

# Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

V. évf. 6. szám 2006. december

Demenciával küzdők ellátásáról

2

Az orvosi rehabilitációról

16

Munkaerő-piaci programokról

30



A szociális standardokról

40

A gyermekjólét szolgálatáról

54

27

Wch002

## **JESZENSZKY ZITA**

### **DEMENS IDŐSEK ELLÁTÁSÁNAK IRÁNYELVEI**

A szociális ellátások -- még azonos szakterületet érintve is -- a gyakorlati megvalósítás során mutathatnak különbségeket az egyéni attitűdök, szakmai ismeretek, környezeti adottságok és lehetőségek mentén. Azonban fontos, hogy bizonyos alapértékek helytől, a szolgáltatást nyújtó szakember beállítódásától és minden egyéb adottságtól függetlenül egyformán értelmezve kerüljenek bele a gyakorlati munka folyamatába.

Jelenleg nincs egységes, szektorokra, szakágazatokra kiterjedő protokoll a szociális szolgáltatásokban, így intézményről intézményre változhatnak a segítség elvei, a szolgáltatás tartalmának elemei. A demensellátás irányelve célja, hogy keretbe foglalja azokat az alapelveket, értékeket, környezeti és szakmai feltételeket, amelyek segítik a szolgáltatást nyújtó szakembereket egy egységes keretrendszer megvalósításában a demensellátás során. Miután a demenciában szenvedő idősök jellegzetes ápolási problémáinak otthoni megoldási lehetőségei korlátozottak, társadalmi szintű megoldások kimunkálására van szükség, amelyeknél az egészségügyi ellátás és a szociális ellátás egymást kiegészítve nyújt szolgáltatást az igénybevevők számára. A szociális szolgáltatások kialakításánál a szolgáltatások minőségének védelme és hatékonysága miatt szükséges az egységes eljárásrend kidolgozása és bevezetése.

Az irányelv alapjainak kidolgozása egy háromfordulós, nyitott műhelymunka keretein belül történt, melyet az NCSZI 2004-ben hirdetett meg önkéntes részvétellel, alkalmanként 25--35 fő közreműködésével. Ezen kívül

tanulmányoztuk egyes intézmények e témában kialakított eljárásrendjét és korábban kidolgozott saját használatú protokolljait. Az alapellátással kapcsolatban felmerülő problémák áttekintésénél a Békés megyében megkezdett munkálatok megismerésére támaszkodtunk.

### **Az irányelv elkészítésének időszerűsége**

A születéskor várható átlagos életkor lassú növekedése mellett egyre inkább számítani lehet arra, hogy növekszik a demenciával küzdő idősök száma, amelyet a szakemberek jelenleg mintegy 200 000 főre becsülnek. Az időskori demencia progresszív és halálhoz vezető betegség. Progressziója a gondozó számára fokozott megterhelést jelent. Az otthoni gondozás nem valósítható meg éveken át úgy, hogy a gondozó egészsége ne sérülne, vagy a beteget ellátó családi rendszer működésében ne mutatkoznának funkciózavarok. „Kimutatott, hogy a gondozók 50%-ában a demens beteg ápolásával összefüggésbe hozhatóan pszichés betegség alakul ki, ezen belül 75%-ban depresszió, 45%-ban alvászavar (Small és mtsai 1997). Saját tapasztalatunk alapján ez az arány magasabb: csak a depresszió előfordulási gyakorisága meghaladja az 50%-ot. A demencia nem csak egy embert, hanem egy egész családot, de legalábbis még egy személyt érintő betegség.”

Munkacsoportunk olyan szakmai irányelv kidolgozására törekedett, ami a szakszerű és professzionális ellátásban rendszeresített eljárások, folyamatok lépéseinek jegyzőkönyvben rögzített leírása és azon tárgyi és személyi feltételek számbavétele, amelyek ehhez szükségesek. A protokoll elkészítésekor egymáshoz illeszkedő, kontinuens alap- és szakosított ellátást

feltételezünk a hatékony ellátás érdekében. A demensellátás irányelve a személyközpontúság alapelveire épül.

A személyközpontú gondoskodás célja, hogy elősegítse

- a demenciával küzdő idősödő embereknek,
- családjaiknak,
- mindazoknak a „jól-létét”, akik törődnek velük.

## **A szakmai irányelv tartalma**

Az irányelv – tartalmát tekintve – az alábbiakban foglalható össze.

- Alapelvek, melyek rögzítik az értékrendi megközelítést és a közös szakmai nyelvhasználatot, valamint tartalmazzák a használt fogalmak definiálását és az ellátás szemléletét. (Használjuk a demens idős, a demenciával küzdő ember és a mentálisan hanyatló, valamint a demens beteg kifejezéseket.)
- Ajánlás az ellátási szükségletek méréséhez (becsléséhez), ajánlott eljárások a demencia előrehaladottságának megállapításához. Annak rögzítése, hogy a diagnózis szakorvosi feladat. (Családorvosi vizsgálat és egy MMSE, vagy más teszt alapján senki nem minősíthető demens betegnek!)
- Az ellátás, az intervenciók általános szempontjai, az intézményi környezet kialakításának szempontjai.
- Alapellátás, házi segítségnyújtás, jelzőrendszer, támogató szolgálatok, információközvetítés. Napközbeni ellátás, hozzátartozók tehermentesítése, hozzátartozókkal végzett munka, vagyis személyes gondoskodás nem bentlakásos intézményekben.

- Tartós (és átmeneti) bentlakást nyújtó intézményekben biztosított ellátás, folyamatos ápolást-gondozást nyújtó ellátások.

## **Szemléletmód, értékrend, ajánlások**

### *Ajánlás*

Az irányelv kidolgozásához az Európa Tanács „A dependens idősök életminőségének javítása céljából létrehozott szakértői bizottságának” (CSQV, 2001) ajánlásait vettük figyelembe, mely szerint:

1. A dependens időseket ellátó és segítő rendszereknek tiszteletben kell tartaniuk az idős ember integritását, autonómiáját és méltóságát, valamint elő kell hogy segítsék az érintettek aktív részvételét és a lehetséges mértékű függetlenség biztosítását. Az egészségügyi alapellátást szükséges kiterjeszteni, és összehangolni a szociális ellátással, valamint az egészségügyi szakellátással. Az alapellátásban is megfelelően képzett személyeknek kell dolgozniuk.
2. A dependens idősök otthoni ellátását helyileg szükséges biztosítani megfelelően képzett munkaerővel, a kiterjesztett és integrált egészségügyi és szociális ellátás keretein belül rugalmas és összehangolt módon.
3. A nappali ellátást és az átmeneti ellátást minden dependens idős számára hozzáférhetővé kell tenni, beleértve a demenciában szenvedőket is.
4. Demens idős egyének számára demenciára szakosított ellátást szükséges biztosítani, megfelelően kialakított környezetben, képzett személyekkel.
5. A családi segítőik igényeit szükséges jogszabályi keretekben elismerni, valamint támogatni kell az információközvetítést képzés, átmeneti és egyéb segítő ellátások kialakításával.

6. A geriátriai ellátórendszer egyes elemeinek fejlesztése kapjon kiemelt fontosságot, ide értve a nappali kórházak kialakítását, amelyek különösen alkalmasak az idősök egyedi igényeinek kielégítésére.
7. A geriátriai és multidiszciplináris állapotfelmérő és rehabilitációs szolgáltatások elérhetőségét biztosítani kell minden ellátási forma keretein belül.
8. A magas színvonalú krónikus ellátás elérhetőségét biztosítani szükséges minden dependens idős ember számára, több, megfelelő formában, szakképzett személyzettel.
9. A dependencia megelőzése (súlyosbodásának lassítása) az egészségügyi, szociális ellátás és a környezetpolitika központi tétele kell hogy legyen.

### ***Cél, szemléletmód***

Alapvető cél, hogy a demenciával küzdő idős ember a szellemi leépülése során életminőségét megőrizve, jó közérzettel, pszichés és szomatikus egyensúlyának megtartása mellett élje életét. Kognitív zavarai s gondozóját igénybe vevő tünetei mellett is érzékelje a jó bánásmódot, képes legyen élvezni az adott pillanatokat, és olyan támogatást kapjon, mely késlelteti állapot romlását. Önellátási képességének csökkenése mellett is kielégítettek legyenek szükségletei, és meg tudja őrizni emberi méltóságát. A demenciával küzdő idős ember életminőségének megőrzésébe beletartozik:

- a biztonságos és optimális gondozási környezet kialakítása,
- ápolási-gondozási szükségleteinek kielégítése,
- az állapotának, az élethelyzetének és a „pillanatnak” adekvát kommunikáció alkalmazása,
- a tájékozódás, a térbeli és az időbeli orientáció megőrzésének támogatása,

- a kognitív jellegű tünetek és a magatartási, valamint a pszichés tünetek enyhítése,
- az önellátási képességek javítása, a képességromlás késleltetése, a képességek csökkenéséből származó zavarok enyhítése,
- az izoláció elkerülése,
- a szűkebb és tágabb szociális környezetben való részvétel támogatása,
- az állandóság biztosítása,
- biztonságának megőrzése, és a védelem, mely az esetleges korlátozás *egyetlen* lehetséges alapja.

Az életminőség megőrzésébe tehát beletartozik mindazon beavatkozások és eljárások biztosítása, melyek hozzájárulnak a demens jól-létének fenntartásához. Mindezen feltételek megléte felszabadítja a közvetlen hozzátartozókat a teljes felelősség alól, így hozzájárul az ő pszichés és szomatikus egyensúlyuk optimalizálásához is.

A demenciával küzdő személy jól-léte itt azt jelenti, hogy:

- aktívan tölti a napjait segítői közreműködéssel,
- biztonságban érzi magát,
- érzelmi támogatást kap.

A jól-lét független a kognitív képességektől. Ez egyrészt nehézség, mert az elvégzett munka eredményessége nem mérhető az MMSE pontértékeinek alakulásával. Másrészt azonban jó is, hiszen a demencia következtében a kognitív képességek fokozatos romlása ellenére a jó demenciaprogram eredményes. Például senki nem marad ki az aktivitásokból, mert az aktivitásoknak (elfoglaltságnak) nem (pusztán) a képességfejlesztés lesz a célja,

hanem a személyre szabott érzelmi megtámogatás, mivel az minden esetben összekapcsolódik a személy által átélt történésekkel, az egyén múltjával, kulturális-társadalmi háttérével.

A demenciával küzdő személy jól-lététől elválaszthatatlan a család jól-léte. Az irányelv ezért kitér a demenciával küzdők családi kapcsolataira, és a szociális szolgáltatások igénybevételénél a családtagok bevonására.

A harmadik csoport, amelynek a jól-létével foglalkozik a személyközpontú gondoskodás, a demenciával küzdő idősödő emberekkel törődő személyek. Azok, akik ápolják, gondozzák őket, és a mindennapi segítséget megadják nekik. Az ápolók, gondozók folyamatos képzése, munkájának megbecsülése, munkakörülményeik szüntelen javítása sokat segíthet ezen. (Ebben a megközelítésben elengedhetetlen a segítők segítése.)

A demenciában szenvedőkről való gondoskodásba Tom Kitwood és munkatársai vezették be a személyközpontú, humanista szemléletet. Jelen munkaanyag a személyközpontú szemlélet alapelveit, megközelítéseit Tom Kitwood *Dementia Reconsidered: the person comes first* című munkájából meríti.

A személyközpontú gondoskodás azt is jelenti, hogy a demenciával küzdőket környezetükkel, kapcsolataikkal együtt vizsgáljuk, azzal együtt tervezünk intervenciót. Ezt különösen szem előtt kell tartani az intézményi elhelyezések során. A bentlakásos intézményben élők családi kapcsolatai beszűkülnek, életerük lecsökken, a külvilággal keveset érintkeznek. Fontos, hogy a gondozási programok figyeljenek ezekre a területekre.



A demenciálódás folyamatában nemcsak az agy fokozatos leépülésére és annak következményeire fókuszálunk, hanem magára a demenciával küzdő emberre is. Tom Kitwood szerint a demenciában szenvedő személy életét és életminőségét a betegségre adott reakciója is befolyásolja. A betegségre adott pozitív reakció például a „nem adom fel” attitűd. A személyközpontú gondoskodás azt jelenti, hogy segítők, támogatói vagyunk demenciával küzdő embertársainknak, hogy segítségünkkel a betegségekre adott reakcióikat és ezzel életminőségüket a demenciálódás folyamatában pozitív módon befolyásoljuk. A betegségre adott reakciót

- az érintettek fizikai környezetével,
- segítők pozitív hozzáállásával tudjuk leginkább befolyásolni.

A személyközpontú gondoskodás – állítja Tom Kitwood – nem csupán technika, módszer, hanem értékrend, etikai hozzáállás és szemlélet is. Értékrend abban az értelemben, hogy „középpontban az ember”, vagyis nagyobb hangsúlyt kap a személy, mint a betegsége: egészségügyi szemlélet helyett szociális szemlélet.

Az etikai hozzáállás azt jelenti, hogy a személyközpontú gondoskodást nyújtó szakemberek a demenciával küzdőt személynek tekintik, aki egyszeri és megismételhetetlen, aki végtelenül értékes, akinek van személyisége, akinek van spiritualitása, vannak érzelmei. Szemléletében egyértelműen érvényesül az, hogy a segítő szakember *társa* a demenciával küzdőnek. Társ, „legjobb barát”, a demenciával küzdő személynek az „embere”.

Ez egyben pozitív szemlélet is: arra fókuszálunk, ami még van, és nem arra, ami már hiányzik Ennek következménye például az „erőségekre épülő állapotfelmérés”. Az intervenció célja a megerősítés.

A személyközpontú gondoskodás a Kitwood tanításában megfogalmazott „rossz hatású magatartásformák” kiküszöbölésére törekszik. A rossz hatású magatartásformák a demenciában szenvedőkre és állapotukra is negatívan hatnak. Ezek a magatartásformák ássák alá leginkább a demenciában szenvedő ember személy mivoltát, méltóságát.

Gyakran alkalmazott rossz hatású magatartásformák a segítség folyamatában:

- Félrevezetés – hogy rávegyük a gondozottat valamire.
- Gyengítés – túlgondozzuk a demenciában szenvedőt, nem engedjük megmaradt képességei használatára.
- Infantilizálás – úgy bánunk a demenciában szenvedővel, mint egy gyerekkel, aki fölött anyáskodunk, vagy akit szigorúan meg akarunk nevelni.
- Lekörözés – amikor gyorsabbak vagyunk a demenciában szenvedőnél mozgásban, beszédben egyaránt.
- Tárgyasítás – óhatatlanul úgy végzünk ápolási műveleteket, hogy nem gondolunk az emberre magára; ez rossz hatással van a beteg személyre.
- Hibáztatás – a demenciában szenvedő számára a környezet sokszor érthetetlen és értelmezhetetlen, ezért a mi fogalmaink szerint „rosszat” tesz: például befekszik valaki másnak az ágyába. Ilyenkor rendreutasítjuk, amiért megzavarta a másik ember nyugalmát.
- Gyakran nem vesszük komolyan a demenciában szenvedő embert (leggyakrabban az érzéseit, tapasztalatait), pedig a mentális hanyatlás nem vonja magával az érzelmi élet hanyatlását.

A demensellátás irányelve gyakorlatot leíró, azaz az aktuálisan végzett meghatározott szociális ellátás, gondozás, beavatkozás, kliens-menedzsment

elvégzéséhez szükséges tevékenységek és eljárások rendszerezett listája, az aktuális módszertani és szakmai irányelvek ajánlásainak figyelembe vételével.

### ***Érvényességi terület***

Felkutatási programok alapján demensellátásba az kerülhet be, aki a mindenkor érvényes diagnosztikai szakmai protokollok alapján – a lépcsőzetes ellátási igények elősegítése érdekében – az időskori típusú demencia diagnózisával rendelkezik, valamint komplex állapotfelmérése és ellátásiterv-becslése státusz szerinti súlyozással megtörtént.

Mindezzel együtt, ismerve az alap- és szakosított ellátások dichotómiáját, az alapellátásban is szükségesek azok a feladatvállalások, melyekkel az otthonukban, egyszemélyes háztartásban, vagy családi gondozásban élő demens személyek ellátását biztosítani lehet. A folyamatkövetéssel párhuzamosan az alapellátásban dolgozik olyan szociális munkás, aki esetkezelő-koordinátorként közreműködik abban, hogy a demenciával küzdő idős ember mindenkor az állapotának leginkább megfelelő ellátáshoz férjen hozzá. Az információközvetítés és az ellátásokhoz való hozzáférés biztosítása az alapellátásban (esetleg kistérségi centrumok létrehozásával, valamint regionális szinten) is megszervezendő.

Érvényességi terület alatt tehát azokat a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményeket kell érteni, melyek, ha nem rendelkeznek is a demenciával küzdő idősek ellátására kapott működési engedéllyel, de a „szakma” által jóváhagyott szakmai programmal, tárgyi és személyi feltételekkel igen.

## **Ajánlás az ellátási szükségletek méréséhez**

### ***Információgyűjtés – információközvetítés***

A felkutató programok mellett szükség van az információs központok működtetésére és tájékoztató füzetek kiadására. (Tájékoztató például az időskori demencia felismeréséről, a betegség progressziójáról; tájékoztató a szolgáltatások elérhetőségéről; az Alzheimer-betegek jogainak kézbeadása stb.) A felismerésről, a folyamat progressziójáról, az ellátásokhoz való hozzáférés jogáról szóló általános kiadványokat szükséges megkülönböztetni a helyi, kistérségi vagy regionális szintű információkat közvetítő kiadványoktól.

### ***Diagnózis***

A demencia diagnosztizálása szakorvosi feladat, a mindenkor érvényes gerontológiai szakmai protokollok betartásával. A demencia egyik formája sem része a normális öregedési folyamatnak! A szociális szolgáltatások munkatársainak a diagnózis felállításában nem lehet közvetlen felelőssége. A diagnózis tehát a szakorvos feladata, a terápia azonban teammunka, amelyet egy multiprofessionális team működésével szükséges megvalósítani. A szociális ellátásba kerüléskor javasolt a minimentál teszt (MMSE) felvétele, és az erősségekre építő állapotfelmérés kezdeményezése.

### ***Koordinálás az egészségügyi és szociális ellátás között***

A koordinációban kiemelkedő szerepük van a családorvosoknak, s a szakmai továbbképzésekbe az ő esetükben is szükséges beépíteni a demenciával kapcsolatos legújabb ismereteket, kutatási eredményeket. A családorvosnak és

a körzeti nővérnek, valamint a (tőlük esetleg függetlenül működő) otthoni szakápolási szolgálat munkatársainak együttműködése elengedhetetlen a szociális alapellátásban dolgozókkal. Szintén nagyon fontos a szociális szolgálatok különböző szintjein (alap- és szakellátás) és különböző intézményeiben a dolgozók kooperációja. A szektorok és munkatársak együttműködésén kívül elengedhetetlen a fenntartók együttműködése is, ami az állami/önkormányzati és egyéb fenntartású intézmények között lehetséges helyi, kistérségi és regionális szinten is.

### ***Ellátási terv***

Az egészségügyi ellátás keretein belül működő úgynevezett Demencia Centrumokon kívül a szociális szolgáltatástervezési koncepciók kidolgozásánál szükséges esetleg konkrét adatfelvételekre vagy felkutató programokra építve megtervezni a regionális, kistérségi és helyi szintű ellátásokat. Természetesen úgy, hogy ezek – a párhuzamosságokat elkerülve – a korábban már működtetett szolgáltatásokra épüljenek. A tartós bentlakásos intézményekben kialakított gondozási egységek működtetése csakis azok számára biztosítandó, „akiknél külön jogszabályban meghatározott szerv a demencia körébe tartozó középsúlyos vagy súlyos kórképet állapít meg.”

Az ellátás igénybevételénél fontos, hogy a családoknak, vagyis a demenciával küzdő személyek hozzátartozóinak is meglegyenek a maguk jogai, a számukra igénybe vehető szolgáltatások köre velük közösen kerüljön kidolgozásra, kérhessenek segítséget. Leggyakrabban a közvetlen hozzátartozó az, aki elsőként látja a demenciával küzdő családtagja rászorultságát. A demenciával küzdő személy, különösen, ha Alzheimer típusú demenciában szenved, nem azt veszi észre, hogy neki már nem mennek úgy a dolgok, mint régen, hanem azt,

hogy a környezete, a lakása, a személyek körülötte furcsák. Minden demenciaprogramnak ezért az érintett hozzátartozókat be kell vonnia a lehetséges segítségnyújtásba. A szociális ellátások igénybevétele önkéntes, és írásbeli kérelem alapján történik. A demenciában szenvedők szociális ellátásának igénybevételénél az önkéntességet tágan kellene értelmezni, és amennyiben lehetséges, kezdeményezni a család bevonását.

A családban a demenciával küzdő személy segítője általában előbb szorul támogatásra, mint maga az idősödő, dementálódó személy. A lehetséges ellátásokról és szolgáltatásokról való információk közvetítése elengedhetetlen, és ebben a civil szervezetekre való támaszkodás (is) szükséges. Szociális információszolgáltatás minden településen kötelező 2005. július elsejétől, így biztosítani kell a demenciához kapcsolódó információk közvetítését és az alapszolgáltatások hozzáférhetőségéről nyújtott tájékoztatást is.

Az alapellátásban a gondozás megkezdése előtt tájékozódni kell az ellátásra igényt tartó személy támogatórendszeréről. Az információgyűjtésben, -rendszerezésben, a szolgáltatások létrehozásában teret kaphatnak az önkéntes kezdeményezések, civil szervezetek, hozzátartozói csoportok és természetesen a szociális szolgáltatók. Jellegzetes problémák kezelésére és speciális szolgáltatások biztosítására is szükséges felkészülni, melyek az alábbiak:

- információközvetítés,
- speciális támogató szolgálat,
- nappali idősellátáson belül is demens-klub, demens-centrum működtetése (az idősek klubjainak, nappali ellátásának működési engedélyében szereplő férőhely 20 százalékáig javasolt a demenciával küzdők számára demens-klubrészleg biztosítása),
- demencia területén képzett esetkezelő-koordinátor,

- az otthoni gondozás segítése, az egészségügyi szolgáltatásokkal való kapcsolattartás,
- hozzátartozók támogatása (esetkezelő -koordinátor feladata),
- hozzátartozóknak nyújtott képzés, szaktanácsadás,
- hozzátartozói csoportok működtetése.

Az otthonukban, különösen egyszemélyes háztartásokban élő embereknél a demenciára utaló jelek észlelése kritikus. A felkutatás tehát fontos feladat, amelyben kiemelt szerepe van az idős ember környezetében a jelzőrendszer tagjainak, különösen az alapellátás biztosításában közreműködőknek. Ha az érintett súlyos állapotban van, az alapellátásban nyújtott segítség már nem elég számára. A korai stádiumban lévők képesek ellátni magukat, ilyenkor tehát inkább a családot kell támogatni, a diagnózis felállítását és annak közlését szorgalmazni, hogy az érintettek minél előbb felkészülhessenek a rájuk váró nehézségekre és feladatokra (rendelkező nyilatkozat, ügygondnok, végrendelet stb.).

## **Az intézményi környezet kialakításának szempontjai**

### ***Alapelvek***

Az intézményi környezet kialakítása során alapvető törekvés, hogy figyelembe vegyük a mentális hanyatlásból adódó nehézségeket, ugyanakkor olyan gondozási környezetet teremtsünk, amely támaszkodik a mentálisan hanyatló idős személy még meglévő, mobilizálható készségeire, és amely alkalmakat kínál e készségek funkcionális megerősítésére, megőrzésére. A demenciában szenvedőnek – mint minden embernek – szüksége van komfortra, kötődésre,

arra, hogy befogadják, hogy legyen elfoglaltsága, én-azonossága. Mindezek figyelembevételével az alábbiak emelhetők ki:

- Törekedni kell a biztonságos környezet kialakítására. Ez a szempont a demensellátásban a figyelem előterében áll, de a biztonságos környezet kialakításán gyakran zárt gondozási részleg kialakítását értik, a közösségi és személyes mozgásterek folyamatos kontrollálhatósága mellett. A biztonságos környezet korszerű megközelítése a közvetlen korlátozás helyett a kockázatcsökkentő környezeti feltételeket és a kockázati viselkedés indirekt alakítását hangsúlyozza. Minden esetben olyan környezetet kell kialakítani, amely a demenciában szenvedő személy szempontjából nem zárt és nem korlátozó.
- Biztosítani kell a közösségi aktivitás színtereit. A mentálisan hanyatló idősök számára kialakított gondozási részlegekben a barátságos, világos közösségi tereknek és a kiscsoportban végzett tevékenységek, szervezett foglalkozások számára alkalmas helyiségeknek ugyanolyan fontossága van, mint az idősökkel folyó munka egyéb terepein.
- Figyelmet kell szentelni az időbeni és térbeli orientációt segítő környezeti megerősítőknél. Ez vonatkozik a jól átlátható belső terek kialakítására, a jól megragadható – eligazodást segítő – kijelzésekre. A színlátás képessége csökken a demenciával, ezért javasolt az élénk, vidám színek alkalmazása. Gyakori probléma, hogy a demenciában szenvedő ember nem tud olvasni, így szerencsésebb az alakzatok használata. A személyközpontú gondoskodás szerint minden egyes személynél egyéni, hogy mi segíti őt a térben és időben való eligazodásban.



- Iparkodni kell olyan ingerkörnyezet kialakításán, amely több érzékszervi csatornán keresztül képes optimális (a negatív stimulusok minimalizálása és a pozitív stimulusok növelése révén) stimulációt biztosítani. Ezzel elkerülhető az, hogy ingerszegény vagy ingerekkel telített környezetben kelljen tartózkodni és/vagy élni.
- Törekedjünk a lehetséges maximális autonómia és cselekvési mozgástér biztosítására. Lehetőséget kell nyújtani a mentálisan hanyatló idős embernek, hogy közvetlen lakókönyezete alakításában képességei szerint részt vehessen, és ebben a körülette élők minél inkább segítsék. Olyan környezetet alakítsunk ki, amely a demenciával küzdő személynek kiszámítható, például a szükséges tárgyak, eszközök jól elérhetők.
- Az intimitás biztosítása kulcskérdés: nyugodt belső terek, zugok kialakításával az egyének lehetősége nyílik a visszahúzóadásra. Fontos, hogy az egyén privát szférája a lakószobán belül is lehetőleg védett legyen. E terek fontos szerepet kapnak a hozzátartozókkal való foglalkozásban és a látogatókkal való zavartalan találkozásokban is.

Nagyon fontos, hogy az ellátásokban megfelelően képzett önkéntesek is végezzenek segítő tevékenységet. Az önkéntesek jelenléte nagymértékben tehermentesíti a szakszemélyzetet, illetve csökkenti a demenciában szenvedőkre és családtagjaira nehezedő terhet. Mindezeket együttlvéve: a környezet alakításánál ügyeljünk az ellátott személy individuális szabadságának megőrzésére, hogy elkerüljük a környezeti tényezők okozta egészségkárosodást.

## *Az észlelési feltételek optimalizálása*

Az intézményi környezet kialakítása során figyelembe kell vennünk az idős emberek érzékszervi működésében bekövetkező változásokat és a mentális romlás nyomán jelentkező észlelési nehézségeket, azok kedvezőtlen – sokszor szorongást, dezorientációt kiváltó – hatásaival együtt. Az észlelési feltételek optimalizálásához a nemzetközi gyakorlatban részletes útmutatókat dolgoztak ki a megvilágítás, az akusztikus ingerkörnyezet, a színdinamikai viszonyok kialakítására vonatkozó irányelvekkel. Az egyes intézményekben ezeknek a feltételeknek a biztosítására az adott viszonyok között célszerű szakemberek (pl. világítástechnikai szakértő) bevonásával belső átalakításokat végezni.

### *Megvilágítási feltételek*

A legfontosabb alapelv, hogy maximálisan törekedni kell természetes fény biztosítására. A természetes fény egészségvédelmi szempontból időseknél különösen fontos, de a biológiai ritmus fenntartásában játszott szerepe révén a mentálisan hanyatló idős emberek számára az orientáció megőrzésében, az agitáltság csökkentésében is jelentős tényező. Optimális megoldásként a biztonságos de szabad mozgástér (kert, belső udvar, átriumos építési forma), a világos, fényt áteresztő belső terek kialakítása kínálkozik. Ahol ez korlátozottan valósítható meg, a természetes fény pótlását napi sétákkal, szabadtéri programokkal lehet kiváltani.

A belső világítás kialakítása során az alábbiakra kell ügyelni:

- A külső-belső fényviszonyok eltéréséből adódó látásadaptációs nehézségek csökkentésére a szabadba vezető kijáratoknál

fokozatosan változó megvilágítási erősséggel „fényzsilipeket” kell létrehozni.

- Az intézményi belső terekben, folyósokon (különösen ott, ahol a természetes fény kevés) a megvilágítás alapszintjét meg kell növelni, és stabil megvilágítási viszonyokat kell biztosítani.
- A fő megvilágítás mellett derítőfényekkel, kiegészítő megvilágítással, az izzók és lámpatestek, valamint a megvilágítási pontok optimális megválasztásával törekedni kell a kedvezőtlen, gyakran szorongást, nyugtalanságot kiváltó, zavartságot fokozó árnyékhatások, fényvisszaverődések kiküszöbölésére. Ennek elősegítésére kerülnünk kell a fényes, tükröződő felületek alkalmazását is (pl. ne legyen fényesített linóleum a folyósokon, és ne legyenek fényezett bútorok).
- Az egyes helyiségek megvilágításánál figyelembe kell venni az adott helyiség szerepét, és differenciált megvilágítási viszonyokat kell kialakítani a funkcióhoz igazítva.
- A megvilágítási feltételek alakításával segíthetjük a tájékozódást, célirányok jelölését, és indirekt módon befolyásolhatjuk a használók mozgásterét.

### *Színek alkalmazása*

A megvilágítási viszonyok, és a színek együttes alkalmazása lehetőséget nyújt a tájékozódási pontok kiemelésére, a biztonságos mozgástér alakítására. A színek kontrasztos kiaknázása ebben igen fontos szerepet játszik (pl. fürdőszobában a vécésze vagy a mosdó kiemelése színekontraszt alkalmazásával). A mozgásbiztonság növelése szempontjából fontos a térhatárok (pl. fal és padló) megerősítése is. Színekkel differenciálhatjuk a

különböző funkciójú helyiségeket, és segíthetjük a térhasználó tájékozódását. Fontos, hogy egy színt egy fogalomkörre alkalmazzunk, például a piros mindig a veszélyekre hívja fel a figyelmet (csúszós kő stb.). Színpszichológiai tényezők figyelembevételével pozitív érzelmi-hangulati hatásokat érhetünk el.

### *Textúrák alkalmazása a tisztántarthatóság elveinek figyelembevételével*

A mentális hanyatlás kapcsán különös jelentőséggel bír a több érzékszervi csatornán keresztül megvalósuló stimuláció. A pozitív taktilis ingerek a szenzoros tapasztalat ősbibb, mélyebb rétegeit érintik meg, és a demenciában különösen fontos érzelmi-mobilizáló erővel bírnak. A lágy, meleg, színes textíliák alkalmazása a lakóterekben és a közösségi helyiségekben kedvező hatású. Ugyanakkor figyelniünk kell arra, hogy az erős mintázatok zavaróak, dezorientációt válthatnak ki (pl. erős, bonyolult mintázatú tapéták).

### *Akusztikus környezet*

A kognitív nehézségek jellemző kísérője az aktivációs szint ingadozása, valamint a fókuszált figyelem megtartásának problémája. A figyelmet elterelő erős zajok, az inger-túlterhelődés jelentősen rontja a kognitív működés hatékonyságát. Ez mentális romlás esetén hangsúlyosan jelentkezik. Törekedniünk kell tehát arra, hogy a külső zajokat szűrjük, csökkentjük. A hangszigetelés javítható zajelnyelő drapériák, szőnyegek alkalmazásával, de ez esetben a balesetveszély csökkentésére fokozottan kell ügyelni.

Az ellátó környezetben működő berendezések (mosógép, szárító stb.) elhelyezésénél figyelembe kell venni a zajtényezőket: e berendezések lehetőleg a lakó- és közösségi helyiségektől távolabbra kerüljenek. Az aktív zajjal járó

foglalkozásokat, közösségi programokat ne a pihenési napszakokra szervezzük. A mentálisan hanyatló idősokkal folyó foglalkozások szervezése során biztosítani kell a figyelemelterelő hangok kiszűrését (háttér tévzés, zenehallgatás ne folyjon a foglalkozás közben). Fontos, hogy a célzott foglalkozások elkülönült, védett közegben szerveződjenek. Ne használjunk központilag vezényelt kihangosító-rendszert (pl. központi zenei műsorszolgáltatást).

## **Személyes szolgáltatás nem bentlakásos intézményben**

### *Általános tervezés, hálózatépítés*

Miután a felkutatáshoz, felismeréshez, diagnózishoz és az ellátási szükségletek felméréséhez megfelelően felkészült szakemberekre van szükség, az igények és lehetőségek szerint kialakítandó „demenciaellátó-központokban” mobil szakértői teameket is szükséges működtetni.

A nemzetközi tapasztalatok alapján az Alzheimer-kóros betegek mintegy 75%-át otthon, a családtagok ápolják, gondozzák: 50% esetében ez a házastárs, 35% esetében a gyermek, 5% esetében a testvér, és további 10% esetében más rokonok vagy ismerősök. A hozzátartozóknak támogatásra, a betegek negyedének-harmadának személyes gondoskodásra van szüksége.

A szolgáltatások eléréséről települési, regionális szintű alapinformáció szükséges. Addig is, amíg kialakul, hogy ki lesz a szociális információszolgáltatásért felelős szakember, a szociális ellátások biztosításáért felelős alpolgármester bíz/bízhat meg valakit ezzel a feladattal. (Ez a személy lehet az ESZI vezetője, vagy más, az idősellátásban dolgozó munkatárs.)

Igen fontos, hogy megtörténjen az érintettek felkutatása. E felkutató programokba bekapcsolódhatnak:

- az informális jelzőrendszer tagjai,
- történhet önkéntesek bevonásával, egyházi vagy civil szervezetek karitatív tevékenysége nyomán,
- végezheti településenként más-más szakember, például a helyi lakosok problémáit ismerő falugondnok.

Lényeges irányelv, hogy települési vagy kistérségi, netán regionális szinten megszervezett ellátó programoknál egy szakemberhez és egy gépjárműhöz maximum 20 kilométeres körzet tartozzon.

Fontos a hálózati kapcsolatok feltérképezése is – mely az egymásra épülő szolgáltatások igénybevételi lehetőségének biztosítása érdekében elengedhetetlen –, alapvetően jelzőrendszer-szinten, hasonlóan a gyermekvédelmi jelzőrendszerhez. A cél egy problémajelző-rendszer működésbe hozása, melynek tagjai a környezetben élők, családtagok, szomszédok, az egészségügyi ellátást biztosítók, családorvos, körzeti nővér, a szociális alapellátás dolgozói, valamint az önkormányzat munkatársai és rendőrök. Távolabbi cél a gondozásba vétel, ill. a gondozásba vételi folyamat előkészítése (pl. a diagnózis felállítása és közlése, rendelkezési nyilatkozat későbbiekre). Ehhez fel kell térképezni a meglévő hálózatokat és a nagyobb méretű vagy befogadóképességű szolgáltatóhelyeket.

### ***Házi segítségnyújtás, étkeztetés***

Az otthonukban élő demens betegek intézményesült segítségnyújtásának jelenlegi lehetőségei meglehetősen behatároltak. A hatályos szociális

jogszabályok alapján csak a házi segítségnyújtás és a nappali ellátás keretében valósítható meg sajátos gondozásuk. Mindezzel együtt, az alapellátásban is biztosítani kell azokat a feladatvállalásokat, melyekkel az otthonukban, egyszemélyes háztartásban élő vagy családi gondozásban részesülő demens személyek ellátása garantálható.

Ennek érdekében szükséges tartjuk olyan szociális szakember jelenlétét a településeken, aki esetkezelő-koordinátorként közreműködik abban, hogy a demenciával küzdő idős ember mindenkor hozzáférjen az állapotának leginkább megfelelő ellátáshoz. Az elsődleges feladat tehát a fellelhető információk összegyűjtése és közvetítése. Ezt településenként akár más-más szociális szakember is felvállalhatja a már kiépült szociális alapszolgáltatási rendszerből: a szociális információszolgáltatást végzők, a támogató szolgálat koordinátora, a személyi segítők, a családsegítő családgondozója, a falugondnok, tanyagondnok, a közösségi pszichiátriai gondozó, a nappali ellátásokban dolgozó szociális gondozók, vagy szociális munkások, akik az előgondozás során különösen sokrétű információhoz jutnak a településeken élőkről.

A betegség kezdeti szakaszában még általában nem jelentenek problémát a mindennapi élettevékenységek (bevásárlás, számlák befizetése, főzés stb.). A betegség előrehaladásával azonban ez megváltozik, a demenciával küzdő ember családi – egyedülálló esetében társadalmi – segítségre szorul.

Amennyiben a család vállalja fel az idős ember ellátását, úgy az esetkezelő-koordinátornak további segítséget kell nyújtania.

Így feladata lesz:

- teljes körű információ nyújtása a betegségről,

- érzelmi támogatás, ventilációs lehetőség biztosítása a hozzátartozók részére,
- informálás az elérhető önsegítő csoportokról,
- praktikus tanácsok közvetítése a gondozást illetően,
- tájékoztatás az alap-, nappali és bentlakásos ellátás rendszeréről, az állapotromlás késleltetésének módjairól, valamint a regenerálódási lehetőségekről.

Amennyiben a családon kívüli segítségnyújtás válik szükségessé, úgy számolnunk kell azzal a körülménnyel, hogy a demencia folyamatának előrehaladtával a beteg elveszíti az ügyei viteléhez szükséges mértékű belátási képességet. Így a „Kérelem és adatlap” benyújtása a házi segítségnyújtás vagy a nappali ellátást nyújtó intézmény igénybevételére, valamint a szükséges gondozási „Megállapodás” megkötése kizárólag a demenciával küzdő idősödő személlyel gyakran nem lehetséges. Ezért a betegség adott szakaszában célszerű mérlegelni, hogy mikor válik szükségessé a rendelkező nyilatkozat készítése, illetve esetlegesen megfontolni a cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság alá helyezés lehetőségét.

A közeli hozzátartozóval hiteles, bizalommal teli kapcsolatot kell kialakítani, segítséget nyújtva annak eldöntésében, hogy az adott ellátás megfelelő és elfogadható-e mind az ellátott, mind az ő számára.

A szakmai tapasztalatok azt igazolják, hogy – bizonyos esetek kivételével – a demenciával betegek otthoni gondozása és ápolása számos előnyt nyújt a kórházakhoz, intézményekhez viszonyítva. A beteg számára a megszokott és begyakorolt mozdulatok, fogások, tevékenységtörédek hosszú ideig fenntarthatnak egy segítséggel kiegészített otthon gondozhatóságot, míg az



idegen környezet, a hospitalizáció vagy a másféle napirend, táplálkozás, a fizikális környezet változása hirtelen dekompenzálódást, progressziót okozhat.

*Az ellátás megszervezése során az egy szociális gondozó által ellátott személyek számának meghatározásakor szükséges figyelembe venni az ellátottak egészségi állapotát, a felmerülő gondozási szükségletek mértékét, valamint azt, hogy létezik-e az ellátásba bevonható támogató háló.*

Otthoni ellátás esetén különös figyelmet kell fordítani a következőkre:

- Mérjük fel, és kövessük nyomon az idős ember életjeleit, testsúlyát, tápláltsági fokát, kiválasztási funkcióit, hidratáltságát és a bőrét.
- Figyeljük meg a demencia tünetegyüttesének alakulását.
- A demens személlyel az állapotának megfelelő módon kommunikáljunk.
- Alakítsuk ki a gondozás napszaki ritmusát. Az egyes tevékenységek mindig ugyanabban az időpontban történjenek (ébredés-fekvés, étkezések időpontjai, kétóránkénti toalett-higiénés program stb.)
- A demens beteget gondozó család életminősége lényegesen romlik. Krónikus fáradtság jelenik meg a 24 órás felügyelet miatt, gyakori a különféle testi és lelki betegségek előfordulása, valamint a frusztráció. Ezért különösen fontos támogató kapcsolat kialakítása a családtagokkal. Tehermentesítsük őket a számukra nehezen kivitelezhető ápolási/gondozási feladatok alól, biztosítsunk ventilációs lehetőséget a különféle emocionális hatások feldolgozása érdekében.
- A baleseti sérülések kockázata miatt törekedjünk a biztonságos lakókörnyezet kialakítására. (Tanácsadással segíthetjük a környezet átalakítását, a veszélycsökkentést.)

- Mérjük fel az ellátott természetes támaszait, mérlegelve azt, hogy kik és milyen mértékben vonhatók be az ellátás folyamatába.
- A demens idős ember szükségleteinek kielégítésénél, a bentlakásos intézményeknél megjelenített ápolási/gonddozási feladatokat vegyük alapul.

Az alapellátás keretében együttműködést kell kialakítani a közeli hozzátartozóval, aki jól ismeri a demenciával küzdő személyt, annak igényeit, és képes szorosán részt venni a bentlakásos intézményi elhelyezés előtt az előgondozásban, annak a döntésnek a meghozatalában, hogy egy adott ellátás megfelelő és elfogadható-e. *Alapvető követelmény, hogy a demens embert ne lehessen minden előkészítés nélkül elhelyezni bentlakásos intézményben!* A bekerülési utakat rögzíteni kell, és a bekerüléshez etikai minimumfeltételeknek kell teljesülniük. Szükség lenne a már korábban elkészített rendelkező nyilatkozat bevezetésére (amelyben ti. az érintett cselekvőképességének és szellemi képességeinek birtokában még bele tud szólni az őt érintő kérdésekbe, majdani gondozásába), ügygondnok kijelölésére, a hozzátartozók, családtagok jogainak biztosítására. (Például ne csak korlátozva, gondoksággal lehessen intézménybe bekerülni.) Demensellátásból az érintett az állapotának megfelelően kerülhet ki, kizárólag az állapotváltozásnak megfelelően jobb ellátást biztosító részlegbe. Szükség esetén ez lehet kórházi ellátás, ha csak más intézményben biztosítható fájdalomcsökkentés, hospice részlegben történő elhelyezés.

## ***Nappali ellátás***

### *Tárgyi – személyi feltételek*

Speciálisan demens betegek ellátását biztosító nappali szolgáltatások nem léteznek napjaink Magyarországon. A területen megjelenő igények azonban szükségessé teszik, hogy a meglévő idősök klubjai nyújtsanak ilyen típusú szolgáltatásokat is. A családban a demenciával küzdő személy segítőtje általában előbb fogalmazza meg a segítség iránti igényét, mint maga az idősödő, dementálódó személy. A nappali ellátási formák igénybevételel javítható a demens betegek funkcióképessége, életminősége, jelentős hatással van szocializáltsági szintjük megtartására, valamint mérsékelhetők az őket gondozók terhei is. A szolgáltatás biztosításához szükséges tárgyi feltételek megegyeznek az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 75.§ (1) bekezdésében megjelenítettekkel. A nappali ellátásban a demensekkel való foglalkozáshoz – attól függően, hogy nagyobb, 20-25 fős egységekről van szó, vagy családi jellegűről -- kisebb településeken, ahol 5-7 fő nappali ellátása is lehetséges, a nappali szolgáltatást nyújtó intézménynek rendelkeznie kell:

- 20m<sup>2</sup> foglalkoztatóval, közösségi térrel, mely *nem* étkező,
- pihenővel,
- 10m<sup>2</sup> gondozói szobával az adminisztráció elvégzéséhez,
- külön vizesblokkal mind az ellátottaknak, mind az ellátóknak személyi tisztálkodásra,
- piperemosóval a személyes ruházat tisztítására,
- ételkiadó tálalóval,
- étkezővel, amely külön helyiség, s közel van az ételkiadóhoz.

