

Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

X. évf. 1. szám 2011. március

Az európai országok idősellátásáról

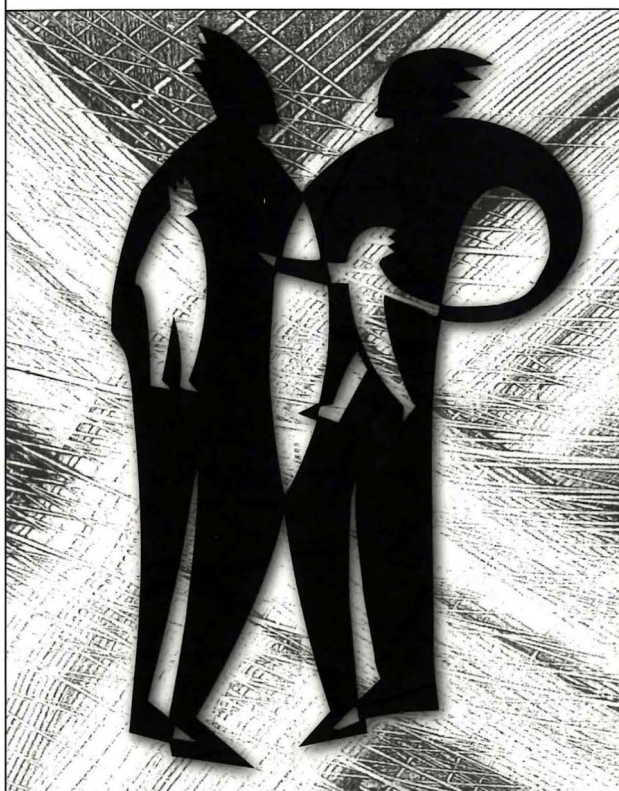
2

Súlyosan-halmazottan fogyatékos
személyeket nevelő családokról

20

Közterületeken megjelenő
hajléktalan emberekről

28



Az atipikus munkavégzés
szabályozásáról

36

A szülésről és a párkapcsolatokról

46

A tanulmányi kompetenciákban mért
különbségekről

56

48

Dögei Iлона* – Kostyál L. Árpád – Udvari Andrea*****
Idősellátás és gondozási szükségletvizsgálat néhány európai országban I.

Jelen cikk az idősek által Magyarországon, valamint négy európai országban: Franciaországban, Angliában, Németországban és Ausztriában¹ igénybe vehető szolgáltatásokat, illetve a vizsgálatba bevont országokban a gondozási szükségletvizsgálat folyamatát bemutató tanulmány első része.

A 2010 végén elkészült összegző tanulmányt terjedelmi okok miatt két részben adjuk közre. Az elsőben a magyarországi idősellátás vázlatos bemutatása mellett rövid leírást adunk a házi segítségnyújtás és az idősotthoni szolgáltatásokhoz való hozzájutásnál alkalmazott gondozási szükségletvizsgálat (GSZV) aktuális folyamatáról. Ezt követően mutatjuk be a négy európai ország közül Franciaország és Anglia jelenlegi idősellátási rendszerét.² A következő Kapocsszámban közöljük a tanulmány Németországot és Ausztriát bemutató fejezeteit, valamint a vizsgált országok idősellátási elemeinek összehasonlítását, hasonlóságait, különbségeit összefoglaló táblázatot. A gondozási szükségletvizsgálati eljárás egyik alapját képező, a szakvéleményhez szükséges értékelő lapok, kérdőívek bemutatására nem térünk ki részletesen. Ezeknek a dokumentumoknak a vizsgálata az anyagok összetettsége, specifikussága (országoként eltérő hozzáférési lehetőségek) miatt egy külön tanulmány tárgyát képezné.

A vizsgálatba bevont országokról magyar nyelven meglehetősen kevés aktuális, a jelenlegi idősellátási szolgáltatásokat, az igénybevételükhöz szükséges eljárási módszert ismertető szakirodalom található. Így az egyes országok bemutatásához az adott ország különböző kormányzati, minisztériumi portáljairól, intézményi, szolgáltatói, civil, egyházi, nonprofit szervezeteinek honlapjairól gyűjtött anyagait, dokumentumait, illetve az adott nyelven nyomtatott vagy elektronikus formában megjelent szakirodalmakat (hatályos törvényszöveg, jogszabály, kiadvány stb.) használtuk fel. Az idegen nyelvű szakszövegek fordításánál akadtak terminológiai, fordítási nehézségeink. Az egyes országokban a különböző szolgáltatástípusok terminusainak magyarra történő átültetését illetően döntenünk kellett, hogy megközelítőleg hűek maradjunk az adott ország szolgáltatásainak megnevezéséhez, felhívva ezzel az olvasó figyelmét az ottani rendszer – a magyartól eltérő – specifikumaira, vagy inkább a magyar szolgáltatási rendszerben hasonló tevékenységet végző szolgáltatások elnevezését használjuk. Mivel ez utóbbi eljárás elfedte volna más országok szolgáltatási rendszerének sajátosságait, mi inkább az előbbi megoldást választottuk.³⁴

A magyar idősellátási rendszer és gondozási szükségletvizsgálat

Hazánkban – több nyugat-európai országhoz hasonlóan – az összlakosságon belül egyre nagyobb az idősek aránya, ami növekvő szükségleteket eredményez az idősellátás területén, finanszírozási és szabályozási változtatásokra kényszeríti a döntéshozókat. Az 1993. évi III. törvény⁵ foglalja magába – bizonyos, a jogszabályban előírt rászorultsági, jogosultsági feltételeknek való megfelelés esetén – az idősek által igénybe vehető szolgáltatásokat. A rendszerváltást követően e törvény egyik alapvető funkciója az állam felelősségének meghatározása, a szolgáltatások, ellátások körének definiálása volt. A piacgazdaság kialakulása miatt az is szükségessé vált, hogy az állam a szolgáltatók lehetséges körét az önkormányzati intézmények mellett kibővítsé egyházi és magánfenntartású intézményekkel.

Az állam elsősorban mint finanszírozó, a települési önkormányzatok vagy mint a szolgáltatást megszervezők, vagy mint szolgáltatók jelentek meg, de végső soron az ellátási kötelezettség e törvény szerint máig egyértelműen az önkormányzatoké.⁶

Az időseknek nyújtott szolgáltatások

Magyarországon az idősellátásban megkülönböztetünk alapszolgáltatásokat és szakosított ellátási formákat. Az alapszolgáltatások keretébe tartozik a szociális étkeztetés, a házi segítségnyújtás, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, az idősek nappali ellátása. A szakosított ellátást nyújtanak az idősek számára tartós ápolást, gondozást nyújtó bentlakásos idősek otthonai, valamint az átmeneti elhelyezést nyújtó időskorúak gondozóháza. A következőkben tételesen bemutatjuk az idősek által igénybe vehető alapszolgáltatásokat, majd a szakosított ellátásokat.⁷

Alapszolgáltatások

Szociális étkeztetés ♦ A szociális étkeztetés már a 70-es években is létezett; minden önkormányzatnak kötelező ezt a szolgáltatást biztosítani, lakosságszámtól függetlenül.

A szolgáltatás keretein belül azoknak a rászorulóknak kell biztosítani legalább napi egyszeri étkezést, akik azt koruk, egészségi állapotuk vagy egyéb ok (fogyatékos, szenvedélybetegség, hajléktalanság) miatt önmaguknak, illetve eltartottaiknak tartósan vagy átmeneti jelleggel nem képesek megoldani. A rászorultak a megjelölt helyen elfogyaszthatják, vagy hazavihetik az ételt, ha erre nem képesek (pl. betegség miatt), a szolgáltatást nyújtók a lakásukra szállítják az ebédet. Az, hogy ki és milyen formában jogosult az étkeztetésre (kinek mennyit kell fizetnie havonta az ételért), saját rendeletben a helyi önkormányzat határozza meg.

Házi segítségnyújtás ♦ A házi segítségnyújtás az egyik legrégebbi alapszolgáltatási forma, már a 70-es években is létezett. Az ellátást minden településen kötelező biztosítani, lakosságszámtól függetlenül. Célcsoportja azok az idős, beteg vagy fogyatékos személyek, akik a mindennapi életben nélkülözhetetlen feladataik ellátásában (fürdés, bevásárlás, takarítás, hivatalos ügyintézés, főzés, mosás, fűtés stb.) másokra szorulanak. A szociális törvény szerint az alapvető gondozás és az alapápolás körébe tartozó feladatokat látja el, segítséget nyújt az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és a lakókörnyezete higiéniai körülményeinek megtartásában, valamint prevenciós szerepet tölt be, hiszen segítséget nyújt a vészhelyzetek kialakulásának megelőzésében. A szolgáltatás ma elsősorban időkorú személyek ellátását biztosítja.⁸ A házi segítségnyújtást a megállapított napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában kell biztosítani. A szolgáltatás térítésköteles, de a térítés mértékét személyre szabottan állapítják meg.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás ♦ A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítását célzó ellátás. Megadja azt a biztonságot, amire egy idős, beteg embernek szüksége van: a nap 24 órájában elérhetővé tesz egy diszpécserszolgálatot, amely jelzésre az idős, beteg

emberhez kiküldi a gondozót, ha szükséges, az orvost, a mentőt, de ha kell, a rendőrséget is értesíti.⁹ A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás az önkormányzatoknak nem kötelező feladata, így csak egyes településeken hozzáférhető. A szolgáltatás térítésköteles, mértékét személyre szabottan határozzák meg.

Időskorúak nappali ellátása ♦ A nappali szolgáltatás célja, hogy lehetőséget biztosítson az idős ellátottak számára otthonuk fenntartása mellett napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére és napközbeni étkezésre. A szolgáltatások körébe tartoznak többek között a szabadidős programok szervezése, szükség szerint az egészségügyi alapellátáshoz és a szakellátásokhoz való hozzájutás segítése, segítség hivatalos ügyek intézésében, munkavégzés szervezése, életvitelre vonatkozó tanácsadás, életvezetés segítése.

A felsorolt alapszolgáltatások igénybevételének módjáról az adott településen működő családsegítő szolgálat munkatársánál vagy a helyi jegyzőnél tudnak tájékozódni az idős rászorulóknak, illetve a szolgáltatás iránt érdeklődők.¹⁰

Szakosított ellátások

Bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények ♦ A szakosított ellátások a bentlakásos intézményrendszer tagjait ölelik fel. Két alaptípusát különböztetjük meg a bentlakásos intézményeknek: az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeket, amelynek körébe tartozik az időskorúak gondozóháza, illetve az ápolást-gondozást nyújtó, azaz tartós bentlakást biztosító intézményeket. Ebbe a körbe tartozik az idősek otthona.

Időskorúak gondozóháza (idősek átmeneti ellátása) ♦ A szociális törvény vezette be ezt az átmeneti elhelyezési formát, amelynek célja, hogy ideiglenes jelleggel (legfeljebb egy évi időtartamra, de orvosi szakvélemény alapján ez további egy évvel meghosszabbítható) folyamatos ellátást biztosítson azoknak az idős embereknek, akik betegségük vagy egyéb ok miatt ideiglenesen nem képesek önmagukról gondoskodni. Az ellátást az intézményvezetőnél írásban kell kérelmezni. A szolgáltatás térítésköteles, a térítés mértékét személyre szabottan állapítják meg.¹¹

Ápolást-gondozást nyújtó, tartós bentlakást biztosító intézmények – idősek otthonai ♦ Ebbe a típusú intézménybe azok kerülhetnek be, akik életkoruk, egészségi állapotuk vagy szociális helyzetük következtében rászorulóknak, saját otthonukban kielégítően nem gondozhatóknak, csak személyes gondoskodást biztosító intézményben láthatók el.

A szociális törvény eredetileg azoknak a nyugdíjkorhatárt betöltött, időskorú személyeknek biztosított ápolást-gondozást, akiknek egészségi állapota rendszeres gyógyintézeti kezelést nem igényelt. Az ápolást-gondozást nyújtó intézmények napi háromszori étkezést, ruházatot, mentális gondozást és egészségügyi ellátást biztosítanak. Az intézmény feladata a komplex gondozási tevékenység biztosítása, ez folyamatos 24 órás szolgálatot jelent. Külön gondozási egységben vagy csoportban látják el a demencia körébe tartozó középsúlyos vagy súlyos kórképpel rendelkező személyeket.¹² Az ellátást az intézményvezetőnél írásban kell kérelmezni. A szolgáltatás térítésköteles, de a térítés mértékét személyre szabottan állapítják meg.¹³

A felsorolt szolgáltatásokon, szakosított ellátásokon kívül Magyarországon lehetőség van arra, hogy a gondozásra szoruló idős emberek hozzátartozói igénybe vehessék az ápolási díjat, amely hozzájárulhat ahhoz, hogy a tartós gondozásra szorulókat otthoni környezetben, hozzátartozók, családtagok gondozzák.

Ápolási díj

A szociális törvény rendelkezik az úgynevezett *normatív alapon* nyújtott ápolási díjról.¹⁴ Ennek összege a mindenkori öregségi nyugdíjminimumnak felel meg.¹⁵ A normatív ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó nagykorú hozzátartozó¹⁶ részére biztosított anyagi hozzájárulás. Az eljárás az ügyfél kérelmére indul. Az ápolási díjról az ápolást végző személy lakóhelye szerinti települési önkormányzat képviselő-testülete dönt. Az ápolási díj összegét az ápolást végző személy lakóhelye szerint illetékes jegyzője állapítja meg. A szociális törvény alapján az önkormányzati képviselő-testület ápolási díjat állapíthat meg a – 18. életévét betöltött – tartósan beteg személy ápolását, gondozását végző hozzátartozónak. Ez az úgynevezett *méltányossági* ápolási díj, amely (ellentétben a normatív ápolási díjjal) nem kötelezően nyújtandó, hanem a települési önkormányzatok mérlegelésétől függ.

A gondozási szükségletvizsgálat

A vizsgálat bevezetésének célja

Amint azt a bevezetőben is említettük, az idős emberek által igénybe vehető szociális szolgáltatások közül a házi segítségnyújtáshoz és az idősotthoni ellátáshoz való hozzáférésben változás történt, 2008-ban¹⁷ bevezették az időskorúak gondozási szükségletének vizsgálatát.¹⁸ Mindkét szolgáltatás csak meghatározott gondozási szükséglet fennállása esetén nyújtható az igénylő számára. A gondozási szükségletet az önellátási képesség hiánya alapozza meg, ami az egészségi állapottól, az ápolásra való rászorultság, az önkiszolgálási képesség, valamint a szociális rászorultság mértékétől függ.

A gondozási szükségletvizsgálat célja elsősorban a megfelelő szolgáltatás biztosítása, valamint a célzottabb, valódi rászorultságot figyelembe vevő szolgáltatási rendszer kidolgozása, ugyanis a változtatást megelőző években igen gyakran olyan személyek is bekerültek idősek otthonába, akik az alapszolgáltatások igénybevételével saját otthonukban is elláthatók lettek volna. A gondozási szükségletvizsgálat azt kívánja elősegíteni, hogy intézményi elhelyezésre csak valóban indokolt esetekben kerüljön sor.

A gondozási szükségletvizsgálat folyamata

A gondozási szükséglet vizsgálata Magyarországon egyfajta szűrő, amelyen keresztül az adott szolgáltatáshoz (bentlakásos idősellátás, házi segítségnyújtás) lehet eljutni, ezen kívül az igénybevételi eljárás része, amelynek eljárásrendjét szakmai jogszabályok határozzák meg. A vizsgálat lebonyolítását végzők körét kormányrendeletekben,¹⁹ a vizsgálati szempontokat miniszteri rendeletben²⁰ határozták meg a jogalkotók.

Mind az idősothtoni ellátás, mind a házi segítségnyújtás igénylése esetén az adott intézmény vagy szolgáltató vezetője végzi el az ellátást igénylő gondozási szükségletének vizsgálatát a szolgáltatás iránti kérelem beérkezésekor.

A gondozási szükséglet vizsgálata a 36/2007. SZMM rendelet 3. számú melléklete szerinti értékelő adatlapon történik.²¹ A vizsgálatot megelőzően az igénylőnek (vagy törvényes képviselőjének) be kell mutatnia a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát vagy a gondozási szükséglet egyéb körülmények²² alapján való fennállását bizonyító igazolásokat.²³ A vizsgálat során a szolgáltatást igénylő egészségi állapotát, önkiszolgálási képességének mértékét, valamint a szociális körülményeit, háttérét vizsgálják az értékelő lap pontozási rendszerének segítségével. Az értékelő adatlapon nyolc „vizsgálandó funkcióra” (1. Önkiszolgálás; 2. Önellátás; 3. Mozgásfunkciók; 4. Mentális funkciók; 5. Érzékszervi funkciók; 6. Egészségügyi ellátási igény; 7. Felügyeleti igény; 8. Szociális körülmények) 0-tól 5 pont adható, az adott pontokat a végén összegzik. A kapott összpontszám alapján állapítják meg a gondozásra fordítandó idő hosszát, a következők szerint:

- 0–5 pont: nincs igény
- 6–20 pont: 1 óra
- 21–30 pont: 2 óra
- 31–35 pont: 3 óra
- 36–40 pont: 4 óra
- 40 pont felett: 4 órát meghaladó

Miután megállapítást nyer a napi gondozási szükséglet mértéke (továbbá a jogszabály szerinti körülmények fennállása), sor kerül az igazolás²⁴ kiállítására.²⁵

Az idősothtoni ellátás esetében előgondozást kell végezni a bentlakásos intézményi elhelyezés előtt, amely az ellátott, illetve törvényes képviselője részére szóló tájékoztatásból áll. Az előgondozás első szakaszában kell elvégezni a gondozási szükséglet vizsgálatát, kivéve a beutaló határozattal történő felvétel esetét.²⁶

Idősothtoni ellátás kizárólag napi 4 órát meghaladó vagy a jogszabályban meghatározott egyéb körülményeken alapuló gondozási szükséglet megállapítása esetén nyújtható. Ha az idősothtoni ellátást igénylő személy gondozási szükséglete fennáll, de nem haladja meg a napi 4 órát, és az idősothtoni elhelyezést a jogszabályban meghatározott egyéb körülmények sem indokolják, az intézményvezető tájékoztatást ad a házi segítségnyújtás igénybevételének lehetőségéről.

Házi segítségnyújtás kérvényezése esetén az egyszerűsített előgondozás során kell elvégezni a gondozási szükséglet vizsgálatát. Az egyszerűsített előgondozás a szolgáltatást igénylőnek a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatásából áll.

A házi segítségnyújtás esetében a gondozási szükségletet szintén az intézményvezető vizsgálja meg. Ha nincs olyan szolgáltató, intézmény, amely a településen házi segítségnyújtást biztosít, a szolgáltatást igénylő személy (vagy törvényes képviselője) a jegyzőnél kérheti a gondozási szükséglet megállapítását. A jegyző – a kérelem beérkezését követő tizenöt napon belül – meghatározott képzettséggel rendelkező személyt kér fel szakértőnek, aki a vizsgálatot a felkérést követő harminc napon belül végzi el. A kiállított

szakvélemény, illetve igazolás a kiállításától számított két évig, vagy a következő felülvizsgálat időpontjáig használható fel a szociális rászorultság igazolására.

Amennyiben a szolgáltatást igénylő személy (vagy törvényes képviselője) a gondozási szükséglet vizsgálatának eredményét vitatja, a gondozási szükséglet felülvizsgálatát az ellátási kérelemről szóló döntésnek felülvizsgálata során,²⁷ egyéb esetben a szociális szolgáltatás iránti kérelemről szóló döntés meghozatalát megelőzően a fenntartónál kérheti.

Idősellátás és gondozási szükségletvizsgálat Franciaországban²⁸

Franciaországban a szociális és az egészségügyi-szociális szolgáltatások elsődleges feladata azoknak az idős és/vagy fogyatékos személyeknek a segítése, akik nehéz helyzetben élnek.²⁹

Az idősök számára nyújtott szolgáltatások törvényi előírásait részint a Szociális és Családügyi törvénykönyv (*Code de l'action sociale et des familles*)³⁰, részint a Közegészségügyi törvénykönyv (*Code de la santé publique*)³¹ és a Társadalombiztosítási törvénykönyv (*Code de la sécurité sociale*)³² tartalmazza.³³

A szociális és az egészségügyi-szociális intézmények működtetésére, fenntartására kötelezett, illetve a felügyeletükkel foglalkozó szervezetek struktúrájukat tekintve a francia közigazgatási rendszer szintjeinek³⁴ megfelelően épülnek fel: az országos hatáskörű szövetségek, hivatalok mellett vannak regionális, megyei és települési szintű szervezetek.³⁵ Ugyanakkor a települési társulási struktúrák kialakulásával a szociális, egészségügyi-szociális szolgáltatások vonatkozásában is működnek településközi intézmények.³⁶

Az időseket ellátó rendszer szereplői a következők:

- A Szociális Támogatás Megyei Bizottsága (*La Commission Départementale d'Aide Sociale*): a szociális támogatás összegének meghatározásához közigazgatási vizsgálatot végez
- Egészségügyi és Szociális Ügyek Regionális Igazgatósága (*Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, DRASS*)
- Megyei Egészségügyi és Szociális Igazgatóság (*Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, DDASS*)
- A Szociális Tevékenység Települési Központja (*Centre Communal d'Action Social, CCAS*): a költségvetése felét az önkormányzat biztosítja, a többi az Általános Tanácstól (*Conseil Général*) függ
- Helyi Gerontológiai Információs és Koordinációs Központ (*Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique*)
- Helyi Információs és Koordinációs Központok (*Centre Local d'Information et Cordination, CLIC*): tájékoztatást adnak az idősek számára működtetett szállást/otthont nyújtó központokról és az időskorral kapcsolatos kérdésekről

Az időseknek ellátást nyújtó szolgáltatások működtetésében a legnagyobb szerepet a megye Általános Tanácsa (*Conseil Générale*) vállalja, de a különböző biztosítási pénztárak is – Öregségi Nyugdíjbiztosító Országos Pénztára (*Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, CNAV*), valamint az Országos Betegbiztosítási Pénztár (*Caisse Nationale d'Assurance*

Maladie, CNAM), illetve az Országos Szolidaritási Alap (le Fonds National des Solidarités actives, FNSA) – közreműködnek az időseknek nyújtott szolgáltatások finanszírozásában.

Az időseknek nyújtott szolgáltatások

Minden 65 év feletti idős személy, aki nem rendelkezik megfelelő pénzügyi forrásokkal, részesülhet akár házi segítségnyújtásban, akár magán- vagy intézményi elhelyezésben. A 60 év feletti, amennyiben igazoltan munkaképtelenek, hasonló feltételekkel vehetik igénybe az előzőekben említett szolgáltatásokat.³⁷

Az időseknek nyújtott szolgáltatásokat csoportosíthatjuk aszerint, hogy az ellátottak a lakásukban, vagy intézményi ellátás keretében részesülnek a szolgáltatásokban. Ugyanakkor vannak olyan ellátások, amelyekben lakóhelyük típusától függetlenül, más típusú ellátások igénybevétele mellett is részesülhetnek az idősek. Ilyen szolgáltatások a háztartásvezetésben nyújtott segítség és az étkeztetés különböző módjai.

Az ellátott otthonában nyújtott szolgáltatások

Az ellátott otthonában nyújtott szolgáltatások kiegészítik vagy helyettesítik a családi gondozást. Különböző típusú házi gondozási és segítő szolgáltatás működik.

*Házi segítségnyújtási szolgáltatás (Les services d'aide à domicile)*³⁸ ♦ Az idős személy gondozási szükségletének értékelése alapján részesülhet házi segítségnyújtásban. Jelenleg e tevékenység végzéséhez nem szükséges külön képzettség, de „Az autonómia megőrzésének személyre szabott támogatása” (*Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA*)³⁹ bevezetésével és elterjedésével már állami szociális gondozó végzettségre (*diplome d'Etat d'auxiliaire de vie social, DEAVS*) lesz szükség. Az új minősítésű szociális gondozó szakembernek, a „deaver”-nek, mint házi segítségnyújtónak dokumentumokban rögzített tevékenységeket kell végeznie.

*Az idősek házi gondozása (Soins à domicile des personnes âgées)*⁴⁰ ♦ Ebben az ellátási formában a kezelőorvos javaslatára részesülhet az idős ember, feltéve, hogy szüksége van orvosi felügyeletre, állapota nem igényel kórházi kezelést, a lakóhelyén működik ilyen ellátás, és megfelel az életkori és egyéb követelménynek: 60 év feletti, dependens, azaz önálló életvitelre nem képes. A szolgáltatás orvosi felügyeletet biztosít, WC-használathoz és higiénés gondozáshoz nyújt támogatást, továbbá paramedikális gondozás esetén gyógytornászt, pedikűröst biztosít. A szolgáltatást szükség esetén folyamatos jelleggel lehet biztosítani, beleértve a vasárnapokat és ünnepnapokat is. A társadalombiztosítás a gondozást 100 százalékban támogatja, míg a fizioterápiás és hasonló szolgáltatásokért fizetni kell. Az orvosi vagy más külső szolgáltatást nyújtók honoráriumait és a gyógyszerek vásárlását visszatérítik, szabályozott feltételekkel. A támogatási kérelmet az orvos készíti el és továbbítja az egészségbiztosítási pénztárnak. Ha 10 napon belül nem érkezik válasz, a kérelmet elfogadottnak lehet tekinteni. Sürgős esetben a gondozást még a határidő lejárta előtt megkezdik.

*Házi ápoló-gondozó szolgáltatások (Les services de soins infirmiers à domicile, SSIAD)*⁴¹ ♦ Az ellátás keretén belül a beteg, önellátásra képtelen idős személyeknek nyújtanak segítséget házi ápolással és a mindennapi higiéniai tevékenységek segítségével. Akut betegség esetén az otthoni ápolással igyekeznek elkerülhetővé tenni a kórházi kezelést. Megelőzik, illetve késleltetik az idős személyek állapotának gyors romlását, megakadályozzák, hogy tartós gondozást nyújtó otthonokba kerüljenek.

*Kórházi ápolás otthon (Hospitalisation à domicile, HAD)*⁴² ♦ A kórházi ellátás alternatív módja. Biztosítja a beteg fontos háziorvosi és paramedicinális házi ellátását korlátozott, de megismételhető időtartamra. Az ellátás célja, hogy lerövidítse vagy véglegesen elkerülhetővé tegye a kórházi tartózkodást.

2007. február 25. óta az otthoni kórházi ápolás az idősök bentlakásos intézményében is megengedett, a kórházi ápolást végzők és a bentlakásos intézmény igazgatója által aláírt, minden beavatkozást megelőző megállapodást követően. A szolgáltatás által érintett egészségügyi területek egyre tágabbak: onkológia, ortopédia, perinatalis, neurológia, geriátria, kardiológia, pszichiátria. A bentlakásos nyugdíjasotthonok lakói számára az ellátás általános feltételeit rendelet határozza meg.

Az otthoni kórházi ápolás szolgáltatásba való bekerülés általános feltétele, hogy a beteg és az orvos is úgy ítélje meg: az ellátás az idős ember otthonában is megvalósítható, a beteg lakásának adottságai lehetővé teszik az otthoni kórházi ápolást, és a beteg, valamint annak családja beleegyezik. Fontos, hogy az ellátásra szoruló olyan helyen éljen, amely az otthon nyújtott kórházi ápolási szolgáltatással lefedett; intézmények esetében pedig ott, ahol elégséges férőhely áll rendelkezésre az ellátottak fogadásához.

A befogadási döntés az otthoni kórházi ápolási struktúra hatáskörébe tartozik, és egy koordináló orvossal folytatott konzultációt követő véleményezés nyomán születik. A befogadó döntést követően a beteg köteles írásos beleegyezést adni, továbbá meg kell szereznie az egészségügyi biztosítási pénztárától a támogatás igénybevételére vonatkozó engedélyt.

Abban a kivételes esetben, ha az otthon nyújtott kórházi ápolást az idősök számára szállást nyújtó, medikalizált intézményben szervezik meg, a két speciális szervezet közötti megállapodás pontosan meghatározza a kiegészítő intézkedéseket.

Intézményben nyújtott szolgáltatások

Az intézményi szolgáltatásokat megkülönböztetjük az ellátási rendszer és a szállás típusa szerint.

Az ellátási rendszer típusai (*Type de structure*) szerint az idősöknek intézményi ellátást nyújtanak

- idősök otthonai (*maison de retraite*)
- bentlakásos szolgáltatásokat nyújtó otthonok (*résidence services*)
- Alzheimer-betegek otthonai (*Accueil Alzheimer*)
- egészségügyi személyzettel, felszereléssel ellátott (*medicalisée*) otthonok;
- ebből a szempontból nem specifikálható, nem jellemezhető (*indifférent*) otthonok

A szállás típusa (*Type d'hébergement*) szerint működnek:

- tartós bentlakásos otthonok (*Hébergement permanent*)
- átmeneti otthonok (*Hébergement temporaire*)
- napközi otthonok (*Accueil de jour*)
- éjszakai ellátást nyújtó otthonok (*Accueil de nuit*)

Idősek otthona (Maison de retraite, MR) ♦ A megnevezés egy nagyon heterogén csoportra vonatkozik, ugyanis egyrészt az otthonok tartozhatnak állami vagy magánszektorhoz, másrészt a magánszektorban az intézmények lehetnek gazdasági társasági vagy nonprofit egyesületi státuszúak. Az állami felügyeletű idősek otthonai a Szociális Tevékenység és Társadalmi Támogatás Központja (*Centre d'Action Sociale, de l'Assistance Publique*), vagy egy kórházi központ, ill. egy kórház fennhatósága alá tartoznak.

Az intézmények személyi és tárgyi feltételei különböznek, annak megfelelően, hogy önálló életvitelre képes, vagy dependens idős személyek fogadására létesültek.

Az idősek otthonai tartós vagy átmeneti elhelyezést (például a lábadozás idejére vagy egy teszt-megújítás alatti időszakra) biztosító intézmények, de vannak otthonok, melyek csak nappali ellátásra kínálnak lehetőséget.

Működnek továbbá bentlakásos otthonok speciális egyéni ellátást nem igénylő idősek számára (*Maison d'Accueil pour Personnes Agées, MAPA*), bentlakásos otthonok dependens idősek számára (*Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendants, MAPAD*), valamint vidéki bentlakásos otthonok (*Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées, MARPA*). Utóbbiak 2000 lakosnál kisebb lélekszámú településeken működnek (kevesebb mint 25 helyen), az ellátottak külső kapcsolatokkal rendelkeznek, ugyanakkor közösségi helyeket használnak.

Rezidencia fakultatív szolgáltatásokkal (Résidences avec services) ♦ Ezek az egyszerre több személynek bentlakásos, csoportos elhelyezést nyújtó otthonok átmenetet képeznek a lakás és a hagyományos idősek otthonai között. Rendeltetésük szerint befogadják az egészséges, önálló, egyedülálló vagy házastárssal élő időseket, akik nem akarnak vagy nem képesek magányosan, elszigetelten élni. Ez a típusú otthon teljes mértékben vagy részben önálló életvitelre képes személyek számára létesült. A nyugdíjasok ezekben a speciálisan kialakított és felszerelt hotelekben, amelyek szükségleteikhez alkalmazkodó szolgáltatásokat nyújtanak (étkezés ebédlőben vagy a lakásban, bár, könyvtár, előadóterem, szórakozás), megvásárolhatják vagy bérelhetik a lakrészüket. A szolgáltatások igénybevétele nem kötelező, de ha élnek a lehetőségekkel, fizetniük kell érte. Ezek az intézmények lakóotthon (*Foyer Logement*) néven léteznek.⁴³

Dependens idősek számára szállást/otthont nyújtó intézmények (établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, EHPAD) ♦ Egy intézmény akkor minősül EHPAD-nak és egyben „egészségügyi intézménynek”, ha erre egy háromoldalú megállapodás aláírásával az Általános Tanács, a helyi hatóság és a Betegbiztosító engedélyt ad. Ezek az egészségügyi intézmények képesek ellátni a megromlott egészségi állapotú, önállóságukat elvesztő bentlakókat. Nem alkalmaznak fizetett orvost, a részmunkaidőben foglalkoztatott orvos-koordinátor csak a sürgős esetekkel foglalkozik, magánorvosok kezelik a bentlakókat.

Ezekben az intézményekben nincs éjszakai ápoló, de az ügyeletet tartók egy része legalább gondozó végzettségű.

Hosszú távú gondozási egységek (Les Unités de Soins Longue Durée) ♦ Korábbi nevén „hospice”, majd „hosszú távú ápolási központok”; jelenleg a kórházi szektorban működnek. Olyan személyeket fogadnak, akik a mindennapi élettevékenységükhöz, ellátásukhoz állandó segítségre és orvosi felügyeletre van szükségük.

A lakóhely típusától független ellátások

Vannak olyan ellátások, amelyekben lakóhelyük típusától függetlenül, más típusú ellátások igénybevétele mellett is részesülhetnek az idősek. Ilyen szolgáltatások a háztartásvezetésében nyújtott segítség és az étkeztetés különböző módjai.

*Segítségnyújtás a háztartásvezetésében (Aide ménagère à domicile)*⁴⁴ ♦ Az ellátást a 65 éves ill. idősebb, vagy 60 éves és munkaképtelen, fizikai/egészségi állapotuk következtében a háztartási munkák végzésében segítségre szorulóknak vehetik igénybe. Szakképzett háztartási segítő segít az idős embernek a napi takarításban, higiénés gondozásban, bevásárlásban és a mindennapi egyszerű teendők ellátásában. Odafigyelő jelenlétével, az ellátott igényei szerinti szükséges óraszámban támogatja az idős személyt, annak érdekében, hogy az otthonában vagy a lakóotthonban maradjon. A szolgáltatás iránti kérelmet a jövedelemtől függően vagy a helyi szociális központba, vagy a nyugdíjpénztárhoz kell beadni. A kérelemhez csatolni kell jövedelemigazolást.

*Helyi szociális támogatás: étkeztetés étteremben, vagy otthon, házhoz szállítással*⁴⁵ ♦ Az étkeztetést a megyék szervezik a szolidaritási alapból. Bizonyos feladatok ellátását az állam írja elő a megyék számára, de a megyék is létrehozhatnak az általuk választott területen szolidaritási alapból finanszírozott szolgáltatásokat. Hasonlóképpen a települések, helyi közösségek is szerveznek szolidaritási és támogató hálózatokat. Az idősek a városházán vagy a testületnél kérhetnek tájékoztatást.

Az étteremi étkeztetés (*foyers restaurations*)⁴⁶ keretében mérsékelt árakon kínálnak étkezési lehetőséget szociálisan rászorulóknak⁴⁷. Ebben a támogatásban azok részesülhetnek, akiknek az éves jövedelme 8507,49 €-nál kevesebb (2010. április 1.).⁴⁸

Ételkiszállítást (*portage de repas*)⁴⁹ egyes települések – általában rövid időszakra – azok számára biztosítanak, akik egészségi állapotuk miatt nem képesek elhagyni otthonaikat. A szolgáltatás költsége megoszlik a helyi önkormányzat és a kedvezményezett között.

A szolgáltatások fenntartói

Az egészségügyi és szociális intézmények működését a Szociális és családjogi törvénykönyv (Code de l'action social et des familles) határozza meg. A szolgáltatásokat az állami vagy a magánszektor (társaság, nonprofit szervezet) tartja fent. Az állami szektor által fenntartott nyugdíjasházakat a Szociális Tevékenység és Társadalmi Támogatás Központja (*Centre d'Action Social, de l'Assistance Publique*) vagy kórház felügyeli.

Az egyházak közvetve, az államtól elkülönülve, az egyes egyházi közösségek által jótékonyági adakozásból fenntartott alapítványokon keresztül tevékenykednek az idősellátásban.⁵⁰

Az 1982–1986 között részleteiben megvalósított közigazgatási reformok következtében a végrehajtó hatalom átkerült a megye általános tanácsa (*Conseil Général*) választott elnökének kezébe, a megyékhez került a jóléti és a szociális ellátás, míg az állam fenntartotta felügyeleti jogát például az egészségügy területén.

Az idősellátás feladatainak meghatározása és működtetése a megyék feladata. Ennek keretében a megye összehangolja a szociális és egészségügyi-szociális szervezetek megyei rendszerén belül az egyes szereplők által végzett tevékenységeket,⁵¹ meghatározza ellátási körzeteiket és tájékoztatási kötelezettségeiket. A megye működteti a szakértőket, támaszkodva a Szociális és családjogi törvény⁵² által felhatalmazott helyi információs és koordinációs központokra. A megye felügyeli a helyi információs és koordinációs központok és az egészségügyi-szociális csoportok tevékenységének koherenciáját.

A megye írhatja alá az állammal, a társadalombiztosítási szervezetekkel vagy más, az idősök érdekében munkálkodókkal a megállapodásokat, biztosítva a gerontológiai tevékenységek összehangoltságát. A dependens idősöknek nyújtott szolgáltatások összehangolására vonatkozó megállapodásoknak összhangban kell lenniük az idősügyi miniszter által kibocsátott tájékoztatóban leírtakkal, ami az általános tanácsok elnökeinek és a társadalombiztosítás országos szervezeteinek képviselőivel lefolytatott egyeztetés alapján jött létre.

A szociális intézményrendszer működtetésében fontos szerepe van a Gerontológiai Együtműködés Országos Bizottságának. A bizottság feladata, hogy nyomon kövesse a megállapodások megvalósítását, és adott esetben közvetítő funkciót töltsön be. Feladata ezen túl, hogy az „autonómia személyre szabott támogatásának” minőségi és mennyiségi fejlődését a bevezetést követően kétévenként értékelje.⁵³ Az említett bizottságok összetételének és működésének módját egy rendelet pontosítja. Eszerint tagjai az általános tanácsok elnökei és a társadalombiztosítás szervezeteinek, az idősök és nyugdíjasok országos bizottságának képviselői.⁵⁴

A szociális szolgáltatások működtetésével foglalkozó szervezetek költségvetését részben az önkormányzatok, részben az általános tanács biztosítja. A Szociális Tevékenység Települési Központja (*Centre Communal d'Action Sociale, CCAS*) esetében a költségvetés felét biztosítja az önkormányzat, a többi az általános tanácstól függ.⁵⁵

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés alapja a gondozási szükségletvizsgálat. Egy idős embernek az otthonában történő ellátása a szükségletei felmérésével kezdődik, amelynek során egy orvosi testület értékeli a fizikai és pszichikai állapotát. Az értékelés lehetővé teszi, hogy meghatározzák azokat a gondozási szükségleteit, amelyeket majd különböző szakemberek (ápoló, pedikűrös, logopédus, gyógytornász) elégítenek ki. Az idős és

fogyatékkal élő emberek számára nyújtandó szolgáltatás lehet alapvető dolgokhoz (WC-használat, öltözködés, táplálkozás, helyváltoztatás) vagy háztartási teendőkhöz (a lakás rendben tartása, mosás, vásárlás, étel előkészítése) nyújtott segítség, valamint az idősek társadalmi kapcsolatainak fenntartását elősegítő tevékenység. Kérhetők kiegészítő szolgáltatások is: háztartási kisegítő, szociális gondozó, éjszakai ügyeletes, ételhordás, riasztó, önkéntesek látogatása. Az értékelés során azt is vizsgálják, hogy szükség van-e a házon/lakáson belüli mozgást segítő különböző felszerelésekre, vagy például speciális ágyra.

Helyi információs és koordinációs központok munkatársai végzik a tájékoztatást, tanácsadást, majd a szükségletek felmérését és a személyre szabott gondozási terv kidolgozását. Ők ellenőrzik ezek megvalósítását, és ha szükséges, a tervet módosítják, kiigazítják.

Gerontológiai hálózatok segítik az idősek otthoni gondozási és szociális ellátását oly módon, hogy összefogják egy szervezeten belül az egészségügyi és a szociális szakembereket. A szociális tevékenység települési központjai (*Centre Communal d'Action Sociale*)⁵⁶ általában a városházán működnek, hogy így könnyebben tudjanak tájékoztatást, információkat adni a településen élő idős személyeknek.

A szükségletek felmérése (Évaluation des besoins)⁵⁷

A gondozási tervet (*plan d'aide*) a szükségletek felmérése után készítik el. Az UNA⁵⁸ egy DESIR-nek nevezett eszközt dolgozott ki (*Intézkedés az egyéni helyzetek értékelésére és megoldására – Démarche d'Évaluation d'une Situation Individuelle et de Réponse: DESIR*). Első lépésként vagy az érintett személy válaszol a feltett kérdésekre, vagy valaki a környezetéből. Második lépésként a megfigyelés eszközével adatokat gyűjtenek a személy környezetéről, végül a saját helyzetére vonatkozó véleményét, életstílusát, a gondozók szerepére vonatkozó elképzelését tárják fel, és ennek alapján egy intervenciós projektet dolgoznak ki. Így a DESIR módszer lehetővé teszi az idős ember helyzetének, gondozási szükségleteinek értékelését, annak megállapítását, hogy segítségre szorul-e, és ha igen, miben. A tapasztaltak alapján összegzést, ajánlásokat, állásfoglalásokat fogalmaznak meg. A családban élők esetében felméri a család helyzetét, az értékelés időpontjában a családtagok által végzett tevékenységeket, s ennek alapján is készítenek ajánlásokat.

A DESIR nem csak a szükségletfelmérésnek, de a gondozási terv megvalósítása során a nyomon követésnek is fontos eszköze. A gondozás értékelése állandó folyamat (*L'évaluation des soins, un processus continu*).⁵⁹

A bentlakásos otthonban történő elhelyezést megelőzően értékelik az idős ember önállóságát, illetve annak hiányát (*Évaluer l'autonomie du futur résident*)⁶⁰. Az önállóság értékelésében közreműködik a Szociális és Egészségügyi-szociális Értékelés Országos Hivatala (*Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale*)⁶¹. A hivatal egyrészt az Alzheimer-betegségben szenvedők szervezeteiben vállal tevékenységet, másrészt külső független szervezeteket bíz meg az értékeléssel, amelynek kritériumait előre meghatározzák, és ezen értékelések eredményeit vizsgálják.

A dependens, önálló életvitelre nem képes idős személyek száma folyamatosan növekszik. Függség, „dependencia” az általánosan elfogadott meghatározás szerint akkor áll fenn, ha

szükség van egy segítő személyre a mindennapi élet tevékenységeinek elvégzéséhez (mosakodás, helyváltoztatás, táplálkozás, öltözködés).

Az 1997-ben kidolgozott minősítő táblázat (la grille AGGIR: a Gerontológiai Önállóság Minőségforrásainak csoportja – Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) lehetővé teszi az önállóságvesztés vagy a fizikai és pszichés függőség mértékének értékelését. Aszerint, hogy mennyire képesek a mindennapi tevékenységek ellátására, az időseket hat ISO-forrás csoportba vagy GIR-ba sorolják. Az AGGIR minősítő táblázat lehetővé teszi az orvos számára az önállóság mértékének meghatározását.

A minősítő táblázat alapján megállapított függőség mértéke hivatkozási alapul szolgál egyrészt az APA (*Az autonómia megőrzésének személyre szabott támogatása – Aide Personnalisée a l'Autonomie*) kérelmezéséhez, másrészt a támogatás iránti kérelem hivatali általi megítéléséhez.

Az értékelés tizenhét változón alapul. Ebből tíz úgynevezett „megkülönböztető” változó, melyek a fizikai és pszichés önállóságvesztésre vonatkoznak, és a GIR kiszámításhoz használatosak: következetesség, tájékozódás, WC-használat, öltözködés, táplálkozás, vizelet-, székletürítés higiénája, helyváltoztatás, lakáson belüli helyváltoztatás, a lakás elhagyása, kommunikáció a külvilággal.

A további hét, úgynevezett „szemléltető” változó a családi és a társadalmi autonómiavesztéshez kapcsolódik. Ezek nem számítanak be a GIR kiszámításába, de a segítségnyújtási terv kidolgozásához szükséges információkat hordoznak: a költségvetés és a vagyon személyes kezelése, főzés, háztartásvezetés, közlekedés, vásárlás, orvosi előírások betartása, szabadidős tevékenységek.

Az értékelés három szint szerint történik:

- a vizsgált személy a mindennapi tevékenységeket egyedül, mindenre kiterjedően, helyesen végzi;
- a tevékenységeket csak részben végzi el;
- nem csinál semmit.

Az értékelésben különböző szervezetek vesznek részt, többek között a házi ápoló-gondozó szolgáltatások szervezete (*Les Services de Soins Infirmiers à Domicile, SSIAD*)⁶² A SSIAD-t az 1970-es években alapították, és az 1980-as évek elején kezdték továbbfejleszteni azzal a politikai céllal, hogy az idős emberek – megfelelő segítséggel – a saját otthonukban élhessék az életüket. A szervezet által nyújtott szolgáltatások naponta vagy napi többszöri alkalommal, s akár a hét minden napján igénybe vehetők.

Az ellátás 100%-ban a betegbiztosítás terhére történik, a gyógyszer felírásától a tartós ápolásig (*affection de longue durée, ALD*). Ez vonatkozik például az Alzheimer-betegségben szenvedőkre is. A szolgáltatás 100%-os támogatottságához formanyomtatványon kiállított kezelőorvosi vagy szakorvosi diagnózis szükséges.

Az egyes szolgáltatásokhoz igénybe vehető támogatások (Les aides)⁶³

Az idős emberek intézményi elhelyezésük költségeinek fedezéséhez anyagi helyzetüktől és életkoruktól függően segélyben vagy támogatásokban részesülhetnek, de a fizetési kötelezettség az idős személy tartásra kötelezett hozzátartozóira is áthárítható.⁶⁴ Ez a kötelezettség kiterjed a nyugdíjasotthonok költségeinek fizetésére is.

Szociális támogatás az idősek számára (Aide sociale aux personnes âgées)

Amennyiben az idős személy nyugdíjának 90%-a nem elegendő az intézményi ellátás költségeire, és a leszármazottakkal sem lehet a tartási kötelezettséget teljesíteni, a díjfizetésben fennmaradó különbséget a szociális támogatás fedezi. Ez az összeg a későbbiek során teljes egészében visszaigényelhető az örökségből. A támogatás megítéléséhez szükséges, hogy az igénylő 65 év feletti, vagy 60 év feletti és munkaképtelen legyen, valamint megfeleljen bizonyos rászorultsági feltételeknek. A kérelmet a Szociális Tevékenység Települési Központja (CCAS) bírálja el, az odaítélésről szóló döntést a megye hozza meg.

A kérelmezés folyamata a következő: a szociális támogatást kérő idős személyeknek választani kell egy (a szociális hatóság által engedélyezett) nyugdíjasintézményt. A támogatás összegének meghatározásához a Szociális Támogatás Megyei Bizottsága (*La Commission Départementale d'Aide Sociale*) közigazgatási vizsgálatot végez. A szociális támogatás – az ellátott halála előtt vagy után – visszatérítendő előlegnek tekinthető.

Az idős személy kérhet még „Személyre szabott lakhatási támogatást” (*Aide Personnalisée au Logement, PLA*) és „Lakásfenntartási támogatást” (*Allocation Logement*). Az előbbit az intézményben élők, az utóbbit az otthonukban lakók igényelhetik, amennyiben megfelelnek a rászorultsági feltételeknek. A támogatási kérelmet a Családi Támogatási Pénztárhoz (*La Caisse d'Allocation Familiale, CAF*) kell beadni.

