

Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

III. évf. 1. szám 2004. február

A gyermekszegénységről

2

A falugondnoki szolgálatról

12

Helyi jóléti rendszerekről

30



Az előregedő társadalmakról

54

Szakellátásba utalt gyermekekről

58

10

Darvas Ágnes - Tausz Katalin
Gyermekszegénység és társadalmi kirekesztődés

Magyarországon a rendszerváltás óta a gyermekszegénység jelentősen növekedett, a gyermekek szegénységének kockázata nagyobb a társadalmi átlagnál (1.tábla). „A gyermekes háztartások mintegy fele 2000-ben átlag alatti egy főre jutó nettó jövedelemmel rendelkezett. Az időszak alatt a gyermekes háztartások alsóbb jövedelmi tizedbe való lecsúszása volt jellemző. Az első négy jövedelmi tizedbe tartozók aránya 48-ról 52%-ra nőtt, a két felső tizedbe tartozóké 15-ről 13%-ra csökkent. A legnehezebb helyzetben a legalsó jövedelmi tizedbe tartozó háztartásban élő, mintegy 430 ezer gyermek volt. A háztartási költségvetési felvétel alapján becsülve napjainkban mintegy 300–400 ezer azoknak a gyermekes családoknak a száma, ahol a mindennapos megélhetés is gond, ehhez hasonló eredményre vezetett a „Család változóban” felvétel is.” (A KSH jelenti 2002/9. KSH, Budapest, 2002. 58-59.old.)

1. tábla

Szegénységi ráták a különböző demográfiai csoportokban 2000/2001-ben (%)

Életkori csoportok	Medián fele	Átlag fele	Kvintilis határ
0-2	17,3	23,3	33,0
3-6	16,4	22,6	33,8
7-14	14,8	21,0	31,9
15-19	15,5	19,0	29,1
20-29	7,0	11,0	15,1
30-39	9,8	13,9	22,5
40-49	7,1	10,7	17,6
50-59	6,6	9,9	16,1
60-69	3,8	6,0	13,1
70+	2,2	6,1	17,1
Együtt	8,2	12,1	20,0

Forrás: Szívós Péter – Tóth István György (szerk.): Tíz év. TÁRKI Monitor jelentések. TÁRKI, Budapest, 2001.december, 50.old.

Ennek legfontosabb okai a munkaerő-piaci helyzet változásaiban, elsősorban a munkanélküliség megjelenésében és számottevővé válásában, az infláció emelkedésében és a bérek, valamint a szociális juttatások reálértékének csökkenésében kereshetők.

A társadalmi kirekesztődés problematikájával foglalkozó kutatások, politikai programok és akciótervek elsősorban a felnőttekre és a családokra irányulnak, s kevésbé foglalkoznak azzal a kérdéskörrel, hogy e társadalmi jelenség értelmezhető-e a gyermekek esetében. A gyermekek jövedelmi szegénységét ugyan többen is vizsgálták, de kevesebb figyelem fordítódott a többszörösen hátrányos helyzet gyermeki létben való megjelenésére, s hatására a gyermekek pszichoszociális fejlődésének alakulására. Az empirikus szegénységkutatások is elsősorban a felnőttekre és a háztartásokra irányulnak, a gyermekek szegénységére vonatkozó ismeretek a háztartások szegénységéből származtatottak.

Kiindulópontunk – Mérei és Binét felfogását követve -, hogy a gyermeki - sajátos létforma. Alapvető kérdésfeltevésünk, hogy a jövedelemhiány, bizonyos szükségletek kielégítetlensége, s nem csupán a társadalomban általában szokásosnak tekintett, hanem a gyermekek számára különösen fontos javakkal való rendelkezés és tevékenységekben való részvétel hiánya miként hat a speciálisan gyermeki létre, a gyermekek életesélyeinek alakulására.

A gyermekszegénység is többdimenziós, anyagi és nem anyagi tényezők által meghatározott jelenség, amely – ahogy Amartya Sen megfogalmazta – oka és következménye is a társadalmi kirekesztésnek.

Kutatásunk kiinduló hipotézise szerint a gyermekszegénység a felnőttek vagy a háztartások szegénységétől eltérő tartalmakat is rejt, s elsődleges feladatunknak e sajátosságok feltárásának megkezdését tekintettük. Továbbá feltételeztük, hogy a társadalmi kirekesztődés folyamata már gyermekkorban megkezdődhet, illetve a felnőttkori kirekesztettség okai a gyermekkorra is visszanyúlhatnak. Úgy véljük, ha egy gyermek tartósan alacsony jövedelmű,

többszörösen hátrányos helyzetű családban nevelkedik, ha nem rendelkezik a mobilitási esélyeit növelő tárgyi környezettel, eszközökkel, ha megfosztódik a gyermekek számára normaszzerűnek tekintett tevékenységektől, s emberi kapcsolatai sem kiegyensúlyozottak, akkor pszichoszociális fejlődése is veszélyeztetett, csökkennek az esélyei az egészséges pszichoszociális fejlődésre. A veszélyeztetett pszichoszociális fejlődés a szegénység újratermelődéséhez vezethet, s növelheti a későbbi társadalmi kirekesztettség bekövetkeztének kockázatát.

Vizsgálatunk központi fogalma a pszichoszociális fejlődés. E fogalomra fűztük fel kérdéseinket, így próbáltuk megragadni a gyermeki lét sajátosságait.

Úgy véljük, a szegénységgel, deprivációval és a kirekesztődéssel is összefüggő, az egészséges pszichoszociális fejlődést veszélyeztető kockázati tényezők közül az alábbiak a leglényegesebbek:

1. hátrányos szocio-demográfiai helyzet;
2. jövedelmi szegénység
3. az alapvető fizikai szükséglet kielégítéshez nélkülözhetetlen – és a gyermekek számára fontos – javak hiánya;
4. a gyermekek életében releváns és esélyteremtő tevékenységek végzésétől való megfosztottság vagy ennek korlátozottsága;
5. az emberi kapcsolatok veszélyeztetettsége;
6. értékrendszer, a szocializáció sajátosságai.

Az alábbiakban a gyermeki tevékenységekkel, az emberi kapcsolatokkal és a pszichoszociális jól-léttel kapcsolatos kutatási eredményeket mutatjuk be.

A minta

Kutatásunk 2003-ban gyűjtött kérdőíves felvétel adatain alapul. Kísérletinek nem csupán a kérdésfeltevés miatt tekinthető, hanem azért is, mert az információkat elsősorban maguktól a

gyermekektől akartuk nyerni. 1000, 12-14 éves gyermeket és lehetőleg édesanyjukat kérdeztük külön-külön kérdőív segítségével.

A megkérdezett gyermekek 53,4%-a fiú, 46,6%-a lány volt. Egyötödük a fővárosban, 42,9%-uk más városokban, 37,1% falvakban él. A gyermekek 9,1%-ának családjában egyetlen aktív kereső sincs, 31,2%-ában egy aktív családtag van, 59%-ban legalább kettő. A 49,2%-a kevesebb jövedelemből él, mint a 2 felnőttből és 2 gyerekből álló háztartásra számított létminimum, azaz 31 000 Ft; 22,3%-uk az adminisztratív szegénységi küszöb alatti összegből, a 21 800 Ft-os nyugdíjminimumnál kevesebből kénytelen megélni. A válaszadó felnőttek megítélése szerint a háztartások 9%-ában egyáltalán nem elegendő a jövedelem a megélhetéshez, 23,8%-a havonta küzd pénzzavarral, a megkérdezettek 10,8%-a úgy érzi, hogy jövőre a jövedelmi helyzetük romlani fog. A szegénység és feltehetően a társadalmi kirekesztettség szempontjából is oly lényeges roma származást kétféleképpen próbáltuk tisztázni. Rákérdeztünk a felnőttel folytatott beszélgetés során, és a kérdezőbiztos véleményét is tudakoltuk. Ezek szerint a megkérdezettek 10,4%-a vallotta magát egy vagy több roma tagot tartalmazó háztartás tagjának. Az inaktív háztartások 43%-ában van roma családtag. A kérdezőbiztosok a háztartások 11,3%-ának esetében vélelmeztek roma származást. A kérdezettek közlése a kérdezőbiztosi vélekedéssel nagymértékben egybeesett (97,1%).

Tevékenységek

A társadalmi kirekesztődéssel foglalkozó elméleti irodalom a felnőttek esetében két, a kirekesztődés valószínűségét meghatározó tényezőt minden esetben említ: a munkaerőpiacról, azaz bizonyos tevékenységek végzéséből történő kizorulást és az emberi kapcsolatok átalakulását, megritkulását, kiüresedését. E két tényezőt gyermekek esetében át kell értelmeznünk, illetve a gyermekek sajátos léthelyzetére kell értelmeznünk. A szükségletek kielégítését vizsgálva nem csupán az alapvető fizikai szükségletek kielégítésére kell figyelemmel lennünk, hanem az egészséges pszicho-szociális fejlődéshez nélkülözhetetlen játékokra, illetve a felnőtt szemmel nem feltétlenül elengedhetetlen, de a gyermekek számára lényeges eszközökre, tárgyakra, tevékenységekre is.

A 12-14 éves gyermekek által végzett, végezhető tevékenységeket hat csoportba rendeztük.

Ezek a következők:

- iskolai élet
- számítógép-használat
- házimunka
- fizetett munka
- szabadidős tevékenységek
- nyaralás

Iskolai élet

Az általános tankötelezettség miatt a 12-14 éves korosztály Magyarországon általános iskolai tanulmányokat folytat. Az életesélyek szempontjából a tanuláshoz hozzáférés minősége és a tanulást elősegítő tevékenységek (szakkörök, különórák, stb.) bírhatnak jelentőséggel.

2. tábla

Az iskolai pályafutást befolyásoló tényezők alakulása (%)

	A gyerekek szerint	A szülő szerint
Megvan minden tanszere, könyve	99,5	99,1
Elmegy az iskola által szervezett programokra	94,9	95,5
Különórára jár		67,2
Tanórán kívüli rendszeres sportolás		70,2

Az iskolai pályafutást nehezítő és a mobilitási esélyeket csökkentő tényező, s alkalmasint kirekesztettség-érzetet is kelthet, ha egy gyermeknek nincs meg az iskola által elvárt minden felszerelése, nem tud részt venni az iskola által szervezett programokon (kirándulásokon,

kulturális rendezvényeken), és ha nem járhat semmilyen különórára. A halmozott szegénységgel jellemezhető háztartásokban ezeknek a tevékenységeknek a hiánya szignifikánsan gyakoribb, mint a többi háztartásban.

3. tábla

Iskolán kívüli tevékenységek hiánya - különóra, edzésszerű sportolás, egyéb sport (%)

	Halmozott szegénység		Összesen
	nem jellemző	jellemző	
Egyikben sincs hiány	29,8	12,7	27,2
Egyik tevékenység hiányzik	34,8	25,5	33,4
Két tevékenység hiányzik	25,7	39,5	27,9
M i n d h á r o m tevékenység hiányzik	9,6	22,3	11,6
Összesen	100,0	100,0	100,0
N=	841	157	998

Adataink ugyan kedvezőbb képet mutatnak, mint a 2001-es ILO kutatás – részben annak köszönhetően, hogy az célzottan a szegényekre irányuló vizsgálat volt –, mégis az alapvető megállapítások mindkét esetben ugyanazok. „A források családon belüli elosztása még mindig 'fekete doboz' Magyarországon. Adataink annyit sejtetnek, hogy a gyerekek szükségletei talán kissé előbbre sorolódnak, mint a felnőttekéi. Azért nehéz olyan indikátorokat találni, amelyek lehetővé tennék az összehasonlítást, mert a gyerekek szükségletei mások. Mi is szigorúbb standardokat alkalmaztunk: például egy meleg étkezés helyett a gyerekeknél azt kérdeztük, hogy jut-e nekik napi három étkezés. Minden esetre úgy tűnik, hogy a napi három étkezés, a megfelelő alsónemű és a külön ágynemű használata széles körben elterjedt. Nem lehet persze kizárni, hogy az emberek szégyellik szegénységüket, és megszépítik a valóságot. De még ha adataink pozitív irányba túloznak is, akkor is jó jelnek tekintjük, hogy a szülők egyáltalán tudják, mi kellene a gyerekeknek. A gyerekeknek kedvezés a szegény családok anyagi lehetőségeinek falába ütközik. Legtöbbjük nem tudja a

jó képzés megszerzését nehezítő akadályokat elhárítani. A jelek szerint az iskola alapkövetelményeit biztosítják, és ebben – például ingyenes iskolakönyvekkel – a szociálpolitika is segíthet. Ám az oktatás kötelező elemein kívüli tevékenységek, amelyek a gyermek szélesebb kulturális fejlődését segítenék – mint a szervezett sport, a nyelvtanulás, a számítógéphez hozzájutás – a szegények számára megfizethetetlenek. Ezért is nagyon bizonytalan a szegény gyermekek jövője.” (ILO: 53. oldal)

Azt azonban mindenképpen pozitív jelenséggént értékelhetjük, hogy a szülők fontosnak tartják a gyerekek iskolai teljesítményét, és az ezzel kapcsolatos igényeik tudatosulnak is a gyermekekben.

4. tábla

A gyerekek szerint az iskolai élet fontossága szüleik számára (%)

	Nagyon fontos
Lecke megcsinálása	66,2
Rendszeres iskolába járás	82,5
Jól tanulás, jó jegyek	63,7
Az általános iskola utáni továbbtanulás	70,2

A gyermekek 94,8%-a 8 osztályos általános iskolába jár, háromnegyedük (75,3%) normál tantervű oktatási intézménybe (speciális tantervű 5,0%, két tannyelvű 2,8%, tagozatos 15,7%, alternatív 0,2%). Az iskolák 95,8%-a önkormányzati tulajdonban áll.

Az iskolatípus megválasztásának okait nehéz a rendelkezésünkre álló adatok alapján elemezni. Úgy tűnik, a vizsgálatba bevont gyermekek esetében elsősorban a szülők iskolai végzettsége és a település típusa a meghatározó: a normáltól eltérő tantervű iskolákat a felsőfokú végzettségű felnőttet tartalmazó, Budapesten és a városokban élő családok választanak elsősorban gyermekeiknek. A falvakban a gyerekek 14%-a jár a normáltól eltérő iskolába, a falusi felsőfokú végzettségűek gyermekeinek ugyancsak 14%-a, míg a városi

felsőfokú végzettségűek gyermekeinek 43%-a (összes városi 28%-a), a budapestiekének 39%-a (összes budapesti 37%-a).

Az iskolaválasztás fontosságának megítélésén túl ebben feltehetőleg a kínálat játszhat döntő szerepet. Mindez azzal állhat összefüggésben, hogy a községekben kedvezőtlenebbek az iskoláztatási feltételek (már csak az önkormányzatok iskola-eltartó képessége miatt is kevesebb a speciális oktatási forma, nincs elég számítógép, kevésbé van könyvtár stb.).

A különféle iskolatípusok előnyeinek és hátrányainak számbavétele, értékelése itt nem lehetett feladatunk. Ám a normál tantervű iskolákban a gyermekek kevésbé jutnak a számítógép-használat lehetőségéhez, kevésbé olvasnak a kötelező olvasmányokon kívül könyveket, lapozgatnak újságokat, folyóiratokat, és az is kitűnik: a normál tantervű iskolákban a gyermekek frusztráltabbak, elégedetlenebbek magukkal.

Számítógép-használat

Magyarországon, miként más európai országokban is, a számítógép, az Internet használata munkaeszközként, információs és kommunikációs formaként egyre elterjedtebb eszköze életünknek. Ma országunkban a számítógéphez való hozzáférést és a digitális írástudást tekintve határozott törésvonal rajzolódik ki: a digitális szakadék egybeesik a társadalmi hátrányokat okozó más tényezőkkel, az informatikai eszközök használatában mutatkozó hátrányok egyes csoportok társadalmi hátrányainak halmozódásához vezethetnek. A társadalmi esélyteremtés szempontjából ezért is kulcsfontosságú a gyermekek informatikai tudásának fejlesztése.

A számítógép birtoklásával és használatával kapcsolatban a gyermekektől és a válaszadó felnőttektől meglehetősen ellentmondó válaszokat kaptunk.

5. tábla

A számítógép-használat lehetősége és formái (%)

<i>Soha nem csinálja (gyermek válasza)</i>
--

Számítógépes és videó játék	18,8
Chattelés, levelezés	73,1
Böngészés az Interneten	63,6
Játék, chat, levelezés és Internet egyikét sem	17,2
<i>Nincs</i>	
saját vagy testvérével közös számítógépe (gyermek válasza)	48,8
saját vagy testvérével közös számítógépe (szülő válasza)	38,6
számítógép-használat lehetősége (szülő válasza)	8,6

A szülők szerint a gyerekek 42,9%-ának nincs módja otthon számítógépezni, 31%-uk az iskolában (sem) jut a számítógépezés lehetőségéhez. Az otthoni géphasználattól a szegényebb, csak általános iskolai és szakmunkás végzettségű szülőktől származó, többgyermekes családokban nevelkedő, többféle hátránnyal élő gyermekek, valamint a roma gyermekek megfosztottak.

Az iskola kompenzálhatná ezt a hátrányt is. Az iskolai géphasználatot nem a gyermekek életkörülményei, családjuk társadalmi státusza és etnikai hovatartozása befolyásolja, hanem például az iskola és a település típusa. A normál tantervű iskolákban ritkább a számítógép-használat lehetősége. Budapesten és a városokban gyakoribb az otthoni számítógép-használat, a falvakban, különösen a 2000 főnél kevesebb lakosú településeken ritkább az iskolai számítógépezés lehetősége. Az otthoni géphasználat nem növeli az iskolai számítógépezés valószínűségét.

A számítógépet soha, sehol nem használó gyermekek alacsony iskolai végzettségű szegény családokban nevelkednek, több közöttük a roma származású gyermek és a többszörösen hátrányos helyzetűek. A budapesti gyermekek körében a számítógép-használat hiánya ritkább, mint a kisebb településeken.

Házimunka

A megkérdezett gyermekek különböző házimunkákat végeznek. E házimunkák különféle célokat szolgálhatnak, különböző okokból végezhetik őket a gyermekek. Az ágyazás és a saját szoba kitakarítása a szülőknek, elsősorban az anyának nyújtott segítségen túl általában főként nevelési célt szolgál. Ilyen tevékenységet hetente vagy gyakrabban a gyermekek 79,4%-a végez.

6. tábla

A házimunkák végzésének gyakorisága (%)

	Soha	Naponta
Főzés	69,5	0,3
Reggeli készítés a családnak	64,5	0,5
Mosás, vasalás, teregetés	61,3	0,6
Testvérek, családtagok gondozása	50,8	12,2
Kerti munka	41,1	2,1
Mosogatás	37,8	2,9
Állatgondozás	33,0	(hetente többször) 14,6
Takarítás másutt	21,3	3,7
Bevásárlás	17,8	6,3
Saját szoba takarítása	8,0	7,6
Ágyazás	5,4	46,4

A főzés, mosás, lakástakarítás, reggelikészítés, bevásárlás, mosogatás a gyermekek tényleges bevonása a háztartási munkákba. Az ilyen munkák közül legalább egyben rendszeresen a gyermekek bő egyharmada (35,1%) vesz részt.

Érthető módon a mezőgazdasági munkákban elsősorban a falvakban élő gyermekek segítenek. Csak kerti munkát vagy állatgondozást egyharmaduk (33,1%), mindkét munkafajtát további 6,7%-uk végez.

A házimunkák közül kizárólag a családtagok (kisebb testvér, idősebb, beteg hozzátartozó) gondozásában vállalt szerep függ határozottan össze a gyermekek társadalmi helyzetével: az alacsony jövedelmű, a hátrányos lakáskörülmények között élő, a többgyermekes és a roma családokban nevelkedő gyermekek szerepvállalása jelentősebb ebben.

7. tábla

„Milyen gyakran vigyázol kistestvére(id)re, segítesz valakinek idős vagy beteg családtag, rokon stb. ellátásában, gondozásában” kérdésre adott válaszok megoszlása (%)

	H a l m o z o t t szegénység		Összesen
	Nem jellemző	Jellemző	
Soha	53,9	34,2	50,8
Ritkán/néha	14,1	14,6	14,2
Hetente	10,3	8,9	10,1
Hetente többször	11,4	20,3	12,8
Naponta	10,3	22,2	12,2
Összesen	100,0	100,0	100,0
N=	835	158	993

Fizetett munka

Bár különböző nemzetközi egyezmények tiltják, mégis előfordult – a gyermekek majd’ ötödének (19,4%) esetében – ,hogy az elmúlt évben fizetett munkát végezett. A fizetett munkát végző gyermekek 57,7%-a csak iskolai szünetben vállalkozik ilyesmire, a többiek egész évben bármikor – úgy felük (47,9%) az elmúlt évben hét napnál többet. Nem feledkezhetünk meg arról, hogy a kérdés értelmezéséről nem nyújt a kérdőív tájékoztatást,

így például a családi autó díjazott lemosása is minősülhetett fizetett munkavégzésnek. Mégis a fizetett munka vállalása feltehetőleg a többség esetében nem a szegénység miatti kényszer: az ilyen tevékenység végzése nem függ a családok jövedelmi viszonyaitól, hátrányos, avagy előnyös helyzetétől. Mégis fontos felfigyelni arra, hogy a roma gyermekek körében jóval elterjedtebb a fizetett munka végzése (például fahordás, takarítás, kerti munka, presszóban mosogatás, autómosás), mint a többiekénél.

Szabadidős tevékenységek

Mint eddig is tudtuk, a gyerekek legelterjedtebb szabadidős tevékenysége (90,6%-nak szinte minden nap) a tv-nézés.

8. tábla

Szabadidős tevékenységek végzésének gyakorisága (%)

	Soha	Szinte minden nap
Könyvolvasás (nem kötelező olvasmány)	14,6	7,9
Újság olvasás	7,2	26,4
Videózás	14,5	12,8
Rádióhallgatás	5,4	48,8
Zenehallgatás	0,8	63,2
Szervezett sport	46,9	6,0
Baráti együttlét	1,1	62,3
Társas és más játék	10,0	10,3
Sport – nem egyesületi	21,0	18,3
Kirándulás	5,9	0,7
Mozi	28,5	0,1
Gyorsétterem	31,0	0,4
Pláza	27,0	0,9

Hobbi	13,7	29,7
Kedvenc állat	22,0	42,8

Szomorú tény, hogy a gyermekek 14,6%-a a kötelező olvasmányokon kívül egyáltalán nem olvas semmilyen könyvet. Az olvasás előfordulása a szülők iskolai végzettségével együtt növekszik. Hasonló összefüggést találtunk a videózás, a sportolás, a moziba, gyorsétterembe, valamint plazába járás, valamilyen hobbival foglalkozás és a szülők iskolai végzettsége között is. Majd' minden szabadidős tevékenység végzésében szerepet játszik a háztartás jövedelmi helyzete is.

Magától értetődő, hogy az olyan tevékenységek végzését, amelyekhez intézmények kellenek, azok léte vagy nem léte jelentősen befolyásolja. Így a moziba, gyorsétterembe, bevásárlóközpontba járás gyakoriságát elsősorban a település típusa határozza meg.

Nyarlás

A szülők válaszai alapján a gyermekek több mint fele (55,2%) egyáltalán nem tud nyaralni.

9. tábla

Nyarlási lehetőségek a gyermekek szerint (%)

	Nem
A családdal utaztatok-e Magyarországon valahová?	40,6
Voltál-e nyaralni a rokonoknál?	45,9
Voltál-e nyaralni gyerektáborban?	56,4
Voltál-e nyaralni a barátaidnál?	81,0
Voltál-e a család nyaralójában?	87,6

Hogy a gyermekek tudnak-e nyaralni, erőteljesen függ a család helyzetétől. Azokban a háztartásokban, ahol a szegénység halmozódása figyelhető meg, a gyerekeknek is kevésbé van alkalmuk és módjuk a nyaralás bármely formájára.

10. tábla

Nyaralás

	Halmozott szegénység		összesen
	nem jellemző	jellemző	
A nyaralás valamelyik formáját említi a gyerek	89,2	70,9	86,3
A nyaralás egyik formáját sem említi a gyerek	10,8	29,1	13,7
összesen	100,0	100,0	100,0
N=	842	158	1000

Esélyteremtő tevékenységek

A gyermekek által végezhető néhány tevékenységből (olvasás, moziba járás, számítógéphasználat) és az iskolai hátrányokat leíró változóból összevont változót készítettünk abból a feltételezésből kiindulva, hogy ezek jelentősen befolyásolhatják a gyermekek életesélyeit.

A gyermekek igen jelentős hányada van kizárva ezekből az esélyteremtő tevékenységekből. 45,1%-uk soha nem olvas a kötelező olvasmányokon kívül más könyvet, nem forgat újságokat, folyóiratokat, nem jár moziba, és nem használ számítógépet. A 12-14 évesek 13,8-át ezen esélyteremtő tevékenységek hiánya mellett iskolai hátrányok is sújtják. E hátrányok súlyosságát a szülők iskolai végzettsége és munkaerő-piaci aktivitása, a háztartás

jövedelmi- és lakáshelyzete, a gyermekek száma és a család etnikai hovatartozása befolyásolja.

11.tábla

Az ún. esélyteremtő tevékenységek megléte

	H a l m o z o t t szegénység		Összesen
	nem jellemző	jellemző	
Egyikben sincs hiány	30,9	10,8	27,7
Egyik tevékenység hiányzik	47,5	32,3	45,1
Két tevékenység hiányzik	17,2	37,3	20,4
M i n d h á r o m tevékenység hiányzik	4,4	19,6	6,8
Összesen	100,0	100,0	100,0
N=	842	158	1000

„Emberi jogi közelítésben a gyermek a társadalom teljes jogú tagja, kinek nem csupán az élethez fűződnek jogai, hanem a szabadsághoz és a boldogsághoz is; a családon belül és kívül is jár a gyermekeknek az autonómiához és a személyes integritáshoz fűződő jog. A gyermekkor nem valamiféle próbaidő a felnőtté válás előtt, a gyermeket is megilleti az emberi jogok és az emberi méltóság teljessége. Ennek alkotóeleme a társadalomban fennálló szabályok szerinti civilizált lényként való élethez fűződő jog is.”- írtuk a Szociológiai Szemlében megjelent tanulmányunkban. Ha a gyermekek, illetve az őket nevelő családok a fogyasztási javak hiányán túl egyfajta *civilizációs deficit*t is terheltek, az károsan hathat a gyermekek életére is.

Valamiféle civilizációs deficitet a gyermekeket nevelő háztartások 31,5%-a rendelkezik. E civilizációs deficitet a családok társadalmi státuszát jellemző tényezők határozzák meg. A

civilizációs hátrányokkal jellemezhető családokban nevelkedő gyerekek nagyobb valószínűséggel szorulnak ki az esélyteremtő tevékenységekből is.

Kapcsolatok

Az emberi kapcsolatok sűrűségét, minőségét mélységében interjúk módszerrel lehetne csak vizsgálni. A kérdőívben a gyermekek szülőkhöz, barátokhoz és tanárokhoz fűződő kapcsolatáról csak érintőlegesen tájékozódhattunk.

12. tábla

Az emberi kapcsolatok sérülése (%)

Nincs barátja	0,4
Nincs testi-lelki jó barátja	9,2
Az átlagosnál kevésbé népszerűnek tartja magát az iskolában	12,1
Nincs olyan tanára, aki bármiben segít, ha szükséges	14,3
Úgy érzi, szinte mindig (hetente többször) egyedül van	14,6
Az iskolatársakhoz, tanárokhoz fűződő kapcsolatból eredő konfliktusok legalább hetente	17,4
Nem beszélget mindennap a szüleivel	22,3

A pszichológiai szakirodalomból tudjuk, egy gyermek kapcsolatteremtő képességét, eredményességét, habitusát számos tényező befolyásolja. Kérdőíves módszerrel valójában csak arról nyerhetünk felszínes képet, hogy összefügg-e ez szociodemográfiai tényezőkkel.

Azoknak a gyermekeknek, akik úgy vélik, hogy van testi-lelki jó barátjuk, inkább van olyan tanárunk is az iskolában, aki bármiben segít, ha szükséges; saját megítélésük szerint kevésbé akadnak iskolai problémáik, és kevésbé sérül a biztonságérzetük.

A gyerekek szülőkhöz, más gyerekekhez és tanárokhoz fűződő viszonyát a háztartás jövedelmi helyzete, társadalmi státuszt jelző ismérvei, etnikai hovatartozása önmagában közvetlenül nem befolyásolja.

Pszichoszociális jólét

Az egészséges személyiségű gyermek számára az élet valós alakulása és annak megélt mása főbb vonásait tekintve egybeesik. Mégis: nem minősíthetjük nem létezőnek azokat a problémákat, amelyek a valóságban nem léteznek, csak a gyermek tudatában, érzéseiben. Ha egy gyermek például úgy érzi, hogy nem népszerű osztálytárai körében, de tanára ennek ellenkezőjét látja, a gyermek rossz érzését akkor is tényként kell kezelnünk, és komolyan kell vennünk.

13. tábla

A pszichés problémák előfordulása (%)

<i>Félelem (az elmúlt fél évben)</i>	
• Valakitől	19,2
• Nem mert kimenni a lakásból	4,7
• Fenyegetés, ijesztés	9,2
• Bántás, ütés, rúgás	16,3
• Meglopták	15,5
• Valamijét szándékosan tönkretették	14,6
<i>Nem érzi magát biztonságban</i>	
• lakás környékén	5,3
• iskolába menet	4,5
• osztályban	3,0
• óraközi szünetekben	4,7
• családban	0,4
<i>az átlagosnál kevésbé népszerűnek tartja magát</i>	12,1
<i>Iskolai bajok legalább hetente (q25)</i>	
• Osztálytársak igaztalanul vádolják	4,4
• Senki nem akar vele lenni, játszani, beszélgetni	3,2

• Csúfolják, gúnyolják	8,0
• Megütik, fájdalmat okoznak neki	3,9
• Tanár igazságtalan	6,9
• Ő bánt másokat	5,0
<i>Pszichoszomatikus tünetek legalább hetente (Q58)</i>	
• Fejfájás	15,3
• Gyomorfájás	6,5
• Alvászavar	7,0
• Feszültség, ingerültség	7,9
<i>Negatív énkép: a mennyire jellemző rád ... kérdésre az egyáltalán nem jellemző választ adta</i>	
• Csaknem mindig jókedvű	0,5
• Képes egy helyben ülni, figyelni	5,9
• Ritkán okoz bajt	7,6
• Ritkán feszült, ideges	8,1
• Ritkán aggódik	8,3
• Ritkán szomorú, levert	8,6
• Nehéz feldühíteni	12,9
• Általában elégedett magával	3,3
• Ritkán kötekedő, zsörtölődő	8,3
• Nem fél kimondani, amit gondol	5,5
• Elégedett a külsejével	5,2
• Bízik abban, hogy jól fognak menni a dolgai a jövőben	0,7

A fenti jellemzőkből különféle összevont változókat készítettünk.

A *félelem* előfordulása természetes velejárója életünknek. Gondot okozhat azonban a gyermek személyiségfejlődésében, ha tudatosított biztonságvesztés-érzettel is jár. A gyermekek 5%-a 4 vagy több helyzetben is átélt félelmet, 7,6 %-uk valakitől félt és

bántották, 41%-uk félt valamitől, legalább egy helyzetben, az elmúlt fél évben. Félelemérzet szegény és gazdag gyermekekben egyaránt keletkezhet. E gyermekek problémái valószínűleg pszichés jellegűek, szorongóak (például az átlagosnál kevésbé népszerűnek tartják magukat), s gondjaik, félelmeik valahol az iskolai életben gyökereznek.

A kérdőív összeállításakor abból a feltételezésből indultunk ki, hogy a félelem és a *biztonságérzet hiánya* különböző tartalmakat rejt. A gyermekek 12%-a meg tudott nevezni olyan helyet-helyzetet, ahol nem érzi magát biztonságban, valamilyen félelemérzetet és biztonsághiányt a gyermekek 8,6%-a élt már át.

Feltételezésünket megerősítették az adatok: a félelem pszichés jellegű, a biztonságvesztés társadalmi tényekkel is összefügg.

A biztonságvesztésről szóló gyermekek rossz lakáskörülmények között, inkább önkormányzati bérlakásokban, alacsony jövedelmű háztartásokban élnek. Ők is gyakrabban és többféle okból érzik magukat az iskolában fenyegetettnek, s úgy vélik, osztálytársaiknál kevésbé népszerűek.

Valamilyen, legalább heti rendszerességgel fellépő *pszichoszomatikus tünet*ről – fejfájásról, gyomorfájásról, alvászavarról, feszültségérzetről – a gyermekek 26,9%-a számolt be (19,7% egy tünetről, 5,0% kettőről, 1,8% háromról és 0,4% mind a négyről). A leggyakoribb a fejfájás körükben. E tünetek előfordulásának gyakorisága nem köthető a gyermekeket nevelő háztartások valós jövedelmi helyzetéhez, társadalmi státuszához. A pszichoszomatikus tünetekre panaszkodó gyermekek is az átlagosnál kevésbé népszerűnek tartják magukat, többféle iskolai összeütközésről számolnak be, és gyakrabban félnek valamitől, mint a többiek.

A közkeletű, sztereotip feltételezéstől eltérően sem a félelemérzet, sem a biztonsághiány, s még a pszichoszomatikus tünetek sem inkább a lányok sajátosságai, nemek szerint ezek előfordulási gyakoriságában nincs különbség.

Ahogy a pszichoszomatikus tünetek, úgy az *énkép jellegzetességei* is a pszichoszociális jólét egyik összetevőjeként értelmezhetők. Az énkép jellemzésére kialakított 12 jellemzőből legalább öttel kapcsolatban negatív véleményt fogalmazott meg a gyermekek 25,7%-a.

Az énkép milyenségét sem befolyásolja a család társadalmi helyzete. Ám pozitív vagy negatív volta azzal sincs összefüggésben, hogy a gyermekek átéltek-e félelemérzetet, biztonságban érzik-e magukat a világban, s mutatnak-e pszicho-szomatikus tüneteket. A budapesti gyermekek az átlagosnál kevésbé, az egyéb városiak inkább jellemezhetők negatív énképpel. A családjukat a szegények közé sorolók is kevésbé pozitívan nyilatkoznak önmagukról, s az átlagosnál népszerűtlenebbnek is érzik magukat az iskolában. A negatív énképű gyermekek többféle iskolai problémával is gyakrabban szembesülnek.

Az elsősorban a kapcsolatokban gyökerező, pszichés jellegű változókból a gyermekek pszichoszociális jólétét jellemző összefoglaló változót készítettünk. A gyermekek pszichoszociális jólétének különböző fokú veszélyeztetettségét észleltük a gyermekek 56,7%-ának esetében. A gyermekek 34,8%-a egy, 14,1%-a kettő, 7,8%-a három vagy több kérdésre is gondokra utaló választ adott.

Pszichoszociális egészség, halmozott szegénység és társadalmi kirekesztődés

Vizsgálatunk megerősítette a gyermekszegénységgel foglalkozó magyar szociológiai szakirodalomban már feltárt összefüggéseket: a halmozott szegénység elsősorban az alacsony iskolai végzettségű, aktív kereső nélküli, többgyermekes, valamint a roma családokban nevelkedő gyermekek osztályrésze. E gyermekek inkább bérlakásokban élnek, többféle iskolai hátrány is sújtja őket, s kevésbé van esélyük részt venni a társadalmi mobilitási esélyeiket növelő tevékenységekben.

Az egészséges pszichés fejlődés sérülése a legalacsonyabb jövedelmű családokban nevelkedő gyermekek körében kissé gyakoribb. Az alsó jövedelmi ötödhöz tartozó gyerekeknek 35%-a, a felső jövedelmi ötödhöz tartozók 49%-a nem jelez ilyen jellegű gondokat. (Az ilyen jellegű problémák halmozódása csaknem minden harmadik gyereket

érint az alsó jövedelmi ötödben, minden öt gyerek közül egyet a legfelsőben.) Adataink alapján a pszichoszociális fejlődés zavaraira utaló jelek halmozódásának kockázata a szegénység halmozódása, a különböző dimenziókban egyszerre jelentkező szegénység esetén nő meg jelentősen. E gyermekek életében halmozódnak a hátrányok – az iskolai életben jelentkező hátrányok, a civilizációs deficit és az esélyteremtő tevékenységekből való kizorulás is.

14. tábla

A halmozott szegénység és a pszichoszociális jólét veszélyeztetettsége (%)

Pszichoszociális jólét veszélyeztetettsége	H a l m o z o t t szegénység		Összesen
	nem jellemző	jellemző	
Nincs	46,3	27,2	43,3
Egyféle	34,0	39,2	34,8
Többféle	19,7	33,5	21,9
Összesen	100,0	100,0	100,0
N=	842	158	1000

Leegyszerűsítő, téves feltételezés lenne azt állítani, hogy a pszichoszociális jólét sérülése és a halmozott szegénység között egyszerű oksági viszony áll fenn. A jövedelmi szegénységgel összefüggő különféle társadalmi jellemzők: a szülők iskolai végzettsége, munkaerő-piaci részvétele, a családban nevelkedő gyermekek száma, avagy a család roma származása önmagában nem vezet pszichés sérüléshez. *A gyermekszegénység, akárcsak a szegénység általában, többdimenziós jelenség: a szegénység különféle dimenzióinak halmozódása jár együtt a gyermekek egészséges pszichés fejlődésének veszélyeztetettségével.*

Szociológiai, pszichológiai vizsgálatok sora bizonyítja, hogy a tartós gyermekkori szegénység nem múlik el nyomtalanul. A 12-14 éves gyerekek ezt még másképp látják. Többségük úgy gondolja, hogy a szegény gyerekkor nem jelenti azt, hogy szegény felnőttkor követné, csupán 25%-uk ért egyet azzal a kijelentéssel, hogy "szegény családban felnövekvő gyerekből valószínűleg szegény felnőtt lesz", egy másik kérdésre válaszolva 88%-uk úgy gondolja, hogy mindenkin saját magán múlik, mit tud elérni az életben. A rossz anyagi körülmények között élő 12-14 évesek azonban kicsit kevésbé optimisták ezekben a kérdésekben, és vágyaik, jövőre vonatkozó elképzeléseik is visszafogottabbak, mint a jobb körülmények között élő társaikéi. A továbbtanulást, az egyetemi, főiskolai végzettség megszerzését ők kevésbé tartják fontosnak, elérhetőnek, mint a jobb körülmények között élők (34, illetve 16%).

A fenti három kérdés alapján képzett optimizmus-pesszimizmus változó alapján a gyerekek 13,1%-a bizonyult pesszimistának. A gyermekek meglehetősen reálisan látják jövőbeli esélyeiket. Az optimizmus-pesszimizmus nem habitus kérdése, társadalmi tényekben gyökerezik.

