

Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

V. évf. 1. szám 2006. február

A fogyatékosokról

2

Női jogokról

14

Az adatvédelemről

26



Közép-Dunántúl régióról

32

Fejlesztési tervekről

42

22

22

dr. Lovász László

A fogyatékos emberek helyzetéről

- a filozófiától a demográfiáig

Rövid filozófiai áttekintés

A modern korban a fogyatékos emberek a korlátozott lehetőségeikből és a társadalom attitűdjéből eredően leginkább a szociális ellátórendszer (passzív) ügyfeleivé váltak. A szociális ellátórendszer azonban gyakorlatilag csak a rászorultság elve alapján tudja értelmezni a fogyatékos emberek problémáit.

Czucz Ottó szerint ahhoz, hogy egy társadalom biztonságosan és fenntartható módon funkcionáljon, megfelelő szociális intézményrendszert kell működtetni. Azokat a helyzeteket, amelyekre a szociális ellátások fókuszálnak, ún. megélhetési (reprodukciós) zavaroknak nevezzük (Czucz, 2005:11.). A fogyatékos emberek azonban nem azért szenvednek reprodukciós zavarban, mert önmagukban fogyatékosok, hanem azért, mert nem olyan környezetben léteznek, élnek, amely magasabb szintű társadalmi felelősséggel képes a helyzetüket értékelni és arra pozitív módon reagálni. Tehát a reprodukciós zavaruk elsősorban nem segély típusú megoldással küszöbölhető ki, hanem haladóbb társadalmi szemlélettel és integrációval.

A fogyatékoság megítélése ugyan koronként és történelmileg változott, annyi azonban bizonyos, hogy, mint Könczei rámutat: „[...] bár a kutatások által kellően még nem igazolt, mégis meg lehet kockáztatni, hogy maga a kultúra, tehát maguk a nagy humán kultúrák, mint például a régi zsidó tradíció, az ógörög hagyomány, az óegyiptomi kultúra vagy a kereszténység nem diszkriminálnak: tehát a fogyatékos emberrel kapcsolatos előítéletek nem a nagy kultúrákból erednek, hanem atavisztikus ösztönök, pogány babonák, vallásos balhiedelmek és a fogyatékos emberek mássága folytán az egyes nagy kultúrák dominanciája mellett, ezekkel való kölcsönhatásban termelődnek és születnek újjá.”(Könczei, 1994:20-21.)

Abban sokan egyetértenek, hogy a fogyatékos személyeket támogatni kell, hogy az időseket védelemben kell részesíteni, akárcsak a kismamákat vagy a terhes nőket, azonban ez a mindennapi életben sokszor nem így van. Az emberek ugyanis hajlamosak ugyanarról a kérdésről másképp gondolkodni általánosságban, illetve akkor, ha az konkrétan jelenik meg, mert egy adott személyben – anélkül, hogy tudatosulna benne – akár több, eltérő attitűdréteg is megtalálható. Ugyanakkor az is az élet része, hogy az emberek alapvetően tisztában vannak a törvények céljaival és a kívánt hatással, mert a jogszabályok alapja – jó esetben – valamilyen vallási, erkölcsi norma normatív szintre emelése, ahogyan Badó kifejti: „A jog az erkölcsi normák jó részét kodifikálja, így anélkül, hogy az emberek esténként a büntető vagy polgári törvénykönyvet bújnak, tisztában vannak azzal, hogy a lopás büntetendő, a tartozást vissza kell fizetni.” (Badó-Loss, 2000:138.) Másfelől nem szabad abba a hibába esni, hogy a jogszabályok önmagukban túlzottan nagy hatást gyakorolnak az emberekre, s ezért nagy a jogalkalmazó felelőssége is.

Komoly vita zajlik a szakirodalomban a tekintetben, hogy a tolerancia nyugati erény-e. Az általános nyugati (ide sorolva magunkat is) vélekedés az, hogy a Nyugat a szabadabb, toleránsabb világhoz tartozik, s ennek gyökerei kizárólag a nyugati kultúrában találhatók meg. Sen szerint azok „[...] az értékek, amelyek az európai felvilágosodás és a többi viszonylag friss fejlemény nyomán váltak hétköznapivá és elterjedtté, nemigen vehetők a Nyugat évezredekre visszatekintő öröksége részének.[...] A tolerancia értéke – azaz, hogy tolerálni kell különféle emberek különféle hitét, elkötelezettségét és tetteit – más, mint a tolerancia egyenlősége, ami azt jelenti, hogy az egyvalakivel szemben tanúsított toleranciát értelemszerűen mindenkivel szemben tanúsítani kell (kivéve, ha az egyesekkel szembeni tolerancia a másokkal szembeni intoleranciához vezet). Megint csak az a helyzet, hogy a korai nyugati írások bőségesen sorolják az érveket a mellett, hogy a toleranciára szükség van, ám ez nem egészül ki azzal, hogy a toleranciát egyenlően kellene osztani. A demokrácia és a liberalizmus modern eszméinek gyökereit mint alkotóelemeket, s nem mint egészet kell keresnünk.” (Sen, 2003: 358-359)

Szakemberek szerint a fogyatékoság orvosi-biológiai, szociológiai és jogi értelmezése igencsak eltér egymástól. Egyre inkább elterjedő (szociológiai) felfogás szerint a rossz

egészségi állapot (az első két fok, tehát a sérülés és a panasz) csak meghatározott környezeti feltételek esetén jelent egyben korlátozottságot is.(Juhász, 2004b: 17.) Az eltérő definíciók eltérő méretű és sajátosságú fogyatékos populációkat fednek le. Azaz adott esetben például „az [értelmi] fogyatékoság megállapítása többféleképpen lehetséges és a különböző felfogások szerinti kategorizálás eltérő létszámú embercsoportot nyilvánít [értelmi] fogyatékosnak.” (Bánfalvy, 1996: 11-12.) Ehhez viszont nehéz igazítani a jogi szabályozást, mert a jog nem önmagáért van, hanem a szándékozott tartalom, illetve törekvés (jogi) keretek, azaz normák közé szorítása révén kívánja a jogalkotó elérni a kívánt hatást, lehetőleg normatív, azaz minél egységesebb, vagyis a megcélzott kör minden egyes tagjára kiterjedő és azonos módon.

Identitás, mint a kohézió eszköze

Kérdés, hogy a fogyatékos emberek képeznek-e önálló társadalmi csoportot. Erre sokféle válasz létezik, természetesen az identitás alapján (is). Az identitásra vonatkozóan a szakirodalom meglehetően bőséges. Huntington szerint: „Az identitás olyan, mint a bűn: bármennyire szeretnénk, nem tudunk megszabadulni tőle. [...] Az identitás valamely egyén vagy csoport önértelmezése. Az öntudat terméke: én vagy mi sajátos tulajdonsággal bírok vagy bírunk, amelyek megkülönböztetnek engem tőled, vagy minket tőletek. A megszületett gyermek is rendelkezik az identitás bizonyos elemeivel: van neve, neme, származása és állampolgársága.” (Huntington, 2005: 52) Az emberi magatartás alapvető vonása tehát a megkülönböztetés gyakorlata, ez egyrészt természetes és pozitív dolog, amennyiben a társulásra irányul, másrészt, mint mindent, ezt is a visszájára lehet fordítani.

Huntington gondolatmenetét így folytatja „[...] az identitásokat túlnyomórészt felépítik. Az emberek valamilyen nyomás hatására, ösztönösen és szabad akaratukból, vagy ezek változatos elegyéből hozzák létre identitásukat. [...] Az identitásokat az egyének képzelik el: identitás az, amiről azt gondoljuk, hogy mi vagyunk, és ami lenni akarunk.” (Huntington, 2005: 54.)

A helyzetet az is bonyolítja, hogy az egyének egyszerre több identitással (jellembeli, területi, gazdasági, kulturális, politikai, társadalmi és nemzeti stb.) bírnak. Ezek közül a leginkább

domináns és sajátos magatartást indukáló identitás a kisebbségi lét érzete: „Amennyiben valamely országban az emberek nagy többsége azt gondolja, hogy valamely kisebbségi csoport tagjai lényegükönél fogva hátrányos helyzetűek és alacsonyabb rendűek, a kisebbségi csoport tagjai magukévá teszik ezt a gondolatot, s ez ettől fogva beépül identitásukba.” (Huntington, 2005: 55.)

Schöpflin egyenesen azt állítja, hogy a kisebbségi lét és az áldozatiság között összefüggés van, és „[a]z áldozatiság diskurzusai az 1990-es évek egyik legfigyelemreméltóbb újítását jelentik. Valamiféle, a múltban megvalósult valós, vagy képzelt sérelem teremti meg egy ilyen diskurzus számára az előzményt, ami aztán szimbolikus erőt és rezonanciát kap, az adott közösség pedig – mint áldozat – ez által morálisan felsőbbrendűvé és sérthetlenné válik. [...] Az áldozatiság az identitásteremtés egy igen hatékony formája, mivel kielégíti a morális hasznosság érzetére vonatkozó igényt, mindezt pedig viszonylag egyszerű eszközökkel teszi. Van azonban e diskurzusoknak egy általában nem tudatosított hátránya, a kérdéses közösséget túlságosan is múltja felé fordítják, és bár morális értelemben kielégítik, egyúttal megfosztják cselekvési szabadságától.” (Schöpflin, 2003: 44.)

Az áldozatiság mint negatív előjelű szerep mellett igen fontos – pozitív előjelű – tényező az elismerés iránti vágy. Ahogy Fukuyama állítja: „A politikában gyakorta válik központi jelentőségűvé az emberi méltóság kérdése és ezzel összefüggésben az elismerésre való vágyakozás. [...] Az elismerésért folytatott küzdelem nem gazdasági jellegű: nem pénzt akarunk, hanem azt, hogy embertársaink a nekünk szerintünk kijáró módon tiszteljenek bennünket.” (Fukuyama, 2003: 201-202.)

Mindezek alapján talán meg lehet kísérelni azt a következtetést, hogy a fogyatékos emberek rendelkeznek olyan csoportképző pozitív és negatív jegyekkel, amelyek alapján sikeresen kooperálnak egymással. Múltban elszenvedett sérelmeken nyugvó, személyesen átélt megkülönböztetés az osztályrészük.

A közös problémákra együttesen és közösen várják a megoldást. Specialitásuk az etnikai kisebbségekhez képest, hogy nincs „vérvonal” köztük, azaz a fogyatékos emberek között az etnikai megoszlás esetleges. A kérdés az, hogy a géntechnológiai újítások kapcsán a közös jövő is elképzelhető-e. Illetve, a most még nem megvalósítható, ám a jövőben esetleg

lehetéssé váló különböző genetikai alapú kezelések, vagy akár a magzatoknál történő – pl. az intelligenciát növelő – beavatkozások révén maga a fogyatékoság nem válik-e relatívvá? És így egyetemes (emberi jogi) kérdésből ismét egyéni problémává válik-e a fogyatékoság?

Fogyatékos emberek, mint társadalmi csoport

A hétköznapi ember számára egy fogyatékos „elzárkózik” a társadalomtól, sőt vannak olyan állampolgárok, akik szerint ez egyenesen kívánatos is volna (Kálmán-Könczei, 2002: 496). Az Amerikai Egyesült Államokban az 1960-as évektől kezdődően, de különösen a kilencvenes években felerősödött egy olyan folyamat, amelynek köszönhetően az „önálló életvitel” keretén belül a fogyatékosok teljes jogú emberként, egyenrangú polgárként vesznek részt a mindennapokban. Ezzel szemben egészen a nyolcvanas évekig számos országban az volt a modell, hogy viszonylag nagy anyagi ráfordítással a fogyatékosokat (különösen az értelmi fogyatékosokat) szabályosan és hermetikusan speciális intézetekbe zárják, ahol az életüket szinte fogolyként élik le, mert a cél az, hogy a társadalom „egészséges” tagjai számára még csak ne is legyenek láthatóak.

A csoportkohézió elméleteit alapul véve számos elgondolás létezik, ám a kutatók általában megerősítik azt a tételt, hogy a csoportok önmaguktól nem képeznek zárt rendszert. Pataki és Hunyadi azt állítja, hogy: „[...] a természetes emberi csoportok a legkevésbé sem minősíthetők «zárt rendszernek». A valóságos csoportok rendkívül sokrétű kölcsönhatásban állnak a közvetlen környezetüket alkotó társas mező [...] különféle szintjeivel és azok folyamataival. A csoport minden tekintetben nyitott rendszer, amelynek belső történései nem szakíthatók el sem ökológiai-szociológiai tényezőktől, sem pedig attól a szélesebb szociális rendszertől, amelybe integrálódik, s amelynek részeként, elemeként működik. De «nyitott» a csoport a tagok személyiségjellemzői felé is” (Pataki - Hunyadi, 1972: 128.). Azonban a csoportok képződésének lehet olyan alapja, ösztönös motivációja, hogy a különböző tulajdonságokkal rendelkező, ám a közmegítélés szerint valamilyen közös jellemzővel rendelkező emberek csoportját a társadalom maga kívánja „bezárni”, kirekeszteni egy társadalmi zárványba.

Erkölcseileg mindenképp igazolható az a meglátás, miszerint: „Minden társadalom humanitásának egyik fokmérője az, hogy az adott társadalom hogyan viszonyul fogyatékos tagjaihoz. Ha a különböző fogyatékoságok – érzékszervi, testi, mozgás- és értelmi fogyatékoság – társadalmi jelentőségét, súlyát vizsgáljuk, akkor az értelmi fogyatékosok csoportja jelenik meg első helyen, mind az érintettek számaránya, mind az ellátandó egészségügyi, nevelési, rehabilitációs feladatok szempontjából. [...] Az értelmi fogyatékosokkal, különösen a közép súlyos és súlyos fogyatékosokkal való társadalmi bánásmód története azt bizonyítja, hogy sorsukat igen gyakran és igen sokáig a társadalomból való kirekesztés, az elkülönítés határozza meg, a nem fogyatékos embertársak részéről pedig az elutasítás volt a jellemző.” (Lányiné Engelmayer - Marton, 1991: 7.)

Ezt a kérdést Kálmán és Könczei is hasonlóan látja: „Minden társadalmat szemléletesen jellemez a múltjához (öregek), a jelenéhez (például súlyos betegekhez, a fogyatékosággal élő emberekhez) meg a jövőjéhez (gyermekek) fűződő viszonya.” (Kálmán-Könczei, 2002: 29.) A szerzők azt is hozzátézik, hogy a fogyatékosággal élőkkel való kiemelt bánásmód Frans de Waal kutatásai alapján már a csimpánzok körében is kimutatható (Kálmán-Könczei, 2002: 31).

Tehát, mint Pályi István fogalmaz: „[...] egy társadalom magasabbrendűsége, emberközpontúsága azon is lemérhető, hogy hátrányos helyzetű tagjait mennyire hagyja magára – vagy mennyire gondoskodik róluk” (Pályi, 1988: 3.). Ugyanis „[...] a személyiség sorsát nem önmagában a fogyatékoság dönti el, hanem annak társadalmi következményei, valamint társadalmi-pszichológiai realizálása” (Vigotszkij, 1987: 31). Tudniillik „[...] maga a fogyatékoság hatása minden esetben másodlagosnak, nem közvetlennek, visszatükröződőnek bizonyul [...] [A] gyermek a saját fogyatékoságát közvetlenül nem érzékeli. Ő azokat a nehézségeket fogja fel, amelyek a fogyatékoságból következnek. A fogyatékoság közvetlen következménye a gyermek társadalmi helyzetének csökkenése; a fogyatékoság társadalmi rendellenességgé alakul. Minden emberi kapcsolat, az összes momentum – melyek meghatározzák az ember mint az élet résztvevőjének helyét a társadalmi környezetében, szerepét és sorsát –, a társadalmi lét összes funkciói átalakulnak” (Vigotszkij, 1987: 30).

Társadalmi környezet, társas kapcsolatok nélkül nem jöhet létre teljes értékű emberi beszéd. A társadalom a kommunikáció mentén épül fel és szerveződik, fejlődik napról-napra. Aki képtelen vagy csak korlátozott módon képes kommunikálni, az az „egészséges” társadalomban elveszett, hacsak nem teszik lehetővé a számára, hogy más, de „ép” képessége révén felzárkózhasson a többségi társadalomhoz, ugyanis „[...] a pszichológiai funkciók területén az egyik képesség hiányossága teljes mértékben vagy részben kompenzálódik a másik képesség intenzívebb fejlesztésével. [...] A személyiség funkciói nem monopolizálódtak, ilyenformán amikor egyes tulajdonságok rendellenesen, gyengébben fejlődtek ki, nem feltétlenül és nem minden esetben sínyli meg azt az elvégzendő feladat; a személyiség szerves egységének köszönhetően más képességek átvállalják a feladat végrehajtását” (Vigotszkij, 1987: 26.).

„A modern defektológia központi tétele a következő: minden károsodás létrehozza a kompenzációk kidolgozásához szükséges ösztönzőket. Ezért a fogyatékos gyermek dinamikus vizsgálata nem korlátozódhat a fogyatékoság mértékének és súlyosságának a megállapítására, de feltétlenül figyelembe kell vennie a gyermek fejlődésében és viselkedésében a kompenzációs, azaz a pótló és kiegyenlítő folyamatokat.” (Vigotszkij, 1987: 25.)

A károsodások kompenzálása, az ember mint önfejlesztő rendszer egyik legfontosabb tulajdonsága: „Ha egy vak vagy siket gyermek fejlődése során ugyanazt éri el, mint a normális gyermek, a károsodott gyermekek ezt más módon, más úton, más eszközökkel érik el, és a pedagógus számára nagyon fontos tudni ennek az útnak a sajátosságát, amelyen vezetnie kell a gyermeket. A sajátosság kulcsát a fogyatékoság hátrányának a kompenzálás javára történő átalakulása törvénye adja.” (Vigotszkij, 1987: 29.)

Ugyanakkor „[a] szociológusok arra is rámutattak, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek válfajai nem egymás mellett, egymástól elkülönítve jelentkeznek, hanem egymással összekapcsolódva, egymással kölcsönhatásban, nem egyszer egymást felerősítve hatnak” (Földes, 1983: 200.).

Néhányan egyszerűen képtelenségnek gondolják, hogy a fogyatékosággal élők valami „hasznosat” is produkálhatnak (Kálmán-Könczei, 2002: 497, 499.), pedig Földes szerint „[az]

esélyegyenlőtlenségek csökkentésének elsődleges társadalmi, gazdasági-politikai stb. haszna abban nyilvánul meg, hogy elősegíti, hogy «mindenki a képességeinek megfelelő helyre kerüljön», ahol – elvileg – többet tud nyújtani a társadalom számára. Ebben az esetben a mobilizáció tömegméretű érvényesülése következtében az egyén sorsa nem attól függ, hogy milyen családba született, s ez elősegítheti, hogy bizonyos kontraszelekciós hatások nem, vagy csak kevésbé érvényesüljenek a társadalomban” (Földes, 1983: 264.).

Ahogy a fogyatékoság, úgy a fogyatékosok történelmi megítélése is koronként és földrajzilag változott. Különösen vonatkozott ez Európára, amikor a 30-as években megtörtént az, hogy fogyatékkal élő embereket az államhatalom önkénye folytán a tényleges bejegyzésük nélkül erőszakosan kasztráltattak, vagy megmérgezték őket, ugyanis a nemzetiszocializmus „[...] nem hisz a fajok egyenlőségében, hanem különbségeikkel együtt felismeri azok nagyobb vagy kisebb értékét, s kötelező feladatként ismeri el, hogy támogassa a jobb és erősebb győzelmét, valamint követelje az alacsonyabb rendű és gyengébb alávetését. Ezzel elvi szinten a természet alapvető arisztokratikus eszméjét szolgálja, s hisz e törvénynek a minden egyes személyre igaz érvényességében. Nemcsak a fajok különböző értékeit látja, hanem az egyének különböző értékeit is” (Shirer, 1995: 55.). Az 1997-98-as években emlékeztető botrányorozat robbant ki néhány nyugat-európai országban, mivel bizonyos fogyatékosokkal élőket egészen a hetvenes évekig kasztráltattak, emberi jogukat és különösen az emberi méltóságukat mélyen, megbocsáthatatlanul és helyrehozhatatlanul megsértve.

A fogyatékoság mibenléte, definícióinak nehézsége

Felfogásom szerint a fogyatékos emberek jogai (illetve e jogok érvényesülését garantáló eszközök) alapvetően az emberi jogi kategóriába tartoznak, és ilyenként szervesen illeszkednek az emberi jogok rendszerébe és azok fejlődésébe.