Az említettekén túl létezik a már említett pénzbeli támogatási forma, Az autonómia megőrzésének személyre szabott támogatása (APA), amelyet 2002-ben vezettek be. Az idős személy függőségi szintje⁶⁵ alapján térítési kategóriákat állapítanak meg.

1. táblázat

A függőségi szint szerinti térítési kategóriák

Függőségi szint	Térítési díj euró/hó
1. szint	1212,50
2. szint	1039,29
3. szint	779,46
4. szint	519,64

Ez a támogatás csak a GIR 1., 2., 3., 4. besorolású személyeknek állapítható meg. A támogatás további feltétele, hogy az igénylő 60 évesnél idősebb legyen, és vagy idősotthonban, vagy speciális intézményben lakjon. A térítési kategóriát meghatározott időszakra állapítják meg, és időszakosan felülvizsgálják. A támogatás összege az érintett személy jövedelme és a GIR-besorolás alapján kerül kiszámításra, és kb. két hónappal a

kérelem benyújtását követően a megyék folyósítják vagy a támogatottnak vagy az intézménynek.⁶⁶

Adótámogatás (Aides Fiscales)

A dependenciával, tehát az önálló életvitelre való képesség valamilyen szintű elvesztésével kapcsolatos kiadások fedezésére különböző kedvezményekben részesülhetnek az idős személyek. Ilyen kedvezmény például az életkortól függetlenül adható adótámogatás (Aides Fiscales).

Az adókedvezményre feljogosító kiadásokat úgy állapítják meg, hogy kiszámítják a ténylegesen felmerült költségek (szállás és a dependencia okozta kiadások) és az év során kapott támogatás (APA) különbségét. Ez a különbség tekinthető kiadásnak.⁶⁷ Az adócsökkentés megfelel a kiadások 25%-ának. Az éves kerete 2500–10 000 euró.

A lakásadó (La taxe d'habitation) visszatérítése

Az az intézményben lakó idős személy, aki még tulajdonosa a saját régi lakásának, és nem mentesül a lakásadó alól, méltányosságából igényelhet adó-visszatérítést.

Kézpénzben nyújtott támogatás

Kézpénzes támogatás adható

- ha nincs házi segítségnyújtó szolgáltatás a kérelmező településén
- ha a szolgáltatás létezik, de nem felel meg a szükségleteinek
- ha egy saját maga által megválasztott személyt szeretne foglalkoztatni (az összeg ebben az esetben a házi segítségnyújtás óradíjának legfeljebb 60%-a)

Munkáltatói járulékok alóli mentességek

Ha a szolgáltatás igénybevevője maga választja ki a segítő személyt, és több mint 70 éves (vagy ezt az életkort nem érte el, de öregségénél vagy rokkantságánál fogva rákényszerül másik személy segítségére), akkor kérheti, hogy mint munkáltató mentességet élvezzen a háztartási alkalmazott utáni járulékok fizetése alól. E nélkül ugyanis fizetnie kellene a munkanélküliségi hozzájárulást és a kiegészítő nyugdíjjárulékot. A járulékfizetés alóli mentességet ott kell kérvényezni, ahol a járulékot kell fizetni (URSSAF)⁶⁸.

Az egyes szolgáltatások igénybevételének térítési díjai

A házi segítségnyújtáson belül: segítségnyújtás a háztartásvezetésben (aide ménagère)⁶⁹

A szolgáltatás iránti kérelemhez jövedelemigazolást kell csatolni. A támogatási küszöb (seuil de prise en charge) alatti jövedelem esetén a háztartási segítő szolgáltatás igénybevételét a szociális osztály támogatja (az ügyintézés a városházán történik), míg ha az igénylő magasabb jövedelemmel rendelkezik, a kérelmét a nyugdíjpénztárhoz kell benyújtania, és az biztosítja a támogatást. Mindkét esetben a szolgáltatás igénybevevője is köteles pénzbeli hozzájárulást fizetni. Ennek mértékét a szociális osztály, illetve a nyugdíjpénztár határozza meg. Az

összegeket az Öregségi Nyugdíjbiztosítás Országos Pénztára által meghatározott díjak figyelembe vételével állapítják meg (*Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, CNAV*).

2. táblázat

A segítségnyújtás a háztartásban szolgáltatás igénybevételének 2010. október 1-jétől érvényes díjszabása az általános nyugdíjpénztárhoz tartozó személyek esetében

Havi jövedelem (egy személyre jutó)	Havi jövedelem ⁷⁰ (egy háztartásra jutó)	A nyugdíjasoktól kért óránkénti hozzájárulás
784 € alatt	1363 € alatt	10%
784 €-tól 839 €-ig	1363 €-tól 1454 €-ig	14%
840 €-tól 947 €-ig	1455 €-tól 1592 €-ig	21%
948 €-tól 1112 €-ig	1593 €-tól 1788 €-ig	27%
1113 €-tól 1163 €-ig	1789 €-tól 1855 €-ig	36%
1164 €-tól 1297 €-ig	1856 €-tól 1981 €-ig	51%
1298 €-tól 1484 €-ig	1982 €-tól 2226 €-ig	65%
1484 € fölött	2226 € fölött	73%

Ingatlan hasznosítása esetén, ha az ingatlan értéke meghaladja a 46 000 €-t, visszafizetendő a teljes összeg, amit már kifizettek szociális támogatásként.

A nyugdíjpénztár által kifizetett összegek nem hajthatók be az örökségből.

A díjszabások általános alkalmazása⁷¹

Az idősothonok díjszabási reformja előírja az egészségügyi személyzettel és felszereléssel ellátott intézményeknek, hogy számlát állítsanak ki a bentlakók számára három alaptarifára szerint: a szállás, a gondozás és a dependencia, tehát az önállóság valamilyen mértékű elvesztése alapján megállapított díjtételei szerint.

A szállás díjszabása (*Le tarif Hébergement*) magában foglalja az elszállásoláshoz, az étkeztetéshez, a takarításhoz és a javasolt szabadidős és szórakoztató tevékenységekhez kapcsolódó költségeket. Ezt a bentlakó köteles fizetni, de igénybe veheti hozzá a rászorultságtól függő támogatásokat.

A gondozás díjszabása (*Le tarif Care*) a társadalombiztosítás által támogatott (kivéve a fogászati) költségeket, a szabadon választott szakorvosi – műszerekkel végzett – vizsgálatok térítési díjait, a receptek és az egészségügyi szállítás költségeit tartalmazza.

A dependencia díjszabása (*Le tarif Dépendence*) magában foglalja a dependens személy mindennapi életéhez szükséges ellátások összes költségét csakúgy, mint a számára javasolt speciális szabadidős tevékenységeket. Mértéke függ a személy dependenciájának mértékétől. A gondozott ennek kifizetéséhez igénybe veheti Az autonómia megőrzésének személyre szabott támogatását (APA) és adócsökkentést.

3. táblázat

Átlagos költségterhek egészségügyi személyzettel és felszereléssel ellátott idősök otthonában

Ellátási terület	A három tételt (szállás, gondozás, dependencia) magában foglaló költésgeher euró/hó
Párizs	2700
Párizs külvárosa	2161
(Vidéki) tartomány	1591

Az idősök ellátása és gondozási szükségleteik értékelése Angliában⁷²

Angliában⁷³ az Egészségügyi Minisztérium (Department of Health) kezeli nemzeti szinten az egészségügyi és a szociális ellátórendszert, tehát általános felelőssége van az egészségügyi és a szociális ellátásért⁷⁴. Ugyanakkor nem nyújt közvetlenül szociális ellátást; a legfontosabb szerepet az átfogó stratégiai irányítás és a felnőtt szociális ellátás nemzeti politikájának kidolgozásában játssza, együttműködve a helyi önkormányzatokkal és a különböző típusú szociális ellátást nyújtó szolgáltatásokkal. Támogatást nyújt ezeknek a regionális vagy helyi szinten szociális ellátást biztosító szervezeteknek, segíti a szakmai vezetésüket abban, hogy emeljék az ellátás színvonalát⁷⁵. A minisztérium idősügyi politikájának része a különböző, idősökkel kapcsolatos programok, stratégiák kidolgozása: Megelőzési csomag az idősök számára (*Prevention Package for Older People*), Nemzeti Demencia-stratégia (*National Demencia Strategy*), Lakhatás, egészségügyi és szociális ellátás (*Housing, health and social care*), Mentális egészségügyi szolgáltatások (*Mental health services*), Generációk együtt Program (*Intergenerational Demonstrator Programm: generation together*), Együttműködés az idősökért projekt (*Partnerships for Older People Projekts, POPPs*), NSF for Older People and system reform), Telecare szolgáltatások (*Telecare services*).

A szociális szolgáltatások működtetése szempontjából fontos szerepe van az 1948-ban megalakult Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnak (*National Health Service, NHS*). A nemzeti szervezet szakmai útmutatást készít az egészségügyi ellátások és a szociális szolgáltatások számára. A cél, hogy mindenki számára elérhető egyenlő ellátást biztosítsanak, mégpedig oly módon, hogy az idős emberek megőrizhessék függetlenségüket és emberi méltóságukat.⁷⁶ Helyi szinten az önkormányzatok (*Local Government*), a helyi hatóságok (*Local Authority*) szervezik a szociális gondozási szolgáltatásokat (*Adult Social Services Responsibilities, CASSRs*)⁷⁷. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat célja⁷⁸, hogy az egészségügy alap- és szakellátása működjön együtt a szociális gondozást helyi szinten fenntartókkal.⁷⁹

A szociális ellátásokról az 1948. évi Nemzeti Támogatási Törvény (*The National Assistance Act 1948*)⁸⁰ valamint a 2001. évi Egészségügyi és Szociális Gondozás Törvénye (*Health and Social Care Act 2001*)⁸¹ rendelkezik. Az idő közben jelentkező problémák kezelése végett a törvények egyes paragrafusai folyamatosan változnak, egyes bekezdések hatályon kívül helyeződnek, helyettük újak lépnek életbe. A törvényeket például 2008-ban (is) módosították⁸². A törvényi változások a törvénykezés weboldalán figyelemmel kísérhetők.⁸³

A szolgáltatások tevékenységüket az államtitkárság által 2000-ben elfogadott Gondozási Standardok Törvénye (*Care Standards Act*)⁸⁴ és a Nemzeti minimumstandardok (*National Minimum Standards*)⁸⁵ törvény alapján végzik.

Az időseknek nyújtott szolgáltatások

Az időseknek nyújtott támogatások, szolgáltatások két csoportba sorolhatóak: otthon nyújtott szolgáltatások és intézményekben nyújtott szolgáltatások.

*Otthon nyújtott támogatások, szolgáltatások*⁸⁶

*Otthoni gondozás (home care), „közösségi támogatás” (Community support)*⁸⁷ ♦ A házi gondozók (*domiciliary care workers*) nyújtotta szolgáltatás keretében az idős személy segítséget kap az étkezéshez, a tisztálkodáshoz, az öltözéshez, a WC-használathoz. Szükség esetén gondozási asszisztensek (*care assistants*) segítik az olyan napi teendők ellátásában, mint a bevásárlás, mosás, vasalás, takarítás, főzés, továbbá a gondozást kérő személy családtagjának távollétében a gondozók jelenlétükkel garantálják az idős személy biztonságát. A közösségi támogatási szolgálat igénybevételét is szükségletvizsgálat előzi meg. A támogatást nyújthatja független magán- vagy önkéntes szolgálat⁸⁸, de egészségügyi feladatokat (pl. gyógyszerbeadást) csak megfelelő képzésben részt vett és ezt igazolni tudó gondozó asszisztens végezhet.

Meleg étel (Meals on wheels) ♦ Házhoz szállítják a meleg ételt azok számára, akik azt nem képesek saját maguk elkészíteni.

Az otthoni életet segítő berendezések, riasztók, átalakítások (Equipment, alarms and adaptations in the home) ♦ A szolgáltatás az önálló, biztonságos élethez szükséges lakásátalakítást, riasztó/jelzőkészülék felszerelését, működtetését biztosítja.

Az otthoni ellátásban szünetet biztosító szolgáltatás (Home-based respite breaks) ♦ A beteg emberek rendszeres gondozásában részt vevők számára kikapcsolódást biztosít oly módon, hogy az ellátást ideiglenesen mások végzik.

Intézményekben nyújtott szolgáltatások

Nappali szolgáltatások (Day services) ♦ 9–15 óra között vehetik igénybe az idősek az ún. nappali központok szolgáltatásait (*Day centers & day time activities*), amelyek közösségi együttlétre, tevékenységekre nyújtanak lehetőséget, továbbá napi étkezést és személyes gondoskodást biztosítanak. Léteznek továbbá étkeztetés nyújtó klubok és önkéntesek által vezetett nem hagyományos intézményi foglalkozások, tevékenységek (*Lunch clubs, volunteering and other social activities*).

Átmeneti gondozás (Respire care) ♦ A testi, lelki egészség szempontjából fontos lehet, hogy az idős ember időről időre a megszokottól eltérő szolgáltatást kapjon. Ennek különböző módjai léteznek: van, amikor a gondozó a szolgáltatást igénybe vevő otthonában végzi a gondozást (*Home based*), de lehetőség van rá, hogy az a lakóhely szerinti városi tanács által kijelölt családi házban (*Shared Lives*) vagy a nappali ellátó központban (*Day services centres*) történjen. Az otthoni gondozást végző személy éjszakai alvását biztosítandó, egy

másik gondozó láthatja el az éjszakai felügyeletet (*Night sitting*). A házi gondozást végző személy ugyanis lehet 24 órában foglalkoztatott, lakhat a gondozottal, ezért ha a gondozottnak éjjeli felügyeletre is szüksége van, akkor a gondozót, aki jogosult 8 órás pihenésre, egy másik gondozónak kell helyettesítenie. Az éjszakai felügyelet történhet csoportosan, speciális otthonokban is (*Overnight stays*), vagy képzett gondozók otthonában (*Short breaks*). Átmeneti gondozást kaphat az is, aki bentlakásos vagy otthoni ápolásos, illetve kórházi vagy hócipice elhelyezésre vár. A heti szolgáltatás díját a gondozott személy fizeti.⁸⁹

Bentlakásos ellátás (Residential care) ♦ A bentlakásos ellátásnak különböző típusai léteznek: gondozóotthonok, védett lakhatás, extra gondozást nyújtó otthonok, ápolást nyújtó otthonok és egyéb otthonok. A gondozóotthon (*care home*) ideiglenes, rövid távú (*short-time care*) vagy tartós, hosszú távú ellátást (*long-term care*) nyújt azok számára, akiknek az önálló élete otthonukban nem oldható meg biztonságosan. A nap 24 órájában orvosok és közösségi ápolók nyújtanak egészségügyi ellátást az itt lakók számára.⁹⁰ A védett lakhatást (*Sheltered housing*) biztosító házakat gondnok felügyeli, és riasztórendszerrel vannak felszerelve vészhelyzet esetére. Az extra gondozást nyújtó otthonok (*Extra care housing*) önálló lakásban/lakrészben 24 órás, állandóan elérhető gondozó szolgálat igénybevételi lehetőségével teljesen független életet biztosítanak az ott lakóknak. Az ápolási otthonok (*Nursing home*) a gondozó otthonokhoz hasonlóan orvosi és ápolási ellátást biztosítanak, de az itt élők nagyobb gondozási, ápolási szükséglettel rendelkeznek.

Az élet utolsó stádiumában nyújtott gondozás (*End-of-life care*) palliatív ellátás gyógyíthatatlan betegek számára. Egyéb, nem otthon igénybe vehető szolgáltatás pl. a „Kék kítűző”⁹¹ program (*Blue Badge parking scheme*).

A szolgáltatások fenntartói

A szolgáltatások fenntartói a helyi hatóságok, de szolgáltatásokat működtetnek nem kormányzati szervek is: magánvállalkozók/ügynökségek, önkéntes szervezetek. Az otthon nyújtott szolgáltatások esetében a magánügynökségek, vállalkozások számára pályázatokat írnak ki. Az önkormányzatok szerződést kötnek a nem kormányzati szociális szolgáltatást nyújtó szervezetekkel. Az ügynökségek például a házi segítségnyújtásban vesznek részt. Költségeiket a szervezeti, működési szabályzatukban leírtak alapján számlázzák az önkormányzatok felé. Magánvállalkozások csak akkor végezhetnek házi segítségnyújtást, ha dokumentumokkal igazolják a vállalt gondozáshoz szükséges képzések elvégzését. Ugyanakkor nagyon szigorúan meg van határozva, hogy milyen jellegű gondozást végezhetnek: ápolói feladatokat nem láthatnak el. A sürgős esetekre tekintettel a hét minden napján ügyeletet kell tartaniuk (pl. péntek délután a kórházból elbocsátott, egyedül önmagát ellátni képtelen idősök ellátása). Az általuk nyújtott gondozás eltérő időtartamú: fél órától kezdve lehet napi többszöri, illetve 24 órás gondozás is, mégpedig a gondozó ott lakásával. Az idős személyt a gondozási szükségleteitől függően (pl. inkontinencia) akkor is megilleti a gondozás, ha más nemű felnőtt munkanélküli gyermekével él együtt, ugyanis az emberi méltóság megőrzése érdekében a gondozását más nemű gyermekei nem végezhetik.

„Az Egyesült Királyság jelentős pénzüsszeget fordít a nem-hivatalos munkaként végzett személyes gondoskodás megfizetésére. Tágabb értelemben az Egyesült Királyság liberális jóléti államként hangsúlyozza a magánemberek felelősségét, és célzott támogatást nyújt.”⁹²

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés a gondozási szükségletfelmérés (*Care assessment*) alapján vezetett várólista alapján történik: 8-10 hét a bekerülési idő. Ahhoz, hogy valaki valamely szolgáltatást igénybe vehessen, először is kapcsolatba kell lépnie a Felnőtt Szociális Ellátást (*Adult Social Care*) szervező gondozási menedzserrel (*care manager*), aki elvégzi az „önállóan irányított értékelést” (*self-directed assessment*). Ennek során megvizsgálják, hogy milyen szolgáltatásra van szüksége a segítséget kérő személynek, és személyre szabott költségvetést (*personal budget*) készítenek a támogatási terv alapján (*support plan*).

Az ellátáshoz való méltányos hozzáférés standard feltételek szerinti szintjei:

- kritikus, ha az idős ember élete veszélyben van, vagy súlyos visszaélés/gondatlanság történt, vagy történhet
- jelentős, amennyiben visszaélés/gondatlanság történt, illetve történhet, vagy az idős személy nem képes elvégezni a legtöbb testi tevékenységet, mint például az étkezés, mosás, öltözködés, WC-használat stb., vagy nincs senki, akinek a támogatására számíthatna
- mérsékelt, ha az egyén nem képes elvégezni több testápolási vagy házi munkát, vagy betölteni több családi és társadalmi szerepet
- alacsony, ha az egyén nem képes elvégezni egy vagy két testápoló vagy házi munkát, illetve egy vagy két családi és társadalmi feladatát képtelen teljesíteni.

A gondozási szükséglet vizsgálatának folyamata

Az egységes értékelés folyamata idősekre vonatkozóan (*Single Assessment Process for Older People*)⁹³ elnevezésű leírást 2001 márciusában, míg a hozzá kapcsolódó útmutatót 2002 januárjában publikálták. Annak érdekében, hogy a minisztérium kidolgozza az útmutatót, Nemzeti Értékelő Munkacsoportot hoztak létre (*National Assessment Working Group*).

A szociális szolgáltatásokban 2004-re tűzték ki célul a gondozási szükségletvizsgálat bevezetésére történő felkészülést. Kidolgozták az értékelés irányelveit, szempontjait (*Assessment by Social Services*) s egy egységes összegző értékelő kérdőívet (*The Single Assessment process for older People. Single Assessment Summary [example] Questionnaire*),⁹⁴ amely az alapvető személyes információkon túl a szükségleteket és a körülményeket hivatott kideríteni, továbbá tartalmazza a szükségletek értékelését, a gondozási tervet, illetve a családtagok és a gondozók főbb információit; útmutatót az értékeléshez (*Guide to Assessment*), az egységes értékelési folyamatot bemutató dokumentumot (*The Single Assessment Process*), a gondozók értékelését (*Carer's Assessment*), valamint a szociális gondozási szolgáltatások igénybevételének jogosultsági kritériumait (*Eligibility for social care services*).⁹⁵ Útmutató készült a helyi hatóságok számára a végrehajtáshoz (*The Single Assessment Process – Guidance for Local Implementation*),⁹⁶ amely meghatározza a gondozási szükséglet szintjeit (kritikus, jelentős, mérsékelt, alacsony). Elsősorban a kritikus helyzetben lévők, illetve a jelentős szükségletekkel rendelkezők számára kell biztosítani a szolgáltatásokat.

A gondozást igénylők számára a következő lehetőségeket ajánlják fel: pénzbeli ellátás, napközbeni szolgáltatások, járóbeteg-ellátás, házi gondozás, átmeneti gondozás, az otthoni

élethez szükséges eszközök biztosítása, bentlakásos ellátás, gondozás az élet végső stádiumában, segítség a kórházba menetelhez, illetve a kórházból távozáshoz, kék kitűző a parkoláshoz.⁹⁷ A tájékoztatást „egyablakos” rendszerben biztosítják (*One Stop Shops*), ahová bármilyen problémával fordulhatnak a rászorulóknak.

A kormányzati dokumentumok alapján a helyhatóságok a saját honlapjukon elérhetővé teszik a szolgáltatásokhoz való hozzáférés módját.⁹⁸ Az itt olvasható tájékoztató dokumentumok felhívják az idősek figyelmét arra, hogy valamely gondozási szolgáltatás igénybevétele előtt mindenkinek szüksége van a gondozási szükségletének felmérésére. Az értékelés során az egészségügyi és a szociális szakemberek a szolgáltatást igénylővel együttműködve keresik meg és határozzák meg azokat a módokat, amelyek segítségével az igénylő a lehetősége szerinti legfüggetlenebb életet élheti majd. A támogatott értékelési eszköz alkalmazása lehetőséget ad arra, hogy a szolgáltatást kérő személy saját maga is bekapcsolódjon az értékelésbe, valamint a használata révén az igénylő képes lesz felbecsülni/megfogalmazni a saját gondozási szükségleteit egy speciálisan képzett szociális gondozó szakember segítségével. Ha tehát valakinek igénye van gondozási szükségletének felmérésére, kapcsolatba léphet szakemberekkel az interneten keresztül, vagy személyesen felkereshet egy helyi egyablakos központot. Az internetes honlapokon mindenki előzetesen tájékozódhat az értékelés mibenlétéről (tehát arról, hogy mit kérdeznek majd tőle az értékelés folyamán), továbbá arról is, hogy mi történik az értékelést követően.

A felmérés során figyelembe veszik a szolgáltatást kérő véleményét és kívánságait; tájékoztatják, hogy mit akarnak tenni; felajánlják, hogy megkérhet egy barátot, rokont (bizonyos esetekben ügyvédet), hogy segítsen neki vagy képviselje őt; biztosítanak tolmácsot, ha nem beszél angolul, vagy ha jelbeszéddel kommunikál; figyelembe veszik gondozójának szempontjait és szükségleteit; tájékoztatják azokról a szolgáltatásokról, amelyek használatára jogosult, és ha fizetnie kell azokért, megmondják, mennyi a költsége.

A gondozási szükségletvizsgálat során elkészített értékelést írott formában átadják a gondozást igénylőnek, kikérik a véleményét, s amennyiben nem ért egyet vele, kérheti az értékelés felülvizsgálatát.⁹⁹ Az értékelés bizalmas, csak a kliens írásos beleegyezésével lehet más szakembereknek megmutatni. Meghatározott rendszerességgel megismétlik a felmérést, hogy nyomon kövessék az idős ember körülményeiben bekövetkezett esetleges változásokat. A dokumentumok azt is meghatározzák, hogy kik végezhetik a gondozási szükségletvizsgálatot. Nagyon fontosnak tartják, hogy csak erre kiképzett, felkészített szakemberek vegyenek részt az értékelésben (kórházi vagy közösségi ápolók, ápolási vezetők, szociális munkások, terapeuták, egészségügyi szakemberek). Az értékelés nyomán készül el a gondozási terv.

Az értékeléshez a kormányzat kidolgozott egy eszköztárat, amely összefoglalja a gondozási szükségletvizsgálathoz alkalmazható kérdőívet,¹⁰⁰ tesztek és skálákat.¹⁰¹ A szolgáltatások térítési díjait is bemutatják a dokumentumok.¹⁰²

Dokumentumban foglalják össze „Az egységes értékelés folyamatát” (*The Single Assessment Process*).¹⁰³ amelynek az a célja, hogy biztosítsa az idősek és más korcsoportba tartozó felnőttek számára azt, hogy időben kapjanak megfelelő típusú segítséget egészségügyi és szociális gondozási problémájukra. Függetlenül attól, hogy a gondozásra szoruló személy hol tartózkodik, kórházban vagy a saját lakásában, a gondozást számos különböző szervezet biztosítja számára, mégpedig azzal a céllal, hogy garantálják a jól tervezett és összehangolt ellátást.

Az egységes értékelés folyamata több szempontból is hasznos:

- segíti az egészségügyi és szociális gondozási szakembereket abban, hogy a szolgáltatást az igénylővel együtt munkálkodva kielégítsék annak személyes egészségügyi és szociális gondozási igényeit
- biztosítja, hogy teljes mértékben tekintettel legyenek az idős emberre, meghallgassák, a gondozási terv készítésekor figyelembe vegyék az illető véleményét, elképzeléseit és adottságait
- igény esetén bevonhatók a családtagok és más önkéntes, informális gondozók
- hangsúlyt kapnak az igénylő számára legfontosabb dolgok, beleértve a megoldások kidolgozását, továbbá a szükségleteit kielégítő szolgáltatások kiválasztását, esetleg megváltoztatását
- segít meghatározni az egyén problémáit azok korai szakaszában
- segíti az egészségügyi és a szociális gondozó szakembereket abban, hogy megosszák az értékeléssel kapcsolatos információkat más szakemberekkel, amennyiben ebbe beleegyeznek az értékelést kérő személy; így elkerülhető, hogy az információkérés megismétlődjön

Az értékelés folyamatának elindítását illetően a dokumentumok hangsúlyozzák, hogy bármikor felvehető a kapcsolat az egészségügyi és szociális gondozó szolgálatokkal, ha egy új probléma adódik (beleértve a korhízi felvételt), ugyanakkor a kapcsolatfelvétel jó alkalom arra vonatkozóan is, hogy áttekintsék a szolgáltatók az elláttal közösen, vajon lenne-e valamilyen további szükséglete, aminek a kielégítése hasznos lenne egy alaposabb támogatáshoz. A beszélgetés során minden esetben kikérik az ellátást kérő/ellátott beleegyezését az információcseréhez, minden alkalommal egyeztetik vele és írásban rögzítik az erre vonatkozó engedélyét.

Különböző szintjei vannak az értékelésnek – az igénylő problémájának természetétől függően

- Kapcsolatok értékelése (*Contact Assessment*): magában foglalja az alapinformációkat és személyes vonatkozású adatokat (az értékelés alányának nevét, címét, a legközelebbi hozzátartozót, a körzeti orvost stb.), és segít megállapítani, hogy előnyös lenne-e egy következő szintű értékelés elvégzése.
- Áttekintő értékelés (*Overview Assessment*): átfogó professzionális értékelés, beleértve az egészségügyi vagy szociális gondozást is. A személyes gondozási szükségletek és a fizikai jólléthez kapcsolódó szükségletek széles tartományát tárja fel.
- Szakember értékelése (*Specialist Assessment*): a speciális szükségletekre terjed ki, szakápoló, rehabilitációs gyógytornász, foglalkozás-terapeuta, pediatrist stb. végzi.
- Összefoglaló értékelés (*Comprehensive Assessment*): a sok területről érkező szakemberek bevonásával lehetővé teszi, hogy mélyrehatóan feltárják az igénylő/igénybe vevő összes szükségletét.

Az értékelés folyamatában az előírások szerinti tevékenységeket kell a hivatal képviselőjének és a szolgáltatást igénylőnek elvégezni.

A szükségletek felmérésén alapuló gondozási terv megfogalmazza, mit óhajt a szolgáltatást kérő elérni és leírni a megállapított tervben, beleértve azt a felajánlott szolgáltatást, amely

segíti majd a függetlensége megtartásában. A gondozási szükségletvizsgálat tehát csupán a szükségleteket kielégítő gondozási igényeket állapítja meg, de a szolgáltatást igénybe vevő dönti el, hogy a gondozást az otthonában vagy közösségi intézményben, illetve bentlakásos intézményben veszi-e igénybe.

Az igénybe vett szolgáltatások térítési díjai

Angliában az ingyenes egészségügyi ellátással ellentétben a szociális szolgáltatások igénybevételért fizetni kell. Az ellátott által fizetett személyi térítési díj rászorultságtól függő, azaz az ellátáshoz fizetett hozzájárulás mértékét az ellátást kérő fizetőképessége alapján állapítják meg. A fizetőképességet, azaz a rászorultságot a Pénzügyi Értékelő Csoport (*Financial Assessment Team*) a gondozási szükséglet megállapítását követő 10 napon belül végzi el. A bevételek és a kiadások különbsége alapján állapítják meg parlamenti törvények és rendeletek alapján (ld. az 1992. évi Nemzeti Támogatási Források Értékelése Rendeletet, *National Assistance – Assessment of Resources – Regulation 1992*)¹⁰⁴. A díjak megállapításához útmutatót dolgoztak ki, amely az 1970. évi A Helyi Hatóságok Szociális Szolgáltatásairól szóló törvény 7. szakasza alapján készült (*Section 7(1) of Local Authority Social Services Act 1970*)¹⁰⁵. Ez előírja, hogy a helyi önkormányzatok végzik a szociális szolgáltatások elérésével kapcsolatos feladatokat, az államtitkár irányításával. Az önkormányzatok vonatkozó teendőit alaphatározatok (*Statutory basis*) írják elő. Az 1948. évi Nemzeti Támogatási Törvény 3. részének 22. szakasza alapján (*Part 3 of the National Assistance Act 1948, section 22*)¹⁰⁶ ha egy személynek elhelyezést biztosítanak, köteles ezért díjat fizetni. A helyi hatóságok kötelesek kidolgozni az általuk fenntartott otthonokra vonatkozóan a szállásnyújtás teljes költségét magában foglaló standard díjszabást. A nem a helyi önkormányzat által fenntartott otthonokban a díjszabás megfelel a helyi önkormányzat nyújtotta szállás bruttó (teljes) költségének, az otthont működtető független szektorral kötött szerződés alapján. A standard díj csökkenthető, ha a helyi hatóság ezt indokoltnak tartja. Amikor a bentlakó sem a standard díjat, sem az ennél kisebb kiszabott díjat nem tudja megfizetni, a helyi hatóságnak értékelni kell a fizetőképességét az erre az esetre alkotott szabályok alapján. A fizetőképességet az otthonban töltött az első nyolc hónapban még nem kell felmérni. Ugyanakkor ha valakinek önhibájából nem tudják értékelni az anyagi helyzetét, automatikusan a standard díj megfizetésére kötelezik.

A személyes kiadások fedezésére (*Personal Expenses Allowance, PEA*) 2010 áprilisától heti 22,30 GBP összeget kell biztosítani a szolgáltatást igénybe vevő idős embernek.

A helyi önkormányzatok a hozzátartókra, a rokonokra nem háríthatják át a szociális szolgáltatások utáni fizetési kötelezettséget. (Korábban az 1948. évi Nemzeti Támogatási Törvény 42. és 43. szakasza erre lehetőséget biztosított. Ezt helyezte hatályon kívül a kormány 2009. április 6-tól.¹⁰⁷)

A megállapított heti hozzájárulás (Assessed Weekly Contribution)

A heti bevétel összegének a 14,250 GBP feletti részét úgy veszik figyelembe a fizetőképesség megállapításánál, hogy annak minden teljes összegű 250 GBP része 1 GBP emelkedést jelent. A jövedelemtarifa azt fejezi ki, hogy egy bentlakó mennyivel képes hozzájárulni a szállás költségeihez.

Minden év áprilisától a következő év márciusáig érvényes standard díjszabást tesznek közzé.

3. táblázat

A nem bentlakásos ellátások, szolgáltatások díjai

Szolgáltatás típusa	Standard díj, GBP
Otthonápolási és életviteli támogatás (Home Care and Supporting Living)	9,30/óra
Napközbeni ellátás (Day Services)	3,15/nap
Szállítás a szolgáltatás helyszínére (Transport to services)	1,30/nap
Telefonos mobil szolgáltatás (Telecare Mobile Response Service)	5,05/hét
Átmeneti gondozás (Respite Care) (Állami nyugdíjkorhatárt elért személy esetében)*	110,30/hét
Étkezés díja főétkezés esetében (Main Meal, 2010. 07. 05-től)	3,50/étkezés
Uzsonna díja (Second Meal for tea time, 2010. 07. 05-től)	2,10/étkezés

* Az átmeneti gondozás és étkeztetés díját nem írják a szolgáltatást igénybe vevő számlájára.

Az igénybe vett szolgáltatások számától függetlenül heti 140 GBP-nél nem fizethet többet az ellátott.¹⁰⁸ Ha egy felnőtt/idős személy valamilyen szolgáltatásban részesül, a helyi Támogató Szolgáltató (*Benefits Service*) látogató hivatalnok (visiting officer) felkeresi a szolgáltatást kérő személyt az otthonában, és értékelést készít a személy anyagi helyzetéről: igazolásokat kér a jövedelméről, megtakarításairól és befektetéseiről. Az anyagi helyzettől függően a standard szolgáltatási díjknál alacsonyabb fizetési díjakat állapíthat meg az igazolások alapján. Ebbe a Munka- és Nyugdíjügyi Minisztérium (*Department for Work & Pensions*)¹⁰⁹ igazolása a jelenlegi támogatásokról, és a legutolsó, a kifizetéseket részletes kimutató banki kivonatok, a munka után kapott nyugdíj vagy életjáradék, valamint a földhivatali nyilvántartó igazolása, részvények, az állami értékpapírok, illetve más tulajdonok igazolásai is beleértendő, a lakott lakás kivételével. A bevételek és egyéb összegek összesítéséből adódik az úgynevezett „rendelkezésre álló jövedelem” (*„disponible income”*), ennek 90%-át lehet felhasználni a hozzájárulás megállapításánál – ezt nevezik megállapított heti hozzájárulásnak (*Assessed Weekly Contribution*). Ha az igénybe vett szolgáltatás díja kevesebb, mint a megállapított heti hozzájárulás összege, akkor az ellátott alacsonyabb összeget fizet. Jövedelemtől, a megtakarítások és befektetések összegétől függetlenül nem kérhetnek valakitől többet, mint heti 140 GBP. Az igazolások alapján meghatározzák, hogy anyagi körülményeit tekintve még milyen további támogatásokat kaphat. Ha valaki egy adott idő alatt nem teszi lehetővé az anyagi helyzetének vizsgálatát, vagy megtakarításai, befektetései elérik, illetve meghaladják a 46,500 GBP-t, automatikusan a standard díjkategóriákat kell fizetnie.

Nem kell fizetnie a szolgáltatásokért annak, akinek a heti jövedelme kevesebb mint 165,75 GBP/hét, és az állami nyugdíjkorhatárt elérte, vagy annál idősebb¹¹⁰. (Ilyen az esetben például Leeds város önkormányzata támogatásokat is megállapít, pl. lakásfenntartás költségeit vagy az egészséggel, fogyatékossággal kapcsolatos költségeket illetően.)

Ha a megtakarítások, illetve befektetések értéke több mint 23,250 GBP, a teljes összeget meg kell fizetni a bentlakásos otthoni ellátásért.

Lehetőség van arra is, hogy a megállapított gondozási szükséglet alapján a szolgáltatást igénylő saját maga vásárolja meg a számára szükséges ellátást. Ezt nevezik „Közvetlen kifizetésnek” (*Direct payment*), amit a lakóhely szerinti önkormányzat biztosít az ellátást kérőnek. Az összeg egy személyi asszisztens foglalkoztatására, vagy a kívánt szolgáltatást nyújtó ügynökség megbízására is felhasználható. Kiválasztható és megvásárolható egy gondozási csomag is, ez nagyobb beleszólást és ellenőrzési lehetőséget biztosít az ellátott számára. Kérhető továbbá, hogy egy „kijelölt személy” (*Nominated Person*) segítse az idős embert abban, hogy olyan szolgáltatásra költse a rendelkezésre álló pénzt, amit a gondozási szükséglet vizsgálatkor megállapítottak a számára. A gondozók legfeljebb 10 GBP-t kaphatnak óránként. A gondozást ellátó személy lehet családtag, a gondozottal együtt élő más személy, illetve olyan személy, aki nem él vele egy háztartásban. A „közvetlen kifizetés” alkalmazásakor az ellátott köteles bankszámlát nyitni, amelyen nyomon lehet követni a kifizetéseket (bér, adó és társadalombiztosítás stb.). Minden év áprilisában ellenőrzik a számlákat, és amennyiben az ellátott nem használta fel teljes egészében a támogatási összeget, a megmaradt pénzt vissza kell fizetnie.

* *A szerző szociológus, az NCSSZI munkatársa*

***A szerző szociálpolitikus, az NCSSZI munkatársa*

****A szerző szociológus, szociálpolitikus, az NCSSZI munkatársa*

Felhasznált irodalom

Idősellátás és gondozási szükségletvizsgálat Franciaországban

A közigazgatási rendszer felépítése, a feladat- és hatáskörök megosztása, Franciaország.

[www.bm.hu/web/euik.nsf/.../\\$FILE/Franciaország.doc](http://www.bm.hu/web/euik.nsf/.../$FILE/Franciaország.doc)

Az Európai Unióhoz való csatlakozásnak a magyar jogrendszert érintő lényeges kérdései.

(IM-KÜM:IM/EUR/2000/TERVEZET/228/8. 7. FÜGGELÉK: Az egyes tagállamok

közigazgatási rendszerének felépítése és specialitásai.) Bp. 2001. január.

Code de l'action sociale et Familles (Szociális és Családügyi Törvénykönyv).

Code Civil (Polgári Törvénykönyv).

Code générale des impôts, loi de finance (Adótörvény, a költségvetési törvény).

<http://www.senat.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.solidarite.gouv.fr>

<http://vosdroits.service-public.fr>

<http://www.lesmaisonsderetraite.fr>

<http://www.una.fr>

<http://www.cleirppa.asso.fr>

Kovács Mihály, dr. (2010): A területi közigazgatás szerkezeti kérdései. Ph.D-értekezés, Szent István Egyetem Gödöllő, Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola. 145. o. http://www.szie.hu/file/ti/archivum/Kovacs_Mihaly_ertekezes.pdf

Lőrincz Lajos (2003): Franciaország közigazgatása. In: Lőrincz Lajos (szerk.) (2003): Közigazgatás az Európai Unió tagállamaiban. Összehasonlító közigazgatás. UNIÓ Lap- és Könyvkiadó Kereskedelmi Kft.

Orova Márta, dr. (2006): A helyi önkormányzati együttműködések, társulások az Európai Unió tagállamaiban. <http://www.localinfo.hu/?module=news&fname=tudasbazis>

Temesi István (2001): Az önkormányzati régiók helye és szerepe az EU tagállamaiban. In: Szigeti Ernő (szerk): Régió, közigazgatás, önkormányzat. MKI, Budapest, 15–42.

Az idősök ellátása és gondozási szükségleteik értékelése Angliában

Health and Social Care Act 2001. (A 2001. évi Egészségügyi és Szociális Gondozás törvénye)

<http://www.opsi.gov.uk/acts>

<http://www.direct.gov.uk/en>

<http://www.dh.gov.uk/en> (The Department of Health, DH)

<http://www.dwp.gov.uk> (Department for Work and Pensions, DWP)

<http://www.pensionsorter.co.uk>

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>

<http://www.publications.parliament.uk>

<http://www.opsi.gov.uk>

<http://www.statutelaw.gov.uk>

<http://www.communitycare.co.uk>

<http://www.multikulti.org.uk/en>

<http://www.helptheaged.org.uk/en-gb>

<http://www.concordat.org.uk/>

<http://collections.europarchive.org>

Imre Miklós – Koi Gyula (2006): Az Egyesült Királyság közigazgatása. In: Balázs István et al. (2006): Közigazgatás az Európai Unió tagállamaiban. Összehasonlító közigazgatás (szerk.: Lőrincz Lajos). Budapest, Unió kiadó.

Moss, Peter (szerk.) (2002 június): A személyes gondoskodást nyújtó ellátások keresletének, kínálatának és igénybevételének felmérése. Az összesített beszámoló összefoglalója *WP4* (szerzők: Anna Escobedo, Esther Fernandez, David Moreno, Fundación CIREM, Barcelona, Thomas Coram, Research Unit Institute of Education University of London).

National Assistance Act 1948 (Nemzeti Támogatási Törvény). The UK Statute Law Database

<http://www.statutelaw.gov.uk/>

¹Jegyzetek

A franciaországi és az angliai idősellátási rendszer anyagának összeállítását Dögei Ilona, az ausztriai Kostyál L. Árpád, a németországi Udvari Andrea végezte.

² A francia és magyar anyagok gyűjtési időszaka – tekintettel a törvényi változásokra – 2010 októberében, az osztrák, a német, valamint az angol anyagok gyűjtése pedig 2010. augusztusában zárult le.

³ Például a francia szolgáltatási rendszerben egyrészt működik a „Házi segítségnyújtási szolgáltatás” (Les services d’aide à domicile) és működik a „Segítségnyújtás a háztartásvezetésben” (Aide ménagère à domicile), továbbá a „Kórházi ápolás otthon” (Hospitalisation à domicile) és az „Éttermi étkeztetés” (Foyers restaurations).

Az angol szolgáltatási rendszerben a fogalomhasználat rendkívül professzionális és cizellált: például a „Meleg étel” (Meals on wheels) szolgáltatás, vagy az „Otthoni ellátásban szünetet biztosító szolgáltatás” (Home-based respite breaks), „Éjszakai felügyelet” (Night sitting).

⁴ A németországi szolgáltatási rendszerben például működik a Nyugdíjsház, a gondozott otthona (Altenwohnheim/Betreutes Wohnen) és az Ápolási otthon/Nyugdíjasotthon (Altenheim/Seniorenresidenzen). A kettő közötti különbség az, hogy a Nyugdíjsház lakói számára biztosítanak egy önálló kis lakást a lakóotthonon belül. A gondozott felel a bútorokért és háztartásért/költségvetésért. Az alapellátásáról, a háztartási munkák és az étkezési ellátás megszervezéséről is saját maga gondoskodik. Ezzel szemben az Ápolási otthon/Nyugdíjasotthon lakója csekély mértékű ápolásra szorul (I. gondozási kategóriába tartozók). A háztartás vezetését az otthon átvállalja, és a legtöbb esetben teljes ellátást biztosítanak. Egy külön gondozó szolgálat és egy orvosi/ápoló személyzet is tartozik ehhez a bentlakásos idősothtoni formához.

A háromfajta ellátási szint (Pflegestufe I., II., III.) gondozási kategóriákat jelöl.

Amennyiben valakinek egészségügyi állapota alapján extra szolgáltatást (pl. lélegeztetőkészülék, valamilyen gyógyászati segédeszköz stb.) is igénybe kell vennie, és nem tudja fizetni a kategória szerint meghatározott plusz összeget, akkor létezik egy szociális támogatás/segély (Hilfeszupflege), amelyet a helyi önkormányzat biztosít kiegészítésként az ellátásért. Ez a fajta támogatás abban az esetben is igényelhető, amennyiben az ellátott valamilyen okból kifolyólag nem biztosított.

⁵ Szociális törvény (továbbiakban Szt.)

⁶ Szociális Innováció Alapítvány (SZIA) kutatás, 2009.

⁷ Id.:1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről. <http://opten.hu/loadpage.php?dest=TTSZ&twwhich=16781&onefound=1#chp179>

⁸ Amennyiben a házi segítségnyújtás során szakápolási feladatok ellátása válik szükségessé, a házi segítségnyújtást végző személy kezdeményezi az otthonápolási szolgálat keretében történő ellátást, mivel a szakápolási feladatok ellátása nem tartozik a házi segítségnyújtás tevékenységi körébe.

⁹ www.biai.hu/Biakro/pdf/kro-0605/kro-0605_23.pdf

¹⁰ Hogyan tovább? Tájékoztató az idős emberek és hozzátartozóik számára az idősothtonokról és az idősek számára elérhető más szolgáltatásokról. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2010.

¹¹ Uo.

¹² Ezen kívül lehetőség van az idősek otthonában a 18. életévüket betöltött – betegsége vagy fogyatékosága miatt – önmagáról gondoskodni képtelen személy ellátására is, amennyiben az ellátás más típusú ápolást-gondozást nyújtó intézményben nem biztosítható. (Jelinekné dr. Vári Zsuzsanna, 2010.)

¹³ Hogyan tovább? Tájékoztató az idős emberek és hozzátartozóik számára az idősothtonokról és az idősek számára elérhető más szolgáltatásokról. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Budapest, 2010.

¹⁴ Az 1993. évi III. törvény 40-44. §-a valamint a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet 25–30. §-a szabályozza az ellátást.

¹⁵ 2010-ben ez az összeg 28 500 Ft volt

¹⁶ Ápolási díjra jogosult hozzátartozók: a házastárs, az egyenesági rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és neveltgyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, a testvér házastársa.

¹⁷ 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet módosított 3. § (1) bekezdés.

¹⁸ Gondozási szükségletvizsgálat már korábban is létezett, ezt szolgálta az előgondozás az idősothtoni beköltözés előtt és a HSG igénybevételét megelőző látogatás (lásd: 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről).

¹⁹ A személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról szóló 340/2007. (XII.15.) Korm. Rendelet; 229/2010. (VIII. 16.) Korm. rendelet egyes szociális tárgyú kormányrendeletek módosításáról.

²⁰ A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet; 8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet az egyes szociális tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról.

²¹ 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet módosított 3. § (1) bekezdés.

²² 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § szerint.

²³ 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet módosított 3. § (1) bekezdés.