15. tábla

A gyermekek pesszimizmusa a háztartás egyes jellemzői szerint

	Pesszimisták aránya (%)
<i>Etnikai hovatartozás</i>	
• Van roma a háztartásban (N=104)	26,0
• Nincs roma a háztartásban (N=895)	11,6
<i>Jövedelem</i>	
• Létf minimum alatti (N=437)	16,7
• Létf minimum feletti (N=451)	9,8
• Nyugdíj minimum alatti (N=198)	22,2
• Nyugdíj minimum feletti (N=690)	10,6
<i>Munkaerő-piaci helyzet</i>	
• Nincs aktív felnőtt a háztartásban (N=91)	15,4

• Egy aktív felnőtt van a háztartásban (N=312)	13,2
• Több aktív felnőtt van a háztartásban (N=597)	9,6
<i>Halmazott szegénység</i>	
• nem jellemző (N=842)	8,8
• jellemző (N=158)	24,0
<i>Összesen (N=1000)</i>	<i>11,2</i>

Az esélyteremtő közösségi beavatkozás módjának, eszközrendszerének kidolgozásához látni kell, melyek azok a háztartástípusok, amelyekben a gyermekek különösen veszélyeztetettek a halmazott szegénység és a pszichoszociális jólét sérülése szempontjából.

A nemzetközi tapasztalatok három csoportot szoktak kiemelten veszélyeztetettnek tekinteni: az egyszülős családokban nevelkedőket, az aktív kereső nélküli háztartásokban élőket és egyes etnikai kisebbségi csoportokhoz tartozókat.

16. tábla

Az egyszülős, az aktív kereső nélküli és a roma háztartások helyzete

	E g y s z ü l ő s családok	Aktív kereső nélküli háztartások	Roma családok
<i>Szocio-demográfiai jellemzők</i>			
Településtípus	+		
3 vagy több gyerek		+	+
Egyszülős családok gyakoribb előfordulása		+	
Romák		+	
Aktív kereső hiánya	+		+
Felnőtt(ek) iskolai végzettsége alacsonyabb	+	+	+
<i>Szegénység</i>			
Jövedelmi szegénység		+	+

Szubjektív szegénység	+	+	+
Rossz lakáskörülmények		+	+
Halmazott szegénység	+	+	+
<i>Szükségletek</i>			
Civilizációs hátrány	+	+	+
Iskolai hátrányok		+	+
Gyermekek számára fontos javak hiánya		+	+
<i>Tevékenységek</i>			
Családtagok rendszeres gondozása		+	+
Könyv- és újságolvasás hiánya			+
Kevesebb moziba járás		+	+
Kedvenc állat hiánya		+	+
Hobbi hiánya			+
Számítógép-használat hiánya		+	+
R e n d s z e r e s házimunkavégzés		+	+
Nyaralás hiánya		+	+
Pénzért végzett munka gyakoribb előfordulása			+
Esélyteremtő tevékenységek hiánya		+	+
<i>Pszichoszociális jólét</i>			
Biztonságérzet sérülése			+
<i>Jövőkép</i>			
Továbbtanulás kevésbé fontos			+
Pesszimizmus			+

Az általunk vizsgált 12-14 éves korcsoportban is meghatározó szerepet játszik a munkaerőpiaci aktivitás és az etnikai kisebbséghez tartozás a gyerekek életének alakulásában.

Bár az *egyszülős háztartások* szegénységi kockázata magasabb, mint a kétszülősöké, sem a szükségletek kielégítésében, sem a gyermeki tevékenységek alakulásában nem tapasztalható lényeges eltérés közöttük.

Az *inaktív háztartásokban* élő gyerekek szükségletkielégítése jelentősen elmarad az aktív háztartásokban élőkétől, és tevékenységeik struktúrája is kedvezőtlenebbül alakul.

A *roma háztartásokban* nevelkedő gyerekeknél a hátrányok mindegyike jellemző, ami ismét megerősíti azt a tényt, hogy a szegénység nem roma-kérdés Magyarországon, de a roma háztartások vannak a szegény-háztartások között a legrosszabb helyzetben. Különösen fontos, hogy az ezekben a háztartásokban élő gyerekek „megélik” a szegénységüket és a másságukat, ezt a pesszimizmust és lemondást tükrözik a jövőre vonatkozó elképzeléseik is.

A gyermekkori szegénység nem csupán azért meghatározó fontosságú a társadalmi kirekesztődés szempontjából, mert korlátokat szab a gyermekek szükségletei kielégítésének, gondokat okozhat társas kapcsolataikban, megfoszthatja őket, további pályájuk szempontjából lényeges tevékenységektől, hanem mert a felnőttkori társadalmi kirekesztettség valószínűségét növelheti.

Megállapításaink egybeesnek a P. Gregg és kutatótársai által végzett vizsgálat tanulságaival. „A kutatási eredmények szerint a hátrányos helyzetűek és a 'deviáns' háttérűek rosszabbul boldogulnak jövedelmüket és munkaerőpiaci esélyeiket tekintve fiatal felnőttként, még 33 éves korukban is. (...) A gyermekkori hátrányos helyzet családon alapuló mérőeszközei közül a szegénység a legfontosabb, a gyermekkori fejlődést az azt követő társadalmi és gazdasági teljesítménnyel összekapcsoló tényező. (...) Végezetül, a kutatás

bizonyította, hogy intergenerációs kapcsolat létezik a családi hátrányos helyzet körforgásában. (...) E tanulmány megmutatja, milyen erősen hat a családok gazdasági helyzete a gyermekek jelenére és jövőjére. A gyermekek anyagi szükségleteinek kielégítése inkább attól függ, van-e a családnak munkajövedelme, mintsem, hogy kétszülős-e. (...) Az efféle gazdasági hátrányok felnőtt korban gazdasági és társadalmi nehézségekhez vezethetnek, és hatással lehetnek a következő nemzedék életére is. Így a mai gyakori gyermekszegénység negatív hatásai átnyúlnak a jövőbe is, a jelenlegi generáció felnőtt életébe. Bármely, a gyermekszegénységet sikeresen csökkentő, a szegény gyermekek közvetlen jólétének javításán túlmutató eszköz, különösen a háztartások munkavállalási esélyeinek javítása, valószínűleg jelentősen érintheti a gyermekkort követő éveket."

Herpainé Márkus Ágnes

A falugondnoki szolgálatok és az aprófalvas vidékeken élők kirekesztődése

1. A falugondnoki szolgálatok a magyar szociálpolitikában

A szociális ellátórendszer speciális eleme a falugondnokság, ez a kifejezetten kistelepülések alapellátásának biztosítására létrehozott szolgáltatási típus. A falugondnoki szolgálat a hatszáz lakosnál kisebb településen, illetve a külterületi lakott helyen élők kiszolgálására alkalmas. Az elképzelések szerint a falu gondnokának minden figyelme és tevékenysége arra irányul, hogy működőképpé tegye a települést és segítse a társadalom vérkeringésében való bennmaradását.

A falugondnokság célja:

- a kistelepülések társadalmi hanyatlásának megállítása, e folyamat visszafordítása, a települési hátrányok csökkentése, fékezve az elsorvadást és lemaradást
- az életfeltételek javítása, a közszolgáltatásokhoz való hozzájutás elősegítése
- a szociális alapellátások kiépítésének elősegítése, a települési funkciók bővítése
- közösségfejlesztés, jobb életminőség elérése, a fiatalok vidéki kötődésének erősítése.

A falugondnokság hozzájárul a közösség, a helyi társadalom alakításához, fejlesztéséhez, a civil szféra erősítéséhez, az életminőség javításához. A falugondnok feladataiban az eddigi tapasztalatok szerint a szociális alapellátási feladatok a meghatározók, de ezen túl a helyi társadalom közösségé szerveződésének elemi feltételeit is biztosítja: „jobban kitágítja az elérhető világ határait az eldugott, halódó magyar falvakban, mint akárhány műholdas televízióantenna.”

A falugondnoki hálózat gondolata a '80-as évek elején vetődött fel településfejlesztési szakemberek körében, akik nem akarták tétlenül nézni az aprófalvak elsorvadását. A hálózat megálmodója Kemény Bertalan. Számára az ötletet 5-6 falusi ember adta, akik – érzékelve falujuk helyzetét – tudatos tervezés nélkül, személyesen mind több helyi problémát, feladatot igyekeztek megoldani. Az ő példájuk láttán merült fel a gondolat, hogy intézményesíteni lehetne ezt a spontán létrejött, hatékonyan működő tevékenységtípust.

A volt Népjóléti Minisztérium, a jelenlegi Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium elődje, felismerte a program jelentőségét, és támogatta a kezdeményezést. Az első szolgálatok Borsod-Abaúj-Zemplén megyében jöttek létre. A minisztérium támogatásával elindult egy modellkísérleti szakasz, a jellemzően aprófalvas megyéket a minisztérium évről évre bővülő körben hívta meg a kísérletbe. Zala megyében 1994-ben alakultak meg az első szolgálatok, és kezdték meg munkájukat a legelső falugondnokok.

A program rendkívül eredményesnek mutatkozott, a modellkísérleti szakasz lezárását követően a minisztérium szakmai és pénzügyi támogatója maradt a szolgálatoknak, segítette az országos hálózat kiépítését. E támogatás jeleként 1998-tól normatív támogatásban is részesülnek a szolgálatok. Hatékonyságuk és a relatív olcsóság kulcsa az, hogy különféle tevékenységeket, funkciókat egyesít magában ez az ellátás. Nem úgy, mint a megszokott, ismert intézménytípusoknál (iskola, egészségügy stb.), ahol a szakosodás, a specializáció, tehát a munka- és feladatmegosztás növeli ugyan a hatékonyságot, ám ezzel együtt természetesen az intézmény méretét, költségeit is. A specializáció, a szakmák és ellátórendszerek sokasága azonban nem működhet valamennyi kis településen. A falvak intézményhiányossá váltak, amin a falugondnoki szolgálat, amely éppen ellenkező logika mentén szerveződik, sokat enyhíthet.

Mindemellett a falugondnoki szolgálat demokratikus intézmény. A falugondnok személyét döntően azok választják ki – legalábbis ott, ahol a szolgálat a minisztérium szakmai ajánlása alapján szerveződik – , akiknek szolgálatat, akiket segít. Jól működni, sokak meglegedésére dolgozni is ott tud a falugondnok, ahol a társadalmi környezete alapvetően demokratikus, együttműködő, ahol adott ennek feltétele: a minimális közbizalom, közéleti tisztaság, jóindulat és nyitottság. A falugondnoki szolgálat jó működésének ezek nem csupán feltételei, hanem annak állandóan növekvő gyümölcsei is. A falugondnokság ezért lehet több pusztá foglalkozásnál, válhat szép, ám nem könnyű hivatássá. A faluját felvirágoztatni őszintén szándékozó polgármesterek számára pedig a falugondnok a leghasznosabb, legfontosabb munkatárs lehet. A falugondnokok sokféle feladatot elláthatnak, amelyek túlmutatnak a klasszikus szociális szolgáltatásokon – többek közt ebben rejlik ennek a rendszernek az ereje. (A feladatok részletes felsorolását ld. a mellékletben.)

2. Kettős kirekesztődés

A kutatást, melynek eredményeit jelen tanulmányunkban közzé tesszük, a Zalai Falvakért Egyesület folytatta. (Kutatásvezető: Herpainé Márkus Ágnes, a kutatás résztvevői, részanyagok készítői: Gombás Ágnes, Szederné Kummer Mária és Taller Ágnes.)

Ez az egyesület végzi az országos módszertani intézményi feladatok egy részét a falugondnoki szolgálatok számára. A társadalmi kirekesztődéssel kapcsolatos kutatási lehetőség arra kínált alkalmat, hogy az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium támogatásával megvizsgálhassuk a működő szolgáltatásokat, választ kaphassunk arra a kérdésre: vajon a jól célzottak, megfelelően tartott szolgáltatási gyakorlatban nem rejtőznek-e olyan mozzanatok, amelyek éppen a kitűzött és vállalt célokkal ellentétes eredményekre vezetnek. Azaz: maguk a falugondnoki szolgálatok az együttműködő társadalom kialakításához milyen mértékben képesek hozzájárulni, tudják-e enyhíteni a kis falvakban élők társadalmi perifériára szorultságát. A kutatás az egyesület saját „terepén”, Zala megyében zajlott, ám meggyőződésünk, hogy megállapításaink, amelyeket kitűnően egészítettek ki az egyesület munkatársainak az elmúlt évek során szerzett személyes tapasztalatai, szélesebb körben is hasznosíthatóak.

Célunk kettős, amit tanulmányunk címválasztása is jelez: egyrészt arra kerestünk választ, vajon a falugondnoki szolgálatok működése hozzájárul-e bizonyos csoportok kirekesztődéséhez. Ugyanakkor azt is igyekeztünk megtudni, hogy a falugondnokság, mint a szociális ellátórendszer egy igen sajátos eleme, az intézményesültség alacsony fokával és a szociális szakmai végzettséget el nem váró működési feltételeivel mennyire „rekesztődik ki” önmaga is az ellátórendszer egészéből. Hiszen ez utóbbi jelenség értelmezésünk szerint azt jelzi és eredményezi, hogy a falugondnoki „kirekesztődés” is hozzájárul a falvakban élők perifériára szorulásához: egyrészt „saját jogon” szorulnak ki, tehát a falvakban élők hátrányai miatt, másrészt a segítséget kínáló társadalmi visszacsatlakozásának, kapcsolódási pontjainak szükségessége miatt a segítő szakember, jelen esetben a falugondnok kirekesztődöttsége következtében.

2.1A falvakban élők kirekesztődése

Zala megye a Nyugat-Dunántúl leginkább aprófalvas vidéke. A megye településeinek több mint négyötödét (82%) 1000-nél kevesebben lakják; a zalai népesség 27%-a él ekkora faluban. A rendszerváltozás óta eltelt évek során a szegénység és társadalmi kirekesztődés problémája jelentős változáson ment át. E változást nyomon követik a statisztikák, újra és újra jelzik a szegénységre irányuló kutatások.

„A szegénységkockázat ollója az 1990-es években egy korábbinál kevésbé meghatározó mozzanat, a társadalomföldrajzi elhelyezkedés szerint nyílt szét, mégpedig gyorsan és tágra. Jóllehet a településnagyság, pontosabban a településtípus szerinti differenciák az egyenlőtlenségek hagyományos meghatározó tényezői közé tartoztak, maguk a különbségek nem voltak igazán feltűnőek. (...) a szegénység jellegzetességeinek a vizsgált időszakban, azaz az 1990-es években bekövetkezett átalakulásában kitüntetett jelentőséggel bír a társadalomföldrajzi összefüggések átrajzolódása és még inkább a társadalomföldrajzi kontúrok élesedése. Megkockáztatjuk, hogy a mindenkori szegények egy kitüntetett csoportja – a tartósan szegényeké – területileg a falvakban és az ország északkeleti részein koncentrálódnak és szegregálódnak.”(Spéder, 2002, 120.)

Tehát a falvakban, és az ország észak-keleti részén, amely vidék az egyik leginkább aprófalvas térsége hazánknak. A szegénységkutatások által jelzett tendenciát a szociális ellátórendszer jószereivel figyelmen kívül hagyta az elmúlt évek során: a szociális és gyermekvédelmi törvény egyre sorolja a „kötelező”, valamennyi településen elérendőnek tervezett szolgáltatásokat, ám a statisztikák és ellenőrzések korántsem teljes megvalósulást jeleznek vissza. Az ellátórendszer „fejlesztése” erre úgy reagál, hogy előírja a 2000 fő feletti települések számára a szolgáltatások tudatos szakmai tervezésének kötelezettségét – vessük össze: Zala megye településeinek 82%-án 1000-nél kevesebben élnek – , eközben a fenntartást biztosítani hivatott központi források egyre inkább intézményorientáltak, egyre kevésbé támogatják a problémaorientált, integrált és komplex megoldásokat. Ezzel a nagyobb, városi, specializált szervezetek létrehozását és fenntartását erősíti a rendszer, szemben az adekvát lokális/térségiével. 2003. januárjától például a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok csak legalább 5 főállású munkatárs alkalmazása esetén igényelhetnek intézményi normatívát – az apró falvak esetén gyakran 30 település társulása mellett képzelhető el az intézményfenntartás, ilyen feltételek mellett. Ma már ahhoz, hogy a kistelepülések

alapszolgáltatásukat fenn tudják tartani, az intézményi normatíván túl jelentős összegeket szükséges a szolgáltatás fenntartására fordítani, ami helyi ellentétet szül az intézményfenntartás és a segélyezés között. Szalai Júlia megállapításai különösen érvényesek ebben a közegben:

„(...) a szociálpolitikai irányváltás elsődlegesen nem az elosztás technikáját, hanem magát a szegénység-problémát decentralizálta. Ennek legfőbb 'értelmét' pedig a társadalmi konfliktusok letompítása, kisközösségivé alakítása, s mindezzel a társadalmi béke hathatós fenntartása adja. Hogy e kétségtelen nyereségek súlyos veszteségek árán születnek, s hogy a kárvallottak éppen azok a szegények, akikért az elvek szintjén az átalakítás fogant, az a dolgok jellege folytán egyelőre nemigen kerül napvilágra.” (Szalai, 2002, 19.)

E nehézségek mellett létezik egy szolgáltatás, amit közmondásosan jól célzottak tekint a szociálpolitikai gyakorlat: ez a falugondnoki szolgálatok köre. Kutatásunk elsősorban választ keres arra a kérdésre, vajon a leginkább rászoruló településeken a rászorulóknak milyen széles körét éri el, kiket nem lát el a falugondnoki hálózat, és a falugondnoki szolgálatok kliensei mennyire érik el a többi szociális szolgáltatást.

2.2 A falugondnokság mint periférikus szociális szolgáltatás kirekesztődöttsége

Kutatásunk másik fő kérdése az, hol van a falugondnokság helye a szociális szolgáltatások, ellátások rendszerében. E kérdés relevanciáját adja az a – véleményünk szerint helytálló – feltételezés, hogy amennyiben magát a szolgáltatást a szociális szakemberek nem tekintik az ellátórendszer integráns elemének, akkor azok klienseinek igényeire sem reagálnak. Ha – ahogyan feltételezzük – a falugondnokokat nem „használják” a jelzőrendszereik elemeként, nem alakítanak ki velük napi munkakapcsolatot, akkor sem a falugondnokok által észlelt problémákról, sem az őket foglalkoztató kérdésekről nem tudnak, a feléjük irányuló elvárásokra nem kínál(hat)nak megoldást, nem nyújtanak szakmai segítséget a falugondnokoknak, s ezáltal az általuk ellátott aprófalvak érintett lakosságának sem.

A kirekesztődés ebben a vonatkozásban is kétirányú, ezért a kutatás során megkérdeztük a falugondnokokat is: kikkel, milyen szakemberekkel milyen kapcsolatban vannak. E kérdés megfelelő értelmezéséhez fontos szem előtt tartanunk a következőket: a falugondnokokkal kapcsolatban nincsenek pontos és különleges elvárások sem végzettsége, sem a kötelezően

ellátandó feladatok tekintetében, a gyermekvédelmi törvény nem is említi e szolgáltatót, miközben részletesen sorolja a jelzőrendszer lehetséges szereplőit.

A megválasztott falugondnokok kötelesek részt venni egy képzés-sorozaton, amely azonban nem készíti fel őket a szociális ellátórendszer különféle intézményeiben dolgozó szakemberekkel való együttműködésre, a kirekesztődés jelenségére, azokra a lehetséges szerepekre, amelyeket a falugondnok munkája során felvállalhat – közvetítő, tanácsadó, stb. Mindezek együttese eredményezi feltételezésünk szerint a szociális intézmények „érdektelenségét” a falugondnokok kínálta lehetőségek iránt, és a falugondnokok tanácsalanságát és mozdulatlanságát a többi szakemberrel való együttműködés tekintetében.

3. Kutatási módszereink

A Zalai Falvakért Egyesület Falugondnoki tagozata évek óta szervezi a falugondnokok képzését, együttműködését. A Zalai Falvakért Egyesület polgármester és jegyző tagjai szintén gyakran vesznek részt ezeken a találkozókön, ami a kistelepülési döntéshozók és szakemberek, falugondnokok közötti közvetítés kiváló alapjait teremtette meg. A kutatási terv épít e kapcsolatrendszerre: a falugondnokokat és a települések vezetőit tájékoztattuk az induló kutatásról, s kértük segítségüket. Valamennyi zalai falugondnoknak önkitöltős kérdőívet küldtünk, amiben munkafadataira, az általa ellátott klienscsoportra, valamint az egyéb szakemberekkel való együttműködés napi gyakorlatára kérdeztünk rá. A kiküldött 62 kérdőívből 42 érkezett vissza kitöltve, ami 68% arány.

A Zala megyében működő falugondnokságokat tipizáltuk, és figyelembe véve a módszertani osztály munkatársainak személyes tapasztalatait, 10 falu került kiválasztásra. A szempontok a következők voltak:

- egy vagy több települést lát el az adott szolgálat,
- az ellátott település szerkezete (szeres, külterületi, stb.),
- az ellátott település lélekszáma,
- a falugondnok neve (ami feltételezésünk szerint az elvégezhető feladatok körét jellemzően behatárolja),
- ki a fenntartó (jellemzően önkormányzatok a fenntartók, de akad alapítvány is).

A kiválasztott településeken munkatársaink strukturált interjúkat készítettek a településen élők, fiatalok, idősek, romák körében (a 10 településen 76 interjú készült), valamint a közeli településeken működő – amennyiben volt ilyen – családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok és

gondozási központok munkatársaival (9 ilyen beszélgetés zajlott). Az interjúalanyok kiválasztása az utcán, közintézményeken, buszmegállóban, utcán, kertekben teljesen véletlenszerűen, különböző napszakokban történt. Ezek az interjúk arra fókuszáltak, hogy kiket lát el a falugondnok, a falvak lakói mennyire ismerik a szolgáltatást, hogyan vehetik igénybe, mennyire széleskörű az igénybevevő réteg, illetve a kérdezettek milyenek látják a szolgáltatást. Az interjúalanyok kiválasztásának e véletlenszerűsége okán eltérő mértékben kerültek közéjük a szolgáltatások használói, ám valamiféle általános ismertségről, feladatértelmezésről, jellemző működésmódról, az ellátottak és kimaradók köréről képet alkothattunk.

A szociális intézmények munkatársai esetében arra is rákérdeztünk, milyen az együttműködés, és az adott intézmény munkatársai milyenek látják a kistérség szociális ellátórendszerét, s ebben hol a helye, mi a szerepe a falugondnoknak.

A kérdőívek és interjúk elemzése, értékelése után a falugondnokok, szociális szakemberek, polgármesterek és jegyzők meghívásával összegző munkatalálkozóra hívtuk az érintetteket, ahol a kutatás tapasztalatait vitattuk meg. Körbejártuk azokat a kérdéseket, hogy hol kiket lát el a falugondnok, ez a helyi gyakorlat mennyire függ a falugondnok és a polgármester, illetve a szakemberek személyes elvárásaitól, milyen módokon és hogyan értesülnek a helybéliek a szolgáltatások igénybevehetőségéről, valamint a többi szociális szakember mit vár el és mit kínál a falugondnoknak.

4. A zalai falugondnokságok

4.1 A számok nyelvén

A falugondnoki rendszer 1993 óta létezik Vas megyében, 1994-től működik Zalában, és 1998-tól Győr-Moson-Sopron megyében is megtalálható az ország legkisebb átlagos településnagysággal bíró régiójában, a Nyugat-Dunántúlon. E szolgáltatás emberközelségénél, eszközzel való ellátottságánál és mobilitásánál fogva kitörést jelenthet az apró falvak zárványaiba rekedt szociálisan hátrányos helyzetű csoportok számára.

1. táblázat

Falugondnoki szolgálatok száma

	000 10 aradi települések 1990-1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Összesen
Gy-M-S	65	-	-	-	-	-	1	3	3	2	9
Vas	140	-	6	6	5	4	6	5	8	4	47
Zala	169	-	-	8	6	6	5	14	13	4	62
Régió összesen	374	-	6	14	11	10	11	20	24	11	118
Magyarország		95	64	44	49	53	67	73	71	45	595

Forrás: A Zalai Falvakért Egyesület adattára

2. táblázat

Falugondnoki szolgálatok száma Zala megyében, évenkénti bontásban, 2003. június

Beindított szolgálatok száma	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Összesen
Zala megye	8	6	6	5	14	13	4	6	4	4	70

Forrás: A Zalai Falvakért Egyesület adattára

A hálózat évről évre bővül, s mivel több szolgálat nem csupán egy falut lát el, a falugondnokság által ellátott települések száma ennél nagyobb.

3. táblázat

Falugondnoki szolgálatok által ellátott települések az összes zalai település arányában, 2003.

Települések lakosságszáma:	- 499	500-999	1000-1999	2000-	Összesen
Falugondnok által ellátott település	71	17	3	0	91
Összes zalai település száma	154	57	34	12	257
Falugondnok által ellátott települések aránya	46,1%	29,8%	8,8%	0%	35,4%

Forrás: A Zalai Falvakért Egyesület adattára, KSH

A 3. táblázat tartalmazza azokat a szolgáltatásokat is, amelyek nem jogosultak normatív támogatásra, ám a falvak döntéshozói megfelelő és szükséges ellátásnak ítélve a falugondnokságot, azt saját erőből elindították és fenntartják.

4. táblázat

A falugondnoki hálózat kiépültsége a 660 főnél kisebb településeken

2003. június	660 főnél kisebb települések	Arányuk a 660 fő alatti zalai településekhez
Falugondnoki szolgálatot működtető település	70	40,2%
Falugondnoki szolgálattal ellátott település	91	52,3%
Összes zalai településből:	174	100%

Forrás: A Zalai Falvakért Egyesület adatai, KSH

(Normatívával támogatott falugondnokságok a 600 fő alatti településeken indíthatók, és a lakosságszám 660 főig nőhet.)

5. táblázat

A falugondnoki hálózat által ellátott népesség aránya

2003. június	Népesség (fő)	Arányuk a 660 fő alatti települések lakosságához
Falugondnoki szolgálatot működtető, 660 fő alatti települések lakónépessége	26 802	57,2%
Falugondnoki szolgálattal ellátott, 660 fő alatti települések lakónépessége	31 092	66,4%
660 fő alatti zalai települések népessége	46 859	100%

Forrás: A Zalai Falvakért Egyesület adatai, KSH

Az adatokból látható: meglehetősen jónak mondható az ellátás kiépültsége, hiszen gyakorlatilag az érintett kis falvak fele már működteti a szolgáltatást, illetve dolgozik a településen valamelyik „szomszédal” közösen foglalkoztatott falugondnok. Ez azt jelenti, hogy a kistépüléseken élők kétharmada juthat hozzá a szolgáltatásokhoz. A 4. és 5. táblázat

számainak összevetéséből az is kiderül, hogy e magasnak mondható kiépültség mögött a nagyobbak jobb ellátottsága húzódik meg, azaz a falugondnokot még nem alkalmazó falvak jellemzően az igazán kicsik köréből kerülnek ki. Ez persze azt is jelenti, hogy figyelembe véve a minél kisebb település, annál nagyobb az ott élők kirekesztődésének veszélye összefüggést, látható: a célzottság fokozható, a továbbfejlesztés szempontjából figyelmet érdemlő tényező.

6. táblázat

A falugondnokságok a fenntartó, és az ellátott települések száma szerinti megoszlása

Lélekszám	Ellátott települések száma adott népességszámnál	Fenntartó		Ellátott települések száma		
		önkormányzat	alapítvány	1	2	2-nél több
0-150 lakos	27	26	1	8	3	2
150-600 lakos	53	52	1	42	6	2
600 lakos felett	11	10	1	7	-	-
Összesen:	91	88	3	57	9	4

Forrás: A Zalai Falvakért Egyesület adataira

A szolgálatok kb. tizede működik több, általában két településen – ez leginkább a nagyon kicsi, 20-30 fős települések jellemzője. A falugondnokságok kiépültsége azonban mutat még egy, ugyan számszerűen nem, ám a kellő helyismerettel bíró szakemberek egybecsengő tapasztalatai alapján igazolható sajátosságot Zalában: a köztudottan magas roma népességgel bíró falvak körében nem terjedt el a többihez hasonló mértékben e szolgáltatás, s miközben a megye egészében meglehetősen magas a cigány népesség aránya, a falugondnokok között alig találunk romát. Ez a tény rávilágít arra a problémára, hogy még e jól célzott és hatékonynak tételezett szolgáltatás is súlyos önellentmondást hordoz. Nevezetesen: miközben a mai magyar társadalom szegénységi kockázatnak leginkább kitett, egyik jól körülhatárolható csoportja a falvakban élők köre, az erre a rétegre fókuszáló szociális alapellátások köréből is kiszorulnak települések – s ezáltal az ott élők – az etnikai dimenzió mentén. Véleményünk szerint nem szorul magyarázatra e kijelentés drámai súlya.

7. táblázat

A falugondnokok nemek szerinti megoszlása

Lélekszám	Települések száma	Falugondnok neme			
		férfi	%	nő	%
0-150	27	21	77,8	6	22,2
150-600	53	39	73,6	14	26,4
600 lakos felett	11	10	90,9	1	9,1
Összesen:	91	70	76,9	21	23,1

Forrás: Falugondnokok által kitöltött kérdőívek, ZFE adattára

A nemek megoszlása szempontjából jobb a helyzet: majd' minden negyedik falugondnok nő. A szolgálatok működésének elemzésekor még visszatérünk ennek az aránynak a jelentőségére. A falugondnokok nemek szerinti megoszlása mellett igen jelentős a falugondnok helybéliségének kérdése. Miközben alapvető elvként fogalmazódik meg a helyben elérhetőség és falubéliség, éppen a legkisebb településeken gyakori, hogy a falugondnok más település lakója – az önköltő kérdőívek szerint a 150 fő alatti falvakból válaszoló 11 falugondnok közül 7 nem az ellátott településen él! A nagyobb falvak esetében azonban ez a jelenség már csak elvétve fordul elő. Ennek vélhetően az igen kicsi falvak idős népessége, a munkavállaló korú, megfelelő aktív személyek „hiánya” az oka.

A falugondnoki szolgálatok jelentősége a társadalmi kirekesztődés mérséklésében akkor érthető meg igazán, ha ismerjük azt a közeget, ahol működnek. A falvak közintézményekkel, szolgáltatásokkal való ellátottsága fontos szempont.

8. táblázat

Közigazgatás, egészségügy és szociális alapellátás elérhetősége a településeken, százalékos arány

	Polgármesteri hivatal	Körjegyzőség	Háziorvosi rendelő	Fogorvosi rendelő	Gyógyszertár	Gyermekjóléti szolgálat irodája	Családsegítő szolgálat irodája	Idősek klubja
	a falugondnokot foglalkoztató települések százalékában							
0-150	64	27	45	18	18	18	18	0
150-600	77	32	82	0	0	23	18	11
600 lakos felett	83	83	100	33	83	33	50	55
Összesen:	74	38	74	10	18	23	23	13

Forrás: Falugondnokok által kitöltött kérdőívek, ZFE adattára, Megyei módszertani osztály - idősellátás

Jelenleg Zalában 38 településen biztosítják az idősek napközbeni ellátását idősek klubja vagy gondozási központ formájában, ez az összes település 15%-a. Miközben a falugondnoki szolgáltatást nyújtó falvak az összes település 35%-át teszik ki (tehát minden harmadik zalai faluban működik falugondnok), a falugondnoki szolgáltatást és idősek napközbeni ellátását is biztosító települések száma 12. Ez azt is jelenti, hogy az idősek napközbeni ellátását biztosító települések közül minden harmadik falugondnokot is foglalkoztat. A 600 fő alatti települések 7%-a tartja fenn tehát mindkét intézményt, ami magas aránynak tekinthető a megyei – egyébként rettentő alacsony – 15%-hoz képest, ha figyelembe vesszük, hogy a falugondnoki szolgáltatásokra gyakran a szociális intézmények kiváltóiként is tekintünk. Itt pedig látjuk: a 600 fő alatti települések körében a napközbeni ellátást nyújtó intézmények fenntartóinak aránya fele a megyei átlagénak, ami az önkormányzati források szükségessége és egyéb sokat emlegetett nehézségek ismeretében kedvezőnek mondható.

Érdekes eltéréseket mutat a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok elérhetősége a településnagyság tekintetében – az erről szóló adatsorokat a helybéliek információi alapján állítottuk össze. Fontos azonban tisztázni, hogy a hétköznapi szóhasználat keveri a

családgondozó és családsegítő kifejezéseket, ami gyakran nehezen beazonosíthatóvá teszi a szakembereket, illetve intézményi egységeket. Tekintettel arra, hogy a megyében működő családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok esetében csak egyes nagyobb városokban különül el ténylegesen a két feladat és intézményi egység, a szolgáltatások valódi elérhetőségére nem lehet levonni semmiféle következtetést, csupán egyet: minél kisebb egy falu, annál nagyobb a veszélye annak, hogy nem jelenik meg ott rendszeresen tanácsadó-támogató szociális szakember.

9. táblázat

Közüktatási és közmívelődesi intézmények elérhetősége a falvakban, százalékos arány

	Bölcsőde	Óvoda	Iskola	Teleház	Művelődési ház	Könyvtár
	a falugondnokot foglalkoztató települések százalékában					
0-150	0	18	18	18	54	73
150-600	0	27	18	18	73	86
600 lakos felett	0	100	100	43	67	100
Összesen:	0	36	31	20	64	85

Forrás: Falugondnokok által kitöltött kérdőívek, ZFE adattára

10. táblázat

Egyéb intézmények, lehetőségek a falvakban, százalékos arány

	Bolt	Vasútállomás	Buszmegálló	Egyéb, pl. posta
	a falugondnokot foglalkoztató települések százalékában			
0-150	73	9	82	18
150-600	100	77	48	15
600 lakos felett	100	14	100	43
Összesen:	92	13	87	26

Forrás: Falugondnokok által kitöltött kérdőívek, ZFE adattára, KSH

Az intézmények és utazási-kommunikációs lehetőségek hiánya jól tükröződik az adatokból. E hiányok pótlása vár a falugondnokokra. A településeken élőköt arról is kérdeztük, ez mennyire sikerül.

4.2 A kutatás során vizsgált falvak főbb jellemzői

Kutatásunk 10 kiválasztott településen különböző módszerekkel vizsgálta a szolgálatok működését, a falvakban élők szolgáltatásokhoz való hozzáférését és a falugondnoki szolgáltatások ismertségét, jellegzetességeit. Tekintettel arra, hogy e vizsgálat személyében érint 10 falugondnokot, s a települések kicsinysége miatt egyes interjúalanyok könnyen felismerhetővé válnának, a falvak neveit és minden olyan mozzanatot, ami könnyen beazonosíthatóvá teszi őket, megváltoztattunk. Az adatok nagyságrendjét, a lényeges jellemzőket természetesen nem módosítottuk, de a szakmai normáknak megfelelően igyekeztünk interjúalanyainkat és az érintetteket felismerhetetlenné tenni. Ez is oka annak a döntésünknek, hogy a kirekesztődés jelenségéhez véleményünk szerint kapcsolódó lényeges körülményeket, jellemző helyzeteket leíró jelleggel ismertetjük. Igyekeztünk megtartani a korrekt egyensúlyt a szakmai objektivitás, a tények és az egyes emberek tisztelete között.

11. táblázat

A vizsgált települések adatai

A település (fantázia)neve	Lélekszám, kerekítve	Ellátott településszám	A falugondnok neme	Helyben él-e?
Belénbő	1400	1	férfi	igen
Cserenye	500	1	nő	igen
Gyepfőde	1000	1	férfi	igen
Gyurósi	500	1	férfi	igen
Karahely	40	2	férfi	nem
Keszőce	70	1	nő	igen
Kisvölgyes	1400	1	férfi	igen
Papdomb	600	2	nő	igen
Újlak	700	1	férfi	igen
Zalány	800	1	férfi	nem

A falvak közül a két legkisebb, Karahely és Keszőce zsáktelepülések. Érdekes és Zalában jellegzetesnek mondható szórt szerkezetű település Gyepfőde, amit ezen a vidéken szegesnek mondanak. A dombokon csoportokban, bokrokban állnak a házak, a település zalai viszonylatban nagynak számít, ám sajátos szerkezetű és szórt belterülete miatt indokolt a falugondnokság működtetése. Zalány és Belénbő nagyobb falvak, jelentős lakott külterülettel. A vizsgált falvak közül az egyik legnagyobb Kisvölgyes. A központi településhez közel

fekvő, ma már közigazgatásilag egy egységet alkotó több apró településből áll valójában e nagynak számító falu. Karahely és Papdomb esetében a falugondnokság egy-egy szomszédos, nagyobb települést is ellát.

12. táblázat

Helyben elérhető intézmények, szolgáltatások

A település (fantázia)neve	Helyben működő intézmények
Belénbő	PMH, óvoda, iskola, teleház, műv.ház, könyvtár, rendelő, gyógyszertár, bolt, buszmegálló
Cserenye	PMH, könyvtár, háziorvosi rendelő (heti 1 óra), bolt, buszmegálló
Gyepfölde	Körjegyzőség, óvoda, iskola, teleház, műv.ház, könyvtár, háziorvosi rendelő, bolt, buszmegálló
Gyurósi	Körjegyzőség, teleház, műv.ház, könyvtár, háziorvosi rendelő, bolt, buszmegálló
Karahely	nincsen
Keszőce	könyvtár, háziorvosi rendelő, bolt, buszmegálló
Kisvölgyes	Körjegyzőség, óvoda, iskola, műv.ház, könyvtár, háziorvosi és fogorvosi rendelő, idősek klubja, családsegítő és gyermekjóléti szolgálat központja, gyógyszertár, bolt, buszmegálló
Papdomb	Körjegyzőség, óvoda, iskola, műv.ház, könyvtár, háziorvosi rendelő, bolt, buszmegálló
Újlak	Körjegyzőség, óvoda, iskola, műv.ház, könyvtár, háziorvosi és fogorvosi rendelő, gyógyszertár, bolt, buszmegálló
Zalány	Körjegyzőség, óvoda, iskola, műv.ház, könyvtár, háziorvosi rendelő, családsegítő és gyermekjóléti szolgálat központja, bolt, buszmegálló

4.2 A falugondnokság az ellátott településeken élők és a szociális szakemberek szemével

BELÉNBŐ

A falugondnoki szolgálat ellátását egy a múltban különálló, ma közigazgatásilag Belénbőhöz tartozó településrész elérhetőségének javítása érdekében indították. A falu zalai viszonylatban gazdagnak számít mind az ott élők megélhetési körülményei, mind az intézményi ellátottság szempontjából. A település népessége kétszerese a falugondnokság működtetésére vonatkozó jogszabályban meghatározott településnagyságnak, és meglehetősen sajátosnak mondható, hogy az ellátandó településrészt újonnan épült, szép házak alkotják. Az e településen működő szolgálat tehát nem nevezhető igazán jól célzottnak, és a vállalt feladatokhoz képest rendelkezésre álló eszközök sem tűnnek igazán adekvátnak: a falugondnoki jármű egy 5 fős személyautó. A nem megfelelő eszköz, a kisebb mértékű igények és az alább részletezésre kerülő „intézményorientáltság” együttesen eredményezheti azt a furcsa helyzetet, hogy e viszonylag nagy településen a megye összes falugondnokságához viszonyítva itt a legkisebb az átlagosan ellátott személyek száma a falugondnokok saját adatközléseit alapul véve.