A fogyatékoság mint csoportkohéziós identifikációs tényező más és mást jelent az USA-ban és az Európai Unió tagállamaiban, illetve az európai szubkontinensen. Tekintettel arra, hogy a fogyatékoság korszerű megítélésében alapvetően csak a XX. század második felétől

következett be elmozdulás az orvosi modelltől az emberi jogi modell felé, mind a meghatározások, mind a rájuk épült intézményrendszerek szinte országoként eltérőek.

Ma elmondható, hogy nincs egységes definíció, nincs teljesen megegyező politika sem. Így lehet az, hogy a különböző országokban más és más populációt érint az állami eszközök rendszere a fogyatékos emberek tekintetében. Sőt számos olyan európai ország van, ahol nem definiálják a fogyatékos fogalmát az anti-diszkriminációs politikáknál. Ez igaz pl. Belgiumra, Dániára, Franciaországra, Hollandiára (Baseline Study, 2004: 37., 39., 42., 45.). Sőt, Németországon belül a tartományok is eltérő fogalmakat használnak: Berlinben inkább orvosi, míg Szász-Anhalt tartományban inkább szociális fogalmat alkalmaznak (Baseline Study, 2004: 48.). Degener szerint ez annak köszönhető, hogy valójában nagyon nehéz meghatározni, hogy hol van a határ a fogyatékos és az ép állapot között, ráadásul a gyorsan fejlődő orvostudomány is folyton módosítja ezeket a határvonalakat. Másfelől a szociálisan rászoruló, fogyatékossgal rendelkező csoport, illetve a hátrányos megkülönböztetéssel szembeni jogi védelem alá helyezett populáció összetétele, nagysága eltérő, mivel az előbbi a szociális támogatások tekintetében (egyre szűkülő mértékben), míg a másik az emberi jogi aspektusból (egyre szélesebb mértékben) vizsgálja a definíciót (Degener, 2004: 4-5.).

A fogyatékossga vonatkozó nemzetközi adatok összehasonlítása összességében nagyon nehéz, mert a fogyatékossga konkrét tartalma az adott állam (szociális, jogi) rendszerétől függ. A rokkantak foglalkoztatásának és foglalkoztatási rehabilitációjának politikája a legtöbb országban a háborús sérültek támogatásával kezdődött, és nagyon hosszú idő telt el annak a felismeréséig, hogy a fogyatékos ember alkalmas jövedelemszerző tevékenységre (Juhász, 2004a: 45.). További példa, hogy a szervátültettek az USA-ban fogyatékos embereknek minősülnek, míg hazánkban nem. A helyzetet bonyolítja, hogy számos esetben nem határozható be a pontosan az érintett személyek száma sem, mert az (orvosi) minősítés, a lobbyérdekek és -erő, a média és a népesség hozzáállása országoként más és más. Elfordulhat továbbá, hogy valójában szociális, illetve szegénységpolitikai megfontolások állnak egy-egy, látszólag a fogyatékossgához kapcsolódó intézkedés, jogi szabályozás mögött. (Ilyen a rokkantosítás tömegessé válása hazánkban vagy más posztkommunista államokban, és néhány nyugat-európai országban).

Nem lehet pusztán a testi károsodások, sérülések alapján minősíteni az embereket, mert ugyanazon sérülés eltérő környezetben az önálló életvitel, a mindennapi életben való boldogulás nehézségei szempontjából gyökeresen eltérő eredményeket hozhat. Példa erre, hogy az EDF kimutatása szerint Finnországban minden harmadik (32%), míg Romániában minden huszadik (5,8%) ember fogyatékos. Nos, ez az adat önmagában természetesen megtévesztő, ha nem tudjuk, hogy az adatok mögött mik a realitások. A fogyatékoság és a rokkantság új – az 1970-es évektől jellemző - társadalmi-gazdasági jellegű szemlélete (szemben az orvosi szemlélettel) módosította, árnyalta a fogalmakat is (Juhász, 2004b: 19.). Ennek megvizsgálása azért is szükség van, mert Juhász szerint ezzel szemben a magyar rokkantsági és fogyatékosági ellátórendszerek jelenleg a fejlett országok által a múlt évszázad közepén (!) megélt fázisában működnek.

A fogyatékoság megítélése még egy adott országban is sokat változhat. Így mást ért a fogyatékoság, a rokkantság alatt a közvélemény, a politikusok, a közigazgatás, a média és az orvosi társadalom. Ennek megfelelően eltérőek a fogalmak mentén megfogalmazott érdekek is, hiszen például a politikusok hajlamosabbak többszavazat-szerzés miatt támogatni a meghatározások oly mértékű módosítását, hogy egyre több ember kerül az ellátórendszerbe, míg az orvosok, akik a jobb minőségű műszerezettségben és a szakmai fejlődésben érdekeltek, vagy a biztosítók és a finanszírozásért felelős szervek, szervezetek a profit növelése és a költségek csökkentése érdekében szűkítenék az ellátásba bevont személyek körét.

A fogyatékoság és a rokkantság fogalmát az állami és önkormányzati igazgatás területén sem egyformán használják, hiszen az egyes ágazatoknak megvan a saját érdekük, a saját mozgásterük. Így ugyanannak a fogalomnak más és más a mögöttes tartalma például az adórendszerekben, a diszkriminációellenes joggyakorlatban vagy a különböző foglalkoztatási kvótáknál. A jelenlegi helyzet vizsgálatát nehezíti, hogy gyakorlatilag nem állnak rendelkezésre pontos és egzaktan kimutatott adatok sem a fogyatékos emberek számáról, sem az ellátások rendszeréről, illetve azok (nem jelentéktelen) költségvetési vonzatairól. Ennek eredményeképpen a szabályozás eltérései miatt gyakorlatilag képtelenség a korrekt statisztikai összehasonlítás, s ez a hazai adatok nemzetközi összevetésére is vonatkozik.

A fogyatékos emberek rehabilitációjáról – fogalmi alapvetés

A fogyatékos emberek társadalmi integrációját elsősorban a rehabilitáció mint cél és tevékenység biztosíthatja. Fontosnak tartom, hogy röviden bemutassam a szakirodalomban a rehabilitáció kapcsán előforduló főbb fogalmakat.

Rehabilitáción a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által adott meghatározás szerint „azt a szervezett tevékenységet értjük, amelyet a társadalom biztosít a huzamosan vagy véglegesen fogyatékos vagy rokkant embereknek, hogy megmaradt képességeikkel ismét elfoglalhassák helyüket a közösségben. A rehabilitáció orvosi, nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, az egyénre szabott alkalmazása, amelyben a rehabilitálandó ember tevőleges részvétele nélkülözhetetlen” (Kálmán-Könczei, 2002: 92.).

A rehabilitáció fogalma sokat változott az elmúlt évszázadban is, legújabban komplex rehabilitációról beszélünk (ami lényegében a korábban vázolt definíciót takarja). A komplex rehabilitáció több elemből áll, szerencsés esetben ezek az elemek egymásra épülnek, és folyamatosan nyomon követhetők.

Az első szakasz, elem az ún. orvosi rehabilitáció. Ennek célja, hogy az orvostudomány eszközeivel a fogyatékos és rokkant emberek meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészben visszanyerjék, és képessé váljanak a beilleszkedésre a családban, munkahelyen és a társadalomban.

A pedagógiai rehabilitáció egyrészt a fogyatékos gyermekek speciális oktatását, gyógypedagógiai nevelését, másrészt a munkaképes korú emberek szakmai képzését, új szakmákra átképzését jelenti. A foglalkoztatási rehabilitáció pedig olyan munkahelyet, munkakörülményeket biztosít, ahol és amelyekkel a megváltozott munkaképességű ember állapotának romlása nélkül tud dolgozni úgy, hogy közben a társadalmi presztízse, státusza lehetőleg előnyösen, de semmiképpen nem hátrányosan változik.

Végül a szociális rehabilitáció az anyagi támogatás és/vagy szociális gondozás, személyes segítség mellett az életvitelt segítő eszközökkel való ellátást jelenti, így az akadálymentes lakás, a hozzáférhető épített környezet és a közlekedési lehetőségek biztosítását, a szabadidő kulturált és egyenrangú eltöltésének elősegítését, az érdekképviselői szervek egyes szolgáltatásainak igénybevételét és a társadalom szemléletének formálását. Mindezen elemek (egymásra épült) összessége jelenti tehát a komplex rehabilitációt.

Szám adatok a fogyatékos emberekről és a jövő árnyai

Statisztikai adatokra óhatatlanul is támaszkodnom kell, annak ellenére, hogy a hivatalos statisztikai felmérések és adatbázisok sajnálatosan nem mindig megfelelőek, nem megbízhatóak, pontatlanok. Abberley szerint „a statisztikákat sajátos társadalmi és történelmi körülmények között élő meghatározott embercsoport, sajátos célok érdekében hozza létre, és csak ilyenekként értelmezhetők” (Tausz, 1995: 385.). Mike Oliver úgy látja: a hivatalos politika igyekszik a fogyatékoságot egyéni, individuális kérdésként, problémaként kezelni (Tausz, 1995: 387.). A hivatalos statisztikai kérdőívek már megjelenítik ezt az állami szándékot, hiszen a kérdőívek megszerkesztése során ilyen kérdéseket is szerepeltetnek: „Egészségi problémája/fogyatékosága befolyásolja-e ... munkavégzésében?”

A KSH szerint „[a]z utóbbi évtizedekben nemcsak hazánkban, hanem a világ más országaiban is növekedett a rokkantak és a különböző fogyatékosággal élők száma és aránya. Ezt a folyamatot sok tényező (demográfiai, egészségügyi, általában jogkiterjesztést tartalmazó társadalombiztosítási rendelkezések, az életkörülmények változása, a tudományos-technikai fejlődésből adódó változások stb.) befolyásolja. A fogyatékos emberek a magyar társadalom leghátrányosabb helyzetű csoportjainak egyikét alkotják” (Kapitány– Dr. Lakatos, 2004: 40.).

A KSH 2001-es népszámlálási adatai alapján 1990 és 2001 között majdnem a duplájára emelkedett a fogyatékos személyek száma (577 000 fő), míg közel felére csökkent a foglalkoztatási mutatójuk (14%-ról 9%-ra), és ezzel párhuzamosan az inaktivitási mutatójuk 57,5%-ról 76,7%-ra nőtt. 2002-ben a közel 650 000 tartós egészségügyi problémával rendelkező munkavállalási korú ember közül csak minden ötödiknek volt munkája.

A adatok tanúsága szerint tehát Magyarországon csaknem 600 ezer fogyatékos ember él. A lakosok számához viszonyítva a legmagasabb a fogyatékosok – többségében (40%) mozgáskárosodottak – aránya Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok megyében. A felsorolt megyék regionális elhelyezkedése azt sugallja, hogy a magukat fogyatékosnak tartók száma és a régió gazdasági-szociális potenciálja között összefüggés lehet. Jelentős a megyénkénti-regionális különbségek mértéke. Békés megyében több mint kilencszáz a tízezer főre jutó fogyatékosok száma, míg Zala megyében ötszáz, a budapesti érték pedig közel egynegyede a békési mutatónak. A mozgássérültek aránya háromszor nagyobb Békés megyében, mint Győr-Moson-Sopron megyében. Az értelmi fogyatékosok aránya Borsod-Abaúj-Zemplén megyében csaknem ötször nagyobb, mint a fővárosban.

A 2001-es népszámlálás során a „Fogyatékosnak vallja-e magát?” kérdésre adott 577 000 igenlő válasz megoszlása a fogyatékoság fajtája szerint a következő volt: 43% mozgáskorlátozott, 14,4% a vakok és gyengén látók aránya, 9,9% értelmi fogyatékos, 9,2% siket, 1,3% beszéd fogyatékos, 21,6% egyéb (pl. halmozott, egészségkárosodott).

A következő kérdés így hangzott: „Akadályozza-e önt egészségkárosodás a munkavégzésben?”. 656 000 munkavállalási korú személy válaszolt igennel, ennek 74% (485 000 ember) egészségkárosodott volt (KSH, 2001).

A KSH egy másik tanulmányában közölt következtetés alapján a fogyatékoság kialakulása elsősorban betegségek következménye. A korszerűsödő megelőzés és egészségügyi szolgáltatások, valamint a demográfiai tendenciák révén: „[j]elentősebb változás a veleszületetten fogyatékosok arányának csökkenésében figyelhető meg [...]”. A baleset miatt fogyatékoságban szenvedők között kiugróan magas – több mint kétharmad – a férfiak hányada, aminek valószínűleg az az oka, hogy közülük többen végeznek balesetveszélyes munkát. Nyilvánvaló, hogy a fogyatékoság oka erősen korspecifikus, mert amíg pl. a 0–14 éves fogyatékos gyermekek között a veleszületettek aránya több mint kétharmad, addig ez a mutató a 70 éves és idősebb fogyatékos emberek körében mindössze 4% volt” (Kapitány - Dr. Lakatos, 2004: 43).

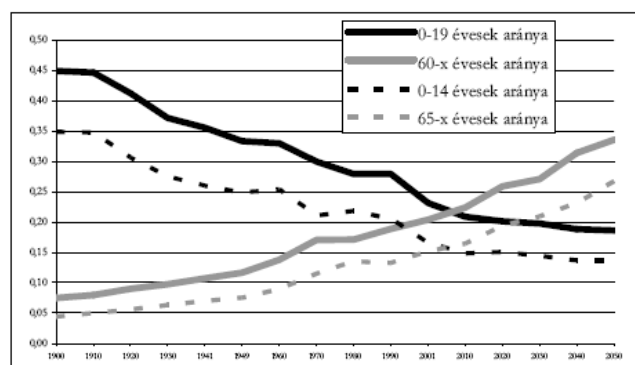
A megváltozott munkaképességűek különböző pénzbeli ellátásaiban ma Magyarországon több mint egymillió fő részesül, legnagyobb részüket a korhatár feletti és korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok képezik (Juhász, 2004a: 50). Bukodi szerint „[a]z ötvenes éveikben járók magas inaktivitási aránya elsősorban a rokkantnyugdíjasok magas hányadának tudható be. A férfiaknál az 50–54 évesek egyötödét, az 55–59 évesek 27%-át találjuk ebben a kategóriában. Az 55–59 éves nők esetében valamivel alacsonyabbak ezek az arányszámok” (Bukodi, 2004: 52.).

Európában az előregedési folyamatot jelző tendenciák az Európai Bizottság szerint „[...] nagyságrendjüket és jelentőségüket tekintve példa nélküliek” (COM(2005) 94 final, Zöld Könyv, 2005: 2.), és Spidla biztos úgy véli, ez az egyik legnagyobb és legkomplexebb kihívás (Spidla, 2005: 2.) –, mert egyre több embert fog érinteni a képességek kisebb-nagyobb csökkenése, és erősödik a nyomás a hosszú távú tervezésre is. (Ez alatt azt kell érteni, hogy a társadalmi folyamatok esetében egyre nagyobb szükség lesz arra, hogy a négyéves kormányzati ciklusokon túlmutatóan tervezzenek, szabályozzanak.) Mind a fogyatékos emberek – akik közül hozzávetőlegesen csupán minden tizediknek van munkája –, mind az idős(ödő) emberek komoly problémákkal küzdenek az önálló életvitel vezetése terén. Wim Kok 2003-as jelentése külön kitér az idősebb generációra mint potenciális munkaerőforrásra, megjegyezve, hogy mindenkire szükség van a fenntartható társadalmi fejlődéshez. Véleményem szerint a tervezés szintjén éppen ezért kell ezt a két társadalmi „csoportot” együtt kezelni, mert csak az átmenet határai a bizonytalanok, a végeredmény kevésbé.

A másik alapvető adatsor mindezekre tekintettel az idősekre vonatkozó statisztikák. Ezek azért fontosak, mert a fogyatékoság és az előregedés kérdései véleményem szerint összekapcsolandók, habár nagyon is eltérő problémák jellemzik a vizsgált csoportokat.

A KSH Időskorúak Magyarországon című kiadványának előszava alapján a világon élő emberek 10%-a az idősek korosztályából kerül ki: az EU (rég) 15 tagállamában már jócskán meghaladja a 20%-ot. Várható, hogy 2050-ben az idősebb személyek az európai népesség 32-35%-át teszik majd ki. Az EU 25 tekintetében 2030-ra mintegy 37,4% növekedés várható a 65-79 évesek korosztályából (COM(2005) 94 final, Zöld Könyv, 2005: 10.).

1. ábra A fiatalok és az idősebbek népességhelyi arányának alakulása Magyarországon



Forrás: KSH NKI Népesség-előreszámítási adattár, 2003. A 2004. évtől a népesség-előreszámítás alapváltozata szerint.

Az 1. ábra szerint Magyarországon az idősödési fordulópont 1990 és 2025 között következik be, amikor is az idősek száma meghaladja a fiatalokét, azaz az öregedési index meghaladja az 1-et. A tendencia felgyorsulóban van: „Az 1990-es évek elején a 60 évesnél idősebbek száma már több volt, mint a 0–14 éveseké. Jelenleg már a 65 évesnél idősebbek száma is magasabb. A 60 évesnél idősebbek száma olyan gyorsan emelkedik, hogy 2008-ra a 0–14 éveseknél jóval népesebb 0–19 évesek létszámát is meghaladja. A demográfiai öregedés két időtávon okoz majd fejtörést az unióban. Először a 2010-es, 2020-as években, amikor a baby-boom idején születettek mennek nyugdíjba, hirtelen megnövelve az idős korúak létszámát. Hosszabb távon, 2050 körül pedig az utóbbi két évtized alacsony születésszámai erősítik az előregeredési folyamatot. Mindemellett a belátható jövő egészére a halandóság javulását valószínűsítik, növekszenek az időskori élettartamok, ami különösen a járadéki rendszereket érinti kedvezőtlenül” (Hablicsek, 2004: 13.). Az Európai Bizottság számítása szerint a következő 25 évben majdnem 21 millió fővel kevesebb aktív korú lesz, valamint a mai GNP alapján számított „növekedési potenciál” 2-2,5%-ról 2040-ben 1,25%-re fog csökkenni (COM(2005) 94 final, Zöld Könyv, 2005: 2.).

Az önálló életvitel problematikája nemcsak a fogyatékos embereket fogja érinteni, hiszen: „jelentősen emelkedett azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyeknek időskorú személy is tagja, és ezen belül főleg azoké, melyeket csak időskorú személy(ek) alkot(nak). A több generációt magában foglaló háztartások aránya fokozatosan csökkent, azaz a fiatalok egyre nagyobb hányada lakik külön szüleitől (nagyszüleitől). Ezeknek a folyamatoknak a kezelése lényeges feladatokat ró a szociálpolitikára, mert a külön élő időskorúak kevésbé számíthatnak leszármazottaik mindennapi segítségére, gondozására” (Kapitány– Dr. Lakatos, 2004: 43.).

A kihívás tehát óriási, és az arra adandó válasz már-már lehetetlennek tűnő vállalkozást és erőfeszítést feltételez. A társadalmak „versenyében” is az fog győzni, aki a saját társadalmának fenntarthatóságát érintő legalapvetőbb kérdéseket felteszi és egyben bátran vállalkozik a stratégiai gondolkodásra is.

Ez ugyanis a jövőnk záloga.

Felhasznált irodalom

Badó Attila – Loss Sándor (2000): A jogtudat. In: Badó A. – Loss S. - H. Szilágyi-Zombor: Bevezetés a jogszociológiába. Miskolc, Bíbor Kiadó

Bánfalvy Csaba (1996): A felnőtt értelmi fogyatékosok életminősége. Budapest, Pro Renovanda Cultura Hungariae Alapítvány

Bukodi Erzsébet (2004): Az idősök társadalmának rétegződése. In: Giczi Johanna - Ságbi Gábor (szerk.): Időskorúak Magyarországon. Budapest, KSH, 49-65.

<http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/idos/idos01.pdf>

Czucz Ottó (2005): Szociális Jog I., Budapest, Unió Kiadó

COM(2005) 94, Zöld Könyv: „A demográfiai változások kihívása, a nemzedékek közötti szolidaritás új formái”, 2005.3.16.