Miután a demens idősök ellátása jelenleg nem tiszta profilú intézményekben, hanem a többi szolgáltatáshasználó idős emberrel integráltan történik, a meglévő szakmai létszámok radikális emelésére nincs szükség.

Az ellátás biztosításához ennek megfelelően a következő szakemberekre van szükség:

- nappali ellátás vezetője – klubvezető, 1 fő
- 30 fő ellátottra vetítve, amennyiben az ellátott demens betegek száma nem haladja meg az összes ellátott számának 20%-át, 2 fő szociális gondozó,
- amennyiben meghaladja a demens ellátottak aránya a 20%-ot, a szükséges szociális gondozók száma 3 fő.

A demens betegek ellátása nagy szakmai felkészültséget és speciális ismereteket igényel, amelyeket a szociális gondozók alapképzésük során nem sajátítanak el. Nélkülözhetetlen tehát olyan tanfolyamok, kiegészítő képzések megjelenése, melyek megismertetik a dolgozókat a demens betegek sajátos ápolási/gondozási feladataival még a részleg kialakítása, illetve a demenciával küzdők fogadása előtt.

### *Gondozási feladatok*

Az intézményben alakítsunk ki biztonságos környezetet, az esetleges sérülésveszély elkerülése miatt. Az elkóborlás megelőzése érdekében fokozott figyelmet kell fordítani az ellátottakra, folyamatosan biztosítani kell a demens csoport gondozói felügyeletét. Meg kell szervezni a demens betegek

intézménybe, illetve hazaszállítását. A szükségletek kielégítése a bentlakásos intézményeknél megjelenített szempontok szerint történjen. Az ellátás során törekedjünk az egyéni bánásmódra, valamint az idős ember személyiségének maximális figyelembevételére.

*Fokozott figyelmet kell fordítani az ellátottak meglévő képességeinek megőrzésére, fejlesztésére is. Ennek érdekében feltétlenül tudnunk kell, melyek azok a maradék vagy megkímélt működések, amik alkalmasak lehetnek a deméntálódás ütemének a lassítására, a napi élettevékenység részleteinek gyakorlására és a biztonságos életfeltételek kialakítására.*

Minden ember (különösen a demens idős) életében nagy jelentősége van a szokásoknak, rítusoknak. A foglalkozások során kialakított és jól begyakorolt sztereotípiák segítségével javíthatóvá válik az ellátottak életminősége. A helyes napirend, a változatos tevékenységi formák, foglalkozások segítik az aktivitás megtartását. A hozzátartozókkal való kapcsolattartás, hozzátartozói csoport működtetése rendkívüli fontossággal bír. A családtagokat abban is támogatni kell, hogy továbbra is el tudják fogadni demenciával küzdő idős hozzátartozójukat. Hiszen a szeretett társ vagy szülő fizikai és/vagy mentális állapotának gyengülése, az ezzel a ténnyel való napi megküzdés, együttélés jelentős kihívást jelent az érintetteknek. Az idősek klubjaiban működő hozzátartozói csoportok jelentős segítséget nyújthatnak a résztvevők számára abban, hogy problémáikat olyanokkal beszélhessék meg, akik hozzájuk hasonló helyzetben vannak. A személyes tapasztalatcsere során lehetőség nyílik a mindennapi gondozásban kipróbált praktikus javaslatok, tanácsok átadására, valamint ventilációra is.

### *Előgondozás a nappali ellátás igénybevétele előtt*

Előgondozásra a nappali ellátás igénybevétele előtt is szükség van, s elemei hasonlatosak a tartós bentlakást biztosító intézménybe kerülést megelőző feladatokhoz. A szolgáltatáshasználat igénybevételét szabályozó előírásokon túl az előgondozás keretein belül célszerű informálódni:

- az ellátásra szoruló napirendjéről,
- táplálkozási szokásairól (kedvelt és nem kedvelt ételek köre),
- meglévő képességeiről; milyen önellátási területeken szorul segítségre,
- kedvelt tevékenységeiről,
- alvási szokásairól,
- inkontinenciájának mértékéről, annak ellátási megoldásairól,
- a szedett gyógyszerek köréről,
- esetleges különös szokásairól.

A rendelkezésre álló információk alapján – az ellátásba vételt követően – egyéni gondozási tervet kell készíteni.

Az előgondozás folyamata:

- szakértői team felállítása,
- esetgazda kijelölése,
- ha korábban házi gondozásban részesült, akkor konzultáció a házi segítséget biztosító munkatárssal,
- állapotfelmérés,
- az ellátást igénybe vevő és a hozzátartozók felkészítése,
- az ellátást megvalósító intézményi dolgozók felkészítése.

## **Személyes szolgáltatás (átmeneti és tartós) bentlakásos intézményben**

### ***A demensgondozási egység kialakításának alapelvei***

A demencia lassan és fokozatosan kifejlődő betegség. Az első tüneteknek az emberek gyakran nem tulajdonítanak jelentőséget, a természetes öregedés velejáróinak gondolják. A szakember és az intézményvezetés felelőssége, hogy a már korábban is intézményben élők esetében figyelemmel kísérik az állapotváltozásokat, és ennek megfelelően kezdeményezik a speciális szükségletekre reagáló szolgáltatások elérhetővé tételét, például a korai stádiumban felismert demencia esetében a kognitív tréningek biztosítását, demens gondozási egység kialakítását. A demens gondozási egységben történő elhelyezéshez vagy az abba való áthelyezéshez szakorvosi diagnózis szükséges. A demens idősök ellátása speciális ápolási és gondozási feladatokat jelent, ezek során különösen ügyelni kell a következő alapelvek betartására:

- A demenciával küzdők ellátását holisztikus szemléletben, komplex gondozás keretében kell megvalósítani, a korábban ismertetett személyközpontúság értékrendjének és szemléletének megfelelően.
- Az ápolás és gondozás középpontjában a betegek egyénileg meghatározott szükségletei állnak.
- Gondozásuk elméleti és gyakorlati keretét az adja, hogy törekednünk kell „jól –létük” fokozására, így életminőségük maximalizálására.
- Az idős embert tágabb szociális környezetében (család, közösség, társadalom) elhelyezkedő személyként, egyénként fogadjuk el. A szociális környezete hat (akár pozitívan, akár negatívan) az

egészségére és jólétére, valamint arra, hogyan reagál a járulékos vagy egyéb betegségekre.

- Különleges hangsúlyt kell helyoznünk az egyén tiszteletére és emberi méltóságának megőrzésére.
- Biztosítsuk, hogy állapotától függő mértékben vegyen részt szükségletei kielégítésében. Minden embernek vannak önellátási igényei, és joga van arra, hogy igényeit maga elégítse ki, hacsak állapota ebben nem akadályozza.
- A demens idősök ellátása speciális ismereteket és elkötelezettséget igényel az őket gondozóktól. Fontos, hogy ismerjék a demencia okait, az állapotot előidéző betegségeket, a változatos tüneteket, a szakszerű beavatkozás módszereit. Képesek legyenek a kritikus gondolkodásra, valamint hatékony problémamegoldó képességgel és nagyfokú türelemmel rendelkezzenek. A rutin jellegű ápolás-gondozás helyett szisztematikus ápolást végezzenek. Ennek megvalósításához a gondozóknak is joguk van a megfelelő képzések elérésére. Szükséges a segítők segítése abban, hogy jól-létüket ők maguk is megőrizhessék, és a kiégés elkerülhető legyen.

A mentálisan hanyatló idősökkel való foglalkozás során figyelembe kell venni a személyt magát, és azt, hogyan küzd a betegség tüneteinek változásával, hogyan szeretné a szükségleteit kielégíteni, és mekkora az egyéni teherbíró képessége. Törekedjünk az idősök még meglévő képességeinek megtartására, szokások kialakítására, fejlesztésére és rögzítésére.

A mindennapok során rendkívül fontos a strukturált napirend kialakítása. Ennek megtervezésénél az idős ember személyiségének és egyéni igényeinek a



figyelembevételére törekedjünk. Biztosítsunk olyan tevékenységeket, amelyek megfelelnek a még meglévő képességeinek, és kellő sikerélményt jelentenek a számára. A jó foglalkozás hozzájárul, hogy a nap tevékeny és strukturált legyen. Pozitív érzésekkel tölt el, segít a képességek megőrzésében, a kommunikációban, és a közösségbe integrál. A demenciában szenvedő megismerésének legjobb színtere.

Próbáljuk elérni, hogy a demens idősök is részt vegyenek az intézményi rendezvényeken, programokon. Ezek minden közösség életében nagy jelentőséggel bírnak. A készülődés, az ünnepi hangulat, utóbb az eseményre való emlékezés sok közös élmény forrása lehet, erősíti az összetartozást, segít az egymásra figyelésben, önmaguk megmérettetésében, önbizalmuk fokozásában. Az ilyen alkalmak egy-egy közösségben az „együttes élmény” többletét nyújtják, csak az adott közösségre jellemző apró mozzanatokkal, intimitással. Iparkodjunk azon, hogy az intézményi rendezvények családi hangulatúak legyenek.

Fontosnak tartjuk, hogy a gondozó team tagjai -- szociális munkás, ápoló-gondozó, mentálhigiénés munkatárs, foglalkoztatásszervező, szakorvos, mozgásterapeuta --, illetve az idős emberrel kapcsolatba kerülő ellátó személyzet (takarító, portás) lehetőleg állandóak legyenek (ismerjék őt, a szokásait stb.), valamint hogy a „szabályok” ne változzanak. (Pl. ne fordulhasson elő, hogy az egyik portásnál ki lehet menni az épületből kísérel nélkül, a másikonál meg nem.) Így könnyebb a kommunikáció, a tapasztalatok, megfigyelések átadása, összeszokottabb a munkavégzés, jobban megfelel az ellátottaknak is, akik szeretik és igénylik az állandóságot.

A mentális hanyatlás miatt az idős ember nem képes mérlegelni a környezetében lévő veszélyforrásokat, így nem is tudja elkerülni azokat. Ezért:

- Elengedhetetlen a gondozó személyzet részéről az állandó jelenlét. Mindig legyen gondozó a közösségi terekben, aki szükség esetén segítséget tud adni.
- A fokozott felügyelet biztosítása érdekében a nővérszoba közelében helyezték el azt az ellátottat, akinek járulékos betegsége vagy adott állapota miatt ez szükséges.
- A lakószobák bútorzatának éle lekerekített legyen.
- Akadálymentes környezetet biztosítunk az ellátottak számára.
- Legyen megfelelő éjszakai világítás.
- Az elkóborlás megelőzése érdekében a lakót folyamatosan segítjük abban, hogy a számára biztonságot nyújtó környezetben maradjon. A környezete legyen olyan, hogy ne akarja elhagyni a közösségi tereket. (Például sötét padló rész alkalmazható a lift vagy kijárat ajtó előtt.)
- Könnyítsük meg az épületen belüli tájékozódását piktogramok, színek, megfelelő megvilágítás alkalmazásával. (Miként ezt korábban már írtuk.)
- A környezetet szükség szerint ismételtén mutassuk be. Ismerjük fel a lakó hiányérzetét, ha keres valamit, valakit, segítjük megtalálni. Ha ki akar menni, bolyong, társuljunk hozzá, vegyük fel a ritmusát, a mi nyugalmunk megnyugtatója, és velünk vissza fog térni.
- Kimerültségi szintjét folyamatosan figyeljük, ha látjuk, hogy elfáradt, vegyük észre, mitől az: bizonytalanságtól, izgatottságtól, vagy attól, hogy kríziseseményt él át (emlékeiben vagy a valóságban).
- Kerüljük a kényszerintézkedéseket és a fizikai erőszak alkalmazását.

## *Előgondozás – ellátási alternatívák, információközvetítés*

Az intézményi elhelyezést megelőzően az ellátást igénylőnek célszerű megismerkedni az ellátás általános feltételeivel és az adott intézmény szolgáltatásaival, hogy minél körültekintőbb döntést tudjon hozni. Ennek első lépése általában a telefonos érdeklődés a demenciában szenvedő hozzátartozója részéről. A második lépés az intézmény meglátogatása. Az intézményi szociális szolgáltatás iránt érdeklődő (ellátást igénylő, törvényes képviselő, illetve az abban kompetens hozzátartozó) ezáltal benyomást szerez az intézményi környezetről, több munkatárssal találkozik, és így teljesebb képet kap az intézmény légköréről.

A szolgáltatást vállaló intézménynek is meg kell ismernie az ellátást igénylőt, szükségleteit, igényeit és az intézménnyel kapcsolatos elvárásait. Az intézmény látogatása során fontos a transzparencia mindkét részről. Olyan személynek kell látnia a potenciális intézményt, aki eléggé ismeri a demenciában szenvedőt, így meg tudja ítélni, hogy megfelelő körülményeket és ellátást tud-e az intézmény biztosítani. Az intézményben történő személyes találkozás az intézmény bekerüléseket előkészítő munkacsoportjának is lehetőséget ad arra, hogy időben eldönthesse: lehetséges-e az ellátás felvállalása, felkészültek-e a jelentkező által elvárt feladatokra. Ha igen, folytatódhat az előgondozás a megszokott módszerek szerint. Mindezzel lerövidíthető az elhelyezés igénylése és a bekerülés közötti idő, ami mérsékli a bekerülő bizonytalanságát.

A lakók jó közérzetének biztosításához nélkülözhetetlen, hogy az ellátást igénylők és/vagy hozzátartozójuk az ellátás igénybevétele előtt jól megismerhesse az ellátó intézmény szakmai programját, az ápolási, gondozási feladatok körét, a tárgyi és fizetési feltételeket. Az ellátást igénylők és

hozzátartozóik gyakran tájékozatlanok, sok a megválaszolatlan kérdésük a szolgáltatásokat és az elhelyezést illetően.

Az esetek többségében lelki segítségre is szorul az érdeklődő. A látogatás során ezért jó, ha az érdeklődő nemcsak az intézmény vezetőjével és az ápolásért felelős személlyel, hanem az intézmény mentálhigiénés munkatársával is találkozik. A korrekt tájékoztatással egybekötött, személyes találkozással számos jövőbeni problémát, félreértést ki lehet küszöbölni.

Annak az ellátottnak, aki személyesen már a beköltözése előtt megismerkedett az intézménnyel, kisebb krízissel jár a környezetváltozás. Az első találkozás döntő a jövőbeni jó együttműködés megalapozásában.

### ***Befogadási adaptáció***

A befogadási adaptáció alapja a korábban már leírt előgondozás, valamint az intézmény meglátogatása. Ezekkel az előzményekkel az érintettek jobban fel tudnak készülni az intézménybe költözésre. Jobb lelki állapotban, megnyugodva fogadják a beköltözést. A látogatáskor kialakult kapcsolat az intézménnyel és munkatársaival megkönnyíti az otthonba való beilleszkedést. Azzal, hogy az intézmény nyitottan megmutatja az ellátási lehetőségeket, az ellátottak és hozzátartozóik jobban elfogadják az intézmény által nyújtott lehetőségeket, és a korlátokat is.

A beköltözés előtt kialakított bizalom nagy segítség a költözés napján. Az intézmény vezetője, mentálhigiénés munkatársa és ápolási vezetője meleg fogadtatást biztosít az érkezőnek. Az ápolók, gondozók közül egy személy

külön is gondjaiba veszi a demenciában szenvedő beköltözőt azon a napon. Tisztában kell lenni azzal, hogy a betegségből adódó nehézségek miatt a természetes adaptáció nem, vagy csak részben működik. Az első napon, bár megmutatjuk a beköltözőnek környezetét, tudnunk kell, hogy dezorientáltsága még sokáig fennmaradhat, illetve állandósulhat.

A befogadási adaptáció lehetőleg egy hónapig tartson. Ez azt jelenti, hogy az első hónap minden napján úgy segítjük az ellátottat, mintha aznap költözött volna be.

Az első hónap az átfogó felmérés elkészítésének időszaka. Az egészségi állapot és a kognitív képességek felmérése mellett az étkezési, alvási, öltözködési, testápolási, tevékenykedési szokásokat is rögzítjük. Ez történhet megfigyeléssel, a hozzátartozók, a demenciában szenvedő elmondása alapján. Az átfogó állapotfelmérésen belül érdekeljen bennünket, hogy ki a gondozott, milyen személyiségjegyei vannak, mert mindez segít minket a személyközpontú gondoskodás megvalósításában.

Az első hónap a demenciában szenvedő ellátott számára kritikus az elesések megelőzése szempontjából is. Az ismeretlen környezetben ez gyakrabban előfordulhat, ezért nagyobb odafigyelésre és türelmes segítségnyújtásra van szükség a munkatársak részéről.

### ***Gondozási folyamat tartós bentlakást nyújtó intézményben***

#### *Feltételrendszer*

Az ellátás során célszerű, ha a folyamatok sorrendjénél megvalósul az állandóságra törekvés, az egyes események szabályos időpontokban történnek, egyénileg meghatározott napirend szerint, azonos helyszíneken, és a megszokott jelzések vezeték be azokat.

### *Tárgyi feltételek*

A mentálisan hanyatló idősök számára kialakított demens gondozási egység létrehozása során jól elkülönülő, kis létszámú részleget kell létrehozni maximum 20-25 ágygal.

- A demens gondozási egység személyi és tárgyi feltételeinek e speciális klienscsoport sajátosságaihoz, igényeihez és az ellátási feladatokhoz kell igazodniuk. Optimális esetben e részleg olyan pavilonba kerüljön elhelyezésre, amely szellős, tágas kialakítású, jól átlátható mozgástereket nyújt, és saját, akadálymentes és biztonságos kert kapcsolódik hozzá, van természetes fény, belső udvar, átriumos megoldás. Lehetőleg földszinti elhelyezésű legyen, az emeleti elhelyezés inkább – de nem kizárólag -- intenzív fekvőbeteg-ellátás, terminális gondozás kapcsán merülhet fel.
- A demens gondozási egységen belül – optimális esetben – 2 ágyas lakószobák kialakítására kell törekedni. Minimumfeltételként legfeljebb 4 ágyas szobák kialakítása fogadható el (6-8 négyzetméter/fő).
- A demens gondozási egység kialakítása során a 20-25 fős lakólétszámhoz viszonyítva 10 főre kell egy vizes blokkot biztosítani, amely fürdőszoba. Minimum feltételként legalább két vizes blokknak kell lennie. Új építésű részlegek esetében 10 lakónként szükséges még egy olyan fürdőszoba is, melyet az ellátók kezelnek. Lakószobánként legyen WC és kézmosó, hogy a demenciával küzdők legalább részlegesen megőrizhessék kontinenciájukat, ezzel emberi

méltóságukat. Fontos, hogy a csaptelepek biztonságosan használhatók legyenek, központilag állítható melegvíz-hőfokkal, a leforrázás elkerülése miatt.

- A demens gondozási egységen belül egy nagyobb közösségi teret, a speciális csoportfoglalkozásokhoz egy önálló csoporthelyiséget, valamint teakonyhát, nővérszobát kell biztosítani. Optimális esetben törekedni kell az egyes helyiségek funkcionális elkülönítésére, kerülni kell, hogy egy-egy helyiség többfunkciós legyen. Ha ez mégsem megoldható, tudatosan készüljünk a több funkcióra, a szakmai program erre részletesen ki kell hogy térjen. A nővérszoba mellett szükséges egy betegszoba. Ez betegség esetén használható, de az éjszaka bolyongó, másokat zavaró lakónak is lehet itt elkülönítetten pihenést biztosítani.
- A demens gondozási egység kialakítása során törekedni kell arra, hogy az intézményekben gyakran látható lineáris elrendezés helyett – ahol rendszerint egy hosszú folyosó két oldalán helyezkednek el a lakószobák – 3-4 szobát érintő, közösségi terekkel megbontott kisebb részegységekből felépülő gondozási egységet alakítsunk ki. Ahol ez nem lehetséges, ott a hosszú folyosót színekkel, kijelzésekkel, fali díszítésekkel, pihenőkkel kell tagolni tájékozódási támpontokat nyújtva. A bútorzatnak is az egészségi állapotnak megfelelően választottnak, biztonságosnak és éles felületektől mentesnek kell lennie.

#### *Személyi feltételek 20-25 fő ellátott esetén*

- 1 fő pszichiáter szakorvos, aki legalább heti 4 órát tölt az intézményben,
- 1,5 fő foglalkoztatás szervező,
- 0,5 fő és mentálhigiénés munkatárs,

- 10 fő szociális gondozó-ápoló, rotációs foglalkoztatásban
- 0,25 fő részidős mozgásterapeuta,
- önkéntesek.

Mint többször jeleztük, a demenciával küzdő személyek ellátása speciális ismereteket és elkötelezettséget igényel az őket gondozóktól. Az ellátói team állandósága mellett ügyeljünk a továbbképzésük, konferenciákon való részvételük biztosítására, szakmai képességeik fejlesztésére és a kiégés megelőzésére, szervezett szupervízió biztosítására.

### *Adminisztrációs feladatok*

Az ápolást-gondozást és tartós bentlakást nyújtó intézményben a férőhely elfoglalása a speciális szükségleteknek megfelelő előgondozás után történhet, amelybe az intézmény megismerése – legalább a hozzátartozó által – is beletartozik. A megállapodás csak ennek nyomán köthető meg. A férőhely elfoglalását követi:

- a komplex állapotfelmérés,
- az önellátás mértékének megállapítása,
- a mentális állapotfelmérés/szociális készség szintjének felmérése.

A komplex állapotfelmérésbe beletartozik az ápolási-gondozási szükséglet felmérése is. A gondozási dokumentáció részét képezi az előgondozás és a hozzátartozók információi alapján összeállított szokáslista, az átfogó anamnézis. (Ebbe beletartozik az életút, spiritualitás, személyiségjegyek, étkezési, testápolási szokások, [in]kontinencia, és minden olyan lényeges elem, mely az ellátást igénylő személyiségének jellemzője.)



A gondozási terv minden esetben egyéni gondozási-ápolási terv, és teammunka nyomán készül el.

- Az egészségügy információs rendszerének becsatolása a demensellátás folyamatába elkerülhetetlen.
- Fontos pontosan és szakszerűen vezetni az ápolási/ gondozási dokumentációt.
- Fokozott gondot kell fordítani a gondozási tervben a nem demens lakótársak együttműködési és toleranciaszintjének figyelembevételére, különösen a csoportfoglalkozások keretében. Fogadtassuk el a demens embert a környezetével is. Ugyanakkor vannak ösztönös antipátiák és szimpátiák, ezekre tekintettel kell lenni.
- A feledékenység, zavartság, elkóborlás veszélyeinek elkerülése miatt a tartózkodási hely elhagyásának kontrollálhatóságát a biztonság érdekében szabályzatban is szükséges megoldani. Az ellenőrzésre sokkal megfelelőbb módszer a gondozók folyamatos jelenléte, semmint a tiltások vagy az akadályoztatás. A belülről zárható helyiségeket az idősek tartózkodási helyei közül ki kell iktatni, az ablakok, tükrök veszélyeit meg kell szüntetni, az elektromos berendezések, fűtőtestek veszélyei miatt külön szabályokat kell kialakítani. A tűzriadó szabályai is az ellátottakhoz kell, hogy alkalmazkodjanak.

### *Szükségletkielégítés*

A demens idősekkel való foglalkozás során figyelembe kell venni a tünetek változatosságát, a speciális szükségleteket és az általános egészségi állapotot.

A dementálódó lakók többsége nehezen vagy alig illeszkedik be környezetébe. Nem találnak barátokra, mert nem tudnak kapcsolatba lépni másokkal, számukra a többi ellátott idegen. Úgy vannak ott a közösségi térben, mint egy váróteremben, ahol senkit sem ismernek. Néha fehér köpenyes emberek rohannak el előttük, de nem szólnak semmit, hogy mikor kerülnek sorra. Azonban érzelmi kommunikációra a demenciával küzdők is gyakran képesek, például síró ellátottat egy segítő beállítottágú ellátott vigasztal. Az ellátottak érzelmi segítséget stabilan az ellátást biztosítóktól kapnak. Előfordul, hogy az ellátást biztosítók lépnek a „legjobb barát” szerepébe, nem a bizalmi kapcsolat, hanem kapcsolati kínálat értelmében, ami mindenkor az ellátást igénylő legbiztosabb közvetlen emberi kapcsolatát jelenti. Az alkalmazkodást nehezíti, hogy a demenciában szenvedő sokszor nem érti a közönséges, mindennapi életben alkalmazott verbális és nonverbális jelzéseket. Ilyen esetekben az ellátást nyújtóknak kell megtalálni azt a módot, ahogyan még lehet a demenciában szenvedővel kommunikálni. Kiemelkedő szerepet kapnak a nonverbális jelzések, azok az érintések, melyekről megtapasztaltuk, hogy az ellátott örömmel fogadja azokat.

Az egyéni kapcsolat kialakítása különösen fontos feladat, hiszen így elérhetjük, hogy a demenciában szenvedő védelmet, biztonságot érezzen.

Az interperszonális kapcsolatok elősegítése érdekében a következő szempontokat vegyük figyelembe:

- Lassan, finoman, kellemes hangszínnel beszéljünk, már a megszólításkor is. Használjunk rövid, egyszerű mondatokat, és adjunk elegendő időt a megértésre és a válaszadásra. Kerüljük azonban a gyerekes

beszédmodort. Fontos a következetesség, a pozitív visszajelzés, az egyértelműség.

- Az idősek szabad önkifejezésének, közlési vágyának elősegítése érdekében egyéni és csoportos beszélgetéseket kezdeményezzünk, a lakó még meglévő képességeihez igazodóan. Hagyjunk időt és lehetőséget az érzelmek kifejezésére.

A családi kapcsolatok megtartását is segítsük elő, vegyük fel a kapcsolatot a családtagokkal. Adjunk rendszeres információkat a lakó állapotáról, alakítsunk ki velük együttműködő, támogató kapcsolatot. Motiváljuk a hozzátartozók rendszeres látogatásait. Fogadtassuk el a lakó állapotát a hozzátartozókkal, készítsük fel őket az állapotrosszabbodásra. Biztosítsunk ventilációs lehetőséget a különféle emocionális hatások (stressz, düh, harag) feldolgozására. Ismerjük fel a hozzátartozók helyzetét: lelkiismeret-furdalással küzdenek, harag van bennük, mert nem tudták megoldani az ápolás-gondozást. Gyászuk van, hiszen elveszítették azt, aki még él, de már nem az, aki volt. Biztosítsuk, hogy a család annyira vehessen részt a lakó ellátásában, amennyire csak akar.

A demens idős ember ellátási szükségleteinek leírásánál a mindennapi élettevékenységek körét vettük alapul. E szerint az ellátottat az alábbi tevékenységek elvégzésében kell segíteni, vagy olyan körülményeket teremteni, hogy segítség nélkül elvégezhesse azokat.

- Étkezés: könnyítsük meg az evőeszközök használatát, ha kell, aprítsuk fel az ételt, s folyamatosan figyeljük az elfogyasztott táplálék mennyiségét és a folyadékbevitelt. A demenciával küzdő idős ember elfelejtkezhet az ivásról, néha még az evésről is, ezért folyadékkal többször meg kell kínálni, az inkontinenciával küzdő

időseket is! A táplálékot olyan formában adjuk, ahogy biztonságosan el tudják fogyasztani. A testsúly folyamatos ellenőrzésével monitorozni tudjuk a tápláltsági szintet. A napi háromszori étkezést délelőtt és délután kínált gyümölcssel, keksszel lehet kiegészíteni.

A nyelési nehezítettség problémát okoz, melyre figyelemmel kell lenni étkezésnél, felügyelet nélkül sohasem szabad hagyni az ellátottat.

- Tisztálkodás: amíg lehetséges, törekedjünk az önállóság megőrzésére, illetve, amit a demenciában szenvedő személy még meg tud tenni, engedjük megtennie. Fontos alkalmazni a segítő kommunikációt. Egyértelmű mozdulatokkal, világos mondatokkal csökkenthetjük az esetleges ellenkezést. Kísérjük el az idős embert a fürdőszobába, és magunk is tegyünk tisztálkodásra utaló mozdulatokat, hogy segítsük a demenciában szenvedőt az adott helyzet megértésében. Ha szükséges, közre kell működni a fürdésnél, de itt is ügyelve a szemérmességre, az emberi méltóság megőrzésére. Hívjuk fel a lakó figyelmét a tisztálkodásra. Ellenőrizzük és segítsük ennek folyamatát. Amennyiben állapota azt kívánja, fürdessük meg. Figyeljünk a megfelelő bőrápolásra, a kéz-, láb- és hajápolásra. Tegyük lehetővé a heti kétszeri borotválkozást, illetőleg a havonkénti hajvágást az ellátott számára, ugyanakkor a személyközpontú gondoskodás szellemében legyünk tekintettel az egyéni szokásokra, szükségletekre. Ha valaki naponta szokott borotválkozni, akkor törekedjünk megtartani ezt a napi rutint. Fordítsunk figyelmet a szájápolásra és a műfogsor tisztántartására. A demenciarészlegek szakmai programjaiban célszerű részletesen foglalkozni a szájápolás megoldásával.

- Ürítési szükségletek: ezen a téren is fontos a rendszeresség. Amíg lehetséges, az inkontinencia-betétek alkalmazása helyett szorgalmazzuk a szoba-WC használatát. A WC-nek akadálymentesen megközelíthetőnek kell lennie, kapaszkodókkal felszereltnek, feltűnő jelzésekkel ellátottnak, és bentlakásos intézményekben éjszaka is megvilágítottnak. Szükséges lehet a WC-használatra felhívó, időnkénti figyelmeztetés, egyszerű elkísérés. Az inkontinencia-betétek cseréje időben szabályozottan történjék, intimitást biztosító helyzetben. Kétóránként toalett-higiénés programban vegyen részt az ellátott. A lakó számára biztosítsunk praktikus ruházatot, valamint fordítsunk figyelmet a ruházat tisztítására és a bőrvédelemre.
- Öltözködés: a demens idős által viselt ruhák lehetőleg egyszerűek legyenek, könnyen felvehetőek, mindamellett a saját, megszokott ruhadarabok használatára kell törekedni. A sok gombos, nehezen felvehető darabokat célszerű mellőzni, viszont fontos, hogy a lakók alkalmanként ünnepi ruhát is viselhessenek. Ügyeljünk arra, hogy amennyiben a lakó testsúlyában változás következik be, ruházatának mérete ezt kövesse. Mivel a demens ellátottak nem tudják környezetük hőmérsékletét önállóan befolyásolni, különös gondot kell fordítanunk arra, hogy megvédjük őket a nagy hőmérséklet-ingadozástól, ugyanis az nagyfokú diszkomfort-érzéshez, ezáltal nyugtalansághoz vezet. Külön figyelmet kell fordítani arra, hogy a lakók cipőik kényelmesek legyenek, és biztonságosan lehessen járni bennük (a talpon csúszásgátlók).

- Alvás, pihenés, intimitás: a napközbeni alvás kerülendő, inkább a kontrollált időtartamú, napközbeni pihenés lehetőségét biztosítsuk. Az alvás-ébrenlét ritmusát figyelemmel kísérve az alvászavarokat inkább próbáljuk megelőzni a nappali fizikai tevékenységek fokozásával, lefekvéskor az elalvást elősegítő ingerszegény környezet megteremtésével és a szükséges folyadékmennyiség biztosításával. Amennyiben az ellátott állapota megengedi, napközben csak a csendes pihenő alatt feküdjön, ezzel is előzzük meg a napszaki ritmus megfordulását. Az orvos által előírt altató időbeni adagolása az alvászavar típusa szerint történjen. Altató esetleges alkalmazás előtt azonban fontos a természetes megoldások keresése, a feketekávé elhagyása, „antifront” gyógyhatású szerek alkalmazása. A lefekvéshez kapcsolódó tevékenységek sorrendje állandó legyen, azon ne változtassunk.
- Tevékenységkínálat, aktivizálás, tréningek: a napi tevékenységeknél elengedhetetlen a demens beteg életritmusának megfelelő időstrukturálás. A tevékenységek megszervezése folyamatos napirend szerint történjen a hét minden napján. Az egyéni fejlesztésre, munka jellegű aktivitásokra inkább a délelőtti órák alkalmasak, a gondozási tervekben szereplő módon. A csoportos foglalkozások esetében a létszám 5-7 fő legyen, s a foglalkozásokra kísérje el egy munkatárs az ellátás igénybe vevőjét. A képességeket szinten tartó foglalkozásokat és a speciális tréningeket a gondozási terveknek megfelelően alkalmazzuk. Az önálló hely- és helyzetváltatásra képtelen ellátott mozgásszükségletének kielégítése érdekében – állapotától függően – ágyban mozgást, passzív tornát, kiültetést, felállítást, járatást, aktív tornát végezzünk. A fennjáró lakókat segítsük rendszeresen megfelelő torna, mozgás

végzésében, a fizikai erőnlét megtartása érdekében. Törekedjünk a nagy és a finom motorika fejlesztésére és a koordinációs zavarok kiküszöbölésére az egész test átmozgatásával. A lakó napirendjében szerepeljen séta, szabad levegőre jutás biztosítása.

- **Spiritualitás:** tágabb fogalom, mint a vallásos érdeklődés, ezért minden ellátott spiritualitásának felmérése alapján segítsük őket lelki kiteljesedésükben. Korábbi vallásosságának mélysége függvényében lehetőleg biztosítsuk az ellátottnak ezen szükségletének kielégítését, az intézmény által kínált lehetőségek figyelembe vételével.
- **Társas, szociális szükségletek:** ezek kielégítésének segítésére szükség van, amihez a hozzátartozók informálása és a velük végzett munka is hozzátartozik. Fontos a bevonódás és a részvétel megőrzése az izoláció elkerülése érdekében. A kapcsolatok fenntartásának feltétele a folytonosság, és e téren a támogatás a hozzátartozókra is kiterjedhet. Az én-azonosság és a személy integritásának megőrzése érdekében az ellátásba vétel kezdetétől kezdeményezni kell, és az ellátás során rendszeresen tovább kell folytatni az élettörténet-munkát. A hozzátartozókkal történő beszélgetések és a gondozottakkal való foglalkozások során alkalmazzuk a reminiscencia elvén alapuló módszereket.
- **Fájdalommentesség:** a demens ember közérzetét nagymértékben befolyásolják a testi tünetek, a fájdalom, de az ennek jelzésére való képesség sokszor csökkent, aminek oka a verbalizációs készség és a fájdalom megélésének változása. Ezért fokozottan kell figyelni a nonverbális jelekre, melyek fájdalomra utalhatnak (pl. arthralgiás tartás, mimika megváltozása, addigi verbális és nonverbális kommunikáció beszűkülése), valamint a fájdalomérzést

valószínűsítő egyéb élettani és ápolástani jelekre. Ezek észlelésekor megfelelő fájdalomcsillapítást kell alkalmazni.

### *Tevékenységek, aktivitások*

A demens beteg mindennapjaiban rendkívül fontos a strukturált napirend kialakítása. Ennek megtervezésénél az idős ember személyiségének és egyéni igényeinek a figyelembe vételére törekedjünk. Biztosítsunk olyan tevékenységeket, melyek megfelelnek a beteg még meglévő képességeinek és kellő sikerélményt is jelentenek a számára. (Itt töröltem, mert ismétlődött.)

Segítsük elő a betegek részvételét az intézményi rendezvényeken, programokon. Az ünnepek számukra is fontosak; ne csak a családiasságra törekedjünk, hanem biztosítsunk lehetőséget a családi ünnepek intézményen belüli megrendezésére is, úgy, hogy például egy születésnapon a családtagok is részt vehessenek.

A csoporttevékenységek során fordítsunk figyelmet az emlékezeti működések javítására, a lakók személyiségéhez és érdeklődéséhez igazodó változatos programok kialakításával. A csoportos foglalkozások esetében a létszám ne haladja meg a 10 főt (5-7 fő), s ha szükséges, a foglalkozásokra kísérje el egy munkatárs az ellátás igénybe vevőjét. A csoportmunka tartalma lehet memóriatréning, élettörténet-munka, realitás-orientációs tréning vagy más, a kognitív működést fejlesztő tanulási folyamat. Súlyosabb esetekben inkább megfelelő a folyamatos validáció, vagyis egész egyszerűen a demenciában szenvedő helyzetébe való beleélés, a bizalmi kapcsolat megtartása és az érzelmi támogatás.



A foglalkozások helyszínének, a csoportszobának a kiválasztásakor a következő szempontokat vegyük figyelembe.

- Lehetőleg csendes helyen legyen (a demens betegek figyelme könnyen terelhető), külső zajok ne zavarják a foglalkozásokat.
- Mosdó legyen a közelében, a toalett-higiénés program könnyebb kivitelezhetősége érdekében.
- Kellően tágas legyen ahhoz, hogy mozgásukban akadályozott lakókat is be tudjunk vonni a programba.
- Legyen alkalmas kiscsoportos foglalkozások párhuzamos végzéséhez, vagyis egyszerre két kisebb csoport is tevékenykedhessen a helyiségben.

A felkínált aktivitások minden esetben kerüljék az erőszakoltságot, legyenek élményt és jó érzést adóak. A testmozgásra, levegőn tartózkodásra mindenkinek szüksége van, a mozgásformák kivitelezésénél biztosítsuk az állapotnak megfelelő segítséget a mozgásképesség lehető legtovább való megőrzése érdekében.

A szokásos berendezési tárgyakon túl a következő eszközök szükségesek a napi működéshez: vizuál tábla, faliújságok, néhány tornaszer, kisebb-nagyobb méretű szivacs és gumilabdák, léggömbök. Kellenek még a finom motorika fejlesztésére szolgáló eszközök, anyagok, a festékektől a lekerékített hegyű ollóig, papíroktól a textíliáig. Hasznosak lehetnek a vizuális felismerést elősegítő tárgyak, a nem gyerekes memory-kártyák, a dobókockák is.

A tárgyi és személyi feltételek mellett rendkívül fontos, hogy jó hangulatban, meleg, elfogadó légkörben történjen a lakók aktivitásának a fenntartása a következő szempontok figyelembevételével:

- Állapotfelmérést követően készítsünk egyéni foglalkoztatási tervet, amely a gondozási terv része.
- Az emlékek felidézését kezdeményezhetjük a különböző tréning-módszerekkel, (tematikus folyosók, emlékmunka), valamint különféle gyógyító terápiák (Healing Arts Therapies: tánc, zene, képzőművészet) segítségével.
- Egyéni és csoportfoglalkozások keretében adjunk hangsúlyt az érzékszervi fejlesztésnek, elsősorban a tapintási, hallási, látási, valamint a helyzet- és mozgásérzékelés terén.
- Fordítsunk gondot a nagy és a finom motoros képességek gyakorlására.

### *Ápolás-gondozás*

Komplex tevékenység, amely az ellátást igénylő ember alapvető szükségleteihez igazodó segítségnyújtás. E segítségnyújtás mértékét, formáját, terjedelmét, gyakoriságát minden esetben a demencia súlyosságának foka határozza meg, vagyis az egyéni állapot és az ápolási szükségletek.

Az ápolás-gondozás a demenciával küzdők esetében sem leszűkíthető folyamat, ezért itt fokozottan kell érvényesíteni ennek a komplex tevékenységnek a WHO által javasolt meghatározását. A szükségletek kielégítésén túl előfordulhat, hogy fel kell készülni a demenciával küzdő idős ember egyéb betegségére, életkorfüggő vagy „kórfüggő” testi zavaraira és azok orvosi útmutatás alapján

történő kezelésére. A kórházi beutalást csak akkor kezdeményezzük, ha ez feltétlenül szükséges, és a beteg állapota ezt megkívánja.

### *Monitorozás – fázisos értékelés*

Az állapotváltozás mérésére a Globális Deteriorációs Skála – rövidítve GDS –felhasználásával 6 hónaponként, illetve szükség szerint kerüljön sor. Az intézményvezetőn túl a demens gondozási egység vezetőjének felelőssége, hogy a demens személy állapotának megfelelő ellátást kapjon a szociális szolgáltatások során, illetve, hogy állapotváltozása folyamatosan rögzítésre kerüljön, valamint a csoport/szolgálatvezetők felelőssége, hogy az ön- és közveszélyes magatartásformák kivédésre kerüljenek.

A demensellátás minőségének javítása érdekében fontos, hogy az intézményvezető vagy a demensgondozási egység vezetője az alkalmazott módszereket, azok hatását, eredményét leírja, közreadja annak érdekében, hogy az ellátás folyamatának jó gyakorlatai minél szélesebb körben hozzáférhetővé váljanak, és a minőségi ellátást serkentsék.

**Dr. Kullmann Lajos**

## **Az orvosi rehabilitáció szerepe és kapcsolatai**

### **A fogyatékos emberek egészsége, egészségügyi szükségletei**

#### *Az Egészségügyi Világszervezet fogyatékoság-értelmezése*

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alapszabálya szerint „az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jóllét állapota, nemcsak betegség vagy fogyatékoság hiányából áll.” (Az idézet így pontos, de az Orvosi lexikonban – helytelenül – „jólét” szerepel; v. ö. „bien-être”; Organisation Mondiale de la Santé 1947; Hollán 1969). A WHO korszerű szemléletét jelzi ez az egészségmeghatározás, amelyet az orvostudomány csak évtizedek múlva tudott valódi tartalommal megtölteni.

A WHO egyik fontos feladata az egészségi állapot felmérése és figyelemmel kísérése nemzetközi dimenzióban. Ez azonban csak egységes értelmezés és elnevezések használata mellett valósulhat meg. A nemzetközi osztályozási rendszerek hivatottak az egységes értelmezés támogatására. Az első a Berlemont által az 1800-as évek végén kidolgozott, a haláloki statisztika továbbfejlesztésének eredményeként létrejött „A betegségek nemzetközi osztályozása” (BNO) volt. Jelenleg tizedik verziója van érvényben (BNO-10; Egészségügyi Világszervezet 1995). Ez a betegségek, sérülések és fejlődési rendellenességek mellett – először az osztályozás története során – tartalmazza bizonyos egészséggel kapcsolatos állapotok osztályozását is, így a balesetek okainak, és bizonyos, főleg sebészi tevékenységek következtében kialakult állapotoknak a kódolási szabályait is. Utóbbiak a korábbi verzióknak nem képezték részét.

A WHO 1980-ban kiadta „A károsodások, fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozását” (World Health Organization 1980). Ennek gondolatmenete

egyértelműen a hagyományos orvosi észjáráson alapult, a fogyatékoságot alapvetően az egyén tulajdonságaként, egészségi állapotának eredményeként értelmezte. Másrésztől újszerű volt, amennyiben a biológiai okok mellett a természetes és társadalmi környezeti tényezőknek is jelentőséget tulajdonított, valamint abban, hogy az embert nemcsak mint biológiai lényt vizsgálta (károsodások), hanem személyként (fogyatékoságok) és társadalmi lényként (rokkantság) is.

Bármennyire jelentős előrelépés volt az osztályozás megjelentetése, igen gyorsan kiderültek a korlátai, és heves bírálatokat váltott ki a társadalomtudományok, illetve az érintett emberek szervezetei részéről.

A kritikák erős hatást gyakoroltak az osztályozás továbbfejlesztésére. Hétéves intenzív fejlesztőmunkát követően, 2001-ben készült el az osztályozási rendszer új változata, a „Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO), mely 2004-ben magyarul is megjelent. A fejlesztésben orvosok mellett gyógypedagógusok, pszichológusok, a társadalomtudományok, valamint a fogyatékos emberek nemzetközi szervezeteinek képviselői is részt vettek.