A lakossági interjúk során 3 idős (egy asszony és 2 férfi), 6 középkorú embert (2 nő, 4 férfi, közülük egyikük valószínűleg roma) és 1 fiatal férfit kérdeztünk a szolgáltatásról. A megkérdezettek között volt a falu plébánosa és egy önkormányzati alkalmazott is. A beszélgetések során kirajzolódott kép szerint ezen a településen, ahol több intézmény is rendelkezésre áll, a falugondnok feladatainak jelentős része az intézmények szállítási kapacitásának javítására összpontosul. Ezt az eredeti elképzelésekhez nem egészen illeszkedő feladatértelmezést azonban – ti. hogy nem az itt élőkre, hanem az intézményekre összpontosít – valamelyest ellenpontosítani tudja a választott falugondnok személyisége, elkötelezettsége. A megkérdezettek közül csak egy ember nem tudta beazonosítani, a faluban éppen dolgozó közmunkásokkal tévesztve össze a falugondnokot, a többiek azonban egybehangzóan dicsérték.

„Kiviszi az ebédet, az öregeket autóval összeszedi, elviszi rendezvényekre, gyógyszert visz nekik, virágokat is öntöz a háznál, a temetőgondozást végzi. Ügyes gyerek, segítőkész. Ide a boltba is hoz sokszor cetlit, meghívót a rendezvényekre. Mindenki kap tájékoztatást; aki kapcsolatban van vele, annak ad szórólapot. A boltba is hoz szórólapot, meg plakátot is, hogy rakjuk ki. (...) Akinek szüksége van rá, az a számát mind tudja. De az önkormányzaton, a polgármesteri hivatalon keresztül is el lehet érni. Meg vagyunk itt elégedve a szolgáltatásokkal. A szomszédos falugondnokkal össze is dolgoznak, onnan

hoznak ide gyerekeket az óvodába.(...) A polgármestert is szállítja ide-oda, hivatali dolgokban.”

A megfelelő intézményi ellátottságú település családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatását a közeli város térségi ellátást biztosító intézménye nyújtja a belénbőiek számára. Az intézményvezető üdítő képet fest a falugondnokról és a kialakult kapcsolatrendszeréről:

„(...) ez a falu 'gondozói szolgálata'. Lényege, hogy az elesettséget, a problémákat előbb észleli. Másrészt a falugondnok közelebb kerül az emberekhez. Amikor az időseket látogatja, informálja őket arról is, mi történik a faluban. Azok, akikhez jár, könnyebben megnyílnak előtte, kérhetnek pl. tanácsot akár földműveléssel, eladással kapcsolatban is. Ezen kívül több irányba is jelez. Képviselőtestületi tag is, így az önkormányzat felé is tudja jelezni, ha valakinek nincs pénze. Másrészt az egészségügyi dolgozók felé, ha valaki ellátásra szorul. Vagy az iskola felé a gyerekek esetében, ha gond van. (...) Az egyik legfontosabb feladata az idősek és a gyerekek szállítása. (...) a falugondnoknak olyan szerepe is van, hogy a gondozásban nyújtott segítségével esetleg megelőzi a szakellátásba kerülést (...), az idősek a legritkább esetben hagyják el a lakóhelyüket, hiszen akkor mindenüket ott kéne hagyni. A fogyatékkal élőket – nagygenerációs faluközösségek révén – amíg otthon elláthatók, nevelhetők, nem engedik ki a családból. A falugondnok tulajdonképpen hozzájárul az otthoni ellátás színvonalának az emelkedéséhez, a lakosság komfortérzetének növekedéséhez.

A prevenciós szerepet illetően, ha elmondják a falugondnoknak a problémákat, előbb jutnak orvoshoz. Az agyér-elmeszesedés pl. kóborlást okozhat, volt egy néni, aki eltűnt, és a falugondnok révén, aki tudott a betegségről, már időben keresni tudták.

Ha a gyerek az utcán késő este kóborol, a falugondnok utánajár, mi lehet az oka.

(...) a falubeliek az ilyesfajta segítséget (...) nem érzik beavatkozásnak, hanem inkább odafigyelésnek. Ezért is ésszerűtlen lenne a falugondnokot „közhatalmú munkásként” foglalkoztatni. „Túl drága órabér” lenne olyasvalakiért, aki a falu bizalmát élvez. Rendben van, ha megkérik fát vágni, de az ároktisztogatást ne ő végezze. (...)

A lényeg, hogy a családsegítő és a gyermekjóléti a falvak gondjáról értesült legyen, egymás nélkül nem tudnak létezni. Oda-vissza jellemző a rászorultság. A falugondnoknak is tudnia kell, hogy van-e beavatkozás a családsegítő részéről, mert ezáltal neki kevesebb feladata lehet. Fordítva is igaz: ő is vesz le a családsegítő válláról gondot.”

Összességében elmondható: a nagyobb, intézménnyel ellátott települések esetén komoly problémaként jelentkezhet az „intézményi használók” túlsúlya. Ebben az esetben fennáll a veszély, hogy bár a szolgáltatás kihasználtsága magas, a falugondnok személyisége megfelelő, a település egyes csoportjai – jelen esetben a gyerekek és az idősek egy csoportja – részesül kiemelten a szolgáltatásból, ám éppen azok, akik nincsenek a hivatal, a pedagógusok, orvos és esetleg helyben dolgozó szociális szakemberek „szeme előtt”, kiszorulnak az ellátásból. Az interjúk és a szakemberek tapasztalatainak összegzéseként elmondható: Belénbőn viszonylag kevés a gazdasági, társadalmi szempontból nehéz helyzetben lévő család, ám a falugondnoki szolgáltatás intézmények mobil egységeként való értelmezése miatt eleve azokra összpontosít jellemzően a szolgáltatás – a falugondnok és a vele együtt dolgozók jóindulata ellenére – , akik egyébként is részesülnek valamiféle ellátásban. Mindemellett fontos segítséget nyújt a magukat már teljes egészében ellátni nem tudó idősek számára, ami a falu lakói szemében felértékeli a munkáját elkötelezetten végző falugondnok személyét is.

CSERENYE

A település érdekes adottsága, hogy a közigazgatásilag hozzá tartozó településrész lakói inkább a szomszéd faluba járnak be, miután az egy egyenes, viszonylag rövid és jól járható úton érhető el, ellentétben a saját falu központjával, ahova egy igen kanyargós, meredekebb, hosszú, erdőn átvezető út visz. E körülmény sok mindent meghatároz a külterületen élők lehetőségeit és igényeit tekintve.

A földrajzi adottságok, a másik faluval meglévő tradicionális kapcsolatok is e szomszédos településhez kötik a külterület lakóit. A falugondnokot Cserenyén ismerik az emberek, kedvelik, általában tisztában vannak feladataival, elérhetőségével. A Cserenyén készült 7 lakossági interjú – 4 idős emberrel (3 nő és 1 férfi), 2 középkorúval (1 férfi, 1 nő) és 1 fiatal férfival – megerősíti ezt. A konkrét, egyértelműen szociális szolgáltatásnak tekinthető segítségekre – mint például a szociális étkeztetés – alig jelentkezett igény, innen azonban nem léptek tovább, nem keresték a valós igényekre a helyben adható megfelelő válaszokat,

megoldásokat. A szomszéd falu felé irányuló szolgáltatáshasználat támogatását az interjúk tapasztalatai szerint sem a vizsgált településrész lakói, sem a falugondnok nem tekinti feladata részének.

„Ügyei nagy részét a szomszédos településen intézi az idős asszony és családja, ami értelmezésük szerint nem tartozik a falugondnok által ellátott területhez, ezért talán fel sem merül sem benne, sem a falugondnokban, hogy kapcsolatot keressenek egymással. (...) Nem jön rendszeresen a falu ezen részébe. Ebédet hozott volna, de nem volt rá igény. (...) A közlekedési problémáit mindenki megoldja maga, mert bár lehetne talán kérni az önkormányzattól autót, de az problémás.”

A falugondnoki szolgálat kialakult célcsoportja kellően szélesnek mondható, gyerekek, idősek egyaránt igénybe veszik az ellátást. Inkább a fiatalabbak, középkorúak tartják feleslegesnek, „nem csinál az semmit”, mondják a falugondnokról. Ennek oka feltehetően a kapcsolat- és információhiány mellett az elvárások különbözősége. Összességében elmondhatjuk, hogy egy általános, elméleti falugondnoki mércének jól megfelelne, ellátotti csoportja széles, a település lakói tudják, ki a falugondnok, mi a feladata, és mit végez valójában, ám a helyi speciális adottságokhoz és igényekhez nem alkalmazkodik kellőképpen, az adekvát ellátási formákat és feladatokat, működésmódokat nem dolgozta ki teljesen. Ennek következtében kirekesztődnek az ellátásból azok, akik „csak” a távolságok leküzdését tekintik helyi életük nehézségének. Sem a falugondnok nem ismerte fel igényeiket, sem az érintettek nem látják, hogy lehetőségük lenne élni a szolgáltatás kínálatával.

A faluban nincs más szociális intézmény. A térségi feladatot ellátó nagy intézménynek a faluért felelős munkatársai ismerik a falugondnokot, pontos feladataival azonban nincsenek tisztában, az esetleges együttműködésben rejlő lehetőségekre vonatkozóan nincsenek elképzeléseik. Környezettanulmány készítéséhez veszik igénybe tájékozottságát, s bár rátermett személyiségnek tartják, elismerik falubeli presztízsét, mást nem „látnak bele” a lehetséges közös munkába, nem keresik őt, s nem nyújtanak számára még a szakmai kérdések közös megvitatásában megnyilvánuló támogatást sem. A szociális szakemberek, az ellátórendszer intézményeinek munkatársai részéről tanúsított érdektelenség – a szakmai segítséget esetlegesen igénylőktől való „távolmaradás” tényét tovább súlyosbítva – hozzájárul a fent leírt jelenség, azaz az adekvát megoldások kidolgozásának elmaradása kapcsán jelentkező hiányok fennmaradásához.

GYEPFÖLDE

Gyepföldre jellegzetes, szeges település. A településen 8 interjúból 3 idős emberrel (2 férfi, 1 nő), 2 középkorúval (1 férfi, 1 nő) és 3 fiatallal (1 férfi, 2 nő) készült, a megkérdezettek közül a két fiatal lány vélhetően roma. Ők ketten nem ismerték a szolgáltatást, egyikük 13 éves, és más ellátások, intézmények vonatkozásában is tájékozatlan volt, a másikuk zavart volt, nem akart és/vagy nem tudott válaszolni a kérdésekre. A többi interjúból – és módszertani munkatársaink személyes tapasztalatainak ismeretében – azonban egyértelműen jól működő szolgálat képe bontakozott ki.

A megkérdezettek felsorolták a falugondnok által ismereteik szerint ellátott feladatokat: ebédhordás, bevásárlás, az önkormányzat által küldött levelek, egyéb küldemények eljuttatása a falubeliekhez. A falugondnok utaztatja az óvodás gyerekeket, az egyik, jellemzően romák lakta szegből rendszeresen szállítja orvoshoz az ott élőket. Megemlítették, hogy „nehéz tárgyak szállításába” is besegít, ezek jellemzően mezőgazdasági eszközök, ami a munkavégzésben nyújt segítséget a helybélieknek. Emellett a társadalmi kirekesztődés mérsékléséhez jelentősen hozzájáruló tevékenységekről is beszámoltak: az országgyűlési és helyhatósági választások idején sokakat a falugondnok vitt el a szavazóhelyiségekbe, valamint több, szabadidős-kulturális szolgáltatáshoz, lehetőséghez is hozzájuttatja őket, mint például a gyerekek uszodába járása vagy idősök közös kirándulásai. A futballcsapatot azonban nem szállítja. Érdekes volt az a vélemény, amely a települési önkormányzat tevékenységét, teljesítményét gyengének minősítette, a falugondnokkal kapcsolatban azonban elégedettségének adott hangot.

Többen említették: azon túl, hogy személyesen ismerik és kapcsolatban is vannak a falugondnokkal, a havonta megjelenő helyi lapban és a telefonkönyvben is benne van a telefonszáma, de az idősök klubjában is szokták ajánlani az oda járóknak a szolgáltatásait. Mindezek – t.i. a falugondnok személyisége, a helyi közösség általi elfogadottsága, a tényleges helyi szükségletekre adekvát válaszokat adó szolgáltatási kínálat, a megfelelő módszerrel és mértékben biztosított tájékoztatás – hozzájárulnak a szolgáltatásból esetlegesen kirekesztődők számának minimalizálásához.

A településen helyben nem működik szociális intézmény, a gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatást egy hatalmas ellátási területen dolgozó intézmény munkatársai biztosítják. Az

intézményben dolgozó szociális munkások a falugondnokkal való szakmai kapcsolatot feleslegesnek ítélik.

„A családsegítő és gyermekjóléti szolgálat munkatársa mindent a hivatalon keresztül intéz. Onnan szerzi a családokra vonatkozó információkat is, közvetett módon. Minden két hétben van fogadóórája az önkormányzat épületében, akiknek van valami problémájuk, azok ott felkereshetik a családsegítő munkatársát.

Megítélése szerint e település szociális intézményrendszere a többinél fejlettebb (!), a település nagyságából adódóan. Ez egy önálló falu, itt van jegyzőség is.

A családgondozó szerint itt nincs szükség a falugondnokra. A gyermekjóléti szolgálat munkatársa az intézményekkel működik együtt, óvodával, iskolával, háziorvossal, önkormányzattal. Nem kerül a falugondnokkal kapcsolatba, mert minden rendszer kiépült a faluban. Valamilyen speciális esetnek kell történnie, hogy a falugondnokkal együttműködjön.”

A helyzet paradox: mivel a településen több intézményes ellátási forma is megjelenik, a családgondozó szerint „minden rendszer kiépült” (vessük össze e kijelentést a 12. táblázatból leolvasható tényleges helyzettel!), nincs szükség a falugondnokra, a vele való szakmai együttműködésre. Annak ellenére, hogy a lakossági interjúk, a falugondnok önértékelése, a módszertani munkatársak véleménye egybehangzóan egy jól működő szolgáltatást jelez, amely képes túllépni az elszigetelt szociális szolgáltatások biztosításán (lásd a választások során kifejtett aktivitást és a szabadidő-szervezést), a településen elérhetőnek mondható másik szociális szakember sem szükségesnek nem tekinti e szolgáltatást, sem számára használható információforrásnak, sem lehetséges erőforrásnak. Ez a meglehetősen elrettentő példa alátámasztja azt a feltételezésünket, miszerint a szociális ellátórendszerből kirekesztődnek a falugondnokok, s ezáltal valamelyest klienseik is.

GYURÓSI

Tipikus zalai aprófalu, a déli határ közelében, ahol a perifériális lét a falu helyzetében, elhelyezkedésében, az ott élők problémáiban egyaránt tetten érhető. A szomszédos településsel közös körjegyzőség Gyurósin, ám összes többi intézményük a szomszédos faluban található – amellyel az elmúlt évtizedekben közös tanács működött. Ezért még ma is úgy tűnik, mintha a gyurósiak valamennyi problémájára a szomszéd település kínálna megoldásokat. A településen 6 interjú készült, 2 idős (1 férfi, egy nő), 3 fiatal (2 férfi, 1 nő) és

1 középkorú asszonnyal. (A megkérdezettek közül ketten vélhetően romák.) Az interjúalanyok közül kettő embernek nem volt a falugondnokkal semmi kapcsolata, de tudtak a működéséről. A falubeliek informáltsága jó, személyesen ismerik a falugondnokot, és többen említették, hogy a falu-tévé is hirdeti szolgáltatásait. Ugyanakkor azt is elmondták: jellemzően a polgármesteri hivatalon keresztül kell keresni, igényelni a lehetőséget.

„Ismerik név szerint. 'Az önkormányzat sofőrje.' (...) Orvoshoz viszi az embereket, kórházba, ha kell, gyógyszerekért bemegy a városba, ebédet hord ki. Oviba és iskolába viszi a gyerekeket. Sportesemények vagy kirándulások esetén lehet a segítségét kérni. A polgármestert külön nem viszi, csak ha közfeladat van. (...) A hivatalban lehet keresni. Telefonon hívják a hivatalból, ha valakit például kórházba kell vinni.”

Valamennyi interjúban, akár összességében pozitív véleményt fogalmaztak meg a megszólalók, akár panasszal éltek, megjelentek a szolgálat működésének komoly diszfunkciói és negatívumai.

„A falugondnok csak az öregekkel foglalkozik. (...) Nemrégén orvoshoz vitte a gyerekeket, és lekésték az utolsó távolsági buszt. Megkérték a falugondnokot, hogy vigye őket is haza, de ő azt mondta, hogy már nem férnek be és nem fog fordulni még egyet miattuk. Egy másik alkalommal pedig ugyancsak az orvostól jöttek volna haza, már nem volt busz, és a falugondnok azt mondta, hogy üljenek a mikrobusz hátuljába, a csomagtartó részbe, 'nekik az is jó lesz'. (...)

Lenézi a cigányokat, úgy, mint a polgármester. Egyforma mind a kettő, nem segítenek nekik. (...)

Hiába kéri, nem áll meg nekik. Nem is köszön. Érzik, hogy nem foglalkozik velük. Nem kéri sem bevásárlásra, sem gyógyszerkiváltásra, mert úgysem foglalkozna velük.”

Gyerekeket az elmondottak szerint a falugondnok ritkán szállít, jellemzően az idősekre összpontosít. A falugondnoki szolgálat deklarált elveinek, a működését szabályozó szociális törvény valamennyi alapelvének ellentmondóan, feladatát súlyosan diszkriminatív módon látja el. A probléma ebben az esetben a falugondnok személyiségében (is) kereshető. Mert mint a települést ellátó családgondozó elmondta: a falugondnokra e településen nagy szükség van az igen rossz közlekedési viszonyok miatt, a falubeli romáknak pedig – akikkel

kapcsolatban semmi különös problémát nem említett a szociális munkás- különösen fontos lenne e szolgáltatás igénybevehetősége.

Ugyanakkor szükséges látni: a tanulmányunk bevezetőjében írt, a falugondnoksággal kapcsolatos pozitívumok egy része – pl. hogy a falugondnokot a falugyűlés választja ki – kizárólag ajánlásokban fogalmazódik meg. A falugondnoki szolgálat szociális normatívával való támogatásának feltétele a megfelelő lakosságszám, biztosított jármű, szakmai program és működési engedély. A falugondnok személyével kapcsolatosan csupán a jogosítvány és a képzésen való részvétel jelenik meg. A minisztérium az általa támogatott településekkel a szolgálat indítása előtt kötött szerződésében kiköti ezeket az elvárásait, ám a falugondnoki szolgálatok egy része önerős beruházással vagy más támogatással, pl. a megyei területfejlesztési tanács forrásaiból valósul meg. A minisztériumi ajánlások ilyenkor még kevésbé hatásosak.

Itt kell azonban megjegyeznünk egy további fontos mozzanatot e demokratikusnak tartott elem, ti. a falugondnoknak a falugyűlés általi megválasztása és a társadalmi kirekesztődés jelensége kapcsán. A „falugyűlés” valójában egy közjogilag nem igazán értelmezhető, talán leginkább a közmeghallgatással analóg esemény. Sem a részvételi arányra, sem a résztvevők esetleges összetételére nem mondhatunk semmit általános, kötelező érvénnyel. Ha végiggondoljuk a társadalmi kirekesztődésnek a politikai-közéleti eseményekből való kiszorulásra vonatkozó elemeit, akár a nem megfelelő informáltság, akár az érdektelenség és/vagy értetlenség okozza a távolmaradást, a végeredmény ugyanaz: még egy „szabályosan” választott falugondnok esetében is elképzelhető, hogy éppen a helyi közösség legkevésbé „befogadott/résztvevő” csoportjai maradnak ki e döntési folyamatból. Ahogyan talán itt is történhetett, hiszen a falugondnokot itt is falugyűlés választotta.

KARAHELY

Karahely egészen apró zsáktelepülés, az idősek mellett 3-4 aktív korú lakóval. Sem fiatal, gyerekes családok, sem romák nem élnek a településen. A település méretéből is adódik, hogy a falugondnokot mindenki ismeri, többen csupán azért nem szokták telefonon keresni, mert naponta többször is találkoznak vele.

„Mit meséljek? Csak jót tudok mondani. Van házitelefonja, ha este 8-ig, 9-ig telefonálok, másnap reggel már hozza, amit kérek, gyógyszert, meg bevásárol.

Amit eddig kértem, mind megcsinálta. Kicserélte a gázpalackot; amíg a férjem még élt, és kórházban volt, elvitt engem meglátogatni. Volt rá példa, hogy kirándulásra, búcsújáróhelyekre, színházba is vitt. Almát, krumplit vesz. Azt is tudja, mit hol lehet beszerezni olcsóbban. Én még a személyes problémáimat is meg tudom vele beszélni. (...) Nemrég még valakinek a televízióját is elvitte szerelőhöz, mivel abban is jártas, hol van jó szakember, kihez érdemes fordulni.”

A karahelyi falugondnokság egy informális, személyes kapcsolatokon alapuló, szinte száz százalékban időseket ellátó, jól működő szolgálat. Emellett a családsegítő és gyermekjóléti szolgálattal is kapcsolatban áll, alapvetően a szomszédos település ellátása kapcsán. A törpefalu és a szomszédos nagyobb település – amellyel körjegyzőséget működtetnek – közösen használja, az interjúk (4 falubelivel készült) tapasztalatai alapján azonban ez nem akadályozza elsődleges feladatai ellátását.

KESZŐCE

Keszőce vizsgáldásunk másik 100 fő alatti települése, szintén zsákfalu, a főúttól meglehetősen távol. A háromnegyed részben idősek lakta településen mindössze két gyermekes család lakik. A faluban 4 interjú készült, 3 idős asszonnyal és egy középkorú férfival. Az aktív korú falubeliek többnyire a mezőgazdaságból élnek, néhányan falusi vendéglátással próbálkoznak. A település a szomszédos faluval alkot körjegyzőséget, ahol a közszolgáltatások működnek.

„A falugondnok itt ellátja az időseket, ebédet hoz, vizsgálatra viszi őket. A szállítás is működik. (...) Temetőgondnokban meg hiány van.”

Míg a település vezetői számára problémát okoz a közterületek karbantartása, és ezt várnák el a falugondnoktól, az itt élő emberek elégedettek a tevékenységével.

„A falugondnok méri a vérnyomást, kiváltja a gyógyszert, bevásárol. El lehet őt érni telefonon. Van, hogy ha nehezen járó idős ember busszal utazik valahova, a falugondnok elkíséri a megállóig, másokat orvoshoz szállít.”

Míg a helybéliek által ismert és használt, jól működő szolgálat valós szükségleteket elégít ki az idősek számára végzett házi segítségnyújtással, társas kapcsolatot, lelki támaszt is jelent számukra, minden segítséget igénylő számára elérhető, addig fontos településüzemeltetési feladatok ellátatlanok maradnak. Az előző falugondnok által elvégzett feladatokkal való összehasonlítás alapján ezeket jelenleg számon kérik rajta. A középkorú asszony remekül

teljesíti feladatát a falu szinte teljes népességét jelentő idősök felé, az elégedettség a faluban egyöntetű. Nőként, három gyermek anyjaként és a helyi élelmiszerbolt vezetőjeként nem tudja a zömében a közterület-fenntartással vagy a ház körüli férfimunkákkal kapcsolatos feladatokat is vállalni a jelenleg ellátottak mellett.

A településen tapasztaltak alapján elmondható: a falugondnokságról sokaknak alapvetően férfiaknak „testre szabott” feladattípusok jutnak eszébe, és a valóban minden helyi lakost elérő szolgálat megítélésében is konfliktusokat eredményezhet a feladatértelmezés nemi specifikációs különbözősége.

A települést ellátó gyermekjóléti és családsegítő szolgálat munkatársai a falugondnokokkal napi kapcsolatban állnak, kölcsönös és folyamatos az információcsere, szükség esetén a falugondnok autóval kiveszi a családgondozót a faluba, ami a nagy területet ellátó, ám közlekedési eszközökkel nem rendelkező szolgálat munkatársai számára komoly segítséget jelent. A falugondnokot a gyermekjóléti szolgálat jelzőrendszere fontos szereplőjének tartják, úgy látják: a falugondnok gazda és koordinátor egyben. Gazda a falun belül, koordinátor a falu és a családsegítő között.

KISVÖLGYES

Kisvölgyes az 1950-es évektől a rendszerváltásig igen dinamikusan fejlődő település volt. Az olajipar a munkásainak önálló lakótelepet hozott létre a település domboldalában, ahol kiépítette a munkásokat teljes mértékben kiszolgáló infrastruktúrát. A falu ma is megfelelő intézményi ellátottsággal rendelkezik, a falugondnokság bevezetését a belterület tagoltsága indokolta. Az itt készült 10 interjú során 5 idős (3 nő, 2 férfi), 1 középkorú és 4 fiatal nő „szólal” meg. Közülük ketten nem tudtak semmit a szolgálatról, semmiféle szempontból nem szorultak rá közösségi segítségnyújtásra, aktív korú, dolgozó, egészséges, megfelelő jövedelemmel rendelkező emberek lévén. A többi interjúból egy nyitott, széles réteget ellátó, a település egészét lefedő, a szakmai és helyi elvárásoknak megfelelően működő szolgálat képe bontakozott ki.

„Aki akarja, megtalálja. (...) Öregeket hordja. Ovisokat viszi. Hordja az ételt. A polgármestert is fuvarozza, bálókba viszi a fiatalokat. (...) Van aki vagy átmegy hozzá személyesen vagy felhívja telefonon. A polgármesteren keresztül is kapcsolatot tud teremteni. Az idősök napközijében elmondják nekik, ahová a

doktornő rendszeresen kijár. Az emberek egymásnak adják a hírt. (...) Gyógyszert is hoz, tüdőszűrésre viszi az embereket. (...) A falu TV-ben közzéteszik az elérhetőségét. (...) időseket viszi orvoshoz, kezelésre, az otthonba hétfőn behozza, pénteken hazaviszi őket. Viszi őket, ahová kell. (...) Orvos a dombon van, oda viszi fel az embereket. Amikor sokat vásárolnak és arra jár a falugondnok, akkor mindig hazaviszi őket. Elmegy mindig az alsó részbe, minden ember egyforma neki, nem csinál kivételt senkivel, a romákat is segíti.”

A képet tovább színezi a helyben működő családsegítő és gyermekjóléti szolgálat vezetője által elmondottak: ők a falugondnokot a szociális ellátórendszer integráns részének tekintik, egyenrangú munkatársi kapcsolatot alakítottak ki vele.

"Egy kistelepülésen nincsenek szelektálva a szociális feladatok, egységben gondolkoznak. Ezért nem mindig a munkakörének megfelelő feladatokat lát el, többet is vállal a falugondnok. Szociális étkeztetést biztosít, házi segítségnyújtást lát el. A faluban rangja van.

A településen elég nagy számú roma lakosság él, elég sok gond van velük. De a falugondnok sokat segít a roma lakosságnak is. Az autóval hordja a gyerekeket a nevelési tanácsadóba, fejlesztő pedagógushoz, logopédushoz. Ez ugyanakkor felveti a szülő felelősségének problémáját, mert ezzel a segítséggel leveszi a szülő válláról a felelősséget. Hosszú távon ez nem biztos, hogy jó gondolkodás. De legalább eljut a gyerek a szakszolgálatokhoz.

A falugondnok olyan igényeket elégít ki, amiket egy városi ember el sem tud képzelni. A kistelepüléseknek olyan hátrányaik vannak, amiken segíteni kell: szakboltok, gyógyszertár hiánya, stb.

A „kiszölgyesi” falugondnok kompetens személy erre a feladatra. Közösség szervező, népművelői vénája van, ezért választották meg annak idején. Ünnepeket szervez, szüreti bált, farsangot. Személyiségében olyan ember, aki szeret segíteni.

A központi konyha ellátja az iskolát, az ovit, a szociális otthont és a szociális étkeztetésben részesülőket is. Fontos, hogy mindenki időben kap enni.

Szállításban fontos szerepet játszik az idősek szállítása. Bevásárlásoknál is segít. Nagyon gazdaságosan tudja megszervezni az útjait, hiszen az önkormányzat számára a kötelező feladatok ellátása mellett fontos, hogy mindez gazdaságosan legyen megoldva.

A térség szociális ellátottsága jó, működik a házi segítségnyújtás, bentlakásos intézet is van a településen. Jó az együttműködés a családsegítő és gyermekjóléti szolgálattal is. Mindenki megbecsüli a falugondnok munkáját.”

Feltehetően e kedvező és korrekt, ugyanakkor szakmai szempontból előremutató vélemény kialakulásában jelentősége lehet annak a ténynek, hogy ugyanazon a településen dolgozik a szociális munkás és falugondnok. A családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok munkatársai ilyen esetben világosabban érzékelik a helyi közvéleményt, a szükségleteket, egy-egy meghatározó helyi személyiséggel való kapcsolattartás fontosságát. Ez utóbbi mozzanat lényeges adalék lehet a kizárólag az intézmények méretének növelésére irányuló normatíva-változtatások felülbírálatához is.

PAPDOMB

Papdomb kb. 600 fős, jellegzetes zalai település. Az itt készült 7 interjú készítésekor 4 idős embert (2 férfi, 2 nő) és 3 fiatal nőt szólítottunk meg. Valamennyien ismerték a falugondnokot:

„Tudják a telefonszámát, de az orvosi rendelőnél is rendszeresen megtalálni. Meg lehet keresni a hivatalon keresztül is. Egyszerűen tudják, hogy merre jár.”

Az elmondottak szerint gyerekekkel és idősekkel is foglalkozik, jól bánik valamennyi korosztállyal, romákkal is rendszeresen kapcsolatot tart.

„Jár a gyógyszertárba kiváltani a recepteket, kihordja az ebédet, szállítja az időseket, az iskolásokat elviszi tanulmányi versenyre, néha tanári felügyelet nélkül is, mert a gyerekek is nagyon szeretik és szót fogadnak neki. Az ovisokat rendszeresen szállította logopédushoz.(...) Bevásárol, ha kéri. A gyógyszert sokan kiváltatják vele. Otthagyják a doktornőnél a receptet és a falugondnok délután mindenkinek házhoz viszi a gyógyszert. (...) ha találkoznak a gyógyszertár előtt, akkor a fel szokta ajánlani, hogy hazaviszi őket. Nagykanizsára vitte rákszűrésre is az embereket”

A település még jól átlátható mérete, a falugondnok személyisége és a helyi vezetők által meghagyott kellő mozgástér, döntési szabadság együttese teszi lehetővé az itt tapasztalt, a kirekesztődés ellen is hatékony működést.

Elgondolkodtató ugyanakkor, ahogyan a jól működő szolgálatról a családsegítő és gyermekjóléti szolgálat munkatársa vélekedik:

Ismeri személyesen a falugondnokot, de nincs kapcsolata vele, mert ő a gyerekekkel foglalkozik, a falugondnok pedig az idősekkel. Nem tud a feladatairól, mert nem tájékoztatják róla. Nem tudja, hogy hogyan szervezi meg a munkáját. Erről nem kell, hogy tájékoztassák a családsegítőt, elég, ha mindenki a saját feladatát ellátja. Nem keresi vele a kapcsolatot, segítségét sem veszi igénybe.

Akárcsak a Cserenyét és Gyepföldét ellátó családsegítő és gyermekjóléti szolgálat munkatársai, ez a szakember sem ismeri a falugondnokság valódi tartalmát, a benne rejlő szakmai együttműködési lehetőségektől pedig elzárkózik.

ÚJLAK

E Papdomboz hasonló település falugondnoka nem rendelkezik járművel, ami súlyosan megnehezíti feladatai ellátását. Az évek óta működő szolgáltatás hatékonyságát, mobilitását, elvégzett és vállalható feladatait alapvetően behatárolja ez a hiányosság. Elmondható, hogy a vizsgált települések között a legkevésbé ismertnek tűnő szolgálatok egyike az újlaki. A 8 megkérdezett helybéli (3 idős: 1 férfi, 2 nő, 4 középkorú: 2 férfi, 2 nő és 1 fiatal nő) közül hatan nem tudták beazonosítani a falugondnok személyét, és feladataival sem voltak tisztában.

„Falugondnok? Van polgárőrség, meg nyugdíjasklub, de falugondnokról nem tudok.” „Falugondnok? Ez az önkormányzati dolgozók feladatköre. Ebédhordásra van valaki, meg fűnyírásra, parkosításra, kapálásra, sövényvágásra, hólapátolásra, tüzelő behordásra télen. (...) Hallottam róla, hogy lesz valami, szervezik, de nem tudom, hogy megvalósult-e. Attól még lehet. Tudom, hogy van a környező településeken.”

Feltehetően szinte csak azok az idősek ismerik, akiknek ebédet hord. A vele való kapcsolat nem személyes, túlzottan „intézményesült”, szinte kizárólag az étkeztetés biztosítására korlátozódik. Az önkitöltős kérdőívre maga a falugondnok az ebéd kihordását, gyógyszerek kiváltását, bevásárlásokat és közterület rendben tartását jelölte mint legfontosabb feladatokat,

az idősök orvoshoz szállítása mellett. Ez utóbbi meglepő, szállítóeszköz hiányában: előbbieket a falubeliek megerősítették, a szállítást azonban – értelemszerűen -- nem.

Az is jelzésértékű, hogy a közeli város családsegítő és gyermekjóléti szolgálatának a falugondnokságról mint szükséges, fontos és velük együttműködő hálózatról nyilatkozó munkatársai a térségben egyedül ezt a falugondnokot nem ismerik személyesen.

„Van egy fiatalember, aki mindennap bevásárol és hozza az ebédet. A polgármesteri hivatalból küldték. Meg a temetőbe is járnak. (...) Másban nem kérem segítségét. Nem is lehetne mást kérni. Hát férfi. Utcatakarítás még a dolga. (...) Hát, télen tüzelőt kellene behordani, de erre nincs idejük.”

ZALÁNY

Zala nyugati részén, főút mellett fekszik ez a nagyobb település, ahol a falugondnoki szolgálat működtetését a főként romák lakta elszórt külterületi településrészek indokolják. A falu egy olyan körjegyzőséghez tartozik, ahol összesen 4 falugondnok működik. A vizsgált településtől legtávolabb eső falugondnok önállóan dolgozik, a másik három falugondnokot a körjegyző közvetlenül, erősen hierarchizált módon, napi szinten irányítja. A települések közül csak egyben választotta falugyűlés a gondnokot, a többiben a körjegyzőség volt alkalmazottait foglalkoztatták tovább. A lehetőséggel, amit a közeli településeken egymás mellett működő szolgálatok léte hordoz magában a tevékenységek összehangolhatósága és akár differenciálhatósága vonatkozásában, e térség nem tud élni a túlhierarchizált, túlintézményesített és hatalmi szóval vezérelt struktúra miatt. Az egymás mellett dolgozó négy falugondnok a felszabadítható kapacitásokat azonban nem tudja a lakossági ellátások és helyi társadalom erősítése érdekében használni, azokat leköti a helyi hivatali bürokrácia, a kézbesítői és sofőri feladatok ellátásának kényszere.

Az itt készült 13 interjú során megkérdezett 3 idős asszony, 3 középkorú férfi, 3 középkorú nő, 1 fiatal férfi és 3 fiatal nő közül 8-an tudták, ki a falugondnok. Azt azonban, hogy kikkel és mivel foglalkozik, még kevesebben.

„Nem tudom, ki az, nem szóltam neki segítségért. Más faluban elviszik az embert orvoshoz, gyógyszert íratni, itt nincs olyan. Majd ha már nem bírom, elmegyek a szociális otthonba.(...)”

„Vagy ha a polgármester úgy gondolja, hogy valahova neki nem kell elmenni, akkor a falugondnokot küldi. Meg az újságot hozza, de függetlenül a falugondnokságtól. (...) Egyszer vettem igénybe, amikor be kellett vinni a kórházba gipszcsereére. Mankóval bebicegtem, itt van az önkormányzat, nem messze.” Amit hall az ember: betegeket visznek felülvizsgálatra, gyógyszerárba. Főleg időssekkel foglalkozik. (...) Megy jobbra-balra. Az újságpénzt beszedi, meg a 'Zalát' kihordja. Ebédet hoz. Nekünk még nem hozza. (...) El lehet érni, az önkormányzat itt van. Tudjuk, hol lakik, be is lehetne kopogni hozzá. De nem napközben, mert akkor az önkormányzatnál van. Ott adják ki neki a munkát. Betegeket, idősöket visz SZTK-ba. Oda küldik, ahova szükséges.”

E rendszert működtető jegyző szerint a jegyző-polgármester-házigondozó-háziorvos a „részei” annak a láncnak, amely a leghatékonyabban tud a rászorultságról dönteni. Ám a közvetlenül, minden részfeladat vonatkozásában a „hivatal” által irányított falugondnokságokat a szociális szakemberek sem látják elég hatékonynak, s ezt mind a szolgálat ismertsége, mind a település megkérdezett lakóinak véleménye nagymértékben alátámasztja. Összefoglalva megállapíthatjuk: bár a szoros napi munkairányítást a kirekesztődés mérséklésének deklarált elve vezérli, e működésmód a rászorulóknak jelentős részét távol tartja a szolgáltatás igénylésétől, tartva az elutasítástól, illetve el sem jut hozzájuk a lehetőségek híre.

4. 3 A falugondnokok önmagukról

A települések vezetői és a falugondnokok látásmódja, problémaérzékenysége és értelmezése sok helyütt eltér, ami gyakran konfliktusokhoz vezet a szolgálatok működése során. A falugondnokok által ellátott népesség összetételét gyakran befolyásolja a helyi vezetővel való konfrontáció elkerülésének igénye. Ennek ellenére elmondható: bár folyamatos „határvillongások” észlelhetők a falugondnokok döntési és munkaszervezési önállósága kérdésében, a települések többségében ez nem zavarja meg a szolgálatok működését. Az is látható, hogy a megfelelő személyiségű falugondnokkal és elegendő önállósággal működő szolgálatok kevésbé kirekesztőek, mint azok, amelyekre túlságosan rátelepszik a helyi vezető, akár általános elvárásai, akár túlzott napi irányítási gyakorlata formájában. Mindez a ténylegesen érvényesülő települési közösségi kontroll hiányából ered – ennek nincs esélye kialakulni a zárt, hierarchizált, nem kellően nyilvános szolgálatok esetében. Ezt érzik maguk a falugondnokok is: mind az interjúk és csoportos beszélgetések során, mind az önkéntes

kérdőívekben gyakran történik erre utalás. A feladatértelmezések azonban általában hasonlóak.