Degener, Theresa (2004): Definition of Disabilities, E.U. Network of Experts on Disability Discrimination, 8.

http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/pdf/aneval/disabdef.pdf

EU Network of Independent Experts on Disability Discrimination – Baseline Study – Disability Discrimination Law in the EU Member States, 2004 november

http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/pdf/aneval/synfinquinn.pdf

European Commission (2002): DEFINITIONS OF DISABILITY IN EUROPE – A COMPARATIVE ANALYSIS

http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/complete_report_en.pdf

Földes Tamás (1983): Az igazságosság dilemmái. Budapest, Kossuth

Fukuyama, Francis (2003): Poszthumán jövőnk - A biotechnológia forradalom következményei. Budapest, Európa könyvkiadó

Hablicsek László (2004): Demográfiai öregedés Európában. In: Giczi Johanna - Sági Gábor (szerk.): i.m.11-27

Huntington, P. Samuel (2005): Kik vagyunk mi? Az amerikai nemzeti identitás dilemmái. Budapest, Európa könyvkiadó

Juhász Ferenc (2004a): A fogyatékos és rokkantság társadalmi összefüggései. In: Juhász Ferenc (szerk.): Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékos és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez. (2. fejelet) Budapest, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Juhász Ferenc (2004b): Károsodás, fogyatékos, rokkantság. In: Juhász Ferenc (szerk.): i.m. (1.fejelet)

Kálmán Zsófia – Könczei György (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris

Kapitány Gabriella – dr. Lakatos Miklós (2004): Az időskorúak főbb demográfiai jellemzői a népszámlálások alapján. In: Giczi Johanna - Ságbi Gábor (szerk): i.m. 27-49.

Könczei György (1994): Mégis, kinek az érdeke? Budapest

KSH (2001): 2001. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS, 12. A fogyatékos emberek helyzete. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2003, ISBN 963 215 642 0, ISBN 963 215 412 6 (Össz.)

Lányiné Engelmayer Ágnes – Marton Klára (1991): Értelmi fogyatékosok szociális teljesítményének vizsgálata. Budapest, Akadémia

Mabbett, Doborah (2002): Definitions of Disability in Europe. A Comparative analysis, Final Report 13 December 2002., Brunel University, UK

http://europe.eu.int/comm/employment_social/index/complete_report_en.pdf

Pályi István (1988): Mit tegyünk, hogy életük teljesebb legyen? (Szerk.: dr. Pálhegyi Ferenc) Budapest, Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége

Pataki Ferenc - Hunyadi György (1972): Csoportkohézió. Budapest, Akadémia

Schöpflin György (2004): Az identitás dilemmái. Máriabesnyő-Gödöllő, Attraktor könyvkiadó

Sen, Amartya (2003): A fejlődés mint szabadság. Budapest, Európa könyvkiadó

Shirer, William C. (1995): A Harmadik Birodalom felemelkedése és bukása. Budapest, Teleteacher

Spidla, Vladimir (2005): The EU's response to the challenge of ageing, XVIII International EURAG Congress 2005, SPEECH/05/565, Ljubljana, 2005.09.30.

<http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/05/565&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en>

Tausz Katalin (1995): A fogyatékos emberek társadalmi integrációjának egyes kérdései Magyarországon. In: ATA (szerk.): Az államháztartás dilemmái: Szociálpolitikai kényszerek és választások

Vigotszkij, Lev Szemjonovics (1987): A defektológia alapjai. Budapest, Tankönyvkiadó

A kommunikációs korlátokkal élők minősítése és életminősége

Helyzetelemzés

A fogyatékoság egyes megjelenési formái nyilvánvalóak: a mozgáskorlátozottságra egy kerekesszék, a látás hiányára a fehér bot, a hallás csökkent voltára a hallókészülék az első pillanatban felhívja a figyelmet. A beszéd fogyatékoságának nincsenek ilyen külső, a kommunikációs partnert és a társadalmat felkészítő jellemzői. Ezért a kommunikáció akadályozottsága jelenleg még sem a köztudatban, sem a törvényalkotásban, sem a rehabilitációban nem szerepel a jelentőségének megfelelő helyen. Nincsenek adataink a kommunikációs korlátokkal élők számáról, tipológiájáról, életkoráról, igényeiről, így a szükséges és elégséges ellátás tervezése is kérdéses.

A mindennapi életben folyamatosan tapasztaljuk, hogy a beszédzavarok, kommunikációs problémák, hasonlóan más fogyatékoságokhoz, hátrányos helyzetet, esélyegyenlőtlenséget okoznak. A beszédhibás egyén önértékelési nehézségét súlyosbítja kommunikációs sajátosságainak és ezáltal személyének környezeti megítélése, a beszédhibákkal kapcsolatos felvilágosítás hiánya, az előítéletek és a kezeléssel kapcsolatos hiányosságok.

Az érintettek száma

A nagyobb létszámú fogyatékosági csoportok megközelítően tisztában vannak az érintettek számával – beszédhibásokra vonatkozó adatok gyakorlatilag nincsenek.

A csoport összetétele mind életkor, mind tüneti szempontból nagymértékben heterogén (ellentétben a nagy fogyatékosági csoportokkal, amelyekben az eltérések elsősorban a súlyossági fokban jelentkeznek). 2-3 éves kortól az élet végső szakaszáig megjelenhet a kommunikációs nehezítettség, változó súlyosságú és akár hullámzó, időszakos tünetekkel.

A különféle eredetű gyermek- és felnőttkori kórképet és az írásbeli kifejezőképesség zavarát egyaránt magába foglalja. A hangképzési zavarok, az afázia különféle formái, a dizartria/agnózia, a dadogás, hadarás, felnőttkori pöszeség, orrhangzóság és nyelvlökéses

nyelés tünetei, a kommunikáció sikerére gyakorolt hatásuk nagyon különböző, eltérő mértékben, más-más módon korlátozzák az élet minőségét, a pályaválasztást, a munkahelyi státuszt.

A változás lehetősége

A legtöbb fogyatékoság állapotjellegű, amelynek változására csak ritkán lehet számítani, a beszédhiba, különböző mértékben ugyan, de felnőttkorban is változtatható. Kevesen tudják azt, hogy a beszédhibák jelentős része felnőttkorban is javítható, valamint az is kevesek előtt ismeretes, hogy rendkívül csekély a felnőttek ellátására vállalkozó szakemberek száma.

A rehabilitáció célja, fő feladata elsősorban a megváltozott munkaképességűek meglévő képességeinek fejlesztésével az ismételt munkaképesség elérése. A felnőtt beszédhibások tehát – a rehabilitáció célja szempontjából – a legígéretesebb csoportot alkotják.

Az életminőség erősen függ a tünetektől, életkortól stb. Az életminőség az egyén szubjektív észlelete az életben elfoglalt helyéről, ahogyan életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai mintái, kapcsolatai befolyásolják.

Szolgáltatás, ellátás, finanszírozás

A beszéd fogyatékos akkor részesülhet térítésmentes alapellátásban

- ha gyermek,
- ha szülei ambicionálják és keresik a segítséget,
- ha van olyan személy, intézmény, amely tájékoztatja a szülőket, hová fordulhatnak, hol kereshetnek segítséget,
- ha van a közelben logopédus, aki vállalja a kezelést.

Amennyiben a beszéd fogyatékos felnőtt

- a beszédzavar fajtája szerint eltérőek az igényei és ellátásának lehetősége is (pl. a dadogó szégyelli és ezért sokszor inkább rejtí problémáját, minthogy segítséget kérjen; ezzel szemben az afáziás és hozzátartozója minden követ megmozgatva kutat szakember után),

- legjellemzőbb, hogy általánosságban kevés információ áll rendelkezésre arról, hogy a beszédhibák – ugyan különböző mértékben –, de felnőtt korban is javíthatók, a terápia során létrejött változások hozzásegítik az érintettet életminőségének, szemléletének átalakulásához,
- hasonlóan hosszadalmas, fáradságos utakon jut felvilágosításhoz a terápiás helyszínekről, személyekről, és
- ha rátalál is a megfelelő szakemberre, többnyire térítés ellenében vehet logopédiai órákat, hiszen Magyarországon egy intézmény kivételével nincs mód a felnőtt beszédhibások térítésmentes ellátásra (részbeni kivétel az afázia kezelése)

A kommunikációs zavar is korlátozza a kommunikációt, azonban ez a jelenség számos másodlagos, főként pszichés jellegű problémához vezet, amely az önértékelésben, a kapcsolatteremtésben mutatkozik meg legfeltűnőbben. Ez – tovább gyűrűzve – súlyos következményekkel jár a társadalmi szerepvállalásra, pályaválasztásra, érdekérvényesítési hajlandóságra nézve.

Hazánkban jelenleg több mint 2000 logopédus dolgozik. Feladatuk az oktatásügy keretében a beszéd fogyatékosok ellátása. Az országosan jól szervezett logopédiai alapellátás keretei közt elsősorban a pösze gyermekek kezelése valósul meg, illetve az olvasás-írás-számolás területén veszélyeztetettek és akadályozottak ellátása.

A beszédzavarok azonban sok esetben nem szűnnek meg a 18. év betöltésekor. Felnőtt kommunikációs korláttal élőknek (beszédsérültnek, beszéd fogyatékosnak) tehát az a 18. életévét betöltött személy tekinthető, aki a nyelvi mentális funkciók, a hangadás vagy artikulációs funkciók, a beszéd folyamatosságát, ritmusát biztosító funkciók területén, vagy az írott szöveg folyékony és pontos olvasási és írási képességének használatában (általános ismeretek vagy specifikus információ szerzése céljából), elsajátításában és/vagy gyakorlásában szervi és/vagy környezeti okok miatt különböző fokban nehézségekkel küzd.

Problémát jelent, hogy a felnőtt beszéd fogyatékosok terápiában való részvétele rendkívül korlátozott, sokszor lehetetlen. Ennek elsődleges oka, hogy az oktatásra vonatkozó törvények 18 éves korig biztosítják az alapellátást, ezért az idősebb korosztály térítésmentes kezelésre már nem jogosult.

Magyarországon jelenleg csak az ELTE Gyógypedagógiai Főiskolai Karhoz kapcsolódó Gyakorló Logopédiai Intézet az a hely, ahol a felnőtt dadogók ingyenes terápiához juthatnak. Ezen kívül lehetőség van még a Démoszthenész Egyesület szolgáltatásának igénybe vételére, ahol viszonylag szerény térítés ellenében részesülhetnek kezelésben. A Démoszthenész Egyesület honlapján bárki számára hozzáférhető emellett egy adatbázis, amely azon magánlogopédusok országos névsora, akik felnőtt dadogókkal is foglalkoznak..

A felvilágosultság hiányosságai, a figyelmetlenség, a felületes, előítéletes gondolkodás és megkülönböztettség növeli a dadogók mindennapi nehézségeit. Sokszor ez akadályozza őket abban, hogy hozzáértő terapeutához forduljanak segítségért, és abban is, hogy kihasználják az önsegítésben rejlő lehetőségeket.

A felsorolt okok olyan intézkedéssorozat megvalósítását teszik szükségessé, amely a beszéd fogyatékosok hátrányos helyzetét megszünteti, és ezzel lehetővé teszi számukra az alapvető emberi jogok érvényesítését.

Az eleve hátrányos helyzetben levő személyek formálisan egyenlőként való kezelése ugyanakkor a hátrányos helyzet konzerválásával járna. Ahhoz, hogy a hátrányos helyzetben levő személyek ezt a hátrányukat behozhassák, nem elegendő annak biztosítása, hogy őket a többiekkel azonos jogok illessék meg, hanem olyan pozitív intézkedésekre van szükség, amelyek lehetővé teszik a helyzetükből fakadó hátrányaik csökkentését, illetve megszüntetését. E pozitív intézkedések megtételére az Alkotmány 70/A. § (3) bekezdése alapján elsősorban az állam köteles, a tulajdon szociális kötöttsége [64/1993. (XII. 22.) AB határozat] azonban emellett – a tulajdon jogi közjogi védelmének keretein belül – igazolhatja, hogy az esélyegyenlőség előmozdítása érdekében bizonyos kötelezettségeket az állam magánfelek számára is előírjon. Az egyenlő bánásmód követelményével szemben azonban – az Alkotmánybíróság idézett határozata szerint – az esélyegyenlőség előmozdítását szolgáló intézkedésekre jogosultságként kikényszeríthető igénye senkinek nincsen.

A jelenlegi állapot változtatását két irányból lehet megkezdeni:

- A beszéd sérültek tábora teljes jogúan bekerül a fogyatékosok csoportjába, és azokhoz hasonló módon, azonos formában részesül jogokban, köteleességekben, ellátásban, pénzügyi támogatásban stb.

- A beszédsérültek ellátását emberjogi kérdésnek tekintjük (vagy: kérdésként kezeljük), megteremtve az ellátás személyi, tárgyi és pénzügyi feltételeit.

Szükséges, hogy minél szélesebb körben köztudottá váljon, a beszédhibák felnőtt korban is kezelhetők, változások érhetők el, érdemes ezzel foglalkozni. Lehetséges, hogy a felnőtt dadogók többsége a terápia eredményeként nem válik tünetmentessé, de érzelmi élete, kapcsolatteremtési készsége és önbizalma pozitív irányban változik, életminősége összehasonlíthatatlanul jobbá válik.

EAPN KÜLDÖTTGYŰLÉS 2005 - ZÁRÓ NYILATKOZAT

Az EAPN 2005. november 24-26-án az angliai Liverpoolban tartotta meg 16. Küldöttgyűlését. Az európai hálózat ezen küldöttgyűlésén fogadta tagjai közé a ciprusi és a norvég taghálózatokat. A rendezvény fő témája „A társadalmi összetartozást célzó programok tényleges megvalósítása” volt. A küldöttgyűlés záró akkordjaként a delegáltak az alábbi nyilatkozatot fogadták el:

Az EAPN Küldöttgyűlésén részt vevő delegáltak komoly aggodalommal tekintenek az Európai Unió számos tagállamában növekvő egyenlőtlenségekre, a hátrányos megkülönböztetés fokozódására és a hátrányos helyzetű közösségek leszakadására, elidegenülésére. Nem mehetünk el mindezen jelenségek mellett, amelyek a szociálpolitikába és a szociális programokba történő beruházás hiányából fakadnak. Ezen tendenciák megállításához az Európai Unió társadalmi összetartozást célzó stratégiájának központba helyezésére, hatékonyságának növelésére és a társadalmi kohézió erősítésére van szükség.

Az Európai Unió által felállított politikai prioritások nagyban hozzájárulnak a növekvő egyenlőtlenségekhez. Ennek megfelelően a küldöttgyűlés bosszúságát fejezte ki a következőkkel kapcsolatban:

A Lisszaboni Stratégia felülvizsgálatának központi elemét képező Nemzeti Reform Programok (National Reform Programmes) teljes mértékben nélkülözik a társadalmi összetartozás és társadalmi kohézió kérdéseire adandó válaszokat. Az, hogy ezen dokumentumok nem foglalkoznak a társadalmi kohézió témájával, közvetlen következménye az Unió vezetői által meghozott döntésnek, melynek értelmében a megújított Lisszaboni Stratégia fókuszában elsősorban a foglalkoztatás és a növekedés állnak.

Napvilágot látott az állam és kormányfők által 2000-ben Nizzában elfogadott, a társadalmi összetartozás növelésére vonatkozó átfogó és közös

célkitűzések gyengítésére vonatkozó javaslat. Félő, hogy a javaslat következményeként csökkenni fog a Társadalmi Összetartozásról szóló Nemzeti Cselekvési Tervek megvalósítása iránti politikai elköteleződés. Nem fogjuk elfogadni ezen tervek stratégiai fontosságának bármilyen csökkenését, illetve szerepük gyengítését a szegénység és társadalmi kirekesztés elleni politikák továbbblendítésében.

A Strukturális Alapokra vonatkozó új keretszabályozással kapcsolatos jelenlegi tárgyalások és tervezés elmulasztja a társadalmi összetartozás problémájának központi kérdésként kezelését. Hasonló módon hiányzik a nem kormányzati szervezetek (civilök) teljes jogú partnerként történő elismerése a Strukturális Alapok irányításában és felhasználásában.

A nemzeti és uniós szinten meghatározott politikai prioritásokat ezen problémák fényében újra kell gondolni. A Küldöttgyűlés felszólítja valamennyi érintett szereplőt és különösen a nemzeti és Uniós szintű politikai vezetőket, hogy:

1. Erősítsék meg egy olyan Szociális Európa képét, ahol bármely állampolgár és lakos ténylegesen gyakorolhatja valamennyi alapvető jogát, beleértve a gazdasági, szociális és kulturális jogokat. Az Európai Szociális Modellről folyó diskurzusnak ezen jövőkép erősítését kell megcéloznia, és törekednie kell valamennyi állampolgár és az Unióban élő bevonására annak érdekében, hogy az Európai Unió mint „projekt” közelebb kerüljön az emberekhez.
2. Biztosítsák, hogy a felülvizsgált Lisszaboni Stratégia központi elemét alkotó Nemzeti Reform Programok különös hangsúlyt helyezzenek a társadalmi összetartozás és társadalmi kohézió növelésére.
3. Erősítsék meg saját elköteleződésüket az Unió társadalmi összetartozás stratégiája és a Társadalmi Összetartozásról szóló Nemzeti Cselekvési Tervek megvalósítása iránt. Ez alatt értjük a politikai koordináció javítását mind

európai, mind pedig tagállami szinten, a nemzeti parlamentek és a különböző kormányzati szintek hatékonyabb bevonását, valamint a szegénység és társadalmi kirekesztés ellen küzdő civil szervezetekkel történő együttműködés kiterjesztését. A Nemzeti Cselekvési Tervek hatékonyságának biztosításához a megfelelő pénzügyi források befektetésére van szükség. A terveknek továbbra is a szegénység és társadalmi kirekesztés elleni politikák fő hajtóerejének kell maradnia.

4. Biztosítsák, hogy az állam- és kormányfők által 2000-ben Nizzában megfogalmazott átfogó és közös célkitűzések a központi elemét képezzék majd az Európai Bizottság javaslatának, amely a Nyitott Koordinációs Módszer szociális védelem és társadalmi összetartozás témáira történő kiterjesztésére vonatkozik.

5. Biztosítsák, hogy a hátrányos megkülönböztetés csökkentését és a társadalmi kohézió növelését célzó politikák kiegészítsék egymást. Garantálják, hogy a Társadalmi Összetartozásról Szóló Nemzeti Cselekvési Tervek megfelelő választ adnak a hátrányos megkülönböztetést, különösen rasszizmust elszenvedő egyének és közösségek problémáira.

6. Ismerjék el az Unióba történő bevándorlás történelmi gyökereit, és foglalkozzanak a már az Unió területén élő bevándorlók nehézségeivel. Első lépésként tagállami és uniós szinten is átfogó és koherens integrációs politikák kidolgozására van szükség, amelyek hozzájárulnak a bevándorlók gazdasági, civil és politikai részvételének növeléséhez. Az Unió nem zárhatja le határait a gazdasági bevándorlók előtt. Ezzel egy időben szükség van mindazon, már létező nemzetközi kötelezettségvállalások megvalósítására, amelyek a globalizációs folyamatok által keltett társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek csökkentését célzó fejlesztéspolitikákba és eszközökbe történő beruházásra vonatkoznak.

7. Biztosítsák, hogy a foglalkoztatás központi kérdésként kezelése hozzájáruljon

egy befogadó munkaerőpiac kialakításához, ahol mindenki, aki tud dolgozni, minőségi munkához juthat, ezenközben érzékelhetően csökkentve a dolgozó szegények számát. A foglalkoztatáspolitikáknak egyenlő esélyeket és azonos fizetéseket kell kínálniuk a nők és férfiak számára. E mellett megfelelő támogatást kell nyújtaniuk a rászoruló családtagok ellátásához kapcsolódó költségekhez, valamint a munka, a családi és a közösségi élet összeegyeztetéséhez. A szociális gazdaság fontossága meg kell hogy jelenjen a foglalkoztatáspolitikákban.

8. Ismerjék el teljes jogú partnerként a nem kormányzati szervezeteket a Strukturális Alapok irányításában és felhasználásában, amely elengedhetetlen ahhoz, hogy felszabaduljanak mindazon hihetetlen potenciálok, amelyek az Alapokban rejlenek, s amelyek hozzájárulhatnak az Unión belüli társadalmi összetartozás és társadalmi kohézió növeléséhez. A civil szervezetek hozzáféréseinek biztosítása lehetőséget teremt arra, hogy a Strukturális Alapok felhasználása jobban igazodjon a hátrányos helyzetben lévő egyének és közösségek szükségleteihez, valamint arra is, hogy az érintett egyének és közösségek bevonásával fejlesszünk és valósítsunk meg programokat. Az érintett emberek és közösségek közvetlen részvétele nélkülözhetetlen ahhoz, hogy garantáljuk, hogy az Alapok válaszolnak szükségleteikre, és hozzájárulnak a számukra megfelelő lehetőségek megteremtéséhez. A civil szervezetek Strukturális Alapokhoz történő hozzáférését nem gátolhatják meg a nemzeti hatóságok bürokratikus eljárásmodjai és elvárásai. Mindez különös fontossággal bír ezen időszakban az Unió új tagállamaiban.

