgium) erre csak nonprofit szervezetek kaptak lehetőséget.

A monopolhelyzet tarthatatlanságát a foglalkoztatási szolgálatok tekintetében a kilencvenes években nemcsak az Európai Unió, hanem az ILO is felismerte. Ennek megfelelően az 1997 júliusában lezajlott Nemzetközi Munkaügyi Konferencián a 96. sz. egyezményt jelentősen módosították, mégpedig oly módon, hogy az ösztönözze a magánközvetítők sokoldalú és növekvő mértékben diverzifikálódó tevékenységének a kibontakozását, de úgy, hogy védelmet nyújtson a munkavállalóknak a visszaélésekkel szemben is.

### **Az ILO iránymutatása az állami foglalkoztatási szolgálatokkal kapcsolatban**

Az 1948. évi 88. sz. Egyezmény a Foglalkoztatási Szolgálatról meghatározza az áfsz szerepét és szervezeti struktúráját, ill. más szervezetekhez való viszonyát. Az 1. Cikk az alábbiak szerint rögzíti alapfunkcióit.

„1. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet valamennyi tagállama, amelyre vonatkozóan a jelen Egyezmény hatályban van, köteles ingyenes, nyilvános (public) munkaerő-piaci szervezetet fenntartani, vagy annak fenntartását biztosítani.

2. A teljes foglalkoztatottság elérésére és fenntartására, valamint a produktív erőforrások fejlesztésére és használatára irányuló nemzeti program szerves részeként a munkaerő-piaci szervezet alapvető feladata a munkaerőpiac lehető legjobb megszervezésének biztosítása; ha szükséges, más érintett állami vagy magán szervezetekkel való együttműködés révén.”

Ez a jogforrás arra helyezi a hangsúlyt, hogy az áfsz központi helyet foglal el a munkaerőpiac lehető legjobb megszervezésében, nemcsak mint a közvetítő szolgáltatások és a munkaerő-piaci információk közvetlen szolgáltatója, hanem mint partner, facilitátor és katalizátor is a teljes foglalkoztatás elérésében, valamint a termelési erőforrások fejlesztésében.

Az állami foglalkoztatási szolgálatnak négy alapfunkciója van:

1. a munkaközvetítés,
2. a munkaerő-piaci információs rendszer működtetése,
3. munkaerő-piaci programok adminisztrációja és a

#### 4. munkanélküliek ellátása.

Ehhez egy ötödiket is fel lehet sorolni: a *munkaerőpiac szabályozását*, ami több területre is kiterjed, pl. a külföldiek foglalkoztatására, a magánközvetítők működési feltételeinek meghatározására, a tömeges elbocsátások kezelésére, stb. Ez a hatósági tevékenység ellentétes lehet szolgáltatói funkciójukkal, de kikerülhetetlen. Ezért negatív hatásait a lehető legnagyobb gondossággal kell kiküszöbölni.

A nagy munkanélküliség okozta anyagi szűkösség mellett helyenként és esetenként megkérdőjelezzik az áfsz ingyenes hozzáférhetőségének létjogosultságát. Amint idéztük, a 88. sz. egyezmény az áfsz szolgáltatásainak ingyenességét írja elő. A munkát keresőkkel megfizettetni e szolgáltatásokat nem is lenne kívánatos, mint ahogy a munkáltatóktól beszedett díj is részrehajlóvá tenné az áfsz-t a fizetni tudó munkáltatók irányába. Ez világosan megmutatkozott az Egyesült Királyság példáján. Az Egyesült Királyság 1971-ben felmondta a 88. sz. egyezményt, és díjat kezdett szedni a menedzserek és professzionális szakemberek közvetítéséért. 1988-ban ezt a tevékenységet – ami lényegében fejvadászat volt – privatizálták. 1972 és 1988 között a szolgáltatás abszolút munkáltató-orientálttá vált.

A helyzet ma már bonyolultabb. Egyre több országban vezet be az áfsz olyan többlet szolgáltatást a munkáltatóknak, ami túlnő a hagyományos munkaközvetítés keretein. Hollandiában pl. a jelenleg hatályos törvény megengedi a díjazás ellenében történő szolgáltatást, és az áfsz számára engedélyezte, hogy magánközvetítőkkal partnerségeket hozzon létre. Ezek olyan komplex toborzó szolgáltatást nyújtanak, amely magában foglalja a tanácsadást a személyügyi irányítás tárgyában, továbbá a tömeges elbocsátások levezénylését. Dániában és Finnországban is üzleti alapon kínálhatnak a munkaügyi központok szolgáltatásokat a munkáltatóknak a személyügyi gazdálkodás területén. Ezekben az esetekben a díjbevétel javítja az áfsz-ek anyagi helyzetét, módot ad minőségi szolgáltatások nyújtására, s ezáltal reputációjuk növelésére.

Az ILO abból indul ki, hogy a 88. sz. egyezmény megtiltja az áfsz-nek díjak beszedését a munkavállalóktól, de a munkáltatóktól is az alapszolgáltatások vonatkozásában. Az azonban megengedhető, hogy az áfsz díjazás ellenében nyújtson speciális vagy többlet szolgáltatást a

munkáltatóknak, feltéve, hogy ez az alaptevékenységét nem veszélyezteti, továbbá ezt a szakszervezetek és a munkáltatói szervezetek képviselői is jóváhagyják.

### *Munkaközvetítés*

A munkaközvetítés általános elvei az alábbiakban összegezhetők:

- Legyen elérhető önkéntes jelleggel minden álláskereső és munkáltató számára.
- Legyen ingyenesen hozzáférhető, hogy mindenki használhassa, anyagi helyzetétől függetlenül.
- Úgy kezelje az információkat, hogy közben tartsa tiszteletben az álláskeresők önbecsülését és személyiségi jogait.
- Legyen pártatlan, és mentes a diszkriminációtól mind az álláskeresők, mind pedig a munkáltatók vonatkozásában.
- Legyen semleges a munkáltatók és munkavállalók közötti vitákban.

### *Munkaerő-piaci információk*

Az ILO definíciója szerint a munkaerő-piaci információ az alábbi jelenti:

„Bármely információ, amely a munkaerőpiac méretére és összetételére, működésére és funkcióira, problémáira és megoldási lehetőségeire, továbbá szereplőinek foglalkoztatással kapcsolatos szándékaira és törekvéseire vonatkozik.”

A munkaerő-piaci szolgáltatás szervezetéről szóló 1948. évi (88. sz.) ILO Egyezmény széleskörű mandátummal ruházza fel az áfsz-t a munkaerő-piaci információnyújtás terén. A 6. Cikk (iv.) bek. c) pontja kimondja, hogy az állami foglalkoztatási szolgálat „szükség szerint más hatóságokkal, munkáltatókkal és szakszervezetekkel együttműködve köteles a rendelkezésre álló legteljesebb körű adatokat beszerezni és elemezni a munkaerőpiac helyzetére és annak valószínű alakulására vonatkozóan mind az ország általános munkaerő-piaci helyzete, mind pedig az egyes iparágak, foglalkozási ágak és területek tekintetében; továbbá köteles ezen adatokat rendszeresen és időben az érintett államigazgatási szervek, munkaadói és munkavállalói szervezetek, valamint a nyilvánosság tudomására hozni.”

### *Munkaerő-piaci alkalmazkodást segítő programok menedzselése*

Az OECD – mint később szó lesz róla – az 1994-ben Párizsban napvilágot látott Job Study kiadványában nyomatékosan felhívta a figyelmet arra, hogy „[á]ltalános egyetértés van abban, hogy a munkaerő-piaci politikában a hangsúlyt a passzív jövedelempótlásról az elhelyezkedést elősegítő aktív eszközökre kell helyezni.” Az OECD általában is sokat tett a passzív és aktív munkaerő-piaci politikák helyes értelmezéséért és népszerűsítéséért. Definíciója szerint az aktív munkaerő-piaci eszközök a munkaerő-állomány mielőbbi elhelyezését segítik, továbbá új szakképzettséget és munkalehetőségeket biztosítanak az állástalan embereknek. Céljuk a munkanélküliség megelőzése vagy elkerülése, továbbá az állásukat veszített emberek visszajuttatása a munka világába. Ezek közé sorolják a munkaközvetítést, az álláskereső tanácsadást, a munkaerő-piaci információszolgáltatást, amelyek abban támogatják a dolgozni akarókat, hogy munkát, a munkáltatókat pedig, hogy képzett munkaerőt találjanak. A többi aktív eszköz a termelékenység javítását, a beruházások ösztönzését és a mobilitás élénkítését szolgálja. Ide sorolhatók a képzés-átképzés, a kisvállalkozások fejlesztéséhez nyújtott támogatás és egyéb munkahelyteremtő intézkedések.

Az ILO az aktív eszközök helyett a „munkaerő-piaci alkalmazkodást segítő programok” kifejezést használja, mégpedig két okból. Az egyik annak az elvnek a fontosságát hangsúlyozza, hogy kormányzati beavatkozásra akkor van szükség a munkaerőpiacon, ha alkalmazkodni kell a változásokhoz. Másodszor, ez a kifejezés az áfsz standard funkciójára utal, ami nem képes olyan nagy munkaerő-piaci egyensúlybomlás helyreállítására, mint amit a 70-es évek óta megélték jó néhány országban.

### *Munkanélküliek ellátása*

A munkanélküli-ellátás és az áfsz kapcsolata központi szerepet játszott az állami foglalkoztatási szolgálatok fejlődéstörténetében. Churchill megfigyelése szerint ez olyan kölcsönös függőségi viszony, mint a férfi és a nő egy jó házasságban, bár a valóságban közöttük is gyakran vannak feszültségek. (Churchill, 1909, p. 311)

A munkaközvetítéshez vállalkozói feltételrendszer kellene, továbbá erőteljes törekvés a munkáltatókkal és álláskeresőkkel való jó viszony kiépítésére. A járadékrendszer működtetése viszont természeténél fogva a szabályok szigorú betartását követeli, mind az időbeli

megjelenésre, mind pedig a mulasztások szankcionálására vonatkozóan. Bizonyos értelemben az áfsz jó helyen van ahhoz, hogy kiegyensúlyozó szerepet töltsön be, mert közvetítőként van jelen a munkaerőpiacon. Eközben azonban azt is kockáztatja, hogy elveszíti a munkáltatók és álláskeresők bizalmát, ennél fogva kevésbé hatékonyan képes ellátni más funkcióit.

Alapvető feladat megtalálni a helyes arányt a jövedelempótlás és az újrafoglalkoztatás ösztönzése között.

### **Az Európa Tanács ajánlása az állami foglalkoztatási szolgálatoknak**

Az Európa Tanács egyetlen alkalommal foglalkozott az állami foglalkoztatási szolgálattal: 1995-ben, amikor kibocsátotta 1995. évi No.R(95)2. sz. ajánlását a munkaerő-piaci szervezeteknek. Az alábbiakban ezt ismertetjük.

#### ***Az állami foglalkoztatási szolgálat célja***

Alapvető cél: a munkaerőpiac zavarmentes működése a lehető legmagasabb foglalkoztatási szint elérése érdekében.

Ez konkrétan azt jelenti, hogy

- segíteni kell a munkanélkülieket abban, hogy mielőbb álláshoz jussanak,
- hozzá kell járulni ahhoz, hogy egyensúly jöjjön létre a kereslet és kínálat között, számbelileg és a képzettségi struktúrát tekintve egyaránt,
- támogatni kell azok foglalkoztatását, akik hátrányos helyzetben vannak a munkaerőpiacon, vagy kiszorultak onnan.

Ennek érdekében az állami foglalkoztatási szolgálatnak a következő alapfunkciókat kell ellátnia:

- párosítani a munkát keresőket az üres állásokkal,
- fejleszteni a gazdaság humán kapacitását, a munkát keresők számára olyan ismeretek átadásával (pl. álláskeresés, viselkedéskultúra), amelyek javítják foglalkoztatási kilátásaikat,



- ösztönözni és biztosítani a kereslet és kínálat jobb jövőbeni összhangját elősegítő szakképzést,
- munkaerő-piaci információt gyűjteni, elemezni és közreadni,
- hatékony munkaerő-piaci programokat kifejleszteni és bevezetni a munkaerőpiac hátrányos helyzetű csoportjainak a kedvezményezésére,
- támogatni a földrajzi, szakmai és foglalkozási mobilitást,
- közreműködni a munkanélküli- és egyéb jövedelempótló ellátmányok folyósításában, ill. koordinálásában.

### ***Az állami foglalkoztatási szolgálat finanszírozása***

Az állami foglalkoztatási szolgálat minden álláskereső számára legyen ingyenesen elérhető.

A kormányok gondoskodjanak arról, hogy az állami munkaügyi szolgálat megfelelő pénzügyi támogatásban részesüljön ahhoz, hogy meg tudjon felelni a vele szemben támasztott követelményeknek, különösképpen az előbbieken leírt alapfunkcióknak.

### ***Az állami munkaerő-piaci szolgálat szervezeti és vezetési struktúrája***

Az állami foglalkoztatási szolgálat szervezete integrálódjék a munkaerő-piaci politikába, és legyen egy központi koordináló szerve.

A szolgáltatások nyújtásánál érvényesülnie kell a *decentralizálás elvének*, azért, hogy azok jobban megfeleljenek a helyi munkaerőpiacok specifikus jellemzőinek. A munkaügyi szervezetnek regionális és országos szinten hálózatot kell alkotnia.

Az állami munkaügyi szolgálat törekedjen forrásainak maximális hatékonysággal történő hasznosítására. Ennek útja lehet: a) a kooperáció az állami szervek, a munkáltatók és a munkavállalók érdekképviseleti szervei között, b) az állami foglalkoztatási szolgálat integrációja, c) bizonyos tevékenységek „kiszereződése”, privatizálása.

Az állami munkaügyi szolgálat biztosítja dolgozóinak a függetlenségét, valamint – megfelelő és folyamatos képzéssel – a hozzáértését.

Az állami munkaügyi szolgálatnak ügyfélcentrikusnak kell lennie. Legyen személyes és rendszeres a kapcsolat az ügyfél és a szolgáltató között, továbbá kínáljon egyénre szabott konzultációt és tanácsadást. Az ügyfeleket aktívan be kell vonni saját álláskeresésük megtervezésébe. Ez megvalósítható egyéni cselekvési program alapján, amelynek alapjait a szolgálat és az ügyfél kapcsolatfelvételénél kell lerakni, s ami tartalmazza azokat a lépéseket, amelyek megtételére szükség van az egyén elhelyezkedéséhez.

Olyan információs rendszert kell működtetni, amely részletezi a betöltendő állásokat és a képzési lehetőségeket. Ennek az állami munkaerő-piaci szolgálat integráns részét kell képeznie. Jó, ha az információs rendszert az ügyfél maga is használni tudja. Megfelelő adatvédelemről gondoskodni kell.

Elsőbbséget kell kapniuk a munkanélküliséget, különösképpen a tartós munkanélküliséget megelőző intézkedéseknek. Ehhez olyan szűrési technikákat kell alkalmazni, amelyek időben azonosítják a veszélyeztetett csoportokat, és lehetővé teszik a beavatkozást a korai szakaszban.

Ösztönözni kell az önkiszolgálást, a munkaügyi szervezeten belüli információs és kommunikációs rendszerek hozzáférésére alkalmas ügyfélfogadók kialakításával. Ez azonban nem szoríthatja ki a magas színvonalú személyes szolgáltatást. Egy tanácsadónak mindig rendelkezésre kell állni, hogy segítséget nyújtson, ha szükséges. Különös figyelmet kell fordítani azokra a személyekre, akik nem képesek az önkiszolgáló rendszerek igénybevételére.

Elvileg az állami foglalkoztatási szolgálatnak a foglalkozások teljes körét és a potenciális álláskeresőket le kellene fedni. Speciális körülmények között, vagy az ország meghatározott szegmenseiben azonban olyan programokat is kifejleszthetnek, amelyek csak egy adott foglalkozási csoportra vagy szakképzettségre koncentrálnak.

### ***A munkáltatók felé nyújtandó szolgáltatások***

Az állami munkaügyi szervezetnek be kell vonni a munkáltatókat a munkaerő-piaci igények feltárásába és a szolgáltatások megtervezésébe, különösen azoknál a programoknál, amelyek bevezetésénél is számítanak a munkáltatókra, mint pl. a munkahelyteremtő beruházás támogatása vagy a bértámogatás.

A munkáltatók üres állásaival kapcsolatos szolgáltatások minőségét javítani szükséges, és elő kell segíteni a munkaerő felvételéhez kapcsolódó költségeik csökkentését is, többek között a szolgáltatások intenzív piacosításával, az információs technológia széleskörű hasznosításával és az álláskereső előszűrésével.

Az alapfunkciók sérelme nélkül a foglalkoztatási szolgálat tanácsadást indíthat a munkáltatók, különösen a kis- és középvállalkozók számára az emberi erőforrás-gazdálkodással kapcsolatos témákról, beleértve a dolgozók képességeinek saját követelményeikkel összhangban álló fejlesztését.

### ***Szakképzés***

Az állami foglalkoztatási szolgálat biztosítsa és ösztönözze a munkaerő-piaci képzés igénybevételét.

Az állami foglalkoztatási szolgálat játsszon folyamatosan aktív szerepet a szakképzésben.

A kormányok világosan határolják el az állami foglalkoztatási szolgálat felelősségét a szakképzési és közoktatási intézményektől. Kívánatos, hogy az állami foglalkoztatási szolgálat működjön együtt az oktatási szolgáltatókkal, valamint a munkáltatókkal, és olyan szakképzési rendszert tartson fenn, amely találkozik a helyi munkaerőpiac speciális szükségleteivel.

### ***Magánközvetítők***

Ahol a törvény engedélyezi a magánközvetítők működését, lehetővé kell tenni számukra, hogy aktívan részt vegyenek a munkaerő-piaci problémák megoldásában. A nemzeti körülményektől függően ez a szerep lehet az állami munkaügyi szolgálat helyettesítése vagy kiegészítése.

Az állami foglalkoztatási szolgálat számára lehetővé kell tenni, hogy piaci alapon igénybe vegyen magánszolgáltatókat, speciális munkaerő-piaci programok végrehajtására.

Amennyiben a magánszolgáltatók tevékenységét szabályozzák, ez három formát ölthet: a magánszektor önszabályozása, az állami foglalkoztatási szolgálat általi felügyelet; engedélyezési eljárás és/vagy regisztráció a megfelelő állami hatóságoknál.

### **OECD-ajánlások az állami foglalkoztatási szolgálatok számára**

A 80-as és 90-es években magas szinten állandósult munkanélküliség, továbbá a tartós munkanélküliek nagy száma a probléma gyökereinek és a lehetséges kezelési módoknak a feltárására indította az OECD szakembereit. 1994-ben átfogó elemzés készült a munkaerőpiac diszfunkcionális működéséről. E vizsgálat eredményeit a Job Study c. tanulmány mutatta be 1994-ben, amelyben az OECD ajánlásokat fogalmazott meg a tagállamok számára. Ezek a következő kilenc területet érintették:

- megfelelő makrogazdasági politikák kialakítása
- a technológiai fejlődés elősegítése
- a munkaidő rugalmasságának növelése
- megfelelő vállalkozói környezet megteremtése
- a munkabér és munkaerő-költség rugalmasságának növelése
- a foglalkoztatás biztonságára vonatkozó szabályozás átalakítása
- aktív munkaerő-piaci politikák kiterjesztése és növelése
- humánerőforrás-fejlesztés
- a munkanélküli- és szociális ellátórendszerek reformja.

A Job Strategy az állami foglalkoztatási szolgálatokkal és az aktív munkaerő-piaci politikákkal kapcsolatban megállapította, hogy a 90-es évek elején a tagállamok többségében

a passzív munkaerő-piaci eszközök domináltak a foglalkoztatáspolitikai kiadások között, és felhívta a figyelmet az aktív munkaerő-piaci politikák felé történő elmozdulás szükségességére, hangsúlyozva egyben az aktív eszközök hatékonysága növelésének fontosságát is. Kiemelt jelentőséget tulajdonított a munkaerő-piaci eszközök megfelelő célzottságának, és nagy hangsúlyt fektetett az aktív eszközök, továbbá a munkanélküli és egyéb aktív korú embereknek nyújtott pénzügyi ellátások közötti kapcsolat erősítésére is.

Az állami foglalkoztatás szolgálatok fejlesztésére vonatkozóan a következő ajánlásokat fogalmazta meg az OECD, figyelembe véve az eltérő munkaerő-piaci intézményi feltételeket:

- az áfsz három alapfunkciója közötti integráció elősegítése: állásközvetítés, munkanélküli ellátások megállapítása és folyósítása, aktív munkaerő-piaci programok;
- a munkanélküli ellátásban részesülők munkaügyi központokkal való kapcsolattartása intenzitásának növelése, és az álláskeresés ösztönözése;
- az állásközvetítés liberalizálása.

A munkanélkülieknek és más aktív korú eltartottaknak nyújtott szociális ellátásokkal kapcsolatban a tanulmány hangsúlyozza, hogy a 90-es években az ellátások munkavállalásra ösztönző hatása erősen háttérbe szorult, és felhívta a tagállamok figyelmét a munkavállalásra ösztönző ellátórendszerek kialakítására.

### ***OECD Job Strategy értékelése***

2004-ben megkezdődött a 94-es Job Strategy felülvizsgálata, az értékelést összegző záró tanulmány várhatóan 2006-ban készül el. Az OECD Gazdasági Igazgatósága által a Job Strategy értékeléséhez készített tanulmány bemutatja az elmúlt 10 évben végrehajtott reformokat az OECD-tagállamokban a Job Strategy kontextusában. Az aktív munkaerő-piaci politikák és az állami foglalkoztatási szolgálatok tekintetében a tanulmány megállapítja, hogy több OECD-tagállamban az egy főre jutó aktív munkaerő-piaci kiadások növelésével szemben elsősorban arra törekedtek, hogy az aktív munkaerő-piaci politikák értékelése alapján a forrásokat a leghatékonyabb eszközökre koncentrálják.

A reformok alapvetően következő négy területre irányultak:

- *Az állami foglalkoztatási szolgálatok tevékenységének fejlesztése az állasközvetítés terén.* Több OECD-tagállam bevezette a profiling és az egyéni akciótervek rendszerét a mielőbbi munkába helyezés elérése érdekében, az intenzív tanácsadás és képzés eszközeire építve.
- *A munkaképesség és a munkára kész állapot vizsgálatának előtérbe helyezése.* Számos tagállam szigorú szabályokat vezetett be a munkavállalási hajlandóság és az önálló álláskeresés ellenőrzésére.
- A tartós munkanélküliség kialakulásának megelőzése és a munkaképesség megőrzése érdekében a tagállamok többsége nagy hangsúlyt fektet az *aktiválásra*, már a munkanélküliség korai szakaszában. Néhány tagállam (Ausztrália, Svédország, Dánia, Svájc és Egyesült Királyság) bizonyos idő elteltét követően *kötelezővé* teszi az aktív munkaerő-piaci programokban való részvételt.
- *Az állami foglalkoztatási szolgálatok különböző funkciói közötti hatékonyabb együttműködési formák kialakítása.* Számos OECD tagállamban erősítették a kapcsolatot a különböző ellátórendszerek és az aktív munkaerő-piaci eszközök között, néhány országban a rendszerek teljes integrációja ment végbe, míg másutt a piaci mechanizmusok szerepe került előtérbe, elsősorban az állasközvetítés és a munkaerő-piaci programok kiszereződésén keresztül (Ausztrália, bizonyos tekintetben Hollandia, Dánia).

Az EU-tagállamokban a foglalkoztatási iránymutatásokban foglalt elvárásoknak megfelelően az aktiválás, a személyre szabott szolgáltatások nyújtása és az egyéni akciótervek készítése került egyre inkább a munkaerő-piaci politikák középpontjába.

### ***Aktív munkaerő-piaci politikák hatékonyságának növelése***

Már a Job Strategy is hangsúlyozta az aktív munkaerő-piaci politikák hatékonysága növelésének szükségességét. Az OECD-tagállamok döntő többsége az elmúlt évtizedben számos intézkedést hozott ezen cél elérése érdekében. Tekintettel arra, hogy az állami foglalkoztatási szolgálatok a munkaerő-piaci politikák végrehajtásának egyik legfontosabb szereplői, a munkaerő-piaci politikák hatékonyságának növelésére irányuló törekvésnek együtt kell járnia a foglalkoztatási szolgálatok funkcióinak, működésének és intézményes kereteinek

az újragondolásával. Alapvetően négy területen vázolhatók fel azok a tagállami erőfeszítések, amelyek a hatékonyság növelésére irányulnak: 1) az állami foglalkoztatási szolgálatok három alapfunkciójának – munkaközvetítés, munkanélküliek ellátása és az aktív munkaerő-piaci programok adminisztrációja – integrálása; 2) beavatkozás a munkanélküliség korai szakaszában, a tartós munkanélküliség megelőzése érdekében; kategorizálás bevezetése; a munkavállalási hajlandóság ellenőrzése; szankciók bevezetése az ellátások terén; 3) teljesítmény vezérelt irányítási rendszerek alkalmazása; 4) a piaci mechanizmusok beengedése a szervezetbe.

### **Állami foglalkoztatási szolgálatok az Európai foglalkoztatási szolgálatok tükrében**

Az uniós elvárásokat vizsgálva két dolgot kell szem előtt tartani.

Egyfelől fontos hangsúlyozni, hogy nincsenek olyan kötelező érvényű uniós előírások, amelyek meghatároznák a tagállamok számára, hogy milyen munkaerő-piaci szolgáltatásokat kell nyújtaniuk és/vagy milyen intézményi keretek mellett. A foglalkoztatási szolgálatokkal kapcsolatos uniós elvárások csak közvetett formában jelennek meg, elsősorban az Európai foglalkoztatási stratégia végrehajtásában betöltött szerepük révén.

Másfelől, az EU 25 tagállama között jelentős különbségek vannak a tekintetben, hogy milyen munkaerő-piaci környezetben és intézményi keretek között működik az állami foglalkoztatási szolgálat, mennyi forrás áll rendelkezésére, milyen feladatokat lát el, és melyek azok a szolgáltatások, amelyeket más szereplők bevonásával vagy állami szerepvállalás nélkül biztosítanak. Három olyan fő funkció van, amelyet hagyományosan az állami foglalkoztatási szolgálat lát el valamilyen formában, ezek a következők: munkaerő-piaci információk szolgáltatása, állasközvetítés, a munkaerő-piaci kereslet és kínálat összehangolása. E közösnek tekinthető funkciók mellett különböző modellek léteznek az aktív és a passzív eszközök kezelése tekintetében (egyes tagállamokban – például Franciaországban – a szolgáltatások és a pénzbeli ellátásokkal kapcsolatos hatósági és adminisztrációs feladatok egyértelműen elkülönülnek, míg máshol – például az Egyesült Királyságban – a két eszköz hatékonyságát éppen az együttes alkalmazástól várják), vagy a külső szolgáltatók szerepe

tekintetében is (néhány tagállam – például Írország – a képzési szolgáltatást a foglalkoztatási szolgálat intézményrendszerén belül biztosítja, míg máshol a képzés külső szereplők bevonásával zajlik).

Mindezen különbségek ellenére a szakmai célok és a reformtörekvések számos közös elemet tartalmaznak, amihez az Unió foglalkoztatáspolitikai koordinációs mechanizmusa, a kölcsönös tanulás programja és a foglalkoztatási szolgálatok igazgatóinak hálózata (HES Network) keretében folytatott tapasztalatsere is hozzájárult.

### ***Aktív munkaerő-piaci politikákkal kapcsolatos célkitűzések és elvárások***

A munkaerő-piaci politikák végrehajtásának intézményrendszere tekintetében az Európai Unió nem fogalmaz meg kötelező érvényű elvárásokat a tagállamok felé. Az aktív munkaerő-piaci politikákra vonatkozóan a foglalkoztatáspolitikai koordinációs mechanizmusa keretében meghatározott közös célok, iránymutatások és indikátorok ugyanakkor közvetlenül vagy közvetetten érintik a foglalkoztatási szolgálatokat is, mivel a tagállamok többségében az aktív munkaerő-piaci politikák végrehajtásának legfontosabb szereplője az állami foglalkoztatási szolgálat.

A foglalkoztatási iránymutatások – amelyeket 1998 óta, és eleinte évente határozott meg a Tanács – kezdettől fogva arra helyezték a hangsúlyt, hogy az aktív munkaerő-piaci politikák minél több munkanélkülit és a munkanélküliség minél korábbi szakaszában érjenek el. E tekintetben konkrét célokat is tartalmaztak/tartalmaznak az iránymutatások, amelyek valamelyest módosultak ugyan az évek során, ám ezek tartalma lényegében változatlan maradt:

*Valamennyi munkanélküli embernek fel kell ajánlani egy újrakezdési lehetőséget – képzés, átképzés, munkatapasztalat-szerzés, munkalehetőség vagy egyéb, a foglalkoztathatóság javítását szolgáló eszköz formájában, és ahol szükséges, folyamatos álláskeresési segítségnyújtással kiegészítve –, mielőtt a munkanélküliség időtartama elérné a pályakezdők esetében 6 hónapot, illetve egyéb esetekben a 12 hónapot.*



Emellett az iránymutatások eleinte nagy hangsúly helyeztek a passzív eszközökről az aktív politikák irányába történő elmozdulásra, és ehhez számszerűsített célkitűzés is kapcsolódott:

*Növelni kell az aktív eszközökben részt vevő munkanélküliek számát, és törekedni kell arra, hogy a résztvevők aránya érje el az e tekintetben legelőrehaladottabb három tagállam átlagát, vagy legalább a 20%-ot.*

A 20%-os célkitűzés 2000-re az EU akkori 15 tagállamát tekintve teljesült; a három legjobb eredményt felmutató tagállam átlaga (Svédország, Hollandia, Írország) ekkor 44% volt.

2003-tól ezt a célkitűzést egy új, a tartósan munkanélküliekre vonatkozó számszerűsített cél váltotta fel:

Biztosítani kell, hogy *2010-re a tartósan munkanélküliek 25%-a részt vegyen valamilyen aktív intézkedésben* képzés, átképzés, munkatapasztalat-szerzés, vagy egyéb foglalkoztathatóság javítását szolgáló eszköz formájában, a három e tekintetben legfejlettebb tagállam átlagának elérése érdekében.

Az iránymutatásokban foglalt célok megvalósításának nyomon követésére a tagállamok közösen meghatározott indikátorrendszert alakítottak ki, ám az adatok összehasonlíthatósága a tagállamok rendszerei közötti különbségek miatt még ma is gyakran korlátokba ütközik.

2003-ban az Európai Tanács kezdeményezésére Wim Kok (korábbi holland miniszterelnök) vezetésével létrejött az Employment Task Force, amely áttekintette az Európai foglalkoztatási stratégia céljai irányába történt előrehaladást, és átfogó jelentést készített a célok eléréséhez szükséges intézkedésekről. A jelentésben foglalt következtetések és ajánlások beépültek a 2004. és 2005. évi foglalkoztatási iránymutatásokba. Az aktiválás és a megelőzés tekintetében a jelentés nem hozott jelentős változást, megerősítette a már korábban meghatározott célokat. Az aktív munkaerő-piaci politikákkal kapcsolatban a következő javaslatokat, tennivalókat fogalmazta meg a tagállamok felé:

- Minden munkavállalónak és álláskeresőnek személyre szóló segítséget kell nyújtani már a kezdeti fázisban, tanácsadás, képzés vagy új álláslehetőségek formájában, összhangban a megelőzésre és aktiválásra vonatkozó foglalkoztatási iránymutatásokkal.
- Javítani kell az aktiválást szolgáló programok hatékonyságát, mindenekelőtt az álláskeresők tényleges szükségleteinek feltérképezésén keresztül, előnyben részesítve a célcsoportokra szabott intézkedéseket az általános, univerzális intézkedésekkel szemben.

- A tömeges elbocsátásokra, illetve a szerkezetváltásra való felkészülés érdekében olyan gyors-reagálású intézkedéseket kell kidolgozni, amelyekkel elkerülhetővé válik a munkanélküliség, illetve a korai nyugdíjazás.
- A munkaerő-piaci szolgáltatások biztosításában erősíteni kell a helyi szereplők közötti partnerséget, együttműködést.
- A legsérülékenyebb csoportok (így többek között a hátrányos helyzetű fiatalok és a fogyatékosok) sajátos igényeire külön figyelmet kell fordítani.

A Wim Kok Jelentés volt az első olyan uniós foglalkoztatáspolitikai dokumentum, amely már – az akkor még csatlakozás előtt álló – új tagállamok helyzetét is vizsgálta. Az aktív munkaerőpiaci politikák tekintetében a jelentés ezen országokra nézve a következő célokat és elvárásokat fogalmazta meg:

- A gazdasági átrendeződésből adódó változások kezelése érdekében a megelőző és aktivitást ösztönző munkaerő-piaci intézkedések fejlesztésére kiemelt figyelmet kell fordítani.
- Az aktív munkaerő-piaci politikákra fordított ráfordítások mértéke az új tagállamokban rendkívül alacsony, ezért mind a foglalkoztatási szolgálatokban foglalkoztatottak számát tekintve, mind pedig a pénzügyi ráfordítások terén határozott előrelépésre van szükség.
- Az új tagállamokban prioritásként kell kezelni az olyan modern foglalkoztatási szolgálatok felállítását, amelyek mind a munkavállalók, mind a munkáltatók igényeit ki tudják elégíteni. A munkaerő-piaci kereslet és kínálat eltéréseinek csökkentése érdekében erősíteni kell a mobilitást, és javítani kell a képzési lehetőségekhez való hozzáférést.

2005-től a lisszaboni stratégia végrehajtásához kapcsolódó új eljárások kialakításával megszűnt a foglalkoztatáspolitikai önálló koordinációs mechanizmusa, de ez az aktív munkaerő-piaci politikákkal kapcsolatos számszerűsített célokat érdemben nem érintette, mivel az ún. integrált iránymutatás-csomag részeként megfogalmazott foglalkoztatási iránymutatások megerősítették azokat. A 2005-ben elfogadott iránymutatásoknak a következő két eleme lehet itt releváns:

„Befogadó munkaerőpiac biztosítása, a munka vonzóvá és kifizetődővé tétele az álláskeresők – köztük a hátrányos helyzetűek – és az inaktívak számára, többek között aktív és preventív munkaerő-piaci intézkedések révén, ideértve a személyre szabott cselekvési tervek keretében a szükségletek időben történő azonosítását, a munkakereséshez nyújtott támogatást és a képzést, illetve a munkaerőpiactól legtávolabb lévők munkaerő-piaci integrációjának támogatásához és a szegénység felszámolásához szükséges szociális szolgáltatásokat [...]

A munkaerő-piaci igények összehangolásának javítása a következők révén: a munkaerő-piaci intézmények – különösen a foglalkoztatási szolgálatok – modernizálása és megerősítése, a foglalkoztatási és képzési lehetőségek nemzeti és európai szinten történő jobb átláthatóságára is tekintettel [...].”

A fentiek – a tagállamok többségét jellemző reformfolyamatokat tükrözve – két újdonságot tartalmaznak. Egyrészt, az aktiváláshoz és a megelőzéshez kapcsolódóan megjelennek a szociális szolgáltatások is, mint a leghátrányosabb helyzetűek munkaerő-piaci integrációját segítő eszközök, összhangban azzal az átalakulással, ami néhány tagállamban az utóbbi években végbement a foglalkoztatási és a szociális szolgáltatások összekapcsolása, integrált rendszerének kialakítása érdekében. Másrészt, a foglalkoztatási szolgálatok modernizációja iránti igény nem az aktív munkaerő-piaci politikákhoz kapcsolódóan, hanem külön iránymutatásban és a munkaerő-piaci kereslet és kínálat összehangolásának eszközeként jelenik meg. Ez a megközelítés tükrözi, hogy több tagállamban az utóbbi években a foglalkoztatási szolgálatnak ez a funkciója erősödött, miközben az aktivizálást szolgáló intézkedések végrehajtásába más szereplőket is bevontak.

### ***A foglalkoztatási szolgálat modernizációjával kapcsolatos elvárások***

Az európai foglalkoztatási iránymutatások első alkalommal 2000-ben fogalmazták meg elvárásként a tagállamok felé az állami foglalkoztatási szolgálatok modernizációját, és – amint az a fentiekben látható – ez a feladat a jelenleg érvényes iránymutatás-csomagnak is része (igaz, a modernizáció igénye már elsősorban nem az aktív munkaerő-piaci politikák hatékonyabb végrehajtásával összefüggésben, hanem a munkaerő-piaci kereslet és kínálat összehangolásának javításához kapcsolódóan fogalmazódik meg).

A tagállamok közötti együttműködés a foglalkoztatási szolgálatok tekintetében már a foglalkoztatáspolitikai uniós koordinációját megteremtő Amszterdami Szerződéssel egyidejűleg megkezdődött. 1998-ban az állami foglalkoztatási szolgálatoknak az Európai foglalkoztatási stratégia végrehajtásában betöltött kulcsszerepét elismerve az *Európai Bizottság közleményt tett közzé*, amely a munkaerő-piaci környezet változásaiból kiindulva kijelölte azokat a területeket, ahol a tagállamoknak intézkedéseket kell hozniuk a foglalkoztatási szolgálatok modernizációja érdekében.

A közlemény szerint ahhoz, hogy az állami foglalkoztatási szolgálatok képesek legyenek megfelelni a megváltozott munkaerő-piaci környezet kihívásainak, az alábbi öt területen van szükség előrelépésre.

#### *A bejelentett üres álláshelyek számának növelése*

A foglalkoztatási szolgálatoknak az álláskereső és a munkáltatók igényeinek egyaránt meg kell tudni felelniük. A szolgáltatások összetételének a két oldal tekintetében kiegyensúlyozottnak kell lennie: el kell kerülni, hogy az álláskereső – és különösen a hátrányos helyzetűek – igényeinek kielégítése háttérbe szorítsa a munkáltatók felé nyújtott szolgáltatásokat. Ez annál is inkább szükséges, mert a munkanélküliség sikeres kezelésének egyik alapvető feltétele, hogy a foglalkoztatási szolgálatnak az üres álláshelyek minél nagyobb hányadáról legyen tudomása. Az állásközvetítés piacán való részesedés növelése érdekében pedig mindenekelőtt jó kapcsolatokat kell kiépíteni a munkáltatókkal, ami a szolgáltatás szakszerűsége és megbízhatósága révén érhető el. A foglalkoztatási szolgálatnak fel kell ismernie a munkáltatók igényeit, korszerű szolgáltatás-csomagokat kell kínálnia (beleértve speciális szolgáltató ablakok kialakítását is a munkáltatók és/vagy egyes szektorok részére), és erőfeszítéseket kell tenni a foglalkoztatási szolgálat „imázsának” megváltoztatására. Mindezt ki kell egészítenie az információs és kommunikációs technológiák használatának, mindenekelőtt az önkiszolgáló rendszerek és on-line szolgáltatások kialakítása érdekében.

#### *Szisztematikus esetkezelés*

A foglalkoztatási iránymutatásokban megfogalmazott elvárások csak úgy teljesíthetők, ha a foglalkoztatási szolgálat a regisztráció napjától kezdve rendszerszerű esetkezelést biztosít,

beleértve az egyéni szükségletek felmérését, a munkanélküliek folyamatos nyomon követését és a személyre szabott megközelítést biztosító egyéni akciótervek (megállapodások) kidolgozását.

#### *A szolgáltatások rendszerének összehangolt működtetése*

A foglalkoztathatóság javítására irányuló intézkedések megvalósításában több különböző szervezetnek (képző szervezeteknek, szociális szolgáltatásokat nyújtó szervezeteknek, helyi önkormányzatoknak) kell szerepet vállalnia. Ez a többszereplős megközelítés megkívánja, hogy a foglalkoztatási szolgálat egyfajta koordinációs feladatot lásson el a különböző érintett szervezetek tekintetében. Ennek fontos eszköze lehet az ún. egyablakos rendszerek kialakítása, vagy az összehangolt esetkezelés eljárásrendjének, mechanizmusainak megeremtése.

#### *A foglalkoztatási szolgálat és más releváns szereplők közötti kapcsolatok erősítése*

Az állami foglalkoztatási szolgálatnak törekednie kell a más szereplőkkel való szinergikus kapcsolatokban rejlő lehetőségek kihasználására. Ez magában foglalja egyrészt az együttműködés erősítését a magánszektor munkaerő-piaci szolgáltatásokat nyújtó szervezeteivel, beleértve a szolgáltatások kiszereződésének lehetőségét is. Másrészt jelentheti a regionális/helyi hatóságokkal, a szociális partnerekkel, a szakképzési rendszerrel, a szociális ellátórendszer intézményeivel való együttműködés megerősítését is.

#### *A foglalkoztatási szolgálatok szerepe a nemzetközi mobilitás segítésében*

A munkaerő mobilitásának segítése érdekében törekedni kell arra, hogy az EURES-hálózat integrálódjon az állami foglalkoztatási szolgálatok normál működésébe, és magas színvonalú szolgáltatásokat nyújtson a munkáltatóknak, munkavállalóknak és álláskeresőknak.

A fenti közlemény óta nem született olyan átfogó bizottsági dokumentum, amely a tagállamok foglalkoztatási szolgálatainak közösnek tekinthető kihívásait, céljait és feladatait összegezné. Az elmúlt években közzétett jelentések, áttekintések megerősítették a közleményben foglalt

fejlesztési irányokat, és elsősorban a reformok végrehajtását vizsgálták (például az állami foglalkoztatási szolgálatok igazgatóiból szervezett uniós hálózat keretében).

A szakmai együttműködés segítése mellett az állami foglalkoztatási szolgálatok modernizációját 2000-től az Unió pénzügyi eszközökkel is támogatja az Európai Szociális Alapon keresztül. Ezt a lehetőséget 2004-től több új tagállam – köztük Magyarország is – igénybe veszi.

## **Dr. Radványi Katalin**

### **Minőség és mutatók a fogyatékossgal élő emberek ellátásában**

*Az ember holisztikus szemlélete, egyénre szabott komplex ellátása helyett ma az egészségkárosodással élő emberek világot mesterséges kategóriák osztják meg. Elválnak egymástól az ellátórendszerek és szolgáltatásaik, sőt ezeken belül sem feltétlenül működnek együtt a különféle szakmák.*

*A rendszer nyilvánvalóan akkor lesz hatékony, ha az ember egészét, egymástól elválaszthatatlan problémáit és ezek megoldásait együttesen „gondozzák”. A Kapocs folyóirat mostani és következő számaiban megjelenő, a minőségről és a rehabilitációról szóló dolgozatok azt veszik górcső alá, hogy milyen szolgáltatásokra, kapcsolatokra, minőségfejlesztő háttérre van szükség ahhoz, hogy a rendszer valóban hatékony legyen.*

*Csató Zsuzsa*

#### **Az életminőség**

##### ***Az életminőség mint fogalom***

Az életminőség, mint az általános jólét mutatója, nem újkeletű fogalom. A szakirodalomban az emberek jólétét (Wellfare) megkülönböztetik a szubjektív jól-léttől (Wellbeing) (Veenhoven 2000).

Az életminőség alapvető elemei pl. a cselekvési lehetőségek, az emberközi kapcsolatok, az önbecsülés, önmagam elfogadása és az életöröm (Nirje, 1966).

Az életminőségnek vannak objektív és szubjektív összetevői. Objektív összetevők például azok a tényezők, amelyeket a szocio-ökonómiai státusz meghatározóiként (SES) szoktunk felsorolni. Ezek a tényezők egy adott társadalomban, társadalmi csoportban meglétükkel általában pozitív irányban befolyásolják a személyek életének minőségét, hiányuk esetén a személyek az élet bizonyos területein hátrányt szenvednek.