13. táblázat

A falugondnokok jellemző feladatai - ellátott települések százalékában

	ebédszállítás	gyerekek óvodába szállítása	gyerekek iskolába szállítása	idősek orvoshoz szállítása	betegek, mozgássérültek	dolgozók munkába szállítása	bevásárlások lebonyolítása	gyógyszerek kiváltása	szociális és egészségügyi	polgármester utaztatása	gyerek- és ifjúsági prgoramok	közüterületek, intézmények
	a falugondnokot foglalkoztató települések százalékában											
0-150	82	27	9	73	55	0	64	82	27	27	18	55
150-600	90	23	27	90	73	9	95	100	14	41	45	82
600 lakos felett	100	37	37	100	50	0	62	87	37	37	12	75
Összesen:	90	27	24	88	63	5	80	93	22	36	32	73

Forrás: Falugondnokok által kitöltött kérdőívek

Mint a táblázatból is látható: zömmel az idősek ellátása körüli és a település karbantartásával kapcsolatos teendőket végzik a falugondnokok. Ezt követi a betegek ellátásában való részvétel, majd a település vezetőjének szállítása. A gyerekekre, fiatalokra irányuló tevékenységek ennél ritkábbak, aminél csak a szociális szakemberekkel való együttműködés és az aktív népesség ellátása marad le jobban a feladatok sorrendjében. A prioritások hasonlóak a célcsoportok mentén is: az idősek és a betegek után a közmunkát végzők következnek, majd a gyerekek, őket követik a hivatalok munkatársai, a szociális ellátásokban részesülők és a magányosan élő, segítségre szoruló falubeliek. A romák alacsony részvételi arányának kettős oka van: több településen egyáltalán nem élnek romák – ezt jelezték is a falugondnokok -, ám előfordul tudatos kirekesztésük az ellátásból. Ez a jelenség nem nevezhető általánosnak, bár kétségtelenül jelen van. Az aktív korú népesség azonban jellemzően nem célcsoportja e szolgáltatásnak – pl. a munkavállalást súlyosan nehezítő rossz közlekedési viszonyok ellenére sem.

14. táblázat

A falugondnokok jellemző célcsoportjai - az ellátott települések százalékában

	gyerekek	fiatalok	idősek	családosok	munkavállalók	a hivatal munkatársai	beteg	táppénzen lévők	fogyatékkal élők	közmunkások	romák	szociális ellátásban részesülők	akinek nincs autója	akinek nincs munkahelye	akinek nincs helyben élő, közvetlen hozzátartozója
	a falugondnokot foglalkoztató települések százalékában														
0-150	36	18	91	27	55	55	9	9	0	55	18	46	18	9	45
150-600	73	32	100	27	9	64	77	14	32	73	18	68	45	5	64
600 fő felett	75	37	87	25	25	37	50	0	0	62	37	37	25	0	25
Összesen:	64	29	96	27	10	56	67	10	17	67	22	56	34	5	51

Forrás: Falugondnokok által kitöltött kérdőívek

Az aktív korú népesség, a fiatalok és ifjú családok, valamint a középkorúak kiesése a falugondnokok látóteréből a helyi társadalmak erősítése és a közösségi aktivitás támogatásának elmaradása szempontjából tekinthető kedvezőtlennek.

15. táblázat

Az együttműködő szakemberek – az ellátott települések százalékában

polgármester
jegyző/körjegyző
hivatal munkatársai
óvodavezető
óvónő
iskolaigazgató
pedagógus
teleház vezetője
művelődési ház munkatársa
könyvtáros
orvos
körzeti nővér
védőnő
gyermekjóléti munkatársa
családsegítő m18 munkatársa
munkaügyi központ előadói

	a falugondnokot foglalkoztató települések százalékában															
0-150	91	82	91	45	55	45	64	27	27	55	82	27	64	55	64	27
150-600	91	91	86	68	59	68	55	18	36	59	82	27	64	50	55	18
600 felett	100	100	75	100	87	100	100	25	62	75	100	37	75	37	87	25
Összesen:	93	90	85	68	63	68	66	22	34	61	85	29	66	51	64	22

Forrás: Falugondnokok által kitöltött kérdőívek

A falugondnokok főként a település vezetőivel vannak napi kapcsolatban, utána a hivatalok munkatársai és az orvos következnek. Náluk kevesebbet érintkeznek a közoktatás és a szociális szféra, legkevesebbet a közművelődési szféra képviselőivel. A munkaügyi ellátórendszer képviselőivel és a teleházakkal csak minden ötödik falugondnok tart kapcsolatot: míg utóbbira magyarázat a teleházak viszonylag alacsony száma, előbbi a munkaképes korú népességnek e szolgáltatásokkal való kapcsolatának hiányát jelzi.

16. táblázat

A szakemberekkel való kapcsolat jellege

	hozzájuk szállítja a falubelieket	a szakembereket hozza a faluba	érttesíti őket, ha a falubelieknek valamilyen	segítségét kér tőlük a falubeliek problémáinak megoldására	kikéri a falugondnok véleményét saját munkájuk végzése
	a falugondnokot foglalkoztató települések százalékában				
0-150	55	27	64	64	18
150-600	45	23	68	32	14
600 fő felett	50	25	87	87	50
Összesen:	49	24	71	51	22

Láthatjuk: a falugondnokok háromnegyede teremt kapcsolatot a szakemberekkel a falubeliek problémáinak megoldása érdekében, ám ugyanezen szakembereknek csupán negyede „használja” a falugondnokokat a közös megoldások keresésére, információik átadására, stb. E tábla alátámasztani látszik az interjúk és a kutatásban résztvevő valamennyi kolléga azon tapasztalatait, miszerint a szakemberek jellemzően nem tekintik a falugondnokokat egyenrangú partnernek, ami a kirekesztődés áttételes megjelenéséhez járul hozzá.

5. Összegző megállapítások

A falugondnokságok feladatuk összetettségével az aprófalvas térségekben, a kistalváknban a komplexitás valóságos formáit hordozzák és valósítják meg. A falugondnokságot a szociálispolitikusok az egyik legjobban célzott és integráló szolgáltatásnak tartják. A zalai kutatás megerősíti e vélekedést abból a szempontból, hogy valóban a települési hátránnyal sújtott népességet közelíti meg ez az ellátás. Ugyanakkor a Zalai Falvakért Egyesület munkatársainak több éves tapasztalataival megerősített és finomított kutatási eredményei azt mutatják, hogy a mai magyar társadalom egy súlyosan kirekesztődött rétegének, a kistelepülésen élőknek a legrosszabb helyzetű csoportjait nem feltétlenül éri el, illetve nem szolgálja ez az ellátási forma.

- A legkisebb településeken (vö. 4. és 5. táblázat) az átlagosnál kisebb arányú a szolgálat kiépültsége.
- A zömmel romák lakta falvak falugondnoki szolgálattal való ellátottsága elmarad a többi faluétól, ami hozzájárul a többszörös hátránnyal sújtott rétegek kirekesztődésének további súlyosbodásához. Arra is van példa, hogy romákat nem szállít a falugondnok, saját diszkriminatív döntése vagy a falu többségi véleményének való megfelelés szándéka miatt.
- Településenként eltérő a feladat értelmezése, ami az önállóság és a helyi igényekhez történő alkalmazkodás szempontjából fontos. Ezzel azonban valamelyest együtt jár a célcsoportokra fókuszáltság mellett a többi területen a problémaérzékenység csökkenése. Azaz: ahol főként időseket lát el a falugondnok, gyakran a gyerekeket nem is szállítja.
- Nem világos minden esetben, mely szolgáltatásokért kell fizetni, ami a fizetni nem tudó rétegeket távol tartja az igénybevételtől.
- A családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok, gondozási központok munkatársaival kiépült kapcsolat csak elvétve akad, az is jellemzően eseti. Ritka a jelzőrendszeri találkozókra való meghívás. A szociális szolgáltatási rendszer tagjai általában nem tekintik a rendszer részének a falugondnokokat, partnerként nem veszik figyelembe e szolgáltatás biztosítóit. A szociális ellátórendszer intézményei gyakran maguk is kirekesztik a falugondnokokat, ezáltal klienseiket is.

- Az ellátáshoz elengedhetetlenül szükséges eszközök (elsősorban a kisbusz), a megfelelő tájékoztatás (falugyűlés, nyilvánosság kontrollja, helyi szakemberek folyamatos informálása, hirdetőtáblára történő kifüggesztés, falutév, helyi lap, stb.) és legfontosabbként: a falugondnok folyamatos jelenléte, problémaérzékenysége és saját, a feladatok vállalására és rangsorolására vonatkozó valamilyen mérvű döntési kompetenciája nélkül nem tud hatékonyan és befogadó módon működni a szolgálat.

6. Ajánlások

A falugondnokságok a mai magyar társadalom egyik legnagyobb szegénységi kockázatú, ezen túl a települési hátrányból adódó hiányok miatt a kirekesztődésnek leginkább kitett csoportjával, a falusi népességgel foglalkoznak. A vidékfejlesztési programok jószerivel még nem érintették meg a szociális ágazatot, a területfejlesztésben elérhető források mobilizálását a szociális szakma épp hogy csak megkezdte. A falugondnoki hálózat egyfajta híd lehet a vidékfejlesztés és a szociális szféra között, emiatt feltétlenül szükséges újragondolni és értékelni az ágazat három, a vidékfejlesztéshez közvetlenül kapcsolódó programjának – ti. falugondnokság, kistérségi felzárkóztató és szociális földprogramok – eddigi tapasztalatait, ezáltal is elősegítve a szociális ellátórendszernek és programjainak a társadalmi kirekesztődést érdemben meggátolni képes lehetőségeinek bővítését. Jelenleg a szociális szféra működteti a falugondnokságot, ezt az ágazatközi tekinthető ellátást (iskolabusz-funkciók, egészségügyi ellátások elérhetőségének biztosítása, kapcsolódás helyi gazdaság erősítéséhez, közmunkások helyi, esetlegesen kistérségi koordinációja stb.), ám ennek a programnak az integráló, helyi társadalmat erősítő, ezáltal a szociális problémákat helyi társadalmi probléma szintjére emelő értékeit nem ismeri és nem használja a szociális szakma.

A felnőtt és gyermekvédelmi ellátórendszer kettészakítottságát jelzi többek között az is, hogy ezt az igazán ágazatközi és problémaorientált ellátást a gyermekvédelmi törvény nem említi az együttműködő partnerek között. Ez önmagában nem probléma, de a kistelepülések esetén a falugondnok hallatlanul fontos segítőtárs és partner, valamint információforrás lehet a szociális munkások számára. Az ellátórendszer túlszabályozottságán, ezzel egyidejű önmagába fordultságán és zártságán túlmutató probléma jelzi a szakmai képzés esetkezelésre és szakmai specializálódottságra koncentrálo jellegét egyaránt. Fontos lenne a szociális ellátórendszer homogén feladatértelmezésével szemben megismertetni a szakmával – a

gyakorlatban jól érzékelhető – településspecifikus problémákat, megoldási mintákat, modelleket, ami a helyi szintű szociálpolitikák érzékenységet és szakszerűségét javíthatják.

Szükségnek látszik a falugondnokok felkészítő képzésének újragondolása és bővítése olyan elemekkel, amelyek képesek hozzásegíteni a falugondnokokat ahhoz, hogy

- megtalálják a helyüket a szociális ellátórendszerben
- kapcsolatokat építsenek más ellátórendszerek intézményeivel, szakembereivel, különös tekintettel a közoktatás, egészségügy és foglalkoztatás szereplőire
- felkészüljenek a szociális és más humán szakemberekkel való együttműködésre.

Fontos az ehhez kapcsolódó modellek kidolgozása, külön az aprófalvakban, a tanyás vidékeken és egyéb külterületeken dolgozó falugondnokok számára.

Az újonnan induló, illetve a felülvizsgálat alá eső falugondnokságok esetén fontos a feladatértelmezés és működésmód demokratikus alapjainak megerősítése – ide tartozik az ajánlások közé emelhető rendszeres meghívotti státusz a falugondnokok számára a települési önkormányzati üléseken, akár térségi társulásokban is, az egységes elvárás a minisztériumi, illetve egyéb forrásból indított szolgálatok harmonizálása – ami újra visszautal a területfejlesztés és más ágazatokkal való együttműködés területi és akár kormányzati lehetőségei feltárásának szükségességére.

A kisbusz/mikrobusz a közlekedés, a szállítás eszköze. Ez a funkció továbbra is hangsúlyos marad, és meghatározza a falugondnoki rendszer karakterét. A kapcsolatteremtés és -tartás, más szervezetekkel való együttműködés, információk kérése, adása, a rugalmas elérés lehetősége, az ügyek gyors intézése szükségessé teszi, hogy a falugondnok telefonnal rendelkezzen - stabil, üzenetrögzítő és/vagy mobil telefonnal. A nyújtható szolgáltatások körét nagyban szélesíti, a rugalmasságot és a megbízhatóságot fokozza. Elsősorban nem a polgárok és a falugondnok kapcsolatában, hanem a külső együttműködésben van jelentősége, ami nélkül a működés kiszélesítése elképzelhetetlen. Egy következő minőségi lépést jelent, ha a falugondnok, esetleg egy helyi civil szervezettel együtt, irodával rendelkezik. Egy falugondnoki iroda újabb szolgáltatási lehetőségeket biztosíthat a falu lakói számára, különösen, ha van mód azt felszerelni másológéppel, faxszal, számítógéppel. A legoptimálisabb hely erre a teleház. Az itt működő irodával megjelenhet egy olyan technikai háttér, szervezeti intelligencia, amely az intézményt alkalmassá teszi a bekapcsolódásra

regionális, országos folyamatokba, információs kapcsolati rendszerekbe. Emiatt feltétlenül szükséges feltárni a Teleház Szövetséggel, a közművelődési intézményekkel, a közoktatással kapcsolatos együttműködési, ágazati-kormányzati szintű programharmonizálásban rejlő lehetőségeket a kistelepüléseken élők számára biztosítható közösségi tér és segítségnyújtás érdekében.

Elengedhetetlenül szükséges a kistérségi-városkörnyéki szolgáltatást biztosító szociális intézmények – elsősorban a gondozási központok és családsegítő-gyermekjóléti szolgálatok – és a falugondnoki hálózat együttműködésének, kapcsolódási pontjainak újraértelmezése. A kistelepülések szolgáltatásokhoz jutásának és a szakmai segítség elérhetőségének jelentős kihasználatlan kapacitásai rejlenek itt.

Ugyanakkor a kistelepülések vezetőinek túlzott beavatkozását is ellenpontosíthatja a falugondnokság és e két integráló alapszolgáltatás akár intézményes együttműködése vagy összekapcsolódása. Akár elképzelhető a falugondnoknak a gondozási központ vagy a családsegítő-gyermekjóléti szolgálat által történő foglalkoztatása. Ez esetben azonban fontos „megvédeni” a falugondnokság lakosságra összpontosító, szabad feladatvállalását, elejét véve annak, hogy kizárólag sofőri teendőket lásson el. Az említett intézményesítéstől főként emiatt tartanak a falugondnokság iránt elkötelezett szakemberek, mivel mind a helyi vezetők, mind a magasabban kvalifikált „szociális” szakemberek részéről fennáll a veszélye a falugondnoki tevékenység efféle degradálásának. (Itt szükséges megjegyezni, hogy a kistelepüléseken dolgozó szociális szakemberek kvalifikáltsága jellemzően inkább a magasabb iskolai végzettségben nyilvánul meg, semmint a speciális szociális szakmai felkészültségben, hiszen e körben magas az egyéb humán szakképzettséggel rendelkezők aránya, akik sok esetben semmivel nem kompetensebbek a falugondnoknál.) Ugyanakkor látni kell: e jelenség – ti. a falugondnokság kizárólag szállítási funkciókra szűkített értelmezése és feladat-adresszálása – formális intézményesítettség nélkül is megjelenik, amint azt a „polgármester sofőrjeként” dolgozó falugondnokok példája mutatja.

További veszélyeket hordoz a központi és ágazati kormányzatoknak a falugondnokságra vonatkozó információs hiányossága, illetve a jelen kutatás által feltárt, kihasználatlan lehetőségeivel kapcsolatos felismerések hiánya, illetve félreértése. Mint egy a napokban készült tanulmány összegezte (Herpainé, 2003), az oktatási, szociális és foglalkoztatási ágazatok valamennyi területi szinten kihasználatlan együttműködési kapacitásokkal

rendelkezik. Több lehetőséget hordoz mind az egyes kistelepülések, mind az aprófalvas és tanyás mikrotérségek számára a falugondnoki szolgálat humán szolgáltató kapacitásainak újragondolása és az ágazati együttműködések és ehhez kapcsolódóan összehangolt és/vagy közös finanszírozás biztosítása. Sajnos nem láthatóak a jelei a közös gondolkodásnak, hiszen az elmúlt időszakban is több, egészen új rendszer kiépítésére történt javaslat. Ezek közül kettő érdemel különös figyelmet: az a kisposták falugondnokság által történő helyettesíthetősége, illetve az iskolabusz-hálózat kiépítése.

A kisposták falugondnokság által történő helyettesítése az említett sofőrködés és bürokratikus rendszer irányába tolná el ezt az igen rugalmas és nyitott, mindamellett sérülékeny rendszert. Mint fent írtuk, a lakosság napi igényeire való reagálás szabadsága a szolgálat társadalmi kirekesztődést mérsékelni képes működésmódjának biztosításához elengedhetetlen tényező. Minden, a kizárólag mobilitását „kihasználó” új feladattelepítés az eredeti célok ellenében hat. A falugondnokok – ahol és amennyiben erre igény jelentkezik – jelenleg is vállalják a postaküldemények továbbítását, oda-vissza egyaránt. Ám ez nem azonos a kötelezően előírt, a szükséges adminisztrációval is együtt járó feladat ellátásával, ami a tényleges feladatértelmezéstől elszakadó, kikényszerített működésmód. A központi kormányzat felelősségi körébe tartozó, ugyanakkor piaci érdekeket is megjelenítő szolgáltatások szociális ágazat által fenntartott, s egyébként is a bürokratizálás és az intézményesítés veszélyének kitett szolgáltatásra történő áthárítása nem fogadható el sem szakmai, sem finanszírozási szempontból. Sokkal szerencsésebb lenne megvizsgálni a teleház-hálózat bővíthetőségét a postaszolgáltatásokhoz való hozzáférés támogatása szempontjából, ami a helyi közigazgatás modernizálása, illetve a kistelepülések társadalmi főáramba való bekapcsolása tekintetében is jelentős lépésnek minősíthető. S mint láttuk: a teleházak fejlesztése a falugondnokság kapacitásbővítése szempontjából is jelentőséggel bírhat.

A „postásítással” szemben a tervezett iskolabusz-hálózat létrehozása vitathatatlanul szükséges. Ugyanakkor kézenfekvő a kérdés: a közoktatás legnehezebb helyzetű és a hátrányok újratermelésében legnagyobb súllyal jelen lévő intézményei, a kistelepülési iskolák elérhetősége szempontjából nem lenne-e szerencsésebb a 600 fő alatti települések majd felét ellátó, és ott jelentős arányban gyerekek közoktatási intézményekbe való utaztatását is biztosító falugondnoki rendszer ágazatközi továbbfejlesztése, a teljesen új, ezáltal a forráskoordináció és lefedettség/kiépíthetőség tekintetében egyaránt vitatható párhuzamos kialakítás helyett. További érvként szolgálhat e téren a kutatás azon megállapítása, hogy

különösen a legkisebb és a zömmel romák lakta falvakból hiányoznak még a falugondnokok. Az ágazatközi, területspecifikus megközelítést erősítő fejlesztés a forráskoordináció, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, s ezáltal a társadalmi kirekesztődés kezelhetősége szempontjából is továbblépést eredményezne a jelen helyzethez képest mind a szociális, mind az oktatási, mind a vidékfejlesztés vonatkozásában.

Ez utóbbi két példa is jelzi: a falugondnokság fontos, fejleszthető és az ágazatközi együttműködések szempontjából is jelentős szolgáltatási forma, aminek „megóvása” a túlintézményesítéstől a társadalmi kirekesztődés meggátolásában betölthető szerepe szempontjából is elengedhetetlen.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bódi Ferenc szerk. (2001): Helyi szociális ellátórendszer vidéken. Agroinform Kiadóház, Budapest.
- Herpainé Márkus Ágnes, Somorjai Ildikó (2002): A Nyugat-Dunántúli Regionális Szociális Program Helyzetértékelése. <http://westpa.hu>
- Herpainé Márkus Ágnes (2003): Az egyes ágazati politikák területi összekapcsolódásai a humánerőforrás-fejlesztési politikában, kézirat
- Korintus Mihályné, Hodosán Róza, Papházi Tibor, Rácz Andrea, Szombathelyi Szilvia (2002): A szociális és gyermekjóléti alapellátások helyzetének áttekintése. in: Simonits Mária szerk.: Kistélepülési hátrányok – alapellátási nehézségek. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Laki László – Békés Zoltán (2002): A hátrányos helyzetű rétegek szociális körülményei és élethelyzete egy szociológiai kutatássorozat fényében. in: Simonits Mária szerk.: Kistélepülési hátrányok – alapellátási nehézségek. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Spéder Zsolt (2002): A szegénység változó arcai – Tények és értelmezések. Budapest, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Budapest.
- Simonyi Ágnes szerk. (2001): Tizenegy falu, ötvenöt család. Kisgyermekes, munkanélküli családok hátrányos munkaerő-piaci térségekben. Struktúra – Munkaügy Kiadó, Budapest.

- Szalai Júlia (1995): A helyi önkormányzatok szociálpolitikájáról. In: Az államtalanítás dilemmái: szociálpolitikai kényszerek és választások. Aktív Társadalom Alapítvány, 240-260. p.
- Szalai Júlia (2002): A társadalmi kirekesztődés egyes kérdései az ezredforduló Magyarországon. MTA Szociológiai Kutatóintézet, kézirat.
- Szederné Kummer Mária (1999): A falugondnokság szerepe a vidéki munkanélküliség kezelésében. Társadalmi Egyesülések Zala Megyei Szervezete.

Melléklet

A falugondnokság megvalósult és lehetséges szolgáltatásainak gyűjteménye

- **Személyszállítás**
 - ♦ iskolások, gyermekek (tornaórára, nyelvoktatásra, szakkörökre, uszodába, óvodába, cirkuszba, színházba, kirándulásra)
 - ♦ betegek (orvoshoz, szakrendelésre)
 - ♦ öregek (templomba, kirándulásra, gyógyfürdőbe)
 - ♦ menetrend-kiegészítő (munkába, hivatalokba, ünnepekre)
 - ♦ orvos elhozása
 - ♦ körjegyző kihozása
 - ♦ fodrász kihozása
 - ♦ színházi járat
 - ♦ vásári járat
 - ♦ családi eseményekre
 - ♦ focicsapat meccsre
 - ♦ népdalkör versenyre
- **Árubeszerzés, szállítás**
 - ♦ intézményeknek
 - ♦ gyógyszerbeszerzés és -széthordás
 - ♦ bevásárlás (termény, táp)
 - ♦ kenyér-, tejkihordás (öregeknek)
 - ♦ ebédszéthordás
 - ♦ háztartási gépek (javításra)

- ♦ termény piacra, vásárra, házakhoz szállítása
- ♦ tejbegyűjtés
- **Közmunkák és közmunkások irányítása**
 - ♦ ároktisztítás
 - ♦ legelőtisztítás
 - ♦ közterületek csinosítása
 - ♦ társadalmi munkaszervezés
- **Közművelődés, kultúra szervezése**
 - ♦ játszószoza, játszókert működtetése
 - ♦ könyvkölcsönzés, -árusítás
 - ♦ disco-rendezés
 - ♦ ifjúsági klub vezetése
 - ♦ batyus bál és egyéb rendezvények szervezése
 - ♦ színjátszó kör szervezése
 - ♦ hangos híradó működtetése
 - ♦ beszélgetés, tanácsadás
 - ♦ művészek meghívása
 - ♦ kirándulások szervezése
 - ♦ videóvetítések lebonyolítása
- **Szolgáltatások**
 - ♦ gáz-cseretelep működtetése vagy gázpalack-cserélés
 - ♦ falumosoda (nem volt rá példa, csak elgondolás született)
 - ♦ telefonálás lehetősége (mobiltelefon a mikrobuszban)
- **Egészségügyi, szociális szolgáltatás**
 - ♦ vérnyomásmérés
 - ♦ idősek egészségügyi állapotának figyelése
- **Helyi gazdaság, vállalkozások**
 - ♦ fizetővendég - szolgálat megszervezése
 - ♦ tábor létesítése, működtetése (falusi turizmus)
 - ♦ üres gazdasági épületek hasznosítási lehetőségeinek keresése
 - ♦ diszkont áru beszerzése
 - ♦ facsemete-nevelés
 - ♦ munkahelyteremtés lehetőségeinek keresése

- ♦ terménygyűjtés (dió) és értékesítés
- ♦ mezőgazdasági gépek bérbeadása, gépkör szervezése
- **Egyéb**
 - ♦ pályázatok készítése
 - ♦ környezettanulmányok készítése
 - ♦ közbiztonság figyelése
 - ♦ „éjjel-nappal” hívható segélyszolgálat
 - ♦ segítség a hivatalos ügyek intézésében
 - ♦ a lakosság tájékoztatása általában (lásd még: hangosbeszélő, helyi rádió)

Dr. Neumark Tamás

INTEGRÁLT HELYI JÓLÉTI RENDSZEREK KIALAKÍTÁSA

A közös érdekeltségű partneri együttműködés

Egy közösség vagy térség jóléti politikáját alapvetően a lakosság egészségügyi, szociális és gazdasági szükségletei határozzák meg.

Jól ismert tény, hogy a magyar lakosság egészségi állapota, szociális biztonsága és életkörülményei az elmúlt évtizedek során egyre inkább romlottak, és ez folyamatosan súlyos társadalmi problémák forrásává vált. Ehhez társul a szegénység, a társadalmi kirekesztődés, a társadalmi tőke és az esélyegyenlőség riasztó csökkenése. Ma már egyértelműen látható, hogy a válságot csupán az egészségügy vagy a szociális ellátás önmagában nem képes kezelni. A probléma megoldása megköveteli a jóléti rendszerünk gyökeres átalakítását, és ezzel párhuzamosan egy olyan szemléletváltást, amely újraértelmezi és újjászervezi a teljes szociális ellátó rendszert. Ennek a paradigmaváltásnak az a lényege, hogy szélesebb értelemben és összefüggéseiben kell vizsgálni változó világunk társadalmi kihívásait, az emberek megváltozott szükségleteit.

A jóléti rendszerek átalakítása ma már világszerte elindult és számításba veszi mindazokat a globális társadalmi trendeket, amelyek kikényszerítik ezt a változást és szemléletváltást. Természetesen az átalakulás – beleértve a gazdaságot és humán ökológiát – nem nélkülözheti, hogy a jóléti rendszereket egy holisztikus és rendszerelvű gondolkodás ill. szemlélet hassa át. Ennek egyik fontos feltétele, hogy meg kell szüntetni a társadalmi alrendszerek hierarchikus kapcsolatrendszerét. Helyette a kölcsönösségen, a partneri együttműködésen alapuló, sok alrendszert magába foglaló, interaktív kapcsolatrendszerek hálózatát kell kialakítani, amelyek középpontjában az ember áll. Nem szabad tovább tűrni és elviselni a társadalmi egyenlőtlenségek növekedését, a társadalmi kirekesztődést, a szegénység terjedését és az életesélyek rohamos hanyatlását.

Nagyon fontos követelmény továbbá, hogy a humánökológiai gondolkodás jelenjen meg döntéseinkben és emberi kapcsolataink alakításában. Ez a szemlélet érvényesüljön a természethez és a társadalomhoz való viszonyainkban is. Tehát az embert és környezetét – fizikai, szellemi, gazdasági és szociális környezetét – egységként kell felfogni, és kölcsönhatásaiban kell szemlélni.

Amikor jóléti rendszer átalakításáról beszélünk, akkor ezen nem csupán a szociális vagy egészségügyi ellátást értjük. Beletartozik ez is, de szintén részét képezi a lakásügy, az idősgondozás, az oktatás, a család és ifjúság védelem, a felnőttképzés, a munkanélküli ellátás, a hajléktalan-ellátás, a fogyatékos-fejlesztés, a mentálhigiéné és a területfejlesztés. Vagyis az élet minden olyan területe, amely valamilyen mértékben befolyásolja az életminőség alakulását, vagy befolyásolja az emberek életmódját. Ma már a társadalomtudományokkal és a társadalmi folyamatokkal foglalkozó szakemberek nagyon jól tudják, hogy a társadalmi fejlődés és a jólét mércéje az emberek életesélyének, életminőségének és életvitelének alakulása. Fel kell végre ismerni, hogy a társadalmi és a gazdasági jólétet egyaránt az emberi életlehetőségek növelésével és az életminőség javításával, valamint a közösség sokoldalú partneri együttműködésével lehet elérni.

Nem hagyható figyelmen kívül továbbá, hogy a modern társadalomban a közösség kulturális öröksége, társadalmi önazonosság-tudata és a társadalmi kohézió vált a legjelentősebb jóléti védőfaktorrá. A modern társadalom a polgári együttműködésre, a civil szervezeteken keresztül történő részvételre épül. Ennek lényeges eleme a lakosság és a helyi hatalom között kialakuló partneri kapcsolatok, az együttműködés megteremtése.

Ennek az új szemléletnek legfőbb eleme a közösségben élő ember szükségleteinek sokoldalú komplex kielégítése, amely azonban tértől, időtől és a helyi körülményektől függően településről településre változik. Nem létezik egységes, minden településre egyaránt vonatkozó, központilag tervezhető, érték- és szükségletrendszer. A valós igényekből kiindulva a különböző településeken más-más szempontok, prioritások válnak fontossá. Ezért sem lehet a helyi kultúrától, történelmi, gazdasági és szociális adottságoktól idegen társadalmi értékrendet szem előtt tartó szociális tervezést (gondozást) és fejlesztést megvalósítani.

Mára egyértelművé vált a világ két részre, globalitásra és a valós élet, a mindennapok problémáit hordozó lokálisra szakadása. Mindkét terület kiemelkedő szerepet játszik a társadalmi folyamatok alakulásában és az emberek életminőségének és életkörülményeinek alakulásában. A világméretű folyamatok, főleg azok gazdasági-piaci irányzatai és céljai ugyanis messze elkerülik a szociális jólét kérdéseit, problémái nem kerülnek érdeklődési körébe. Ennek leginkább kézzelfogható következménye a szegénység és a társadalmi kirekesztődés világszerte tapasztalható növekedése, ill. erősödése. Mindezt azért is fontos szem előtt tartani, mert hazánkban, hasonlóan más nyugati országokhoz, az állam által biztosított társadalmi jogosultságok és szolgáltatások mindinkább az egész népesség életpálya-kalkulációjának részévé válnak. Növekszik ugyanis a létbizonytalanság, a lakosság elöregedése, a szegénység, a jóléti szolgáltatásokat és támogatásokat igénybe vevő, a perifériára szoruló személyek és családok száma. Mindezek egyértelműen hívják fel a figyelmet a helyi közösségek jelentőségére és szerepére, egy hatékony, a szociális biztonságot megteremtő jóléti rendszer kialakítását szorgalmazó program (törvénytervezet) megvalósítására. Célja a lakosság – települések, kistérségek, régiók – életkörülményeinek és az emberek életminőségének javítása, a szociális biztonság és az esélyegyenlőség megteremtése. A program lényeges szempontja, hogy egyszerre, azaz sokoldalúan kezeli a családok és egyének anyagi, egészségügyi, szociális, lakásügyi, munkaerő-piaci szükségleteit és problémáit. Szem előtt tartja, hogy ezek a szükségletek, beleértve az épített és természetes környezet állapotát és változásait, valamint a településfejlesztés irányzatokat, együttesen jelennek meg, és hatásukat egyszerre fejtik ki az emberekre.

A program megteremti annak feltételeit, hogy egy közösség vagy térség maga tervezze, dolgozza ki és valósítsa meg – a lakosság szükségleteinek és a rendelkezésre álló forrásoknak az ismeretében – egészségügyi, szociális, lakásügyi ellátása összehangolt (integrált) működését, szolgáltatásait. Fontos szempont továbbá, hogy egy település vagy térség szociális ellátó és gazdasági rendszerének fejlődése, a szolgáltatások szakmai sokszínűsége és minősége ne csupán központi elhatározástól függjön, hanem helyi kezdeményezésekre támaszkodva valósuljon meg (szubszidiaritás elve). Vagyis egy közösségi bázisra épülő szociális jóléti rendszer jöjjön létre, megteremtve a jóléti alrendszerek közötti folyamatos és szerves kapcsolatokat.

A program további törekvése, hogy a magán és állami szektor gazdasági, egészségügyi és szociális szolgáltatói, oktatási, gazdasági és közigazgatási intézményei, valamint a háztartások

többsége között kialakuljon a hálózati szélessávú és gyors interaktív infokommunikációs kapcsolat – megteremtve az e-közigazgatás, az alapellátás távegészségügyi és távoktatási rendszerének feltételeit. Bevonja a helyi vállalkozókat és gazdasági szervezeteket a regionális és nemzetközi gazdasági és kulturális vérkeringésbe.

A helyi jóléti rendszer átalakításához azonban egészséges, együttműködő, kreatív közösségre van szükség, amely gondoskodik tagjairól, és összefűzi őket azzal a környezettel, amely lakóhelyükként szolgál. Újra kell szöni a család és a közösség biztonságának hálóját, mivel az már nem nyújtja tagjainak a közösségi kötődést, a kooperáció lehetőségét, valamint a megfelelő szociális és gazdasági biztonságot.

Külön hangsúlyt kell fektetni a vidéken, falun élő emberek helyzetére, akik a mezőgazdaság több évtizedes visszaesése miatt napjainkra mind nagyobb gondokkal küzdenek. A mezőgazdaság tehát nemcsak szakmailag, technikailag, hanem humán szféráját tekintve is komoly problémákkal szembesül. Súlyosbítja a helyzetet a lakosság elöregedése, valamint az agrár- és társadalompolitika azon irányzatai, amelyek elidegenítették a mezőgazdaságtól a fiatalságot. Talán egyik társadalmi rétegben sem annyira kirívó a piacgazdaság térnyerésével párhuzamosan kialakult szociális és gazdasági problémák nyomasztó hatása, mint a vidéken élő emberek esetében. Ezért vált a vidéken és kisebb településeken élő emberek szociális-gazdasági helyzete, valamint életkörülményeinek alakulása hazánk egyik kiemelten fontos kérdésévé. Komoly gondot okoz továbbá, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek, az elszegényedés és a marginalizálódás, a munkanélküliség kiemelten érintik a falusi, illetve vidéki lakosságot. Ehhez járulnak még a falun élők földrajzi izolációjából, a folyamatosan csökkenő lakosságszámból és az elvándorlásból adódó hátrányos következmények is.

A program legfontosabb törekvései közé tartozik a ma még túlnyomóan intézményorientált, merev és elavult egészségügyi és szociális ellátó rendszer átalakítása a helyi közösségekre alapozott rugalmas, sok alrendszerrel magába foglaló szociális jóléti rendszerré. Ennek egyik feltétele a jelenleg különválasztott egészségügyi és szociális ellátó rendszer működésének összehangolása, egyetlen koherens igazgatási rendszerré való átalakítása. A program lehetőséget nyújt, hogy a civil szervezetekkel (NGO) közösen lehessen tervezni és megvalósítani egy adott település vagy térség szociális, egészségügyi, lakásügyi, területfejlesztési és foglalkoztatási politikáját, törekvéseit. Ez már rövid távon is csökkenti a települési önkormányzatok teherviselését. Többforrásokat von be a szociális ellátó rendszer

működésébe, olyan hosszú távú szociálpolitikai perspektívát nyújtva, amely a valós szükségletek kielégítéséhez megfelelő alternatívákat biztosít a lakosság számára. A program különös hangsúlyt helyez az állami és magánszektor partneri együttműködésére, a szolgáltatások vegyes gazdasági formáinak kialakítására.

A helyi partneri együttműködés az elmúlt évszázad 90-es évei óta egyre gyorsabban terebélyesedő működési formájává vált a helyi közösségek jóléti rendszerei kialakításának. A helyi kezdeményezésen alapuló szociális jóléti program megvalósítása nem csupán a döntéshozatal decentralizációjában különbözik a felülről vezérelt és túlcentralizált szociálpolitikától, hanem egy teljesen új szemlélet áll mögötte. Úgy működik, mint a civil szervezetek és a szociális jóléti hálózat intézményeinek gyűjtőtere, összekötve a közösség tagjait, a közösségi képviselőket és szolgáltatókat az állami és magánszektor hivatalos szervezeteivel.

Egy ilyen program megvalósítása érdekében különösen fontos az állami és magán, illetve az önkéntes szektor szolgáltatói között a partneri együttműködés megszilárdítása. Ennek eredményeképpen a jóléti szolgáltatások már nem csupán állami bevételekből kerülnek finanszírozásra. Közelebb viszi a felelősségi és érdekeltségi szinteket az ellátást igénylőkhöz és a gondozást végzőkhöz.

Fontos szempont továbbá, hogy azok az emberek, ill. embercsoportok, akik valamilyen okból hátrányos helyzetbe kerültek, akik az öregedéssel együtt járó problémákkal küzdenek, akik elhúzódó fizikai vagy mentális betegségekben szenvednek, szellemi fogyatékosak, ill. rokkantak, képesek legyenek a közösség által nyújtott szolgáltatások és támogatások segítségével, amennyire és ameddig csak lehetséges, függőség nélkül – akár saját erőforrásaikat is felhasználva – otthonaikban vagy egy otthon jellegű hajlékban élni.

Meghatározó szerep hárul a települési önkormányzatokra, az egészségügyi és szociális alapellátásra, a háziorvosokra, a gondozói hálózatra, a magánszféra egészségügyi vállalkozóira, valamint a civil és önkéntes szervekre, az egészségmegőrző és betegségmegelőző programokra. Fokozott figyelmet fordít a program a kisebbségek életminőségének javítására, esélyegyenlőségének érvényesülésére és a munka világába való reintegrálására.

A partneri együttműködés lehetővé teszi, hogy egy település (régió) közösen kialakított stratégiai terve összehangolt és hatékony cselekvési programmá váljon.

A partneri együttműködés modellje világosan és egyértelműen megkülönböztethető az együttműködés és hálózati munka egyéb körülhatárolt és informális folyamataitól. Az alábbi pontok szerint körvonalazhatjuk:

- a jóléti politika alakításának és megvalósításának egy formális szerkezeti kerete,
- a közös érdekek egybehangolt érvényesülése és a különböző egyenrangú partnerek célirányos elkötelezettsége,
- egy közös munkarend és egy sokoldalú cselekvési program,
- küzdelem a munkanélküliség, a szegénység és szociális kirekesztődés ellen, valamint a szociális kohézió és a társadalmi befogadás támogatása.