9. Erősítsék meg a részvételi demokrácia és a civil párbeszéd lehetőségeit, és – kiemelten – biztosítsák, hogy a szegénységet, társadalmi kirekesztést és egyenlőtlenségeket megtapasztaló emberek és szervezeteik számára rendelkezésre álljanak mindazon szervezeti kapacitások, a részvétel struktúrái és a pénzügyi támogatás, amely biztosítja részvételüket. A Szegénységet és Társadalmi Kirekesztést Megélő Emberek Európai Találkozóit, valamint a találkozóhoz kapcsolódóan számos tagállamban megrendezett

programok olyan jó példaként szolgálnak, amelyet tovább kell vinni és fejleszteni.

10. Garantálják mindenki jogát a minőségi szociális szolgáltatásokhoz, csakúgy, mint az egészségügyi és foglalkoztatáshoz kapcsolódó szolgáltatásokhoz, valamint a közjavakhoz, mint a tüzelőanyag és a víz. Biztosítsák a megfelelő közhatóságok kontrollját és szabályozását mindezen szolgáltatások felett.

Botrányosnak és elfogadhatatlannak tartjuk a kiterjedt szegénység folyamatos jelenlétét egy olyan gazdag társadalomban, amilyen az Unió. A Nemzeti Cselekvési Tervek következő köre (2006-2009) az Uniót ténylegesen tovább kell hogy mozdítsa a közösen meghatározott cél elérése felé, miszerint "ténylegesen csökkenteni kell a szegénységet 2010-ig". Ahogyan a Szegénységet és Társadalmi Kirekesztést Megélő Emberek 4. Európai Találkozójának résztvevői megfogalmazták: „A szegények nem várhatnak.”

Forrás: www.3sz.hu

Dr. Gazsi Adrienn

Jogi kérdések a nők mentális állapotával összefüggésben

A nők mentális betegségével kapcsolatos jogi áttekintés előtt általánosságban megállapítható, hogy a hazai szabályozásban kevés kifejezetten nőket érintő rendelkezés született az utóbbi években. A nőkkel kapcsolatos kérdések azonban egyre növekvő nyilvánosságot kapnak, továbbá a jogértelmezés és jogalkalmazás területén is egyre meghatározóbbá válnak. Valójában arról van szó, hogy a női jogokkal, főként a bántalmazott nőkkel kapcsolatosan egyre több információ jut el az emberekhez a tömegtájékoztatáson keresztül, egyre több fórumon nyílik lehetőség arra, hogy a szakemberek és az érintettek a témával érdemben foglalkozzanak. A problémát az jelenti, hogy a konkrét esetben alkalmazandó jogorvoslati lehetőségek és vonatkozó jogszabályok nem tisztán körvonalazottak.

A pszichiátriai beteg nők, mint speciális alanyi kör jogai vizsgálandóak egyrészt a nőket érinthető hazai jogszabályok – és ezzel összefüggésben a vonatkozó nemzetközi egyezmények – tükrében, mindezzel párhuzamosan pedig a pszichiátriai betegség relevanciáját vizsgálva az egyes kifejezetten nőket érintő alkotmányos, polgári jogi, családjogi, büntetőjogi, egészségügyi és szociális jogi szabályozásban. A pszichiátriai beteg nőket közvetlenül érintő szabályok áttekintése – a büntető jogszabályok, az egészségügy törvényi szabályai, az esélyegyenlőségi törvény rendelkezése, illetőleg a magzati élet védelméről szóló törvény – képzik a jelen jogi összegzés alapját. A pszichiátriai beteg nők jogi helyzetének vizsgálata során elengedhetetlen azon szituációk, élethelyzetek, események, törvényben szabályozott vagy törvényben nem meghatározott körülmények áttekintése, amelyek pszichés következményekkel járhatnak. (A pszichiátriai beteg nőkhez hasonló speciális helyzetű nőknek számítanak például az egyedülálló anyák, a roma anyák, a fogyatékos nők, az idős nők is.)

A pszichiátriai betegség fogalma felöleli a mentális betegségek lényegét és tartalmát. Kevésbé egyértelmű, mint az orvoslás más területeinek betegségfogalma, mert a kóros mentális állapotok jelentős részében nincsenek egyértelmű és „specifikus” objektív bizonyítékok. Egy-egy adott pszichikai zavar fennállása és zavarok meghatározása a tüneteken alapszik, a tünetek megállapítása a pszichiátriai szakma feladata. A pszichiátriai beteg kifejezés olyan személyek állapotára utal, akik mentális problémákkal élnek, és/vagy értelmi fogyatékosnak minősülnek. A betegség egy bizonyos fokig magánjellegű, annak kezelése, a legmegfelelőbb kezelési forma kiválasztása a pszichiátriai betegek egyéni lehetősége. A betegség súlyosabb formáinál azonban kezelésük és gyógyításuk az egészségügyi ellátórendszer keretein belül kórházak pszichiátriai osztályain, illetve szociális otthonokban történik. A pszichiátriai betegség érintheti a beteg cselekvőképességét és büntetőjogi beszámíthatóságát, kényszerintézkedés alapjául szolgálhat – mindez kitüntetett fontosságot ad e terület jogi szabályozásának, ahol az egyik oldalon az egyén védelme, a fundamentális emberi jogok védelme áll, a másik oldalon a társadalmi érdek.

A nőkkel kapcsolatos polgárjogi kérdések

A magzat élethez való joga

A pszichiátriai beteg nők mint a speciális személyi kör szempontjából meghatározó, hogy milyen jogi, etikai kérdések merülnek, merülhetnek fel a terhességmegszakítással kapcsolatban. A kérdések a téma összetettségét, bonyolultságát jelzik: Mikor kezdődik az emberi élet? Mikortól tekinthető embernek a magzat? Milyen jogok illetik meg a magzatot? Milyen jogok illetik meg az anyát? Mi a relevanciája annak, hogy az állapotos nő pszichiátriai beteg?

Az abortusz megítélése a társadalomban korántsem egységes, állandó viták folynak a művi terhességmegszakítást ellenzők és a női önrendelkezési jog mellett síkra szállók között. A pszichiátriai beteg nők helyzetét vizsgálva még bonyolultabb a kérdés, és

részletes elemzést igényel, hogy miért, mikor, milyen mértékben lehet releváns a jog szempontjából az anya mentális megbetegedése.(1)

A magzat, a jogi felfogás szerint, egy olyan feltételes jogképességgel rendelkező emberi személy – jogalany –, akinek a jogképessége általános és egyenlő, és a személyi jogai – különösen az élethez való joga – teljes védelmet élveznek, ha az állapotos nő a törvényben meghatározott, az abortuszra okot adó körülmény, illetve időhatár fennállása ellenére gyermeke születése mellett dönt. Így főszabályként a magzat élve születése előtt is jogalany, függetlenül attól, hogy jogképessége feltételes. Az anya önrendelkezési joga az erősebb, és az önrendelkezési jogaként posztulált abortuszjog a magzat alkotmányos jogával konkuráló jogként kezeli az anya személyiségi jogait. Csakhogy itt az emberi életről, azaz a jog által is elismert sérthetetlen és korlátozhatatlan érdekről van szó, tekintve, hogy az élet az alanyi jogoknak az alapja és eredője. Az anya személyiségi joga ebben a megközelítésben nem korlátozhatja a magzat megszületéshez való jogát, mert ez a magzatnak, mint emberi életnek az elpusztítását, azaz az élettől való önkényes megfosztását jelentené.(2) A magzati élet védelméről szóló törvényben a jogalkotó mérlegelte a magzat élethez való joga és a nő önrendelkezési joga közötti lehetséges érdek-összeütközést. Ezt azzal látta feloldhatónak, hogy a terhesség megszakítását általában tiltja, és azt csak a törvényben meghatározott feltételekkel teszi lehetővé. (3)

A magzatnak az élethez való joga alapján igénye lehet arra, hogy megszülethessen, és ez állami eszközzel – bírói úton – ki is kényszeríthető. A magzat ezen igény érvényesítéshez való joga a hatályos magyar jogban megtalálható, abban a formában, hogy részére gondnokot kell kirendelni, ha jogainak megóvása miatt szükséges.(4) Ebben az esetben a magzat helyett, az ő nevében és érdekében a gyámhatóság által kirendelt gondnok gyámi jogkörrel jár el, akinek tisztségénél fogva törvényes kötelessége, hogy a magzat jogainak megóvása érdekében igényérvényesítéssel éljen.(5) Erre akkor kerül sor, ha az alanyi jogot valamely sérelem érte, vagy legalábbis a jogosult akaratát megdönthetetlenül vélelmezve, a képviselője által a sérelem feltételezve van.

Ha az abortusz elvégzéséhez szükséges törvényi feltételek hiányoznak, a magzat élethez való joga a „megszületéshez való jogként” jelenik meg, és e jog érvényesítésére sor kerülhet. Ha a törvényi feltételek hiányát bárki a gyámhatósághoz, ügyészséghez, illetve a bírósághoz bejelenti – például az állapotos pszichiátriai beteg nő véleményének jogellenes figyelmen kívül hagyását állítja –, akkor az érintett hatóságnak a születendő gyermek megóvása érdekében a gondnokrendelés végett hivatalból meg kell keresnie a gyámhatóságot. A gyámhatóságnak pedig a magzat részére külön kérelem nélkül is gondnokot kell kirendelnie.(6) Ha a gyermek és törvényes képviselője között érdekellentét valószínűsíthető, akkor a születendő gyermek, a méhmagzat olyan jogviszony alanyává válik – születésétől kezdve feltétlenül –, amelyben szülője is érdekelt, és érdekeik ütköznek. Olyankor is gondnokot rendel ki a gyámhatóság, ha a leendő anya kiskorú, vagy gondnokság alatt áll.(7)

A magzat részére kirendelt gondnok tevékenységi köre határidőhöz kötött, a születés időpontjáig terjed. A születést követően már emberről van szó, akinek képviselését vagy a törvényes képviselője látja el, vagy, ha a törvényes képviselő nem önjogú (cselekvőképességet kizáró, vagy korlátozó gondnokság alatt áll), illetőleg érdekellentét áll fenn a megszületett gyermek és a szülők között, akkor eseti gondnok kirendelésére, ha az anya nem önjogú, akkor gyámrendelésre kerülhet sor. A születendő gyermek perbeli jogképességgel is rendelkezhet akkor, ha születése időpontjától kezdve meglévő jogalanyisége veszélybe kerül, azzal, hogy az anya a terhességet jogellenesen akarja megszakítani, vagy a jogellenességet a magzat helyett nevében és érdekében eljáró gondnok állítja.(8)

Ha a terhes nő pszichiátriai beteg, a magzat gondnoka keresetlevelet nyújthat be a bírósághoz, és kérheti annak megállapítását, hogy a pszichiátriai beteg állapotos nőnek, vagy ha nem önjogú, törvényes képviselőjének a terhesség megszakítására irányuló nyilatkozata érvénytelen. A pszichiátriai beteg, ha a cselekvőképességgel nem rendelkező személyek körébe tartozik, érvényesen jognyilatkozatot nem tehet. Ennek egyik esete, ha az érintett cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt áll, a másik, ha olyan állapotban van, hogy ügyei viteléhez szükséges belátási képessége –

tartósan vagy a jognyilatkozata megtételekor átmenetileg – teljesen hiányzik, így gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelen. Ekkor a pszichiátriai beteg nő törvényes képviselője – illetve ügygondnoka, ha a cselekvőképtelen félnek nincs törvényes képviselője – hivatkozhat arra, hogy a fogamzással induló magzati élet tiszteletet és védelmet érdemel, de nem minősíti embernek a magzatot, ebből következően a magzati élet védendő, de nem egyenértékű az emberi élettel és annak védelmével.

A magzatvédelmi törvény

A nő pszichiátriai betegsége különösen meghatározó lehet a terhességmegszakításra okot adó körülmények vizsgálata során, illetőleg a nő terhességmegszakítási kérelmével és jognyilatkozatai érvényességével kapcsolatban.

A magzati élet védelme megköveteli, hogy nem szabad indokolatlanul abortuszt végezni, s a terhesség előrehaladtával a magzatot fokozott védelem illeti meg. A magzatvédelmi törvény az állapotos nő írásbeli kérelme alapján biztosítja a terhesség megszakításának a lehetőségét, ha azt nem egészségi ok indokolja. A kérelmet a Családvédelmi Szolgálat munkatársa előtt kell személyesen előterjeszteni, a terhességet megállapító szülész-nőgyógyász által kiállított igazolás benyújtása mellett. Ha az állapotos nő korlátozottan cselekvőképes, kérelme csak akkor érvényes, ha a törvényes képviselője is nyilatkozik annak tudomásulvételéről. A törvény a terhességmegszakítás lehetőségét egyrészt időhatárhoz köti, másrészt meghatározza azokat az okokat és körülményeket, amelyek indokoltá tehetik az abortuszt.

A terhesség a 12. hétig szakítható meg

- ha azt az állapotos nő egészségét súlyosan veszélyeztető ok indokolja;
- ha magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved;
- ha a terhesség bűncselekmény következménye, valamint
- az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén.

A 18. hetéig szakítható meg a terhesség, ha a fenti feltételek valamelyikének fennállása mellett

- az állapotos nő korlátozottan cselekvőképes, vagy cselekvőképtelen;
- az állapotos nő a terhességét nem ismeri fel korábban, és neki fel nem róható egészségi ok, illetve orvosi tévedés, vagy az egészségügyi intézmény, illetve valamely hatóság mulasztása miatt haladta meg a terhessége a 12 hetes időtartamot.

A terhesség a 20. hétig szakítható meg (diagnosztikus eljárás elhúzódása esetén a 24. hétig), ha a magzat genetikai, teratológiai ártalmának a valószínűsége az 50%-ot eléri, azaz az élettel összeegyeztethetetlen betegségben szenved.

A terhesség időhatártól függetlenül megszakítható

- az állapotos nő életét veszélyeztető egészségi ok miatt, illetve
- a magzatnál a születés utáni élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség fennállása esetén.

A terhesség megszakítására okot adó körülmények

A súlyos válsághelyzet

A súlyos válsághelyzet akkor indokolhatja a terhesség megszakítását, ha testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi ellehetetlenülést okoz, és ezáltal veszélyezteti a magzat fejlődését. A súlyos válsághelyzet fennállását a nő nyilatkozatával igazolja. A törvényi feltétel mind az anya, mind a magzat veszélyeztettségét figyelembe veszi, de a kettő oksági viszonyban áll egymással, mert a magzat egészséges fejlődésének veszélyeztettsége a döntő. Az anya súlyos válsághelyzete nem oka, hanem következménye a magzat fejlődési rendellenességének a genetikai indikációnál, mikor is a magzat egészsége van veszélyben a válsághelyzet miatt. Az nehezen ragadható meg, hogy az anya testi vagy lelki megrendülésének vagy társadalmi ellehetetlenülésének esetei közül melyek okozzák a magzat egészséges fejlődésének veszélyeztetését. Itt tehát további szabályok híján értelmezési és bizonyítási

nehézségekkel kell számolni, amelyek a szabály tetszőleges értelmezését és ezért bizonytalanságát eredményezik.(9)

A terhesség megszakítását megalapozó egészségi ok

A terhesség megszakítást megalapozó egészségi ok az a rendszerint nőgyógyászati vagy mentális egészségi ok, amely miatt a nő a terhességét nem ismeri fel annak első 12 hetében. Olyan állapot, amelynek felróhatóságát csak rendkívül ritkán lehet megállapítani. Az állapotos nőnél fennálló, a terhesség megszakítását megalapozó egészségi okot a szakmai szempontból illetékes osztályvezető főorvostól vagy a megbízott helyetteseikből, illetve a szakmai szempontból illetékes egyetemi intézet adjunktusaiból álló konzílium állapítja meg, az azonnali sürgős beavatkozások kivételével.(10) A konzílium munkájában tanácskozási joggal részt vehet az állapotos nő beleegyezése alapján a hozzátartozója is. Amennyiben a konzílium résztvevői között véleményeltérés alakul ki a terhesség megszakítását indokoltá tévő egészségi ok tekintetében, az állapotos nő kérésére a véleményeltéréseket írásba kell foglalni. Ha a felülvizsgálat eredményeként az a szakmai álláspont alakul ki, hogy a terhesség megszakításának nincsen akadálya, akkor a beavatkozást a felülvizsgálatot végző intézményben kell elvégezni.

Fontos, hogy amennyiben az állapotos nő nem fogadja el a terhesség megszakítására tett szakmai javaslatot (gyermekgyógyász, szülész-nőgyógyász, infektológus), veszélyeztetett terhesként kell gondozásba venni.

Ezzel összefüggésben visszatérve a súlyos válsághelyzet definíciójához, kiemelést érdemel, hogy veszélyeztetett terhesként hiányoznak mindazok a törvényi feltételek, amelyek kivételesen lehetővé teszik azt, hogy a magzattal szemben fennálló életvédelmi kötelességet magának a magzatnak a károsodására hivatkozva alkotmányosan korlátozni lehessen. A veszélyeztetett terhességgel kapcsolatban az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve ad eligazodást a pszichiátriai beteg nők vonatkozásában.(11) Az irányelv veszélyeztetett terhesség esetén két kategóriát különböztet meg: ha a terhes nő nem beteg, de bizonyos okok miatt fokozott

gondozásra szorul, a másik speciális eset pedig akkor állapítható meg, ha a terhes nő akár terhességétől függetlenül, akár azzal összefüggésben beteg, vagy a kórelőzményben idült betegség szerepel.

Speciális körülmények, amikor a gyermek vállalása a nő szempontjából komoly társadalmi, illetve morális problémákat vet fel

Olyan problémákról van itt szó, amelyek lehetnek egészségi jellegűek, és lehetnek társadalmi helyzetből adódóak, nehezíthetik az anya és az anya családtagjainak helyzetét. Ilyen esetben az anya élethez, egészséghez, társadalmi boldoguláshoz való joga ütközik az élet védelmének az anya részéről is fennálló erkölcsi kötelességével és az államnak a minden emberi élet védelmére irányuló közjogi kötelességével. E kollíziót a törvényhozónak körül kell határolnia, és adott esetben meg kell kísérelnie az ütköző érdekek közötti mérlegelést. A mérlegelés könnyebb esete, ha a gyermek élete közvetlenül veszélyezteteti az anya életét, ilyen esetben a vészhelyzet minősítése orvosi kérdés, és a jog szempontjából ekkor az élet védelmével kapcsolatos jogok feltétlen elsőbbséget élveznek.(12) Nehezebb a kérdés megítélése, ha a magzati élet védelmének kötelezettsége kerül összeütközésbe az anya egészsége védelmének kötelezettségével, illetve jogával. Adott esetben még orvosi módszerekkel sem könnyű, jogi eszközökkel pedig szinte lehetetlen eldönteni, hogy a keletkező élet az anya egészséges létét veszélyeztet-e, és milyen mértékben. Az orvosi döntés ügydöntő akkor, ha az anya a maga egészsége védelmében kíván magzati életet megszakíttatni; ez esetben az anya erkölcsi felelőssége, a másik oldalon az orvos szakmai etikai felelőssége áll fenn. (13) A Pszichiátriai Szakmai Kollégium Állásfoglalásában rögzítettek alapján a pszichiáter szakmai és etikai kompetenciáján kívül esik a műtéti indikáció felállítása a terhességmegszakítás körüli eljárásban, csupán a súlyos lelki válsághelyzet, illetve a pszichés működészavar meglétéről, fokáról és az alkalmazott gyógyszeres kezelésről adhat szakvéleményt.(14)

Az állapotos nő terhességmegszakítás iránti kérelme, a cselekvőképesség jelentősége a kérelem benyújtásánál

A terhesség megszakítását a törvény egyrészt az állapotos nő, másrészt a családvédelmi szolgálat munkatársa, illetőleg a szakorvos döntésére bízta. A terhes nő döntése a terhességmegszakításra irányuló kérelemében jut kifejezésre, így az állapotos pszichiátriai beteg nők szempontjából meghatározó jelentősége van annak, hogy miként szabályozza a jog a jognyilatkozat érvényességét. E kérdésben Polgári Törvénykönyv szabályozását kell irányadónak tekinteni.(15)

A magzatvédelmi törvény szerint a korlátozottan cselekvőképes személy nyilatkozatának érvényességéhez törvényes képviselőjének a terhesség-megszakítási kérelmet tudomásul vevő nyilatkozata szükséges. Cselekvőképtelen személy terhességmegszakításra vonatkozó kérelmét nevében törvényes képviselője terjeszti elő. A tárgyalt alanyi kör szempontjából fontos az a szabály, hogy ha a korlátozott cselekvőképes személy cselekvőképpé válik, maga dönt a jognyilatkozat érvényességéről.(16) A gondnokság alá helyezés hatálya az ezt kimondó ítélet jogerőre emelkedését követő naptól kezdődik, azaz a jogerős ítélet meghozatala előtt tett nyilatkozatra visszaható hatálya nincs.(17)

Külön kezeli a törvény a korlátozottan cselekvőképes személy önálló jognyilatkozatait, amelyek érvényességéhez nem szükséges a törvényes képviselő előzetes beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása, mert ezek a személyes jellegű jognyilatkozatok, amelyeket csak jogszabályi felhatalmazás alapján és csak személyesen tehet meg. Van azonban olyan személyesen tehető jognyilatkozat, melynek érvényességéhez a törvényes képviselő vagy a gyámhatóság hozzájárulása szükséges.