Az objektív tényezők azonban önmagukban korántsem adnak teljes képet az életminőségről, mégpedig az alábbi okokból:

1. Az, hogy a személy mennyire képes élni a lehetőségekkel, jelentősen befolyásolja a hatásokat.
2. Az objektív tényezők számos olyan szempontot is magukba foglalnak, amelyekkel – mint személyiség- illetve környezeti tényezőkkel – csak az utóbbi időben foglalkozunk, illetve még mindig nincs elég súlyuk a felméréseknél.
3. Az objektív összetevők szubjektív megélése legalább olyan fontos, mint az objektív feltételrendszerek összessége: amennyiben a környezet tagjai ugyanolyan körülmények között élnek (pl. bizonyos történelmi helyzetekben), a helyzet elfogadhatóbb, kis különbségek nagy jelentőségre tesznek szert, és pozitív irányba lendítik ki a személy megelégedettségét, az életminőség szubjektíve pozitív megélését.
4. A szubjektív összetevőket is figyelembe kell venni a társas-társadalmi hatások során, melyek az életminőséget befolyásolják. Ilyenek pl.: az emberi méltóság, az emberekbe vetett bizalom, vagy a közösséghez való tartozás tudata.

### ***Fogyatékossgal élő emberek életminősége***

A fogyatékossgal élő személyek életminőségének vizsgálatánál egy fontos dolgot biztosan leszögezhetünk: azt, hogy szükség van a mérésre. Ezen túl azonban jó néhány tisztázásra szoruló és megválaszolásra váró kérdés merül fel:

- Melyek azok az objektív feltételtényezők, amelyeket figyelembe kell venni?
- Vajon az objektív tényezők minden fogyatékossgai típusnál, valamennyi súlyossági fokon ugyanazok, vagy más és más jelentőségük lehet?
- A minőségbiztosítás során alkalmazott eljárások az érintett csoport életminőségének mérését szolgálják, vagy inkább a velük kapcsolatos munka adminisztrálását segítik elő?
- A mérőeszközök mennyire fedik le azokat a tartalmakat, amelyek szerepet játszanak a személyek életminőségének alakulásában?



- Mennyire alkalmazhatóak külföldről átvett mérőeszközök, nem szerencsésebb-e a hazai társas-társadalmi és gazdasági viszonyok feltételeire kidolgozott tesztek alkalmazni?
- Néhány fogyatékosági típus esetén milyen garanciákkal rendelkezünk arra nézve, hogy a külső (szak)emberek által megfogalmazott szubjektív vonatkozások valóban és érdemben megfelelnek az érintettek vágyainak? (Ilyen érintett csoport az értelmi akadályozottság gyűjtőnévvel illetett személyek csoportja.)
- Az életminőséget befolyásoló tényezők relatív módon jelentkeznek a különböző személyeknél. A szubjektív jól-lét dinamikus rendszer: előzményváltozók (korábbi életesemények) ugyanúgy befolyásolják, mint következményváltozók, például a megélt életminőség hatása a személyiségre, az énképre. Hogyan tudjuk a lehető legtöbb szempontot figyelembe venni?
- Mi a valódi célja a fogyatékosággal élő személyeknél az életminőség mérésének?

Néhány lehetséges cél:

- a valóságos helyzet feltárása, felhasználás a döntéshozatalnál a jobbítás szándékával
- kutatási cél: összehasonlítás (belföld-külföld)
- jelentés készítése (pl.: EU-s pályázatok)
- a fogyatékosági területen végzett munka dokumentálása, esetleg finanszírozás alapja
- a fejlesztő munka programvisszajelzése: új eljárások kidolgozásának, a korábbiak kontrolljának alapja
- a fogyatékosággal élő emberek bevonásával életminőségük javítását szolgáló felmérés.

A teljesség igénye nélkül történt felsorolás alapján sok szempont felhasználható valamennyi cél esetén, adódhatnak viszont olyan szempontok, amelyek a különböző céllal végzett vizsgálatoknál legalábbis eltérő súllyal (vagy egyáltalán nem) jelenhetnek meg. Joggal vetődhet fel tehát a kérdés: a vizsgálatok egységes szempontrendszere mennyire feleltethető meg a különböző céloknak?

### ***Az életminőséggel kapcsolatos mérések***

A fogyatékosügyben az életminőség mérését először felnőtt, illetve súlyos értelmi fogyatékosoknál vezették be. Angliában (Gunzburg és Gunzburg, 1996) a kiscsoportos lakóotthonoknál fellépő veszélyre figyeltek fel. Annak érdekében, hogy az ott élők ne kerüljenek újrainstitucionálódó helyzetbe, 1987-ben kifejlesztették a LO CO-t – Learning Opportunities Coordination –, egy vizsgálati eszközt, „amely objektív információkat kíván nyerni olyan helyzetek meglétéről vagy hiányáról, amelyek természetes tanulási lehetőséget nyújtanak”.

Vaszilkó (2001) szakdolgozatában súlyos fokban értelmi fogyatékos, halmozottan sérült felnőttek ellátását végző intézményben alkalmazott eljárást mutat be. Az eljárás az ún. FIL: „Fragebogen zur Individuellen Lebensführung von Menschen mit Behinderung” („Fogyatékosággal élő emberek egyéni életvezetésére vonatkozó kérdőív”). A kérdőívet Werner Haisch „Gyógypedagógiai modellje” nyomán dolgozták ki, amely J. Piaget kognitív szakaszok elméletének az első két évre vonatkozó, ún. szenzomotoros intelligencia szakaszát veszi alapul.

A Haisch-féle modell hat szintéren vizsgál, ezek a következők:

1. ápolás/önápolás
2. mozgás
3. tevékenység
4. szokások
5. alkotás
6. közlések

**1. táblázat**  
**A Haisch-féle modell**

ÉLETFORMA	HONNAN?	HOGYAN?	HOVÁ?	EREDMÉNY
Ápolás, önápolás	Vegetatív szükségletek (éhség, szomjúság, fájdalom...)	Ápolás, megnyugtató (személyes szükségletek kielégítése, testkontaktus, jelenlét)	Megnyugvás és elégedettség (lehetőségessé válik a valami másra való figyelem)	Nyugodt életség (kibontakozás, tanulás, munka lehetősége)
Mozgás	Merev,	Mozgásöröm	Oldott, laza,	Mozgás-, és

	koordinálatlan mozgás (egész test mozgása, reflexmozgások)	felkeltése (mozgás lehetősége, ösztönzés, ingerek nyújtása, megnyugvás)	célzott mozgás (mozgásbiztonság, mozgásörömg, mozgásörömg, különböző testmozgások, élvezet)	testérzet (lehetővé vélik az eszközzel segített járás, ill. az önálló mozgás helytől helyig)
Tevékenység	Feszélyeztettség, az ingerek véletlenszerű felfedezése (az új ingerek vonzóak és/vagy ijesztőek, így ismétlik vagy elkerülik őket)	Rávezetés az élményszerzésre, „csábítás” a próbálgatásra (megmutatni hogy is megy ez, bőséges eszköztárral, hozzáférést biztosítva)	Jártasság, rendelkezésre álló környezet (élmény, privátszféra megteremtése)	Kialakul a tetszés, kedvvel a dolgokban (a foglalkozások élvezetesekek, élményt nyújtóak, de célirányosak)
Szokások (itt válik először a másik ember, mint szociális lény, érdekessé)	Különösen szeretett gondozási forma („amit szívesen csinállok”, kedvencek – majd szimpátia, öröm alakul ki)	Együttes szabályjátékok, kapcsolatok (részvétel a játékban, gyakorlás, motiváció: „azt én is tudni akarom”)	Rutin, készségek elsajátítása („alkalmazkodóvá” válni, otthon lenni, eszköz használata egy cél eléréséhez)	Praktikus önállóság
Konstrukció (ennél az életformánál a piaget-i szenzomotoros fejlődés véget ér)	Felfedezések („Mi történik, ha...”, hogyan működik, mit lehet vele csinálni?)	Minták, alkalmazás, szerepjáték („mi tetszik nekem?”)	Produktum (a személyiség megnyilvánulása, egyéni stílus kialakítása, sajátos jegyek kinyilvánítása)	Személyes megnyilvánulások (függetlenség másoktól, saját egyéniség kibontakoztatása)
Közlések (kifejezés, elképzelés, kogníció)	Megértetni magukkal egy kép jelentését, megnevezni, indítványozni	Figyelem a másokra, jelzett cselekvésértése, párbeszéd (gesztus, mimika, szimbólumok, beszéd)	Jelkép és jelentés összekapcsolása, értékelés és döntéshozatal („prioritást szerezni”)	Elképzelések, személyes álláspont, reflexiók, öntudat

A felmérés az intézmény felszereltségére, a szakember-ellátottságra, a szabadidő-eltöltés lehetőségeire és formáira, a pénzbeli juttatásokra, az intézeten belüli magántulajdonra és a partnerkapcsolatra vonatkozóan is tartalmaz kérdéseket.

Magyarországon az ugyancsak német nyelvterületről származó és meglehetősen bonyolult LEWO-t használják. („Lebensqualität in Wohnstätten für Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung” – „Életminőség a felnőtt korú értelmi fogyatékosok lakóformáiban”; Schwarte, Oberste-Ufer, 1999). A magyarra lefordított kézikönyv 3. fejezetében (29–31.old.) az eszközkészlet kifejlesztésének állomásait taglalva a szerzők több mérőeszközt felsorolnak, melyeket az életminőség mérésére fejlesztettek ki

A LEWO tizenkét irányelvet fogalmaz meg. Maga a felmérés hét „munkaterületet” és ezekhez kapcsolatosan 33 „tárgykört” különböztet meg. Különválasztja a kínálati és a felhasználói mutatókat. A LEWO előnye, hogy sok területre kiterjedő felmérés, lényeges pontokat szép számmal érint, viszont ez az alaposság egyben nehézkessé teszi az alkalmazását: inkább a minőségbiztosítás dokumentációjához használják a gyakorlatban egyes részeit. A vaskos, 459 oldalas kézikönyv jó néhány területet csak felületesen érint (pl. az agresszió, a krízishelyzet kezelése) – de legalább említést tesz róluk. Mindemellett jól használható szempontokat ad az intézmények számára saját ellenőrzési rendszerük kifejlesztéséhez.

Az eddigi szűkös felsorolás alapján is látható: az életminőség-mérésnek mint fogalomnak és mint eljárásnak a tárgya a *felnőtt* fogyatékosággal élő személyek helyzete. Kiterjesztve a fogalmat a teljes népességre, felvetődik a kérdés, mi van a kisgyermekkel és az iskoláskorúakkal, s ezek családtagjaival? Milyen formában kapunk visszajelzést az ő helyzetükről, életükről, a családok életminőségéről? Ebben az életkorban többnyire a gyermekek fejlesztésének érdekében végzünk felméréseket, ezek azonban nem választhatók el az életminőségtől. Fontos, hogy ne csupán a statikus környezeti jellemzőket regisztráljuk, hanem azokat a tényezőket is, amelyek a személyek közötti dinamikus kölcsönhatásokat mutatják, ugyanis ezek a személyek helyzetéről, adott társas-társadalmi állapotáról adnak visszajelzést, amik pedig fontos összetevői az életminőségnek. (Gondoljunk a Nirje által megfogalmazott összetevőkre.) Ilyen felmérés pl. a HOME - leltár.

## **Az ellátás**

### ***Az ellátás eredményességének, minőségének szempontjai***

Amerikai szerzők szerint a fogyatékossgal élő személyek pszichoszociális alkalmazkodására három terület hat meghatározóan: a szociális, a pszichológiai és a biológiai (Amman, Hammer és Rojahn, 1993). A felsoroltak mindegyike több tényezőt foglal magába, amelyek dinamikus hatásrendszerben működve erősítik vagy gyengítik az egyén alkalmazkodási képességeit. A biológiai területhez tartozik például az érzékelés, a fizikai képességek, a pszichológiai területhez a személyiség, a kötődési képesség az anya-gyermek kapcsolatban, a központi feldolgozás folyamatai, míg a szociális háttértényezők között említik azokat a körülményeket, amelyeket a hétköznapi értelmezésben az ellátás címszó alá sorolunk. Ilyenek az orvosi és egészségügyi ellátás, az oktatási rendszer, a fejlesztő eljárások elérhetősége, a munkalehetőségek stb.

A modell a szokásos felsorolásokon és kategóriákba rendezéseken kívül arra a fontos szempontra is rávilágít, mely szerint a személyi és környezeti tényezők nem vizsgálhatók külön-külön; így az ellátás minőségét, jellegét és eredményességét sem lehet önmagában vizsgálni, minden esetben a pszichológiai, biológiai és egyéb szociális tényezők figyelembevételével értékelhető a helyzet. Azonban mindez nem mentesíti az adott társadalmat az alól, hogy az ellátást megszervezze, fenntartsa, ellenőrizze, valamint az igények és a lehetőségek arányában időről-időre módosítsa.

Amikor az életminőséget definiálni próbáljuk, figyelembe kell vennünk, hogy az *életminőség* rendkívül sok szempontot magába foglaló fogalom. A mérési eljárások vázolásánál (és a szakirodalomban általában) a felnőtt korú személyekre vonatkozó vizsgálati eljárásokkal találkozunk. Kisgyermek- és iskoláskorban inkább az *ellátás minőségét* szokták figyelni. Ilyen ellátási formák az anyagi természetű juttatások vagy a személyi juttatások (mint az utazó gyógypedagógus a korai fejlesztés idején).

Az ellátás terén, ugyanúgy, ahogy az életminőség megítélésénél, a teljes objektivitás nehezen érhető el. Tudunk olyan családokról, amelyek a lehetőségeiket koránt sem merítik ki, mégis úgy érzik az érintettek, hogy ellátásuk megoldott, máshol viszont akár jogtalan eszközökkel is – vagy mások kárára – igyekeznek a lehető legtöbb anyagi és egyéb szolgáltatást mint számukra járó ellátást megszerezni. Amennyiben tehát pusztán az érintettektől kérünk

beszámolót arra vonatkozólag, hogy milyen minőségű az ellátó rendszer, könnyen hamis képet kaphatunk.

Az ellátásnak jogi kategóriákban meghatározott alapja van. A jogszabályok előírják, hogy milyen típusú probléma esetén milyen jellegű támogatás jár a fogyatékkal élő személynek. Sajnos még mindig vannak kiskapuk, az ellátás nyújtására kötelezettek gyakran anyagi és egyéb nehézségekre hivatkozva egyszerűen kibújnak e kötelezettség alól.

Szükség volna többek között az alábbiakra:

- a rászorultság alapján történő ellátás legyen természetes a társadalom minden tagja számára
- az ellátást biztosítók egységesen járjanak el, tudjanak az újabb jogszabályokról, ne fordulhasson elő, hogy pl. orvosok megtagadnak bizonyos jogos juttatásokat információhiány miatt
- a jogszabályok pontosan fogalmazzanak, ne lehessen kibúvókat keresni (vagy minél kevesebbet)
- az ellenőrzés (és a szankcionálás) folyamatos legyen.

Az ellátás színvonalának emeléséhez hozzátartozik az információadás. E feladatot elláthatná egy olyan szociális szakember, aki a családokat kíséri, támogatja, képviseli, az ellátás érdekében a tennivalókat szervezi, esetleg besegít. Ő lenne egyúttal az, aki folyamatosan követi a jogszabályok, lehetőségek változásait, és arra felhívja az érintettek figyelmét.

### ***Az ellátás mérése***

Az általam ismert európai országokban, illetve az Egyesült Államokban és Ausztráliában a fogyatékkal élő személyek és családjaik egészségügyi, oktatási, pszichológiai, szociális ellátását napjainkban már minőségi szempontok alapján elemzik. Példa lehet erre a súlyos értelmi fogyatékos gyermekek szülei körében végzett reprezentatív (1038 főre kiterjedő) bajorországi vizsgálat, melyet a Münchener Egyetem Értelmileg Akadályozottak

Gyógypedagógiája tanszékén indított O. Speck és K. Bundschuh. A szülők szubjektív túlterheltségét vizsgálták, keresve annak okait.

Magyarországon jelenleg többnyire még az ellátás mennyiségi mutatóit kutatják, ilyen statisztikák időről-időre napvilágot látnak. Hiányosságuk, hogy sommásak, előfordul, hogy az adatokból valamely szűkebb csoport valódi ellátásáról nem lehet információt nyerni. Próbáljon valaki az értelmi fogyatékosokkal élő személyeknél az értelmileg akadályozottak csoportján belül a középsúlyos, illetve a súlyos értelmi fogyatékosok helyzetére külön statisztikát találni (és igazán mindegy, hogy ez milyen korosztályra vonatkozik) – igen nehéz dolga lesz! Pedig szakmailag ma már bizonyított, hogy a különböző súlyossági kategóriák nagyjából elkülöníthető jellegű szolgáltatásokat, ellátást igényelnek, az egyben kezelt statisztikai mutatók az értelmezést jelentősen torzítják. Következtethettünk korábban az iskolatípusból, ahová a gyermek jár, vagy az intézményből, ahol a felnőtt él – ma már ennek sincs jelentősége. Nagy szükség lenne pedig a pontosított adatokra ahhoz, hogy az ellátás célszerűbben, gazdaságosabban és főleg hatékonyabban megszervezhető legyen. Nem utolsó sorban az ellátás valódi kontrolljának alapfeltétele a precíz visszacsatolás.

Szülőkkel beszélgetve az ember igen hamar rádöbben arra a tényre, hogy az információk megszerzése, a gyermek korának, fogyatékosági típusának és fogyatékosága mértékének megfelelő ellátási formák felkutatása és elérése gyakran olyan mennyiségű energiát igényel, hogy a szülőknek a gyermekükkel kapcsolatos legfontosabb teendőkön kívül alig jut idejük és erejük másra, így mindjárt a saját pszichés problémáikkal való foglalkozásra. Nagy szükség lenne tehát az ellátás valóban minőségi mutatóinak vizsgálatára is (mint a szubjektív megelégedettség mérése). Ilyen vizsgálatokat az ELTE Gyógypedagógiai Karán, az értelmileg akadályozottak gyógypedagógiája szakon tanuló hallgatók szakdolgozataikban már végeztek. Jóllehet nem dolgoztak reprezentatív mintákkal, a szakon folyó kutatások során több dolgozat eredményeit összefoglalva következtetések vonhatók le a jelenlegi fogyatékosügyi ellátás minőségével kapcsolatban.

A statisztikákon és az érintetteken kívül az intézményvezetők köre az, ahonnan visszajelzéseket lehet kapni a fogyatékosokkal élő személyek ellátásáról. Az intézményvezetők pontosan tisztában vannak azzal, hogy a velük kapcsolatban álló személyek

(és családok) milyen szinten ellátottak akár az intézmény keretein belül, akár más színtereken. Elmondásuk szerint jelenleg az egyik legneuralgikusabb pont, hogy az iskoláskorú középsúlyos értelmi fogyatékos gyermekeket olyan oktatási intézménybe veszik fel, ahol nincs biztosítva a speciális ellátásuk, majd egy idő után visszakerülnek a gyerekek az eredeti és számukra adekvát oktatási formába, ám addigra jelentősen visszaesnek e fejlődésben, a közben eltelt idő kihasználatlan volt, és jó, ha a frusztrációk miatt nem alakul ki náluk magatartásprobléma. Felnőtteknél pedig a képzés-továbbképzés enyhe értelmi fogyatékosokétól legálisan elkülöníthető formáiért kell lobbizniuk.

Amennyiben tehát az ellátás eredményességét és színvonalát külön-külön, vagy csak egy szinten (leggyakrabban elnagyolt statisztikákon keresztül) vizsgáljuk, ez nem fog hiteles képet nyújtani a valóságos helyzetről. Szükséges lenne a még inkább célcsoportokra bontott mennyiségi jellegű vizsgálatokon kívül több szempontból közelítő, minőségi jellegű, koordinált felméréseket végezni.

### **Az ellátás és az életminőség kapcsolata**

Az ellátás és az életminőség elválaszthatatlan egymástól, a mérés szempontjából azonban nem azonosíthatók. Az ellátás kellő körültekintéssel objektívabban mérhető, pontosabban számszerűsíthető, így jelzésértékű lehet az életminőséggel kapcsolatosan is. Az életminőség ennél tágabb fogalom: a személyre szabott ellátás befolyásolja az életminőséget, de ez utóbbinál a szubjektív tényezőket is maximálisan figyelembe kell venni. Ezek a szubjektív tényezők pedig életkoronként, személyenként, csoportonként mások és mások. Az életminőség javításának olyan, statisztikailag nem mérhető összetevőire is oda kell figyelni, mint a fogyatékoság közlésének módja, a megfelelő szintű, elérhető és kellő ideg tartó pszichológiai segítségnyújtás a szülők számára, vagy a biográfiai munka felnőtt korú értelmi akadályozottsággal élő személyek esetében.

A minőségvizsgálatokat mára már széleskörűen alkalmazzák. Az intézmények részben átvettek, részben maguk dolgoztak ki ilyen eljárásokat. Ezeknek az eljárásoknak fontos célja van: arra irányulnak, hogy számszerűsítve kimutassák az adott intézményben folyó munka hatékonyságát, és ezt dokumentálják. Ugyanakkor nem igazán céljuk a felméréseknek, hogy a



valóságos helyzetről képet adjanak, illetve, hogy a további teendőket általában megjelöljék. (Részfeladatokat kijelölnek, pl. az oktatás hatékonysága, vagy szülőkkal való kapcsolattartás terén.)

Amennyiben tehát valódi képet akarunk kapni egy adott csoport életminőségéről, szükség van a megfelelő ellátás feltérképezésére, de ezen túlmenően az egyének, családok, közösségek helyzetével is foglalkozni kell.

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a felmérések során kapott adatok csak tájékoztatásul szolgálhatnak, és nem szabad megállni ezen a szinten: az életminőség az egyének szintjén követelmény, tehát nem lehet a közös követelményeket általánosítani, hanem mindig az adott helyzetben, az adott társadalmi csoportban, az adott személyek számára kell a megfelelő életminőséget biztosítani.

### **Javasolt és alkalmazott szakirodalom**

Aman, M.G., Hammer, Rojahn, J. (1993): Mental retardation. In.: Ollendick, Hersen: Handbook of Child and Adolescents Assesment, Allyn and Bacon, Boston

Bánfalvy Cs. (1996 ): Életminőség a 90-es években. Szociális Munka 1996/2, 81–93. o.

Bánfalvy Cs. (1998): Az intézetekben élő értelmi fogyatékosok életminősége és a kitagolás aktualitása. In.: Zászkaliczky P. (szerk.): A függőségtől az autonómiáig. Kézenfogva Alapítvány kiadványa

Bánfalvy Cs. (1999): Az értelmi fogyatékos felnőttek részére tartós bentlakást biztosító intézetekben kitöltött kísérleti önértékelési kérdőívvel szerzett tapasztalatok. In.: Lányiné Engelmayer Á.(szerk.) (2002): Kiscsoportos lakóotthonok. Soros Alapítvány kiadványa, Budapest, 135–186.o.

Bardosné Budaházi I. (1995): Életminőség és integráció az Egyesült Államokban. In.: Szabó Szilárdné (szerk.): Sérült ember a családban. Kézenfogva Alapítvány kiadványa

Baróti B. (1993): Egy felnőtt értelmi akadályozottakat foglalkoztató intézmény életéből. Schwäbisch Hall, Heim Schöneck. In.: Göllesz V. (szerk.): Szintentartó, fejlesztő és terápiás foglalkoztatás. Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 6., Budapest, 52–69.o.

Bartholy J. (2002): LEWO 2000. In.: Lányiné Engelmayer Á.(szerk.): Kiscsoportos lakóotthonok. Soros Alapítvány kiadványa, 2002.

Beck, I.(1992): Normalisierung und Lebensqualität. Lebenshilfe kiadványa

Binstock,R. Georg C.(eds.) (1996): Handbook of aging the social sciences. Academic Press

Bongie, T. (2002): The impact of new technologies on the quality of life of people with disabilities. Strasbourg: Council of Europe Publ.

Bruckmüller, M. (1995): Az együttlakás integratív formái. In.: Hatos Gy.(szerk.): Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön. BGGYTF, Budapest, 109-113.o.

Bruckmüller, M. (1999): Értelmi akadályozottság és a gyermekvállalás – A pedagógiai kísérés lehetőségei. In.: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.): Kiscsoportos lakóotthonok. Soros Alapítvány kiadványa, 2002.

Falvai R. (szerk.) (2001): Értelmet az életüknek. Fészek szakmai füzetek 2.

Göllesz V. (1985): Gyógypedagógiai rehabilitáció. Tankönyvkiadó, Budapest

Gunzburg, H.C., Gunzburg, A. L. (1996): Kiscsoportos lakóotthonok – az intézetiesítés új formája? In.: Lányiné(szerk): Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása. Fordításgyűjtemény, Budapest.

Kovács A., Tausz K. (1997): Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről. Szociális Szakmai Szövetség kiadványa, Budapest

Kullmann L. (1993): Gondolatok az életminőség értelmezéséről. In.. Göllesz V. (szerk): Életminőség-fejlesztő mozgalmak a fogyatékosügyben. Szociális Munka Alapítvány kiadványai 9., Budapest, 5–17.o.

Lengyel Gy. (2003): A szubjektív jólét társadalmi feltételei. Esély 2003/1.

Mittler,P. (1995): Az akadályozottakkal való munka nemzetközi tapasztalatai. In.: Hatos Gy. (szerk.): Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön. BGGYTF, Budapest, 57 – 71.o.

Nirje, B. (1996): A normalizációs elv – 25 év után. In.: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.): Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása. BGGYTF, Budapest, 118–139. o.

Parke, R.D.(1978): Children's home environments: social and cognitive effects. In.: Altman, I. Wohlwill, J.F.: Children and the Environment, Plenum Press, New York, London, 33– 81.o.

Radványi K.(2001): Adatok az értelmileg akadályozott gyermekek képességeinek megítéléséhez iskoláskorú Down-szindrómás személyek értelmi szintjének, szociális kompetenciájának (adaptív viselkedésének) és otthoni környezetének vizsgálata alapján. Bölcsészdoktori disszertáció, ELTE

Radványi K.: Down-szindrómás gyermekek intelligenciaszintje, szociális kompetenciája (adaptív viselkedése) és az otthoni környezet jellemzői közötti kapcsolatok vizsgálata. *Pszichológia* 2003/4, 393–408.o.

Schwarte N., Oberste-Ufer, R. (1999): LEWO. Életminőség a felnőtt korú értelmi fogyatékosok lakóformáiban. Segédeszköz a minőségfejlesztéshez. A Bundesvereinigung Lebenshilfe kézikönyve. BGGYTF, Budapest.

Seifert, M. – Hahn, M. (1996): Az értelmi fogyatékosok lakáshelyzete Berlinben, különös tekintettel a kifejezett gondozási igényeket jelentő személyekre. In.: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.): Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása. BGGYTF, Budapest, 118–139. o.  
58-114.o.

Sid et al. (1995): A fogyatékosok helyzete Magyarországon. *Esély Füzetek* 3.

Speck, O. (1999): Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Reinhold Verlag

Szabó L. (2003): A boldogság relatív - fogyatékoság és szubjektív életminőség. *Szociológiai Szemle* 2003/3 86-105.

Thimm, W. (1986): Normalisierung und alltägliche Lebensbedingungen. Lebenshilfe

Valach A. (1999): Az országgyűlési Biztos Hivatalának tapasztalatai az értelmi fogyatékos emberek jogainak érvényesüléséről. In.: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.): Kiscsoportos lakóotthonok. Soros Alapítvány, Budapest 69–77.o.

Vaszilkó Zs.(2001): Felnőtt értelmileg akadályozottak szociális ellátása – elvek és szemléletek külföldi és hazai minták tükrében. Főiskolai szakdolgozat. ELTE BGGYFK.

Veenhoven, R.(2000): Wellbeing in the Welfare State. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2000/2. 91-125.

Walsch, P.N., Gash H. (2004): *Lives and times: Practice, policy and people with disabilities.* Rathdown Press

---

**Dr. Gere Ilona**

## **Foglalkoztatási stratégia**

### **a tartósan akadályozott emberek integrációja érdekében**

#### **Bevezető**

A tartósan akadályozott (fogyatékos, megváltozott munkaképességű) emberek jelentős része potenciálisan ki van téve a kirekesztődés – különösen a munkaerő-piaci kirekesztődés – kockázatának. E kockázat jelentősen csökkenthető az érintett személyek foglalkoztathatósági szintjének javításával, a támogatási és érdekeltségi viszonyok fejlesztésével, valamint a munkavállalók megmaradt képességeit differenciáltan hasznosítani képes sokszínű, rugalmas, átjárható munkalehetőségek megteremtésével. A munkaerő-piaci részvétel lehetővé teszi, hogy az emberek gondoskodjanak saját megélhetésükről, és teljesebb életet éljenek. A munka lehetővé teszi, hogy az ember megőrizze méltóságát, és nagyobb függetlenségre tegyen szert. Mégis ez az a terület, ahol még a fejlett országokban is nagy a lemaradás az esélyegyenlőség terén.

Magyarországon – bár más szinten, mint az Európai Unió tagállamaiban – ugyancsak komoly kihívást jelent a tartósan akadályozott emberek munkaerő-piaci integrációjának biztosítása. Halaszthatatlan szükségességét ugyanakkor jól szemléltetik a népszámlálás fogyatékos emberekre vonatkozó adatai. A 2001. évi népszámlálás 577 ezer fogyatékos embert regisztrált Magyarországon. A nemzetközi statisztikák átlagosan 10%-ra becsülik adott népességben belül a tartósan károsodott emberek arányát. A népszámlálás adatai tehát közelítően az érintett populáció 60%-ára vonatkoztatható.

Gazdasági aktivitás tekintetében a fogyatékos és nem fogyatékos népesség között már 1990-ben is jelentős különbséget tapasztalhattunk, s ez 2001-re sem változott. A népszámlálás évében a fogyatékos embereknek mindössze 9%-a dolgozott, míg ez az arány a nem

fogyatékos népességnél 38% volt. (Az Európai Unió tagállamaiban a fogyatékos emberek átlagosan 40-50 %-a (a súlyosan fogyatékosok 30-40 százaléka foglalkoztatott).

**1. sz. tábla**

**A népesség megoszlása fogyatékoság és gazdasági aktivitás szerint  
1990, 2001 (%)**

Gazdasági aktivitás	1990			2001		
	összesen	fogyatékos	n e m fogyatékos	összesen	fogyatékos	n e m fogyatékos
		személyek			személyek	
Foglalkoz- tatott	43,6	16,6	44,6	36,2	9,0	37,8
Munka-nélk üli	1,1	0,7	1,1	4,1	2,0	4,2
I n a k t í v kereső	25,6	57,5	24,5	32,4	76,7	29,8
Eltartott	29,7	25,2	29,8	27,3	12,2	28,2
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Forrás: Népszámlálás, 2001 – 12. A fogyatékos emberek helyzete. KSH*

A munkanélküliek kedvező aránya elsősorban azzal magyarázható, hogy az elmúlt évtizedben a tartósan akadályozott emberek – munkahelyvesztés esetén – sokkal inkább a „biztos megoldást”, a szociális és társadalombiztosítási ellátásokat választották, mint a munkanélküli státuszt. Ezt a döntést az is erősítette, hogy az állami munkaügyi szervezet sokáig egyáltalán nem működtetett olyan segítő formákat, amelyek reális esélyt adtak volna a fogyatékosággal élő emberek számára a munkaerőpiacra való ki- vagy visszalépésre.

Mindezek eredményeképpen indokolatlanul magas a fogyatékos népesség körében az inaktív keresők aránya és a növekedés üteme is jóval meghaladja a nem fogyatékos inaktív népesség növekedésének ütemét a két népszámlálás közötti időszakban.

Az aktív korú fogyatékos emberek munkavállalási esélyei azért is lényegesen rosszabbak a népesség egészénél, mert jóval alacsonyabb az iskolai végzettségük. Míg a fogyatékos emberek 70%-a maximum 8 általános osztályt végzett el, addig a nem fogyatékos személyek esetében ez az arány 50%-os. Felsőfokú végzettséggel a fogyatékos emberek 5%-a, míg a nem fogyatékosok 10%-a rendelkezik.

**2. sz. tábla**

**A 7 éves és idősebb népesség megoszlása**

**fogyatékos és a legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerint**

**1990, 2001 (%)**

Iskolai végzettség	1990		2001	
	fogyatékos	nem fogyatékos	fogyatékos	nem fogyatékos
	személyek		személyek	
Ált.isk. 8 osztálynál alacsonyabb	50,1	30,6	31,6	19,3
Ált.isk. 8 osztály	30,6	31,8	38,8	30,2
Középiskola érettségi nélkül, oklevéllel	5,7	13,2	10,3	17,1
Középiskola érettségivel	9,7	17,0	14,3	23,3
Egyetem, főiskola	4,0	7,4	5,0	10,2
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

*Forrás: Népszámlálás, 2001 – 12. A fogyatékos emberek helyzete. KSH*

1990–2001 között a munkával rendelkező fogyatékos emberek körében is lezajlottak azok a folyamatok, amelyek a foglalkoztatottak összességére jellemzőek. Azaz körükben is nőtt a szellemi foglalkozásúak, valamint a szolgáltatási ágazatban dolgozók aránya. A foglalkoztatott fogyatékos emberek több mint kétharmada heti 36-40 órát dolgozik. Ezek a számok azt mutatják, hogy az a tartósan károsodott ember, akinek sikerül munkát vállalnia, a munkaerőpiacon hasonlóan viselkedik, mint az átlagos munkaerő.

### **Az Európai Foglalkoztatási Stratégia hozzájárulása a fogyatékossgal élő emberek integrációjához**

Az Európai Unióban a 90-es évekig nem volt egységes foglalkoztatási stratégia, a tagállamokra bízta, hogy megvalósítsák a teljes foglalkoztatást. Az olajár-robbanás, energiaválság, gazdasági recesszió következtében azonban a foglalkoztatás már olyan mértékben esett vissza, amely egységes kezelést igényelt. Ennek érvényesítése érdekében 1998-ban Luxemburgban speciális foglalkoztatási csúcsot tartottak a tagállamok képviselői, amelyen meghatározták az első négy foglalkoztatási pillér vázát. Bár a pillérek súlya és elnevezése többször módosult az ezt követő években, általánosságban elmondható, hogy az alábbi négy pillér határozza meg azóta is az Unió foglalkoztatási stratégiájának alapját:

- a foglalkoztatottság növelése,
- a vállalkozásösztönzés javítása,
- a vállalkozások és alkalmazottaik alkalmazkodóképességének javítása
- az egyenlő esélyek megteremtése a különböző csoportok között

A 2000 tavaszán Lisszabonban megfogalmazott gazdasági és – ezzel összefüggő – foglalkoztatási stratégia célja, hogy az Európai Unió 2010-re a világ legversenyképesebb és legdinamikusabb, tudásalapú gazdaságává váljon, amely képes a fenntartható fejlődésre, miközben nagyobb szociális kohézióval, több és jobb munkahelyet teremt.



A foglalkoztatáspolitikai stratégiák meghatározó célkitűzései a következők:

- az inaktívák számának csökkentése,
- több és jobb munkalehetőség,
- a munkavállalók és vállalkozások alkalmazkodóképességének javítása,
- a humántőkébe történő beruházás fokozása és eredményesebbé tétele,
- a társadalmi kohézió erősítése és a befogadás elősegítése.

A stratégia elemeinek konkrét megvalósítását Nemzeti Foglalkoztatási Akciótervek tartalmazzák, amelyek a tagországok sajátos nemzeti igényei és különbségei alapján kerültek kialakításra.

A magyar nemzeti foglalkoztatási stratégia a teljes foglalkoztatás elérését; a munka minőségének javítását, a produktivitás növelését, valamint a társadalmi kohézió erősítését és a befogadás elősegítését határozta meg legfontosabb céljaként. 2010-re a foglalkoztatottságot 63%-ra kívánják emelni a jelenlegi 57%-ról. Ez elsősorban a rendkívül magas (2003-ban 2,7 millió) inaktív népesség munkaerő-piaci reintegrálásával érhető el. A társadalmi kohézió erősítését különösen három kiemelt célcsoport – a romák, az idősebb munkavállalók és a fogyatékos emberek – vonatkozásában tartják fontosnak.

*Összefoglalva ez azt jelenti, hogy mára a tartósan akadályozott emberek munkaerő-piaci integrációja társadalmi és gazdasági érdekké vált, s a tagállamok – köztük Magyarország – foglalkoztatási szintjének emelése elképzelhetetlen az inaktív népesség meghatározó arányát kitevő fogyatékos népesség foglalkoztatottságának jelentős növelése nélkül.*

Az Európai Foglalkoztatási Stratégia hozzájárulhat, hogy a fogyatékoság-specifikus programoktól egy, a foglalkoztatás fő áramlatához szorosabban kapcsolódó megközelítési mód felé történjen általános elmozdulás. A tagállamok többségében a súlyos munkanélküliség elleni harcot szolgáló aktív munkaerő-piaci politika elvezetett az egyéni igényekhez jobban igazodó, sokkal inkább személyre szabott politikai megoldások kimunkálásához, beleértve a különösen sebezhető csoportok, többek között a fogyatékos emberek problémáinak kezelését.

Ebből a szempontból az új Európai Foglalkoztatási Stratégia döntő fontosságú a fogyatékosokkal élő emberek számára.

### ***Az integráció kitüntetett szerepe a rehabilitációs politikákban***

A foglalkoztatottak számának társadalmi összefogást sürgető csökkenése, az államháztartások terheinek jelentős növekedése – az érintettek növekvő száma, a passzív ellátások prioritása és bőkezűsége miatt – és az ezzel párhuzamosan bekövetkezett gazdasági visszaesés új rehabilitációs politika meghonosodását kényszerítette ki az Európai Unióban. A kilencvenes években komoly szemléletváltás történt a társadalmi hátrányok megítélésében, a segítség céljaiban és formáiban. Az alkalmazkodás helyett egyre inkább a megmaradt képességek hasznosításának igénye, az integráció került előtérbe. A hangsúly minden foglalkoztatási nehézséggel küzdő csoport tekintetében áthelyeződött a passzív munkaerő-piaci rendelkezésekről – a segélyezésről – az aktív megoldásokra.

Az Európai Szociálpolitikai Menetrend – különösen a Fogyatékos Polgárok Európai Éve (2003) alatt – hangsúlyozta minden olyan intézkedés fejlesztését, amelyek célja a fogyatékosokkal élő személyek fokozottabb integrációjának megvalósítása az élet minden területén.

A legfontosabb ajánlások e cél minél eredményesebb elérése érdekében:

- lehetővé kell tenni a sikeres megelőzést és a korai beavatkozást,
- bővíteni kell, és változatosabbá tenni az aktív munkaerő-piaci intézkedéseket,
- jobb munkahely-teremtési lehetőségeket kell biztosítani,
- eredményesebb felvilágosító és tudatosító munkát kell végezni,
- elő kell mozdítani az új és biztonságosabb munkahelyi kultúrát,
- a tervezésbe és végrehajtásba be kell vonni a fogyatékosok szervezeteit,
- biztosítani kell az elszámolhatóságot, a hatékony tervezést és a jobb koordinációt,
- javítani kell az egyének foglalkoztathatóságát,
- jobb hozzáférést kell biztosítani az oktatási és képzési lehetőségekhez,
- biztosítani kell a munkahelyi tapasztalatszerzés lehetőségét,

- segítséget kell nyújtani a munkalehetőségek felkutatásában, felkészítésben és tanácsadásban,
- ki kell alakítani egy köztes munkaerőpiacot, ahol megszerezhető a nyitott munkaerő-piaci követelményeknek megfelelő jártasság és tapasztalat.

2003. április 8-án Madridban az Európai Fogyatékosügyi Kongresszus résztvevői meghatározták azokat a legfőbb tennivalókat is, amelyeket az akkor még csatlakozásra váró országoknak teljesíteniük kell a sérült emberek munkaerő-piaci integrációjának elősegítése érdekében.

Ezek a következők voltak:

- az oktatás, a foglalkoztatás, a szolgáltatások terén jelentkező diszkrimináció megszüntetése;
- integrációt segítő szolgáltatások, ellátások rendszerének kiépítése;
- megközelítés biztosítása minden köz- és szociális intézményhez;
- a munkáltatók ösztönzése a tartósan károsodott emberek foglalkoztatásának vállalására.

### ***A foglalkoztatás az esélyegyenlőség legkritikusabb pontja***

Az Európai Unióban az elmúlt évtizedben a fogyatékosok társadalmi “beilleszkedését” segítő rehabilitációról áttevéődött a hangsúly a társadalom átalakításának globális filozófiájára, amely minden személy - beleértve a fogyatékosokkal élő embereket is - szükségleteinek befogadására és ellátására irányul. „A fogyatékos emberek esélyegyenlőséget, valamint egyenlő hozzáférést követelnek minden társadalmi erőforráshoz, azaz a befogadó oktatáshoz, az új technológiákhoz, az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz, a fogyasztási javakhoz, a termékekhez és a szolgáltatásokhoz.”

Nem kérdés többé, hogy a társadalmi befogadás kulcsa a foglalkoztatás. Éppen ezért „külön erőfeszítéseket kell tenni annak érdekében, hogy javuljon a fogyatékos emberek hozzáférése a munkahelyekhez, lehetőleg a szabad munkaerőpiacon. Ez az egyik fontos módja a fogyatékos emberek társadalmi kirekesztettsége elleni harcnak, valamint önálló életvitelük és méltóságuk elősegítésének. Ez nemcsak a szociális partnerek aktív mobilizációját követeli meg, hanem az állami hatóságokét is, amelyeknek tovább kell erősíteniük a már meglévő intézkedéseket.”

A deklaráció szintjén is megfogalmazódott a társadalom széleskörű érdekeltsége abban, hogy minél több értéket előállító állampolgára legyen; hogy minden megmaradt munkaképesség az optimális szinten hasznosuljon; hogy csökkenjenek az ellátásra fordított kifizetések, s ezáltal az államháztartás terhei. Ennek megvalósítására a tagállamok a jóléti ellátások helyett az aktív eszközök prioritását fogalmazták meg. Ebből a megközelítésből az esélyegyenlőségen belül hangsúlyossá vált a munkaerő-piaci esélyegyenlőség kérdése, mely azt jelenti, hogy mindenki számára egyenlő és diszkriminációmentes hozzáférést kell biztosítani a munkához, a szakképzéshez és az egyes foglalkozásokhoz. Ezen belül a tagállamok elfogadták az integrált foglalkoztatás prioritását is.

### **Az esélyegyenlőség kérdése hazánkban**

Magyarországon a kilencvenes évek közepéig nem történt összehangolt társadalmi intézkedés a tartósan akadályozott személyek munkaerő-piaci hátrányainak csökkentése érdekében. E témában született ugyan néhány rendelet, de sem az érintettek esélyegyenlőségét biztosító törvény, sem a rehabilitációt átfogóan szabályozó jogháttér nem került kidolgozásra. A megjelent rendelkezések végrehajtása pedig legfeljebb az anyagi kompenzáció szintjéig jutott. Nem épült ki a foglalkozási rehabilitáció intézményrendszere, módszertani háttere, finanszírozási bázisa és sok esetben ellenérdekeltséget teremtő anomáliák sora jellemezte a foglalkoztatás elősegítését célzó támogatási rendszereket.

A gazdasági átalakulás idejére a megváltozott munkaképességű személyek munkavállalói pozícióikban erőtlenekek, a szükséges alkalmazkodásra képtelenekek voltak. Integrációjukat segítő intézmények hiányában – passzivitásra szocializálva – teljesen védtelenekek voltak a munkaerőpiac eseményeivel szemben, ezért a munkanélküliség megjelenésével a tartósan károsodott emberek tömegesen kerültek ki a munkaerőpiacról, s váltak rokkantsági nyugdíjassá. Ezzel hosszú távra (legtöbb esetben végleg) kimaradtak a foglalkoztatásból, illetve a nálunk igen széles körben a foglalkoztatáshoz kötött társadalmi mozgástérből. Alacsony jövedelmük pedig az egyéb lehetőségektől is megfosztotta ezeket az embereket. Az egyenlő hozzáférés igényét többnyire meg sem merték fogalmazni, s ehhez még az igen fejletlen civil szerveződések sem tudtak segítséget nyújtani.