A program olyan jövőképet nyújt a lakosság részére, amelynek segítségével alapvetően megváltoztathatja életkörülményeit, javíthatja életminőségét és elősegíti egy jóléti társadalom emberközpontú rendszerének (hálózatának) kiépítését. Folyamatait tekintve sem nem felülről lefelé, sem nem alulról felfelé irányul, hanem horizontálisan, az egész közösséget vonja be a helyi problémák megoldásába. Megvalósításához mindenek előtt egy közösen kidolgozott stratégia terv elkészítésére, valamint az adott település lakosságának és erőforrásainak komplex szükséglet felmérése és menedzselt szemléletű irányítására, infokommunikációs rendszerének megteremtésére van szükség. A program kivitelezéséhez már eddig is több település számára elkészült a jóléti program megvalósíthatósági tanulmánya, illetve megkezdődött a program gyakorlati megvalósítása.

A program segítségével lehetőség nyílik a közösséget érintő globális hatások és folyamatok következményeinek helyi szinten történő kivédésére, a problémák megelőzésére és megoldására, legyenek azok akár szociális, egészségügyi, gazdasági, kulturális vagy környezeti jellegűek. A közösségi jóléti program politikájának eredményes megvalósítása döntően a helyi közösség keretei között rendelkezésre álló szolgáltatások és források könnyű hozzáférhetőségétől, valamint azok mennyiségétől és minőségétől függ. Egy olyan program megvalósítását biztosítja, amelynek alapján egy település vagy térség (régió) elkészítheti jóléti rendszerének közép és hosszú távú stratégiai tervét az EU csatlakozási normák és elvárások alapján.

A program megvalósításának legfontosabb lépései:

- Helyzetfeltárás és problémaelemzés
- Jövőkép kialakítása, célmeghatározás (stratégiai tervezés)
- A Tanácsadó és Koordináló Testület felállítása
- A szociális (közösségi) tervezés egyes lépéseinek, irányvonalának és szempontjainak meghatározása
- A partneri együttműködés kialakítása
- A szükségletfelmérés és a közösségi adatbázis kialakítása
- A gondozási terv és gondozási csomagok kialakítása, a közös vásárlások, fejlesztések és beruházások koordinálása
- A gondozási management felállítása, az infokommunikációs rendszer kiépítése
- A megfigyelő és ellenőrző rendszer kialakítása

A program legfőbb elemei:

- Az ember áll a jóléti tervezés és fejlesztés középpontjában.
- Az embert természeti, szociális, pszichikai és gazdasági környezetével kölcsönhatásaiban szemléli és határozza meg szükségleteit.
- A szociális jólét fejlődését nem tekinti azonosnak a gazdaság növekedésével. A gazdasági fejlődés mutató számai (GDP) ui. nem adnak felvilágosítást a lakosság életminőségéről, élet- és munkakörülményeiről.
- A jóléti rendszer fejlesztése és tervezése alrendszereit magába foglaló (integrált) komplex formában történik.
- Számos megoldás lehetséges, a választás és alkalmazásuk a helyi közösségek lehetősége és felelőssége.
- Az állampolgárok, civil szervezetek és a magánszektor minél szélesebb körű bevonása, együttműködése.
- A jóléti tervezés és a program megvalósítása a partneri együttműködés keretei között valósul meg, sokszereplős, vegyes gazdasági formákat hoznak létre.

- A szociális vagy közösségi tervezés (közösségi gondozás) az érdekelt szervezetek és szolgáltatók szektorsemleges több dimenziós hálózatának kiépítése útján kerül megvalósításra.

A program célja a jelenlegi nagy anyagi ráfordítást igénylő, korszerűtlenné vált, merev és túlcentralizált, intézményorientált egészségügyi és szociális ellátó rendszerrel szemben a helyi közösségekre alapozott integrált jóléti rendszer megteremtése, ahol a közösség maga tervezi meg, dolgozza ki és valósítja meg a szükségletek ismeretében településük jövőképét, fejlesztési programjait, gazdasági és szociális integrációjukat egészségügyi és szociális ellátási rendszerüket, központi állami és helyi források felhasználásával. Át kell ruházni a döntéshozatal felelősségét a helyi közösségekre. Elő kell segíteni, ill. javítani kell a felelősségre vonhatóságot, valamint ösztönözni, ill. támogatni kell a közösségi együttműködést. Tisztázni kell a szerepeket és a felelősséget, melyek együttesen hatnak a pénzügyi és humán erőforrások felhasználására. A program célja, hogy közelebb vigye a felelősségi és érdekeltségi szinteket az ellátottakhoz. Egészség- és szociálpolitikában a hangsúlyt tehát a közösségben élő ember sokoldalú és folyamatos egészségügyi, szociális és mentálhigiénés gondozására és támogatására kell helyezni.

Az európai normáknak is a decentralizált modell megteremtése felel meg, amely az önkormányzat és a civil szféra együttműködéséből adódó partneri társulások (együttműködések) kialakítását szorgalmazza. A múlthoz képest ugyanis rendkívüli mértékben megnőtt egy-egy település vagy régió életében a helyben hozott döntések szerepe és jelentősége.

A rendelkezésre álló források hatékony felhasználását azonban az egyes szolgáltatókat elválasztó igazgatási, jogi, finanszírozási, szakmai, szektorbeli és tradicionális határvonalak ma még nagyban hátráltatják. A közösségi gondozás együttműködési programjának alapvető feladata, hogy egy olyan új, a partnerségen nyugvó együttműködési kapcsolat rendszer jöjjön létre, amely a szolgáltatók közötti elválasztó falakat, valamint a szolgáltatások átfedéseit és az erőfeszítések megdöbbszöröződését szünteti meg. Biztosítja, hogy a gondozott és gondozó szükségleteinek kielégítéséhez átfogó, széleskörű és a részletekre is kiterjedő hatékony támogatást kapjon. A közösségi gondozás ugyanis nem más, mint a lakosság egészségügyi és

szociális szükséglete. A közös érdekeltségű együttműködés pedig úgy tekinthető, mint a célok elérésének mechanizmusa, illetve technikája.

Mindezek ismeretében a közös érdekeltségű együttműködés politikájának az alábbi három célt kell kitűznie:

- Az esélyegyenlőtlenség okait kell megszüntetni azáltal, hogy csökkentjük a rizikófaktorok és egészséget veszélyeztető kockázatok érvényesülését, és megelőzzük előfordulásukat a jövőben. Politikánk célja ebben a kategóriában a nem biztonságos munkafeltételek és lakhatási körülmények javítása, a munkanélküliség csökkentése és a szenvedélybetegségek elleni küzdelem
- Csökkenteni kell a rizikófaktorok okozta egészségkárosodásokat azáltal, hogy segítjük az embereket abban, hogy jobban meg tudjanak birkózni a kockázati tényezőkkel, amelyekkel szembesülnek, s így elkerülhessék a betegséget, amikor nehezebb körülmények közé kerülnek. (Így például a munkanélküliség okozta pszichés zavarokat.)
- Biztosítani kell, hogy az egészséggondozás kiterjesztése és minősége összhangban álljon a közösségben tapasztalható szociális problémákkal, a megbetegedések előfordulásával, kockázati tényezőivel, gyakoriságával és komplexitásával, valamint a rendelkezésre álló kapacitásokkal és erőforrásokkal. Figyelmet kell fordítani azokra a körülményekre és tényezőkre, amelyek segítségével csökkenthetjük azokat a kockázati tényezőket az egészségügyi és szociális ellátás területén, amelyek csökkentik a marginalizálódást, a kirekesztést és az esélyegyenlőséget.

Ez az a szociálpolitika, amely hosszabb távon elősegíti a közösségi kohézió megteremtését, a helyi demokrácia megszilárdulását és a lakosság szükségleteinek kielégítését. A program meghirdetése nagymértékben segítheti a civil mozgalmak helyi támogatottságát, a hatékony hálózatépítést, az emberek személyes megnyerését, illetve meggyőzését szociálpolitikai törekvéseinkhez. A program pozitív jövőképet nyújt az egyre inkább kiábrándult, elhagyatott, bizonytalanná vált emberek számára, biztosítja az önmagában bízó és önerőre támaszkodó helyi közösségek kialakítását, ahol az emberek saját kezükbe vehetik sorsuk és életvitelük irányítását, és részt vehetnek közösségük fejlesztésében.

Eddig Tiszaújvárosban, Nagykőrösön, Rákóczi falván és Vasváron kezdtük el a programot, és jutottunk el a Tanácsadó és Koordináló Testület felállításáig és a lakossági szükségletfelmérés és az adatbázis elkészítéséig. Kiszepsten és Mátészalkánm szintén folyamatban van a program megvalósítása, míg Battonyán a közeljövőben kezdjük el.

EGY TELEPÜLÉS VAGY TÉRSÉG INTEGRÁLT JÓLÉTI RENDSZERÉNEK IDŐRENDI
ÉS CSELEKVÉSI PROGRAMTERVEZETE

	I. FÉLÉV	II. FÉLÉV	III. FÉLÉV	IV. FÉLÉV
I. SZINT • A program bemutatása és széleskörű ismertetése • Közös Tanácsadó és Koordináló Testület felállítása • Helyzetfeltárás és problémaelemzés • A rendelkezésre álló források és kapacitások feltárása • A már meglévő kezdeményezések és társulások elemzése • A közreműködő testületek és szervezetek kiválasztása, szerepük és felelősségük tisztázása • A partneri együttműködés szervezése				
II. SZINT • Reprezentatív lakossági szükségletfelmérés • Az adatok számítógépes feldolgozása, értékelése • Multifunkcionális adatbázis létrehozása				

• Közös jövőkép kialakítása. Célmeghatározás (stratégiai tervezés) • A szükséges fejlesztések és prioritások közös szempontjainak meghatározása • A gondozási terv elkészítése • Az informatikai és kommunikációs hálózat tervezése, mobil hálózatok virtuális rendszerének kialakítása • Menedzsment felállítása				
III. SZINT • Az integrált, sok alrendszert magába foglaló jóléti rendszer gyakorlati tervezése (szociális, ill. közösségi tervezés) • A pénzügyi terv elkészítése • A fejlesztések, beruházások és közvásárlások közös meghatározása • E-tartalom szolgáltatások tervezése (e-közigazgatás, távoktatás, távegészségügy)				
IV. SZINT • A monitoring és ellenőrző rendszer kialakítása • Teljesítmény-indikátorok (standardok)				

meghatározása. A minőségbiztosítás feltételrendszerének kidolgozása • Oktatás és képzési programok kidolgozása stb.				
--	--	--	--	--

Hronyecz Ildikó - Mátics Katalin

A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata II.

Bevezető

Az alábbiakban olvasható tanulmány folytatása a Kapocs 2003. decemberében megjelent írásunknak.

A pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézmények működésének vizsgálatát célzó kutatást 2003-ban végezte a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Szociálpolitikai Főosztálya. A kutatást önkitöltő jellegű, kérdőíves módszerrel folytattuk. A kitöltés önkéntes volt. Az ország minden ápolást, gondozást nyújtó intézményét felkerestük (66 intézmény), amiknek 80,3%-ából, azaz 53 intézményből kaptunk értékelhető adatokat.

Előző tanulmányunkban nagyobb hangsúllyal ejtettünk szót – egyéb témák mellett – az ellátottakról és gondozásuk kereteiről, az intézményekbe történő felvételtől, az onnan való kikerülésről, a gondozottak szükségleteinek és az ellátás lehetőségeinek összefüggéséről.

A tanulmány második részében az intézményi élet körülményeit, az intézmények költségvetését, gazdálkodását, a pályázatok sikerességét, valamint a munkatársakkal kapcsolatos kérdéseket tárgyaljuk..

Az intézményi élet körülményei

A lakószobák

Az 51 válaszadó intézményben összesen 1693 lakószoba van, melyek összes alapterülete 41 735,9 m², míg a lakók száma 7417 fő. Ez alapján az egy főre jutó átlagos lakóterület 5,63 m², ami nem éri el a hatályos jogszabályban meghatározott 6 m²-t.

A fenntartók szervezeti formája szerinti bontásban a következő képet kapjuk: az önkormányzati fenntartású intézmények esetében az egy főre jutó lakóterület átlaga tart az országos átlaghoz, s legjobban a fővárosi önkormányzatok esetében közelíti meg az előírt 6 m²-t. A gazdasági alapon működő intézmények esetében az egy főre jutó átlagos lakóterület nem csupán az országos átlagot haladja meg, hanem a jogszabály által meghatározott minimumot is. Adatbázisunkban egyetlen természetes személy által fenntartott intézmény szerepel, melyben az egy főre jutó lakóterület a legmagasabb, 8,3 m².

1. sz. táblázat

Egy ellátottra jutó átlagos lakóterület a fenntartó szervezeti formája viszonylatában

A fenntartó szervezeti formája	Az 1 főre jutó lakóterület átlaga
megyei önkormányzat	5,5 m ²
települési önkormányzat	5,3 m ²
fővárosi önkormányzat	5,9 m ²
gazdasági társaság	6,6 m ²
természetes személy	8,3 m ²

Régiók szerinti bontásban az egy főre jutó lakóterület átlaga az észak-alföldi régió esetében megegyezik az országos átlaggal, azaz 5,6 m². Ehhez az értékhez közelít a közép-dunántúli és a közép-magyarországi intézmények átlaga is. A nyugat-dunántúli intézmények esetében közelít legjobban az átlag az előírt 6 m²-hez: 5,9 m². Az országos átlagtól messze elmarad a dél-dunántúli (4,6 m²), valamint a dél-alföldi intézmények átlaga (5 m²). Az észak-magyarországi intézményekben azonban az egy főre jutó lakóterület nem csupán az országos átlagnál, de az előírt lakóterület-minimumnál is nagyobb, 6,2 m².

Amennyiben nem átlagokat vizsgálunk, árnyaltabb képet kapunk arról, hogy az intézmények megfelelnek-e az adott jogszabálynak. Az alábbi, 2. sz. táblázatból kiderül, hogy az intézmények 45,1%-ában (23 intézmény) nem éri el az egy főre jutó lakóterület nagysága a 6 m²-t. Azok közül az intézmények közül, melyek nem felelnek meg az előírásnak, 17 rendelkezik ideiglenes működési engedéllyel, míg 6 intézménynek, jóllehet nem felel meg ennek a jogszabályi előírásnak, végleges a működési engedélye. (A válaszok összevetésénél 51 intézmény adatait tudtuk felhasználni.)

2. sz. táblázat

A lakóterületre vonatkozó előírásnak való megfelelés a működési engedélyek tükrében

Megfelel-e az egy főre jutó lakóterület nagysága?		Működési engedélyének típusa		Összesen
		végleges	ideiglenes	
nem	int. száma	6	17	23
	%	30	54,8	45,1
igen	int. száma	14	14	28
	%	70	45,2	54,9
Összesen	int. száma	20	31	51
	%	100	100	100

Régiók szerinti bontásban legrosszabb a helyzet a Dél-Alföldön található intézményekben, a válaszadó nyolc intézményből csupán három felel meg a jogszabályi előírásnak. Kedvezőtlen képet mutatnak a dél-dunántúli intézmények is: itt a válaszadók 66,7%-a nem felel meg az előírásnak, hat intézmény közül kettő. (Hasonló eredményt kaptunk akkor, amikor az átlagokat vizsgáltuk régióként, ám annak alapján a dél-dunántúli régió helyzete bizonyult rosszabbnak.) A legkedvezőbb képet az észak-magyarországi régió mutatja, ahol a válaszadó hét intézmény közül hatban van meg az előírt egy főre jutó 6 m². (Az észak-magyarországi intézményekben volt a

legmagasabb az egy főre jutó lakóterület átlaga, $6,2 \text{ m}^2$) Közép-Dunántúlról szintén hét intézmény válaszolt, közülük öt felel meg ennek a jogszabályi előírásnak, míg a dél-dunántúli intézmények egyharmada. Közép-Magyarországról 4 pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézménye válaszolt kérdésünkre, ezek felében éri el az egy főre jutó lakóterület a 6 m^2 -t. Nyugat-Dunántúlon szintén az adatbázisunkba került intézmények fele felel meg a vizsgált előírásnak, ami 4 intézményt jelent.

Amennyiben a fenntartók szervezeti formája szerint nézzük a lakóterület nagysága szerinti megfelelést, az adatbázisunkban szereplő egyetlen természetes személy által fenntartott intézmény, mint már említettük, megfelel az előírásnak. A gazdasági társaságok által fenntartott intézmények 60 %-ában legalább 6 m^2 -nyi lakóterület jut egy lakóra.

Az önkormányzatok által fenntartott intézmények közül a megyei önkormányzatiak és a települési önkormányzatiak közel azonos arányban (54,5%, illetve 55,6%) felelnek meg a vizsgált előírásnak. A válaszadó három fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmény közül egyben jut legalább 6 m^2 lakóterület egy lakóra.

Az egy főre jutó lakóterület szempontjából való megfelelést az intézmények megnyitásának ideje szerint is megvizsgáltuk. A legrégebben, 1933 előtt nyílt intézmények esetében az egy főre jutó lakóterület nagysága megfelel az előírtaknak. Az 1934 és 1945 között nyílt egyetlen intézmény, valamint az 1946-1960 között nyílt intézmények közel fele, 48%-a (12 intézmény) nem felel meg. Ez az arány csökken a következő évtizedekben, az ekkor nyílt intézmények 38,5%-a nem felel meg a jelenlegi jogszabálynak. Ám az 1990-től nyitott 9 intézmény esetében újra nő az arány, az intézményeknek szintén közel fele, 4 intézmény (44, 4%) nem felel meg az előírásnak.

Amennyiben az ellátottak száma alapján vizsgáljuk a megfelelést, látható, hogy legnagyobb arányban a 101-131 fő közötti lakószámmal rendelkező intézmények nem felelnek meg a vonatkozó jogszabálynak. Ez az arány 55,6%, ami 5 intézményt jelent. Érdekes látni, hogy a 100

főt, illetve ennél kevesebb lakót ellátó intézmények több mint fele megfelel a vizsgált előírásnak. A 15-53 főt ellátó intézmények esetében a legnagyobb a megfelelők aránya, 70% (7 intézmény), s ez az arány azoknak az intézményeknek az esetében fordul meg, amelyek 100 főnél többet látnak el, de 131-nél kevesebbet. Az utóbbiaknak több mint 50%-a nem felel meg az előírásnak. A 131 főnél több lakót ellátó intézmények esetében az arány 50-50%-ra változik. Az egy főre jutó lakóterületre vonatkozó előírásnak való megfelelés, bármely ellátotti létszámcsoport szerint nézzük is az intézményeket, komoly hiányosságokat mutat. Legnagyobb arányban azonban a 100 fő feletti létszámmal rendelkező intézmények esetében jelent problémát.

A hatályos jogszabály szerint egy lakószobában legfeljebb négy fő lakhat. Ennek az előírásnak a válaszadó intézmények 84,6%-a nem felel meg, 44 intézményben találunk öt-, illetve ennél több ágyas szobákat. Az összes bentlakó 67,24%-a kapott helyet ilyen lakószobában.

Összesen 1693 szobáról tudjuk, hogy hány ágyas. A szobák 38,2%-a öt- nyolcágyas, 4,9%-a kilenc-, illetve több ágyas. 18,7% a kétágyas szobák aránya, ebből 78-ban házaspárok, élettársak laknak. Összesen 28 intézményben vannak ilyen, házaspárok lakta szobák.

Annak ellenére, hogy működési engedélyük végleges, 44 intézményben találunk öt-, illetve ennél több ágyas szobákat. (Végleges működési engedéllyel rendelkezik 21 intézmény, 32-nek ideiglenes a működési engedélye.)

Amennyiben megnézzük a régiók szerinti megoszlást, láthatjuk, hogy legnagyobb arányban a Nyugat-Dunántúlon működnek olyan intézmények, melyekben van olyan lakószoba, ahol több mint 4 fő lakik. A nyolc nyugat-dunántúli intézmény mindegyikében vannak ilyen szobák. Közép-Magyarországon a legjobb az arány, itt az intézmények 50%-ában találunk öt- vagy annál több ágyas szobákat.

Az összes többi régióban 70% feletti ezen intézmények aránya.

3.sz táblázat

A szobákban lakók száma régiók szerinti megoszlásban

Régió		Van-e olyan szobája, ahol több mint 4 fő lakik?		
		nincs	van	Összesen
Közép-Magyarország	int. száma	2	2	4
	%	50	50	100
Közép-Dunántúl	int. száma	2	5	7
	%	28,6	71,4	100
Nyugat-Dunántúl	int. száma	-	8	8
	%	-	100	100
Dél-Dunántúl	int. száma	1	6	7
	%	14,3	85,7	100
Észak-Magyarország	int. száma	1	6	7
	%	14,3	85,7	100
Észak-Alföld	int. száma	1	10	11
	%	9,1	90,9	100
Dél –Alföld	int. száma	1	7	8
	%	12,5	87,5	100
Összesen	int. száma	8	44	52
	%	15,4	84,6	100

Megnéztük, hogy a fenntartók szervezeti formáját tekintve milyen azoknak az intézményeknek a megoszlása, ahol vannak négynél több fő által lakott szobák. Az adatbázisunkban szereplő egyetlen természetes személy által fenntartott intézményben nem találunk öt-, illetve annál több ágyas szobákat. A gazdasági társaságok által fenntartott intézmények 60%-ában vannak öt, illetve több ágyas szobák. A megyei, illetve települési önkormányzati fenntartójú intézmények 88,2, illetve 88,9%-ában, és mindhárom fővárosi önkormányzat által fenntartott intézményben vannak olyan szobák, melyekben több mint 4 fő lakik.

4. sz. táblázat

A szobákban lakók száma a fenntartó szervezeti formája szerint

A fenntartó szervezeti formája		Van-e olyan szobája, ahol több mint 4 fő lakik?		
		nincs	van	Összesen
megyei önkormányzat	int. száma	4	30	34
	%	11,8	88,2	100
települési önkormányzat	int. száma	1	8	9
	%	11,1	88,9	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	-	3	3
	%	-	100	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	2	3	5
	%	40	60	100
természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	1	-	1
	%	100	-	100
Összesen	int. száma	8	44	52
	%	15,4	84,6	100

Az intézmények megnyitásának éve szempontjából vizsgálva látható, hogy az 1895-1949 között nyílt intézmények mindegyikében vannak öt, illetve több ágyas szobák. Majd csökken ezeknek az intézményeknek az aránya, az 1950-1974 között nyílt intézményeknek a 86,7%-ában, az 1975-1989 között nyitottaknak 80%-ában vannak öt, illetve több ágyas szobák, de az 1990-ben, illetve ez után nyílt intézmények kétharmada sem felel meg ennek az előírásnak.

Az alábbi, 5. sz. táblázat szerint legnagyobb arányban a 186 főnél többet befogadó intézményekben találunk öt- vagy több ágyas szobákat. Az arány a 15-50 fős intézmények estében

a legalacsonyabb, de még így is 63,6% (7 intézmény). A többi csoportnál 80-90% közötti arányban találunk olyan intézményeket, melyek nem felelnek meg a jogszabályi előírásnak.

5. sz. táblázat

A szobákban lakók száma az intézmény ellátotti létszáma szerint

Ellátottak száma		Van-e olyan szobája, ahol több mint 4 fő lakik?		Összesen
		nincs	van	
15-53 között	int. száma	4	7	11
	%	36,4	63,6	100
54-100 között	int. száma	2	10	12
	%	16,7	83,3	100
101-131 között	int. száma	1	8	9
	%	11,1	88,9	100
132-185 között	int. száma	1	7	8
	%	12,5	87,5	100
186-720 között	int. száma	-	12	12
	%	-	100	100
Összesen	int. száma	8	44	52
	%	15,4	84,6	100

A működési engedély szempontjából vizsgálva azt látjuk, hogy a végleges működési engedéllyel rendelkező intézmények 80%-ában találunk olyan lakószobákat, ahol több mint 4 fő lakik (ez 16 intézményt jelent), míg az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények esetében ez az arány 87,5% (28 intézmény).

6. sz. táblázat

A lakószobákban lakók száma a működési engedély típusának tükrében

Van olyan lakószobája, ahol több mint 4 fő lakik?		Működési engedélyének típusa		Összesen
		végleges	ideiglenes	
van	int. száma	16	28	44
	%	80	87,5	84,6
nincs	int. száma	4	4	8
	%	20	12,5	15,4
Összesen	int. száma	20	32	52
	%	100	100	100

A lakószobákra vonatkozó mindkét jogszabályi előírásnak (egy főre jutó lakóterület nagysága és a lakószobákban lakók száma) összesen nyolc intézmény (15,7%) felel meg. Olyan intézmény nincs az adatbázisunkban, ahol csak az egy főre jutó lakóterület tekintetében nincs megfelelés.

Megvizsgáltuk, hogy a fenntartó szervezeti formájának tekintetében mely intézmények esetében nagyobb a jogszabályi megfelelés. Ebben az esetben 51 intézmény választ tudtuk összevetni. A 23 intézmény közül, melyek egyik előírásnak sem felelnek meg, 21 önkormányzati fenntartású, kettő pedig gazdasági társaság által fenntartott.

Legnagyobb arányban a fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmények nem felelnek meg az előírásoknak. A válaszoló három intézmény közül kettő egyiknek sem tesz eleget, egy pedig a szoba lakóinak a számát tekintve nem felel meg.

A természetes személy által fenntartott intézmény mindkét előírásnak megfelel.

A települési önkormányzatok és megyei önkormányzatok által fenntartott pszichiátriai otthonok közel azonos arányban felelnek meg, illetve nem felelnek meg az előírásoknak. A települési önkormányzatok által fenntartott intézmények között egyet találtunk, mely megfelel mindkét előírásnak, a megyei önkormányzati intézmények esetében a megfelelés 12,1%-os, ami 4 intézményt jelent. A települési önkormányzatok intézményei közül 4 (44,4%), a megyei önkormányzatok intézményei közül 15 (45,5%) a két jogszabályi előírás közül egyiknek sem felel meg.

7. sz. táblázat

A lakószobákra vonatkozó előírásoknak való megfelelés a fenntartó szervezeti formája szerint

A fenntartó szervezeti formája		m ² és a szobák lakószáma szempontjából való megfelelés			Összesen n
		Egyik előírásnak sem felel meg	Az egyik előírásnak megfelel	Mindkét előírásnak megfelel	
megyei önkormányzat	int. száma	15	14	4	33
	%	45,5	42,4	12,1	100

települési önkormányzat	int. száma	4	4	1	9
	%	44,4	44,4	11,1	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	2	1	-	3
	%	66,7	33,3	-	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	2	1	2	5
	%	40	20	40	100
természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	-	-	1	1
	%	-	-	100	100
Összesen	int. száma	23	20	8	51
	%	45,1	39,2	15,7	100

Megvizsgáltuk, milyen összefüggés van a fent vizsgált feltételeknek való megfelelés és az ellátottak száma között.

Az 53, illetve ennél kevesebb lakót ellátó intézmények esetében találunk mindkét előírásnak megfelelőeket, összesen négyet, ám arányuk 40%.

A 15-53 közötti létszámmal működő intézmények 60%-a nem felel meg a szobák lakószámával kapcsolatos előírásnak, vagy egyik vizsgált előírásnak sem.

A több mint 100 főt ellátó intézmények esetében ez az arány több mint 80%, a 185 főnél több lakót ellátó intézmények esetében a legmagasabb, 100 %. Minél több lakót látnak el tehát az intézmények, annál kevésbé tudják biztosítani a lakószobákkal kapcsolatos alapvető előírásokat.

Zuhanyozók, illemhelyek

A jogszabályok alapján tíz ellátottra legalább egy fürdőkád vagy zuhanyzó kell hogy jusson, s ez az előírás vonatkozik az illemhelyekre is.

Az intézmények válaszai alapján átlagosan 7,7 ellátottra jut egy illemhely (7392 lakóra 956 illemhely).

Ha megvizsgáljuk, hogy fenntartónként milyen az ellátottság, az alábbi, 8. sz. táblázatban látható, hogy a fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmények esetében a legrosszabb a helyzet, míg legjobb a természetes személy által fenntartott intézményben, mivel ott 3 főre jut egy illemhely.

8. sz. táblázat

Az egy illemhelyre jutó ellátottak átlaga a fenntartó szervezeti formájának tekintetében

A fenntartó szervezeti formája	Egy illemhelyre jutó ellátottak száma
megyei önkormányzat	7,4
települési önkormányzat	7,2
fővárosi önkormányzat	10,8
gazdasági társaság	7,8
természetes személy	3

Régióként vizsgálva az átlag mindenütt 10 fő alatt marad. Közép-Magyarországon a legmagasabb, 9,3, míg Észak-Magyarországon a legalacsonyabb, 6,2 fő .

Ha részletesebben, intézményenként lebontva vizsgáljuk a megfelelést, elmondható, hogy az intézmények 71,7%-a (38 intézmény) megfelel a jogszabályi előírásnak.

A fenntartók szervezeti formája szempontjából nézve legrosszabb a helyzet a fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmények esetében, mivel 50%-uk nem felel meg ennek az előírásnak. A települési önkormányzatok által fenntartott intézmények esetében 1, a gazdasági társaság által fenntartott intézmények esetében szintén 1 intézmény nem felel meg az előírásnak, ami a települési önkormányzatok esetében 11,1%-ot, a gazdasági társaságok esetében 20%-ot jelent.

Az egyetlen természetes személy által fenntartott intézmény megfelel az előírásnak.

Minden régióban magasabb, több mint 60% az előírásnak megfelelő intézmények aránya. A legtöbb olyan intézményt, amely megfelel az előírásnak, a Dél-Alföldön találjuk (87,5%, 7 intézmény), ezt követi Közép-Magyarország 80%-kal (4 intézmény). Közép-Dunántúlon, Dél-Dunántúlon, valamint Észak-Magyarországon azonos arányban találunk az előírásnak megfelelő, illetve nem megfelelő intézményeket, 71,4%, illetve 28,6%-os arányban. Az előírásnak megfelelő legkevesebb intézményt Nyugat-Dunántúlon (arányuk 37,5%), illetve Észak-Alföldön találunk (36,4%).

Az illemhelyekkel kapcsolatos jogszabályi előírásnak az ellátottak számának viszonylatában legkevésbé az 54-100 fő közötti létszámmal működő intézmények felelnek meg: a válaszadó 12 intézmény közül 6. Legnagyobb arányú a megfelelés a 15-53 főt ellátó intézményekben: 90,9%. (11 válaszadó intézmény közül 10 felel meg az előírásnak).

Amennyiben megvizsgáljuk, hogy milyen működési engedéllyel rendelkeznek az illemhely tekintetében megfelelő, illetve nem megfelelő intézmények, láthatjuk, hogy öt intézménynek végleges a működési engedélye annak ellenére, hogy nem felel meg a vonatkozó jogszabályi előírásnak. A 32 ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmény közül 22 nem felel meg ennek az előírásnak; valószínűsíthető, hogy ez is oka lehet a működési engedély ideiglenességének.

A tisztálkodás fő feltétele a zuhanyzók, kádak megfelelő száma az intézményekben. Egy intézmény válaszai híján a többi 52 intézményben lakó 7347 főre összesen 859 kád, illetve zuhanyzó jut (egész pontosan 251 kád és 608 zuhany), ami azt jelenti, hogy egy zuhanyzóra, illetve kádra átlagosan több mint nyolc főt számolhatunk.

Ha a fenntartó szervezeti formájának tükrében vizsgáljuk a jogszabályi előírásnak való megfelelést, látható, hogy minden fenntartó esetében az intézmények legalább fele eleget tesz a jogszabályi előírásoknak (9. sz. táblázat). Legnagyobb arányban az önkormányzatok által

fenntartott intézmények nem felelnek meg a jogszabálynak. Közülük is kiemelkedik a fővárosi önkormányzat által fenntartott 3 intézmény, melyek közül 2 nem tudja biztosítani a tisztálkodás előírt feltételeit.

9. sz. táblázat

A tisztálkodási feltételeknek való megfelelés a fenntartó szervezeti formájának tükrében

A fenntartó szervezeti formája		A tisztálkodási feltételeknek...		Összesen
		nem felel meg	megfelel	
megyei önkormányzat	int. száma	9	24	33
	%	27,3	72,7	100
Települési önkormányzat	int. száma	3	6	9
	%	33,3	66,7	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	2	2	4
	%	50	50	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	1	4	5
	%	20	80	100
Természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	-	1	1
	%	-	100	100
Összesen	int. száma	15	37	52
	%	28,8	71,2	100

Régióként tekintve az észak-magyarországi intézményekben legjobb a helyzet. A válaszadó hét intézmény közül hat (85,7%) felel meg teljes mértékben az előírásnak. A feltételeket a dél-dunántúli intézményekben tudják legkevésbé teljesíteni, ahol a válaszadók 50%-ának vannak hiányosságai a vizsgált területen.

10. sz. táblázat

A tisztálkodási feltételek megfelelése régiós viszonylatban

Régió	A személyi tisztálkodás feltételeinek...	Összesen
-------	--	----------

		nem felel meg	megfelel	
Közép-Magyaror szág	int. száma	1	4	5
	%	20	80	100
Közép-Dunántúl	int. száma	3	4	7
	%	42,9	57,1	100
Nyugat-Dunántú l	int. száma	2	6	8
	%	25	75	100
Dél-Dunántúl	int. száma	3	3	6
	%	50	50	100
Észak-Magyaror szág	int. száma	1	6	7
	%	14,3	85,7	100
Észak-Alföld	int. száma	3	8	11
	%	27,3	72,7	100
Dél -Alföld	int. száma	2	6	8
	%	25	75	100
Összesen	int. száma	15	37	52
	%	28,8	71,2	100

Ha az ellátottak létszámával összefüggésben vizsgáljuk a kérdést, megállapítható, hogy legnagyobb arányban az 54-100 fős intézmények nem felelnek meg a jogszabálynak. Arányuk 58,3%, ami 7 intézményt jelent. Az előírásnak 100%-osan az 54-nél kevesebb lakót ellátó intézmények felelnek meg. Azok az intézmények, melyek 100 főnél többet látnak el, 66,7-75%-os arányban felelnek meg a vizsgált előírásnak.

A működési engedélyek szempontjából nézve 4 olyan intézmény szerepel a vizsgálatban, melyek nem felelnek meg a személyi tisztálkodással kapcsolatos előírásnak, működési engedélyük mégis végleges. A 32 ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmény közül 21-ben hiányosak a személyi tisztálkodás feltételei, így valószínű, hogy ez is oka a működési engedély ideiglenességének.

Az ellátottak által igénybe vehető illemhelyek, illetve zuhanyzók, kádak számának tekintetében – mint az alábbi, 11. sz. táblázatból kiderül – a válaszadó 52 intézmény 59,6%-a megfelel mindkét követelménynek, 17,3%-a egyiknek sem, és 11,5-11,5%-uk felel meg vagy az illemhelyekre vagy a zuhanyzókra vonatkozó előírásnak.

11. sz. táblázat

			Zuhanyozó, kád		Összesen
			nem felel meg	megfelel	
WC	nem felel meg	int. száma	9	6	15
		%	17,3	11,5	28,8
	megfelel	int. száma	6	31	37
		%	11,5	59,6	71,2
Összesen		int. száma	15	37	52
		%	28,8	71,2	100

A következőkben összevetjük, hogy az eddig említett négy jogszabályi előírás közül hánynak felelnek meg a kérdőívünkre válaszoló intézmények.

A vizsgált jogszabályi követelmények:

- az egy főre jutó lakóterület nagysága
- lakók száma a szobákban
- illemhelyek megfelelő száma
- zuhanyzók/kádak megfelelő száma.

A beérkezett válaszok három intézmény esetében hiányosak voltak, így 50 intézményt tudtunk megvizsgálni ebből a szempontból. Közülük legnagyobb, 17 (34%) azok száma, amelyek a négyből három előírásnak felelnek meg.

Összesen 6 intézmény (12%) nem felel meg egyetlen vizsgált előírásnak sem, ezek mindegyike önkormányzati fenntartású. Öt olyan intézményt találtunk (10%), melyek mind a négy jogszabálynak eleget tesznek. Ezek egyike a természetes személy által fenntartott intézmény, a

további négy intézmény közül kettő gazdasági társaság, kettő megyei önkormányzat által fenntartott.

12. sz. táblázat

A jogszabályi előírásoknak való megfelelés, az intézmény fenntartója szervezeti formájának megoszlásában

Az intézmény fenntartójának szervezeti formája		A vizsgált előírások közül mennyinek felel meg					Összesen
		Egynek sem	1	2	3	4	
megyei önkormányzat	int. száma	5	4	9	12	2	32
	%	15,6	12,5	28,1	37,5	6,3	100
települési önkormányzat	int. száma	1	1	2	5	-	9
	%	11,1	11,1	22,2	55,6	-	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	-	3		-	-	3
	%	-	100		-	-	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	-	1	2	-	2	5
	%	-	20	40	-	40	100
természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	-	-	-	-	1	1
	%	-	-	-	-	100	100
Összesen	int. száma	6	9	13	17	5	50
	%	12	18	26	34	10	100

Amint a korábban ismertetett részletes adatokból is következtetni lehet, legnagyobb arányban az 53 főnél kevesebb lakót ellátó intézmények felelnek meg a vizsgált jogszabályok mindegyikének: a válaszadó kilenc intézmény közül 4, azaz 44,4%, ugyanakkor a 101-131 főt ellátó, ugyancsak kilenc válaszadó intézmény között mindössze egy ilyet találunk.

Megvizsgáltuk, hogy az intézmények érvényes működési engedélyei tükrözik-e a felmerült hiányosságokat, azaz az előírásoknak való nem megfelelés ideiglenes működési engedéllyel jár-e együtt.

A válaszadó intézmények közül 31 rendelkezik ideiglenes működési engedéllyel, közülük 30 esetben valószínűleg ebben szerepet játszanak a lakószobával, illetve a személyi tisztálkodással, illemhellyel kapcsolatos hiányosságok. Egy intézmény megfelel a négy itt vizsgált előírásnak, tehát esetében más problémák eredményezik az ideiglenes működési engedélyt.

Érdekes ellentmondást találtunk a határozatlan idejű (azaz nem ideiglenes) működési engedéllyel rendelkező intézményeknél. A válaszadók között 19 intézmény szerepel, melyeknek működési engedélye nem ideiglenes, ám közülük csupán négy felel meg az általunk vizsgált jogszabályoknak. A további 15 intézmény esetében találtunk legalább egy hiányosságot, ám ez esetükben mégsem eredményezett ideiglenes működési engedélyt.

A hat intézmény közül, melyek nem felelnek meg egyik itt vizsgált előírásnak sem, egynek nem ideiglenes a működési engedélye.

13. sz. táblázat

A vizsgált előírásoknak való megfelelés a működési engedélyek típusának megoszlásában

Működési engedélye ideiglenes?		A vizsgált előírások közül mennyinek felel meg?					Összesen
		Egynek sem	1	2	3	4	
nem	int. száma	1	3	5	6	4	19
	%	5,3	15,8	26,3	31,6	21,1	100
igen	int. száma	5	6	8	11	1	31
	%	16,1	19,4	25,8	35,5	3,2	100
Összesen	int. száma	6	9	13	17	5	50
	%	12	18	26	34	10	100

Közösségi együttlétre, tevékenységre szolgáló helyiségek

Közösségi együttlétre, tevékenységre szolgáló helyiség minden intézményben van, ám a jogszabályi előírás alapján minden gondozási egység számára fenn kell tartani ilyen jellegű helyiséget. Ennek a követelménynek a válaszadó intézmények 16%-a nem felelt meg, ami ebben az esetben nyolc intézményt jelent.