²⁴ 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. számú melléklete szerint

- ²⁵ Házi segítségnyújtás esetében az intézményvezető, illetve a jegyző által felkért szakértő, idősek otthona esetében az intézményvezető állítja ki az igazolást.
- ²⁶ 9/1999 (IX.24.) SzCsM rendelet 7. § (2) bekezdés szerinti
- ²⁷ Az Szt. 94/A. § (3) bekezdése vagy az Szt. 94/D. § (2) bekezdése szerint.
- ²⁸ A tanulmánynak ezt a fejezetét Dögei Ilona állította össze.
- ²⁹
- Présentation du dossier – sommaire interactif, 2007.
<http://www.solidarite.gouv.fr/espaces/social/grands-dossiers/etablissements-services-sociaux-medico-sociaux/presentation-du-dossier-sommaire-interactif.html>
- ³⁰ <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ³¹ <http://www.legifrance.gouv.fr>; <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ³² <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ³³ Az időseknek nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatók, igénybevételük feltételei, törvényi hivatkozásai a nyugdíjörvény elfogadásáig és a kihirdetéséről szóló megjelentetéséig (2010. november 10. Hivatalos Közlöny, Journal Officiel) elsősorban a Munkaügyi, Társadalmi Kapcsolatok, Családügyi és Szolidaritási Minisztérium (Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité) honlapján voltak elérhetőek, de számos országos szervezet is segíti az időseket a honlapjukon közzétett ismertetőikkel. Jelenleg az új minisztérium (Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé) illetékességi köre megváltozott, honlapján a régebbi anyagok nem érhetőek el. Azoknak a dokumentumoknak az elérhetőségét, amelyeket a tanulmányunkban feldolgoztunk, a hatáskörük alapján jelenleg illetékes minisztériumok és más hivatalos közigazgatási szervezetek honlapján adtuk meg. Ld. a törvénytár (<http://www.legifrance.gouv.fr>), illetve a Közszolgáltatások (<http://vosdroits.service-public.fr>), valamint a Szolidaritási és Társadalmi Kohézió Minisztériuma (<http://www.solidarite.gouv.fr>) honlapjait.
- ³⁴ Lőrincz Lajos, 2003, 155.
- ³⁵ A francia közigazgatás rendszerének egységei törvényileg szabályozott hatáskörük alapján a régiók, a megyék (départements) és a települések (communs). Mindhárom szinten működnek önkormányzatok, meghatározott feladat- és hatáskörökkel. (Léteznek még a kerületek [arrondissements] mint a prefektusok földrajzi alapegységei, és cantonok, amelyek inkább választási egységek, illetve rendőrségi körzetek.) Ld. Az Európai Unióhoz való csatlakozásnak a magyar jogrendszert érintő lényeges kérdései, 2001, valamint Temesi István, 2001.
- ³⁶ A francia önkormányzati rendszerben lehetnek településközi társulások/közszövetségek, többcélú településközi társulások, városi közösségek, települések egyesülései, agglomerációs társulások/kistérségi társulások. Forrás: Loi no 99-598 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale (www.legifrance.gouv.fr), hivatkozva: Dr. Orova Márta, 2006.
- ³⁷ Code de l'action sociale et Familles (Szociális és Családügyi Törvénykönyv): Article L113-1
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- ³⁸ <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/aines,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/professionnaliser-les-services-d,7485.html>
- ³⁹ A támogatással kapcsolatos információkat ld.:
<http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/dossiers,758/prestations-sociales,759/allocation-personnalisee-d,1724/l-apa-pour-qui,5646.html>
- ⁴⁰ <http://vosdroits.service-public.fr/F246.xhtml>
- ⁴¹ <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/les-soins-infirmiers-a-domicile,6222.html>
- ⁴² <http://vosdroits.service-public.fr/F732.xhtml>
- ⁴³ <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/les-types-d-etablissements.htm>
- ⁴⁴ Code de l'action sociale et des familles: articles: L113-1 à L113-3; L231-1 à L231-6; R231-1 à R231-6.
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- ⁴⁵ <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F248.xhtml>
- ⁴⁶ <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ⁴⁷ Ez a típusú szolgáltatás nem azonos a Magyarországon működtetett szociális étkeztetéssel!
- ⁴⁸ Összehasonlítási alapként megemlíthető az öregségi minimum (minimum vieillesse) értéke, 8507,49 €/év, (egyedülálló személy esetében) 2010. április 1-től (<http://www.solidarite.gouv.fr>)
- ⁴⁹ <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F248.xhtml>
- ⁵⁰ Párizs város önkormányzatának honlapján több különböző egyházi közösség időstothonainak elérhetősége szerepel.
- ⁵¹ Code de l'action sociale et des familles: L312-4 cikkelye. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ⁵² Code de l'action sociale et des familles: L313-3 cikkelye. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ⁵³ „Az autonomia személyre szabott támogatásának” alapösszege 2010. április 1-től 1038,36 €, amelyet a megállapított ISO-csoportok egyes szintjeinek megfelelő szorzószámmal határoznak meg: 1. szint 1,19, 2. szint 1,02, 3. szint 0,765, 4. szint 0,51 (<http://www.solidarite.gouv.fr>).
- ⁵⁴ Code de l'action sociale et des familles, L133-2 § <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ⁵⁵ <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/glossaire>
- ⁵⁶ <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/glossaire>

⁵⁷ UNA Evaluation des besoins <http://www.una.fr/sommaire-l-evaluation-1576.html>

⁵⁸ UNA, Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, Házi Segítségnyújtási és Gondozási Szolgáltatások Országos Uniója: <http://www.una.fr>

⁵⁹ L'évaluation des soins, un processus continu, 2007.

http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/article.php3?id_article=153

⁶⁰ <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/evaluer-l-autonomie.htm>

⁶¹ Présentation générale de l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale, 2007. <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/social/partenaires-institutionnels-associatifs/agence-nationale-evaluation-sociale-medico-sociale-anesm/presentation-generale-agence-nationale-evaluation-sociale-medico-sociale.html>

⁶² 2005. <http://www.alois.fr/gp/imprim/services/ssiad.php>

⁶³ <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/les-aides.htm>

⁶⁴ L'article 205 du Code Civil (A Polgári Törvénykönyv 205 §-a).

⁶⁵ Függségi szintek: 1. szint: ágyban fekvő idős betegek, akiknek mentális funkciói súlyosan károsodtak; folyamatos, nélkülözhetetlen felügyeletre szorulnak. 2. szint: egyrészt azok, akik ágyban fekvők, szellemi funkcióik nem teljesen romlottak le, de a mindennapi tevékenységek nagy része teher számukra; másrészt, akiknek mentális funkciói ugyan csökkentek, ám mozgásukban nem korlátozottak. 3. szint: azok az idős emberek, akik mentális autonómiájukat megtartották, de mozgásszervi autonómiájuk részleges, ezért napi többszöri segítséget igényelnek. 4. szint: olyan idős emberek, akiknek önállósága biztosítható kisebb rásegítéssel (pl. ha valaki segít felkelniük, utána képesek mozogni), de néhány tevékenységhez (pl. WC-használat) segítségre szorulnak (létezik mozgásszervi probléma nélkül, egyéb tevékenységekhez igényelhető támogatás is). 5. szint: olyan idős emberek, akik néhány tevékenységet önállóan nem képesek elvégezni, pl. WC-használat, ételkészítés, háztartásvezetés. <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/la-grille-aggir.htm>

⁶⁶ Code de l'action sociale et des familles: L232-1-L232-2 §, R232-1-R232-6 §

<http://www.legifrance.gouv.fr>

⁶⁷ Code générale des impôts, loi de finance du 21/12/2006.

⁶⁸ Code de l'action sociale et des familles: L113-1-L113-3; L231-1-L231-6; R231-1-R231-6.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

⁶⁹ <http://vosdroits.service-public.fr/F245.xhtml>

⁷⁰ Az általános nyugdíjpénztár által figyelembe vett források: a nyugdíjas és a házastárs, élettárs vagy partner összes, a hozzájárulás mértékének megállapításához figyelembe vett forrásai.

⁷¹ <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/la-tarifification.htm>

⁷² A tanulmánynak ezt a fejezetét Dögei Ilona állította össze.

⁷³ Az Egyesült Királyságban a brit parlament – Észak-Írország, Skócia és Wales tekintetében – számos határkört átadott a nemzeti parlamenteknek és közgyűléseknek, decentralizált kormányzást valósítva meg. Jelen tanulmányban az idősellátás gyakorlatát kizárólag Anglia vonatkozásában mutatjuk be.

http://www.direct.gov.uk/en/GovernmentCitizensRights/UKgovernment/Devolvedgovernment/DG_073306
ld. Imre Miklós–Koi Gyula, 2006, 23–107.

⁷⁴ http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/DH_074669

⁷⁵ http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/DH_074634#_3

⁷⁶ The Department of Health DH <http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/index.htm>; illetve:

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>;

<http://www.direct.gov.uk/en/HealthAndWellBeing/index.htm>

⁷⁷ Social Care (2010): Third Report of Session 2009-10. House of Commons, Health Committee. Volume I. Report, together with formal minutes. Ordered by the House of Commons to be printed 4 March 2010.

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmhealth/22/22.pdf>

⁷⁸ http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/DH_074669

⁷⁹ Az időszüggel foglalkozó dokumentumok az Egészségügyi Minisztérium (The Department of Health DH

<http://www.dh.gov.uk/en/>), továbbá a települési hatóságok honlapjain (Leeds City Council honlapja:

<http://www.leeds.gov.uk>; City of York Council honlapja: <http://www.york.gov.uk>; Greater London Authority honlapja:

<http://www.london.gov.uk/>; <http://londoncouncil.gov.uk>; <http://www.cityoflondon.gov.uk>), illetve különböző

szervezetek honlapjain találhatóak (ANCHOR Trust, The Information Centre for health and social care, Help the Aged:

<http://www.helptheaged.org.uk>; Age Concern Help the Aged: <http://www.ageuk.org.uk>). További honlapokon is

tájékozódhat a szociális szolgáltatások iránt érdeklődő állampolgár: Social Care Online: better knowledge for better

practice (social care institute for excellent scie): <http://www.socialcareonline.org>; <http://www.scie-socialcareonline.org.uk>, National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS) (Nemzeti Felnőttképzési Szociális

ellátás Adatgyűjtő és Információs Szolgálat): <http://nascis.ic.nhs.uk>. Szintén ide sorolható a szociális gondozás jó

gyakorlatait bemutató intézet (Social Care Institute for excellence, SCIE) honlapja, <http://www.scie.org.uk>

⁸⁰ Office of Public Sector Information (OPSI) Part of National Archives

<http://www.opsi.gov.uk/>; illetve a Törvények Adatbázisa (Statute Law Database, SLD): <http://www.statutelaw.gov.uk>.

⁸¹ www.opsi.gov.uk/acts/acts2001/.../ukpgaen_20010015_en_1.htm

- ⁸² http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2008/pdf/ukpga_20080014_en.pdf
- ⁸³ <http://www.publications.parliament.uk/>
- ⁸⁴ *National minimum standards* published by the Secretary of State under section 23(1) of the Care Standards Act 2000. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_083519
- ⁸⁵ http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4054007.pdf
- ⁸⁶ http://direct.gov.uk/en/CaringForSomeone/CaringAndSupportServices/DG_4000178
- ⁸⁷ <http://www.communitycare.co.uk> <http://www.multikulti.org.uk/en/health/community-care-an-overview/index.html>
- ⁸⁸ Age Concern; Help the aged <http://www.helptheaged.org.uk/en-gb>
- ⁸⁹ http://www.leeds.gov.uk/Health_and_social_care/Help_for_adults/Respite_care_for_adults.aspx
- ⁹⁰ A bentlakásos gondozó otthonokról a Szociális Gondozási Inspektion (Commission for Social Care Inspection, CSCI) honlapján lehet informálódni: <http://www.concordat.org.uk/signatories/fullsignatories/csci.cfm>
- ⁹¹ A „Kék kitűző program” parkolási engedményeket biztosít regisztrált vak emberek és végtagot érintő súlyos fogyatékos emberek számára.
- ⁹² Peter Moss (szerk.), 2002 június. <http://144.82.31.4/carework/reports/HungarytranslationWP4.pdf>
- ⁹³ Single Assessment Process for Older People. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4086366.pdf
- ⁹⁴ http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/n/documents/digitalasset/dh_4060244.pdf
- ⁹⁵ Better Care Higher Standards, 2005. http://www.leeds.gov.uk/Council_Publications/Adult_care_services.aspx
- ⁹⁶ http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4076620.pdf
- ⁹⁷ Types of care we offer adults.
- ⁹⁸ Jó példa erre a Leeds City Council honlapja, amely alapos, érthető tájékoztató anyagokat közöl, emellett felhívja az állampolgárok figyelmét arra is, hogy az információs irodákban papíralapú tájékoztatókat is kaphatnak.
- ⁹⁹ Assessment of Care needs http://www.leeds.gov.uk/Housing/Adapting_homes/Care_home_assessment.aspx
- ¹⁰⁰ The Single Assessment Process (summary - worked example) (2002). http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009402
- ¹⁰¹ Single assessment process for older people: assessment scales (2004): http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4073278.pdf
The Single Assessment Process Assessment Tools and Scales (2002): http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4080510.pdf
- ¹⁰² Services you need to pay for http://www.leeds.gov.uk/Health_and_social_care/Help_for_adults/services_you_need_to_pay_for.aspx
- ¹⁰³ http://www.leeds.gov.uk/files/Internet2007/2006/week3/inter_8bc0b6cb-8a48-450f-ae2c-058e0a118f08_c882dd97-4af8-42b0-8039-164c3644c423.pdf
- ¹⁰⁴ http://www.opsi.gov.uk/si/si1992/uksi_19922977_en_1.htm
- ¹⁰⁵ http://www.opsi.gov.uk/revise statutes/acts/ukpga/1970/cukpga_19700042_en_1
- ¹⁰⁶ National Assistance Act 1948 (c.29) The UK Statute Law Database <http://www.statutelaw.gov.uk/>
- ¹⁰⁷ <http://collections.europarchive.org/tna/20100509080731/http://dh.gov.uk/en/SocialCare/Chargingandassessment/ChargingforSocialCare/index.htm>
- ¹⁰⁸ Angliában a nyugdíjrendszer meglehetősen bonyolult: a nyugdíjak több komponensűek: van egy állami alapnyugdíj (basic state pension), van az ezt kiegészítő állami kiegészítő nyugdíj (additional state pension), és létezik magánnyugdíj. Ugyanakkor a nyugdíjak megállapításakor figyelembe veszik a megtakarításokat is. 2009-ben és 2010-ben az állami alapnyugdíj heti értéke egyedülálló személy esetében 95.25 GBP, házaspár esetében heti 152.30 GBP. A nyugdíjkiegészítésekkel heti 130, illetve 198,45 GBP-re emelkedhetnek ezen összegek, melyek megfelelnek a garantált minimális jövedelem összegének (minimum income guarantee). (<http://pensionsorters.co.uk/statepension.cfm>) Ehhez még a megtakarítások után számított kiegészítések és a magánnyugdíj összegei is hozzátevéődhetnek. (Pensions and retirement plannig. State Pension and Pension Credit: <http://www.dwp.gov.uk>) A rendszer bonyolultsága és a személyek eltérő élethelyzete következtében nem találtunk becsléseket a nyugdíjak átlagértékére.
- ¹⁰⁹ <http://www.dwp.gov.uk>
- ¹¹⁰ http://www.leeds.gov.uk/Health_and_social_care/Help_for_adults/Paying_for_support_at_home.aspx

Marián Béla* – Nagy Éva**
A súlyosan-halmozottan fogyatékos embereket nevelők munkaerő-piaci helyzetete egy felmérés tükrében

A kutatásról

A súlyosan-halmozottan fogyatékos személyeket nevelő családok helyzetéről készült korábbi kutatások arra mutattak rá, hogy a fogyatékos családtag gondozása által igényelt állandó felügyelet következtében valamelyik szülő, illetve a gondozást ellátó személy kiszorul a munkaerőpiacról, munkahelye feladására kényszerül, vagy alacsonyabb jövedelmet eredményező részmunkaidős vagy otthon végezhető munkát vállal. Bár erre vonatkozó adatok nem álltak rendelkezésre, vélelmezhetően túlnyomó többségében az anyák adják fel, illetve adták fel kereső tevékenységüket, ugyanakkor a sérült családtag ellátása, felügyelete a másik szülő segítségét is igényli, ami gátat szab az ő foglalkozási lehetőségeinek, aspirációinak is. A munkaerőpiacról való kiszorulás és a fogyatékos családtag ellátásának speciális költségei, valamint a rendelkezésre álló támogatások alacsony szintje gyakran a családok életminőségének, szociális biztonságának drasztikus romlásával jár.¹

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium jogelődje, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megbízásából a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány a súlyosan-halmozottan fogyatékos személyeket nevelő emberek foglalkoztatásának elősegítése érdekében kísérleti jellegű modellprogramot készített elő és valósított meg 2009-2010-ben.² A program keretében lezajlott egy, az érintett családok gazdasági aktivitását, munkaerő-piaci helyzetét, a munkavállalást befolyásoló tényezőket, illetve ezek összefüggését feltérképező kutatás.³ A következőkben az 500 fős mintán készült kérdőíves felmérés legfontosabb eredményeit foglaljuk össze, s – ha a vizsgált dimenziók vonatkozásában korlátozottan is – megpróbálunk képet adni a súlyosan-halmozottan fogyatékos embereket nevelők munkaerő-piaci helyzetéről, aspirációiról, lehetőségeiről a munkaerőpiacon. A munkavállalást befolyásoló tényezők szélesebb összefüggésinek bemutatásakor támaszkodunk a kutatás részét képező kvalitatív felmérés – 20 szülővel készített nyitott mélyinterjú – megállapításaira, valamint a program keretében megvalósított kísérleti program tapasztalataira is. A kutatássorozat részeként 20 intézményi interjú is készült, a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságoknál, illetve súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek nevelését, oktatását is biztosító intézményeknél. Az interjúk tapasztalatainak ismertetése túlmutat a cikk keretein, de a szülők munkavállalásával kapcsolatos főbb megállapítások az összefoglaló gondolatok között megjelennek.

A kutatás módszertana

A kutatásban érintett kör elérését alapvetően nehezítette, hogy a súlyos-halmozott fogyatékosra nincs egységes fogalomhasználat még jogszabályi szinten sem (nem jelent önálló fogyatékosági kategóriát), s hogy részben ebből fakadóan egyetlen közintézménynél sincs egységes és átfogó nyilvántartás az érintettekről. A kutatás során olyan súlyosan-halmozottan fogyatékos személyeket nevelő családokat kerestünk meg, akik a fogyatékos családtagot otthoni környezetben gondozzák, és a családban gazdaságilag aktív korú

gondviselő is él. A kutatás céljaival összhangban egy viszonylag tág munkadefiníciót határoztunk meg a súlyos-halmozott fogyatékosokra.

Ennek elemei:

- az élettartam végéig tartó állandó gondoskodásra szorultság és
- valamilyen mértékű értelmi fogyatékoság és
- valamilyen – többnyire súlyos fokú – mozgáskorlátozottság és/vagy
- súlyos fokban akadályozott kommunikáció és/vagy
- egy- vagy többféle érzékszervi fogyatékoság

Mintavétel

A mintába került családok 12%-át a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottságokon keresztül, 20%-át fogyatékos embereket ellátó szervezetek, intézmények segítségével sikerült elérni, 18%-át pedig olyan címeken, amelyeket közvetlenül települési önkormányzatok bocsátottak rendelkezésre. A felkeresett címek felét a sorstárs családok adták meg. A súlyosan-halmozottan fogyatékos személyeket nevelő családok nagy része számon tart sorstárs családokat, s elég sűrű az a kapcsolati háló, ami a sorsközösség és a hasonló életutak következtében szövődik a családok között. Az intézményi interjúk is megerősítették azt az előzetes feltételezést, hogy manapság már nincs számottevően sok rejtőzködő, a különböző intézményektől és a sorstársi közösségektől is teljesen elzártan élő család az érintettek körében. A mintavételi módszer azonban csökkentette a magukba forduló életvitelű családok elérésének valószínűségét.

A mintába került családok jellemzői

Tekintve, hogy nincsenek pontos számadatok a populáció nagyságára vonatkozóan, a kutatás egyik célkitűzése az volt, hogy megpróbáljon pontos becslést adni az érintett családok számát illetően. Ez a törekvés részben a fent említett nehézségek, illetve az adatszolgáltató intézmények részéről mutatkozó adatvédelmi aggályok okán csak részben teljesült. Mindazonáltal a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a korábbi felmérésekre alapozott becslések, melyek szerint 12 000–20 000 család nevel családi körben súlyosan-halmozottan fogyatékos személyt, erősen felülbecsülik a populáció nagyságát. A tényleges szám kevesebb mint 10 000. (Az indoklás ismertetését lásd később.)

1. táblázat

A mintába került családok területi megoszlása

Régió	Család	Százalék
Dél-Alföld	75 db	15%
Dél-Dunántúl	64 db	13%
Észak-Alföld	57 db	11%
Észak-Magyarország	94 db	19%
Közép-Dunántúl	38 db	8%
Közép-Magyarország	71 db	14%
Nyugat-Dunántúl	101 db	20%
<i>Összesen</i>	<i>500 db</i>	<i>100%</i>

Forrás: Marketing Centrum

A megkérdezett családok szerkezetét tekintve az érintett családok 62 százalékában házaspár/élettársak és gyerek(ek) élnek. A negyedükben viszont egyedülálló a gondviselő, azaz a háztartás szerkezete: egyedülálló szülő + gyerek(ek). A nagyszülő(k) + szülők + gyerek(ek) háztartásszerkezet az érintett családok 9 százalékára jellemző. Az érintettek egy százaléka körében házastárs a súlyosan-halmozottan sérült családtag, a családok három százaléka pedig egyéb szerkezetű (van például örökbe fogadott sérült is a mintában). A családok 32 százaléka háromfős, 30 százaléka négyfős, 13 százalékuk ötfős, hét százalékukban pedig hatan vagy többen élnek.

A mintába került családok esetében leggyakrabban – az esetek 96 százalékában – saját gyermek az érintett családtag, a többi esetben unokáról, házastársról vagy egyéb relációról van szó.

A válaszadók megítélése szerint a sérült családtagok 12 százalékának kétféle sérülése van, 48 százalékuknak háromféle, 23 százalékuknak négyféle, 17 százalékuk pedig a kérdőíven szereplő valamennyi sérüléstípusban érintett valamilyen mértékben.

A sérülések megléte, illetve súlyossági foka alapján képzett, elvileg 0 ponttól 100 pontig terjedő skála finoman méri a sérülések halmozódását és súlyosságát. A képzett skála átlaga 55 pontnak adódott. A sérült családtagok 17 százalékánál a gondviselő megítélése szerint csak enyhe fokú sérülések halmozódnak. Egy részük (kb. hat százalékuk) valószínűleg valójában nem is tekinthető a definíció szerint súlyosan-halmozottan fogyatékosnak. A gondviselői vélemények alapján integrált halmozódás-súlyosság mutató értéke viszont az esetek 44 százalékában így is 60 pont fölé került, és ez már két-, háromféle súlyos sérülés halmozódását jelenti.

2. táblázat

Az egyes fogyatékosági típusokhoz tartozó súlyossági mértékek megoszlása

A fogyatékoság típusa	A fogyatékoság mértéke (%)			
	súlyos	közép súlyos	enyhe	nincs
Mozgássérülés	67	21	7	5
Értelmi sérülés	47	34	14	5
Beszédzavar	51	20	17	12
Látássérülés	13	10	18	59
Hallássérülés	7	5	14	74

Forrás: Marketing Centrum

A mintába került családokban élő súlyosan-halmozottan fogyatékos emberek 12 százaléka még nem iskoláskorú, 54 százalékuk 7–18 éves, 34 százalékuk pedig 18 évnél idősebb, átlagéletkoruk 16,5 év.

A súlyosan-halmozottan fogyatékos személyeket nevelők gazdasági aktivitása, munkaerő-piaci helyzete

Az elsődleges gondviselők 23 százaléka mondta azt magáról, hogy dolgozik, gazdaságilag aktív pénzkereső. (13% teljes munkaidőben dolgozik, 9% részmunkaidőben, 2% bedolgozó, illetve távmunkát végez.) A megkérdezettek 14 százaléka gyesen, gyeden van, 11 százaléka nyugdíjas, 52 százalékuk egyéb inaktív (ebből 3% az álláskereső aránya), 4% pedig valamilyen alkalmi munkát végez.

Az adatfelvétel időpontjában rögzített gazdasági aktivitásokat tekintve az elsődleges gondviselők 72%-a inaktív volt, 7%-a vállalkozóként tevékenykedett, 8%-uk fizikai munkát végzett, 4% nem diplomához kötött szellemi tevékenységet folytatott, a szellemi foglalkozásuk aránya pedig 9% volt.

A gondviselők 11 százaléka a sérült családtag családba kerülése előtt is inaktív volt, gyesen, gyedben részesült, valamint háztartásbeli volt. A gondviselők öt százaléka saját (családi) vállalkozásban tevékenykedett. A legtöbben – 51% – fizikai munkát végeztek alkalmazottként. A szellemi foglalkozásuk 20%-os aránya mellett diplomához nem kötött szellemi tevékenységet 12% folytatott. A korábbi munkahelyek 5%-a saját vállalkozás, 43 százaléka a magánszférában volt, 52 százalékuk viszont az állami, önkormányzati szférában.

A korábban inaktívak mindössze tizede került be a sérült családtag családba kerülése után a munka világába, miközben a korábban aktívak 76 százaléka inaktívvá vált. A korábban vállalkozóként, illetve vállalkozásban pénzkeresők körében 44 százalék jelenleg is aktív, az állami, önkormányzati szférában dolgozók körében 28% marad meg a munka világában, a magánszférában alkalmazottként dolgozók közül viszont csak 16%.

A foglalkozási adatokat áttekintve megállapítható, hogy a fizikai munkát végzők tudnak legnehezebben munkát találni egy sérült családtag mellett, és a diplomások lehetőségei a legtágabbak.

Mindez azért is lényeges, mert az esetek 48 százalékában maga az elsődleges gondviselő (azaz a válaszadó) az elsődleges családfenntartó is (azaz ő hozza a legtöbb jövedelmet a családba). Az elsődleges családfenntartók 12 százaléka vállalkozóként keres pénzt, 30 százalékuk fizikai munkával, 5 százalékuk adminisztratív munkával, 13 százalékuk pedig szellemi munkával.

A megkérdezett családok bevételi forrásait tekintve azt mondhatjuk tehát, hogy hivatalos munkajövedelme a családok 60 százalékának van, családi pótlékot 84 százalékuk kap, az ápolási, gondozási díjban részesülő családok aránya pedig 61%.⁴

3. táblázat

Őnök havi átlagban mennyi jövedelemhez jutnak a következő forrásokból?

A válaszadók körében	van (%)	átlag (Ft)
Családi pótlék	84%	34 130 Ft
Ápolási, gondozási díj	61%	31 280 Ft

<i>Hivatalos munkajövedelem</i>	60%	130 490 Ft
Nyugdíj, rokkantnyugdíj	38%	85 020 Ft
Egyéb jövedelem	27%	41 340 Ft
GYES, GYED	21%	35 080 Ft
Alkalmi munkából származó jövedelem	12%	37 500 Ft
Rendszeres nevelési segély	9%	14 870 Ft
Családi, rokoni segítség	8%	4486 Ft
Álláskeresési támogatás, álláskeresési segély	6%	33 930 Ft

Forrás: Marketing Centrum

A táblázat adatai a kérdésre érdemi választ adó családokra vonatkoznak (93%). A százalékos arányok azt mutatják, hogy a családok hány százaléka jut bevételhez a különböző forrásokból, függetlenül attól, hogy a forrás kötődik-e vagy sem a fogyatékkal élő családtaghoz.

A valamilyen munkát végzők körében vizsgáltuk a jelenlegi munkatevékenység megítélését is. A válaszokat mérleg-indexre vetítve: *teljesen egyetért = +100 pont, inkább igen = +50 pont, inkább nem = -50 pont, egyáltalán nem = 100 pont*. A legnagyobb egyetértésre az az állítás talált, hogy: „*A munkahelyemen megértik a családjunk nehéz helyzetét*”, és a legtöbben azt az állítást utasították el, hogy: „*Elégedetlen vagyok a munkámmal. Szívesen váltanék, ha lehetne*”.

4. táblázat

Mennyire érzi jellemzőnek önmagára a következőket: teljesen, inkább igen, inkább nem, vagy egyáltalán nem?

Állítások	Mérleg
A munkahelyemen megértik a családjunk nehéz helyzetét.	43 pont
A képzettségemnek megfelelő munkát végzek.	38 pont
A környéken nem állnak rendelkezésre elérhető szülőpótló, szülőhelyettesítő szolgáltatások.	20 pont
Csak az anyagi kényszer miatt vállalom munkát.	-3 pont
A környéken nincs olyan intézmény, ahol a sérült családtag napközbeni ellátását biztosítani tudnám.	-10 pont
Viszonylag jó fizetést kapok a munkámért.	-12 pont
A sérült családtag ápolása hátráltat a munkahelyi előmenetelben.	-26 pont
A sérült családtag mellett nem tudok a képzettségemnek megfelelő munkát találni.	-34 pont
Elégedetlen vagyok a munkámmal. Szívesen váltanék, ha lehetne.	-35 pont

Forrás: Marketing Centrum

A dolgozó gondviselők tehát többnyire elégedettek a munkájukkal. Ha egyszerre nézzük a kilenc választ, akkor három csoportba sorolódnak a válaszadók. A valamilyen munkát végzők 45 százaléka alapvetően elégedett a munkájával, 29 százalékuk viszont elégedetlen – elsősorban a munkabérének nagyságával –, 26 százalékuknak viszont az okoz nagy gondot, hogy a környéken nincs olyan intézmény, ahol a sérült családtag napközbeni ellátását biztosítani tudnák.

A felmérés adatai szerint a fogyatékos családtagok 38%-a egész nap otthon van a lakásban, és mindössze tizedük tölt legalább 10 órányi időt a lakáson kívül. A gondviselők napirendjét vizsgálva, 41%-uk gyakorlatilag egész napját otthon tölti egy átlagos hétköznapon, további 26%-uk pedig legfeljebb négy órát van házon kívül. A gondviselők átlagosan 18 órát töltenek együtt fogyatékos hozzátartozójukkal, hétvégén 22 óra ugyanez az átlagérték. A sérült családtagok 70%-át egyáltalán nem, vagy csak nagyon rövid időre (néhány percre) lehet felügyelet nélkül hagyni, 24%-ukat pedig fél vagy egy órára is. Ez azt jelenti, hogy a fogyatékos családtag felügyeletét az esetek 94%-ában a teljes napra meg kell oldani.

Az inaktív gondviselők leggyakrabban a sérült családtag felügyeletével indokolták azt, hogy nem dolgoznak (42%), de visszatérő érv volt az is, hogy azért nem mennek dolgozni, mert akkor le kellene mondani az ápolási díjról (34%), és hiába lenne magasabb a munkabérük, bizonytalanabbá válna a jövedelmük. Megjegyzendő, hogy itt nem ritkán olyan szülőkről beszélünk, akik 10, esetleg 15-20 éve nem dolgoztak, így aztán nem igazán naprakészek sem az adódó munkalehetőségek tekintetében, sem abban a kérdésben, hogy tulajdonképpen hogyan befolyásolhatná életszínvonalukat az esetleges munkavállalás. A további indokok között szerepelt, hogy nem találnak megfelelő munkát (8%), a saját betegség (3%), illetve háztartás és a nagy család ellátásának kötelezettsége (3%).

A gondviselők jelentős része egyetért azzal, hogy Magyarországon kevés a részmunkaidőben végezhető munka, és kétharmaduk úgy véli: a környékükön nagyon nehéz munkát találni. A gazdaságilag aktív válaszadók véleményei csak ennél a kérdésnél térnek el az inaktívak véleményeitől: utóbbiak körében 75 pont a válaszok mérlege, a valamilyen munkát végzők körében viszont „csak” 55 pont. Az otthoni munkavégzés lehetősége iránti igény ugyancsak markánsan megjelenik a válaszok között.

5. táblázat

Mennyire ért egyet a következőkkel: teljesen, inkább igen, inkább nem, vagy egyáltalán nem?

Állítások	Teljesen egyetért	Mérleg
Nagyon kevés részmunkaidős munka van Magyarországon.	75%	76 pont
Ezen a környéken nagyon nehéz munkát találni.	67%	71 pont
A sérült családtagot nevelők számára otthon elvégezhető munkát kellene biztosítani.	67%	68 pont
Szívesen részt vennék továbbképzéseken, ha így (jobb) munkához juthatnék.	34%	7 pont
Szívesen eljárna egy munkahelyre, ha addig vigyázna valaki a sérült családtagra.	32%	0 pont
Szívesen tanulna számítógép-kezelést, számítógépes ismereteket.	23%	-8 pont
Szívesen tanulna idegen nyelvet, ha lenne rá lehetőség.	20%	-30 pont
Ha más szakmám lenne, könnyebben tudnék munkát találni.	14%	-34 pont

Forrás: Marketing Centrum

A válaszok mérleg-index értékei: teljesen egyetért = +100 pont, inkább igen = +50 pont, inkább nem = -50 pont, egyáltalán nem = -100 pont.

A munkavállalást befolyásoló tényezők vizsgálata

A kutatás a munkavállalást befolyásoló objektív tényezők mellett kiterjedt a munkavállalási hajlandóságot befolyásoló szubjektív tényezők feltérképezésére is. A szubjektív tényezők körébe tartoznak az érdeklődés, az egyéni készségek, képességek, illetve a motiváció.

A munkalehetőségek iránti érdeklődés

Az inaktív gondviselők 22 százaléka semmilyen munkát sem tudna és akarna vállalni a kérdőíven szereplő 16 lehetőség közül. A felső jövedelmi negyedben 37% ugyanez az arány, az 50 évnél idősebb gondviselők körében pedig 36%. Jelentősek a nemi eltérések is. A férfi gondviselők (az összes válaszadó tizede) körében 47% az, akit nem érdekel egyetlen lehetőség sem.

6. táblázat

Tudná-e és akarná-e Ön vállalni a következő munkákat?

Megnevezés	Igen (%)	Esetleg (%)	Nem (%)
Otthon végezhető kézműves tevékenység	28	19	53
Adatrögzítés, adatfeltöltés otthoni számítógépen	27	18	54
Részmunkaidős munka a szakmájában	27	10	63
Takarítás	22	16	62
Alkalmi szellemi munka	21	16	63
Ügyfélszolgálati tevékenység otthoni telefonról	20	19	60
Alkalmi fizikai munka	19	14	67
Gyerekefelügyelet otthon	19	11	70
Részmunkaidős segéd- vagy betanított munka a közelben	18	15	67
Alkalmi háztartási munka (bejáró)	17	13	70
Más család halmozottan sérült gyerekének alkalmi gondozása	14	14	72
Bébiszitterkedés a közelben	13	8	79
Otthoni számítógépen könyvelési munkák	12	10	78
Részmunkaidős pénztárosi, eladói munka a közelben	12	10	78
Telemarketing tevékenység otthoni telefonról	11	11	78
Óraadás, korrepetálás	8	4	88

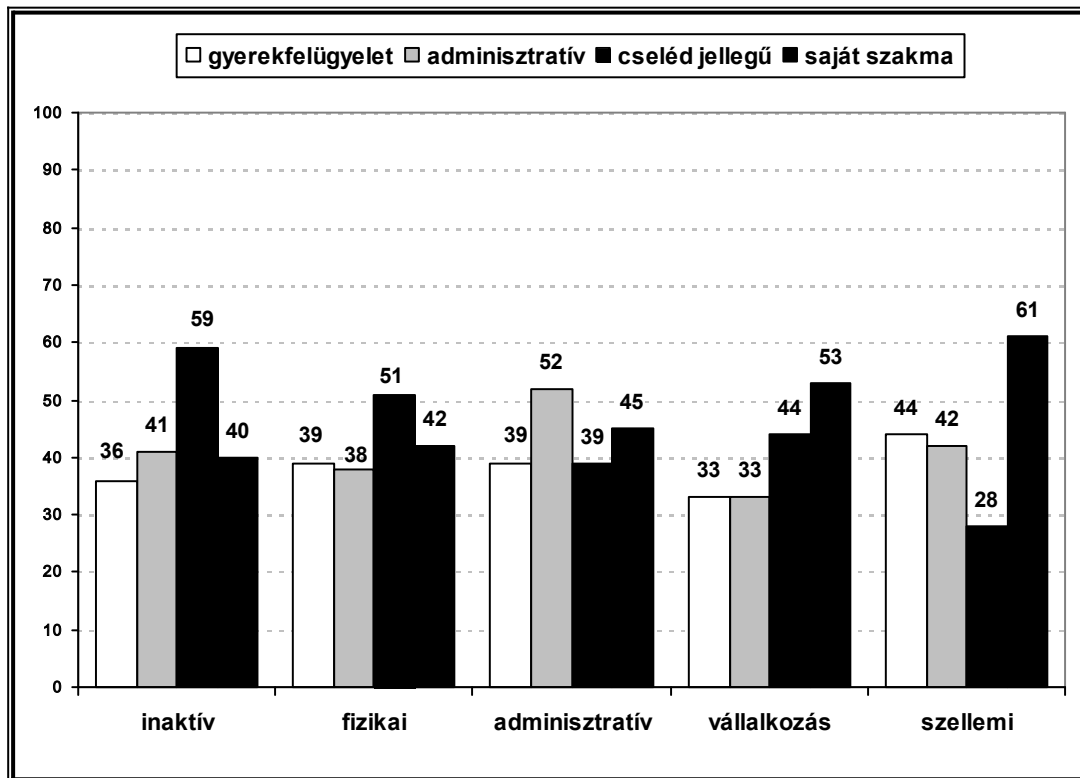
Forrás: Marketing Centrum

A további elemzés azokra fókuszált, akik legalább egy lehetőségre nyitottak a 16 közül, és a válaszok együttjárásait megvizsgálva a 16 lehetőség négy faktorba rendeződik, a szakképzés nélkül is elvégezhető munkák, az adminisztratív munkák körére, a gyermekfelügyelethez kapcsolódó tevékenységekre, illetve a saját szakmában történő munkavégzésre.

A sérült családtag családba kerülése előtti munka jellege szerint természetesen jelentősek az eltérések. A saját szakmában végezhető munkákra a szellemi foglalkozásúak a legnyitottabbak, a „cseléd” jellegű munkákra pedig a korábban inaktívak, illetve a korábban fizikai munkát végzők. A korábban szellemi munkát végzők a saját szakmában végzett munkán túl a gyerekefelügyeletre is nyitottabbak az átlagosnál. A gyerekefelügyelet jellegű munkákra természetesen szívesebben vállalkoznának a nők, mint a férfiak.

1. ábra

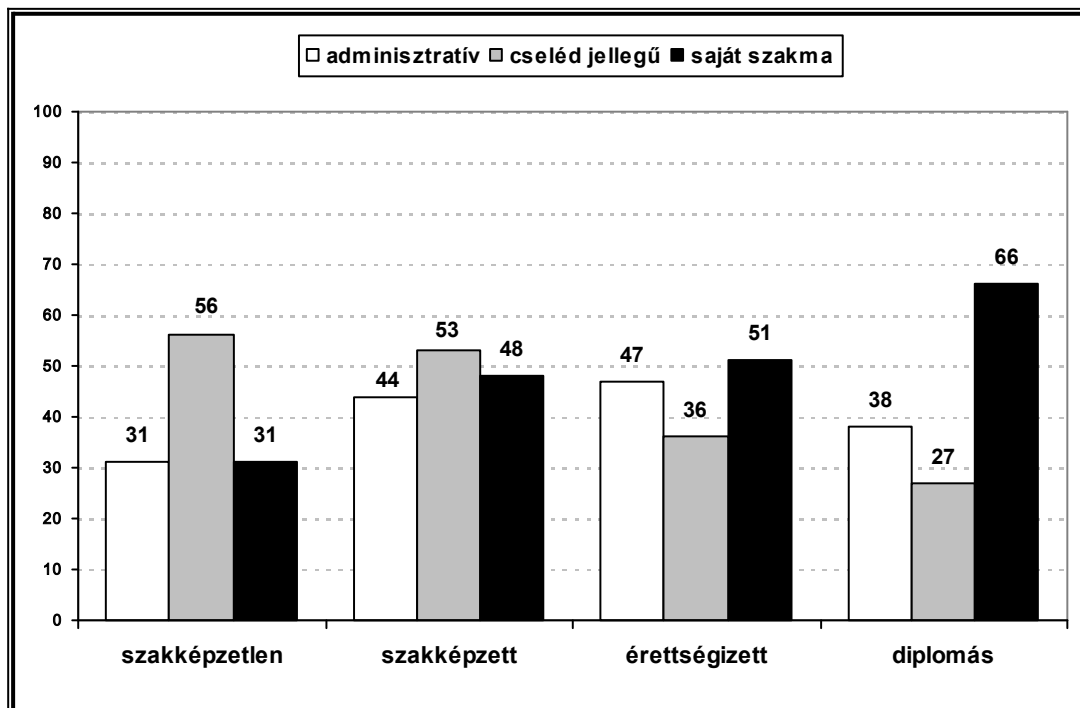
Nyitottság a különböző jellegű munkákra korábbi munka szerint



Forrás: Marketing Centrum

2. ábra

Nyitottság a különböző jellegű munkákra iskolázottság szerint



Forrás: Marketing Centrum

A munkavállalást befolyásoló egyéni készségek, képességek

A munkavállalási lehetőségek iránti alacsony fokú nyitottságnak indoka lehet az is, hogy a megkérdezettek harmada nem rendelkezik semmilyen munkavállalást könnyítő képesítéssel vagy kompetenciával. A munkavállalást könnyítő készségek, képesítések közül a jogosítvány a leggyakoribb. A gondviselők mintegy fele azonban ezzel sem rendelkezik, és a megkérdezettek harmadának semmilyen képesítése sincs a kérdőíven szereplők közül, pedig a szabás-varrás ismereten kívül minden készség támogatja az elhelyezkedés esélyét.

7. táblázat

Rendelkezik-e Ön a következő képzettségekkel, képesítésekkel?

Képzettség, képesítés	van (%)
B kategóriás jogosítvány	51
Számítógép-használat, számítógép-kezelés	33
Szabás-varrási ismeretek	27
Szabás-varrási képesítés	11
ECDL vizsga	8
Angol nyelvvizsga	7
Nyelvvizsga más nyelvből	7

Forrás: Marketing Centrum

Motiváció

A felmérés során a munkavállalási motiváció összefüggésiben vizsgáltuk a szülők

- a szociális helyzetét,
- a szülők családi állapotát, családon belüli kapcsolatait,
- valamint lelki állapotát is.

Mindhárom tényezőnek fontos szerepe lehet a munkavállalási hajlandóságban. Nagyon komoly különbségek mutatkoztak a szülők között a tekintetben, hogy milyen okból, illetve milyen céllal kívánnak munkát vállalni, vagy nem vállalni.

Az interjúk tapasztalatai alapján úgy tűnik, hogy a munkavállalási motiváció intenzitásában nem a háztartás objektív anyagi helyzete a meghatározó, hanem sokkal inkább attól függ, hogy a szülők – szubjektíven – hogyan ítélik meg az anyagi lehetőségeiket. Az egyetlen olyan kapocs, ami talán viszonylag egyszerűen operacionalizálható, az az anyagi helyzet megváltozása a gyerek családba kerülése után. A kérdőíves felmérés során megkérdezett családok 60%-a számolt be gazdasági lecsúszásról (ebből 42% jelentős változásként éli meg a változást), 31% nem élt meg változást anyagi helyzetét tekintve, s mindösszesen 9%-uk számolt be előrelépésről. Azoknál a családoknál, ahol a helyzet csak kismértékben változott, s a gyereket gondozó szülő a gyerek születése előtt sem dolgozott, és jelenleg sem dolgozik, általában nem jellemző, hogy különösebben pénzt akarnának keresni munkával. Ahol viszont a gyerek ápolása miatt kieső jövedelem megvolt, erősebb az anyagi motivációjú munkavállalási kedv.

Az anyagi motiváció, úgy tűnik, nem függvénye a családi állapotnak, legfeljebb annyiban, amennyiben a családi állapot befolyásolja a szubjektív anyagi helyzetet. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy ahol pl. egy válás további anyagi lecsúszáshoz vezetett, ott ez erősebb motivációt jelent. Ennél lényegesebb az önmegvalósítás-típusú, illetve lelki jellegű motivációk megjelenése. Azoknál a szülőknél, akik egyedül nevelik a gyereket, ez rendszerint úgy nyilvánul meg, hogy szeretnének valamilyen módon tágabb társas kapcsolatokra szert tenni, kiszakadni az otthoni körforgásból. Az interjúk tapasztalatai alapján mindazonáltal megállapítható, hogy a családi kapcsolatok igazából nincsenek közvetlen hatással a munkavállalási hajlandóságra, viszont nagyban befolyásolják a lelki állapotot. A családtörténeti események vizsgálata során a kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy a családok 36%-ban pozitív változásokat is hozott a fogyatékos családtag családba kerülése a családon belüli emberi és küldő emberi kapcsolatok erősödése terén, ugyanakkor a családok negyede számolt be a párkapcsolat megromlásáról, illetve felbomlásáról.

Azzal kapcsolatban, hogy a tágabb családi kapcsolatok hatnak-e valamilyen módon a munkavállalási kedvre, nem lehet egyértelmű következtetést levonni az interjúkból. Bár az azért nagyon fontos tényező, hogy a szülő tud-e a tágabb családjára is támaszkodni sérült gyereke ellátásában, vagy sem. A kérdőíves felmérés során megkérdezettek 53%-a nyilatkozott úgy, hogy a fogyatékos családtag ellátása során mindig számíthat a szülők, nagyszülők, a tágabb rokonság, illetve az informális támogató közösség (barátok, szomszédok) segítségére. (Ez különböző típusú és változó időintervallumú segítségformákat jelent.)

Az interjúk egyik legfontosabb megállapítása az, hogy számos egyéb körülmény mellett talán az egyik legfontosabb tényező a szülők lelki állapota. A fogyatékos gyermek születése, illetve fogyatékosná válása és a gondozás terhei önmagában is jelentős pszichés terhet jelentenek. A másik jellemző, hogy a sérült gyereket ápoló, hosszú ideig nem dolgozó szülő idővel elveszti a kapcsolatát a külvilággal, leépülnek a szociális „képességei” (social skills). Összességében azt kell mondanunk, hogy a lelki állapot nagyon erősen meghatározza, hogy a vizsgált csoportba tartozó szülők akarnak-e munkát vállalni, vagy sem, és feltehetően a lelki állapotuk súlyosan befolyásolja a tényleges munkavégző képességüket is.

Összegzés

A felmérés eredményei alapján a súlyosan-halmozottan fogyatékos személyeket nevelő családok száma – a korábbi kutatásokkal szemben – 6500–10 000-re becsülhető. Az intézményektől, sorstársi és egyéb közösségektől elszigetelten élő családok száma feltételezhetően manapság már nem számottevő. (A megkérdezett családok fele számon tart más sorstárs családokat a környékükön, harmaduk pedig tagja valamilyen fogyatékos emberek érdekeit képviselő szervezetnek, vagy szülősegítő szervezetnek.)

A korábban inaktívak mindössze tizede került be a sérült családtag családba kerülése után a munka világába, miközben a korábban aktívak 76 százaléka inaktívvá vált. Munkaerő-piaci szempontból és szociális helyzetüket tekintve a fogyatékos családtag családba kerülése előtt is inaktív, illetve alkalmazottként fizikai munkát végzők vannak a legnehezebb helyzetben. A vállalkozók, illetve a kvalifikáltabb szellemi munkát végzők tudják legnagyobb eséllyel megtartani pozícióikat, vagy visszaintegrálódni a munka világába a súlyosan-halmozottan fogyatékos családtag ellátása mellett is.

Az elsődleges gondviselők 23%-a dolgozik, 14%-uk gyesen, gyeden van, egytizedük nyugdíjas, 52% viszont azoknak az aránya, akik egyéb okok miatt nem folytatnak pénzkereső tevékenységet. (A válaszadók 90%-a nő és 10%-a férfi.) Az elsődleges családfenntartók 12 százaléka vállalkozóként keresi a kenyerét, 30 százaléku fizikai munkával, 5 százaléku adminisztratív munkával, 13 százaléku pedig szellemi munkával. (Az elsődleges gondviselők 48%-a az elsődleges családfenntartó is.)