Az esélyegyenlőség igényét – a fejlett országokhoz képest igen későn – 1998-ban deklarálták Magyarországon, a XXVI. törvény – a fogyatékosokkal élő emberek társadalmi beilleszkedésének elősegítéséről – elfogadásával. A törvény, illetve az ehhez kapcsolódóan megalkotott 100/1999 (XII.10.) Országgyűlési Határozat, az ún. Országos Fogyatékosügyi Program célkitűzéseként rögzíti: „A fogyatékkal élők számára is biztosítani kell az integrált munkavégzés lehetőségét, melynek feltételeit a munkaadó köteles megteremteni. Amennyiben az érintett állapota miatt nem képes a fenti módon munkát vállalni, gondoskodni kell számára védett munkahelyről.”

Az Országos Fogyatékosügyi Program feladatainak megvalósulása azonban messze elmaradt a kitűzött határidőktől. Néhány – foglalkoztatást érintő – nem teljesült programpontról:

- akadálymentesítés,
- tömegközlekedés biztosítása,
- komplex minősítő rendszer kiépítése,
- pályaválasztás, pályakorrekciós tanácsadás fejlesztése; pálya-alkalmassági és munka-alkalmassági vizsgálatok kiépítése,
- atipikus foglalkoztatás feltételeinek kidolgozása, ösztönzése,
- munkáltatók rehabilitációs foglalkoztatásával kapcsolatos feladatainak újraszabályozása,
- védett foglalkoztatás szervezeti kereteinek, funkcióinak, támogatás feltételeinek kidolgozása.

### **Intézkedések a munkaerő-piaci integráció elősegítése érdekében**

Mivel a társadalmi befogadás kulcsa, de egyben legkritikusabb tényezője továbbra is a foglalkoztatás, az Európai Közösségek Bizottsága 2003-ban Európai Cselekvési Tervet állított össze a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének biztosítása érdekében. Ennek a tervnek az első szakasza az alábbi négy konkrét – foglalkoztatásra vonatkozó – intézkedést tekinti elsődlegesnek:

- a. a foglalkoztatás elérhetővé tétele és a foglalkoztatásban való megtartás, beleértve a diszkrimináció elleni harcot;

- b. élethosszig tartó tanulmányok a foglalkoztathatóság, az alkalmazkodóképesség, az egyéni fejlődés és aktív állampolgári magatartás támogatása és erősítése céljából;
- c. a fogyatékos emberek foglalkoztatását elősegítő új technológiák elterjesztése, ezáltal a foglalkoztatásban való részvétel megkönnyítése;
- d. a közintézmények, a nyilvános épített környezet megközelíthetővé tétele, a munkahelyi részvétel és a fokozott gazdasági és társadalmi integráció elősegítése.

*Az új megközelítés célja tehát, hogy az embereket felvértesse a munkavégzéshez szükséges szaktudással; a környezetet, munkafeladatokat a különböző igényekhez, képességekhez alakítsa, és megfelelő támogatással növelje a keresletet az ilyen dolgozók iránt.*

A célok megvalósítása érdekében valamennyi tagállam az aktív intézkedések széles körét dolgozta ki. Ezek magukban foglalják a rehabilitációt, a képzést, a tanácsadást, a foglalkoztatási segélyeket, a csökkent munkaképesség miatti kompenzációt, a munkahely adaptálási költségeinek megtérítését és a közvetlen munkahelyteremtő módszereket.

Erőfeszítések történtek egyéb új foglalkoztatási formák lehetőségeinek feltárására is. Ezek közé tartozik az úgynevezett „harmadik szektor”, nevezetesen a szolgáltatási ágazaton belül a társadalmilag hasznos tevékenységek körében történő (főleg helyi) munkaalkalom-teremtés. Olyan munkákról van szó, amelyek általában nem helyettesítik a piaci tevékenységet és közvetlenül nem támasztanak versenyt a magánvállalkozásoknak.

Vannak országok, ahol az önkormányzatokat is érdekeltté teszik az aktív eszközök alkalmazásában. Dániában például a „rugalmas állás” program azokra vonatkozik, akiknél a rehabilitációs program időtartama már kimerült, de nem alkalmasak a nyílt munkaerőpiacon történő elhelyezkedésre. Amennyiben az önkormányzat ezen emberek számára biztosít olyan foglalkoztatást, amelyben a munkát hozzáigazítja az illető képességeihez, akkor 100 %-os bértámogatást kap az államtól (ha ehelyett rokkantsági segélyt folyósítana, akkor annak 65 %-át a helyi önkormányzatnak kellene állnia).

Az információs társadalom térnyerése döntő fontosságú a fogyatékossgal élő emberek jövőbeli munkalehetőségei szempontjából. Néhány tagállamban az első lépéseket már meg is tették az olyan berendezések, szoftverek, információtartalmak és telekommunikációs

szolgáltatások kidolgozásának ösztönzésére, amelyek a fogyatékossgal élő emberek számára könnyebben használhatóak.

Az európai országok többségében a munkaerő-piaci hátránnyal küzdő emberek reintegrációját állami hivatalok, civil szervezetek, gazdasági szereplők szoros – megfelelően szabályozott – együttműködésben végzik. Mivel valódi partnerség csak hasonló adottságú, felkészültségű és elfogadottságú szereplők között működtethető, a fejlett országokban a civil szféra tudatos fejlesztése folyik.

### ***A fogyatékos emberek foglalkoztatás-támogatásának elvei és gyakorlata az EU tagállamaiban***

Bár a foglalkoztatás támogatásának formáira nincs egységes gyakorlat az EU tagállamaiban, a rendező elvek, a prioritások minden országban érvényesülnek. Minden ország számára követendő célkitűzés például:

- az aktív programok ráfordításainak növelése az ellátásokkal szemben,
- az integrált foglalkoztatás támogatásának prioritása,
- a foglalkoztatás-vesztés elkerülése,
- az egyén foglalkoztathatóságának növelése,
- a korai rehabilitáció megvalósítása,
- az egyéni igényekre és szükségletekre épített rehabilitációs szolgáltatások, programok hozzáférhetőségének biztosítása.

Az EU tagállamaiban igen sokféle és eltérő finanszírozású program működik, amelynek célja a munkaadók és munkavállalók ösztönzése, a rehabilitáció elősegítése. Ezek a támogatások általában kettős irányúak, egyfelől a munkaadók, másfelől a munkavállalók ösztönzését célozzák. Kiemelten támogatják azokat a munkáltatókat, akiknél a foglalkoztatás ideje alatt következett be a képességváltozás. Az állami beavatkozások mindenképp azt szeretnék elérni, hogy a tartósan károsodott emberek ne kerüljenek ki a foglalkoztatásból.

A foglalkoztatási támogatások meghatározó részét – a legtöbb országban – a nyílt munkaerő-piacon működő gazdálkodó szervezetek kapják, s jóval kisebb arányban

részesednek ebből a védett szervezetek. A személyre vonatkozó támogatások mindenekelőtt a munkahely megtartását, ezt követően a nyílt foglalkoztatás megvalósítását célozzák, s csak ezek sikertelensége esetén szolgálják a védett foglalkoztatást.

A támogatások nagy része az általános, mindenkire vonatkozó aktív munkaerő-piaci programokon keresztül realizálódik, ugyanakkor minden országban vannak speciális támogató programok is Ilyenek pl.:

- az alacsonyabb termelékenységet kompenzáló bértámogatás,
- a munkahelyi környezet szükséges ki- és átalakításának támogatása,
- építészeti akadályok eltávolítása,
- a személyre szabott munkahelyi ügyintézéshez nyújtott támogatások,
- a munkavállalást, munkában maradást segítő szolgáltatások, intézkedések támogatása,
- képzések támogatása,
- próbafoglalkoztatás, tranzitfoglalkoztatás,
- speciális foglalkoztatók támogatása,
- önálló egzisztencia megalapozása, vállalkozóvá válás támogatása.

A tagállamok egy részénél a pénzügyi támogatások mellett a tartósan akadályozott munkaerő védelmére, illetve a foglalkoztatást vállaló munkáltató ösztönzésére adminisztratív támogatásokat is működtetnek. Ilyen például az alábbiak:

- elbocsátás elleni védelem,
- határozatlan idejű munkaszerződés támogatása,
- az állami szektor példamutatása a sérült emberek foglalkoztatásában,
- előny biztosítása az üzemen belüli továbbképzéseknél,
- előny a közbeszerzési pályázatoknál stb.

Az aktív beavatkozásokat erősítő filozófia ellenére ma még az Unió országaiban jelentősen nagyobb összegeket fordítanak passzív ellátásokra, mint aktív eszközökre, bár a 90-es évek közepe óta folyamatosan nő az aktív intézkedések ráfordításainak nagyságrendje. Fontos szabály, hogy a foglalkoztatás bővítését célzó támogatásokat csak az egyenlő versenyfeltételek biztosítása mellett engedik.



### *Pozitív diszkrimináció a foglalkoztatás támogatására*

A fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos pozitív intézkedéseknek a tagállamok többségében hosszú története van. Az egyik legjelentősebb pozitív diszkriminációs intézkedés a kvótarendszer, amely úgy kívánja bővíteni a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását, hogy kötelezi a munkaadókat bizonyos számú érintett munkavállaló alkalmazására. Nem teljesítés esetén a munkáltató kompenzációs adót fizet, s ez szolgál forrásul bizonyos rehabilitációs tevékenységek finanszírozására.

A kvótarendszerrel szemben számtalan ellenérv megfogalmazódott a témára vonatkozó nemzetközi irodalomban. Többek között az, hogy a munkáltatók formálisan ugyan teljesítik a kötelező kvótát, de érdemi rehabilitáció – az előírás hatására – nem történik. Szintén lényeges ellenvetés, hogy minden ilyen beavatkozás stigmatizál, vagyis erősíti a rokkantakkal szemben amúgy is meglévő munkáltatói előítéleteket. Az ellenérvek dacára még egyetlen állam sem tudott lemondani erről a „kényszerítő” lehetőségről. Néhány országban (pld. Németország) a kompenzációs adónak a kvóta részteljesítés arányában történő differenciált megállapításával kívánják ösztönözni a munkáltatókat a kötelező foglalkoztatás minél magasabb szintű teljesítésére.

### ***Holisztikus szemlélet a rehabilitációban***

Európában az aktív megoldások előnyben részesítése kialakította az egyéni igények alapján összeállított, holisztikusan értelmezett szolgáltatások megvalósulásának körülményeit. Ezek a többfunkciós megközelítési stratégiák a legtöbb országban kiemelt helyen szerepelnek, mind civil, mind döntéshozói szinten. Céljuk, hogy egyénre szabott tervek alapján segítsék a hátrányos helyzetű emberek integrációját a társadalmi élet különböző színterein.

A holisztikus emberkép szerint az ember összetett lény, ezért minden társadalmi beavatkozás, szervezett segítség csak akkor lehet sikeres, ha a hátrányt okozó problémákat összefüggésükben vizsgáljuk és kezeljük. Az emberek nem egyformák, mások a gondjaik, adottságaik, preferenciáik. A fejlett országokban évek óta nagy hangsúlyt kap az integrációs politikákban a személyi segítség fontossága. Számukra már bebizonyosodott, hogy a legfelkészültebb hivatal, a legjobban működő eszközrendszer sem képes minden esetben megoldani a többszörös

hátránnyal küzdő, az elsődleges munkaerőpiactól évek óta eltávolodott (vagy oda be sem került), tartósan akadályozott munkaerő újrafoglalkoztatását. Mind a munkavállalást közvetlenül akadályozó tényezők, mind a közvetett (pl. egészségügyi, lakás-, pénzügyi, családi stb.) problémák a legtöbb esetben sajátosak, személyfüggők, így megoldásuk is egyéni kezelést igényel. Ez többnyire speciális felkészültséget, a sajátos nehézségek kezelésére képes ismereteket, magas szintű toleranciát, sok időt, gyakran különleges kommunikációs eszközöket igényel. Egyre több ország alkalmazza azt a gyakorlatot, hogy az egyedi elbánást igénylő munkakeresők elhelyezése érdekében speciális segítő szolgálatokat működtet vagy segítő szolgáltatások igénybevételét támogatja.

A rehabilitációs programok adminisztrációját a legtöbb országban a helyi önkormányzatok, esetleg az állami munkaügyi szervezetek végzik. A fogyatékos emberek eredményes rehabilitációja, illetve foglalkoztatása iránti megnövekedett, illetve átalakult igények kielégítése azonban már másfajta eszközöket, személyközpontú kezelési formákat igényel. Ezért az unió országaiban a foglalkoztatásért felelős intézmény mellett új, speciális intézményi megoldásokat, speciális eszközöket működtetnek.

### **A foglalkozási rehabilitáció helyzete Magyarországon**

Ha követjük az Európai Foglalkoztatási Stratégia logikáját, akkor láthatjuk, hogy a magyar foglalkozási rehabilitáció célkitűzései pontosan meghatározottak. A nagy kihívás az, hogy az európai színvonalhoz képest elmaradott rehabilitációs gyakorlatunk hogyan, milyen állami szerepvállalással, milyen módszerekkel és eszközökkel lesz képes ezeknek a célkitűzéseknek – megközelítően – eleget tenni.

*A cél a tartósan akadályozott emberek munkaerő-piaci integrációját elősegítő minimumfeltételek megteremtése, hogy az érintett emberek alkalmassá váljanak a minél teljesebb értékű foglalkoztatásra; érdekeltek legyenek a munkavállalásban, másfelől a munkáltatók befogadóvá váljanak a fogyatékos emberek iránt. Növekedjék a fogyatékosággal élő emberek között a foglalkoztatottak, mindenekelőtt az integráltan foglalkoztatottak száma és aránya, s a lehető legmagasabb szinten hasznosuljon az egyén megmaradt munkaképessége.*

Magyarországon jelenleg e célkitűzés teljesülésének feltételei hiányosan, sok anomáliától terhelt, más célok és prioritások mentén állnak rendelkezésre. Az orvosi rehabilitáció máig igen súlyos – orvosi, intézményi és pénzügyi - hiányosságokkal küzd, ezért ritkán tudja a foglalkoztatás minőségét is meghatározó, megmaradt képességeket a lehető legmagasabb szinten stabilizálni. Az egészségkárosodás mértékének megállapítása – a kormány határozott szándéka és országgyűlési döntések ellenére – még mindig csak orvos-szakértői, orvosi dokumentumokra támaszkodik, amelyben nem kap megfelelő hangsúlyt a maradék munkaképesség vizsgálata és a fejlesztés irányainak meghatározása.

A labilis munkaerőpiacon, a foglalkoztatási lehetőségek beszűkülése mellett a tartósan károsodott, fogyatékos személyek sokkal inkább az alacsony, de biztos ellátás igénybevételében érdekeltek, mint a ma még igen kétséges kimenetelű rehabilitáció vállalásában.

A foglalkozási rehabilitációt – ha elkezdődik is – többnyire igen hosszú passzív időszak előzi meg, amelynek során az érintettek törvényszerűen veszítik el még megmaradt képességeik egy részét; nem karbantartott szaktudásuk, ismereteik devalválódnak, és tényleges munkavállalási készségük is igen alacsony szintre csökken.

A rehabilitáció meglévő intézményei csak mérsékelten alkalmasak a személyre szabott kezelési formák működtetésére; a létrejött alternatív szolgáltatók és foglalkoztatók pénzügyi helyzete instabil, tevékenységének minőségi garanciái szabályozatlanok és nem képeznek hálózatot, ezért hozzáférésük csak igen kevés ember számára biztosított.

A sokszínű foglalkoztatási formák helyett mára – függetlenül a megmaradt képességek hasznosíthatósági szintjétől – szinte kizárólagosan az állami dotáció szempontjából kitüntetett helyzetben lévő, ám gazdasági biztonságuk, termékszerkezetük, technológiai és műszaki fejlettségük szempontjából többnyire alacsony szintű célszervezetek érdekeltek az egészségkárosodottak foglalkoztatásában. Nincs hagyománya azoknak a félig-védett, védett foglalkoztatási formáknak, amelyek az egyén képességeire építve, átmenetileg vagy véglegesen alkalmasak lennének a színvonalas foglalkoztatásra.

A támogatott szervezetek – részben körülményeikből, gazdasági pozíciójukból következően – nem tudnak differenciált munkát biztosítani a dolgozóknak, a támogatási lehetőségek viszont sem a fejlesztésre, sem a magasabb szintű foglalkoztatás irányában történő kivezetésre nem motiválják a szervezeteket.

A magyar munkajog a munkaviszonyban álló megváltozott munkaképességű személy foglalkozási rehabilitációját – kivételekkel – annak a munkáltatónak a kötelességévé teszi, ahol a munkaképesség-változást elszenvedte. Ugyanakkor a munkaerőpiacot jelenleg erős túlkínálat jellemzi. A jól felkészült, rugalmas, egészséges munkaerővel szemben a ma munkát vállalni kívánó megváltozott munkaképességű személyek általában alulképzettek, nem tartoznak a legfiatalabb korosztályba, munkavégző készségekben és képességekben meggyengültek, és rehabilitáció hiányában ritkán felelnek meg a munkaerőpiac mai követelményeinek.

Figyelembe véve az új európai foglalkoztatási stratégiát, a tartósan akadályozott emberek integrációjára vonatkozó ajánlásokat, valamint a foglalkozási rehabilitáció jelenlegi magyar gyakorlatát, az alábbi területek felülvizsgálatára, kialakítására vagy korszerűsítésére van szükség:

- munkavállalási stratégia kidolgozása (komplex minősítő rendszer megvalósítása)
- a foglalkoztathatóság javítása
- foglalkoztatás személyközpontú segítése
- a foglalkozási rehabilitáció meglévő intézmény- és eszközrendszerének felülvizsgálata, korszerűsítése;
- a foglalkoztatás színtereinek bővítése;
- állami támogatások differenciált, a nemzeti prioritásokat érvényesítő rendszerének kialakítása;
- összhang biztosítása az ellátórendszerek és a foglalkoztatás különböző formái között.

A fogyatékos emberek normalizációjának, integrációjának és komplex rehabilitációjának érdekében jellemzően különféle ellátások, pénzügyi és természetbeni támogatások, munkaügyi, szociális, képzési és egészségügyi szolgáltatások egymással harmonizáló

segítségnyújtási formáinak alkalmazására van szükség. E cél megvalósulása feltételezi az egyes ágazatok és ágazati jellegű szabályozások jelenleginél nagyobb összhangját, s a különböző ágazatközi határterületekre vonatkozó szabályozási és kormányzati intézkedések, működésmódok hatékonyságának növelését is.

### ***Munkavállalási stratégia kidolgozása***

A tartósan akadályozott emberek megmaradt, foglalkoztatásban használható, fejleszthető képességeinek pontos számbavétele nem történik meg Magyarországon. Márpedig egy integrációt célzó rehabilitációs program csak a megmaradt/fejleszthető képességek adekvát számbavétele után, arra építve, az abban rejlő lehetőségeket maximálisan kihasználva valósulhat meg. A fejlett országokban a munkavállalási kor betöltése, illetve felnőttkori eseményt követően a munkaerő-piaci akadályoztatás rögzítése után pontos „láttelel” készül a megmaradt, munkavállalás szempontjából hasznosítható képességekről, készségekről, s erre építik rá a rehabilitációs programot. Ennek hiányában nem lehet az egyéni szükségletnek megfelelő, célirányos – s ezért a jelenleginél hatékonyabb – rehabilitációt megvalósítani.

Az esélyeket befolyásoló tényezők feltárása (minősítése), a megmaradt munkavállalási készségek, munkavégzési képességek számbavétele és összehangolása a munkaerő-piaci lehetőségekkel és az egyén igényeivel – mindez elengedhetetlen egy reális, követhető és megvalósítható *egyéni foglalkozási rehabilitációs terv (fejlesztési, foglalkoztatási, előmeneteli terv)* elkészítéséhez. Csak ennek birtokában lehet sikeres rehabilitációt végrehajtani. Az egyéni foglalkozási rehabilitációs terv elkészítése (és kivitelezése) komplex megközelítést igényel. A komplex megközelítés biztosításában szerepe van a foglalkozás-egészségügyi szakorvosnak, a munkapszichológusnak, a munkavállalási vagy „rehabilitációs” tanácsadónak, esetleg a szociális munkásnak és/vagy a gyógypedagógusnak.

A munkavállalási stratégiának pontosan tartalmaznia kell az elérendő fejlesztési, foglalkozási, előrehaladási (karrier) célokat; a megvalósításhoz szükséges eszközöket; a hozzáférés módját és feltételeit; a kapcsolódó intézményeket, szervezeteket, valamint az akadályozott személy vállalásait a rehabilitáció folyamatában. Döntés kérdése, hogy a stratégia kidolgozásának felelősségét kihez delegálja az állam, s az sem feltétel, hogy a kijelölt intézmény maga nyújtsa

az összes szolgáltatást; az viszont fontos, hogy ismerje a lehetőségeket és elérhetőségeket, jogosítványa legyen a szolgáltatások igénybevételére, és csak az eredményesség tekintetében legyen mérlegelési jogköre.

***A fogyatékos emberek foglalkoztathatóságának javítása***

Az Európai Unió foglalkoztatási stratégiája kiemelten kezeli a munkaerő-piaci hátrányokkal küzdő – köztük a fogyatékosággal élő – emberek foglalkoztathatóságának javítását. Az azonban, hogy egy ember mitől válik foglalkoztathatóbbá, csak egyéni értékelés kérdése lehet. Vannak, akiknek csak elavult szaktudását kell korszerűsíteni, míg vannak olyanok is szép számmal, akik csak tanácsadások, tréningek sorozata után válnak munkavállalásra alkalmassá, motiválttá, s rendelkeznek a munkavégzéshez szükséges használható ismeretekkel, képességekkel.

Hazánkban is az egyik legnagyobb probléma, hogy a tartósan akadályozott emberek nem rendelkeznek azokkal a képességekkel, nincsenek olyan ismeretek birtokában, amelyek őket versenyképes munkaerővé tennék. Az elmúlt évek ellátásra koncentráló szemlélete, a károsodott emberek formális – teljesítményelvárás és elismerés nélküli – foglalkoztatása a meglévő képességek leépüléséhez, az önbecsülés, önértékelés devalválódásához vezetett. A paternalista állam által passzivitásba sodort fogyatékos emberek csak fokozatosan és valószínűleg igen lassan győzhetők meg munkavállalói értékeikről, fejlesztésük fontosságáról és hasznáról.

#### *A foglalkoztathatóság javításának lehetséges területei:*

- képzésre, munkavállalásra való felkészítés; személyiség, kulcsképesség, önálló életvitel stb. fejlesztése
- munkavállalói szerepre való felkészítés (motiválás, viselkedési formák elsajátítása, kommunikáció fejlesztése, jogok és kötelességek megismertetése stb.)
- képzések (korszerű alapismeretek, hiányzó végzettség pótlása; felújító,- betanító,- szakmai képzés).

Intézményi és szabályozási hiányosságok miatt a felsorolt eszközök közül az elmúlt években csak a fogyatékos emberek képzése vált rendszerszerűvé, de ez is csak igen kis létszámot érint. Tartósan akadályozott felnőttek képzésére a munkaügyi szervezetben, vagy az ő megrendelésükre kerül sor. Az elmúlt években a rehabilitációs eljárásba bekerülő megváltozott munkaképességű személyeknek mindössze 2-4 %-a volt valamilyen képzés részese. A többi fejlesztő elem alkalmazásával véletlenszerűen, többnyire uniós forrásokból

támogatott projektekhez kapcsolható formában, pontos minőségi feltételek meghatározása nélkül találkozhatunk.

### *A foglalkoztatás személyközpontú segítése*

Amikor a különböző európai dokumentumok meghatározták a csatlakozó országok feladatait a tartósan károsodott emberek munkaerő-piaci integrációjával kapcsolatban, egyik legfontosabb feladatnak jelölték a személyi szükségleteknek megfelelő szolgáltatások hozzáférhetőségének biztosítását. Csak akkor van esély a foglalkoztatás megvalósulására, ha az érintett személyek olyan szolgáltatásokban részesülnek, amelyek célzottan a foglalkoztathatóság javítását, a munkavállalási és munkavégzési akadályok elhárítását szolgálják.

Az EU-országok gyakorlata jól mutatja, hogy a tartósan akadályozott embereket – különösen, ha hosszabb ideig inaktívak voltak – csak személyközpontú támogatással lehet sikeresen integrálni. Ez az igény evidenciaként jelentkezik a foglalkoztathatóság növelésénél, ugyanakkor a tapasztalatok azt mutatják, hogy a legtöbb embernek még nagyon sok területen lenne szüksége segítő beavatkozásra ahhoz, hogy alkalmassá váljon a munkavállalásra, munkavégzésre és hogy tartósan képes legyen foglalkoztatásban maradni.

### *A munkaerő-piaci szolgáltatások lehetséges területei*

#### a) Munkavállalás elősegítése

- a munkavállalást közvetlenül és közvetve akadályozó tényezők (pl. egészségi, szociális, családi) feltárása, megoldás segítése,
- megfelelő munkahely megtalálása (aktív közreműködés az álláskeresésben),
- munkakipróbálás,
- tranzit foglalkoztatás

#### b) Munkavégzés támogatása

- munkáltató, munkatársak felkészítése,
- akadálymentesítés,



- munkahely adaptációja,
- egyenlő munkavállalói jogok biztosítása,
- munkába kísérés,
- munkahelyre történő szállítás

c) Munkában maradás segítése

- beilleszkedés segítése (csoportkohézió, probléma megoldás)
- támogató személyzet biztosítása
- munkában tartás egészségi, pszichoszociális támogatása
- utógondozás
- nyomonkövetés

A személyközpontú kezelés másfajta igényeket támaszt mind a rehabilitáció szereplői, mind a szabályozás és finanszírozás területén. Nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a szokványos eszközök a munkaerőpiacon tartós vagy összetett hátránnyal bíró emberek számára nem hatékonyak. Az eredmények eléréséhez sokszor igen komoly szükségletek merülnek fel, nagy ráfordításigénnyel. Összességében azonban – különösen ha az inputokat az outputok fényében értékeljük – többnyire sokkal gazdaságosabb befektetésnek bizonyulnak, mint a mindenki számára nyitott (és generálisan nyújtott) szolgáltatások.

A foglalkoztatás esélyét nagymértékben segítő szolgáltatásokhoz rendszerszerűen jelenleg a tartósan akadályozott embereknek csak igen szűk köre (elsősorban a munkanélküliként regisztráltak) jut hozzá. A szélesebb érintett kör részére néhány civil szervezet által nyújtott szolgáltatás érhető el (melyet a munkaügyi szervezettel kötött tartós szerződés értelmében ugyanancsak a munkaerő-piaci alap finanszíroz). Mind a munkaügyi szervezetenél biztosított szolgáltatások, mind az ilyen jellegű tevékenységre vállalkozó civil szervezetek kínálata igen kicsi, és a hozzáférhetőség – a területi szűkösség miatt – csak kevés rászoruló számára biztosított.

*A segítő szolgáltatásokkal szemben megfogalmazott EU-s alapkövetelmények:*

- mindenki számára hozzáférhető legyen,
- személyre szóló, valós igényeket elégítsen ki,

- hosszú távon az integrált foglalkoztatás elérését célozza,
- ne lépje túl a kompetenciahatárokat,
- a szolgáltatást végzők megbízható szakmai felkészültséggel rendelkezzenek,
- a segítségnyújtás az elhelyezkedést, a diszkrimináció elleni küzdelmet és a beilleszkedés stabilitását szolgálja.

Ennek teljesítése érdekében hazánkban is minél előbb ki kell dolgozni a személyközpontú szolgáltatások feltételrendszerét; meg kell határozni a munkaerő-piaci szolgáltatást nyújtó szervezetek szakmai kritériumait, az egyenlő hozzáférhetőség modelljét és a stabil finanszírozás kereteit.

### ***Az Állami Foglalkoztatási Szolgálat szerepe a rehabilitációban és foglalkoztatásban***

A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 1997. évi módosítása a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek foglalkozási rehabilitációjának irányítását 1998. január 1-től a munkaerő-piaci szervezet feladatává tette, egyidejűleg több területen kedvezőbb szabályokat állapított meg a megváltozott munkaképességű munkanélküliek munkaközvetítése, foglalkoztatásának elősegítése terén. A munkanélküli-járadék folyósítási szabályainak módosítása a megváltozott munkaképességűek járadékainak és rokkantsági nyugdíjának folyósítási idejét követően is lehetőséget nyújt munkanélküli ellátásra, így biztosítva az ellátásból kikerülők foglalkozási rehabilitációját [29.§ (1) bekezdés e)]

A foglalkozási rehabilitáció hangsúlyosan az a feladat, amelyet egyetlen – bármilyen jól felkészült, alkalmas – szervezet sem képes egyedül eredményesen megoldani. A munkaügyi hierarchián belül kiépítésre került rehabilitációs intézményrendszer csak keretét adhatja, mozgatórugója, esetleg fontos szervezője lehet a helyi szinten is nagyon sokszereplős feladatnak, de semmiképpen nem egyedüli felelőse. Ráadásul az állami munkaerő-piaci szervezet felépítésében, személyi, szakmai felkészültségében mindenképpel hatósági feladatok ellátására alkalmas. S bár mind a megyénként létrehozott 3 fős rehabilitációs csoportok, mind a kirendeltségek rehabilitációs feladatra kijelölt munkatársai saját korlátaikon belül igyekeztek tisztességgel teljesíteni ezt a feladatot, egyéb irányú leterheltségük,

tapasztalatlanságuk, szakmai magányuk, a munkaerő-piaci szereplőkkel korábban kialakított személytelen rutinjuk, s nem utolsósorban a rendelkezésükre álló eszközök korlátai miatt alig tudtak ügyfeleik részére igazi rehabilitációs kimeneteket, tartós foglalkoztatást biztosítani. Törvényszerű volt, hogy a szervezet a rehabilitáció legtöbb eleménél elérkezett lehetősége határaihoz, s mára elengedhetlenné vált az önkormányzati, gazdasági, szociális és civil partnerek felzárkózása a rehabilitációs feladatok elvégzéséhez. A munkaügyi szervezet is igyekezett mozgósítani a helyi erőket, és néhol igen jó együttműködés jött létre. A másik oldalon azonban – a civil szervezetek kivételével – partneri kezdeményezéssel alig, együttműködési készséggel a szükségesnél jóval kevesebb helyen találkoztak. A komplex rehabilitációért való felelősség és feladatvállalás még mindig sokkal inkább az egyes szereplők magatartásán, hozzáállásán múlik, mintsem pontosan szabályozott – és számon kért – kötelességteljesítésen.

#### *Eszközök a foglalkoztatás támogatására*

A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény szerint a megváltozott munkaképességű személyek jogosultak a munkaerő-piaci szervezet szolgáltatásainak ingyenes igénybevételére, továbbá – a jogszabályi feltételek fennállása esetén – foglalkoztatásuk elősegítéséhez támogatás nyújtható a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs és foglalkoztatási alaprészből.

*A rehabilitációs alaprészből* támogatás nyújtható a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának elősegítése érdekében:

- normál üzemi körülmények között munkahely létrehozásához, korszerűsítéséhez, bővítéséhez, szintentartásához,
- védett munkahely létrehozásához, célszervezet, szociális foglalkoztató létrehozásához, fejlesztéséhez, bővítéséhez,
- a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítő eszközök beszerzéséhez, fejlesztéséhez, korszerűsítéséhez.

*A foglalkoztatási alaprészből* támogatás nyújtható a munkanélküli megváltozott munkaképességű személy

- képzéséhez,
- munkába helyezéséhez (bértámogatással, illetve járulékok átvállalásával),
- munkahelyre történő csoportos szállításához.

A *Munkaerő-piaci Alapból* az alábbi speciális támogatások nyújthatók:

- rehabilitációs foglalkoztatás bővítését szolgáló bértámogatás (max. 18 hónapig)
- a megváltozott munkaképességű munkanélküli személy vállalkozóvá válásának támogatása
- a célcsoport gyakorlati képzésének támogatása.

Az Állami Foglalkoztatási Szolgálatnál (ÁFSZ) a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek foglalkoztatásának elősegítése érdekében működtetett aktív eszközök – melyek természetüknél fogva csak igen kis létszámot érnek el – hozzáférhetősége és hatékonysága komoly hiányosságokat mutat. A tartós eredményt hozó eszközök (pl. képzések, bértámogatások) a regisztrációba kerülő személyeknek csak nagyon szűk körét érintik. Ennek egyik – mindenképpen elfogadhatatlan – oka, hogy a megyei gazdálkodásban nagyon hamar kimerülnek a keretek, s így nem is tudják felkínálni ezeket a lehetőségeket.

A munkaügyi statisztikák szerint évről évre emelkedik azoknak a megváltozott munkaképességű személyeknek a száma, akik felkeresik az ÁFSZ intézményeit, részben álláskeresői, részben bizonyos szolgáltatások igénybevételének szándékával. Az elmúlt években 25.000-ről 45.000 főre nőtt az érintett létszám. A növekedésnek azonban nem csak pozitív okai vannak, hiszen egyre nagyobb azok száma, akik nem tudnak kilépni a rendszerből, illetve akik átmeneti kilépés után visszatérnek.

Az elmúlt hét évben a rehabilitációs eljárásban érintett létszám 25-35%-át sikerült elhelyezni vagy elhelyezkedésében segíteni: 15-20%-uk önállóan, 80-85%-uk közvetítéssel talált munkát. Az ÁFSZ átlagosan az elhelyezkedett személyek 40-55%-ának foglalkoztatásához nyújtott támogatást. A támogatással elhelyezettek döntő többsége közhasznú, illetve közcélú foglalkoztatásba került, mely az egyén szempontjából rövid távú előnyökkel jár, mivel ezt a munkát általában lakóhelyén tudja végezni, ahol ismerik és megértik a problémáit, igazodnak munkatempójához, munkaidő-igényéhez, mert a támogatás kompenzálja az esetleg kisebb

teljesítményt. Hátránya azonban, hogy ez a fajta munka csak időszakos lehetőség, és nem oldja meg tartósan az érintettek foglalkoztatási problémáit.

Az elhelyezkedések minőségéről, tartalmáról, rehabilitációs értékéről a munkaügyi nyilvántartások nem adnak információkat. Ezek hiányában azonban nehéz érdemi értékelést adni az Állami Foglalkoztatási Szolgálat keretében folyó foglalkozási rehabilitációs tevékenység tényleges eredményeiről.

### ***A foglalkoztatás lehetséges formái és színterei***

A nemzetközi ajánlások hangsúlyozzák, hogy a tartósan károsodott emberek számára az integrált foglalkoztatást kell célként meghatározni. A védett foglalkoztatási formák ugyanis újabb izoláltságot jelentenek, és a megvalósító szervezetek többnyire komoly gazdálkodási nehézségekkel küzdenek. „A védett vállalatok legjobb esetben is csak másodlagos megoldást jelentenek.... arra kell törekedni, hogy kb. 50-50 %-os arányban foglalkoztassanak egészséges és fogyatékos dolgozókat. És ami a legfontosabb, *a védett állások létrehozásakor biztosítani kell a szakmai rehabilitáció lehetőségét is.*” (ILO, 1994)

A valódi lehetőségek azonban ennél sokkal árnyaltabbak, hiszen a tartósan károsodott emberek egy része – a legmagasabb szintű rehabilitáció ellenére – sem tehető alkalmassá versenyfeltételek közötti munkavállalásra. S nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a nyílt munkaerőpiac – még a fejlett társadalmakban is – csak igen korlátozott fogadókészséget mutat a fogyatékos munkaerő iránt, annak ellenére, hogy a kormányok egyre több célzott programmal igyekeznek a versenyszférában tevékenykedő munkáltatókat bevonni a lehetséges foglalkoztatói körbe.

Magyarországon jelenleg nagyon szűk az a mozgástér, melyben a tartósan akadályozott embereknek foglalkoztatási lehetőség kínálkozik. Becsült adatok alapján a versenyszférában és a második gazdaságban – mindenek előtt a célszervezeteknél - összesen kb. 60.000 tartósan akadályozott embert foglalkoztatnak.. Az elmúlt években felerősödött az alternatív foglalkoztatás szerepe is, de ezek a non-profit szervezetek csak igen kis létszámot képesek

aktivizálni, s mivel többségük program-támogatás keretében valósítja meg a foglalkoztatást, a támogatás után csak kis részük tud fennmaradni.

A célszervezetek jelenleg meghatározó szerepet töltenek be a tartósan akadályozott emberek foglalkoztatásában, melyhez az állam - bár 2006. január 1-től a korábbinál alacsonyabb mértékű, mégis – kiemelt támogatást (dotációt) biztosít. Sajátos gazdálkodási formájuk (versenyfeltételek között működnek, profit termelésben érdekeltek, de az elérhető nyereségük korlátozott), valamint rehabilitációs feladataik és a foglalkoztatás minőségének szabályozatlansága miatt az utóbbi években komoly kritikák fogalmazódtak meg a célszervezetekkel szemben. A foglalkoztatás során – részben körülményeikből, gazdasági pozíciójukból következően – nem tudnak differenciált munkát biztosítani a dolgozóknak, így sokukat jóval képességeik alatt foglalkoztatják. Sok szervezetnél nem történik foglalkozási rehabilitáció, nem fejlesztik, nem képezik a dolgozókat. Saját gazdálkodási érdekeik miatt nem engedik továbblépni azokat a dolgozókat sem, akik alkalmasak lennének a nyílt munkaerőpiacon való munkavállalásra.

*A közelmúltban az állami támogatások újraszabályozásáról, illetve a foglalkoztató szervezetek akkreditációs kötelezettségéről megjelent FMM rendeletek több ponton igyekeztek változtatni a fogyatékos (a rendeletek meghatározása szerint: megváltozott munkaképességű) emberek rehabilitációja és foglalkoztatása terén évtizedek óta fennálló szabályozási, támogatási és gyakorlati problémákon. Az új szabályozás nagyon fontos – eddig hiányzó – minőségi követelményeket kíván bevezetni és komoly előrelépés a személyre szabott megközelítés szándéka is. Ugyancsak jelentős változás a támogatások kiterjesztése az eddig kizárt, de a fogyatékos emberek foglalkoztatása szempontjából fontos non-profit szektor felé, és mindenképpen az integráció segítését szolgálja a kifizetések tényleges ráfordítások felé történő elmozdítása.*

### *Szociális gazdaság – a kihasználatlan lehetőség*

A hátrányos helyzetű emberek foglalkoztatásában fontos szerep juthat a szociális gazdaságnak és a helyi foglalkoztatási kezdeményezéseknek. A hátrányok leküzdése, a sikeres munkaerő-piaci beilleszkedés több helyi szereplő, szervezet együttműködését, a partnerség elvének fokozott érvényesülését kívánja meg.

Az elmúlt évek azt bizonyították, hogy hazánkban még a legjobb szándékok és a bővülő állami támogatások sem elegendőek ahhoz, hogy a tartósan károsodott emberek közül azok számára, akik nem alkalmasak átlagos munkafeltételek között, napi 8 órás munkavégzésre, foglalkoztatási lehetőségeket biztosítsanak az elsődleges munkaerőpiacon. Jó lehetőség kínálkozik erre a szociális gazdaságban (az ún. harmadik szektorban), amely valós szociális, közösségi igények kielégítése révén képes – jellegénél fogva sokszínű, rugalmas formákban – munkahelyeket teremteni a tartósan károsodott, munkaképes emberek számára. Nem kétséges ugyanakkor, hogy ez a szektor csak folyamatos állami jelenlét (megrendelés) mellett képes működni.

### ***Állami támogatások és intézkedések az integráció szolgálatában***

A tartósan akadályozott személyek munkájának segítése, „támogatott védelme” elfogadott valamennyi jóléti társadalomban. Ez többnyire azt is jelenti, hogy az állam támogatást biztosít a személyek foglalkoztathatóságának javítására, integrációjuk elősegítésére, továbbá folyamatosan szubvencionál (pénzbeli támogatással, társadalombiztosítási kedvezményekkel, adó-visszatérítési tételekkel stb.) olyan munkaszervezeteket, amelyek tartós vagy átmeneti (integrált foglalkoztatásra felkészítő) foglalkoztatását vállalják ezeknek az embereknek.

A támogatásokkal kapcsolatos uniós alapelvek:

- ne zavarják a piaci verseny feltételeit,
- a foglalkoztatottság javítása egyéni szükségleteken alapuljon, és mindenki számára egyenlő hozzáférést biztosítson,
- a munkaszervezetek tartósan csak a súlyosan károsodott emberek foglalkoztatása esetén részesüljenek támogatásban,
- a támogatott szervezeteknek rehabilitációs és integrációt elősegítő feladatokat is el kell látniuk.

Hazánkban a foglalkozási rehabilitáció többletterheinek kompenzálására többféle támogatási forma létezik. Közülük a legjelentősebb a kvóta felett foglalkoztatott megváltozott munkaképességű dolgozói létszám után igényelhető – költségvetési dotáció.

Magyarországon a tartósan károsodott személyek foglalkoztatását segítő állami támogatások meghatározó részének a célszervezetek a kedvezményezettjei. A legnagyobb állami támogatást

jelentő dotáció (melynek összege 2002 óta évente 30-40 milliárd forint) csaknem 90 %-a ide áramlik, és mindössze 10 % áll rendelkezésre az összes többi – munkaképességében korlátozott dolgozót kvótán felül foglalkoztató – munkáltató támogatására. Ennek oka, hogy 1996-tól a dotáció ugyan normatívvá vált, de részben az egészségkárosodás mértéke alapján differenciált szorzók alkalmazása, részben a 60 %-os foglalkoztatási arány továbbra is kiemelt támogatást biztosított ezen szervezetek számára.

Az állami támogatások vonatkozásában új helyzetet teremtett Magyarország csatlakozása az Európai Unióhoz. Az uniós elvárás szerint ugyanis a maximális támogatási mértéket olyan szinten kell meghatározni, amely biztosítja a verseny torzulásainak minimalizálása és a foglalkoztatás elősegítésének célja közötti megfelelő egyensúlyt. Megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása esetén az összes támogatás nem haladhatja meg az adott dolgozó bérének 100%-át. Ezen belül a béreken kívül támogathatók:

- a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához szükséges létesítmények átalakításának költségei,
- a kizárólag a megváltozott munkaképességű munkavállaló vagy munkavállalók segítésére alkalmazott munkavállalók munkaerőköltségei,
- az általuk használt berendezések átalakításának vagy beszerzésének azokon felül jelentkező költségei, amelyek akkor merülnének fel, ha a kedvezményezett nem megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztatna,
- védett munkahely létesítése esetén a támogatás ezen túlmenően fedezheti – de nem haladhatja meg – az érintett létesítmény építési, üzembe helyezési vagy bővítési költségeit, valamint bármely, a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásából eredő adminisztrációs és szállítási költségeit.

Az EK-rendelet kötelező érvénnyel vonatkozik minden olyan állami támogatási programra, amely a hátrányos helyzetű és megváltozott munkaképességű emberek alkalmazásához, valamint a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatása járulékos költségeinek fedezetéhez nyújt támogatást. Mivel a célszervezetek az uniós szabályok szerint nem minősülnek védett szervezeteknek, a dotációs rendszer felülvizsgálata és hozzáigazítása az EU-ban alkalmazott szabályokhoz Magyarország számára kötelező feladattá vált.