Közösségi együttlétre, tevékenységre szolgáló helyiségek az alábbiak:

- társalgó
- foglalkoztató
- könyvtár
- kápolna, imaterem

14. sz. táblázat

Rendelkezik-e az intézmény az alábbi helyiségekkel?

	igen		Nem	
	int. száma	%	int. száma	%
társalgó	43	81,1	10	18,9
foglalkoztató	41	77,4	12	22,6
könyvtár	14	26,4	39	73,6
kápolna, imaterem	6	11,3	47	88,7

Egészségügyi ellátás

A intézménynek biztosítania kell az egészségügyi ellátást, emellett rendelkeznie kell az egészségügyi ellátás céljára szolgáló helyiséggel (pl. orvosi szoba, betegszoba).

Három intézmény (5,7%) nem rendelkezik sem orvosi szobával, sem betegszobával. Az intézmények 64,2%-ában (34 intézmény) orvosi és betegszobát is, 16 intézményben (30, 2%) pedig csak orvosi szobát találunk. Öt intézményben fizioterápiás helyiséget is fenntartanak.

Mentális gondozásra szolgáló helyiség 28 intézményben (52, 8%) van.

Látogatók fogadása

A jogszabály szerint az ellátást igénybe vevőknek joguk van családi kapcsolataik fenntartására, rokonok, látogatók fogadására, s az intézménynek biztosítani kell látogatók fogadására alkalmas helyiséget. A látogatás rendjét a házirendben szabályozhatja az intézményvezető.

A lakóknak minden válaszadó intézményben van lehetőségük látogatók fogadására. A látogatás idejét és módját 98,1%-uknál szabályozza a házirend. Az intézmények 20,8%-ában (11 intézmény) van olyan helyiség, mely kizárólag látogatók fogadására szolgál, 15,1%-ukban (8 intézmény) e célra vendégszobát tartanak fenn, 3,8%-ukban (2 intézmény) mindkettő található.

Készpénz kezelése

Az intézmények 94,3%-ában (50 intézmény) tarthatnak maguknál a lakók készpénzt.

Többségükben nem határozzák meg ennek összegét, de négy intézmény megszabja a felső összeghatárt, ez 1000 Ft-tól 28 000 Ft-ig terjed.

Az intézmények 92,5%-a nyújt a lakóknak pénzmegőrzési, értékmegőrzési szolgáltatást.

Az intézmény területén működő szolgáltatások

Kíváncsiak voltunk, hogy az intézmények milyen egyéb szolgáltatásokat nyújtanak, melyek a komfortot, s egyúttal a lakók önállóságát is növelik, miután külön szervezés nélkül vehetők igénybe.

A leggyakoribb ilyen jellegű szolgáltatások a szabadidő eltöltéséhez kapcsolódnak, pl. társasjátékok, sporteszközök biztosítása, könyvtár, tornaterem. A jó megjelenés eléréséhez kapcsolódó szolgáltatások közül (ezek már piaci alapon működnek!) a leggyakoribb a fodrászat. Ennek a szolgáltatásnak 42 intézmény ad teret, emellett kisebb arányban fordul elő a pedikűr (21 intézmény) és a manikűr (11 intézmény). Piaci alapon működnek a lakók további igényeit kielégítő szolgáltatások: büfé, étel- vagy italautomata. Ez utóbbiak biztosítása nyújthat leginkább önállóságérzetet a lakóknak, hiszen maguk választhatnak a kínálatból, a rendelkezésükre álló pénzösszeg alapján mérlegelve.

A rokonokkal, ismerősökkel stb. való kapcsolattartást biztosíthatja az intézményekben a nyilvános telefon(fülke), a postaláda. Nyilvános telefon 29 intézményben működik, postaláda 20 intézmény területén található.

15. sz. táblázat

Az intézmények által nyújtott szolgáltatások előfordulási gyakorisága

Nyújtanak-e szolgáltatást?	igen		nem	
	int. száma	%	int. száma	%
szórakoztató eszközök	50	94,3	3	5,7
könyvtár	22	41,5	31	58,5
tornaterem	17	32,1	36	67,9
fodrász	42	79,2	11	20,8
pedikűr	21	39,6	32	60,4
manikűr	11	20,8	42	79,2
büfé	32	60,4	21	39,6
étel- italautomata	14	26,4	39	73,6
nyilvános telefonfülke	29	54,7	24	45,3
postaláda	20	37,7	33	62,3

Az intézmény költségvetése

A normatív állami hozzájárulást azok az önkormányzatok vehetik igénybe, melyek a szociális törvényben szabályozott módon tartanak fenn pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonát, és rendelkeznek a 188/1999. kormányrendelet szerinti működési engedéllyel. Ez a támogatás azonos feltételek mellett a nem állami, egyházi intézmények fenntartóit is megilleti, azonos jogcímen.

Megvizsgáltuk, hogy az adatbázisunkban szereplő intézmények 2002. évi költségvetésében milyen szerepet játszott az állami normatíva, hiszen a feltételek teljesültével minden intézmény jogosult rá, igénybe veheti.

Az intézmények közül 52 válaszolt arra a kérdésre, hány százalékát kapta meg a 2002. évben a neki járó állami normatívának. Egy intézmény nem tudta megmondani az összegét, azzal indokolván, hogy a fenntartóhoz érkezik a pénz. Az intézmények 75%-a (39 intézmény) válaszolta, hogy a normatíva 100%-át megkapták. Kilenc intézmény (17,3%) nem kapta meg a neki járó normatíva teljes összegét, 4 intézmény pedig többet kapott.

A fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmények kivétel nélkül hiánytalanul megkapták a nekik járó állami normatívát. A természetes személy által fenntartott intézmény szintén. A települési önkormányzatok intézményei és a gazdasági társaság által fenntartott intézmények közül egy-egy nem részesült a normatíva teljes összegében. Legnagyobb arányban a megyei önkormányzatok intézményei nem jutottak hozzá a normatíva teljes összegéhez, 21,2%-uk, 7 intézmény. Azonban az ő esetükben fordult elő az is, hogy az állami normatíva nekik járó összegénél többet kaptak.

16. sz. táblázat

A normatíva hány %-át kapta meg az intézmény a fenntartó szervezeti formája szerint

A fenntartó szervezeti formája		A normatíva hány %-át kapta meg?			Összesen
		kevesebb mint 100%-át	100%-át	több mint 100%-át	
megyei önkormányzat	int. száma	7	22	4	33
	%	21,2	66,7	12,1	100
települési önkormányzat	int. száma	1	8	-	9
	%	11,1	88,9	-	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	-	4	-	4
	%	-	100	-	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	1	4	-	5
	%	20	80	-	100
természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	-	1	-	1
	%	-	100	-	100

Összesen	int. száma	9	39	4	52
	%	17,3	75,0	7,7	100

Legnagyobb arányban azok az intézmények kaptak kevesebbet a normatíva 100%-ánál, melyeknek több mint 186 ellátottjuk van. További öt intézmény, melyek szintén nem kapták meg a normatíva 100%-át, ellátottjainak száma kevesebb mint 132 fő. Azok az intézmények, melyek 132-185 közötti számban látnak el pszichiátriai betegeket, kivétel nélkül azt válaszolták, hogy a nekik járó normatíva 100%-át megkapták.

Amikor arra kértük az intézményeket, becsüljék meg, hogy a 2002. költségvetési évben bevételeik milyen tételekből álltak, és milyen arányban szerepeltek ezek a tételek, a válaszadók 11,3%-a (hat intézmény) nem tüntette fel az állami normatívát, holott megyei önkormányzat által fenntartottak. Ezek az intézmények, úgy tűnik, nincsenek tisztában azzal, hogy a költségvetési törvény az intézményt fenntartó önkormányzatok számára biztosított hozzájárulása – bár valóban a fenntartón keresztül jut el hozzájuk – ténylegesen állami hozzájárulás. Alátámasztja észrevételünket az intézmények további adatközlése, melyből kiderül, hogy bevételeik forrása között az önkormányzati támogatás nagy arányban jelenik meg, az állami normatíva (vélt) hiánya mellett. A további adatok ennek ismeretében kezelendők.

Talán nem meglepő, hogy az intézmények bevételeinek legnagyobb részét – az intézmények becslése alapján átlagosan 46,9%-át – az állami normatíva teszi ki.. Ezt követik a térítési díjak, átlag 27,5 %-kal, és az önkormányzati támogatás 18,3%-kal. A bevétel többi tétele – vállalkozás, saját alapítványból származó bevétel, adományok – egyenként 1-2%-ot tesz ki. A pályázatokból származó bevétel becslés alapján kicsit magasabb, átlagosan kb. a bevételek 4,1 %-a.

A pontos adatok vizsgálata nyomán kiderül, hogy az intézmények bevételeinek több mint felét, 52,7%-át teszi ki az állami normatíva. Pontos adatokat 46 intézmény esetében tudtunk vizsgálni (a többiek megfelelő válaszainak híján). Az összesített adatokból kapott aránynál kissé magasabb arányban a megyei és a települési önkormányzatok esetében szerepel a normatíva a bevételi oldalon (57,9, illetve 54,3%). A gazdasági társaságok és a természetes személy által fenntartott

intézmények esetében kevesebb mint 50% (46,7, illetve 44,3%). Ám a legalacsonyabb a fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmények esetében: 37,5%.

Gyógyszerköltségek

A 2002. évben 50 válaszadó intézmény adatai alapján összesen 224 959 485 Ft-ot költöttek gyógyszerekre. Az egy főre jutó gyógyszerköltség átlagosan 32 014 Ft-volt.

49 intézmény esetében tudtuk megvizsgálni, hogy a 2002. évben felhasznált gyógyszerek összköltsége hány %-a volt az intézmény bevételének. A kapott adatok 0,37%-tól 15,19%-ig terjednek. Kilenc intézményben (a válaszadók 18,4%-a) ez az arány kevesebb mint 1%. 38 intézmény (77,6%) válaszolta, hogy a gyógyszerköltség az évi bevétel több mint egy, de kevesebb mint 5%-a, és két intézményben (4,1%) volt magasabb ez az arány 5%-nál.

Belépési és térítési díj, emelt szintű részlegek

A vizsgálatunkban szereplő pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézmények egyikében sincs belépési díj.

Emelt szintű részlegről négy intézmény számolt be, ami a vizsgált intézmények 7,5%-át teszi ki. Ezek közül egy intézmény Közép-Dunántúlon működik 4 fővel, egy Észak-Alföldön 14 fővel, két intézmény Dél-Alföldön, az egyik 21 fővel, a másiktól nincsenek információink.

A térítési díjnak az intézmények 2002. évi bevételében megjelenő aránya változó, 13% és 66% között mozog. Az intézmények 64,2%-ában (34 intézmény) a térítési díj a bevétel 20-30%-át tette ki.

17. sz. táblázat

A térítési díj a 2002. költségvetési év bevételének hány %-át teszi ki?

	int. száma	%
13-20%	8	15,1

21-30%	34	64,2
31-40%	8	15,1
több mint 40%	3	5,7
Összesen	53	100

Megvizsgáltuk, hogy fenntartónként milyen eltéréseket mutat ez az arány. Majdnem minden fenntartónál jellemzően 20-30% közötti a térítési díj aránya a bevételben, kivételt képeznek a gazdasági társaság által fenntartott intézmények: az 5 ilyen intézmény közül kettőben ez az arány túllépi a 40%-ot. Ebbe a több mint 40%-os csoportba az adatbázisunkban egyetlen települési önkormányzat által fenntartott intézmény tartozik.

Azok az intézmények, melyeknek térítési díjából származó bevétele kevesebb mint 20%, kivétel nélkül önkormányzati fenntartásúak.

18. sz. táblázat

A térítési díj aránya a 2002. költségvetési év bevételeiben az intézmény fenntartóinak szervezeti formája szerinti megoszlásban

Az intézmény fenntartójának szervezeti formája		A térítési díj hány százalékát teszi ki a 2002. évi bevételeknek?				Összesen
		13-20%	21-30%	31-40%	több mint 40%	
megyei önkormányzat	int. száma	5	25	4	-	34
	%	14,7	73,5	11,8	-	100
települési önkormányzat	int. száma	1	5	2	1	9
	%	11,1	55,6	22,2	11,1	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	2	1	1	-	4
	%	50	25	25	-	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	-	2	1	2	5
	%	-	40	20	40	100
természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	-	1	-	-	1
	%	-	100	-	-	100
Összesen	int. száma	8	34	8	3	53

	%	15,1	64,2	15,1	5,7	100
--	---	------	------	------	-----	-----

Az intézményi térítési díj legalacsonyabb összege 23 200 Ft, a legmagasabb 91 000 Ft.

Fenntartók szerint csoportosítva az intézmények térítési díjait (19. sz. tábla), látható, hogy azok az intézmények, ahol több mint 40 ezer Ft ez az összeg, a természetes személy által fenntartott intézmény, a gazdasági társaság által fenntartott intézmények 50%-a és egyetlen települési önkormányzat fenntartotta intézmény. Az önkormányzatok által fenntartott intézményeknél legjellemzőbb a 25 100-30 000 Ft közti kategória.

19. sz. táblázat

Az intézményi térítési díj összege a fenntartók szervezeti formája szerint csoportosítva

A fenntartó szervezeti formája		A térítési díj összege					Összesen
		23200-25000	25100-30000	30100-35000	35100-40000	40000 fölött	
megyei önkormányzat	int. száma	7	15	8	2	-	32
	%	21,88	46,88	25	6	-	100
települési önkormányzat	int. száma	2	4	1	1	1	9
	%	22,2	44,4	11,1	11,1	11,1	100
fővárosi önkormányzat	int. száma	2	2	-	-	-	4
	%	50	50	-	-	-	100
gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	int. száma	-	1	-	1	2	4
	%	-	25	-	25	50	100
természetes személy (szociális vállalkozó)	int. száma	-	-	-	-	1	1
	%	-	-	-	-	100	100
Összesen	int. száma	11	22	9	4	4	50
	%	22	44	18	8	8	100

Kíváncsiak voltunk arra, hogy mennyire voltak elégedettek az intézmények a 2002. évben rendelkezésükre álló pénzüsszeggel. Az intézmények 34,6%-a elégedett volt, kicsit nagyobb, 40,4%-a elégedetlen. Legalacsonyabb, 25% azoknak az aránya, akik nem voltak kifejezetten elégedettek, de elégedetlenek sem.

Pályázatok

Amint már szó volt róla, az intézmények 2002. évi költségvetésében a bevételek kis hányadát tették ki a pályázati pénzek. 21 intézmény tüntette fel bevételi forrásai között (annak ellenére, hogy a későbbiekben kiderül: az intézmények több mint felének volt sikeres pályázata a 2002. évben). 18 intézményben a pályázatokon nyert összeg az éves bevétel kevesebb mint 10%-át tette ki, 3 intézményben több mint 10%-át, de 17%-nál egy esetben sem magasabb az aránya.

A pályázatokra vonatkozó további kérdésekből kiderül, hogy az 53 intézményből 12 (22,64%) nem pályázott a 2002. évben. 41 intézmény (77,4%) nyújtott be pályázatot valamilyen szervezethez, összesen 122 db-ot.

Régióként vizsgálva legnagyobb arányban a közép-dunántúli és a nyugat-dunántúli intézmények pályáztak: az adatbázisunkban szereplő intézmények mindegyike. Legkisebb, 50%-os arányban a dél-alföldi intézmények nyújtottak be pályázatot.

20. sz. táblázat

A 2002. évben pályázatot benyújtó intézmények régióként

Régió		A 2002. évben pályázott-e?		Összesen
		nem	igen	
Közép-Magyarország	int. száma	2	3	5
	%	40	60	100
Közép-Dunántúl	int. száma	-	7	7
	%	-	100	100
Nyugat-Dunántúl	int. száma	-	8	8
	%	-	100	100
Dél-Dunántúl	int. száma	2	5	7
	%	28,6	71,4	100

Észak-Magyarország	int. száma	1	6	7
	%	14,3	85,7	100
Észak-Alföld	int. száma	3	8	11
	%	27,3	72,7	100
Dél -Alföld	int. száma	4	4	8
	%	50	50	100
Összesen	int. száma	12	41	53
	%	22,6	77,4	100

A pályázó intézmények 78%-ának volt sikeres pályázata, ami 32 intézményt jelent. A pályázatok közül 80 volt sikeres, ami az összes pályázat 65,6%-át teszi ki. (7 intézmény 8 pályázatának elbírálása a megkérdezés időpontjában még folyamatban volt.) A pályázatok közel felét (60 db-ot) az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumhoz nyújtották be. Ezeknek megközelítőleg kétharmada volt sikeres (41 db).

Régiók szerinti összehasonlításban elmondható, hogy az intézményeknek több mint fele valamennyi régió esetében sikeresen pályázott. Arányaiban legsikeresebbek a közép-magyarországiak, a pályázó három intézmény mindegyike nyert pályázatot. Ezt követik az észak-alföldi intézmények, 87,5%-uk pályázott sikeresen (a nyolc pályázó intézmény közül hétnek volt sikeres pályázata), és az észak-magyarországiak, 83,3%-kal (itt a pályázó 5 intézmény közül egy volt sikertelen). A közép-dunántúli és a nyugat-dunántúli régióból valamennyi kérdőívet kitöltő intézmény pályázott, a nyertes intézmények aránya azonban alacsonyabb, ha összevetjük más régiók sikeresen pályázó intézményeivel. A közép-dunántúliak esetében a legalacsonyabb, 57,1%, míg a nyugat-dunántúliaknál 75%.

A sikeres pályázat sajnos nem minden. Gyakran előfordul, hogy az intézmények a pályázott összegnek csak törtrészét nyerik meg, ami nem elegendő a pályázat célzott programjára. Megvizsgáltuk, hogy a sikeresen pályázó intézmények a pályázat témájának megvalósításához szükséges összegnek hány százalékát kapták meg. A sikeres 80 pályázat közül 51, azaz a 63,7% esetében a teljes összeget megítélték.

A hiányos válaszok miatt a 33 sikeresen pályázó intézmény közül csak 32 esetében tudjuk megmondani, hogy hány százalékát kapta a megpályázott összegnek. Összesen 10 intézmény kapta meg a pályázott összegek 100%-át. 15 intézmény a pályázott összeg több mint 50 %-át (de kevesebb mint 100%-át) kapta meg, míg 7 intézmény kevesebb mint 50 %-át kapta meg a pályázott összegeknek.

Megvizsgáltuk, hogy régióként mennyi összeget pályáztak az intézmények, és mennyit kaptak meg ebből. A 41 pályázatot benyújtó intézmény közül 5 esetében nem kaptunk használható választ, ezért az alábbi, 21. sz. táblázat adatai 36 pályázatot benyújtó intézményre, valamint 32 sikeresen pályázó intézményre vonatkoznak.

Országos adatokra kevésbé tudunk következtetni, de a nagyságrendek sokat elárulnak. A 36 intézmény összesen 1 292 868 444 Ft összegre pályázott, melynek kevesebb mint felét, 48,9%-át kapták meg, ami 632 546 540 Ft-ot jelent. Összességében és átlagosan is a legtöbb pénzre a közép-magyarországi intézmények pályáztak, ám a pályázott összeg 3,2%-át nyerték meg. A legsikeresebbnek az észak-alföldi intézmények tekinthetők, az általuk megpályázott összeg a második legmagasabb, átlagát tekintve is, ám ők a pályázott összeg 94%-át megkapták, így a pályázatok által elnyert összeg, s annak átlaga is náluk a legmagasabb. A pályázott összeg kevesebb mint 50 %-át a már említett közép-magyarországi intézmények, a dél-alföldi és a nyugat-dunántúli intézmények nyerték, az összes többi régióban a nyertes pályázatok a pályázott összeg több mint 50%-át megkapták.

21. sz. táblázat

Pályázott és elnyert összeg régiók szerint

Régió	Pályázott összegek (Ft)	Átlag (Ft)	Elnyert összeg (Ft)	Átlag (Ft)	A pályázott összeg és az elnyert összeg aránya (%)
Közép-Magyarország	531 638 600	265 819 300	17 230 000	8 615 000	3,2
Közép-Dunántúl	82 436 030	13 739 338	57 931 000	11 586 200	70,3

Nyugat-Dunántúl	86 055 000	14 342 500	40 188 000	6 698 000	46,7
Dél-Dunántúl	30 654 000	6 130 800	21 000 000	5 250 000	68,5
Észak-Magyarország	29 851 000	5 970 200	17 920 000	3 584 000	60
Észak-Alföld	501 785 274	62 723 159	471 953 000	58 994 125	94
Dél Alföld	30 448 540	7 612 135	6 324 540	2 108 180	20,8
Összesen	1 292 868 444	35 913 012	632 546 540	19 767 079	48,9

A fenntartó szervezeti formáját tekintve a gazdasági társaság által fenntartott intézmények nyerték meg a pályázott összeg legnagyobb, pontosan 96,1%-át. A megyei és a települési önkormányzatok által fenntartott intézmények közel azonos arányban nyerték meg a megpályázott összeget (58,8%-át, illetve 53,4%-át). Legalacsonyabb, 5,2%-os az arány a fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmények estében. Igaz, ezeknél volt a legmagasabb a pályázott összeg, összességében és átlagát tekintve is, és az intézményenként jutó összeg átlaga a második legnagyobb, több mint 10 millió Ft. Ennél csak a gazdasági társaságok által fenntartott intézményekre jutó összeg magasabb, meghaladja a 100 millió Ft-ot is.

A legtöbb pályázatot a tárgyi feltételek javítására nyújtották be: az összes pályázat 22,1%-át, összesen 17 intézmény, a pályázatot benyújtó intézmények 41,5 %-a. Kicsivel kevesebb, 20,5%-a a pályázatoknak lakóotthonokra vonatkozott, összesen 16 intézmény (39,02%) nyújtott be ilyen témájú pályázatot. Ezt követi a foglalkoztatás, 11,4%-kal, 11 intézmény (26,8%) pályázati témája volt. A legalacsonyabb a szakmai minimum-feltételek megteremtését célzó pályázatok száma, összesen 3, amit két intézmény nyújtott be.

22. sz. táblázat

A pályázatok témáinak gyakorisága és az adott témában pályázó intézmények száma

	Pályázatok száma	A pályázatok aránya %	A pályázó intézmények aránya %
foglalkoztatás	14	11,4	26,8
lakóotthon	25	20,5	39,02

továbbképzés	13	10,7	14,6
szakmai rendezvény	13	10,7	24,4
szabadidős program	10	8,2	19,5
modellkísérlet	7	5,7	17,1
tárgyi feltételek	27	22,1	41,5
szakmai min. felt. megteremtése.	3	2,5	4,9
ellátás feladatkörének bővítése	10	8,2	19,5
Összesen	122	100	-

A sikeres pályázatok legnagyobb, 92,31%-os arányban a továbbképzést célzó pályázatok közül kerültek ki. Ezt követik a modellkísérlet-programra irányuló pályázatok, 85,7%-a volt sikeres. Arányaiban a legkevésbé sikeresnek mondható pályázatok a foglalkoztatást célzók voltak, 57, 43%-uk lett nyertes pályázat.

A 2002. év folyamán végzett intézményi ellenőrzések

A válaszoló intézmények közül 47-ről tudjuk, hogy 2002. folyamán ellenőrizték működésüket, ami országosan összesen 188 ellenőrzést jelentett. Az ellenőrzések száma 1 és 9 között oszlott meg intézményenként. Az országos adatokat tekintve egy intézményre átlagosan négy ellenőrzés jutott. Ezt meghaladó átlagot találtunk Közép-Dunántúlon és Észak-Magyarországon. Mindkét esetben 5,5 ellenőrzés jutott egy intézményre. Országos átlagot jelentősebben alul múló ellenőrzési átlagot Dél-Alföldön találtunk, itt egy intézményre 2,8 ellenőrzés jutott átlagosan.

23. sz. táblázat

Az ellenőrzések száma, egy intézményre jutó ellenőrzések száma regionális viszonylatban

Közép-Magyarország	Ellenőrzések száma	19
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	3, 8

Közép-Dunántúli	Ellenőrzések száma	33
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	5, 5
Nyugat-Dunántúli	Ellenőrzések száma	24
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	3
Dél-Dunántúli	Ellenőrzések száma	27
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	3, 9
Észak-Magyarország	Ellenőrzések száma	33
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	5, 5
Észak-Alföld	Ellenőrzések száma	38
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	3,45
Dél -Alföld	Ellenőrzések száma	14
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	2,8
Országos átlag	Válaszadó intézmények száma összesen	47
	Ellenőrzések száma	188
	Egy intézményre jutó ellenőrzés	4

Településtípusok viszonylatában a városokban helyet foglaló intézményekben volt legmagasabb az ellenőrzések száma. A többi települési forma esetében jelentősnek mondható eltérést nem találtunk.

Az intézmények férőhelyszámát tekintve a "kis" (15-85 férőhelyes) és "közepes" (86-146 férőhelyes) intézményekben közel azonos számú ellenőrzés történt. A "nagy" (141-720 férőhelyes) intézményekben közelítően egy ellenőrzéssel többet tartottak, amit nem tekinthetünk kiemelkedően nagy eltérésnek.

24. sz. táblázat

Hány alkalommal ellenőrizték az intézményt 2002-ben?

		Egy intézményre jutó ellenőrzések száma átlagosan
15-85 férőhelyes intézmények	Egy intézményre jutó ellenőrzések átlaga	3,78
	Összes ellenőrzés száma	53
86-140 férőhelyes intézmények	Egy intézményre jutó ellenőrzések átlaga	3,4
	Összes ellenőrzés száma	51
141-720 férőhelyes intézmények	Egy intézményre jutó ellenőrzések átlaga	4,8
	Összes ellenőrzés száma	77
Országos adatok	Válaszadó intézmények száma	45
	Egy intézményre jutó ellenőrzések átlaga	4
	Összes ellenőrzés száma	181

Az ellenőrzések számosságát érdemes a működési engedélyek tekintetében is megvizsgálni. Ezt az a feltételezés indokolja, hogy azok az intézmények, amelyek ideiglenes működési engedéllyel rendelkeznek, valamilyen szabálytalanságot mutatnak, a hatályos rendeletnek nem felelnek meg, így indokolt a gyakoribb ellenőrzés. Az ellenőrzésekre vonatkozóan kérdéseinkre 47 intézmény válaszolt. Egy kivételével minden végleges működési engedéllyel rendelkező intézménytől kaptunk erre a kérdéskörre vonatkozó válaszokat, míg az ideiglenessel rendelkezők közül csak az intézmények 84,3%-a válaszolt. A működési engedély típusa adataink szerint nem befolyásolja az ellenőrzések számát. Sőt, a statisztika szerint a végleges működési engedéllyel bíró intézményekben átlagosan eggyel több ellenőrzést végeztek 2002-ben.

25. sz. táblázat

Az ellenőrzések száma és aránya a működési engedélyek típusának viszonylatában

			Intézmények megoszlása működési engedélyük szerint
Végleges működési engedély	Intézmények száma	20	21
	Ellenőrzések száma	91	-
	Egy intézményre jutó ellenőrzések száma	4, 55	-
Ideiglenes működési engedély	Intézmények száma	27	32
	Ellenőrzések száma	97	-
	Egy intézményre jutó ellenőrzések száma	3, 59	-
Országos adatok	Intézmények száma	47	53
	Ellenőrzések száma	188	-
	Egy intézményre jutó ellenőrzések száma	4	-

Munkatársak, személyzeti kérdések

Intézményvezetők

A válaszoló intézmények 90,5%-a (48 intézmény) az intézményvezető végzettségét tekintve megfelel a jogszabály előírásának, s szakirányú szakképzettséggel rendelkező szakember tölti be a pozíciót, 3 esetben, az intézmények 5,7%-ában az intézményvezetőnek nincs szakirányú szakképzettsége. Más szakképesítéssel szintén 2 esetben, az intézmények 3,8%-ában dolgozik olyan intézményvezető, akinek végzettsége nem felel meg a jogszabálynak.

A hatályos rendelet szerint a bentlakást nyújtó intézményekben intézményvezető az lehet, akinek szakirányú szakképzettsége:

- felsőfokú szociális alapképzettség, orvos, teológus, pszichológus,
- felsőfokú egészségügyi vagy pedagógus végzettség mellett szociális menedzseri vagy szociális igazgatási szakirány
- Továbbá: gyógypedagógus, pszichopedagógus.

Szakirányú szakképzettség hiányában a feltétel pedagógus, jogász, felsőfokú egészségügyi végzettség.

Az intézményvezetők az alábbi végzettségekkel töltik be pozíciójukat:

26. sz. táblázat

Intézményvezetők végzettsége

	Intézményve zetők száma	%
Szakirányú szakképzettségűek:		
Orvos	3	5,66
felsőfokú eü. végzettség+szoc.menedzseri, vagy szoc. igazgatási végz.	6	11,3
felsőfokú eü+ment hig.szakképesítés	1	1,9
felsőfokú eü+közgazda	1	1,9
pedagógus+szoc. igazgatási végzettség.	1	1,9
Gyógypedagógus	6	11,3
szociális szervező	3	5,6
szociálpedagógus	1	1,9
szociálpolitikus	4	7,5
Pszichológus	1	1,9
szociális munkás	3	5,6
szociális szervező	18	34
Összesen:	48	90,5
Szakirányú szakképzettség hiányában elfogadott képesítés:		
pedagógus+humán szervező	1	1,9
felső fokú eü+pedagógus	1	1,9
Felsőfokú eü. Végzettség	1	1,9
Összesen:	3	5,7
Szakirányú szakképzettség hiányában:		
felsőfokú könyvelői tanfolyam	1	1,9
Közgazdász	1	1,9
Összesen:	2	3,8
Válaszadó intézmények vezetői összesen:	53	100

Orvosok

A vizsgált intézményekben összesen 137 orvos dolgozik. A jogszabály az orvosok kötelező óraszámát, státuszát a következőképp szabja meg: 100 férőhely alatt heti 8 óra, 100-200 közti férőhely esetén heti 12 óra, 200 férőhely felett heti 4 óra plusz 1 fő (heti 40 óra).

Megvizsgáltuk, hogy a fentiek alapján mennyire működnek szabályosan az intézmények. Az intézmények 70,6%-ában (37 intézmény) az orvosok munkaideje megfelel a rendelet előírásainak, míg 29,4%-a (16 intézmény) nem felel meg. Regionális és településtípusonkénti bontásban az adatok nem egyenletesek.

Regionális viszonylatban azt tapasztaltuk, hogy Közép-Dunántúlon legmagasabb a jogszabályi megfelelés, ami itt 100%-ot jelent. Legalacsonyabb arányú megfelelést Közép-Magyarországon (40%) és Dél-Alföldön (42,9%) találtunk.

Településtípus szerinti megoszlásban nem mutatkoznak sztereotip jellemzők, miszerint minél kisebb településen helyezkedik el az intézmény, minél periférikusabb, annál kevésbé ellátott orvossal. Településtípusonként hullámzó a megfelelés aránya. A főváros válaszadó két intézménye közül az egyik megfelel a jogszabály előírásainak, a másik nem. A megyei jogú városokban működő intézmények mindegyikében megfelelő az orvosi ellátottság. A városokban az intézmények 68,75%-a megfelel az elvárásoknak, a nagyközségekben ez az arány visszacsúszik 50%-ra, míg az annál kisebb lélekszámú településeken, azaz a községekben 75%-os a jogszabályi megfelelés.

Ha a működési engedélyek típusát és az orvosok munkaidejének jogszabályi megfelelését együtt vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy az intézmények 14%-a (7 intézmény) végleges működési engedéllyel rendelkezik, ugyanakkor a vizsgált szempontból nem felel meg az előírásnak.

27. sz. táblázat

Az orvosok munkaidejének jogszabályi megfelelése az int. férőhelyeinek vonatkozásában		Működési engedélye		összesen
		végleges	ideiglenes	
megfelel	Intézmények száma	12	24	36
	%	24	48	72
Nem felel meg	Intézmények száma	7	7	14
	%	14	14	28
összesen	Intézmények száma	19	31	50
	%	38	62	100

Az orvosok szakképzettségét tekintve legmagasabb, 52,83% a pszichiáterek aránya, míg a háziorvosoké 23,58%, a belgyógyász szakorvosoké 20,75%. Egy-egy intézmény jelezte, hogy foglalkoztat fogászt, neurológust, illetve reumatológussal.

Mivel pszichiátriai intézményeket vizsgáltunk, indokoltnak véljük, hogy a pszichiáter szakorvosokról ejtsünk néhány szót. Minden vizsgált intézményben dolgozik pszichiáter. Az intézmények 88,5%-ban (46 intézmény) egy pszichiáterrel működnek, 9,6%-ukban 2 pszichiátert foglalkoztatnak. Bár ez az adat nem kifejezetten árulkodik arról, hogy milyen alapossággal tudnak ilyen személyi feltételek mellett a gondozottakkal foglalkozni, feltételezhető, hogy a pszichiáterek száma kevés. Ennek a “kevés” kifejezésnek az érzékletesebbé tételéhez kiszámítottuk, hogy hetente hány pszichiáteri perc jut egy ellátottra. A következő eredményeket kaptuk: 0,8 perc a legalacsonyabb érték. (Ez nem tűnne hihetőnek, de 3 intézményben is ezzel az adattal találkoztunk). Az egy főre jutó percek legmagasabb értéke 14,4 perc volt. Ugyanakkor országos átlagban a pszichiátereknek egy betegre hetente 3,8 percük jut. Ezen érték alatti időmennyiség jut az intézmények 75%-ában élő ellátottakra.

Ápolók

A vonatkozó jogszabály 100 férőhelyenként 24 ápoló foglalkoztatását teszi kötelezővé.

Az ápolók létszámát tekintve az ország intézményeinek 45,1%-a (23 intézmény) megfelel, 54,9%-a (28 intézmény) nem felel meg a rendelet előírásának. Regionális bontásban találtunk olyan régiókat, ahol igen magas arányban képviseltetnek azok az intézmények, melyekben a jogszabályi megfelelés nem teljesül. Ilyen régió Észak-Alföld (80%), Közép-Magyarország (75%), Nyugat-Dunántúl (62,5%), valamint Dél-Alföld (62,5%). A fennmaradó régiókban magasabb arányban vannak jelen azok az intézmények, amelyek e tekintetben megfelelnek a jogszabály feltételeinek, mint azok, amelyek nem.

Ha településtípusonként nézzük az ápolók létszámának jogszabályi megfelelését, kissé más képet kapunk, mint az orvosok esetében. Az e kérdésre válaszoló két fővárosi intézmény egyike sem felel meg az elvárásoknak. A megyei jogú városokból is kis számú mintával rendelkezünk, de orientáló adatként láthatjuk, hogy inkább megfelelnek, mint nem. A városok esetében markánsabb eltérés mutatkozik, itt az intézmények 2/3 része nem felel meg az előírásoknak. A nagyközségek esetében az intézmények 3-e megfelel a jogszabály előírásainak, a községekben lévők több mint felel viszont nem.

Felsőfokú szakirányú végzettséggel rendelkezik az összes ápoló 3,6%-a (71 fő). Elenyésző arányban találtunk felsőfokú, de nem szakirányú végzettségű alkalmazottat (3 főt). Érettségivel és felsőfokú szakképesítéssel rendelkező ápoló 117 szerepelt, ami az ápolók 5, 97%-át teszi ki. Legmagasabb arányban (68,58%) középfokú szakirányú végzettségűek látják el az ápolói feladatokat. Viszonylag magas arányt képviselnek az ápolók között a 8 általános iskolai osztályt, illetve annál kevesebbet befejezettek (11,28%). A középfokú, nem szakirányú végzettségűek aránya 7,45%, amihez hasonló arányban dolgoznak a vizsgált intézményekben ápolói munkakörben egyéb, meg nem nevezett végzettségű munkatársak.

28. sz. táblázat

Ápolói munkakört betöltők végzettsége

	felsőfokú	Felsőfokú,	érettségi+fels	középfokú	középfokú,	8 osztályt,	egyéb	

	szakirányú végzettségűek	nem szakirányú végzettségűek	őfokú szakképesítés	szakirányú végzettségűek	nem szakirányú végzettségűek	vagy kevesebbet végeztek		összesen
Fő	71	3	117	1245	146	221	155	1958
%	3,6	0,15	5,97	63,58	7,45	11,28	7,91	100

Mentálhigiénés szakemberek

A vonatkozó jogszabály szerint 200 intézményi férőhelyig 50 férőhelyenként 1 fő, 200 férőhely felett 100 férőhelyenként 1 fő mentálhigiénés szakember foglalkoztatása kötelező. A vizsgált intézmények a mentálhigiénés szakemberek létszámát tekintve 90,6%-ban (48 intézmény) megfelelnek a jogszabály előírásának.

A mentálhigiénés munkatársakat végzettségük szerint is megvizsgáltuk. A jogszabályi megfelelést a szociális mentálhigiénés csoportvezetők, foglalkozásszervezők, szociális, mentálhigiénés munkatársak esetében néztük meg. Összesen 156 mentálhigiénés munkatárs munkaköréről és végzettségéről kaptunk együttesen információt. Adataink közt 24 mentálhigiénés csoportvezető szerepelt. Közülük 12 fő (50%) végzettsége felel meg a jogszabály előírásának, 17 fő (70,8%) végzettsége szakirányú szakképzettség hiányában elfogadott. Az esetek 25%-ában (6 intézmény) a csoportvezetői státuszt nem megfelelő végzettséggel töltik be.

Foglalkozásszervező szakember 62 volt a válaszadók között, akiknek 82,25%-a (51 fő) megfelel végzettségét tekintve a jogszabály előírásának. 11,3%-uk (7 fő) szakirányú szakképzettség hiányában elfogadott képesítéssel rendelkezik, s mindössze 6,45% (4 fő) nem felel meg az előírásoknak.

A mentálhigiénés szakemberek tekintetében 70 munkatárs adatai álltak rendelkezésünkre. Közülük 45 fő (64,28%) szakképzettsége megfelel, 11 fő (15,7%) végzettsége szakirányú szakképesítés hiányában megfelel a jogszabály előírásainak. A munkatársak 20%-a (14 fő) nem megfelelő végzettséggel tölti be státuszát.

A következő, 29. sz. táblázatban nyomon követhető, hogy vizsgált intézményeinkben mentálhigiénés munkaköröket milyen képzettséggel hányan töltik be. (Ebben a táblázatban

szerepelnek a szociális és mentálhigiénés csoportvezetők, foglalkozásszervezők és szociális, mentálhigiénés munkatársak is.)