Az FNO-ban is szerepel az ember testi (integritás), személyes (tevékenység) és társadalmi (részvétel) dimenziója, de nem az előzőekhez hasonló negatív megjelöléssel. Funkcióképességnek nevezi az osztályozás a három dimenzióban együttesen a zavarmentesség állapotát. A testi funkciók és struktúrák károsodhatnak, a tevékenység akadályozottá válhat, a társadalom életében való részvétel korlátozottá. Ezeket a zavarokat együtt, gyűjtőnévvel hívja a WHO fogyatékoságnak (WHO 2001; 1. táblázat).

Az FNO szerint a fogyatékoság diagnózistól teljesen független. Példaként: végtaghiányt (strukturális és egyben funkcionális károsodás is) okozhat a taposóakna (baleset), az érszűkület (betegség) vagy az anya thalidomid-szedése a terhesség alatt (fejlődési rendellenesség). A fogyatékoságot az FNO éleltapasztalatként értelmezi,

amely bárkivel, bármikor megtörténhet, mint valamilyen probléma észlelése a funkcióképességben. A fogyatékos tehát nem végzettszerű, visszafordítható lehet.

Az FNO-ban további alapvető változás, hogy megjelennek a személyes, illetve a környezeti tényezők mint a funkcióképességet és a fogyatékoságot befolyásoló összetevők. A személyes tényezőket (pl. életkor, etnikai hovatartozás, képzettség, neveltetés, szokások, élettapasztalatok, megküzdési módszerek) csak felsorolja, részletes osztályozásuk még nem készült el. A környezeti tényezők osztályozása viszont alapvető része a rendszernek. Ezek lehetnek támogatók vagy akadályozók. (A fogyatékos ember jelentős támogatást kaphat családjától, viszont magukra is hagyhatják őket családtagjaik. Az iskolai környezet lehet támogató, ha a pedagógusok attitűdje kedvező, illetve akadályozó ennek hiányában.) Nemcsak a személyes és a környezeti tényezők hatnak a funkcióképességre, hanem ebben a viszonylatban is kölcsönhatás van. Az egyén tevékenykedő képessége, illetve annak akadályozottsága is hat pl. saját egészsége megőrzésének lehetőségeire, tehát visszahat önmagára.

### **1. táblázat**

#### ***A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) vázlatos koncepciója***

<b>A működés szintje</b>	<b>Test</b> (testrészek)	<b>Személy</b> (az egyén mint egész)	<b>Társadalom</b> (élethelyzetek)	<b>Környezeti és személyes tényezők</b>
Jellemzők	Testi funkciók/ testi struktúrák	Az egyéni tevékenységek megvalósítása	Bekapcsolódás élethelyzetekbe	A világ jelenségei és viszonyulásai, a személy tulajdonságai
Pozitív oldal	Integritás	Tevékenység	Részvétel	Támogatók
	<b>Funkcióképesség</b>			

Negatív oldal	Károsodás	Tevékenység akadályozottsága	Részvétel korlátozottsága	Akadályok, hátrányok
	<b>Fogyatékoság</b>			
Minősítő jellemzők	Kiterjedés vagy nagyság, esetleg elhelyezkedés vagy minőség			

További újdonságot jelent, hogy az új osztályozási rendszer nemcsak az észlelt jelenségek kategóriákba sorolására ad lehetőséget, hanem egy ötfokozatú értékelő skálán (ún. minősítők révén) a problémák mértékét is meg lehet jelölni. Hasonló módon értékelhető a skálán az is, hogy a környezeti tényezők mennyire támogatók vagy akadályozók.

Mivel az FNO nemcsak a kategóriákba sorolásra alkalmas, hanem a problémák mértékének a leírására is, lehetővé teszi nemzetközi fogyatékosági statisztikák készítését. Sajnálatos, hogy az országok többségéhez hasonlóan Magyarországon sincs megbízható fogyatékosági statisztika. Ez magában hordozza annak a gondolkodásnak a veszélyét, mely szerint amit nem ismerünk, az nem is létezik, tehát nem kell törődnünk vele. A WHO egyik kinyilvánított célja az FNO kidolgozásával a fogyatékoság nemzetközi szintű feltérképezése. Mindez csak a jövő ígérete.

Az FNO gyakorlati felhasználása nagyon időigényes. Az amúgy is gyakran túlterhelt személyzet könnyen elutasíthatja. Ezért nemzetközi továbbfejlesztő munka kezdődött ún. „állapot-specifikus alapkérdéssorok” kidolgozása céljából. Egy-egy állapotban (pl. „stroke”, derékfájdalom) használható egészen rövid, a nemzetközi adatgyűjtést támogató kategóriacsoportok kidolgozása is folyik az orvosi gyakorlatot támogató fejlesztés mellett (Stucki, 2002).

A WHO szemléletének formálódását jelzi továbbá, hogy foglalkozik az emberek szubjektíven megélt egészség- és életminőség-érzésével is. A fogyatékos emberek egészségi állapotának és egészségügyi szükségleteinek feltárása során az életminőségre is figyelemmel kell lennünk. A WHO életminőség-definíciója a következőképpen hangzik: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát” (WHO 1997).

A fenti definíciónak megfelelően fejlesztette ki a WHO saját életminőség-felmérő módszerét, amelynek vizsgált tárgykörei a fizikai (pl. fájdalom, fáradékonyság) és a lelki egészség (pl. emlékezőképesség, önbecsülés, szorongás) érzése, a függetlenség szintje (pl. megbirkózás a mindennapos élet tevékenységeivel, munkaképesség), a társas kapcsolatok (pl. támogatottság, szexuális kapcsolatok), a környezettel kapcsolatos érzések (pl. védettség, támogató szolgáltatások minősége, információkhoz jutás, közlekedés), valamint a lelkeség.

### ***A fogyatékoság felmérése, becslések***

Megállapíthatjuk tehát, hogy a fogyatékoság, illetve a fogyatékos emberek különböző szükségletei vizsgálhatók, felmérhetők. Az FNO nemcsak az egészségügyi, hanem az akadályozó környezeti tényezők vizsgálatán keresztül más, így oktatási, foglalkoztatási vagy szociális támogatási szükségletének felmérésére is alkalmas lenne. Újdonsága miatt azonban nemcsak hazai adatokkal nem rendelkezünk, FNO alapú megbízható külföldi vizsgálati eredményekről sincs tudomásunk. Így a szükségletfelmérés helyett csak becsléseket végezhetünk. A becslésekhez rendelkezésre álló adatainkat más célból gyűjtötték, ezért következtetés levonására csak igen körültekintően használhatók fel.



Siró Béla és munkatársai a GYÓGYINFOK (Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központja), illetve az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) adatait használták fel a rehabilitációs szükségletek becslésére (Siró 2000; 2. és 3. táblázat).

A GYÓGYINFOK-adatok a kórházakban akut megbetegedésekkel felvett egyének számát mutatják. Közülük sokan meggyógyulnak, bizonyos százalékban pedig – különböző állapotokban eltérő arányban – valószínűleg meghalnak. Őket tehát nem kell rehabilitálni. A táblázatok valamennyi kórházi felvétel adatait tartalmazzák. Tekintettel arra, hogy egy-egy ember azonos betegség miatt többször is kórházba kerülhet, és kerül is, az adatok a rehabilitációs szükségletek további túlbecslésére adnak lehetőséget. Nem hallgathatjuk el a kódolási anomáliákat sem. Mivel a GYÓGYINFOK adatai képezik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az ellátásért a kórház részére fizetett térítési átalánydíjnak az alapját, egyes intézmények érdekeltek lehetnek abban, hogy a nagyobb térítési díjat eredményező súlyosabb diagnózist tüntessék fel a kezelést indokoló diagnózisként. Előfordulhat tehát, hogy valakit ismételten már nem a táblázatban feltüntetett betegség, esetleg nem is annak szövődménye miatt kezelnek ismételten kórházban, hanem jóval enyhébb és „olcsóbb” betegség miatt, mégis ezt a diagnózist szerepeltetik.

## **2. táblázat**

***Kiemelt betegcsoportokban 1998-ban Magyarországon kórházi kezelésben részesültek száma a GYÓGYINFOK adatai alapján***

<b>Betegcsoportok</b>	<b>&gt; 18 év</b>	<b>≤ 18 év</b>
Idegrendszeri megbetegedések*	184 688	1 987
Reumatológiai megbetegedések	322 211	1 962
Ortopédiai megbetegedések	15 438	5 417
Balesetek	35 754	4 060
Az idegrendszer baleseti sérülései	8 318	1 241
Roszcindulatú daganatos és vérképzőrendszeri megbetegedések	131 845	1 589

Szív- és érbetegségek	214 834	134
Idült tüdőbetegségek	187 648	25 041
Húgy-ivarszervi megbetegedések	39 578	2 193
Szülési sérülések, fejlődési rendellenességek **	3 306	16 105
* ebből agyi vérkeringési zavar 160 373 eset		
** a VRONY felé 1998-ban összesen 2588 esetet jelentettek, közülük 252 fő meghalt.		

A fentieket jól illusztrálja, hogy Siró adatai szerint a 2. táblázatban a neurológiai megbetegedések közül több mint 160 ezer volt az agyi vérkeringési zavar miatti kórházi felvétel. Az érintettek potenciálisan rehabilitációra szorulnak. Ezzel szemben korábbi becsléseink szerint Magyarországon évente 40 ezer embert ér agyvérzés -embólia (Nagy Z. 1994). A spontán gyógyulás, illetve a magas halálozás miatt közülük – ugyancsak becslések alapján – mintegy 12 ezer ember részére szükséges rehabilitációt biztosítani.

A 2. táblázat adatai alapján feltűnik a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY) felé jelentett esetek, illetve a kórházi kezelésben részesülők száma közötti jelentős különbség is.

A pszichiátriai betegség miatt kezelésben részesülő betegek adatait az OPNI Informatikai Osztályának ugyancsak 1998-as adatai alapján, de eltérő korcsoportok szerinti bontásban mutatja be a 3. táblázat.

### **3. táblázat**

***Kiemelt pszichiátriai betegcsoportokban 1998-ban Magyarországon kórházi kezelésben részesültek száma az OPNI adatai alapján***

<b>Betegségcsoport</b>	<b>≤ 65 év</b>	<b>&gt; 65 év</b>
Alkoholfüggőség és pszichés zavarok	46 346	2 518
Egyéb drogfüggőség és pszichés zavarok	3 723	114

Szkizofrénia és paranoid zavarok	30 775	6 099
Affektív zavarok	22 787	6 257
Demenciák	766	3 254
Mentális retardáció	6 022	259

Ezek és hasonló adatok nem is jelezhetik pontosan a rehabilitációs szükségleteket, hiszen diagnózisokon vagy orvosi szakmákhoz tartozáson alapulnak. Amint azt az FNO ismertetése során beláthattuk, a fogyatékoság nem függ a diagnózistól. Mindenképpen szükséges tehát a fogyatékoságok felmérése is.

Az 1990-es évek közepén négyezer fős mintán vizsgáltuk Budapest VIII. kerületében az otthonukban élő, 60 év feletti életkorú lakosok fogyatékoságait a WHO lakóközösségi rehabilitációs szolgálatok céljából kidolgozott kérdőívével. (Kullmann és mtsai, 1998). A teljes minta 15,7%-ának volt fogyatékosága. A tíz éves korcsoportokban a fogyatékos idős emberek aránya jelentősen emelkedett, 60 és 70 év között 8,6%-nak, 90 felett 46,3%-nak voltak fogyatékoságai. Az életkorral párhuzamosan növekedett az egy-egy emberre jutó fogyatékoságok száma is. Nők körében több, férfiak esetében inkább súlyosabb fogyatékoságokat találtunk. A mobilitással kapcsolatos problémák jóval gyakoribbak voltak, mint az önellátás akadályozottsága (4. táblázat).

#### **4. táblázat**

***Kiválasztott tevékenységek akadályozottsága, a súlyosság foka és nemek szerinti bontásban 60 év fölötti Budapesti lakosokban, százalékban kifejezve***

Vizsgált tevékenység	Férfiak (1485 fő)			Nők (2599 fő)			Együtt (4084 fő)		
	fogyatékoság								
	nincs	enyhe	súlyos	nincs	enyhe	súlyos	nincs	enyhe	súlyos
Étkezés	97,8	1,7	0,5	97,8	1,8	0,4	97,8	1,8	0,4

Tisztálkodás	94,0	4,9	1,1	92,6	6,2	1,2	93,1	5,7	1,2
WC használat	96,7	2,5	0,8	96,1	3,0	0,9	96,3	2,9	0,8
Lakáson belüli mozgás	96,2	2,9	0,9	95,6	3,7	0,7	95,8	3,4	0,8
Lakáson kívüli mozgás	89,3	6,7	4,0	82,3	12,7	5,0	84,9	10,4	4,7
Lépcsőn járás	87,1	7,8	5,1	79,6	13,4	7,0	82,3	11,4	6,3

A társadalmi életben való részvételre nemcsak a fogyatékosok, hanem a vizsgált egyének neme és társadalmi szokásai is hatottak. Férfiak részvétele az otthonon kívüli tevékenységekben jóval aktívabb volt.

A gyermekkori fogyatékosok vonatkozásában az egyik legjobb forrásmunka kétségtelenül még mindig a „Budapest-vizsgálat” című munka (Czeizel és mtsai 1978). A vizsgálat a gyógypedagógiai intézményhálózatban nevelt gyermekekre terjedt ki. A mintát a következő adatok jellemzik. A vizsgálat idején a gyermekek 2,9%-a értelmi fogyatékos, 0,21 %-a pedig testi, hallási vagy látási fogyatékos miatt tanult gyógypedagógiai intézetben. (Itt is követjük a hivatkozott irodalomban használt terminológiát.) A megyei megoszlási adatok nagy különbséget mutatnak. Győr-Sopron megye 1,37%-os arányával szemben Bács-Kiskun megyében a tanulók 4,55%-a került értelmi fogyatékosok gyógypedagógiai iskolájába. Érdekesek a tanulmány elkészítése előtti utolsó 20 év gyógypedagógiai kapacitásának adatai is. Az ilyen intézményekbe a beiskolázási arány értelmi fogyatékos gyermekek esetében 0,66%-ról, az egyéb fogyatékosok esetében 0,13%-ról emelkedett a fenti magasabb értékekre. Látható tehát, hogy a gyógypedagógiai beiskolázás a kínálattól is jelentős mértékben függött. Ugyanakkor egyéb, társadalmi tényezők is hatnak rá, hiszen pl. a cigány gyermekek aránya a kisegítő iskolákban 10,5%, az intézetekben 12,2% volt – szemben az általános iskolákban tapasztalható 2--6%-os előfordulással.

A vizsgálat az értelmi fogyatékos gyermekek egyéb egészségi problémáit tárta fel, orvosi diagnózisok alapján. Belgyógyászati betegségek 17,38%-ban fordultak elő. Közöttük a gyakori rehabilitációs szükségletet kiváltó veleszületett és szerzett szívfejlődési rendellenességek összesen 2,64%-ban fordultak elő. Az ideggyógyászati betegségek gyakoribbak: 46,55%, amelyek között a magatartászavarok (11,51%), a súlyos neurológiai betegségek (10,92%) és az epilepszia (8,05%) vezetnek. Rehabilitáció mindegyikben szükséges lehet, de csak a súlyosabb esetekben. Az ortopédiai betegségek a vizsgált gyermekek több mint felét érintik. Ezek közül rehabilitációt indokolhatnak a „Little-kór” (5,13%), a gerincvelő fejlődési zavara, 0,29%, valamint a csípőficam, a gerincferdülés és a végtagfejlődési rendellenességek – részesedésük egyenként 1% alatti – súlyosabb esetei. A 26,32%-ban előforduló szemészeti betegségek jórészt szemüveggel kezelhetők. A kancsalság és a rövidlátás vezet. A fül-orr-gégészeti betegségek aránya nagyobb, 31,79%. Sok betegség azonban gyógyítható. A hallászavarok 85,84%-os előfordulási aránya igen magas. A középfokúnál súlyosabb hallászavarban szenvedő gyermekek aránya is jelentős, 27,92%, közöttük leggyakoribbak az idegi eredetű károsodások, de a vezetékes eredetűek is 10% fölött fordulnak elő. Rehabilitációs szükségleteiket pontosan nem ismerjük.

Az idézett számadatokból nem tudjuk meg, hogy a gyermekek milyen arányban halmozottan károsodottak, hiszen egy-egy gyermeknek többféle károsodása is lehet. Így viszont a károsodástól mentesek aránya valószínűleg magasabb a megadott értékeknél. A több mint 25 éves adatokat nem tudjuk összehasonlítani újabbakkal, mert azokat más szempontok szerint gyűjtötték, illetve hasonlóan széleskörű adatgyűjtés nem történt.

Halász és Lannert (2000) az ÁNTSz iskolaorvosi vizsgálatainak adatait közli az 5--17 évesek között előforduló betegségekről és egyes rizikótényezők előfordulásáról. Sajnos ezekből sem lehet a rehabilitáció szükségleteire következtetni. Az adatok elsősorban könnyen felfedezhető és kezelhető állapotokra korlátozódnak, így pl. lúdtalpra,

szemüveg viselésére, illetve olyan gyűjtőfogalmakra – pl. mozgásszervi betegségek –, amelyek sajnálatos módon a szükségletek meghatározására alkalmatlanok. Figyelemre méltóak viszont a deviancia különböző formáinak, ezen belül a drogfogyasztás gyorsan növekvő előfordulására, valamint szülői viselkedésforma és a szociális helyzet ezeket befolyásoló szerepére vonatkozó adataik.

Göllesz (1984) bemutatta, hogy a gyógypedagógiai intézmények iskola-egészségügyi ellátásában különböző szakorvosok milyen gyakorisággal vesznek részt konziliáriusi minőségben. Első helyen az ideg- elmeorvosok állnak, akiket a fül-, orr-, gége- és szemorvosok, a gyermekgyógyászok, bőrgyógyászok, szemészek stb. követnek. Ezekből az adatokból is csak indirekt következtetések vonhatók le.

Más munkákban egyes károsodási csoportok előfordulási gyakoriságáról találhatunk adatokat. Az adatok, becslések értéke, megbízhatósága különböző. Bár ezek közelebb vihetnek a szükségletek felismeréséhez, meg kell jegyezni, hogy sem a súlyossági fokozatra, sem a konkrét rehabilitációs és/vagy különtámogatási szükségletre nem terjednek ki. Így pl. az infantilis cerebralis paresis előfordulási gyakorisága becslés szerint 2-4‰ (Fekete 2000). Balázs (2000) ugyancsak külföldi becslések alapján 10--25 tízezrekre teszi az autista csoportba tartozók lakosságon belüli arányát, ezen belül a nukleáris csoportét 4 tízezrekre. Az epilepszia előfordulása Halász (1999) szerint 0,5--1,0% között van. Azt nem tudjuk, körükben milyen arányban fordulnak elő rehabilitációs szükségletek.

A mozgásukban károsodott személyek rehabilitációs szükségleteiről hasznos adatokat találhatunk a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ 1996) felmérésében. Két egymást követő évben 6120, illetve 1330 fő bevonásával, kérdőíves módszerrel végeztek felmérést. A válaszoló fiatalok a továbbtanulásukat korlátozó tényezők között meglepő módon leggyakrabban azt említették, hogy nem szerettek tanulni, illetve nem kaptak elegendő szülői támogatást. Mozgáskorlátozottságukat és azt, hogy nem tudtak eljutni az iskolába, csak kevesebben

jelzték. Ezek az adatok ismét felhívják a figyelmet az egyéni és a környezeti tényezők fontosságára.

A leggyakrabban használt segédeszközök a bot, mankó, járókeret és az ortopéd cipők, ortézisek, protézisek. A lakáson belül a kapaszkodók, tusolószek, szobai WC és a különböző kerekesszékek fordulnak elő. A manipulációt segítő eszközök használatára alig mutatkozik igény. Személyi segítséget a felmérésben résztvevők napi 1-2 órában vesznek igénybe, leginkább hely-, helyzetváltoztatás, valamint háztartási munka és szabadidős tevékenységek céljából. Egészségügyi szolgáltatásokat sokan rendszeresen vesznek igénybe. A passzív eljárások (gyógyfürdő, fizioterápia) kedveltek elsősorban, az aktív eljárásoké (gyógytorna különböző formái) a kívánatosnál kevésbé. A rendszeresen tornázók aránya alig 32%.

A WHO korábbi becslései szerint minden ország lakosságában mintegy 10% körül várható fogyatékoság (WHO 1976). Később, a lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatások szervezése során azt tapasztalták, hogy egészségügyi rehabilitációs szolgáltatásra sehol nem volt a lakosság ilyen arányában szükség (Periquet 1984). A két tény természetesen nincs ellentmondásban egymással. A beszédzavarban szenvedő gyermekek jelentős része pedagógiai, pontosabban logopédiai támogatást igényel. A fogyatékos egyének becsült összes számában, illetve arányában benne foglaltatnak. Rehabilitációs szolgáltatásokra szükségük van. Egészségügyi rehabilitációs szolgáltatásra azonban csak elenyésző kisebbségüknek van szüksége. A problémák zöme olyan funkcionális jellegű, amely kizárólag az említett pedagógiai tevékenységgel jól kezelhető.

Kiemeljük, hazai adatok is alátámasztják, hogy a rehabilitáció iránti szükséglet fokozza a többszörösen hátrányos helyzetet, így pl. a kisebbséghez – Magyarországon különösen a cigánysághoz – tartozás, a kistelepülésen élés és a kedvezőtlen családi környezet (Forray 1998; Illyés és Bass 1986; Tót 1997). A legújabb amerikai kutatások is megerősítik, hogy ez a helyzet nem változott (Artiles 2006).

A pusztán orvosi adatokon alapuló becslésekkel további problémák adódnak. A fogyatékosági adatok híján nem alkalmasak a rehabilitációs szükségletek pontosabb meghatározására sem. Csupán ezek alapján nem lehet meghatározni, hogy milyen összetételű rehabilitációs team szükséges, milyen munkaintenzitást fog követelni az ellátás, vagy hol, intézetben vagy közösségben történhet-e ideálisan a rehabilitációs szükségletek kielégítése. Az utóbbi szempont eldöntését egyébként olyan további tényezők is befolyásolják, mint pl. az infrastruktúra fejlettsége vagy a kulturális hagyományok.



## **A fogyatékos emberek jelenlegi hazai egészségügyi ellátása, előnyei, korlátai**

### ***Hozzáférés a rehabilitációs egészségügyi ellátáshoz***

Az előző fejezetben bemutattuk, hogy a hazai egészségügyi adatszolgáltatás (és hasonlóképpen általában a külföldi is) a rehabilitációs szükségletek felmérésére nem alkalmas. Nem sokkal jobb a helyzet a pedagógiai rehabilitáció területén sem. Pedig ez a rehabilitáció azon két területe, ahol még leginkább rendelkezünk hazai adatokkal.

Most megvizsgáljuk, mi a helyzet a szolgáltatásokkal kapcsolatban. Milyen rehabilitációs területeken, mely diagnosztikai főcsoportokban milyen számban részesülnek rehabilitációs ellátásban az emberek. A bemutatott adatok az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretében az Országos Orvosi rehabilitációs Intézet (OORI) felé – elvben kötelezően, de gyakorlatilag soha sem teljes körűen, de azt megközelítő mértékben – szolgáltatott adatok feldolgozásának eredményei, illetve az OPNI hasonló adatai (Kertész 2000).

### **5. táblázat**

***Mozgásszervi rehabilitációs osztályokon rehabilitált személyek száma fő betegcsoportok szerint 2004-ben, az OORI adatai alapján***

<b>Betegségcsoport</b>	<b>Vidéken</b>	<b>Budapesten</b>
Agyi érbetegségek	9 287	1 651
Perifériás (végtagi) érbetegségek	3 178	1 628
Baleseti sérültek	5 214	1 882
Reumás megbetegedések	21 145	3 502
Egyéb	10 658	2 018

Az 5. táblázatból két dolog azonnal feltűnik. Az első, hogy lényegesen kevesebben kaptak rehabilitációs szolgáltatásokat, mint az a korábbi táblázatokban – ahogyan arra

utaltunk is – az adatgyűjtés természetéből következően erősen túlméretezett becslések alapján elvárható lenne. A másik feltűnő jelenség, hogy a vidék – Budapest megoszlás adatai nem tükrözik a vidék, illetve Budapest közötti kb. 4:1 lakossági arányt, legalább is nem minden bemutatott területen. Ez utóbbi jelenség magyarázatára a későbbiekben visszatérünk.

Nem változik lényegesen a helyzetkép akkor sem, ha a belgyógyászati rehabilitációs adatokat is hozzáadjuk az előzőekhez (6. táblázat). Belgyógyászati rehabilitációs osztályokon is sok mozgássérült ember kap ellátást. Sőt, pszichiátriai betegségekkel is kerülnek, főként idős emberek belgyógyászati rehabilitációs osztályokra. Kézenfekvő a további következtetés, nem tisztított profilokkal dolgoznak a különböző rehabilitációs osztályokon. A belgyógyászati rehabilitációs osztályokon ellátottak több mint fele mozgásszervi vagy pszichiátriai állapot miatt kapott ellátást, az egyéb csoportban lévő belgyógyászati állapotok vannak kisebbségben.

#### **6. táblázat**

***Belgyógyászati rehabilitációs osztályokon rehabilitált személyek száma fő betegségcsoportok szerint 2004-ben, az OORI adatai alapján***

<b>Betegségcsoport</b>	<b>Vidéken</b>	<b>Budapesten</b>
Agyi érbetegségek	252	1810
Perifériás (végtagi) érbetegségek	148	447
Baleseti sérültek	56	569
Reumás megbetegedések	248	1274
Pszichiátriai megbetegedések	104	658
Egyéb	3432	3646

A pszichiátriai rehabilitációs osztályokon ellátottak száma sem közelíti meg az általában hasonló ok miatti kórházi ellátási esetszámokat (7. táblázat). Az is feltűnő, hogy a különösen nagy kórházi ellátási esetszámú állapotokban (alkohol- és

drogfüggőség, szkizofrénia és paranoid állapotok) a rehabilitációs esetszámok nem különböznek lényegesen a többi csoport ellátási esetszámaitól. Ezt pusztán szakmai okokkal nehéz lenne megmagyarázni.

Az ellátás, a rehabilitációs szolgáltatások elérésének további egyenlőtlenségeire mutathatunk rá a kínálati oldal, vagyis a rehabilitációs ágyszámok megyénkénti megoszlásának bemutatásával (1. ábra). Az ábrán a mozgásszervi rehabilitációs ágyak megoszlását mutatjuk be, de hasonló vagy még egyenlőtlenebb a kapacitás megoszlás jelenlegi helyzete más szakmai területeken is, így különösen a kardiológiai rehabilitációban, ahol a kapacitás döntő része két állami intézetben, Balatonfüreden és Sopronban létesült.

#### **7. táblázat**

***Pszichiátriai rehabilitációs osztályokon rehabilitált személyek száma fő  
betegségcsoportok szerint 1999-ben, az OPNI adatai alapján***

<b>Betegségcsoport</b>	<b>Ellátottak</b>
Alkohol- és drogfüggőség, pszichózisok	4864
Szkizofrénia, paranoid állapotok	4522
Affektív zavarok	4469
Demenciák	3233
Mentális retardáció	511
Neurotikus és más viselkedési zavarok	3265
Egyéb	4027

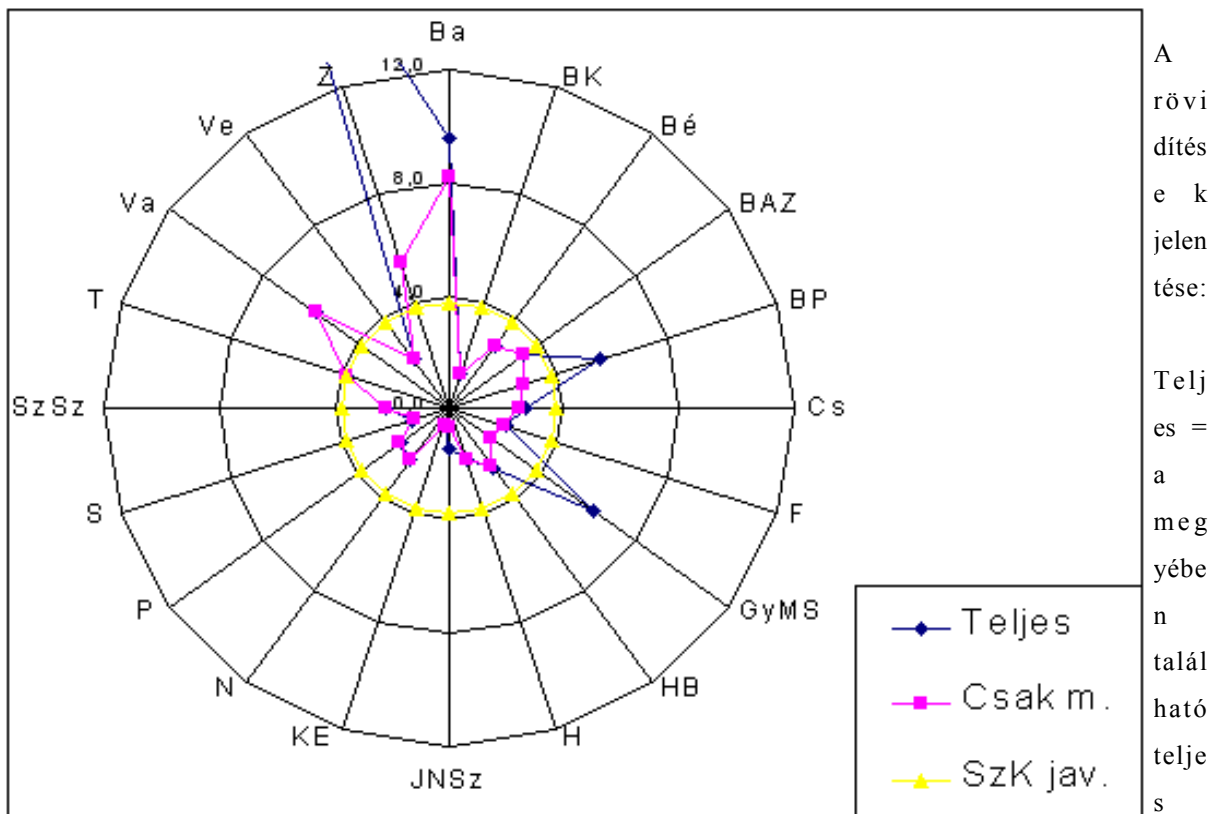
Mozgásszervi rehabilitációs ágyakban ott van elsősorban többlet, ahol állami szanatóriumok (Harkány, Hévíz, Sopron-Balf) váltak rehabilitációs intézetekké, beleértve a más tárcákhoz, pl. honvédséghez, államvasúthoz tartozó intézményeket is, illetve ahol országos intézetek létesültek (Budapest: OORI, ORFI). Ezek az intézetek magas arányban vesznek fel „területen kívüli” betegeket. Az OORI éves forgalmának

60%-át immár több mint egy évtizede Budapesten kívüli, az ország összes megyéjéből származó mozgáskárosodott emberek képezik. Néhány megyében azonban a megyei mozgásszervi rehabilitációs ágyak száma is meghaladja a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által kívánatosként megjelölt kapacitást. Érdekes, hogy ezek egy része is a hagyományos gyógyfürdőhelyeken (Harkány, Hévíz) létesült.

Ha ezen intézeteknek a betegségcsoportok szerinti összetételét is megvizsgáljuk, azt találjuk, hogy feltűnően magas, esetenként 90% fölötti arányban reumás mozgásszervi megbetegedésben szenvedőket látnak el. Az ellátások jó része ismételt, évenkénti kezelést jelent. Ezt inkább karbantartó kezelésnek kellene neveznünk, nem pedig rehabilitációnak. Jelentősége nem lebecsülendő, fontos szekunder preventációs feladat. A rehabilitációtól azonban más feltételrendszere (teamösszetétel, munkaintenzitás, stb.) és a valós helyzetkép megítélése érdekében is elkülönítendő.

### ***1. ábra***

***A 10 ezer főre jutó mozgásszervi rehabilitációs ágyak megyénkénti megoszlása 2002-ben az OORI adatai alapján (Zala megye 20,2‰ ágyaránya jóval a grafikonon kívülre esik, a kisebb ágyszámok jobb bemutatthatósága érdekében.)***



ágyszám;

Csak m. = a megyében, önkormányzati tulajdonban lévő ágyak száma;

SzK jav. = a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által javasolt ágyszám.

Végül az is feltűnő az ábrán, hogy a megyék nagyobb részében a mozgásszervi rehabilitációs ágyak száma meg sem közelíti a Rehabilitációs Szakmai Kollégium javaslatát. A következő fejezetben visszatérünk arra, hogy az itt bemutatott egyenlőtlenségek (hiányok, illetve „feleslegek”) mennyiben károsak, vagy éppen kedvezőek az ellátottak, az ellátásszervezés, illetve – az erőforrások korlátozott rendelkezésre állása mellett – a hatékony finanszírozás szempontjából.

A kórházi rehabilitációs kapacitás az évek folyamán több irányban változott (8. táblázat). Ezeknek a változásoknak szakmai magyarázatát nem mindig tudjuk adni. Valószínű, hogy jelentős hatással voltak a finanszírozási szabályok gyakori változásai,

valamint egészségpolitikai változások. (1999-ben például 2901 rehabilitációs ágy szakmai profilját nem specifikálták.)

### **8. táblázat**

*A különböző profilú rehabilitációs ágyak számának változása kiválasztott évek közötti összehasonlításban, OEP-adatok alapján*

<b>Év</b>	<b>Mozgásszervi</b>	<b>Kardiológiai</b>	<b>Pszichiátriai</b>	<b>Belgyógyászati</b>	<b>Egyéb</b>	<b>Összes</b>
<b>1994</b>	1175	565	1181	324	1584	<b>4 829</b>
<b>1995</b>	2803	1149	2772	2203	290	<b>9 217</b>
<b>1999</b>	1585	1066	3621	1068	3453	<b>10 793</b>
<b>2001</b>	3793	1136	4970	1262	817	<b>11 978</b>
<b>2004</b>	4100	1175	4902	1300	900	<b>12 377</b>

### *Az ellátás minőségi jellemzői*

Az eddigiekben a rehabilitációs fekvőbeteg-ellátás mennyiségi problémáival foglalkoztunk. A következőkben bemutatunk néhány ugyancsak közölt adatból átvett, illetve származtatott minőségi indikátort. A szakemberek arányszámai az ellátó struktúrát, az átlagos ápolási idők és halálozási arányok a munka folyamatát, illetve eredményét minősítik (Kertész 2000).

### **9. táblázat**

*Belgyógyászati és mozgásszervi rehabilitációs osztályok személyzeti ellátottsága\*, átlagos ápolási idejének és halálozásának szélsőértékei 2004-es OORI-adatforrás alapján*

<b>Indikátor</b>	<b>Mozgásszervi</b>	<b>Belgyógyászati</b>

	rehabilitációs osztály	rehabilitációs osztály
Adatot szolgáltató osztályok száma	94	28
Összes orvos/osztály	2,31	2,50
Ápoló/osztály	10,54	13,04
Gyógytornász, konduktor/osztály	2,08	1,57
Foglalkoztató terapeuta/osztály	0,23	0,04
Logopédus/osztály	0,19	0,04
Pszichológus/osztály	0,27	0,11
Szociális munkás/osztály	0,05	0,21
Átlagos ápolási idő (nap)	22,1(6,8-68,7)	31,5(6,0-133,3)
Halálozás (%)	0,9(0,1-19,1)	10,7(0,1-48,1)

\*csak a teljes állásban az osztályon dolgozók adatait tüntettük fel, egyes osztályokon vannak részállású, illetve egyszerre több osztályon dolgozó munkatársak is

A mozgásszervi rehabilitációs osztályok személyzeti ellátottsága valamelyest jobb, mint a belgyógyászati profilú osztályoké, de semmiképpen nem mondható kielégítőnek. (Előzőleg bemutattuk, hogy a valódi ellátási tevékenység, a felvett betegek összetétele nem tükrözi minden esetben az osztályok elnevezését.) Az adatok messze elmaradnak a tárca által korábban nyilvánosságra hozott minimumfeltétel-elvárásaitól. Újabbban nem írnak elő kötelező létszámokat, csak szakterületeket. Talán a foglalkoztató- (ergo-) terapeuta-hiány a leginkább szembetűnő. Ennek természetes oka van, Magyarországon csak az elmúlt években kezdődött meg a képzésük. Korábban más alapképzettségű munkatársak autodidakta-, esetleg külföldi tanulmányúton történt továbbképzés után vállalkoztak a feladat ellátására. Létszámuk még hosszú évekig nem lesz kielégítő.

Az átlagos ápolási idő adatai sem kedvezőek. Általában 30 nap körüli az érdemi kórházi rehabilitációs idő. Hasonlóak a külföldi értékek is (Roy és mtsai 1988). Az ennél lényegesen rövidebb ápolási idő mögött az a jelenség húzódhat meg, hogy az átalánydíj (HBCs) miatt az aktív osztályokon már veszteségesen ellátható, hosszú

ápolási idejű betegeket helyezik át a napidíjas finanszírozású rehabilitációs osztályokra a hazabocsátás előtti időben, esetleg a súlyos állapotú betegeket halálukig. Utóbbi véleményt alátámasztja az az eredmény is, hogy több hosszú ápolási idejű osztálynak is magas a halálozási arányszáma.

A halálozási arányszám függ az adott szervezeti egység által művelt szakmai profiloktól, valamint a fogadott betegek állapotának súlyosságától is. Elemezve a halálozás adatait, itt is nagyok a különbségek, és elfogadhatatlan értékek is találhatóak. Ezen a téren szintén a mozgásszervi rehabilitációs osztályok adatai kedvezőbbek, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy az itteni legmagasabb érték egyetlen osztályra jellemző, a következő legmagasabb halálozási arányszám 8,8% volt. A belgyógyászati rehabilitációs osztályokon meglehetősen általános a magas halálozási arány.

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2%-ban határozta meg az elfogadható határértéket. Ha ennél magasabb arányszámokat találunk, az két dologra utalhat. Egyrészt lehet, hogy előzetes konzílium, a rehabilitációra való alkalmasság vizsgálata nélkül veszik fel a betegeket. Ilyenkor nem hatékony a kapacitások kihasználása. Másrészt az is előfordulhat, hogy nem rehabilitációs tevékenységet, hanem krónikus ellátást végeznek – erre utalnak az igen alacsony egészségügyi szakdolgozói létszámok is. Az sem helyes, ha egyetlen osztályon, egymás mellett fordul elő a végstádiumú betegek ellátása és a rehabilitáció. Ilyen környezetben nagyon nehéz világos rehabilitációs célokat kitűzni, nehéz a rehabilitálandó egyéneknek a rehabilitációban nélkülözhetetlen együttműködését, saját munkáját, elvárni vagy megkövetelni.

A mozgásszervi rehabilitációs osztályok és szakambulanciák működésének jellemzőit más módon foglalja össze a 10. táblázat. Ezzel kapcsolatban kiemeljük, hogy az ambulanciák növekvő betegforgalma is az osztályos orvosokat terheli. Ha azt is tekintetbe vesszük, hogy csak általában orvosokat tartunk nyilván, és hogy a rehabilitációs szakorvosok még kevesebben vannak, akkor jól megítélhető az ellátás esendősége.



## 10. táblázat

*Mozgásszervi rehabilitációs osztályok kiválasztott működési adatai az OORI adatai alapján az adatokat szolgáltató osztályokon*

	Budapest		Vidék	
	1991	2004	1991	2004
Ágyszám	626	868	855	3122
Betegforgalom		11 181	9 090	49 482
Halálozás	1,2	0,7	2,3	0,9
60 éven felüliek aránya	26,7%	53,7%	50,4%	55,4%
Ágy /orvos		16	13	18
Ágy/pszichológus		72	285	260
Ágy/ápoló		3,4	3,4	3,9
Ágy/gyógytornász és konduktor		10	11	26
Ágy /logopédus		174	66	240
Heti rendelési óraszám	72	480	16	824
Szakambulanciák éves betegforgalma	28 537	23 732	6531	98 506

A járó betegként nem rehabilitálható betegek szakszerű ápolását minimum 2 ágyanként egy ápolóval lehetne jól megoldani. Ennek a létszámnak csaknem a fele hiányzik. Nyugat-európai és észak-amerikai országokban ennél is magasabbak az ápolói létszámnormák. Pszichológus, logopédus alig van, azok is nagyjából rész munkaidőben dolgoznak. Ezért megoldatlan a lelki támogatás, és a stroke-betegek rendszeres logopédiai kezelése is.

Szakszerű mozgásterápia gyógytornász és/vagy konduktor nélkül aligha képzelhető el. A központi gyógytornászszolgálatok emberei az egész intézmény aktív és krónikus

osztályait, gyakran a járó betegeket is ellátják. Munkarendjük nem teszi lehetővé azt, hogy a rehabilitációs teammunkában részt vegyenek.

Kritizálható, hogy nem a legújabb adatok szerepelnek a táblázatokban. Talán helyesebb a már publikált, ellenőrzött adatok bemutatása, illetve felhasználása további számítások végzéséhez. Más részről a frissebb adatok alapján megállapítható, hogy bár tapasztalható szerény, jó irányú fejlődés a halálozási mutatókban, egyes osztályok személyzeti összetételének alakulásában, lényeges változás az utóbbi években nem történt.

### **Az egészségügyi rehabilitáció jövője, teendői**

Összegezve az eddigieket, az orvosi rehabilitáció intézményrendszere az elmúlt két-három évtizedben fokozatosan alakult ki. Először mozgásszervi, kardiológiai és pszichiátriai betegeket rehabilitáló osztályok jöttek létre. A gyermekek rehabilitációjára csak néhány osztály és néhány gyermekszanatórium vállalkozott. A rehabilitációs ágyszám jelentősen nőtt, új rehabilitációs profilok jelentek meg (belgyógyászati, tüdőgyógyászati, emésztőszervi, nőgyógyászati rehabilitáció). A fejlesztést kevésbé szakmai, mint szervezési okok motiválták.

E fejlődés eredményeképpen a felnőttek számára a rehabilitációs ágyszám összességében elegendő lenne. A területi és szakmai aránytalanságokat azonban meg kell szüntetni.

### ***Szervezési kérdések***

Az orvosi rehabilitációban az a nemzetközi trend figyelhető meg, hogy a fekvőbeteg-ellátás egyre jobban aktivizálódik, egyre inkább az intenzív ellátás körébe is tartozó tevékenységeket alkalmaz, és költségei is fokozódnak. A költségekhez jelentősen hozzájárulnak a széleskörű multidiszciplináris team által végzett további

élőmunka- igényes tevékenységek, mint pl. a gyógytorna, az ortézissel vagy művégtaggal történő ellátás, a járástanítás, a foglalkoztató terápia, a pszichés és a szociális problémák kezelése. Az átlagos ápolási idő jóval meghaladja az aktív osztályokét.

Az Egyesült Államok mintegy 10 kiemelt intézetében, amelyek a legsúlyosabban sérült betegek magas szintű ellátását végzik, biztosítják a tényleges költségek alapján történő finanszírozást, a tevékenységek szoros ellenőrzése mellett. E tételes elszámolású intézetekben is van felső határa a költségek elszámolhatóságának. (Ilyen kiemelt finanszírozású intézet a Kessler Intézet New York mellett, illetve a National Hospital of Rehabilitation Washingtonban, amelyeknek szakmai profilja az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetéhez hasonló. Körülményeik lényegesen jobbak.) Ha az amerikai példát vesszük alapul, akkor lakosságárányosan Magyarországon egyetlen ilyen intézet is elegendő lehetne. A lényegesen kevésbé fejlett infrastruktúra miatt a hazai fejlesztést mégis inkább néhány, regionálisan jól elhelyezkedő intézetre kellene alapozni. Budapest mellett az egyetemi városok, és legfeljebb még egy intézet Északnyugat-Dunántúlon lehetnének a regionális központok.