A válaszadók közel harmada semmilyen szakképesítéssel nem rendelkezik, 28%-a szakképezett, 28% az érettségivel, és 14% a diplomával rendelkező elsődleges gondviselők aránya.

Az inaktívak 22%-a gyakorlatilag semmilyen munkalehetőség iránt nem nyitott. Akik nem dolgoznak, elsősorban a fogyatékos családtag gondozásával, felügyeletével indokolják távolmaradásukat a munkaerőpiactól, de a szociális transzferek, támogatások elvesztésének félelme is hangsúlyosan megjelenik. Ezeken túl strukturális okok, az elérhető munkahelyek, illetve az atipikus foglalkoztatási formák hiánya – részmunkaidős foglalkoztatás, a fogyatékos családtag mellett otthon végezhető munka – szerepelnek a főbb érvek között. A munkavállalás objektív akadályai között említhetők továbbá, hogy nincsenek, vagy elérhető távolságban nem állnak rendelkezésre a fogyatékos családtagnak napközbeni ellátást nyújtó intézmények, illetve szülőpótló, szülőhelyettesítő szolgáltatások és szállító/támogató szolgálatok. Az utóbbi főleg kistélepüléseken okoz nehézséget, előfordult, hogy a családok azért nem tudták igénybe venni az intézményi ellátást, mert a sérült családtag szállítását a gondviselők önerőből nem tudták megoldani.

A munkavállalás esélyeit befolyásoló személyes kompetenciákat tekintve elmondható, hogy a megkérdezettek harmada nem rendelkezik semmilyen kézséggel, képzéssel – jogosítvány, számítógép-felhasználói ismeretek, idegennyelv-tudás –, s az utóbbiak iránt nem is mutatkozott nagy érdeklődés a válaszadók körében.

A dolgozó gondviselők többsége alapvetően elégedett jelenlegi munkájával, a képzettségének megfelelő munkát végez, s úgy ítéli meg, hogy fogyatékos hozzátartozója nem hátráltatja a munkahelyi előmenetelben. Ebben nagy szerepet játszik a megértő, elfogadó munkáltatói attitűd is. A modellprogram tapasztalatai is arra mutatnak rá, hogy a fogyatékos családtagot gondozó személyek alkalmazása sok esetben rugalmas munkaszervezést igényel a foglalkoztató részéről.

A munkavállalást befolyásoló objektív tényezők mellett erősen meghatározó a gondviselő lelki állapota, mely nem csak az elhelyezkedési esélyeket befolyásolja, hanem a munkavállalási kedvet is. A munkavállalási hajlandóságot ezen túl az anyagi motiváció és az önmegvalósítás iránti igény erősíti leginkább.

A háztartások jövedelemforrásait tekintve megállapítható, hogy a leggyakoribb bevételi forrásokat a családi pótlék, valamint az ápolási díj jelentik, a megkérdezett családok 40%-ában ugyanakkor nincs munkából származó jövedelem.

Az a kérdés, hogy a súlyosan-halmazottan fogyatékos családtagok számára nyújtott napközbeni ellátás intézményi feltételei mennyire segítik elő, vagy éppen gátolják a szülők munkavállalását, nem képezte a közvetlen vizsgálat tárgyát. Az intézmények pozitív hatása abban mindenképpen megnyilvánul, hogy a gondozási feladatok időleges átvállalásával időt szabadítanak fel a szülők számára. A felmérés során vizsgált intézmények általában 4–8 órában látják el a gyerekeket, ami önmagában is jelentős segítség lehetne a munkavállaláshoz. Ugyanakkor ennél a pontnál két dolgot fontos megjegyezni. Az egyik, hogy az érintett gyerekek gyakrabban betegek, ezért sokkal gyakrabban igénylik a szülők személyes felügyeletét. A másik probléma az, hogy a gyerekek szállítása további időráfordítást igényel a szülők részéről. (Az intézményvezetők becslése szerint ez átlagosan napi 1–4 órát vesz igénybe.)

Az intézményi interjúk is megerősítették azt a tapasztalatot, hogy a szülők jelentős része nem tudja, hogy milyen ellátásokra, támogatásokra jogosult. Ez azért is fontos megállapítás, mert egyrészt az igénybevételi feltételek ismeretének hiányában esetenként elesnek támogatásoktól, másfelől nincsenek tisztában avval sem, hogy az ellátások mellett milyen feltételekkel vállalhatnak munkát, ez pedig ellenősztönző hatással bírhat.

** A szerző a Marketing Centrum kutatási igazgatója
** A szerző szociálpolitikus, a Fogyatékos személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány munkatársa*

¹Jegyzetek

Jelentés a súlyosan-halmozottan fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről. Kézenfogva Alapítvány, szerkesztő: Bass László, Budapest, 2004. (Az adatfelvételek 2002 őszén és 2003 első félévében történtek meg.)

² Az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat 3.2. pontjában megfogalmazott célkitűzést szem előtt tartva a program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről szóló (1038/2010. II. 18.) határozattal módosított 1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat II.2. pontja előírta, hogy a fogyatékos személyt otthonában gondozó hozzátartozó részére a munkaerőpiacra visszatérést segítő foglalkoztatási programokat kell kidolgozni. A program forrását a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprészének 2008. évi központi kerete biztosította.

³ A kutatást a Marketing Centrum Országos Piackutató Intézet végezte. A kutatásban Iván Klára, Miklós Dániel Máté, Marián Béla, Verdes Tamás és Sörös Anett vettek részt. Az adatfelvételre 2009 októbere és decembere között került sor.

⁴ Ápolási, gondozási díjban a megkérdezett családok 61 százaléka részesül. A Magyar Államkincstár adatai szerint 2009-ben összesen 3194 család kapott halmozott fogyatékoság miatt ápolási díjat. Az 500 megkérdezett család fele mondta azt, hogy 30 ezer forint fölötti összeget kap ápolási, illetve gondozás díj címén. A családok egy része nyilván nem halmozott fogyatékoság címén kapja meg az ápolási díjat, de az 50 százalékot azért elfogadhatjuk precíz számként. Így viszont tudunk adni egy meglehetősen pontos becslést a súlyosan-halmozottan fogyatékos személyt nevelő családok számára vonatkozóan. E szerint országosan 6500-nál több, 10 000-nél kevesebb családdal számolhatunk. Ez a becslés természetesen nem a súlyosan-halmozottan fogyatékos személyek számára vonatkozik, hanem azon családokéra, ahol a családban él legalább egy halmozottan-súlyosan fogyatékos személy, és a gondviselők között van legalább egy munkavállalási szempontból aktív korú személy is.

Prof. Dr. Szabó Máté* – dr. Borza Beáta – dr. Seres Péter*****
Van-e, és mi lehet a megoldás a közterületen megjelenő hajléktalan emberek problémáira?

A rendszerváltáskor a Déli pályaudvar blokádjá kényszerítette ki a fővárosban és másutt a hajléktalanság kezelésére szolgáló intézményrendszer kiépítését. Győri Péter szociológus, a 2008. szeptember 22-én aláírt Szociális Charta¹ egyik kezdeményezője mondta műhelybeszélgetésünkön², hogy a hajléktalanság 1989 előtt szabadságjogi probléma volt, mert a szabad lakhatás korlátozását, a kényszerlakhelyek kijelölését jelentette a totalitárius/autoriter rendszerben, míg a rendszerváltás után robbanó szociális problémává vált, és a kényszerek felszámolásával párhuzamosan megjelentek a szociális lakhatás korlátai, és új társadalmi csoportként a szabad ingatlanpiac vesztesei. Emlékezzünk vissza a fordulat éveinek húsz év előtti történéseiből a Déli pályaudvar budapesti hajléktalanok Nagy Bandó András szövegük koordinálta csoportjai általi – fent említett – hosszabb megszállására 1990 januárjában. Ugyancsak Győri Péter vetette fel azt a magyar hajléktalanságot jellemző sajátosságot, hogy a nagyvárosok bérlakásainak privatizálásával tulajdonossá váltak olyan csoportok, amelyek gazdasági és kulturális tőke híján hamar kihullottak a frissen szerzett tulajdonból, ám nem volt alternatíva számukra bérlakás szerzése.

A hazai hajlék nélküliek ugyanakkor részesei a globális neoliberális kapitalizmus rendszerének Az Európa Parlament 2008. október 9-én elfogadott jelentése az európai szegénységről 2015-re ígéri az utcai hajléktalanság és az utcán élő gyerekek problémájának felszámolását tagországaiban. Addig hatékonyabb „téli vészterveket” vár a tagországoktól, és gondoskodni kíván a hajléktalanok lakhatásáról. Vajon a pénzügyi és egyéb válságok közepette lehetséges-e az ilyen célok megvalósítása?

A hajléktalanság kezelésének kiindulópontja Európában és problémái Magyarországon

Hogyan tekintsünk az állampolgári jogok szempontjából arra az állapotra, amely a hajlékkal nem rendelkező polgártársaink osztályrészül jut? Ha az emberi jogok kiteljesedésének, emancipációjának T. H. Marshall által felállított szép és egyszerű modelljét kívánjuk felhasználni, akkor itt *de-emancipációról* vagy „*demancipációról*”, e társadalmi csoportot sújtó ellenkező irányú folyamatról van szó. Marshall sémája az emberi jogok tartalmi és terjedelmi kiszélesedésének folyamatát az egyre terjedő koncentrikus körök hullámmozgásával érzékelteti. A polgárság állapota először a civiljogi, magánjogi egyenlősődésben nyilvánul meg, úr és szolga, férfi és nő stb. között. Ezt több generáció múlva követik a politikai jogok a választás és a választhatóság, a gyülekezés és szólás stb. különféle rétegei. Majd megjelennek az emberi jogok újabb és újabb generációi, a szociális jogok, az egészséges környezethez való jog, az információs szabadság, az önrendelkezés stb. Ez az ösztársadalmi és globális dinamika, amely persze messze nem ért el minden országot és csoportot, és önmagán belül sem ellentmondásmentes, visszafordítható folyamatá alakul a hajlék nélkül élők, illetve a már nem igazi állampolgársággal rendelkező globális földönfutók körében. Esetünkben a szociális ellátásra feljogosító hajlék nélküliség állapota az állampolgári jogok történetileg rétegződött mintázatának megzavarásához vezethet.

A demokráciát és a jogállamiságot veszélyezteti a hajléktalansággal szembeni biztonságigény következtében magát vaskorlátok közé záró „citadella-társadalom”, amelynek kialakulása a

szabadság és a szabadságjogok korlátozásához vezethet. A hajlékkal rendelkezők számára is. Hogyan érvényesülnek a hajléktalanok jogai? Egészséges környezethez és magas szintű testi és lelki egészséghez való jog? Állampolgári minőség és az ő politikai elemei? Vagyoni és személyi önrendelkezés, autonómia? Vágyképek csupán a sokszor elemi igazolványok nélkül a hatóságoktól és az ellátástól inkább elbujdosó polgártársaink számára, akik sorra szorulnak ki az állampolgári jogok alapvető rétegeiből! A világ jóléti demokráciáinak állampolgári jogi tendenciája az *inklúzió*, a polgárok mind teljesebb jogalanyként történő bevonásának folyamata. A hajléktalanok többsége azonban az *exklúziós*, kirekesztési folyamattal lépésről lépésre kiszorul az emberi méltóságot és az azonosságtudatot biztosító állami és jogintézmények ügyfélköréből is.

Sokat idézik Anatole France híres mondását, mely szerint a törvény a szegényeknek és a gazdagoknak egyaránt megtiltja a híd alatt alvást. Az állampolgári jogok egyenlő mércéje visszájára fordul a hajlék nélkül élők esetében, ami társadalmi-kulturális kirekesztődéshez, önpusztító életmódhoz vezet. USA-beli példákat idéznek arról, hogy a magántulajdon korlátlanágát ígérő amerikai demokráciában a hatóságok rendre veszélyes szemétként gyűjtik össze a közterületekről és semmisítik meg a hajléktalanok utolsó személyes motyóját is – a tulajdonhoz való ragaszkodásuk utolsó jeleit –, a pusztta létezésre szorítva a fedél nélkülieket. Hol vannak a politikai, társadalmi és egyéni felelősség határai, az intézmények védelmi kötelességeinek korlátai ezzel a kihívással szemben? Meddig állami, mennyiben civil, vagy egyházi ez a feladat? Az egyházak az isten házáat, az állam a közös hazát, a szakellátás az elvárható mértékű szociális gondoskodást, a civilek önkéntes munkájukat és adományukat nyújtják a hajlék nélküliek felé.

De mit nyújt a társadalomnak a hajlék nélkül élők csoportja? Vajon mindegyik tagja önhibáján kívül került a társadalom peremére? Lehet e differenciálni közöttük, vagy a mindenkit megillető emberi méltóság követelménye a „*belpolitikai humanitárius segély*” szükségét támasztja a szociális jogállammal szemben? Dilemmák sora vetődik fel a hajléktalanság képeinek láttán. Vajon ezek az emberek méltó módon viselik sorsukat, avagy jogellenes, agresszív magatartásokat és a bűn világát társítsuk hozzájuk? A hajlék nélküli imázsa ambivalens, sokértelmű, a peremre szorultság és a kiszorítottság kényszerei között őrlődő életek sokaságát jelenti a társadalom többi tagja számára.

A jóléti demokráciáknak nem csupán egyetlen alternatívája van e kihívással szemben, de valamit el kell kerülniük: azt az adminisztratív-bürokratikus kirekesztést, amelyet lehet, hogy a többség támogat, de sérti az emberi méltóságot, mint emblematikus köztes karfánk. A kirekesztés dinamikáját a jogállami intézmények a befogadás különféle stratégiáival ellensúlyozhatják. Ebben egyelőre nem ismeretes a királyi út, de a Szociális Charta programja³ olyan, az egyes ágazati politikákon túlmutató integrált cselekvési programot kínál, amelyen érdemes elgondolkodni a kormányzati és az önkormányzati szervezeteknek és a civileknek egyaránt.

Van-e nagybetűs „Megoldás” a hajléktalanná válás megakadályozására, a hajlék nélküli lét ezer bajára, képesek vagyunk-e kiszorító karfa helyett kapaszkodókat nyújtani az elesetteknek? Ha volna, már ismernénk és ismertetnénk, de az alternatívakeresés kényszerével szembesülnünk kell minden hajléktalan polgártársunk megpillantásakor, mert ők kihívást jelentenek sok mindenre, többek között a szociális jogállam fejlődését tekintve is! Ezért problémáik fontosak az ombudsman képviselte állampolgári szempontú jogállam-értelmezés gyakorlatának szempontjából – innét az ismert mottó (Emberi méltóság, korlátok nélkül) és a hozzá tartozó embléma, amely a korlátok nélküli emberi méltóságot a karfa nélküli padon

kinyújtózó emberi alakkal szemlélteti, akinek a számára azonban e képen sem látszik kapaszkodó, pedig alkotmányos értékrendünknek és intézményeinknek ez is feladata, hiszen nem lehet korlátozni az emberi méltóságot ezek sérelme nélkül.

Európai alternatívák?

A 21. századi Európa nem menedzselni, hanem felszámolni kívánja ezt a sokarcú társadalmi problémát. Magyarország ebből a szempontból is az európai folyamatok részese: itt is, akár a többi európai országban, növekszik az utcán élők száma. A közvélemény is reagál, és a döntéshozók is egyre inkább megkerülhetetlennek látják, hogy megoldásokat találjanak a hajléktalanná válás megelőzésére, a már hajléktalanok bajainak enyhítésére, fedélhez juttatásukra, mindeközben tiszteletben tartva és garantálva a mindenkit megillető méltóság követelményét. A probléma tehát immár nem kizárólag nemzeti jellegű. Az Európai Unió Bizottsága és a FEANTSA (the European Federation of National Organisations Working with the Homeless), valamint az Európai Parlament együttműködésével 2010 decemberére összehívott Európai Konszenzus Konferencia a Hajléktalanságról az összehangolt európai hajléktalanpolitika kidolgozásában igyekezett előbbre lépni. Ezen a konferencián is megfogalmazták a résztvevők, hogy két lényeges körülmény is szükségessé teszi a közös és sürgető fellépést.

Európában mindenütt átalakult a hajléktalanok profilja. Míg korábban az egyedül élő, javakorabeli, alkohol- és drogproblémákkal megvert, totális intézményeket (pszichiátria, börtön stb.) elhagyó, lakás- és munkanélküli férfiak alkották a domináns csoportot, mára a válság hatására a fedél nélküliek között megjelentek az akár több gyermekes, esetleg külföldi családok, nők, gyerekek és fiatalok is. Másfelől az Európai Unió átfogó hajléktalanügyi stratégiájának kidolgozását egy újfajta migráció is indokolja. Ha egy országban, területen, városban jó helyi megoldásokat alakítanak ki például a hajléktalanság kezelésére, az szinte automatikusan kiváltja, hogy a rosszabb helyzetben lévő vidékekről a szegénységben élők, a hajléktalanok is oda vándorolnak – azaz nem történik más, csak az egyik helyről a másikra helyezik át a megoldandó problémák súlypontját (elég a bécsi városvezetés nehézségeit fokozó új keletű nemzetközi „hajléktalanturizmusra” emlékeztetni).

Az európai koordinált fellépés, az azt előkészítő brüsszeli rendezvény ezért is a prevenciót, azaz a hajléktalanná válás megelőzését, valamint a különféle típusú hajléktalanságok elleni hatékony és azonnali fellépést állítja előtérbe. A közvetlen cél alternatívákat nyújtani az utcán és köztereken való éjszakázással szemben, és csak annyi ideig tartani a rászorulókat a közösségi szállásokon, ameddig hozzá nem segítik őket a személyre szabott lakhatási és életvezetési alternatívákhoz. A még átfogóbb prevenció és a visszavezetés európai, nemzeti, regionális és kommunális, települési koordinációt kíván meg az olyan szakmai szervezetek és közigazgatási területek között, amelyeknek eddig nem, vagy alig voltak ilyen tapasztalataik (pl. településfejlesztés, szociális és munkaügy, egészségügy, gyermekvédelem és drogprevenció-pszichiátria). Nagy figyelmet kellene fordítani a korábban kényszerűen kollektív életvitelt folytatók egyéni beilleszkedésének elősegítésére, például ilyenek a szabaduló fogvatartottak, a nagykorúvá váló intézeti-javítóintézeti gyermekek új életkezdési szituációi.

Vannak működő nemzeti minták. Olyan országokban, mint Finnország, illetve területeken, mint Skócia, igyekeznek mindenkit a helyzetének megfelelő lakáshoz juttatni, felszámolni az átmeneti szállásokat és melegezőket, ugyanakkor az utcán éjszakázást is. Mindehhez

megfelelő szociális lakások, anyagi és személyi erőforrások, csoport- és személyspecifikus terápiák és terapeuták szükségesek. Ugyanakkor a brüsszeli konferencián felszólalók egy része utópikusnak vagy nagyon távoli célnak tartotta a hajléktalanság teljes felszámolását, mivel az olyan strukturális problémákra és azoknak az egyéni sorsokkal való olyan szerencsétlen találkozására vezethető vissza, ami lehetetlenné teszi teljes megelőzését és kiküszöbölését.

Magyar realitások

Magyarországon is látható az a kettősség, hogy a hajléktalansághoz vezető okok feltárása, a már hajléktalan emberek nehéz sorsának enyhítése a szavak és a szándékok szintjén egyértelműbb, mint a napi gyakorlatban. Válozatlan, hogy telente az egyik központi sajtótéma az utcán fagyoskodók helyzete. Új, hogy a gazdasági-pénzügyi válság (benne a lakáshiteleiket a rohamosan dráguló svájci frankban felvevő, törleszteni nem tudó, kilakoltatástól rettező tízezrek tragédiája) megváltozó összetételű csoportokat szorít az utcára, a hidak alá – vagy legalábbis súlyosan fenyeget ezzel a lehetőséggel. A már hajléktalanokat segíteni hivatott intézmények némelyikének mai feltételei konzerválják az ellátottak kilátástalan helyzetét, nem nyújtanak hosszú távú, vagy legalábbis valódi segítséget, otthont az ott megforduló rászoruló embereknek.

Az egyik legutóbbi ombudsmani vizsgálat során például egy hajléktalanok és otthontalan családok elhelyezésére szolgáló vidéki átmeneti létesítményben, egy valamikori szovjet laktanya panelépületében elhanyagolt környezetet és műszaki állapotokat találtunk: a nyári esőzések a tetőtől a földszintig beáztatták a négyemeletes házat, a víz elérte a villamosvezetékeket is, a lakóterekben pedig penészesedést okozott. Azonban a település külterületén működő alapítványi intézmény éppen e státuszánál fogva (értsd: külterületi) nem pályázhatott fejlesztésekre, állammegóvásra fordítható forrásokra. A hatóságok fellépése nyomán persze végül megkezdődött a felújítási munka, a lakók és a dolgozók méltó körülmények közé kerültek. A higiénés helyzet, a berendezési tárgyak állapota a kulturált életvitel folytatásához ugyancsak javításra szorult. De mint ahogy sok más probléma megoldása, ez is nagymértékben az emberi tényezőn múlik. A szakdolgozók jellemzően nagy teher vállalásával a lehető legjobbat próbálják teljesíteni. Minden nehézség ellenére.

Ugyanakkor vannak biztató, de még korántsem általánosan érvényesülő minták, amelyeket a problémák kezelésében a kormányzat, a civil szervezetek és az egyházak együttműködésével igyekeznek megvalósítani. Ezekben közös a fedél, majd a tartós lakhatás biztosítása mellett a komplex segítségnyújtás hosszabb távon, valamint a hajléktalan emberek öngondoskodó aktivitásának fejlesztése. Az átmeneti szállásnak nem az utcára való visszakerüléshez kellene vezetnie, hanem a lakhatás és az életvezetés problémáinak minél gyorsabb, egyénre szabott megoldásai irányába. A brüsszeli konferencia igyekezett európai szinten közös határidőket szabni erre, de Európa ebben a vonatkozásban is „több sebességes”.

Az emberi méltóság és az emberi jogok védelme az ombudsman munkájában is megkerülhetlenné teszi a különösen rászoruló csoportok, köztük a hajléktalan emberek jogi helyzetének és a hatóságokkal való kapcsolatának vizsgálatát. Már ombudsmani megbízatásom kezdetén a „karfás” néven ismertté vált vizsgálati jelentésemben⁴ szót kellett emelnem az ellen, hogy egy budapesti kerületben a köztéri padokra belső karfákat szereljenek – állítólag az oda ülők kényelme érdekében, valójában azért, hogy a hajléktalanok a korlátoktól ne tudjanak végigfeküdni a padokon. Ebben az ügyben, még 2007-ben

fogalmazódott meg ombudsmani tevékenységem minden más területen is érvényes irányadó mondata: „Emberi méltóság, korlátok nélkül”, és született meg egy rajzpályázat eredményeként a nem-hivatalos „logóm”: egy utcai padon végigfekvő hajléktalan stilizált képe. 2008-ban kiemelt, önálló egész éves alapjogi projektet indítottam a hajléktalanság okainak, körülményeinek és következményeinek elemzésére. Ennek egyik indító vizsgálati jelentése kiemelte, hogy egy jogállamban nem érvényesülhet az adminisztratív kirekesztés gyakorlata, felelős döntés helyett a „városképi utcaseprés” gyakorlata.

Ugyanez a probléma a közelmúltban már egy jogalkotási aktus kapcsán is jelentkezett. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosaként kénytelen voltam a Magyar Köztársaság belügyminiszteréhez fordulni az épített környezet alakításáról és védelméről szóló törvény 2010 novemberében elfogadott módosítása és jogi indokolása ügyében. A törvénymódosítás a közterületek rendeltetésszerű használatáról és az önkormányzatok hatásköréről szolt ugyan, ám felvetette annak a gyanúját, hogy a valóban indokolt eseteken túl a hajléktalanok kiszorítását, elüldözését is szolgálná ez a büntetéssel, rendészeti fellépéssel fenyegető változás. A gyanút táplálta, hogy tudomásom szerint a belügyi tárca eredeti tervezetében valóban szerepelt a hajléktalanok kitiltására mint szankcionálási lehetőségre vonatkozó példa, de – bár a törvényszöveg maga változatlan maradt – ez a példa a benyújtott törvénytervezet részletes indokolásába már nem került át.

A törvénymódosítás azért is aggályos, mert tételesen felsorakoztatja ugyan, hogy milyen magatartások folytathatóak rendeltetésszerűen a közterületen, de mindezt olyan általános tevékenységfogalmakkal teszi, mint a „kikapcsolódás” vagy a „szabadidő eltöltése”. Az ilyen általános fogalomhasználat (gumiszabály) lényegében az önkormányzatok szabad, eseti megítélésre bízva annak eldöntését, hogy szankcionálják-e például az életvitelszerű tartózkodást, vagy épp a padon alvást.

Az épített környezet alakításáról és védelméről szóló törvény kiszámíthatatlan, valódi jogi támpontok nélküli „biankó jellegű” jogkorlátozási felhatalmazása nem az alkotmányelméletben, hanem a napi jogalkalmazás szintjén járhat súlyos következményekkel az állampolgárok alapvető jogainak érvényesülésében, amit az ombudsmannak alkotmányos kötelezettsége előre jelezni.

Gyorsjelentés Budapest 2011. januári helyzetéről

Sajtóhíradásokból értesülhettünk arról, hogy 2010. év végén a hideg időjárás miatt ismét több ember halt meg kihülés miatt. Szintén a média számolt be arról, hogy Budapest Főváros főpolgármestere több budapesti aluljárót nyilvánított hajléktalanoktól „védett” közterületnek, és e cél elérését illetően 2010. december közepéig adott türelmi időt. Tekintettel arra, hogy a problémakör alapján felmerült a jogbiztonság elve, továbbá az emberi méltósághoz, valamint a szociális biztonsághoz való jogok sérelmének, illetve közvetlen veszélyének gyanúja, a további tragédiák megelőzése érdekében hivatalból vizsgáltuk az esetet.

Ezúttal gyors felmérést végeztünk a fővárosban élő hajléktalanok pillanatnyi helyzetéről. Néhány, a hajléktalansággal jelentősen érintett fővárosi kerület „hajléktalanpolitikáját” térképeztük fel annak érdekében, hogy feltárjuk, mint már számos esetben, a hajléktalanokkal és a hajléktalanellátással összefüggő aktuális – 2011 januárban tapasztalható – utcai körülményeket, valamint az intézményi háttérre vonatkozó terveket. Munkatársaim aluljárókat és pályaudvarokat kerestek fel, ahol ellenőrizték a főpolgármester 2010. év végére

ígért „mentesítési” intézkedéseinek gyakorlati megvalósulását, illetve a hajléktalanok általános helyzetét, különös tekintettel a téli körülményekre. Ezen felül felkerestünk négy önkormányzatot, a Magyar Máltai Szeretetszolgálatot, tájékoztatást kértünk a Budapesti Rendőr–főkapitányságtól, illetve több civil szervezettől. (Ebben az eljárásban nem vizsgáltuk részletesen azokat a jogszabályi változásokat, amelyek lehetővé teszik az önkormányzatok részére a hajléktalan emberekkel szembeni közterületi intézkedés[eke]t.)

Aluljárók, tolerancia pontok

A tájékozódást a Lehel tér, Nyugati tér, Ferenciek tere, Nagyvárad tér, illetve Déli pályaudvar, Batthyány tér, Blaha Lujza tér és Nyugati pályaudvar területén, illetve az ott található aluljárókban bejárással kezdtük meg. Általános tapasztalat, hogy az aluljárókban nem találtunk életvitelszerűen tartózkodó hajléktalan személyeket. Több aluljáróban posztoltak rendőrök és közterület-felügyelők, azonban a hatóságok eljárása, intézkedése a reggeli, délelőtti órákban nem volt tapasztalható. A Nyugati pályaudvar területén és a Déli pályaudvarnál kialakított ún. *túlélési* pontokon, vagy más néven *tolerancia* pontokon eltérőek voltak a tapasztalataink. Ezeket a „létesítményeket” – ismereteink szerint – a Magyar Máltai Szeretetszolgálat kezdeményezésére alakították ki.

A Déli pályaudvari túlélési ponton éjszakánként 15-25 fő alszik, többen napközben is ezen a területen maradnak. Egymás holmijának védelmét saját maguk oldják meg, így rövid időre el tudják hagyni ezt a bázist, az igényesebbek 300 forint ellenében egy néhány tíz méterrel távolabb lévő helyiségben lezuhanyozhatnak. Elmondásuk szerint félnék alkoholistá, erőszakoskodó sorstársaiktól, akik igyekeznek napközben inkább a fűtött pályaudvari épület valamelyik részén tartózkodni. Ezeket a személyeket meg is találtuk, életvitelszerű ott-tartózkodásukra utaló, látható bizonyíték nem volt, lépcsőkön vagy egyéb alkalmatosságokon ültek szatyrukkal. Ugyanakkor jól érzékelhető volt alkoholos állapotuk. A túlélési ponton tartózkodó személyek elmondták még, hogy néha hat rendőr is jön egyszerre, azonban olyan időpontokban jelennek meg, amikor nem jellemző az erőszakos személyek fellépése. Biztonsági őr is tartózkodik este 10-től reggel 6-ig a helyszínen, de tapasztalatuk szerint a biztonsági őrök a kis teljesítményű fűtőegységekre vigyáznak, és nem a – társaiktól – veszélyeztetett hajléktalanokra. A megkérdezettek szerint a közterület-felügyelők rendszeresen bánnak velük, a civil szervezetek munkatársaival is rendszeresen találkoznak. Az érintettek arról számoltak be, hogy az eddig általuk ismert szállásokat a tolvajoktól és az erőszakoskodó alkoholistá sorstársaktól való félelmükben nem veszik igénybe, az újonnan kialakított szálláslehetőségekről, szociális albérletekről állításuk szerint nem kaptak tájékoztatást senkitől, pedig lehet, hogy ezeket igénybe vennék.

A Nyugati pályaudvarnál más a helyzet. Itt az állomás épületén belül nevezték ki az egyik termet melegedő, vagy túlélési pontnak. Ez egy – az épület oldalában átjárást biztosító – helyiség, amelyet azonban este 10 és reggel 6 óra között lezárnak. A teremben két fűtőtest található, amely csak részben fűti fel a nagy belmagasságú helyiséget. A terem mellett két darab mobil vécét helyeztek el. Reggel 6 óra után a hajléktalanokat kitessekélik a helyiségből, a termet fertőtlenítik. Ekkor a hajléktalan személyek a közeli utcákban található nappali melegedőkbe mennek, illetve valószínűleg az aluljárókban is megjelennek, azonban jelenlétük nyilván nem olyan jellegzetes, mint az ilyen helyeken életvitelszerűen tartózkodóké. Az itt alvó személyeknek annyival talán könnyebb a helyzetük, hogy az egyik segélyszervezet a túlélőponttól néhány méterre kapott ingyenes elhelyezést a MÁV-tól. A szervezet tagjai

mindennap osztanak meleg levest és teát, valamint figyelnek arra, hogy a fűtetlen helyeken elaludt embereket felébresszék, és a melegedőbe kísérik.

A felkeresett kerületi önkormányzatok (V., VII., XI., XIII. kerület)

Az V. kerület a hajléktalan személyek intézményi ellátásával kapcsolatban jól áll. Az önkormányzattal kötött ellátási szerződés alapján az *Oltalom Karitatív Egyesület Magyarországi Evangélikus Testvérközösség* látja el az önkormányzat hajléktalanellátással kapcsolatos feladatait. Az V. kerületben tartózkodó, vagy ott tartózkodási hellyel, lakcímmel rendelkező hajléktalan személyek utcai gondozását, nappali és éjszakai ellátását biztosítják. Az egyesület népkonyhát, nappali melegedőket, éjjeli menedékhelyeket működtet, illetve az utcai szociális munka egyik legfontosabb háttérét adja az Oltalom Egészségügyi Centrum és a *Fűtött Utca* nevű – a VIII. kerületi Dankó utcában található – hajléktalanellátó intézményük és az annak a területén működő lábadozó. Az egyesület 2009. évre vonatkozó éves szakmai beszámolójából kiderül, hogy az egyesület saját gépjárművel, hat utcai szociális munkással és a Fűtött Utca ügyeletesével végzi a munkáját. A 2009-es év során 300 fővel tartottak fenn rendszeres kapcsolatot. Szolgáltatásaik közé tartozik a tisztasági vizsgálat és fertőtlenítő kezelés, az év során folyamatosan szállítottak be elhanyagolt és leromlott egészségi állapotú embereket az intézmény egészségügyi centrumába orvosi vizsgálatra és fertőtlenítő fürdetésre. Az V. kerületi családsegítő szolgálattal folyamatos kapcsolatot tartanak fenn, a felmerülő esetekről, problémákról minden hónapban beszámolót készítenek, illetve személyesen is konzultálnak a munkatársaikkal.

A jegyző kitért arra is, hogy a kerületben *nem tervezik olyan rendelet elfogadását, amely lehetővé tenné a közterületeken lévő hajléktalanok szankcionálását.* Nem folytatnak olyan gyakorlatot, amely a hajléktalanokat kiüldözné a közterületekről. Az ismert, hajléktalanok által leginkább látogatott helyek a Kossuth tér környéke, illetve onnan a körútig tartó terület, a Ferenciek tere, a Kálvin tér. Véleménye szerint azonban a kerületben kezelni tudják a problémát, illetve megfelelő az intézményi háttér is, az önkormányzat a kötelező feladaton túl az éjjeli menedékhely működtetésével plusz feladatot is vállal.

A VII. kerületben ugyancsak a civil szervezetekkel kötött szerződések alapján működik a hajléktalanellátás. Így a *Magyar Máltai Szeretetszolgálat* nappali ellátást nyújt, mosási, fürdési, ételmelegítési lehetőséget biztosít, teaosztást, programszervezést végez (filmklub). A *Golgota Keresztény Gyülekezet* 120 férőhelyen nappali ellátást működtet felújított pinchehelyiségében, mozgáskorlátozott-zuhanyzóval, vécével; filmklubot szervez, ruhát oszt, meleg ebédet, reggelit, uzsonnát, mosási lehetőséget biztosít. A *Myrai Szent Miklós Keresztény Egyház* átmeneti ellátást, míg a *Magyar Vöröskereszt* és a *Menhely Alapítvány* utcai ellátást nyújt, előbbi a Keleti-aluljáróban, utóbbi a VII. kerület egyéb részein, s a Blaha Lujza tér VII. és VIII. kerületet érintő részén.

Az irodavezető *nem észlelt a képviselőtestület részéről olyan szándékot, hogy a hajléktalanok közterületi jelenlétével kapcsolatban élni kívánának a jogszabály adta – pönalizációs – lehetőséggel.* Összességében elmondta, hogy napi szinten nem jelentkezik problémaként a hajléktalanság kérdése, évente 1-2 bejelentés érkezik hozzájuk ilyen tárgyban. A kerületben nem jellemző a hajléktalanok jelenléte, ezt az ellátó szervezetekkel való, évek óta jól működő, sikeres együttműködésnek tulajdonítják. Megfogalmazása szerint az aluljárókban életvitelszerűen tartózkodó hajléktalan személyeket az említett szervezetek kitartó munkájának segítségével „kigondozták”, például a Keleti pályaudvar aluljárójának területéről.

A XI. kerületben a zöldterületi övezet méretei a hajléktalanok számában, a témával kapcsolatos problémák, feladatok nagyságában is megmutatkozik, de intenzív az együttműködés a hajléktalanellátást végzők között a kerületben. Az önkormányzat a lakosság, a választópolgárok érdekeit talán hangsúlyosabban tartja szem előtt, de ezzel együtt is hosszú távra, szakmai szempontok alapján terveznek, megoldási alternatívákat keresnek, tekintettel a komplex kérdéskör minden érintettjének (hajléktalanok, szociális munkások, lakosság) jogaira.

A hajléktalanügy elsődleges, tűzoltási megoldása volt a kerület belterületéről külterületre „szorítani” a hajléktalanokat, de ez nyilvánvalóan csupán külterületi problémává tette a kérdést. Álláspontjuk szerint nem lehet, nem kell intézményi útra terelni a hajléktalanok ellátását, azonban a széleskörű szakmai összefogást igénylő megoldáskeresés közben is hangsúlyozandó, hogy a hajléktalan embereknek is vannak kötelezettségei.

A rendeletalkotási felhatalmazással kapcsolatban a jegyző kitért arra is, hogy Újbuda Önkormányzatának nincs ilyen jellegű rendeletervezete. Olyan tartalmú *egyéni képviselői indítvány* kerül a napokban a képviselőtestület elé, amely újabb nappali melegedő létesítéséhez kér anyagi támogatást. Az önkormányzat a törvényi kötelezettségét ellátási szerződések keretében, a *Máltai Szeretetszolgálat* és a *Fiatalok Önsegítő Egyesülete* által maradéktalanul teljesíti, sőt, ennél tovább is terjeszkedik, illetve a kerületben vannak a főváros által fenntartott hajléktalanszállók is. Sajátos helyzetként említették meg, hogy az ellátási infrastruktúra fejlesztése néha csak növeli a problémát, mivel a kerületbe „csábítja” a más kerületekben tartózkodó hajléktalanokat.

A szabálysértéssé minősítést lehetővé tevő jogszabályi változásokkal nem értenek egyet.

A XIII. kerületben a hajléktalanok – saját állításuk szerint – azért nem mennek be a szálláshelyekre, mert odabent meglopják őket, párjukkal együtt nem mehetnek, oda kutyájukat sem vihetik be. Következésképpen a jelenleginél több, jobban felszerelt, biztonságosabb szálláshelyre lenne szükség, ehhez pedig több forrásra, azonban az új fővárosi költségvetés a források jelentős csökkentését irányozza elő. A jegyző arról is tájékoztatott, hogy a törvényben előírt kötelező minimumnál jóval sokrétűbb, szélesebb körű tevékenységet végeznek. Ellátási szerződés keretében működnek együtt a *Magyar Vöröskereszttel* (nappali melegedő, népkonyha, éjszakai szálláshelyek), a *Habilitas Kft.-vel* (foglalkoztatás) és a *Diótörő Alapítvánnyal* (egészségügyi szűrések végzése hajléktalanok között), valamint külön szerződés nélkül, de nagy hatékonysággal *egyéb civil szervezetekkel*. Külön munkacsoportot működtetnek, amelynek tagjai a részt vevő civil szervezetek, szociális munkások, illetve egy-egy rendőri vezető és közterület-felügyelő. Az önkormányzat szociális osztályán külön jogi referens foglalkozik a hajléktalanügyekkel, valamint a jelzőrendszer működtetésével. A legtöbb jelzést *állampolgári bejelentésekből* kapják, de folyamatos megfigyeléseket, szociális „járőrözést” is tartanak, melynek során hasznos tanácsokkal, információkkal próbálják ellátni a hajléktalanokat, ugyanakkor az aluljárói életvitelhez ragaszkodókat nehéz meggyőzni a szállásra költözésről.

Kérdésre válaszolva elmondták, hogy a kerületben jelenleg 50 fő hajléktalanról tudnak, ez a szám nyári időszakban 100 fő körül mozog. Még *így is lenne elég hely* a kerület által fenntartott szálláshelyeken, de a körülmények miatt a hajléktalanok inkább kint maradnak (utalt arra is, hogy a 150 férőhelyes önkormányzati nappali melegedő, ami krízisidőszakban hosszabbított nyitva tartással várja őket, szinte soha nincs tele). A jegyző tájékoztatása szerint a főpolgármester által 2010 decemberében meghirdetett „aluljáró-tisztogatás” kiterjesztett hatósugara által érintetté vált a XIII. kerületben a Lehel téri és a Dózsa György úti aluljáró is,

a kerületi aluljárókban a *zéró tolerancia elv* ellenőrzése elvben január eleje óta zajlik, erre az önkormányzat munkatársai és a szociális munkások előre figyelmeztették az érintetteket (eredetileg a főpolgármesteri iránymutatás a kerületben csak a Nyugati pályaudvari aluljárót érintette volna).

A jegyző külön is hangsúlyozta, hogy *nem a szankcionálásban látják a megoldást*. A XIII. kerületi önkormányzat képviselő-testülete a rendeltetésszerű közterület-használat szankcionálására adott törvényi felhatalmazással összefüggésben *rendeletalkotásra nem készül*. Bármely jogalkotási lépés előfeltételének a fővárosi önkormányzattal való együttműködés megteremtését tekintik, a hajléktalanügy ugyanis alapvetően nem kerületi, hanem fővárosi probléma, ennek ellenére a felelősség egyre inkább a kerületekre hárul. A kerületi jegyző szerint a vonatkozó jogszabályhely igen képlékeny, nem egyértelmű, a hajléktalanügynek szerinte központi szinten jelenleg nincs felelőse. A kerületben ez azért nem akut probléma, mert náluk hatékony együttműködésben sikerül rendben működtetni a hajléktalanellátás rendszerét. Arra hívták fel a figyelmet, hogy a vonatkozó jogszabályi háttér és a rendszer hibái mielőbbi kiküszöbölésre szorulnak: *a jelenlegi formájában ugyanis hiába fordít az állam és az önkormányzat az ellátórendszerre jelentős forrásokat, ha a hiányos háttérű, ellentmondásokkal terhelt rendszer hatékonysága nem javul*.

A BRFK helyzetértékelése a rendőrség közterületen élő hajléktalanokkal szembeni eljárásáról pozitív, az aluljárókban életvitelszerűen tartózkodó hajléktalanokra különös szabályt a parancsnoki utasítás nem tartalmaz. A BRFK-ról kapott tájékoztatás szerint ezen a télen is a korábbi gyakorlatnak megfelelően, a Magyar Máltai Szeretetszolgálattal együttműködve dolgoznak. Ennek megfelelően, amennyiben bárhol krízishelyzetben lévő hajléktalannal találkoznak, értesítik a MMSZ diszpécserszolgálatát, és a helyszínen várják meg a szociális munkást. Az „aluljárók megtisztításával” kapcsolatos feladatot nem kaptak, ilyen jellegű tevékenységet a BRFK nem lát el.

A vizsgálat megállapításai

Az Alkotmánybíróság már a jogállami keretek alkotmányos megalapozásakor kifejtette, hogy *„a méltóság az emberi léttel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. [...] Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit.”*⁵ Mindez pedig azt is jelenti, hogy amint a fogyatékosággal élő személy, a megátalkodott bűnöző, a kiskorú, a pszichiátriai beteg, a drogfogyasztó méltósága – annak egyenlősége miatt – egyaránt érinthetetlen, ugyanígy érinthetetlen a hajléktalan személyek méltósága is.

A XX. század történelme túlonúl bőségesen nyújtott elrettentő példát olyan esetekben, amikor a meghatározó akarat az ember veleszületett, érinthetetlen és egyenlő méltóságát sutba dobta. Vajon miként reagálnának egyes polgármesterek, ha választópolgáiraik más – a többségi társadalomtól életmódjuk, öltözkük, vagy éppen büszkük, vallásuk eltérései hangsúlyozásával – hasonlóan látványosan elkülönülő csoportok tagjainak „irritáló jelenléte” miatt sürgetnének hatékony fellépést? Csak remélni lehet, hogy ellen tudnának állni minden olyan kezdeményezésnek, amelyek más, a környékbelieket zavaró, hasonlóan gyenge érdekérvényesítő képességgel rendelkező társadalmi csoport például a köztérekéről történő kirekesztésére irányulnának⁶.

A gyors helyzetfelmérés nyomán megállapítottam, hogy minden nehézség ellenére a hajléktalanok helyzete az ellátási szerződések keretében és e kereteken kívül dolgozó civil szervezetek munkájának köszönhetően általánosan elfogadható. Ugyanakkor a hajléktalanná válást kiváltó társadalmi folyamatok nem szűntek meg, így az ellátásra szorulóknak száma a jövőben sem fog csökkenni, sőt egyes becslések szerint növekedés várható. A főváros által kötött ellátási szerződések alapján a szervezetek hozzájárulnak a hajléktalan emberek ügyfélszolgálati irodáinak működéséhez, munkaerő-piaci reintegrációt elősegítő irodák, közhasznú programok, egészségügyi szolgáltatások, krízisautó működtetéséhez, a közterületeken élő hajléktalanok felkutatásához és ellátáshoz juttatásához. A rendelkezésre álló pénzeszegek és az ellátórendszer mellé a szigor, a törvényi fenyegetés, a „szociális zaklatás” kerül(t) be. A főváros a tervek szerint számos szervezettel felmondja az ellátási szerződéseit 2011. szeptember 30-ai hatállyal. A következő télen – a fővárosi költségvetés tervezet szerint - 2 db olyan szervezetnek kellene megoldania a fővárosi feladatokat, amelyek egyébként a kerületi feladatok ellátásában is részt vesznek. Egyes számítások szerint a költségvetési „megszorítások” következtében jelentősen (akár 1000-el) kevesebb átmeneti férőhely szolgálhatja jövő télen a hajléktalanügyet⁷.

Mindeközben a hajléktalanná válás – a már említett korábbi ombudsmani jelentésben is megfogalmazott – háttere nem változott: *„A meglévő lakás fenntartása a közüzemi díjak, különösen a távfűtési és vízdíjak folyamatos emelkedése miatt egyre nagyobb és nehezen teljesíthető erőfeszítést kívánt az alacsony jövedelemmel rendelkezőktől. Már ekkor felhívta az országgyűlési biztos a figyelmet arra, hogy ha a folyamatot nem sikerül fékezni, akkor ez a családok széthullásához, a hajléktalanok számának megnövekedéséhez vezethet.”*

A jelentés azt is rögzítette, hogy *„megengedhetetlenek, egyúttal pedig az emberi méltósághoz való joggal összefüggő visszásság veszélyét hordozónak tartok minden olyan adminisztratív megoldást, vagy arra irányuló javaslatot, amely a szükséges intézkedéseket a hajléktalanok közterületi jelenlétének »városképi kérdésre« adott válaszként próbálja megfogalmazni. Továbbá alkotmányosan sem indokolható semmiféle, a hajlék nélkül élő emberek életszükségleteit tovább nehezítő intézkedés.”* Ezt az ombudsmani álláspontot továbbra is fenntartom. A hajléktalanság újratermelődését, a probléma folyamatos újjáéledését jelenleg is számos ismert, negatív jelenség biztosítja.

Az önkormányzatok jelenleg még nem élnek a közterületek használatával összefüggő szabálysértéssé nyilvánítási jogukkal, ugyanakkor a szabályozás megváltozása magában hordoz olyan alkotmányos alapjogi dilemmákat, amelyekkel kapcsolatban külön vizsgálatot rendeltem el. A jelentésemben feltárt, alkotmányos joggal összefüggő visszásság orvoslása, jövőbeni megszüntetése és megelőzése érdekében felkértem Budapest Főváros főpolgármesterét, hogy vizsgálja felül a Társadalmi Megbékélési Program keretében tett, a hajléktalanok emberi méltóságát sértő „városképvédelmi” célú intézkedéseit, továbbá kezdeményeztem, hogy a hajléktalanná válás megelőzése, valamint a hajléktalanok társadalmi visszailleszkedésének komplex kezelése érdekében a problémakörrel kapcsolatos költségvetési források elosztásakor különös hangsúlyt fektessen arra, hogy a hajléktalanellátás színvonala ne csökkenjen az eddig elért szint alá.