Az új támogatási rendszer 2006. január 1-től lép hatályba és fokozatosan terjed ki – meghatározott felkészülést biztosítva az átállásra – valamennyi megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztató munkaadóra. Az új rendszer három elemre épül: bértámogatásra, költségkompenzációs támogatásra és rehabilitációs költségtámogatásra. A támogatás mértéke a foglalkoztatott tartósan akadályozott személyek aránya; az egészségkárosodás mértéke szerint differenciál, így a célszervezetek továbbra is kiemelt támogatásban részesülnek. Ezáltal a magyar állami támogatási rendszerben továbbra sem érvényesül a nyílt foglalkoztatás prioritása.

### *Kötelező foglalkoztatás*

Magyarországon 1987 óta működik az ún. „kvótarendszer”. Ennek mértéke, illetve a foglalkoztatásra kötelezett munkáltatók köre többször változott. 1998. január elsejétől valamennyi 20 főnél nagyobb létszámot foglalkoztató munkáltatónak – beleértve a korábban mentességet élvező költségvetési szerveket és nonprofit szervezeteket is – a statisztikai állományi létszám 8 %-áig megváltozott munkaképességű dolgozót kell foglalkoztatnia. A foglalkoztatási kötelezettséget nem teljesítő munkáltatók a hiányzó létszám után *rehabilitációs hozzájárulást* fizetnek, melynek mértéke az utóbbi években jelentősen emelkedett. A kötelező foglalkoztatási szint alatt teljesítő munkáltatók befizetéseiből képződik a *Rehabilitációs Alap(rész)*, melynek pénzeszközeit – pályázat útján – olyan munkahelyek megőrzésére, bővítésére, átalakítására és létrehozására lehet fordítani, ahol ezáltal megváltozott munkaképességűek foglalkoztatására vagy továbbfoglalkoztatására nyílik lehetőség.

A kötelező foglalkoztatással szemben korábban említett nemzetközi fenntartások a magyar gyakorlatban is érvényesülnek, hiszen a munkáltatók csak nagyon alacsony szinten tesznek eleget ezen előírásnak, s nem lehet tudni – mivel ilyen jellegű kutatások még nem voltak - hogy a megvalósuló foglalkoztatás milyen mértékben elégíti ki a rehabilitáció, az esélyegyenlőség követelményeit. A kérdőjelek ellenére azonban – akárcsak a fejlettebb országok – mi sem tudunk lemondani erről a lehetőségről.

## **Az Európai Strukturális Alapok szerepe a foglalkozási rehabilitáció színvonalának javításában**

Az Európai Szociális Alapok hosszú idő óta szeretnék elérni azt a célt, hogy lebontsák azokat az akadályokat, amelyek a képzési és foglalkoztatási infrastruktúrák területén gátolják a tartósan károsodott emberek hozzáférési esélyegyenlőségét és ezáltal akadályozzák a társadalmi életben való teljes részvételüket. Ezért az Alapok az alábbi szakmapolitikai területeken támogatják és egészítik ki a tagállamoknak a munkaerőpiac és a humán erőforrások fejlesztésére irányuló tevékenységeit:

- aktív munkaerő-piaci politikák kidolgozása és támogatása,
- esélyegyenlőség biztosítása a munkaerőpiacra való belépés tekintetében mindenki számára, különös tekintettel a társadalmi kirekesztés szempontjából veszélyeztetett csoportokra,
- az egész életen át tartó tanulás politikájának részeként a szakképzés, az oktatás és a tanácsadás támogatása és fejlesztése,
- képzett, gyakorlott és alkalmazkodóképes munkaerő biztosítása, a munkaszervezet innovációs és alkalmazkodási képességének erősítése,
- a nők munkaerőpiacra való belépésének és munkaerő-piaci részvételének támogatása.

Az Európai Szociális Alap általános programjai és a Közösség EQUAL kezdeményezése – mint a fogyatékos emberek foglalkoztatását szolgáló konkrét intézkedések kimunkálásában a Közösség rendelkezésére álló legfontosabb pénzügyi eszközök – a fogyatékos emberek munkaerő-piaci integrációját szolgáló intézkedések széles körét finanszírozzák.

A társadalmi befogadást, foglalkoztatást, valamint az oktatást és képzést elsősorban a Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program (HEFOP) támogatja, amely nagyobb részben az Európai Szociális Alap (ESF) forrásaira épít. A humán erőforrás-fejlesztéshez kapcsolódó infrastruktúra-fejlesztések megvalósításához a HEFOP igénybe veszi emellett az Európai Regionális Fejlesztési Alap (ERDF) támogatását is.

A HEFOP prioritásai, intézkedései mellett a Regionális Operatív Program is tartalmaz intézkedést a „Hátrányos helyzetűek foglalkoztatásának támogatása” címen, amely hátrányos helyzetűek (különösen a tartós munkanélküliek, és a társadalomból kizárt csoportok)

foglalkoztatását szolgáló szociális gazdaság típusú foglalkoztatási programokat, valamint nonprofit foglalkoztatást elősegítő munkahelyteremtő beruházásokat támogat

Ennek keretén belül az alacsonyabb gazdasági aktivitással bíró, nagyobb munkanélküliséggel sújtott térségekben a helyi kezdeményezésekre épülő foglalkoztatási program indítása kerül sorra a hátrányos helyzetű csoportok, különösen a roma lakosság számára. E csoportok foglalkoztatását elsősorban a helyi közösségek igényeit kielégítő közösségi-közhasznú tevékenységek, nonprofit vállalozási tevékenységek révén törekednek biztosítani.

Az EQUAL az Európai Foglalkoztatási Stratégia és a Társadalmi Kirekesztés Elleni Küzdelem közös stratégiája által meghatározott szakmapolitikai keretekbe illeszkedve támogatja a munkaerő-piaci esélyegyenlőség megteremtésére irányuló kezdeményezéseket, segíti a foglalkoztatáspolitikai célkitűzéseinek megvalósulását. A program keretében kidolgozásra kerülő új módszerek és eljárások ugyanakkor maguk is formálni fogják a közösségi és a hazai foglalkoztatáspolitikát, bővítik annak eszköztárát.

## RÁCZ ANDREA

### A nemek közötti egyenlőség kérdése a személyes gondoskodás területén

Jelen tanulmányban azzal foglalkozom, hogy a Care Work nemzetközi kutatásban részt vett hat ország (Anglia, Dánia, Hollandia, Magyarország, Svédország és Spanyolország) a nemek közötti egyenlőség kérdését törvényileg hogyan szabályozza, illetve, hogy a nemek közötti egyenlőség meghatározásai országonként és uralkodó politikai ideológiánként miben térnek el egymástól. A nemi szerepek és a személyes gondoskodás témájának vizsgálatakor kitérek a nők jövedelmező foglalkoztatása, családi élete és a személyes gondoskodás összefüggéseire. Az egyes kérdéskörök vizsgálatakor a nemzetközi kutatás keretében készült interjúk tapasztalataira is építetek.

A nemek közötti különbségek kérdéseinek a személyes gondoskodás területén történő tárgyalása elválaszthatatlan az egyes országokban a nemek egyenlőségével kapcsolatban hozott törvényektől, valamint attól, hogy mekkora figyelmet fordítanak a nemi szerepekre az említett területen. Mindkét kérdéssel kapcsolatban eltérnek az álláspontok az egyes partnerországokban. Számos ország elkötelezte magát, hogy törvényeiben hivatalos egyenlőséget teremtsen, vagyis garantálja a nemi alapon történő megkülönböztetéstől való mentességet. Ugyanakkor ezek a törvények önmagukban nem elegendők annak biztosítására, hogy megvalósuljon a nemek közötti egyenlőség, illetve hogy a személyes gondoskodás területén kiegyenlítődjenek az arányok.

#### Egyenlő esélyek

Hollandiában nem létezik a nemek közti egyenlőségre vonatkozóan specifikus törvénykezés, érvényes azonban a férfiak és nők egyenlő bánásmódjára vonatkozó törvény.

Spanyolország 1978-as demokratikus alkotmánya kimondja, hogy a törvény előtt minden spanyol állampolgár egyenlő. Az 1997-ben született „Nők és férfiak egyenlő esélyeinek terve” c. dokumentum nyíltan felvállalja a nemek közötti egyenlőséget, mint meghatározó megközelítést. A Magyar Köztársaság Alkotmánya mindennemű diszkriminációt tilt, biztosítva „*a férfiak és a nők egyenjogúságát minden polgári és politikai, valamint gazdasági,*

*szociális és kulturális jog tekintetében*”. Az esélyegyenlőségi törvényben a foglalkoztatás területére vonatkozóan részletesen meghatározásra kerültek azok a kiemelt területek, amelyeknél fokozottan ügyelni kell a hátrányos megkülönböztetés tilalmára vonatkozó rendelkezések betartására. Így pl. sérti az egyenlő bánásmód követelményét, ha hátrányos megkülönböztetés valósul meg a munkához való hozzájutásban, különösen nyilvános álláshirdetésben, a munkára való felvételben, az alkalmazási feltételekben, a foglalkoztatási jogviszony létesítésében és megszüntetésében, a munkabér megállapításában és biztosításában, vagy az előmeneteli rendszerben.

A törvényeket tekintve tehát egyenlőség van a nemek között, ám a gyakorlatban sokszor azt látjuk, hogy a férfiak és a nők szerepeire vonatkozó, mélyen gyökerező hiedelmek még mindig érvényesek. Például a két nem arányának kiegyenlítésére bizonyos szektorokban nincsen közvetlen szabályozás, annak ellenére, hogy a női munkaerő uralja pl. a szociális, oktatási és egészségügyi szektort. Itt említhetjük azt is, hogy a hagyományosan nők által végzett munkakörök alacsonyan bérezettek – Magyarországon gyakran a kevés jövedelmet jelölik meg a munkahelyel kapcsolatos elégedetlenség és a nagy fluktuáció okaként.

A nemek közötti egyenlőségre vonatkozóan az Egyesült Királyságban 1970-ben készült törvény, ezt 1975-ben kiegészítette a nemek közti megkülönböztetést tárgyaló, majd 2001-ben az egyenlő fizetést szabályozó törvény. A férfiak és a nők ugyanazért a munkáért azonos bérezésben részesülnek. A gyakorlatban azonban a nemi szerepek szerint különülnek el a munkakörök, és a nők által végzett munkák továbbra is alacsonyan fizetettek. A foglalkoztatáson belüli egyenlőtlenség a jogi szabályozás ellenére tovább él, bár néhány foglalkozási ágban (pl. orvos, jogász) már érzékelhető a kiegyenlítődés.

Az utóbbi időben egyre több figyelem övezi a személyes gondoskodás területének jellegzetességeit is. 2001-ben például az Egyesült Királyságban tervbe vették, több férfi gondozót vesznek fel a kisgyermekellátás területére (a kitűzött cél 2004-re 6% volt). Egyéb célokat is meghatároztak: toborzás a kisebbségi etnikum (6%), a 40 éven felüli munkavállalók (40%) és a fogyatékkal élők köréből (6%). Ezeket a törekvéseket azonban sokkal inkább a munkaerővel kapcsolatos aggodalmak és az egyes személyes gondoskodás keretében nyújtott szolgáltatások minőségének javítása motiválták, semmint a foglalkoztatáson belüli nemi egyenlőtlenségek elsimításának szándéka.

A nemek egyenlőségével kapcsolatos magas szintű szabályozást és politikai irányelveket tekintve a skandináv országok járnak az élen. A vonatkozó törvényeket a foglalkoztatáson belüli egyenlőtlenség megszüntetésére irányuló elvek alapján kiterjesztették a „férfias” ágazatokban dolgozó nőkre és a „nőies” ágazatokban dolgozó férfiakra. Dániában, Norvégiában és Svédországban mára már hagyománya van annak, hogy a nem tradicionális foglalkozásokon belüli nemi egyenlőtlenség témakörével foglalkozzanak. Az északi országok minisztereinek tanácsa munkája során központi kérdésként kezeli, és példaként említhető egyik projektjük, amely a napközbeni kisgyermekellátásban új dolgozók toborzására és a férfi gondozók megtartására fókuszál.

Az Európai Bizottság egyértelmű irányelveket állított fel a nemek szerepéről és a férfi gondozók támogatásának és ösztönzésének szükségességéről (az Európai Tanács ajánlása a gyermekgondozásról, 1992, 6. cikkely; EB Gyermekgondozási Hálózat, 1990).

Dániában 1994-ben megalakult az ún. „Férfiakkal foglalkozó ötletcsoport”, és bár a csoport csak rövid ideig létezett, mára világossá vált, hogy a nemek közti egyenlőség témakörében a férfiakkal is foglalkozni kell. Némelyek szerint azonban ez gondot is okozhat, amennyiben elvonja a figyelmet a nemi egyenlőség témakörében a fókuszpontról: a nők által tapasztalt hátrányos helyzetről. A dán szervezetek egyetértenek abban, hogy a férfiak adott területeken való foglalkoztatása fontos lenne, ugyanakkor nincsen olyan ösztönző rendszer, amely a férfi munkaerő motiválására hivatott.

Svédország a nemek egyenlőségének témakörében fejlett stratégiával rendelkezik, ami az 1980-as Nemek közötti egyenlőség a munkában című törvénynek, illetve az Egyenlő esélyek ombudsmanának kinevezésének köszönhető. A jogi szabályozás legfőbb célja egyenlő jogok és lehetőségek biztosítása a nők és a férfiak számára, melynek eredményeként mindenki számára hozzáférhető az anyagi függetlenséget biztosító foglalkoztatás, ezáltal megvalósítható a család és a gyermekek gondozása, miközben politikai, szakszervezeti és egyéb társadalmi tevékenységekben is mindkét nem tagjai részt vehetnek. Svédországban országos, regionális és helyi szintű szervezetek dolgoznak a nemek közötti egyenlőség gyakorlati megvalósításán. Két fő célkitűzést különíthetünk el; az első a nők és férfiak egyenlő megoszlásának biztosítása az élet minden területén, pl. az oktatás, foglalkoztatás, szabadidős tevékenységek és hatalmi pozíciók szempontjából. A másik cél az, hogy a nők és a férfiak képességeit, tapasztalatait és értékeit egyaránt felhasználják, és a társadalom minden területén kamatoztassák. Az azonban

még mindig válaszra vár, hogy a nemek közötti egyenlőség törvényi szabályozása ténylegesen megteremti-e a nők és férfiak közötti egyenlőséget a svéd egészségügyi, oktatási vagy gondozási ágazatban. A gondozási munkakörökben az utóbbi évtizedben egyre növekszik az igény a nemek közötti egyenlőség megvalósítására. A férfiak gondozói szektorban történő munkavállalására vonatkozó irányelvek egyfelől az említett, Egyenlő esélyek a munkában elnevezésű törvényt követik, mely kimondja, hogy az oktatásban és karrierépítésben nem húzhatók határok a nemek között, másfelől, akárcsak az Egyesült Királyságban, igyekeznek elejét venni a gyermekvállaló nők munkából való kiesése nyomán keletkező munkaerőhiánynak. Csupán harmadik okként szerepel a gondozással összefüggő foglalkozások státuszának és bérezésének javítása.

### **A nemekkel kapcsolatos kérdések a személyes gondoskodást végzők körében**

A nemekkel kapcsolatos elméleti viták intenzitása eltérő a különböző gondozási területeken (hevesebb a gyerekekkel és a fiatalokkal kapcsolatos munkaterületen), illetve az egyes országokban (legerősebb a skandináv országokban, s azoknál némileg gyengébb az Egyesült Királyságban). Valamennyi országban nagymértékű a nemi szegregáció a gondozással kapcsolatos foglalkozásokban: a személyes gondoskodás elnöiesedése az olyan országokban is jellemző, mint Spanyolország, ahol a személyes gondoskodás új foglalkoztatási területként most van kialakulóban. A férfiak valószínűleg nagyobb részt vállalnak a családon belüli informális gondoskodásban, mint a fizetett személyes gondoskodást nyújtó ellátásokban. A férfiak aránya a gyermekgondozás területén Dániában a legmagasabb, 14%, Svédországban ez az arány 5%, Nagy-Britanniában 2%, míg Magyarországon és Spanyolországban nem éri el az egy százalékot.

Egyes országokban olyan szabályzókat vezettek be, amelyek ösztönzik a férfiak foglalkoztatását a gyermekgondozásban. Ennek több hozadéka is lehet: hozzájárul a nemek arányának kiegyenlítéséhez, a gyerekek tapasztalatainak sokszínűbbé válásához, valamint a súlyos munkaerő-utánpótlási gondok orvoslására potenciális munkaerőforrást biztosít.

Nagy-Britanniában a gyermek- és ifjúsági intézményes gondoskodást végzők és a nevelőszülői ellátást biztosítók kb. 16%-a, míg a felnőttekkel foglalkozó kisegítő gondozók kb. 9%-a férfi. Dániában ezzel szemben 30% körül van a férfiak aránya a gyermek- és az

ifjúsági bentlakásos gondozásban, illetve 4% körül az idősgondozásban.

A vizsgált országokban a személyes gondoskodás területén dolgozó férfiak legtöbbször az idősebb gyerekekkel és fiatalokkal kapcsolatos gondozási területeken (pl. szabadidős programok, iskola utáni napközbeni ellátás), illetve a bentlakásos gondozásban tevékenykedik, legkevesebben pedig kisgyermekkel és idős emberekkel foglalkoznak.

A férfiak foglalkoztatása a gyermekgondozás területén, illetve az erre való törekvés kérdéseket vet fel ennek a lépésnek a gondozási munka tartalmát és jelentését érintő következményeiről. Néhány kutatásból kiderül, hogy a férfiakat és a nőket ugyanazok a dolgok motiválják a gyerekekkel való munkára: az emberi kapcsolatból származó öröm és az értelmes tevékenység fölötti elégedettség. Lényeges különbség, hogy míg a nők többnyire „mindig is tudták”, hogy gyerekekkel szeretnének foglalkozni, és így viszonylag egyenes ösvényen jutottak a pályára, addig a férfiak gyakran kanyargósabb utat járnak be, míg elérnek a gyermekgondozásig. A férfiak nagyrészt a nőktől eltérően értelmezik a személyes gondoskodással kapcsolatos karrierlehetőségeket, vagyis valószínűbb, hogy munkájukat átmeneti állomásnak tekintik egy másik, a személyes gondoskodáshoz kapcsolódó terület, a továbbtanulás, illetve valamely vezetői pozíció irányába vezető úton.

A férfi dolgozókkal kapcsolatban fontos hangsúlyozni a férfias szerepmintát. Gyakran úgy ítélik meg, hogy ez a minta különösen hasznos az olyan gyermekeknek, akiket anyjuk egyedül nevel, illetve a fiúknak általában is. Az viszont nem egyértelműen tisztázott, hogy milyen szerepet is kellene játszaniuk a férfiaknak a személyes gondoskodás területén, illetve, hogy adott intézményben dolgozó egy vagy két férfi hogyan képviselheti „a” férfi nemi kategórián belüli lehetőségek teljes skáláját. Nem tisztázott tehát, hogy milyen értékeket kell megjeleníteniük, ugyanakkor lehetséges, hogy a területen a férfiak jelenléte önmagukban is progresszív értéket hordoz, hiszen megkérdőjelezi a nemi szerepekkel kapcsolatos sztereotípiákat.

A férfi dolgozók foglalkoztatásához kötődik a skandináv országokban a „nemek pedagógiája” körüli vita, mely abból a felismerésből indul ki, hogy a gyermekgondozási intézményekbe járó lányok és fiúk bizonyos vonatkozásban különbözőek, és az intézményben dolgozóknak ki kell



elégíteniük a nemek szerint eltérő igényeket. A vita során a mintákat tematizáló elméletek kibővültek a különféle tevékenységeknek a férfi és női nemhez kapcsolódó jellegzetességeivel: a férfi dolgozóknak a hagyományosan „fiús” tevékenységeket kell megtervezniük, és ösztönözniük kell a lányokat, hogy vegyenek részt azokban (pl. építés, sport, szabadtéri játék). Egyes vélemények szerint a gyermekek egyenlő nevelésének legjobb módja, hogy férfi dolgozókat is alkalmaznak, akik női kollégáikkal együtt aktívan gyakorolják és fejlesztik a nemek közötti esélyegyenlőséget.

A vizsgált országokban a kisgyermekkel végzett munka nagymértékben női munkának számít, bizonyos jellegzetességeit a nők kisgyermekkel kapcsolatos hagyományos szerepével hozzák párhuzamba. Mint az egyik magyarországi riportalany fogalmazta: *„Szerintem a nőkkel velük születik az ösztön, hogy a kicsikkel foglalkozzanak.”*

A kisgyerekekkel végzett munka elnőiesedése ellenére a nemek kérdése, illetve a férfi munkaerő szükségessége egyik válaszadónál sem merült fel. Dánia az egyetlen ország, ahol nem szokatlan a férfi gondozók jelenléte a bölcsődékben, és ahol szakmai vita folyik a munkaerő nemek szerinti megoszlásáról. Ennek ellenére az interjúban részt vevő gondozók maguktól sohasem hozták szóba ezt a kérdést, még a férfi gondozók sem.

Magyarországon a bölcsődékben nem dolgoznak férfiak, az óvodákban elenyésző a számuk, és a kérdéstről szakmai diskurzus sem folyik. Érdekes azonban megjegyezni, hogy a Pro Excellentia Alapítvány keretében 2005. június 24-én megtartott Férfimunka? Női munka? Kisgyermek gondozása és nevelése című konferencia éppen ezt a kérdést járta körül. A nemek kérdésével (problémájával) kapcsolatban nincs semmiféle elfogadott szakmai álláspont, szinte egyáltalán nincsenek férfighallgatók a bölcsődei dolgozók képzésében, az óvópedagógusi képesítéssel rendelkező néhány férfi pedig jellemzően más területen helyezkedik el.

Spanyolországban a gyerekekkel végzett munkát női munkának tartják. Férfiak csak mostanában kezdenek jelentkezni ilyen állásokba. Egy spanyol oktató tapasztalata szerint az a néhány férfi, aki részt vesz gondozói képzésben, vagy nagyon jól teljesít, és tisztában van a

szakma mibenlétével, vagy nagyon rosszul, mert a pedagógusi munkát könnyű hivatásnak tartja.

A dolgozók Angliában, Dániában, Spanyolországban és hazánkban is kívánatosnak vélik a férfi munkaerő jelenlétét a kisgyermekellátásban. Dániában ezt elsősorban azzal indokolják, hogy a gyerekek számára kedvezőbb, ha vegyes, férfi-női közegben mozognak, mivel a férfiak és a nők eltérő tulajdonságokat és felfogásokat képviselnek. Egy férfi gyermekfelügyelő szerint: *„A többieknél (vagyis a nőknél) valószínűleg magasabb a toleranciaküszöböm a gyerekekkel szemben. Én valószínűleg később szólok rá a gyerekekre, hagyom, hogy a fiúk fára mászsanak vagy birkózzanak”.*

Nem mindenki gondolkodik azonban így; a nemek közötti különbségekkel és a nemi szerepekkel kapcsolatos felfogás férfiak és nők számára egyaránt terhes lehet. Vannak férfiak, akik nem szívesen játsszák a hagyományos férfiszerepet. Az egyik férfi pedagógus elmondta, hogy ő nem kimondottan jó a keményebb (fiús) játékokban. Egy pedagógusnő nagyon egyértelműen fejt ki, milyen nehéz lehet a fiatal férfiak számára belépni ebbe a „női világba”. *„Képelem milyen szörnyű lehet...Ezért alkalmazunk egyszerre kettőt, hogy legalább egy kicsit elszórakoztassák egymást... Mi, nők, úgy próbálunk ezen segíteni, hogy néhány ilyen dolgot mi magunk csinálunk meg. Én például szívesen mászom fára. A legutóbb, amikor kimentünk az erdőbe, úgy két hete, ebihalakat akartunk fogni. Ki is másztam a tó felett egy kilógó fatörzsre. Hirtelen arra lettem figyelmes, hogy a gyerekek a tóparton nagyon csendben vannak. Azt hiszem, egyszerűen megijedtek, mert mi van, ha én beesem a tóba, akkor ki viszi őket haza?”* A férfi gondozók elmondták azt is, hogy sok a kimondottan „női téma” a dolgozók egymás közti beszélgetésében (pl. divat, gyermekvállalás stb.)

Magyarországon és Spanyolországban a gondozók jóval kevesebb konkrét tapasztalatról tudnak beszámolni a nemi szerepeket és a férfi dolgozókat illetően, attól eltekintve, hogy nagy általánosságban úgy érzik: több férfi gondozóra van szükség. A magyarországi gondozók ezt elsősorban azzal indokolták, hogy a gyerekeknek egyre nagyobb szükségük van a férfi mintákra, ami jó néhányuknak otthon nem adatik meg a gyakori válások miatt. Sok gyermeket élete első éveiben kizárólag nők vesznek körül, következésképpen a fejlődésük egyoldalúvá válik. Különösen a fiúknak fontos, hogy férfi szerepmintákat tanuljanak. A gondozók azonban, mint az alábbi idézetből is kiderül, nem túl optimisták a változásokat illetően: *„Igen, elképzelhető, hogy férfi is volna közöttük, különösen az olyan családoknál, ahol csak az anya*

*és a nagymama van a gyerek körül, ahol hiányzik az apa, vagy az egyszülős családokban. ... Szerintem a társadalmi megbecsülésnek kellene nagymértékben megváltoznia ahhoz, hogy a férfiak itt akarjanak dolgozni, és a fizetéseknek is emelkedniük kellene, mert ez a fizetés nem elég ahhoz, hogy egy férfi eltartsa a családját, az egyszer biztos.”*

A személyes gondoskodásról alkotott különböző felfogások szempontjából központi kérdés a nemi szerepekkel kapcsolatos hozzáállás. A nők túlsúlyát a fizetett gondozási munkában többnyire azzal magyarázzák, hogy a női szerep „természetes” összhangban van a gondoskodással. Ez ahhoz vezetett, hogy szinte társadalmi elvárás, hogy a gondozási munkát nők végezzék. Sokan úgy gondolják, hogy a személyes gondoskodásban alapvetően női tulajdonságokra, pl. érzelmi melegségre és önfeláldozásra van szükség.

Összefonódnak tehát a nemi szerepek és a személyes gondoskodás, és a gondozási munka jellegét és tartalmát a munkaerő összetétele is erősen meghatározza. Norvégiában pl. az idősgondozással kapcsolatban az a nézet uralkodik, hogy a fizetett gondoskodási munkának javára válnak azok a mások kiszolgálásában szerzett tapasztalatok, amelyeket a nők háziasszonyként, anyaként és gondozóként szereztek saját családjukban. Ezeket a tágabb értelemben vett gyakorlat útján szerzett ismereteket többre kellene becsülni a képzés során szerzhető tudásnál, mely a norvég megközelítés szerint a személyes gondoskodás tényleges gyakorlatától az adminisztráció irányába hat. Számos kutató száll vitába az „implicit tudás” elmélettel (vagyis, hogy vannak olyan ismeretek, amelyeket nem lehet hivatalos formában megtanítani, illetve kifejezni), és pozitív álláspontot képviselnek az ismeretszerzés más formáival kapcsolatban, a tapasztalaton alapuló és a hivatalos formában elsajátított tudás ötvözetét javasolva. Azt állítják például, hogy a hivatalos oktatási formában szerzett ismeretek magasabb státusza és az erős elméleti megalapozottság révén a személyes gondoskodást végzők jobban képesek védeni az ellátást / szolgáltatást igénybe vevők érdekeit.

Norvég kutatók hívták fel a figyelmet a férfi/nő kérdés másik aspektusára is a személyes gondoskodásban. A szociális reformhoz és a szolgáltatások átszervezéséhez kapcsolódóan szembeállították a személyes gondoskodás területén dolgozó túlnyomórészt férfi vezetők és túlnyomórészt női gondozók eltérő értékrendjét és gondolkodásmódját. E szerint a pénzügyi elszámoltathatóság és a hatékony munkavégzés a maskulin értékrendbe tartozik, (értékorientált megközelítés), amely azonban a gondozói etikával nem áll szemben.

A nemi szerepekkel kapcsolatos vita kiterjed a minőségi foglalkoztatás kérdéskörére is. Tudjuk, hogy a személyes gondoskodás mint munkaterület akkor lehet a férfiak számára is vonzó, ha megfelelő képzési és karrierlehetőséget biztosít, valamint anyagilag is ösztönző. A rugalmas foglalkoztatás is pozitívként említhető, pl. a dán gyermekfelügyelők és a brit iskolán kívüli gyermekgondozók esetében. Az iskolai végzettség szintjének emelkedésével és a foglalkoztatási források növekvő versenyével párhuzamosan a női dolgozók foglalkoztatása is a képzés, az előrelépés és a bérezés javulásának függvénye lesz.

Az időskorúak számára nyújtott szolgáltatások történelmileg női feladatkört jelölnek ki, hagyományosan legalább is a nők által végzett feladatok a hangsúlyosak. Egy svéd etnológus arra a következtetésre jutott, hogy a férfiak és a nők között létezik munkamegosztás az időskorúak számára nyújtott szolgáltatások terén, és ez a munkamegosztás leginkább az otthoni ápolás esetében szembetűnő. Az időotthonokban nem ilyen egyértelmű a feladatok nemek szerinti megoszlása, mivel az ott végzett munkát nem befolyásolja olyan mértékben a gender, mint az otthon végzett munkát. Ennek egyik magyarázata lehet a hagyományos munkamegosztás és az elvárások az időskorúak, de a gondozók részéről is. Ami a házi gondozást illeti: minden további nélkül lehetséges, hogy az idős személy dönti el: egy adott napon mennyi feladatot végezzen a gondozója. A nemekről alkotott fogalmak nagyban befolyásolják annak megítélését, hogy egy férfi vagy egy női segítő milyen szinten képes a házimunka elvégzésére.

A Care Work nemzetközi idősellátás-kutatás keretében arról kérdeztük a gondozókat, hogy van-e különbség a férfiak és a nők által végzett feladatok között. Az időskorúak részére nyújtott szolgáltatások terén a svéd gondozók azt hangsúlyozták, hogy a gondozottak számára az egyik leglényegesebb kérdés, hogy személyes tisztálkodásukat férfi vagy női gondozó segíti-e. Tehát a személyes higiénia, a test ápolása szempontjából fontos leginkább a gondozó neme. Az angol gondozók jelezték: szükség van mind férfi, mind női ápolókra, hogy a gondozott az őt személyes tisztálkodásban segítő dolgozó nemét illetően választhasson. Az egyik bentlakásos intézményben a gondozottakat csak a saját nemükhöz tartozó ápoló segítheti a tisztálkodásban. Néhányan a válaszadók közül úgy gondolták, hogy a gondozó és a gondozott közti korkülönbség szintén jelentős tényező a tisztálkodást segítő gondozó

megválasztásánál: az idős emberek többsége a túl nagy, sokszor generációs korkülönbséget kellemetlennek találja. A spanyol, illetve a magyar válaszadók szerint a férfi gondozó segítsége elsősorban olyan helyzetekben hasznos, ahol nagyobb testi erő kifejtése szükséges, mint például fürdetés, emelés.

### **A nők jövedelmező foglalkoztatása, családi élete és a személyes gondoskodás**

A formális és az informális gondozásban is a nők játsszák a legfontosabb gondozói szerepet, így a személyes gondoskodás összemosódhat a családon belül végzett gondoskodással. Angliában különösen jellemző ez, a gondozók ugyanis arról számoltak be, hogy a fizetett munka és a családi élet – beleértve a rokonok ingyenes gondozását is – közötti határ észrevétlen. Sokuk szerint a gondozás „lelki alkat” vagy életvitel kérdése. Ez abban is megnyilvánulhat, hogy a gondozó a számos hasonló jellemző okán egyként tekint munkájára és családi életére.

Az angol gondozók tudását és ismereteit gyakran a tágabb család is hasznosítja. Gyakran kérnek tőlük tanácsot a rokonok, különösen az időskorúak egészségével és támogatásával kapcsolatban. A gondozók így egyfajta híd szerepét töltik be a gondozási problémával küszködő család és a szolgáltatások között.

A svéd gondozók a munka és a családi élet szigorú különválasztását hangsúlyozták. Svédországban a személyes gondoskodás eszmerendszere jórészt az 1980-as években fejlődött ki. Ebben az évtizedben nőtt a gondozók képzettségi szintje, és a csoportban (teamben) végzett munka általános gyakorlattá vált. Az idős személyekkel kapcsolatos döntéseket a team keretein belül kellett meghozni. Erőfeszítések történtek annak érdekében is, hogy a gondozók elkerüljék a túlzottan bizalmas kapcsolat kialakítását az időskorú gondozottal. Fontos megjegyezni, hogy ellenérvek is felmerültek az ún. „szakmaiságot növelő folyamatokkal” szemben: a gondozó és a gondozott személy közt keletkező távolság éppen ellentétes a személyes gondoskodás fogalmával. Ma már az időskorúak gondozásának általános gyakorlata nem tükrözi ezt az eszmerendszert, és a gondozók sem szívesen tartanak távolságot a gondozottakkal. A válaszadók családjuk támogató erejének fontosságát hangsúlyozták a

nehéz időkben, pl. ha egy haldokló mellett töltötték a napot, vagy egyéb súlyos problémával kellett szembesülniük munkájuk során.

A spanyol kérdezettek beszámoltak arról, hogy a munkahelyi kötelezettségek gyakran összeférhetetlenek a család felé vállalt kötelezettségekkel (pl. hétfélig telefonhívások, váratlan időpontban be kell menni a munkahelyre). Ugyanakkor a gondozási tapasztalattal bíró spanyolországi felnőtt nők számára, akik a gyermekvállalást, de főként a válást követően vissza szeretnék térni a munkaerőpiacra, (karrier)lehetőséget is kínál az idősellátás.

Magyarországon a legtöbb gondozó úgy vélte, hogy jól össze tudja hangolni munkáját családi életével. A családtagok, illetve a barátok támogatása fontos számukra a gondozási munkában. A megkérdezett gondozók általánosságban üdvözölnék több férfi munkaerő jelenlétét, különösen a házi segítségnyújtás területén és a bentlakásos intézményekben. A férfi munkatársakkal kapcsolatban a válaszadók főként a fizikai erőt említették pozitívumként (pl. emelésnél vagy fürdetésnél), valamint a ház körüli munkák (pl. favágás vagy kertészkedés) elvégzését. A női gondozók úgy vélekedtek, hogy a férfiak kenyérkereső szerepe és a szociális területen tapasztalható alacsony bérezés konfliktusa okozza, hogy kevés férfi választja hivatásának a személyes gondoskodást.

## **Összegzés**

A személyes gondoskodást a vizsgált országokban többségében nők nyújtják, és kedvezőtlen a munka társadalmi megítélése is. A társadalomban továbbélő tévhit szerint a gondozói munkára a nők természettől fogva alkalmasak, a családi életben betöltött gondozói szerepük révén. A kormányzatok elismerik, hogy a gondozók toborzása és megtartása beavatkozást igényel, ha el akarják kerülni a krónikus munkaerőhiányt. Pozitívum, hogy a kutatás keretében megkérdezett szakemberek elégedettek magával a gondozói munkával, és azt ők maguk magasra értékelik. Viszont elégedetlenek a munkájuk társadalom általi értékelésével, mind a fizetés és a munkafeltételek, mind pedig a társadalmi megbecsültség szempontjából.

A férfi gondozók száma továbbra is kevés. Az általános vélekedés ellenére, amely szerint több férfi gondozóra lenne szükség, nincs jele annak, hogy a férfiak toborzása a vizsgált

országokban elsőbbséget élvezne, vagy hogy egy kitartó és sikeres program tárgyát képezné. Figyelembe kellene venni azt is, hogy a gondozói munkához vezető utak és a munkával szembeni elvárások a férfiak és nők körében eltérőek.

### **Felhasznált irodalom**

Marta Korintus, Peter Moss: Care Work in Europe: Working with young children A case study of Denmark, Hungary and Spain, Current understanding and future directions – Consolidated report 2004. (<http://www.ioe.ac.uk/tcru/carework.htm>)

Peter Moss, Claire Cameron: Személyes gondoskodás és a személyes gondoskodást nyújtó munkaerő, Beszámoló az első szakasról és a jelenlegi helyzet áttekintése 2002. (<http://www.ioe.ac.uk/tcru/carework.htm>)

Rácza Andrea, Hajós Zsófia: A Care Work nemzetközi idősellátás-kutatás hazai tapasztalatai. In.: Török Péter (szerk.): A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásairól. Kapocs könyvek 7., Budapest, NCSZI, 2004.

Rácza Andrea: Napközbeni gyermekellátást nyújtó szolgáltatásokban dolgozók jellemzői kutatási eredmények alapján 6 országban - Előadás a Férfimunka? Női munka? Kisgyermek gondozása és nevelése c. konferencián. In: Boinfo, 2005/3. szám.

Stina Johanson: Care Work in Europe: Working with older people. A case study of Sweden, Spain and England, Current understanding and future directions Consolidated report 2004. (<http://www.ioe.ac.uk/tcru/carework.htm>)

## Forrai Erzsébet

### A szenvedélybetegek bentlakásos szociális intézményeiben élő kábítószer-fogyasztó lakókról

Az alábbiakban ismertetett kutatási összefoglaló a II. része a Szociális szolgáltatások és kábítószer-fogyasztók címmel készült kutatásnak, mely a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet és a Hajléktalanokért Közalapítvány együttműködésében valósult meg 2005 augusztusa és 2006 júniusa között az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium támogatásával. A kutatási összefoglaló első részét, amely a szenvedélybetegek nappali ellátását nyújtó szociális intézményeket igénybe vevő kábítószer-fogyasztók körében végzett felmérés eredményeit ismerteti, a KAPOCS előző, 25. számában tettük közzé.

Jelen kutatásunk során a szenvedélybetegek bentlakásos szociális intézményeiben élő kábítószer-fogyasztó lakók közül 152 főt kérdeztünk meg. Az adatfelvétel kérdezőbiztosok közreműködésével zajlott, 2005. november 15. és 2006. március 10. között. A megkérdezettek kiválasztása egy korábbi pályázatunk keretében (KAB-KT-04-0034) megvalósított kutatás eredményein alapszik, amennyiben azokat az intézményeket kerestük meg, amelyek az említett kutatás során jelezték, hogy lakóik között van kábítószer-fogyasztó, kábítószer-függő. Az így beválogatott intézmények száma 13, melyek az alábbi megyékben találhatók: Békés (3 intézmény), Baranya (2), Fejér, Hajdú-Bihar, Nógrád, Pest, Somogy, Tolna Veszprém, Budapest 1-1 intézmény.

#### Általános információk az ellátás igénybevevőiről

A megkérdezés – területi megoszlását tekintve – az alábbi képet mutatja.

##### *1. sz. táblázat*

##### *A megkérdezett igénybevevők regionális és megyei megoszlása*

Régió	Megye	A megkérdezett igénybevevők
-------	-------	-----------------------------



		száma (fő)	aránya (%)
Közép-Magyarország	Budapest	19	12,5
	Pest	3	2,0
Közép-Dunántúl	Veszprém	4	2,6
	Fejér	16	10,5
Dél-Dunántúl	Baranya	39	25,7
	Somogy	12	7,9
	Tolna	9	5,9
Észak-Magyarország	Nógrád	1	0,7
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	4	2,6
Dél-Alföld	Békés	45	29,6
<b>Összesen</b>		<b>152</b>	<b>100,0</b>

A megkérdezett 152 lakó jelentős többsége (146 fő, a megkérdezettek 96,1%-a) szenvedélybetegek rehabilitációs intézményét veszi igénybe. Az adatbázisban szereplők közül további 4 fő (2,6%) lakóotthonban, 2 fő (1,3%) pedig ápolást, gondozást nyújtó intézményben él. Látható tehát, hogy adatbázisunk főként a rehabilitációs intézményekben élő kábítószer-fogyasztókról tartalmaz információkat.

A megkérdezettek 85,5%-a (130 fő) *férfi*, 14,5%-a (22 fő) *nő*. Az adatbázisunkban szereplő nők kivétel nélkül rehabilitációs intézményben élnek, és ugyanez mondható el a férfiak 95,4%-áról (124 fő). A férfiak közül további 2 fő (1,5%) ápolást, gondozást nyújtó intézményben, míg 4 fő (3,1%) lakóotthonban él.

A *legfiatalabb* megkérdezett lakó 14 éves férfi, a *legidősebb* 59 éves nő volt, az átlagéletkor 27,7 év, a leggyakoribb életkor pedig 25 év. Az átlagéletkor nemenként mutat némi eltérést: a férfiak esetében 27,4 év, míg a nők esetében 29,8 év. Az életkori adatok kategorizálva, nemenkénti bontásban a 2. számú táblázatban láthatók (a megkérdezettek közül egy fő nem árulta el a korát).

## 2. sz. táblázat

### A megkérdezettek életkora nemenként

A megkérdezett életkora	fő	A megkérdezett neme		Összesen
		férfi	nő	
14 – 18 év		6	1	7

	%	4,7	4,5	<b>4,6</b>
19 – 24 év	fő	39	6	<b>45</b>
	%	30,2	27,3	<b>29,8</b>
25 – 29 év	fő	42	4	<b>46</b>
	%	32,6	18,2	<b>30,5</b>
30 – 39 év	fő	37	9	<b>46</b>
	%	28,7	40,9	<b>30,5</b>
40 – 49 év	fő	5	-	<b>5</b>
	%	3,9	-	<b>3,3</b>
50 – 59 év	fő	-	2	<b>2</b>
	%	-	9,1	<b>1,3</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>129</b>	<b>22</b>	<b>151</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Amint azt a 2. számú táblázat is mutatja, a megkérdezettek 90,8%-ban 19 és 39 év közöttiek. E csoportban közel egyenlő arányban találjuk meg a 19–24 év (29,8%), a 25–29 év (30,5%) és a 30–39 év (30,5%) közöttieket. A 14–18 év közöttiek és a 40 évesek vagy annál idősebbek egyenlő, 4,6%-os arányban képviseltetik magukat. Egyes korcsoportokban mutatkozik eltérés nemek szerint: így pl. a férfiakhoz képest a nők között arányaiban kevesebben vannak a 25–29 év közöttiek, míg többen a 30–39 évesek. A 40–49 éves korosztályban csak férfiakat, míg az 50–59 évesek között csak nőket találunk.

Az igénybe vett intézmény típusa alapján tekintve az életkori jellemzőket, azt mondhatjuk el, hogy a legalacsonyabb átlagéletkort (27,3 év) a rehabilitációs intézmények lakói esetében tapasztaljuk, ugyanakkor érdekes, hogy mind a legfiatalabb (14 éves), mind pedig a legidősebb (56 éves) lakó rehabilitációs intézményt vesz igénybe. Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben élő megkérdezett kábítószer-fogyasztók átlagéletkora 36,5 év (egyikőjük 24, másikuk 49 éves). Ugyanezen értékek a lakóotthonokban élők esetében: átlagéletkor 37,5 év, a legfiatalabb megkérdezett lakó 33 éves, a legidősebb 43 éves.

A *családi állapottal* kapcsolatos információkat a 3. számú táblázat tartalmazza.

### **3. sz. táblázat**

*A megkérdezettek családi állapota nemek szerinti bontásban*

A megkérdezett családi állapota		A megkérdezett neme		Összesen
		férfi	nő	
nőtlen / hajadon	fő	120	20	<b>140</b>
	%	92,3	90,9	<b>92,1</b>
házas	fő	5	1	<b>6</b>
	%	3,8	4,5	<b>3,9</b>
elvált	fő	3	1	<b>4</b>
	%	2,3	4,5	<b>2,6</b>
nincs válasz	fő	2	-	<b>2</b>
	%	1,5	-	<b>1,3</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>130</b>	<b>22</b>	<b>152</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Amint az a táblázatban látható, megkérdezettek 92,1%-a nőtlen vagy hajadon, 3,9%-a házas, 2,6%-a elvált és 2 fő esetében nem rendelkezünk erre vonatkozó információval. Jelentősnek nevezhető különbséget a férfiak és a nők között nem tapasztalunk e kérdés kapcsán. A legnagyobb különbség az elváltak esetében mutatkozik, hiszen a nők között 2,2%-kal több az elvált, mint a férfiak csoportjában.