A másik megfigyelhető trend az, hogy az ellátás egyre nagyobb volumenét járóbeteg-ellátás, illetve nappali kórházi körülmények között biztosítják. Ennek természetesen vannak infrastrukturális feltételei. Jó kommunikációs hálózatok, akadálymentes intézetek, megbízható szállítószoftár – és természetesen elegendő személyzet – szükséges (Beswick és mtsai 2004; Legg és Langhorne 2004).

Az alapellátásban is sok rehabilitációs tevékenység elvégezhető, ha ott rendelkezésre áll a megfelelő team. Egy finnországi egészségügyi központban az alapellátás öt orvosát 85 további teamtag, a korábban már felsoroltak egészítették ki. A központ tornateremmel, foglalkoztató terápiai helyiséggel, egyéni- és csoportfoglalkozásra alkalmas helyiségekkel is rendelkezett.

Nálunk az otthon ápolási szolgálatok fejlődése, valamint az a lehetőség, hogy gyógytornászt, beszédterapeutát is alkalmazhatnak, hasonló fejlődés lehetőségét teremti meg. Itthon még bizonytalan a koordináció az alapellátás orvosa és az otthon ápolási szolgálat között. Nem alakult ki igazi teammunka. Korlátozottak a kezelések ismétlésének lehetőségei. Gyakran alkalmaznak kontrollálatlan fizioterápiát. Ennek az esetleges szakmai hiba mellett az a veszélye is fennáll, hogy a rehabilitációra szoruló egyénben a passzív kezelések iránti vágyat erősíti, szemben a saját munkával. Ezeket a nehézségeket fokozatosan le kell küzdeni.

Nálunk jóval gazdagabb skandináv, illetve észak-amerikai országokban is kimutatták, hogy a kevésbé súlyos esetekben a rehabilitáció fekvőbeteg-ellátás keretében nyújtott formája csak a költségeket emelte. Nem voltak lényegesen jobbak a funkcionális eredmények, nem nőtt a munkába sikeresen visszatérők száma, illetve nem rövidült érdemlegesen a betegállományban töltött idő. A költségek között azonban jelentősek voltak a különbségek (Cole és mtsai 1997; Kronholm és Utkilen 1998; Ezrachi 1998).

Más részről, a legsúlyosabban fogyatékos emberek rehabilitációját, akiknek a teljes multidiszciplináris team igen intenzív munkájára van szüksége, csak erősen szakosodott intézetekben lehet hatékonyan ellátni. Ezek az állapotok lényegesen ritkábbak. Az erőforrások koncentrációja szükséges.

Végül további két szempontot említünk, amelyek befolyásolják a rehabilitációs szolgáltatások nyújtásának helyét. Idős emberek nehezen viselik el, ha megszokott környezetükből kiszakítják őket. Az idősödő társadalmakban – így hazánkban is – egyre nagyobb számban vannak olyanok, akik rehabilitációs szolgáltatásokra szorulnak. Részükre sokkal jobb, ha azt otthonuk közelében, otthonukból a lehető legkevésbé kiszakítva kapják meg.

A másik szempont az egészségügyi ellátással kapcsolatos lakossági elvárások és kultúra. Közép-Európában ez inkább az intézeti, fekvőbeteg-ellátást preferálja.

Kedveltek a szanatóriumok, szeretjük, ha „betegségünk” idején kiszolgálják. Az ilyen mélyen gyökerező kulturális jelenségeket nehéz megváltoztatni.

Végül is egyetértünk Eldar (2000) javaslatával, aki integrált rehabilitációs szolgáltatások létesítése mellett érvel. A kórházi rehabilitációs szakasz jelentőségét az aktív tennivalók elvégzésében és a további időszakra a tervekészítésben látja.

### *Az ellátás minősége*

Már a rendszerváltás előtt voltak törekvések arra, hogy a rehabilitáció személyi és tárgyi feltételeinek kialakítása egységes szempontok szerint történjen, de ezek nem bizonyultak megvalósíthatónak. A rendszerváltást követően a finanszírozás átalakítása az orvosi rehabilitáció intézményrendszerének extenzív fejlődését eredményezte. Az aktív osztályokon az ápolási idő csökkentése vált kifizetődővé, a krónikus osztályok rehabilitációs profil deklarációjával jutottak magasabb finanszírozáshoz. A szanatóriumok OEP-finanszírozása is csak rehabilitációs tevékenység kinyilvánítása esetén volt biztosítható. Az intézményrendszer növekedése nem járt együtt a személyi és tárgyi feltételek biztosításával. A rehabilitációs osztályok finanszírozása kizárólag az ÁNTSZ által kiadott működési engedélytől függ. Az engedélyek kiadásának sokszor nem feltétele a rehabilitációs szakfelügyelet jóváhagyása.

A rehabilitációhoz szükséges tárgyi feltételek viszonylag szerények. A rehabilitációs osztályokon azok szakmai profiljától függetlenül nélkülözhetetlen az akadálymentes környezet, ahol kórtermekben egy ágyra legalább 6-8 négyzetméter felület jut, és az osztály (épület) összes helyiségei kerekesszékekkel is megközelíthetők és használhatók. A terápiás profilnak és a rehabilitációs szemléletnek megfelelő kezelőhelyiségek, tornaterem, foglalkoztató-terápiás, fizioterápiás, pszichoterápiás helyiség, közös étkező, és szabadidő eltöltésére alkalmas helyiség állnak rendelkezésre.

Az orvosi rehabilitáció legfontosabb feltétele a szakképzett team megléte. A munkacsoportban a speciális profiltól függetlenül is legalább rehabilitációs szakorvos, szakápoló, gyógytornász, pszichológus, foglalkoztató-terapeuta és szociális munkás közös munkájára van szükség.

A rehabilitáció eredményeinek mérésére speciális funkcionális skálák szolgálnak. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium a funkcionális skálák használatát szükségszerűnek tartja. A felvételnél, valamint az elbocsátás előtt végzett funkciófelmérést a rehabilitációs osztályok működésének minőségére jellemző indikátorként ajánlja használni.

Az OORI-ban, és több hazai rehabilitációs osztályon, évek óta végezzük a fogyatékoság felmérését, mind felvételnél, mind a páciensek hazabocsátásakor, különböző, a fogyatékoság típusának megfelelő speciális, valamint a mindennapi élettevékenységeket jelző általános tesztekkel (Dénes 2001; Kullmann és mtsai 1985, Szél 2000).

Hasonló funkcionális állapotfelmérésnek a finanszírozásban való megjelenítését szorgalmazták Wilkerson és munkatársai (Wilkerson és mtsai 1992). Elképzeléseik szerint vagy a valamilyen időpontban mért fogyatékosági fokozat (súlyosság), illetve annak időbeni változása szerint (pl. felvétel és elbocsátás, elbocsátás és egy kontrollidőpont között) végzett besorolás alapján történhetne a finanszírozás, vagy az egyéb alapon történő finanszírozás igazolását tenné lehetővé a funkciófelmérés. A páciens bizonyos teljesítménye felett így nem lenne igazolható az intézeti felvétel, mert további eredmény elérésének magasabb költségeit az már nem indokolja. Egy ilyen rendszer azonban szükségszerűen bonyolult, kellően érzékeny és megbízható felmérő eljárásokat igényel, ezért növelheti a költségeket, manipulálható, illetőleg manipulációra készítheti a szakszemélyzetet. Ezért tehát kevésbé a finanszírozás alapjaként, mint a szakmai munka minőségének egyidejű – a költségviselő által is követhető – ellenőrzésére alkalmas módszernek gondoljuk.

Hasonló gondolatmenet alapján, Magyarországon először Szél és Halmos (1994) stroke-betegek rehabilitációjára dolgoztak ki minőségi indikátorokat. Meglepetéssel tapasztaltuk később, hogy az Australian Council on Healthcare Standards (1997) nagyon hasonló minőségi indikátorokat dolgozott ki általában az orvosi rehabilitáció területére. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium e két dokumentum alapján, valamint angol rehabilitációs szakmai irányelveket (Turner-Stokes 2002) figyelembe véve tett javaslatot az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztériumnak a rehabilitációban alkalmazandó minőségi indikátorokra (11. táblázat). Az indikátorok kialakításánál figyelembe vettük, hogy kevés és túlterhelt a személyzet és sok az adminisztrációs kötelezettség.

Magyarországon az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter 2001-ben Kórházi Ellátási Standardokat (KES) hirdetett ki. A standardok kifejlesztése külföldi rendszereket mintául véve, a hazai feltételeknek megfelelően átalakítva, kórházak részvételével történt.

### **11. táblázat**

***A rehabilitációs Szakmai Kollégium által bevezetésre javasolt minőségi (folyamat- és eredmény-) indikátorok***

<b>Indikátor megnevezése</b>	<b>Az indikátorszámítás metodikája</b>	<b>Egysége</b>	<b>Hazai elfogadható érték, tartomány</b>	<b>Nemzetközi elfogadható érték, tartomány</b>
Funkcionális állapot felmérés felvételnél	A felvételt követően maximum 5 napon belül elvégzett funkcionális állapot felmérés/felvett betegek száma X 100	%	javaslat: 95%	72-95%
Funkcionális állapot felmérés távozáskor	Az elbocsátást megelőzően elvégzett funkcionális állapot felmérés/elbocsátott beteg	%	javaslat 80%	54-96%

	száma X 100			
Team-megbeszélésen való részvétel	A rehabilitációs team által dokumentáltan megvitatott betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	Javaslat: 95%	90-100%
Nem tervezett áthelyezés	Az előre nem tervezett kórházi áthelyezések száma/felvett betegek száma X 100	%	Javaslat: 20%	70% (amputáltak korai rehab.)
Halálozás	A rehabilitációs osztályon meghalt betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	2%	
Halálozás auditálása	A halálozás miatt dokumentáltan auditált betegek száma/elhalálozott betegek száma X 100	%	100%	100%

Érdekes módon, Magyarországon – az európai uniós országok többségét megelőzve – az ISO-9000 szabványcsaládon alapuló kórházi minőség, megfelelőség tanúsítás honosodott meg. Ennek volt egyfajta verseny szülte magyarázata. Az iparban már működő rendszert alkalmazták, hiszen hazai kórházi ellátásistandard-rendszer a 90-es évek közepe táján még nem létezett. Ugyanakkor a kórházak átszervezési, finanszírozási fenyegetettséget éreztek, amelyből egyfajta menekülési útnak gondolták a tanúsítást. Az ISO alapú folyamatszabályozás nem mindenütt váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Ez főleg olyan kórházakra jellemző, ahol külső szakértők támogatásával ugyan kialakították és tanúsították is a rendszert, de az nem vált az intézeti kultúra részévé (Belicza és Kullmann 2003). A külső tanácsadók és a tanúsítási eljárás, az ismételt felügyeleti auditok költségesek is.

Hollandiában létrehoztak egy szervezetet (Centraal Begeleidingsorgan voor de Intercollegiale Toetsing = CBO), amely a szakmai társaságok bevonásával, látogatásokon, ún. vizitáción alapuló minőségfejlesztést és tanúsítást végez. Ez tipikusan kollegiális minőségi felülvizsgálat, központi szervezésben (Lamberts 1996). Nagy előnye, hogy a szakmai minőségre koncentrálnak, kevésbé költséges, szűkebb szakmai területekre vonatkozik.



A Rehabilitációs Szakmai Kollégium és a Rehabilitációs Orvoslás és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága felismerve a holland módszer előnyeit, intézetünk munkatársaival együtt kidolgozott egy hasonló rendszert. A vizsgálati szempontok kidolgozása során figyelembe vettük a CARF standardokat és Eldar irodalomkutatásának eredményeit is (CARF 2000; Eldar 1999; ORFMMT 2003). A jelentkezés önkéntes alapon történik. A látogatás során vizsgálandó kérdéscsoportok listáját mutatjuk be. (A teljes lista 78 vizsgálandó kérdést tartalmaz.)

- Dokumentáció (benne betegtájékoztatók, betegpanaszok, funkciók felmérése is)
- A betegekhez vonatkozó adatok, tapasztalatok (köztük az állapot súlyossága, minőségi indikátorok is)
- Szakember-ellátottság
- Kapcsolatok (többek között szociális szolgálatokkal, a fogyatékos emberek érdekvédelmi szövetségeivel)
- Építészeti akadálymentesség, adaptáció (pl. telefonálási lehetőség)
- Technikai felszereltség
- Az osztályok működése (teammunka, minőségfejlesztés, prevenciók programok, stb.)
- A személyzet továbbképzése (benne klinikai auditok, könyvtári szolgálat, publikációs tevékenység is)

Eddig négy hazai rehabilitációs intézetben, osztályon történtek kollegiális felülvizsgálati látogatások. A tapasztalatok feldolgozása folyamatban van. A résztvevők egyöntetűen állítják, hogy segíti a jó tapasztalatok átadását, az ellátás minőségének fejlesztését.

Következtetések:

1. Ahhoz, hogy a mai rehabilitációs ágyak valódi rehabilitációs kapacitást jelentsenek, a személyi feltételeket lényegesen kell javítani, mert jelenleg nem biztosítottak a szakszerű rehabilitációs tevékenység feltételei.
2. A járóbeteg-ellátás keretében nyújtott rehabilitációs szolgáltatások komoly fejlesztésre szorulnak.
3. A hatékony szakmai felügyelet és a tényleges, jó minőségű teljesítményre épülő finanszírozás kialakítása megkerülhetetlen.
4. A teljesítmény- és minőségellenőrzés rendszerét a rehabilitációban „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” alapján célszerű működtetni. Ehhez bizonyos adatokkal a rehabilitációs osztályok többsége rendelkezik, más területeken az állapotfelmérés, adatgyűjtés rendszerét ki kell alakítani.
5. A szakmai minőségfejlesztés monitorozására hollandiai kollegiális látogatás megfelelő módszernek tűnik.

## **Az egészségügyi rehabilitáció helye az önálló életvitel, a teljes körű foglalkoztatás rendszerében**

### ***Az orvosi modell és a fogyatékoság***

Mi lehet az oka annak, hogy az orvoslás döntő mértékben az adott emberrel csak mint biológiai lényel foglalkozik? Erre Lorentsen felfogása ad magyarázatot. Abból indul ki, hogy az ember teljesítőképesége összességében és részképességek vonatkozásában valamilyen adott szintet ér el. Ha ez a teljesítményszint elmarad a társadalmi elvárások szintjétől, akkor kialakul a fogyatékoság (Lorentsen 1982). Ez a felfogás tehát egyik oldalról az egyéni képességek és teljesítmény, másiktól a közösségi elvárások közötti meg nem felelésben látja a probléma lényegét.

Ezt a meg nem felelést két oldalról lehet befolyásolni. Egyrészt javíthatók az ember képességei és teljesítménye neveléssel, képzéssel, tanácsadással, kezeléssel és gyakoroltatással. Lényegében ezt teszi, erről az oldalról befolyásolja a kialakult problémát az orvostudomány és a gyógypedagógia is. Az orvoslás ezt elsősorban az emberre mint biológiai lényre hatva teszi. Másrésztől megváltoztatható a társadalom oldaláról felállított elvárás- és követelményrendszer. Változtathatók a társadalmi attitűdök. Ergonómiai eszközökkel átalakítható a környezet. Felszámolható az építészeti akadályok. Inkluzív irányban átalakíthatók a szabályozó rendszerek és szolgáltatások. Ez utóbbi tevékenységi területek inkább a társadalom-, a műszaki, az építészeti és városrendezési tudományok tevékenységi körébe tartoznak. Elsősorban ezekre a tudományterületekre épülnek a szociális modell kínálta megoldások.

Az orvosi rehabilitáció tehát a fogyatékos ember képességeit fejlesztve járulhat hozzá a fogyatékoság problémájának csökkentéséhez. Ehhez alapvető szüksége van a biológiai állapot felmérésére, mert tevékenysége döntően ennek javítására irányul. A hagyományos orvosi ellátás nem is céloz mást, mint a gyógyítást. Ma azonban egyre több a nem meggyógyítható, a krónikusan beteg ember. Ebben a helyzetben feltétlenül

vitatható, hogy eleget tesz-e az orvos, ha csak gyógyít? A társadalmi közfelfogás szerint gyakran igen. Csak a rehabilitációs team vállalja a felelősséget az emberért a gyógyításon túl is. Ezért is változik az orvosi szemlélet éppen a fogyatékos és a rehabilitáció oldaláról.

A bemutatott jelenségek azzal is járnak, hogy az orvosi gyakorlatban a problémáknak általában csak a biológiai oldala kerül feltárára. Az orvosképzés a funkcionális diagnosztikát még nem tanítja. A rehabilitációt is csak jelképesen. Ennek további gyakori következménye, hogy még az orvosi rehabilitációs szükséglet sem válik nyilvánvalóvá. Az orvoslás lényegében megtartotta autokratikus és hierarchikus jellegét is. Ebben a beteg vagy fogyatékos ember nem aktív partner, különösen nem vitapartner, hanem döntések, utasítások passzív elszenvetője. A beteg tájékozott beleegyezése a kezelésbe törvény által előírt kötelezettség, mégis sokszor csak formálisan valósul meg. Az életminőség-vizsgálatokat ma még inkább csak gyógyszercégek végzik, termékeik előnyeinek alátámasztása, jobb eladhatósága érdekében. A gyakorló orvosokat csak most kezdi érdekelni betegeik életének minősége. Életminőség-vizsgálatok segítségével tárható fel az egyes emberek vélekedése saját helyzetükről. Ennek ismerete pedig nagymértékben segítheti az együttműködést a rehabilitáció folyamatában. A változások felgyorsítását a képzési rendszer megváltoztatásával lehetne elősegíteni.

Az orvostudomány eddig keveset foglalkozott a kisebbségi és hátrányos helyzetek kérdéskörével. Friss adat, hogy a cigány lakosság életkilátásai az európai összehasonlításban amúgy is igen kedvezőtlen hazai adatokhoz képest férfiak esetében 12,5, nők esetében 11,5 évvel rosszabbak (Nagy 2003). A cigány lakosság egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretei hiányosak. Ennek kommunikációs és nevelési okai is vannak. Az egészségügyi szakembereknek több kommunikációs ismeretet kellene kapniuk képzésük során. Megfelelő egészségnevelési programok nagy valószínűséggel javíthatnának a helyzeten (Gyukits és Sándor 2003). A kisebbségi helyzet más hátrányos helyzetekkel kombinálódva az esélyeket tovább rontja. A képzettség hiánya

vagy alacsony szintje, a fogyatékoság, a szegénység, a migráció, a kisebb településen élés és a rossz családi környezet mind ilyen további hátrányos tényezőként értékelendő.

A tradicionális szemléletet Magyarországon is kezdi felváltani az „önálló, önrendelkező életvitel mozgalma” (independent living movement), amely egyre szélesedő tevékenységet jelöl ki a rehabilitáció számára, amelynek célja a fogyatékos ember aktív és alkotó részvétele a társadalom életében, a lehető legnagyobb önállóság és függetlenség elérése mellett, és ezzel párhuzamosan a társadalom felkészítése az akadályozott emberek befogadására (Gadó 2000). Az orvosi rehabilitáció a folyamat első lépéseként ezt elő tudja segíteni, hiszen célja a funkcióképesség lehetőség szerinti helyreállítása, a rehabilitáció további szükséges területei felé az átirányítás és a lehető legjobb életminőség elérése.

Az önálló, önrendelkező élet elérésének egyik alapvető lépése foglalkozási rehabilitáció. Célkitűzése a munkába állítás úgy, hogy a fogyatékos ember társadalmi presztízse – és keresete – ne romoljon, hanem ha lehet, javuljon.

### ***A rehabilitáció folyamat jellege***

Jelentős problémaként jelenik meg az orvosi rehabilitációból a foglalkoztatási rehabilitáció felé átvezető út teljes hiánya Magyarországon. Ilyen jellegű tevékenységnek ma hazánkban nincs finanszírozása.

Az orvosi rehabilitációból a foglalkoztatási rehabilitáció felé történő átmenet legfontosabb eleme a foglalkoztató (ergo-) terápia (2. ábra). Tevékenységi körét igen gyakran az önellátó képesség tanítására egyszerűsítik le, holott az sokkal több tevékenységet tartalmaz. Így tevékenységi körébe tartozik többek között a pszichés, kognitív, motoros és szenzoros képességek és a munkára alkalmasság felmérése. További feladatai ideális esetben a terápiás munka lehetőségének biztosítása is.

Mindezt kiegészíti a jóllét megőrzése, a biológiai, pszichés és szociális funkciók, valamint a társadalmi visszailleszkedés támogatása, pl. a környezet megfelelő átalakításával; a tevékenykedő és a munkavégző képesség fejlesztése, gyakoroltatása, és az eredmények stabilitásának a próbája (Mógánné 1999).

## **2. ábra**

### ***Az orvosi és foglalkoztatási rehabilitáció folyamatos átmenete***

*(Nemcsak a foglalkoztatást támogató tevékenységek kezdődnek meg az orvosi rehabilitáció alatt, hanem az orvosi rehabilitáció egyes tevékenységei is folytathatók a foglalkoztatási rehabilitáció idején.)*

A rehabilitáció folyamatos megvalósítása szempontjából fontos tevékenység a munkavégzéshez is szükséges adaptációs stratégiák kialakítása. Az adaptáció ebben az értelemben olyan folyamat, amely az egyén és környezete hasznos viszonyának fenntartását támogatja (Thorén Jönsson és mtsai 1999).

A munkába való visszatérést az egyén képességei mellett nagyon sok más tényező is befolyásolja. Janssen és munkatársai (2003) a munkába való visszatérés és a munkakövetelmények közötti összefüggéseket vizsgálták, és figyelemre méltó összefüggéseket találtak. A munkába való teljes visszatérést a pszichésen terhelő munkakörülmények és a munkavállalóval szembeni magas képességi követelmények valamelyest gátolták, munkahelyi (munkakör, munkaidő, munkakörülmények) adaptáció alkalmazása esetén azonban inkább motiváló hatásúaknak bizonyultak. Hasonlóan elősegítette a munkába való visszatérést a főnöki támogatás, amely nemcsak a betegállomány alatti érdeklődést, hanem a munkahelyi problémák kezelésében nyújtott segítséget is magában foglalta.

Úgy gondoljuk, hogy Magyarországon kifejezetten sok hátrányos tényező, ellenkező irányú motivációs hatás, különböző irányokban érdekelt finanszírozók, valamint szervezetlenség akadályozza a foglalkoztatási rehabilitációt és a rehabilitáció megszakításmentességét. Ezek a tapasztalatok a „case manageri” munka lehetséges jótékony szerepére hívják fel a figyelmet.

Mi is a case management? Az alábbiakban bemutatjuk céljait, tevékenységi területeit, szolgáltatásait és a case managerek munkájához szükséges ismereteket. Az összeállítást a Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities két standard kézikönyve alapján készítettük, és kiegészítettük néhány más forrás alapján (CARF 1995; 2000, Dembe 1997). Ezek szerint a case management célirányos, módszeres segítséget nyújt a fogyatékos embereknek a rehabilitáció teljes folyamata alatt, annak minden szakaszában.

Célja: a támogatott egyénnek az általa választott közösségbe történő újra integrálása. Ennek érdekében pozitív változások elérését segíti az egyén képességeiben és körülményeiben, miközben védi jogait.

Munkájának kiindulópontját az egyén szükségletei képezik. Minden egyes támogatott személyre szabott case management tervet készít a fenti cél elérése érdekében. Információkat gyűjt az adott emberről, valamint a szolgáltatásokról és szabályozókról. Megállapítja a számára szükséges szolgáltatásokat és anyagi eszközöket, (ezek egyénenként eltérőek lehetnek), és ezek biztosítását koordinálja. Munkájáról írásos tájékoztatót készít. A case manager tehát koordinálja és támogatja az egyén ellátását a felvételtől a rehabilitációs folyamat lezárásáig.

A case manager szolgáltatásai a következők lehetnek:

- koordinálja az egyén szükségleteinek felmérését, értékelését
- koordinálja a szolgáltatások megtervezését
- krízishelyzetben koordinálja a segítségnyújtást
- támogatja az egyént külső pénzügyi források igénybevételeiben
- folyamatosan figyelemmel kíséri az ellátás és a munkába visszatérés folyamatát
- megszerzi azokat a szolgáltatásokat, melyek az egyén alapvető emberi szükségleteinek kielégítéséhez nélkülözhetetlenek, pl.: élelem, lakás
- segíti a társadalmi újra beilleszkedést, ezen belül a lehetőség szerint önálló hivatásszerű munkavégzést.

A case manager alapképzettsége korábban a leggyakrabban diplomás ápoló volt, újabban inkább foglalkoztatási, ergonómiai szakembereket alkalmaznak.

Kompetenciája a következő:

- ismeri a fogyatékoságok különböző fajtáit
- ismeri a rehabilitáció lehetőségeit (szolgáltatók, tevékenységek)
- ismeri a jogszabályi környezetet
- megfelelő ismeretekkel rendelkezik a felhasználható pénzügyi forrásokról



- jó tárgyalási készséggel kell rendelkeznie.

A case management nemcsak az Amerikai Egyesült Államokban terjedt el. Alkalmazza például a német balesetbiztosítási rendszer, és több fejlődő ország is (Aulmann, 1997). A tevékenység elnevezésére általában nem használnak fordítást, ezért mi sem törekedtünk magyar elnevezés megalkotására.

Következtetések:

1. A rehabilitáció gyakorlatában különböző időbeni szakaszok és feladatok különíthetők el. Vannak olyan helyzetek és időszakok, amelyekben inkább az egyén oldaláról lehet a fogyatékoság problémáját csökkenteni. Ilyenkor a – reményeink szerint fokozatosan átalakuló – orvosi tevékenységnek van kiemelkedő szerepe.
2. Más helyzetekben és időszakokban az egyén támogatásában más tevékenységek és ezekkel együtt az önálló, önrendelkező életvitel modell szerepe kerül előtérbe. Ez jelentősen hozzájárul a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének megteremtéséhez.
3. A rehabilitáció megszakításmentes folyamatának biztosítása céljából hasznos lehet a rászoruló emberek útját egyengető szakemberek, case managerek alkalmazása.

*Köszönetnyilvánítás*

*A szerző köszönetet mond az adatok megújításában nyújtott segítségéért Kémenczy Jánosné OORI informatikai csoportvezetőnek.*

## Irodalom

Aulmann, H.: Die Rehabilitation – ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. p. 35--46.

Balázs A.: Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés S. (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kara, 2000.

Belicza É. -- Kullmann L.: Kérdőíves felmérés a kórházak minőségügyi tevékenységéről, 2002. Kórház 2003; X/1-2: 14--18.

Beswick, AD -- Rees, K.-- Griebisch, I. et al.: Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under represented groups. Health technology assessment 2004; 8: 1--166.

Cole, D. -- Frank, J. -- Hogg-Johnson, S. -- Mondloch, M. -- Shield, S. -- Sinclair, S.: Effectiveness of an early active intervention program for workers with musculoskeletal injuries. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. p. 85--92.

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 1995 standards manual and interpretative guidelines for employment and community support. Tucson AZ, CARF, 1995.

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: Performance indicators for rehabilitation programs. Tucson AZ, CARF, 1998.

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 2000 medical rehabilitation standards manual. Tucson AZ, CARF, 2000.

Czeizel E. -- Lányiné Engelmayer Á. -- Rátay Cs.: Az értelmi fogyatékosok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében. Budapest, Medicina, 1978.

Dembe, AE.: New models for workers' compensation medical care in the United States. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. pp.77--83.

Dénes Z.: Tesztek használata a mozgásszervi rehabilitációban: a FIM (Functional Independence Measure) skála. Rehabilitáció 2001; 11: 97--100.

Egészségügyi Világszervezet. A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi osztályozása. I. III. kötet. Budapest, Népjóléti Minisztérium 1995.

Egészségügyi Világszervezet. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, Budapest, EVSz-EszCsM-OEP, 2004.

Eldar, R.: Quality of care in rehabilitation medicine. Int J Quality in Health Care 1999; 11: 73-79.

Eldar, R.: Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal. Disabil Rehabil 2000; 22: 266--274.

Ezrachi O.: Outcomes measurement and quality improvement in an acute rehabilitation setting: description of the Rusk Institute of Rehabilitation Medicine (RIRM) program evaluation system. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 1342.

Fekete Gy.: Rehabilitáció a gyermekkorban. In: Huszár I. -- Kullmann L. -- Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 2000.

Forray RK...: Nemzetiségek, kisebbségek. *Educatio* 1998/1; 50--66.

Göllesz V.: Gyógypedagógiai intézmények egészségügyének személyi és tárgyi feltételei. In: Göllesz V. (szerk): Gyógypedagógiai iskola-egészségtan. Budapest, Tankönyvkiadó, 1984.

Gyukits Gy.-- Sándor I.: A romák egészségnevelését szolgáló oktatási programok a Dzsumbujban. *Lege Artis Medicinae*, 2003; 13: 85--87.

Halász G. -- Lannert J.: Az oktatás társadalmi és gazdasági környezete. In: Halász G. -- Lannert J. (szerk): Jelentés a magyar közoktatásról 2000. Budapest, Országos Közoktatási Intézet, 2000.

Halász P.: Epilepsziás betegek rehabilitációja. In: Katona F. -- Siegler J.: Orvosi rehabilitáció. Budapest, Medicina, 1999.

Hollán Zs. (szerk.): Orvosi lexikon. Budapest, Akadémia. 1969--1972.

Illyés S. -- Bass L.: Az általános iskolai gyenge tanulók és a kisegítő iskolai tanulók szüleinek értelmi színvonala és társadalmi helyzete. *Gyógypedagógiai szemle* 1986; 14: 196--203.

Janssen N, van den Heuvel WPM, Beurskens AJHM, Nijhuis FJN, Schröer CAP, van Eijk JTM.: The Demand-Control-Support model as a predictor to work. *Int J Rehabil Research* 2003, 26, p.1--9.

Kertész Gy.: A magyar orvosi rehabilitációs ellátórendszer. In: Huszár I. -- Kullmann L. -- Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 2000. p. 56--75.

Kórházi ellátási standardok kézikönyve. Egészségügyi Közlöny, 2001; 24: 2973--3041.

Kronholm, K. -- Utkilen U.: The Bergen study: „back to work” – results from large randomized controlled study regarding rehabilitation of musculoskeletal disorders. 6th Eur. Congr. Res. in Rehabil. Berlin, 1998.

Kullmann L. -- Dénes M. -- Kémenczy J.: A fogyatékoság felmérése Budapest VIII. kerületének 60 éven felüli lakosságában. Rehabilitáció 1998; 8: 81--85.

Kullmann L. -- Zala M. -- Major A. -- Padosné Dezső É. -- Till F.: Alsóvégtag amputáltak rehabilitációs eredményeinek mérése a Barthel-index és a Russek-skála segítségével. Balneol Rehabil 1985; 6: 17-14.

Lamberts, MJMH.: Quality management by and for medical specialists. 13th Conference of the International Society for Quality in Health Care. Book of Abstracts. Jerusalem, 1996. p. 153.

Legg, L. -- Langhorne, P.: Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet 2004; 363: 352--356.

Lorentsen, Ø.: Provision of technical aids for the handicapped in Norway. Copenhagen, WHO EURO, 1982.

Mógánné Tölgyessy Sz.: A foglalkoztató terápia szerepe a rehabilitációban. In: Katona F, Siegler J. (szerk.): Orvosi rehabilitáció. Medicina, Budapest, 1999. p. 353--359.

Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége. Mozgáskorlátozottak szükségleteinek felmérése. Budapest, MEOSZ, 1996.

Nagy Z. (szerk): Stroke ellátás. Agyi érkatasztrófák tünettana, diagnosztikája, kezelése és komplex ellátásának korszerű szervezése. Springer Hungarica, Budapest, 1994.

Nagy Zs.: Konfliktusok közepette: a cigánykérdés Magyarországon. *Lege Artis Medicinae* 2003; 13: 81--83.

Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. *Chronique de l'OMS*, 1947; 1: 30--44.

Az Orvosi Rehabilitáció és a Fizikális Medicina Magyarországi Társasága. A vizitációs rendszer tematikája. *Rehabilitáció* 2003;13(3-4): 42--43.

Periquet AO. Community based rehabilitation services: The experience of Bacolod, Philippines and the Asia/Pacific region. New York, World Rehabilitation Fund, 1984.

Roy, CW. – Arthurs, Y. – Hunter, J. – Parker, S. – McLaren, A.: Work of a rehabilitation medicine service. *Br Med J* 1988; 197: 601--604.

Siró B. -- Bódor Cs. -- Horgos K.: A rehabilitáció iránti igény epidemiológiai becslése. In: Huszár I. -- Kullmann L. -- Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina, 2000. p. 47--55.

Stucki, G. -- Ewert, T. -- Cieza, A.: Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 932--938.

Szél I.: Állapotfelmérés és tervkészítés a rehabilitáció folyamatában. In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina; 2000. p. 78--90.

Szél I. -- Halmos B.: Hemiplegiásokat, ill. stroke-betegeket ellátó rehabilitációs osztályok működésének kritériumai. *Rehabilitáció*, 1994, 4: 280--284.

The Australian Council on Healthcare Standards: Clinical indicators in Summary. Sydney, ACHS, 1997.

Thorén Jönsson, AL – Möller, A. -- Grimby G.: Managing occupations in everyday life to achieve adaptation. *Amer J Occupational Ther* 1999; 53: 353--362.

Tót É.: Hátrányos helyzetű tanulók családi körülményei. *Educatio* 1997/1: 8--23.

Turner-Stokes, L.: Clinical governance in rehabilitation medicine: The state of the art in 2002. *Clin Rehabil* 2002; 16: Suppl. 1.

Wilkerson, DL., Batavia, AI., DeJong, G.: Use for functional status measure for payment of medical rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: 111--120.

World Health Organisation. Disability prevention and rehabilitation. Geneva, WHO, 1976.

World Health Organisation. International classification of impairments, disabilities and handicap. Geneva, WHO, 1980.

World Health Organisation. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva, WHO, 1997.

World Health Organisation. International classification of functioning, disability and health. Geneva, WHO 2001.

---

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG Free Edition.

Version: 7.1.394 / Virus Database: 268.9.4/375 - Release Date: 2006. 06. 25.



**Dr. Frey Mária**

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

***Országtanulmányok tapasztalatai és tanulságai***

Az állami foglalkoztatási szolgálatokkal kapcsolatos kutatásunknak az volt a célja, hogy egyfelől feldolgozza az Európai Unió és más nemzetközi szervezetek által megfogalmazott kötelező erejű jogforrásokat, ajánlásokat és iránymutatásokat. (A kutatás zárótanulmányának ezeket bemutató, első része a Kapocs 26. számában olvasható.) Másfelől összehasonlító vizsgálatnak vesse alá azoknak az országoknak a szervezetfejlesztési stratégiáit, amelyekben jelentős reformokat hajtottak végre. Ezek ismeretében következtetéseket, ajánlásokat fogalmaztunk meg a hazai állami foglalkoztatási szolgálat jövőbeni fejlesztési irányaira.

A kutatás keretében nyolc, reformértékű munkaerő-piaci programot és/vagy szervezet-fejlesztést végrehajtott ország lépéseit elemeztük. Ezek közé tartozott: Ausztria, Dánia, az Egyesült Királyság, Finnország, Hollandia, Németország, Norvégia és Svájc. A továbbiakban ezek tapasztalatait foglaljuk össze, kitérve a jó példák importálásának lehetőségeire és korlátaira.

**Ausztria**

Az osztrák munkaerő-piaci szolgálatnak (AMS) két olyan sajátossága van, amelyek figyelmet érdemelnek. Az egyik, hogy magángazdasági intézménynek (közszolgálati vállalkozásnak) tekinthető, amely ugyanakkor hatósági feladatokat is ellát (a munkanélküli-biztosítást működteti, külföldiek foglalkoztatását engedélyezi, stb.).

A másik: az AMS közismerten sok nonprofit szervezettel működik együtt annak érdekében, hogy szolgáltatásait és támogatásait eljuttassa a munkaerőpiac leghátrányosabb helyzetű csoportjaihoz. A foglalkoztatási programok kivitelezésére szakosodott közhasznú szervezeteket szociál-ökonómiai üzemeknek nevezik.

Az AMS szervezeti modellje azt az elvet követi, hogy *eredményes munkaerő-piaci politikát csak a munkáltatókkal, a munkavállalókkal és a kormányzattal egyetértésben, továbbá a regionális különbségek és sajátosságok figyelembevételével lehet megvalósítani.*

A szövetségi központ feladata: célleírányzatok meghatározása (MBO) és ezek teljesítésének nyomon követése (controlling). Emellett központilag történik a koncepcióalkotás, a szervezet működésével kapcsolatos útmutatók kidolgozása, a források elosztása és az ellenőrzés. Az AMS regionális szervezetei szolgáltatásokat és támogatásokat kínálnak a munkát keresőknek és a munkáltatóknak. Ennek során két alapelvet követnek: a munkafolyamatok ügyfél-orientációját és az egyablakos kiszolgálást.

Az osztrák AMS-nél a szervezeti reform viszonylag korán lezajlott. 2003-ig minden kirendeltségen úgy alakították át a munkát keresők szolgáltatásait, hogy ezeket -- az ügyfelek gondozási szükségletei szerint -- három csoportba sorolták. Az info-zónába mehetnek azok, akik csak tájékoztatást és önkiszolgálást igényelnek, a szolgáltató zónában regisztráltatják magukat a munkanélküliek, és itt történik a munkanélküli-ellátások kifizetésének előkészítése is, a tanácsadó zónába pedig azok az ügyfelek kerülnek, akikkel intenzívebben kell foglalkozni.

A munkáltatók hatékony kiszolgálása érdekében az AMS speciális részleget hozott létre számukra. Jelenleg az AMS ingyen nyújtja szolgáltatásait a foglalkoztatóknak (is).

Az ügyfelek magas szintű kiszolgálását az AMS kiemelkedő technikai felszereltsége alapozza meg. Elektronikus úton támogatják az ügyfelek önkiszolgálását (interneten keresztül), az operatív adminisztrációt (az üres állások és a munkára jelentkezők online párosításával), a munkatársak belső információs rendszerét (AMS-Intranet), továbbá a munkaerő-piaci információkat, az adattárházon keresztül. Az AMS számára hozzáférhetők a tb adatbázisai.

A munkanélküli-ellátórendszer Ausztriában megmaradt háromlépcsősnek. Járadékra a biztosítottak jogosultak, meghatározott kritériumok szerint. Ez áll egy alapösszegeből, továbbá a hozzátartozók utáni családi pótlékból, végül egy kiegészítő pótlékból, aminek az a funkciója, hogy az előbbi kettőt egy meghatározott szint fölé emelje. A járadék elvileg 20 hétig folyósítható, de az életkor és a biztosított munkaviszony hosszával arányosan növekszik, maximum egy évre. A járadék és a gyes lejárta után munkanélküli-segély igényelhető, a rászorultak részéről. Ez korlátlan ideig jár, de évente újra kell kérelmezni. Aki se járadékra, se munkanélküli-segélyre nem jogosult, és rossz anyagi körülmények között él, az önkormányzattól kaphat szociális segélyt.

Speciális problémákkal terhelt csoportok számára -- mint pl. a gyesről visszatérő szülők, adóssággal, lakáshiánnyal küszködők, börtönből szabadultak, szenvedélybetegek, drogfüggők, bevándorlók stb. -- a szociál-ökonómiai vállalatok (SÖB) biztosítanak tanácsadást és gondozást, részben az AMS, részben az önkormányzatok, ill. más szponzorok finanszírozásával.

A SÖB „munkahelyteremtés” címszó alatt szerepel az aktív munkaerő-piaci eszközök között. Az AMS normatív szabállyal rendelkezik ezek igénybevételéről. Arra használják őket, hogy piacközeli, mégis relatív védett, határozott ideig fennálló munkahelyek rendelkezésre bocsátásával segítsék a nehezen elhelyezhető személyeket mindazon képességük helyreállításában, amelyek előfeltételét képezik a normál (támogatás nélküli) munkahelyeken való elhelyezkedésüknek. Ehhez az AMS az alábbi „tevékenységeket” vásárolja meg a SÖB-öktől:

- átmeneti munkahelyek rendelkezésre bocsátása,
- gondozási és képzési lehetőségek megszervezése a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű emberek számára, egy gazdálkodó üzem keretében,
- az átmenetileg foglalkoztatott személyek kiközvetítési akadályainak elhárítása, és reintegrálásuk a támogatás nélküli munkák világába,
- a tranzit foglalkoztatottak reintegrációs esélyeinek javítása, célirányos képzéssel.

***Milyen tapasztalatok hasznosíthatók Magyarországon az osztrák modellből?***

Az osztrák modell hasznosítása során előnyt jelent a közelsége, az ismertsége és a két rendszer felépítésének hasonlósága. A problémák azonban már nagy különbséget mutatnak. Míg Ausztria minden munkaerő-piaci mutató tekintetében az Európai foglalkoztatási stratégia hosszú távú célkitűzéseinek a közelében van, mi ezektől távol állunk. Ráadásul nálunk gazdagabb ország lévén viszonylag nagy számú (4200 fő) és igen jó munkafeltételek között dolgozó szakemberállományt képes fenntartani a biztosítottak befizetéseiből. Ezek között kiemelkedő jelentősége van a fejlett info-kommunikációs háttérnek és a munka eredményességét elősegítő információs rendszernek. Ennek kialakítása Magyarországon lépten-nyomon adatvédelmi korlátokba ütközik.

Ausztriában a szervezeti reform már a 90-es évek első felében lezajlott, amikor közszolgáltató vállalkozássá alakult a szervezet, a szociális partnerek felügyelete alatt. Ez az egyéni teljesítményeket fokozó érdekeltségi rendszer bevezetését tette lehetővé. Az üzleti megfontolások azonban nem terjednek ki az ügyfeleknek nyújtott szolgáltatásokra, lévén, hogy azok *ingyenesek*. Magyarországon ezzel szemben állami hivatalként működik a szervezet, a munkavégzés eredményességétől alig függő bérezésben részesülő köztisztviselőkkel és közalkalmazottakkal. Valójában azt sem lehet tudni, hogy hol van – ha van egyáltalán – a szervezet irányító központja.

Noha egyablakos ügyintézésről beszélnek Ausztriában, a tartós munkanélküliek problémájával mégis megosztva foglalkoznak a munkaerő-piaci szolgálatok és az önkormányzatok. Az összekötő kapocs szerepét a SÖB-ök töltik be, ahova mind a két irányból (és finanszírozással) be lehet lépni. Ezek működési feltételeit sokan ismerik és irigylik nálunk. Noha több mint egy évtizede zajlik folyamatos tapasztalatcsere a két szervezet között, mégsem jutottunk el oda, hogy olyan stabil szabályrendszert léptessünk életbe a hasonló funkciót betölteni képes hazai nonprofit szervezetek számára, melyek mellett nálunk is be tudnák teljesíteni azt a társadalmi küldetést, amit Ausztriában.

Annak is tudatában kell lenni azonban, hogy Magyarországon a hátrányos helyzetű csoportokba sokkal többen tartoznak, mint amennyi embernek a gondozásához a nonprofit szervezetek kapacitással rendelkeznek. Továbbá: a SÖB-ök által vállalt projektek igen

költségesek, aminek hazai adaptálását a szűkös anyagi lehetőségek is korlátok közé szoríthatják.

## **Dánia**

A munkaerő-piaci reform Dániában 1994-ben kezdődött. Ennek hatására egészségesen fejlődött a munkaerőpiac. Az ifjúsági és a tartós munkanélküliség megelőzése és aktív kezelése érdekében tett erőfeszítések eredményeként az ifjúsági munkanélküliségi ráta 8,9%-ról 6%-ra, a tartós munkanélküliek alapján számított ráta pedig 2,4%-ról 1,5%-ra csökkent 1992--97 között. A munkanélküliek aktiválásának Európa-szerte követett példáját is ők találták ki, a *munkarotációs* modellel. Ezek a megoldások együtt jártak a szociális ellátások hozzáférhetőségének és feltételeinek a megszigorításával. Példa erre, hogy a támogatott foglalkoztatás nem biztosíthat többé jogszerző időt a járadékfolyósításhoz.