A közös munka során a Magyar Máltai Szeretetszolgálat alelnöke a helyzetértékelő megbeszélésen összefoglalta a hajléktalanság legnyomasztóbb problémáit, a valódi gondokat. A közterületen fekvő ember képe pedig csakugyan nem lehet „elnézhető”, de nem közrendvédelmi, hanem emberiességi okokból, az emberi méltóság alapelve miatt, a rászoruló ember iránti kötelezettség alapján. Mert a hajléktalanok számára a jövőkép nélkül való lét a

legrosszabb. Minden esetben egyéni diagnózist kellene felállítani az adott hajléktalan személy helyzetéről, ebből kiindulva pedig szükség lenne egy pontos célmeghatározásra, egyéni kivezető út megtervezésére, majd annak elérését kell segíteni-ellenőrizni. Az adatvédelmi szabályok betartása mellett szükség lenne egy nyilvántartó rendszerre, amelyből az adott szervezet diszpécserre követni tudja a hajléktalan személlyel kapcsolatos addig keletkezett egészségügyi adatokat, a már megtett szociális intézkedéseket. Mindaddig nem lehet szankcionáló rendelkezéseket hozni a hajléktalanokkal szemben, amíg az ellátásukkal kapcsolatosan nincsen valódi választásuk. A „szociális zaklatás” fogalmába tartozik, hogy a rendőrség ugyan nem állítja elő, nem kényszeríti helyváltoztatásra a hajléktalan, életvitelszerűen a közterületen (aluljáróban) tartózkodó személyt, azonban miután éjszakánként többször is igazoltatják, jobbnak látja, ha kevésbé frekventált helyszínen tölti az éjszaka vagy a nap hátralevő részét. Tudni kell azt is, hogy az utcán hétszer több atrocitás éri a hajléktalanokat, mint a számukra létrehozott szállásokon. Ezekben a helyeken *zárható szekrények* vannak, éppen ezért nem ért egyet azzal, ha valaki a lopásokra hivatkozva nem akarja igénybe venni ezeket a szállásokat. Inkább arról lehet szó, hogy a hajléktalan emberek ragaszkodnak a megszokott területhez, helyszínhez, az ott tartózkodó sorstársaikhoz, relatív szabadságérzetükhöz – de még így is 100 főből 80 együttműködik és elfogadja az ellátást.

Az utóbbi években jelentősen javult a hajléktalan emberek többségének és az ellátó szervezeteknek az együttműködése. Ha azonban az eddig rendelkezésre álló pénzüsszegek csökkennek, és helyükre a szigor, a törvényi fenyegetés, néhol a „szociális zaklatás” kerül, mindez sérti a hajlék nélküliek emberi méltóságát, az ellátórendszerben dolgozók munkáját pedig nehezíti, és hosszú távon sem jelent megoldást. Az ilyen intézkedések nem szolgálják a hajléktalan emberek társadalmi visszailleszkedését, sem a hajléktalanság megelőzését, legkevesebbé annak – az Európai Unió által célul kitűzött – felszámolását.

Belátható, hogy az utcán, közterületen való lét valóban nem lehet életkarrier, ez a megoldás kényszerű túlélési reakció a hajlék nélkül élőktől. Alapelv az is, hogy a hajléktalan lét nem teremt törvényen kívüliséget. Figyelemmel azonban arra, hogy az állam számára nem fakultatív a polgáraitól – itt a szélsőségesen rászorulókról – való gondoskodás, a felelős intézkedés a megfelelő ellátási (vö. reintegráló) rendszerek, kivezető mechanizmusok átgondolt működtetése, azaz a helyzet jogállami megoldása kötelező. Ez az, ami Európát is óriási kihívások elé állítja.

** A szerző az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, az európai hajléktalanságpolitikák koordinációját előkészítő hétfős uniós bizottság tagja.*

*** A szerző főosztályvezető, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa munkatársa.*

**** Jogi szakreferens, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa munkatársa.*

¹Jegyzetek

Az „Emberi méltóság – korlátok nélkül” elnevezésű projekt kapcsán az erőt és összefogást hangsúlyozta a „Szociális Charta – Emberi méltóság, korlátok nélkül” című dokumentum, melyet szeptember 22-én valamennyi meghívott civil és önkormányzati szervezet vezetője, valamint a kormány szociális ügyekért felelős államtitkára a műhelybeszélgetés aktusaként ünnepélyes keretek között írt alá. A dokumentum kiadását Vecsei Miklós, a Hajléktalanokért Közalapítvány elnöke és Szabó Máté kezdeményezte.

² Az első műhelybeszélgetés 2008. április 15-én „Karfa helyett párbeszéd” címmel zajlott az OBH Dísztermében.

³ Olvasható: www.obh.hu oldalon.

⁴ Lásd. az OBH 2641/2006. számú jelentést (In www.obh.hu).

⁵ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat.

⁶ Lásd az OBH 2641/2006. számú jelentést.

⁷ Az írás születésekor még tartottak a „tárgyalások”, a főpolgármester a megszorításokon finomításokat ígért.

Bertalan Tünde*
**Az atipikus munkavégzés hazai szabályozásával kapcsolatos problémák,
fejlesztési javaslatok**
– különös tekintettel a fogyatékossgal élőkre

A kutatás célja, módszertana

Az Infonia Alapítvány megbízásából 2009-ben végzett kutatás célja az atipikus foglalkoztatási formák hazai szabályozási környezetével kapcsolatos problémák feltárása volt. Abból a hipotézisből indultunk ki, hogy az atipikus foglalkoztatási formák munkajogi szabályozása bonyolult, még szakemberek számára is nehezen átlátható, a köztudatban pedig nagyon kevés a konkrét információ. Mindez jelentősen hozzájárulhat ahhoz, hogy ezek a foglalkoztatási formák uniós összehasonlításban, illetve összevetve a hagyományos foglalkoztatási formákkal¹, kevésbé elterjedtek hazánkban. Kiemelten foglalkozunk a fogyatékossgal élők atipikus formában történő foglalkoztatásának munkajogi szempontjaival. Emellett célunk volt olyan, a döntéshozók számára is használható konkrét javaslatokat összegyűjteni, melyek kijelölhetik a szabályozási rendszer módosításának lehetséges irányait.

Kutatásunkhoz 16 félig strukturált interjút készítettünk olyan hazai szakemberekkel, akik az atipikus munkavégzés jogi szabályozását mélyebben ismerik. Fontosnak tartottunk megkeresni olyan a civil szervezeteket is, amelyeknek célja a fogyatékossgal élők nyílt munkaerő-piaci integrálása. A munkajogi szakjogászokat és a foglalkoztatás szabályozása területén jelentős ismeretekkel rendelkező szakembereket név szerint kerestük meg, véleményükre, tapasztalataikra, elképzeléseikre voltunk kíváncsiak. Célunk az volt, hogy a kérdőíves felmérésnél mélyebb és több információhoz jussunk az atipikus munkavégzés jelenlegi jogi szabályozásáról, továbbá határozottabban megfogalmazódjanak a jogi háttér módosítására vonatkozó elképzelések, javaslatok.

Az itt közölt elemzésben többek között szó lesz arról, hogy mi az atipikus foglalkoztatás, milyen problémák merülnek fel általában a munkaügyi jogszabályalkotással, jogalkalmazással kapcsolatban, részletesebben kitérünk a részidős foglalkoztatás, a távmunka, a munkaerő-kölcsönzés és a bedolgozói jogviszonyra, az ezekkel kapcsolatos visszaélésekre, majd végül külön kitérünk az atipikus formák jelentőségére a fogyatékossgal élők foglalkoztatásában. Sokszor hosszan és szó szerint idézzük az interjúalanyokat. Ennek egyrészt az az oka, hogy nem szerettük volna félreinterpretálni a szavaikat, másrészt úgy gondoljuk, hogy ezek az idézetek a gyakorlati példákon keresztül a laikusok számára is jól érzékeltetik a téma bonyolultsága mellett az atipikus foglalkoztatási formákban rejlő lehetőségeket.

Mit értünk atipikus foglalkoztatáson?

Először is a fogalom tisztázása érdekében arra voltunk kíváncsiak, hogy ki mit ért atipikus foglalkoztatás alatt. A megkérdezettek véleményéből arra következtethetünk, hogy a terminusra vonatkozóan nincs kialakult, egységes álláspont, szempontrendszer, szakmai konszenzus.

Voltak, akik azt mondták, hogy minden atipikus, ami eltér a 8 órás, határozatlan idejű munkavégzéstől, s mivel jogszabály ezt nem definiálja, inkább munkajogi fogalom. Az egyik

megkérdezett a munkavégzés helyét is fontosnak tartotta a meghatározás során: „*abból indulunk ki, hogy atipikus minden, ami eltér a klasszikustól (8 órában, határozatlan ideig, egy munkahelyen belül foglalkoztatott személyek).*” Egyes vélemények szerint ide tartozik a nem nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás is. Olyan megközelítés is elhangzott, miszerint „*ha tágan értelmezzük az atipikus foglalkoztatási jogviszonyokat, akkor minden olyan foglalkoztatási forma idetartozik, ami eltér a Munka Törvénykönyvétől. Ezek szerint speciális foglalkoztatási formákhoz igazodik a közalkalmazottak (pedagógusok, egészségügyi dolgozók, katonák, rendőrök) és a köztisztviselők (bírók, ügyészek) foglalkoztatása, és a művészekre vonatkozó törvény is [...]. Ezek mindegyike atipikus szabályozásnak minősül.*” Az egyik jogász nő elmondása szerint „*a Munka Törvénykönyve szabályozza a részmunkaidős foglalkoztatást, a távmunkát, a határozott idejű foglalkoztatást és a munkaerő-kölcsönzést. Az alkalmi munkavállalói kiskönyvvél történő foglalkoztatásnak külön jogszabálya van. Ezen kívül még a bedolgozói jogviszonyról van jogszabály, de ez a foglalkoztatási forma ma már nagyon ritka*” . Szerinte csak ezek atipikus foglalkoztatási formák. Az ÉFOÉSZ jogi képviselője az alábbiakat tekinti atipikus munkavégzésnek: intézményen belüli munkavégzés, fejlesztő-felkészítő foglalkozás, munka-rehabilitáció, terápiás foglalkoztatás, támogatott foglalkoztatás. Minden megkérdezett egyetértett abban, hogy a munkaerő-kölcsönzés és a távmunkavégzés atipikus foglalkoztatási formának tekinthető. A megkérdezettek többsége szerint még ide tartozik a határozott idejű foglalkoztatás és a részmunkaidős foglalkoztatás is.

Több olyan speciális munkavégzési forma létezik Magyarországon évtizedek óta, amit sokáig nem tekintettek atipikusnak: az atipikus munkavégzés megjelölés az utóbbi 10-15 évben, nemzetközi kontextusban terjedt el, és ma már egyre gyakrabban használják itthon is ezt a kifejezést. Nem áll távol az igazságtól, ha azt mondjuk: atipikus foglalkoztatási formák történetileg mindig is léteztek (gondoljunk csak az ipari forradalom előtti időkre, mikor még nem voltak szakszervezetek, amelyek a munkavállalók jogait védték), csak az utóbbi időben, jórészt a gazdasági válságok hatására kezdtek el a nemzetközi figyelem középpontjába kerülni.

Az atipikus foglalkoztatás jogi szabályozásával kapcsolatos problémák

Az általános vélemény szerint „*nagyon alacsony a munkavállalók jogismerete. Sok esetben nem tudják, hogy mihez van joguk és azt sem, hogy mik a kötelességeik*”. De ugyanez elmondható a munkaadói oldalról is. Többen elmondták, hogy ennek fő oka a munkajogi szabályozás eleve meglévő bonyolultsága. A bonyolultság részben jogtechnikai kérdés (a jogszabályok jelenleg szórtan helyezkednek el, a jogszabályi szintek nem harmonizáltak, a különböző atipikus formák nem egységesen szabályozottak), részben viszont abból fakad, hogy a jogszabályokat hozzá kell igazítani különböző élethelyzetű munkavállalói csoportokhoz, illetve a nemzetközi jogi környezethez. Mindez ahhoz a nem szándékolt következményhez vezet, hogy nem egységes a jogértelmezés sem, ami viszont aláássa a jogtudatosságot, a jogkövetés gyakorlatát.

„*Eleve bonyolult a tipikus munkavégzés szabályozása is. Három törvény van: a Munka Törvénykönyve, a közalkalmazotti és a köztisztviselői törvény. Ezeket nagyon jól kell ismerni, mert visszautalások vannak. A közalkalmazotti törvény és a köztisztviselői is sok esetben visszautal a Munka Törvénykönyve előírásaira. A foglalkoztatásra vonatkozó joganyagot sok esetben három helyről kell összeollózni. Az atipikusnál pedig még inkább így van. Azt mondanám, hogy kialakulóban van. Számos eleme már jól kialakult, jól kidolgozott, de bizonyos elemek szabályozásában a finomítás még szükséges. Például a bértámogatásra nem*

egyszer rá kellett kérdezni a különböző foglalkoztatási formák esetében. Mikor vehető igénybe, milyen feltételekkel. Sokféle élethelyzet van: rokkantnyugdíjas, rokkantsági járadékos. Ilyen esetben milyen feltételekkel, hogyan igényelheti a munkáltató a támogatást. Sokszor, amikor valamilyen jogszabály-módosítás bevezetésre kerül, akkor azt nem vezetik végig. Nem elég körültekintő a szabályozás, nem terjed ki valamennyi foglalkoztatási formára.”

Az egyik megkérdezett véleménye szerint „a részmunkaidő, a határozott idő valójában nem bonyolult. Nem mondom, hogy a jogszabály tartalmának pontos megértéséhez nem szükséges a jogász, de ezt végül is meg lehet érteni. A munkaező-kölcsönzés valóban nagyon bonyolult. És főképpen egy nagyon rossz jogalkotási technika miatt bonyolult. Nagyon sok az olyan megoldása a jogalkotónak, hogy visszautal különböző, egyéb, a jogszabály más részein található bekezdésekre. Paragrafusszámokat idéz hosszú sorokban, vagy utal másik jogszabályra. Ez követhetetlen valóban a jogalkalmazó egyszerű állampolgár számára, aki munkaviszonyt szeretne létesíteni. Ha szakszervezeti oldalról nézzük a dolgokat, túlszabályozott. Biztos, hogy nagyon sok mindent érdemes szabályozni, de a magyar munkajogra általában jellemző, és az atipikus munkaviszonyokra is, hogy mindent akar szabályozni. Nagyon keveset bíz a felekre, a munkáltatóra és a munkavállalóra, a szerződésre vagy éppen a kollektív szerződésre. Olyan sok részletkérdést is szabályoz, amit nem biztos, hogy indokolt és szükséges egy törvényi szintű szabályozásban rendezni. A munkaező-kölcsönzést összesen egy paragrafus szabályozza a Munka Törvénykönyve 193-mas, de A-tól T-ig. Gyakorlatilag hihetetlen, hogy több oldalas, önmagára visszautaló, nehezen követhető a szabályozás. Ami miatt a munkavállaló még kiszolgáltatottabb helyzetbe van, mert nyilván nem ismerheti meg a jogait. Lehet, hogy az életviszonyok okozzák, de a jogszabályok szerkesztési technikájával is probléma van, az biztos”.

A jogszabályi szintekkel szintén akad gond: „végignéztem a jogszabályokat, és döbbenet láttam, hogy a szabályozási technika több sebből vérzik. Ezek a szabályok szórطان helyezkednek el, az általános szabályok nem megfelelő szinten vannak. Pl. benne van a Magyar Köztársaság Alkotmányában, hogy mindenkinek joga van a munkához és a képzettségének és végzettségének megfelelő foglalkoztatáshoz. Itt lehet belekapaszkodni az atipikus foglalkoztatásba, mert a foglalkoztatásnál az Alkotmánybíróság kimondta, hogy a munka nem csak egy, a polgárjogból levált szerződéses viszony (nem csak arról van szó, hogy a munkavállaló és a munkáltató szerződik), hanem nagyon komoly szociális tartalma is van. Mert a munkavállaló egzisztenciálisan függ attól, hogy van-e munkája, vagy sem. Ez egy nagyon magas szintű jogszabály, jól kidolgozva, de nincs aprópénzre váltva. És azokban az alacsonyabb szintű jogszabályokban, ahol aprópénzre kellene váltani, szét van szórva és marginális területre szorul ez a szabályozás.”

Ezt a már meglévő, a jogszabály-szerkesztés gyakorlatából fakadó bonyolultságot tovább fokozza az uniós és nemzetközi jog. Például: „munkaező-kölcsönzésre most fogadott el az Európai Unió több mint 10 év után egy irányelvet, amiből két éven belül jogszabályt kell készítenünk. Ilyenkor mindig igyekszik a jogalkotó a meglévő szabályokat hozzáigazítani az uniós irányelvhez. De sok esetben ez egyfajta ürügy néha arra, hogy valamit belemagyarázzanak, és ez még bonyolítja is a szabályozást. Sokszor nem tudjuk, hogy hogyan kell harmonizálni ezeket az uniós jogszabályokat. Megpróbáljuk valahogy mindenáron beletördelni a meglévő gyakorlatunkba, ami átláthatatlanná tudja tenni a szabályokat. A nemzetközi jogban is van szabályozás a részmunkaidőre, emellett uniós szabályozás is van, tehát kétszeresen bonyolult a kérdés. Távmunkára is van uniós szabályozás, a határozott idejűre is van uniós, tehát ma már nagyon soknak van uniós háttere is, amire szintén

figyelemmel kell lennünk. Ezek a szabályozások mindig az egyszerűbbé tételre igyekeznek, mégis, valami furcsa módon bonyolultabbá válik, mert igyekeznek a meglévőt is valamilyen módon megtartani.”

A szabályozás bonyolultsága, esetenként átláthatatlansága mellett a jogértelmezés, jogalkalmazás sem egységes. *„Hiába van meg a jogi szabályozás, ha az értelmezése nem egységes. Ugyanazt a szabályozást az egyik munkaügyi központ így értelmezi, a másik pedig úgy. Például egyéves OKJ-s képzések esetében van, ahol elfogadták felsőfokú bértámogatásosnak [fogyatékossgal élőkről van szó], van, ahol csak középfokúnak fogadják el. Mindig hoznak új szabályokat, mi ahhoz próbálunk alkalmazkodni, de még nincs kiforrott rendszere.”*

Hasonlóan vélekedett egy jogtanácsos is: *„A jogalkalmazásban vannak problémák. Nem mindig könnyű elhatárolni pl. a munkajogviszonyt és a megbízási jogviszonyt. Erre csak egy minisztériumi irányelv van, ami alapján ez a kettő elhatárolható. Nyilván a jogszabályok, a Munka Törvénykönyve a szerződésről, a Polgári Törvénykönyv pedig a megbízási szerződésről viszonylag sok szabályt tartalmaz, de az elhatárolás ennek ellenére nem pontosan tisztázott. Ez az irányelv ad hozzá némi fogódzót, de ezt lehetne pontosítani.”*

A bonyolultság következménye tehát az eltérő jogalkalmazás és a jogtudatosság hiánya. Emellett további nem szándékolt következmény, hogy bonyolultság, túlszabályozottság a munkaadók jogkövető magatartását is aláássa. *„Szerintem a magyar munkajogi szabályozás nagyon rigid és minden részletre kiterjedő, amitől a munkáltatók – és ez lehet, hogy főként magyar sajátosság – azt keresik, hogy hol lehet kibújni. [...] Pont a rugalmasságot nagyon akadályozza a jelenlegi szabályozás, aminek persze az alapcéljával egyet lehet érteni, vagyis hogy a munkavállalót ne lehessen nagyon kizsákmányolni, de így most máshogy zsákmányolják ki. Ha ez az alaphozzáállás, akkor ez van. Sem a munkavállalónak, sem a munkaadónak nem engedi meg a rugalmasságot. És ez egy csomó helyen, esetben visszaüt.”* Példaként említették a kisgyermekes munkavállaló anyákat védő szabályok rugalmatlanságát, melyek közvetetten és statisztikailag is bizonyítható módon hozzájárulnak a velük szembeni munkaadói diszkriminációhoz.

Általános javaslatok a jogszabályi háttér módosítására

Volt olyan vélemény, mely szerint nem is a jogszabály-módosítással kellene foglalkozni, mert az már így is túlszabályozott, inkább tudatosítani kellene a jogszabályokat. *„A kamaráknak, minisztériumoknak lehetne a feladata, hogy ezeket jobban tudatosítsák. A munkáltatóknak, munkavállalóknak nem a feladata, hogy jogi szabályokat bújjanak. Nincs olyan szervezet, aki foglalkozna ezzel a témával. Rengeteg fiatal jogász van, akik dolgoznának ilyen helyen, velük meg kellene erősíteni a szakszervezeti jogsegély-szolgálati irodákat. Csak nekik nincs pénzük. A tagdíjából nem tudnak jogászt fizetni. Itt kellene az államnak beszállni. A szakszervezeti jogsegélyszolgálat nemcsak a munkavállalással kapcsolatos jogi problémákra jelentene segítséget, hanem pl. kérvényeket írhatna, válóperes ügyeket intézhetne.”*

Emellett meg kell vizsgálni, *„mennyire indokolt, hogy egy törvény szabályozzon mindent. Bizonyos értelemben jó, hogy ha megtalálható és egy helyen van valami. Biztos, hogy a munkavállalónak is jó, ha előveszi a Munka Törvénykönyvét, és egy helyen minden benne van, de úgyszincs benne minden. Nagyon sok külön jogszabály van ma már, ehhez képest, ha lenne egy külön törvény pl. munkaerő-kölcsönzésre, akkor az tartalmazhatná azokat a*

részeket is, amikre utalnak. Amik csak visszautalnak a Munka Törvénykönyve más részeire, tehát ez részben technikai kérdés. Le lehetne írni, egyben lenne, átlátható szerkesztésben lenne. És bizonyos dolgokat nem kell szabályozni. Rá kell hagyni a felekre, hogy adott esetben ők maguk határozzák meg. Elvszerűbbé kellene tenni ezeket a szabályokat, több alapelvet kellene belefoglalni, és jóval kevesebb részletszabályt”.

Sokat segítené az információk rendszerezése, közérthetővé tétele: „nagyon sokat segítené az, hogy ha valahol megjelenne, vagy számba vennék azt, hogy mikor, miért, milyen előnyökkel vagy hátrányokkal jár egyfajta foglalkoztatási formát alkalmazni. Mondjuk: tisztelt munkáltató, hogyha önnek egy hónapos időtartamra van szüksége egy titkárnőre, akkor ajánlott ezt... és akkor oda lenne írva, mert itt fel lenne sorolva, hogy ez mekkora adóteherrel, mekkora járulékkal stb. jár. Vagy akár még azt is hozzá lehetne tenni, hogy bizonyos foglalkoztatási formákhoz az állam miféle kedvezményeket nyújt. Pl. ha fogyatékos foglalkoztat részmunkaidőben, vagy ha a prémiumévek program keretében foglalkoztatnak valakit.”

Nemzetközi jó gyakorlat, de nálunk sajnos még hiányzik a munkavállalói jogok közül az atipikus foglalkoztatáshoz való jog. „A szakszervezetek azt támogatják, hogy ha a munkavállaló érdeke, hogy atipikusban dolgozzon, akkor valamilyen módon a munkáltató legyen köteles ezt figyelembe venni. Amíg a munkáltatónak meg van az a helyzete, hogy esetleg rábeszélje a munkavállalóját, hogy egyezzen bele az atipikus munkavégzésbe, addig a munkavállalónak sem gazdasági alapon, sem jogi lehetősége nincs, hogy indokolt esetben rávegye a munkáltatót, hogy így alkalmazza.”

Az egyes atipikus foglalkoztatási formákkal kapcsolatos konkrét észrevételek, javaslatok

Az alábbiakban részletesebben foglalkozunk a részmunkaidős foglalkoztatással, a távmunkavégzéssel, a munkaerő-kölcsönzéssel, a bedolgozói jogviszonnyal.

Részmunkaidős foglalkoztatás

Több szakember is úgy gondolja, azért nem terjedt el nálunk a részmunkaidős foglalkoztatás, „mert ugyanazokat a közterheket kell megfizetni a munkáltatónak, akkor is, ha részmunkaidőben, akkor is, ha teljes munkaidőben foglalkoztat. Nem arányosan. A munkabérhez arányosan kellene ezeket a közterheket megfizetni. Nálunk olyan alacsonyak ezek a munkabérek, hogy a munkavállalónak sem éri meg, hogy részmunkaidőben dolgozzon arányosan kevesebb munkabérért.” Többen mondták, hogy „részmunkaidős alkalmazásról általában akkor van szó, ha az a munkáltató érdeke. Valamiért ő szeretné a munkakört megosztani vagy bármi más egyéb oka van erre. Ha a munkavállaló kéri, nem kötelező ezt biztosítani”.

Mint az egyik megkérdezett elmondta, a Munka Törvénykönyve csak arról rendelkezik, hogy „az ilyen lehetőséget a munkáltató kell, hogy közölje a dolgozókkal, hogy ilyen munkakörökben ez lehetséges, a dolgozó kérheti, de a kérését nem kötelesek figyelembe venni. Nem is volt még ezzel kapcsolatosan ügy a bíróság előtt. Tehát ha nem veszik figyelembe, nem fűz a törvény semmilyen szankciót. Hogyha a munkáltató azt mondja, hogy nem foglalkoztatlak részmunkaidőben, ennek semmiféle következménye nincs. Ilyenkor csak az általános rendelkezésekre hivatkozhatna a dolgozó, nem jóhiszemű, nem rendeltetészerű,

énvelem direkt ki akartak szűrni, hogy ezt nekem nem engedték, pedig lehetne. Ezek ilyen alapelvű rendelkezésekre hivatkozó [próbaberek], amikor ilyen elvi jelentőségű kérdéseket akarnak a Munkaügyi Bírósággal megerősíteni vagy cáfoltatni”.

Az egyik ügyvéd szerint a multinacionális cégeknél sok részmunkaidős dolgozik. Ők rugalmasan foglalkoztatják a munkavállalókat, előfordul, hogy csak hétvégén dolgozik valaki. Szerinte náluk nagyon jól működik a rugalmasság, a nagy bevásárló-központokban előfordul, hogy *„hétvégenként dolgoznak pedagógusok és egészségügyi dolgozók is.”* Mint mondta, *„a rugalmas munkaidőnek és a részmunkaidőnek megvan a lehetősége, mégis a magyar kis- és középvállalkozások idegenkednek az ilyentől”.*

Egy munkaügyi szakértő viszont negatív példaként említette a multinacionális cégek gyakorlatát. *„Egy rossz elrettentő példa a szupermarketek gyakorlata. Voltam olyan konferencián, ahol a franciák nagy újdonságként bemutatták, hogy a munkaidőt kettőnél több részre nem szabad bontani. Ennek semmi köze nincs ahhoz, hogy mi a jó a dolgozónak, egyszerűen azt a tapasztalatot tükrözi, hogy mikor nagy a forgalom a boltban, mikor van szükség leginkább a pénztárosra. Azt mondják, hogy hiába terjed ilyen nagyon a részmunkaidő, ebből a legkevesebb, amit ugye ilyen ideáltipikusként elképzelnek a kismamák, amíg a gyerek iskolában van, én dolgozgatok egy kicsit, amire véget ér az iskola, már megyek is érte. Ilyen van már a legkevesebbé. Sokkal inkább az, hogy hajnali 4-től 8-ig, amíg el nem kezdődik az igazi műszak, meg este 8-tól 12-ig, hogy ezzel meghosszabbítsák az üzemidőt.”*

Többen mondták, hogy a bölcsődéknek és az óvodáknak is alkalmazkodniuk kellene az atipikus munkavégzéshez. *„Ma már nem 6 órára járunk dolgozni, hanem 9-re, 10-re, de a gyereket már 5 órakor kiteszik. Teljesen érthető, mert nekik is van egy munkaidő-beosztásuk. De ezt is meg lehetne úgy oldani, hogy az ovi, bölcsi tovább legyen nyitva. Más lett a világ, ehhez alkalmazkodni kell.”*

Az egyik jogász szerint *„mi egy elég lassan mozgó ország vagyunk. Borzalmasan alacsony a részmunkaidő ma Magyarországon. Erre azt mondják, hogy alacsonyak a keresetek, teljes munkaidős bérből is sokan nem tudnak megélni. De még mindig jobb, ha valaki keres egy keveset, minthogy a markát tartja segélyért, meg járadékért. Mert teljes idejű állást könnyebb részmunkaidős állásból találni, mint munkanélküliként”.*

Az adminisztráció mellett problémát jelent a munkaadóknak a munka megszervezése is, amelyre nem pazarolnak energiát. *„Vegyük azt, hogy 10 munkakörben foglalkoztathatna 10 embert, ehelyett foglalkoztat 20 embert. Már ebből elképzelhető, hogy mennyivel komolyabb logisztikai feladat megszervezni a 20 munkavállaló munkáját, ha az egyik kiesik, a másik kiesik, azoknak a dolgozóknak az adminisztrációját, bérszámfejtést, könyvelést intézni. Mondjuk, ha kiadja könyvelésre, akkor a könyvelő azt nem úgy értékeli, hogy egy helyen van két ember, hanem azt két ügynek tekinti, tehát az többletköltséget jelent a munkáltató számára.”*

A megkérdezettek szerint összességében a foglalkoztató szempontjából bármilyen részmunkaidő hátrányos, amin *„csak akkor lehetne változtatni, ha arányosan lehetne csökkenteni a bérre rakódó terheket”.*

De nem csak a munkaadóknak, sok esetben a munkavállalóknak sem éri meg a részdíós foglalkoztatás. *„Hogyha valaki részmunkaidőben munkába áll és minden nap kell munkát végeznie, számára éppen ugyanolyan költség, mintha 8 órában dolgozna. Ha elmegy 4*

órában dolgozni és a minimálbér felét keresi, mondjuk 31 ezer forintot (jó, adózni nem kell), de akkor is csak utazásra (BKV-bérlet) elmegy majdnem 10 ezer Ft. Marad 20 ezer forintja, és ha valaki munkába jár, fel is kell öltöznie. Olyan költségei vannak egy munkavégzésnek, amik miatt 31 ezer forintért nem éri meg munkába menni, mert még ő fizet azért, hogy dolgozhasson. Ez is nagyon sokakat visszatart. Ahhoz képest, hogy ha nem megy dolgozni, abban az esetben milyen ellátásokra szerezhet jogosultságot (segélyek stb.), amiket ezen költségek és fáradalmak bevállalása nélkül is megkaphat, ha olyan helyzetben van.”

Az egyik szakjogász szerint „hat órában irracionális a foglalkoztatás, mert a fennmaradó két órát nehéz kipótolni. Nem éri meg a cégnek és a munkavállalónak se. A magyar bérvizonyok mellett az emberek többségének az az érdeke, hogy önkiszákmányolja magát. A szakszervezetek is a beígért túlórákért balhéznak. Nálunk nem az az érdeke az embereknek, hogy minél kevesebbet dolgozzon, hanem hogy minél több időt töltsön munkában. Meg kell nézni a béradatokat! Három évvel ezelőtt 1500 euró volt Belgiumban (és kb. ugyanennyi Franciaországban) a minimálbér. Magyarországon a nemzetgazdasági átlagkereset ennek alig több mint a fele! És az árak szinte ugyanazok. Ha részmunkaidőről beszélünk, akkor az annak jó, akinek van egy gazdag férje, és a feleség megengedheti magának, hogy keveset keressen. De a magyarok többsége nem engedheti meg magának”.

A szemléletváltás fontosságát mások is kiemelték. Mint az egyik munkaügyi szakértő mondta, „sok olyan munkakör van az államigazgatásban, ahol nem kéne ott ülni napi 8 órát, és ez az oka annak, hogy egy főnök a jelentélet kapcsolja a munkavégzéshez. Emiatt van, hogy azt sem engedik, hogy pl. 8 és 10 között érjen be, és 3 és 6 között érhessen haza, és mellette van egy referencia idő, hogy mennyi idő alatt kell kijönnie a napi 8 órának. Ezt se engedik. Tehát ez a munkáltatói szemlélet is nagy szerepet játszik, hogy nem tud rugalmas lenni a munkavégzés időben. De a munkatársakban is ugyanúgy megvan ez az össznépi bizalmatlanság”. Azért sem csinálják meg, „mert sok helyen nem is szeretik a rugalmas munkaidőt, mert akkor azt nyilván kell tartani. Sokkal egyszerűbb, ha valaki beszél, hogy később megy be, mert akkor azt nem kell regisztrálni. Tehát valójában rugalmas, papíron meg nem az. Tehát egy ilyen pontos munkaidő nyilvántartás, hogy blokkolni kell pl. adott esetben egy lazább munkaidő kezeléshez képest, visszalépés”.

Távmunkavégzés

Az egyik jogi képviselő megfogalmazásában „a távmunkavégzés valóban egy új, atipikus munkaviszonynak mondható. Lényege az informatikai eszközökkel történő munkavégzés és a munka eredményének ezzel való továbbítása. Nyilván egy technikai adottság és fejlettségnek is kérdése, hogy ez elterjeszhető legyen”.

Egybehangzó vélemény, hogy „a munkavállaló szívesen vállalna távmunkát, de nincs.” Mint többen mondták, „csak nézze meg az állásajánlatokat! Jó, ha egyet-kettőt talál!”

Egy munkaügyi szakértő véleménye szerint a távmunka nem fogja megoldani a hátrányos helyzetűek foglalkoztatását, mert a magyar gazdaság ehhez még nem elég fejlett. Jelenleg támogatások nélkül távmunkában hátrányos helyzetű munkavállalókat alkalmazni versenyhátrányt jelentene a cégeknek. „Magyarország nem jutott még el abba a stádiumba, ahol a munkakörök tetemes hányada igényli az IKT eszközök használatát. Pl. a Pannon Gsm norvég cége a Telenor, meghonosított ilyen abszolút mobil munkahelyet, ahol nincsenek is

önálló irodák csak számítógéppel lehet bárhol, bármikor munkát végezni. De az ilyen cégeknél senki nem gondol arra, hogy a hátrányos helyzetűeket kéne foglalkoztatni így. Ezeknél ez az üzleti stratégia része. Az viszont, hogy valaki nem tud dolgozni, mert pl. mozgáskorlátozott vagy három gyereke van és nem tudja az ingázást bevállalni, hogyha ilyenre építék rá szociális foglalkoztatást, akkor nem várhatom el, hogy gazdasági értelemben megtérüljön. Sőt ugye nagyon drágán lehet 7-800 munkahelyet teremteni, és akkor még mindig kérdés, hogy mi lesz, ha lejár a támogatás? Tehát akkor ki kéne alakítani kapcsolatot ezekkel az info-kommunikációs cégekkel, akik biztosítanak egy folyamatos megrendelést. Vagy akkor legyenek akkor önkormányzatok és pl. önkormányzati honlapok kezelését bízzák rájuk. De legyen valami stabil, állandó mögötte, mert egyébként valóban nem a szociális problémák kezelésére való.”

Voltak, akik szerint a távmunka tekintetében „lehet, hogy jogi szabályozási problémák is vannak, mert merev a törvény, hogy mi minősül távmunkának”. Mint egy rehabilitációs megbízott elmondta, „a magyar vállalatoknak csak a 14 százaléka alkalmaz távmunkásokat, és a cégek további egy százaléka tervezi ezt a közeljövőben bevezetni, holott a távmunka a jelenlegi nehéz gazdasági helyzetben a munkaerő- és a céghűség megtartását jelentheti. Azok a munkák, amelyeket nem munkaviszony keretében végeznek, nem számítanak távmunkának. Az idő előrehaladtával a vezetők hozzáállása is változik majd. Egyre több vezető támogatja majd a projektalapú munkaszervezést, vagyis az eredmény érdekli őket, és nem az, hogy mikor és hogyan végzik el a feladatot a munkavállalók. Napjainkban az informatika, a pénzügy és a média területén működhetne leginkább a távmunka-rendszer.”

„... a távmunka-házak elterjesztése is nagy előrelépés lenne. Ez főleg a kistérségekben segítené elő a foglalkoztatást. Ehhez is törvények és szankciók kellenének. Meg pozitív ösztönzés. Kedvezményeket kellene adni annak a munkaadónak, aki atipikus foglalkoztatási formában foglalkoztat pl. fogyatékos embereket. A munkaadókat megfelelően kellene tájékoztatnia az atipikus foglalkoztatás pozitívumairól.

Az egyik megkérdezett szerint a távmunkavégzés óriási lehetőséget jelent a fogyatékosággal élők számára, mert „növeli az egyéni tempó szerinti, saját, megszokott lakókörnyezetben, vagy közösségi helyszínen végezhető munkák iránti igényt”. „A távközlés, informatika teremtette új munkakörök jó kommunikációs képességet és alkalmazói szinten biztos számítógép kezelési ismereteket igényelnek, s ez a fogyatékos emberek foglalkoztatására széles körben nyújthat lehetőséget pl. call centerekben.”

Általános vélemény, hogy kisebb költséggel lehet távmunkahelyet üzemeltetni, mint hagyományos munkahelyet. „A munkaadó telephelyén végzett munkamennyiség szűkülésével erősen csökkent a munkahelyek fenntartásával járó kisegítő, kiszolgáló munkák (takarítás, egyszerű adminisztráció, postázás, kézbesítés, portaszolgálat, konyhai munkák) iránti igényt.”

Egy minisztériumi jogász szerint: „adott esetben a távmunka is lehet sokkal olcsóbb, ha jó infrastrukturális eszközök vannak.” De, hogy az állam mennyire nem jár elől jó példával, azt bizonyítja, hogy „a minisztériumban távmunkás sincs”.

Az egyik megkérdezett jogász úgy látja, a szabályozás bonyolultsága miatt kevés a legális távmunkás foglalkoztatás. „A távmunka-szerződésben rengeteg mindennek szerepelnie kell: rendelkezésre állástól kezdve az, hogy hogyan használja és milyen berendezéseket használ, hogyan kell az otthoni munkahelyét kialakítani, milyen ellenőrzési jogkört, hogyan, ki gyakorol, munkavédelmi, balesetvédelmi szempontok, stb. Sok minden adminisztratív dolog elriaszthatja a munkáltatókat.”

Mások is úgy vélik, hogy a távmunkavégzés többek között a jelenlegi munkavégzés – ellenőrzési gyakorlat miatt nem terjed. „A munkáltatók attól félnek, hogy a munka felelősségével mi lesz, vagy ha a kismama otthon dolgozik, és a gyerek a klaviatúrára önti a spenótot. Ez abszurd dolog, ez lehet a munkavállaló felelőssége. Ki ruházzon be a számítógépbe? Ennek sincs jelentősége, hisz egy év alatt le lehet írni. Szerintem többet nyer a munkáltató, ha megveszi a számítógépparkot és kiadja a munkát. A munkavállaló pedig akkor dolgozik, amikor ráér.”

Egy másik vélemény szintén az ellenőrzéssel kapcsolatos félelmet támasztja alá. „A munkáltató megszokta, hogy látja a munkavállalóját. Ha viszont távmunkában dolgozik, akkor nem látja, és úgy gondolja, hogy nem tudja ellenőrizni. Ez is visszariasztja a munkaadókat. Pedig ez is csak rugalmasság és eredmény-orientáltság kérdése. Mert az eredményt csak akkor tudja elérni, ha akkor dolgozik a munkavállaló, amikor neki a legalkalmasabb. Ehhez kellene a pozitív példák és az ösztönzők.”

Munkaerő-kölcsönzés

Szinte egybehangzó vélemény, hogy a „munkaerő-kölcsönzés a legtöbb kérdést felvető és a leginkább elterjedt atipikus foglalkoztatási forma”. A munkaerő-kölcsönzés – eredeti koncepciója szerint – a rugalmas foglalkoztatást teszi lehetővé, de a gyakorlat inkább azt mutatja, hogy a kölcsönzött munkavállalók más, általában kedvezőtlenebb körülmények között dolgoznak, mint a munkaszerződéses társaik: a bérek tendenciózusan alacsonyabbak, rájuk nem vonatkoznak a kollektív szerződések. Ezzel sok munkaadó vissza is élt. „Nagyon sok cég csinálta azt, amikor a jogszabályba bekerült ez a foglalkoztatási lehetőség, de már azelőtt is próbálkoztak, hogy pl. cukorkacsomagolók voltak a gyárban, és ugyanazokat a dolgozókat kiszervezték, és azután kölcsönzött munkavállalóként ugyanúgy csomagolták a cukorkát tovább. Akkor megszabadult a cég attól, hogy a munkajogi kötöttségek (rendes felmondás, terhes nőnek a jogviszonyát nem szüntetheti meg) elhárultak a munkáltató részéről ezek a nehézségek, és meglehet, hogy adójogi szempontból is kedvezőbb számára, ha költségként elszámolhatja ezt a tételt, mintha ő maga generálja a járulékterheket, amiket be kell fizetnie. És megtehetette azt is, hogy ily módon, ha valakinek akár emelkedett az évek során a fizetése, az újrafoglalkoztatásra a »kölcsönzés keretében«, már sokkal kevesebb pénzért kerülhetett sor, hiszen a kölcsönzött munkaerőre sokáig nem vonatkoztak azok a bérszabályok, amik az ott már foglalkoztatott dolgozókra vonatkoztak. A gyakorlat azt mutatta, hogy igazából nem arra használták a munkaerő-kölcsönzést, amire az ki volt találva, hogy az ideiglenesen hiányzó munkavállalót (akár egy gyes miatt kiesett titkárnőt) pótolnánk ilyen módon, vagy egy megnövekedett megrendelést rendezzenek ilyen módon, hanem tartósan rendezkedtek be a cégek arra, hogy kölcsönzött munkavállalókkal lássák el a tartósan fennálló és létező feladataikat.”

Az egyik jogász nő elmondta, hogy a mostani munkaerő-kölcsönzés szabályozása ellentmondásos. Példának említette, hogy a kölcsönzött munkaerőre nem vonatkozik a felmondási védelem (pl. ha terhes, táppénzen van), ugyanakkor a bírói gyakorlatban ezt alkalmazzák, és rendre visszaállítják a munkaviszonyt. Ezzel összefüggésben „nagy csapást jelent most a kölcsönző cégek számára és a kölcsönbevevők számára az Alkotmánybíróság határozata, hogy a felmondási tilalomnak ebben a jogviszonyban is érvényesülnie kell, mert azt mondja még most is a törvény, hogy a kölcsönzött munkavállalóra nem vonatkozik a felmondási tilalom, tehát ha egy kölcsönzött munkaerő terhes lett, akkor az ő jogviszonyát

alkalmatlanság miatt vagy valamilyen okból meg lehetett szüntetni.² Betegállományba mehet a munkavállaló, de ez nem jelent védelmet a számára. Az ilyen ügyekben különféle ítéletek születtek, egymásnak ellentmondó ítéletek. Voltak olyan ítéletek, amikben egészen az egyenlő bánásmódról szóló irányelvekig visszavezették, hogy miért nem lehet ilyen módon megszüntetni a jogviszonyt, mások más jogi megoldásokat találtak. Ez most már minden esetre véget ért”.

A munkavállaló szempontjából a megkérdezettek szinte csak hátrányokat említettek: nem állandó a munkahely, általában alacsonyabbak a munkabérek (ez azért van, mert a kölcsönzött munkaerőnek nem ugyanolyan a felelőssége, mint az állandó dolgozóknak), nincs előrelépési lehetőség, nincs kollektív szerződés, nincs kötelező végkielégítés. Az interjúalanyok szerint csak annyi az előnye a munkavállalónak ebben a foglalkoztatási formában, hogy bejelentett munkahelye van, illetve, hogy ha nem tetszik neki a munkahely, nagyobb eséllyel talál új munkahelyet a munkaerő-kölcsönző segítségével.

A munkaerő-kölcsönzés lehet jó eszköz is: *„A munkaerő-kölcsönzés Európában (külföldi tanulmányban olvastam) azért jó, mert a diplomás fiatal nem kap 8 órás határozatlan idejű állást. Ezért – szemben a magyar statisztikával – elég sok fehérgalléros embert adnak kölcsön. Nálunk a többség segéd- vagy betanított munkás vagy szakmunkás. Diplomásokra nem jellemző. Ilyen módon megkedvelik egy cégnél, és ha van hely, később felveszik. Ez így jó eszköz.”* Vagy például létszámstopnál vagy bérköltség-maximalizálásnál a munkaerő-kölcsönzés egy jó lehetőség, mert a munkáltató nem fizet bért, hanem szolgáltatási díjat fizet a szolgáltatónak. Egyöntetű vélemény, hogy a munkáltató szempontjából semmi hátránya nincsen, csak előnye, a nagy cégek ezért is alkalmazzák: *„munkaerő-kölcsönzés esetén a munkáltatói jogokat a kölcsönző cég gyakorolja, a munkavállaló vele köt szerződést.”*

A szabályozásban – a folyamatos módosítás ellenére – még mindig vannak kijátszható kiskapuk. *„Már nagyon sok kiskaput igyekezett betömni a jogalkotó. A legnagyobb visszaélés az volt, hogy egy cég csinált egy másik céget, és önmagának kölcsönzött munkaerőt. Így jóval olcsóbb volt a foglalkoztatás. Ezt a lehetőséget a jogalkotó pár éve megszüntette, így egymással tulajdonosi kapcsolatban levő cégek nem kölcsönözhetnek egymásnak munkavállalót. Volt egy másik nagy probléma, ami a mai napig nem tökéletes, de az irányelv átvételével talán jobb lesz. Ez a munkabér kérdése. Ezt a lehetőséget sajnos a jogszabály kínálja fel. Munkaviszonyban a kölcsönbe adóval áll valaki, aki soha nem fogja foglalkoztatni. A munkaviszony létrejöttéhez a munkaszerződésben meg kell határozni a személyi alapbért. Ezt a munkáltatónak kell fizetnie. A személyi alapbért a munkáltatótól kapja, és nem tudja ilyenkor a munkavállaló sem és a munkáltató sem, hogy ahová elküldik munkát végezni, annál a cégnél milyenek a bérvizonyok. De valami véletlen folytán mindig magasabb szokott lenni. Az egyenlő értékű munka, egyenlő bér elve erősen sérült. Ezért ma már a jogszabály tartalmazza, hogy be kell tartani ezt az elvet, de csak akkor, ha legalább 183 napja dolgozik már annál a cégnél, ahová őt kihelyezték. Ez a szabály is kijátszható, mert ha 182 napig alkalmazzák, akkor nem jár magasabb bér. Annyi kiskapu-tömögetés még történt, hogy ha ugyanaz a foglalkoztató többször egymás után két éven belül 183 napnál kevesebb időre veszi kölcsönbe a munkavállalót, akkor össze kell adni az utolsó két éven belüli foglalkoztatást. De akkor is meg lehet úgy oldani, hogy 3 villanyszerelőt felváltva vesz kölcsönbe. Továbbra is kijátszhatók a szabályok. A szakszervezeteknek az a nagy problémája, hogy munkaerő-kölcsönzéssel kiválthatók a teljes munkaidős, határozatlan idejű munkakörök”,* főleg a könnyen helyettesíthető munkaerő esetén.

Elhangzott olyan ötlet, hogy szakszervezetet kellene létrehozni a kölcsönzésben lévő dolgozóknak, ezzel kivédhetők lennének a visszaélések.