A törvény a korábbi szabályozáshoz képest sokkal szűkebb körben teszi lehetővé, hogy a gondnok önállóan tegyen jognyilatkozatot a gondnokolt helyett. A korlátozottan cselekvőképes nagykorú esetében az új törvényi szabály azokat az eseteket és feltételeket nevesíti, amikor a gondnok jogosult az önálló jognyilatkozat megtételére, akkor, ha a gondnokolt közokiratba foglaltan jogosítja fel a gondnokot a helyette és nevében történő általános jellegű eljárásra.(18) Ilyen felhatalmazás azonban még közokiratba foglaltan sem adható érvényesen olyan jognyilatkozatok

tekintetében, melyeket a gondnokolt a törvény szerint csak önállóan tehet meg, és azokra sem, amelyekre jogszabály a gondnokolt személyes nyilatkozatát kívánja meg. (Ilyen például az abortusszal kapcsolatos jognyilatkozat.)

A cselekvőképtelen személy érvényesen jognyilatkozatot nem tehet, nevében gondnoka jár el.(19) Új elem a szabályozásban a gondnoknak az a kötelezettsége, hogy a véleménynyilvánításra képes gondnokolt kívánságát, kéréseit meg kell hallgatnia, és – lehetőség szerint – figyelembe kell vennie a döntés meghozatala során. A törvény ennek elmulasztásához szankciót is fűz, mert e kötelezettség folyamatos megszegése a gondnok elmozdítását vonhatja maga után. Amennyiben a gondnok folyamatosan és következetesen a gondnokolt meghallgatása nélkül hozza meg a döntéseit, bárki, így maga a gondnokság alá helyezett személy, illetve a környezetében élők is jelezhetik azt a gyámhatóságnak.

A kötelező tanácsadás

Az Alkotmánybíróság határozatával írta elő, hogy a válsághelyzet nyilatkozattal történő igazolása esetén ellensúlyt képező rendelkezéseket kell hozni a magzati élet védelmére, ugyanakkor az eszközök megválasztásában nem támasztott követelményeket a határozat rendelkező része. Az indoklásban szereplő példák jogi értelemben csak javaslatok. Bizonyos megközelítésben a család, illetve a nő rábeszélése a nem kívánatos terhesség megtartására sértheti a magánélethez való jogot és a lelkiismereti szabadsághoz való jogot. Ezek a jogok tartalmazzák, hogy mindenki maga választhatja meg, kivel kívánja megosztani magánéleti problémáit. Az állam nem kötelezheti el magát az egyik megoldás mellett, nem gyakorolhat nyomást a terhes nőre és családjára.(20) Itt is meghatározó jelentőségű lehet a lelkiismereti szabadság, mint a személyiség integritáshoz való jog érvényesülésének kérdése a nő szempontjából. A második abortuszhatározat alapján a súlyos válsághelyzet indikációjának ellenőrzése mellőzhető, a magzati élet védelmét a megfelelő ellensúlyt képző kötelező tanácsadás biztosítja. A tanácsadásnak elvileg úgy kell működnie, hogy a nőt szabad és tudatos választásra vezesse, és nem feladata, hogy őt a megszakítás elleni döntés irányába befolyásolja.

A diszkrimináció tilalma

A magyar jogban a nemek közötti hátrányos megkülönböztetés általános tilalmát az Alkotmány rögzíti: „A Magyar Köztársaság biztosítja a férfiak és a nők egyenjogúságát minden polgári politikai, valamint gazdasági és kulturális jog tekintetében.”(21) Az ember jogi alaphelyzetéhez hozzátartozik két „tartalmi” alapjog, amely a jogképesség formális kategóriáját kitölti, és a „személy” emberi minőségét kifejezi: az élethez és az emberi méltósághoz való jog. A méltóság az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életék értéke között jogilag különbséget tenni. (22)

A Polgári Törvénykönyv nem ismer különbségeket a polgári jogviszonyok jogalanyisága szempontjából sexus tekintetében. A polgári jogviszony alanya akár férfi, akár nő lehet, és ebben a vonatkozásban nincs jelentősége annak, hogy valaki férfi vagy nő. A törvény tiltja a nemek szerinti különbségtételt, így a polgári jogviszony alanya bármilyen nemű ember lehet. (23) A személyhez fűződő jogok sérelmét jelenti különösen a magánszemélyek bármilyen hátrányos megkülönböztetése nemük, fajuk, nemzetiségük vagy felekezetiük szerint.(24)

Az esélyegyenlőségről szóló törvény, a 2003. évi CXXV. törvény megalkotását egy általános „antidiszkriminációs” törvény követelménye indokolta. Az egyenlő bánásmód követelménye megkívánja a kötelezettektől, hogy tartózkodjanak minden olyan magatartástól, amely bizonyos személyekkel szemben hátrányos megkülönböztetést eredményez. Az egyenlő bánásmód követelménye szektorális kérdésekre is kiterjed, ennek megfelelően egyaránt foglalkozik a foglalkoztatásban, a szociális biztonság és egészségügy területén, az oktatásban s egyéb területeken megjelenő hátrányos megkülönböztetéssel. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény betegjogi képviselővel kapcsolatos új rendelkezései szerint a betegjogi képviselőnek különös figyelmet kell fordítania a testi vagy szellemi fogyatékosságuk,

egészségi állapotuk, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmére, valamint az egyenlő bánásmód követelményeinek érvényesítésével kapcsolatos panaszokra. Az esélyegyenlőségi törvény módosította a Fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény rendelkezéseit is, aszerint hogy a fogyatékos személyek jogszabályban biztosított jogait megsértővel szemben az Országos Fogyatékosügyi Tanács pert indíthat a jogok érvényesítése érdekében.(25)

A büntetőjog nőkkel kapcsolatos vonatkozásai

A nők sérelmére elkövetett erőszak megnyilvánulásai

A nők elleni erőszak lehetséges, a hazai jogban nem minden esetben szabályozott és szankcionált formái (26)

A szociológiai irodalom és a nemzetközi egyezmények megfogalmazásában nők elleni erőszaknak az erőszak azon megnyilvánulásai tekinthetők, amelyek nagyobb mértékben érnek nőket, mint férfiakat, és amelyeket a nők a női nemhez tartozásuk miatt szenvednek el. A nők elleni erőszak megnyilvánulhat a családon (intim kapcsolaton) belül, megnyilvánulhat a nemi erőszak formájában, a prostitúcióban illetve a kényszerprostitúcióban, gyakran tárgyalt formája a nőkereskedelem, továbbá a nőket érő munkahelyi zaklatás. Ide sorolható a nőket nemük miatt érő minden olyan erőszakos tett, amely testi, szexuális vagy lelki sérülést okoz vagy okozhat nőknek, beleértve az effajta tettekkel való fenyegetést, valamint a kényszerítést és a szabadságtól való önkényes megfosztást, történjen az a közéletben vagy a magánszférában. (27)

A diszkrimináció széles skáláján a családon belüli erőszak kiemelt helyen szerepel. Számos kriminológiai kutatás alátámasztja, hogy a nők ellen elkövetett bűncselekmények között egyértelműen a családon belüli erőszak az egyik leggyakoribb halálozási ok. Az erőszak pontos meghatározását, konkrét esetekben felismerését nehezíti, hogy a családban, az otthon falai mögött folyó erőszak a privát

szféra sérthetetlenségénél fogva gyakran láthatatlan, ami az áldozat számára jelentősen megnehezíti a segítségkérést, a környezet számára pedig a segítségnyújtást. A bántalmazottak körét tekintve a családon belüli erőszaknak kell tekinteni a házasságban vagy élettársi kapcsolatban már nem élő személyek közötti erőszakot, illetve a családban élő gyermekek, nagyszülők vagy más rokonok sérelmére elkövetett bántalmazást is.

A nők elleni erőszak, illetve a partnerkapcsolati erőszak legjellegzetesebb formái az alábbiak szerint foglalhatóak össze:

- A szóbeli erőszak jelentheti a nő lekicsinyítését, nevetségessé tételét (például a nő külseje, vallása, faji hovatartozása miatt). Ide sorolható a bántalmazással, veréssel való fenyegetés, a gyermek elvételével való, öngyilkossággal való fenyegetés.
- Lelki erőszak: alapvető érzelmi igények és szükségletek megtagadása, barátoktól, munkától, családtól, kedvenc foglalatosságoktól való eltiltás. Ezen belül külön kiemelendő az elszigetelés, ha a férfi meghatározza, hogy a nő mit csinálhat, és mit nem csinálhat, kivel tarthat kapcsolatot, hová mehet.
- Testi (fizikai) erőszak: megnyilvánulási formái nagyrészt törvényben szabályozottak, de akadnak kivételek, főként a pontosan meg nem határozható tettelegesség körében (például: lökdösés, pofozás, fojtogatás stb.).
- Szexuális erőszak: nem kívánt szexuális tevékenységre való kényszerítés. (Ide sorolható még a nemi erőszak, az azzal kapcsolatos fájdalomkozás vagy megalázás, másokkal való közösülés, prostitúció kényszerítése, fogamzásgátlás akadályozása vagy kényszerítése, terhességre vagy abortuszra kényszerítés is.)

- Gazdasági erőszak: Anyagi függésben tartás, munkáról való lebeszélés vagy munkától való eltiltás, a nő fizetésének elvétele, mindennapi kiadások megkérdőjelezése, elszámoltatás, közös néven lévő céggel való sakkban tartás

A különféle bántalmazási módoknak a bántalmazottak életkora szerinti áttekintése a tettlegesség számtalan előfordulási formáját mutatja.

- Születés előtt: a szelektív abortusz (ez jelentheti a lánymagzatok elhajtasát, elhajtatását, az anya bántalmazását, amelynek következtében magzatát elveszíti).
- A csecsemőkorban: a leánycsecsemők szisztematikus megölése, a leánycsecsemők szisztematikus alultáplálása fiúcsecsemők javára, a testi bántalmazás (verés, dobálás, falhoz vágás, éheztetés), a lelki bántalmazás (kiabálás, fenyegetés, elhanyagolás) és a szexuális bántalmazás.
- A gyerekkorban: a lelki bántalmazás, incestus, a gyermekprostitúció, valamint a gyermekpornográfia.
- A kamasz és felnőttkorban: a gazdasági befolyással elért szex, a szexuális zaklatás, a prostitúció, a pornográfia, a nőkereskedelem, a házasságon belüli nemi erőszak, a hozománybántalmazás, a házastárs általi gyilkosság, a sérült, fogyatékos nők bántalmazása, a terhesség kieroszakolása.

A Büntető Törvénykönyvben konkrét törvényi tényállással rendelkező, nőkkel szemben elkövethető erőszakos cselekmények

Az erőszak jog által szankcionált formáinak vizsgálata során elsődleges a pszichiátria szempontjából történő megközelítés, a tárgyalta alanyi körrel kapcsolatba hozható esetekre történő szűkítés.

Felmerülhet a kérdés, hogy miért korlátozódik e jelenség a nemhez kötött szereposztásra, miért tételezzük fel az esetek többségében, hogy az erőszak elkövetője a férfi, az áldozat pedig a nő. Erre a választ a statisztikai adatok adják, amelyek szerint az esetek túlnyomó többségében, mintegy 95%-ában a férfi az erőszak alkalmazója családon belül. A felnőtt hozzátartozó sérelmére a családon belül elkövetett erőszakos

cselekményre a hatályos büntető törvénykönyv nem tartalmaz külön rendelkezést. Mindemellett a törvény számos rendelkezése alapján nyílik - nyílhatna - lehetőség büntetőeljárás lefolytatására a feleségbántalmazás különböző formáinak megvalósítóival szemben. De a szabályozás szerint ezek jórészt magánvádra üldözendő bűncselekmények, azaz a hatóság csak a sértett kérésére, és nem hivatalból jár el.

Az élet, a testi épség, az egészség elleni bűncselekmények körén belül a tettegességre, a fizikai erőszakra helyeződik a legnagyobb hangsúly. A tettegesség kihatásait mind jogi, mind pszichiátriai szempontból vizsgálni kell.

A statisztikai adatok szerint Magyarországon a meggyilkolt nők meghatározó része válik saját otthonában áldozattá. Figyelemfelkeltő az a kimutatás, amely szerint minden héten egy nő belehal partnere, volt partnere által okozott sérüléseibe. Az ítélkezési gyakorlatban különös figyelmet érdemel a nő provokatív magatartásának vizsgálata, a bántalmazó felindultságának foka, az emberölés motívumainak mérlegelése az adott ügy kapcsán.

Maga a bántalmazás, ha a családon belül követik el, egy folyamatnak tekinthető, amely lényegében nem más, mint az egyik ember uralkodása, hatalomgyakorlása a másik felett. A testi bántalmazás módzatainak felsorolása a lehetetlenséggel határos. A büntetőtörvény a gyógytartam szerint tesz különbséget a könnyű és a súlyos testi sértés között, a lelki behatások káros hatását az egészségromlás körében értékeli. Ez utóbbi körbe tartozik a pszichiátriai behatással járó elkövetés, amikor a sértettnek az elkövető ijesztgetéssel, felindulás okozásával, erős undorkeltéssel lelki traumát idéz elő.

Külön említést érdemel, hogy a jogos védelem körén belül a törvény kiemeli, hogy azzal szemben, akinek a belátási képessége hiányzik vagy korlátozott, a megtámadottat a menekülési kötelezettség terheli; ugyanez vonatkozik a családtagok általi támadásra is, ahol a hozzátartozó menekülni köteles.

Az állapotos nők kivételes és fokozott jogi védelemben részesülnek az ellenük irányuló tettelegesség esetén. Amennyiben a terhes állapotban lévő nő a testi sértés következtében magzatát elveszti, ez a körülmény önmagában olyan súlyos következmény, amely a maradandó fogyatékoságot okozó testi sértés megállapítását megalapozza, mondja ki a Legfelsőbb Bíróság 24. számú büntető kollégiumi állásfoglalása. Természetesen, ha az elkövető nem tudott a terhességről, és ezt a tőle elvárható figyelem mellett sem észlelhette, úgy cselekménye nem minősíthető a fentiek szerint.

A magzatelhajtás komoly büntetőpolitikai kérdés. Magyarországon a Büntető Törvénykönyv minden magzatelhajtást büntetni rendel, de a már tárgyalt magzatvédelmi törvény engedélyt ad bizonyos feltételekkel a legális magzatelhajtásra. Ez a más jogági rendezés kifejezi az uralkodó büntetőpolitikai nézetet. Az állapotos nő magzatának kívülről személy által történő elhajtása bűncselekmény, és még súlyosabban minősül, ha súlyos testi sértést, életveszélyt vagy halált okoz. A családi erőszakkal összefüggésben megemlítendő, hogy az áldozatok 25%-át akkor is megverik, ha terhes, sőt a bántalmazás sokszor a terhesség alatt kezdődik.(28)

A nőkkel szemben alkalmazott erőszak speciális és összetett formája a nőkereskedelem. Nem csupán az áruként történő kezelés miatt igen súlyos bűncselekmény, hanem azért is, mert ezzel összefüggésben szinte mindig megvalósul egyéb erőszakos bűncselekmény. (Például, ha személyi szabadságától megfosztott sértett sérelmére, vagy 18. életévet be nem töltött személy sérelmére, vagy munkavégzés céljával követik el.) A szexuális kizsákmányolás számos formáját magában foglalhatja.

A nemi erkölcs elleni bűncselekmények sajátosságaként ki kell emelni, hogy a sértettek leggyakrabban az úgynevezett „gyenge érdekérvényesítő képességűek”, azaz a nők, a fiatalok, a kiskorúak. Az elkövető vonatkozásában fontos statisztikai adat: a szexuális bűncselekmények miatt jogerősen elítéltek 92%- a 20 és 50 év közötti férfi. (29)

A házasságon belüli nemi erőszak 1997 óta számít bűncselekménynek. (Eddig a bíróság előtt nem sikerült bizonyítani, pedig a házasságon belüli nemi erőszak nem fordul elő elszigetelten, gyakran kíséri testi erőszak vagy azzal való fenyegetőzés.) Korábban a közönség passzív alanya csak nő lehetett, míg a bűncselekmény elkövetője csak férfi, továbbá a bűncselekmény kizárólag házassági életközösségen kívül volt elkövethető. A házasság és a tényleges életközösség együttes fennállása kizárta a cselekmény büntethetőségét. A jelenlegi szabályozás szerint az erőszakos közönség esetén súlyosabb megítélés alá esik, ha az elkövető és a sértett között valamilyen – például hozzátartozói, gondozói, nevelői, gyógykezelői – kapcsolat áll fenn. (30) Ennek indoka az, hogy ilyenkor az elkövetők visszaélnek a hatalmukkal, és azt támadják, akit a kapcsolat jellegéből adódóan védeniük kellene.

A szemérem elleni erőszak, azaz a fajtalanságra kényszerítés e körben szigorú büntetőjogi megítélés alá esik, tekintve, hogy az áldozatok döntően kiskorúak.

A prostitúció társadalmi megítélése ellentmondásos, két szempontból vizsgálható: egyrészt mint szexuális szolgáltatás, másrészt mint a nők elleni erőszak megnyilvánulási formája. A prostitúciós célú emberkereskedelem szempontjából – amely összefonódik a szervezett bűnözéssel, és az áldozatai gyakran a nehéz anyagi helyzetben élők, a fogyatékos személyek és egyéb hátrányos helyzetű személyek – Magyarország egyaránt számít „kiinduló” és „cél” országnak.

A szeméremsértés tényállása szerint büntetendő, ha valaki magát szeméremsértő módon mutogatja más előtt azért, hogy nemi vágyát kielégítse. Mind a törvényi tényállás szövegéből, mind a logikai értelmezésből következően a mutogatásnak más előtt kell megtörténnie. Elegendő azonban, ha az elkövető felismeri annak a lehetőségét, hogy más személy jelen lehet, és láthatja a nemi szervének a mutogatását. Akkor is megvalósul a cselekmény, ha a jelen levő személy ezt ténylegesen nem észleli.

A szexuális zaklatást a hatályos magyar Büntető Törvénykönyv kifejezetten nem szabályozza. Míg az esélyegyenlőségről szóló 2003. évi CXXV. törvény 9. §-a túl

azon, hogy pontosan meghatározza a zaklatás definícióját, az európai irányelveknek megfelelően rögzíti, hogy a zaklatás és a jogellenes elkülönítés útján okozott jogsérelem sérti az egyenlő bánásmód követelményét. A közéletben a zaklatást mint jelenséget általában leszűkített módon értelmezik, azaz a szexuális erőszak fizikális aktusa leírásaként. A szexuális zaklatás nemcsak bizonyos helyzethez vagy környezethez kötődik, hanem potenciálisan jelen lehet minden férfiak és nők közötti interakcióban. A szexuális zaklatás úgy is megragadható, mint szexuális, illetve erotikus töltésű viselkedés olyan helyzetben, amikor és ahol nem illene oda – verbális vagy fizikális megnyilvánulás, amely hívatlan és kéretlen. (31) A helyzetet nehéz racionalizálni, a valóságos szándék azonban megragadható úgy, mint a hatalom érvényesítése és gyakorlása a férfi által a nő felett. Mindenképpen egy olyan nem jó néven vett férfiviselkedés, amely behatolás a nő érzéseibe, gondolataiba, szuverenitásába. Azonosítója, hogy a nőt egy adott szituációban teljesen nem oda illő módon szexualitása, illetve nőiessége okán szólítják meg, az a szexuális tárgyként kezelik, nem úgy, mint alkalmazottat, ügyfelet.

A családon belüli erőszak fogalma magába foglalja, hogy az agresszió nemcsak a nő ellen, hanem a családban élő gyermek ellen is irányulhat. Fontos a bántalmazás kölcsönös kihatásainak vizsgálata, különösen az anya és gyermek között fennálló kapcsolatra és a bántalmazás kihatásaira tekintettel. A gyermekbántalmazás körén belül beszélhetünk a vér szerinti szülő vagy gondviselő által elkövetett testi, szexuális vagy lelki erőszakról, és e körben bántalmazásnak minősül a gyermek elhanyagolása is.