2003-ban újabb munkaerő-piaci reform indult, „*dolgozzanak többen!*” jelszóval. A program a 32 aktív munkaerő-piaci eszközt összevonta három csoportba. Előírták továbbá, hogy minden felnőtt munkanélküli munkanélkülisége első évének letelte után köteles részt venni aktív munkaerő-piaci programban. Az ezt követő állástalanul töltött idő 75%-át ugyancsak valamilyen aktív eszközben való részvétellel kell tölteni, s csak a fennmaradó egynegyed telhet passzív segélyezéssel.

Jelenleg a 2007-ben bevezetendő *közigazgatási reform* előkészítésén dolgoznak. Ennek során a 275 önkormányzat számát százra csökkentik, a 14 megyéjét pedig négyre. Átszervezik a munkanélküliek támogatási és aktivizálási rendszerét is. Az áfsz jelenleg a (szakszervezetek által működtetett) munkanélküli-biztosítási alapokkal közösen visel felelősséget a munkanélküliek többségéért: azokért, akik valamilyen biztosítási alap tagjai. A nem biztosítottakról az önkormányzatok gondoskodnak. Ugyanakkor mindkettő munkaerő-piaci intervencióinak a szakmai irányítása, koordinációja 2002 óta a Foglalkoztatási Minisztérium felügyelete alatt működő Nemzeti Munkaerő-piaci Hivatal hatáskörébe tartozik.

Az áfsz az alábbi három fő tevékenységet végzi:

- az álláskeresővel kapcsolatos feladatokat lát el,

- a vállalatoknak nyújt szolgáltatásokat (beleértve a díjazás ellenében vállalt személyügyi megbízások teljesítését és a válságkezelést), valamint
- nyomon követi a munkaerő-piaci folyamatokat.

Az önkormányzatok pedig ez ideig a nem biztosított munkanélküliek szociális segélyezésével és munkaerőpiacra való visszajuttatásuk elősegítésével foglalkoztak.

*A közigazgatási reform részekét -- az áfsz és a majdani 100 önkormányzat részvételével --közös job-centereket hoznak létre, feladataik integrálásával. A formális megosztottság a biztosított és nem-biztosított munkanélküliek között megmarad, mégpedig úgy, hogy az előbbiekről az állam által fenntartott áfsz, az utóbbiakról pedig az önkormányzatok gondoskodnak. Az új rendszerben a szükségletek felmérését – az ellátás típusától függetlenül -- az áfsz és az önkormányzatok ugyanazon elvek mentén végzik.*

A tizennégyből négyre csökkenő regionális központok feladata lesz a munkaerő-piaci folyamatok nyomon követése, és azoknak a speciális alapoknak a menedzselése, amelyek a szűk keresztmetszetek (munkaerőhiány és tömeges elbocsátások) feloldását szolgálják. A stratégiai célok önkormányzati szintű teljesítését részletes monitorozással követik, ami lehetővé teszi a régióknak, hogy beavatkozzanak, ha az előirányzatok veszélybe kerülnek.

### ***Milyen tanulságokkal szolgál Magyarország számára a dán példa?***

A dán foglalkoztatáspolitikai vonzó gazdasági és munkaerő-piaci környezete nehezen vethető össze az annál jóval kedvezőtlenebb magyar munkaerő-piaci helyzettel. Ennek ellenére van a dán modellnek néhány figyelemreméltó eleme.

Az egyik a *munkarotációs* modell, aminek adaptálásával sok munkanélkülit készíthetnénk fel pl. a gyermekgondozási szabadságra távozók helyettesítésére. A közhasznú foglalkoztatásban való körforgásnak is gyorsan véget lehetne vetni annak a szabálynak az átvételével, amely a járadékra jogosultság megszerzésénél nem ismeri el jogszerző időnek a támogatott foglalkoztatás időtartamát. Az ezzel járó feszültségeket azonban csak akkor szabad vállalni, ha piaci munkahelyek formájában alternatívát tudunk kínálni.

Az EU iránymutatásával összhangban Dániában is *kötelező a részvétel valamely aktív munkaerő-piaci eszközben*, legkésőbb a munkanélküliség 12. hónapjának eltelte után. Ezt követően viszont az az előírás érvényes, hogy a munka nélkül töltött időt 75%-ban aktív eszközben való részvétellel kell kitölteni, s csak a fennmaradó negyede telhet segélyezéssel. Félő, hogy ilyen kötelezettséget a magyar Állami Foglalkoztatási Szolgálat azért nem tudna támasztani a munkanélküliekkel szemben, mert az aktív eszközökben való részvételt nem tudná megfinanszírozni. Ráadásul ennek nyomon követéséhez szükség lenne azoknak a digitális technológiáknak a széles körű alkalmazására is, amelyek Dániában rendelkezésre állnak, nálunk viszont nem.

*Az önkormányzatok és az áfsz-ek közötti együttműködés* intézményesítése szintén figyelemre méltó fejlemény a magyar munkaerő-piaci szervezet szempontjából. Megkönnyítette a koordinációt, hogy mindkét partner munkaerő-piaci tevékenysége már eddig is közös központi irányítás alá tartozott. Nálunk ez más-más minisztérium felelőssége. Még nagyobb -- és áthidalhatatlan -- a különbség az önkormányzatok száma között (ott száz, nálunk 3200).

Viszonylag új jelenségnek számítanak a díjazás ellenében nyújtott speciális munkáltatói szolgáltatások Dániában. Magyarországon erre a munkaügyi szervezetnek nincs kapacitása, s talán felkészültsége sem. A munkáltatók is valószínűleg inkább lemondának az Állami Foglalkoztatási Szolgálattól megrendelhető szolgáltatásokról, mint fizetnének érte.

## **Egyesült Királyság**

Az Egyesült Királyságban az elmúlt 10 évben számos reform léptékű intézkedés történt a foglalkoztatáspolitikai célok teljesüléséért. A reformok sikeres végrehajtásának egyik legfontosabb feltétele az volt, hogy *a kormányzat érvényesíteni tudta a foglalkoztatás bővítésére irányuló céloknak és szempontoknak az adó- és szociálpolitika területén való figyelembe vételét*. A foglalkoztatáspolitikai szűken vett eszközrendszerén túl a kormány a foglalkoztatás bővítése és az inaktivitás csökkentése érdekében, elsősorban a szociálpolitika és az adópolitika eszközrendszerére építve, az „*érje meg dolgozni*” elv szigorú betartására helyezte a hangsúlyt. Ezt szolgálta/szolgálja a munkanélküli- és egyéb szociális ellátások viszonylag alacsony szintje, az alacsony bérű munkákat terhelő adók és járulékok

csökkentése, továbbá az alacsony bérű munkák elfogadására ösztönző tax credit rendszer több lépcsőben történő bevezetése.

Az angol foglalkoztatási szolgálat reformját az aktív korúaknak nyújtott pénzbeli ellátásokért felelős intézmények összevonása, a munkavállalásra ösztönző ellátások bevezetése (a munkanélküli-ellátás álláskeresői juttatásra történt átkeresztelése a munkakeresésre irányuló elvárást testesíti meg), az aktiváló szolgáltatások fejlesztése, továbbá egyes munkaerő-piaci szolgáltatások kiszervezése jellemezte. A reformok szükségességét elsősorban az inaktívak, közöttük is a szociális ellátásokat igénybe vevők nagy száma indokolta, a magas foglalkoztatási ráta ellenére.

Az angol foglalkoztatási szolgálat átalakítása a foglalkoztatáspolitikai végrehajtásért, valamint a szociális és társadalombiztosításért felelős minisztériumok összevonásával vette kezdetét. Ez az intézményi reform megnyitotta a kaput a munkanélküli- és szociális ellátórendszerek integrálása előtt, amelynek eredményeként 2002-től elkezdődött a Jobcentre Plus hálózat kiépítése. Ezzel 2006-ra fokozatosan létrejön egy olyan egyablakos rendszer, ahol az aktív korúaknak nyújtott pénzbeli ellátások igénylése egy helyen történik, az álláskereső elsődlegessége szempontjának következetes érvényesítése mellett.

***Milyen következtetéseket vonhatunk le az angol foglalkoztatási szolgálat átalakításából?***

A hazai foglalkoztatáspolitikai legnagyobb kihívása az aktív korú inaktívak munkaerőpiacra való belépésének elősegítése, tehát a foglalkoztatáspolitikai törekvések hasonlóságot mutatnak az angolokéval. Ezt a célt több uniós tagállam a munkanélküli- és szociális ellátó- és szolgáltatórendszer bizonyos fokú integrációjával kívánja elérni. Ezt az irányt követi Magyarország is. Az Egyesült Királyságban az integrált rendszer kialakítását nagymértékben elősegítette az, hogy a szociális segélyezés kezelése az önkormányzatoktól független, országos hálózattal rendelkező Segélyezési Ügynökségeken keresztül történt. Ennek hangsúlyozása azért fontos, mert Magyarországon az önkormányzati hatáskörben lévő szociális segélyezés rendszere rövid távon nem teszi lehetővé olyan integrált ellátórendszer létrehozását, ahol a munkanélküli- és szociális ellátásokat egy intézményrendszer kezeli és irányítja. Magyarországon reális esélye rövidebb távon azoknak az intézkedéseknek lehet, amelyek a



munkaügyi és szociális intézmények közötti koordináció intézményes mechanizmusainak kidolgozására irányulnak.

Az angol modell további elemeket is tartalmaz, amelyek a hazai viszonyok között fontossággal bírnak. Ezek közé tartozik a *munkaerő-piaci szolgáltatások kiszervezésének* elterjesztése. Angliában -- ahogy több más uniós tagállamban -- a szolgáltatások biztosításában profit és nonprofit szervezetek is egyre nagyobb szerepet kapnak, az elszámolhatóság és hatékonyság növelése érdekében. Ugyancsak figyelmet érdemel, hogy az állásközvetítés áll a szervezet tevékenységének középpontjában, mind a stratégiakészítés, mind pedig a végrehajtás szintjén. Ennek szolgálatába állítják pénzügyi és humán erőforrásai nagy részét, kiemelt figyelmet fordítva a munkáltatói kapcsolattartásra, és azoknak a csatornáknak (jól működő internetes felületek, call centerek, stb.) a megteremtésére, amelyek az elmúlt években szélesítették mind a munkaadók, mind pedig a munkavállalók részéről a szervezet szolgáltatásai iránti keresletet. Ebben az irányban már hazánkban is megindultak a fejlesztések (az uniós forrásokból finanszírozott ÁFSZ modernizációs program keretében), azonban hosszú távon szélesebb intézményi reformok kidolgozása és végrehajtása szükséges foglalkoztatáspolitikai céljaink eléréséhez. Csak így reménykedhetünk az állás kínálat angliaihoz hasonló „túlburjánzásában”, továbbá az egyéni érdekeltség megteremtésében a viszonylag rosszul fizetett, atipikus munkák elfogadására, ami a brit állásajánlatok nagy részét jellemzi.

## **Finnország**

Finnországban az állami foglalkoztatási szolgálatot közvetlenül a Munkaügyi Minisztérium irányítja, a 15 regionális foglalkoztatási és gazdaságfejlesztési központon keresztül. A helyi irodák száma 130.

A munkanélküli-biztosítási alapokat Finnországban is a szakszervezetek működtetik, amelyek *keresetarányos munkanélküli-járadékot* folyósítanak tagjaiknak. A nem szakszervezeti tagok a Társadalombiztosítási Intézetnek fizetnek járulékot, s kapnak ezért cserében *fix összegű munkanélküli-alapjáradékot*. Aki még vagy már nem jogosult biztosítási típusú ellátásra, az az

államtól kaphat *munkaerő-piaci támogatást*, ugyancsak a Társadalombiztosítási Intézet közvetítésével. Ez a *rászorultaknak* jár, mégpedig *korlátlan* ideig.

A finn munkaerő-piaci reformot, ami még ma is tart, több lépésben vezették be. Az első szakaszban a szolgáltatások fejlesztésére került sor, a második szakaszban pedig az áfsz szervezeti struktúrájának átalakítására. Ennek során lényegében két irányban indult meg a fejlesztés. A hagyományos funkciókat (állásközvetítés, tanácsadás, aktív eszközök működtetése) a foglalkoztatási központok látják el, elsősorban azokra az álláskeresőkre és munkanélküliekre fókuszálva, akik esetében a munkaerőpiacra való belépés segítése kevésbé igényel komplex megközelítést. Az elmúlt években végbement fejlesztések -- amelyek átfogó célja a foglalkoztatás bővítése, a munkához jutás elősegítése -- egy része arra irányult, hogy a munkaerő-piaci reintegrációt segítő szolgáltatások hatékonyságát növeljék, alapvetően az e-szolgáltatások és az önkiszolgáló rendszerek fejlesztésén keresztül.

A munkaerőpiacon leghátrányosabb helyzetben lévő emberek munkavállalását akadályozó összetett problémák kezelésére integrált -- munkaerő-piaci és szociális -- szolgáltatást nyújtó intézményrendszert alakítottak ki, azzal a céllal, hogy a munkavállalást elősegítő szolgáltatások nyújtása lehetőleg egy helyen történjen, megakadályozva ezáltal a tartós munkanélküliek problémáinak egymástól elkülönült kezelését, és elősegítve az ügyfelek nyomon követését a különböző rendszerek között. Mindez egyúttal hozzájárult annak a szemléletnek a megerősödéséhez is a különböző területek szakemberei között, hogy elsődleges szempontnak minden szereplő számára a munkaerő-piaci reintegráció elősegítését kell tekinteni.

*2002-2003-ban kísérleti jelleggel 25, munkanélküliséggel nagymértékben sújtott nagyvárosban hoztak létre integrált szolgáltató központokat. Ezek „egyablakos” rendszerben biztosítanak munkaerő-piaci szolgáltatásokat a munkaügyi szervezet által, továbbá szociális és egészségügyi szolgáltatást az önkormányzatokon keresztül. Ugyanitt elérhetők a Társadalombiztosítási Intézet ellátásai is.*

Előzetes értékelések szerint az új kezdeményezést az ügyfelek és a munkatársak egyaránt elégedettséggel fogadták, de rávilágítottak azokra a kockázatokra is, amelyeket a

foglalkoztatási központokkal párhuzamosan létrehozott integrált szolgáltató központok magukban hordoznak. Elsősorban az ügyfélkör szétválasztásából adódó stigmatizáció veszélyére hívták fel a figyelmet, továbbá azokra a nehézségekre, amelyek a három szervezet munkatársainak eltérő gondolkodásmódjából adódnak.

Némi irányváltással 2004--2006-ban is folytatódott a szervezeti reform. Ennek során markánsabb választóvonalat húztak az áfsz két fő fejlesztési iránya közé. A piacorientált munkaközvetítés bázisai az álláskereső-központok lettek, ahol a vállalatok szakképzett munkaerő iránti szükségletét elégítik ki, és a problémamentes ügyfeleket igyekeznek mielőbb elhelyezni. A nehezen elhelyezhető ügyfelek számára ugyanakkor 40 új munkaerő-szolgáltató központot hoznak létre, többek között a meglévő 25 integrált szolgáltató központ átalakításával. Ezek nem újabb irodák, szervezetek, hanem egymással együttműködő szolgáltató hálózatok, ahova az illetékes regionális és helyi hatóságok, intézmények delegálják szakembereiket. Számukra közösen használható adatbázisokat alakítanak ki. A munkaerő-piaci reintegrációhoz piaci és nem piaci szolgáltatók egész sorát vehetik igénybe.

A korábbi reformok a pénzbeli ellátások rendszerét nem érintették. Időközben azonban kiderült, hogy a munkaerő-piaci támogatás aktivizáló funkciójának megerősítése nélkül nehezen mozdíthatók ki a tartós munkanélküliek a passzív segélyezésből. Ezért létrehoztak egy kormányközi munkacsoportot azért, hogy készítsen javaslatot a munkanélküliek anyagi biztonságát finanszírozó rendszer reformjára. A munkacsoport a következőket javasolta:

- A munkaerő-piaci támogatás úgy változzon, hogy egy bizonyos hosszúságú munka nélkül töltött idő után az anyagi segítségért cserébe követeljenek ellenszolgáltatást a kezdvezményezettől.
- Vezessenek be egy speciális aktív időszakot, ami alatt nagyobb intenzitással nyújtanak munkaerő-piaci szolgáltatásokat és eszközöket a segélyezetteknek. (500 nap segélyfolyósítás után az aktív időszaknak a munka nélkül töltött négy éven belül el kell érnie a két évet.)
- A foglalkoztatási hivatalok alapszolgáltatásait mozgósítsák a tartós munkanélküliségbe való beáramlás megállítására érdekében.
- Úgy módosítsák a kormány és az önkormányzatok felelősségét, hogy a foglalkoztatási célokkal összhangban nagyobb aktivitásra ösztönözzön.

Ezeknek az intézkedéseknek a bevezetésére a jövő évtől kerül sor. A munkacsoport azonban kihangsúlyozta, hogy a reformcélok megvalósításához arra is szükség van, hogy bővüljön a foglalkoztatási lehetőség a munkaerőpiac alacsony termelékenységű szektoraiban.

### ***A finnországi tapasztalatok hazai hasznosítása***

A finn tapasztalatok is arról győznek meg, hogy a magyar állami foglalkoztatási szolgálat (ÁFSZ) jövőjére vonatkozó stratégia tervezése során, a magyar munkaerőpiac sajátosságaiból kiindulva -- hasonlóan az Európai Unió más tagállamaihoz -- a munkaerő-piaci és szociális ellátó és/vagy szolgáltató rendszer integrációja irányába szükséges elmozdulni. Erre meg is van a szándék. Jelenleg annak vizsgálata van napirenden, hogy hosszabb távon az integráció mely területeken és milyen mélységben történjen meg. Érintse-e az ellátások, a segélyezés és a szolgáltatások rendszerét, az ÁFSZ bázisán jöjjön-e létre, vagy a munkaerő-piaci és szociális rendszerek közötti együttműködés intézményeinek kialakításával induljunk-e el az integráció irányába? A helyes megoldás megtalálására kísérleti program indult a HEFOP 2.2.2 keretében, amelynek célja a társadalmi befogadás elősegítése a szociális és munkaügyi szolgáltatások együttműködési modelljének kidolgozásával.

A finn modell adaptálhatóságának vizsgálatakor ugyancsak figyelembe kell venni a két ország és rendszereik közötti hasonlóságokat és eltéréseket. Finnországban a munkaügyi, a társadalombiztosítási és szociális ellátórendszer több minisztérium irányítása alá tartozik. A munkanélküli-ellátások folyósításával kapcsolatos adminisztráció nem a foglalkoztatási szolgálat feladata, hanem a társadalombiztosítási irodáké. Az eltérő hazai önkormányzati rendszer jelenleg nem, vagy csak korlátozottan teszi lehetővé egy az egyben a modell hazai viszonyok közé való átültetését, nem is beszélve a társadalombiztosítási szervezetek integrálásáról. Továbbá, megfontolásra érdemes a finn rendszerrel kapcsolatban megfogalmazott azon észrevétel is, hogy a két intézményrendszer az ügyfelek és szolgáltatások elkülönülését, és ezáltal a szolgáltatások negatív megítélését eredményezheti.

Ezt elkerülendő, vonzó megoldás a finn modellben a kísérleti jelleg. Egyfelől nem országos rendszert építenek ki, hanem a problémák sűrűsödési pontjaira koncentrálnak meg

helyszíneket (a 130 foglalkoztatási hivattal és a 450 önkormányzattal szemben csak 40 településen állítanak fel integrált munkaerő-szolgáltató központokat). Emögött az a megfontolás áll, hogy ide az ügyfelek csak a foglalkoztatási hivatalokon vagy az önkormányzatokon keresztül kerülhetnek be.

Bízni lehet a finn példa hazai elfogadtathatóságában azért is, mert nem új szervezetet hoz létre, hanem együttműködő szakértői csoportot, amelybe a foglalkoztatási hivatal, az önkormányzatok és a Társadalombiztosítási Intézet egyaránt delegál szakembereket. Az egyéni hátrányok felszámolásában pedig nyereségorientált és nonprofit szervezetek egész sora működik közre. A multifunkcionális szolgáltatások egy helyen történő biztosítása mindenképpen hozzájárul a munkaerőpiacról tartósan kirekesztődött emberek problémáinak komplex kezeléséhez és ahhoz, hogy a munkaerőpiac közelében maradjanak vagy visszakerüljenek oda azok az emberek is, akiknek megszakadt vagy meglazult a kapcsolata a foglalkoztatási szolgálattal.

Sokat lehet tanulni a finn álláskereső-központok szolgáltatásainak fejlesztéséből is, különös tekintettel az IKT által támogatott elektronikus szolgáltatásokra. Ugyancsak érdekes, bár nem feltétlenül követendő kezdeményezésnek tűnnek a vállalati megrendelésre, díjazás ellenében végzett szolgáltatások.

Végül, Finnország azon kevés országok egyike, ahol közvetlenül a Munkaügyi Minisztérium irányítja a szervezetet. Meg lehet tapasztalni, hogy az egységes elvek és munkamódszer szerint működő hálózat kialakításához és fenntartásához milyen nagy és jól felkészült apparátusra van szükség.

## **Hollandia**

Hollandiában az aktív munkaerő-piaci politikák végrehajtási rendszerének reformját egyrészt a rendkívül tagolt és sokszereplős rendszeren belüli koordináció és intézményes együttműködés mechanizmusainak megteremtése, másrészt a szolgáltatások egy részének kiszervezése jellemzi. A reformok több kormányzati cikluson átívelően, egymásra épülő lépésekből építkeztek, és -- bár nem egyidejűleg, de -- a pénzbeli ellátások rendszere és a

szolgáltatórendszer azonos célok mentén került átalakításra. A reform végrehajtása jelenleg is folyamatban van, ezért az új rendszer eredményességének és hatékonyságának értékeléséhez még nem állnak rendelkezésre információk. Az mindenesetre elmondható, hogy -- a holland szisztéma sajátos feltételrendszere mellett -- a többi uniós tagállamban tervezett vagy már megvalósított reformmal azonos irányba mutatnak a változások.

### ***Tanulságok***

A holland reformok is tanulságokkal szolgálhatnak a magyar ÁFSZ fejlesztéséhez, a két ország helyzete közötti nyilvánvaló és jelentős különbségek ellenére is. Hollandia munkaerő-piaci helyzete a foglalkoztatási mutatók tükrében jóval kedvezőbb, mint Magyarorszáé. A legfontosabb kihívások tekintetében ugyanakkor hasonlóságok is megfigyelhetők. Ezek közé tartozik mindenekelőtt az inaktívak magas aránya (és azon belül a rokkantnyugdíjasok magas száma). A magyar munkaerőpiac kontextusában is releváns lehet a reform jelszava, ami a munka elsőbbségét hangsúlyozza a pénzbeli ellátásokkal szemben (és ami egyébként az intézményrendszer magyarra nehezen lefordítható elnevezésében is megjelenik), valamint az, hogy ezt az elvet az aktív korúaknak állástalanság okán nyújtott minden ellátás esetében érvényesnek kell tekinteni. Ebből a megközelítésből következnek az inaktívak és a munkanélküliek integrált szolgáltatórendszerben történő kezelése irányába tett lépések, ami szintén megfeleltethető a hazai foglalkoztatáspolitikai törekvéseknek. Hollandiában az intézményi reformok végrehajtását -- továbbá az ellátórendszert és az intézményrendszert érintő reformok összehangolását is -- feltehetően nagyban megkönnyíti, hogy a munkaügyi, a társadalombiztosítási és a szociális ellátórendszer egyazon minisztérium irányítása alá tartozik. Bízató jel, hogy ez megtörtént már nálunk is.

A foglalkoztatáspolitikai végrehajtási rendszerét nézve szintén találhatunk hasonlóságokat: az intézményrendszer tagoltságát, különös tekintettel az önkormányzatok szerepére az aktív korú nem foglalkoztatott emberekre irányuló intézkedések végrehajtásában. A holland reform fontos jellemzője, hogy nem intézmények összevonásával, hanem a különböző fenntartókhoz tartozó szervezetek közötti koordináció intézményes mechanizmusainak megteremtésével kívánja az új működési modellt létrehozni. Az ügyfelek irányába egyablakosként funkcionáló rendszer kialakítása nem érinti az azon a bizonyos ablakon keresztül elérhető különböző intézmények önállóságát. Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy Hollandiában az intézmények összeolvasztása nélkül is egyértelmű törekvés van arra, hogy az ügyfelek számára a

szolgáltatások fizikailag is egy helyen legyenek elérhetők. Ennek a megvalósíthatósága Magyarországon nem - vagy csak nagyon korlátozottan - tűnik reálisnak.

Az önkormányzatoknak mindkét országban szerepe van a foglalkoztatáspolitikai eszközrendszerének működtetésében. Magyarországhoz képest döntő különbség azonban az, hogy Hollandiában az önkormányzatoknak munkaerő-piaci szolgáltatásokat kell biztosítaniuk (szolgáltatásvásárlás útján) azoknak a munkavállalási korúaknak, akik valamilyen, az önkormányzat által nyújtott ellátásban részesülnek. A központi kormányzat a foglalkoztatási célokat szolgáló pénzügyi forrásokat olyan megállapodások keretében adja át az önkormányzatoknak, amelyek alapján a szakmai célok teljesülése nyomon követhető és számon kérhető. Fontos ugyanakkor azt is megemlíteni, hogy ez a rendszer olyan közigazgatási struktúra keretei között működik, amely mintegy 460 önkormányzatra épül -- szemben a hazai 3200 önkormányzattal álló rendszerrel. A közigazgatási rendszereknek ez a különbsége az egyik legfontosabb korlátja a tapasztalatok átültethetőségének, és egyúttal az integrált foglalkoztatási és szociális szolgáltatórendszer hazai megvalósíthatóságának is.

## **Németország**

A reformfolyamat Németországban 1998-ban kezdődött, amikor a foglalkoztatási törvényt beépítették a szociális törvénykönyvbe. Az „*aktivizáló szociális állam*” jegyében, amely „*követel és támogat*”, a szociális védelmet és az elhelyezkedési esélyek javítását összekapcsolták a munkakeresők és munkanélküliek egyéni aktivitásának és felelősségének számonkérésével. A cél: gyorsabb beilleszkedés a munkaerőpiacon. Az ennek megfelelő új lépéseket a munkaerő-piaci politika a Job AQTIV törvényekkel vezette be. A foglalkoztatás elősegítésének korábban reaktív természetű jogi szabályozását a preventív jelleg váltotta fel, különösen a munkakeresők közvetítése és tanácsadása területén (profiling rendszeresítése, beilleszkedési megállapodások kötése), továbbá a foglalkoztatott munkavállalók képzésével.

A „modern szolgáltatások a munkaerőpiacon” törvények közül az első kettő új foglalkoztatási lehetőségeket kínált az álláskeresőknél (munkaerő-kölcsönzés, Ich-AG, Mini-job, Midi-job formájában). A harmadik lerakta az alapot ahhoz, hogy a Foglalkoztatási Ügynökség (a *Bundesagentur=BA magyar fordításaként használt Foglalkoztatási Ügynökséget a későbbiekben FÜ-ként rövidítjük*) modern munkaerő-piaci szolgáltatóvá váljék. A BA egész

szervezetének a munkaközvetítés mint alapszolgáltatás eredményességét kell segítenie. A szervezeti reformot a támogatások és ellátások jogszabályi feltételeinek egyszerűsítése támasztotta alá.

*A munkanélküli- és szociális segély összevonása, és ezek helyettesítése az álláskeresők alapszolgáltatásával* 2005. január 1-től újabb reformlépés volt. A munkavállalásra kész álláskeresőknél először áll rendelkezésükre olyan egységes támogatási rendszer, amely az érintetteknek minden olyan szolgáltatást és megélhetési támogatást egy helyen biztosít, amire szükség van munkába állításukhoz. Intenzív támogatásnyújtási lehetőséggel rendelkező esetmenedzserek dolgoznak azon, hogy a helyi munkaerő-piaci szereplők mozgósításával és személyre szabott szolgáltatásokkal teremtsék meg a feltételeket a tartós munkanélküliek lehetőleg gyors elhelyezéséhez. Különleges bánásmódban részesülnek a 25 éven aluli fiatalok, akiknek mindegyike kap ajánlatot képzésre, állásra vagy támogatott foglalkoztatásra.

A fenti négy törvény újraszabályozta a munkát kereső emberek, a gondozó intézmények és a munkaügyi szolgálatok közötti kapcsolatokat, szétbontotta a megmerevedett munkaerő-piaci struktúrát, és újraszabályozta az egyéni felelősség és az állami támogatás viszonyát.

A munkaerő-piaci reformokat fontos munkajogi reformok kísérték. A felmondásvédelmi törvény megváltoztatásával, továbbá a részmunkaidőről és a határozott idejű foglalkoztatásról szóló törvényekkel segítették elő a munkaerő-felvételt, különösen a kisvállalatoknál.

A Szövetségi Foglalkoztatási Ügynökség a legnagyobb átalakításon esett át, ami valaha egy hatóságot Németországban érinthetett. Többek között az alábbi lépésekre került sor.

#### *A közvetítési folyamat megelőzésre irányítása*

A közvetítési eljárás új rendjét úgy tervezték meg, hogy azoknak az egyéneknek, akiket munkaszerződésük megszűnése veszélyeztet, azonnal álláskeresőként kell jelentkezniük, amint megtudják munkaviszonyuk befejezésének időpontját. Már ekkor megkezdődik a foglalkoztatási ügynökség a pályázati profil megrajzolását és az elhelyezkedés perspektívájának megtárgyalását. Ezen információk birtokában egyéni közvetítési stratégiát



dolgoznak ki, és annak lépéseit rögzítik az álláskeresővel együtt megkötendő integrációs megállapodásban. Minden személynek, aki járadékért folyamodik, folyamatosan rendelkezésre kell állnia kiközvetítésre, és teljesítenie kell azokat a kötelezettségeket, amelyeket az integrációs megállapodás tartalmaz.

A munkáltatóknak nem kötelező bejelenteniük üres állásaikat. De ha igénylik a közvetítést, akkor ők is kötelesek részt venni az eljárásban. A munkáltatók jogosultak tanácsadás igénybevételére is. A foglalkoztatási ügynökségek a közvetítést és tanácsadást általában ingyenesen végzik. Kivételes esetben a FÜ díjat szedhet a munkáltatótól azoknak a közvetítési költségeknek a fedezésére, amelyek idő- és költségigénye messze meghaladja az átlagot.

Magánszemélyek is szabadon ajánlhatnak képzési és közvetítő szolgáltatásokat, feltéve, hogy regisztrálták vállalkozásukat. Ehhez engedély már nem kell a FÜ-től. A magánszemélyek kérhetnek vagy elfogadhatnak pénzt ezekért a szolgáltatásokért, mind a munkáltatóktól, mind pedig az álláskeresőktől. Az utóbbi által fizetendő díjat azonban törvény korlátozza.

#### *A „jövő ügyfélközpontjának” felállítása*

A „jövő ügyfélcentrumának” optimálisan ki kell szolgálnia mind az álláskeresőket, mind a munkavállalókat, mind pedig a munkáltatókat. A FÜ ezen részlegeiben minden szolgáltatást gyorsabban, professzionálisabban és célzottabban kell biztosítani az ügyfeleknek, mint eddig. Utóbbiak különböző módon léphetnek kapcsolatba a foglalkoztatási szolgálattal: telefonon, Interneten keresztül vagy személyesen. Az ügyfélcentrum egyik legfontosabb részlege a szolgáltató központ (ServiceCenter).

Az ügyfelek bizonyos elhelyezési sorrend szerint léphetnek kapcsolatba a FÜ munkatársaival. Az ügyféláramlást terelik; a munkát keresőket beilleszkedési lehetőségeik és támogatási szükségleteik alapján különböző csoportokba sorolják.

A munkáltatók kiszolgálásához speciális időszáv áll rendelkezésre, továbbá folyamatosan biztosított az illetékes közvetítő elérhetősége. A közvetítőknek szakosodniuk kell: ahhoz,

hogy eredményesen kiválasszák a megfelelő jelöltet és a munkáltatók igényeit optimálisan figyelembe tudják venni, specifikus piaci és szakági ismeretekkel kell rendelkezniük.

### *Eredményesen vezetni és támogatni*

A Szövetségi Foglalkoztatási Ügynökség központja jelenleg már csak stratégiaalkotási kompetenciával, és személyileg megfogyatkozott számú irányítási egységekkel rendelkezik. A rugalmas projektmunka veszi át a merev szervezeti felépítés helyét; laposabb hierarchikus felépítés csökkenti a vezetési szinteket és beosztásokat. Az operatív feladatokat a központból a decentralizált egységekhez, nevezetesen a regionális igazgatóságokhoz delegálják. A stratégiai célok előírása és összekapcsolása a teljesítménykontrollal -- ez helyettesíti az eddigi vezetési és utasítási rendszert.

A célmegállapodások és a költségvetési folyamatok összekapcsolása az előfeltétele a FÜ új támogatási rendszere felépítésének. A forrásokról és azok eredményes felhasználásáról szóló célmegállapodások egymáshoz rendelik a kompetenciát és a felelősséget. Az üzletpolitikai célok elérését célindikátorokra bontják le, amelyek a FÜ minden szintjén az irányítási rendszer lényegét képezik. A célmegállapodások képezik a teljesítménymérés alapját a különböző vezetési szinteken. A célok nem egyszerű szándéknyilatkozatok, hanem kötelezően elérendő mutatók. Ezzel motiválják a munkatársakat az eredményes munkára. Ehhez folyamatos célkövetésre van szükség. Központi és regionális szinten értékelik a köztes eredményeket, s ha szükséges, intézkedéseket hoznak a célok betartására. Ugyanez történik a regionális igazgatóságok és a foglalkoztatási ügynökségek között is.

### *Virtuális munkaerőpiac*

2003. december elsején indult a virtuális munkaerőpiac. Azóta hetente 27 millióan keresik fel. Több mint 30 ezer munkáltató és 300 ezer pályázó maga tette fel ajánlatát az Internetre. Emellett a munkaközvetítők számára további 70 ezer üres állás áll rendelkezésre, amit az „állásrobot” (keresőprogram) azonosított a vállalatok internetes oldalán. A FÜ képes növelni a munkaerőpiac átláthatóságát és segíteni az egyének önálló beilleszkedési erőfeszítéseit. A

továbbiakban szükség van az egyéni pályázatok menedzselésére, és olyan funkciók kiépítésére, amelyek az ügynökség közvetítői munkáját támogatják.

### *A szociális és munkanélküli-segély összevonása az „álláskeresők alapbiztosításába”*

A munkanélküli- és szociális segélyből 2005. január 1-től új támogatást hoztak létre: a munkát keresők alapbiztosítását. Ennek révén a rászorulóknak intenzívebb támogatást kapnak beilleszkedésükhöz a munkaerőpiacra. A siker érdekében a FÜ és a szociális segélyezésért felelős szervek kapacitásait és kompetenciáját egyesítik, de kettős felügyelet alá helyezik.

A FÜ biztosítja a foglalkoztatást elősegítő szolgáltatásokat és aktív eszközöket (tanácsadás, közvetítés, közhasznú foglalkoztatás, képzés támogatása), továbbá a létfenntartó támogatásokat (ALG II., szociális segély, tb-járadékfizetés). Az önkormányzatok felelősek a lakhatási, fűtési támogatásért, a gyermekintézményi ellátásért, az adósságmenedzselésért, a szenvedélybetegek gondozásáért, a pszichológiai gondozásért és egyéb, személyre szabott válságkezelésért.

Ahhoz, hogy a felsorolt szolgáltatásokhoz és támogatásokhoz egy helyen jussanak hozzá a rászorulóknak, a munkaügyi és szociális szolgálatok a munkaügyi ügynökségen belül közös munkaközösségeket hoztak létre erre a feladatra. A szövetségi költségvetés állja az álláskeresők alapbiztosításának azokat a költségeit, amelyek a FÜ kompetenciájába tartoznak. A szociális szolgálat támogatásait az önkormányzatoknak kell fedezniük.

### *A német reformból hasznosítható tapasztalatok*

A német tapasztalatokra azért érdemes Magyarországon különösen odafigyelni, mert az eredeti hazai foglalkoztatási törvény német mintára készült. Igaz, hogy az utóbbi beolvadt a szociális törvénykönyvbe, de a miénk is szinte évente változott.

A német reform az összes vizsgált ország közül a legátfogóbb és legrészletesebb. Kiemelendő a munkaerő-piaci politika aktív jellegének erősítése, a „támogatni és követelni” elv összekapcsolása, a munkaügyi szervezet átalakítása szolgáltató ügynökséggé, valamint a

szociális és munkanélküli-segély összevonása. Az utóbbi nagyon hasonlít a brit álláskeresői segélyhez, amit mi is átvettünk, de anélkül, hogy ezt megpróbáltuk volna a két korábbi támogatási forma (álláskeresőt ösztönző juttatás + az aktív korúaknak állástalanság címén járó rendszeres szociális segély) helyébe állítani.

Az ellátórendszer átalakítását követte a *szervezeti reform*. Ennek során az önkormányzatokat felmentették a munkanélküliség miatti szociális segélyezés feladata alól, és ezt a funkciót a foglalkoztatási ügynökségre ruházták, a többi ellátással együtt. A kettős irányítás alatt álló új munkaközösségen belül a FÜ biztosítja a tartós munkanélkülieknek a munkanélküli-ellátásokat, munkaerő-piaci szolgáltatásokat és aktív eszközöket; az önkormányzatok pedig a munkavállalás előfeltételét képező szociális szolgáltatásokat.

Ennek a modellnek a követése -- a kiinduló helyzet hasonlósága miatt -- alternatív megoldást jelenthet számunkra is. Ám ahogy a németeknél sem volt könnyű, nálunk is nehéznek bizonyulhat az önkormányzati és munkaügyi szolgáltató feladatok összevonása. Hozzá kell tenni, hogy a német modell kevésbé centralizált, mint az angol, ugyanis az integráció a Szövetségi Foglalkoztatási Ügynökségen kívüli tb-ellátásokat nem érinti, így szervezeteiket sem.

Tanulással szolgálhat a német mintára felállított hazai munkaügyi szervezet számára az „agency-modell” meghonosítása is, amelynek keretében az irányítás (a kormány és a FÜ között kötendő) kétoldalú megállapodásokkal történik. Ugyancsak követésre érdemes az ügyféláramlás call centerek általi szabályozása, hasonlóan a britekhez. Hosszú adatvédelmi egyeztetés előzte meg annak engedélyezését, hogy az ügyfelek adatait a magánszektorba kiszereződött call centerek rögzíthessék.

Már eddig is átvettünk olyan német megoldásokat, amelyek az aktív munkaerő-piaci politika eszközeit az integrációs esélyek javítása irányába orientálták, mint pl. lehetőség a nonprofit munkaerő-kölcsönzők felállítására, a kék könyv -- a minijob mintájára, vagy az idős emberek munkában tartása -- részmunkaidős foglalkoztatással. A jó példákat ki lehet egészíteni azzal, hogy -- Dániához hasonlóan -- 2004-től Németországban sem lehet jogszerző időt gyűjteni a majdani járadékhoz a közhasznú foglalkoztatás ideje alatt.

## Norvégia

Norvégiában három foglalkoztatási és jóléti szolgálat működik: a Nemzeti Társadalombiztosítási Szolgálat, amely az összes biztosítási típusú ellátmány gazdája, a Munkaerő-piaci Igazgatóság, ahol a munkanélküliek regisztrációja és munkába helyezésük elősegítése történik, végül az önkormányzatok szociális szolgálata, amelyek szociális segélyezési feladatokat látnak el. Ezekben együttesen 16 ezren dolgoznak (teljes munkaidős létszámban kifejezve). A kormány azt szeretné, ha a foglalkoztatási és jóléti adminisztráció koordináltabbá és hatékonyabbá válna.

Előkészítés alatt van egy reform, amely a Nemzeti Társadalombiztosítási Szolgálatot és a Munkaerő-piaci Igazgatóságot megszüntetné. A helyükbe -- egyesített funkcióval -- felállítanak egy új *foglalkoztatási és jóléti kormányhivatalt*.

A kormány helyi szinten is össze akarja vonni a kormányzati foglalkoztatási és az önkormányzati jóléti irodákat. A 300 település mindegyikén létre kíván hozni egy közös „arcvonalbeli szolgáltatást” (Joint front-line service). Ezek egy helyen, sokféle szolgáltatást kínálnak a munkanélkülieknek és a vállalatoknak, a táppénzen lévő ügyfeleknek, a rokkantnyugdíjasoknak, az öregségi nyugdíjasoknak és a családi pótlékban részesülőknek. A foglalkoztatási és jóléti irodák kifizetőhelyként fognak funkcionálni, és képesek lesznek olyan intézkedéseket megtenni, amelyekre szükség van az egyéni igények kielégítéséhez. Felkészülnek pl. a munkavégző-képesség értékelésére, akciótervek/egyéni tervek készítésére, módjukban áll aktív munkaerő-piaci eszközöket mozgósítani, az álláskeresőknak és a munkáltatóknak szolgáltatásokat nyújtani.

Az integrált helyi szolgáltató irodák felállítása nem érinti a kormány és az önkormányzatok közötti feladatmegosztást. A központi kormány továbbra is a munkaerő-piaci politikáért visel felelősséget, valamint a Nemzeti Társadalombiztosítási Szolgálat alá tartozó nyugdíj- és járadékügyekért. A helyi önkormányzatok hatáskörébe pedig a jövőben is a szociális-jóléti szolgáltatások tartoznak.

A helyi foglalkoztatási-jóléti irodák szabályozott és kötelező erejű együttműködési megállapodásra fognak alapozódni, amit a központi kormány és a helyi önkormányzatok kötnek meg.

A norvég kormány számítása szerint a reform eredményeként nőni fog a foglalkoztatottság, és csökken az átlagos segélyezési idő. Ezt, továbbá a szervezeti összevonásokkal elérhető megtakarításokat figyelembe véve ez a reform annyi pénzt spórol meg az országnak, ami fedezni fogja az átszervezés költségeit.

A norvég reformelképzelések hozzák létre a *legcentralizáltabb* struktúrát az összes vizsgált ország közül. Talán csak az Egyesült Királyság kezdeményezései hasonlíthatók ehhez, de onnan is hiányzik az önkormányzati szint.

#### ***A norvég modell hasznosításának feltételei***

Ennek a modellnek a követését Magyarországon is célul lehet tűzni, de hosszú távon, több köztes lépcső meglépése után. Ehhez ugyanis az alábbi intézkedéseket kellene meghozni:

- Országos szinten ajánlatos a központi végrehajtó szervek (OEP, NYUFI, OOSZI, FH) fúziója.
- Kistérségi szinten integrált foglalkoztatási-jóléti szolgáltató központok felállítására van szükség. Ennek egyik részét a munkaügyi kirendeltségek képezik. Erre a szintre kellene decentralizálni az OEP, a NYUFI és az OOSZI területi egységeit (a megyei szint megszüntetésével). Az önkormányzatok tartós munkanélkülieknek nyújtandó szociális szolgáltatásait kistérségi szinten indokolt kiépíteni.
- Az integrált szervezetek közös adatbázissal dolgoznának.
- A tartós munkanélkülieknek, ill. a munkaerőpiacról hosszabb ideje távol lévő inaktív személyeknek erre specializálódott nonprofit szervezetek (foglalkoztatási társaságok, teremlőiskolák, szocio-ökológiai üzemek, alapítványok, egyesületek) nyújtanának komplex reintegrációs programokat.

Ez az átalakítás egy évtized programja lehet.