Bedolgozói jogviszony

Egyöntetű vélemény, hogy a bedolgozói jogviszony mára elavult foglalkoztatási forma, ami a rendszerváltás előtt volt nagyon elterjedt, főleg magánvállalkozóknál, családtagoknál. Jelentősége ma már azért elenyésző, mert a járulékfizetési kötelezettség ugyanaz, mint a tipikus foglalkoztatási formánál. *„Ez sajátos, otthon végzett biztosított vagy nem biztosított munka volt a szocializmus keretei között. Ma már nem igazán bedolgozói, még ha ilyen van is, akkor is inkább távmunka szabályok alá tartozó megállapodást kötnek az ilyen személyekkel. Valójában ez atipikus, de nem a piactudományi viszonyokra jellemző atipikus munkavégzési forma. Azért atipikus, mert a munkavállaló nem a munkahelyen ülve, 8 órában, állandó felügyelet, ellenőrzés alatt tevékenykedik, hanem az otthonában dolgozik. A bedolgozói jogviszony egyik formája olyan fajta védelmet is nyújt, mintha a munkavállaló munkaviszonyban állna. Ez azt jelenti, hogy ha egy bizonyos időt elér ez a foglalkoztatási forma, vagy díjazást vagy csak egyszerűen megállapodnak róla, akkor a munkavállaló szinte ugyanolyan védelemben részesül, mintha tipikus munkaviszonyban állna.”*

Illegális, fél-legális megoldások

Az egyik munkaügyi szakértő szerint a jogsértések elkerülhetetlenek, álláspontja szerint ezek csökkentésére – újabb szabályozás helyett – inkább a szabályozás egyszerűsítése, a valóságos helyzetekhez való igazítása és a jogtudatosság növelése a célravezető eszköz. *„Nagyon sok a szabály és ellentmondóak, és annak, hogy rugalmas átmeneteket alakítson ki bármelyik fél, abszolút nincs tere. És nagyon sokszor beleszorulnak olyan helyzetbe, ami illegális, vagy fél-legális. És még akkor is, ha az mind a kettőnek amúgy jó lenne. Pl. itt nálunk sokan rugalmas munkaidőben dolgoznak, pl. a projektvezetők. Mit érdekel engem, hogy mennyit ül itt, nekem az a fontos, hogy a munka el legyen végezve. Havi munkaidőkeretben dolgoznak, mert az jogilag megengedett. Viszont a kht. üzemideje szabályozva van, tehát a jelenléti ívre nem írhatja rá, hogy ő még éjjel 2-kor is pályázatot írt, annak ellenére, hogy a munkaideje havi keret, mert olyankor nincs üzemidő. Tehát meghatároztam neki ilyen rugalmas munkaidőt, hogy 8-tól 4-ig, mert az fér bele az üzemidőbe. Hát innentől marha nagy rugalmasságot biztosítottam neki! Ha az igazat írnanék a jelenléti ívre, akkor kicsúszunk az üzemidőből, akkor meg műszakpótlékot kellene fizetni, és hát azt azért mind tudjuk, hogy elengedem 1/2 4-kor a gyerekért, meg nem kell bejönnie reggel 8-ra, ha éjjel 2-kor pályázatot írt.”*

Egy ügyvéd szerint inkább a munkaadó részéről történnek visszaélések, *„pl. részmunkaidőben megcsináltatják a 8 órás munkát”*. Egy másik munkaügyi szakértő mondta, hogy a *„részmunkaidőnél szokták mondani: színlelt részmunkaidős foglalkoztatás. Amikor megduplázták a minimálbért, akkor ez elég nagy visszaélést szült. Akkor az önfoglalkoztatókkal kapcsolatban itt is színlelt szerződéseket kötöttek azért, hogy a munkavállalókra ráterheljék a járulékokat, és főleg, amikor a vállalkozásban dolgozni alacsonyabb közteherrel járt. De ez ellen is volt elég szigorú jogi fellépés, volt már amnesztia is, meg minden. Nehéz megítélni hogy a vállalkozások közül mennyi a színlelt. De az tény, hogy ezeket már meg lehet támadni. Főleg olyankor, ha egy államigazgatási szerv vállalkozási szerződéssel foglalkoztat nagy arányban munkavállalókat, akkor számíthat a Munkaügyi Főfelügyelőség látogatására.”*

Az atipikus foglalkoztatásban rejlő lehetőségek a fogyatékosokkal élők számára

A 2001. évi népszámláláskor a fogyatékos személyek száma 577 ezer fő volt, ez a népesség 5,7%-a. Az adatfelvétel – a KSH szerint is – alulbecsüli a fogyatékos népesség adatait, a létszám 600 ezer főre tehető. A fogyatékos személyek között a 60 évnél idősebbek aránya 44,8%. Ez nem meglepő, mert a fogyatékosokat leginkább valamilyen tartós betegség idézi elő (53,8%). A fogyatékos személyek 17%-a születése óta szenved fogyatékosban.

A 2001. évi népszámlálás kategóriái szerint megállapítható, hogy a fogyatékos személyek közül legnagyobb arányt a testi fogyatékosok és mozgássérültek képviselik együttesen (43,6%), míg az értelmi fogyatékosok aránya megközelítőleg 10%, a vakok és gyengénlátók aránya 14,4%. Az egyéb fogyatékosban szenvedők aránya 21,6%. Hallás-, beszédzavar-fogyatékosban kb. 10%-uk szenved. A 2001. évi népszámlálás adatai szerint a fogyatékos személyek iskolai végzettsége összességében alacsonyabb, mint a népesség egészéé. A fogyatékos személyek 32%-a nem fejezte be az általános iskolát, s befejezett alapkülső iskolázottsággal csak 39%-uk rendelkezett.

Szakképesítéssel, illetve érettségivel 25%-uk rendelkezik, míg egyetemi, főiskolai végzettsége a fogyatékos személyek 5%-ának van. A 2001. évi népszámlálás szerint a fogyatékos személyek foglalkoztatási rátája 9%-os volt az 1990. évi 16,6%-hoz képest. Ezzel párhuzamosan a munkanélküli fogyatékos személyek 0,7%-os aránya „csak” 2%-ra emelkedett. Ez azzal magyarázható, hogy az érintettek inaktív keresővé (57,5%-ról 76,7%-ra) váltak. 2000-ben, 2001-ben, 2002-ben és 2003-ban az érintettek 1/3-át sikerült a munkaerőpiacon elhelyezni.³

Az interjúalanyaink között több fogyatékosokkal élő, munkaügyben jártas szakember volt. Ők olyan civil szervezeteknél dolgoznak, ahol megváltozott munkaképességűeknek és fogyatékosokkal élőknek próbálnak segítséget nyújtani a nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedésben. Ez sokszor ütközik akadályba, mert mint az egyik interjúalany megfogalmazta, *„a fogyatékosokkal élő személyekkel nem tud mit kezdeni a nem fogyatékosokkal élő többségi társadalom, és ennek elsődleges oka az információhiány”*.

Egy másik vélemény szerint az a probléma, hogy *„a munkáltatók nem ismerik a fogyatékosokkal élő személyek speciális igényeit, nem bíznak bennük. Ehhez értelmi intelligencia szükséges a munkaadók részéről, és a munkavállalók részéről is, mert önállóbb és kreatívabb tevékenységet feltételez az atipikus foglalkoztatás”*.

Az is ellenállásra adhat okot, *„hogy a munkahelyeket másképp kell berendezni, másképpen kell közölni az információkat, fizikailag és info-kommunikációs szempontból is akadálymentesíteni kell, a betanításnál nagyobb odafigyelést igényelhetnek. És az is probléma, hogy van, esetleg nem rentábilis a foglalkoztatás. A munkáltatók általában azzal érvelnek, hogy túl sokba kerül az ilyen emberek foglalkoztatása. Túl sok a járulék, ha a rokkantnyugdíjas nem dolgozhat napi 8 órát, nem éri meg a foglalkoztatása”*.

Egy rehabilitációs megbízott szerint *„könnyebb a fogyatékosokkal élő emberekkel nem foglalkozni, inkább ellátást adni nekik, mint foglalkozni velük, mert az átgondolt, tervszerű, ésszerű intézkedésekkel jár, erőfeszítéssel, nem többel, mint más emberrel kapcsolatban, csak más jellegűvel, másképpen kell gondolkodni, és ismerni a módját, helyzeteket. A fogyatékos*

emberek esetében az állapotukból adódó hátrányok, az ebből eredő egészségi, társadalmi, oktatási, környezeti, emberi kapcsolati, foglalkoztatási deficitiek súlyosan befolyásolják életminőségüket, gazdasági és szociális körülményeiket”.

További probléma, hogy sokszor a munkaerőpiacra való belépés nagyobb költséggel jár számukra, mint amennyi haszonnal. *„Azoknak, akiknek van valamilyen járadéka, bevétele, sokkal nehezebben lépnek be a munkaerőpiacra. Minimálbér közeli összegért nem nagyon érdekeltek munkát vállalni. Nem éri meg konfrontálódni a közlekedésben és a munkahelyen, folyamatosan bizonyítani, megküzdeni az előítéletekkel.”*

A megkérdezettek szerint társadalmi szempontból is nagyon fontos, hogy a fogyatékosokkal élő embereknek legyen munkahelyük, tudjanak dolgozni. Ez azért fontos, mert a munkavégzéssel válik láthatóvá, hogy *„értékteremtő amit csinál, lesz önbecsülése. Kialakul a felelősségvállalás, és adózás szempontjából is fontos. Megjelenik a közteherviselés, nemcsak eltartott, hanem adózó állampolgár. Ezért baj, hogy a minimálbér nem adózik. Minden magyar állampolgárban tudatosulnia kellene, hogy az ő jövedelméből létezik az állam. Sok társadalmi csoport azért nem tud integrálódni, mert nincs munkája. Így nem érzi azt, hogy ő a társadalom fenntartója, társadalmon kívüliként éli meg a helyzetét és azt hiszi, hogy rá a társadalom szabályai nem vonatkoznak.”*

Az egyik ügyvéd szerint *„ha több hasonlóan megváltozott munkaképességű dolgozik egy helyen, akkor ez számukra a külvilággal való kapcsolatot is jelenti. Kétesélyes, mert az otthon végzett munka kényelmesebb, de e munkahely által a külvilággal létrejött kapcsolat megszűnik. Ilyen értelemben a munkahely léte több mint jövedelemszerző tevékenység. A munkahely léte, a munkaviszony a rehabilitáció igen fontos területe”.*

Az egyik jogász elmondta, hogy *„korábban, sok éven át az volt a gyakorlat, hogy nem ösztönözték eléggé a jogszabályok a megváltozott munkaképességűeken belül a súlyosan fogyatékosok foglalkoztatását. Ugyanazok az ösztönzők vonatkoztak minden megváltozott munkaképességű foglalkoztatására. A megváltozott munkaképességűek köre pedig meglehetősen tág. Akinek a munkaképesség-csökkenése akár 40%-os, már megváltozott munkaképességűnek minősült, és az ő foglalkoztatására is ugyanazok a kedvezmények vonatkoztak, mint a súlyosan fogyatékosokra, akinek a munkaképesség-csökkenése közelít a 100%-hoz. Ha ugyanazt a kedvezményt biztosítjuk mindkét esetben, akkor nyilván a munkáltató a kevésbé csökkent munkaképességűt fogja foglalkoztatni, és a súlyosan fogyatékosok kimaradnak a foglalkoztatásból. Ezen segített a bértámogatás, ami differenciáltan került megállapításra és így ez ösztönzőleg hatott. Ez komoly előre lépés. De a rehabilitációs hozzájárulás azonos mértékben van meghatározva most is a foglalkoztatási törvény szerint, aminek az összege a minimálbérhez kötött. Ez nem ösztönzi a munkáltatót. Úgy tudom, tervezik a foglalkoztatási szint emelését.”*

Egybehangzó vélemény, hogy *„a fogyatékosügyi törvény⁴ szépen hangzik, de a legtöbb rendelkezését nem tartják be. Pl. szerepel benne, hogy integrált munkahelyen kellene dolgozniuk a fogyatékosokkal élőknek, hát nem tudom, hogy hányan tudnak így dolgozni? Föl kellene mérni, hogy melyek azok a tevékenységek, amikért nem kell itt ülni napi 8 órát. Lehet, hogy be se kellene járni, elég, ha én, mint főnök kimegyek hozzá. Szakképzett emberek nem kerülhetnének hátrányos helyzetbe. Pl. egy mozgássérült jogász ilyen módon itt is dolgozhatna. Program kellene arra, hogy távmunka végzéssel hogyan lehetne a szakképzett munkaerőt felszippanítani”.*

Az egyik jogász nő értékelve a jelenlegi helyzetet, keserűen mondta, hogy „a Munka Törvénykönyvében a férfi-női munkavállalóról van szó, a fiatalok munkavállaló foglalkoztatása részletesen körülírt, de a fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatásáról szó sem esik a jelenlegi Munka Törvénykönyvében, és az atipikus munkavégzést éppen csak érinti.”

Talán ennek is köszönhető, hogy mint az egyik megkérdezett elmondta „a hazai viszonyokat tekintve a KSH 2001-es népszámlálási adatainak értelmezése a fogyatékos embereket a társadalom leghátrányosabb helyzetű csoportjai közé sorolja. Magyarország foglalkoztatási mutatói e vonatkozásban messze alatta maradnak az uniós átlagnak. Míg az Európai Unióban a foglalkoztatási arányuk 40-50 százalékos, addig nálunk ez csak 8-9 százalék között mozog. A tartósan akadályozott emberek minden országban nagyobb valószínűséggel válnak munkanélkülivé és maradnak tartósan munka nélkül. Hazánkban a 15 évesnél idősebb fogyatékos személyek döntő többsége nem tartja lehetségesnek, hogy szükségleteinek és képességeinek megfelelő munkát találjon. Pedig a tartósan akadályozott emberek egy olyan csoportot képeznek, amely extra munkaerő-kínálatot jelent”.

Javaslatok, észrevételek, jó gyakorlatok a fogyatékosokkal élő foglalkoztatásával kapcsolatban

Az egyik interjúalanyunk egy olyan alapítványnál dolgozik, ahol az értelmi és látássérült emberek munkába állását segítik elő, illetve felkészítik a munkáltatókat a sérült emberek foglalkoztatására. Az ő elmondása szerint a nagy áruházláncok azért foglalkoztatnak az ő ügyfélkörükből, mert az értelmi fogyatékosok nagyon megbízhatóak. „Az áruházban nagyon sokszor lopnak a dolgozók, kivéve azokat, akiket az alapítványunk közvetít. Mert annál becsületesebb munkavállalók nincsenek. Ez példaértékű a többieknek is. Raktárban dolgoznak, selejteznek, kocsit gyűjtenek, árut feltöltenek. És arról számolnak be, hogy megváltozik a munkahelyi légkör. Jó bemenni dolgozni.” Ez az alapítvány egy amerikai módszer, egy speciális program (támogatott foglalkoztatás) alapján, elsősorban értelmi sérült (középsúlyos, de inkább enyhe értelmi sérült, tanulásban akadályozott) embereknek segíti a munkába állást. A foglalkoztatás annyiban atipikus, hogy ezeknek az embereknek a döntő többsége rész munkaidőben dolgozik. A foglalkoztatásba történő segítség viszont speciális.

Ők a munkáltatót is ügyfélnek tekintik, és őket is igyekeznek felkészíteni a sérült emberek foglalkoztatására. Minden munkavállalónak van saját tanácsadója, aki a beilleszkedésben is támogatja. Segíti a munkavállalót, hogy átlássa a munkahelyi hierarchiát, megtanulja a munkahelyi szabályokat, és a leendő munkatársaknak is segít, hogy hogyan kommunikáljanak, hogy adjanak ki egy-egy utasítást, feladatot az értelmi sérült munkavállalónak.

Ez teljesen normális foglalkoztatás, a munkavállalók nem az alapítvánnyal kötnek szerződést. Ha sikerül a munkába állás, még „több éves utókövetés jön ezután, és ha bármilyen probléma van, jelezheti nekünk mind a munkavállaló, mind a munkáltató. Akkor a tanácsadó kimegy, segít – mediál, vagy más munkakört keres. Ez a program 1996 óta sikeresen működik, és nagyon munkaigényes.”

Az egyik jogi képviselő elmondta, hogy az intézményben élő fogyatékosoknak a szociális törvény alapján biztosítani kell a fejlesztő-felkészítő foglalkozást, de itt nagy hiányosságok vannak. „A szociális intézményi foglalkoztatással vannak problémák. Konkrétan az ombudsmanhoz is fordultunk, mert vannak kizáró gondnokság alatt állók és korlátozott

gondnokság alatt állók. Sokszor e szerint kategorizálják az intézményi ellátottakat: a kizáró megy a munkarehabilitációba, a korlátozott pedig a fejlesztő foglalkozásokra. A célja az lenne, hogy legyen fejlődés, hogy legyen átmenet, illetve kimenetel a nyílt munkaerőpiacra. A gyakorlat viszont az, hogy nincs haladás. Aki kizáró gondnokság alatt van, az nem halad előre, és ennek jogi okai vannak. Pl. az, hogy nem írhat alá munkaszerződést. A Munka Törvénykönyve ezt külön nem tiltja, de nem is támogatja. Ezért az a gyakorlat, hogy a kizáró gondnokság alatt állók nem írhatnak alá. Itt mindenképpen kellene változtatni a jogszabályokon is, a gyakorlaton is és az Országos Rehabilitációs és Szakértői Intézet módszerein is. Sajnos nincsenek megfelelő eszközeik, módszereik a munkaképesség vizsgálatára. Az lenne a jó, ha a megfelelő munka vonatkozásában vizsgálnának. Most azt vizsgálják, hogy általában rendelkezik-e munkaképességgel. Egy értelmi fogyatékosnál pedig nem célravezető így vizsgálni. Ezeknél konkrétan az adott munkavégzésre kellene vizsgálni: hogy rendelkezik-e az adott képességekkel, hogy alkalmas-e? Pl. előfordult, hogy azt kérdezték: ki Magyarország miniszterelnöke? Egy virágkötő munkára jelentkezőnél ez miért fontos? Az biztos, hogy ez nem jó módszer. Nem értem, hogy a munkavégző képesség miért függ az illető cselekvőképességétől.”

Mint mondta „a fogyatékosok nem tudnak a nyílt munkaerőpiacon megjelenni. Ennek oka a társadalmi integráció hiánya. Sajnos a nagy intézmények azon az elven alapulnak, hogy több száz fős intézeteket hoztak létre, távol a fővárostól, kis, szinte elzárt településeken. Az itt élőknek eleve esélyük sincs a fejlődésre, egy elzárt közösségben élnek. Az intézményi foglalkoztatás ezért jött létre. De ez nem nyílt munkaerőpiac és nem is védett munkahely. Állami támogatás jár érte és minimális fizetést is kapnak. A cél az lenne, hogy eladják, amit csinálnak (intézményen kívül), de nincs minőségi követelmény”.

Az egyik megkérdezett a szolgáltatási utalvánnyal (Voucher) kapcsolatban elmondta, „ezt működtetik Franciaországban, Angliában, a skandináv államokban. Ennek a bevezetése nálunk is nagyon jól működne, és elősegítené a szociális gazdaság kialakulását. Mert ezzel a szolgáltatási utalvánnyal fizetnék olyan szolgáltatásokért, amik szükségesek egy fogyatékos embernek. Pl. felolvasó vagy jeltolmács szolgáltatása vagy személyi segítő a mozgáskorlátozott embernek. Mindenkinek a speciális szükségleteinek megfelelően lehetne alkalmazni”.

Szerinte megoldást jelentene az alábbi cselekvési terv:

- „1. Motivációs, igény- és figyelemfelkeltő programok a célcsoportoknak és a munkaadóknak. Érzelmi intelligencia (EQ) tanítása az iskolában, képzéseken.*
- 2. Fogyatékosággal élő embereket képviselő (vezető civil szervezetek) bevonásával célzott programok, speciális igények, motivációk, attitűdök, a kölcsönös megismerés jobb megértése érdekében.*
- 3. Helyi motivációs programok ugyanezen célból (önkormányzatok, minisztériumok, hivatalok.) A döntéshozók példamutatása. Pozitív példák, jó gyakorlatok, módszerek (EU-hazai) ismertetése, kiemelése követendőként.*
- 4. A legfontosabb: a pozitív ösztönzés, támogatás (kedvezmények) megfelelő jogi háttér megteremtése (végrehajtást segítő jogi eszközökkel, szankciókkal).*
- 5. Szélessávú internet-elérés lehetőségének támogatása, internetes képzés támogatása, partnerségben a mobilcégekkel, helyi- és országos Internet-szolgáltatókkal. Olcsó számítógépek: hozzájárulás kérése a telekommunikációs cégektől, mennyiségi árkedvezmény. Speciális eszközök (infraegér, Braille-billentyűzet, -nyomtató, felolvasó szoftver) fejlesztésének elősegítése, támogatása, biztosítása hardverforgalmazóktól, árverseny generálása.”*

Főbb megállapítások

Interjúalanyaink többségének álláspontja szerint az atipikus foglalkoztatás nem tekinthető egységes jogi kategóriának, annál inkább jogirodalmi, jogpolitikai, foglalkoztatáspolitikai vagy szociológiai kategóriának. A megkérdezettek között arról sem alakult ki egységes álláspont, hogy milyen foglalkoztatási formákat tekintenek atipikusnak.

A szakértők egyetértettek abban, hogy a jelenlegi jogi szabályozás nem eléggé rugalmas ahhoz, hogy a munkaadók atipikus foglalkoztatás keretében alkalmazzanak munkavállalókat. Általánosnak mondható az a vélemény, hogy fontos lenne a jogszabályok átláthatóbbá, rendszerezettebbé, közérthetőbbé tétele, illetve a jogtudatosság növelése munkaadói és munkavállalói oldalon egyaránt. Javasolták a szakértők a munkavállalók jogai közé beemelni az atipikus formában való munkavégzéshez való jogot, melynek a munkaadó részéről való betartását szankciókkal is biztosítani kellene.

A megkérdezettek véleménye szerint minden ember életében lehet olyan időszak, amikor nem tud vagy nem akar teljes állásban munkát vállalni (tanul, kisgyermeket nevel, megváltozott az egészségi állapota, fogyatékossgal él, nyugdíjas). Esetükben az atipikus formák elősegíthetik a munkaerőpiacon történő aktív részvételt. Az atipikus foglalkoztatás az esetek többségében híd szerepet is betölthet azzal, hogy növeli a munkavállaló esélyét egy nyolc órás állásba kerüléshez, vagy hogy a kisgyermekes munkavállalónak nem a szakmája és a családja között kell választania.

Az atipikus munkavégzési formáknak munkavállalói részről vannak árnyoldalai, amit a szakemberek elsősorban az alacsony bérezéssel hoznak összefüggésbe. Ezen kívül munkaadói oldalról hátrányosnak érzik az atipikus foglalkoztatással járó többletadminisztrációt, a bonyolultabb munkaszervezést. A szakértők egyöntetű véleménye szerint akkor lenne több atipikus munkavégző, ha az ehhez kapcsolódó adó-, járulék- és társadalombiztosítási jogszabályok kedvezőbbek lennének. Az atipikus munkavégzés elterjedéséhez szemléleti váltásra is szükség lenne (a munka értékét a teljesítmény határozza meg, ne a munkahelyen töltött idő hossza).

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatási rátája – ezen belül a nyílt munkaerő-piaci részvételük – rendkívül alacsony, ezen a szakemberek egyöntetű véleménye szerint jelentősen tudna segíteni az atipikus foglalkoztatás. Fontos lenne, hogy a jogszabály foglalkoztatási szempontból differenciáltan kezelje a megváltozott munkaképességűeket (ez pl. megjelenhetne a cégek által fizetendő rehabilitációs hozzájárulás mértékében is), illetve, hogy a Munka Törvénykönyve is nevesítse ezt a munkavállalói csoportot.

** A szerző szociológus*

¹Jegyzetek

Ilyennek tekintjük a napi 8 órás, helyhez kötött, a Munka Törvénykönyve által szabályozott foglalkoztatási formákat.

² Az Alkotmánybíróság 67/2009. (VI. 19.) AB határozata. Az Alkotmánybíróság a határozat kihirdetésének napjával semmisítette meg azt a szabályt, amely kizárja a törvény egy másik rendelkezésében foglalt felmondási tilalmak és korlátozások alkalmazását a munkaerő-kölcsönzés keretében foglalkoztatott munkavállalókra.

³ 2006. évi Országos Fogyatékosügyi Program, www.net.jogtar.hu

⁴ A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény.

Székely Zsófia*
Szülés – család – párkapcsolat
Mélyinterjú vizsgálat különböző családi állapotú anyákkal¹

Bevezetés

2009-ben készült egy országosan reprezentatív szociológiai felmérés (a Tudomány a Családért Egyesület megbízásából az NKTH INNOTARS OMFB-00701/2009 számú pályázati projekt keretében, *Családi kapcsolatok* címmel, a minta 1493 fős volt), amely fiatalok és középkorúak körében vizsgálta a párkapcsolatok alakulását és az arra ható tényezőket. Pszichológusként és PhD hallgatóként a kutatásba az egyén és az egyéni élettörténet vizsgálata felől kapcsolodom. Ennek révén újabb információkra tehetünk szert, melyek a nagyméretű reprezentatív mintával összevetve értékes következtetésekre adhatnak alkalmat.

Jelen tanulmányban bemutatom a kutatás elméleti háttérét, kitérek az említett kérdőíves kutatás és saját mélyinterjú vizsgálatom ismertetésére, végül összegzem és elemzem az eredményeket. Két stabil kapcsolatban, és három instabil kapcsolatban élő nővel készült mélyinterjú pszichológiai elemzését fogom bemutatni, illetve javaslatot teszek a felvetődő problémák megoldási lehetőségeire is.

Elméleti keretek

Ebben a fejezetben kitérek arra, hogyan használható a kutatásban a félig strukturált pszichológiai interjú, megvilágítom a két kutatás kapcsolódási pontjait: hogyan lesz az egyénekből pár, család, és a család hogyan hat a legfiatalabb individuumokra? Néhány gondolat erejéig a szülés pszichológiájáról, az ezzel kapcsolatos kutatásom elméleti háttéréről is lesz szó. A szülés – párkapcsolat – család témakörét körbejárhatjuk fejlődés-lélektani, pszichoanalitikus és családterápiás szempontok szerint, néhány alapvető aspektust mutatok be az elméleti kitekintés utolsó részében.

A pszichológiai mélyinterjú – a félig strukturált interjú

Az első interjú a lélektani beszélgetés, a találkozás és az információelemzés lehetőségeit nyújtja. Jól ismerjük az első benyomás jelentőségét, az impresszióhatást, mely számos összetevőből jön létre. Nyilvánvaló az első interjú szerepe a pszichoterápiás folyamatban, de természetesen használható kutatási célokra is. A viszonylag laza szerkezetű első pszichoterápiás interjú és a konkrét kérdésekből álló strukturált interjú két szélső pontja annak az intervallumnak, amelyen a – jelen kutatásban is használt – félig strukturált mélyinterjú nagyjából középen helyezkedik el. A beszélgetés keretei megfelelnek az első pszichoterápiás interjúnak, azzal a különbséggel, hogy konkrét témában, célzottan beszélgetünk, a kérdező „kézben tartja” a beszélgetés fonalát, és kitér (kérdéz) az őt érdeklő témákra.

A kutatást érdeklő témák természetéből adódóan kérdőíves módszerrel csak az adatok bizonyos részét érhetjük el; a soktényezős, bonyolultabb kérdéseknél (pl. szexualitás, szülés) érdemes a részleteket, egyéni különbségeket előtérbe helyezni. Erre alkalmas a félig strukturált interjú – ahol a kérdező előre meghatározott témák mentén halad, mégis szabad teret enged az interjúalany által fontosnak tartott részleteknek.

Az első interjú, és ezzel együtt a kutatásban szereplő félig strukturált mélyinterjú a következő információk összegződéséeként jön létre:

- objektív információk; adatok, ezek megbízhatók és ellenőrizhetők
- szubjektív információk: a jelentés a döntő, amit a kliens tulajdonít neki
- szcénikus vagy szituatív információk: a szituáció élménye dominál, az adatok másodlagosak

Az adatok (objektív) összefüggései a szituációban jelennek meg, és ez olyan adatfeldolgozást tesz lehetővé, amely a mélységi lényegét a (szubjektív) rejtett jelentésében ragadja meg, és az összegzésben ezáltal új információ jelenhet meg.

Az interjú (exploráció) helyzeti, proxemikai, nonverbális és metakommunikatív tényezői szintén nagyon fontosak; ismert az „ideális helyzet”: két szék egymáshoz képest 45°-os szögben elhelyezve, és közte az asztal sarka, amely a kb. 60 cm-es proxemikai távot teremt meg. Az összhang (rapport) a szóbeli üzenetet körülvevő teljes összefüggés reflexiója. Az elég jó segítő összhangot tud teremteni, és az összhang bizalmat eredményez, amely a kapcsolat alapja.

A két kutatás elméleti kapcsolódási pontjai

Mint azt a Bevezetőben említettem, 2009-ben készült a Családi kapcsolatok kérdőíves felmérés, „survey” vizsgálat keretében. A felmérés adatainak felhasználásával tisztább képet kaphatunk a fiatalok párkapcsolati trendjeinek és a párkapcsolatok minőségét, tartósságát befolyásoló tényezők alakulásáról. Ezzel a módszerrel felmérhetők az adott témakör főbb tendenciái, kisebb és nagyobb méretű csoportokra érvényes társadalmi jelenségek. Az egyén és sajátos, egyedi sorsa felől közelítve azonban újabb információkra tehetünk szert, melyet a nagyméretű reprezentatív mintával összevetve ismét értékes információkat nyerünk.

A mélyinterjúk segítségével a következő főbb kérdésekre kerestem választ:

- Hogyan alakul a korai anya-gyerek kapcsolat a családi állapot függvényében?
- A szülés élménye hogyan befolyásolja a párkapcsolat minőségét, és ezáltal a későbbiekben a család alakulását?
- Hogyan jelenik meg a kérdőíves kutatás során nyert információ az egyéni sorsokban, egyedi esetekben?

A pszichológia tudományának egyik jelentős ága a családot rendszerszemlélettel közelíti meg: ez a családot tekinti a problémák keletkezésének és a terápiás beavatkozás egységének. A kutatás, vizsgálat, terápia figyelmének középpontjában a család, annak alrendszerei, illetve az egyén meghatározó családi kapcsolatai állnak. A családterapeuták például a családi kapcsolatokban interakció, kommunikáció révén igyekeznek változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban².

A gyermek születése (akkor is, ha teljes családban születik, és akkor is, ha bizonyos tagok hiányoznak) kritikus időszak: olyan életesemény, mely a család (és természetesen a családban élő minden családtag) életére és sorsának alakulására hosszú távon kihat, ezért fontos feltérképezni ezen folyamatok dinamikáját; illetve azt: hogyan és milyen eszközökkel tudnánk segíteni a pozitív fejlődést (biztonság és felelősségvállalás elősegítése). Amennyiben a gyermek nem hagyományos családba születik (azaz anyja és apja nem házasodtak össze, és nem is élnek együtt), akkor is kihat a szülőkre a gyermek születése, és ugyanúgy érdemes a

hasonló folyamatokat feltérképezni. Ebben az esetben külön elemzést érdemel, ha az anya egyedül, családi támogatás nélkül kénytelen szülni.

Az 1980-as évektől mondhatjuk azt, hogy széles elméleti keretben, koherensen váltak magyarázhatóvá a kötődéssel mint emberi viszonylattal kapcsolatos problémák. A csecsemő- és gyermekkori kötődés, valamint a felnőttkori kapcsolatok alapmintáinak szoros összefüggését számos tanulmányban mutatták ki (Kósáné–Mirnics, 2007).

Életünk első, személyiségünk kialakulása szempontjából erősen meghatározó korszakát kizárólag a családban – vagy a családnak megfelelő környezetben – töltjük. A család olyan rendszert alkot, melyben minden tag és minden esemény hatást gyakorol a rendszer egészére, az pedig visszahat az egyénekre is (Boscolo–Cecchin–Hoffman–Penn, 1987, id. Mózes–Vargha, 2007). A családban történő változások bizonyos törvényszerűségek mentén zajlanak. Egy testvér születése például, de bármilyen más változás is, felborítja az addig megszokott rendet. A megszilárdult szerepek és szabályok átrendeződnek, újraértelmeződnek. Ez a folyamat addig zajlik, amíg a családban egy új egyensúlyi állapot be nem áll. Természetesen, ahogy a rendszer új taggal való bővülése krízist idéz elő, úgy egy-egy tag kilépése is változást hoz (Mózes–Vargha, 2007).

Párkapcsolat – család – kötődéstudományok

Ha az egyén fejlődéstörténetét vesszük alapul – s figyelmünket a párkapcsolatok kialakulására fordítjuk –, segítségünkre lehet Erikson (1985) személyiségfejlődési modellje. Erikson pszichoanalitikus megközelítése szerint a különböző életszakaszokban különböző pszichés feladatok várnak ránk, s a személyiség akkor fejlődik – az egyén akkor léphet egy következő, fejlettebb szakaszba –, ha az adott életszakasz feladatát, krízisét sikerrel megoldotta. Így tehát a kutatásunk szempontjából fontos életszakaszok és kríziseik a következők:

12–18 év között jelenik meg az identitás/szerepzavar problémaköre, amikor a serdülőnek önmagát kell meghatároznia, felelnie kell a „ki vagyok?” (nemi szerepek, politikai és vallási identitás) kérdésére.

19–39 éves kor között, a fiatal felnőttkorban a szeretetkapcsolatok állnak a középpontban (intimitás/elkülönülés problémaköre), amikor is intim kapcsolatot kell kialakítani, párt találni és családot alapítani.

40–65 éves kor között az ember feladata a szülőként való működés – nemcsak közvetlenül, de átvitt értelemben is: minden felnőttnek azon kellene munkálkodnia, hogy adhasson valamit a következő generációnak (alkotás/stagnálás problémaköre) (Erikson, id. Szakács–Kulcsár, 1985).

Természetesen nem lehet szigorúan elválasztani egymástól ezeket a feladatokat, hiszen a legtöbb ember újra és újra visszatér önmeghatározásának bizonyos problémáira, s ezen feladatok létezhetnek párhuzamosan egymás mellett. Mégis, vizsgálatunk szempontjából fontos megállapítanunk: önmagunk meghatározása, önismeretünk (melyet jelentősen befolyásol származási családunk) alapként szolgál párkapcsolataink kialakításában, és a családalapításban – ahol szülőként meghatározó szerepet töltünk be a következő generáció személyiségfejlődésének elősegítésében.

A pszichoanalitikus tárgykapcsolat-elméletek szerint az emberi kapcsolatok és az emberi fejlődés alapvetően nem biológiai determináltak, hanem a reflektív kapcsolatokban és azok belső tárgyi reprezentációjának hatása alatt tisztán pszichésen zajlanak.

Winnicott (1999) megállapítja, hogy a csecsemő személyiségének kibontakozása az anyától függ. Akkor tud egészségesen fejlődni a csecsemő, ha az anya reflektál rá: a csecsemő állandóan megnyilvánulhat, létének folytonosságáról megbizonyosodva (pl. nem baj, ha sír, nem elhallgattatni akarja az anya, hanem megvigasztalni). S ez nemcsak a lelki életére, hanem a testi egészségére is vonatkozik: ez ebben a korban még egy és ugyanaz. Winnicott megalkotta az ösbizalom fogalmát: a csecsemő akkor fejlődik egészségesen, ha a magáról, életről, világról alkotott alap-érzete és hiedelme az: a realitás jó és kielégítő. A későbbiekben az anya már nemcsak elfogad, hanem tükröz is: „elég jó anya” lesz belőle. Ez azt jelenti, hogy általa megtanulhatja önmagát a gyermek, miközben az anya is személyként van jelen (nemcsak táplál, gondoz, hanem érzelmei, igényei is vannak).

Széles körben ismert Ainsworth és Bowlby kötődési elmélete, mégis érdemes itt idéznünk (id. Ranschburg, 1984; Kósáné–Mircs, 2007). Bowlby megállapította, hogy a kötődés veleszületett, veszély esetére védelmet nyújtó biológiai ösztönként működik. Ezt a veleszületett, komplex reflexes válaszrendszert a csecsemő autonóm, aktív kötődési igénye aktiválja. Továbbá, az anya kötődési reflexe biztosítja az utódgondozást.

Ainsworth négy kötődési típust figyelt meg az általa vizsgált gyerekeknél: biztosan kötődő; bizonytalanul kötődő (elkerülő); bizonytalanul kötődő (ambivalens); és dezorganizált (ellentmondásos, zavarodott viselkedés).

A gyermek beilleszkedése a gondozó személyek által alkotott szimbiotikus univerzumba elkerülhetetlen biológiai szükséglet, és specifikus az emberi fajra nézve. Ez a szeretetteljes gondozás az élethez való kedv hajtóereje, az értelmi fejlődés motivációja. Elmondható az is, hogy az anyai fantáziák (félelmek, vágyak) nem mágikusan hatnak a csecsemőre, hanem az interakcióban realizálódnak, méghozzá a ráhangolódásban, a tükrözésben – ahogyan az anya ráhangolódik (vagy nem hangolódik) csecsemője hangulatára, állapotára, és visszatükrözi, értelmezi azt. Ezek torzulása a gyermek számára észlelhető és direkt korrigálható a reakcióban. Fontos megemlíteni azt is, hogy a csecsemőkori lelki zavarok zömében testi funkciók zavaraként mutatkoznak (szomatoszenzoros élményszinten).

A szülés, mint személyiségfejlődési lehetőség kutatáselméleti háttere

A szülést, mint életeseményt, rendhagyó megvilágításban vizsgálom: a szülés tényét, folyamatát nem az alakuló anya-gyermek kapcsolat, hanem a nő személyiségfejlődésének szempontjából mutatom be. E téma körülményéhez segítségül hívhatjuk Ferenczi Sándor trauma- és nyelvzavarelméletét (Ferenczi, 1971). Ferenczi megkülönbözteti a gyermek nyelvét (ami a gyengédség, a közelségigény kifejezése) és a felnőtt nyelvét (ami a szenvedély, a szexuális vágyak kifejezése). Nyelvzavar akkor jön létre, ha a felnőtt félreérti, és saját nyelvén értelmezi a gyermek közeledését. Nemcsak a szexuális bántalmazást, de a korai kapcsolati traumatizációt is leírja – a szülő és a gyermek közötti félreértés, meg nem értés folyamatát jellemzi.

Sheila Kitzinger (2008) egyenesen szülés utáni poszttraumás stressz szindrómáról beszél. Végül pedig egy új szempontot szeretnék bemutatni a szülést illetően: tekinthetjük gyógyító

(fejlődést elősegítő) folyamatnak is – nyilvánvalóan a biztonságos potenciális térben, egyfajta terápiában, gyógyító térben jöhet létre ez a fejlődés.

Mivel a szülés természetéből fakadóan nehezen szavakba önthető élmény, nehéz összehasonlítani születeket, és következtetéseket levonni a beszámolókból. Mégis erre szeretnék kísérletet tenni.

Legtöbbször azzal szembesülünk a szülés pszichológiáját tekintve, hogy bár sok szempontból megközelíthető, bizonyos dolgok általában kimaradnak a tudományos vizsgálat, vagy akár csak az elméleti megfogalmazások érdeklődési köréből. Tudjuk, hogyan alakul az anya-gyerek kapcsolat, sőt, az anya-magzat kapcsolat; tudjuk, szülés után milyen lélektani veszélyeknek és feladatoknak van kitéve az anya és csecsemője. Magáról a szülés folyamatáról inkább orvosi, illetve pszichoszomatikus irányból érkezik információ – ti. a folyamat megfelelő haladása érdekében milyen lelki körülményeknek kell(ene) bekövetkeznie.

Nyilvánvalóvá válik azonban a szülés mint életesemény jelentősége, ha tekintetbe vesszük, hogy a nő semmilyen más körülmények között nem tudja megismételni ezt az élményt élete során (még a többi születei is mások lesznek), hogy saját születésétől és halálától eltekintve, soha nem kerül ilyen intenzív kapcsolatba saját testével – ehhez hasonlítható természetesen a szexuális aktus, amely viszont remélhetőleg sokszor ismételhető. Tagadhatatlan az is, hogy sokan számolnak be spirituális élményről, amelyet azonban gyakran értelmezünk a felfokozott hormonális állapot következményeként.

A szülés lehet beavatásélmény is. Tudomásom szerint minden törzsi beavatás magába foglal valamilyen intenzív testi folyamatot – pl. csonkítás, tetoválás, éhezés, megküzdés a vadállatokkal, stb. A nők beavatása szülés is lehet – azaz egy előző személyiségfejlődési szintet meghaladva léphetnek magasabb/mélyebb szintre, intenzív testi élmény által létrehozott módosult tudatállapotot megtapasztalva. Talán az aktív-éber hipnózisban lehet ehhez leginkább hasonlító állapotot elérni. Elsősorban nem az anyaságra, mint fejlődési lépcsőfokra gondolok itt, bár a másokról való gondoskodásban is rejlik fejlődési lehetőség, hanem egyszerűen a leányság felől az asszonyiság felé történő éérésre, a természettel, saját testünkkel, a ritmusokkal való kapcsolat elmélyülésére utalok. Ha ezt az analitikus pszichológia segítségével, szimbólumokat értelmezve vizsgáljuk, érdemes azt is áttekinteni, milyen értékes információkat hordoznak számunkra a szülésről, bábákról a népmesék.

Tisztában vagyunk vele, hogy valahogyan nem általános ez a jelenség a szüléssel kapcsolatban. Óriási különbség van a háborítatlan szülés és a medikális környezetben, sok orvosi beavatkozással zajló szülés között. A háborítatlan szülés létrejöhet a szülés helyszínétől függetlenül, akkor, ha a szülést kísérik – figyelik, hagyják kibontakozni, és csak a legszükségesebb esetben avatkoznak be. A medikális szemlélet ennek mintha az ellentéte lenne: a biztonságra törekvés a megelőző beavatkozásokban nyilvánul meg. A szülészeti ellátás cselekvésből áll, a hibát a beavatkozás elmulasztása jelenti, és soha nem a felesleges beavatkozás.

Kitzinger (2008) antropológiai szempontból írja le a szülési kultúrát: szerinte a kórházi szülés egyszerűen intézményes zaklatás, ugyanolyan, mint a fiúkollégiumokban vagy a hadseregben ismert jelenség – az újoncokra fenyegetéssel, megalázással, megfélemlítéssel erőszakolják rá a hatalmat. Minden totalitárius intézménynek, így a kórháznak is vannak szertartásai és protokolljai, amelyeknek célja a biztonság fenntartása és a mindenkit ellenőrző stratégiák kialakítása. A kórházi rendszer írja elő az anyaságba való áthaladás rítusait, mely megerősíti az intézményi hatalmat. Ebben a rendszerben a dolgozók is csak ezt a hatalmat kényszerülnek

szolgálni, sokszor lehetetlenné válik a személyes kapcsolat, érzelmek átélése és kommunikálása (vö. kiégés).

Az autentikus élmény létjogosultságáról pontosan annak hiánya tanúskodik: a kórházi szülések sokszor traumatikus szülések, függetlenül attól, hogy orvosi szempontból egészséges anya és újszülött az eredmény.

Mitől lesz traumatikus a szülés? Kitzinger úgy véli, a szülés élménye nem a szülés folyamatának törvényszerűségein múlik, hanem a helyzeten: azon, hogyan bánnak a nővel szülés közben. A trauma/erőszak legfontosabb hatótényezője nem az orvosi beavatkozás megléte vagy hiánya, hanem a személyekkel kialakított kapcsolat.

Ha nem minden (egyébként normális) szülés beavatásélmény, az azért lehetséges, mert kívülről – vagy belülről – megzavarodik a folyamat, valami megzavarja a nő fejlődési lehetőségét, önmaga megtapasztalását.

Kitzinger szerint a nők szülési sokkot élhetnek át. Ennek oka az, hogy a kórházban általában gépként kezelik a női testet. Még hozzá olyan gépként, ami elromolhat – és mint tudjuk, ami elromolhat, az el is romlik. Szülés után nem (csak) depressziósok, hanem ptsd-ben – poszttraumás stressz szindrómában – szenvednek ezek a nők. Hasonlóan a háborús veteránoknál tapasztalt tünetekhez, a traumatikus szülés kilátástalan csapdahelyzetet jelent: az érzéketlen bánásmód elszenvedését, amikor nincs se választási, se menekülési lehetőség. Mint említettem, a kórházi kultúra rituáléi határozzák meg a szülést a természetes folyamat (természetes beavatási szertartás) helyett. A nők tehetetlenséget, hatalomvesztést élnek át. A szülés természetes folyamatát nem lehet irányítani, éppen ellenkezőleg: el kell engednie magát a szülő nőnek, átadnia magát a folyamatnak – meghaladnia önmagát, és mégis önmaga új oldalát tapasztalhatja meg. Irányítani a környezetet lehet, illetve abban a tudatállapotban lehet szülni, ahol szabadon lehet önmaga a nő.

A gondoskodó környezetnek való kiszolgáltatottság Ferenczi gondolkodási rendszerében a gyengédség nyelvén beszélő gyermek állapota. A szenvedély (a felnőtt) és a gyengédség (a gyermek) nyelve tehát egyszerre jelenik meg a szülés folyamatában. Ha a szülő nőt felnőttnek kezelik – (a kórházban pl.: jogok, kötelességek, információk és döntés, szabályok betartása) ezzel abuzálják a „gyermeket”. Ha gyermeknek kezelik – (beteg szerep) abuzálják a felnőttet, aki tud felelős döntést hozni a testéről. Nem beszélve arról, hogy sokszor visszaélnak a kiszolgáltatott helyzettel önmagában is – az esetleges traumát súlyosbítja a magára hagyatottság, a trauma semmibevétele, büntudat okozása (Ferenczi – azonosulás az agresszonnal).

A medikális szemléletből kiinduló aktív szülésvezetés szinte csak nyelvzavarra van kárhóztatva a szülő nővel, hiszen úgy akarnak segíteni, ahogyan nem lehet – beavatkozással, szóbeli irányítással (ne feledjük, egészséges szülésről van szó). Nem jön létre kommunikáció, úgy tűnik, mindenképpen nyelvzavar alakul ki.

Lénárd (2004) hermeneutikus értelmezése szerint a nyelvzavar kapcsolati zavar, nemcsak verbális, de preverbális szinten is értelmezhető. Ezzel magyarázhatjuk az érzelmi ráhangolódás jelentőségét. Ha létezik, Winnicott-ot idézve, elég jó anya, akkor van elég jó befogadó is: ez a kommunikáció minőségét jellemzi. A csecsemő mint szöveg, értelmezhető; az anya mint befogadó jelenik meg. Ez egy kölcsönösen megértő, értelmező és jelentéskonstituáló kapcsolat, a gyermek szelfje és az anya is alakul.

Lénárd szerint a nyelvzavar egyenlő a „nem beszélgetésben lenni” állapotával, az anya folyamatos félreértő interpretációja, ennek mentén kapcsolódik a gyermekhez. A félreértés (és korrigálás) természetes velejárója a beszélgetésnek, azonban ez még nem nyelvzavar. A kötődés az azonosság és a különbözőség forrása is, a folytonos dialógusban lehet ezt megtapasztalni.

Verbálisan a szülő nővel nem lehet, és nem kell kommunikálni. A szülésben lélektani szempontból nem a külvilággal való kommunikáció a lényeges, hanem a belső kommunikáció: egyrészt a saját testre, másrészt a másik testére (a magzatra) való figyelem viszi előre a szülést. Nem szándékos, tudatos figyelem, hanem a megváltozott tudatállapot által létrehozott fókusz ez.