29. sz. táblázat

Mentálhigiénés munkakört betöltők képzettsége

	Mentálhigiénés szakemberek száma	%
Pszichológus	8	5,12
szociális munkás	20	12,82
szociális szervező	12	7,69
gyógypedagógus	4	2,56
Pedagógus	22	14,1
szociálpedagógus	6	3,84
szociális asszisztens	9	5,76
mentálhigiénés asszisztens	24	15,38
művelődésszervező	2	1,28
felsőfokú egészségügyi végzettség	7	4,48
Védőnő	1	0,64
Gyógypedagógus asszisztens	23	14,74
Gyógyfoglalkoztató szakasszisztens	3	1,92
Gyógyfoglalkoztató segédasszisztens	1	0,64
Általános ápoló és szociális gondozó	3	1,92
Ápoló	8	5,12
bőrdíszműves	1	0,64
Érettségi	1	0,64
raktárkezelő	1	0,64
Összes mentálhigiénés munkatárs	156	100

Egyéb szakalkalmazottak viszonylatában a következő adatokat találtuk: gyógytornászt az intézmények 86,8%-a (46 intézmény) nem alkalmaz. Összesen 7 intézmény foglalkoztat gyógytornászt, négyüket heti 4-8 órában, hármukat pedig 30-40 órában. Fizikoterapeutát és masszőrt mindössze 2 intézményben foglalkoztatnak. Dietetikus 7 intézményben dolgozik,

közülük mindössze egy főállású, a többiek hetente 1-6 órát töltenek az intézményekben. Gyógypedagógust 9 intézményben foglalkoztatnak, közülük hatan főállású munkatársak.

Betöltetlen állás 10 intézményben (18,9%) van, összesen 48,5. A betöltetlen állások száma egytől tizennégyig terjed.

Legnagyobb arányban ápolói állások betöltetlenek, 9 intézmény jelölte, hogy üres ápolói státuszai vannak, összesen 41,5. A szakképzett személyzet még további egy intézményben nem teljes, ahol 4 fő mentálhigiénés munkatárs hiányzik.

Az állások betöltetlenségének leggyakrabban előforduló okai között minden intézmény megjelölte a szakképzett munkaerő hiányát. További okként három intézmény az alacsony munkabérekkel jelölte, egy pedig a munkavállalók szerinti rossz munkakörülmények.

Szupervízió

A szupervízió célja, hogy segítsen megőrizni és fejleszteni szakmai és személyes kompetenciánkat, munkabírástunkat és lelki stabilitásunkat. Azokon a munkaterületeken, ahol nagy szerepe van az emberekkel való foglalkozásnak, nélkülözhetetlenek ezek a jellemzők. A pszichiátria területén dolgozók esetében különösen fontos, hogy tisztában legyenek saját határaikkal, lelkileg minél jobban el tudják viselni a munkájukkal járó nehézségeket.

Vizsgálatunk eredménye szerint 27 intézményben (50,9%) szerveznek szupervíziót, 4 esetben az intézmény saját szakembere, 23-ban külső szakember bevonásával. A szupervízió gyakorisága változó: 14 intézményben (a válaszadók 53,8%-a) negyedévnél ritkábban tartanak szupervíziót. Kérdés, hogy ez mennyire hatékony. Sűrűbben mint havonta 5 intézmény (19,2%), ritkábban mint havonta, de gyakrabban mint negyedévente 3 intézmény (11,5%) szervez szupervíziót.

Érdekes eredményt kapunk, ha településtípusonként vizsgáljuk a szupervíziót szervező, illetve nem szervező intézményeket.

Adatbázisunkban két fővárosi intézmény szerepel, s mindkettőben szerveznek a dolgozók számára szupervíziót. A megyei jogú városok esetében már csak 60%-os a szupervíziót szervező intézmények aránya, s minél lejjebb vizsgálódunk a település hierarchia mentén, egyre csökken ezeknek az intézményeknek az aránya.

A kisebb települések vélhetőleg nehezebben találnak szakembert; bár a pontos okokat nem ismerjük, erre engednek következtetni a kapott eredmények.

30. sz. táblázat

Szupervíziót szervező intézmények településtípus szerinti megoszlásban

Település típusa		Szerveznek-e szupervíziót?		Összesen
		nem	Igen	
Főváros	Int száma	-	2	2
	%	-	100	100
megyei jogú város	Int száma	2	3	5
	%	40	60	100
város	Int száma	8	8	16
	%	50	50	100
nagyközség	Int száma	4	4	8
	%	50	50	100
község	Int száma	12	10	22
	%	54,5	45,5	100
Összesen	Int száma	26	27	53
	%	49,1	50,9	100

A településtípus mellett az ellátottak száma tűnik befolyásoló tényezőnek a szupervízió szervezése szempontjából. A kevesebb mint 100 főt ellátó intézményeknek kevesebb mint a fele,

míg a több mint 100 főt ellátó intézményeknek több mint fele szervez szupervíziót. Legmagasabb az arány a 186-720 fő közötti létszámú intézményeknél (75%).

A szupervízió gyakorlati eredményének tekintik az intézmények, hogy a közösség működése hatékonyabb lett (6 int.), fejlődött a konfliktusmegoldó képesség (6 int.), javult a munkavégzés minősége (5 int.), javult a kommunikáció minősége (4 int.), pozitívan változott a munkahelyi légkör (3 int.).

Érdekképviselői fórum, lakóönkormányzat, lakógyűlés

A válaszoló intézmények 94,34%-ában működik *érdekképviselői fórum*. Ez a magas arány harmonizál a vonatkozó rendelet elvárásaival, miszerint a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézménnyel intézményi jogviszonyban állók jogainak érvényesülése érdekében a fórum létrehozása kötelező. Ugyanakkor az intézmények 61,7%-ában (29 intézmény) az érdekképviselői fórum ritkábban mint félévente gyűlik össze. Természetesen előfordulhat, hogy nincsenek olyan jellegű megoldandó kérdések, amelyek miatt fórumot kellene összehívni – bár ezzel kapcsolatban lehetnek fenntartásaink. Az intézmények nem túl nagy részében, 12,76%-ában (6 intézmény) panasz esetén gyűlik össze az érdekképviselői fórum. Ez a változat meglehetősen rugalmas problémakezelési eljárásnak tűnik. Ugyanakkor ezeknek az eseteknek a felében az érdekképviselői összeülésére fél évnél ritkábban kerül sor. Arra a kérdésünkre, hogy a gondozottak milyen gyakran fordultak az érdekképviselői fórumhoz, illetve milyen gyakorisággal sikerült a felmerült problémákat orvosolni, a válaszoló intézmények 65,3%-ában, azaz 32 intézményben nem jelöltek meg felmerülő problémát a 2002-es évre. Az esetek ötödében (20,4%-ában, 10 intézményben) mindössze 1-2 panasszal fordultak az ellátottak az érdekképviselői fórumhoz, a válaszadó intézmények tizedében (10,2%, 5 intézmény) 3-5 esetben jeleztek megoldandó problémát. Összesen két olyan intézménnyel találkoztunk, ahol az adott évben 10-15 probléma került az érdekképviselői fórum elé. A felmerült problémák 3/4 részét sikerült megoldani a szakemberek véleménye szerint. Az adatok alapján felmerül tehát néhány kérdés az érdekvédelmi fórummal kapcsolatban, amelyek a későbbiekben megválaszolásra várnak. Az érdekképviselői fórum a demokratikus intézményi működés egyik biztosítója. Azt

tapasztaltuk viszont, hogy a fórum működése inkább formális, ritkán tűnik funkcionálisnak. Nem tudjuk, hogy a gondozottak mennyire tájékozottak a felől, hogy ez a fórum létezik, s hogy milyen lehetőségeket biztosít, milyen jogok érvényesítésére ad módot. Ha pedig vannak róla információik, miért nem élnek vele gyakrabban?

31. sz. táblázat

Milyen rendszerességgel ülésezik az érdekképviselői fórum?

	Intézmények száma	%
Ritkábban, mint hetente, de legalább havonta	1	2,12
Ritkábban, mint havonta, de legalább negyedévente	4	8,51
Ritkábban, mint negyedévente, de legalább félévente	11	23,4
Ritkábban, mint félévente, de legalább évente	29	61,7
Panasz esetén	6	12,76
Egyéb	2	4,25
Összesen	47	100

Az érdekképviselői fórumokon felmerülő kérdésekről, témákról mindössze 18 intézményből kaptunk választ. Leggyakoribb a házirend megszegésével kapcsolatos probléma (10eset). Négy esetben a gondozottak a dolgozók munkavégzésével kapcsolatban emelnek panaszt.

Lakóönkormányzat az intézmények közel 60%-ában, azaz 29 intézményben működik. Ezek létrehozását rendelet nem teszi kötelezővé. A lakóönkormányzatok 70%-a (21 intézmény) legalább havonta összeül, s mindössze 10%-ukban (3 intézmény) ülésezik ritkábban mint félévente. Ez az adat funkcionális szerep jelenlétéről tanúskodik az intézmények többségében.

Adataink szerint az intézmények szinte mindegyikében tartanak *lakógyűlést*: válaszadók 46%-ában, azaz 23 intézményben legalább havonta vagy ennél gyakrabban, 42%-ában (21 intézmény) havi rendszerességnél ritkábban, de legalább félévente.

32. sz. táblázat

Milyen gyakorisággal tartanak lakógyűlést?

	Intézmények száma	%
Hetente, vagy gyakrabban	3	6
Ritkábban, mint hetente, de legalább havonta	20	40
Ritkábban, mint havonta, de legalább negyedévente	11	22
Ritkábban, mint negyedévente, de legalább félévente	10	20
Ritkábban, mint félévente, de legalább évente	4	8
Egyéb	2	4
Összesen	50	100

A lakógyűlések témái lényegesen sokrétűbbek, mint a korábban említett érdekképviselői fórumokéi. Ez nyilván a funkcióbeli különbségekből adódik. A válaszadó 50 intézmény legtöbbje több témát, problémát is megjelölt. Legnagyobb arányban (25,2%) a házirend, illetve annak megszegése kerül napirendre. Ehhez kapcsolódóan szintén magas arányszámban szerepel az együttéléssel kapcsolatos problémák feltárása (20,16%). A két említett problématípus a társas viszonyokban keletkező feszültségek, a szabálykövetés témáját öleli fel. Szintén a közösségi léthez kapcsolódó, ugyanakkor nem “problémafeltáró”, hanem szervezést érintő téma a lakógyűléseken a programok megbeszélése (12,6%). Igen magas arányban, 20,16%-ban vetődik föl problémaként az élelmezés. Ez a fizikai ellátás megfelelő szintű kielégítésének hiányát jelzi.

A felmerülő panaszok kezelésének egyéb módjai is léteznek. A válaszoló intézmények 45,3%-ában működik panaszláda. Az intézményvezetőkhez fogadóóra keretében az intézmények 54,7%-ában fordulhatnak az ellátást igénybe vevők. A válaszoló intézmények közül 27-ben a fentiekén kívüli lehetőség is van a problémák jelzésére, leggyakrabban terápiás csoportfoglalkozáson vagy egyéni pszichoterápiás ülésen. Öt intézményben bármikor bárkihez fordulhatnak a gondozottak.

(Kényszer)intézkedések

Megkérdeztük, hogy *veszélyeztető állapot fellépésekor* milyen intézkedéseket milyen gyakorisággal alkalmaznak az intézményben. Pszichés nyugtatást az esetek 81,1%-ában (43 intézmény) nagyon gyakran alkalmaznak. Mindössze 4 olyan intézménnyel találkoztunk (7,6%), ahol a pszichés nyugtatás csak ritkán szerepel az eszköztárban. Farmakoterápiás eszközöket a válaszoló intézmények 52,8%-ában (28 intézmény) gyakran, 18,8%-ában (10 intézmény) nagyon gyakran, 24,6%-ában (13 intézmény) ritkán használnak. Két olyan intézmény szerepelt a válaszadók között, amelyek azt nyilatkozták, hogy egyáltalán nem használnak farmakoterápiás eszközöket veszélyeztető állapot fellépésekor. Az intézményen belüli elkülönítésre vonatkozóan a válaszadó intézmények 80%-a (36 intézmény) azt nyilatkozta, hogy ilyen módszert egyáltalán nem alkalmaznak, 15,6%-uk (7 intézmény) ritkán alkalmaz. Mindössze 2 intézményben rendszeres gyakorlat az intézményen belüli elkülönítés. A veszély elhárításának az a módja, hogy a gondozottat mozgásában korlátozzák, azaz nem engedik be bizonyos helyiségekbe, a válaszadó intézmények 61,2%-ának nem szerepel az eszköztárban (13 intézmény). Ugyanakkor 32,6%-ukban ritkán előfordul. Rendszeresen, illetve gyakran 3 intézményben alkalmazzák az előbb említett eszközt. A fizikai mozgáskorlátozás lényegesen drasztikusabb eszköze a szíjjakkal való leköötözés, illetve a hálós ágy használata. E két eszközt a válaszadó intézmények 87,8%-a, illetve 93,6%-a egyáltalán nem alkalmazza. A szíjjal való leköötözést az intézmények 12,2%-ában (6 intézmény) ritkán használják, míg a hálós ágy ritkán történő alkalmazásáról 3 intézmény nyilatkozott.

Megvizsgáltuk, hogy a veszélyeztető állapot fellépésekor a fentiekben leírt eszközök használtában van-e tendenciaszerű együttjárás. Ehhez faktoranalízist alkalmaztunk. A faktorok számításakor kihagytuk a hálós ágyra vonatkozó adatokat, mivel nagyon kevés intézményben alkalmazzák. Ezek után két faktor jött létre, amelyek az esetek 69,5%-át magyarázzák.

- Az **1.** faktorba azok az intézmények kerültek, amelyek gyakrabban használnak pszichés nyugtatást, illetve gyógyszeres terápiát. Kevéssé jellemző rájuk az enyhébb fokú fizikai kényszer, a mozgásban való korlátozás. Ugyanakkor a leginkább szélsőséges, szíjjakkal való leköötözést is ezekben az intézményekben alkalmazzák gyakrabban.
- A **2.** faktorba került intézményekben inkább a mozgásban való korlátozás a jellemző veszélyeztető állapot fellépésekor (a beteget az intézményen belül elkülönítik, nem engedik be bizonyos helyiségekbe).

33. sz. táblázat

Veszélyeztető helyzetben alkalmazott módszerek együttjárása

	1. faktor	2. faktor
pszichés nyugtatás alkalmazása	0,774367	0,195456
gyógyszeres terápia alkalmazása	0,772816	0,243087
intézményen belüli elkülönítés	0,060127	0,735397
mozgásban való korlátozás	0,069015	0,802259
a beteg lekötözése szíjakkal	0,678853	-0,2813

Az ellátottak felügyeletének megoldottságát megvizsgáltuk a fenti faktorok viszonylatában is, hiszen egy-egy módszer alkalmazása nemcsak a szemlélettől, hanem a személyi feltételektől is függhet. Ebben az összefüggésben azt találtuk, hogy az 1. faktor intézményeiben (ahol inkább választják a pszichés nyugtatást, illetve a gyógyszeres terápiát, ugyanakkor itt fordul elő a leszíjazás is) a folyamatos felügyeletet ritkán, illetve nem mindig tudják megoldani. Ugyanakkor a 2. faktorba került intézményekben (ahol inkább az elkülönítést, a mozgásban való korlátozás enyhébb formáit alkalmazzák) általában, illetve mindig megoldják a veszélyeztető állapotban lévő gondozottak felügyeletét.

34. sz. táblázat

A folyamatos felügyelet biztosítása mennyire okoz problémát?	1. faktor átlaga	2. faktor átlaga
soha nem tudják kielégítően megoldani	-0,12382	-0,41771
ritkán tudják megoldani	0,57274	-0,09196
nem mindig tudják megoldani	0,16148	-0,16488
általában megoldják	-0,08053	0,34760

mindig meg tudják oldani	0,02661	0,11542
--------------------------	---------	----------------

Szexualitás

Feltettünk néhány olyan kérdést, amelyek a szexualitással és a fogamzásgátlással kapcsolatosak.

Adataink szerint a válaszoló intézményekben nem fordult elő abortusz. Fogamzásgátlással kapcsolatos felvilágosítást 33 intézményben (68,8%-ban) végeznek. Az esetek többségében nincs lehetőség óvszervásárlásra, s ennél is kevesebb intézményben biztosítanak ingyenes óvszert. Nagyobb arányban bevált szokásnak tűnik, hogy ingyenesen juttatják az ellátottakat fogamzásgátló tablettához (intézmények 25%-a), illetve felírják a fogamzásgátlót (intézmények 62,5%-a). Gyakran, az intézmények 52,1%-ában biztosítják védőhurok felhelyezését.

35. sz. táblázat

A fogamzásgátlás intézmény által biztosított lehetőségei

	biztosítja	
	Intézmények száma	%
felvilágosítás (fogamzásgátlási módszer)	33	68,8
óvszervásárlási lehetőség	6	12,8
ingyenes óvszer biztosítása	2	4,2
ingyenes fogamzásgátló tabletta	12	25
fogamzásgátló tabletta felírása igény szerint	30	62,5
esemény utáni ingyenes tabletta	-	-
esemény utáni tabletta felírása igény szerint	3	6,3
védőhurok felhelyezése	25	52,1
sterilizáció	3	6,3
egyéb módszerek	3	6,8

A szexuális élet folytatásához természetesen hozzátartozik kulturált feltételeinek megteremtése. Egyik ilyen intézményi lehetőség az intimszoba biztosítása.

Intimszoba 23 (43,4%) intézményben található, 21 intézményben 1 db, 1 intézményben 2 db, illetve egy intézményben 3 db. Az alapterületük 6nm-től 26 nm-ig terjed. Az intimszoba igénybevétele 18 intézmény esetében nincs időhöz kötve, azaz a nap bármely szakában igénybe vehetik a lakók, 5 intézmény esetében azonban csak napközben.

Az igénybevétel 17 intézményben nem történhet intim módon, mivel a kulcsot a nővérszobából kell elkérni.

Érdekes összevetni, hogy hány intézményben találunk olyan szobákat, melyekben házaspárok, élettársak laknak, s hány intézményben van intimszoba. 13 intézmény esetében az intimszobákon kívül házaspárok, élettársak által lakott szobák is találhatók. További 15 intézmény lehetőséget ad a pároknak az együttélésre, ám intimszobával nem rendelkeznek. Intézménylátogatásaink során gyakorta találkoztunk olyan esettel, hogy bár az intézményben nincs lehetőség intimszoba kialakítására, törekszenek arra, hogy a házastársakat, élettársakat (gyakorta intézményben létrejött kapcsolatáról van szó) közös szobában helyezték el.

Adatokat gyűjtöttünk arról is, vajon az intézményekben dolgozó szakemberek hogyan vélekednek a gondozottak szexuális életének lehetőségeiről, illetve hogyan viszonyulnak szexuális viselkedésükhöz.

Az intézmények 42,31%-áról gondolják azt a munkatársak, hogy a feltételek nem, vagy egyáltalán nem adták az intim, higiénikus szexuális élethez. Többnyire megfelelőnek 8 intézményt tartottak (15,38%). Megfelelőnek és minden feltételt kielégítőnek az intézmények 42,3%-át tekintették a bennük dolgozók. Láthatjuk, hogy ugyanakkora arányban ítélték intézményüket e szempontból megfelelőnek, illetve nem megfelelőnek a válaszadók.

Az intézményekben dolgozóknak a gondozottak szexuális életével kapcsolatos attitűdjéről, valamint ennek az intézményben megteremtett körülményekkel való összefüggéséről a 36. és 37. sz. táblázat ad tájékoztatást.

36. sz. táblázat

Az intézmény dolgozói számára mennyire zavaró a gondozottak szexuális élete?

	nagyon zavaró	zavaró	közömbös	nem zavaró	összesen
összesen	5	4	15	27	51
%	9,8	7,84	29,41	52,9	100

37. sz. táblázat

Az intim, higiénikus szexuális élet feltételei milyen mértékben adóttak?		Mennyire zavarja a gondozottak szexuális élete?			
		nagyon zavarja	közömbös	nem zavarja	összesen
rosszak	Intézmények száma	8	8	5	21
	%	15,7	15,7	9,8	41,2
többé-kevésbé megfelelőek	Intézmények száma	-	4,0	4,0	8,0
	%	-	7,8	7,8	15,7
megfelelőek	Intézmények száma	1,0	3,0	18,0	22,0
	%	2,0	5,9	35,3	43,1
összesen	Intézmények száma	9,0	15,0	27,0	51,0
	%	17,6	29,4	52,9	100,0

A szakemberek véleménye az ápolást, gondozást nyújtó intézményekről

A kérdőívet kitöltő szakemberek személyes véleményére vonatkozóan is tettünk fel kérdéseket.

Az ápolást, gondozást nyújtó magyarországi intézmények színvonalát a válaszolók 9,8%-a (5 válaszadó) tartotta nem megfelelőnek, 74,5%-a (38 válaszadó) többnyire megfelelőnek, 15,7%-a

(8 válaszadó) megfelelőnek. Ugyanezt a kérdést saját intézményükre vonatkoztatva a következőképpen értékelték: nem megfelelőnek ítélte 3,87% (2 válaszadó), többnyire megfelelőnek 38,5% (20 válaszadó), megfelelőnek 53,8% (26 válaszadó), maradéktalanul megfelelőnek 3, 8% (2 válaszadó).

Az országos állapotokra vonatkozó kérdésre adott válaszok egyrészt -feltételezhetően- valós információkon, ismereteken alapulnak, másrészt egyfajta attribúciós lehetőséget adnak: a szakemberek hogyan viszonyítják, helyezik el saját intézményüket az ellátórendszerben. Ennek tükrében azt mondhatjuk, hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézmények színvonalára vonatkozó kérdésekben a “más” (Magyarország többi intézménye) intézményekre vonatkozó megítélés gyakran eltér a saját intézmény megítélésétől. Az intézmények színvonalának megítélését tekintve a válaszok között legalacsonyabb arányban a “nem megfelelő” minősítés országosan is és a saját intézményre vonatkoztatva is a legalacsonyabb arányban fordul elő, ugyanakkor a magyarországi, azaz a “többi” intézmény esetében az arány magasabb, mint a saját intézményében. A “többnyire megfelelő” minősítés aránya a “más” intézmények és a saját intézmény esetében jelentősen eltér: a “más” intézmények esetében közel kétszeres. “Megfelelő” színvonalúnak ugyanakkor a válaszadók saját intézményüket 38,1%-kal magasabb arányban jelölik, mint a többi intézményt.

A magyarországi állapotokhoz képest saját intézményét a válaszadók 41,1%-a ítélte alacsonyabb, 13, 8%-a magasabb, és 45,1%-a hasonló színvonalúnak.

Az ország ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek kapacitására vonatkozó kérdés válaszai a következőképpen alakultak: 59,6% (31 válaszadó) nem megfelelőnek ítélte, 30,8% (16 válaszadó) többnyire megfelelőnek, 9, 6% (5 válaszadó) megfelelőnek.

Az intézmények differenciáltságára vonatkozóan a következő eredményeket kaptuk: 63, 5% (33 válaszadó) tartja nem megfelelőnek, 30, 8% (16 válaszadó) többnyire megfelelőnek, 5, 8% (3 válaszadó) megfelelőnek.

A kérdőív kitöltőjének a kérdőív következő szakaszában 1-től 5-ig terjedő skálán értékelnie kellett először azt, hogy véleménye szerint a pszichiátriai betegek szociális ellátása területén általában (azaz Magyarország intézményeiben), illetve a saját intézményében milyen mértékben jelentenek problémát a következők:

- finanszírozás
- jogszabályi előírások
- társadalmi előítéletek
- személyzeti kérdések
- az intézményrendszer hiányosságai
- ellátottakkal való együttműködés
- ellátottak családjával való együttműködés
- gondnokkal való együttműködés.

A kérdések elemzését faktoranalízissel végeztük. Az általános, Magyarország egészére vonatkozó kérdések négy faktorba rendeződtek. A faktorok alapján azt mondhatjuk, hogy vannak összetartozó problémátípusok, melyek együttes választása jellemző az intézményekre. Láthatjuk, hogy milyen jellegű problémák kerülnek egy csoportba, azaz a válaszadók értékelésükben melyeket jelölik meg súlyosabbnak. Ez a struktúra jól jellemezhető rajzolatot ad. Ebben az esetben négyféle problémamegjelölő "stratégia" mutatkozik. A négy faktor összességében az esetek 74,96%-ára ad magyarázatot. A faktorokat a következő módon definiálhatjuk.

1. faktor: a válaszadók 25,25%-át tartalmazza. Ide azok kerültek, akik magasra értékelték a finanszírozás, a társadalmi előítéletek és az intézményrendszer hiányosságainak problémáját. Ezek mindegyike az intézményen "kívüli" társadalmi, igazgatási probléma. A csoportba olyanok tartozhatnak, akik komplexnek, több tényezősnek/dimenziósnek gondolják a felmerülő problémák gyökerét.
2. faktor: a válaszadók 19,13%-át tartalmazza, azokat, akik elsősorban a családdal és a gondnokokkal tartott kapcsolatok problematikáját emelik ki. Ez a csoport leginkább a kommunikációs problémákat, személyes kapcsolatokat és az együttműködés hiányosságait érzi megterhelőnek.

3. faktor: ide a válaszadók 16,35%-a tartozik. Ők azok, akik szerint a problémák főként az intézményben dolgozókkal és az ellátottakkal kapcsolatosak. Ez a két csoport az intézményen belül található, tehát a probléma lokális, külső tényezőktől elszigetelt.
4. faktor: a válaszadók 14,24%-át tartalmazza, akik mindössze egyetlen tényezőt jelöltek meg, a jogszabályi előírások problémáit.

38. sz. táblázat

A pszichiátriai betegek ellátása területén jelentkező problémák faktor szerkezete

Általában milyen mértékben jelent problémát...	1	2	3	4
a finanszírozás?	0, 7370	-0, 1886	0, 2401	0, 0475
a jogszabályi előírások?	0, 1067	0, 0062	0, 0361	0, 9487
a társadalmi előítéletek?	0, 7686	0, 2051	0, 0600	-0, 0102
A személyzeti, munkaerő problémák?	0, 3895	-0, 1105	0, 7229	0, 1408
az intézményrendszer hiányosságai?	0, 8059	0, 1717	-0, 1965	0, 1172
az ellátottakkal való együttműködés?	-0, 1677	0, 2084	0, 8038	-0, 0433
az ellátottak családjával való együttműködés?	0, 2121	0, 8292	-0, 0489	-0, 3165
a gondnokokkal való együttműködés?	-0, 0165	0, 8238	0, 1892	0, 3193

A kérdőívek kitöltőit megkérdeztük arról: *mit gondolnak, egyes csoportok hogyan ítélik meg a pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeit?* A nyilatkozó munkatársak véleménye szerint azok az emberek, akik semmilyen formában nem érintettek, nincs kapcsolatuk pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézménnyel, sokkal rosszabbnak ítélik az ellátást, mint azok, akiknek valamilyen kapcsolódási felületük van. A kérdőívek kitöltőinek 38%-a (18 válaszadó) gondolja úgy, hogy az ebbe a körbe tartozók rossznak tartják az ellátást, s csak 17%-uk (9 válaszadó) szerint feltételezhető, hogy jónak ítélik. A lakók és családtagjaik, gondnokaik értékelését lényegesen pozitívabbnak gondolják: a lakók részéről feltételezett jó megítélés 53,9%-os (28 válaszadó), míg a családtagok, gondnokok részéről feltételezett 62,2%-os (33 válaszadó). És – talán nem meglepő módon – válaszadóink az intézményi dolgozók és a fenntartók véleményét ítélik legkedvezőbbnek, a pozitív irányú válaszok mindkét csoportra vonatkozóan legalább 10%-kal meghaladják az előzőekét, 73% felett vannak.

39. sz. táblázat

Véleménye szerint milyen a megítélése a pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek?

		Nagyon rossznak ítélik	Kevésbé rossznak ítélik	Jónak ítélik	összesen
Olyan emberek körében, akik nem érintettek	Válaszok száma	18	26	9	53
	%	34	49,1	17	100
A lakók körében	Válaszok száma	6	18	28	52
	%	11,5	34,6	53,9	100
A lakók családtagjai, gondnokai körében	Válaszok száma	4	16	33	53
	%	7,6	30,2	62,2	100
A dolgozók körében	Válaszok száma	3	11	39	53
	%	5,7	20,8	73,6	100
A fenntartó szerint	Válaszok száma	3	11	38	52
	%	5,8	21,2	73,1	100

Főbb megállapítások

Kutatásunk elsődleges célja a pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézmények működésének, jogszabályi megfelelésének vizsgálata volt. Legfőképp a személyzeti kérdésekre, tárgyi feltételekre és az intézmények szolgáltatásaira koncentrálva, valamint a működés diszfunkcióinak feltárására vállalkoztunk.

Természetesen a felmerült témák teljes körű vizsgálatára nem kerülhetett sor, hiszen az a kérdőíves módszer lehetőségeinek kereteit jóval felülmúlta volna. Így az általunk meghatározónak tartott elemeket emeltük ki.

A *személyzeti kérdéseket* illetően a jogszabálynak teljes mértékig megfelelően működő intézmények száma 14, azaz az intézmények 26, 4%-a. Közel 60%-uk egy vagy két szempont szerint nem felel meg az előírásoknak. Vizsgált szempontjaink a következők voltak: az intézményvezetők, orvosok, ápoló személyzet, szociális, mentálhigiénés munkatársak létszámának, végzettségének illetve eltöltött munkaórájának jogszabályi megfeleltetése volt.

A vizsgálatunk tárgyát képező momentumok között több ponton kiemelkedően magas volt a jogszabálynak megfelelő működés. Ezt természetesen üdvözlendőnek tekintjük. Ugyanakkor találkoztunk olyan esetekkel, ahol a megfelelés és a valóságban megjelenő működés, működtetés lehetőségei kisebb fenntartással kezelhetők, s ezt igyekszünk is szemléltetni a továbbiakban. Erre példaként személyzeti kérdések tárgyalásánál a következőt említhetjük: az intézmények közel 70%-a orvosok tekintetében maximálisan megfelelnek az előírásoknak. Ugyanakkor adataink alapján azt láttuk, hogy pszichiáter orvos munkaidejéből egy ellátottra hetente átlagosan körülbelül négy perc jut. Azért emeltük ki e problémát, mivel pszichiátriai intézményekről gondolkozunk. Feltételezhetjük, hogy ez az időmennyiség nem esik egybe a szükségletekkel.

Ha működési engedélyek tekintetében is vetünk egy pillantást a munkatársak jogszabályi megfelelésére, azt láthatjuk, hogy 13 olyan végleges működési engedéllyel rendelkező intézmény van, ahol a fent említett munkatársi megfelelésben hiányosságok jelentkeztek. (Megemlítjük, hogy a mintában szereplő intézmények közül 20 rendelkezik végleges működési engedéllyel.)

A *szolgáltatások* viszonylatában azt vizsgáltuk, hogy van-e lehetőségük a gondozottaknak fizikai, szellemi/szabadidős, illetve munka tevékenység végzésére. Mindhárom tevékenység a válaszadó intézmények 77,4%-ában, azaz 41 intézményben elérhető. Az esetek 15%-ában, azaz 8 intézményben egy tevékenységi forma hiányzik. Két-két olyan válaszadó intézmény volt, ahol két, vagy mindhárom foglalkozási típus hiányzik.

Itt is viszonylag magas megfelelési arányokkal találkozhatunk. Ugyanakkor tudjuk, hogy az intézmények 50%-ában havi két, vagy annál kevesebb szellemi szabadidős foglalkozásra van lehetőség. A fizikai tevékenységek esetében az eredmény még inkább lesújtó. Szintén az

intézmények 50%-ában havonta egy vagy annál is kevesebb alkalom adódik fizikai tevékenység végzésére.

A jogszabályi megfelelések és az intézmények működési engedélye között jelentős negatív értelmű összefüggést nem találtunk. Mindössze 4 olyan intézmény volt a válaszadók között, amelyek működési engedélye végleges, de egy vagy több tevékenységi típus hiányzik.

A *tárgyi feltételekre* vonatkozóan megvizsgáltuk az egy főre jutó lakó alapterületet, az egy szobára jutó ellátottak számát, a mellékhelyiségek, tisztálkodásra alkalmas helyiségek számát. Megnéztük, hogy van-e egészségügyi, mentálhigiénés ellátásra szolgáló helyiség, illetve van-e ebédlő, közösségi helyiség.

Mindezekre vonatkozó jogszabályi feltételeknek 2 intézmény felel meg. Egy vagy két feltételnek 19 intézmény nem tud eleget tenni (36,5%). Az intézmények 30%-a négy vagy több feltételnek nem felel meg.

Végleges működési engedéllyel 19 olyan intézmény rendelkezik a válaszadók között, amelyek legalább egy tárgyi jogszabályi feltételnek nem tesznek eleget. Ez az intézmények 36,5%-át érinti.

Ha a személyi, szolgáltatásbeli, tárgyi feltételek jogszabályi megfelelését együttesen megvizsgáljuk, 12 olyan intézményt találtunk (az összes intézmény 22,6%-a), amely legfeljebb egy feltételben nem felelt meg az előírásoknak. Reméltük, hogy ezek a kvázi „jól működő” intézmények valamilyen tulajdonságukban, esetleg tulajdonságaikban konzisztens csoportot alkotnak. Ezzel szemben egyetlen ilyen vezértengelyt sem találtunk. Azok az intézmények, amelyek működése a jogszabály alapján megfelelő, nem tipizálhatók. Teljesen esetleges, hogy az intézmény hol, milyen szervezeti formában működik, milyen létszámú gondozottat lát el, mikor nyitották meg, vagy működik-e az ápolást, gondozást nyújtó részleg mellett másokat ellátó részleg is.

Az adatfelvétel időszakában a pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézményekben 7203 férőhelyet találtunk a működési engedélyek alapján, amelyek kifejezetten ápolást, gondozást igénylő ellátottak számára tartanak fent. (Ui. az intézmények 55%-ának működési engedélyében más jellegű problémával rendelkező emberek számára fenntartott férőhelyek is szerepelnek, mint például fogyatékos emberek, hajléktalanok, szenvedélybetegek, vagy idősök gondozására.) Ugyanakkor a valójában ellátott pszichiátriai gondozottak száma, akik ápolás, gondozásban részesülnek, ennél közel 3%-kal magasabb.

A férőhely-szükséglettel kapcsolatban kiemeljük, hogy a várakozók száma alapján közel 25%-kal több férőhelyre lenne szükség, mint amennyi jelenleg rendelkezésre áll. Ezt az adatot érdemes összevetni azzal, hogy a szakemberek véleménye szerint a jelenleg ápolást, gondozást nyújtó férőhelyeken az ellátottak 31%-a (2349 fő) nem a megfelelő ellátásban részesül. A szakemberek magas arányban emelték ki a pszichiátriai ellátás más formáinak szükségességét (lakóotthonok, rehabilitációs intézmények, nappali ellátást nyújtó intézmények), aminek hiányában, nem kielégítő számossága miatt az ápolást, gondozást nyújtó intézmények töltik be szerepüket, diszfunkcionálisan. Másrészt felhívták a figyelmet arra, hogy azok között, akik megítélésük szerint nem megfelelő ellátásban részesülnek, magas arányban szerepelnek (15-20%) olyanok, akiknek nem a pszichiátriai ellátórendszer, hanem a fogyatékos emberek, idősök, szenvedélybetegek számára működtetett intézmények nyújthatnának adekvát ellátást.

Ezt a gondolatsort összefoglalva azt láthatjuk, hogy a nem megfelelő ellátásban részesülők aránya közelít a várakozók arányához, az ellátás diszfunkciója pedig a pszichiátriai rendszer hiányosságaiból, kiépítetlenségéből, illetve az ellátórendszerek közötti összemosódásból adódik.

Szociálpolitikai kihívások Európa idősödő társadalmaiban

Az Európa Tanács

1591-es számú Ajánlása (2003)

1. Európa a termékenység csökkenése és a várható élettartam növekedése következtében az elöregedési folyamatot tekintve jelenleg világelső. A termékenységi ráta az elmúlt két évtizedben drámai mértékben lecsökkent. Átlagosan 1,4 gyermek jut minden szülési korban lévő nőre, és az utódlási szint 2,1 alatt van gyakorlatilag az Európa Tanács minden tagországában. Jelenleg Európa népességének körülbelül a 20%-a 60 éves vagy annál idősebb, és 2050-re ez az arány nagy valószínűséggel 33%-ra fog növekedni.
2. Világviszonylatban nézve a Föld népessége 2000-ben elérte a 6,1 milliárdot, és jelenleg is évente 1,2%-kal növekszik. Az ENSZ népesedési becslése (2000 Revision) szerint a világ népessége 2050-re eléri a 9,3 milliárdot, ami 50%-os növekedést jelent.
3. Az öregedés, valamint a népesség csökkenése Európában, és ezzel párhuzamosan a világ népességének felgyorsult növekedése gazdasági, szociális, kulturális és környezeti kihívásokat jelent, és koncentrált politikai cselekvéseket igényel rövid-, közép- és hosszú távon. Az oktatás, a családtervezés és a migrációs politika külön figyelmet érdemel.
4. A politikai vita Európában már napirenden van. A Parlament különösen is felhívta a figyelmet az 1428-as Ajánlására (1999), mely „A jövő szenior polgárai: védelem, részvétel és előrelépés” címet viseli, valamint a szintén 1999-ből való 1254-es, „Az idősök egészségügyi és jóléti jogai: etikai és politikai irányelvek” című Ajánlására. Üdvözölte továbbá az európai kormányok reformkezdeményezéseit, valamint az Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO), az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete (OECD), az ENSZ Európai Gazdasági Bizottsága (Unece) és az Európa Unió útmutatásait és koordinációját.
5. A Közgyűlés üdvözölte a 2002-es, Elöregedésről szóló Madridi Nemzetközi Akcióterv Regionális Végrehajtási Stratégiáját. A Közgyűlés a legteljesebb mértékben támogatja a tagországok törekvéseit a fenti stratégia minél szélesebb körű alkalmazására, és üdvözli az Európa Tanács mind a kormányok közötti, mind számos nemzetközi szervezet közötti koordinációra tett kezdeményezését.
6. A Közgyűlés megállapítása szerint az elöregedő társadalom orvoslásához szükséges reformok tágabb politikai vita részét kell hogy képezzék. Az európai kormányzatok jelenleg is szembesülnek két, viszonylag ellentétes trend harmonizálásból eredő nehézségekkel: egyrészt a globalizálódó gazdaság nyomásából eredően a közkiadásokat és a munkaköltségeket csökkenteni kell a versenyképesség megőrzésének céljából, másrészt az európai polgárok jogos követeléseként erősíteni kell az európai szociális modellt, hogy fenntartható legyen a stabil és szociálisan prosperáló Európa.