A nők által leggyakrabban elkövetett bűncselekmények, a pszichiátriai betegség relevanciája a bünelkövetésben

A családon, életközösségen belüli bántalmazási folyamat tragikus végeredményeként vagy a férj, illetve élettárs öli meg az asszonyt, vagy fordítva. A bíróság ritkán tudja feltárni a konkrét előzményeket, általában a tények és a vonatkozó jogszabályok alapján ítél. Számos olyan eset létezik, amikor a bántalmazott asszony végső elkeseredésében, fenyegetettségében, az évek óta tartó ütlegetés, kínzás, szidalmazás hatásaként egy pillanatnyi indulatból válik bünelkövetővé.(32) Ezzel összefüggésben

indokolt lehet a jogos védelem kérdésének vizsgálata, amikor is az adott ügyben, a történések egész folyamatát figyelembe véve, a cselekménysor összefüggő vizsgálata alapján ítéltető meg, hogy az elkövetéskor jogos védelmi helyzet fennállott-e. A jogos védelem esetében a támadás-elhárítás – mint cél – szabja meg a határt, a megtorlás e körön kívül esik.

Az emberölés büntette

Az élet elleni cselekményeket a női bűnelkövetés szempontjából megközelítve meghatározó, hogy a nők az erőszakos bűncselekmények nagy részét a hozzátartozóik ellen követik el, továbbá jelentős a kóros elmeállapotú, illetve a beszámítási képességben bizonyos fokban korlátozott elkövetők száma.

Az újszülött megölése

Az újszülötteknek a szülés tartama alatt vagy közvetlenül ezt követően az anya által történő megölése esetén a büntetés kiszabásánál az igényel alapos vizsgálatot, hogy az a különleges állapot, amely az újszülött világrahozatalával jár, kihatott-e az elkövető beszámítási képességére. Figyelemmel kell lenni arra is, hogy a szülő nőt milyen ok vezette az újszülött megölésére. A házasságon kívül szülő nő esetében azt is figyelembe kell venni, hogy a társadalmi rosszallás a tudatilag elmaradott környezetben még olyan súllyal nehezedhet az elkövetőre, hogy az motiválhatja a cselekmény elkövetését. Önmagában nincs társadalmi, erkölcsi és jogi alapja annak, hogy újszülöttek megölése esetén általánossá válják a törvényi büntetési tétel legkisebb mértékén aluli büntetések kiszabása. Az a körülmény, hogy az elkövetők nem készülnek fel a gyermekszülésre, nem veszik igénybe az általánosan biztosított orvosi kezelést és ellátást, egymagában nem alapozza meg az ölési cselekmény előre kitervelten elkövetettként minősítését. A körülmények széles körének figyelembe vétele mellett azonban nincs társadalmi, erkölcsi és jogi alapja annak, hogy az újszülöttek megölése esetén általánossá válják az elkövetővel szemben enyhébb büntetés kiszabása.

Az újszülött-gyilkosság esetén felmerülő speciális helyzetben két meghatározó körülmény vizsgálendő. Az egyik, hogy a szülő nő speciális pszichés állapotában relatíve könnyebben határozza el magát az éppen megszületett gyermeknek a megölésére, akit bizonyos mértékig még a saját teste részének tekint, egyben minden fájdalma okozójának. A másik igen kedvezőtlen, de sajnos még élő motívum, hogy a már említett pszichés állapotában a szülő nő – aki esetleg házasságon kívül, a gyermek nevelésében, eltartásában közreműködő társ nélkül kénytelen újszülöttjét a világra hozni – a gyermek tartásának, felnevelésének lelki, fizikai, anyagi problémától való félelmében követi el cselekményét.

A szülés folyamán kialakuló speciális pszichés és fizikai állapot figyelembe vétele kivételes törvényi szabályozást kíván, amelynek indoka a szülő nőnek a szülés folyamán kialakuló speciális pszichés és fizikai állapota.⁽³³⁾ A szüléssel járó testi fájdalmak, az adott esetben bekövetkező jelentős vérvesztés – és az ehhez kapcsolódó egyéb állapotváltozások – olyan pszichikai állapotot idézhetnek elő, amely az elkövető tudatát, beszámítási képességét is érintheti. A jogalkotó ezt a kivételes helyzetet vélemezte a normaszöveg megfogalmazásakor. Éppen ezért a cselekmény jogi minősítésének szempontjából szükségtelen az elkövető aktuális fizikai, pszichikai állapotának vizsgálata.

A Legfelsőbb Bíróság egyik precedens értékű döntése rámutatott arra, hogy a szülés váratlansága miatti ijedelem, a szokatlan körülmények, illetve a szülést követő gyors vérvesztés miatt tudatzavart állapot alakult ki, amely az életveszélyes, vérzéses, sokkos állapotot kísérte. Ezen állapot a szülő nő beszámítási képességet nem zárta ki ugyan, de súlyos fokban korlátozta. A bíróság ezen, az elfogadott igazságügyi elmeorvos-szakértői véleményben rögzített állapotnak nyomatékos enyhítő hatást tulajdonított.

Látható, hogy az újszülött élethez való jogának büntetőjogi védelme határozottan kifejezésre jut. Az emberi élet a szülési folyamat megindulásától, a magzatnak az anya testétől való elszakadási folyamat kezdetétől, az ún. tolófájások megindulásától értékelhető büntetőjogi értelemben életnek. Az újszülött megölésének passzív alanya

csak élve született gyermek lehet. Az adott eset szempontjából csupán annak van büntetőjogi relevanciája, hogy az újszülött élve jött-e a világra, vagy sem, annak nincs, hogy a gyermek egyébként életképes volt-e, vagy bármilyen, első látásra is felismerhető testi fogyatékoságban, torzulásban szenvedett-e. Az elkövető csak a szülő nő lehet.

A magzatelhajtás

A magzatelhajtás a terhesség megszakadásának egyik esete mint már említettük a természetes terhességmegszakítás kívül esik a büntetőjog terrénumán. Orvosi szempontból a terhesség megszakadásnak két fajtája ismeretes, a természetes, illetve a mesterséges. A mesterséges terhességmegszakítás ugyancsak két nagy csoportra osztható, az egyik körbe tartozik a jogszerű, a másik körbe a jogellenes terhességmegszakítás. Ez utóbbi lényege, hogy a terhességet mesterséges és jogellenes módon szakítják meg, minek következtében a magzat elpusztul.

A magzatelhajtás elkövetését a törvény két fordulatban fogalmazza meg. Az első fordulat szerinti bűncselekményt az követi el, aki más magzatát hajtja el, míg a második fordulat szerintit az, aki a saját magzatát hajtja el, vagy hajtatja el. Az elhajtás fogalmán lényegileg a magzat elpusztítása, megölése értendő. Orvosi szempontból a magzatelhajtás történhet a magzatnak az anyaméhben történő elpusztításával (*caedes in utero*), valamint a koraszülés előidézésével, feltéve, hogy a magzat elpusztulása kizárólag ennek a következménye. Ezt azért szükséges kiemelni, mert amennyiben a magzat a szándékosan előidézett koraszülés ellenére élve születik, és halálát az elkövetőnek a szülést követő magatartása okozza, úgy a szándéktól függően cselekménye az emberölés, illetve a halált okozó testi sértés körében értékelendő. Magzatelhajtás tevőleges magatartással és mulasztással is elkövethető. (Bár ez utóbbi elkövetési forma az ítélkezési gyakorlatban nem ismert.) A törvény nem határozza meg az elkövetési módokat és eszközöket, ebből következően a magzatelhajtás bármely eszközzel elkövethető. Általánosságban jellemző, hogy a magzatelhajtást művi méh úri beavatkozással, vagy pedig belső szerek használatával követik el. Nem zárható ki ugyanakkor a pszichikai behatás sem. Például túlságos

izgalmi állapot előidézése, rendkívüli nagy fájdalom okozása, vagy megijesztés, amely abortuszhoz vezethet.

A családon belüli erőszakkal kapcsolatos szabályozási törekvések

A bántalmazással, a családon belüli erőszakkal kapcsolatosan elmondható, hogy a jogi szabályozás önmagában nem elegendő a családon belüli erőszak áldozatainak védelméhez. A komolyabb fizikai és mentális védelemhez a bántalmazott nők szempontjából nem is annyira a szigorúbb jogi szabályozás, mint a hatékony együttműködés hiányzik a rendőrség, az önkormányzati szervek, a gyámhatóságok, a gyermekvédelmi szervek, a jogászok és bírák között. A családon belüli erőszak fel nem ismerése és figyelmen kívül hagyása miatt még olyan mértékben sem használják fel a megfelelő szabályozást, amennyire arra lehetőség nyílna. Az esetek feltárásának nehézségei szempontjából kiemelendő, hogy a hatósági eljárások során a bántalmazott családtagok életének, testi épségének és biztonságának védelme kiemelt szerepet töltsön be. A hatékonyság szempontjából szükséges lenne a protektív tényezők, a megelőzés, a védelem, a terápia feltételeinek megteremtése, és együttes alkalmazásuk.

A pszichiátriai beteg nők helyzete az egészségügyi és szociális intézményekben

A pszichiátriai beteg nők jogi helyzete a szociális intézményekben

Az egészségügyről szóló törvény már nem csupán a pszichiátriai ellátás rendszerét és a bekerülés jogi garanciáit, hanem az ellátáshoz kapcsolódó valamennyi betegjogot rögzíti. A pszichiátriai betegeket, mint speciális betegcsoportot megillető jogok köre szűkebb valamivel, mint az általános, minden beteget megillető jogok köre. (Példaként említve: a beleegyezés jogát e betegcsoport bizonyos feltételekhez kötve gyakorolhatja.)

A pszichiátriai betegek otthonai adják a pszichiátriai betegek gyógykezelésének és gondozásának intézményi kereteit. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

szóló 1993. évi III. törvény rendelkezik a pszichiátriai kórházi kezeléstől lényegében eltérő szociális otthoni gondozás feltételeiről. Azoknak a betegeknek az ápolása és gondozása történik itt, akik az ellátás igénybevételének időpontjában nincsenek veszélyeztető állapotban, akut gyógyintézeti kezelést nem igényelnek, de egészségi állapotuk, szociális helyzetük miatt önmaguk ellátására nem képesek. Hasonlóan más intézményekhez, ahol a személy szabadsága bizonyos fokig korlátozott, a legkritikusabb emberi jogi kérdés itt is a magánélet sérthetatlensége, amelynek érvényesülési lehetőségeit az intézményi lét önmagában behatárolja. A kétágyas elhelyezés csak az intézmények kisebb részében, és ott is csak az ott lakók kisebb hányada – főként házaspárok, élettársak számára – adott. Jellemzőek a 4-6 ágyas hálótermek. A legtöbb helyen a hálók nem zárhatóak, és az intim együttlét, a pszichiátriai betegek szexualitása sokáig tabunak számított. A nemzetközi egyezményekben, az Alkotmányban és az egészségügyi törvényben biztosított az emberi méltósághoz és az önrendelkezéshez való jog, ennek egyik megnyilvánulási formája a szexualitáshoz, a nemi kapcsolathoz való jog. A személy alapvető joga, hogy méltóságát tiszteletben tartsák, testi szellemi integritását a törvény adta keretek között megőrizhesse. A személyes szabadság körébe vonható magatartások és cselekvések meglehetősen széles körűek, így lényegében ide sorolható a döntés arról, hogy a magánszemély kivel és milyen módon kíván kapcsolatot létesíteni. E szabadságjogok széles körű törvényi védelem alatt állnak. A pszichiátriai betegek szexualitáshoz való jogának figyelembe vétele sok intézetben figyelmen kívül marad. Az intim együttlétre alkalmas hely hiányában alkalmi helyekre kényszerülhetnek a betegek. Egy, az ország egész területére kiterjedő kutatás tapasztalatai alapján, a Magyarországon megvizsgált ötvenkét pszichiátriai otthonból huszonegyben működik intim szoba, ahol a közös hálóval nem rendelkező partnerek az együttlétüket tölthetik. Az intim szoba működtetésének kérdése szervezetiileg nem megoldott. (A kulcsot kitől lehet elkérni, ki kérheti el, hogyan teszik komfortossá a szobát, tartozik-e hozzá fürdőszoba, stb.)

A kapcsolattartás szabadsága alapvető kérdés a bentlakásos pszichiátriai otthonokban élő nők helyzetét vizsgálva, esetükben kifejezetten fontos kérdés, hogy a gyermekükkel, családtagjaikkal hogyan tudnak kapcsolatot tartani ellátásuk során. A

szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló törvény alapján bentlakásos intézményi elhelyezés esetén az intézmény vezetője köteles gondoskodni a jogosult és hozzátartozói közötti személyes kapcsolattartás kulturált és zavartalan körülményekről, az intézményben megfelelő feltétel biztosításáról.

A pszichiátriai beteg nőket kifejezetten érintő jog e körben az egészségügyi törvény azon rendelkezése, amely szerint a szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt személy vele lehessen a vajúdás és a szülés alatt, illetve a szülést követően joga van arra, hogy az újszülöttjével egy helységben helyezték el.

Az esélyegyenlőségről szóló törvény rendelkezése alapján kifejezetten elvárható, hogy az egyenlő bánásmód követelményére a pszichiátriai beteg nők szociális intézményekben gondozása során érvényre jusson. A törvény kiemelten foglalkozik a szociális biztonsággal és az egészségügyi ellátással összefüggésben a diszkrimináció tilalmával. Az egyenlő bánásmódhoz való jog itt magában foglalja az azonos egészségügyi intézmények – az ellátás, illetve tartózkodás céljára szolgáló helységek – használatának, az ugyanolyan színvonalú és hatékony igénybevételének a jogát is.

A pszichiátriai beteg nők jogi helyzete a kényszergyógykezeléssel kapcsolatosan

A kényszergyógykezelés a pszichiátriai kezelés olyan formája, amely speciális indokból, és speciális intézményi feltételek között valósul meg. Nem az állami egészségügy valamelyik rendszerében rendelhető el, hanem kizárólag olyan intézmény falai között, amely az igazságszolgáltatás rendszerébe tartozik. Itt, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben az ideiglenes kényszergyógykezelés, a kényszergyógykezelés fogatosítása és a kóros elmeállapotúvá vált elítéltek kényszergyógyítása történik (34). Ha két elmegyógyász szakorvos véleménye alapján megállapítják, hogy az elítélt kóros elmeállapota miatt a szabadságvesztést nem lehet végrehajtani, őt az IMEI főigazgató főorvosa gyógykezelés céljából az IMEI elmeosztályára helyezi át. Az elítélt jogai megegyeznek a kényszergyógykezelt jogaival, azzal az eltéréssel, hogy adaptációs szabadságra nem bocsátható. Ha az elítélt elmeállapotát felülvizsgálják, és megállapítják, hogy meggyógyult, a

büntetés-végrehajtási intézetbe vissza kell szállítani, ha elmeállapota csak javult, akkor őt gyógyító-nevelő csoportban kell elhelyezni. Az utóbbi esetben lényeges és fontos az a különbség, hogy a pszichiátriai betegség csak az után kerül felszínre, hogy a bűncselekményt elkövették az elítélt szabadságvesztéses büntetését tölti, tehát a bűncselekményt nem a pszichiátriai betegségével összefüggésben követte el, ezért kérdéses lehet a kényszergyógykezeltekkel együtt történő kezelésük.

A kényszergyógykezelés elrendelésének feltételeit a Büntető Törvénykönyv határozza meg (35):

- Az elkövető az elmeműködés kóros állapota (beszámíthatatlansága) miatt nem büntethető.
- Az elkövető személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekményt követett el.
- Prognosztikus feltétel a bűnismétlés, vagyis hasonló jellegű cselekmények elkövetésének a veszélye
- Az elkövető büntethetősége esetén vele szemben egy évet meghaladó tartalmú szabadságvesztés-büntetést kellene kiszabni.

Mint büntetőjogi intézkedésnek a történeti előzményei, a szabályozási törekvések jellemzői mutatják, hogy egy olyan intézményi rendszerről van szó, amely a büntetés és a gyógyítás elemeit egyaránt hordozza.(36) Olyan sajátos jogintézményről van szó, ahol a büntető és az egészségügyi jogszabályok egyaránt irányadóak, de a kényszergyógykezeltek esetében sajátos módon kiolthatják egymást. Ugyanis az elítéltek jogait széles körben biztosítják a nemzetközi és a hazai jogszabályok garanciális rendelkezései, és az elmondható az egészségügyi törvény rendelkezéseivel kapcsolatban is, mert azok a nemzetközi elvárásoknak megfelelően rögzítik a betegek jogait. A kényszergyógykezelt viszont azokat a jogokat, amelyek mint elítéltet illetnék meg, sok esetben azért nem gyakorolhatja, mert pszichiátriai beteg, a betegeket megillető jogok érvényesülését korlátozza az IMEI zárt intézeti volta, az, hogy elítéltként kezelik az ott lévőket, az intézet „börtönkórház” jellege, így tehát a betegeket megillető jogokat számos esetben a

büntető jogszabályokkal összeolvasva bonthatjuk ki. A betegeket, a pszichiátriai betegeket megillető jogok érvénysülésének lehetőségeit ez a tény nagyon körülhatárolja, jogaikat így meglehetősen szűk körben gyakorolhatják és ezt még a betegségük, állapotuk tovább korlátozhatja.

A kényszergyógykezeltek határozatlan ideig vannak fogva tartva, ellentétben a büntetés-végrehajtási intézetben lévőekkel, akiknek szabadságvesztése általában határozott tartamú. Habár e betegek kényszergyógykezelését a bíróság rendszeresen felülvizsgálja, néhány esetben lényegesen hosszabb ideig vannak fogva tartva, mintha azonos bűncselekmény miatt szabadságvesztésre ítélték volna őket, a fogva tartásuk szükségességét évente a bíróság vizsgálja felül. A felülvizsgálat során meghatározó jelentősége van az IMEI elmeorvosainak és az Igazságügyi Orvos-szakértő Intézet elmeorvosai szakértői szakvéleményének.

A kényszergyógykezelés során a beteget az orvostudomány mindenkori állása szerinti korszerű ellátásban kell részesíteni, hogy így állapotának romlását megakadályozzák, és egészségét mielőbb a lehetséges mértékig helyreállítsák. A rehabilitációs tevékenység a különféle szakemberek együttműködése által, orvosi, pszichológiai, pedagógiai módszerekkel, valamint a szociális gondozás eszközeivel segíti a beteget, hogy a kényszergyógykezelés megszüntetését követően a társadalomba vissza tudjon illeszkedni. A gyakorlat azonban azt mutatja, ha a kényszergyógykezelés megszűnik, a betegek ritkán kerülnek „vissza a társadalomba”, ugyanis az, hogy nincs szükség a továbbiakban a kényszergyógykezelés fenntartására, nem jelenti azt, hogy a beteg önmaga ellátására képes. Az IMEI-ből általában elmeszociális otthonba kerülnek, feltéve, ha az elmeszociális otthonban van részükre biztosított férőhely és jelzi az IMEI-nek, hogy tudja a beteget fogadni. Az IMEI-ből elbocsátott betegek nagy részének megszakadt a kapcsolata a családjával, a család sokszor nem vállalja a gyógykezelt visszafogadását. Pszichiátriai beteggé minősülni sokkal nagyobb presztizsvesztés, mint a bűnözőként megbélyegezve élni. Ez markánsan meg nyilvánul már a rehabilitáció során is. A kirekesztés a beteg társadalmi beilleszkedését nagyon megnehezíti. Tehát amikor a kényszergyógykezelt betegek elbocsátása szóba jön, ezekkel a hátrányokkal is számolni kell.

A kényszergyógykezelés során az elmeorvosi rehabilitáció eszközei megegyeznek a pszichiátriai betegek gyógyítása során alkalmazott eszközökkel, alkalmazásuknak csak szűk körben szab határt az IMEI zárt intézeti volta.