Véleményem szerint szüléskor a kommunikáció maga a gondoskodó (pre-verbális, érzelmileg ráhangolódott) környezet. Szó szerinti karban-tartás. A szülő nő az önkontroll, bizonyos énfunkciók (pl. realitás-kontroll) elvesztését egy biztonságos térben engedheti meg magának. A biztonságos tér mindenkinek mást jelent, de egészen egyértelmű, hogy a gondoskodó személy(ek) határozzák meg a biztonság mértékét. Ha a szülést kísérők „elég jó befogadók”, létre tud jönni a kommunikáció, létre tud jönni a szülés mint beavatás maga. Megszülethet az új self, az új jelentés az elég jó befogadó tükrözése által, és szükségszerű visszavonulása révén.

Ha traumáról beszélünk, beszélnünk kell a gyógyulásról és öngyógyításról is. A szülés lehet gyógyító élmény, akár korábbi traumák (pl. szexuális erőszak), akár korábbi traumatikus szülés(ek) feldolgozásáról van szó. A szülés biztonságos tere felfogható a pszichoterápiában létrejövő potenciális térként is (Winnicott, 1999), amely olyan biztonságos, átmeneti (sem nem belső, sem nem külső) tér, ahol gyakorolható a megküzdés, elengedhető a múltbeli sérelem. A bábák gondoskodása elősegíti az öngyógyítási folyamatot. Elég jó terapeutaként képesek tartalmazni és megdolgozva visszaadni a nehezen elviselhető indulatokat, rendelkezésre állnak, de nem avatkoznak be feleslegesen. A kereteket megbízhatóan fenntartják.

Az a megváltozott tudatállapot, amelybe a szülő nő kerül, ideális, megtartó környezetben a többi résztvevőre is átragad. Az érzelmi – szellemi élmény gazdagítja a bábákat, a gyógyító nőt is.

A vizsgálat eredményei

A fejezet első részében Tárkányi Ákos (2010) munkája nyomán röviden ismertetem a kérdőíves kutatás eredményeit. Természetesen az itt közölt adatok és következtetések nem teljes körűek, csak a jelen tanulmány – és a mélyinterjú kutatás – szempontjából releváns részletekre térek ki. A második részben az általam végzett mélyinterjú kutatást mutatom be.

Néhány gondolat a „Családi kapcsolatok” kérdőíves kutatásról³

A párkapcsolatok alakulását vizsgáló országosan reprezentatív szociológiai felmérés célja volt, hogy tisztább képet kapjunk a fiatalok és a középkorúak párkapcsolati trendjeinek és a párkapcsolatok minőségét, tartósságát befolyásoló tényezőknek az alakulásáról. A

makrostatisztikai adatok, a szakirodalomban szereplő főbb szociológiai és demográfiai kutatási eredmények ismertetésén túl a felmérés adatai alapján leírás készült az ifjúság, illetve a párkapcsolatok sajátosságairól Magyarországon. A kutatás eredményeit összegezve Tárkányi egy magyarázó modellt állított fel a párkapcsolatok stabilitásának, a kapcsolattal való elégedettségnek a háttértényezőit illetően. A „populáris kultúra hatása” az a tényező, amely a kiindulópontot jelenti. A modellben szereplő hipotézisek tesztelésének eredményei a párkapcsolatok működésének fontos tényezőire mutatnak rá.

Úgy tűnik, a fiatal generációk zömére nem a szoros értelemben vett promiszkuitás (partnerek sűrű váltogatása) jellemző, hanem főként a viszonylag hosszabb távú, de bizonytalan, zavaros, bomlékony párkapcsolatok. Sőt, meglepően sokan nem élnek párkapcsolatban, és e csoportban szép számmal vannak, akik később sem kívánnak házasságot kötni, élettársi kapcsolatot létesíteni. Az eredmények szerint egyre későbbi életkorban kötnek házasságot az emberek, amiben a karrier-építés, az individualista társadalom követelményei, a szingli életmód terjedése játszanak szerepet. Ebbe a látogató párkapcsolat belefér, de a tartós párkapcsolat, úgy tűnik, nem. Talán ez életkori probléma is – nem csak a szülőkről való leválás ideje, az önálló élet kezdése tolódott ki (hosszadalmas diák státusz, és az ezzel járó kiszolgáltatottság a szülőnek, gyermek szerep), hanem az identitás-meghatározás is.

Az elváltak aránya – ahol az első házasság fölbomlott – jóval nagyobb volt azoknál, akiknek két vagy több nemi partnere is volt a leendő házastárson kívül az első házasságkötés előtt, mint azok körében, akiknél csak egy ilyen partner volt, vagy egy sem.

A hipotézisek tesztelése során kiderült, hogy az élvezetvezérelt, erősen individualisztikus felfogás és a nemi élet megengedhetőségéről vallott nézetek összefüggtek a nemi partnerek addigi számával, utóbbi pedig a párkapcsolati konfliktusok kezelésével való elégedettség mértékével. Ez magyarázhatja azt, hogy az elváltak között az átlagnál magasabb volt a nemi életet „bármikor” megengedhetőnek tartók aránya.

A párkapcsolati konfliktusoknak veszekedéssel való megoldása sok esetben okozott szorongást, pszichoszomatikus tüneteket.

A 35–49 évesek között az együtt élő házások gyermekeinek lényegesen jobb volt az iskolai teljesítménye, mint az elvált szülőkéinek. Ritkább volt a munkahelyi hiányzás a párkapcsolati konfliktust általában pozitívabb módon megoldóknál, és azoknál, akiknél nem merült föl az utóbbi év folyamán a válás gondolata. A konfliktuskezelés módjával elégedettebbek között ritkábban fordult elő, hogy nem tudtak teljesen odafigyelni a munkájukra.

Akik a legkevesebbet beszélgetnek a párjukkal (vagy legalábbis a legkevesebbet vannak vele együtt némi kommunikációval járó együttlétben), azoknál a legnagyobb a tapasztalt feszültség a munka és a családi élet között. Úgy érzik, hogy a munkahelyi eredetű fáradtságuk akadályozza őket családi kapcsolataik megélésében, vagyis a sok munka miatt jut kevés idejük, erejük a beszélgetésre, együttlétre. Ugyanakkor a válás háttértényezőit tekintve összefüggés mutatkozik a szegényes, ritkás kommunikáció és a válás nagyobb kockázata között. A válás gyakorisága viszont csökkent magasabb intenzitású vallásosság esetén.

A közvéleményben nagy többségben voltak az iskolai családi életre nevelést, a párkapcsolatokra való felkészítést fontosnak tartók.

A mélyinterjúk kutatás eredményei

A vizsgálati alaphelyzet

Félig strukturált pszichológiai interjú három stabil párkapcsolatban élő anyával (kettő házasságban élő, és egy élettársi kapcsolatban élő nővel), és kettő egyedülálló anyával. A stabil párkapcsolat alatt „jó házasságban” élést, azaz erős kötődést és közös problémamegoldási készségeket, illetve közös jövőképet értünk. A vizsgálat tárgyát képezi az is, van-e összefüggés a párkapcsolat stabilitása és a házasság megléte/hiánya között. További érdeklődésünkre számot tartó témák: milyen összefüggésben van a párkapcsolat minősége az iskolai végzettséggel; milyen hatással van az egyedülálló anyára, hogy a származási családja vagy barátai támogatják-e; a vallásosság milyen hatással van a párkapcsolati életére, illetve a gyermekvállalási attitűdjére. Fiatal anyák esetén érdemes rákérdezni az iskolai előtörténetre, „karrierre”, illetve a szubkultúra (zenei ízlés, csoporthoz tartozás) befolyására is.

Mind az öt fő az interjú felvétele után kitölti a már meglevő kérdőíveket. Feltételezzük, hogy különbség van a stabil párkapcsolati, családi háttérű szülő nő, és az egyedülálló, családi támogatás hiányában szülő nő élményei, kapcsolati történetei és problémái, problémamegoldási készségei között.

Félig strukturált interjú alkalmazása esetén nem konkrét kérdéseket határozunk meg az interjúalany számára, hanem témákat vetünk fel (pl.: Meséljen a párkapcsolatáról/szüléséről/gyermekével való kapcsolatáról), és a beszélgetés menetét irányított kérdésekkel tereljük a minket érdeklő területekre (pl.: Hogyan érintette a szülés élménye a párkapcsolatát? Mi a véleménye a házasságról?). Az interjú szövegét diktafonnal rögzítettem.

Az interjú fókusza a várandósság és a szülés személyes története volt, melyen keresztül a következő témákról is kértünk információt:

- a házasságról, az élettársi kapcsolatról és az egyedülálló életformáról alkotott elképzelések;
- nemi szerepek;
- szexuális viselkedés, normák, magatartás és felelősségérzet;
- gyermekvállalás házasságon belül és kívül;
- személyes párkapcsolati történet, a kapcsolatok kezdete, felbomlása;
- párkapcsolati problémák;
- egészségi állapot;
- a jövőről alkotott elképzelések (saját maga, gyermeke, a gyermek apjának további sorsa);
- változtatna-e valamin, ami történt, és ha igen, hogyan? (mit szeretett volna másképpen?);
- tudatosság az életvezetésben (választás/döntés vagy sodródás).

(A fentiekén túl kérdeztünk az életkorra, a lakóhely típusára, a tágabb családi környezet felépítésére, az iskolai végzettségre és a vallásosságra.)

Az interjúalanyok

1. alany: 1978-ban született nő, fővárosi lakos, házas, egy 8 hónapos gyermeke van.
2. alany: 1978-ban született nő, fővárosi lakos, házas, egy 4 hónapos gyermeke van.
3. alany: 1978-ben született nő, falusi lakos, hajadon, látogató élettársi kapcsolatban él, 14 hónapos a gyermeke.
4. alany: 1974-ben született nő, kisvárosi lakos, kétszer elvált; jelenleg egyedülálló, két házasságból négy gyermeke van (köztük egy ikerpár), 16, 12-12 és 5 évesek.
5. alany: 1974-ben született nő, kisvárosi lakos, elvált, élettársi kapcsolatából kilépett; jelenleg egyedülálló, egy 10 éves gyermeke van.

Általános megfigyelések a szülésről szóló beszámolóknak csán

A szülés, mint jelentős esemény, mind az egyén, mind a család rendszerének működésébe bepillantást enged – a felfokozott érzelmek, a szélsőséges helyzet megmutatja a hétköznapiakban esetleg nehezebben tetten érhető értékeket, vélekedéseket, érzelmeket is. Így tehát az egyéni történetekből, egyéni élethelyzetekből értékes információkat nyerhetünk. A vizsgálatban mindegyik interjúalany segítőkészen, őszintén vett részt. Szívesen beszéltek a szülésükről, bár ketten (2. és 3. alany), nehezen fogalmazták meg egyéni élményüket – nem azért, mert az negatív lett volna: a 2. alany egyértelműen pozitív élményről számolt be, s a 3. alanyé is inkább összetettként jellemezhető, mintsem negatívként.

Az, hogy milyen régen szültek, szintén nem volt erős befolyásoló tényező: a legrészletesebben éppen a 10 éves lány anyukája mesélt (5. alany), nagyjából úgy, mint a 8 hónapos gyermek édesanyja (1. alany). Ellenben a 4 hónapos csecsemő anyja (2. alany) volt az, aki néhány szót tudott csak mondani magáról a szülésről (itt két ok lehetséges: vagy általában nem tud beszélni intim érzéseiről, vagy még túl korai volt erről beszélnie). Ebben az értelemben tehát az eltelt időnek mégiscsak szerepe lehet a beszámolóban.

Mind az öt interjúalany érzelmektől telítve, adekvátnak mutatta meg életének ezt az intim eseményét. Egyikükénél sem beszélhetünk traumatikus szülésről, jóllehet előfordult pl. császármetszés is. Traumatikus szülés alatt olyan negatív szülésélményt értek, amely egyértelműen összefüggésbe hozható a szülés utáni pszichés, ill. kapcsolati zavarokkal (ahogy erről már korábban szó volt az elméleti keretek meghatározásánál). Legtöbbször tehetetlennek, erőszak áldozatának érzik magukat a nők szülés közben, és sokáig (akár évekig) nem tudnak szabadulni a szülés élményétől. Ilyen lehet pl. egy egészségügyi szempontból problémamentes szülés is, ha az anya erőszaknak éli meg az aktív szülésvezetést – de természetesen ide tartozhat a komplikált szülés is. Nagyon fontos megjegyezni, hogy sokszor vezető okként szerepel a traumatikus szülés a további gyermekvállalás elutasításában.

Az édesapák egy kivételével (3. alany) minden esetben jelen voltak a szüléseknél, amennyire lehetséges volt (legalább a kórházban ott voltak).

Négy nő a benyomásaim szerint feltételezhetően mentálisan egészséges volt, egyikük (4. alany) pedig elmondása szerint jelenleg is pszichiátriai kezelés alatt áll, bipoláris depresszió diagnózissal.

Az egyes interjúalanyok és a gyermek(ek) apjának párkapcsolata

Az 1. interjúalany beszámolója szerint mindketten elsők voltak egymásnak, a kizárólagosság és hűség azóta is tart. A házasságban élt nemi életet tartja helyesnek. Lényegében nincs hosszú párkapcsolati történet, mert a jelen kapcsolat meghatározó az életében. Párkapcsolati problémákról nem ejtett szót. Jövőképe: három gyermek, természetesen közösen, a házasságban. A tágabb család mérsékelten segít, de a baráti kör (egyházi közösség) erősen jelen van az életükben, a kölcsönös segítséget tekintve is. Az iskolai végzettség kapcsán (egyetemre jár, hamarosan befejezi) elmondta, hogy a fontossági sorrendben első a család, a diplomát csak azért szerez, „hogy legyen” – és mert ezzel lehet legtöbbet segíteni az embereken.

A második interjúalany és párja számára szintén ez az első, és a kezdettől máig kizárólagos kapcsolat. A nemi életet a házasság keretein belül gondolja helyesnek. Párkapcsolati problémákról nem számolt be. Ami a jövőt illeti: még szeretnének gyereket (nem tudják, mikor és mennyit), közösen, a házasságban. A tágabb család nem sokat segít, ellentétben a baráti körrel (egyházi közösség). Segítő szakmában dolgozott a szülés előtt (főiskolai végzettségű), fontos számára a munkája, a későbbiekben szeretné összeegyeztetni a családdal.

A harmadik interjúalanyának kevés komoly kapcsolata volt (diákkori szerelmek), az előző élettársi kapcsolata fél évig tartott, amiben fogant egy gyermek, amit végül nem tartott meg (az apa nem volt megbízható, és a saját családja nem támogatta). Legutóbbi kapcsolata látogató élettársi kapcsolat volt, de amikor véletlenül megfogant, a férfi elhagyta, tagadta a gyermeket, jelenleg is folyik az apasági per. Most támogatja, támogatja a családja a gyermek kihordását és felnevelését. Nagyon megviseli a szakítás, mert teljesen váratlanul érte, elég jó volt a kapcsolatuk a terhesség előtt. Párt most nem keres, és nem is tervezi a jövőt, bár még szeretne gyereket (férjhez menni nem akar). Vallásos a maga módján, de nem tartozik közösséghez. Folyamatosan azon gondolkodik (hiszen krízisben van), hogy mit kellett volna másképp csinálnia, hogy ne így történjenek a dolgok, de erre nem tudja a választ. Elmondásából úgy tűnik, az apa nem teljesen egészséges mentálisan, ezért sok esélye nem volt.

A negyedik interjúalanyának nem volt élettársi kapcsolata, csak két házassága. Mindkét házasságáról ugyanazt mesélte el: barátságból alakultak, a kapcsolat elhalványulása és egészségügyi problémák miatt végződtek válással. (A férjekről nem mondott szinte semmit.) Nem gondolja, hogy a történéseken változtatni lehetett volna (talán az ikrek szülése utáni hosszadalmas orvosi procedúra alakulhatott volna másképp, ha más orvost választottak volna). Nem akar már gyereket (az utolsó szülésénél sterilizálták), és párkapcsolatot sem. A családjával nem tartja a kapcsolatot, gyermekkorában a nevelőapja megerőszkolta, az anyja pedig cserbenhagyta ebben a helyzetben. Gyakorló és meggyőződéses hívő, vallási közösséghez is tartozik, ez az egyetlen dolog, ami kimozdítja otthonról. Jelenleg egyetemre jár, végzős jogászhallgató.

Az 5. interjúalany házassága előtt, kamaszkorában járt fiúkkal, de ezek diákszerelmek voltak; első nagy szerelme a későbbi férje volt. Az esküvő után hamarosan érkezett a gyerek, akit nagyon vártak, örültek neki. De aztán az évek során a férj nagyon elhidegült tőlük, alig töltött időt velük, és ezt ő nem bírta tovább. Elváltak, közben a férjnek új kapcsolata lett, amelyben olyan kötődéseket is bevállalt, amit a volt feleségével nem – ezt külön sérelmezte az interjúalany. Elmondta: annyira szerelmes volt a férjébe, hogy sok mindent nem vett észre. A válás után egy súlyosan zavart férfival került élettársi kapcsolatba, akit befogadott, mert nem volt hová mennie. A férfi az előző kapcsolatából öngyilkossági kísérlettel menekült, nem meglepő, hogy itt is ez történt (sikertelen volt ezúttal is az öngyilkossági kísérlet). Ebben a

kapcsolatban fogant egy gyermek, de az anya nem akarta megtartani, pontosan a férfi megbízhatatlansága miatt. Végül nem került sor művi abortuszra, mert a magzat magától távozott. Nemrég sikerült kilépnie ebből a kapcsolatból (ami a gyereket is nagyon megviselte). Most egyedülálló, de alakul egy új kapcsolata, a férfi éppen válni készül. A szülei, családjára számíthat, segítenek egymásnak. A gyermek tartja a kapcsolatot az apjával és az apai nagyszülőkkel. Bízunk a jövőben, szeretne még gyereket. Felsőfokú végzettségű, a szakmájában dolgozik. Vallásos a maga módján, templomba is jár.

A házasságról, az élettársi kapcsolatról és az egyedülálló életformáról alkotott elképzelések

A házasságban élők és azok is, akik már elváltak, mind egyértelműen kifejezték, hogy fontosnak és jónak tartják a házasság intézményét. Akik elváltak (4. és 5. alany), nem bánták meg, hogy valaha férjhez mentek, egyikük (5. alany) szeretne is újra házasságra lépni, gyereket szülni. Másikuk (4. alany), ahogy említettem korábban, saját problémái miatt már nem akar semmilyen párkapcsolatot. Az egyedüllett tehát neki megfelel. A másik két (3. és 5. alany) egyedülálló nő életében ez átmeneti állapot, amelyet nehezen viselnek, és törekednek a megváltoztatására – egyiküknek (5. alany) van egy kialakuló párkapcsolata, másikuk (3. alany) pedig hosszabb távon gondolkodik majd a párválasztáson.

Tudatosság az életvezetésben (választás/döntés, vagy sodródás)

Mindenekelőtt érdemes meghatározni (legalábbis jelen keretek között), mit is jelent a sodródás. Véleményem szerint sodródónak nevezhetjük a párválasztás azon formáit, amikor aktív döntés nem előzi meg a kapcsolat létrejöttét. A döntés nem feltétlenül helyes vagy megalapozott, de mindenesetre tudatos, nem pedig a körülményekhez való alkalmazkodás. Úgy tűnik tehát, az interjúalanyok egyikének esetében sincs szó sodródásról, bár a rossz párválasztás (elhamarkodott, rosszul megalapozott döntés) olyan élethelyzetet okozott többek esetében, amiben áldozattá váltak (elhagyott anya lett belőlük). Tudatosan döntenek, tudatosan hagyják nyitva vagy zárják ki a lehetőségeket. Egyikük jelentette ki csak, hogy nem akar férjhez menni, soha nem is akart, ő élettársi kapcsolatra törekszik (3. alany).

Nemi szerepek – szexuális viselkedés, normák, magatartás és felelősségérzet

Minden interjúalany felelősségteljes és biztonságos szexuális életet folytat, csak a komoly, mély kapcsolatban alakulhat ki szexuális kapcsolat a partnerrel – vallják. Ez az 1. és 2. alany esetében kizárólag a házasság lehet. A 3. és 5. alanyoknak voltak diákkori szerelmei, komoly, tartós kapcsolatok – csak ebben az esetben folytattak szexuális viszonyt. A komoly kapcsolatok mind kizárólagosak (hűségen alapulóak) voltak, bár arról nem tudunk, a férfiak életében, párkapcsolati történetében ez milyen szerepet játszott. A férjek/élettársak kapcsolatairól pontosabban csak az 1. és 2. alany mondott, ahol kölcsönös volt a szüzesség elvesztése az első szexuális kapcsolat alkalmával. A 3. alany élettársa elvált, két felnőtt gyermek apja. Az 5. alany elmondta, hogy volt férjének is ő volt a nagy szerelem, de nem érdekelte, hányadik nő volt ő az életében (ez igaz a 3. és 4. alanyra is – nem volt releváns számukra a férfi párkapcsolati története).

A házastársi (partneri) hűséget egytől egyik elengedhetetlennek tartják – és bevallásuk szerint ők hűek voltak párjukhoz. Egyedül az 5. interjúalany számolt be arról, hogy a férje megcsalta őt – ez már a válás után derült ki, és nagyon nagy trauma volt a számára.

Gyermekvállalás házasságon belül és kívül

Az interjúalanyok közül egy anya vállalt gyermeket házasságon kívül, ő jelenleg egyedül neveli a 14 hónapos gyermekét (3. interjúalany). Véletlenül fogant a gyermek, és mivel egy korábbi kapcsolatából már volt egy abortusza, ezt a gyermeket mindenképpen meg akarta

tartani. Ebben a családja (szülei, nővére) támogatta, bár mindannyian a házasság hívei. Sajnos az apa nem ismeri el a gyermeket, ez okozza a legnagyobb problémát az anyának (jelenleg apasági per folyik). A többi interjúalany gyermekei mind házasságon belül fogantak és születtek, mindannyian tervezetten. Ettől függetlenül alakultak különbözőképpen az anyák és családok történetei.

Egészségi állapot

Csabai (2004) szerint mind az orvosok, mint a betegek igénylik a jól körülírható és hatékonyan kezelhető betegségkategóriákat – az orvoslás korlátainak beismerése mindkét fél részéről túrhetetlen szorongással jár. A nem eléggé bekeretezett betegségek – a test és lélek határán imbolygó tünetek – definícióját külső tényezők befolyásolják. A diagnózisok változásaihoz hozzájárulnak a társadalmi változások, a piaci igények, a fogyasztói értékek. A betegség és a nőiség összekapcsolódik a gondolkodásunkban.

A hisztéria emblematikus ebből a szempontból – jelenleg az anorexia, stressz-betegségek, neurózis, pszichoszomatikus betegségek töltik be ezt a szerepet. A társas konstruktivista megközelítés szerint minden (szakértői) tudás megkérdőjeleződik, radikális kételkedésben élünk – az egyéni lelki és testi szenvedés egyben társadalmi is. Viselkedéses nézőpontból: léteznek „nehéz betegek”, színlelt zavarok. Az orvosok szerint abnormális, ha egy beteg organikus okok nélküli tüneteket produkál (és segítséget kér). Nem lehet alábecsülni az utánzás, divatok, elvárásoknak megfelelés szerepét sem. Élettörténeti – integratív nézőpont – az élettörténeti szöveg szerzője az orvos és a beteg együtt, az orvos feladata a széttöredezett történetek szerkesztése (Csabai, 2004).

Egy esetben pszichoszomatikus tünetképzés (1. alany), egy krízisben levő anya (3. alany) szomatikus tünetekkel (alvászavar, szorongás), egy esetben mentális zavar társult egészségügyi problémákkal (elhízás, asztma, emésztési zavarok, 4. alany), az 5. interjúalany jelenleg stressz kiváltotta lisztérzékenységekben szenved, a 2. interjúalany pedig többé-kevésbé panaszmentes.

Szülés – párkapcsolat – család

A családi kapcsolatok meghatározzák az egyén biztonságérzetét, amely pedig visszahat a család mint egység stabilitására. Egyén és közösség kölcsönösen erősíti egymást – vagy kölcsönösen gyengíti, rombolja. Egyértelműen látszott, hogy a házasságban élő nők számára nem merülnek fel olyan életproblémák, mint az egyedülállók esetén, hiszen az alaphelyzet – egy pár vagyunk, és együtt oldjuk meg a problémákat – más kontextusba helyezi a nehézségeket. Az egyik egyedülálló nő (4. alany) azt mondta: „Nem terhelném rá másokra az [egészségi] problémáimat”. A házasságban élőkénél viszont természetes, hogy a saját egészségi problémájuk a család problémája is – és ezen pozitív hozzáállást értek. Tehát az orvoshoz menés, a gyerekfelügyelet, az ápolás közös feladatot jelentenek (és meg is oldódnak, a pár és a tágabb család segítségének igénybevételével).

A tágabb családhoz való kötődés nagyon változó volt: a párkapcsolatban élők (1. és 2. alany) elég jól működő kapcsolatot áptak a szüleikkel – bár az 1. interjúalany, aki félárva, inkább csak felszínes kapcsolatban van az édesapjával. A rászoruló egyedülállók közül ketten (3. és 5. alany) szintén lazább vagy ambivalens kapcsolatban vannak a szüleikkel. A 4. interjúalany pedig egyáltalán nem tartotta a kapcsolatot a szüleiével; azt is elmondta, hogy nem ad a véleményükre, nem szolgálnak mintául a számára. A 3. interjúalany, aki szintén félárva, meglehetősen ambivalens viszonyban volt az édesanyjával. Az 5. viszonya sem volt igazán jó a szüleiével. A 3. és 5. alany kapnak szülői segítséget, szülei viselkedése mégis

ellenmondásos érzéseket kelt bennük. Érdemes végiggondolni, hogyan hat a szülői minta a felnőtt gyermekek szülőként való helytállására – ebben a végtelen láncban (szülő–gyerek–szülő–gyerek...) hol vannak azok a pontok, ahol egy esetleg rossz mintát javítani lehet, ahol egy külső személy (segítő) hatékonyan tud beavatkozni. A már kialakult problémát is kell kezelni, illetve szükség esetén segítséget nyújtani; de a megelőzés (pl. gyermekkortól kezdett szexuális és párkapcsolati nevelés) talán még ennél is sokkal fontosabb.

A három jelenleg egyedülálló nő (3., 4., 5. alany) párkapcsolati történeteiből kiderül, hogy az életük ebben a tekintetben folyamatosan változik, folyamatosan alkalmazkodniuk kell ezekhez a változásokhoz – ha házasságban éltek, az elmúlik, ha élettársi kapcsolatban, az is fel tud bomlani, és az egyedülálló életforma is átmeneti (bár egyikük esetében tudatosan választott, és „végleges” döntés – 4. alany).

Ez a folyamatos dinamikus változás, mely megváltoztatta az eredeti változók kontrollálását, rávilágít arra, hogy a jelenleg stabilnak vagy instabilnak gondolt párkapcsolatok nagy biztonsággal csak itt és most, illetve visszamenőleg értékelhetők, elemezhetők. A jövőre irányuló megállapításokkal nagyon óvatosan kell bánni.

A korai anya-gyerek kapcsolat

Kétféle anya-gyerek helyzettel találkozhattam: a kapcsolat még „rövid távú” (kisgyerekek – itt nyilván a jelen helyzetet lehet értékelni, 1., 2., 3. alany); és „hosszú távú” (5–10 éves és még nagyobb gyerekek – itt pedig lehet látni a szülés körüli élmények hosszabb távú hatását, 4., 5. alany). A *kisbabás anyukáknál* (két házas és egy egyedülálló) szoros és jól működő kapcsolatot figyelhettem meg. Mivel ebben az életszakaszban az apáknak kevés közvetlen szerep jut, az apák jelenléte vagy hiánya a jelenben nem volt hatással az anya-gyerek kapcsolatra. Ám már most megfogalmazta az egyedülálló anya (3. alany): „Nem tudom, a későbbiekben hogy fogja viselni, hogy az apja nem akarja elfogadni őt” – előre vetítve későbbi problémákat.

A házasságban élő nők (1. és 2. alany) szülései viszonylag problémamentesen, párjukkal zajlottak, így az élmény is többé-kevésbé problémamentesen illeszkedik bele élettörténetükbe, családi életükbe. Bár egyikük (1. alany) esetében a sorozatos egészségügyi problémák nehezítették a helyzetet, amely számomra a lelki-szellemi kérdések testi szinten való megélésére (pszichoszomatikus tünetképzés) – és ezáltal meg nem oldott konfliktusokra – utal.

A *hosszú távú anya-gyerek kapcsolatokban* egyik esetben (5. interjúalany) egyértelműen pozitív, apás szülés volt; később a házasság zátonyra futott. Mindketten szerettek volna gyermeket, ezért házasodtak össze, az anya vallásos is (amint a beszélgetésünkből kiderült, az apáról csak hitte, hogy az), az apa a gyermeket nagyon szerette, elfogadta, és a válás után is tartja vele a kapcsolatot. Itt tehát a jó indulás (ezt az anya is megfogalmazta hasonló szavakkal) nem volt elég a folytatáshoz, bár látszólag minden tökéletes volt. Az anya elmondta, hogy végül azért váltak el, mert érzelmileg elhanyagolta őt és a gyermeket is a férje. Harag nélkül, tapintatosan váltak el.

A másik esetben (4. interjúalany) súlyos mentális problémával küzdő anyáról van szó, amely önmagában meghatározza az anya-gyerek kapcsolatot. Az asszony szülései császármetszéssel történtek. Első férje pozitív és támogató apa volt, a szülés azonban nagyon megviselte mindhármasukat, a műtétet altatásban végezték, az anya nehezen fogadta el, „ismerte el” a gyermeket. Gyermekük egyéves kora előtt elhagyta őket az apa (a gyermek most 16 éves), nem

tartják a kapcsolatot, a lány a nevelőapjával (az anya második férje) jó kapcsolatban van. Második házasságában ikreket szült császármetszéssel (most 12 évesek), ez már jobb élmény volt számára, mert ébren volt, gerincközeleli érzéstelenítéssel végezték a műtétet. Az anyagyerek kapcsolat kezdetben nagyon nehezen alakult. Az egyik baba nagyon kicsi volt, sok betegséggel, évekig diétázniuk kellett és orvosi kontrollra jártak. „Ez egy nagyon nehéz életszakasz volt” – mondta az anya. A harmadik szülés (negyedik gyermek, most 5 éves) szintén császármetszéssel történt, sokáig vártak a gyermek érkezésére, és mire megfogant, az apa már nem akarta annyira (ez is valóok volt). Az anya megfogalmazása szerint a második férjével is egyszerűen „elmúlt a közös együttlét”, nem volt miért együtt lenni, belefáradtak a hétköznapiakba. Az utolsó szülés után alakultak ki nála a súlyos szorongásos, depressziós tünetek, melyek azóta is fennállnak. Most már jól működő, szoros érzelmi kapcsolata van az összes gyerekkel, bár az nyilvánvaló, hogy az anya betegségéhez alkalmazkodik az összes gyerek (pl. a lányok intéznek mindent, ami a házon kívül van, mert az anya nem hajlandó kimenni a lakásból), és ez a későbbiekben károkat okozhat a személyiségükben.

Összegzés

A mélyinterjúk tanulságai a következők voltak:

A kora gyermekkori kapcsolatok mélyen befolyásolják a kötődési képességet, így a későbbi felnőtt párkapcsolat sikerességét is. A párkapcsolat sikerességét továbbá befolyásolja az erre épülő szülői modell, amely lehet követendő vagy elvetendő, de ez részben tudatos elhatározás függvénye („olyan leszek”/„nem leszek olyan”).

Óriási szerepe van az önismeretnek, és ebből következően az életvezetési tanácsadásnak – kiemelkedő példa erre a serdülőkori szexuális felvilágosítás, az életkori sajátosságként megjelenő szereppróbatások pozitív kiaknázása.

A felnőttkori rossz választásokkal kapcsolatban figyelmet érdemel a menekülés a mérgező családi környezetből – ez természetesen szoros összefüggésben van a fent említett családi modellel. Ilyenkor a menekülő nem figyel fel párkapcsolatának figyelmeztető jeleire: nem megalapozott a döntés, magas a kapcsolat zátonyra futásának kockázata. Ehhez kapcsolódik sokszor a megfelelő referencia-személyek és az önismeret hiánya is: ha lenne egy „biztos pont” a nő életében, aki talán felhívna a figyelmét a helyzet visszásságaira; ha tisztában lenne döntésének hátterével, körültekintőbb és óvatosabb lehetne (ld. 3. és 5. interjúalany).

Bár jelen tanulmány vizsgálati anyagában nem szerepelt egyértelmű példa a sodródásra, mégis fontos megemlítenünk, hogy súlyos érzelmi hiányállapotot, esetleg kapcsolatfüggőséget jelez; s mindez szintén korai kötődési zavarok alapján szerveződik.

Volt azonban példa a kapcsolat kihűlésére (3. és 5. interjúalany): ha a partneri viszony biztos alapja hiányzik, akkor hiába „foglalja el” magát a pár különböző közös tevékenységekkel (pl. közös otthon megteremtése, gyermekvállalás); ugyanígy a megújulási potenciál hiánya is megfigyelhető. Ez a folyamat nehezen bejósolható, hiszen legtöbbször rejtetten zajlik.

A gyermekvállalással kapcsolatban elmondható, hogy „közös ügy” (kellene, hogy legyen), azaz mindenképpen tekinthető a párkapcsolat szempontjából is egyfajta mérföldkönek. A szerepek változását követhetjük végig: férj és feleségből apa és anya lesz. Ez egyszerre esély és veszély a párkapcsolatban (élettani krízis), biztosan nem működhet úgy a közös élet, ahogy

addig. A jól bevált rendszer megváltozik, és újat kell helyette létrehozni – nevezhetjük a gyermekvállalást a párkapcsolat próbatételének is.

Visszatérve a tanulmány céljához: tagadhatatlan, hogy a mélyinterjúk során rengeteg hasznos és értelmezhető információt nyerhettem, de úgy tűnik, a szülésélmény beavatás jellegére, a problémamentes szülés – traumatikus szülés témakörének alaposabb vizsgálatára, megértésére nem adott módot. Elképzelhető, hogy szavakkal nehezen megfogalmazható ez az élmény; illetve azt is feltételezhetjük, hogy az idői keretek és a jelen témaválasztás (szülés – párkapcsolati, családi történet) korlátozta a szülés belső élményének kibontását.

Elmondható, hogy a pozitív, közös szülésélmény sajnos nem garancia arra, hogy a későbbiekben a pár együtt marad (még házasság esetén sem). Kétségtelenül egységet kovácsoló élmény, de ha egyébként nincs meg a kapcsolat alapja (kölcsonös egymásra hangolódás és támogatás, „közös ügy”), nem tartja össze a családot. Talán inkább fordítva lehet felfedezni az ok-okozati összefüggést: a jó kapcsolat elősegíti a pozitív szülésélményt (ami a gyermek, az anya-gyerek kapcsolat szempontjából elengedhetetlen), és a jó szülésélmény visszahat a kapcsolatra is. De az is elmondható, hogy a gyerekekkel való problémák (volt, ahol már a gyermek megléte is) mindig szerepeltek válókként.

Mindegyik interjúalany határozottan egyetértett abban, hogy szükség van a fiatalok párkapcsolati, házassági, szexuális kultúrájának fejlesztésére. Egyöntetűen megfogalmazták, hogy hasznos lenne, ha valamilyen formában (iskolai, vagy családi, baráti fórumon) ismereteket, tájékozottságot szereznének a rájuk váró feladatokról a fiatalok. Saját élettörténetüknek megfelelően ez már változott abban a kérdésben, hogy a gyakorlat (tehát pl. a házasság előtti együttélés) segít-e. Többnyire nem tulajdonítottak neki jelentőséget (1., 2., 3. alany), de a 4. alany szerint talán hasznos az ismerkedés a közös hétköznappal; az 5. alany szerint pedig bár jó tud lenni, nem elégséges a boldoguláshoz (saját élménye volt, hogy bár laktak együtt a férjével a házasság előtt, sok minden ekkor sem derült ki, ami később problémát okozott).

Bármelyik ponton próbálunk is segítséget nyújtani – legyen az megelőzés vagy segítségnyújtás meglevő problémákban –, érdemes a különböző projekteket, terápiás módszereket összehangoltan alkalmazni, mind a különböző életkorokat, mind a szakterületeket, terápiás módszereket tekintve.

** A szerző pszichológus, a PTE BTK Pszichológia Doktori Iskola Elméleti Pszichoanalízis Program doktorandusz hallgatója.*

Felhasznált irodalom

- Andrek Andrea (1997): A kompetens magzat. In: Hidas György (szerk.): A megtermékenyítéstől a társadalomig. Budapest, Dinasztia Kiadó.
- Argelander, H. (2006): Első pszichoterápiás interjú. Budapest, Springmed.
- Cole, M. – Cole, S. (2001): Fejlődéslélektan. Budapest, Osiris.
- Csabai Márta (2004): A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez. Magyar Pszichológiai Szemle, 2004/1. 55–67. o.

- Erikson, E. H. (1985): Az emberi fejlődés nyolc szakasza. In: Szakács F. – Kulcsár Zs. (szerk.): Személyiséglélektani szöveggyűjtemény. II. Elméleti irányzatok. Budapest, Tankönyvkiadó, 160–175. o.
- Ferenczi Sándor (1971): Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. In: Buda Béla (szerk.): Pszichoanalízis és modern irányzatai. Budapest, Gondolat, 215–226. o.
- Forward, S. (2000): Mérgező szülők. Budapest, Háttér.
- Fraiberg, S. (2009): Varázsos évek. Budapest, Park.
- Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal.
- Kósáné Koppányi Éva – Mirnics Zsuzsanna (2007): Az anya-gyermek kötődés és kommunikáció transzgenerációs vizsgálata. In: Bagdy Emőke – Mirnics Zsuzsanna – Vargha András (szerk.): Egyén Pár Család. Budapest, Animula.
- Lénárd Kata (2004): A nyelvezavar koncepció hermeneutikai értelmezése. Magyar Pszichológiai Szemle, 2004, LIX. 3. 411–424. o.
- Malan, D. H. (1996): Tárgykapcsolat-elmélet a gyakorlatban. Budapest, Animula.
- Mózes Tamás – Vargha András (2007): A születési sorrend és a személyiség összefüggései. In: Bagdy Emőke – Mirnics Zsuzsanna – Vargha András (szerk.): Egyén Pár Család. Budapest, Animula.
- Ranschburg Jenő (1984): Szeretet, erkölcs, autonómia. Budapest, Gondolat.
- Tárkányi Ákos (2010): A párkapcsolatok sikerességének és sikertelenségének okai egy 2009-es országos vizsgálat alapján. Kézirat – megjelenés alatt.
- Vikár Gy. (1999): Az ifjúkor válságai. Budapest, Animula.
- Winnicott, D. W. (1999): Játászás és valóság. Budapest, Animula.

¹Jegyzetek

A kutatás és a tanulmány a Tudomány a Családért Egyesület megbízásából készült, melynek ezúton is köszönöm támogatását.

² Koltai, családterápiás szakmai protokoll, http://www.csaladterapia.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=66

³ Az itt következő bemutatás Tárkányi Ákos (2010) munkája alapján készült.

Gyarmati Andrea*

Családi-nevelési környezet és tanulói teljesítmény
A családban és a gyermekvédelmi rendszerben élő 8. és 10. évfolyamos
tanulók tanulmányi kompetenciákban megjelenő különbségeit¹

A tanulmány célja annak vizsgálata, milyen tanulmányi eredményben megmutatkozó különbségeket okoz a gyermekvédelmi rendszerben (gyermekotthonban, nevelőszülőknél) való nevelkedés a családban éléshez viszonyítva. A családi háttérnek mint a tanulmányi eredményeket befolyásoló tényezőnek hatalmas szakirodalma van itthon is (elég itt talán Andorka Rudolf, Ferge Zsuzsa, Róbert Péter, Liskó Ilona iskolai mobilitással kapcsolatos munkáit említeni), ugyanakkor a gyermekvédelmi rendszerben élőkre mégis kevés oktatásszociológiai vizsgálat terjed ki. Annak ellenére van ez így, hogy ma már olyan a teljes, közoktatásban részt vevő tanulónépessegre kiterjedő adatgyűjtések léteznek, amelyek nagyon pontosan mérhetővé tették az említett különbségeknek a vizsgálatát. Az alábbiakban egy ilyen adatbázis adataira támaszkodva arra a kérdésre keressük a választ, hogy mekkorák a különböző helyen (családban, nevelőszülőknél, gyermekotthonban) nevelkedő tanulók között a tanulmányi teljesítményben, tanulmányi aspirációban megmutatkozó különbségek, és hogyan befolyásolják ezeket a különbségeket a származási hátrányok.

Felhasznált adatok: a kompetenciamérés

Az országos közoktatási kompetenciamérés² során 2002 óta évente méri fel kérdőíves módszerrel három évfolyam tanulóinak (6., 8., 10. évfolyam) szövegértési képességeit és matematikai eszköztudását. A kérdőív nem a szokásos év végi osztályzatokkal értékeli a tanulmányi teljesítményt, hanem egy speciális, kompetenciákat mérő teszt segítségével. A felmérés célja egyrészt az értékelés, másrészt az évenkénti összehasonlíthatóság, harmadrészt az adatbázis lehetőséget ad az iskola tanulói esélyegyenlőséget befolyásoló szerepének vizsgálatára is. A kérdőív kérdéseket tartalmaz az egyes tanulók családi hátterére, eddigi pályafutására vonatkozóan, így képet kaphatunk arról, hogy a különböző ún. átlagostól eltérő élethelyzetű tanulók képességeit az egyes évfolyamokon, területi egységenként, illetve időben vizsgálva mennyiben befolyásolja a szülői háttér.

A kompetenciaméréseket koordináló szervezet az Oktatási Hivatal, melytől megkaptuk a 8. és 10. évfolyamos tanulókra vonatkozó 2008-as vizsgálat kutatási adatbázisát elemzési célból³.

A 2008-as évi országos kompetenciamérésben 1699 fenntartó 3058 intézménye 3845 telephelyének 326 687 tanulója vett részt. A tanulók megoszlása évfolyamonként: hatodik évfolyamon 107 271, nyolcadik évfolyamon 107 875, tizedik évfolyamon 111 541 tanuló töltötte ki önkéntesen a kérdőívet.

A továbbiakban a családban élő 2007/2008-as tanévben 8. és 10. évfolyamos tanulók szocio-demográfiai jellemzőit, iskolai eredményeit hasonlítjuk össze a gyermekvédelmi rendszerben élő gyermekek jellemzőivel.

Az országos tendenciák

Az országos tendenciák bemutatása az Országos kompetenciamérés, 2008. Országos jelentés alapján történik. (továbbiakban: Jelentés 2008).

A két mérési terület (matematika, szövegértés) esetén az országos átlagpontszám 500 pont, a szórás 100 pont, az elemzők az eredményeket ezekhez az átlagokhoz viszonyították. Ez alapján megállapítják, hogy a 2008-as évi mérés eredményeit összevetve a 2007-es évi eredményekkel a 6. évfolyamon nincs jelentős eltérés, a 8. évfolyamon javulást mutatnak az adatok, míg a 10. évfolyamon mindkét felmért területen romlottak az átlagok. Ugyanakkor világosan kirajzolódó trendekről még korai lenne beszélni, egyetlen területet kivéve: 6. évfolyamon a szövegértés teljesítmény évről évre javul.

Területi bontásban nézve az átlageredményeket, elsősorban Nyugat-Dunántúl régió jó teljesítményét, illetve az észak-magyarországi, észak-alföldi régió lemaradását lehet kiemelni. A legjobb és a leggyengébb átlagos eredményt elért régiók között jelentős (esetenként 30 pont feletti) az eltérés, megyék között még ennél is nagyobb (32–51 pont között változik). Az 1. táblában megyék szerint és családtípus alapján mutatjuk be a 10. évfolyam szövegértés és matematika átlagpontszámait, illetve az eltéréseket az országos főátlagtól.

1. táblázat

A 10. évfolyamon matematika és szövegértés pontszámok megyék és családi-nevelési környezet szerint

Megyék és családi-nevelési környezet	Matematika pontszám átlag	Mat. főátlagtól való eltérés	Szövegértés pontszám átlag	Szöv. értés főátlagtól való eltérés
Budapest	509,32	18,769	520,19	21,753
Baranya	493,53	2,978	504,24	5,803
Bács-Kiskun	492,48	1,931	500,07	1,639
Békés	479,19	-11,356	481,9	-16,53
Borsod-Abaúj-Zemplén	473,48	-17,065	478,41	-20,028
Csongrád	497,73	7,184	507,28	8,846
Fejér	491,23	0,678	498,49	0,051
Győr-Moson-Sopron	506,6	16,047	514,25	15,818
Hajdú-Bihar	485,84	-4,704	490,94	-7,496
Heves	480,57	-9,981	486,61	-11,822
Jász-Nagykun-Szolnok	476,73	-13,817	486,14	-12,299
Komárom-Esztergom	484,55	-5,998	492,9	-5,532
Nógrád	469,67	-20,883	479,78	-18,655
Pest	494,36	3,809	506,47	8,039
Somogy	480,21	-10,334	490,38	-8,052
Szabolcs-Szatmár-Bereg	467,37	-23,178	472,4	-26,034
Tolna	480,12	-10,427	487,69	-10,74
Vas	504,08	13,532	508,59	10,151
Veszprém	497,59	7,045	503,65	5,212
Zala	498,04	7,493	504,41	5,972
Saját családban él	491,43	0,882	499,34	0,904
Nevelőcsaládban él	429,45	-61,101	436,17	-62,263
Gyermekotthonban él	411,2	-79,349	416,22	-82,215

Forrás: saját számítás az Országos Kompetenciamérés, 2008-as kutatói adatbázisa alapján

Jól látszik, hogy *megyék szerint a legnagyobb eltérés Szabolcs-Szatmár-Bereg megye és Budapest tanulójának pontszámai között van: matematika pontszámok esetén a különbség 42 pont, szövegértés esetén pedig már 48 pont. Mindkét vizsgált kompetenciaterületen a*

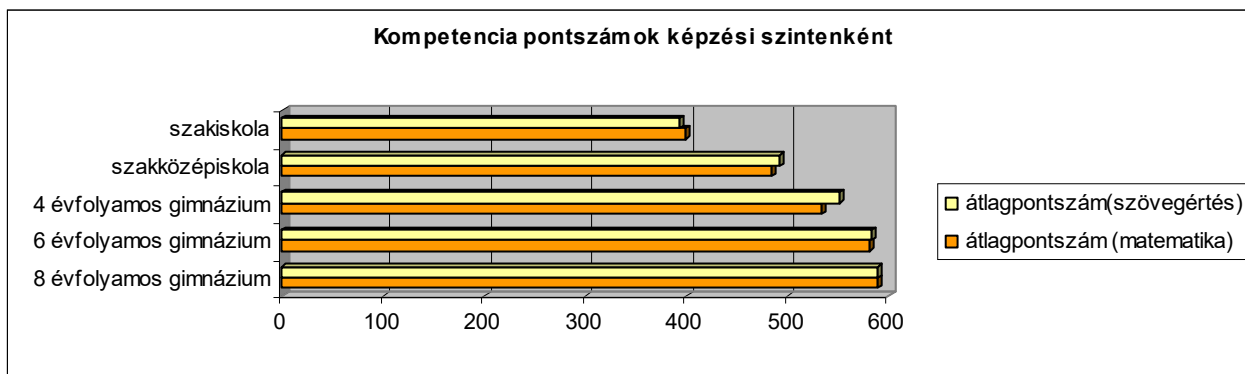
főátlaghoz legközelebbi értéket Fejér megye képviseli. Ugyanakkor az is jól látszik a táblázatból, hogy *a megyék szerinti különbségeket is felülmúlja a családi-nevelési környezet szerinti különbség*: a saját családdal élők képviselik az átlagot, tőlük 70-80 ponttal maradnak el a gyermekotthonban élők átlagpontjai, illetve a nevelőszülőknél élők kompetencia átlagpontjai is elmaradnak a családban élők pontszámaitól.