## Svájc

Svájcban a 90-es évek közepéig a magán munkaközvetítők uralták a piacot. A mintegy 3000 önkormányzati munkaközvetítő hivatal túlnyomórészt az adminisztrációval volt elfoglalva (helyi bélyegeztetéssel), ill. a kantonális munkanélküli-támogatások kifizetésével. A munkaerő-piaci helyzet hirtelen rosszabbodása kellett ahhoz, hogy 1996-tól felállítsák a regionális munkaközvetítő központok (150) országos hálózatát; szövetségi szinten egységes munkanélküli-ellátórendszert építsenek ki (a 40 magán és közösségi munkanélküli-biztosító fölé), továbbá aktív munkaerő-piaci eszközöket vezessenek be.

A munkaerő-piaci paradigmaváltás a munkanélküli-biztosítást is érintette. A változások központi eleme volt a munkanélküli-járadék folyósítási idejének leszállítása 150 munkanapra. A járadékjogosultság lejártá után további támogatás csak akkor folyósítható, ha a munkanélküli belép egy aktív munkaerő-piaci programba (aktivizálási elv). Ebben az esetben a munkanélküli-ellátás összességében 400 munkanapra folyósítható (55 éven felülieknek tovább).

Havonta tíz munkára jelentkezést várnak el a kedvezményezettől, elhelyezkedési szándékának a bizonyítására. Munkaerő-piaci programban való részvétel esetén is folytatnia kell a munkanélkülinek az álláskeresést, és annak sikere esetén azonnal munkába kell állnia. Amennyiben a járadékfolyósítás alatt, de legkésőbb annak 7. hónapjáig nem sikerül a munkanélkülinek állást találnia, be kell lépnie egy aktív munkaerő-piaci programba. Ez alatt tovább folyósítják számára a járadékot, a másfél éves időtartam lejártáig. A járadékukat kimerítők már nem vehetnek részt aktív munkaerő-piaci programokban (számukra erre már nincs fedezet a biztosítási alapon), és az azokban eltöltött idő sem számít jogszerző időnek a munkanélküli biztosítás szemszögéből.

Az aktív munkaerő-piaci programok férőhelyeit a kantonoknak kell biztosítaniuk. Az igények felmérésére és a támogatott képző- vagy munkahelyekkel való gazdálkodásra minden kantonban létrehoztak egy-egy logisztikai központot. Az egyéni férőhelyeket a kantonok a piacon vásárolják meg, a csoportosakat pedig a programkivitelezőktől (profit vagy nonprofit

vállalkozásoktól). A programhelyeket a munkanélküli-biztosítási alapba befizetett járulékokból finanszírozzák.

Svájc annyi hasonlóságot mutat Magyarországgal, hogy ott is 3000 körüli az önkormányzatok száma, ráadásul 150 régiójuk is van. Ezzel ki is merültek a közös vonások. A magas foglalkoztatottság és az alacsony munkanélküliség miatt Svájc ugyanis különleges országnak számít. Az egyik tényező, amely a svájci munkaerőpiac hihetetlenül jó alkalmazkodóképességét előidézi, a „*követelni és támogatni*” jelszó gyakorlati érvényesítése. Ennek jegyében felléptek a munkanélküliség növekedésével és tartóssá válásával szemben. A munkanélküli-biztosítás reformjával, a munkaközvetítéssel és az aktív munkaerő-piaci eszközökkel az aktivizálás elvét követték -- ahogy mi is --, valamint azt, hogy támogatni kell az állástalan embereket, de követelni is kell tőlük.

A munkanélküli-járadék összege nemzetközi viszonylatban magas, de csak fél évig fizetik. Azután az egyénnek el kell vállalnia egy támogatott állást vagy képzést. Csak ezután válik lehetővé a további járadékfolyósítás, összességében legfeljebb másfél évig.

Nálunk is többször szigorították a járadékjogosultság feltételeit, hogy nyomást gyakoroljanak a munkanélküliek mielőbbi elhelyezkedésére. Ennek eszköztárából azonban hiányoznak azok az intézkedések, amelyeket Svájcban bevezettek. Pl.: az aktív programokban eltöltött idő a társadalombiztosítás szempontjából nem számít jogszerző időnek; vagy: az aktív eszközben való részvétel alatt is folytatni kell az álláskeresést, és annak sikere esetén -- a programot megszakítva -- azonnal munkába kell állni; vagy: az álláskeresőnek a járadékfolyósítás időtartama alatt joga és kötelessége, hogy átmeneti munkát vállaljon.

Nálunk ezek a követelmények valószínűleg nem lennének elfogadtathatók a társadalommal. Ennek hátterében az aktív eszközök eltérő szerepfelfogása állhat. Míg Magyarországon az aktív eszközöket a munka nélkül töltött idő áthidalására szánják, Svájcban úgy alakították ki azok feltételeit, hogy bármikor be és ki lehessen lépni, a lehető leggyorsabban.

A különbség adódhat a biztosítási elv eltérő értelmezéséből is. Svájcban a szociális állam feladatait közvetlenül a járulékbefizetésekből fedezi, a biztosítási elv alapján. E szerint nem



egyoldalúan a bérek képezik az öngondoskodás bázisát és vetítési alapját, mint nálunk. Sokkal inkább az állampolgároknak kell a jövedelmükből, vagy a vagyonukból biztosítani magukat magánbiztosítóknál az öregség, betegség, baleset, stb. kockázatával szemben. Emiatt a bérköltségek is alacsonyabbak (mint nálunk), ami ösztönzőleg ha a legális munkahelyteremtésre és a legális munkavégzésre.

### **Zárszó**

Az elméleti modellek ismertetését követően a következő tanulmányban azt mutatjuk be, hogy az integrált foglalkoztatási-szolgáltatási rendszer hogyan működik a gyakorlatban. Ezt augusztusban volt szerencsénk tanulmányozni Passauban, ahol 2005. január 1-jén vonták össze a munkanélküli és szociális segélyezési rendszer intézményi és szolgáltatási kapacitásait. Ennek indokairól, előnyeiről és hátrányairól, nehézségeiről és jövőben hasznáról adunk közre egy ismertetőt a következő lapszámban.

# **Szociális minimumsztenderdek meghatározása európai szinten**

**Az első év kutatásainak és anyagainak összefoglalása**

**(EAPN Írország)**

*„Minimum Social Standards” (Szociális minimumsztenderdek) címmel kutatás folyik az Európai Szegénységellenes Hálózat ír tagszervezetének koordinálásával, EU-s finanszírozással. A projekt magyar partnere a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Kutatási Igazgatósága. A munka célja annak a kérdésnek a körbejárása, hogy kívánatos-e, illetve van-e realitása EU-s szinten kialakítani szociális minimumsztenderdeket a szegénység elleni küzdelem hatékonyabbá tétele érdekében. A kérdés aktualitását és fontosságát a pályázatot bíráló bizottság külön kiemelte, amikor megadta a projekthez a támogatást. Eredményeit az Európai Szegénységellenes Hálózat széles körben fogja alkalmazni és terjeszteni az erről folyó EU-s szintű vitában. A témát feldolgozó magyar szakmai vita 2006. március 24-én volt a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetben, amelyen részt vett több neves kutató és szakember, valamint amihez állásfoglalást adott a Szociális Szakmai Szövetség. A Kapocsban most megjelenő két írás a kutatás munkaanyaga. A „Bölcsődei ellátás Magyarországon--minimumsztenderdek” című írás a szakmai vitán elhangzottakat összegzi, az alább olvasható pedig a projekt első éves munkájának összefoglalója. Minden elkészült tanulmány és az egyéb kapcsolódó anyagok megtalálhatók angolul a [www.eapn.ie](http://www.eapn.ie) honlapon a „Minimum Standards” fejezet alatt.*

*Ez a nemzetközi együttműködésben megvalósuló projekt különbözik az NCsSzi „Szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások standardizációja” elnevezésű, 2006 nyarán elkezdett műhelymunkájától. Míg az előző a különféle sztenderdek EU-s szinten való bevezetésének lehetőségeit feszegeti, addig az utóbbi az egyes magyar szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások szabályozó anyagainak kidolgozását tűzte ki célul.*

*(Korintus Mihályné, projektvezető)*

## **Bevezetés és áttekintés**

### *A projekt*

Az elmúlt fél évszázad során az Európai Unió a politikai egyezség, az európai jogalkotás és a főleg gazdasági területekre -- például a belső piacra, a monetáris unióra, a mezőgazdaságra stb. -- vonatkozó közös politikák mentén fejlődött. Az utóbbi években erősödik a szélesebb körű politikai együttműködés is.

A munkahelyen kívüli szociális területre vonatkozó politikák zöme a „puha jog” lazább szabályozása révén alakul. Ezek egyre formálisabbá válnak a „Nyílt Koordináció Módszere” keretében, megvalósításuk a Nemzeti Cselekvési Tervek kialakításával történik

A „Minimális szociális sztenderdek meghatározása európai szinten” kétéves transznacionális projektet hét európai államban működő partnerek kezdeményezték az EAPN Írország koordinálásával. A projekt célja annak tanulmányozása, hogy a szociális sztenderdek kialakításában az EU szerepvállalása erősítené-e a szegénység elleni küzdelmet, különösen a társadalmi beilleszkedésre vonatkozó Nyílt Koordinációs Módszer révén, és ha igen, ezt hogyan lehetne a legjobban véghezvinni. A partnerek között szerepeltek nemzeti és regionális kormányzatok, kutatóintézetek és nonprofit partnerek Írországból, Finnországból, Flandriából (Belgium), Norvégiából, Magyarországról, Bulgáriából és Katalóniából (Spanyolország), valamint két európai szintű szervezet.

A fenti kérdések különösen időszerűek az EU-n belül mutatkozó, a gazdasági és a szociális oldal egyensúlyhiányából eredő bizonytalanság, az EU szolgáltatási irányelveiről folyó viták, valamint az attól való félelem miatt, hogy a bővítés és a globalizáció szociálisan a szakadék szélére sodorhatja az Uniót. A munkaerőpiactól legtávolabb lévők aktív bevonásáról szóló, legutóbbi Bizottsági Közleménnyel kapcsolatos egyeztetések is aktuálissá teszik a problémát. A projekt célja továbbá, hogy megpróbálja befolyásolni az EU alapkövetelményeinek az átértékelését a munkaerőpiacról kizárt személyek integrációjának előmozdítására irányuló intézkedésekkel kapcsolatban.

A projekt az Európai Bizottság Társadalmi Kirekesztés Programja keretében részesül finanszírozásban, társfinanszírozását az Ír Társadalmi Beilleszkedési Hivatal, a Szegénység Elleni Küzdelem Szervezete (Combat Poverty Agency), valamint a Finn Szociális Jóléti és Egészségügyi Minisztérium biztosítja.

### ***Mit jelent a szociális sztenderd?***

A sztenderdek lehetnek „maximumok” vagy „minimumok”. Uthalhatnak a betartandó és így meg nem haladható plafonértékekre, vagy éppen ellenkezőleg: az olyan alsó határértékekre, amelyeket végső soron túl lehet lépni. Az uniós sztenderdek meghatározása előrelépést jelent a nemzeti szociális védelmi rendszerek integráltabb harmonizációja felé, amely közös privilégiumokat és jogokat hoz létre. (EU szinten bizonyos mértékig legyen integrálva a nemzeti szociális védelmi rendszer.)

Ezért ahelyett, hogy egy minden körülmények között működőképes definíciót próbáltak volna egyeztetni, a projekt-partnerek a következő meghatározásban állapodtak meg:

*„A jelen projekt alkalmazása szempontjából (...) a szociális sztenderd olyan közös szabályok, illetve jogszabályok összességét jelenti, amelyek révén az állami hatóságok biztosítják az emberi méltósággal élt élethez szükséges forrásokat és szolgáltatásokat.*

*A projekt (...) különösen a minimális szociális sztenderdekre összpontosít, valamint arra, hogy ezek a sztenderdek miként járulnak hozzá a szegénység felszámolásához és a társadalomban való egyenlő részvétel biztosításához.”*

### ***Hatékony sztenderdek meghatározása***

Az Európai Szociális Megfigyelőközpont (European Social Observatory - OSE) első kutatási anyaga hivatkozik Veit-Wilson azzal kapcsolatban feltett kérdéseire, hogy miket kell sztenderdizálni:

- *Milyen célból* határozzuk meg a sztenderdeket? Például biztosítsuk azt, hogy mindenki számára elérhetőek legyenek azok a szolgáltatások, amelyek emberközpontúak.
- *Kinek a számára?* Vajon a társadalom minden állampolgára számára, vagy speciális, különleges csoportok számára akarjuk meghatározni ezeket a sztenderdeket?
- *Milyen időtartamra?* Időtartamban vagy szakpolitikai perspektívában határozzuk meg?
- *Ki határozza meg* a sztenderdek szabályait és feltételeit? Milyen kritériumok szerint?

### ***A projektben folytatott kutatás és megbeszélések***

A kétéves projekt első éve különösen a bevételre, valamint a méltóságteljes életet lehetővé tevő szolgáltatások és közművek minőségére és hozzáférésére vonatkozó sztenderdekre összpontosított.

Ez a következőket érintette:

- Két európai szintű kutatási anyag a következők vizsgálatáról:
  1. A minimális sztenderdek jelenlegi alkalmazása és a vita európai szinten folyik-e?
  2. A minimáljövedelem.
- Az egyes partnerországokban tartott hét nemzeti és regionális kerekasztal-megbeszélés a munkadokumentumok megvitatása és véglegesítése céljából. Az anyagok mindegyik esetben a jövedelemmel és az egyes országokból/régiókból származó szolgáltatások különböző példáival foglalkoztak.
- Európai szintű megbeszélések három partnertalálkozón és egy szemináriumon.
- A [www.eapn.ie/standards](http://www.eapn.ie/standards) projekt honlap fejlesztése.

## ***Kulcsfontosságú témák***

A 2006 márciusában tartott nemzeti és regionális kerekasztal-megbeszélések az államban/régióban meglévő sztenderdeket és a szegénység ellen folytatott küzdelemben az európai szintű sztenderdekben esetleg hasznosítható ismereteket vizsgálták.

E megbeszélések mindegyikén szó volt a *minimáljövedelemről*, majd az egyes üléseken egy vagy több szolgáltatásra vagy a közművekre vonatkozó sztenderdeket vizsgáltunk. Mindegyik témában felszólalt egy másik partner ország szóvivője is, hogy létrejöhessen a nemzetek közötti információcsere.

A szemináriumok megállapításait, a nemzeti anyagokat és az európai szintű kutatást tematikusan a finnországi Vantaaban, 2006 májusában rendezett első projektszeminárium vitatta meg.

A projekt tájékoztatása mellett a szélesebb körű, e szakpolitikával foglalkozó közösség érdeklődésére is számot tartó hasznos információk tárháza alakult ki. A jelen anyag célja az információk összefoglalása és honlapunkon, illetve más helyeken található kulcsfontosságú forrásokhoz kapcsolása révén hozzáférhetővé tenni ezt az anyagot.

## **Minimáljövedelem**

### ***Mi a minimáljövedelem?***

A minimáljövedelemről szóló ír anyagban idézett tanulmány a következőképpen határozza meg a minimáljövedelmi sztenderdet:

*„egy megfelelő szint vagy sztenderd a jövedelmi szintek megfelelőségének meghatározását szolgáló kritériumrendszer, amely beépült a közigazgatás eszközrendszerébe, és célja egy adott életszínvonal-minimum biztosítása.”*

A minimáljövedelmi rendszer három követelményét határozza meg:

- társadalmi elfogadhatóság (a társadalomban érthető és széles körben elfogadott)
- módszertani védhetőség (a számítási módszereknek konzekvensnek, és megbízhatónak kell lenni)
- operatív megvalósíthatóság (legyen hatékony és használható, ne a megfizethetőség vagy a munkaösztönző hatások határozzák meg).

A továbbiakban kimondja, hogy az elégségesség a következőkhöz kapcsolódhat:

- alapvető megélhetési költségek
- adminisztratív kritériumok, mint adóküszöbök, minimálbér stb.
- társadalmilag meghatározott életszínvonalak
- munkaerő-piaci keresetek
- egyedi igények.

### ***Európai minimáljövedelmi konstrukciók***

Jelenleg Olaszországon, Görögországon és Magyarországon kívül az EU összes tagállama rendelkezik minimáljövedelmi konstrukciókkal. A legtöbb országban a minimáljövedelmet igényelni kell, és a háztartás összetételéhez kapcsolódik.

Az Observatoire Social Européen anyaga említést tesz az EU-szerte megtalálható minimáljövedelmi konstrukciók különböző formáiról és neveiről -- a hozzájárulás és nem hozzájárulás alapúakról egyaránt --, és egy munkadefiníciót is ad:

„A minimáljövedelem egy, a jövedelmi helyzethez kötött, saját hozzájárulást meg nem kívánó, egyben univerzális/alanyi jogon járó garantált jövedelem, amelynek célja, hogy a szociális biztonsági háló eszközével megelőzze, hogy az egyének vagy a háztartások mélyszegénységbe, vagy az emberi méltóságot veszélyeztető jövedelemszint alá süllyedjenek.  
... A garantált minimumjövedelem eszközrendszere speciális és kulcsfontosságú szerepet

játszik a szegénység és a társadalmi kirekesztődés elleni küzdelemben, mivel ezek jelentik a szociális védelem «utolsó bástyáját», a globális védelmi háló egyik fő komponenseként.”

Az Európai Unió szintjén a minimáljövedelmi konstrukciókat a Társadalmi Beilleszkedésről és Szociális Védelemről szóló közös jelentés tárgyalja, de nem képezik jogalkotás tárgyát.

A minimáljövedelem és a minimálbér közötti létfontosságú és összetett viszonyt mindegyik regionális és nemzeti kerekasztal-megbeszélésen felismerték. Valamint felismerték annak a szükségességét is, hogy ezt teljes mélységében fel kell tárni. A legtöbb tagországban megemlítették azt a tényt, hogy egyre szorosabb a kapcsolat a minimumjövedelem és a különböző munkaerőpiaci aktivitást segítő konstrukciók, valamint a kapcsolódó feltételek között. Van olyan félelem, hogy az említett kapcsolódások alááshatják és fellazíthatják a minimáljövedelemhez való jogot. Ennek nyomán aktív vita bontakozott ki a minimáljövedelmi konstrukcióknak „a munkával lehessen keresni” elvére és a globális versenyképességre vonatkozó, illetve ellenirányú hatásokról.

### ***Nemzeti/regionális szinten meghatározott minimáljövedelem***

A minimáljövedelem a bulgáriai és a norvég partnerek (nonprofit szervezetek) központi politikai igényei között szerepelt. Bulgáriában a minimáljövedelmi garancia felszámolása hozzájárult a jövedelmek drasztikus csökkenéséhez, az abszolút szegénység és alultápláltság növekedéséhez, valamint a bérszínvonal eséséhez. Norvégiában a Jóléti Szövetség a szegénység megszüntetéséhez vezető útnak tekinti a -- jelenleg nem létező -- megfelelő minimáljövedelmet.

A minimáljövedelem alkalmazásával való szembehelyezkedést a partnerek mindkét országban gazdasági és ideológiai okokra vezetik vissza. Az ellátások alacsony szintje létfontosságú ahhoz, hogy a munka kifizetődő legyen, és alacsonyan tartsa a béreket és a foglalkoztatási költségeket. Egyik országban sem gondolják azt, hogy ezek a költségek jelentős terhet rónának a központi költségvetésre. Bulgáriában a minimáljövedelemmel szembeni ellenállást a Valutaalap és a Világbank nyomásának tulajdonítják, míg Norvégiában „belpolitikai természetű”. Az elmúlt években mindkét országban nőtt a „dolgozó szegények” száma.



Finnországban a minimális jövedelmi biztonsághoz való jogot az alkotmány garantálja munkanélküliség, betegség, munkaképtelenség és időskor, valamint gyermekszülés és eltartó halála esetére.

A belga jog is minimális jövedelmet garantál. Ez a 2005 novemberi, a Társadalmi beilleszkedésről szóló nyílt koordinációs módszer összefüggésében lebonyolított társszervezeteket áttekintő szeminárium tárgya volt. Ebből hasznos anyagok születtek ([www.peer-review-social-inclusion.net](http://www.peer-review-social-inclusion.net)), amelyek a rendszer leírásán és kritikáján túlmenően tárgyalják annak átültethetőségét más európai uniós tagországokba.

Írországban és Finnországban ugyan a különböző ellátásokra különböző szintek vonatkoznak, ám van egy közös „alap-”, egyfajta utolsó menedékként használható, eszközökkel tesztelt szociális segítségnyújtási rendszer, amelyet a finn anyag „univerzális foltozásnak” nevez. Írországban a legalacsonyabb szociális jóléti juttatások garantált szintjét a szociális nonprofit szervezeteket is bevonó nemzeti partnerségi megállapodások keretében folytatott tárgyalásokat követő politikai döntésekkel alakították ki. Ez a szint ki nem mondottan az átlagos ipari keresethez kapcsolódik.

### ***Az uniós minimáljövedelmi sztenderdről szóló vita***

A Vantaa-i Kerekasztal során bemutatott anyag szerint a minimáljövedelmi küszöbokről folytatott vitában a következő lehetséges dichotómiák fordulhatnak elő:

- a jogszabállyal végrehajtott, kontra „célzott” vagy „koordinált” rendszerek
- az egész Unióra kiterjedő abszolút, kontra nemzeti sztenderdek
- tetszőleges (politikai döntésen vagy nemzeti konszenzuson alapuló), kontra tudományos (egyeztetett képlet alapján kiszámított)
- minimál- (túléléshez szükséges) szint, kontra a teljes körű társadalmi szerep betöltéséhez szükséges minimum
- feltétel nélküli „biztonsági háló”, kontra feltételes (munkaerő-piaci aktiválástól stb. függő)
- családi, kontra egyéni intézkedések

- a túlélést biztosító minimális garanciák, kontra a javak minimális újraelosztása
- pénzelvűség, kontra „életminőség” (beleértve a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a lakókörnyezetet, munkafeltételeket stb.).

### *Néhány gondolat az uniós minimáljövedelemről*

Általános az egyetértés, hogy a minimáljövedelmi konstrukciókra vonatkozó európai sztenderdekről folyó vitát a jogok keretrendszerébe, a gazdasági-társadalmi haladás átfogó jövőképeinek összefüggésébe kell helyezni. Ide tartozik az életminőségre, a társadalmi kohézióra, a foglalkoztatásra és a versenyképességre gyakorolt hatás.

A vita egyszerűsítése érdekében hasznos lehet a minimáljövedelmi sztenderdek uniós szintű meghatározásához alkalmazható lehetséges – egymást nem kizáró -- megközelítések előnyeinek és hátrányainak vizsgálata.

#### *Első lehetőség: Unió-szerte egységes minimáljövedelem*

Jelenleg nem lehetséges Unió-szerte egységes minimáljövedelmi szintet meghatározni, a tagállamok (és jövendő tagállamok) közötti óriási jövedelmi különbségek miatt. Egyes államokban a már meglévő minimumok is meghaladják más államok átlagos jövedelmét.

Érvelhetünk azonban azzal, hogy egy egységes, integrált gazdaságban van olyan abszolút szint, ami alá elvileg senki nem eshetne. Érdeemes felidézni, hogy számos költséges uniós sztenderdet, például a víz vagy levegő minőségére, a szennyezés szabályozására, a termelésre, az élelmiszerbiztonságra vonatkozó sztenderdeket, a munkahelyi egészségre, biztonságra stb. vonatkozó előírásokat gazdag és szegény tagállamokban egyaránt abszolút módon alkalmazzák (átmeneti időszakot követően).

Ehhez némi alapot szolgáltathat az életminőségi indexekre vonatkozóan az Európai Alapítvány az Élet-és Munkakörülmények Javításáért által végzett munka.

*Második lehetőség: gazdasági szintektől vagy nemzeti jövedelmektől függő minimumok*

Egy ilyen rendszer alapja lehet az egyes tagállamokban matematikai módon kiszámított monetáris minimumok skálája, hasonlóan a jelenlegi szegénységi mutatókhoz. A számítások alapulhatnak átlagjövedelmen, bruttó nemzeti jövedelmen, illetve egyéb változókon. Valószínűleg ez a megközelítés fogadható el leginkább politikailag és a köz számára, egyúttal viszonylag fájdalommentes a kormányok számára, bár fontos lenne a potenciális gazdasági hatások modellezése. Ennek megvan az az előnye, hogy visszafogja a tagállamok azon törekvését, hogy a szociális kiadások, és így az adóztatás csökkentése révén csábítsák a befektetőket.

*Harmadik lehetőség: a minimáljövedelem „alapvető fogyasztási javak kosarához” (árúkhhoz és szolgáltatásokhoz) kapcsolása*

A „kosár-megközelítés” a legtöbb nemzeti jelentésben feltűnik, a bolgár jelentésben pedig erőteljesen ösztönzik. A minimáljövedelmet az alapvető áruk és szolgáltatások „kosarához” való hozzáférést biztosító erőforrásokban lehet meghatározni. Az ilyen megközelítés érdeme, hogy figyelembe veszi a vásárlóerőben és az árakban mutatkozó eltéréseket, beleértve az árváltozások hatását, amelyek -- ahogyan a bolgár anyag rámutat -- gyakran az európai (és globális) gazdasági integráció folyamatához kapcsolódnak. Ugyanakkor bizonyos mértékig érzékeny a szolgáltatások hozzáférhetőségében és megfizethetőségében fennálló különbségekre. A megélhetéshez szükséges összeget befolyásolja, hogy az embereknek fizetni kell-e a megfelelő egészségügyi ellátásért, a gyermekellátásért, a lakhatásért stb. A „kosár-megközelítés” lehet abszolút (a túlélési és magasabb küszöbök szerint megállapított „fix intézkedések” sorozata), vagy relatív, az egyes országokban, sőt, akár régiókban elfogadhatónak minősülő életszínvonalhoz illeszkedő. A bolgár tanulmány támogatóan érvel olyan sztenderdek mellett, amelyek az „abszolút túlélési” szintet biztosítják. A szubjektívebb megközelítésre példaként szolgálnak az 1997. évi ír Nemzeti Szegénységellenes Stratégiában kidolgozott „konzekvens szegénységi mutatók”. Több tanulmány alapján dolgozták ki, hogy mit lehet „szegénységi szinteknek” tekinteni, de ezeket folyamatosan felül kell vizsgálni a társadalom változásával. Ezáltal alkalmassá válnak a szegénység csökkentésére.

Elképzelhető egy olyan rendszer is, amely ötvözi az „abszolút” és a „relatív” megközelítéseket. Ilyen megközelítés működik Németországban, némi rugalmassággal, de ez az erőforrások jelentős átcsoportosításával jár a gazdagabb tartományokból a szegényebbekbe, és a szegényebb tartományok versenyképességének csökkenését eredményezi. Emellett egy naivan alkalmazott minimum „lehúzhatja” a gazdagabb országok sztenderdjeit. Az ENSZ igen drámai módon az egész világra vonatkoztatható abszolút sztenderdeket határoz meg (a Millenniumi Fejlesztési Célokban), de ugyanakkor a gazdagabb országokban magasabb relatív sztenderdeket alkalmaz a társadalmi fejlődés folyamataihoz viszonyítva.

## **Lakhatás**

### *Nemzeti és regionális lakhatási sztenderdek*

A projekt foglalkozott az e területre vonatkozó minimális sztenderdekkel, amelyeket úgy definiált, mint azok a szabályok, törvények és gyakorlatok, amelyek révén az állami hatóságok biztosítják az emberi méltóságot és a lakhatáshoz való alapvető jogot. Ezzel hozzájárulnak a szegénység felszámolásához és ahhoz, hogy nagyobb legyen az esély a társadalmi részvételre.

A minimális lakhatási sztenderdeket a különböző kormányok különböző módokon állapítják meg az alábbi területek némelyikén vagy mindegyikén.

- *Hozzáférés:* a lakhatás rendelkezésre állása és megfizethetősége, akár állami, akár magán vagy non-profit forrásból származik.
- *Alkalmasság:* a lakások mennyire elégítik ki az emberek szükségleteit, tükrözve a kultúrát és a hagyományokat, valamint a térigényeket, a háztartások méretét stb.
- *Megfelelőség:* a lakás zsúfoltság nélküli fizikai színvonala.
- *Fenntarthatóság:* biztonságos birtoklás, jó környéken.

A „Lakhatás mint szociális jog: összefüggések a jóléti állam elméletével” (Scandinavian Political Studies, V24 No 4, 2001) című művében Bo Bengtsson a piac által biztosított

lakhatás mellett érvel, mivel *“nem csupán a polgárok jólétének fontos elemeként, hanem -- talán mindenk felett -- olyan piaci jószágnak tekintjük, amelyről a fogyasztói preferenciáknak kell dönten. Így, szemben az egyéb jóléti javakkal, a lakhatás politikailag megfogalmazott szükségletét nem lehet kielégíteni közvetlen állami beavatkozással, hanem csak oly módon, hogy a piacot az állam valamilyen módon korigálja.”*

Az, hogy az ilyen „piaci korrekciókat” milyen mértékben alkalmazzák a különböző országok, régiók és helyi környékek szociális és politikai hagyományaitól függ.

A nonprofit szervezetek és egyes kormányok megkísérelték nemzetközi és nemzeti szakpolitikai fórumokon sürgetni a lakhatási jogok ügyét, a lakhatási sztenderdek univerzalista megközelítését ösztönözve.

### ***Uniós lakhatási sztenderdek***

Az alacsony jövedelműek számára kulcsfontosságú lakhatási kérdések, a minőségi, a megfelelő és megfizethető lakhatáshoz való hozzáférés nem tartozik az EU jogi „közösségi kompetenciájába”.

Az EU folyamatai azonban több módon befolyásolják a lakások megfizethetőségét, minőségét és rendelkezésre állását:

- Létezik például az építési szabályzatokra, az ágazatban dolgozó szakemberek és mesterek képzési sztenderdjeire, a tervezésekre, ezen belül a fogyatékkal élők hozzáférési sztenderdjeire vonatkozó jogszabályok.
- A lakhatás, és különösen a hajléktalanság központi kérdés a Társadalmi Beilleszkedésre és a Társadalmi Összetartozás Nemzeti Cselekvési Tervre (NAP Inclusion) vonatkozó Nyílt Koordinációs Rendszerben (OMC), erről sok megbeszélés folyt a „Peer Review” (partnerfelülvizsgálat) folyamatban. Az ezen OMC keretében igen aktív FEANTSA nézete szerint a „15 régi” tagállam terveinek első és második „köre” között fokozottabb mértékben ismerték el a hajléktalanságot a társadalmi kirekesztés egyik legszélsőségebb formájaként,

különösen pedig azóta vált akuttá, mióta a 2004. évi bővítést követően az „új” 10 tagállamban kialakították a Társadalmi Összetartozás Nemzeti Cselekvési Tervet.

- Az EU nagy mennyiségű, a hajléktalanságról és a lakhatási sztenderdekről szóló információt szolgáltat és koordinál, ezzel jelentősen hozzájárul a szakpolitikák kialakításához. A FEANTSA ezen információkra támaszkodva megkönnyíti a nemzetközi összehasonlításokat, különösen a hajléktalanság és a lakhatási kirekesztettség tekintetében. Ehhez a lakhatás megfelelésére, minőségére és rendelkezésre állására vonatkozó definíciók egyeztetésére van szükség.

*„A lakhatás minőségének szabályozására és ösztönzésére vonatkozó európai összehasonlító tanulmány”* című (1999. évi) kutatási jelentés is demonstrálta a lakásokra vonatkozó sztenderdek korlátozott alkalmazását és a nemzetközi összehasonlítások nehézségét. A rendszeresen megjelenő *„Nemzeti beszámolókat összegző beszámoló az európai országok lakhatási fejlesztéseiről”* című kiadványban összegyűjtött információk is kiemelik a lakhatási sztenderdek államok közötti összehasonlításának nehézségeit olyan területeken, mint a megfizethetőség.

Liz Gosme (FEANTSA) a hajléktalansággal és a lakhatási kirekesztéssel kapcsolatban általuk kifejlesztett európai sztenderdekre vonatkozóan a következő európai tipológiát mutatta be:

<b>Elméleti Kategória</b>		<b>Operatív Kategória</b>		<b>Általános Meghatározás</b>	<b>Nemzeti alkategóriák</b>
FEDÉL NÉLKÜLI	1	Fedél nélkül élők	1.1	Fedél nélkül alvók (nincs hozzáférés 24 órás szálláshoz) / Nincs szálláshely	
	2	Éjszakai szálláson tartózkodók	2.1	Éjszakai szállás	
LAKÁS NÉLKÜLI	3	Hajléktalanszálláson tartózkodók	3.1	Hajléktalanszálló	
			3.2	Ideiglenes elhelyezés	
	4	Női szállásokon tartózkodók	4.1	Elhelyezés női szálláson	
	5	Bevándorlótáborokban tartózkodók	5.1	Ideiglenes elhelyezés/befogadó	
5.2			állomások (menedék) Bevándorló munkások munkásszállása		
6	Intézményekből szabadon bocsátandók	6.1	Büntetés-végrehajtási intézetek		
		6.2	Egészségügyi intézmények		

	7	(hajléktalanság miatt) támogatásban részesülők	7.1 7.2 7.3 7.4	Hajléktalanok bentlakásos ellátása Támogatott szállás Átmeneti szállás támogatással Szállás támogatással	
BIZONYTAL AN	8	Bizonytalan szálláshelyen élők	8.1 8.2 8.3 8.4	Ideiglenesen családnál/barátnál Nincs jogszerű (al) bérlet Jogellenes épületfoglaló Jogellenes telekfoglaló	
	9	Kilakoltatás veszélyében élők	9.1 9.2	Végrehajtott jogi rendelkezések (bérelt) Foglalási végzések (saját tulajdonú)	
	10	Erőszak veszélyében élők	10. 1	Családon belüli erőszak rendőrségen nyilvántartott előfordulása	
ELÉGTELEN	11	Ideiglenes/nem szabványos építményekben élők	11. 1 11. 2 11. 3	Lakóautó/Lakókocsi Nem szabványos épület Ideiglenes építmény	
	12	Alkalmatlan lakásban élők	12. 1	Lakhatásra alkalmatlan (a nemzeti jogszabályok szerint; lakott)	
	13	Rendkívül zsúfoltan élők	13. 1	A zsúfoltságra vonatkozó legmagasabb nemzeti norma	



## ***Lakhatás és szociális védelem***

A lakhatási juttatások jelentős hatást gyakorolnak a szociális támogatásban részesülők háztartásának nettó jövedelmére. Ez különösen igaz a németországi egyszemélyes háztartásokra (a jövedelemrészesezés közel megnégyszereződik, és a 60%-os szegénységi küszöb fölé emelkedik), továbbá Finnországra, Svédországra és az Egyesült Királyságra (az alapvető jövedelemrészesezés több mint kétszeresére nő), kisebb mértékben Írországra, Franciaországra, Dániára és Ausztriára. Dániában a lakhatási juttatások a kétfős háztartások jövedelmét is a 60%-os szegénységi küszöb fölé emelik. A lakhatási juttatások az összes országban többé-kevésbé lehetővé teszik az 50%-os szegénységi küszöb elérését, és legalább a 40%-os szegénységi küszöb meghaladását minden háztartási felállás esetében.

Úgy tűnik tehát, hogy a lakhatási juttatások is nagyban hozzájárulnak a szociális támogatásban részesülők jövedelmi helyzetének javításához, és így jelentős szerepet játszanak a szegénység enyhítésében, mivel a lakhatási költségek a háztartások, különösen az alacsony jövedelmű háztartások számára egyre súlyosabb terhet jelentenek (OSE II. Munkaanyag).

## **Az egészség**

### ***Szegénység és egészség***

A Combat Poverty jelentésben a szegénység és az egészségügyi állapot elválaszthatatlanul összekapcsolódik. Az összes halálokból fakadó haláleset 100--200%-kal magasabb a legalacsonyabban fizetett foglalkozási csoportokban, mint a legmagasabban fizetettekben (Közegészségügyi Intézet, 2001). A kutatások arra is utalnak, hogy azok a legkevésbé egészséges társadalmak, ahol a legnagyobb a gazdagok és a szegények közötti szakadék. Ezen túlmenően egyes kisebbségi csoportoknál, mint a romák, a bevándorlók, a menekültek és a menedéket kérők, a hajléktalanok és a szabadságvesztésüket töltők, különös egészségügyi problémák jelentkeznek. Az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenség felszámolásához kötődő intézkedések -- beleértve a halandósági rátát, az alacsony születési

rátát és az alultápláltságot -- kapcsolódnak a depriváció (mint pl. jövedelmi szegénység, munkanélküliség, nem megfelelő lakhatás) felszámolását célzó intézkedésekhez.

A bolgár anyag arra is utal, hogy az EU-csatlakozáshoz részben kapcsolódó gazdasági liberalizáció hozzájárult ahhoz, hogy romlott az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés esélye, és nőtt az alultápláltság. 2000-ben Bulgáriában az egészségügy „liberalizációját” célzó új reformot vezettek be. A reform az egészségbiztosításon alapul, így csökkenti az egészségügyi ellátás rendelkezésre állását és minőségét is. Ennek eredményeképpen folyamatosan nőttek az egészségügyben tapasztalható egyenlőtlenségek. A reform folyamatos vita tárgyát képezi, szóba került a „reform megreformálása” (például kezdeményezték a legszegényebbekre vonatkozó speciális alap létrehozását).

A bolgár anyag rámutat, hogy míg 1992-ben az ezer élve születésre jutó 2500 g alatti súlyú újszülöttek aránya 7,2 volt, addig 2001-ben 9,7. A szakértők szerint ennek oka főként az anyák alultápláltságában keresendő, ami pedig a társadalmi-gazdasági változásokhoz kapcsolódik. Egy kanadai tanulmány (Wilkins és mtsai) szerint *“az alacsony jövedelmi csoportokban a kis súlyú gyermekek születésének gyakorisága 1,4-szer nagyobb, mint más csoportokban”*. Nem kétséges, hogy az alacsony születési súlynak befolyása van a gyermekek jövőjének alakulására is:

- A gyermekek alultápláltsága és rosszul tápláltsága befolyásolja pszichológiai fejlődésüket, képességeiket és a humán tőkét.
- Az alacsony születéskori súly a jövő társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek lehetséges oka.
- Az egy csoport egyedeiről folytatott longitudinális tanulmányok felfedezték, hogy az alacsony súllyal született egyének
  - a) a későbbiekben nagyobb valószínűséggel tapasztalnak pénzügyi nehézségeket;
  - b) nagyobb valószínűséggel válnak munkanélkülivé
  - c) nagyobb valószínűséggel élnek rövidebb ideig.

Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséhez a szegénység csökkentésére, a megfosztás és a jövedelmi egyenlőtlenség mérséklésére irányuló cselekvésre van szükség az olyan konkrét, egészségüghöz kapcsolódó intézkedések mellett, mint a szolgáltatások hozzáférhetősége és minősége.

### ***Néhány gondolat az egészségügy területére vonatkozó európai minimális szociális sztenderdekről***

Az egészséghez való jogot számos nemzetközi emberi jogi alapokmány védi. Ezek közé tartozik az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata; a gazdasági, szociális és kulturális jogokról szóló nemzetközi egyezmény; a diszkrimináció minden formájának megszüntetéséről szóló nemzetközi egyezmény; a nőkkel szembeni diszkrimináció minden formájának megszüntetéséről szóló egyezmény; a gyermekek jogairól szóló egyezmény; a felülvizsgált Európai Szociális Karta; a Bécsi Nyilatkozat és Cselekvési Program. Ezek az egyezmények azt a jogi kötelezettséget róják a kormányzatokra, hogy foglalkozzanak a szegénység körülményeivel, és gondoskodjanak arról, hogy mindenki életszínvonala megfelelő legyen, ezen belül megfelelő egészségvédelemben részesüljön.

A bolgár anyag több területet említ, ahol sztenderdek lehet megállapítani. Ezek különösen:

- az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés;
- olyan egészségügyi következmények, köztük az alultápláltság, amelyek nemcsak egészségügyi döntések, hanem gazdasági és társadalmi struktúrák, valamint a szegénység eredményei.

Bár az EU jelenleg nem rendelkezik illetékességgel az egészségügy vonatkozásában, az EU szakpolitikáiról és folyamatairól -- köztük számos, az alapszerződésekbe beágyazott szakpolitikáról és folyamatról -- elmondhatjuk, hogy befolyásolják az egészségi állapotot. Ezek közül néhánynak egyaránt van pozitív és negatív hatása is:

- a munkahelyi egészség és biztonság, a termék- és fogyasztói sztenderdek; környezetvédelem;

- belső piaci szabályozók;
- költségvetési csökkentések (a maastrichti kritériumok stb. révén);
- szakpolitikai koordináció – amint arra az írásmű rámutat, az egészségügyi ellátáshoz való jog részét képezi a (nizzai) társadalmi beilleszkedési célkitűzéseknek.

A bolgár példa megmutatja, hogy az EU-csatlakozással összefüggésben zajló egészségügyi „reform” az egészségügyi dolgozók szakszerűségét a nemzetközi sztenderdekhez közelíti, míg a „liberalizáció” éppen hogy nem javítja a szegények számára a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Fennáll a veszélye annak, hogy az egyre versenyképesebb belső piacon a tagállamokra az egészségügyi ellátás, és így az adóztatás csökkentésére irányuló nyomás nehezedik.

Ez párhuzamban áll az európai integráció folyamatában a közös sztenderdek szelektív jellegével: miközben pontos sztenderdek határoznak meg a termelési és fogyasztóvédelmi folyamatokra, köztük a munkahelyi egészségügyi és biztonsági, valamint az értékesített termékekre vonatkozóan, addig figyelmen kívül hagyják, vagy akár alá is áknázzák a hozzáférési és megfizethetőségi sztenderdeket.

Vannak jelzések, amelyek szerint az egészségügyi politika szorosabban integrálódhat az Unió egészébe, ebben az összefüggésben relevánsabbá válhatnak a szegénységre ható, egészségügyi kérdésekre vonatkozó sztenderdek.

A pozitív oldalon viszont a világ számos más részéhez képest az Európai Unióban még mindig viszonylag egyenlő az egészségügyi szolgáltatásokhoz és a megelőző vizsgálatokhoz való hozzáférés esélye, a régi és az új tagállamokban egyaránt. Az EU két „részében” azonban eltérőek a minták, és a régóta meglévő érdekkörök erős nyomást gyakorolnak az univerzális megközelítések aláaknázása érdekében. Ez a „privatizáció”, a költségvetési lefaragások és piacosítás formáját ölti. A fő kérdés, hogy a sztenderdeken alapuló megközelítés megóvhatja-e az univerzális egészségügyi megközelítéseket a piaci erőktől, és előmozdíthatja-e őket azokban az országokban, ahol ezek gyengék.

A Szegénység Elleni Küzdelemről szóló anyagban említettek szerint azonban a szociális jogokhoz való hozzáférés ösztönzésére vonatkozóan már jó gyakorlatra utaló bizonyítékok is vannak, ezek között szerepel a felhasználóorientált szolgáltatásnyújtás; a hatalomhoz juttatás (empowerment) és a fejlesztés támogatása; a minőség; a szolgáltatások és juttatások integrációja; az átláthatóság; továbbá a partnerkapcsolat és beilleszkedés; és a monitoring. Daly (2002) a „három A”-t biztosító minőségi sztenderd kifejllesztéséről beszél. E sztenderd abból indul ki, hogy az állami ellátásnak a lehető legnagyobb mértékben meg kell felelnie az univerzalitás és biztonság kritériumainak. A „három A” a következőkre utal:

- Adequacy/Megfelelőség: a kínált minimális sztenderdnek elég magasnak kell lennie, és elég nagy arányban kell lefednie a szükséglet szenvedőket.
- Acceptability/Elfogadhatóság: a szociális jogokhoz való hozzáférésre vonatkozó jogszabályoknak kevésbé összetettnek kell lenniük, azokhoz egyértelmű jogosultsági eljárásoknak kell kapcsolódniuk, és garantálni kell ezek biztosítását.
- Affordability/Megfizethetőség: a szakpolitika számára elsőrendű fontosságúnak kell lennie annak, hogy az egyének és háztartások képesek legyenek az árakat és szolgáltatásokat megvásárolni, valamint kiemelten kell foglalkozni azok költségeivel.