7. Elérkezett az idő Európa szociálpolitikájának átgondolására, hogy szembe tudjon nézni az új kihívásokkal. Mivel minden ország különböző demográfiai struktúrával, kulturális, társadalmi és gazdasági sajátosságokkal bír, a Közgyűlés felhívja a figyelmet számos közös elvre az európai reformok irányításában.
8. A nyugdíjrendszerek, az egészségügyi rendszerek és a szociális háló fenntartásának érdekében a reformok egyik legfontosabb célkitűzése, hogy ne növekedjék tovább, illetve csökkenjen a függőségi ráta a gazdaságilag aktív népesség és a munkaerőpiacon jelen nem lévő populáció (munkanélküliek, nyugdíjasok, fiatalok, háztartásbeli férfiak és nők, hosszú lefolyású betegségben szenvedők) között, ez azonban együtt jár a foglalkoztatáspolitikai új megközelítésével.
9. Az elérendő cél érdekében különböző intézkedések bevezetése válik szükségessé. Lehetővé kell tenni, hogy az emberek hosszabb ideig dolgozhassanak, egészséges körülmények közt, biztosítani kell a dolgozók munkaerő-piaci képzését, illetve átképzését lehetővé tevő magán- és közberuházásokat, ösztönzőket kell kialakítani, különösen a fiatalok és az idősök alkalmazásával kapcsolatosan; és végül fejleszteni kell a vállalkozói kultúrát a családi formák megváltozásának, valamint a családi élet és a munka megfelelőbb összeegyeztetésével kapcsolatos elvárásoknak a figyelembe vételével.
10. A népesség öregedése az egészségügyi rendszer változását is megkívánja. Az időskori betegségek gyógyítási költségei exponenciálisan fognak növekedni a gyógyászatban bekövetkezett tudományos és technológiai fejlődésnek köszönhetően. Bár az öregedés önmagában nem betegség, és az idős kort nem szabad összekeverni az elgyengüléssel és a kóros állapottal, az egészségügyi szektor fejlesztése elkerülhetetlen.
11. A Közgyűlés aláhúzza, hogy a nyugdíjrendszerek fenntarthatóságának kérdését nem lehet kizárólag a finanszírozás problémáira redukálni, más kihívásokat is szem előtt kell tartani: a szociális céloknak való megfelelést, a megvalósíthatóság biztosítását, a társadalom és az egyén változó szükségleteire való reagálást. A nyugdíjrendszerrel kapcsolatos legalapvetőbb elvárásokat az Európa Tanács jogi úton is meghatározta: ezek az Európai Szociális Charta (ETS No. 35), az Átdolgozott Szociális Charta (ETS No. 163), az Európai Szociális Biztonság Kódexe és a Végrehajtási Szabályok (ETS Nos. 48 és 48A), és az Átdolgozott Európai Szociális Biztonságra vonatkozó Kódex (ETS No. 139). A Közgyűlés megköveteli ezen standardok figyelembevételét a nyugdíjrendszerek megreformálásánál.
12. Az idősök körében tapasztalható nagyfokú szegénység és a méltóság elvesztése jelenti az egyik fő problémát. Ezért a Közgyűlés sürgeti a kormányzatokat, hogy állami nyugdíjakkal, illetve a nyugdíjellátási formákba beépített alapnyugdíjjal tartsák fenn az alapvető szolidaritást.
13. A tagállamok jelenlegi nyugdíjrendszerei általában egyrészt az adón vagy a fizetésből a folyósításkor történő levonáson (pay-as-you-go), másrészt a tőkepiaci bázisú teljes finanszírozási rendszereken alapulnak. A finanszírozási formák változatosabbá tétele üdvözlendő, de csak azzal a feltétellel, ha fokozottan ügyelnek a meglévő jogok sérülésének elkerülésére. Sőt a „meghatározott nyereség” (defined benefit) típusú szociális biztonsági rendszer is fennmaradhat, ha azt a „meghatározott hozzájárulás” (defined contribution)

rendszerébe integrálják – ahogy a svéd nyugdíjreform példázza. A korai nyugállományba vonulás szempontjából egy magasabb hozzájárulás követelményének tükröznie kell a munka jellegét.

14. A Közgyűlés üdvözli az OECD és az Európa Unió útmutatásait az öregkorban is tevékeny életmód elősegítésére irányuló stratégiák fejlesztésében, a nyugdíjkorhatár kitolására létrehozott finanszírozási ösztönzők kialakításában, az idősödő populáció társadalmi és munkabeli aktivitásának megőrzésében, a fokozatos nyugdíjaztatást és a nyugdíjasok alkalmazását nehezítő jogi és a fiskális akadályok leépítésében és a nyugdíjasok foglalkoztatásának szabályozásában. Minél későbbre tolódik a nyugdíjkorhatár, annál differenciáltabbá válik az egyes nyugdíjba vonulók kora, amely egyrészt a végzett munka természetétől, másrészt pedig a járulékfizetés hosszától függ.
15. A Közgyűlés ezért azt javasolja a tagállamoknak, hogy kezdjenek párbeszédet a szociális és a gazdasági partnerekkel, és hogy aktívan kampányoljanak a minél későbbi nyugdíjba vonulás érdekében. A folyamatot elősegítheti bizonyos ösztönzők (pl. adókedvezmények) bevezetése, illetve a korai nyugdíjazás szankcionálása. Továbbá, a szociális lefedettség biztosításának érdekében a Közgyűlés a munkaerő-kínálat rugalmasabb formáinak (rövid-távú szerződések, rendszertelen alkalmazás, az önalkalmazás bizonytalan formái) szabályozását szorgalmazza.
16. Ha a nők magas arányú munkaerő-piaci részvételét továbbra is fenn kívánjuk tartani, nagyobb figyelmet kell szentelni a reprodukivitást és a családi életet meghatározó tényezők, a fizetett munka és az otthon végzett munka összeegyeztetésének. Továbbá, a társadalmi változások azt sürgetik, hogy a fizetett és nem fizetett munka végzése kiegyenlítettebb legyen a férfiak és nők közt.
17. Az erős jóléti rendszerrel bíró fejlettebb országokban a nők számára kedvezőbb feltételek és a nagyobb intézményi támogatottság megmutatkozik az olyan modern viselkedési mintákban is, amelyek jobban összeegyeztethetők a gyermekvállalással. Ez azt jelenti, hogy az intézményi faktorok segíthetnek összeegyeztetni a gyermek utáni vágyat a változatos együttélési formákkal, a családalapítás idejének későbbre halasztásával, valamint a nők teljes értékű családi életre és karrierre irányuló törekvéseivel.
18. A Közgyűlés emlékeztet az Miniszterek Tanácsának R (96) 5-ös számú Ajánlására a családi élet és a munka összeegyeztetéséről, és a 2001-ben Ljubljanában június 20-22. között megtartott Európai Családügyekért felelős Miniszterek 27. Konferenciájának Zárónyilatkozatára a családi élet és a munka összeegyeztetéséről, amely felhívja a figyelmet a Gyermek és Családok Fórumának munkájára, és hangsúlyozza a közintézmények, a munkaadók, a dolgozók és munkáltatók szervezetei és a civil szervezetek közötti együttműködés fontosságát a célból, hogy valódi attitűdváltozást érzünk el nemcsak a közsférában, hanem az üzleti szektorban és a társadalom egészében.
19. Az adott körülmények között – számolva Európa aktívkorú populációjának hosszú távú csökkenésével, a munkaerő és a népesség elöregedésével, a növekvő időskori függőségi rátákkal – csak az idő múltával tudjuk megmondani, hogy a jövő gazdasági feltételei és a technológiai változások további munkalehetőségeket teremtenek-e, és megnövelik-e a

munkaerő iránti keresletet. Az európai országokban viszonylag magas foglalkoztatási költségek csökkentése közép- és hosszú távon a jövedelemadó és a munkavállalói terhek részleges, környezetvédelmi adóval történő kiváltásával képzelhető el.

20. Az elöregedés problémájának megoldása hosszú távon nem kizárólag fiskális, szociális - jóléti politikára vonatkozó és foglalkoztatási rendszereket érintő reformokat kíván meg, hanem attitűdváltozást, és az egyéni és társadalmi értékek újraértelmezését is. A családi felelősséggel, a gyermekgondozással, a nem hivatásszerű gondozással és az önkéntes munkával kapcsolatos attitűd is meg kell hogy változzék. A nem pénzért végzett munka társadalmi értékét tudatosítani kell, s ezt mindkét nem számára új és rugalmasabb foglalkoztatási formák kialakításában kifejezésre is kell juttatni.
21. Globálisan tekintve, a világ népességének várható 50%-os növekedése a természeti erőforrásokat még inkább leterheli, ami nemzetközi szolidaritást igényel a vagyon elosztása, az erőforrások méltányosabb és környezetbarát felhasználása terén. A Közgyűlés felszólítja a tagállamokat a 2002. augusztus 24 -szeptember 4. között Johanessburgban megtartott Fenntartható Fejlődés világkonferencián hozott határozatok teljesítésére.
22. A Közgyűlés azt javasolja, hogy a Miniszterek Tanácsa:
- I. ajánlja a tagállamoknak a fentebb megállapított irányvonalak megfontolását
 - II. utasítsa az Európa Tanács illetékes szerveit, hogy
 - a. nyújtsanak útmutatást és segítséget a tagállamoknak az egyes nemzeti nyugdíjrendszerek megreformálásához
 - b. a tagállamok és szociális partnereik bevonásával tartsanak nagyobb szabású vitát a nyugdíjreformokról
 - c. továbbra is törekedjenek a családi élet és a munka összeegyeztetésére, valamint a fizetett és a nem fizetett munka nemek közti egyenlőtlen arányának megváltoztatására
 - d. folytassák és fejlesszék az idős emberek foglalkoztatását, különös tekintettel emberi jogaik garantálására
 - e. fokozzák erőfeszítéseiket a nagyobb társadalmi szolidaritás megteremtéséért, különösen a generációk és a nemek közötti szolidaritás elérésére vonatkozó politikák felkutatásában
 - f. tekintsék át Európa migrációs politikáit és az alkalmas bevándorlási politikák lehetséges hatásait az európai munkaerő elöregedése és a népességfogyás következtében várható negatív hatások kiküszöbölésére.

A szöveget a Parlamenti Közgyűlés 2003. január 29-én hagyta jóvá.

Hajduné Kálmán Margit
A Fővárosi Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság
2003-ban végzett munkájáról¹

A Gyermekvédelmi Szakértői Bizottságok létrehozását és működését a Gyermekvédelmi törvény módosításáról szóló rendelkezések szabályozták. Ezek alapján kezdte meg munkáját a Fővárosi Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat keretén belül a Fővárosi Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság is, 2003. áprilisában.

A szakértői bizottság céljai²

- 1) A bizottság által elkészített szakvélemények és az azokban megfogalmazott javaslatok jelentsenek valós segítséget, komoly támpontot a TEGYESZ szakemberének az elhelyezési javaslat kialakításához és az egyéni elhelyezési terv elkészítéséhez.
- 2) A szakvéleményben foglaltak segítsék a városi gyámhivatal szakemberét a gyermek számára leginkább alkalmas gondozási hely kijelölésében, meghatározásában, továbbá szolgálják hatásosan az egyéni elhelyezési tervről szóló döntés meghozatalának ügyét.
- 3) Az elkészült szakvélemény segítse a gyermek gyámját, gondozóját a gyermek valós szükségleteinek, problémáinak megismerésében, a gyermek számára fontos foglalkozások, szolgáltatások, beavatkozások megtervezésében, az egyéni gondozási-nevelési stratégia elkészítésében.

- 4) A bizottság munkája akkor éri el legfontosabb célját, ha a szakvéleményben foglaltak maradéktalanul szolgálják az érintett gyermekek, illetve fiatalok érdekeit, a velük és családjukkal közvetlenül foglalkozó, sorsukat befolyásoló döntéseket hozó, nekik ellátást biztosító szakemberek, intézmények munkavégzésén keresztül.

A célok eléréséhez az alábbi feladatok végrehajtása szükséges:

- A gyermekről rendelkezésre álló információk, az előzetes gyermekvédelmi gondoskodásra vonatkozó iratanyagok összegyűjtése, elemzése, tanulmányozása (gyermekjóléti szolgálat komplex dokumentációja, beutaló határozat, gondozói-nevelői vélemény, iskolai-pedagógiai jellemzés, egészségügyi iratok, ha készültek ilyenek, akkor a korábbi pszichológiai, gyógypedagógiai vagy pszichiátriai vizsgálatok, kezelések eredményei, korábbi szakértői vélemények stb.).
- Interjúk, explorációk, esetmegbeszélések kezdeményezése, lebonyolítása minden olyan intézménnyel, szervezettel, szakemberrel, akik bármilyen információval, forrással tudnak szolgálni az eset körülményeinek pontos tisztázására, a bekerülési okok kiderítésére; lehetőség, illetve szükség szerint a szülőkkel, hozzátartozókkal, egyéb személyekkel folytatott megbeszélések.
- Pszichológiai, egészségügyi, indokolt esetben gyógypedagógiai és pszichiátriai, továbbá, ha szükséges, egyéb szakvizsgálatok során a gyermek értelmi, érzelmi, neveltségi állapotának, személyisége jellemzőinek, pszichés státuszának, családi és egyéb kapcsolatainak, testi, fizikális fejlettségének feltárása, esetleges fogyatékoságok, betegségek, érzékszervi, idegrendszeri, illetve más károsodások megállapítása.
- A gyermek állapotának, szükségleteinek megfelelő beavatkozások, korrekciók, további kezelések, szolgáltatások (nevelési, gondozási,

esetkezelő, rekreációs stb.) elvégzésére, biztosítására irányuló javaslatok megfogalmazása, a családba történő visszakerülés feltételeinek és az ehhez szükséges segítségnyújtás módjainak összefoglalása.

A szakértői bizottság tagjai

A szakértői bizottság általában háromtagú:

1 fő szociális munkás

1 fő gyermekorvos

1 fő gyermekpszichológus.

Az általuk elkészített szakvélemény összedolgozásával készül el a szakértői vélemény és javaslat.

A szociális munkás feladatai:

Összegyűjti azokat az információkat, melyeket a gyermekről az alapellátás során szereztek. Pl.: a gyermekjóléti szolgálattal való kapcsolatfelvétel módja, ideje; a jelzett probléma, a veszélyeztetettség okai; az együttműködési szándék a szülő és a gyermek részéről; a családgondozóval való kapcsolattartás gyakorisága, beavatkozások típusai, az alapellátás időszakában bevont egyéb intézmények beavatkozásai; ha voltak ilyenek, hatósági eljárások kezdeményezésének indokai, kimenetele; az eredménytelenség okai; az ideiglenes hatályú elhelyezés, illetve az átmeneti nevelésbe vétel közvetlen előzményei.

Ezen kívül információkat gyűjt a szülők szociális körülményeiről, a család életviteléről, a szülők kapcsolattartásáról, a testvérek helyzetéről, a rokoni kapcsolatokról, a gyermek helyzetéről az oktatási, nevelési intézményben, a a gyermek életének jelentősebb eseményeiről stb.

A szakvélemény elkészítésénél a szociális munkás a szakmája szabályai szerint jár el.

A gyermekorvos feladatai:

Adatokat kér be a gyermek születési körülményeiről, a család és a gyermek egészségének jellemzőiről, a korábbi betegségekről. Rögzíti a testi fejlettségről, esetleges akut vagy krónikus szervi-, szervezeti eltérésről szóló véleményt. Nyilatkozik a gyermek általános és speciális egészségügyi szükségleteiről.

A gyermek-szakpszichológus feladatai:

Rögzíti az érintett gyermekről megfigyelés, exploráció és tesztvizsgálatok nyomán kialakult véleményét.

Információkat gyűjt a gyermek nevelőjétől, családjától, hozzátartozójától. Az állapot felmérésében figyelembe veszi a gyermek mozgásösszességét, mimika-, gesztussajátosságait, cselekvési sajátosságait (játékát), kapcsolatteremtő képességét, érdeklődését, odafordulását, tájékozódását (térben, időben), figyelmét, érzékelését, felfogását, fogalomalkotását. Felméri általános intelligenciaszintjét. Figyelembe veszi a gyermek iskolai teljesítményét, szükség esetén javaslatot tesz a Tanulási Képességet Vizsgáló Bizottsághoz való utalásra. Kitér a gyermek hangulatának és érzelmi életének jellemzőire (különös tekintettel érzelmi igénybevehetőségére, működéseire, kontroll működéseire, regresszióra). Megítéli ösztönkésztetések, motivációk, törekvések és azok kontrollálásának lehetőségét.

A tesztvizsgálatokat a pszichológus a legteljesebb fejlődési és pszichés állapotfeltárás érdekében szakmai kompetenciája alapján választja meg.

Feltünteti a nevelésben résztvevők számára a támpontot jelentő pozitív személyiségjegyeket, jelzi a korrekciót igénylő lemaradásokat, zavarokat, kijelöli a korrekció útját. Az összefoglalót köznap nyelven fogalmazza meg, a diagnosztikai kritériumok figyelembevételével.

A szakértői vélemény lehetőség szerint pedagógiai és logopédiai összefoglalókat is tartalmaz.

A *pedagógiai vélemény* kitér a gyermek beilleszkedésére, magatartására, társaihoz és felnőttekhez való viszonyára, a közösségben elfoglalt szerepére. Jelzi az érzelmi, neveltségi állapotot, a szocializáltság fokát. Felméri a gyermek önállóságát, szabály- és normakövetését.

Tájékoztat továbbá arról, hogy a gyermeket kik és milyen gyakran látogatják, valamint hogy ehhez miként viszonyul a gyermek.

A *logopédiai vélemény* a gyermek beszédértéséről, a beszédfejlődés milyenségéről tájékoztat. Feltünteti az esetleges hangképzési problémákat, javaslatot tesz a korrekció módjára. Felméri a gyermek iskolai teljesítményét. Tanulási nehézségek esetén jelzi a problémák típusait (diszgráfia, diszkalkulia, diszlexia). Szükség szerint javaslatot tesz a tanulási képességet vizsgáló bizottsághoz való utalásra.

A gyermekvédelmi szakértői bizottság szakvéleményt készít a speciális szükségletű gyermekek gondozását illetően. Ez esetben a háromtagú szakértői team kiegészül 1 fő pszichiáter szakorvossal és 1 fő gyógypedagógussal.

A *pszichiáter szakorvos* vizsgálata alapján rögzíti a fizikális, neurológiai és pszichés státuszt, diagnózist állapít meg, és javaslatot készít.

A *gyógypedagógus* szakmai kompetenciája birtokában nyilatkozik a testi érettségről, a motoros képességekről, az értelmi képességekről, a szociális érettségről.

A Fővárosi TEGYESZ Gyermekvédelmi Szakértői Bizottságának összetétele, működése

A szakértői bizottság főállású, „külsős”, valamint megbízási szerződéssel foglalkoztatott munkatársakkal látja el feladatát. Tagjai a következők:

1 fő bizottságvezető: szakmailag irányítja, összehangolja, szervezi, koordinálja a bizottság munkáját;

1 fő szociális asszisztens: gondoskodik a szakértőkkel történő időpontegyeztetésről, a bizottság összehívásáról, az ülés megszervezéséről és lebonyolításáról, nyilvántartást vezet, ellátja az adminisztrációs feladatokat;

7 fő szociális munkás (egyben az elhelyezési szolgálat munkatársai);

9 fő gyermekorvos (7 fő gyermekotthonban dolgozó gyermekorvos);

6 fő pszichológus;

2 fő gyógypedagógus-logopédus.

A vizsgálatokat a szakértők az átmeneti otthon munkatársaival, a gyermekkel, illetve a szülőkkel előre egyeztetett időpontokban végzik. Az elkészített szakvéleményüket megküldik a bizottság részére.

A bizottság hetente 2 alkalommal ül össze. Ilyenkor általában – tekintettel a határidőkre – 10 gyermekről készítjük el a szakértői véleményt és a javaslatot.

A bizottság a gyámhivatal felkérésére az ideiglenes beutaló határozattól, illetve a felkéréstől számított 14-21 napon belül készít szakvéleményt. Ennek kapcsán több probléma is felmerül.

A gyámhivatalok többsége nem kéri fel a szakértői bizottságot a vélemény elkészítésére. A feladatokról csupán az elhelyezési szolgálat tájékoztatja a bizottságot.

A gyermek, illetve a határozat vagy felkérés megérkezésével egyidejűleg a bizottság semmilyen előzményre vonatkozó információt nem kap a gyermekről. Jó esetben csak a beutalás közvetlen indokai jutnak a tudomásunkra. Az adatgyűjtés így nagyobb feladat, sokkal több időt vesz igénybe. Indokolatlan feszültségeket kelt a határidők szorítása. Fontos, hogy a bizottság üléséig pontos információk birtokába jussunk, mert lényeges adatok hiányában megalapozatlan vélemény és javaslat fogalmazódhat meg!

Az alapellátás szereplőinek adatszolgáltatása szintén nehézkes. A gyermekről szóló dokumentáció ritkán érkezik meg.

A nehézségek rendezése érdekében igyekszem párbeszéden alapuló kapcsolatfelvételt kezdeményezni az érintett személyekkel, az intézmények dolgozóival.

Az ellátórendszer befogadóképességének problémáira, és arra, hogy ebből adódóan a szakértői véleményekben foglaltak bizonyos esetekben nem tudnak érvényre jutni, beszámolómban nem kívánok kitérni.

A 2003-ban beutalt gyermekek személyiségállapota

A tavalyi évben 641 gyermekről (331 fiú és 310 lány) készült összegző szakvélemény, illetve gyermekvédelmi szakértői bizottsági vélemény.

Összegző szakvélemény 144 esetben (76 fiú, 68 lány) született a 2003. január 1-től április 14-ig terjedő időszakban.

Bizottsági szakvélemény 497 készült (255 fiú és 242 lány esetében) 2003. április 14-től december 31-ig.

Ez a vizsgálatok számát tekintve nagymértékű növekedést jelent a két megelőző év adatahoz viszonyítva, mely 2001-ben 273 fő, 2002-ben 318 fő.

Ebben az évben a feldolgozás során a gyermekeket három fő csoportba osztottuk.

- Csecsemők és kisgyermek (0-tól 3 éves korig). E csoportba 112 fő tartozik, ebből 51 fiú és 61 lány.
- Óvodások és kisiskolások (3-6 éves korig). A csoport 218 fős, ebből 122 fiú, 96 lány.
- Felső tagozatosak és ifjúsági korosztályúak (6-17 éves kortól). Számuk 311 fő, melyből 158 fiú, 153 lány.

A személyiségállapot elemzése során az elkészült szakvéleményeket 64 faktor alapján elemeztem, amelyek a következő fő területeken jeleníthetők meg:

- a családi, szülői háttér vizsgálata
- a gyermekek szomatikus, mentális, érzelmi állapota
- a gyermekek szociális helyzete (kapcsolati zavarok)
- terápiás javaslatok a gyermekek számára
- elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok

I. Csecsemők és kisgyermekek

Családi, szülői háttér

A beutalások indokai közt vezető oknak mutatkozott a hajléktalanság: 38 csecsemő és kisgyermek esetében fordult elő.

Lemondott a gyermekről 7 szülő, három esetben gyámhatósági nyilatkozattal.

Az anya egészségügyi és egyéb problémái közt az alábbiak szerepeltek: szkizofrénia (3 eset), szkizoid zavar (1 eset), suicid kísérlete volt 2 főnek, értelmi fogyatékos 3 fő, Hepatitisz B fertőzött 1 fő, gyengénlátó, gerincbeteg, ortopédiai beteg 1-1 fő. Öten alkohol- és drogfogyasztók, ketten alkoholisták. Előzetes letartóztatásban, illetve börtönben volt 3-3 fő.

Bántalmazás miatt került be négy gyermek, veszélyeztetés miatt kettő, elhanyagolás okán hat.

A gyermekek szomatikus állapota

A kevésbé súlyos, részben elhanyagolásból eredő problémák kategóriájában a következők szerepeltek: egy gyermekben régebb óta kullancs volt, ketten voltak rühesek, ketten rosszul tápláltak.

Hurutos betegség, tüdőgyulladás 3 főnél, sárgaság 1 főnél fordult elő. Két gyermek esetében jegyeztünk fel hipoxiás születést, légzészavart, egynél műtéttel járó fülbetegséget.

A 112, e korcsoportba tartozó gyermek közt 14-nél tartósabb betegségek is kialakultak, illetve fennálltak: cukorbeteg (lisztérzékenységgel) 1 főnél, shunt beültetés vált szükségessé szintén 1 főnél. Down-szindróma 2 fő, izomtónusos zavarok 1 fő, méhen belüli sorvadás jelei (foetopathia) 5 fő, foetális alkohol-szindróma két fő esetében jelentkeztek. Egy gyermek ajakhasadást korrigáló műtéten esett át.

Az elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok:

- nevelőszülőnél történő elhelyezés (38 fő)
- örökbefogadás (3 fő)
- átmeneti nevelésbevitel, gyermekotthon (39 fő)
- családba fogadás (9 fő)
- anyaoththoni elhelyezés, szülővel együtt (4 fő)
- hazagondozás (19 fő).

A szakértői bizottság az elhelyezésre tett javaslatok kidolgozásánál kibővült a csecsemőotthon orvosával és pszichológusával.

II. Óvodások és kisiskolások

Ebbe a korcsoportba a vizsgált mintából 218 gyermek tartozik ez az összes vizsgált gyermek 34 %-a.

Családi, szülői háttér

A beutalási okok közül kiemelkedő faktor az elhanyagolás. A jegyzőkönyveket áttanulmányozva 55 esetben jelenik meg, ami a korosztályi minta 25 %-a. A tavalyi 28 %-hoz viszonyítva ugyan valamelyes csökkenés mutatható ki, de ez az adat így is azt jelzi, hogy ebben a korcsoportban a gyermekek egynegyed része nem kapta meg azt a figyelmet a gondozó szülők és hozzátartozók részéről, mely szükséges lenne a megfelelő fejlődéshez.

Az elhanyagolás extrém példájaként olyan is előfordult, hogy az anya kisiskolás leányára hagyva annak egyéves kistestvérét, három napra eltűnt a lakásból. A nagyobb gyermek maga kérte a beutalást.

A gyermekek bántalmazása 27 esetben fordult elő a beutalás indokai között (12 %). A szülők, hozzátartozók 15 kisfiút és 12 kislányt bántalmaztak fizikailag rendszeresen vagy súlyos sérüléseket okozva. Két kisgyermek már ebből a korosztályból is saját maga kérte a beutalását. Az anya 4, az apa 7, az anya élettársa 8, és a nevelőszülő 2 esetben bántalmazott kisgyermeket folyamatosan vagy sérüléseket okozva. 2 esetben mind az anya, mind az apa, 1 esetben az anya és a nevelőapa együttesen bántalmazták a gyermeket.

1. ábra

A szülők különböző lakásproblémái magas arányt képeznek a beutalási indokok között. 57 esetben (a beutalások 26 %-a) volt kimutatható a lakhatásra alkalmas helyiség hiánya. Ez tehát valamivel több mint egynegyed részben határozta meg a gyermekek bekerülését, és sok esetben további sorsát is. 35 gyermek szülője vált hajléktalanná. Ez az összes eset 16 %-a, azaz majdnem minden hatodik gyermeket érinti.

2. ábra

A szülők egészségi állapota 26 esetben (12%) volt a beutalás indoka. Ezen belül 13 gyermek szülője valamilyen pszichés betegségben szenved. Szkizofrénia 2, depresszió 1, epilepszia 1, suicid kísérlet 2 gyermek szülőjénél szerepelt. Egy esetben a szülőt TBC miatt tiltották el a gyermekkel való érintkezéstől.

A szülők devianciája 63 esetben mutatható ki, ami az előző évekhez képest növekedést jelent.

31 gyermek (14 %) szülője alkoholizál, 6 esetben mindennaposak a verekedések a szülők között, további 6 esetben a szülők kriminális életmódot, életvitelt folytattak.

Börtönbüntetését tölti 16 szülő, ugyancsak 6 van előzetes letartóztatásban. Két esetben a gyermekek mindkét szülője előzetes letartóztatásba került különböző bűncselekmények miatt.

A gyermekek szomatikus állapota

A tavalyi adatokkal összevetve e téren némi javulás tapasztalható. Alultáplált 28 gyermek, 13 %-os az arányuk a tavalyi 20 %- hoz képest.

Előfordult viszont néhány kevésbé gyakori betegség is, pl. leukémia, illetve születés óta meglévő HIV-fertőzés.

A gyermekeket ért, különféle testi tünetekben is megnyilvánuló pszichés károsodásokat ezúttal a mentális zavarok, érzelmi és személyiségproblémák, valamint a szociális zavarok fő kategóriái között fogom vizsgálni. Ezek a típusú szomatikus - pszichoszomatikus betegségek évek óta a gyermekek kb.10%-át érintik.

A gyermekek mentális állapota

A mentális zavarok a különböző tanulási elmaradások, illetve egyéb felfogásbeli és értelmi problémák mögött esetenként meghúzódó minimális agyi károsodásokra utalnak.

Mentális zavart jeleznek a pszichológiai vélemények 30 főnél (14 %). Értelmileg akadályoztatott kategóriába esett 10 gyermek, akik közül középsúlyos 2 fő (50-60 közötti IQ-övezetben), illetve egy súlyosan akadályoztatott volt, 41-es IQ-val.

(Megjegyzem, hogy a Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság feladatkörébe nem tartozik közvetlenül sem a tanulási képességek, sem a részképességek vizsgálata, illetve az intelligenciaszint mérése, hiszen ezek hivatalos mérését - megállapítását a tanulási képességvizsgáló bizottságok hivatottak elvégezni. A

pszichológiai vélemények tanúsága szerint 10 esetben utaltunk gyermeket e bizottsághoz.)

A beszédfejlődési zavarok sokirányúak, és elsősorban az óvodás gyermekeknél szerepeltek. 38 esetben talákoztunk olyanfajta beszédfejlődési zavarral, mely a személyiségfejlődését tekintve említést érdemelt a pszichológiai véleményekben is.

Részképesség-zavarokat 15 esetben, diszlexiát 7 fő, diszgráfiát 2 fő esetében vélelmeztek a pszichológiai vélemények.

A gyermekek érzelmi állapota

Ebben a kategóriában a jellemző alaptünet a gyermekek érzelmi bizonytalansága, mely 17 gyermeknél jelentkezett. Három gyermek, két fiú és egy lány, kifejezett érzelmi retardációt mutatott.

Félelemre és szorongásra utaló kifejezett neurotikus tüneteket találtunk 29 gyermek esetében (13 %).

Magányosság jellemző 17 gyermek érzelmi életére (8%). Ez fontos diagnosztikai támpont, hiszen a közösségeknek nagy szerepe van a gyermekek egészséges személyiségfejlődésében.

Sajnos már ebben a korosztályban is megjelentek a különböző súlyos pszichés tünetek, melyek orvosi- pszichiátriai és esetenként gyógyszeres segítséget is igényelnek. Ilyenek például a szkizoaffektív pszichózis (2 eset), nem diagnosztizált szkizofrénia (1 eset), suicid veszély – ez utóbbi 10 esetben állt

fenn, az érintett gyermekek közül háromnak suicid kísérlete is volt. Melankóliás 2, depressziós 8, autisztikus 3 gyermek. Elsődleges enuresis 5, encopresis 2, kórházi- pszichiátriai kezelés 6 fő esetében fordult elő, ők gyógyszeres kezelésben is részesültek.

Fentiekén kívül szívproblémája három, állandó fejfájása két, súlyos és hosszantartó krízisállapota szintén két gyermeknek volt. (Három óvodás gyermekkel például koldult a szülője az utcán.)

A gyermekek kapcsolati zavarai

Nagyfokú agresszivitást mutat 17 gyermek (8 %), szófogadatlan, ellenkező –
opponáló – magatartás jellemez 19 gyermeket (9%).

Kifejezetten szabálysértő 5, csavarog 11, az iskolából rendszeresen hiányzik 8 gyermek.

3. ábra

Banda típusú csapatba jár 2 fő, bűncselekményt követett el 2 fő (természetesen még nem büntethetők, életkoruk miatt). Ez ilyen korban még ritka dolognak számít. Szerencsére kábítószer használó vagy kipróbáló gyermekkel ebben a korosztályban még nem találkoztunk.

Összegezve az adatokat, összesen tehát 64 gyermeket érintenek az aszociális személyiségfejlődésre utaló tünetek (43 fiút és 21 lányt. Ez az összes bekerült korosztályi populáció 34%-a.

Terápiás jellegű és szakszerű foglalkozások révén, egyéni törődéssel, az önismeret fejlesztésével, dicséretekkel, helyes motiválással és aktivizálással remélhetőleg sikerül elérni, hogy ezek közül a gyermekek közül a továbbiakban senkinek nem lesz kriminalitás szempontjából veszélyeztetett a személyiségfejlődése.

Terápiára, fejlesztésre vonatkozó javaslataink:

- pszichológiai foglalkozások (23 fő)
- fejlesztő pedagógiai foglalkozások (14 fő)
- sürgős logopédiai kezelés (7 fő)
- családterápia (6 fő)
- anya-gyerek párterápiára irányítás (3 fő)
- tanulási képességvizsgáló bizottsághoz való utalás (10 fő).

Az elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok:

- nevelőszülőhöz való kihelyezés (65 fő)
- gyermekotthon (69 fő)
- lakásotthoni elhelyezés (55 fő)

- egészségügyi gyermekotthon (2 fő)
- családba fogadás (8 fő)
- családba való visszahelyezés (51 fő)

III. Felső tagozatos és ifjúsági korosztály

A vizsgálati mintából 311 fő tartozik ebbe a korosztályba – 158 fiú és 153 lány.

Családi háttér

Az ifjúsági korosztályban már nincs olyan drámai hatása a családi körülményekből fakadó problémáknak, mint az óvodás, illetve kisiskolás csoportban, hiszen a gyermekek már idősebbek, érettebbek, jobban felkészültek a nehézségek elviselésére. Mégis minden esetben vizsgáljuk a bekerülés körülményeit és azokat a családi adottságokat, melyek javíthatják a gyermekek egészséges személyiségfejlődését.

A szülők lakhatási problémái 19 esetben szerepelnek a beutalás indokaként. Ez az előző korosztályokéhoz képest kisebb esetszám, de így is figyelemfelkeltő adat.

2003-ban 13 bekerült gyermek szülője volt hajléktalan, ami emelkedő mértéket mutat, hiszen az előző évben csak 5 családot sújtott a hajléktalanság és az ezzel együtt járó teljes elszegényedés, illetve egzisztenciális krízis.

4. ábra

Ebben a korosztályban is megjelentek a pszichológiai jegyzőkönyvekben az szülői elhanyagolás, illetve a bántalmazás és abuzus különböző formái.

A szülői elhanyagolás e korosztályban 41 esetben fordult elő, ez az előző évi adathoz képest növekedést jelent.

Megemlítendő viszont, hogy a különböző elhanyagolások következtében 10 gyermek saját maga kérte a beutalását gyermekotthonba a szülői környezet elviselhetetlensége miatt.

Bántalmazás 12 esetben fordult elő.

5. ábra

A szülői devianciák közül kiemelkedik a szülők alkoholizmusa. Ez 28 gyermeket érintett (9%).

Börtönben, illetve előzetes letartóztatásban van 15 gyermek szülője. (8-an szabadságvesztés büntetést töltenek, és 7-en vannak előzetes letartóztatásban különféle bűncselekmények miatt.)

A gyermekek szeme láttára zajló, szülők közötti verekedések 10 gyermek esetében fordultak elő.

A gyermekek érzelmi állapota

A vezető pszichés tünetek ebben a korosztályban legmarkánsabban a depresszió, illetve a szorongás és önértékelési zavar formájában mutatkoznak meg.

A másik jellemző tünetegyüttes a kapcsolati zavarok között értékelt agresszió, oppozíció és szabálysértő magatartás.

A neurózis versus aszocialitás mint személyiségfejlődési problematika vitatott a szakmai klinikai pszichológiai diagnosztizálás terén, hiszen nagymértékű átfedések mutathatók ki a különböző kategóriák között.

A különböző személyiségproblémákat viszont mindenképpen a helyes segítő és védő támogató és motiváló nevelői hozzáállás oldja majd meg – akármilyen személyiségfejlődésről van szó.

A vizsgált gyermekek között szorongásos és önértékelési zavarai 22 főnek voltak.

Depressziós, indítékszegény alaphangulat, illetve érzelmi hozzáállás 15 esetben fordult elő.

Suicid veszélyt jelzett 9 fő jegyzőkönyve, amelyre oda kell figyelnünk: csak megfelelő törődéssel és motivációval küszöbölhetők ki ezek a tendenciák.

Kórházi kezelésre, pszichiátriai ellenőrzésre és gyógyszerelésre szorult a korosztályból 18 gyermek (5 %).

A szociális fejlődés zavarai

A gyermekek agresszív jellegű megnyilvánulásai gyakran említésre kerülnek a gyermekek korábbi iratanyagaiban.

A jegyzőkönyvek 33 gyermek esetében említenek agressziót, ami iskolatársakkal szembeni durvaságot, verekedésekben való részvételt jelent. Az opponáló magatartás pszichológiai szempontból úgy értelmezhető, hogy gyermek/fiatal elvesztette a hitét a felnőttekben, már nem bízik bennük eléggé. Ez 23 esetben volt tapasztalható.

Szabálysértő magatartás jellemezte a gyermekek 5%-át, 10 fiú és 6 lány esetében mutatják ezt a jegyzőkönyvek.

Iskolából való hiányzások, csavargások 26 gyermeknél/fiatalnál fordultak elő. 19 gyermek sodródó és éngyenge.

Bűncselekményt követett el 18 gyermek/fiatal (14 fiú és 4 lány), ezek általában csoportosan elkövetett lopások stb. voltak.

Az ifjúsági korosztály körében 32 gyermek esetében találtunk kábítószer használatára utaló feljegyzést (a kábítószerhasználat mértéke nem megállapítható).

6. ábra

Ebben az évben is tartalmazzák a jegyzőkönyvek a tehetséggondozásra utaló javaslatokat, illetve a gyermekek kiemelten pozitív tulajdonságait.

Sokan sportolnak, hárman közülük egyesületben (két fiú boxol, egy öttusázik), egy lány a balettintézetben táncművészetet tanul.

Sok a kifejezetten jó humorérzékű gyerek (ez hármukra különösen jellemző), mások szorgalmukkal, rendszeretükkel tűnnek ki a társaik közül. Általában a gyermekek szeretik az iskolát, néhányuk kifejezetten kedveli. (Ebből a szempontból 8 fő van külön kiemelve).

Az elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok

- gyermekotthon (148 fő)
- gyermekotthoni speciális csoportba való helyezés (22 fő)
- lakásotthon (67 fő)
- utógondozói ellátás (10 fő)
- anyaoththon (4 fő)

- kollégium (4 fő)
- családba való visszagondozás (56 fő).

Különleges és speciális szükséglet megállapítása

A Szakértői Bizottság törvényben meghatározott feladata, hogy szakértői véleménnyel lássa el a különleges szükségletű gyermekeket. A vélemények a tanulási képességet vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság javaslata, illetve orvosi zárójelentések és szakvélemények alapján készültek 422 gyermek esetében. Életkorukból adódóan a különleges szükségletű gyermekek száma 180 volt.

A korábban már átmeneti nevelésbe vett gyermekek esetében speciális szükségletek megállapítására, illetve felülvizsgálatára 36 esetben került sor.

Jegyzetek

1 A beszámoló összeállításában közreműködött: Virágh Gábor klinikai szakpszichológus

2 E fejezet Buzás Tibor, Hajdú-Bihar megyei szakértői bizottságvezető munkájának felhasználásával készült.