Ha a megye és a családtípus változót együtt vizsgáljuk a 10. évfolyamos matematika pontszámok esetén,⁴ még érdekesebb eredményeket találunk. A legnagyobb szakadék a tanulmányi teljesítményben a budapesti saját családban élők és a Vas megyei gyermekotthonok lakói között van: itt 183 pont az eltérés. *Általában minden megyében magasabb pontszámokat értek el a saját családban élők, ugyanakkor pl. a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei saját családban élő tanulók rosszabbul teljesítettek, mint a Budapesten nevelőszülőknél élők.* Érdekes még kiemelni Heves megyét: a kicsi elemszám miatt messzemenő következtetést nem vonhatunk le, de mégis érdekes, hogy itt a gyermekotthonban élők magasabb pontszámot értek el a matematika teszten, mint a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei saját családban élők.

Településtípusok szerint szintén nagy eltéréseket mutatnak az adatok: a községi és a fővárosi iskolák eredményei között 50-60 pontnyi különbség sem ritka. Azonban még a településtípusok esetén mért átlageredmények közti különbségnél is nagyobbak a különbségek a különböző képzésben tanuló diákok eredményei között. *Azaz a 6 és 8 évfolyamos gimnáziumban tanulók átlageredményei jóval az átlag fölött vannak (80-85 ponttal), ha pedig a legrosszabb teljesítményt nyújtó szakiskolai tanulók eredményeivel vetjük össze, már 180 pontnyi különbséget találunk.* A 10. évfolyamon a szakiskolások lemaradása aggasztóan nagy: átlageredményük körülbelül egyszórásnnyival az országos átlag alatt marad (1. ábra).

1. ábra

Szövegértési és matematikai kompetencia pontszámok képzési szintek szerint, 2007/2008., 10. évfolyam



A kérdőív lehetőséget ad arra, hogy megvizsgáljuk a tanulók családi háttere és az iskolai teljesítménye (a két vizsgált területen) közötti kapcsolatot. A családi háttér mérésére az elemzés készítői egy ún. családháttér-indexet hoztak létre (ebben az összevont változóban szerepel egyrészt a szülők iskolai végzettsége, másrészt a tanuló otthonában lévő könyvek száma, a tanuló saját könyveinek a száma és az, hogy a család birtokában van-e számítógép). A lefuttatott lineáris regresszió eredményei azt mutatják, hogy a „*a családi háttér nagyrészt megmagyarázza az általános iskolákon belül a településtípusok közti átlagos különbséget mind a matematika, mind a szövegértés területén.* Ugyanakkor a képzési formák esetében még az azonos családháttér-indexszel rendelkező tanulók között is nagyon eltérőek a várható pontszámok, annak függvényében, hogy melyik képzésben tanulnak” (Jelentés 2008, 16).

Ebből azonban nem lehet az eltérő képzési formák minőségére következtetni, sokkal inkább arról van szó, hogy nagyon erős szelekciós mechanizmus működik a különböző képzési formákban. Mivel a rosszabb családi háttérű tanulóknak nagyon kevés esélyük van magasabb presztízsű képzésben részt venni, levonható az a következtetés, hogy *a közoktatási rendszer a jelenlegi formájában továbbörökíti és felerősíti a meglévő társadalmi különbségeket, amely a legnagyobb hátránnyal rendelkező, gyermekvédelmi rendszerben élők esetén a nullához közelíti az iskolai mobilitási esélyeket.*

A családháttér-index egyes elemeinek hatását azonban érdemes egyenként is megvizsgálni. *A szülők iskolai végzettsége alapján az érettségizett szülők gyermekei teljesítenek az átlagos 500 pont körül, ennél -120, -130 ponttal kevesebbet értek el azoknak a szülőknek a gyermekei, akik nem fejezték be az általános iskolát sem.* Ezzel szemben az egyetemet végzett szülők gyermekei az átlag fölött átlagosan 60 ponttal értek el jobb eredményt mind matematikából, mind szövegértésből. Az otthoni könyvek száma, amely a kulturális tőke szokásos mérőszáma, szintén jelentősen befolyásolja az eredményeket: a kevesebb mint 50 könyvvel és a több mint 1000 könyvvel rendelkező családok gyermekeinek eredményei között átlagosan a különböző évfolyamokon több mint 130 pontnyi a különbség. Ugyanakkor az, hogy a tanulónak van-e saját könyve vagy nincs, jóval csekélyebb különbségeket eredményez (átlagosan 90 pontnyit). A számítógép léte ill. nem léte a tanuló otthonában ennél is kisebb különbséget okoz: átlagosan 70 ponttal teljesítenek jobban azok a tanulók, akiknek van a családjában számítógép.

A továbbtanulási célok és a mérésen elért eredmények között szoros az összefüggés: a magasabb fokozatot elérni szándékozók átlagosan jobb eredményt érnek el. A tanulók 20-23%-a tervezi, hogy maximum érettségit szerez, több mint 60%-uk ennél magasabb végzettséget szeretne elérni. Levonható az a következtetés, hogy ma már az átlagos képességű tanulók sem elégszenek meg az érettségi megszerzésével.

A kompetenciamérés eredményeinek másodelemzése évfolyamonként

8. évfolyam

A 8. évfolyamosok közül 81 375 tanuló (98,6%) él a saját családjával, 881 fő (1,1%) nevelőszülővel, míg 285-en (0,3%) gyermekotthon lakói. A kompetencia felmérés kérdéseit csoportosítottuk tématerületek alapján, így a továbbiakban szó lesz a tanulók tanulmányi előéletéről, a családjuk néhány jellemzőjéről, a mindennapi környezetük tapasztalatairól, tárgyairól, a tanulmányi teljesítményükről, jövőbeli terveikről. Minden tématerület esetén összehasonlítjuk a gyermekotthonban élőket a nevelőszülővel élőkkel és a saját családjukkal élőkkel, hogy a hátrányokról pontos képet kapjunk.

Tanulmányi előélet

A tanulmányi előéletet több kérdés is igyekszik körüljárni. Az egyik ilyen: „Hány éves voltál, mikor elkezdted az általános iskolát?” Az országos átlag 6,73 év – ennek megfelel a saját családban élők átlaga, a nevelőcsaládban élőknel az átlag 6,85, míg a gyermekotthonban élőknel 6,92, azaz megállapíthatjuk, hogy *a gyermekotthonban élők átlagosan 1/4-ed évvel később kezdik az általános iskolát, mint a saját családban élők.* Az összefüggés szignifikáns, de mivel a megmagyarázott hányad kicsi, azt mondhatjuk, hogy más tényezők is belejátszanak az iskolakezdési kor kitolódásába. A másik, tanulmányi előéletre vonatkozó kérdés az évfolyamisméltásra kérdez rá, konkrétan arra is, hogy az évfolyamisméltás melyik

évfolyamon történt. Ez alapján jól látszik, hogy *minden évfolyamon szignifikánsan többen ismételnék évet azok közül, akik gyermekotthonban élnek*. Elsőtől a negyedik évfolyamig a saját családban élők 96%-a még soha nem ismételt évfolyamot, az arány a nevelőszülővel élőknel 83%, míg a gyermekotthonban élőknel már csupán 73%. Az 5.–8. évfolyamon történt évfolyamismétlések esetében hasonló arányokat találunk (96%, 90%, 73%). Az előző évi tanulmányi átlageredményekben mutatkozó különbségek szintén jelentősek: *a saját családdal élők esetében 3,96, míg a nevelőszülővel élőknel 3,47, a gyermekotthonban élőknel pedig már csak 3,15.*

Jelenlegi tanulmányi helyzet

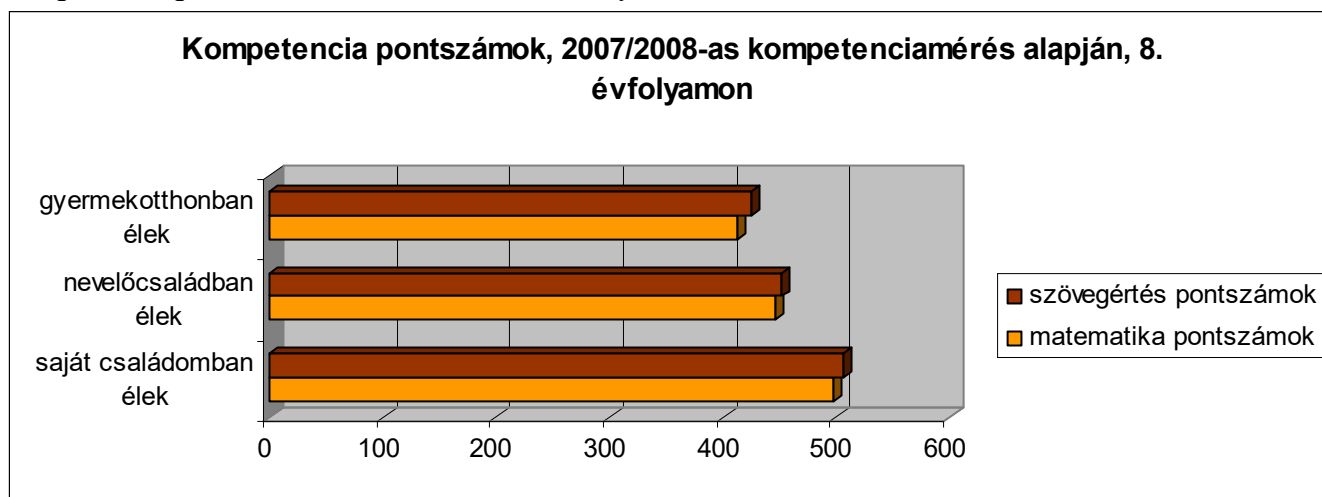
Iskolatípus alapján szintén jelentős, szignifikáns különbségeket találunk a három vizsgált csoportban: az általános iskolai szinten még nincs lényeges eltérés, azonban *a szerkezetváltó 6 és 8 évfolyamos gimnáziumok esetén csökken a gyermekotthonban élők száma és aránya*. Míg a saját családdal élőknek mintegy 4%-a jár 8 évfolyamos gimnáziumba, addig ez az arány a nevelőszülővel élők esetén már csak 0,9, a gyermekotthonban élők esetén pedig 1,1%. 6 évfolyamos gimnáziumok esetén az arányok: 5,3%, 3,4%, 1,8%.

Rendszeres tanórán kívüli foglalkozások közül korrepetáláson és fejlesztő foglalkozáson a gyermekotthonban élők 47%-a vesz részt, szemben a nevelőszülővel élők 41%-os, illetve a saját családdal élők 30%-ával.

A tanulmányi eredményeket a kompetenciamérés pontszámaival jellemezve a 2. ábra foglalja össze: itt is jól látszanak a jelentős, 100 pontos különbségek (szig = 0,000, R² = 0,006).

2. ábra

Kompetencia pontszámok családi-nevelési környezet szerint



Halmozott hátrányok

Halmozott hátrányok esetén a kérdőív kérdéseire hagyatkozunk, amely konkrétan rákérdezett, hogy a tanuló halmozottan hátrányos helyzetű-e. A nevelőszülőknél és gyermekotthonban élő gyermekek körében nagyobb arányban találunk halmozottan hátrányos helyzetűeket: *a különbség – összevetve a saját családjukkal élőkkel – a gyermekotthonban élőknel több mint háromszoros*. Számszerűen: gyermekotthonban élők esetén 24%-os a halmozott hátrányos helyzetűek aránya, ugyanez nevelőszülővel élők esetén 17%, míg a saját családban élőknel 7%-os.

A családi háttér változói

A gyermekotthonban élők szülei között felülreprezentáltak az alacsony iskolai végzettségűek (szakiskolai és ez alatti a legmagasabb iskolai végzettsége az anyák 61%-ának, az apák 53%-ának, míg a saját családdal élőknel ez az arány az anyák esetén mindössze 24%, apák esetén 18,5%). A szülők munkaerő-piaci státusza szintén szignifikáns eltérést mutat. A saját családban élők esetében a szülők 65,8%-ának van állandó munkája, ugyanez az arány a nevelőszülőknél élő gyermekek szüleinél 50%, míg a gyermekotthonban élők szülei esetén csupán 38%. A gyermekotthonban élők szüleinek sokkal inkább jellemző, mint a saját családdal élőkére, hogy alkalmi munkái vannak (14,5%, szemben 3%-kal), munkanélküliek (12%, szemben 7%-kal), tartósan betegek/rokkantak (7%, szemben 2%-kal). A nevelőszülőknél élők esetén pedig főként a nyugdíjas szülők felülreprezentáltak (16%, szemben a saját családdal és a gyermekotthonban élők szülei esetében látható 2%-kal).

Itt azonban fontos megjegyezni, hogy a gyermekvédelmi szakellátásban élők nem minden esetben rendelkeznek pontos információkkal a szüleik iskolai végzettségéről, illetve munkaerő-piaci részvételéről.

Mindennapi környezet: birtokolt tárgyak

A birtokolt tárgyak nagyban meghatározzák, hozzájárulnak vagy nehezítik a gyermekek tanulmányi teljesítményét. Az otthoni könyvek száma, amely szokásosan a kulturális tőke egyik mérőeszköze, szintén eltérő a három csoportban. A gyermekotthonban élők 20%-a kevesebb mint ötven könyvvel rendelkezik a szülei és a saját könyveivel együtt, míg a nevelőszülőkkel élőknel ez az arány 17, a családjukkal élők esetében pedig 13%. Saját könyve a gyermekotthonban élők 80%-ának van – ez 10%-kal marad alatta a saját családdal élők könyvbirtoklási arányánál. Internetkapcsolattal a családban élők 73%-a rendelkezik, a nevelőszülőknél élők 62%-a, a gyermekotthonban élőknek pedig 60%-a. A különbség nem túl nagy, de szignifikáns. Saját íróasztallal a gyermekotthonban élők nagy része rendelkezik (74%), a nevelőszülőknél élők esetén ez az arány 90%, míg a többiek esetén 93%-os. Külön szobája a gyermekotthonban élők 58%-ának nincs, ami az ellátási forma sajátosságából adódik, a két másik csoportnál ez az arány 20% körüli. Saját számítógépe a gyermekotthonok lakói többségének (80%-ának) szintén nincs, míg a másik két csoport esetén ez az arány 50% körüli.

Társas viszonyok, társas környezet

Ebbe a témakörbe soroltuk egyrészt a „*hány olyan 16–20 éves fiatallal élsz együtt egy lakásban, aki nem fejezte be a gimnáziumot, a szakközépiskolát vagy a szakiskolát, és már nem jár iskolába?*” adott válaszokat, másrészt a lakókörnyezetben élő családok⁵ státuszának észlelését, megítélését. Az első kérdésre a gyermekotthonban élők által adott számokat átlagolva 0,86-ot kapunk, tehát átlagosan egy olyan személy van a környezetükben, aki 16–20 év közötti és a tanulmányai eredménytelenül zárultak. A saját családban élőknel ez az átlag mindössze 0,1, a nevelőszülőknél élők esetén is csupán 0,2. Ha azt feltételezzük, hogy a tanulók környezetében elérhető minták nagyban segítik, illetve hátráltatják, hogy ki meddig jut el az oktatási rendszerben, akkor a gyermekotthonban élők ebből a szempontból is rendkívül nehéz helyzetben vannak.

A lakókörnyezetükben élő családokról a gyermekotthonokban élő tanulók leginkább azt gondolják, hogy átlagosak (66%) vagy jómódúak (20%), míg a saját családban élők inkább átlagosnak érzékelik a körülöttük élő családokat (80%) - 12%-uk gondolja csupán, hogy náluk jobb módúak (és csupán elenyésző: 1-1%-uk gondolja, hogy szegények vagy nagyon gazdagok: ugyanez az arány a gyermekotthonban élők esetén 4-5%).

Jövőre vonatkozó tanulmányi tervek

A kérdés úgy hangzott, hogy *mi az a legmagasabb iskolai végzettség, amit a tanuló szeretne elérni*. A 2. táblázat adatai alapján jól látszik, hogy a legnagyobb különbségek a saját család és a gyermekotthonban élők esetében a szakmunkás képzés és az egyetemi szintű képzés irányába való orientálódásban mutatkozik. Míg a gyermekotthonban élők 41%-a preferálja a szakmunkás végzettséget, addig a saját családdal élők esetén ezt csak a gyermekek 11,3%-a jelölte meg: *a különbség közel négyszeres*. Az egyetem megcélzása a saját családdal élőkénél közel 50%-os, ellenben a gyermekotthonokban élőkénél mindössze 14% - itt *a különbség több mint háromszoros*.

2. táblázat

A jövőre vonatkozó tanulmányi tervek 8. évfolyamon családi-nevelési környezet szerint

Az elérni kívánt képzettség	Saját családjában él (%)	Nevelőszülőkkel él (%)	Gyermekotthonban él (%)
A 8 általános elvégzése	0,8	2,3	5,6
Szakmunkás végzettség	11,3	27,2	40,7
Érettségi	22,4	33,7	35,6
Technikusi képzettség	10,6	10,3	3
BA-diploma	24,4	14,8	9,3
MA-diploma	22,5	8,4	4,4
Doktori fokozat	8	3,3	1,5
Összesen	100	100	100

10. évfolyam

10. évfolyamon a 2007/2008-as tanévben 82 499-en töltötték ki a kompetenciamérés füzetét, illetve kérdőívét. Ebből 81 398 tanuló élt a saját családjában, 850-en nevelőcsaládban, 251 tanuló pedig gyermekotthonban.

Tanulmányi előélet

A gyermekotthonban élő 10. évfolyamosok a korábban vizsgált évfolyamhoz hasonlóan később kezdték az általános iskolát, átlagosan 0,2 évvel. Azaz a saját családban élők 6,7 évesen, a nevelőszülőkkel élők 6,8 évesen, míg a gyermekotthonban nevelkedők 6,9 évesen mentek iskolába. Évismétlések szintén gyakoribban a gyermekotthoni csoportban. *Elsőtől negyedik osztályig a kérdezett saját családban élő gyermekek 93%-a nem ismételt évet, ez az arány a nevelőszülőkkel élőkénél 89%, a gyermekotthonban élők esetén 83%*. Ugyanez a 10%-os különbség figyelhető meg az 5–8. évfolyamon történt évfolyamismétlés esetén: ugyanakkor ezeken az évfolyamokon általában véve kevésbé gyakori az évfolyamismétlés. A nem évfolyamismétlők aránya a saját családban élőkénél 98%, a nevelőszülőkkel élőkénél 94%, gyermekotthonban nevelkedőkénél 88%. *A tanulmányi átlageredmények a saját családjukban élőkénél a legmagasabbak (3,7), ezt követik a nevelőszülőkkel élők (3,4), végül a gyermekotthonok lakói (3,2, a hátrányuk az átlaghoz viszonyítva –0,44)*.

Jelenlegi tanulmányi helyzet

Az iskola típusa alapján szignifikáns az eltérés a vizsgált csoportok között: a saját családban élők főként 4 évfolyamos gimnáziumba (41,5%) és szakközépiskolába járnak (31,7%), a nevelőcsaládban élőkénél a szakiskola (43,9%) és a szakközépiskola (36,8%) domináns, a gyermekotthonban élők esetén viszont a gyermekek többsége (58,5%) szakiskolás.

A rendszeres tanórán kívüli fejlesztő foglalkozáson, korrepetáláson való részvételt tekintve – ellentétben a 8. évfolyamosoknál tapasztaltakkal – nem találtunk a három csoport között szignifikáns eltérést.

A kompetenciamérés szövegértés pontszámai saját családban élők esetén átlagosan 499 pont, nevelőcsaládban élőkénél 436, gyermekotthonok lakóinál 416 pont. A különbség jelentős és szignifikáns. Ugyanez a nagyjából 100 pontos különbség figyelhető meg a matematika pontszámok esetén a saját családban és a gyermekotthonban nevelkedők között.

Halmazott hátrányok

A nevelőszülőkkel élők között a halmazottan hátrányos helyzetűek aránya (15%) a gyermekotthonban élők arányához hasonlít (17%). A saját családban nevelkedőkénél ez az arány csupán 3%. A 8. évfolyamhoz viszonyítva egyébként csökkenő a tendencia mind a három csoportban. (Ennek az oka az, hogy ebben a korcsoportban eleve kevesebb a gyermekvédelmi szakellátásban lévő gyermek.)

A családi háttér változói

A szülők iskola végzettségét tekintve a 8. évfolyamos tanulóknál látottakkal nagyjából egyezők az arányok, így ezt most nem részletezzük. A munkaerő-piaci státusz szintén igen hasonló. Nagyobb eltérés a gyermekotthonban élők esetén a saját családban élőkkel összevetve egyrészt az *állandó munkával rendelkező szülők alacsonyabb arányában* mutatkozik (a különbség 30%), másrészt *a gyermekotthoni csoport esetén magasabb az alkalmi munkákból élő szülők aránya* (hatszoros), *a munkanélküli szülők aránya* (10%, szemben 6,2%-kal), *a betegek, rokkantak aránya* (11%, szemben 4%-kal), illetve *az alkalmi munkákból élők aránya* (12%, szemben 3%-kal).

Mindennapi környezet: birtokolt tárgyak

Az otthon birtokolt könyvek mennyiségét illetően szignifikáns az eltérés: főként a nagyon kevés könyvvel rendelkezők között vannak felülreprezentálva a gyermekotthonok lakói (15%-uknak kevesebb mint 50 könyve van, szemben a saját családdal élőkkel, akiknél ez az arány 9%). *Saját könyve a 10. évfolyamos gyermekotthonban élők 17%-ának nincs, a nevelőszüleikkel élők 11%-ának szintén nincs, míg ez az arány a saját családban élők esetén csupán 6%.* A saját íróasztalra vonatkozó kérdésre adott válaszok megoszlásának százalékos arányai nagyon hasonlóak a 8. évfolyaméhoz (azaz a gyermekotthonban élők 17%-ának nincs saját íróasztala). Saját szobával csak minden második gyermekotthonban élő rendelkezik (53%), ami elsősorban az ellátás jellegéből adódik, míg a saját családjukban élő gyermekek 80%-ának van külön szobája. *Saját számítógéppel minden harmadik gyermekotthonban élő gyermek rendelkezik, míg a nevelőszülőkkel és a saját családban élők közül minden második.* Internet-hozzáférése a gyermekotthonban élők 62%-ának van, ugyanez az arány a nevelőszülőkkel élő gyermekekénél, míg a saját családban élők otthonaiban 77%-ban van internet.

Társas viszonyok, társas környezet

Itt most csak a tanulóval együtt élő, 16–20 év közötti tanulmányait nem befejező fiatalok számát nézzük meg részletesen, mivel ennek a változónak az értékét magyarázta a legnagyobb mértékben a családtípus ($r^2=0,03$). A saját családban élőkénél ez a szám 0,07, a nevelőszülőkkel élők esetében 0,17, azonban a gyermekotthonban lakóknál 1,2 – ez majdnem 1-gyel van az átlag fölött. Mivel a kortársak befolyása nagyon erős a fiataloknál, ezért ez az adat azt mutatja, hogy az alábbiakban bemutatandó tanulmányi tervek megvalósítását a

szociális háló feltehetőleg nagymértékben fogja akadályozni. Ugyanakkor érdemes itt is hangsúlyozni, hogy az intézményes ellátásban az ellátási forma sajátosságaiból kifolyólag magasabb az együtt nevelkedők száma, mint a saját, illetve nevelőcsaládban élők esetében.

Jövőre vonatkozó tanulmányi tervek

A gyermekotthonban élők és a nevelőszülőknél élők tervezett legmagasabb szintű végzettsége a két évfolyamnál nagyon hasonló arányokat mutat. Eltérést ott látunk, hogy a maximum szakmunkás végzettséget tervezők aránya a 10. évfolyamon a gyermekotthonban élők esetén magasabb (3. tábla).

3. táblázat

A jövőre vonatkozó tanulmányi tervek 10. évfolyamon családi-nevelési környezet szerint

Az elérni kívánt képzettség	Saját családjában él (%)	Nevelőszülőknél él (%)	Gyermekotthonban él (%)
A 8 általános elvégzése	0,6	1,6	4,5
Szakmunkás végzettség	9,2	21,1	33,1
Érettségi	19,9	33,2	32,7
Technikusi képzettség	13,8	12,4	10,2
BA-diploma	26	16,8	9,8
MA-diploma	23,1	11,2	5,7
Doktori fokozat	7,4	3,8	4,1
Összesen	100	100	100

Forrás: saját számítás az Országos Kompetenciamérés 2008-as kutatói adatbázisa alapján

Jól látszik, hogy míg a saját családban élők zömében már nem elégszenek meg az érettségivel (ami abból fakad, hogy az érettségi szintje mára leértékelődött), addig a gyermekotthonban élők esetén a rosszabb munkaerő-piaci kilátásokkal kecsegtető szakmunkás végzettség és az érettségi megszerzése a leginkább preferált tanulmányi cél.

Főbb eredmények összegzése

A 2008-as országos kompetenciamérés azt mutatja, hogy a matematika, illetve a szövegértés terén elért pontszámok különbségei az ismert egyenlőtlenségi dimenziók mellett (településtípus, regionális különbségek, képzési szint) erősen függenek a családi-nevelési környezettől is: *a saját családdal élők az országra jellemző átlagos 500 pont körül teljesítettek, míg a gyermekotthonban élők 70-80 ponttal kevesebbet értek el ezeken a teszteken.* A továbbtanulási célok és a mérésen elért eredmények között szoros az összefüggés: a magasabb fokozatot elérni szándékozók átlagosan jobb eredményt érnek el, ami az egyéni aspiráció szerepének fontosságára hívja fel a figyelmet a továbbtanulás esetén. Jól látszik az adatokból az is, hogy minden évfolyamon *szignifikánsan többen ismételnék évet azok közül, akik gyermekotthonban élnek. Az előző évi tanulmányi átlageredményeket vizsgálva a felmérés adatai egyértelműen azt mutatják, hogy a gyermekvédelemben nevelkedettek rosszabbul teljesítenek:* a tanulmányi átlag 3,96 – ez egyben a saját családdal élők átlaga, míg a nevelőszülőknél élőkénél 3,47, a gyermekotthonban élőkénél pedig már csak 3,15-ös előző tanév végi átlagot találunk.

Az iskolai teljesítményt befolyásoló családi tényezők azt mutatták, hogy *a gyermekvédelemben nevelkedettek jellemzően rosszabb társadalmi státuszú családból jönnek,*

a gyermekek szülei között felülreprezentáltak az *alacsony iskolai végzettségű és rossz munkaerő-piaci pozíciójú szülők*. Az iskola tehát nem képes mérsékelni az otthonról hozott hátrányokat, azonban találtunk érdekes kivételeket is, melyek a témában további vizsgálódásokat tennének szükségessé.

Jelentős az eltérés a jövőre vonatkozó tanulmányi terveket tekintve is. A családi-nevelési környezet hatása mellett a gyermekotthonban élők esetében az is említést érdemel, hogy míg a 10. évfolyamon a gyerekek 33%-a szeretne szakmunkás végzettséget szerezni, addig ugyanazon évben a 8. évfolyamosok körében már 41% ez az arány.

Fontos kiemelni, hogy a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló tanulók szociális hálójá sem segíti a továbbtanulási vagy akár csak az iskola befejezési tervének realizálását. Mint ahogy láttuk, a környezetükben sokkal valószínűbb a rossz példa, mint a saját családdal élők esetében⁶.

** A szerző kutató-elemző, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet munkatársa.*

¹Jegyzetek

A tanulmány bővített verziója 2009-ben a YIPPEE (Young people from a public care background pathways to education in Europe) projekt keretében készült. A projekt vezetője Korintus Mihályné. Bővebb információ a projektről: <http://tcru.ioe.ac.uk/yippee/Default.aspx>

² www.kompetenciameres.hu

³ Ez úton is szeretném megköszönni Szabó Vilmos, az Oktatási Hivatal munkatársának segítségét.

⁴ A szövegértés pontszámok esetén nagyon hasonló eredményeket kaptunk.

⁵ A kérdőív készítői a tanulók jelenlegi lakókörnyezetére kérdeztek rá, azaz a gyermekotthonban élők esetén ez a gyermekotthon.

⁶ Ehhez érdemes hozzátenni, hogy gyermekotthonban élők a közvetlen környezetükben szintén alacsony státuszú, gyermekvédelemben élőkkel élnek együtt, ahol feltehetően ugyanezek a problémák jelennek meg, a min. 12., max. 40 fő együtt élő között nem lehetnek ebből kifolyólag nagyok a különbségek, ami azt is jelenti, hogy a referenciaszemélyek köre részben adott.

„Kérdés és válaszok” konferenciasorozat Szegénység és egészség I-II.

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet – tavaly indított konferenciasorozatát folytatva – 2011. január 26-án, illetve 2011. március 9-én tartotta „Kérdés és válaszok”, avagy *szegénység és egészség I.-II.* című kétrészes szakmai konferenciáját.

Első alkalommal először a szegénységben élők egészségi állapotára vonatkozó kutatási eredményeket, egészségfejlesztési lehetőségeket mutatták be az előadók. Havasi Éva szociológus és munkatársa, Horváth Gergely foglalta össze az európai lakossági egészségfelmérés hazánkra vonatkozó legfontosabb eredményeit, majd Solymosi József Bonifác, az OEFI mb. főigazgató-helyettese tartott előadást, amelyben kiemelte, hogy az egészségfejlesztés minden esetben komplex megközelítésmódot igényel, s rámutatott a helyi közösségek meghatározó szerepére.

A hallgatók megdöbbentő adatokkal szembesülhettek a hátrányos helyzetűek lelki egészségére vonatkozóan. A fizikai egészségben megmutatkozó egyenlőtlenségeket legszembetűnőbben a várható élettartamban, valamint az egyes betegségtípusok előfordulásában megmutatkozó jelentős különbségek illusztrálják. A probléma gyökere, hogy sok esetben az egészség alapvető feltételei és forrásai (élelem, jövedelem stb.) sincsenek biztosítva a szegények számára.

Az elméleti megalapozást követően a „terepen” dolgozó szakemberek osztották meg tapasztalataikat a jelenlévőkkel. Hegedűs Gábor, a Debreceni Egyetem Különleges Orvos- és Mentőcsoportjának logisztikusa bemutatta a szervezet széles körű önkéntes munkáját, valamint részletesen ismertette a Debrecen környéki tanyavilágban végzett orvosi és karitatív tevékenységüket (Tanyaprogram). A jelenlévők nagy érdeklődést mutattak az orvosok által indított kezdeményezés iránt, ugyanakkor felhívták a figyelmet a szociális szakemberekkel való együttműködés lehetőségére, amit az előadó nyitottan fogadott. Szintén az ágazatközi együttműködés fontosságát hangsúlyozta Dr. Pálvölgyi Gabriella, az Orvosi Krízis Szolgálat vezetője a hajléktalanok egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek nehézségei, valamint az ezzel kapcsolatos teendők kapcsán. Kovács Ivetta szociális munkás a tb-ügyintézés jogszabályi hátterét is felvázolva adott praktikus tanácsokat a hallgatóságnak.

Második alkalommal egy nem kevésbé kulcsfontosságú téma, a *családvédelem* néhány aspektusának bemutatására törekedtünk.

Aszmann Anna kutatási és orvosszakmai tanácsadó ismertette azokat az eredményeket, melyek alátámasztják a feltételezést, hogy a családok szociodemográfiai és kulturális helyzete rengeteg csatornán hat a születendő gyermek egészségi állapotára. A hátrányos helyzetű rétegek körében az átlagnál nagyobb arányban előforduló tinédzserkori szülések szintén rizikófaktort jelentenek a születendő gyermek egészségére nézve. Ráadásul az oktatási karrier megtörése esetén nagy eséllyel örökítődik át a „rossz” minta a következő nemzedékre – tudhattuk meg Szikra Dorottya szociálpolitikus előadásából.

Simonyi Gyula közgazdász, ökológus hangsúlyozta, hogy a családtervezés nem fog rontani a hazai demográfiai helyzeten. A családtervezésen kívül fontos a fiatalok számára, hogy egyéb téren (munka, tanulás) is sikereket lehessen elérni.

Kovács Szilvia módszertani szaktanácsadó a gyermekvédelmi szakellátásban megvalósuló, fiatalos anyákat támogató jó gyakorlatokat mutatott be. Maradáné Veréb Vanda, Gesztely község védőnője saját tapasztalataira, valamint egy száz családot felölelő 2008-as felmérés eredményeire támaszkodva kiemelte az egészséges életmódra nevelés (rendszeres egészségnevelési órák), a megfelelő kommunikáció, a célirányos tanácsadás, valamint a társszervezetekkel ápoló jó kapcsolatok jelentőségét.

Az egészséges családi élet kérdésével foglalkozó szakemberek (egészségügyi, szociális szakemberek, pedagógusok stb.) munkáját tudományos alapon kívánja segíteni a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság, amelyet Asbóth Katalin képviselt a konferencián. Az MCSNTT tagjai a társadalmi problémákra érzékenyen reagálva sokoldalú tevékenységet folytatnak: rendezvények, kongresszusok, tréningek, kortárs oktató képzés szervezése, iskolai családi életre nevelés, házasság előtti tanácsadás, információs kiadványok készítése, jogszabály-vélelmezés, -kialakítás. Asbóth Katalin meglátása szerint a nagy társadalmi tendenciák azt mutatják, hogy a fiatalok tudatos életvezetése gyenge lábakon áll. A családi életre nevelés azért nem éri el a célját, mert nem valósul meg szervezett formában.

(A konferenciasorozat rendezvényeiről készült részletes beszámolók és az előadások prezentációi elérhetők intézetünk honlapján: www.ncsszi.hu)

*Az összefoglalót készítette: Körmendyné Falussy
Anna*

Dr. Késmárky András*
**A Debreceni Egyetem Különleges Orvos- és Mentőcsoportjának
karitatív tevékenysége**

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2011. január 26-án tartotta „Kérdés és válaszok”, avagy Szegénység és egészség I. című szakmai konferenciáját, amely a magyar népesség egészségi állapotában és egészségügyi ellátásában megmutatkozó egyenlőtlenségek, valamint az egyenlőtlenségekre reagáló programok, szolgáltatások bemutatását tűzte ki célul. Mivel a jelenlévők különösen nagy érdeklődést mutattak a Debreceni Egyetem Különleges Orvos- és Mentőcsoportjának munkája iránt, és mivel az Európai Tanács döntése értelmében 2011 az Önkéntesség Európai Éve, megkértük Dr. Késmárky Andrást, a DEKOM elnökét, hogy mutassa be az egyesület széles körű önkéntes munkáját, valamint ismertesse a Debrecen környéki tanyavilágban végzett orvosi és karitatív tevékenységüket.

A DEKOM létrejötte

A Debreceni Egyetem kötelekeiben működő speciális mentőalakulat 2003-ban jött létre. Az egyesület fő célja az, hogy a Magyarország területén, valamint külföldön bekövetkezett szükséghelyzet vagy természeti katasztrófa esetén a vízi, légi, barlangi mentésben azonnali orvosi ellátást tudjanak biztosítani a rászorulóknak számára. A szervezet minden egyes tagja önkéntesként vesz részt az akciókban. A csapat felszerelését és költségeit (gyógyszereket, műszereket, a katasztrófavédelemhez szükséges egyéb eszközöket, telefon- és utazási költségeket) önerőből és támogatásokból finanszírozzák.

Belföldi programok

2011 februárjában immár ötödik éve indították el a „Bevezetés a speciális mentésbe” c. tantárgyat, melyre ebben az évben közel 110 orvostanhallgató jelentkezett. Ettől a tanévtől kezdve két féléves tantárgyként oktatják a kötelezően választható kreditkurzust, melynek során a hallgatók betekintést nyerhetnek a tábori körülmények közötti egészségügyi, logisztikai, biztonságtechnikai viszonyokba, és részt vehetnek a szervezet segélyező és karitatív tevékenységében is. Nagyon fontos, hogy akik hivatásuknak az orvosi tevékenységet választották, karitatív gondolkodást és felelősségteljes viselkedést tanúsítsanak munkájuk során. Az egyesületi oktatás az egyetemi tantárgyon kívül is segítséget nyújt az önként jelentkezők számára a technikák elsajátításához és a gyakorlati jártasság megszerzéséhez. A résztvevők sikeres gyakorlati vizsgát téve OKI bizonyítványt szerezhetnek ipari alpintechnikai, mentésvezetői, valamint vízimentési szakképesítésből.

2011-ben folytatódik a DEKOM által felügyelt gyermekotthonok lakóinak orvosi és egészségügyi szűrése, akiket karácsony előtt ruha-, játék- és élelmiszeradományokkal is segítenek. 2010 decemberében a DEKOM a gyermekklinikán és a régió gyermekotthonaiban közel hat tonna adományt osztott szét a gyermekek között.

Szervezés alatt áll a régió hajléktalanjainak egészségügyi állapotfelmérése és további segélyezése is.

A Debreceni Egyetem Különleges Orvos- és Mentőcsoportjának tagjai az Észak-Alföldi Régióban 2007-ben elindították a Tanyaprogramot, ami elsődlegesen egy egészségügyi szűrőprogram. Nehezen megközelíthető településeken (tanyák, bokorfalvak stb.) élő krónikus betegek monitorizálását, a hátrányos szociális körülmények között élő gyermekek folyamatos egészségügyi követését végzik. Ehhez a munkához a szükséges szakmai háttérrel a Debreceni Egyetem biztosítja.

A Debrecen környéki tanyavilágban jelenleg több száz ember él, de a számuk folyamatosan nő. Vannak közöttük idősek, hajléktalanok és olyan kisgyermekes családok is, akik a közeli településekről költöztek ki. A tanyákat nagyon nehéz megközelíteni. Az egyesület tagjainak kezdetben sok gondjuk volt a szervezéssel, mivel a földhivatalban nem álltak rendelkezésre friss adatok a tanyák elhelyezkedéséről. Húszéves bejegyzések alapján kezdték el a felmérést. Tapasztalataik szerint az azóta eltelt idő alatt a legtöbb helyen vagy lebontották az épületeket, átminősítették a területet, vagy már nem azok élnek a tanyákon, akiket korábban bejegyeztek.

A DECOM tagjai mozgó orvosi egységként végigjárnak minden „útjukba kerülő” tanyát, és felméri az ott élők egészségi állapotát. Orvosi diagnosztikai rendszereiket is a mobil ellátás és diagnosztika kritériumainak megfelelően választották. Hordozható műszereikkel (pl: ekg-készülék, ultrahang-készülék) szükség esetén komolyabb vizsgálatokat is végre tudnak hajtani. Amennyiben súlyos esetekkel találják szembe magukat, speciális adatátviteli rendszeren keresztül kapcsolatba tudnak lépni a Debreceni Egyetem szakorvosaival online konzíliumot kérve.

A szakemberek tapasztalatai szerint a külterületeken élőket néha évekig nem látja orvos. A DECOM tagjai éppen ezért tartják fontosnak azt, hogy látogatásaik során ne csupán az orvosi ellátáson legyen a hangsúly, hanem egyéb olyan programokon is, amelyek élményt jelentenek az emberek számára pl: kutyás bemutató, bohócdoktor megjelenése.

A program során egy olyan adatbázis készül, amelyben az adott településen élők egészségügyi helyzetéről, szedett gyógyszereiről, a lakóhely megközelíthetőségéről és GPS-helymeghatározással koordinátáiról nyújt információt. Az adatbázist a területileg illetékes megyei önkormányzatok, tűzoltóság és mentőszolgálat kapja meg. Ezzel együtt kidolgozták egy riasztási rendszer tervét, melyben a tanyán élők a nap 24 órájában segítséget kérhetnek orvosoktól, illetve technikai szakemberektől. Ennek kivitelezése hatalmas feladat lesz, hiszen a kommunikációs berendezésektől a készenléti helységek kialakításáig mindenre gondolniuk kell. Tanulmányozzák a későbbi segélyhívó rendszer kiépítését is. Sajnos sok helyszínen a GSM-lefedettség elégtelen, vagy egyáltalán nincs. A rendszer kiépítéséhez a szakemberek véleménye szerint egyszerűbb és praktikusabb lehet egy rádiósáv használata a régebbi típusú személyhívók sávjának analógiájára.

Az orvoscsoport tagjai az elmúlt négy évben közel 800 tanyán jártak, ahol a vizsgálaton túl adományokkal (tartós élelmiszerek, ruha, gyógyszer) is segítették az embereket. Az Élelmiszerbank Alapítvány segélyezéseikhez folyamatosan rendelkezésre bocsátja a szükséges élelmiszeradományokat. 2010-ben 10 tonna (!) élelmiszert, ruhát, játékot és gyógyszert sikerült szétosztaniuk az észak-alföldi régió rászorultjai között. A diagnosztikai felszerelések súlya mellett az élelmiszer-, ruha- és egyéb jellegű adományok mennyisége eleinte nehézséget jelentett a szállításban. Jelenleg külön

logisztikai csapat kíséri az orvosi egységet, gördülékenyebbé téve a helyszínre jutást, valamint az adományok szétosztást.

Mivel az észak-alföldi régióban megbecsülni sem lehet, mennyi házban laknak, hány tanyás település létezik, a munka elhúzódó, és igen nagy kitartást, pénzt igényel. A tanyán élők hálája és öröme kárpótolja az egyesület tagjait, de kapacitásuk véges. 2011-ben csupán néhány 10 bevetés tervezhető, a költségek finanszírozásának hiánya miatt.

A DEKOM tagjai öb olyan helyzetben segíthettek a régióban, melyet ingyen, karitatívan oldottak meg: a Hajdúhadház-Téglás körzetében lecsapott orkán erejű vihar után a médián keresztül mozgósították az önkénteseket, Püspökladány és Báránd körzetében a heves zivatarokat követően, majd ugyanebben a térségben a belvízi védekezésben segítettek.

A Debreceni Egyetem Különleges Orvos- és Mentőcsoportja a magas szintű ellátáshoz szükséges pénzt és a felszerelések költségeit folyamatosan próbálja előteremteni, ami tavaly részben sikerült is. Tevékenységük 2010-es költségvetése meghaladta a 15 000 000 forintot.

Nemzetközi missziók

A Debreceni Egyetem Különleges Orvos- és Mentőcsoportjának tagjai mentettek 2005-ben Indonéziában, valamint Szumátra szigetén a tsunami idején, 2005-ben Pakisztánban és 2006-ban Jáva szigetén a földrengéseket követően. Az említett akciókban adományok nélkül dolgoztak, céljuk az volt, hogy orvosokat/szaktudást juttassanak a katasztrófa sújtotta területekre. 2007 óta a Külügyminisztérium hivatalos orvoscsoportjának tekinti a DEKOM-ot.

A csapat tagjai 2007 januárjában az ENSZ felkérésére részt vettek az etiópai lakosság egészségi állapotának feltérképezésében, ezt követően 2008-ban Myanmarban egyetlen magyar orvoscsoportként gyógyítottak, 2010 januárjában pedig elsőként értek ki Haiti földrengés sújtotta területeire, ahol szintén egészségügyi ellátást biztosítottak a rászorulóknak számára, valamint körülbelül 10 millió forint értékben gyógyszereket, gyógyászati segédeszközöket adtak át Port au Prince kórházának. Adományukkal Haiti legelmaradottabb térségében egész évre több száz beteg gyógyulásához járultak hozzá.

Az egyesület bírósági bejegyzése óta az alapító tagok – 10 orvos és 5 ápoló/műszaki szakember – a nemzetközi mentések során közel 20 000 beteget látott el.

Tervek

A szakemberek jelenleg egy olyan centrum tervein dolgoznak, ahová bárki segítségért fordulhat utazást érintő problémával: a védőoltások beszerzésétől egészen egy esetleges mentés lebonyolításáig, vagy speciálisan beszerezhető gyógyszerekről felvilágosító

előadásokig, nemzetközi kontaktok felkereséséig. Ennek folyamatos bővítésével néhány éven belül akár egy nemzetközi hálózat is kiépíthetővé válhatna debreceni központtal. Ezzel párhuzamosan építenek egy olyan speciális, sürgősségi beavatkozásokra szakosodott orvoscsoport-hálózatot, amely Európa egyetemeken hasonló mintára jönne létre, mint a DEKOM. Karitatív és orvosi feladatokat közösen meghatározva egy igen effektíven működő rendszer épülhetne így fel. Rendszeres gyakorlatokon és közösen szervezett konferenciákon olyan szintű ellátási rendszert dolgozhatnak ki, amely a világon mindenhol elfogadottá válhatna.

A DEKOM tagjai a katasztrófavédelem vezetésével tárgyalásokat folytatnak egy olyan központ létrehozása ügyében is, ami egy polgárvédelmi, katasztrófavédelmi akcióban bázisként hozzájárulhat a lakosság orvosi ellátásához a klinikán, megfelelőképpen koordinálva az esetleges sérültek ellátását és későbbi kezelését. Ezen felül egy központosított oktatási rendszeren keresztül itt szerezhették meg a képesítést és bizonylatot azok a speciális mentőcsapatok, amelyek hazánkban szeretnének tevékenykedni. A katasztrófavédelemmel közös vélemény az, hogy jelenleg az ilyen jellegű csapatok nem megfelelő képesítés mellett koordinálatlanul végzik tevékenységüket, ezért szeretnének a megfelelő szervekkel együttműködve működési tervet és protokollt kidolgozni és az egyes intézeteknek eljuttatni, felkészítve ezzel az ott dolgozókat a veszélyhelyzetek kezelésére.

Az egyesület tagjai szeretnének megalapozni egy olyan törzstőkét, amivel működésük zavartalanul folyhat annak érdekében, hogy bármikor bárhol a világban bekövetkezett esetleges katasztrófánál segítséget nyújthassanak.

Mivel egyesületi formában működnek, csapatuk felszerelését és költségeinket (a gyógyszereket, műszereket és a katasztrófavédelemhez szükséges egyéb eszközöket, telefon- és utazási költségeket) önerőből kell biztosítaniuk. A jelen gazdasági intézkedések mellett igen nehéz anyagi körülmények között kezdte a szervezet az ez évi működését. Szponzoraik a reformokra hivatkozva a múlt évben befagyasztották támogatásaikat, így az előző évről megtakarított pénzből tudták kivitelezni a már előkészített munkáikat.

Egyetértve az alapító tagokkal, szeretnék a kiemelkedően közhasznú egyesületük politikai és vallási függetlenségét megőrizni, éreztetve mindenkivel, hogy csapatuk ilyenfajta elkötelezettségek nélkül ott segít, ahol szükség van rá.

** A szerző orvos, a DEKOM elnöke*