A “három A” sztenderdnek mennyiségi és minőségi dimenziója is van. A benchmarking vagy a sztenderdek megállapításának alapját is képezheti. Daly (2002) hivatkozik Pillinger (2001) munkájára is, aki a szolgáltatás minősége szempontjából a következő legjobb gyakorlatokat határozza meg:

- *részvételen alapuló megközelítések, amelyeknél a minőség a felhasználók választásához és autonómiájához kapcsolódik;*
- *a felhasználók hatalomhoz juttatása (empowerment) és bevonása a tervezésbe;*
- *a felhasználók és a frontvonalban dolgozó munkatársak részvételével megvalósuló, jelentőségteljes és gyakorlatias felmérési módszereket is magukba foglaló javítások;*
- *releváns, a helyi viszonyokhoz adaptálható minőségi célkitűzések;*
- *a személyzettel, a vezetéssel és a felhasználókkal partnerkapcsolatban kialakított minőség.*

## ***Felmerülő kérdések***

### *A sztenderdek megállapítása*

- Szükség van-e az Európai Unióban a táplálkozásra vonatkozó minimális sztenderdre, és ha igen, azt hogyan lehet alkalmazni?
- Kell-e szabályokat alkotni a mindenki számára elérhető egészségügyi ellátásról, függenek-e azok az adott ország fejlettségi szintjétől, vagy ennél abszolútabbak legyenek?
- Ha igen, az egészségügyi sztenderdeket inputok (élelmiszerhez, egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és a megelőző egészségügyi stratégiák környezeti minősége, stb.) vagy outputok (táplálkozás, mortalitás, betegség stb.), vagy e kettő együttes alkalmazásával kell meghatározni.

Az ilyen sztenderdek egy engedélyezett átmeneti időszakot követően abszolútak legyenek (ahogy az a termékbiztonsági vagy a munkahelyi egészségi és biztonsági sztenderdek esetében működik), vagy az egészségügyi rendszer aktuális állapotához, a gazdaság erejéhez illetve fiskális egyensúlyához, stb. képest relatív sztenderdek legyenek?

### *A sztenderdek alkalmazása*

- Az EU-nak támogatnia kellene-e bármilyen egyeztetett egészségügyi sztenderdet egyrészt a nyílt koordináció módszerén keresztül, hogy megerősítse a tagállamoknak a sztenderdek bevezetésében vállalt szerepét, másrészt az EU eszközrendszerének -- például belső piaci irányelvek, strukturális alapprogramok, kiadásokra és költségvetésre vonatkozó kritériumok stb. -- megváltoztatása útján.
- A strukturális alapok programjaiban szerepelnie kellene-e annak az előírásnak, hogy az egészségügyi kiadásokban prioritást kell biztosítani a szegényeknek a jó színvonalú és megfelelő (megelőző és gondozó) egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréshez, oly mértékben, amennyire ez szükséges ahhoz, hogy az egészségügyi sztenderdek elérjék a megállapodott EU-sztenderdeket? Ezt az egészségügyi programokon túlmenően minden program feltételévé kellene tenni (ami tükrözné a „fejlődő országoknak”

bilaterális vagy multilaterális segélyeket nyújtó szervezetek által általában megszabott feltételeket).

- Hogyan kerülhető el az univerzális szolgáltatást nyújtó országokban a sztenderdek alacsonyabbá válása?

## **Gyermekek**

### *A háttér*

A gyermekszegénység többdimenziós probléma, amely elsősorban a jövedelemszegénységből fakad, de fokozhatja az erőforrásokhoz való hozzáférés hiánya és az olyan mindennapi tevékenységekből való kirekesztődés, mint az oktatás és a játék. Súlyosbíthatják egyéb társadalmi egyenlőtlenségek is, mint a faji, etnikai hovatartozás, fogyatékoság és földrajzi helyzet.

A gyermekszegénység alapvetően befolyásolja a következő generáció életesélyeit. A szegény gyermekek nagyobb valószínűséggel születnek alacsony súllyal, hagyják el korán az iskolát, és kezdenek el fiatal korban dohányozni és inni. Minél hosszabb ideig szegény egy gyermek, annál inkább válik hátrányos helyzetűvé a későbbi élete során. Az idő múlásával a család is egyre nehezebben küzd meg a szegénységgel ([www.childrensrights.ie](http://www.childrensrights.ie)).

A gyermeki jogok és a gyermekekhez kapcsolódó szociális sztenderdek hosszú múltra tekinthetnek vissza, egészen a Népszövetség 1924. évi Genfi Nyilatkozatáig és az ENSZ 1948. évi Általános Egyetemes Emberi Jogi Nyilatkozatáig. A Nyilatkozat elismeri a tanuláshoz való jogot, úgy tekinti a gyermekeket, mint akiknek különleges joguk van az ellátásra és a figyelemre, és ellenzi a házasságon belül, ill. kívül született gyermekekkel szembeni bármiféle diszkriminációt.

Az ENSZ Közgyűlése 1959-ben hagyta jóvá a Gyermekek Jogairól Szóló Egyetemes Nyilatkozatot. Ez leszögezi a névhez és nemzetiséghez való jogot; a szellemi, fizikai vagy szociális fogyatékból szenvedő gyermekek jogát a különleges figyelemre; a szülők védelme és felelőssége alatt való felnövekedéshez való jogot és azt, hogy a gyermek -- bizonyos esetek

kivételével -- nem választható el a szülőtől; az oktatáshoz és a játékhoz való jogot, valamint azt, hogy minden körülmények között a gyermekek részesüljenek először segítségben.

Az ENSZ Közgyűlése által 1989. november 20. napján elfogadott Gyermejjogi Egyezmény volt az első gyermekeknek szentelt nemzetközi okmány. A 192 aláíró államra kötelező erejű egyezmény 54 cikkeből áll, amelyek 3 fejezetre oszlanak. A preambulumban hangsúlyozza a család alapvető felelősségét, a gyermek különleges gondozás és védelem iránti igényét születése előtt és után egyaránt, a gyermek közösségében követett kulturális értékek tiszteletben tartásának fontosságát és a nemzetközi együttműködés által a gyermeki jogok valós érvényesítésében betöltött lényeges szerepet.

Az ENSZ Közgyűlésének a gyermekekkel foglalkozó szekciója 2002-ben készítette el az „*A World Fit for Children*” (*A gyermekeknek alkalmas világ*) című dokumentumot. A 2015-ig elérendő, gyermekekre vonatkozó „Millenniumi Célok” a következők:

1. A szélsőséges szegénység és éhség felszámolása
2. Alanyi jogú általános iskolai oktatás
3. A nemek közötti egyenlőség és a női önrendelkezés előmozdítása
4. A csecsemőhalandóság csökkentése
5. Várandós anyák egészségének javítása
6. A HIV/AIDS, malária és egyéb betegségek elleni küzdelem.

A kerekasztal-megbeszélések a jogokon alapuló és a szolgáltatási szándékok vizsgálatával foglalkoztak. A Gyermejjogi Egyezmény a különböző nemzeti jogszabályokkal együtt képviseli a jogokon alapuló szándékokat. A magyar kerekasztal főleg a szolgáltatási szándékokkal foglalkozott, különösen abból a szempontból, hogy a gyermekek nevelése ugyan a család felelőssége, de abban az államban is részt kell vállalnia. Ennek elismerését jelenti többek között a különböző közszolgáltatások biztosítása. A szolgáltatási szándékok tehát ebből a szempontból fontosak.

Spanyolországban és Magyarországon a családok „szociális biztonságát” törvény szabályozza. A gyermeknevelés feltételeinek javítását elvileg az állam egyik legfontosabb feladatának



tartják számon. Ennek jegyében szabályozzák a gyermekek otthoni gondozásához nyújtandó ellátásokat.

Emellett a magyar gyermekvédelmi törvény meghatározza a bölcsődei ellátás jogosultságát. A gyermek otthoni gondozásához nyújtott támogatások, valamint a napközbeni gyermekellátást biztosító intézmények rendszere hivatott segíteni a szülőknek gyermekeik felnevelésében.

### ***Néhány gondolat a gyermekellátásra vonatkozó európai minimális szociális sztenderdekről***

A Társadalmi Összetartozás Nemzeti Cselekvési Tervben szerepelnie kell a gyermekszegénységhez és a társadalmi kirekesztettséghez fűződő, jelenleg fennálló kötelezettségvállalásoknak és célkitűzéseknek, köztük az ENSZ Gyermekjogi Egyezményében vállalt kötelezettségeknek. Ezek leszögezik, hogy minden gyermek jogosult megfelelő életszínvonalra, és a tagállamok kötelesek gondoskodni arról, hogy a gyermekek teljes mértékben kibontakoztathassák képességeiket.

A gyerekekre és fiatalokra vonatkozó szociális sztenderdek között szerepelhetnének a következők:

1. Egy minimálisan megfelelő jövedelmi helyzetben való felnővekedés biztosítása minden gyermek és fiatal számára.
2. A napközbeni gyermekellátáshoz való egyenlő és megfizethető hozzáférés biztosítása.
3. Az orvosi ellátáshoz való egyenlő és megfizethető hozzáférés biztosítása minden gyermek és fiatal számára, jövedelmi helyzetétől függetlenül.
4. Tisztos szállás biztosítása minden gyerek és fiatal részére.
5. A fogyatékkal élő gyerekek és fiatalok jogainak elismerése és megóvása.
6. A napközbeni gyermekellátás és az oktatás rendszerének fejlesztése -- összhangban a kutatási eredményekkel és a születéssel kezdődő élethosszig tartó tanulás filozófiájával -- a szegénységi ciklus megtörése érdekében.

7. Minden, szegénységben vagy társadalmi kirekesztettségben élő gyerek és fiatal, köztük a kisebbségi és etnikai háttérrelrendelkező gyermek jogainak előmozdítása és védelme.

## **Hozzáférés a közművekhez**

### ***Kihívások***

A kormányzatok és általánosságban az állami hatóságok kötelesek a szabad piac működését kiigazítani és azért kompenzálni, különösen az alapszükségleteket kielégítő nélkülözhetetlen áruk és szolgáltatások tekintetében. Villamos energia vagy víz nélkül nem lehet tisztas életszínvonalat elérni és fenntartani. Hideg éghajlatú országokban a listára fel kell venni a fűtési lehetőségeket is. Bennünket különösen az európai integrációból fakadó folyamatokra vonatkozó kompenzáció foglalkoztat.

Az uniós szintű európai sztenderdek megállapítása első látásra problémásnak tűnik a közművek sokfélesége miatt. Azonban az azonos közművek közül már sokra létezik uniós szintű szabályozás a minőség, a versenyjog stb. területén. A vízminőség például ugyanúgy szigorú ellenőrzés alá esik, mint a szolgáltatók közötti verseny. Komoly különbségek főleg a megfizethetőség és a hozzáférhetőség terén mutatkoznak.

### ***Néhány javaslat***

A Flamand EAPN Hálózat az *Energia és szegénység* projektből fakadó több javaslatról számolt be.

1. Mindenkinek joga van alapvető energiaforrások és a szükséges szolgáltatások egyéb fajtái fölött rendelkezni. Minden egyes családnak szüksége van minimális garantált villamosenergia vételére. A mennyiséget az országban szokásos használathoz képest kell vizsgálni. Ha az ingyenes mennyiségnél többet használnak fel, mindegyik egységre vonatkozóan magasabb költséget kell felszámítani. (Flandriában például

- díjhátralék fennállása esetén a 6 amperes tényleges korlátozás túl alacsony a méltóságteljes élethez, a küszöböt 12 amperre kellene emelni.)
2. A minimális szolgáltatást feltétel nélkül kell garantálni. A tartozások ügyének megoldását teljesen el kell különíteni a garantált szolgáltatástól.
  3. A villamos energia, a gáz és víz piacának liberalizációját úgy kell lebonyolítani, hogy az állam valódi ellenőrzést gyakoroljon a piaci szolgáltatók felett. A kormánynak kell garantálnia, hogy a minimális szttenderdeket a valóságban is alkalmazzák.
  4. A piaci szolgáltatóknak különféle módokon elérhetővé kell válniuk ügyfeleik számára, az irodákban személyesen, és az általuk energiával ellátott térségben ésszerű távolságon belül.
  5. Mielőtt valahol megszűntetnék a villamosenergia-, a gáz- vagy vízszolgáltatást, a szolgáltató a közművek fenntartójával egyetemben legyen köteles felkeresni a szolgáltatást igénybe vevőt, hogy meggyőződjön arról, az illető nem szegénysége okán lesz lekapcsolva a közszolgáltatásról.
  6. A villamos energia, a gáz és a víz nem luxuscikkek, ezért ne legyenek adóztathatók a luxuscikkeknek megfelelő mértéken.

### ***Uniós szinten felmerülő kérdések***

- Milyen mértékben képzelhető el egyetértés EU-s szinten abban a kérdésben, hogy a közművekkel való bizonyos mértékű ellátottságra való jogosultság az egységes piacon való részvétel feltétele legyen?
- A szttenderdek abszolútak, vagy a vagyoni helyzethez, illetve szolgáltatási hagyományokhoz, az adott ország igényeihez képest relatív szttenderdek? Utóbbi esetben hogyan kell ezeket mérni?
- A szttenderdeket jogszabályok, a nyílt koordinációs módszer, vagy valamilyen más mechanizmus segítségével kell garantálni?
- Lehet e strukturális alapokat kapcsolni a legszegényebbek számára a minőségi közműellátáshoz való hozzáférés biztosításához?

## **Korintus Mihályné**

### **Bölcsődei ellátás Magyarországon - minimumsztenderdek**

#### **Kontextus**

A Szociális minimumsztenderdek c. projektben elfogadott definíció szerint a szociális minimumsztenderdeket azok a közös szabályok, illetve jogszabályok alkotják, amelyek révén az állam, vagy az állami hatóságok biztosítják az emberi méltóságot és az alapvető szociális jogokat, oly módon, hogy ehhez mindenki számára garantálják ez erőforrások és a szolgáltatások megfelelő szintjét. Különösen annak érdekében, hogy a szociális minimumsztenderdek hozzájáruljanak a szegénység felszámolásához, és az esélyegyenlőség, illetve, az egyenlő társadalmi részvétel biztosításához.

Magyarországon törvény rögzíti a családok szociális biztonságának elősegítését. Alapelveként --többek közt -- lefekteti, hogy a gyermekvállalás feltételeinek javítása az állam egyik legfontosabb feladata. A gyermek otthoni gondozásához nyújtott ellátások körét szabályozza, beleértve a gyermekgondozási támogatásokat is. Emellett a napközbeni gyermekellátásra való jogosultságot a gyermekek védelméről szóló törvény rögzíti. A gyermekgondozási szabadság és támogatások különböző formái, és a napközbeni ellátást -- vagyis a gyermekek gondozását és nevelését -- biztosító különböző intézmények alkotják azt a rendszert, amely a szülőket hivatott segíteni kisgyermekük felnevelésében.

Az édesanyáknak a gyermek hároméves koráig lehetőségük van arra, hogy otthon gondozzák és neveljék gyermeküket, és ehhez szabadságot és pénzbeli támogatást kapjanak. A rendszer keretében erre azoknak is lehetőségük van, akik a szülés előtt nem álltak munkaviszonyban, és

azoknak is, akik dolgoztak. Tehát az ellátás egyik formája (gyes) univerzális, míg a másik formájára (gyed) csak azok jogosultak, akiknek munkaviszonya volt. A napközbeni gyermekellátás intézményeinek (bölcsőde, családi napközi és házi gyermekfelügyelet) igénybevételére minden család jogosult. Ezekkel a lehetőségekkel elsősorban azok a családok élnek, ahol az édesanya a gyermek hároméves kora előtt munkába áll. 2004-ben a háromévesnél fiatalabb gyermeket nevelő családok kb. 92%-a a gyermeket otthon nevelte, és kb. 8%-a napközbeni gyermekellátást vett igénybe (vagyis bölcsődébe hordta a gyermeket).

Ha a jogszabályban rögzített jogosultságot minimumsztenderdnek tekintjük, akkor a gyermekgondozási szabadság is annak minősül. Azt mondhatjuk tehát, hogy a kisgyermekgondozás tekintetében a jogszabályi környezet lehetőséget biztosít arra, hogy a család saját igénye szerint válassza ki a neki legjobban megfelelő ellátást: a gyermekgondozási szabadságot és a vele járó pénzbeli támogatást, vagy a gyermek napközbeni ellátását biztosító szolgáltatást.

Az igénybevételi adatok a gyermekgondozási szabadság preferálását tükrözik, azonban ez félrevezető, mivel nincs az ország minden területén bölcsőde vagy családi napközi. A kormányzati törekvések között szerepel a napközbeni gyermekellátás fejlesztése. A Nemzeti Cselekvési Terv célul tűzte ki, hogy 2007-re 10%-kal növekedjen a három éven aluliak ellátásában működő férőhelyek száma. Ezért intézkedés történt, hogy 2005. január elsejétől minden tízezer fő feletti lélekszámú településen kötelező bölcsőde üzemeltetése. Ezek alternatívája kistelepüléseken a családi napközi lehet.

A jogszabályalkotók tehát a mindenki számára elérhető ellátásokat, a választási lehetőséget kívánták biztosítani. A rendszer teljes felállítása azonban még várat magára. A napközbeni gyermekellátási szolgáltatások működtetése önkormányzati feladat, de a finanszírozás nehézségei miatt az ország legnagyobb részén nincs se bölcsőde, se családi napközi.

A gyermekgondozást -nevelést segítő támogatások egyes formáit már évtizedekkel ezelőtt bevezették, azóta a rendszert időnként fejlesztették, időnként átalakították. Egyetértés van

azonban a tekintetben, hogy ezekre szükség van. Az 1990-es évek fordulóján kérdőjeleződött meg erőteljesen a bölcsődei ellátás létjogosultsága -- mivel ez az egyik legdrágább szolgáltatás --, és sok férőhelyet szüntettek meg. A gyermekgondozási támogatás és szabadság hosszának kérdése az utóbbi években merült fel. Egyes vélemények szerint túl hosszú a három év, amit az édesanyák otthon tölthetnek ilyen címen, hiszen kiesnek a munkaerőpiacról, és minél hosszabb időt töltenek távol, annál nehezebb oda visszatérni. Mások szerint viszont jelentős arányban vannak olyan hátrányos helyzetben/szegénységben élők, akiknek ez a támogatás jelenti a család egyik fő bevételét, tehát számukra beláthatatlan következményekkel járna a redukálása.

Viták önkormányzati szinten vannak, amelyek elsősorban a jogszabályi kötelezettségek teljesítésére vonatkoznak. Egyrészt a gyermekek védelméről szóló, 1997. évi 31. törvény kötelezővé teszi a gyermekek napközbeni ellátását biztosító szolgáltatások működtetését, másrészt a központi költségvetés a kiadásoknak csak kb. egyharmadát fedezi, valamint az önkormányzati törvény döntési szabadságot biztosít az önkormányzatoknak. Sok esetben tehát vitatják, hogy kötelező-e működtetni ezeket a szolgáltatásokat. A több férőhely és a hozzáférés növelése melletti érvelések és az ezek körüli viták folyamatosan zajlanak.

A bölcsődei ellátás -- mint szolgáltatás -- minimumsztenderdjének kidolgozása az 1990-es évek közepén zajlott. Akkor ezt az ellátás minimum kritériumainak nevezték. A megszületett dokumentum „A bölcsődei gondozás-nevelés minimumfeltételei és a szakmai munka részletes szempontjai” címet viseli. Ez a bölcsődei ellátás biztosításának és működtetésének a sztenderdje, amelyre az 1997. évi XXXI. törvény hivatkozik.

Ha sztenderdekről gondolkodunk, akkor felmerül, hogy milyen szinten célszerű ezeket meghatározni, a minimumra vagy maximumra vonatkozóan, netán valamilyen más kritériumhoz kell igazodni. A bölcsődei szolgáltatás keretében a minimum meghatározása volt a cél. Ez legalább kétéves munkát igényelt, mivel nagyon sok vita és egyeztetés nyomán jöhetett létre konszenzus arról, mi is tekinthető az adott állapot szerint minimumnak. Felmerült, hogy nem szerencsés, ha túl alacsony szintet céloznak meg a sztenderdek, de az sem jó, ha túl magasak a követelmények. Mi lesz, ha ezek a követelmények megjelennek? Ki hogyan fog viszonyulni

hozzá? Lesznek-e olyan intézmények, szolgáltatások, amiket esetleg be akarnak zárni, mert bizonyos szempontból nem felelnek meg a sztxenderdek egyes követelményeinek? Ezeknek -- és ezekhez hasonló -- kérdéseknek a megválaszolása körüli viták eredményesnek és hasznosnak bizonyultak. Megszületett egy olyan kritériumrendszer, amely betartása esetén biztosítani tudja, hogy a szolgáltatás színvonala az ország bármely részén hasonló legyen, és a bölcsödébe járó gyermekek mindenhol ugyanolyan ellátásban részesüljenek.

## **Minimum sztxenderdek**

### ***Jogszabályokban rögzített jogok („rights based approach”)***

A napközbeni gyermekellátásra való jogosultságot Magyarországon jogszabályok rögzítik. A Magyar Köztársaság Alkotmányának 67. § (1) bekezdése szerint: „Minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges”. A (2) bekezdés pedig kimondja: „A szülőket megilleti az a jog, hogy a gyermeküknek adandó nevelést megválasszák.” Egyrészt a védelem és gondoskodás -- főleg a szegénységben élő gyermekek esetében --, másrészt a gyermek nevelésének megválasztása utal arra, hogy ha valaki bölcsödébe szeretné vinni gyermekét, ahhoz joga van.

Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló törvény 24. paragrafusa szerint: „Az egyenlő bánásmód követelményét a szociális biztonsággal összefüggésben érvényesíteni kell különösen *a)* a társadalombiztosítási rendszerekből finanszírozott, valamint *b)* a szociális, illetve gyermekvédelmi pénzbeli és természetbeni, valamint személyes gondoskodást nyújtó ellátások igénylése és biztosítása során.”

A személyes gondoskodást nyújtó ellátások formái közé tartoznak a gyermekek napközbeni ellátásának intézményei. Vagyis, ha jogosultság van, és igénybe lehet venni az ellátást, akkor ott egyenlő bánásmódban kell részesíteni mindenkit.

A gyermekek védelméről szóló törvény épít és hivatkozik a Gyermekek Jogairól Szóló Nemzetközi Egyezményre és az Európai Szociális Chartára, amelyeket a hazai törvényhozás aláírásával ratifikált. A törvény a gyermekek napközbeni ellátásának helyi önkormányzatok által megszervezendő feladatát a következőképpen határozza meg:

„A gyermekek napközbeni ellátásaként a családban élő gyermekek életkorának megfelelő nappali felügyeletét, gondozását, nevelését, foglalkoztatását és étkeztetését kell megszervezni azon gyermekek számára, akiknek szülei, nevelői, gondozói munkavégzésük, munkaerő-piaci részvételt elősegítő programban, képzésben való részvételük, betegségük vagy egyéb ok miatt napközbeni ellátásukról nem tudnak gondoskodni. A napközbeni ellátás keretében biztosított szolgáltatások időtartama lehetőleg a szülő munkarendjéhez igazodik.”

A napközbeni gyermekellátás intézményei a *bölcsőde*, a *családi napközi*, és a *házi gyermekfelügyelet*. A bölcsőde családban nevelkedő három éven aluli gyermekek napközbeni ellátását, szakszerű gondozását és nevelését biztosító intézmény. Végezheti a fogyatékos gyermekek korai habilitációs és rehabilitációs célú nevelését és gondozását is a fogyatékos gyermek hatéves koráig. Az egész napos alapellátáson túl, szolgáltatásként speciális tanácsadással, időszakos és 24 órás felügyelet működtetésével vagy más gyermeknevelést segítő szolgáltatásokkal segítheti a családokat. A családi napközi keretében egy arra vállalkozó személy saját otthonában vállalhatja maximum hét gyermek nappali felügyeletét, gondozását, nevelését. A házi gyermekfelügyelet során a gondozást és a felügyeletet a szülő otthonában biztosítják a gyermek 20 hetes korától. Ezt az ellátási formát a szülő kérelmére akkor lehet igénybe venni, ha *a) a gyermek fogyatékosága vagy súlyos betegsége miatt egyéb napközbeni ellátást nem tud igénybe venni; b) a gyermeket nappali intézményben helyezték el, de a nappali intézmény nyitvatartási idején túl felügyelet nélkül marad; c) a gyermek napközbeni ellátásban részesül, de átmeneti kóros állapota miatt hosszabb ideig otthoni gondozásra szorul.*

A jogszabályok bizonyos ellátásokat univerzális jogként kezelnek, máshol a jogosultság meghatározása olyan tág, hogy gyakorlatilag univerzális jogként értelmezhető. A



megvalósulásukkal kapcsolatban viszont problémák tapasztalhatók, amint azt az alábbi adatok is tanúsítják.

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2004-ben 527 bölcsőde működött az országban 23 911 férőhellyel. Családi napköziben 503 férőhelyen gondoztak gyermekeket. Országosan tehát a háromévesnél fiatalabb gyermekek kb. 8%-a jár bölcsődébe vagy családi napközibe. Miután több városban (köztük Budapesten, ahol a férőhelyek egyharmada található) működik egynél több bölcsőde, biztonsággal mondható, hogy a települések több mint 90%-a a törvényi kötelezettség ellenére sem nyújt semmiféle napközbeni ellátási lehetőséget a kisgyermekes családok számára. Ahol van intézmény, ott átlagosan minimum 20%-kal magasabb a beíratott gyermekek száma a férőhelyeknél, és hosszú várólisták vannak.

### ***Szolgáltatási sztenderdek***

A bölcsődei sztenderdek átfogó, holisztikus rendszert alkotnak. A kb. 60 oldalas dokumentum a törvényre építve, részletesen ismerteti azokat a kritériumokat, amelyeknek minden intézménynek meg kell felelni ahhoz, hogy működési engedélyt kaphasson. Kellőképpen rugalmas, hiszen a bölcsődei ellátás kereteit határozza meg, lehetőséget hagyva a helyi különbségek megjelenésére és a helyi igények kielégítésére.

A dokumentum a gyermek szempontjából közelítve leírja a bölcsődei gondozás-nevelés szakmai alapprogramját (curriculum framework), kitérve annak alapelveire, feladataira, főbb helyzeteire és a szervezés elveire. Ezután sorra veszi a tárgyi és személyi feltételeket és a kötelezően ellátandó egyéb feladatokat, mint egészségmegőrzés, ételmezés, baleset- és munkavédelem, illetve a szükséges dokumentáció.

A sztenderd szabályozza a gyermekek felvételének rendjét, a szülőkkel való kapcsolattartást, a sérült gyermekek ellátásának módját, a gyermekek napi életének szervezését, de például meghatározza a gyermekenkénti szükséges benti és kinti alapterületet, csoportlétszámot, felnőtt-gyermek arányt, a kötelező felszereléseket, valamint a nyújtható szolgáltatások feltételeit

is. Az élelmezés tekintetében nemcsak a higiénés követelményeket állapítja meg, hanem ismerteti az étrend összeállításának szempontjait, annak érdekében, hogy az a gyermek napi tápanyagigényének megfelelő legyen.

A szolgáltatási sztenderdek minden bölcsődére kötelezőek, és jól illeszkednek a magyar intézmények által hagyományosan nyújtott ellátás jellemzőihez. Általában a gyermekek a hét minden napján, egész nap a bölcsődében vannak. Napi négyszeri étkezést és igény szerint tiszta ruhát biztosítanak a számukra.

Mind a jogosultságok, mind a szolgáltatási sztenderdek esetében a gyermekvállalásra való ösztönzés, valamint a gyermek gondozásához, neveléséhez nyújtandó segítség esetében a prevenció gondolatát lehet felfedezni, hiszen a gyermek egészséges fejlődésének biztosítását célozzák meg holisztikus megközelítésben.

A sztenderdek megállapítása két szinten történt. Egyrészt a jogszabályalkotást az illetékes minisztérium végezte, másrészt a szolgáltatási sztenderdek kidolgozása a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (illetve elődintézetének) feladata volt. A jogszabályok előkészítését szakemberekkel való konzultáció kísérte, míg a szolgáltatási sztenderdek kidolgozása egy szakmai munkacsoport együttműködésének eredménye lett. Ez utóbbiban véleményformáló szakemberek vettek részt az ország több tájáról, és a Magyar Bölcsődék Egyesületének Elnöksége és a Bölcsődei Szakmai Kollégium véleményezte. Elmondható tehát, hogy az elkészült anyag kormányzati szerv, bölcsődei szakemberek, civil szervezet és egy szakmai kollégium konszenzusának eredménye.

A sztenderdek bevezetése a fenntartó felelősségi körébe tartozik. Magyarországon a bölcsődék több mint 90%-át önkormányzat tartja fenn, tehát nekik kell biztosítani a megfelelő feltételeket, amelyek egyben a működési engedély megszerzésének kritériumai is.

A monitorozást a regionális módszertani bölcsődék végzik. Ezeknek feladata az adott régióban működő más bölcsődék segítése továbbképzések szervezésével, információ terjesztésével stb.

Az ellenőrzés két fajtája létezik. A működési engedélyt kiadó jegyző rendelhet el ellenőrzést, valamint a Megyei/Fővárosi Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala. Mindkettő a sztenderdek megvalósulását veszi alapul.

Általánosságban többféle következtetést lehet levonni az országos szintű sztenderdek meghatározásából. Egyrészt a jogosultság univerzálissá tételével a jogegyenlőség megteremtését, másrészt a szolgáltatási sztenderdek bevezetésével az egyenlő ellátási feltételeket, illetve a gyermekek számára az esélyegyenlőséget teszik lehetővé. Azonban a jogi szabályozás és a szolgáltatási sztenderdek létezése önmagában nem biztosítja ezeket. A megvalósítás végrehajtása a kritikus kérdés. Jelenleg Magyarországon a finanszírozás korlátai nem teszik maradéktalanul lehetővé a sztenderdek megvalósulását. Az ország legtöbb településén nincs napközbeni gyermekellátási szolgáltatás, valamint a meglévő bölcsődék egy része nem tudja biztosítani a sztenderdekben meghatározott színvonalat.

### **A szakmai vita során felmerült vélemények**

A magyarországi tapasztalatok azt mutatják, hogy a sztenderdek meghatározásának sok haszna, de sok rizikója is van. Összességében a sztenderd megléte jó viszonyítási alapot ad, segít megteremteni egy olyan, megfelelő színvonalú ellátást, amely minden kisgyermek fejlődését segítheti, és egyben biztosítja a lassúbb fejlődésű vagy elmaradott gyermekek felzárkóztatását. A sztenderdek egyben igényszintet is jelentenek. Rizikójuk leginkább abban tapasztalható, ha nem valósítják meg őket, hiszen a hiányosságok nyilvánvalóvá válnak. A szakmai vita összegzése jól demonstrálja ezeket..

A vita résztvevői szerint legnagyobb probléma jelenleg, hogy a törvény által leírt jogok érvényesülése nem maradéktalan. A napközbeni kisgyermekellátás részeként működő bölcsődék igen kis szeletét fogadják be a 0--3 éves korú lakosságnak. Pedig esélyegyenlőséget lehetne biztosítani azon szegény családoknak, akik nem tudják a gyermekeiket megfelelő körülmények között nevelni, azzal, hogy a bölcsődében tartózkodás ideje alatt minden olyan juttatásban

részesülnek, ami élhetőbb körülményt és életet teremt. Ma nálunk igen sokat foglalkoznak a gyermekszegénységgel. A bölcsődék alapvetően nagyon fontos tényezővé válhatnak abban, hogy a 0-3 éves korú lakosság körében ezt csökkentésük.

Nincs elég férőhely, óriási területi egyenlőtlenségek vannak. Sok kis településen, amelyek ráadásul általában a legszegényebbek, nincs napközbeni gyermekellátás. A hozzáférhetőség (access) elve nem érvényesül. Nagyon sok olyan település van, ahol tulajdonképp a legrászorultabb családok élnek. Ott a gyerekek többszörös hátránnyal küzdenek. Ugyanakkor, ha véletlenül van egy ilyen szegény kistelepülésen napközbeni ellátás, akkor azt nem lehet összehasonlítani egy városi, jól felszerelt, korszerű, jó szakemberekkel ellátott intézménnyel. Szerintem az egyenlőségnek ebben is meg kell nyilvánulnia, mert a hátrányok így növekedni fognak.

A meglévő intézményekbe több gyermek van felvéve, mint a férőhelyek száma. Ez önmagában is gond, de sokszor ezért nem tudják már felvenni a szegény családok gyermekeit. Miközben azt is lehet tudni, hogy ha az első 3-4 évben kapnak segítséget a gyermekek, akkor egészen más eséllyel indulhatnak az életbe.

A gyermekjóléti szolgálatok feladata kezdeményezni (to refer) a rászoruló/szegény gyermek felvételét a bölcsődébe, de sok helyen ezek a szolgálatok nem működnek megfelelően. Vagy azért, mert kapacitáshiánnyal küszködnek, vagy azért, mert tévesen értelmezik a törvényt.

Mindez főként finanszírozási problémákra vezethető vissza. Az állami normatíva a tényleges költségek 30%-át fedezi csak, így az önkormányzatnak kell a hiányzó forrásokat a saját költségvetéséből fedeznie. Nem csoda hát, ha sok helyen ezért nem kívánnak bölcsődét létrehozni. A sztenderdek jók, de ahhoz, hogy azokat érvényesíteni lehessen, a megfelelő finanszírozásnak is rendelkezésre kell állni.

A szolgáltatási sztenderdjeinkkel kapcsolatban egyetértés van a tekintetben, hogy felül kell őket vizsgálni, hiszen sok évvel ezelőtt készültek.

## Összegzés EU-s javaslatokhoz

A szakmai vita résztvevői egyetértettek abban, hogy a szemléletformálás az, amit talán EU-s szinten lehetne megkívánni sztenderd formájában.

Ami a gyakorlatban megvalósul, részben anyagiak, de nagyobb részt szemlélet függvénye. Szemléleti kérdés a döntéshozók, fenntartók szintjén, de ugyanígy a szakmai körökben és a társadalomban is. Ha a magyar bölcsődei ellátást nézzük, nagyon sok példát találhatunk arra, hogy miért nem tud sok esetben megvalósulni a szegény családokból származó gyermekek felvétele. Mert nincsen a lakóhelyhez közel bölcsőde, mert másképp értelmezik a törvényt, mert a szegény családok nem ismerik a jogaikat, nem tudnak róla, stb. Tehát sok olyan gátja létezik a teljes hozzáférésnek (a jogok érvényesülésének) még azokon a helyeken is, ahol van bölcsőde, ami szemléletből ered.

Születhetne valami olyan javaslat EU-s szinten, ami nagyobb munkát kívánna a tagországoktól, annak érdekében, hogy az információk valóban eljussanak az érintettekhez. Továbbá, a szemléletet befolyásoló információk körét is meg lehetne határozni, bármilyen napközbeni ellátási formára gondolunk. Például, mik az előnyei és hátrányai, kinek felel meg a legjobban.

Mindenhol, ahol erre igény van, legyen hozzáférhető napközbeni kisgyermekellátás. Hogy ennek milyen legyen a formája? Azt a helyben felmerülő igények és lehetőségek határozzák meg. Mi a drága egy ország életében? Az, hogy létrehoznak egy jó színvonalú gyermekellátást, és azt hozzáférhetővé teszik azok számára, akik igénylik, vagy ha nem kerül be a rászoruló/szegény gyermek, és a bekövetkező problémákat kell kezelni?

A szolgáltatási sztenderdeket nem EU-s szinten kell meghatározni, mert sok helyi sajátosság van, amelyeket figyelembe kell venni.

## **A gyermekjóléti szolgálatok prevenciós tevékenysége egy intézmény gyakorlatának tükrében**

### **Bevezető**

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 39.§ (1) bekezdésében foglaltak szerint a gyermekjóléti szolgálatok „a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek testi és lelki egészségének, családban történő nevelkedésének elősegítését, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzését (...)”. A 39.§ (2) bekezdés d) pontja a szabadidős programok szervezését a fent jelzett eszközök egyikeként nevesíti.

A szabadidős programok szervezése, kivitelezése, valamint az ezekhez való hozzájárás segítése az elsődleges prevenció egyik legfontosabb eszköze. Amennyiben a gyermeknek értelmes elfoglaltságot tudunk kínálni a szabadidejére a csavargás, csellengés helyett, akkor nagyobb az esélye arra, hogy a későbbiekben ne váljon klienssé. Megtanulja az idejét hasznosan eltölteni, lehetőséget kap egy másfajta értékrend elsajátítására, kortárs és egyéb segítő kapcsolatainak kiépítésére az iskolán kívül is, megtanul kommunikálni, elsajátít különböző (erőszakmentes) konfliktuskezelési technikákat, és még hosszan sorolhatnánk a lehetőségeket. Mindezeket nem direkt módon „oktatva” tudjuk nyújtani neki, hanem úgy, hogy a saját élmény megtapasztalásán, valamint a kortárs csoport ráhatásán keresztül indirekt módon válik belsővé.

Az sem elhanyagolható tényező, hogy ezek a gyermekek megtapasztalják a nagyobb közösséghez tartozás élményét. Sok hátrányos helyzetű gyermekre jellemző az, hogy mivel nem fogadják el őket, peremhelyzetben vannak a csoporton belül, saját közegükben verődnek össze, ami még inkább fokozza az elszigetelődésüket. Gyermekvédelmi szakember irányításával jó irányba terelhető ez a folyamat is.

A legtöbb gyermekjóléti szolgálat tisztában van az említett pozitív hatásokkal, de pénzhiányra hivatkozva kevés helyen valósul meg ilyenfajta prevenciós tevékenység.

Véleményünk szerint arra, hogy a törvényben is előírt feladat teljesítetlen marad, nem elégséges indok az anyagi lehetőségek szűkössége. Nagyon sok program nem pusztán pénz kérdése, hanem odafigyelése, szervezőképessége, személyes elkötelezettségé is. Persze nagyon fontos a pénz a programok kivitelezéséhez, de ezen kívül szükség van arra is, hogy a benne részt vevők elkötelezzék magukat a gyermekek ügye mellett. Nagyon sok munkát és utánajárást igényel az anyagi források, lehetséges támogatók felkutatása. Sokszor be kell vetni a személyes kapcsolatokat is. Ezt nem lehet elkötelezettség nélkül végezni. Tapasztalataink szerint, ha a lehetséges támogatók látják az elkötelezettséget, könnyebben hajlanak arra, hogy megtalálják a módját a támogatásnak. Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a prevencióra fordított pénz hosszú távon többszörösen megtérül.

A szabadidős programok alatt a gyermekkel másfajta kapcsolat alakul ki, mint egy hagyományos családgondozás során. Ennek következtében az eltelt négy év tapasztalatai alapján állíthatjuk, hogy a gyermek könnyebben fordul segítségért -- ha bajba kerül – a családgondozóhoz, vagy „mellesleg” mesél el olyan dolgot, ami beavatkozást igényel. Az időben történő beavatkozással pedig meg tudtuk akadályozni, hogy később rosszabb helyzetbe kerüljön a család vagy a gyermek.

A szabadidős programok közé tartozik az ifjúsági klub, a fejlesztő foglalkozások, a tematikus csoportok, a nyári tábor, a nyári napközis tábor, a játszóház. Ezeknek a programoknak jelentős része az alternatív napközbeni ellátások körébe is tartozik, továbbá más ágazatok, így az oktatás és a közművelődés feladatai közé, azonban véleményünk szerint fontos, hogy a gyermekjóléti szolgálat mint a településeken működő gyermekvédelmi intézmény mindenképpen részese legyen ezen feladatok ellátásának.

Az elsődleges prevenció további fontos eszköze a nyári korrepetálás, pótvizsgára felkészítés, év közbeni fejlesztés. Ez a feladat az oktatási intézmények dolga lenne, de tapasztalataink szerint csak nagyon csekély mértékben valósul meg. A hátrányos helyzetű, tanulási zavarokkal, erre épült magatartászavarokkal küszködő gyermek leszakadását csak fokozza, ha az iskolában sorozatos kudarcok érik, ezek leküzdéséhez, feldolgozásához nem, vagy csak

igen csekély mértékben kap segítséget. Az iskola nem tudja vagy nem akarja felvállalni, hogy a pótvizsgára a nyár folyamán is felkészítse a gyermekeket. Sokszor csak augusztus közepe táján nyílik lehetősége a gyermekeknek arra, hogy valamiféle korrepetálásban részesülhessenek. A szülők nem tudják megfizetni a magántanárt, gyakran igényük sincs rá, így elég nagy valószínűséggel megjósolható az osztályismétlés, ami tovább fokozza a hátrányt.

A szabadidős programok megvalósításához természetesen szükség van megfelelő szakemberekre és eszközök meglétére. Az előbbieik közé tartoznak:

- családgondozók
- pszichológus
- fejlesztő pedagógus
- szabadidő-szervező
- sportoktató, edző.

A szakemberek mellett fontos az önkéntes és kortárs segítők bevonása is a programok megvalósításába.

A programok megvalósulást segítő eszközök:

- sportfelszerelések
- fejlesztő eszközök
- kézműveskellékek
- számítógépek
- internet-hozzáférés
- televízió, videó
- utazáshoz bérlet.

Mindezek alapján úgy ítéljük meg, hogy a gyermekeket, fiatalokat csak egy átfogó és rendszeres programmal lehet segíteni, amihez megfelelő lehetőséget biztosítanak a szabadidős programok. A gyermekek segítése során alapvető fontosságú a bizalmuk megszerzése és megtartása, ami csak sok beszélgetéssel, rendszerességgel, odafigyeléssel lehetséges, az ezekhez szükséges együtt töltött időt is a szabadidős programok biztosítják.



Ezek után lássuk, hogyan valósul meg egy gyermekjóléti szolgálat gyakorlatában a prevenció tevékenység.

### **Prevenációs tevékenység a Szigethalom és Környéke Gyermekjóléti és Családsegítő Szolgálat Dunaharaszti Tagintézménye, Dunaharaszti Város Gyermekjóléti és Családsegítő Szolgálatánál**

Dunaharaszti Budapest déli határán fekvő kisváros. A városi rangot 2000-ben kapta meg, az ennek megfelelő intézményrendszer is csak ez után az időpont után kezdett kiépülni. A gyermekjóléti szolgálat 2002 novemberétől, a családsegítő szolgálat 2004 márciusától működik hivatalosan. Budapest közelsége miatt nagymértékű betelepülés indult meg, amely eltérő okokkal magyarázható, mivel mind a fővárosból kitelepülők, mind az ország más részéből idetelepülők között megtalálhatjuk a jobb módú és a szegényebb családokat egyaránt. A betelepülést ösztönözték a közelmúltban épült és még jelenleg is épülő lakóparkok. Ide túlnyomórészt gyermekes családok költöznek, vagy olyan fiatal házaspárok, akik a későbbiekben vállalnak gyermeket. E miatt a település korfája az országos tendenciáktól eltérően fiatalodó jellegűt mutat. Jelenleg az állandó bejelentett lakcímmel rendelkező lakosok száma majdnem 18 000 fő, ebből 0--18 éves korú közel 4000 fő.