A nőtlen, illetve hajadon megkérdezettek ilyen magas aránya előrevetíti, hogy a legjellemzőbb életkori csoportokban is magas lesz az arányuk. E szerint a megkérdezettek között minden 29 éves vagy annál fiatalabb férfi nőtlen (arányuk a férfiak között 67,5%), illetőleg minden 39 éves vagy annál fiatalabb nő hajadon (arányuk a nők között 90,9%). És még egy kiegészítés: az elvált és házas megkérdezettek kivétel nélkül rehabilitációs intézményt vesznek igénybe.

A felmérésben részt vevők megismerése természetesen nem merülhet ki az alapadatok összegyűjtésében, már csak azért sem, mert kutatásunk a szenvedélybetegek bentlakásos szociális intézményeit igénybe vevő kábítószer-fogyasztók szükségleteinek, tapasztalatainak feltárására irányult. E kérdéskör körülményéhez szükség volt olyan információk begyűjtésére is, melyek túlmutatnak az ún. „kemény adatokon”. Az ilyen információk begyűjtésének első lépéseként arra kértük a megkérdezetteket, hogy mondják el, *mi volt az a három legfontosabb esemény, amely életüket leginkább befolyásolta*. E

kérdés kapcsán több probléma is felvetődött. Először is úgy láttuk, ha a kérdést zárt formában fogalmazzuk meg, a lehetséges válaszokat egy előre meghatározott rendszerbe kényszerítjük. Tehát nyílt formában tettük fel a kérdést, ebben az esetben lehetőség van a válaszok utólagos kódolására, rendszerezésére.

A válaszok átnézése után húsz kategória felállítása látszott szükségesnek, melyek a következők:

- családtag halála, betegsége (e kategória esetében a megkérdezettek jellemzően a szülők halálát említették)
- családi kapcsolati problémák (pl. a család megszakította a megkérdezettel a kapcsolatot, de előfordul szülői bántalmazás is)
- szülők válása
- szülők szenvedélybetegsége
- intézeti nevelkedés, nevelőszülőknél való nevelkedés
- egyéb gyermekkori problémák, traumák (pl. a megkérdezett azt gondolta, „talált gyerek”); gyermekkori szorongások, agresszív szülők)
- saját gyermek születése
- párkapcsolati problémák, csalódások (itt főként az első szerelmet említették a válaszadók, de megjelennek a hosszú idő után megszakadt párkapcsolatok is)
- baráti hatások („rossz társaságba kerültem”, szórakozás)
- kulturális hatások (zene és szubkultúrák hatása)
- sport (pl. edzőterem; hosszú ideje üzött sport abbahagyása; bajnokság megnyerése)
- iskola elhagyása, iskolai problémák
- munkanélküliség, nem megfelelő munkaválasztás
- betegség, baleset
- droghasználat
- börtön, bűnözés
- prostitúció
- szociális intézményi ellátás (ezt jellemzően azzal az intézménnyel kapcsolatban említették, amelyben a lekérdezéskor éltek)

- a megkérdezett személyiségében rejlő „problémák”
- egyéb.

Mint az a felsorolásból is kiderül, fenti kategóriák nem felelnek meg a kizárólagosság és teljes körűség kívánalmainak. Így például a szülők válása vagy a szülők szenvedélybetegsége ugyanúgy jelenthet traumatikus élményt a gyermekkorban, mint az iskolai problémák. Ez esetben lehetséges volna egy összefoglalóbb kategória felállítása, azonban ez jelentős információvesztést jelentene. Az is látható egy-egy kategória megnevezéséből, hogy tartalma nem kapott egyértelműen pozitív vagy negatív előjelet, hiszen jelentését részletesebben a válaszadó nem fejtette ki (pl. sport, kulturális, baráti hatások stb.). Mindezek ellenére a fenti kategóriák látszanak a leginformatívabbnak, még akkor is, ha további elemzésre csak fenntartásokkal alkalmazhatók.

Áttérve a számokra: a leginkább meghatározó eseményekre irányuló kérdésünkre 98 megkérdezett nevezett meg legalább egy eseményt. Ők a megkérdezettek 64,5%-át alkotják. Két fontos eseményt 92 fő (60,5%), három fontos eseményt pedig 74 fő (48,7%) nevezett meg. A könnyebb áttekinthetőség érdekében az említett események három csoportját együtt kezeljük, mivel így látható, hogy az egyes kategóriákat összesen hány fő jelölte meg. Adatainkat a 4. számú táblázat tartalmazza.

#### 4. sz. táblázat

##### *A megkérdezettek életét leginkább befolyásoló események gyakorisága*

A legfontosabb esemény	A válaszadók	
	száma (fő)	aránya (%)
családtag halála, betegsége	20	20,4
családi kapcsolati problémák	11	11,2
szülők válása	18	18,4
szülők szenvedélybetegsége	4	4,1
intézeti vagy nevelőszülőknél való nevelkedés	6	6,1
egyéb gyermekkori problémák, traumák	12	12,2
saját gyermek születése	5	5,1
párkapcsolati problémák, csalódások	18	18,4
baráti hatások	9	9,2
kulturális hatások	3	3,1
sport	5	5,1

iskola elhagyása, iskolai problémák	12	12,2
munkanélküliség, nem megfelelő munkaválasztás	5	5,1
betegség, baleset	8	8,2
droghasználat	39	39,8
börtön, bűnözés	15	15,3
prostitúció	2	2,0
szociális intézményi ellátás	11	11,2
a megkérdezett személyiségében rejlő „problémák”	20	20,4
egyéb	41	41,8
<b>A kérdésre választ adók összesen</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

A táblázatból látható, hogy a három válaszcsoport összesítése után a leggyakoribb kategória az „egyéb”, melynek tartalma igen változatos. Néhány példa: a megkérdezett keresztfiának megszületése, a saját lakás megszerzéséért folytatott harc, külföldi munkavállalás vagy külföldön való hosszabb tartózkodás, majd hazatérés, legelső kórházba kerülés, megtérés, üldözöttség, társadalom, szex, a megkérdezett rossz helyre született.

Gyakoriságban az egyéb kategóriát a droghasználat követi, melyet összesen 39 megkérdezett nevezett meg. A harmadik és negyedik leggyakoribb kategória (egyaránt 20-20 válaszadóval) a valamely családtag halála, betegsége, illetőleg a megkérdezett személyiségében rejlő „problémák”. Ez utóbbira néhány példa: a megkérdezett hamar függetlenné vált, a szabadságot nem megfelelően értelmezte, saját gondolkodása, a jó keresése, gátlások, félelmek, szeretetre vágyás, beilleszkedési problémák, öngyilkossági gondolatok.

Visszatérve a kemény adatokra, a családi állapoton túl arra is rákérdeztünk, hogy a válaszadónak a lekérdezés időpontjában volt-e *párkapcsolata*, hiszen ezt az információt a családi állapot nem feltétlenül adja meg. E kérdésünkre 150 fő válaszolt. Közülük 37 főnek (24,3%) van, 113 főnek (74,3%) nincs párkapcsolata. (A nem válaszolók aránya 1,3%.) A két nem között jelentősnek nevezhető különbség van e kérdés kapcsán, hiszen míg a férfiak mindössze 21,5%-ának, addig a nők 40,9%-ának volt párkapcsolata a lekérdezéskor.

Általánosságban elmondható, hogy a válaszadók között a kor előrehaladtával nő a párkapcsolatban élők aránya. A 14–18 év közötti válaszadók közül senkinek, míg az 50–59 évesek között mindenkinek van párkapcsolata. Ez az arány a 19–24 éves korosztály esetében 20,0%, a 25–29 éveseknél 26,1%, a 30–39 évesek esetében pedig 30,4%. A 40–49 éves korosztályi kategóriában ugyan senki nem adta azt a választ, hogy van párkapcsolata, viszont közöttük találjuk az egyik nem válaszolót is.

Végül a párkapcsolat léte és a családi állapot közötti kapcsolatot az 5. számú táblázat mutatja.

**5. sz. táblázat**

*A párkapcsolatban élők száma és aránya a megkérdezett családi állapota szerint*

A megkérdezettnek a lekérdezéskor volt-e párkapcsolata?	A megkérdezett családi állapota				Összesen	
	nőtlen/hajadon	házas	elvált	nem válaszolt		
igen	fő	32	4	1	-	<b>37</b>
	%	22,9	66,7	25,0	-	<b>24,3</b>
nem	fő	108	2	3	-	<b>113</b>
	%	77,1	33,3	75,0	-	<b>74,3</b>
nincs válasz	fő	-	-	-	2	<b>2</b>
	%	-	-	-	100,0	<b>1,3</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>140</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>152</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Amint a táblázatból látható, a nőtlen vagy hajadon, illetve az elvált válaszadók körében közel ugyanolyan arányban találunk párkapcsolatban élőket. A házas családi állapotú válaszadók egyharmada ugyanakkor nem él párkapcsolatban. A megkérdezettek közül két fő egyik fenti kérdésre sem adott választ.

A kapcsolati rendszerre vonatkozóan a családi állapoton, valamint a párkapcsolat meglétéén túl fontos információval szolgál, hogy *van-e a megkérdezett életében olyan személy, akihez segítségért, támogatásért fordulhat, akivel megbeszélheti problémáit.* Erre a kérdésünkre a korábbiakhoz képest sokkal kevesebben válaszoltak: 105 főről

rendelkezünk, viszont 47 főről (30,9%) nem rendelkezünk ilyen tartalmú információval. A kérdésre választ adók közül 90 fő (59,2%) életében van, míg 15 fő (9,9%) életében nincs segítő, támogató személy.

Említésre méltónak tűnik, hogy e kérdés kapcsán gyakorlatilag semmiféle eltérést nem tapasztalunk a nők és a férfiak között, azaz a nem válaszolók, a támogató kapcsolattal rendelkezők, illetve nem rendelkezők aránya szinte tizedes pontossággal megegyezik az összesített arányokkal.

Érdekes, hogy a párkapcsolatban élők valamelyest kisebb arányban (54,1%-ban) jelölték támogató kapcsolat létét, mint a párkapcsolattal nem rendelkezők, akik közül az „igen” választ adók aránya 61,9%. Az is igaz ugyanakkor, hogy a párkapcsolatban élők 45,9%-a nem adott választ e kérdésre, míg ugyanez az arány a párkapcsolattal nem rendelkezők esetében 24,8%. A választ adók között 15 főnek nincs sem párkapcsolata, sem segítő, támogató kapcsolata. Arányuk az összes megkérdezett között 9,9%.

Arról, hogy ki (kik) a segítő, támogató személy(ek), a 6. számú táblázat ad tájékoztatást.

#### 6. sz. táblázat

*A megkérdezett segítő, támogató személy, a válaszadók neme szerinti bontásban*

A segítő, támogató személy	Férfiak		Nők		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%
barát	39	50,6	6	46,2	45	50,0
ismerős	5	6,5	-	-	5	5,6
közeli családtag	49	63,6	6	46,2	55	61,1
távoli családtag	2	2,6	-	-	2	2,2
munkatárs	4	5,2	1	7,7	5	5,6
segítő szakember	32	41,6	6	46,2	38	42,2
„sorstárs”	10	13,0	3	23,1	13	14,4
párkapcsolat	7	9,1	1	7,7	8	8,9
<b>Válaszolók összesen</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

A 6. számú táblázat tanúsága szerint a legnagyobb különbséget a nők és a férfiak között a közeli családtag kapcsán találjuk: míg a férfiak 63,6%-a, addig a nők 46,2%-a mondta



azt, hogy az őt segítő, támogató személy közeli családtag. Ugyancsak számottevőnek mondható a sorstárs segítőik szerepe közötti különbség.

Érdemes megnézni a támogató kapcsolat meglétét, illetve hiányát életkori csoportok szerint is (lásd 7. számú táblázat).

**7. sz. táblázat**

**Segítő, támogató kapcsolat megléte életkori csoportok szerint**

Van-e a megkérdezett életében olyan személy, aki segíti, támogatja?		A megkérdezett életkora						Összesen
		14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	50–59 éves	
igen	fő	4	22	30	30	2	2	<b>90</b>
	%	57,1	48,9	65,2	65,2	40,0	100,0	<b>59,6</b>
nem	fő	-	4	3	6	2	-	<b>15</b>
	%	-	8,9	6,5	13,0	40,0	-	<b>9,9</b>
nincs válasz	fő	3	19	13	10	1	-	<b>46</b>
	%	42,9	42,2	28,3	21,7	20,0	-	<b>30,5</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>7</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>151</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Látható, hogy mindkét 50–59 éves válaszadó életében van segítő, támogató személy. A 25–29 és a 30–39 évesek csoportjában egyaránt 65,2% a segítő, támogató kapcsolattal bírók aránya. A 14–18 évesek esetében ez az arány valamivel alacsonyabb: 57,1%. Végül legkevésbé a 19–24 éves (48,9%) és a 40–49 éves (40,0%) válaszadók jelezték segítő, támogató kapcsolat meglétét életükben.

A segítő, támogató személyek és az életkor közötti kapcsolatot a 8. számú táblázat mutatja.

**8. sz. táblázat**

*A megkérdezett segítő, támogató személy a válaszadók életkora szerinti bontásban*

A segítő, támogató személy	14–18 éves		19–24 éves		25–29 éves		30–39 éves		40–49 éves		50–59 éves		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
barát	2	50,0	10	45,5	18	60,0	14	46,7	1	50,0	-	-	45	50,0
ismerős	-	-	1	4,5	3	10,0	1	3,3	-	-	-	-	5	5,6
közeli családtag	3	75,0	15	68,2	20	66,7	15	50,0	1	50,0	1	50,0	55	61,1
távoli családtag	-	-	-	-	1	3,3	1	3,3	-	-	-	-	2	2,2
munkatárs	-	-	1	4,5	1	3,3	3	10,0	-	-	-	-	5	5,6
segítő szakember	3	75,0	7	31,8	13	43,3	13	43,3	1	50,0	1	50,0	38	42,2
„sorstárs”	1	25,0	2	9,1	3	10,0	6	20,0	-	-	1	50,0	13	14,4
párkapcsolat	-	-	2	9,1	4	13,3	2	6,7	-	-	-	-	8	8,9
<b>Válaszolók összesen</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

A táblázatban foglaltak szerint a 14–18 éves válaszadók esetében a közeli családtagok és a segítő szakemberek a legfontosabb támogatók. A 19–24, a 25–29 és a 30–39 évesek között szintén a közeli családtagok töltik be a legfontosabb szerepet, ám őket a barátok követik. Az életkor előrehaladtával ugyanakkor a támogató kapcsolatokban a közeli családtagok és a barátok aránya közötti különbség jelentős mértékben csökken.

Továbbhaladva az alapinformációkon, kérdést tettünk fel az *iskolai végzettségre* vonatkozóan is. A kapott adatokat életkori bontásban a 9. számú táblázat mutatja. (Egy főnek válasz híján sem az életkorát, sem az iskolai végzettségét nem tudjuk.)

9. sz. táblázat

A megkérdezettek iskolai végzettsége életkor szerint

A megkérdezett iskolai végzettsége		A megkérdezett életkora						Összesen
		14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	50–59 éves	
kevesebb mint nyolc általános	fő	1	-	-	-	-	-	1
	%	14,3	-	-	-	-	-	0,7
nyolc általános	fő	6	31	8	14	2	-	61
	%	85,7	68,9	17,4	30,4	40,0	-	40,4
szakmunkásképző	fő	-	8	25	18	-	-	51
	%	-	17,8	54,3	39,1	-	-	33,8
szakközépiskola	fő	-	3	6	5	-	-	14
	%	-	6,7	13,0	10,9	-	-	9,3
gimnázium	fő	-	2	6	9	-	2	19
	%	-	4,4	13,0	19,6	-	100,0	12,6
főiskola	fő	-	-	1	-	1	-	2
	%	-	-	2,2	-	20,0	-	1,3
egyetem	fő	-	-	-	-	1	-	1
	%	-	-	-	-	20,0	-	0,7
nincs válasz	fő	-	1	-	-	1	-	2
	%	-	2,2	-	-	20,0	-	1,3
Összesen	fő	7	45	46	46	5	2	151
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Amint a 9. számú táblázatból látható, a 14–18 évesek között értelemszerűen kizárólag legfeljebb nyolc általánost végzett válaszadókat találunk, akiknek aránya ugyanakkor a 19–24 évesek között is meglehetősen magas: 68,9%. A 25–29 évesek között a szakmunkásképzőt végzettek vannak legtöbben (54,3%), akárcsak a 30–39 éves korosztályba tartozók közt, azonban ez utóbbi csoportban arányuk jóval alacsonyabb (39,1%), s megközelíti a legfeljebb nyolc általánost végzettekét (30,4%). A 40–49 éves korosztály meglehetősen szélsőséges az iskolai végzettség tekintetében: 40,0%-uk nyolc általánost, 40,0%-uk viszont főiskolát, egyetemet végzett. Végül a legidősebb korosztályban gimnáziumi végzettséggel rendelkezőket találunk.

Az adatokat összességében tekintve elmondhatjuk, hogy válaszadóink 41,1%-ban legfeljebb nyolc általánost végeztek, 74,9%-ban legfeljebb szakmunkásképzőt, és mindössze 2,0% a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezők aránya.



A legfeljebb nyolc általánost végzettek aránya a férfiak és a nők között nem mutatott eltérést. Ugyanakkor szakmunkásképzőt sokkal több férfi végzett (37,7%), mint nő (9,1%), míg érettségivel sokkal több nő rendelkezik (50,0%), mint férfi (19,2%). Az is igaz azonban, hogy csak a férfiak körében találtunk felsőfokú végzettségűeket.

A megkérdezettek közül a lekérdezéskor 23 fő mondta, hogy *munkaviszonyban áll*, 127 fő (83,6%) nemmel válaszolt a kérdésre, és 2 fő (1,3%) nem válaszolt. A munkában állók aránya a férfiak között 14,6% (19 fő), a nők között 18,2% (4 fő). A korcsoportokat illetően a magasabb életkorúak felé haladva nő a munkaviszonnal rendelkezők aránya: míg a 14–18 évesek közül senki sem dolgozik, addig a 40 évesnél idősebb válaszadók 28,6%-ának van munkaviszonya.

A munkaviszonyban álló, összesen 23 fő közül 6 fő (26,1%) egyéb szellemi foglalkozású, 11 fő (47,8%) valamilyen szolgáltató tevékenységet végez, 1 fő (4,3%) mezőgazdasági foglalkozású, és 5 fő (21,7%) az iparban, építőiparban dolgozik.

Azok közül, akik azt mondták, hogy nem állnak munkaviszonyban, 7 főről (5,5%) tudjuk, hogy végez *alkalmi munkát*, azonban megjegyzendő, hogy e kérdésnél igen magas volt a választ nem adók száma és aránya (47 fő, 37,0%). Az alkalmi munka kizárólag fizikai munkát takar: kőműves, segédmunkás, mezőgazdasági idénymunkás és takarító tevékenységet említettek. Alkalmi munkát a megkérdezettek közül 6 férfi és 1 nő végez.

A munkaviszonyban nem állók közül 24 fő (19,0%) jelezte, hogy regisztrált munkanélküli. Arányuk a nők között 27,8%, a férfiak között 17,6%.

A kemény adatoknál maradva: arra is kíváncsiak voltunk, hogy a megkérdezett *tanul-e*. Erre a kérdésre a lekérdezéskor 21 fő (13,8%) adott „igen” választ. A nők között magasabb a tanulók aránya (27,3%), mint a férfiak között (11,5%). És bár logikusnak tűnik a feltételezés, hogy a legfiatalabbak körében találjuk a legtöbb tanulót, adataink

szerint ez nem így van. A legaktívabbak ugyanis tanulás terén a 30–39 évesek, hiszen közel egyötödük (19,6%, 9 fő) tanul. Csak őket követi a legfiatalabb korosztály, ahol a tanulók aránya 14,3%, bár ez mindössze 1 főt jelent. A 19–24 évesek között 13,3% (6 fő), a 25–29 évesek között pedig 10,9% (5 fő) a tanulmányokat folytatók aránya.

A tanulás – formáját tekintve – 1 fő esetében (4,8%) nappali középiskolai, 8 fő esetében (38,1%) esti vagy levelező középiskolai, 2 fő (9,5%) esetében esti vagy levelező főiskolai vagy egyetemi, 9 fő (42,9%) esetében tanfolyami képzés, 1 fő pedig autodidakta módon tanul. És még egy érdekesség: a tanulók fele egyidejűleg munkaviszonyban is áll.

E kérdéscsoport utolsó eleme a *rendszeres jövedelmeket* firtatta. Ezzel kapcsolatban elmondhatjuk, hogy a megkérdezett 152 fő közül 47 fő (30,9%) rendelkezik, 103 fő (67,8%) nem rendelkezik rendszeres jövedelemmel, és 2 megkérdezett (1,3%) nem válaszolt.

A nők ebből a szempontból valamelyest kedvezőbb helyzetben vannak, mint a férfiak, hiszen 50,0%-uknak van rendszeres jövedelme, míg ugyanez az arány a férfiak csoportjában csak 27,7%. Az életkori bontás ez esetben sem hoz meglepő eredményt, amint azt a 10. számú táblázat is mutatja: minél előrébb járunk az életkori csoportokat tekintve, annál nagyobb a rendszeres jövedelemmel rendelkezők aránya.

#### 10. sz. táblázat

##### *Rendszeres jövedelemmel rendelkezők száma és aránya életkori csoportok szerint*

Rendelkezik-e rendszeres jövedelemmel?		A megkérdezett életkora						Összesen
		14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	50–59 éves	
igen	fő	-	9	10	23	3	2	47
	%	-	20,0	21,7	50,0	60,0	100,0	31,1
nem	fő	7	36	36	23	1	-	103
	%	100,0	80,0	78,3	50,0	20,0	-	68,2
nincs válasz	fő	-	-	-	-	1	-	1
	%	-	-	-	-	20,0	-	0,7
Összesen	fő	7	45	46	46	5	2	151
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A jövedelem típusával kapcsolatban öt kategóriát állítottunk fel, melyek a következők: munkából származó, tanulói jogviszonyból származó, társadalombiztosításból származó jövedelmek, segély és egyéb jövedelmek.

- Munkából származó jövedelmének összegét 22 fő jelölte meg. E szerint a legkisebb munkából származó jövedelem nettó 24 000 Ft havonta, a legmagasabb összegű pedig 150 000 Ft. A munkajövedelmek havi átlagos összege 70 045 Ft.
- Tanulói jogviszonyból származó jövedelmet senki sem jelölt meg.
- Társadalombiztosításból származó jövedelemmel (rokkant-, öregségi, özvegyi, előnyugdíj, rendszeres szociális járadék, gyés, gyed, gyet, árvajáradék, vakok járadéka) 20 fő rendelkezik. E jövedelemfajta legkisebb összege 17 000 Ft, legnagyobb összege 54 000 Ft, átlagos összege pedig 27 684 Ft.
- A különböző segélyek (aktív korúak rendszeres szociális segélye, ápolási díj, rendszeres gyermekvédelmi támogatás) 6 fő számára jelentenek jövedelemforrást. E kategóriánál a legkisebb összeg 6000 Ft, a legnagyobb 38 000 Ft, az átlagos pedig 20 548 Ft havonta.
- Egyéb jövedelemről (pl. tartásdíj, földjáradék, bérbeadás, haszonélvezet stb.) 2 fő számolt be. Ennek legkisebb havi összege 16 000 Ft, legnagyobb havi összege 40 000 Ft, átlagosan pedig 28 000 Ft.

### **A szenvedélybetegség a válaszadók életében**

A tanulmány eddigi részében főként demográfiai adatokkal foglalkoztunk. A továbbiakban azokat a kérdéseket elemezzük, melyek a válaszadók szenvedélybetegségéről adnak információt.

Első kérdésünk arra kérdezett rá, vajon a megkérdezett *szenvedélybetegnek*, függőnek *tekinti-e magát*. Erre vonatkozóan 110 főtől (72,4%) kaptunk „igen” választ, 4 főtől (2,6%) „nem” választ, és 38 fő (25,0%) esetében nem kaptunk információt.

E kérdés kapcsán egyáltalán nem tapasztalunk eltérést a két nem képviselői között. Az életkorral kapcsolatban azonban elmondhatjuk, hogy az idősebb korosztályok felé haladva nő a magukat szenvedélybetegnek tekintő lakók aránya (lásd 11. számú táblázat).

**11. sz. táblázat**

**A megkérdezett szenvedélybetegnek tekinti-e magát?**

A megkérdezett szenvedélybetegnek tekinti-e magát?		A megkérdezett életkora						Összesen
		14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	50–59 éves	
igen	fő	4	26	34	41	4	1	<b>110</b>
	%	57,1	57,8	73,9	89,1	80,0	50,0	<b>72,8</b>
nem	fő	-	-	1	1	1	1	<b>4</b>
	%	-	-	2,2	2,2	20,0	50,0	<b>2,6</b>
nincs válasz	fő	3	19	11	4	-	-	<b>37</b>
	%	42,9	42,2	23,9	8,7	-	-	<b>24,5</b>
Összesen	fő	7	45	46	46	5	2	<b>151</b>
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>

Amint a táblázatból kitűnik, a két legfiatalabb életkori csoportban nem találunk nemleges választ adókat, viszont igen magas a nem válaszolók aránya. A két legidősebb életkori csoportban ugyan nem találkozunk a válasz megtagadásával, azonban nő azon válaszadók aránya, akik nem tekintik magukat szenvedélybetegnek (28,6%).

Az iskolai végzettséggel kapcsolatosan érdekesnek tűnő adatokat kapunk, ugyanis azok aránya, akik szenvedélybetegnek tekintik magukat, a két „szélső” csoportban a legalacsonyabb: a legfeljebb általános iskolát végzettek között 66,1%, a diplomával rendelkezők között 66,7%. Ugyanakkor a szakmunkásképzőt, szakközépiskolát, illetve gimnáziumot végzettek körében ez az arány 76,5%-ról 78,9%-ra nő.

Hogy a válaszadók *milyen szenvedélybetegséggel* küzdenek, a 12. számú táblázat mutatja, nemek szerinti bontásban. (Több válasz megjelölésére is lehetőség volt.)



**12. sz. táblázat**

*A szenvedélybetegség típusa nemenkénti bontásban*

A szenvedélybetegség típusa	Férfiak		Nők		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%
alkoholfüggőség	33	35,1	6	37,5	39	35,5
kábítószer-függőség	77	81,9	12	75,0	89	80,9
szervesoldószer-függőség	9	9,6	1	6,3	10	9,1
gyógyszerfüggőség	19	20,2	7	43,8	26	23,6
politoxikománia	19	20,2	6	37,5	25	22,7
játékszenvedély	7	7,4	-	-	7	6,4
nikotinfüggőség	65	69,1	8	50,0	73	66,4
egyéb	3	3,2	-	-	3	2,7
<b>Válaszolóok összesen</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

A táblázatból jól látható, hogy mindkét csoport esetében a kábítószer-függőség jelenik meg legnagyobb, bár nemenként némiképp eltérő arányban. Ugyancsak mindkét nem esetében a második helyen a nikotinfüggőség áll, bár az arányok itt már közel 20,0%-os eltérést mutatnak. A harmadik leggyakoribb függőség a férfiak esetében az alkoholfüggőség, mely arányaiban szintén nem mutat jelentős eltérést a nőkhöz képest, ugyanakkor a nők csoportjában ugyanilyen gyakori a politoxikománia, és mindkét függőséget megelőzi a gyógyszerfüggőség. Ez utóbbi két függőség az általunk megkérdezettek körében sokkal inkább a nőket jellemzi. Jelentősebbnek tűnő eltérés a játékszenvedély kapcsán is fellelhető, hiszen ezt a függőséget kizárólag férfiak említették. Végül az egyéb kategória mindhárom válaszadó esetében a társfüggőséget takarta, amit tehát szintén csak férfiak jeleztek.

Természetesen érdemes megvizsgálni a függőség típusa és az életkor közötti összefüggést is. Ezt mutatja be a 13. számú táblázat.

**13. sz. táblázat**

*A szenvedélybetegség típusa életkori csoportok szerint*

A szenvedélybetegség típusa	14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40 éves vagy idősebb	Összesen

	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
alkoholfüggőség	-	-	9	34,6	13	38,2	14	34,1	3	60,0	<b>39</b>	<b>35,5</b>
kábítószer-függőség	2	50,0	21	80,8	32	94,1	30	73,2	4	80,0	<b>89</b>	<b>80,9</b>
szervesoldószer-függőség	1	25,0	3	11,5	-	-	6	14,6	-	-	<b>10</b>	<b>9,1</b>
gyógyszerfüggőség	-	-	6	23,1	11	32,4	6	14,6	3	60,0	<b>26</b>	<b>23,6</b>
politoxikománia	1	25,0	7	26,9	6	17,6	11	26,8	-	-	<b>25</b>	<b>22,7</b>
játékszenvedély	-	-	2	7,7	5	14,7	-	-	-	-	<b>7</b>	<b>6,4</b>
nikotinfüggőség	1	25,0	19	73,1	28	82,4	23	56,1	2	40,0	<b>73</b>	<b>66,4</b>
egyéb	-	-	1	3,8	1	2,9	1	2,4	-	-	<b>3</b>	<b>2,7</b>
<b>Válaszolók összesen</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

A 13. számú táblázatból kiolvasható, hogy minden életkori csoportban a kábítószer-függőség a leggyakoribb szenvedélybetegség, bár az arányok meglehetősen széles skálán mozognak. Az alkohol-, valamint a gyógyszerfüggőség a legidősebb korosztályra jellemző leginkább, míg a szervesoldószer-függőség a legfiatalabbra. Az „egyéb” kategóriában található társfüggőséget ugyanakkor sem a 14–18 év közötti, sem 40 év feletti életkori csoportban nem jelölték meg. Ugyancsak érdekesnek nevezhető a játékszenvedély, hiszen azt kizárólag 19–29 év közöttiek jelölték meg. A kábítószer-függőségen kívül az egyetlen szenvedély, mely minden életkorban megjelenik, a nikotinfüggőség.

A szenvedélybetegség fennállásának ideje szintén fontos információ. Az erre vonatkozó átlagos értékeket a 14. számú táblázat mutatja.

#### 14. sz. táblázat

##### *Az egyes szenvedélybetegségek fennállásának átlagos ideje életkor szerinti bontásban*

A szenvedélybetegség típusa	14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40 éves vagy idősebb	Átlagos érték az összes válaszolóra vetítve
	hónap	hónap	hónap	hónap	hónap	hónap
alkoholfüggőség	-	66,7	125,9	178,3	357,7	<b>134,9</b>
kábítószer-függőség	24,0	90,0	107,0	166,5	216,0	<b>125,8</b>
szervesoldószer-függőség	12,0	87,7	-	176,0	-	<b>131,9</b>
gyógyszerfüggőség	-	53,5	80,1	108,0	256,0	<b>106,8</b>
politoxikománia	72,0	69,7	86,8	156,4	-	<b>114,0</b>
játékszenvedély	-	66,0	86,4	-	-	<b>80,6</b>
nikotinfüggőség	96,0	106,0	138,2	205,0	342,0	<b>152,9</b>
egyéb	-	276,0	324,0	372,0	-	<b>324,0</b>

A táblázat adatai szerint a politoxikománia kivételével minden függőség esetében az tapasztalható, hogy az életkor előrehaladtával nő a szenvedélybetegség fennállásának átlagos ideje. És egy megjegyzés: a társfüggőség („egyéb” kategória) esetében minden válaszadó azt mondta, hogy az születése óta fennáll.

Az iskolai végzettség és a szenvedélybetegség típusa közötti kapcsolatot a 15. számú táblázat mutatja. (Két kábítószerfüggő és egy nikotinfüggő válaszadó esetében nem ismerjük az iskolai végzettséget.)

**15. sz. táblázat**

*A szenvedélybetegség típusa iskolai végzettség szerint*

A szenvedélybetegség típusa	Legfeljebb nyolc általános		Szakmunkásképző		Szakközépiskola vagy gimnázium		Főiskola vagy egyetem		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
alkoholfüggőség	12	29,3	18	46,2	8	30,8	1	50,0	<b>39</b>	<b>35,5</b>
kábítószer-függőség	31	75,6	31	79,5	23	88,5	2	100,0	<b>89</b>	<b>80,9</b>
szervesoldószer-függőség	5	12,2	5	12,8	-	-	-	-	<b>10</b>	<b>9,1</b>
gyógyszerfüggőség	12	29,3	8	20,5	6	23,1	-	-	<b>26</b>	<b>23,6</b>
politoxikománia	13	31,7	6	15,4	6	23,1	-	-	<b>25</b>	<b>22,7</b>
játékszenvedély	3	7,3	3	7,7	1	3,8	-	-	<b>7</b>	<b>6,4</b>
nikotinfüggőség	27	65,9	27	69,2	17	65,4	1	50,0	<b>73</b>	<b>66,4</b>
egyéb	1	2,4	-	-	2	7,7	-	-	<b>3</b>	<b>2,7</b>
<b>Válaszolóok összesen</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Látható a táblázatból, hogy az alkoholfüggőség a diplomával rendelkezők és a szakmunkásképzőt végzettek között a legjellemzőbb. A kábítószerfüggők aránya egyértelműen növekszik a magasabb iskolai végzettség felé haladva (bár az utolsó kategóriában mindössze 2 főt találunk). A szervesoldószer-függőség a legfeljebb szakmunkásképzőt végzettek között jelenik meg, s ugyancsak e csoportban jellemzőbb a játékszenvedély megléte. A gyógyszerfüggőség és a politoxikománia a legalacsonyabb iskolai végzettségűek csoportjában gyakoribb.

Végül e kérdés kapcsán érdemes szemügyre venni, hogy egy-egy válaszadó *hányféle függőséget jelölt meg* a lekérdezéskor. Ezeket az adatokat nemenkénti bontásban a 16. számú táblázat tartalmazza.

**16. sz. táblázat**

*Az egy válaszadó által megjelölt függőségek száma és aránya nemenkénti bontásban*

A megjelölt függőségek száma		A megkérdezett neme		Összesen
		férfi	nő	
egy	fő	22	5	27
	%	23,4	31,3	24,5
kettő	fő	34	2	36
	%	36,2	12,5	32,7
három	fő	18	6	24
	%	19,1	37,5	21,8
négy és hét között	fő	20	3	23
	%	21,3	18,8	20,9
Összesen	fő	94	16	110
	%	100,0	100,0	100,0

Látható a táblázatból, hogy a férfiak leggyakrabban (36,2%-ban) kettő, a nők pedig jellemzően (37,5%-ban) három függőségről számoltak be, bár esetükben nem elhanyagolható arányban jelennek meg az egy függőséggel élők (31,3%). A négy vagy annál több függőség valamivel nagyobb arányban jelenik meg a férfiak (21,3%), mint a nők között (18,8%).

Az életkor és a függőségek száma közötti összefüggést a 17. számú táblázat mutatja.

**17. sz. táblázat**

*Az egy válaszadó által megjelölt függőségek száma életkori csoportonként*

A megjelölt függőségek száma		A megkérdezett életkora					Összesen
		14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40 éves vagy idősebb	
egy	fő	3	4	4	14	2	27
	%	75,0	15,4	11,8	34,1	40,0	24,5
kettő	fő	1	11	11	13	-	36
	%	25,0	42,3	32,4	31,7	-	32,7
három	fő	-	7	9	6	2	24

	%	-	26,9	26,5	14,6	40,0	<b>21,8</b>
négy és hét között	fő	-	4	10	8	1	<b>23</b>
	%	-	15,4	29,4	19,5	20,0	<b>20,9</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>34</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>110</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A táblázat alapján elmondható, hogy a legfiatalabb válaszadók legfeljebb két függőséget jelöltek meg, míg leginkább a 40 éves vagy annál idősebb, illetve a 25–29 év közötti válaszadóknál tapasztalható három vagy annál több függőség együttes jelenléte.

A függőségek számával kapcsolatosan érdemes megemlíteni, hogy három vagy annál több függőséggel élő lakót csak a rehabilitációs intézményekben találunk a válaszadók között.

Függetlenül attól, hogy a válaszadó szenvedélybetegnek tekinti-e magát vagy sem, illetve attól, hogy milyen szenvedélybetegséggel él, megkérdeztük, *milyen kábítószer próbált már ki / használt élete során*. Erre a kérdésre mindössze két fő esetében nem rendelkezünk semmiféle információval. A többiek válaszait a 18. számú táblázat foglalja össze

**18. sz. táblázat**

*Az egyes kábítószereket valaha használók száma és aránya*

A kábítószer megnevezése	A kábítószer valaha használók	
	száma (fő)	aránya (%)
ópium	59	39,3
heroin	85	56,7
morfin	41	27,5
egyéb ópiátok	69	46,0
szintetikus kábító fájdalomcsillapítók	71	47,3
methadon	55	36,7
kokain (só)	74	49,3
kokain bázis („crack”)	19	12,7
marihuana	<b>123</b>	<b>82,0</b>
hasis	87	58,0
LSD	86	57,3
amfetamin	<b>107</b>	<b>71,3</b>

metamfetamin	47	31,3
egyéb amfetamin, extasy	98	65,3
barbiturátok	39	26,0
benzodiazepinek	90	60,0
szerves oldószerek (inhalánsok)	57	38,0
egyéb kábítószer	52	34,7
alkohol	<b>105</b>	<b>70,0</b>
cigaretta	<b>112</b>	<b>74,7</b>
<b>A kérdésre választ adók összesen</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Látható a táblázatból, hogy válaszadóink közt a marihuánát, amfetamint, illetőleg az alkoholt és cigarettát valaha használók aránya 70,0% felett mozog. A kevesek által használt szerek: „crack”, barbiturátok, morfin.

Rákérdeztünk arra is, hogy a valaha kipróbált / használt szerek közül melyek azok, amelyeket a válaszadók a lekérdezés időpontjában is használtak. E kérdésre – a cigarettától eltekintve – meglehetősen kevés „igen” választ kaptunk. Nevezetesen: marihuánát 1 fő (az azt valaha használók 0,8%-a), amfetamint szintén egy fő (0,9%), benzodiazepineket 4 fő (4,4%), alkoholt 3 fő (2,9%), végül cigarettát 97 fő (86,6%) a lekérdezés idején is használt.

A 19. számú táblázatban az látható, hogy mutatkozik-e különbség a férfiak és nők között a tekintetben, hogy mely szereket próbálták / használták korábban.

*19. sz. táblázat*

*Az egyes kábítószereket valaha használók száma és aránya nemenként*

A kábítószer megnevezése	Férfiak		Nők		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%
ópium	51	39,8	8	36,4	<b>59</b>	<b>39,3</b>
heroin	73	57,0	12	54,5	<b>85</b>	<b>56,7</b>
morfin	<b>37</b>	<b>29,1</b>	<b>4</b>	<b>18,2</b>	<b>41</b>	<b>27,5</b>
egyéb ópiátok	59	46,1	10	45,5	<b>69</b>	<b>46,0</b>
szintetikus kábító fájdalomcsillapítók	62	48,4	9	40,9	<b>71</b>	<b>47,3</b>
methadon	<b>49</b>	<b>38,3</b>	<b>6</b>	<b>27,3</b>	<b>55</b>	<b>36,7</b>
kokain (só)	<b>67</b>	<b>52,3</b>	<b>7</b>	<b>31,8</b>	<b>74</b>	<b>49,3</b>
kokain bázis („crack”)	16	12,5	3	13,6	<b>19</b>	<b>12,7</b>
marihuana	<b>107</b>	<b>83,6</b>	<b>16</b>	<b>72,7</b>	<b>123</b>	<b>82,0</b>

hasis	76	59,4	11	50,0	87	58,0
LSD	77	60,2	9	40,9	86	57,3
amfetamin	91	71,1	16	72,7	107	71,3
metamfetamin	40	31,3	7	31,8	47	31,3
egyéb amfetamin, extasy	86	67,2	12	54,5	98	65,3
barbiturátok	32	25,0	7	31,8	39	26,0
benzodiazepinek	73	57,0	17	77,3	90	60,0
szerves oldószerek (inhalánsok)	52	40,6	5	22,7	57	38,0
egyéb kábítószer	47	36,7	5	22,7	52	34,7
alkohol	90	70,3	15	68,2	105	70,0
cigaretta	95	74,2	17	77,3	112	74,7
<b>A kérdésre választ adók összesen</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Adataink szerint 20,0% körüli eltérés mutatkozik a két nem között a kokain, az LSD és a benzodiazepinek használata kapcsán. Az első kettőt jellemzőbben férfiak használják, míg a legutóbbit jellemzőbben nők. Ugyancsak jelentősnek tekinthető (10,0 és 20,0% közötti) eltérés látható a férfiak javára a morfin, a methadon, a marihuana, egyéb amfetamin, szerves oldószerek és egyéb kábítószerek kapcsán.

Még érdekesebb az egyes kábítószereket valaha használók életkori kategóriák szerinti csoportosítása, melyet 20. számú táblázat mutat be.

20. sz. táblázat

Az egyes kábítószereket valaha használók száma és aránya életkori csoportonként

A kábítószer megnevezése	14–18 éves		19–24 éves		25–29 éves		30–39 éves		40 éves vagy idősebb		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
ópium	-	-	11	24,4	22	47,8	24	52,2	2	33,3	59	39,3
heroin	-	-	18	40,0	31	67,4	33	71,7	3	50,0	85	56,7
morfin	-	-	5	11,1	12	26,7	22	47,8	2	33,3	41	27,5
egyéb ópiátok	-	-	16	35,6	18	39,1	32	69,6	3	50,0	69	46,0
szintetikus kábító fájdalomcsillapítók	1	14,3	18	40,0	21	45,7	29	63,0	2	33,3	71	47,3
methadon	1	14,3	12	26,7	15	32,6	27	58,7	-	-	55	36,7
kokain (só)	1	14,3	18	40,0	22	47,8	30	65,2	3	50,0	74	49,3
kokain bázis („crack”)	-	-	6	13,3	4	8,7	9	19,6	-	-	19	12,7
marihuana	6	85,7	37	82,2	38	82,6	39	84,8	3	50,0	123	82,0
hasis	2	28,6	22	48,9	29	63,0	32	69,6	2	33,3	87	58,0
LSD	1	14,3	21	46,7	28	60,9	33	71,7	3	50,0	86	57,3
amfetamin	5	71,4	29	64,4	36	78,3	34	73,9	3	50,0	107	71,3
metamfetamin	1	14,3	10	22,2	16	34,8	19	41,3	1	16,7	47	31,3
egyéb amfetamin, extasy	3	42,9	30	66,7	31	67,4	31	67,4	3	50,0	98	65,3
barbiturátok	1	14,3	7	15,6	9	19,6	20	43,5	2	33,3	39	26,0
benzodiazepinek	1	14,3	27	60,0	24	52,2	33	71,7	5	83,3	90	60,0
szerves oldószerek (inhalánsok)	2	28,6	15	33,3	14	30,4	23	50,0	3	50,0	57	38,0
egyéb kábítószer	2	28,6	13	28,9	16	34,8	21	45,7	-	-	52	34,7
alkohol	2	28,6	24	53,3	32	69,6	42	91,3	5	83,3	105	70,0
cigaretta	4	57,1	25	55,6	35	76,1	42	91,3	6	100,0	112	74,7
<b>A kérdésre választ adók összesen</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Amint az a 20. számú táblázatban is látható, a „crack”, marihuana, benzodiazepinek, szerves oldószerek és a cigaretta kivételével azt tapasztaljuk, hogy az idősebb korosztályok felé haladva a legfiatalabb életkori csoporthoz képest kisebb-nagyobb mértékben ugyan, de folyamatosan nő az egyes szereket használók aránya, ám a 40 éves vagy annál idősebb korosztályban mindig visszaesés tapasztalható. A kivételeket tekintve: a „crack”-et például sem a legfiatalabb, sem a legidősebb korosztály tagjai nem próbálták ki, és a 25–29 éves korosztálynál is látszódik némi visszaesés. A marihuanahasználók aránya meglehetősen egyenletes a legidősebb korosztályig, ahol azonban jelentős a visszaesés. A benzodiazepineket ugyanakkor a legidősebb korosztály tagjai használták eddig leginkább, akárcsak a cigarettát.