Jegyzetek

- 1) A rendszerváltást megelőző időben a terhességmegszakítást az egészségügyről szóló törvény 1972. évi II. törvény felhatalmazása alapján a 76/1978.(XI.3) MT rendelet szabályozta. Az Alkotmánybíróság ezt a 64/ 1991. (XII. 17.) AB határozatával megsemmisítette, lényegében formai okokra hivatkozva, mondván: a terhességmegszakítás szabályozásával a jogalkotó a magzat jogalanyiségéről dönt. Ezt követően az Országgyűlés egy szélesebb kontextusban, a magzati élet védelmének keretei között rendelkezett a terhességmegszakításról. (A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény.)
- 2) Az Alkotmány 54.§ (1) bekezdés az élettől való önkényes megfosztást tilalmazza.
- 3) A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény (5.§)
- 4) A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 10§
- 5) Kecskés László: Magyar polgári jog , Általános rész II., A személyek joga. Pécs, Dialog Campus Kiadó, 1999.
- 6) A gondnokrendelésnek tehát helye van hivatalból és a kérelemre is, bármelyik szülő vagy nagyszülő, az ügyész illetőleg az anya lakóhelye szerint illetékes jegyző kérheti.
- 7) A 12/1987. (VI.29) MM rendelet - A gyámhatóságokról és a gyámhatósági feladatokról és a gyámhatósági eljárásról
- 8) Hámori Antal: A magzat élethez való joga. www.meh.communio.hu
- 9) 48/1998. (XI.23.) AB határozat
- 10) 32/1992.(XII.23.) NM rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. Törvény végrehajtásáról.

- 11) 30.838/1977./Eü.K13./EüM
- 12) 64/1991. (XII.17.) AB határozat
- 13) 64/1991. (XII.17.) AB határozat, Az élet védelmének joga - Alkotmány 54.§ - és az egészséghez való személyes jog, - Alkotmány 70/D. § (1) - összeütközése
- 14) A Pszichiátriai Szakmai Kollégium Állásfoglalás, 9.3 pont abortusz, www.mpt.iif.hu/pages/2/page2.html
- 15) A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény rendelkezéseitől eltérő speciális szabály vonatkozik a kiskorúakra hiszen az idézett törvényben speciális szabályt találunk arra nézve, hogy milyen jognyilatkozatot tehet érvényesen a kiskorú helyett a törvényes képviselője.
- 16) A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 14/B.§. (1)-(5)
- 17) A Polgári peres eljárásról szóló 1952. évi III. törvény 311. § (1)
- 18) Erre három esetben kerülhet sor: Akkor, ha erre a gondnokot külön törvény jogosítja fel. Így például Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a beteget megillető önrendelkezési jogkörébe (15-16. §) tartozó egyes jognyilatkozatokat, a gondnokolt fertőző betegsége esetén a gondnok is megteheti az otthoni elkülönítéshez szükséges nyilatkozatot [64. § (1) c)], a magánnyugdíj pénztárat terhelő titoktartás körében felhatalmazást adhat a pénztár tag gondnokolt kiszolgáltatható adatkörére [1997. évi LXXII. törvény 79. § (2) a)], és a gondnokolt egészségügyi és személyazonosító adatainak a törvényben meghatározott céloktól eltérő kezelésére [1997. évi XLVII. törvény 4. § (3)], stb.
- 19) A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 15/A. § (1) A cselekvőképtelen személy jognyilatkozata - a (2) bekezdésben foglalt kivétellel - semmis; nevében gondnoka jár el. A gondnoknak a véleménynyilvánításra képes gondnokolt kívánságát, kéréseit - pl. a tartózkodási helyére vonatkozóan - a döntések meghozatala előtt meg kell hallgatnia és lehetőség szerint figyelembe kell vennie. Ha a gondnok e kötelezettségét folyamatosan megszegi, ez a 19/C. § (2) bekezdésében foglaltak szerinti elmozdítását vonhatja maga után.

- 20) A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 15/A. § (2) A cselekvőképtelen személy maga is megkötheti azokat a csekély jelentőségű szerződéseket, amelyek a mindennapi életben tömegesen fordulnak elő, és különösebb megfontolást nem igényelnek.
- 21) Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) álláspont
<http://www.c3.hu/~hclu/indit12.htm>
- 22) A Magyar Köztársaság Alkotmánya 66.§ (1)
- 23) A Magyar Köztársaság Alkotmányának 70/A §-a általánosan tilt mindennemű diszkriminációt.
- 24) Korábban kizárólag A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 15/A. § 578/G. §-a rendelkezett akként, hogy az adott jogviszonynak, az élettársi kapcsolatnak csak különmemű alanyai lehetnek. Az Alkotmánybíróság döntésében [25/1996. (VII. 3.) AB végzés] azonban megállapította, hogy két személy tartós életközössége megvalósíthat olyan értékeket, hogy az érintettek személyi méltóságának egyenlő figyelembevétele alapján az együtt élő személyek nemétől függetlenül igényt tarthat jogi elismerésre. Az emberi méltóság sérelme miatt az Alkotmány 70/A. §-ába ütköző megkülönböztetés az, ha a közös háztartásban érzelmi és gazdasági közösségben együtt élő személyek közül az azonos neműekre a jogszabály nem vonatkozik. Az Alkotmánybíróság határozatát követően az 1996. évi XLII. törvénnyel módosított és 1996. június 19-től hatályos Ptk. 578/G. §-ában szabályozott élettársi kapcsolatnak a különmeműség már nem feltétele. A törvény kizárólag a közös háztartásban, érzelmi és gazdasági közösségben való együttélés megvalósulásához köti a jogviszony létrejöttét.
- 25) A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 15/A. § 76.§
- 26) 1998. évi XXVI. Törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 25.§
- 27) ENSZ CEDAW Egyezmény (A Nőkkel Szembeni Diszkrimináció Minden Formájának Felszámolásáról 1979. december 18-án, New Yorkban elfogadott Egyezmény, amelyet Magyarországon az 1982. évi 10. törvényerejű rendelettel hirdettek ki). Az ENSZ CEDAW Bizottságának a Magyar Köztársaság IV-V. összevont Kormányzati Jelentéséhez fűzött 5. számú Ajánlás (2002). A Nők

Elleni Erőszak Felszámolásáról szóló Nyilatkozat, amelyet az ENSZ Közgyűlése 1993. december 20-án, New Yorkban elfogadott 48/104. számú határozatával hirdettek ki. A Nők IV. (Pekingi) Világkonferenciájának Cselekvési Programja és Zárónyilatkozatára (1995). A Gyermek Jogairól szóló ENSZ Egyezményre és az ENSZ Gyermeki Jogok Bizottságának a Magyar Köztársaság Első Kormányzati Jelentéséhez fűzött Ajánlásai (1998.), Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlésének 1450 számú Ajánlása (2000). Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának 5. számú Ajánlása (2002).

- 28) Az ENSZ meghatározása szerint/ Egyezmény a nők elleni hátrányos megkülönböztetés minden formájának megszüntetéséről (1979. December 18.)
- 29) Miért Marad? A családon belüli erőszak a feleség és gyermekbántalmazás. Hogyan segíthetünk? NANE Egyesület 1999.
- 30) A Gyermekkel szembeni szexuális visszaélésekről. Szerk.: Herczog Mária. Család Gyermek Ifjúság könyvek. Budapest, 2002. 21. o.
- 31) Btk. 197§ (2.) bek (b) pont
- 32) Tuhn Éva, A szexuális zaklatás mint társadalmi jelenség, Belügyi szemle. www.tfk.elte.hu/hirnok/nokaltal/szexzak.html
- 33) Az 1998. évi LXXXVII. törvény 40. §-
- 34) A kényszergyógykezelés törvényi hátterét az alábbi jogszabályok képezik: A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény, az 1979. évi 11. törvényerejű rendelet A büntetések és intézkedések végrehajtásáról, (A kényszergyógykezelés végrehajtása, II. cím 83§), az 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról, valamint a 106/1980 IM sz. utasítás az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet működéséről.
- 35) A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 74.§ (1) Személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelését kell elrendelni, ha elméműködésének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni, feltéve, hogy büntethetősége esetén egy évnél súlyosabb szabadságvesztést kellene kiszabni.(2) A kényszergyógykezelést az erre kijelölt zárt intézményben hajtják végre.(3) A kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.”

36) A kényszergyógykezelés elrendelésének anyagi jogi szabályait az 1959. évi IV. törvény, a Büntető Törvénykönyv, az eljárási szabályait pedig az 1998. évi XIX. törvény, a Büntetőeljárásról szóló törvény tartalmazza (Amelynek közelmúltban történő módosításai a kényszergyógykezelés szabályait is érintik.)

Felhasznált irodalom

Dóra Ágnes (1996): Az elmebetegek jogállása, az elmebetegek gyógykezelésének jogi kérdései. Magyar Jog, 6. szám.

Erdei Árpád (1993): Kodifikációs megfontolások a büntetőeljárás elvei ürügyén. Magyar Jog, 3.szám, 215-225. o.

Fehér Lenke (1996): A női bűnözés. Falus János (szerk.): i.m. 272-279. o.

Fridli Judit (2002): Kényszergyógykezelés. In: Heuer Orsolya (szerk.): Pszichiátria és Betegjogok. Budapest, Társaság a Szabadságjogokért, 30. o.

Füredi János - Buda Béla (1980): A pszichiátria önállósodásának problémája Magyarországon. Orvosi Hetilap, 121:1115.

Gombos Gábor - dr. Kismődi Eszter - dr. Pethő Katalin (2001): Az ellátottak emberi jogai pszichiátriai betegek otthonaiban. Budapest, Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, 20-35.o.

Györe István (1996): A más szakértő kirendelésének „ésszerű kételyei”. Magyar Jog, 7. szám, 408-423.o.

Herczog Mária (2002): Gyermekkel szembeni szexuális visszaélésekről Család Gyermek Ifjúság Könyvek, Budapest, 21. o.

Heuer Orsolya (2002): Pszichiátriai kezelés és betegjogok. In: Heuer Orsolya (szerk.): i.m. 4-12. o.

Kappéter István (1994): A pszichiátriai szociális otthonok meghatározóiról és jövőjükéről. *Psychiatria Hungarica*, IX. Évf. 3. sz.

Kardos Gábor (1992): A diszkrimináció tilalma az Emberi Jogok Európai Egyezményében és az Emberi Jogok Európai Bíróságának illetve Bizottságának gyakorlatában. *Jogtudományi Közlöny*, 1. szám, 29-33. o.

Kecskés László (1999): Magyar Polgári Jog. Általános rész II.. A személyek joga. Budapest, Dialóg Campus Kiadó, 28-37. o.

Kerezsi Klára (1996): Az erőszakos bűnözés. In: Falus János (szerk.): *Kriminológiai Ismeretek, Bűnözés és Bűnözéskontroll*. Budapest, Corvina Kiadó, 155-171. o.

Király Tibor (2001): Büntetőeljárás jog. Budapest, Osiris Kiadó, 394-463. o.

Kuncz Elemér (2001): Hogyan történik a cselekvőképesség elbírálása? Hogyan működik a gondnoki rendszer? In: Fridli Judit (szerk.): *Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja* Budapest, Társaság a Szabadságjogokért, 31. o.

Laharie, Muriel (2000): Az elmebetegség ábrázolása a középkortól a huszadik század közepéig. In: *Psychiatria Hungarica*, 5. szám (4.)

Lewis, Oliver (2004): Évenkénti felülvizsgálati tárgyalások - Pszichiátriai szakvélemények. In: *Megvont Szabadság, Emberi Jogi Jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon*. MDAC, Menthal

Disability Advocacy Center, Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány,
Budapest, 33-35. o.

Ligeti Katalin (2003): A büntetőpolitika. In: Dr. Czimbalmos Csaba (szerk.):
Büntetőjog - Általános Rész. Budapest, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft,
14. o.

Makai Katalin (2001): A tervezet elkészítőjének szemével. In: Fridli Judit (szerk.)
i.m. 38. o.

Dr. Molnár Gábor (2002): A személy elleni bűncselekmények. In: Dr. Szentpétery
Petronella (szerk.): Büntetőjog - Különös Rész. Budapest, Hvg Orac Lap-és
Könyvkiadó Kft., 81-171. o.

NANE Egyesület (1999): Miért Marad? A családon belüli erőszak, a feleség és
gyermekbántalmazás. Hogyan segíthetünk? NANE Egyesület, 8-7.o.

Nyikos Eszter (1999): Helyünk Európában, Magyar börtönvilág a CPT adatainak
tükrében. Börtönügyi Szemle 1999/1. szám.

Palásti Sándor (1998): A diszkrimináció természete, a kisebbségek jogainak
védelme a magyar jogrendszerben. Társadalmi Szemle, 5. szám, 67-77. o.

Palásti Sándor - Tóth Balázs - Ladányi János - Kemény István - Csepeli György
(1998): Szükség van-e antidiszkriminációs törvényre? Fundamentum, 3. szám,
53-69. o.

Porter, Roy (2002): Az elmegyógyintézet mint probléma. In: A. Fodor Ágnes
(szerk.): A Téboly, a boszorkányperektől a pszichoterápiáig. Budapest, Magyar
Világ Kiadó, 130-134. o.

Sándor Judit (1997): A betegek jogának kodifikálásáról. Fundamentum, 1. szám.

Dr. Sinku Pál (2002): A házasság, a család, az ifjúság és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények In: Dr. Szentpétery Petronella (szerk.): i.m. 201-237. o.

Sólyom László (2001): Az alkotmánybíráskodás kezdetei Magyarországon. Budapest, Osiris Kiadó, 296-298. o.

Tóth Gábor Attila (2002): Az abortuszról. In: Tóth Gábor Attila (szerk.): Egyéni jogok és a közjó. Budapest, Társaság a Szabadságjogokért, 143-151. o.

Tóth Mihály (2000): Új büntetőeljárési törvény vagy további novellák sora. Belügyi Szemle, 2. szám.

Tuhn Éva (2000): A szexuális zaklatás mint társadalmi jelenség. In: Belügyi szemle 4-5. szám, 14-23. o.

Dr. Kiss Éva – Dr. Sziklay Júlia – Dr. Gégény Zoltán

Adatvédelem és titoktartási kérdések a családgondozói munka során

„A szociális munka kezdetétől fogva emberi jogi foglalkozás volt, mivel minden emberi lény lényegi értékét vallotta alapelvének és egyik fő célja az olyan igazságos társadalmi struktúrák támogatása, amelyek az emberek méltóságát megtartva, biztonságot és fejlődést nyújthatnak nekik.” /1988 IFSW Nemzetközi Irányvonal Okmányához/

A gyermekvédelemben dolgozók számára 2005 januárjában adatvédelmi kérdésekkel foglalkozó szakmai napot szervezett a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Gyermekvédelmi Főosztálya, mivel a bírósági eljárások során nem egyértelműen szabályozott családgondozói szerep számos etikai és szakmai kérdést is felvet.

A gyermekvédelem területén dolgozó szociális szakemberek számtalan esetben kerülnek kiszolgáltatott helyzetbe azért, mert a családgondozás során birtokukba jutott információ kiadása esetleg megkönnyítené ugyan egy eljárás mihamarabbi lezárását, azonban szeretnék ügyfelük számára teljes mértékben biztosítani a titoktartást. A gyermekvédelmi és gyámhatósági tevékenység során a gyermekek ügyében eljáró szervek és személyek gyakran jutnak olyan, a gyermekekre, illetve szülőkre, egyéb hozzátartozókra vonatkozó információk birtokába, amelyek mind a gyermek sorsára, mind pedig saját munkájukra hatással van.

Ebből adódóan, megfelelő szabályozás híján nehezen tudja a szakember valóban maradéktalanul érvényre juttatni a gyermekvédelmi törvényben megfogalmazott alapvető gyermeki jogokat, illetve az adatvédelmi törvénybe foglalt paragrafusokat.

Igaz ez a gyermekjóléti szolgálat családgondozójára is. Míg azonban a gyermekek védelmében eljáró hatóságok adatkezelését, a rájuk vonatkozó titoktartást a jogszabályok többé-kevésbé megfelelően szabályozzák, a családgondozóra vonatkozó titoktartási előírások jogi normákban való szabályozása ez idáig nem történt meg.

Nem tisztázott például az, hogy a családgondozást végző szociális szakember milyen adatokat és információkat köteles az eljárás során a hatóság rendelkezésére bocsátani, valamint, hogy melyek azok a birtokában lévő információk, amelyeknek kiadásával megsérti az adatvédelmi törvényt.

Felmerül kérdésként az is, hogy milyen minőségben, tanúként vagy szakértőként vesz-e részt a családgondozó egy adott tárgyaláson.

A normatív szabályozás hiánya a családgondozók körében, az eljárások egy részében bizonytalanságot okoz. A szakembereknek egyrészt figyelembe kell venniük a gyermek mindenek felett álló érdekét, másrészt, ha a gyermek érdekében a birtokukban lévő információkat az eljárásokban részt vevő hatóságokkal megosztják, akkor esetlegesen szembe kerülhetnek a szociális munka etikai szabályaival.

Mint közvetítő hivatás, a szociális munka híddá válik az emberek és az állam, illetve állami szervek között. A konfliktusos szituációkban különösen fontos, hogy a résztvevők mind jogi kérdésekben, ezen belül pedig adatvédelmi jogi kérdésekben is szilárd tudássalappal rendelkezzenek.

Ami az adatkezelésre vonatkozó jogszabályokat illeti, ezt az Alkotmány A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. tv. (adatvédelmi törvény), A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. tv. (gyermekvédelmi törvény), A gyámhatóságok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok és a személyes gondoskodást nyújtó szervek és személyek által kezelt személyes adatokról szóló 235/1997. (XII.17.) sz. Kormányrendelet tartalmazza.

Az adatvédelmi törvény értelmező rendelkezései közül jelen tanulmányban csak azokkal foglalkozunk, amelyek a családgondozói tevékenység során a legnagyobb jelentőséggel bírnak.

Személyes adatnak minősül minden olyan információ, amely meghatározott természetes személlyel kapcsolatba hozható, valamint az abból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés is.

Különleges adatnak minősül a faji eredetre, nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, politikai véleményre vagy pártállásra, vallásos vagy világnézeti meggyőződésre, az egészségi állapotra, a káros szenvedélyre, szexuális életre vonatkozó, valamint a bűnügyi személyes adat.

A fenti meghatározásokból láthatjuk, hogy a családgondozó egy eljárás során mind a személyes adatokkal, mind a különleges személyes adatokkal kapcsolatba kerül, azokat kezeli, illetve bizonyos esetekben a gyámhatóságnak, nyomozó hatóságnak, bíróságnak, önkormányzati képviselő-testületnek továbbítja, vagy köteles továbbítani.

Adatkezelésnek minősül a személyes adatokkal végzett bármilyen művelet, így például adatok gyűjtése, felvétele, rögzítése, tárolása és az adatvédelmi törvényben meghatározott egyéb művelet. A családgondozó a Gyermekünk védelmében elnevezésű egységes nyilvántartási rendszer adatlapjainak kitöltésével, forgalmi napló vezetésével adatkezelési, jelzőrendszeri tagságánál fogva adattovábbító tevékenységet is végez. A jegyzői gyámhatóságnak, gyámhivatalnak jogszabályi előírás alapján vagy egyedi ügyben nyomozó hatóság, bíróság felhívására információt, adatot közöl, emellett a hatósági eljárásban – például tanúként – részt vesz, tanúvallomást tesz.

Az adatvédelmi törvény rendelkezései szerint személyes adat abban az esetben kezelhető, ha ahhoz az érintett hozzájárul, ill. törvény vagy törvény felhatalmazása alapján önkormányzati rendelet azt elrendeli.

Különleges adat abban az esetben kezelhető, ha ahhoz az érintett írásban hozzájárul, ill. az Alkotmányban biztosított alapvető jog érvényesítése, a nemzetbiztonság, bűnmegelőzés vagy a bűnüldözés érdekében vagy egyéb esetekben törvény elrendeli.

A nyilvánosságra hozatalhoz – ha azt közérdekből törvény nem rendeli el – az érintett beleegyezése szükséges.

Különös jelentősége van ennek napjainkban, amikor a különböző médiumok műsoraikban szenzációhajhász módon, a „tömegizlést” kiszolgálva szerepeltetnek hátrányos helyzetű családokat, kiszolgáltatott, veszélyeztetett gyermekeket. Nem szerencsés, ha ezekben az ügyekben a családgondozó a nyilvánosság előtt akár az érintett – vagy kiskorú esetén annak törvényes képviselője – hozzájárulásával, akár a nélkül nyilatkozik.

Az adatvédelmi törvény szerint adatot kezelni csak meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében lehet.

Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél eléréséhez alkalmas, azonban csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig.

Ha ezt az elvet tartjuk szem előtt, a gyermekjóléti szolgálat családgondozójának jogszabályban meghatározott adatkezelői tevékenysége a gyermekvédelmi törvény 39. §. (1) bekezdésében meghatározott célnak megfelelően csak a gyermek testi és lelki egészségét, családban történő nevelkedésének elősegítését, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetését és a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését szolgálhatja.