Ugyanakkor nagyon sok ember a jobb megélhetés reményében költözik a főváros közelébe, jelentős részük a létminimum határán él. Gyermekük ellátása komoly nehézséget jelent számukra. Sokan közülük állandó bejelentett lakcímmel sem rendelkeznek. (Létszámukra az állandó lakosok és a védőnők, iskolák, óvodák által lejelentett adatoknak az összevetésével lehet következtetni). Az önkormányzatnak viszont ellátási kötelezettsége van feléjük (óvoda, iskola, egészségügyi ellátás). A településen az óvodák és az iskolák egyáltalán nem küszködnek kihasználatlansággal, mint sok más településen, hanem ennek épp az ellenkezője igaz.

Sok család nem tudja megfizetni a napközbeni ellátásokat, programokat, így gyermekük szabadidő-eltöltésének helyszíne jellemzően a szórakozóhely (kocsma), az utcán csellengnek, ami hátrányos helyzetüket fokozza. Gyakran visszatérő probléma, hogy nincs megfelelő közösségi hely a településen a vendéglátóhelyeken kívül, ahol találkozni tudnak a fiatalok.

Dunaharaszti a Gyermekjóléti Szolgálatot 2003-ban hozták létre önálló intézményként. A szolgálat ugyan korábban is működött, a feladatot három félállású munkatárs látta el, ám ez jobbra „tűzoltást” jelentett. Egyáltalán nem volt kialakult koncepciója a munkának, szakirányú végzettséggel senki sem rendelkezett: egy védőnőre, egy pedagógusra és egy orvosi asszisztensre volt bízva a gyermekvédelem. Mindenki hozta a saját területére jellemző gondozási attitűdjét, ami sokban különbözik a gyermekvédelemben kívánatos beállítottságtól. Az ellátatlanságból adódó problémák nem kerültek felszínre. (Erre nem is igen volt lehetőség, mivel nem tudhatták a lakosok, hogy mi az, ami hiányzik).

Az induláskor sem a tárgyi, sem a személyi feltételek nem voltak megfelelőek. Egy helyiség állt a rendelkezésünkre a Gyámhivatallal közös épületben. Amikor a pszichológus éppen dolgozott, akkor az a munkatárs, aki nem terepen volt, az előszobában várt, vagy a közös épületben lévő Gyámhivatalban kért helyet. Az első főállású családgondozót 2002 szeptember elsejével nevezték ki. Még ebben az évben két családgondozóval bővültünk, így 2003-tól valóban beindulhatott az érdemi munka. 2003 decemberében nyílt lehetőségünk arra, hogy felvegyünk egy kolleganőt, aki be tudta indítani a Családsegítő Szolgálatot.

A szolgálat dolgozói kezdettől fogva „bábáskodtak” az intézmény létrehozásában. Mindnyájan „saját gyermekként” tekintünk rá. Az informális kapcsolatoknak nagy jelentőségük van a tevékenységek megszervezésében. Minden tag a saját eddigi munkaterületéről, illetve magánszférájából származó kapcsolatait, információit „bedobta a közösbe” és ez így van a mai napig is.

### **Szabadidős programok 2002-2003-ban**

Már a megalakulás évében, 2002 decemberében segítettünk a NOE dunaharaszti szervezetének a téli üdülés megszervezésében, illetve a gyermekek hazakísérésében.

2003 március elsejétől lehetőség nyílt fejlesztő pedagógus foglalkoztatására heti hat, majd rövid időn belül heti tíz órában. Több kiscsoportban a fejlesztő pedagógus 23 gyermekkel foglalkozott. Az ide járó gyermekek nagy részénél funkcionális problémák voltak, ezért a

fejlesztésüket az alapoknál kellett kezdeni. A foglalkozásokat a nyári szünidő alatt is folytatta a fejlesztő pedagógus, de a gyermekeket az osztályozó- és pótvizsgákra is felkészítette. A hozzánk járó gyermekek többsége átment a vizsgákon, így nem kellett évet ismételniük.

2003-ban a családgondozók négy alkalommal vettek részt nyári napközis táborban, szabadidős program szervezésében, kivitelezésében. 2003 június 15 - június 21-ig a Szociális Bizottság támogatásával 12 hátrányos helyzetű gyermeket tudtunk nyaraltatni Sopronban egy hétig.

A tábor programja:

1. nap: indulás hétfőn délelőtt, érkezés után ebéd. Délután ismerkedés Sopronnal séta a városban /Tűztorony, Stornó-ház, Erdészeti Múzeum stb./
2. nap: kirándulás Fertődre az Esterházy Kastélyba
3. nap: strandolás Sopronban
4. nap: Fertő tó, Fertőrákosi Kőfejtő megtekintése
5. nap: séta a Lövésekben, a Taródy-vár megnézése
6. nap: strandolás Sopronban
7. nap: délelőtt készülődés, majd szabadprogram, ebéd után indulás, érkezés a délutáni, kora esti órákban

Természetesen további programlehetőségek, szabadidős tevékenységek is rendelkezésre álltak, így elsősorban a sportolási lehetőség adott volt a gyermekotthonban: konditerem, asztalitenisz, kosárlabda, foci-pálya állt a gyermekek rendelkezésére.

Decemberben a helyi amatőr művészeti egyesülettel közösen Luca napi játszóházban vettünk részt, ahol a gyermekek szüleikkel együtt ajándékokat készíthettek karácsonyra, valamint a Vöröskereszt helyi szervezetével együttműködve közel 50 rászoruló családnak juttattunk el karácsonyi csomagot.

## **Programjaink 2004-ben**

2004 nyarán tovább bővítettük a szabadidős programok kínálatát. A programokat a tanév végén meghirdettük az iskolákban, a nyár folyamán pedig a helyi újságban, tévében. A nyári szünet idejét igyekeztünk tartalmasan kitölteni, hagyományteremtő szándékkal minden hét csütörtökén napközis foglalkozásokat szerveztünk. Ezeket a napokat változatos programok tarkították. Volt itt kukoricamorzsolás, gyöngyfűzés, zsákba futás, kötélhúzás, asztalitenisz, ügyességi vetélkedők, üvegfestés és még sok minden más. Különböző játékokat játszottunk, legnagyobb sikere az Activitynek volt. A kézműves foglalkozásokon az is szívesen alkotott, akinek az elején bátorítás, biztatás kellett. Készültek nagyon szép szalvéta képek, gyöngyből fűzött karkötők, nyakláncok, papírból hajtogatott figurák, szép rajzok, festett üvegek, próbálkoztunk a keresztszemes hímzéssel is. Reméljük, hogy az itt készült képek, ajándékok a gyermekszobák féltett kincsei lettek.

Nemcsak benti programokat, hanem kirándulásokat is szerveztünk, így eljutottunk Ráckevére, a budapesti állatkertbe és a Csodák Palotájába.

Három kolléga vett részt az egyik dunaharaszti általános iskola által szervezett nyári napközis táborban játékos vetélkedőn. Ezek a programok közel 40 gyermeket érintettek.

Ebben az évben már két tábort tudtunk szervezni az Önkormányzat Szociális Bizottsága támogatásával. 33 hátrányos helyzetű, valamint veszélyeztetett gyermeket tudtunk nyaraltatni Sopronban és Mátranovákon egy-egy hétig.

A táborok programja:

*Mátranovák*

1. nap: délelőtti indulás Mátranovákra, érkezés után ebéd, Kőrösi Emlékpark, Sztupa, és az emlékkiállítás megtekintése
2. nap: kirándulás: Somoskői Vár megtekintése, látogatás a Bányamúzeumba
3. nap: kirándulás az Őslényparkba, az őslénytárba
4. nap: Salgóvár megtekintése
5. nap: strandolás Salgótárjában
6. nap: táborzárás, ebéd után utazás haza, érkezés a kora esti órákban

### *Sopron*

1. nap: délelőtt indulás Sopronba, ebéd után városnézés
2. nap: strandolás Sopronban
3. nap: Fertőrákosi Kőfejtő megtekintése, a Fertő tóban fürdés
4. nap: délelőtt sportolás (kosárlabda, asztali tenisz, foci), délután városnézés, Erdészeti Múzeum, Stornó-ház, Tűztorony megtekintése
5. nap: múzeumvasúttal kirándulás Nagycenkre, a Széchenyi kastélyba
6. nap: sportnap, vetélkedők, játékok, csoportfoglalkozások
7. nap: délelőtt szabadprogram, táborzárás után ebéd, hazaérkezés a délutáni órákban

Az alábbiakban a gyermekek beszámolóiból idézünk.

### *Sopron, 2004*

*„Augusztus 9-én hétfőn fél kilencre kellett az indulási helyre érkezni. Már az utazás is mulatságosnak indult erről az András és a Krisztián gondoskodott. Amikor odaértünk Sopronba rögtön megebédeltünk aztán mindenki ment a szobájába kipakolni. Mivel csak négy fiú volt, miénk lehetett a nappali a lányok nyolcan voltak így nekik csoportokat kellett alakítaniuk. Aznap még elmentünk a városba estére, mire hazaértünk már lehetett zuhanyoznunk, vacsora és alvás -- lámpaoltás inkább. Kedden strandra mentünk, és egész nap ott voltunk, az is nagyon jó volt. Szerdán elmentünk Fertőrákosra a kőfejtőhöz majd ismét fürdés, erről a Fertő tó gondoskodott. Ez is egész napos program volt. Csütörtökön Olaszországból jött egy néni és hozott nekünk ajándékokat. Utána lementünk a városba fagyiztunk és bejártuk a Főteret többek között a Tűztoronyt is meglátogattuk, így eltelt egy újabb nap. Pénteken laza napunk volt fenn voltunk a konditeremben, majd vacsora és lementünk a térre focizni, kosarazni, ping – pongozni. Szombaton Múzeum-vasúttal elmentünk Nagycenkre a Széchenyi kastélyba majd a mauzóleumba. Vasárnap a csoport egy része elment a belvárosba egy másik része otthon maradt Andrea nénivel. Majd ebéd és véget is ért a nyaralás, amit az utazás zárt. Külön élmény volt az, hogy szerdán Anikó néni meglepetésből sütött egy jó pár db. palacsintát.”*

### *Mátranovák, 2004*

*„Mátranovákra kirándultunk a Gyermekjóléti Szolgálattal. Hat napot töltöttünk ott. Sokat túráztunk, kirándultunk. Megmásztuk a Salgó várat, ha egy kicsit nehezen is, de megérte a kilátás nagyon szép volt, gyönyörű ez a táj. A Somoskői várba sajnos nem tudtunk bejutni, de a parkjában jókat játszottunk.*

*Az Ipolytarnóczi őslénypark lenyűgözött. Sok békát fogtunk, és érdekes dolgokat láttunk.(pl. az óriásfenyő). A Salgótarjáni Bányamúzeum is érdekes volt.”*

2004-ben a gyermekjóléti szolgálattal szerződésben alkalmazott pszichológus által vezetett konfliktuskezelő és önismereti csoportfoglalkozásokat is tudtunk szervezni, két korcsoport, 10--13 évesek és 14--18 évesek számára. A csoportok zárásaként karácsonyi ajándékokat készítettünk közösen a gyermekekkel.

Decemberben a Vöröskereszt helyi szervezetével együttműködve szerveztük meg elsőként a karácsonyi ünnepséget, aminek igen nagy sikere volt. Közel kétszázan fogadták el a meghívásunkat. Ezen az ünnepségen adtuk át a karácsonyi csomagokat is a hátrányos helyzetű családoknak.

## **A 2005. év programjai**

A nyár folyamán július-augusztus hónapban (a tanév végétől) kilenc héten keresztül minden csütörtökön szerveztünk a gyermekeknek különböző kézműves foglalkozásokat ill. programokat. Sportolásra (ping-pong, tollaslabda, röplabda) is lehetőségük volt a szolgálat udvarán.

2005 nyarán is két táborot tudtunk szervezni a Szociális Bizottság támogatásával. 40 hátrányos helyzetű, valamint veszélyeztetett gyermeket tudtunk nyaraltatni, Sopronban 10 napig és Mátranovákon egy hétig.

A táborok programja:

### *Sopron*

1. nap: délelőtt indulás, ebéd után városnézés, az óváros megtekintése
2. nap: strandolás Sopronban, délután sportolás

3. nap: Károly- kilátó megmászása, Taródy-vár megtekintése
4. nap: Fertő-Hansági Nemzeti Park Sarródi rezervátumának felkeresése
5. nap: strandolás Sopronban
6. nap: Utazás Hegyköre a termálfürdőbe
7. nap: soproni városnézés, látnivalók megtekintése
8. nap: Ágfalván lovaglás
9. nap. utazás Kőszegre, Hősi-kapu, Mesterségek kiállítása, Jurisics-vár megtekintése
10. nap: délelőtt szabadprogram, sportolás, táborzárás, ebéd után indulás haza

### *Mátranovák*

1. nap: indulás a délelőtti órákban, megérkezés a szállásra, ismerkedési est
2. nap: Salgótarján megtekintése, Bánya Múzeum megnézése, utána SITI (Salgótarjáni Ifjúsági Tanácsadó Iroda)
3. nap: erdei kirándulás Mátranovákon, este szalonnasütés
4. nap: utazás Bükkszékre, strandolás
5. nap: sportolás, játékos vetélkedők, jelmezbemutatók
6. nap: délelőtt szabadprogram, táborzárás, délután indulás, este érkezés haza

A részt vevő gyerekek egyike így számolt be a táborról.

### *Mátranovák, 2005*

*„Az idén sem maradt ki a nyaralás a nyári szünetből, a Gyermekjóléti Szolgálat két dolgozójával Anna és Erzsi nénivel mentünk Mátranovákra, 6 napra.*

*Első napunk utazással, tábor „elfoglalással”, a legjobb szobák lefoglalásával és egymás megismerésével telt. Este megismerkedtünk szobatársunkkal, aki már jó ideje ott lakik, Bélával az egérrel. Béla barátja Rezső, (egy hatalmas pók) szintén állandó lakója egy másik szobának.*

*A továbbiakban ellátogattunk a salgótarjáni és mátranováki bányamúzeumba. Itt lehetőségünk volt kipróbálni a csákányt, kézfűrőt és más bányász szerszámokat illetve gépeket. Majd elmentünk a SITI-be (Salgótarjáni Ifjúsági Tanácsadói Iroda), ahol egy*

*nagyszerű breakdance bemutatót láthattunk. Rengeteg dolgot lehet ott csinálni, például táncolhatunk, ismerkedhetünk sőt még internetezni is lehet! Jó lenne ha Harasztin is lenne ilyesmi (DITI ☺ Dh. Ifjúsági Tanácsadó Iroda). Egy napot strandolással töltöttünk, Bükkszéken pancsoltuk ki magunkat. Az utolsó előtti napon hatalmas bulit csaptunk (jelmezbál, tánc), ahol mindenki nagyon jól érezte magát.*

*Az ennivaló nagyon finom volt, de a szakács nagyon „szerelmes” lehetett mert néha igen sósra sikeredett az étel! Anna és Erzszi néni ezenfelül elláttak minket minden jóval, üdítő, fagyi stb. Kedvesek, aranyosak és türelmesek voltak velünk így igazán szép élmény volt ez a nyaralás.”*

2005-ben tovább folytattuk a pszichológus által szervezett csoportfoglalkozásokat. Ezekben a foglalkozásokon minden alkalommal részt vett egy-egy családgondozó. A két csoportba összesen 28-30 gyermek járt rendszeresen. A csoportfoglalkozások személyiségfejlesztő, szociális beilleszkedést segítő jelleggel működtek. Mind a felnőttek, mind a gyermekek nagyon szigorúan betartották az ilyen jellegű csoportszabályokat (titoktartás, egymás tisztelete stb.). Ezeket a szabályokat minden esetben a csoport határozta meg.

Decemberében a Vöröskereszt helyi szervezetével együttműködve hagyományteremtő szándékkal újra szerveztünk karácsonyi műsort, játékos vetélkedőkkel, karácsonyi készülődéssel, és itt kapták meg a karácsonyi csomagokat a családok. Ezen az ünnepségen az előző évhez hasonlóan több mint kétszázan, szülők és gyermekeik együtt vettek részt.

## **2006: új lehetőségek – új programok**

Ebben az évben tárgyi feltételeink ugrásszerűen javultak. Egy másik, nagyobb épületbe költözhettünk. Itt már ki tudtunk alakítani egy olyan helyiséget, ahol klubfoglalkozásokat is szervezhettünk.

Pályázati pénzből még 2005-ben vásároltunk egy televíziót és egy DVD-lejátszót. A városban működő középiskola nekünk adta a leselejtezett, de még üzemképes számítógépeit. Sikerült kedvező feltételekkel beköttetnünk az internetet és a kábeltévét is. Így a tárgyi feltételeink



adottak voltak régóta dédelgetett álmunk, az ifjúsági klub létrehozására. Célunk, hogy a fiatalok közvetlen kapcsolatot alakítsanak ki az itt dolgozókkal. Csak ezek után várhatjuk, hogy életvezetési gondjaikkal, személyes problémáikkal kapcsolatosan megnyíljanak.

### ***Ifjúsági Klub***

2006. május 5-étől, minden pénteken és szombaton 17--22 óra között új, nyitott és ingyenes lehetőséget tudunk biztosítani szabadidejük hasznos eltöltéséhez a Dunaharaszti élők 12--18 éves fiatalok számára, akik jó hangulatban, jó helyen, barátaikkal jól szeretnék érezni magukat.

A klub célja, hogy a fiataloknak a helyszín egyfajta „kitüntetett terület” legyen, melynek egyik fontos eleme a rendezettség, gondozottság, amely érzelmileg is biztonságot nyújt az ott tartózkodók számára. Hangsúlyt helyezünk az egyéni arculat kialakítására. A Klub tárgyi környezetében, így berendezésében, küllemében harmonizál a megcélzott korosztály sajátosságaival, egyúttal formálja a fiatalok ízlésvilágát, érdeklődését, szokásait, normarendszerét és társas kultúráját.

A klub iránt egyre nagyobb az érdeklődés, hétfőenként átlagosan 80 gyermek veszi igénybe ezt a lehetőséget.

Klubunk sokszínűségét biztosítja, hogy az állandó programok mellett meghívott vendégek és szakemberek által vezetett foglalkozások is helyet kapnak. A szolgálat munkatársai biztosítják az állandó ügyeletet, külsős segítőkkel együttműködve.

### ***Szolgáltatásaink***

- „Étkezősarok”:
  - bevonódás, az ismerkedés lehetőségének megteremtése
  - otthonosság megteremtése
  - szendvicsek, gyümölcs, üdítő és tea

- „Művészeti sarok”:
  - törzsvendégeink alkotásainak, élménybeszámolóinak tere
  - üzenőfal, apróhirdetések elhelyezése
  - számítógép- és internethasználat
  - kézműves foglalkozások
  
- „Pihenősarok” (minden azt sugallja, hogy itt lehet „dumálni”, beszélgetni):
  - újságok (ifjúsági lapok, számítástechnikai folyóiratok, divatújságok stb.)
  - tesztek „szétszórása” újságok között (pl. önismereti tesztek)
  - társasjátékok biztosítása (sakk, kártya, szójáték, malom, stb.)
  
- „Zene-mánia”: állandó zene (számokat lehet kérni)
  
- „Mozi-Morzsák”: filmklub
  
- „Könyvsarok”: könyvek kölcsönzése, közös olvasás, beszélgetések.
  
- „Mozdulj!”: állandó lehetőség sportolásra, a meglévő sporteszközök használata (asztalitenisz, csocso, biliárd, kosárlabda stb.)
  
- kérések, javaslatok, vélemények („Kívánság-, ill. Panaszdoboz”)
  
- pszichológusi ügyelet: a pszichológustól bármit lehet kérdezni!

### *Szakmai jellegű szolgáltatások*

- egyéni beszélgetések
- csoportos foglalkozások (témakörök: család, kapcsolatok, önismeret stb.)
- közös játéktevékenységből kiinduló közös munka.

### ***Korrepetálás***

2006. július 11-étől augusztus 26-áig hetente egyszer három órában, alkalmanként 6-8 hátrányos helyzetű, pótvizsgára kötelezett gyermekkel foglalkozott egy önkéntes pedagógus a szolgálatunknál. Közülük csak egynek nem sikerült átmennie a vizsgákon. Segítség nélkül valószínűleg sokkal többen kényszerültek volna osztályismétlésre.

### ***Táboroztatás, szabadidős programok 2006-ban***

Az előző években megszervezett táborok visszhangja nagyon kedvező volt. A gyermekek már szeptemberben kérdezték, hogy jöhetnek-e ismét. Úgy adódott, hogy idén négy tábort tudtunk szervezni, a „szokásos” soproni és mátránováki mellett Gyulára és Miskolctapolcára is eljutottunk. Összesen 66 hátrányos helyzetű és veszélyeztetett gyermeket nyaraltattunk

A táborok programja:

#### *Sopron*

1. nap: megérkezés után esti séta a városban
2. nap: Fertőd, Esterházy-kastély, Fertőszéplak, Falumúzeum megtekintése
3. nap: Hegykőn strandolás
4. nap: Sopron nevezetességeinek megtekintése, Bányászati Múzeum, Erdészeti Múzeum, városnéző kisvonal
5. nap: strandolás Bükkfürdön
6. nap: Sopronban városnézés, Pékmúzeum
7. nap: délelőtt szabadprogram, táborzárás, ebéd után hazautazás

#### *Mátránovák*

1. nap: utazás, érkezés után a táborban sportolás
2. nap: kirándulás Ipolytarnócra, Őslénypark megtekintése
3. nap: strandolás Salgótarjánban
4. nap: utazás a mátraterenyei uszodába, Gyürky-Solymossy-kastély „Fába faragott élet” emlékkiállítás megtekintése, utána séta a kastélypark botanikus kertjében
5. nap: kirándulás Mátránovákon, délután lovagolás, állatsimogatás
6. nap: délelőtt szabadprogram, ebéd után táborzárás, majd indulás haza

## *Gyula*

1. nap: délelőtti indulás, megérkezés után ebéd, városnézés, séta a Körös partján
2. nap: Várfürdő, strandolás, este séta, biliárdozás
3. nap: kirándulás Kétegyházára, lovaskocsizás, lovagolás
4. nap: Gyula nevezetességeinek megtekintése: Vármúzeum, Várszínház, Aradi vértanúk Emlékpark, Százéves Cukrászda, Erkel Emlékház, este mozi
5. nap: Várfürdő, strandolás
6. nap: délelőtti sportolás, táborzárás, ebéd után indulás haza

A nyári foglalkozásokat kibővítettük egy-egy kirándulással is. Június végétől augusztus 22-éig minden héten volt egy „benti” nap, és egy kirándulós nap is. Ezekre már nemcsak a hátrányos helyzetű gyermekek jöhettek, hanem a megadott korosztályon belül bárki.

2006-ban a szabadidős foglalkozások és programok több mint 1000 (halmozott adat) gyermeket érintettek, és még nincs vége az évnek.

A szabadidős programok mellett természetesen minden kolléganő ellátja a saját családgondozói feladatait is. A nyári szabadságok kiadása nem kis szervezőképességet igényelt a jelen dolgozói létszámunk -- hat fő! -- mellett.

Bizonyára felmerül az a kérdés: hogyan tudtuk megteremteni az anyagi fedezetét ezeknek a programoknak. Mint már írtuk nagyon sok minden nem csupán pénz kérdése. A városban élő vállalkozók, civil szervezetek jelentősen mértékben támogatják tevékenységünket. Nem anyagilag, hanem természetben, termékekkel, szolgáltatásokkal. Természetesen folyamatosan figyeljük a pályázati kiírásokat és lehetőség szerint minél több programra pályázunk.

Sok önkéntes segítők is van, akik például az ifjúsági klub működésében kulcsfontosságú szerepet játszanak. Azt tapasztaltuk, hogy ha az emberek látják, hogy van értelme annak, amit csinálunk, hasznosnak találják azt, akkor sokkal szívesebben vesznek részt benne. Az önkénteseink nagyon jól érzik magukat a gyermekek között, várják az alkalmat, hogy mikor tudnak újra jönni.

Nem elhanyagolható a munkatársaink személyes elköteleződése sem, sokszor saját szabadidejük rovására, ellenszolgáltatás nélkül vesznek részt a programok szervezésében. Ez az elköteleződés mintát ad a segítőknek és a támogatóknak is. Dunaharaszti nem túl nagy város, a programok jó híre hamar elterjed.

## **Nyári programok a gyermekjóléti és családsegítő szolgálatnál**

### ***A program célja és célcsoportja***

Harmadik éve kerül megrendezésre a nyári szünet ideje alatt szabadidős foglalkozás, amelyet eleinte heti egy, az idei évben pedig heti két naposra (kedd és csütörtök) terveztünk. Oka az volt, hogy a klienseink körében igényként fogalmazódott meg gyermekeik elhelyezésének problémája a nyári időszakban. A célunk az, hogy ha nem is az egész nyári időszakban, de tíz héten keresztül legalább heti néhány napon elfoglaltságot, színvonalas, értelmes, szórakoztató programokat biztosítsunk nekik. Sok gyermek számára csak a gyermekjóléti szolgálat által szervezett foglalkozások, illetve az egyhetes táborunk (2006-ban Mátranovákon, Sopronban, illetve Gyulán) jelenti a nyári kikapcsolódást, a „nyaralást”. Olyan családok gyermekeiről van szó, akik anyagilag nem engedhetik meg maguknak, hogy elutazzanak nyaralni, vagy gyermekeiket táborba küldjék, tehát számukra csak ezek a programok jelentenek lehetőséget minderre.

A célcsoportunkat elsősorban a város általános és középiskolásai képezik. De minden olyan a városunkban élő gyermeket és fiatalot várunk és szívesen fogadtunk, akik részt kívántak venni foglalkozásainkon.

### ***A program megvalósítása***

Az iskolai tanév befejeztével, június 20-ától augusztus 24-éig tart az egyre népszerűbb nyári napközis program a Gyermekjóléti és Családsegítő Szolgálatnál (Dunaharaszti, Andrassy

u.14). A heti két alkalommal, kedden és csütörtökön több mint 30 gyermeket fogadó tábor a változatos programok miatt nagyon sikeres a gyermekek körében.

A csütörtöki kirándulások alkalmával számos helyre eljuthattak a gyermekek -- Millenáris Park, Csodák Palotája és a Jövő Háza kiállítás, Magyar Természettudományi Múzeum, ELTE Botanikus kert, Orczy kert, Budapesti Állat- és Növénykert, János-hegyi kilátó, amelyet a Fogaskerekű vasúttal közelítettünk meg, Budai Vár, ahová a Budavári Siklóval jutottunk fel, Planetárium, Hadtörténeti Park, hajókirándulás Szentendrére; a nagy melegre való tekintettel sétáltunk a Margitszigeten és fürödtünk a Palatinus strandon. Bízunk benne, hogy a gyermekek számára tartalmas és hasznos élményt tudunk biztosítani.

A programok június 22-től augusztus 24-ig csütörtöki napon kerültek megrendezésre. A programokon minden esetben maximum 25 gyermek és két kísérő vett részt..

Június 20-tól augusztus 22-éig minden héten kedden sport és kézműves foglalkozásokat szerveztünk a gyermekeknek.

### **Őszi tábor hátrányos helyzetű gyermekek részére**

#### ***„Barlangolás” Miskolctapolcán***

2006. október 30-a és november 5-e között, az őszi szünetben tábort szerveztünk Miskolctapolcára, ahová 15 gyermeket tudtunk magunkkal vinni. Nagyjából azokat, akiket a nyári táborokba is elvittünk, de voltak újak is. Megdöbbentett bennünket, hogy mennyire frusztráltak, szinte kezelhetetlenek voltak a gyermekek. Mintha nem is ugyanazok lettek volna, akikkel együtt nyaraltunk. Pedig csak két hónap telt el az iskolából! Az első három nap azzal telt el, hogy valahogy helyrebillentsük a lelki békéjüket. Ezt követően kezdtek el úgy működni, mint nyáron. Volt olyan gyermek, aki még a tábor végére sem jött helyre. Ez az őszi szüneti tábor döbbsentett rá bennünket, mennyire fontos az, hogy ne csak nyáron, hanem az évközi szünetekben is legyenek a gyermekek számára szervezett szabadidős programok. Túl hosszú az idő a tanév kezdetétől a végéig, nagyon nagy szükségük van a gyermekeknek év

közben is a valódi pihenésre. Ezért elhatároztuk, hogy mindent megteszünk azért, hogy a tavaszi szünetben is sikerüljön tábort szervezni.

A tábor programja:

*Miskolctapolca*

1. nap: délelőtt indulás, megérkezés után ebéd, séta Miskolctapolcán, este társas játékok
2. nap: Diósgyőrben a vár megtekintése, utána cukrászda
3. nap: Miskolc városnézés, szabadidős programok, sport, társasjáték (Activity, kártyázás)
4. nap: Barlangfürdő meglátogatása, délután szabadidős programok
5. nap: kirándulás Lillafüredre kisvasúttal, nevezetességek megtekintése, délután Hermann Ottó Múzeum kiállításainak megnézése, este mozi
6. nap: fürdés a Barlangfürdőben, délután társasjáték (Tabu)
7. nap: délelőtt sportolás, táborzárás, ebéd után indulás haza

Egy részt vevő gyermek beszámolója a táborról:

*„1. nap: Reggel 7-kor volt a gyülekező a Dunaharaszti Külső HÉV- állomásnál. Már akkor mindenki izgatottan várta az elkövetkezendő egy hetet.*

*Az első fél óra, óra ismerkedéssel telt. Az utazás nagy részén kisebb csoportban meséltek történeteket egymásnak a gyerekek.*

*A szállás egy panzióban volt. Ötfős szobákban voltunk, felső, illetve alsó szinten. Volt egy nappali+konyha, ahol lehetett étkezni, tévézni, játszani.*

*Miután mindenki kipakolt és elkészült, elindultunk megkeresni egy éttermet, ahol ebédeltünk minden nap.*

*Aztán elmentünk a Miskolc-Plázába. Ezzel el is telt az első nap.*

*2. nap: Felkeltünk, csoportokban megreggeliztünk, és felkészültünk az indulásra. Megnéztük a diósgyőri várat, majd elmentünk egy cukrászdába. Hazamentünk ebédelni, és ebéd után, hihetetlen, de rávettek minket arra, hogy tabuzzunk; ez egy társasjáték.*

*Este elmentünk biliárdozni és közben, aki szeretett volna, az bowlingozhatott. Ennek én voltam a megszervezője; szinte mindenki ki akarta próbálni.*

*Hazamentünk, megfürödtünk, vacsoráztunk, tévéztünk. Eltelt egy újabb nap.*

*3. nap: Reggel már tudtuk, hogy a mai nap laza lesz, mert otthon leszünk egész nap. Sajnos megáldott minket az ég egy kis esővel, de ez a nap így is feledhetetlen maradt.*

*A csoport két részre oszlott. Aki szeretett volna bemenni a városba, az elmehetett Anna nénivel, aki nem, az otthon maradt Andrea nénivel. Az otthoniak kártyáztak, tévéztek, zenét hallgattak, pihentek.*

*Aki úgy döntött, hogy bemegy a városba, az sem járt rosszabbul. Ők elmentek vásárolni, moziműsort nézni, sétálni a városban.*

*Szép lassan összegyűlt a csapat, elmentünk ebédelni. Az étterem barátságos volt, nem túl nagy, de mégis kényelmes. Az ott dolgozók nagyon barátságosak voltak. Még azt is megengedték, hogy mi döntsük el, hogy mit szeretnénk enni. Ebéd után elmentünk a MiskolcPlázába biliárdozni, és elrepült egy újabb nap.*

*4. nap: Reggeli után meglátogattuk a Miskolctapolcai Barlangfürdőt. Ezen a napon megérkezett az év első havazása, de ez minket nem zavart, mert fedett strandon voltunk.*

*A barlangfürdőben hamar eltelt az idő és hamar eljött a 3 óra, amikor is elmentünk ebédelni. Este elmentünk biliárdozni, bowlingozni, így igencsak hamar eltelt ez a nap is.*

*5. nap: Reggelizés után Lillafüredre kirándultunk kisvasúttal, majd hazafelé bementünk a Herman Ottó Múzeumba, az ásványkiállításra, és a végén minden gyerek kapott valamilyen ásványt.*



*Ebéd után elmentünk moziba és megnéztük a „Szabadság, Szerelm” című filmet. Ez a film mindenkinek kellemes csalódást okozott. Nagyon jó film volt. Utána még ott maradtunk bowlingozni, majd hazamentünk és eltelt a péntek is.*

*6. nap: A mai napon ismét elmentünk a Barlangfürdőbe reggelizés után.*

*Ebéd után elmentünk bowlingozni, mire észbe kaptunk, mehettünk is haza. Eltelt a szombat is.*

*7. nap: A nap nagy része utazással telt. Reggel összeköltünk, felkészültünk a hazaindulásra.*

*Óriási élményekkel gazdagodva érkeztünk haza.*

*U.i.: Iszonyatosan jó volt. Rengeteg élménnyel és ismerőssel búcsúzkodtunk a HÉV-állomáson. Remélem, minden tábor legalább ilyen jó lesz.”*

### **A prevenció programok várható eredményei**

Eredménynek tekinthető, hogy nyári programokat már 2003 óta folyamatosan megrendezzük. Nagy az érdeklődés iránta, és már jóval a nyári szünet előtt jelentkeznek a szülők. Egyre több gyermek szeretne velünk nyaralni, de sajnos a lehetőségeink korlátozottak. A programok további hatása, hogy azok a családok, akik még nem ismerik intézményünket, megismerhetnek minket, betekintést nyerhetnek munkánkba, és ha problémájuk adódik, tudják hová tudnak fordulni. Tudják, hogy van olyan intézmény városukban, amit bármilyen problémával felkereshetnek.

A programok által a gyermekek közelebbről megismerhetik a családgondozókat, növekszik az irántunk érzett bizalom, ami segíti munkánkat. A táborokban a családgondozók prevenció feladatát látják el, ami segíthet abban, hogy a gyermekek merjenek hozzánk fordulni, mi pedig az esetleges problémákat még időben feltárjuk, és segítsünk a megoldásukban.

A csoportok, a fejlesztő foglalkozások, majd az ifjúsági klub megszervezésével szeretnénk a programokat kiterjeszteni az egész évre, hogy egyfelől ne csak nyáron biztosítsunk a gyermekek számára elfoglaltságot, másfelől mindazt az indirekt pedagógiai hatást, amit a

táborok biztosítanak, egész évben biztosítani tudjuk a gyermekek veszélyeztettségének megelőzése érdekében.

A felvállalt feladat és a felelősség óriási. Amennyiben becsületesen és hatékonyan helyt akarunk állni, ismernünk kell a városunkban élő gyermekeket, minden problémájukkal, családi és baráti háttérükkel. Tisztában kell lennünk azzal, hogy a kamaszok személyiségjegyei állandóan változnak. Ezeket a változásokat befolyásolják a gyermek életkörülményei, életkori sajátosságai, tulajdonságai. Hangulata, személyiségének fejlődése állandóan hullámzó, sok-sok visszaeséssel járó folyamat. Ezeket a hullámzásokat hétről hétre mi is megtapasztaljuk, átéljük. Egyvalamit nem tehetünk: hogy közömbösek leszünk, vagy feladjuk, mert az a legrosszabb, amit közvetíthetünk gyermekeink felé.

Végezetül: mindez -- reményeink szerint -- elvezethet oda, hogy csökken a deviáns fejlődésirányú, esetleg bűnelkövető, veszélyeztetett gyermekek száma, ami megmutatkozhat mind a szakellátásba utalt gyermekek, mind a védelembe vett gyermekek számának csökkenésében, a gyermekek és családjaik gyermekvédelmi jellegű problémáinak mérséklődésében. Amennyiben ezek a szolgáltatások képesek mindezt megvalósítani, akkor elértük a célunkat, megfelelünk a bevezetőben megfogalmazott elvárásoknak.

# **A szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások standardizációja**

## **A kezdetek**

A szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások megsokszorozódása és sokszínűsége következményeként számos kezdeményezés látott napvilágot a szolgáltatások tartalmának definiálása, az ugyanazon elnevezéssel illetett, de különböző módokon nyújtott szolgáltatások közös vonásainak azonosítása, és ezzel együtt a szolgáltatások minőségi követelményeinek meghatározása céljából. Emellett egyre erősödő szakmai igény jelentkezett, hogy a szolgáltatók a felhasználók érdekeit, igényeit, szükségleteit középpontba helyezve egységes keretfeltételek, szakmai szabályozók, minimumok összhangjában nyújtsanak minőségi szolgáltatást.

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2005 decemberében összehívta a Szociális és Minőségügyi Műhelyt azzal a céllal, hogy terepet biztosítson az e témában összegyűlt korábbi tapasztalatok átadására, valamint a jövőbeni minőségügyi fejlesztések irányának szakma által történő meghatározására.

A műhely résztvevői egyetértettek abban, hogy a minőségügyi ismeretek, tapasztalatok bemutatásán, átadásán túl szükséges a szakmai standardok és protokollok kidolgozása.

A műhelyt követően Gyuris Tamás és dr. Dávidné Hidvégi Julianna vezetésével útjára indult a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások standardizációja projekt, melyet az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium támogatott, s 2006 márciusában megbízta az NCSzI-t a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások standardjait kidolgozó projekt koordinálásával.

A projekt indulása után a legfontosabb feladat a kidolgozandó standardok, protokollok körének meghatározása volt. Az NCSzI elkészítette a 38 szabályozót tartalmazó lista tervezetét, amelyet többszöri egyeztetés után 2006. március 20-án a Szociális és Gyermekvédelmi Minőségügyi Műhely tagjai véleményeztek, majd elfogadtak.

Ezt követően a szakminisztérium és az NCsSzi pályázati felhívást tett közzé a szabályozó anyagok kidolgozásához szükséges szakemberek bevonására. Pályázat és felkérés útján összesen 154 főt bíztak meg a standardok, protokollok, irányelvek kimunkálásával. A szabályozó anyagok kidolgozására 4 fős munkacsoportok alakultak. A munkacsoportok összeállítását követően 2006. június 20-án megtartottuk a projekt nyitórendezvényét, 136 szakember részvételével. A rendezvényen a munkacsoportok tagjai, az ágazati minisztérium képviselői, valamint az NCsSzi e projektben közreműködő munkatársai vettek részt.

### **A kitűzött célok**

A projekt céljait a Szociális és Gyermekvédelmi Minőségügyi Műhely által megfogalmazott igények alkotják. Általános célként jelenik meg az intra- és interszektorális kapcsolatok bővítése-erősítése, valamint az ellátórendszer komplex, előremutató reformja, szolgáltatás- és minőségfejlesztés.

A projekt elsődleges céljának a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások tartalmát és megvalósulásának módját szabályozó, szakmai konszenzuson alapuló dokumentumok kidolgozása tekinthető. Célunk, hogy -- a standardok és protokollok felállítása révén -- a jogi és szakmai szabályozás szétválasztása megtörténjen. A projekt további közvetlen célja a szakmafejlesztés, ezen belül a piaci igényekhez illeszkedő minőségi szolgáltatások megerősítése, a feladatellátás színvonalának, eredményének mérése, a szolgáltatások minősége mérhetőségének és összehasonlíthatóságának megoldása és ezen keresztül a kiegyenlített szolgáltatásszervezés biztosításának elősegítése.

### **A megvalósítás**

A munkacsoportok három ütemben kezdték meg munkájukat. Az első ütemben indult munkacsoportok 2006 november végére készítették el anyagaikat. A második ütemben indult csoportok 2006 december közepén, a harmadik fázisban indulók pedig 2007 februárjában fejezik be a standardok, protokollok első verzióját.

Az elkészült szabályozókat a munkacsoportok közötti véleményezést követően hozzuk nyilvánosságra széles körű, szakmai véleményezés céljából. A módosítási javaslatok megtételére két ütemben lesz lehetőség: először 2007 januárjában, másodsor pedig 2007 márciusában. A véleményeztetés lebonyolításába bevonjuk a szakmai ernyő-, illetve érdekvédelmi szervezeteket, egyesületeket.

Az országos szintre kiterjesztett véleményezést követően a módosítási javaslatok elfogadásáról, illetve elvetéséről a nyitott fórumként működő Szociális és Gyermekvédelmi Minőségügyi Műhely dönt.

A standardokat, protokollokat 2007 tavaszán a Szociális és Munkaügyi Minisztérium elé terjesztjük. A minisztérium a szabályozó anyagok elfogadása után a Szociális Közlönyben teszi közzé azokat.

A kidolgozandó szabályozó anyagok 4 csoportra oszthatók:

- 1. Strukturális standardok:** olyan kérdésköröket tartalmaznak (pl. vezetés, igazgatás, felvétel-elbocsátás), amelyekre bármely intézménytípus esetében egyformán figyelemmel kell lenni.
- 2. A szolgáltatás típusa szerinti standardok/irányelvek:** az egyes szociális és gyermekvédelmi szolgáltatásokra vonatkozó követelményeket tartalmazzák.
- 3. Az igénybevevő szerinti protokoll/irányelv-csoportok:** az egyes igénybevevői csoportok sajátos szükségletei alapján történik a különböző tevékenységek szabályainak meghatározása.
- 4. Eredménystandardok:** a szolgáltatások eredményeinek mérését meghatározó kritériumok.

## **Társadalmasítás**

A projekt teljes időszaka alatt fontosnak tartjuk a szakmai közélet és a döntéshozók tájékoztatását. Ennek érdekében folyamatosan részt veszünk helyileg megszervezett műhelyeken, találkozókön, országos konferenciákon, valamint a Regionális Forrásközpontok segítségével hét régióban szervezünk Regionális Szociális és Gyermekvédelmi Minőségügyi Műhelyt.

A vélemények kifejtésére, javaslatok tételére elektronikus formában is lehetőséget biztosítunk: egyrészt az egyes standardok, protokollok köré szerveződő munkacsoportok külön e-mail címmel rendelkeznek, másrészt ez év decemberétől internetes fórumot is működtetünk az NCsSzi honlapján.

Az elkészülő standardokat, protokollokat az arra vállalkozó intézmények, szervezetek részvételével modellezzük, és kisfilmekben rögzítjük. Ezeket az e célból szerveződő jövő évi konferenciák alkalmával bemutatjuk, valamint az elkészült szabályozók elektronikus és nyomdai kiadása, megjelentetése is terveink között szerepel.

### **A szabályozók felülvizsgálata**

Fontos megjegyezni, hogy a most elkészülő standardok, protokollok köre nem teljes és nem végleges. Szükség van a bővítésükre, további standardokat, protokollokat kell kidolgozni, valamint a meglévő szabályozó anyagokat is időről időre felül kell vizsgálni és a napi gyakorlathoz, igényekhez kell alakítani.

Ennek érdekében fontos a „felügyeleti rendszer” kidolgozása, mert a szabályozók bevezetésén túl biztosítani kell azok megfelelő működtetését is. Ezt a folyamatot segíti és készíti elő az ágazati minisztérium által létrehozott és működtetett „Fokozott Ellenőrzési Program”. Ennek a kategóriájában új, ún. pilóta-programnak a célja, hogy olyan ellenőrzési rendszert alakítson

ki, amely a szociális szolgáltatók összehangolt, egységes szemléletű tevékenységének, a szolgáltatások hatékonyságának és minőségi színvonalának javítását célozza.

### **A projekt várható eredményei**

Az egységes szakmai szabályozók bevezetése csökkenti a szolgáltatások tartalmában, minőségében, hozzáférhetőségében mutatkozó jelentős különbségeket, valamint lehetőséget teremt a feladatellátás színvonalának, eredményének mérésére. Ezáltal a szolgáltatások kiegyenlítettebbé és összehasonlíthatóvá válnak.

A szakmai standardok, protokollok, irányelvek száma és tartalmi elemei folyamatosan bővülnek és tökéletesednek, új szabályozási igényeket, szakmafejlesztési feladatokat generálhatnak.

A projekttel kapcsolatos információk megtalálhatók az NCsSzi honlapján ([www.ncsszi.hu](http://www.ncsszi.hu)), „Szociális és Gyermekvédelmi Minőségügyi Műhely” alcímnél.