E kérdéshez kiegészítésként érdemes megnézni, hogy az egyes válaszadók összesen *hányféle szert próbáltak eddigi életük során*. A 150 válaszadó közül 15 fő jelezte (10,0%), hogy a lekérdezés időpontjáig mindössze egy szert próbált ki vagy használt a felsorolt 18 közül (az alkohol és a cigaretta nincs e csoportban), és 4 fő (2,7%) mondta azt, hogy mind a 18 kábítószer próbálta már élete során. Az átlagos érték egyébként e kérdés kapcsán 8 volt, tehát átlagosan nyolcféle szert próbáltak ki a válaszadók, a leggyakoribb érték pedig a 2, azaz a legtöbben (24 fő, 16,0%) összesen kétféle szert használtak a felsoroltak közül.

A szokásos csoportosítások mentén vizsgálva a fenti kérdést: a férfiak átlagosan nyolc-, míg a nők hétféle szert használtak a lekérdezésig. Az életkori csoportosítás esetében a legalacsonyabb átlagos értéket (4) a legfiatalabbak, a legmagasabbat (11) pedig a 30–39 éves korosztály esetében kaptuk, és itt is tapasztalható volt némi visszaesés a 40 éves vagy annál idősebb korosztály esetében, ahol az átlagos érték 6 volt. Az iskolai végzettség érdekesen befolyásolta az értékeket: a legalacsonyabb végzettségűek átlagosan hétféle szert, a szakmunkásképzőt végzetek nyolcfélét, az érettségivel rendelkezők tízfélét használtak korábban, ám a diplomával rendelkezők esetében a legfeljebb négyféle szer használata volt jellemző válaszadóink körében. Végül az is differenciálta az értékeket, hogy a megkérdezett szenvedélybetegnek tekinti-e magát vagy sem, ugyanis azok, akik e kérdésre igennel feleltek, átlagosan tizenegyféle, míg azok, akik nemmel feleltek vagy nem válaszoltak, átlagosan kétféle szert használtak vagy próbáltak ki a lekérdezésig.

A *szerhasználat* kapcsán nem kerülhető meg az a kérdés, hogy erre *hány évesen került sor első alkalommal*. A kérdést az alkoholra, a cigarettára és a kábítószerekre vonatkozóan egyaránt feltettük. A kapott adatokat nemenkénti bontásban a 21. számú táblázat mutatja.

**21. sz. táblázat**

**A megkérdezettek első alkohol-, kábítószer-fogyasztása és cigarettázása nemenkénti bontásban**

A megkérdezett hány éves korában...		A megkérdezett neme		Értékek az összes válaszadó esetében
		férfi	nő	
fogyasztott először alkoholt?	átlag (év)	13,7	14,3	<b>13,8</b>
	leggyakoribb érték (év)	13	13	<b>13</b>
<b>a válaszadók száma (fő)</b>		<b>128</b>	<b>21</b>	<b>149</b>
fogyasztott először kábítószer vagy más kábító hatású szert?	átlag (év)	15,9	18,7	<b>16,3</b>
	leggyakoribb érték (év)	14	13	-
<b>a válaszadók száma (fő)</b>		<b>127</b>	<b>22</b>	<b>149</b>
cigarettázott először?	átlag (év)	13,3	15,5	<b>13,7</b>
	leggyakoribb érték (év)	13	14	<b>13</b>
<b>a válaszadók száma (fő)</b>		<b>96</b>	<b>17</b>	<b>113</b>

A 21. számú táblázatból az derül ki, hogy mind az alkoholt, mind a dohányzást, mind a kábítószerket a nők átlagosan későbbi életkorban próbálták ki először, mint a férfiak. A legnagyobb eltérést a kábítószer vagy más kábító hatású szerek esetében tapasztaljuk, mert míg a férfiak átlagos életkora az első szerhasználatkor 15,9 év, addig ez a nőknél átlagosan 18,7 életév. Ugyanakkor a leggyakoribb értékek mentén a differencia elhanyagolható, azaz az alkohol, a cigaretta és a kábítószer esetében is az látható, hogy a legtöbb 13 és 14 éves koruk környékén kipróbálták valamelyiket.

Az átlagos értékek alapján arra következtethetünk, hogy az adatbázisunkban szereplő nők elsőként az alkoholt, míg a férfiak a cigarettát próbálták ki. Az elsőként használt kábítószer egyébként messze a legmagasabb arányban (40,0-50,0% körül) a marihuana volt mindkét nem esetében.

A fenti adatok életkori csoportok szerinti bontásban a 22. számú táblázatban láthatók.

**22. sz. táblázat**

**A megkérdezettek első alkohol-, kábítószer-fogyasztása és cigarettázása életkori csoportonként**

A megkérdezett hány éves korában...		A megkérdezett életkora					Értékek az összes válaszadó esetében
		14–18 év	19–24 év	25–29 év	30–39 év	40 év vagy idősebb	
fogyasztott először alkoholt?	átlag (év)	12,1	13,2	14,1	14,3	14,6	<b>13,8</b>
	leggyakoribb érték (év)	13	13	14	13	14	<b>13</b>
<b>a válaszadók száma (fő)</b>		<b>7</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>149</b>
fogyasztott először kábítószer vagy más kábító hatású szert?	átlag (év)	13,8	14,2	16,0	17,2	32,0	<b>16,3</b>
	leggyakoribb érték (év)	-	14	15	16	-	-
<b>a válaszadók száma (fő)</b>		<b>7</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>149</b>
cigarettázott először?	átlag (év)	11,0	12,5	13,8	14,0	16,7	<b>13,7</b>
	leggyakoribb érték (év)	11	-	14	13	-	<b>13</b>
<b>a válaszadók száma (fő)</b>		<b>3</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>113</b>

A táblázat adatai szerint minél idősebb korosztályba tartoznak a válaszadók, átlagosan annál későbbi életkorban próbálták ki az egyes szereket. A legnagyobb különbséget az átlagos életkorok között ez esetben is a kábítószeres esetében tapasztaljuk: a legidősebb korosztályba tartozó válaszadók átlagosan 32 évesek voltak, mikor először kipróbálták (e csoportnál több modális érték is megjelent, melyek közül a legalacsonyabb a 17. életév), a legfiatalabbak azonban átlagosan 13,8 évesek voltak (ez esetben a több modális értékből a 13. életév a legalacsonyabb). Az a következtetés is levonható az adatokból, hogy az alkoholfogyasztás és a dohányzás általában megelőzi – az átlagos életkori adatokból kiindulva – a kábítószer kipróbálását.

Érdeemes a használt vagy kipróbált szerek számát is összevetni azzal, hogy mely életkorra tehető az első szerhasználat, ugyanis azok, akik a lekérdezésig a legtöbb szert használták, átlagosan a legfiatalabbak az alkohol- és dohányfogyasztók között. A tizenöt-tizennyolcféle szert kipróbálók átlagosan 13,2 éves korukban ittak először alkoholt, és átlagosan 13 évesen dohányoztak először. És bár az első kábítószer-használat kapcsán a legalacsonyabb átlagos életkort az eddig kétféle szert kipróbálók esetében

tapasztaljuk (15 év), rögtön őket követik a tizenöt-tizennyolcféle szert használók (átlagos életkor az első használatkor 15,2 év).

A szerhasználat vizsgálatához szorosan kötődik az *absztinencia* kérdése is. Arra a kérdésünkre, hogy a megkérdezettnek volt-e valaha absztinens időszaka, 121 (79,6%) pozitív választ kaptunk, 29 (19,1%) nemleges választ, és 2 főről (1,3%) nincs erre vonatkozó adatunk. Itt a válaszokkal kapcsolatosan érdemes felfigyelni arra a tényre, hogy bár bentlakásos intézményekről beszélünk, 29 fő jelezte, hogy még egyáltalán nem volt szerektől mentes időszaka.

A férfiak és a nők között az absztinens időszakokat átélt válaszadók aránya némiképp eltér: a férfiak között 78,5% (102 fő), a nők között pedig 86,4% (19 fő). Az életkori csoportok között is tapasztalható differencia e kérdés kapcsán, mely a 23. számú táblázatban látható.

**23. sz. táblázat:**

***Absztinens időszakok életkori csoportosításban***

A megkérdezettnek volt-e valaha absztinens időszaka		A megkérdezett életkora					Összesen
		14–18 éves	19–24 éves	25–29 éves	30–39 éves	40 éves vagy idősebb	
igen	fő	3	35	39	39	5	<b>121</b>
	%	42,9	77,8	84,8	84,8	71,4	<b>80,1</b>
nem	fő	4	10	7	7	1	<b>29</b>
	%	57,1	22,2	15,2	15,2	14,3	<b>19,2</b>
nincs válasz	fő	-	-	-	-	1	<b>1</b>
	%	-	-	-	-	14,3	<b>0,7</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>7</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>7</b>	<b>151</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Amint a 23. számú táblázat mutatja, legkevésbé a legfiatalabbak számoltak be tiszta időszakokról (42,9%). E csoportot követően azonban megugrik az absztinens időszakot jelzők aránya (77,8%-ról 84,8%-ra), ám a legidősebbek esetében tapasztalható némi visszaesés.

Az iskolai végzettség alapján csoportosított adatok szerint a legfeljebb nyolc általánost, illetőleg a szakközépiskolát vagy gimnáziumot végzettek között nagyjából ugyanakkora a tiszta időszakot már megélt válaszadók aránya (az első esetben 77,4%, a másodikban 78,8%). A szakmunkásképzőt végzettek ehhez képest valamivel magasabb arányban (84,3%) számoltak be ilyen időszakokról. Végül a diplomával rendelkezők mindegyikének volt már szerektől mentes korszaka.

Az *absztinens időszakok száma* egyébként a férfiak életében átlagosan valamelyest kevesebb volt (2,2), mint a nőkben (3,4), bár a legkevesebb és legtöbb tiszta időszak közötti különbség a nők esetében nagyobb. A férfiak esetében legkevesebb 1, maximum 20 ilyen időszakra tudunk, a nők esetében azonban a maximális érték a 32 volt. Az életkor kapcsán hasonló tendencia fedezhető fel, mint az előző kérdés kapcsán: a 14–18 éves korosztály esetében a legalacsonyabb a tiszta időszakok átlagos száma (1,67), ezt követően az átlagos érték növekedésnek indul, a 30–39 éves korcsoportnál csúcsosodik (átlagosan 3,2), majd visszaesés tapasztalható a legidősebbek csoportjánál (átlagosan 3 alkalom).

Az absztinens időszakok számánál több információt hordoz ezeknek az időszakoknak a hossza. Erre vonatkozóan egyébként összesített adatot kértünk, azt kérdeztük tehát, hogy *összesen mennyi ideig tartottak az absztinens időszakok*. A válaszok (ez esetben 120) alapján ezek legkevesebb 2 hetet és maximum kilenc és fél évet tettek ki. A leggyakoribb időtartam fél év, az átlag pedig másfél év. A férfiak esetében az átlagos időtartam 16,1 hónap (minimum 2 hét, maximum 8 év), a nők esetében pedig átlagosan 30,5 hónap (minimum 1 hónap, maximum 9 és fél év). E különbség kapcsán azonban érdemes megjegyezni, hogy az általunk megkérdezett nők átlagéletkora (29,8 év) valamivel magasabb, mint a férfiaké (27,4 év). Ez azért érdekes, mert az adatok egyben azt is mutatják, hogy az életkor előrehaladtával nő az absztinens szakaszok időtartama, tehát lehetséges, hogy a két nem közötti különbség pusztán ebből adódik.

Arra a kérdésre, hogy az absztinencia utáni *visszaesésnek* – ha volt ilyen – *mi volt az oka*, igen változatos válaszokat kaptunk (összesen 58 főtől). A kérdést erre vonatkozóan természetesen nyitott formában tettük fel, a válaszok sokfélesége okán azonban ezek kategorizálása nem volt lehetséges, így a következőkben főként példákat ismertetünk. A visszaesés leggyakoribb, a válaszadók több mint egyötöde által említett indoka az, hogy a valójában nem akarta abbahagyni az anyagozást, illetve nagyon szerette a szer által kiváltott hatást.

*„Nem akartam leállni. A tiszta idők anyámék felé való megfelelésből voltak.”*

*„Nem volt leszokási vágyam.”*

Ugyancsak meglehetősen sokaknál (a válaszadók közel egyötödénél) jelent meg a céltalanság, az elkeseredettség, a kilátástalanság érzése, és a csalódások barátokban, családban.

*„Céltalanság. Nem változott a pszichikai állapotom, hiába voltam tiszta.”*

*„Reménytelennek, kilátástalannak éreztem a helyzetem. Nem érdekelt a jövő, csak a mának éltem, csak az adott helyzetben érzem jól magam. Nem volt célom, jövőképem, menekültem a problémák elől.”*

A válaszok fennmaradó része már sokkal változatosabb, mint ahogy az alábbi példák is illusztrálják.

*„Magabiztos lettem. Ha kijöttem egyszer, nekem nem árthat, kijövök még egyszer.”*

*„Nincs oka. A függő mindig az marad, és elég a vonzalom.”*

*„Nem tudtam szembenézni az életemmel.”*

*„A kábítószerrel fogyókúráztam. Visszaszoktam.”*

*„Lelki eredetűek voltak: erősebbnek éreztem magam, de konfliktushelyzetben a régi dolgok szerint cselekedtem.”*

Arra a kérdésünkre: *mire lett volna szüksége ahhoz, hogy elkerülje a visszaesést*, 57 választ kaptunk. A válaszadók közül 11 fő számára a szeretet, a társ, a biztos családi kapcsolatok, az új barátok jelentették volna a legnagyobb segítséget; 8 fő a sorsazonos közösséget vagy az intézményi ellátást említette. A válaszok széles palettáján szerepelt még a biztos egzisztencia, az őszinteség, az életcél, az akaraterő, de akadtak olyanok is, kiknek a kevesebb önbizalom segített volna.

A szenvedélybetegségen és a szerhasználat jellemzőin túl arra is kitért a kérdőív, hogy a megkérdezettnek *van-e* valamilyen *krónikus betegsége*. E kérdésünkre 41 fő (27,0%) válaszolt igennel, 109 fő (71,7%) nemmel, és 2 fő (1,3%) nem adott választ. A válaszok alapján azt mondhatjuk, hogy az általunk megkérdezett csoportban a férfiak jóval nagyobb arányban (28,5%, 37 fő) számoltak be krónikus betegségről, mint a nők (18,2%, 4 fő).

Krónikus betegségben szenvedőt a legfiatalabb korcsoportban nem találunk, ellenben a 40 éves vagy annál idősebb csoportban a válaszadók 57,1%-a (4 fő) szenved valamilyen krónikus betegségben. Ilyen jellegű problémáról a 19–24 évesek 24,4%-a (11 fő), a 25–29 évesek 17,4%-a (8 fő) és a 30-39 évesek 39,1%-a (18 fő) számolt be.

A férfiak esetében a leggyakoribb betegség a Hepatitis C, melyről 8 fő tett említést. A többi 29 válaszadó között nem találunk jellemzőnek nevezhető problémát, így csak példákat tudunk felhozni: Borderline szindróma, depresszió, pánikbetegség, hiperaktivitás, cukorbetegség, pajzsmirigyproblémák, csonkolt végtag, pikkelysömör, veseelégtelenség. A férfiak 56,8%-a esetében a krónikus betegséget a lekérdezéskor is kezelték.

A nők közül 4 fő jelezte, hogy van krónikus betegsége, melyek a következők: cukorbetegség, Hepatitis C, pánikbetegség és depresszió, szemidegsorvadás és gerincferdülés. A négy válaszadó közül 3 fő betegségét a lekérdezéskor is kezelték.

## **Elvárások, szükségletek és az intézményrendszerrel kapcsolatos tapasztalatok**

Az intézményi tapasztalatok elemzése előtt szót kell ejteni arról, hogy az általunk megkérdezett szenvedélybetegek *mióta élnek* abban az *intézményben*, melyben a lekérdezéskor találkoztunk velük. Erre a kérdésre 6 főtől nem kaptunk választ. A meglévő válaszok alapján az intézményben eltöltött legrövidebb idő 1 hét (6 fő esetében, arányuk a válaszadók között 4,1%), a leghosszabb pedig 4 év 4 hónap volt (1 fő esetében, 0,7%). Az intézményben eltöltött átlagos idő 7 hónap, arányaiban a legtöbb válaszadó (10,3%, 15 fő) ugyanakkor 2 hónapja volt az intézmény lakója.

Ha az intézményben eltöltött időt a válaszadók neme szerinti bontásban vizsgáljuk, azt látjuk, hogy a férfiak kevesebb időt töltöttek a lekérdezés napjáig az adott intézményben, hiszen pl. míg kétötödük legfeljebb 3 hónapja volt az intézmény lakója, addig a nők esetében mindössze a válaszadók 26,4%-áról mondható el ugyanez. A több mint egy éve az intézményben élők aránya pedig a férfiak körében jóval alacsonyabb (15,0%), mint a nőkében (31,6%), holott az intézményt legrégebben (52 hónapja) igénybe vevő válaszadónk férfi. Az intézményben eltöltött átlagos idő egyébként a férfiak esetében 6,5 hónap, a nők esetében 10,1 hónap.

Az életkori csoportosítás adatai azt mutatják, hogy a legfiatalabbak között, valamint a 25–29 és 30–39 éves korcsoportban egyaránt azok vannak legnagyobb arányban, akik 4–6 hónapja élnek az intézményben. Arányuk a 14–18 évesek között pontosan 57,1%, a 25–29 évesek között 33,3%, a 30–39 évesek között pedig 28,9%. A 19–24 éves korcsoport több mint egyharmada (35,6%-a) 1-3 hónapja, a 40 éves vagy annál idősebb csoport tagjainak pedig fele már 13–24 hónapja él az intézményben.

Az intézménytípus szerinti bontás nem okoz meglepetést: az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben eltöltött átlagos idő a válaszadók körében 32 hónap (minimum 1 év, legfeljebb 52 hónap), a lakóotthonok esetében 12,3 hónap (min. 2, max. 30 hónap), a



rehabilitációs intézményekben pedig átlagosan 6,5 hónap (min. 1 hét, maximum 39 hónap).

A lakhatással kapcsolatosan arra is kíváncsiak voltunk, hogy a *megkérdezett hol lakott, mielőtt beköltözött a szenvedélybetegek bentlakásos intézményébe*. Az e kérdésre adott válaszokat mutatja a 24. számú táblázat nemenkénti bontásban.

**24. sz. táblázat**

*A megkérdezett hol élt az intézménybe történő beköltözést megelőzően*

A megkérdezett hol élt a beköltözés előtt?	A megkérdezett neme		Összesen	
	férfi	nő		
saját tulajdonú lakásában	fő	14	2	<b>16</b>
	%	10,8	9,1	<b>10,5</b>
bérelt lakásban egyedül	fő	9	-	<b>9</b>
	%	6,9	-	<b>5,9</b>
bérelt lakásban másokkal közösen	fő	18	3	<b>21</b>
	%	13,8	13,6	<b>13,8</b>
szülei lakásában	fő	58	5	<b>63</b>
	%	44,6	22,7	<b>41,4</b>
nevelőintézetben vagy nevelőszülőknél	fő	2	2	<b>4</b>
	%	1,5	9,1	<b>2,6</b>
ismerősnél, barátnál ingyenesen	fő	5	2	<b>7</b>
	%	3,8	9,1	<b>4,6</b>
egyéb rokonnál ingyenesen	fő	4	1	<b>5</b>
	%	3,1	4,5	<b>3,3</b>
szociális intézményben	fő	3	2	<b>5</b>
	%	2,3	9,1	<b>3,3</b>
egészségügyi intézményben	fő	2	-	<b>2</b>
	%	1,5	-	<b>1,3</b>
utcán, közterületen	fő	11	2	<b>13</b>
	%	8,5	9,1	<b>8,6</b>
nincs válasz	fő	4	3	<b>7</b>
	%	3,1	13,6	<b>4,6</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>130</b>	<b>22</b>	<b>152</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Láthatjuk, hogy legtöbben az intézménybe történő beköltözés előtt a szülők lakásában laktak. Ez az arány a férfiak esetében jelentősen magasabb, mint a nőkben, ám itt sem szabad elfeledkezni arról, hogy válaszadóink között a nők átlagéletkora magasabb a férfiakénál. Az ezt követő legjellemzőbb válasz a másokkal közös lakásbérlet, amely

közel ugyanakkora arányban jellemző a két nem képviselőire. A saját tulajdonú lakás a férfiak esetében valamelyest nagyobb arányban jelenik meg. Az egyedül történő lakásbérlés pedig kizárólag férfi válaszadók körében fordult elő. Az egészségügyi intézmény volt a legritkább, a beköltözést megelőző tartózkodás hely.

Az életkori csoportosításból kiderül, hogy a legidősebb korcsoportig minden életkori kategóriában a leggyakoribb válasz a szülők lakása. Ez tehát azt is jelenti, hogy még a 30–39 évesek között is azok vannak legtöbben (19,6%-ban), akik a szüleiknél laktak a beköltözés előtt. E korcsoportnál a második leggyakoribb válasz az utca, közterület, amely közel ugyanakkora arányban (17,4%) megjelenik. A 14–18 évesek 71,4%-a szülei lakásában élt a beköltözés előtt, 28,6%-uk pedig nevelőintézetben vagy nevelőszülőknél. Mind a 19–24, mind a 25–29 éves korcsoportban a szülői lakást gyakoriságban a másokkal közösen bérelt lakás követi (13,3%, illetve 19,6%-ban). A 40 éves vagy annál idősebb csoportban háromféle választ kaptunk: saját tulajdonú lakásban (28,6%), bérelt lakásban egyedül (14,3%), utcán, közterületen (14,3%), a válaszhány tehát esetükben a legjellemzőbb (42,9%). A korábban utcán, közterületen élők a legfiatalabbtól eltekintve minden korcsoportban megjelennek.

A beköltözéssel kapcsolatosan azonban sokkal fontosabb információnak tekinthető, hogy vajon *miért kérte felvételét a lakó az intézménybe*. E kérdést természetesen szintén nyitott formában tettük fel, ennek következtében a lekódolt válaszok információhiányosnak tekinthetők, ám a különböző szempontokkal történő összevethetőség érdekében szükségesnek bizonyult az adatok redukciója. A kapott adatokat a 25. számú táblázat tartalmazza. (Ez esetben 104 válasszal rendelkezünk, az összes megkérdezett 68,4%-ától.)

**25. sz. táblázat**

***A megkérdezett miért kérte felvételét az intézménybe***

Miért kérte felvételét az intézménybe?	A válaszadók	
	száma (fő)	aránya (%)
mert le akar szokni, meg akar gyógyulni, tisztán akar élni	33	31,7
mert életben akar maradni	6	5,8

mert új életet akar kezdeni, régi életmódját el akarja hagyni	14	13,5
mert segítségre volt szüksége az élethez, a leszokáshoz	16	15,4
mert menekült (büntetés vagy üldözők elől)	5	4,8
nem kérte felvételét, vitték	3	2,9
mert egyedül maradt	3	2,9
mert meg akar változni	2	1,9
mert egzisztenciális gondjai vannak	3	2,9
egyéb okból	19	18,3
<b>Válaszadók összesen</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

Amint az a 25. számú táblázatban is látható, a felállított kategóriák ez esetben sem tekinthetők szakmai szempontból tökéletesnek, hiszen számos válasz besorolása meglehetősen nehézkes, arról nem beszélve, hogy átfedés lehet és van is egyes kategóriák között. A csoportosítás illetően kialakítása mégis hasznos, hiszen az információvesztés csökkentését célozta.

A leggyakoribb válasz a feltett kérdésre az volt, hogy a válaszadó le akar szokni a kábítószerekről. A válaszadóknak ebbe a csoportjába kerültek azok, akik problémájukat betegségként definiálják, tehát meggyógyulni szeretnének, és azok is, akik „megtisztulni” kívánnak – mind testi, mind mentális szempontból. E csoportban a leszokás, leállás indokaként is több választ kaptunk: pl. le akar szokni, mert már nagyon rossz állapotba került; mert már nem volt pénze anyagra; mert megundorodott a szerektől, vagy mert „elege lett”.

Azok, akik a második válaszcsoportban vannak, pl. az alábbiakat mondták: *„életben maradni bármi áron, nem voltak tiszta pillanataim, állandó hallucinációim voltak, kényszerképzeteim, magamra támadtam”; „féltem az életemet”; „élni akarok”.*

Az életmód megváltoztatása a negyedik leggyakoribb válaszcsoport, amelyben pl. a következőket olvashattuk: *„ki akarok szállni ebből a mocskos életmódból, beleuntam, 17 év nagyon sok”; „már nem akartam úgy élni, mint az állatok, újra ember akartam lenni”; „mert a társadalom részévé szeretnék válni”.*

A segítségkérés szintén igen gyakori válasz volt, és a segítség itt elsősorban nem a leszokáshoz kell (illetve jellemzően nem ezt hangsúlyozták a válaszadók), hanem úgy általában az élethez.

A menekülés is tágabb kategória, hiszen nem minden válaszadó menekül konkrét ügy kapcsán a hatóságok elől.

A felvételüket nem maguk kérők egyikét egy pszichiátriáról vitték az intézménybe, a két másik válaszadó közül egyiknek a felvételét az édesanyja, a másiknak pedig egy hajléktalanellátó szervezet intézte.

Az „egyedül maradt” kategóriában az édesanya halála és az elmagányosodás is megjelenik.

A változás iránti vágyban megtaláljuk a személyiség, az életszemlélet, a hozzáállás megváltoztatásának és a környezet átalakításának igényét is.

Az egzisztenciális problémák között a pénztelenség és a hajléktalanság, vagy az attól való félelem jelenik meg. *„Úgy éreztem, hogy nem lesz jó vége. Nem akartam olyan hajléktalan helyzetet, amit magam körül láttam.”*

És végül a legösszetettebb, „egyéb” kategória válaszai között pl. a következőket találjuk: *„elmentem a végletekig, mindent felégettem magam körül”; „halálfélelem, kontrollvesztés”; „kiégttem, kiéltem magam”; „nem féltem a haláltól sem, ez rémisztett meg”; „nem volt más választásom, kifogytam az ötletekből”; „otthonról akartam szabadulni”; „a testvérem kérte”.*

A kategóriák kissé részletesebb ismertetése után érdemes a már eddig is alkalmazott összevetéseket elvégezni. A kategorizált válaszok nemenkénti különbségeit a 26. számú táblázat mutatja.

**26. sz. táblázat**

*A megkérdezett miért kérte felvételét az intézménybe – a válaszok nemenkénti bontásban*

A megkérdezett miért kérte felvételét az intézménybe?	A megkérdezett neme		Összesen	
	férfi	nő		
mert le akar szokni, meg akar gyógyulni, tisztán akar élni	fő	29	4	<b>33</b>
	%	32,2	28,6	<b>31,7</b>
mert életben akar maradni	fő	6	-	<b>6</b>
	%	6,7	-	<b>5,8</b>
mert új életet akar kezdeni, régi életmódját el akarja hagyni	fő	13	1	<b>14</b>
	%	14,4	7,1	<b>13,5</b>
mert segítségre volt szüksége az élethez, a leszokáshoz	fő	15	1	<b>16</b>
	%	16,7	7,1	<b>15,4</b>
mert menekült (büntetés vagy üldözök elől)	fő	4	1	<b>5</b>
	%	4,4	7,1	<b>4,8</b>
nem kérte felvételét, vitték	fő	2	1	<b>3</b>
	%	2,2	7,1	<b>2,9</b>
mert egyedül maradt	fő	3	-	<b>3</b>
	%	3,3	-	<b>2,9</b>
mert meg akar változni	fő	2	-	<b>2</b>
	%	2,2	-	<b>1,9</b>
mert egzisztenciális gondjai vannak	fő	2	1	<b>3</b>
	%	2,2	7,1	<b>2,9</b>
egyéb okból	fő	14	5	<b>19</b>
	%	15,6	35,7	<b>18,3</b>
<b>Válaszadók összesen</b>	fő	<b>90</b>	<b>14</b>	<b>104</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A 26. számú táblázat szerint a férfiak esetében a leszokás iránti vágy a legjellemzőbb (32,2%) indok az intézményi felvétel kapcsán, a nőknél azonban az „egyéb” kategóriába tartozó válaszok tették ki a legnagyobb százalékos arányt (35,7%). A nők esetében három kategória egyáltalán nem jelenik meg a válaszok között („mert életben akar maradni”; „mert egyedül maradt”; „mert meg akar változni”).

Az életkori csoportosításból az olvasható ki, hogy a „leszokni, meggyógyulni, tisztán élni” kategória aránya az életkor előrehaladtával csökken. Míg a 14–18 éveseknek a fele e kategóriába került, addig ez az arány a 30–39 évesek esetében 19,4%, a 40 éves vagy annál idősebbek esetében pedig 20,0%. A 30–39 éves korcsoportban egyenlő (25,0–25,0%) arányban jelenik meg a „segítség az élethez, a leszokáshoz”, valamint az egyéb kategória, a legidősebb korcsoportban pedig ez utóbbi képviseli a legnagyobb arányt (40,0%).

Azt is tudakoltuk a lekérdezéskor, hogy a megkérdezett *honnan ismerte azt az intézményt*, ahova felvételét kérte, illetve ahol jelenleg él. Az e kérdésre adott válaszok (103) kategorizálása már lényegesen egyszerűbb volt. A kapott csoportokat a 27. számú táblázat mutatja, nemenkénti bontásban.

**27. sz. táblázat**

***Honnan szerzett tudomást az intézményről? – nemenkénti bontásban***

Honnan szerzett tudomást az intézményről?		A megkérdezett neme		Összesen
		férfi	nő	
ismerősöktől, barátoktól	fő	14	-	14
	%	15,7	-	13,6
közeli családtagtól	fő	14	1	15
	%	15,7	7,1	14,6
drogambulanciáról	fő	23	4	27
	%	25,8	28,6	26,2
kórházban, egészségügyi intézményben	fő	12	-	12
	%	13,5	-	11,7
kezelőorvosától, egyéb segítőktől	fő	4	4	8
	%	4,5	28,6	7,8
volt intézményi lakótól	fő	2	-	2
	%	2,2	-	1,9
interneten keresztül	fő	7	2	9
	%	7,9	14,3	8,7
egyéb módon	fő	13	3	16
	%	14,6	21,4	15,5
<b>Összesen</b>	fő	<b>89</b>	<b>14</b>	<b>103</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Látható a táblázatból, hogy a legjellemzőbb információforrás a drogambulancia volt mindkét nem esetében, bár a nőknél ugyanekkora arányban jelenik meg a kezelőorvos, illetve egyéb segítő. A férfiak ezzel szemben sokkal inkább ismerősök, barátok, valamint közeli családtagok révén szereztek tudomást az intézményről. Érdemes felfigyelni arra, hogy az interneten keresztül a válaszadók 8,7%-a talált rá az intézményre. Az „egyéb módon”, mely a második leggyakoribb válasz, tartalmazza pl. a szórólapot, a gyülekezetet, ahova a megkérdezett jár, a televíziót, a tűcsere-alkalmakat, sőt 2 válaszadó már korábban is igénybe vette az intézményt.

Az információ forrása és az életkor közötti kapcsolatáról azt mondhatjuk, hogy a 14–18, valamint a 19–24 évesek körében egyaránt a közeli családtag a legfontosabb informáló személy (az első esetben 50,0%, a másodikban 24,0% az e kategóriába tartozó válaszok aránya), a 25–29, valamint a 30–39 évesek körében azonban a drogambulancián szerzett információ a leggyakoribb (előbbieket 33,3%-ban, utóbbiak 25,0%-ban jelölték). Végül a 40 éves vagy annál idősebb válaszadók jellemzően (40,0%-ban) kórházban vagy más egészségügyi szolgáltatónál hallottak az intézményről első ízben.

E kérdés kapcsán releváns lehet az iskolai végzettséggel való összevetés. Az adatok szerint a drogambulancia a legfontosabb információhordozó az érettségizettek vagy annál alacsonyabb végzettségűek körében, ugyanakkor a diplomával rendelkezők főként az egészségügyi ellátórendszerből ismerik az intézményt. Érdekesnek tűnik az a tény is, hogy internetről kizárólag a legfeljebb érettségivel rendelkezők tájékozódtak, a diplomával rendelkezők nem.

Az intézményi ellátással kapcsolatosan fontosnak tartottuk azt is megkérdezni, hogy válaszadóinknak milyen elvárásaik voltak az intézménnyel szemben a beköltözéskor. Itt újfent nyitott formában fogalmaztuk meg a kérdést, amelyre az összes megkérdezett lakó 55,3%-a, azaz 84 fő válaszolt. A (kategorizált) válaszok és a megkérdezettek neme közötti kapcsolat látható a 28. számú táblázatban.

28. sz. táblázat

Milyen elvárásai voltak az intézménnyel szemben a beköltözéskor? – nemenkénti bontásban

Milyen elvárásai voltak az intézménnyel szemben a beköltözéskor?	A megkérdezett neme		Összesen	
	férfi	nő		
nem voltak elvárásai	fő	31	3	<b>34</b>
	%	43,7	23,1	<b>40,5</b>
elfogadás, türelem	fő	3	2	<b>5</b>
	%	4,2	15,4	<b>6,0</b>
tisztta, absztinens környezet	fő	3	-	<b>3</b>
	%	4,2	-	<b>3,6</b>
leállás a szerekről, gyógyulás	fő	9	2	<b>11</b>
	%	12,7	15,4	<b>13,1</b>
szakértő, megbízható segítség	fő	11	4	<b>15</b>
	%	15,5	30,8	<b>17,9</b>
nyugalom, védettség	fő	3	-	<b>3</b>
	%	4,2	-	<b>3,6</b>
egyéb	fő	11	2	<b>13</b>
	%	15,5	15,4	<b>15,5</b>
<b>Összesen</b>	fő	<b>71</b>	<b>13</b>	<b>84</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Az tűnik ki a 28. számú táblázat adataiból, hogy a válaszadók kétötödének semmilyen elvárása nem volt, amikor beköltözött az intézménybe. Különösen igaz ez a férfiakra, akik közt az elvárásokkal nem rendelkezők aránya 43,7%, míg a nők körében 23,1%. A szakértő, megbízható segítség a második leggyakoribb elvárás, amely azonban a nőket sokkal inkább jellemzi (30,8%), mint a férfiakat (15,5%). Érdekes, hogy a tisztta, absztinens környezet, valamint a nyugalom, védettség iránti elvárás nők részéről nem fogalmazódott meg. Ugyanakkor esetükben sokkal jellemzőbbnek nevezhető az elfogadás és türelem iránti vágy. Az „egyéb” kategória ezúttal is igen változatos válaszokat foglal magába, melyekből idézünk néhányat: „ágy, étel, ital, dohány, segítség”; „csoda”;



*„legyen methadon, nyugtató”; „ne legyen börtönstílus”; „ne legyen agyimosás”; „maradhassak”; „legyen olyan csoport, amiből tanulhatok, megerősödök, a hibáimat felismerem, a konfliktuskezelést tanulom, személyiségemet átdolgozom”.*

A válaszok életkorral történő összevetése nem mutat tendenciákat. Annyit érdemes elmondanunk, hogy a 40 éves vagy annál idősebb válaszadók kivételével minden korcsoportban az elvárások hiánya volt a legjellemzőbb. A 14–18 évesek egyharmada adta ezt a választ, azonban ugyanekkora arányban vannak a körükben azok, akik az elfogadást és velük szemben megnyilvánuló türelmet, valamint azok, akik a gyógyulást fogalmazták meg elvárásként. A gyógyulás, illetőleg a szerekről való leállás egyébként a legidősebb korcsoport felénél elvárásként fogalmazódott meg.

Az iskolai végzettség kapcsán a legérdekesebb adat, hogy kizárólag a diplomával rendelkezők között nem találunk olyan válaszadót, akinek ne lettek volna elvárásai az intézménnyel szemben. Szintén említésre méltó, hogy az iskolai végzettség emelkedésével csökken azok aránya, akiknek nem voltak elvárásai a beköltözéskor. Azaz minél magasabb a válaszadó iskolai végzettsége, annál valószínűbb, hogy megfogalmazott elvárásokat az intézménnyel szemben a beköltözéskor.

Szorosan kapcsolódik az intézménnyel szembeni elvárásokhoz, hogy a megkérdezettnek *mire lenne szüksége ahhoz, hogy „jelenlegi” helyzetén függőségével kapcsolatban változtatni tudjon.* E kérdést szintén nyitott formában fogalmaztuk meg, és a válaszadónak nyolcféle szükséglet megnevezésére volt lehetősége. Összességében kérdésre 98 fő (64,5%) adott választ erre a kérdésre. A választ nem adók között a férfiak és nők aránya közel azonos (35,4% és 36,4%). Az életkori csoportokban előre haladva egyértelműen csökken a választ megtagadók aránya: míg a 14–18 évesek között 57,1%-ot képeznek, a 40 éves vagy idősebb megkérdezettek körében már csak 14,3%-ot. Hasonló tendencia mutatkozik az iskolai végzettség kapcsán is: minél magasabb iskolai végzettségű kategóriát nézünk, annál kisebb arányban találkozunk választ megtagadókkal

(a legfeljebb nyolc általános végzettek között a választ nem adók aránya 41,9%, a diplomával rendelkezők között azonban mindenki megfogalmazta szükségleteit).

A megjelölt szükségletek száma egy és nyolc között mozgott. Mindössze egyetlen szükségletet a válaszadók több mint egyharmada (36,7%-a) fogalmazott meg, míg nyolcféle szükségletet egyetlen fő. A válaszadók 79,6%-a legfeljebb három szükségletet jelölt meg. (A 98 főtől kapott összes válasz száma 235.)

A kategorizálás módja hasonló problémákat vetett fel, mint a korábbiakban, így igyekszünk az egyes kategóriák tartalmát jobban körülírni. A nyolc változó összevont, kategorizált adatait a 29. számú táblázat mutatja, nemenkénti bontásban.

**29. sz. táblázat**

**Mire lenne szüksége a változtatáshoz függőségével kapcsolatban? – nemenkénti bontásban**

Mire lenne szüksége ahhoz, hogy helyzetén függőségével kapcsolatban változtatni tudjon?	A megkérdezett neme		Válaszadók száma összesen	
	fő	nő		
sorszamos közösség	fő	12	3	15
	%	14,3	21,4	15,3
az intézményre, az ottani programra, terápiára	fő	11	3	14
	%	13,1	21,4	14,3
akaraterőre, magabiztosságra	fő	9	2	11
	%	10,7	14,3	11,2
mentális változásra, önismertre, önállósodásra	fő	44	6	50
	%	52,4	42,9	51,0
békességre, bizalomra, biztonságra	fő	7	1	8
	%	8,3	7,1	8,2
társra, családra, kapcsolatokra	fő	35	6	41
	%	41,7	42,9	41,8
munkára, tanulásra, elfoglaltságokra, lakásra	fő	27	4	31
	%	32,1	28,6	31,6
környezetváltozásra, új barátokra	fő	11	3	14
	%	13,1	21,4	14,3
vallásos gyülekezetre, hitre, spiritualitásra	fő	6	3	9
	%	7,1	21,4	9,2
egyébre	fő	37	5	42
	%	44,0	35,7	42,9
<b>A választ adók száma összesen</b>	fő	<b>84</b>	<b>14</b>	<b>98</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A táblázat értékei alapján azt mondhatjuk, hogy a sorsazonos közösség a nők számára valamelyest fontosabb, mint a férfiak számára. Ugyanez mondható el a második válaszkategória esetében. Ebben a válaszcsoportban egyébként az intézmény azt az intézményt jelentette, amelyben a válaszadó a lekérdezéskor is lakott, a program pedig jórészt a 12 lépéses programot jelöli.

Az akaraterő, magabiztosság (határozottság, elszántság, önbizalom...) szintén a nők körében tűnik valamivel fontosabbnak, bár a két nem között különbség itt már jóval csekélyebb.

A mentális változás, amely egyben a leggyakrabban megjelölt szükséglet is, a férfiak válaszaiban 10,0%-kal nagyobb arányban jelenik meg, mint a nők esetében. E kategória egyébként rendkívül változatos válaszokat foglal magába, pl. újra szocializálódni, önállósodni, megoldást találni a lelki problémákra, megismerje önmagát és változzon, önbecsülés kiépítése, nyitottság, hit önmagában, beszéljen magáról, és folytathatnánk tovább.

A békesség, bizalom, biztonság közel ugyanannyira, bár nem jelentős arányban fontos a két nem képviselői számára.

A társ, család, kapcsolatok azonban már igen gyakran jelzett szükséglet, amely szintén nem különbözik jelentős mértékben a két nem esetében. E kategóriában megtaláljuk a gyermek iránti vágyat, a régi kapcsolatok újjáélesztésének vágyát, a családi támogatás, valamint a családi kapcsolatok helyreállításának szükségét.

A munka, elfoglaltságok, tanulás, lakás kategória esetében két vonatkozás is megjelenik: egyfelől az anyagi, másfelől a szellemi, amely azonban mégis hordoz egzisztenciális elemet. E kategória a 4. legtöbb választ foglalja magába, s fontosságát tekintve igazán nagy különbség nem jelenik meg a férfiak és a nők között.

A környezetváltozás, illetve az új baráti társaság azonban, úgy tűnik, a nőknek nagyobb segítséget tudna nyújtani függőségük kezelésével kapcsolatban, mint a férfiaknak.

S végül vizsgáljuk meg közelebbről az „egyéb” kategóriát, amely az ebbe tartozó válaszok nagyságrendjénél fogva ezúttal is igen fontosnak tekinthető. Ebben a válaszcsoporthoz megtaláljuk pl. a reményt, a célokat, a csodát, az egészséget, az őszinteséget, a tisztességességet, a félutas házat, a társadalmi reintegráció vágyát, a sikerélményt, az álmok beteljesülésének vágyát, a törődést, kikapcsolódást – és még sorolhatnánk. Ebben a csoportba soroltuk azt az egy válaszadót is, aki nem tudja, hogy mire lenne szüksége, valamint azt, akinek semmire sem lenne szüksége.

Csak a leggyakoribb válaszkategóriákat összevetve az életkori csoportokkal azt tapasztaltuk, hogy a mentális változás a 19–24 éves válaszadók esetében bizonyult a legfontosabbnak, hiszen 60,0%-uk megjelenítette a szükségletei között. E csoporttól felfelé haladva az életkorok mentén azonban csökken a fenti választ jelölők aránya, mégpedig a legidősebbek esetében 33,3%-ra. Ugyanakkor szükséges megemlíteni, hogy ebben a kategóriában nem találjuk meg a legfiatalabb korcsoport tagjait. Az „egyéb” kategóriát leginkább a 25–29 éves csoport tagjai jelölték (56,3%-uk), míg a legkevésbé a legfiatalabb és legidősebb korcsoportba tartozók (33,3-33,3%-ban). A társ, család, kapcsolatok iránti szükséglet a legerőteljesebben a 19–24 évesek (52,0%) és a 40 évesek vagy annál idősebbek (50,0%) körében jelenik meg, míg legkevésbé a 25–29 és a 14–18 évesek jelölték e választ (31,3% és 33,3%-ban).

Az iskolai végzettség a mentális változás szükségességét jelző válaszadók körében meglehetősen érdekesen alakul, hiszen a szélső értékeket a legalább érettséggel rendelkezők között tapasztaljuk. Nevezetesen: a mentális változás szükségességét a legfeljebb érettséggel rendelkezők jelezték legkevésbé (41,7%-ban), míg a diplomával rendelkezők leginkább (66,7%). Az „egyéb” kategória a szakmunkásképzőt végzettek körében volt a leggyakoribb (52,9%), ugyanakkor a diplomások között nem jelenik meg e válaszcsoporthoz. A „társ, család, kapcsolatok” csoportban az iskolai végzettség az érettségi

szintig nem differenciálta az értékeket, azaz közel ugyanakkora arányban jelölték meg a legfeljebb nyolc általánost (41,7%), a szakmunkásképzőt (41,2%) és a szakközépiskolát vagy gimnáziumot (45,8%) végzettek, viszont diplomások e válaszkategóriában sem találhatók.

Tekintettel arra, hogy mindössze négy olyan válaszadónk van, aki nem tekinti magát szenvedélybetegnek és választ adott a szükségleteket firtató kérdésre is, rájuk vonatkozóan a fenti összevetés szükségtelen, elegendőnek tűnik a válaszaik leírása. A négy főből három jelölte helyzetváltoztatásának feltételeként mentális változást, kettő a békességet, biztonságot, egy fő jelezte a munka, tanulás, lakhatás, két fő a társ és családi kapcsolatok szükségességét, és egy fő válasza az egyéb kategóriában található.

Következő, szintén nyitott kérdésünkben arra kértük a válaszadókat, nevezzék meg, hogy az intézményben, melyben a lekérdezéskor laktak, *konkrétan milyen segítséget, támogatást kaptak, amelyre szükségük volt, amelyet hasznosnak gondolnak*. E kérdésre 96 megkérdezett adott valamilyen választ (összesen 233-at, mivel ez esetben is több válasz megadására volt lehetőség). A választ nem adók elemzésével kezdve: a két nem között tapasztalunk némi eltérést, miután a nők valamelyest nagyobb arányban hagyták megválaszolatlanul a kérdést (40,9%-ban), mint a férfiak (36,2%). Ugyanakkor az életkor és az iskolai végzettség terén a választ megtagadók hasonló paraméterekkel rendelkeznek, mint az előző kérdés kapcsán. Azaz mind az iskolai végzettség, mind pedig az életkor emelkedésével csökken a kérdésre nem válaszolók aránya.

A következő, 30. számú táblázatban a feldolgozott válaszok találhatók, nemenként csoportosítva.

**30. sz. táblázat**

***Milyen segítséget, támogatást kapott, melyet hasznosnak gondol? – nemenkénti bontásban***

Milyen segítséget, támogatást kapott, amelyre szüksége volt, amelyet hasznosnak gondol?	A megkérdezett neme		Válaszadók száma összesen	
	férfi	nő		
terápia	fő	24	6	30

	%	28,9	46,2	<b>31,3</b>
sorsazonos közösség	fő	16	4	<b>20</b>
	%	19,3	30,8	<b>20,8</b>
pozitív érzelmek, lelki támogatás, figyelem	fő	78	13	<b>91</b>
	%	94,0	100,0	<b>94,8</b>
mentális fejlődés, önismeret	fő	22	5	<b>27</b>
	%	26,5	38,5	<b>28,1</b>
szer- és betegségismeret	fő	6	1	<b>7</b>
	%	7,2	7,7	<b>7,3</b>
védett környezet	fő	11	1	<b>12</b>
	%	13,3	7,7	<b>12,5</b>
anyagi segítség	fő	9	-	<b>9</b>
	%	10,8	-	<b>9,4</b>
tanulási lehetőség	fő	7	-	<b>7</b>
	%	8,4	-	<b>7,3</b>
egyéb	fő	27	3	<b>30</b>
	%	32,5	23,1	<b>31,3</b>
<b>A választ adók száma összesen</b>	fő	<b>83</b>	<b>13</b>	<b>96</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A 30. számú táblázatban látható adatokból kitűnik, hogy mind a férfiak, mind a nők szinte kivétel nélkül a lelki támogatást, a pozitív érzelmeket és a figyelmet ítélték legfontosabbnak azon segítségek közül, melyeket eddig az intézményben kaptak. Ebben a kategóriában jelenik meg a szeretet, a bizalom, a törődés, az elfogadás, a személyes beszélgetések, az őszinteség, a türelem, a nyitottság, az empátia, a visszacsatolás, a bátorítás, a meghallgatás, a megerősítés.

Az előbbinél sokkal kisebb, ám még így sem elhanyagolható arányt képez a terápia, mint igen jelentős segítség, ez azonban a nők körében fontosabbnak tűnik. A terápia kategóriába soroltuk az egyéni és csoportterápiát, az orvosi segítséget, a munkaterápiát, a gyógyszereket (bár e válasz nem volt túl gyakori), és itt újfent megjelenik a 12 lépéses program.

Az „egyéb” kategóriába tartozó, ritka vagy nehezen besorolható válaszok aránya megegyezik a terápiáéval, itt azonban a férfiak esetében találunk némiképp magasabb arányt. Ide sorolt válaszok pl.: kirándulás, visszavették, hit, felvették, megmentették a börtöntől, rendszeresség, remény, esély a gyógyulásra.

A mentális fejlődés és önismeret mint segítség, szintén a válaszadók közel egyharmadánál megjelenik, ám ez a számok alapján a nőknek fontosabb támogatás volt, mint a férfiaknak.

Összesítve és némiképp leegyszerűsítve a válaszokat azt mondhatjuk, hogy a nők számára talán fontosabb a szellemi, lelki támogatás, mint a kézzelfogható vagy anyagi segítség, hiszen pl. ez utóbbi kategória esetükben meg sem jelenik.

Nem csak a megkapott, hasznos segítségekre voltunk kíváncsiak, hanem arra is, hogy a válaszadók mit hiányolnak az intézményi ellátásból, vagyis *melyek azok a támogatások, amelyekre szükségük volna, de nem kapják meg*. Erre a kérdésre az előzőekhez képest kevesebb megkérdezett adott választ: mindössze 74 fő, azaz az összes megkérdezett 48,7%-a, a válaszok száma pedig mindössze 94, aminek igen nagy hányadát (44,7%-át) a „nincs ilyen” válasz teszi ki. Tehát valamilyen támogatás, segítség hiányát 52 válasz jelzi. Ebből a mentális támogatás és a szakértelem hiányát 16 válaszadó, a csoport, közösség hiányát 4 válaszadó, az információ és következetesség hiányát 3 fő említette. A fennmaradó 29 választ tartalmazó csoport igen heterogén. Megtalálható benne a szex, az autó, a mobiltelefon, az internet, a főzés megtanulása, az érettségi lehetősége, a szabadidő, a túl sok lakó, a rock zene. Volt olyan válaszadóink is, aki azt nehezményezi, hogy az intézményben a vallásosság már-már követelmény, és nehezen tolerálják, ha valaki ateista vagy nem vallásos.

A „nincs ilyen” válaszok esetében egyébként nem tapasztalunk jelentős eltérést a két nem tagjai között: a válaszadó férfiak 56,3%-a, a válaszadó nők 60,0%-a mondta, hogy nincs olyan segítség, támogatás, amelyet ne kapott volna meg az intézményben. A legfontosabb hiányolt segítség mind a férfiak, mind a nők esetében a hozzáértő mentális támogatás: ezt mindkét nem képviselői 50,0%-ban jelezték.

A kérdésre válaszoló 14–18 évesek (2 fő) egyike sem említett olyan segítséget, amely hiányozna neki. A náluk idősebbek esetében azonban a „nincs ilyen” választ adók aránya alacsonyabb, 50,0% és 60,0% közötti. A mentális támogatás fontossága eltérő az egyes életkori csoportokban. Legjelentősebbnek a legidősebbek (100,0%) és a legfiatalabbak (66,7%) esetében tűnik, hiszen a 25–29 évesek csoportjában 50,0%, míg a 30–39 évesek között már csak 27,3% az ilyen típusú segítséget hiányoló aránya. A csoport, közösség hiányát mindkét 40 éves vagy annál idősebb válaszadónk jelezte, viszont a 19–24, valamint a 30–39 évesek közül senki.

Az iskolai végzettség kapcsán azt látjuk, hogy legkevésbé a legfeljebb nyolc általánost végzettek jelölték meg valamilyen hiányzó támogatást (22,2%-uk), míg a diplomával rendelkezők mindegyike. A legfeljebb általános iskolát végzettek válaszai jellemzően az „egyéb” kategóriába sorolódtak, míg a diplomával rendelkezők kétharmada számára hiányzik a csoport, a közösség, valamint a mentális támogatás.

Azok a válaszadók, akik szenvedélybetegnek tekintik magukat, 55,7%-ban jelezték, hogy nincs olyan támogatás, melyet ne kaptak volna meg, míg az önmagukat nem szenvedélybetegnek tekintők között az e választ adók aránya 75,0%. A magukat szenvedélybetegként tekintő és ellátási hiányt megjelölő 31 főből 28 fő „egyéb” kategóriába sorolható hiányosságot jelzett, 16 fő pedig a mentális támogatást, hozzáértés hiányolta.

Az intézményi tapasztalatokkal kapcsolatosan természetesen nem elhanyagolható kérdés, hogy a megkérdezett életében *ez az első alkalom, hogy szociális vagy egészségügyi intézmény segítségét veszi igénybe*, vagy sem. A 152 megkérdezett közül 27 fő (17,8%) első alkalommal vesz igénybe szociális/egészségügyi intézményi ellátást, 123 fő (80,9%) nem első alkalommal, és 2 fő (1,3%) esetében hiányzik az erre vonatkozó adatunk. A férfiak és a nők között e kérdés kapcsán nem tapasztalható lényeges különbség, hiszen mindkét nem képviselőinek több mint négyötöde életében nem ez az első intézmény. A magasabb életkori csoportok felé haladva csökken azon válaszadók aránya, akik első



alkalommal vesznek igénybe intézményi ellátást, egész pontosan a legfiatalabb korosztály esetében tapasztalható 28,6%-ról 0,0%-ra csökken az arányuk a legidősebb csoportban. Érdekes azonban, hogy nem mutatkozik nagy eltérés a magukat szenvedélybetegnek és nem szenvedélybetegnek tekintők között. Az előbbi csoportban ugyanis 20,0%, az utóbbiban 25,0% azok aránya, akik első alkalommal vesznek igénybe intézményi segítséget.

Arra a kérdésre, hogy *korábban hány intézmény szolgáltatásait vették igénybe* a válaszadók, 120 választ kaptunk. Ezek alapján az mondható el, hogy a válaszadók közel fele (45,5%) mindössze egyetlen intézménnyel került korábban kapcsolatba (ez egyben a leggyakoribb értékünk is), és háromnegyedük legfeljebb három intézménnyel. A legmagasabb intézményszám e kérdés kapcsán 29 volt (egyetlen fő esetében), az átlagos érték pedig 3,1.

A férfiak átlagosan 3,3, míg a nők 2,2 intézményt vettek igénybe korábban (a férfiak esetében az intézmények száma egy és huszonkilenc, a nőkben egy és kilenc között mozgott). Az életkori csoportosítással kapott átlagos értékek az életkor előrehaladtával nőnek: a 14–18 évesek átlagosan 1,4 (min. 1 és max. 2), a 19–24 évesek 2 (1 és 8 között), a 25–29 évesek 2,3 (1–19), a 30–39 évesek 4,8 (1–29), végül a 40 évesek vagy idősebbek átlagosan 3,2 (1–10) intézményt vettek igénybe a lekérdezést megelőzően. Azok, akik szenvedélybetegként tekintenek magukra, átlagosan 3,8 (min. 1 és max. 29), azok pedig, akik nem, átlagosan és legfeljebb 1 intézményben részesültek ellátásban.

Ha *a fenti intézményekben eltöltött időt tekintjük*, azt látjuk, hogy szociális intézményeket sokkal rövidebb ideig vettek igénybe a válaszadók, mint egészségügyieket. Először is: szociális intézményi ellátásban a válaszadó 122 fő közül 67 fő (54,5%) egyáltalán nem részesült korábban. Az az 55 fő, aki viszont igen, legkevesebb 1 hétig (0,8%), legfeljebb 58 hónapig (0,8%), leggyakrabban 1 hónapig és átlagosan 6,5 hónapig vette igénybe szociális intézmény szolgáltatásait. E kérdés mentén a férfiak és a nők között elenyésző a különbség. Az életkori csoportosítás azonban az eddig gyakorta tapasztalt tendenciát

mutatja: a legfiatalabbak még nem részesültek a lekérdezést megelőzően szociális intézményi ellátásban, azonban a 30–39 évesek átlagosan 11,7 hónapon át (e kérdés kapcsán ez a leghosszabb idő) igen. A 40 éves vagy annál idősebb csoportnál az átlagos érték visszaesik 8,8 hónapra. Azok, akik nem tekintik magukat függőnek, korábban nem vettek igénybe szociális intézményt, míg azok, akik függőnek tekintik magukat, átlagosan 9 hónapot már részesültek szociális intézményi ellátásban.

Mint már jeleztük, egészségügyi intézményekben sokkal több időt töltöttek válaszadóink a lekérdezésig. Az erre a kérdésre választ adó 121 fő közül mindössze 14 fő (11,6%) jelezte, hogy nem részesült korábban egészségügyi intézményi ellátásban szenvedélybetegségével kapcsolatban. És bár az egészségügyi ellátás minimális ideje kevesebb, mint a szociális intézményi ellátásé (pontosan 3 nap), a maximális idő 120 hónap. Az egészségügyi intézmények esetében is 1 hónap a leggyakoribb érték, az átlagos azonban 11,6 hónap. Az egészségügyi intézményi ellátás kapcsán már tapasztalható nembeli különbség: a férfiak átlagosan 11 hónapot, a nők 15,1 hónapot részesültek egészségügyi ellátásban függőségükkel kapcsolatban. A különböző életkori csoportokban tapasztalható értékek azonban minden eddigi kérdéstől eltérően alakulnak. Az egészségügyi intézményi ellátás igénybevételének átlagos ideje a 25–29 évesek között a legkevesebb (4,6 hónap), és a 30-39 évesek között a legtöbb (22 hónap). A 14–18 évesek körében 5,8, a 19–24 évesek csoportjában 7,2, a legidősebb korcsoportban 9 hónap az egészségügyi ellátás átlagos ideje. Végül azok, akik szenvedélybetegnek tekintik magukat, átlagosan 13, míg azok akik nem, átlagosan 4 hónapot részesültek egészségügyi ellátásban.

Az intézményi ellátás kapcsán merült fel, hogy a megkérdezetteknek *van-e kapcsolatuk olyan, korábban szenvedélybeteg segítővel, aki az intézményben dolgozik.* A megkérdezettek közül 112 fő (73,7%) adott pozitív választ. Tőlük azt kértük, jelöljék egy hatfokú skálán, hogy a volt szenvedélybeteg segítővel való kapcsolatot mennyire tartják fontosnak, hasznosnak problémáik megoldása kapcsán, melyet 75 fő tett meg. A skála

1-es értéke jelölte, ha e kapcsolatot egyáltalán nem tartják fontosnak, a 6-os pedig, ha nagyon fontosnak látják.

A 75 válaszadó esetében a volt szenvedélybeteg segítővel való kapcsolat fontossága átlagosan 5,09 pontot kapott, a leggyakoribb értékünk pedig a 6 volt (35,7% esetében). A férfiak számára valamivel kevésbé fontos az ilyen támogató kapcsolat (az átlagos érték esetükben 4,95), mint a nők számára (5,83). Életkori csoportok szerint nézve az derül ki, hogy a legkevésbé fontosnak ezt a kapcsolatot a 19–24 évesek gondolják (4,81), a legfontosabbnak pedig a 40 éves vagy annál idősebb korcsoportba tartozók (5,75).

Azoktól a válaszadóktól, akiknek nincs kapcsolata az intézményben dolgozó volt szenvedélybeteg segítővel (29 fő, az összes megkérdezett 19,1%-a), azt kérdeztük, mennyire lenne fontos számukra egy ilyen típusú segítség. A kérdésre, mely szintén a hatfokú skálát alkalmazta, mindannyian válaszoltak. Ez esetben is az 1-es érték jelölte, ha egyáltalán nem tart fontosnak egy ilyen típusú kapcsolatot, a 6-os pedig, ha nagyon fontosnak látja. A válaszok alapján az átlagos érték 4,21 pont, a leggyakoribb azonban ez esetben is a 6 (ezt a válaszadók 37,9%-a jelölte). Ugyanakkor meglehetősen magas az 1-es értéket jelölők aránya is (17,2%, szemben az előző kérdés esetében tapasztalt 1,3%-kal). A férfiak és a nők válaszai közt tapasztalható eltérés valamelyest nagyobb, mint az előző kérdésnél: az átlagos érték a férfiak esetében 4,11, a nők esetében 5,5. Az életkori csoportosítás is egészen más képet mutat: legfontosabbnak egy ilyen kapcsolatot a legfiatalabb válaszadó gondolja (6,0 pont), és a legkevésbé fontosnak a legidősebb (1,0 pont).

Az eddigi kérdések mintegy összefoglalásaként kérdést tettünk fel arra vonatkozóan, hogy a megkérdezettek *milyen változtatásokat látnának szükségesnek a szenvedélybetegeket ellátó szociális intézmények tevékenységével, szolgáltatásaival, esetleg szakembereivel kapcsolatosan*. A szükséges változtatásokra vonatkozó kérdésünkre olyanok is válaszoltak, akik első alkalommal vesznek igénybe szociális intézményi segítséget. Ezúttal az ő jelenlegi tapasztalataikon alapuló változtatásokra vonatkozó javaslatokat is

figyelembe vettük, így kérdésünkre összesen 60 választ kaptunk, melyek kategorizált formában a 31. számú táblázatban láthatók.

**31. sz. táblázat**

***Milyen változtatásokat látna szükségesnek a szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményekben?***

A válaszadók által szükségesnek tartott változtatások	A válaszadók	
	száma (fő)	aránya (%)
több motivált és felkészült szakember	10	16,7
több pénz az intézmények működéséhez	2	3,3
több szabadidő	5	8,3
több munka és tanulási lehetőség	3	5,0
demokratikusabb működés	3	5,0
egyéb	16	26,7
nem tudja	2	3,3
semmilyen változtatás nem szükséges	19	31,7
<b>Válaszadók összesen</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Amint táblázat is mutatja, legtöbben azok a válaszadók voltak (31,7%), akik szerint semmilyen változtatás nem szükséges a szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményekben. Majd az egyéb kategória következik (26,7%), mely újfent igen heterogén. Egy-két idézet: „lehetőség, eszközök kreatív tevékenységekre”, a „szexuális absztinencia feladása”, „beállva is vegyék fel a jelentkezőt”, a „12 lépéses program ismertetése és alkalmazása” stb. Majd a felkészült és motivált szakemberek számának növelése következik, mely a válaszadók 16,7%-ánál jelent meg. E kategóriában jelenik meg egyébként a gyógyult szenvedélybeteg segítők alkalmazása is.

A férfiak és a nők véleménye között jelentősnek nevezhető eltéréseket találtunk. Például egyetlen nő sem említette a motivált és felkészült szakemberek hiányát, az intézmények számára nyújtott pénz megemelését, illetve a több munka- és tanulási lehetőséget.

A szenvedélybetegeket ellátó egészségügyi intézményekkel kapcsolatban az iménti kérdés így hangzott: milyen változtatásokat látnak szükségesnek a szenvedélybetegeket ellátó egészségügyi intézményekben? A kategorizált válaszokat a 32. számú táblázatban mutatja.

32. sz. táblázat

*Milyen változtatásokat látna szükségesnek a szenvedélybetegeket ellátó egészségügyi Intézményekben?*

A válaszadók által szükségesnek tartott változtatások	A válaszadók	
	száma (fő)	aránya (%)
emberibb bánásmód, felkészültebb szakember	11	16,2
több odafigyelés és mentális támogatás	18	26,5
a gyógyszerelés megszüntetése	15	22,1
szőrmes és higiénikus környezet	4	5,9
a pszichiátria és az addiktológia elkülönítése	5	7,4
egyéb	12	17,6
nem tudja	1	1,5
semmilyen változtatás nem szükséges	2	2,9
<b>Válaszadók összesen</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

A 32. számú táblázat szerint a szenvedélybetegeket ellátó egészségügyi intézményekkel kapcsolatos leggyakoribb probléma, hogy nem fordítanak kellő figyelmet az igénybevevőkre, és nem biztosítják a szükséges mentális támogatást. Ezzel szoros összefüggésben jelenik meg a gyógyszerelés megszüntetése, mint szükséges változtatás, hiszen a válaszadók nagy része azt panaszolta, hogy a mentális támogatás helyett kizárólag gyógyszert kapnak, és még a velük való „beszélgetést” is mellőzik. Az emberibb bánásmód és a felkészültebb szakemberek hiánya szintén az iménti csoportokhoz kapcsolódik. Látható, hogy a „nem tudja” és a „semmilyen változtatás nem szükséges” válaszkategória ennél a kérdésnél szinte elenyésző arányt képvisel.

A több odafigyelés és mentális támogatás mind a férfiak (24,6%), mind a nők (36,4%) esetében a leggyakrabban jelölt válasz, ám a nők csoportjában a gyógyszerelés megszüntetése hasonló arányt képvisel.

**Walter Lorenz**

**Történelemformálás:  
emlékezet és kortárs szakmai gyakorlat**

Korunkat valószínűleg egyetlen, lényegbevágó kérdéseket felvető jelenséggel lehetne jellemezni, ez pedig a dezorientáltság. Nem arról van szó, hogy hiány mutatkozna a tanácsadás, az állásfoglalások, az ideológiák területén, s ez okozna irányvesztést. Ellenkezőleg: úgy tűnik, hogy ez azoknak a kereteknek a túltengését és azoknak az állásfoglalásoknak a túlbujánzását jelenti, melyek között a lehetőségek globális „szupermarketjében” választanunk kell. Mondhatnánk úgy is, hogy a tényleges probléma, a dezorientáltság tulajdonképpeni kiváltó oka a túltengő kínálat, az ajánlatok mindent elsöprő áradatában való tájékozódáshoz eligazítást nyújtó kalauz hiánya, vagyis azé a kereté, melynek funkciója a szerkezeti elemek egységbe foglalása. Minden álláspont, melyet képesek lennénk elfogadni, és – ennek megfelelően – szociális szakmánk gyakorlatában szinte minden módszer, mely a kínálatból való választásra vonatkozik, egyaránt érvényesnek, egyformán odaillőnek tűnik – ennél fogva megválasztásuk ugyancsak ízlés dolga. Állandóan a lehetőségek tengerén „hányódunk”, iránytű, irányérzék nélkül, anélkül, hogy tudnánk, honnan jöttünk, és hová akarunk eljutni. Filozófiai szempontból a dolgok illetén állását úgy jellemezhetnénk, mint posztmodern közönyt – ezt az árat kell fizetnünk azoknak a „nagy narratív műveknek” a degradáló bírálatáért, melyek abban a korszakban domináltak, amikor saját generációm tagjainak többsége szakmai tudását megszerezte, és amikor a módszertani iskolák között „gladiatori harcok” dúltak. Mintha azoknak a különbségeknek a túltengése, amelyekkel foglalkoznunk kell, a „széttöredezett jelentés” széthulló darabjai, melyek épp

most hasadnak atomi részecskéikre, azoknak az egyéneknek „saját méretre szabott” választásaiként, akik visszazuhantak puszta individualizmusukba, csak egyetlen utat hagynának a helyzet megoldásához: a teljes közönyt. Ennek a dezorientáltságnak része a történelemhez fűződő feszültségekkel és zavarral terhes kapcsolat, az a helytelen történelemfelfogás, amelyet szándékomban áll feltárni és legyőzni.

Történelmi szempontból a dezorientáltságnak ez az érzete egybevág a világrendszerünkben bekövetkező alapvető változással, egy olyan eseménnyel, aminek még a gondolatát is üres utópiaként vetette el a háború utáni nemzedékhez tartozó emberek többsége, bizonytalansággal nem is remélve, hogy valaha tanúja lehet. Ez az esemény pedig a „Berlini Fal leomlása”, mellyel együtt véget ért a hidegháborús korszak, valamint a Kelet-Nyugati megosztottság időszaka – mely pedig azelőtt mindkét megosztott fél gondolatvilágában olyannyira mélyen meghatározó, „parancsoló” volt. A két egymással szembenálló rendszer között 1989-ig fennálló minden különbözőség ellenére, a két blokkot egyesítette a mélyen gyökerező versenyszellem, mely azt jelentette, hogy bármely hitrendszerrel, vagy ideológiai-politikai ill. gazdasági renddel azonosult valaki, az adott gondolkodásmódhoz fűződő elkötelezettsége lényeges és egyértelmű volt. Fontos volt állást foglalni, és ennél fogva történelmi folyamatok értelmezésével kapcsolatos kutatásokat végezni, melyekre mindkét oldal elkötelezte magát, és értelmezéseivel előre vetítette a jövőt. Nem véletlen, hogy az 1989-ben történetekre adott első reakciók között hangzott el az Egyesült Államok politikai közgazdászának, Francis Fukuyamának az eseményeket összefoglaló kijelentése, mely szerint „véget ért a történelem”. Miközben elemzésének számos bírálója akadt, a történelem pedig jellegénél fogva nyilvánvalóan tovább folytatódik, és menetét, eseményeit lejegyzik, mégis van ebben a provokatív kijelentésben valami, ami a dolog elevenére tapint, és

felkavar. A folytonosság elvesztésére céloz, az általunk megtapasztalt otthontalanságra, azoknak a históriáknak a szétforgácsolódására, amelyekben rá kell lelnünk saját utunkra, amit mégis inkább választunk, mint valamiféle olyan globális, meghatározó értelem irányítását, amely körülkerít bennünket. 1989 nem annyira a történelem végét jelezte, mint a történelem jelentésének, értelmének a válságát. Mindannyiunkat veszélyeztet a folytonosság érzetének elvesztése, ami az új kezdetek előfeltétele. Miként is lehetne ezt jobban szemléltetni, mint annak az Irena Sendlernek a példáján, aki előtt ezen a kongresszusi évfordulón tisztelgünk hihetetlen bátorságáért és odaadásáért, amellyel a gyilkos náci megszállók elől zsidó gyermekeket mentett meg, s aki igazán figyelemreméltó szakmai gondossággal elrejtette és megőrizte ezeknek a gyermekeknek a számára az identitásukat hordozó tárgyaikat (befőttesüvegekben elásva dokumentumokat, fotókat stb.), abban a reményben, hogy egy napon majd segít nekik utat találni saját személyes történetükhöz. Ez olyan szakmai munka és a feladatra vonatkozó paradigma, mellyel a szociális munka szervezeti fejlesztésében mindnyájan találkozunk.

Ebben az összefüggésben és a bizonytalanságnak ezzel az érzetével ünnepeljük most saját szakmatörténeti évfordulónkat, és az IFSW 60. évére emlékezünk. Fontos tehát, hogy ne csak felidézzük a múltat, ne csak emlékezzünk, történeteket meséljünk, és bizonygassuk, hogy ez a gyűlés egy újabb történelmi mérföldkővé válik a jövő nemzedék számára (úgy téve, mintha a történelemhez fűződő kapcsolatunkban törés eddig még nem fordult volna elő). Úgy gondolom, hogy ezt az alkalmat arra is fel kéne használnunk, hogy mélyebbre ássunk, kérdéseket tegyünk föl magunknak arról, hogy mely értelmes célból, milyen jelentéssel és szándékkal, mely gondolati keretek között közelítjük meg saját történelmünk kérdéseit – nem annyira azért, hogy megismerjük saját helyünket és pontosabban betájoljuk magunkat a jelentőségteljes és



tiszteletreméltó szakma nagy térképén, hanem ellenkezőleg, azt szeretném javasolni, hogy kérdezzünk rá ezekre a „természetesnek vett” kontinuitásokra. Kevésbé hasznos számunkra, ha nagy, boldog családként ünnepejük szakmánkat, mely állandóan és harmonikusan gyarapszik, mint ha felfigyelünk arra a hihetetlen változatosságra, mely szakmánkat jellemzi, és szembeszállunk az ellentmondásokkal, a diszkontinuitás és a diszharmónia jelenségeivel, melyek szintén történetünk részét képezik. Szakmánk területén mindeztidáig túlon túl kevés komoly történeti kutatómunka folyt – ezt a problémát most néhány nagyon aktív kutatási hálózat igyekszik orvosolni.

Mintha túlságosan zavarban lennénk attól, hogy történetünket komolyan tanulmányozzuk, félnénk olyan dolgoktól, amikre esetleg rábukkanhatunk, s mintha túlságosan igyekeznénk távol tartani magunkat a professzionális kezdetektől, a szakma első próbálkozásaitól. Csak akkor remélhetjük, hogy ebben a zavarba ejtő változatosságban rátalálunk a dolgok igazi jelentésére, s helyünket a bennünket összefűző történeteknek ebben a sokféleségében meghatározzuk, ha széles látókörű, elfogulatlan kutató munkára kötelezzük el magunkat. A diszkontinuitásokat nagyon komolyan kell vennünk, mivel a történelemhez fűződő kapcsolatunk és a történelemre vonatkozó felfogásunk tisztázása közben határozzuk meg azt az utat, mely a történelmi valóság megértéséhez, értelmezéséhez vezet. Ennek a kérdésnek a vizsgálatánál nem kevesebb forog kockán, mint annak tisztázása, hogy mit képvisel a szociális munka – nem szimbolikusan, hanem gyakorlati szempontból, a módszerei révén. Miközben történetünkkel kapcsolatban állást foglalunk, lerakjuk az alapokat a jelenkori szociális munka területén alkalmazható módszertani kereteink tisztázásához, melyek a társadalomban tapasztalható „történelem vége” jelenséggel meglepő összefüggést mutatnak.

Amit javasolni szeretnék, az az, hogy jelenlegi szakmai hitelességünk bázisát ne csupán azon képességünk adja, hogy tudományos megalapozottsággal számolunk be arról, amivel jelenleg foglalkozunk, meg arról, hogy e tevékenység sikeressége a „bizonyítékokkal alátámasztott gyakorlat” értelmében mennyire valószínű; ezeken felül szükségünk van arra a képességre is, hogy ezt a vállalást és ezt a kötelezettséget/felelősséget olyan történelmi távlatba és gyakorlatba helyezzük, melyet aztán tudunk értelmezni, érvekkel megtámogatni és igazolni. Úgy értem: a professzionális szociális munka soha nem korlátozódhat szociális tervezői-mérnöki feladatra akkor, ha a szakma saját megbízatását, küldetését a modern társadalmakban komolyan veszi. Ezt a mandátumot úgy tekintem, mint szakmánk részvételét a szociális szolidaritás megteremtésében és szervezésében, olyan korszerű körülmények között, ahol a szociális kötelékek, kötelezettségek, jogok és felelőségek sohasem „adottak” csak úgy egyszerűen, és nem is magától értetődőek (akkor a feladatunk csak ezek „javíthatása” lenne), hanem a helyzet az, hogy ezek érdekében állandóan tárgyalni, küzdeni kell, és folyton legalizálni kell őket. A modern társadalmakban az emberek a koherens egészhez nem „illeszkednek”, nem alkalmazkodnak automatikusan, csupán csak a vérségi kötelékek vagy rögzült kulturális elkötelezettségek okán, hanem autonómiájuk és emberi méltóságuk sokoldalú, rugalmas identitásból fakad. Ezekért a kötődésekért (jellegüknél fogva) meg kell küzdeni, és ahol a kötelékek komolyan szétdarabolódtak, vagy fennáll a veszélye annak, hogy megsemmisülnek, a szociális munka a társadalom peremvidékén folytatja ezeket a küzdelmeket. Visszatáncolhatunk a felelősség elől, átruházhatjuk azt másokra, kétségbeeshetünk a feladat valódi összetettségén, és szakmát válthatunk, azonban végső soron valakinek és valamilyen szociális intézménynek el kell végeznie ezt a munkát, máskülönben a következmények a társadalomra nézve lesújtóak lesznek. Ezen a ponton már több forog kockán, mint szakmai identitásunk és tekintélyünk.

A történelemformálás ebben az értelemben gyakorlatilag nem azt jelenti, hogy egyszerűen csak tanulmányozzuk: toleráns, kitartó szaktársaink hogyan végezték szociális munkájukat, és hogyan folytatják ugyanazt, amit eddig tettek. Az ilyen gyakorlat szintén azt jelentené, hogy megszökünk a küldetésünk elől, ahelyett, hogy módszereinket és szakismeretünket történelmi felelősségtudattal és érzékenységgel fejlesztenénk és gyakorolnánk. Most pedig megpróbálom körülírni, meghatározni, mi is a „történelemformálás” jelentése abban a kettős értelemben, hogy egyrészt magunkat helyezzük történelmi összefüggésbe, másrészt pedig szociális intervenciónkat történelmi dimenzióval egészítjük ki. „Történelmet formálni” annyit jelent, mint leküzdeni a mássággal kapcsolatos akadályokat, megérteni a másikat, mint tőlünk különböző, más élettörténettel bíró személyt, és lényegi, belső készségeinket, szakismereteinket „írásfejtő, szövegmagyarázó mélységű” értelmező képességekként gyakorolni a szociális munkában.

Fukuyama történelem végéről szóló tézisének háttérben burkolt univerzalista program húzódik meg, mely arra törekszik, hogy az „ideológia végét” úgy írja le, mint a liberális demokrácia nyugati modellje ellen ható erők hanyatlását. Ez az ideológiai másságra vonatkozó olyan felfogás, mely a különbözőséget egy bizonyos mértékig megengedi, azonban erősen formális értelmű keretek közé helyezi azt, állítván, hogy a nyugati demokráciák jobban funkcionálnak, ennél fogva előbb vagy utóbb ezek logikája válik uralkodóvá. Ennél a liberális demokrácia-modellnél, amelyben mindenki elsősorban saját maga marad önmaga vállalásában, semmilyen határozott alternatíva nem engedélyezett; a különbözőségek csupán csak „variációk egy témára”, melyet következőképpen már nem szükséges többé megkérdőjelezni. Ez a gazdasági élet területén a kereslet és kínálat váltakozásainak absztrakt piaci helyszínékként működik – és

feltehetőleg a társadalom egészében is, ahol „a különbségek kiegyensúlyozzák, kiegyenlítik egymást”. Amennyiben a társadalmi integráció hatásait érinti, ez a tézis erősen megkérdőjelezhető.

Ezt a konferenciát és megemlékezést Hegel országában tartjuk, akinek történelemfilozófiája nemcsak a filozófia fejlődésére volt világszerte hatással, hanem történelmi változásokat is eredményezett ezen az országon belül – nem utolsósorban azért, mert Marx materialista értelmezéssel látta el azt. A totalitarizmus két formáját, - melyek közül az egyik Németországban, a hitleri náciizmus idején, a másik pedig a sztálinista kommunizmusban valósult meg –, a hegeli történelemfelfogás bizonyos értelmezéseinek fényében úgy kell tekinteni, mint egy olyan, már létező ideológiának a megvalósulását, melynek jelentése a jövőben majd egyértelmű lesz. Mindkét rendszer megpróbálta felszámolni az ellenzékét, mindkettő csak egyetlen igaznak tartott történelemverziót fogadott el. Ha a történelem vége egy olyan különös gondolkodásmód győzelmét jelenti, amely kizár minden ellenkező álláspontot, akkor a következmények számunkra ma valóban bizonytalanságra adnak okot. Ez éppen azt a pontot jelenti, ahol sok gyakorló szociális munkás tapasztalja meg a tehetetlenség érzését, miután olyan előre megszabott szociális intervenciók forogatókönyveivel szembesült, melyekben a tulajdonképpeni ajánlási keretek nem hagynak számára a munkájához semmilyen más alternatívát: tekintetbe kell venni a gazdasági feltételeket, a menedzsment-kritériumok mindenképp felett valók, a hatékonyságra vonatkozó célok abszolút fontosságúak, az ügymenetekhez szigorúan ragaszkodni kell, a kockázatokat ki kell küszöbölni. Ennek az ideológiai programnak a végén nem a tökéletes társadalom, hanem a totalitárius társadalom található.

A történetfilozófiában három olyan paradigma létezik, amelyekben a történelem társadalmi dominanciája hangsúlyozottan értelmet nyerhet, ezek: a kontinuitás és totalitás paradigmája, a kollektivitás paradigmája és az életrajzi paradigma. Ezek mindegyike annak a jelenkori váagnak felel meg, mely szerint fontos, hogy a bizonytalan létezésben a jelentőséget és az értelmet a ránk folytonosan hatást gyakorló múltból származtassuk. Mindhármat a fejlődés eszméje hatja át, az az elképzelés, hogy a múltbéli nagy tettek garanciát jelentenek a jelen nagyszerűségére és a jövő sikerére. Azonban mindegyik eszközként is használja a múltat, arra, hogy a jelennek értelmet adjon, saját magát valahonnan és valakitől származtassa, hogy biztonságérzetet, biztatást nyerjen – anélkül, hogy diszkontinuitások és váratlan fordulatok által hagyná magát felzaklatni, melyeket pedig a történelem áramlása is magával hoz. Más szóval, mindig is fennállt annak a veszélye, hogy az ilyen rendszerekben nem vesznek tudomást a történelmi másságról, azért, hogy szelektíven és meghatározott terv alapján konstruáljanak identitásokat, hogy ne kötelezzék el magukat a történelemmel, mint „a totálisan mással”, zavaróval, vagyis azokkal a dolgokkal, melyeket nem akarunk látni.

Történelem, mint...

elv

veszély

folytonosság és totalitás paradigmája

múlt, mely objektíven létezik, és helyet juttat e történelemnek minden produktumához

totalitarizmus, determinizmus

kollektivitás paradigmája

az a múlt, mely kollektív kulturális emlékezet terméke, ahol az emberek a kontinuitás megteremtésében való részvételük által válnak tagjaivá ennek a történelemnek

felelősség delegálása

életrajzi paradigma

emberek, akik felelősek azért, hogy a történelmi referencia-pontok és kontinuitások összefüggésében, az emlékeknek a jelenre vonatkozó hasznossága szerint helyezték el saját magukat

tehetőség, választási fetisizmus.

Ezeknek az uralkodó történelmi nézeteknek a szociális munkában a módszertani megközelítések között szintén voltak megfelelői. A szociális intervenciók felfogásának valójában létezett egy olyan vonala, mely természetesnek vette a szabályozási normák meglétét, s megpróbálta a klienseket olyan viselkedési formákhoz igazítani, melyeket megkérdőjelezés nélkül korrektnek és jótékony hatásúnak tartottak. Olyan normákról van szó, melyek egyértelműen egybeestek a nemzeti jellegzetességeket hordozó viselkedési normákkal, s amelyekről úgy vélekedtek, hogy univerzális érvényűek, pedig feltehetőleg egy elit réteg normái voltak: gazdaságossági standardok, tisztaság-rendesség és józanság,

mértékletesség – hogy olyan viktoriánus korabeli kifejezésekkel éljek, amelyek ezt a felfogást táplálták. Az univerzalitás szolgálatának tartalmával ez a fajta szociális munka könnyedén nyert fölvetelt nagyon különös nacionalista mozgalmakba – anélkül, hogy ez tudatosult volna –, még azon a ponton, ahol az ehhez kapcsolódó igényeket tudományos elméletek és okozati összefüggések támasztották alá. Ez a vonalas történelmi fölfogás és identitás teljes erővel tör elő a bevándorlókra vonatkozó minden integrációs stratégiában, melyek célja a kulturális alkalmazkodási feltételek megalapozása a tartózkodási engedélyek megadásához kapcsolódóan. Ez a feltételekhez való hozzáigazítás mint központi integrációs eszköz mind történelmi, mind identitás-értelmezési szempontból helytelen.

A szociális munkában hagyományosan uralkodó másik felfogás ennek a fajta szakmai tevékenységnek a kulturálisan tradicionális jellegét hangsúlyozta, nem csupán abban az értelemben, hogy „ez az, amit mindig ezen a módon csináltunk, egészen a kezdetektől”, hanem olyan szempontból is, hogy a múltbéli esetekből iparkodik okulni, a tanulás legfontosabb forrásának tekintve ezeket. A szociálismunkás-képzés ennek a hagyománynak a jegyében valamiféle kultúra-átvételi folyamattá vált, csaknem intuitív befogadássá azoknak a körébe, akik úgy érezték, hogy amit csinálnak, jól csinálják, még különösebb magyarázat vagy értelmezés nélkül is.

A harmadik, életrajzinak nevezett paradigma a szociális munka gyakorlatában egy olyan hagyománynak felel meg, mely a kliensekkel kapcsolatban az autonómiát helyezi előtérbe, az önmegvalósítást és a megvalósítást mint az életük fölött gyakorolható kontrol elérésének eszközeit. Valószínűleg ez a legmodernebb felfogás, amelynek értelmében az embereket arra ösztönzik, hogy életkörülményeiket saját ellenőrzésük alatt tartsák, és „kezdjenek magukkal

valamit”. Azonban e mögött a modell mögött szintén a szabályosság természetesnek vett víziója rejlik, a „modern ember” verziója, aki a tradicionális kötelékektől bizonyos távolságba helyezkedik és ezáltal mesterként építi föl saját magát – ha nem is a történelem tanítómestereként, hát legalább saját sorsa kovácsaként (és ez a modell tényleg létrejött).

Ha ezek a történelmet kezelő paradigmák és ezzel párhuzamosan a szociális munkát kezelő módszerek válságba jutnak, ha a történelmi folytonosságnak ezek a rendszerei már végigfutották a pályájukat és kimerültnek tűnnek, talán nem is olyan nagy katasztrófa. Sőt, ez alkalmat teremtene nekünk arra, hogy megálljunk, és elgondolkodjunk azon: vajon a történelemmel való találkozásnak ezen útjai egyáltalán megfeleltek-e a poszt-tradicionális, modern társadalmakban uralkodó feltételeknek és azoknak a feladatoknak, melyekkel ezek a társadalmak szembenéznek. Vitatkozhatunk azon, hogy a három paradigma valójában nem a történelem iránti tényleges elkötelezettség felvállalásának elkerülését jelenti-e, nem valamiféle trükkel van-e dolgunk, mely egyrészt bagatellizálja, hogy

milyen szörnyű dolog is elhagyni az „adott” kontinuitások biztosítékát – azt a helyet, ahol csekély jelentőségű személyes és jelentős politikai események egyaránt a történelmi folytonosság mélyrétegeibe ágyazódtak –, ugyanakkor azonban pótszerként, kontrollált, manipuláló módon hívja segítségül ezeket a biztosítékokat. A legjobb példa erre a történelem végzetes kimenetelű felhasználása a nemzeti szocializmusban, ahol a múltat tökéletesen az akkori totalitárius rezsim hatalmi érdekeinek megfelelően konstruálták meg.

Azt lehet mondani, hogy a szociális munka hasonló nehézségekkel küzdött a történelemmel való elkötelezettségét illetően – ebben a tekintetben mindig is arra tendált, hogy a szabályszerűséget „felülről”, az ipari társadalmak



osztályszerveződésén átszűrve építse föl. Saját magáról alkotott képe és szakmaként való értelmezése szerint az alábbi két pólus között ingadozott: egyrészt megpróbált „elszökni” a történelem elől, megpróbálta megszakítani a saját professzionális kezdeteivel való folytonosságot, kitépni azokat a gyökereket, melyekkel a társadalmak világához kötődött – ahol a szegénységre és szükségre adott spontán válaszok, a szociális mozgalmak, valamint vallási és humanitárius indítékok formálták ki a szociális szakma és tudomány kezdeteit – , másrészt kitartóan ragaszkodott ezekhez a gyökerekhez, például túlnyomórészt női szakmaként megmaradva, a személyes kapcsolatokat értékelve, értékalapú felfogásban.

Szociális szakmánk történetében három olyan momentum volt, melyek során a történelemmel való szakításra kísérlet történt - három modernizációs hullám a szociális munka módszertanának fejlesztése területén.

Az első az önkéntes, józan és ésszerű gyakorlaton alapuló szeretetszolgálati munka korszakából való átmenet a módszeresen végzett szociális intervenció korszakába, mely szervezett jótékonyági tevékenység formájában, racionális, diagnosztikus, metodikus keretek között zajlik. Ezt a Szeretetszolgálatot Szervező Egyesület képviseli az angol nyelvű országokban, az Elberfeld Rendszer pedig az európai kontinensen, ennek különféle más változataival együtt. A modernizáció ebben az esetben a céltudatos működést, a szisztematikus szociálismunkás-képzést, valamint a nemzeti egység és integráció modelljében való szerepvállalást jelentette - mely modell szerint elsőrendű fontosságú a szakmában az egyértelmű viselkedési normák alkalmazása. A szociális munka felszabadította magát a jótékonykodás, a hagyományos kötelezettségek és a vallási hovatartozás kényszerei alól, hogy időtlen érvényű, racionális foglalkozássá váljon.

Az újabb hullám a második világháború végén jelent meg, és valójában egybeesett az IFSW megalapításának időszakával. A fasizmus és a háború következtében széthullott társadalmak újraépítésére irányuló nemzetközi erőfeszítések három egymáshoz kapcsolódó stratégiára koncentráltak: gazdasági segítségnyújtás, politikai átnevelés a demokrácia irányába és szociális integráció a szociális biztonsági háló megteremtése révén, anyagi és személyes szinten is, szolgáltatás-központú szociálpolitika segítségével. A szociális munka alapvető fontosságú szerephez jutott, a fejlesztéseknek olyan szakmai arculatot kölcsönözve, mely által nemcsak azok hitelessége kapott hangsúlyt, hanem egyúttal a szociálpolitikai intézkedések és az egyéni ellátotti igények összehangolását is szolgálták. Utólagos bölcsességgel már kimondható: az volt a probléma, hogy a professzionális szaktudás egy olyan ábrázoló-leíró-jellegű stratégia keretében „vette át a hatalmat”, mely jobban ismeri a kliensek igényeit, mint azok saját magukat. Ez a szociális intervenciós lépések objektívvé tételéhez vezetett, amelyek így az „általános kliens” ellátását célozták, anélkül, hogy a konkrét egyéneket, az egyének problémáinak változatait és azok valódi megoldásainak részleteit kellőképpen figyelembe vették volna. A megszorított szociális ellátásokat, valamint az ezekhez fűződő metódusokat „hivatali professzionalizmus” fogta egységbe, mely „színvak” módra működött, azért, hogy az embereket ne diszkriminálják megjelenésük vagy nemük alapján. A szociális munka módszerei figyelmen kívül hagyták az identitás, és ennél fogva a személyes történet kérdéseit.

A harmadik hullám jelenleg éri el a legtöbb, kiépített szociális ellátási struktúrával rendelkező országot. A „népjóléti állam válságát” követő időszak a szociális munkásokat a neoliberais szociálpolitika hatáskörébe vonja be, amelynek célja, hogy piaci jellegű feltételeket teremtsen az állami ellátási

területeken, és a szolgáltatásokat költséghatékonysági normák szerint szervezze meg. Miközben azt állíthatjuk, hogy ebben a jelenleg is zajló időszakban az identitás kérdésének (individualizmus formájában) nagy jelentőséget tulajdonítanak, és hogy a menedzseri stratégiák az embereket gyakran merő individualizmusukra korlátozzák, másfelől ebből a felfogásból hiányzik az egyén folyton hirdetett funkcionális verziója. Olyan szintjelző alapkritériumok megállapításáról van szó, melyeknek megfelelően a kliensek jelenleg normák szerinti (standardizált) ellátásokban részesülnek, és az anyagi források olyan feltételek és előírások szerint kerülnek szétosztásra, melyekbe a szociális munkásoknak gyakran semmilyen beleszólásuk nincsen. Ebben az aktuális összefüggésben jelentőséggel bír az, hogy a szociális problémákat „kockázatokként” újradefiniálják, valamiféle olyan kalkulálható dolgokként, melyekre mennyiségi mutatók alkalmazhatóak, és valójában az ellátások minőségéről való túlzott gondoskodást is nagy részben mennyiségi értelemben fejezik ki. A szociális munka menedzseri paradigmája – melyet ismét erőteljesen ajánlanak a szociális munka számára, hogy ezáltal a hatékonyságáról szóló híreszteléseket eloszlassák, s melyet a társadalmi működés és változás természetével kapcsolatos újító pozitívista elképzelések árasztanak el –, most menekülési utat kínál az elől, hogy a szociális munka teljes komplexitásukban vizsgálja azokat a helyzeteket, melyekben az emberek szociális problémáikkal szembesülnek, és azok elől az ellentmondások elől, amelyek szövevényében a szociális intervenció elkerülhetetlenül „összezavarodik”. A menedzser-személet valójában elfogadta a globális arányokat, és a vezető szervezetek számára nem csupán eszköznek, hanem olyan univerzális értéknek számít, mely az általa képviselt racionalitáshoz nem enged semmilyen más alternatívát hozzákapcsolódni.

A modernizációs hullámok közös jellemzője, hogy a szociális munka mindhárom időszakban lendületet kapott társadalmi státusza és a társadalomban elfoglalt rangja tekintetében. Ezt úgy érte el, hogy az emberi társadalom világának folyamatai által meghatározott működéstől a rendszerrel és annak hatékonysági és racionalitási kritériumaival való szorosabb, közvetlenebb elrendezés felé mozdult el. A szakmának ezért minden egyes fázisban azt az árat kellett fizetnie, hogy az elkötelezettség vállalásának képessége csökkent az emberek identitásaival kapcsolatosan – nem az egyéni identitásokról van szó, melyeket az eseti munka modellje biztosít állandóan, minden módszertani váltáson keresztül, töretlenül, hanem a kollektív, sokrétű, komplex identitásokról.

A kollektív identitások problematikája és szerveződésük elkerülhetetlenül veti fel a kultúra kérdését, és számomra a kultúra gyakorlati orientáltságú, történelmi értelmezése a szociális munkára vonatkozó legnehezebb kérdéseket jelenti. Azonban a kollektív kulturális identitások problémáival konfrontálódva a szociális munka egy alapvető követelménnyel találja szemben magát: meg kell fejtenie annak a titkát, hogyan alakul ki a szolidaritás. A kulturális kérdések és a történelmi kérdések a poszt-tradicionális társadalmakban összetett, bonyolult összefüggésben állnak egymással – az egyének mindkettő szintjén egyformán azt tapasztalják, hogy olyan erők veszik körül és uralják őket, melyek elsöprő erejűek, mindent meghatározóak. Senki nem találhat föl egyénileg hagyományt, nyelvet, kultúrát, mivel a szokások, hagyományok, szerepek, nyelvek mélyen az emberi társadalom világában gyökereznek, és összetartozást parancsolnak. Ugyanakkor pedig a történelem zajlik és a hagyományok változnak, az egyének és csoportok pozíciót vesznek föl, állást foglalnak ezekkel kapcsolatban, módosítják és hozzáigazítják azokat aktuális prioritásaikhoz. Ebben a folyamatban semmi nem logikus vagy átlátható, és mégis, a transzformációk a

kulturális hagyományok stabilitásának fontos elemét képezik, sokkal inkább, mint ezeknek a hagyományoknak „múzeumi vitrinbe” helyezése. Az átalakítások pedig a tradíciók és identitások hordozóinak, továbbvivőinek szolidaritását eredményezik, azokét, akik képesek érezni és kifejezni azt, hogy saját identitásaik kialakításában aktív szerepet játszanak, s hogy érdekelték ebben a folyamatban és eredményében. A kulturális identitás nem valamiféle „kövület”, hanem állandó mozgás, szintek, időszakok és különbségek övezetei között. A kultúra történelem nélkül mozdulatlan „állóvíz”, és minden hangsúly, amelyet az utóbbi időkben az identitásra és kulturális érzékenységre helyeztünk, rossz helyre került akkor, ha azokat nem vizsgáltuk és gyakoroltuk történelmi összefüggésben. Ez a folytonosság és a változás dialektikus folyamatának tekintetbe vételét és megértését jelenti, mely valószínűleg a „felnövekvés” lelki folyamatának szociális ekvivalense. Ismét olyan ponthoz érkeztünk, ahol a szociális munka gyakorlata közvetlenül megkülönböztetett önértelmezésünkhöz kapcsolódik, és abból hasznot merít.

Mi ezt itt Európában nagyon drámai módon figyelhettük meg, több mint 16 éven keresztül. A posztkommunista országok kapcsán az a vélekedés dominált, hogy ott a szociális munka merő újdonság, és hogy ezek az országok és szociális ellátásaik mindenestől a más országokból érkező képzési és gyakorlati modellek „behozatalától” függenek. Releváns gyakorlati modellekre vonatkozó döntő impulzusok csak akkor gerjesztődtek, amikor ezek az országok felfedezték és továbbfejlesztették saját szociálismunka-történetüket – igaz ugyan, hogy a nemzeti és nemzetközi szakértők és modellek csereprogramjainak segítségével. Ez megakadályozta, hogy a szociális munka uniformizált modellje jöjjön létre, viszont erősítette a folytonosság és az autonómia érzetét, valamint az ebben részt vevők felelősségét.

Ez a történet azokból az újabb keletű fejlesztésekből leszűrt második leckéhez kapcsolódik, melynek szintén nagy gyakorlati jelentősége van. A történelmet nem a nagy nevek, a vezérek és hősök alakítják, amint azt gyakran ábrázolják korszerűtlen iskolai modellekben. A történelem mindig egy sor különféle szereplő közös produkciója, némelyikük ismert, némelyikük teljesen ismeretlen. A történelem olyan esemény, amelyben részt lehet venni, amit meg lehet egymással osztani, de végső soron nem lehet kontrol alatt tartani. Szakmai feladatunk, hogy erre a lényeges kérdésre elég figyelmet fordítsunk. Igen, mint a szakma képviselői büszkék vagyunk arra, hogy vannak úttörőink, hogy voltak olyanok, főként nők, akik a segítségnyújtást elismert szakmává tették – még Nobel-díjas is van közöttük, Jane Addams. Azonban a szociális munka minden más szakmával ellentétben – kivéve talán a gyermekgondozást –, szociális mozgalomként fejlődött, ahol a "hivatalos történet" mindig csupán az emberek és eredmények kiválasztott töredékéről szól. Újra csak azt mondhatom, hogy a saját történelmünk műhelyébe való bepillantásnak hatalmas gyakorlati jelentősége van. Ahhoz, hogy mindazzal a szakértelemmel és tudással, mely rendelkezésünkre áll, befolyásolhassunk egy szükséghelyzetet, megoldjunk egy válságot, együtt kell működnünk, közös erőfeszítésre van szükség, a különféle szálak „összeszövésére”, mely művelethez semmiféle pontos minta vagy garancia nem létezik. A szociális munka sikere nagyrészt attól a képességtől függ, hogy mennyire tudjuk összeötvözni ezt a nyitottságot a szigorúan meghatározott szakmai feladatokkal és felelőségekkel.

Végezetül még a történelmi szempontok közül a legfontosabbról szeretnék szólni. A történelem másságot teremt és ugyanakkor túllép a másságon, ha az nyitott erre. A történelem találkozást jelent azzal, ami számunkra teljesen ismert, mivel ez részét képezi saját történetünknek, vagy mondhatjuk úgy, hogy én része vagyok egy általános történetnek – és ugyanakkor ez az, amitől

igyekszem eltávolodni: „Ez történelem” – mondjuk önvédelemből, hogy megszabaduljunk a bűnök és kötelékek lelki terheitől. Ugyanakkor mélységes vágyat és valódi befogadó készséget érzünk arra, hogy megértsük azt a teljesen „másikat”, akkor, ha kapcsolatban maradunk vele, kommunikálunk vele, szétbontjuk, kifejtjük a köztünk és a másik közötti összekötő szálakat, vagy ha egy érthetetlen esemény kapcsán együtt rendülünk meg és együtt hallgatunk. Ebben a helyzetben minden nap gyakoroljuk „szövegmagyarázó” értelmező készségeinket, igyekszünk megérteni másokat és megértetni saját magunkat – egyedülálló egyéniségként megmaradva, és egyszersmind abban a függőségi helyzetben, mely abból a vágyunkból fakad, hogy másokhoz tartozzunk és hogy mások megosszák velünk gondjaikat és életüket.

A szociális munka gyakorlata mint történelemformálás tehát azt jelenti, hogy ezeket az értelmező, „szövegmagyarázó” készségeinket állandóan, ismételve próbára tesszük és alkalmazzuk, nem olyan technikaként, mely minden problémát megold, hanem úgy, mint a kölcsönös megértés megteremtésének eszközét. Azt a történelmi keretet eltávolítva, melyen belül az identitás és a kultúra területeivel elkötelezettséget vállaló szociális munka folyik, megszüntetnénk ennek a „szövegmagyarázó, írásfejtő mélységű” megértésnek a lehetőségét. Ezzel a szociális munkát klinikai tevékenységgé tennénk, abban az értelemben, hogy azok az emberek, akik segítségben részesülnek, tárgyakká válnak, és „személyes mivoltuk” lényeges részét veszítik el. Ezért van az, hogy a jelenlegi menedzsment-nyelvezet és hatékonyság-nyelvezet, a szabályok és eljárások rögeszméje, a pozitivista bizonyíték-alapú gyakorlati modell fejlesztése és a kockázatcsökkentésre koncentráció mind fenyegetést jelentenek a szociális munka lényegi küldetésére, mely nem a szükség- és hiány-helyzetek javítását jelenti, hanem azt, hogy az embereket figyelemmel kell kísérni, és

megfelelő, szakértő módon kell nekik segíteni abban, hogy életük nehézségeivel megbirkózzanak.

A szociális munka olyan jelenség, amelyről összefoglalóan csak nehezen, sőt, ugyanakkor sokrétűen lehet beszélni, s amelynek gyakorlati formái zavarba ejtően sokfélék, identitás-határai bizonytalanok és változóak. És mégis: nem csupán különféle kultúrákon és országokon, de az időn átívelő kitartó folytonosságot mutat fel számunkra. Amint ezen a konferencián a másságnak e két dimenziójával találkozunk, szembesülünk a megértés központi kérdéseivel. Jó alapunk van arra, hogy azt reméljük, ez a mindenféle megosztottságon túllépő, egymás megértését célul tűző projekt sikerrel járt, és folytatódni fog. A továbbiakra nézve szeretném javasolni, hogy az a megértés, melyet ennek a konferenciának a sokszínűségében gyakorolunk, közvetlenül kapcsolódjon hozzá ahhoz a kapacitásunkhoz, aminek révén megértést érhetünk el azokban a különféle gyakorlati helyzetekben, melyekbe szakmai életünk során kerülünk.

Tehát engedjék meg, hogy ne csak ünnepeljük történelmünket, hanem gyakoroljuk azt, őrizzük meg, és küzdjünk az ellen, hogy korunkból a történelem „kivesszen”, hogy a történelem „véget érjen”, valamint küzdjünk az esszencialista, fundamentalista visszhangok által leegyszerűsített és megcsontosodott történelemszemlélet ellen, a globalizációs elbizonytalanodás ellen.

*Elhangzott 2006. július 31-én Münchenben, az IFSW Világkonferencián*

*Fordította: Törzsökné Hosszú*

*Paula*



Nemes Gusztáv

## **Spanyolországi LEADER-tapasztalatok és hazai alkalmazásuk lehetőségei**

### **Az Európai Unió LEADER programja**

A LEADER programot 1991-ben hozták létre nagyon szerény költségvetéssel, kísérleti céllal, mintegy „élő laboratóriumként”. Legfőbb céljai új, innovatív és másutt is megvalósítható ötletek serkentése a vidék fejlesztésére; a térségben lakók, a helyi közösség részvételére alapozott és helyi erőforrásokat felhasználó kisléptékű fejlesztések megvalósítása; valamint ezeknek a helyi kezdeményezéseknek a térség (és az ország) határain túlnyúló hálózatokba rendezése. A program célja nem pusztán fejlesztések végrehajtása volt, hanem a helyi közösségeknek arra való ösztönzése, bátorítása (és felhatalmazása), hogy térségük fejlődését saját maguk kezdjék formálni. Az 1994–99 között lezajlott második kör, a LEADER II. elődjénél négyszer nagyobb költségvetéssel bírt, ennek megfelelően a szabályok is merevebbé váltak, kiépült a programhoz kapcsolódó intézményrendszer, ugyanakkor vesztett újdonságértékéből. Valamelyest a célok is megváltoztak, nagyobb hangsúlyt kapott az átláthatóság, a programok átültethetősége és az adminisztráció. A 2000–2006-os tervezési időszakra a program adminisztrációja tovább szigorodott, nagyobb hangsúlyt kapott a nemzeti és nemzetközi hálózatok kiépítése, és a költségvetés már csak mintegy 15%-al lett nagyobb, mint az előző körben. Ugyanakkor nemzeti és EU-s forrásokra alapozva több országban (Spanyolország, Finnország, Írország) beindították a program nemzeti változatát, így végeredményben újból jelentősen szélesedett a LEADER jellegű fejlesztések köre. Sokan kritizálták a program mindhárom fordulóját, a szakemberek többsége mégis sikerként értékelte a LEADER-t. Mindenesetre az általánosan elfogadott vélemény szerint a program a hagyományos, központilag irányított fejlesztésekkel ellentétes elven működő és a modernizációs paradigma alternatíváját nyújtó szemléletet valósított meg és terjesztett el a gyakorlatban.

## A LEADER Spanyolországban

Spanyolország Európa egyik legvidékiesebb országa (népsűrűsége 79 fő/km<sup>2</sup>), a 70'-as évek végéig a jobboldali diktatúra a kelet-európaihoz hasonló elzártságban és elmaradottságban tartotta a vidéki társadalmat és gazdaságot. A 80'-as évek elejének politikai változásai, a gazdasági válság és az EU-csatlakozás a vidék általános társadalmi, gazdasági krízisét vonta maga után, ami sok vonatkozásban hasonlított a húsz évvel későbbi magyarországi helyzethez. A spanyol vidék nagy része azonban a mezőgazdaság, a nemzetközi turizmus és a különféle EU-politikák által nyújtott lehetőségeket kihasználva, mára sikeresen kilábal a válságból, amiben a LEADER programnak, illetve spanyol változatának, a PRODER-nek nagy szerepe van. Spanyolországban a LEADER 1991-ben indult, 51 akciócsoporttal. Mára ez a szám 140-re nőtt (itt van a legtöbb csoport egész Európában) és a LEADER+ teljes költségvetésének egynegyedét (csaknem 500 millió eurót) itt költik el. Az 1996-ban induló, és 2000-től már a második fázisban alkalmazott PRODER-ben további 162 helyi akciócsoportot támogatnak (ebből 28 andalúziai csoport LEADER-támogatást is kap), összesen 827 millió euróval (ebből 520 millió EU-forrás, a többi nemzeti hozzájárulás). A két program gyakorlatilag az egész vidéki Spanyolországot lefedi, és jól kiegészíti a Strukturális Alapok és a Közös Agrárpolitika (KAP) által nyújtott és sikerrel alkalmazott támogatásokat.

A vidéki társadalom mára jól ismeri és használja is ezt a támogatási formát, bár a program valós hatásai az egyes spanyol tartományokban, illetve az egyes akciócsoportokban nagyon különböző lehet. Mindennek a helyi erőforrások, a tartományonként változó szabályok, a lakosság életmód- és vérmérsékletbeli különbségei mellett a legfőbb okait a helyi akciócsoportok, illetve a helyi munkaszervezetek (fejlesztési ügynökségek) felépítésének és megközelítésének különbségeiben találtuk meg.

Az alábbiakban áttekintjük a program implementációjának legfontosabb területeit, és megpróbáljuk összehasonlítani a spanyol rendszert a most kiépülő magyar LEADER-rel. Először a *szervezeti felépítéssel* foglalkozunk, ezután a *döntéshozás* mechanizmusát tekintjük át, majd a *finanszírozás* kérdéseivel foglalkozunk. Ezután két valós példán keresztül röviden

bemutatjuk a 'jól' és a 'rosszul' működő LEADER akcióscsoport prototípusát, majd levonunk néhány egyszerű következtetést az Éledő Térségek program számára.

## Szervezet és intézmények

**A spanyol LEADER+-ban és a magyar AVOP LEADER+-ban funkciójukban egymásnak többé-kevésbé megfeleltethető szervezetek, tisztségek:**

<i>A spanyol LEADER+ szervezeti egységei</i>	<i>A magyar AVOP LEADER + szervezeti egységei</i>
GAL (Grupo de Acción Local)	térségi társulás, Helyi Akciócsoport Vezető szervezet, a helyi akciócsoport képviselője
Igazgatótanács (Junta Directiva)	Helyi Bíráló és Monitoring Bizottság (HBMB)
Az igazgatótanács elnöke (Presidente)	HBMB elnöke
Fejlesztési ügynökség (Gerencia)	gesztor
Fejlesztési igazgató (Gerente)	a gesztor vezetője
Tartományi agrárminisztérium (spanyol neve tartományonként változik)	MVH Regionális Irodái
Spanyol Agrárminisztérium (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación)	Földművelési és Vidékfejlesztési Minisztérium VPF, ill. a Nemzeti Bíráló és Monitoring Bizottság

A spanyol LEADER szervezeti egységei majdnem teljesen megfeleltethetőek az AVOP LEADER szervezeteinek. A spanyol LEADER alapszervezete, a GAL (Grupo de Acción Local – a magyar terminológiában a Helyi Vidékfejlesztési Munkacsoport) két dolgot jelent: egyrészt a települések összességét, amelyek területe beletartozik a társulásba (más szóval azt a földrajzi egységet, kistérséget, melyben projektek támogathatók az adott LEADER+ programban); másrészt a partnerség tagjainak összességét. A partnerségben részt vevő tagok legalább 50%-a (törvényileg meghatározott módon) gazdasági-szociális szervezet (vállalkozások, érdekvédelmi szervezetek, civil szervezetek stb.), legfeljebb 50%-a pedig a közszférából kerül ki (polgármesterek, tartományi parlamenti képviselők, pártok küldöttei). Jelentős különbség a magyar rendszerhez képest, hogy míg Spanyolországban a GAL jogi

személyiséggel rendelkező egyesület, melynek elnöke egy személyben felel a szervezet működéséért, addig Magyarországon a partnerség csak egy konzorciális szerződésen alapul, és mind a vezetést, mind a felelősséget a partnerség egy tagja (vezető szervezet) vállalja magára. Ez sok hátránnyal jár, például van egy 'egyenlőbb' az egyenlők között, a felelősség sem oszlik meg, egy bizonyos szervezet ír alá és kezeli a pénzt, ami bizonyára nem tesz jót a partnerségi elvek érvényesítésének. Ugyanakkor a partnerség együtt, a saját nevében nem pályázhat plusz támogatásokra (INTERREG, EQUAL, etc.), hiszen ahhoz jogi személynek kellene lennie.

A GAL döntéshozó szervezete az igazgatótanács (Junta Directiva – nálunk Helyi Bíráló és Monitoring Bizottság - HBMB), amelynek általában 10-15 tagja van; a tagokat a GAL-hoz hasonlóan legfeljebb felében a közsféra, és legalább felében a gazdasági-szociális sféra adja. A GAL adminisztratív és végrehajtó szervezete a fejlesztési ügynökség (Gerencia, vagy Centro de Desarrollo Rural (CEDER) – nálunk gesztor), melyben fizetett alkalmazottak dolgoznak, ők végzik a program-menedzsmentet, a döntés-előkészítést, a monitoringot, segítik a projektek végrehajtását, beszámolókat készítenek, és bonyolítják a könyvelést. Az ügynökség vezetője a fejlesztési igazgató (Gerente). A spanyol rendszerben (a legtöbb európai országhoz hasonlóan) ezt az ügynökséget mindenütt a GAL hozta létre, újonnan, kifejezetten a LEADER program implementációja céljából. Ez a működés kezdetén nyilván okozott nehézségeket (nem volt összeszokott gárda, mindent előről kellett kezdeni), de végeredményben nagyon gyümölcsözőnek bizonyult, hiszen így az ügynökségek és az általuk végzett munka nem valamilyen régi szervezethez kapcsolódott, hanem kizárólag a LEADER programhoz. A fejlesztési ügynökségek ott, ahol a program jól működött, az évek során a helyi fejlesztési intézményhálózat központjává nőttek ki magukat, mára jelentős lobbyerejük van, olykor több tucat embert foglalkoztatnak, és LEADER mellett egy sor más nemzetközi és hazai programot, esetleg szociális vállalkozást is üzemeltetnek, és mindezt a helyi partnerség nevében és irányítása alatt. Mindent összevetve az a helyi kapacitásbővülés, amit ezek az ügynökségek képviselnek, Európa-szerte a LEADER program egyik legfőbb eredményeként értékelhető.

A magyar rendszerben ugyanakkor a helyi ügynökség státuszára meglévő szervezetek pályázhatnak, a döntést az alapján fogják hozni, hogy mely szervezet felkészültebb a feladat

ellátására, és féltő, hogy a legtöbb helyi ügynökség valamely önkormányzat leányvállalataként működik majd. Ez az implementáció elején még előnyös lehet, hiszen a gördülékenyen működő szervezet könnyebben veszi a kezdeti nehézségeket, a továbbfejlődés lehetőségét ugyanakkor szerintem erősen megkérdőjelezi.

A fejlesztési program lebonyolítására, az iroda fenntartására (csakúgy, mint az AVOP LEADER-ben) a LEADER-támogatás 15%-a költhető. Az ügynökség, illetve a GAL közvetlen felettes ellenőrző szerve a tartományi agrárminisztérium. Az (országos) Spanyol Agrárminisztérium (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación) is gyakorol ellenőrző szerepet, valamint ez a szerv egyezett meg előzetesen Brüsszellel a Spanyolországra vonatkozó pontos szabályozásokról. Elvileg a LEADER-re vonatkozóan ugyanazok a szabályok lennének érvényesek az egész országban, számos tartományban azonban külön alkuk szerint folyik az implementáció.

## **Döntéshozás**

Mivel Spanyolország sok GAL-ja számára a LEADER+ a LEADER I és II után a harmadik körnek számít, a döntéshozásnak jól bejáratott menete van. A projektelfogadás a következőképpen történik: a pályázó projektötletével felkeresi a fejlesztési ügynökséget, ahol segítenek a pályázatot megírni. (Ez a valóságban néha fordítva történik: a fejlesztési menedzser megkeresi a térségben azokat, akiket a program érdekelhet.) Amikor a pályázat elkészül, a fejlesztési igazgató hivatalos úrlapon a tartományi agrárminisztérium döntését kéri a projekt támogathatóságáról. A tartományi minisztérium 30 napos határidővel megvizsgálja, hogy a projekt megfelel-e a 'LEADER-szerűség' kissé nehezen meghatározható kritériumának, beleillik-e a regionális LEADER programba, valamint, hogy van-e más program, amely támogathatná a projektet. Amennyiben a projektet támogathatónak ítéli, a pályázat az igazgatótanács elé kerül, ahol döntenek róla. Minden eddigi tapasztalat azt mutatja, hogy a döntéshozásban kiemelkedő szerepe van a fejlesztési igazgatónak, hiszen ő egyes esetekben befolyásolni tudja a tartományi minisztériumot a döntésben (elutasító döntés esetén tárgyalni kezd, módosíttatja a projektet stb.), és az igazgatótanácsot is, amelynek üléseit ő készíti elő. A döntéshozást gyakran megnehezíti, hogy a spanyol GAL-ok és a

vidékfejlesztés egyéb szervezetei is erősen átpolitizáltak, az igazgatótanácsban folyamatosan vigyázni kell a kényes pártpolitikai egyensúlyra.

A támogathatósági döntésen, az időszakonkénti átvilágításokon és utólagos elszámolásokon kívül a GAL-ok teljesen szabad kezet kapnak mindenben, a helyi pályázati rendszer kidolgozásától a prioritások sorrendjén át a nemzetközi kapcsolatok szervezéséig, ami nagyban hozzájárul a helyi kapacitásépítéshez és az önállósághoz. Ehhez képest a jelenlegi magyar AVOP LEADER esetében a HBMB gyakorlatilag semmilyen lépést nem tehet, még hivatalosan érvényes ülést sem tarthat a regionális MVH jóváhagyása, sőt, személyes jelenléte nélkül. Ez szerintem még maximális jóindulatot, konszenzust és gördülékeny együttműködést, félreértések nélküli kommunikációt feltételezve is szinte teljesen el fogja lehetetleníteni a helyi akciócsoportok munkáját.

### **Finanszírozási kérdések**

A LEADER+ program által nyújtott pénz, amellyel a helyi vidékfejlesztési társulás, ill. annak munkaszervezete, a fejlesztési ügynökség gazdálkodik, több különböző helyről érkezik. Egy része Brüsszelből (3 különböző alapból, ezek: mezőgazdasági, regionális-fejlesztési és szociális alap), más része az országos költségvetésből (Madridból), valamint a tartományi költségvetésből és a helyi önkormányzatoktól. Helyi egyezség kérdése (ezért térségenként változó), hogy az önkormányzatok mekkora hányadra pályázhatnak. (Murcia tartomány egyik GAL-jában pl. az a gyakorlat, hogy a non-profit projektekre, amelyekre a teljes költségvetés 30%-a fordítható, csak az önkormányzatok pályázhattak. Andalúzia La Serranía de Ronda nevű GAL-ja az ilyen „osztzkodást” – a pénz egy részének az önkormányzatok közötti felosztását – a fejlesztési ügynökség egy az egyben visszautasította.) Ez azért fontos, mert az önkormányzatok adnak a LEADER-projektek támogatásához pénzt, de mivel maguk is pályázhatnak, így kapnak is belőle. A gyakorlatban tehát nem mindig van valós pénzmozgás, olykor a könyvelés rendezi az önkormányzati részt („leszámolják” a megnyert összegekből a fizetendő összegeket).

A fejlesztési ügynökség nem kapja meg a teljes támogatási összeget, hogy azzal gazdálkodhasson, hanem annak csak 7%-át, az országos agrárminisztériummal való

szerződés-kötés után 3 hónappal. Ebből a 7%-ból kell felállítani az irodát és elkezdni a projektek finanszírozását. Az ügynökség csak negyedévenként számolhat el a kifizetett összegekkel, a negyedéves elszámolást követően azonban csak a következő 4-6 hónap elteltével érkezik meg a pénz az ügynökséghez. Tehát a fejlesztési ügynökség ez alatt az idő alatt saját forrásból, általában banki hitelből fedezi a projektekre kifizetett összegeket. A hitelek költségét az ügynökség a szabályok szerint fedezheti a LEADER költségvetéséből a működésre szánt 15% fölött. Az ügynökség tehát előbb fizeti ki a pályázóknak a támogatást, minthogy megkapná azt, ami azért is fontos konfliktusforrás, mert ha például a felsőbb szervek hibájából Brüsszel elégedetlen (mint ahogyan ez a LEADER II esetében Spanyolországban meg is történt), és a brüsszeli pénz késik, vagy egy részét végleg visszatartják, akkor a hiány az ügynökségnél jelentkezik. Mindehhez jön még az N+2 szabály, ami általános az EU-politikák körében, és azt jelenti, hogy bár nem kell minden évben elkölteni a program tárgyára szóló költségvetését, a bázisév után két évvel a bázisév egész költségvetésével el kell számolni, és a maradványpénzt vissza kell fizetni. Ez főleg a program kezdésekor okoz problémákat: a LEADER+ a legtöbb spanyol tartományban jó két év késéssel indult, így a harmadik év végén nagyon nehéz volt elszámolni az éppen hogy csak beindult program első évének teljes költségvetésével. Mivel a pénz több különböző helyről érkezik, és a számlák elszámolása bonyolult feladat, az ügynökségek a pénzügyi adminisztráció elvégzésére általában saját könyvelőt foglalkoztatnak.

A kedvezményezett projektgazdák a pályázat benyújtásától kezdve gyűjthetik a számlákat, tehát nem a támogatási döntés, hanem a pályázat befogadási időpontja számít. (Ilyenkor ellenőrzik, hogy a projekt még nincs folyamatban.) Csak befejezett projektek számláit fogadhatja el az ügynökség, amelyeket lepecsételnek, hogy másutt már ne legyenek elszámolhatóak. A fiktív számlák kizárása érdekében külön kitétel, hogy fizetni készpénzben nem, csak banki átutalással lehet, a számlák csak a megfelelő banki igazolással együtt érvényesek. A kedvezményezett projektgazda tehát utófinanszírozással, a teljes beruházás befejezése után jut a támogatáshoz, amely profitorientált projekt esetén a befektetés 15-50%-a lehet (általában 30% körül van). A szabályok lehetővé teszik, hogy amennyiben a projekt jól elkülöníthető részekre bontható, és ezek elkészülte külön-külön ellenőrizhető, úgy a projekt 30%-os ill. 60%-os teljesítésekor is vissza lehet igényelni a már meglévő számlák támogatási hányadát. Ugyancsak lehetséges előzetes kifizetés a GAL terhére. Ez utóbbi két lehetőséggel

azonban csak nagyon ritkán éltek a LEADER+ folyamán. A kedvezményezettek tehát csak akkor jutnak a pénzükhöz, ha a projekt teljesen elkészült, méghozzá az eredetileg tervezett költségvetés szerint, vagy annak legalább 90%-át felhasználva. (Ha végül a projekt nem tudta felhasználni az eredeti költségvetésének 90%-át sem, akkor a projekt újra az igazgatótanács elé kerül, amely akár a támogatás megvonásáról is dönthet. A projekt költségvetésének túltervezése több támogatás reményében tehát veszélyes.)

A finanszírozási nehézségek áthidalására a fejlesztési ügynökségek általában milliós nagyságrendű euró-hitelkeret-szerződést kötnek valamelyik helyi bankkal. A helyi bankok (takarékszövetkezetek) olykor a partnerségnek is részesei, gyakran támogatják a GAL-okat néhány tízezer euróval. Általában a GAL-lal kötött szerződés része az is, hogy a kedvezményezettek legalább a pályázati támogatásuk összegéig (olykor a teljes beruházás összegéig is) kedvezményes hitelben részesülhetnek, és a bank az általában szükséges fedezet felmutatásától is eltekint. Mindez a banknak is megéri, hiszen ugyanazt a projektet kétszer hitelezheti meg, egyszer a pályázó vesz fel hitelt a projekt megvalósításához, amelyet az ügynökség utólag kifizet neki, ugyancsak hitelből. Ráadásul a projekteket a tartományi szervek és az igazgatótanács is jóváhagyták, vagyis 'biztonságos' az ügylet. Ugyanakkor ezeknek a takarékszövetkezeteknek általában nagyon erős a helyi kötődésük, és üzletileg is mindenképpen érdekeltek a helyi gazdaság fellendítésében. Kézenfekvő partnerek tehát a GAL-ok számára.

A magyar AVOP LEADER+ finanszírozása a fentitől több ponton eltér. Először is egy nagyságrenddel kevesebb a rendelkezésre álló forrás (bár az idő is rövidebb, és az akciócsoportok átlagos mérete is sokkal kisebb). Az AVOP szabályai miatt az akciócsoportok a pályáztatásra szánt pénzt nem kapják meg a saját kezelésükbe, a kifizetéseket a KAP-támogatásokhoz hasonlóan az MVH központilag intézi. Ezzel egyrészt nagyban leszűkül az akciócsoport mozgástere, minden sokkal nehezebb és bürokratikusabb lesz, másrészt viszont az akciócsoport nem kényszerül meghitelezni a támogatásokat a kedvezményezettek felé. A helyi intézmények működtetésével és főképp a projektek utófinanszírozásával kapcsolatos problémák továbbra is fennállnak. Történtek próbálkozások a takarékszövetkezeti hálózat bevonására, a probléma megoldása a mai várat magára.



## **Két példa: 'a jó', és a 'rossz' LEADER**

A két, példaként felhozott GAL – egyiküket hívjuk 'sziget'-nek, másikukat 'hegyvidéknek' – hasonló körülmények közt kezdte el a LEADER-t 1991-ben, egy kis irodában, három alkalmazottal. Mindkettő nagyjából 100 ezer lakosú kistérség, azonos mértékű támogatást kaptak és kapnak a LEADER-ből, az EU, vagy a központi kormányzat értékelői szemszögéből mindketten hibátlanul hajtották végre a programot és számoltak el az elköltött pénzekkel. Még a támogatott projektek többségében sincs szignifikáns különbség, a legtöbb forrást mindkét kistérségben turizmusra, értékmegőrzésre, gazdasági diverzifikációra és a szociális gazdaság körébe tartozó projektekre költötték. Munkájuknak a kistérség társadalmi, gazdasági viszonyaira gyakorolt valóságos hatása mégis teljesen különböző.

A 'sziget' hagyományos turisztikai, kereskedelmi övezet, jó adottságokkal a legkülönbélebb fejlesztésekhez. A fejlesztési ügynökség munkáját nem érheti kifogás, az utóbbi 5 évben kétszer is kapott szoros EU-ellenőrzést, ami mindent rendben talált. Az első gyanús jel, hogy az ügynökség kizárólag a LEADER-forrásokra támaszkodik, és 15 éve ugyanaz a három fő dolgozik itt: a programigazgató (egy másik tartományból bevándorolt, főiskolai végzettségű, volt minisztériumi tisztviselő); a könyvelő (nyugdíj előtt álló idős úr, leginkább a kertészkedés érdeklő); az adminisztratív alkalmazott (középkorú hölgy, szintén nyugdíj előtt, civilben az egyik falu polgármestere). Az ügynökség mind nemzeti, mind nemzetközi szinten nagyon jól menedzseli magát, az igazgató tagja mindenféle nemzeti networknek és testületnek, több nagyhírű nemzetközi kooperációs LEADER-projektben is részt vettek az utóbbi évtizedben. Ottlétem során egy sor nagyon érdekes és kiváló projektet látogattam meg, a régi udvarházból kialakított hoteltől a hajléktalanokat foglalkoztató, szemétből különféle jól eladható termékeket előállító üzemen keresztül a hagyományos receptek alapján fagyaszott készételeket előállító vállalkozásig és a bioborászatig. Közelebbi vizsgálódás után azonban kiderült, hogy az egyes projektek között, bár térben gyakran közel voltak egymáshoz, nem volt semmiféle kapcsolat, nem is nagyon tudtak egymásról, hiányoztak a kistérségből a hálózatok, az együttes szinergikus hatások. Viszonylag sok egyéni projektet támogattak, de a kedvezményezetteken kívül alig tudott valaki valamit a LEADER-ről, a programra leginkább csak a projektek során épített vagy felújított épületek falára kötelezően elhelyezett egységes (egyébként helyi iparművész által készített igényes) táblák emlékeztettek. A projekteknek csak a

programigazgatóval volt kapcsolatuk, a partnerség csak névlegesen működött, nem történtek strukturális változások, a LEADER nem érte el a célját.

A 'hegyvidék' jóval gyengébb esélyekkel indult neki a LEADER-nek 15 évvel ezelőtt. Az aprófalvas területről a közeli, dinamikusan fejlődő tengerparti üdülőterületre vándorolt a pénz és a humán tőke. A falvakban szinte teljesen leállt a gazdasági tevékenység, a turizmus semmilyen formában nem létezett, az épített és a természetes környezet (nagy szelídgesztenye-ültetvények) is rohamosan romlott. A LEADER-nek azonban itt másfél évtized alatt sikerült gyökeresen megváltoztatnia az életet. Az ügynökségen ottjártamkor különféle jogcímeiken 28 fő dolgozott (az eredeti három főből már csupán egy, személyzetis-igazgatóhelyettes hölgy maradt), többségük fiatal, jó részük egyetemista korában került az irodába nyári gyakorlatra, és ott ragadt. Az alkalmazottak különféle témákra szakosodtak. Volt könyvelő, jogász, építész, néprajzos, térképész, társadalmi dinamizációra szakosodott tréner, tanár, iparművész, grafikus tervező, környezetvédő, agrármérnök, és minden más elképzelhető szakma. A munkatársak felvételénél sokkal inkább számított az elhivatottság, a társadalmi érzékenység a csapatban dolgozásra és a tanulásra való képesség, mint a tapasztalat vagy az iskolai végzettség. Az újoncokat rögtön bedobták a mély vízbe, komoly, felelősségteljes feladatot bízta rájuk, és ha hibáztak, nem rótták meg őket érte. A LEADER mellett egy sor más EU-s programot is menedzseltek, voltak saját bevételeik, és rendszeres támogatást kaptak a tartományi kormánytól meg a környékbeli gazdasági vállalkozóktól.

Itt is rengeteg érdekes egyéni projektet láttam, de igazán figyelemreméltó az ügynökség által futtatott 'saját projektek' nagy száma volt. Az ügynökség stratégiája az volt, hogy a különböző szektorokban (turizmus, élelmiszer-feldolgozás, biogazdálkodás, stb.) megpróbált példaértékű projekteket indítani, biztosítani a háttérrel, valamilyen egyesületet létrehozni, majd az egészet útjára bocsátani. A legjobb példa talán a turizmus terén végzett munkájuk. A LEADER I idején senki nem ismerte a programot, és remény sem látszott arra, hogy a turizmussal kapcsolatban bárki vállalkozna bármire is. Az ügynökség munkatársai sorra járták a falvakat, és az üres házak gazdáit megpróbálták rávenni arra, hogy a GAL anyagi és szakmai segítségével (tervező, designer, az engedélyek beszerzése, kivitelező, és támogatásként a

beruházás értékének 50%-a) alakítsanak ki falusi szálláshelyeket, éttermeket, közösségi tereket. Először rengeteg bizalmatlansággal, hitetlenséggel szembesültek, de aztán sikerült néhány embert meggyőzniük. Végül 45 falusi szálláshely (casa rural) és 3-4 vendéglátó egység kialakítását támogatták, ami elég volt ahhoz, hogy a lassan beinduló turizmushoz az alapvető infrastruktúrát biztosítsa. Tizenkét évvel később már több mint 700, többségében tisztán magánereből beindított szálláshely, rengeteg étterem, kávézó és mindenféle turizmussal kapcsolatos vállalkozás volt a térségben. A LEADER II során már nem támogatták házak felújítását, ekkor egy turizmus-szövetséget indítottak el, ami a szolgáltatások összehangolásával, szállásfoglalással és más hasonlókkal foglalkozott. A szövetség idővel egyesületté alakult, és még évekig az ügynökség irodájában működött, de végül önállósodott, és már képes volt saját magát eltartani. A LEADER+ idején már nem kellett támogatni ezt sem, ekkor a szálláshelyekkel kapcsolatban az ügynökség minőségbiztosítás megszerzését támogatta, és más, a fenntartható turizmushoz kapcsolódó projekteket menedzselt (digitális turistatérkép, néprajzi és természeti értékleltár, botanikai, madártani kiadványok stb). A 15 év során átgondolt stratégia alapján, hosszú távra tervezve, lépésenként teremtette meg a fenntartható turizmus feltételeit, ami ma sok ezer embernek nyújt megélhetést, és a környéket híressé tette egész Európában. Ráadásul a megvalósuló projektek nemcsak az ügynökséghez kapcsolódtak, hanem földrajzi területeken és gazdasági szektorokon átnyúló, erős hálózatokat alkotva megváltoztatták a térség gazdasági, társadalmi viszonyait.