A gyermekvédelmi törvény adatkezelésre vonatkozó szabályainak alkalmazása során az adatvédelmi törvény rendelkezései irányadóak. A törvény 134-136. §-a szabályozza az adatvédelmi kérdéseket.

Személyes adatok felhasználására az ágazati miniszter, a helyi önkormányzat, a gyermekvédelmi és gyámügyi igazgatási, a szociális hatáskört gyakorló szerv, a személyes gondoskodást nyújtó személy és intézmény, a közoktatási és felsőoktatási intézmény, igazságszolgáltatási és ingatlan-nyilvántartási szerv, pénzügyintézet, külföldi hatóság és bíróság jogosult a törvényben meghatározott módon és mértékben, a jogszabályban meghatározott célok teljesüléséhez.

A gyermekvédelmi törvény 2005. január 1-től hatályos módosítása szerint adatkezelésre jogosult a helyi önkormányzat képviselő-testülete, a települési önkormányzat jegyzője, a városi és a megyei gyámhivatal, a fővárosi főjegyző, a gyermekjóléti alapellátást és gyermekvédelmi szakellátást nyújtó szolgáltatás intézmény vezetője, a helyettes szülő és a nevelőszülő, a gyermekjogi képviselő, a betegjogi, illetve az ellátottjogi képviselő.

A módosító rendelkezések a korábbinál sokkal pontosabban határozták meg a kezelhető adatok körét. Így feloldásra került az az ellentmondás, amely szerint az alacsonyabb rendű jogszabályok (235/1997. (XII.17) Korm. rendelet), illetve a gyermekvédelemben használt adatlapok a gyakorlatban sokkal tágabb körű adatkezelést tettek lehetővé, mint maga a gyermekvédelmi törvény. Ez túl azon, hogy sértette a jogforrási hierarchiát is, ellentétes volt az adatvédelmi törvény rendelkezéseivel, mely szerint személyes adat csak törvény felhatalmazása alapján kezelhető.

A 2004. évi CXXXVI. törvénnyel módosított Gyermekvédelmi törvény 135. §. (2) bekezdése szerint a fentebb említett szervek és személyek kezelhetik

a gyermek

- személyazonosító
- anyanyelvére vonatkozó,
- családi jogállásra vonatkozó,
- veszélyeztettségének megállapításához szükséges és elégséges adatainak, így különösen vagyoni helyzetére, környezetére, élelmezésére, ruházatára, lakhatási viszonyaira vonatkozó,
- megfelelő ellátásához, gondozásához szükséges és elégséges adatainak, így különösen a személyiségére, magatartására személyes kapcsolataira, szokásaira, tanulmányi eredményeire, neveltségi állapotára vonatkozó,
- egészségi állapotára vonatkozó,
- büntetlen előéletére, illetve a vele kapcsolatos hatósági, bírósági eljárásokra, határozatokra vonatkozó,
- kóros szenvedélyére vonatkozó adatait;

a szülő, törvényes képviselő, helyettes szülő, nevelőszülő

- személyazonosító,
- vagyoni helyzetére, munkahelyére, iskolai végzettségére, kapcsolataira vonatkozó,
- gyermekneveléssel összefüggő, így különösen életvezetésére, nevelési magatartására vonatkozó,
- egészségi állapotára vonatkozó,
- büntetlen előéletére vonatkozó adatokat;

a gyermek

- testvéreinek személyazonosító,
- saját gyermekének személyazonosító,
- kapcsolattartásra jogosult hozzátartozójának személyazonosító,
- lakóhelyén életvitelszerűen tartózkodó személyek személyazonosító és személyes körülményeire vonatkozó,
- sorsának megtervezése szempontjából jelentőséggel bíró személyek, így különösen a korábbi gondozók, szomszédok elérhetőségére vonatkozó,
- háziorvosának, védőnőjének, amennyiben óvodai, iskolai nevelésben részesül, a közoktatási intézmény vezetőjének elérhetőségére vonatkozó adatait.

A fentieken túl a gyermekjóléti szolgálat, a jegyző és a gyámhivatal kezelheti a gyermek által elkövetett bűncselekményre, valamint a gyermek sérelmére elkövetett bűncselekményekre vonatkozó adatokat.

Örökbefogadás esetén az örökbefogadó személy személyazonosító adatait, vagyoni helyzetére, egészségi állapotára vonatkozó adatait a területi gyermekvédelmi szakszolgálat és a gyámhivatal kezelheti.

A helyi önkormányzat képviselő-testülete, a települési önkormányzat jegyzője, a városi és a megyei gyámhivatal, a fővárosi főjegyző, a gyermekjóléti alapellátást és gyermekvédelmi szakellátást nyújtó szolgáltatás intézményvezetője, a helyettes szülő és a nevelő szülő, a gyermekjogi képviselő, a betegjogi, illetve az ellátottjogi képviselő, valamint a gyermekvédelmi törvény 135. §. (2) bekezdése szerinti adatait a gyermekvédelmi törvény 15. §-ában meghatározott pénzbeli ellátások, személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekjóléti alapellátások, valamint szakellátások megállapítása és a gyermekvédelmi gondoskodás keretébe tartozó hatósági intézkedések megtétele céljából az érintett személyi azonosító adatait egymásnak átadhatják.

A gyermek személyazonosító adatai, valamint egészségi állapotára, vagyoni viszonyaira vonatkozó adatai továbbíthatók a szociális hatáskört gyakorló szervnek a szociális ellátás

megállapítása, a rendőrségnek, ügyészségnek, bíróságnak, az igazságügyi szakértőnek bűnüldözési, bűnmegelőzési célból, illetve bírósági eljárás céljából.

Továbbíthatók az adatok külföldi hatóságnak, illetve bíróságnak, családi jogállás, gyermektartás, kapcsolattartás, gyámság, örökbefogadás, a gyermek érdekében tett ideiglenes intézkedés, valamint a gyermek jogellenes külföldre vitelének megszüntetése céljából.

A gyermek személyazonosító adatain kívül az egészségi állapotára vonatkozó adatok az érintett gyógykezelése céljából az egészségügyi intézménynek továbbíthatók.

A tanulmányi eredményre vonatkozó adatok a közoktatási és felsőoktatási intézmények részére adhatók át.

A gyermek személyazonosító adatain kívül ingatlanára vonatkozó adatok az ingatlan-nyilvántartási szerveknek célhoz kötötten az ingatlantulajdonnal kapcsolatos jogot érintő változás esetén továbbíthatók.

A készpénzvagyonra vonatkozó adatok a pénzintézeteknek a kiskorú tulajdonát képező fenntartásos betétkönyv vagy folyószámla kezelése, illetve egyéb szerződések megkötése céljából továbbíthatók.

A gyermekvédelmi törvényben meghatározott adaton kívül további adatok nem kezelhetők, ennél fogva nem is adhatók át más személyek vagy hatóságok részére.

A gyermekvédelmi törvény 136. §. (5) bekezdése szerint, ha a szülő ellen gyermeke, vagy a gyermeket nevelő másik szülő sérelmére elkövetett bűncselekmény miatt büntetőeljárás van folyamatban, annak befejezéséig a gyámhatóság és a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi szolgáltató alkalmazottja és vezetője a gyermek és az őt nevelő szülő tartózkodási helyére vonatkozóan megtagadhatja a szülő tájékoztatását, valamint korlátozhatja a szülő irat-betekintési jogát.

A gyermekvédelmi törvény tehát részletesen szabályozza a gyermekvédelmi tevékenység ellátása során kezelhető adatok körét, az adatok továbbításának, átadhatóságának módját.

Ugyanakkor ezek a szabályok nem adnak választ a gyakorlatban előforduló valamennyi problémára.

Az alábbiakban megvizsgálunk néhány, elsősorban a családgondozó nézőpontjából a gyermekvédelmi és gyámhatósági munka végzése során felmerülő gyakorlati problémát.

A családgondozónak sok esetben jelent szakmai problémát az általa megismert adatok más, a gyermekek védelmében eljáró szervek, illetve más hatóságok részére történő átadása.

Ennek a problémának az oka a segítő szakma szabályainak, elveinek és a hatályos jogszabályi előírások összeegyeztethetőségének nehézsége.

A családgondozó ismerheti a szülő, illetve a gyermek életvitelére, káros szenvedélyére, egészségi állapotára, vagyoni helyzetére stb. vonatkozó adatokat, mely adatok egy része az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősül. Az adatokhoz sok esetben csak hosszantartó munka során, a klienssel kialakított bizalmi viszonynak köszönhetően jut hozzá.

A szociális munka etikai kódexe megkívánja a szociális munkástól a titoktartást és az információk felelős kezelését. A titoktartás minden információra, esettanulmányra, esetismertetésre, feljegyzésre vagy publikációra vonatkozik.

Amennyiben a szociális munkás titoktartási kötelezettségét megszegi, egyrészt megsérti a szociális munka szabályait, másrészt hosszán tartó munkája mehet kárba, ha emiatt a kliens bizalmát elveszti.

Ugyanakkor az etikai kódex szerint a kliens érdekei megkívánják mindazok együttműködését, akik osztoznak a klienssel kapcsolatos szakmai felelősségben.

A gyermekvédelmi törvény 2. §. (1) bekezdése szerint a gyermekek védelmében eljáró hatóságok, szervek és személyek a gyermek mindenek felett álló érdekét figyelembe véve járnak el.

Nem feledhető, hogy a gyermekjóléti szolgálat családgondozójának kliense nem a szülő, hanem a gyermek. A gyermek érdekében sokszor a szülő érdekeivel szemben, azzal konfrontálódva is jeleznie kell a gyermek veszélyeztetettségét, annak okait, ezért adott esetben hatósági eljárást kell kezdeményeznie. Ez óhatatlanul a megszerzett információk, adatok továbbításával jár a jelzőrendszeri tagok, vagy a gyámhatóság részére.

A következő adatkezelési problémát a gyermekjóléti szolgálat és a családgondozó „státusza” jelenti.

A gyermekvédelmi törvény, a személyes adatok kezeléséről szóló 235/1997. (XII.17) Korm. rendelet és a módszertani útmutató alapján vezetett, Gyermekünk védelmében elnevezésű egységes nyilvántartási rendszer adatlapjai meghatározzák a kezelt adatok körét. Ki tekinthet be ezekbe az adatokba?

A gyermekjóléti szolgálat alapellátás keretében szolgáltató tevékenységet végez, a védelembé vétel során a jegyző által elrendelt hatósági intézkedést hajt végre. A gyermekjóléti szolgálat tehát nem hatóság, így a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló, 2005. november 1-jén hatályba lépő 2004. évi CXLI. tv. (KET) vonatkozó paragrafusai sem alkalmazhatók.

A KET 68-69.§-ai titokvédelmi szempontok figyelembe vételével szabályozzák az iratokba való betekintést. A hatósági eljárásokban, így a gyámhatósági eljárásokban is gyakorta két jog ütközik egymással, az ügyfélnek a jogorvoslathoz való joga, amely indokoltá teszi a tényállás és a döntés alapjául szolgáló bizonyítékok megismerését, másrészt az ellenérdekű félnek vagy az eljárás egyéb résztvevőjének az a joga, hogy a törvény által védett titka ne juthasson másnak a tudomására.

A 68.§ (3) bekezdése lehetővé teszi, hogy az ügyfél az adatok konkrét megjelölésével kérje az ellenérdekű ügyfél irat-betekintési jogának kizárását személyes adatainak és más méltányolható magánérdekének védelmében. Ennek a kérelemnek a hatóság csak akkor ad helyt, ha az adatok megismerésének hiánya az ellenérdekű felet nem akadályozza jogainak gyakorlásában.

Ügyfél az, akinek az ügy jogát vagy jogos érdekét érinti.

Az alapellátást a kliens önkéntesen veszi igénybe, így vélelmezni kell hozzájárulását az alapellátás során kitöltött adatlapokban megjelenő adatai kezeléséhez. Ebben a szakaszban az ellátást igénybe vevő adataiba csak maga az érintett, ill. törvényes képviselője tekinthet be.

Az adatkezeléssel kapcsolatos valóságos problémák az esetek jelentős részében a hatósági eljárás megindulásakor jelentkeznek.

A védelembé vételi eljárás során a Gyer. 84. § (2) (3) bekezdése alapján a gyermekjóléti szolgálatnak nyilatkozni kell az alapellátás eredménytelenségének okáról, a gyermek és a szülő együttműködési készségéről. Meg kell küldeni a jegyzőnek az alapellátás során felvett adatlapot, környezettanulmányt és gondozási tervet, valamint a gyermekjóléti szolgálatnak véleményt kell nyilvánítani a gyermek veszélyeztetettségének okáról.

A Gyer. 86. §. (1) bekezdése szerint a védelembé vételi eljárás során a jegyző tárgyalást tart, melyen meg kell hallgatni azt a családgondozót is, aki a gyermeket a védelembé vételt megelőzően alapellátás keretében gondozta.

A fenti jogszabályi kötelezettségek teljesítésével a családgondozó átadja a birtokában lévő, a gyermekre, szülőre vonatkozó adatokat a jegyzőnek, mint gyámhatóságnak. A gyámhatósági eljárás során már a közigazgatási hatósági eljárás előbb ismertetett irat-betekintési szabályai érvényesülnek, azaz az iratokba az ügyfél, így az ellenérdekű ügyfél is betekinthez.

A védelembé vételi tárgyaláson a családgondozónak a gyermek veszélyeztetettségével kapcsolatos minden információt el kell mondania, amely az eljárás eredményére hatással lehet. Azonban az esetmegbeszélési feljegyzések tartalmát – ha azok ismerete nélkül is

megalapozott döntést tud hozni a jegyző – nem kell ismertetnie. Ennek eldöntése a családgondozó felelőssége.

Az esetmegbeszélésen elhangzott adatok, információk, személyek szerepelnek a hivatalos dokumentációkban. Éppen ezért, mivel az esetmegbeszélés a problémamegoldás egy eszköze, nem szükséges, és szakmai szempontból sem javasolt, hogy az esetmegbeszélésen készült, elhangzott észrevételeket, véleményeket tartalmazó feljegyzések bármilyen formában kiadhatók legyenek.

A gyermekvédelmi törvény 39. §. (4) bekezdés c.) pontja szerint a gyermekjóléti szolgálat feladata a gyermek veszélyeztetettségének megszüntetése érdekében a hatósági beavatkozás – védelembe vétel vagy családból történő kiemelés – kezdeményezése.

Ha a családgondozó a gyermek veszélyeztetettségét tapasztalja, köteles hatósági eljárást kezdeményezni. Javaslatot tehet a védelembe vételre, ideiglenes hatályú elhelyezésre vagy nevelésbe vételre. A veszélyeztető körülmények feltárásának eredményeként javaslatával együtt közli a gyámhatósággal a gyermek és a szülő személyiségére, a szülő magatartására, életvezetésére, nevelési tevékenységére, a család szociális helyzetére vonatkozó adatokat. Ezeknek az adatoknak az eljáró hatóság részére történő átadása a veszélyeztetettség megszüntetése érdekében kötelező a családgondozó számára.

Ami a gyermek veszélyeztetettségére vonatkozó adatok kezelését és azok átadását illeti, a legtöbb probléma a jelzőrendszer működésével kapcsolatban merül fel.

A gyermekvédelmi törvény 39. §. (3) bekezdés a.) pontja szerint a gyermekjóléti szolgálat működteti a jelzőrendszert. A gyermekvédelmi törvény 17. §. (2) bekezdésének megfelelően a jelzőrendszeri tagok kötelesek jelzéssel élni a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálatnál, illetve hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása, más súlyos veszélyeztető ok fennállása esetén.

A gyermekjóléti szolgálatnál végzett célvizsgálatokból az derül ki, hogy a jelzés az esetek egy részében elmarad, vagy nem az előírt írásos formában történik.

Nézzük meg a jelzőrendszeri tagok közül a rendőrség, az egészségügyi szolgáltatók és a közoktatási intézmények jelzési kötelezettségét szabályozó protokollt.

Ha a rendőrség eljárása során a kiskorú veszélyeztetettségét állapítja meg, akkor a rendőrségnek – adatlap megküldésével – jelzéssel kell élni a gyermekjóléti szolgálat felé. Súlyos veszélyeztettség esetén hatósági eljárást kell kezdeményezni a gyámhatóságnál.

A veszélyeztetettséggel kapcsolatos adatok átadására a 13/2003. (III. 27) ORFK intézkedés kötelezi a rendőrséget.

Ha a gyermek veszélyeztettségének oka, hogy bűncselekményt követett el, vagy bűncselekmény áldozatává vált, az adatkezelés célhoz kötöttségének elvéből kiindulva a gyermekvédelmi törvény 15. §. (2) (4) bekezdésében meghatározott ellátások nyújtása, illetve intézkedések alkalmazása során az ezzel kapcsolatos adatokat kezelheti a gyermekjóléti szolgálat, a jegyző, valamint a gyámhivatal.

Az egészségügyi szolgáltatókat, háziorvosokat, gyermekorvosokat titoktartási kötelezettség terheli. A titoktartási kötelezettséget oldják az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV tv. és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény vonatkozó rendelkezései. E szerint az orvosi titoktartás nem vonatkozik azokra az esetekre, ha az orvos a gyerek érdekében a gyermekvédelmi törvény korábban hivatkozott 17. §. (2) bekezdésében meghatározott jelzési kötelezettségének tesz eleget.

A gyermek veszélyeztettségének felismerését segítően – különös tekintettel a gyermek bántalmazására, elhanyagolására – módszertani levél készült az egészségügyi szolgáltatók részére.

Az óvodáskorú és a tanköteles korú gyermek napjának jelentős részét a nevelési-oktatási intézményben tölti. Ennél fogva a pedagógus is észreveheti a gyermek veszélyeztetettségét. Az oktatási intézményeknek, túl a gyermekvédelmi törvény előírásaiból adódó

együttműködésen, a gyermek veszélyeztetettségének észlelésekor a jelzőrendszeri tagságából adódóan is együtt kell működnie a gyermekjóléti szolgálattal. Ennek az együttműködésnek a gátja lehet a pedagógus tévesen értelmezett titoktartási kötelezettsége.

A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény adatkezeléssel foglalkozó mellékletének 1.) pontja szerint a pedagógust, a nevelő és oktató munkát közvetlenül segítő alkalmazottat hivatásánál fogva harmadik személlyel szemben titoktartási kötelezettség terheli a gyermekkel, a tanulóval és családjával kapcsolatos minden olyan tény, adatot, információt illetően, amelyről a gyermekkel, tanulóval, szülővel való kapcsolattartás során szerzett tudomást. A titoktartási kötelezettség határidő nélkül fennmarad, függetlenül a foglalkoztatási jogviszony fennállásától vagy megszűnésétől. Ez alól a titoktartási kötelezettség alól a kiskorú tanuló szülője és a nagykorú tanuló adhat felmentést.

A közoktatási intézmény a gyermekek személyes adatait gyermek- és ifjúságvédelmi célból a célnak megfelelő mértékben, célhoz kötötten kezelheti.

A fent említett melléklet 3.) pontja a szigorú titoktartási kötelezettséget a veszélyeztetett gyermek esetében feloldja. E szerint a pedagógus, az oktató-nevelő munkát segítő alkalmazott az óvoda vezetője, az iskola, a kollégium igazgatója útján, tekintettel a gyermekvédelmi törvény 17. §-ára, köteles az illetékes gyermekjóléti szolgálatot haladéktalanul értesíteni, ha megítélése szerint a gyermek súlyos veszélyhelyzetbe került, vagy kerülhet. Ebben az esetben az adattovábbításhoz az érintett hozzájárulása nem szükséges.

A fentiek szerint a rendőrségnek, az egészségügyi szolgáltatóknak és a nevelési-oktatási intézményeknek a gyermek veszélyeztetettségének észlelésekor kötelessége a veszélyeztetettségre vonatkozó adatokat továbbítani a gyermekjóléti szolgálat, illetve a gyámhatóság felé.

Az NCsSzI Gyermekvédelmi Főosztálya által szervezett szakmai napot követően az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, a Nemzeti Család-és Szociálpolitikai

Intézet, a módszertani gyermekjóléti szolgálatok egyesülete, valamint az ügyészség képviselője egyértelműen állást foglalt amellett, hogy hasonlóan a közoktatási törvényhez, a gyermekvédelmi törvényen belül is szükséges szabályozni a titoktartás kérdését.

Ennek során elsősorban azokat az adatokat kell majd meghatározni, amelyekre nem vonatkozik a titoktartás, valamint a „relatív mentesség” fogalmának pontos meghatározására van szükség. Azonban abban valamennyien egyetértettek, hogy kiskorú sérelmére elkövetett bűncselekmény esetében nincsen titoktartási kötelezettség.

Addig is, amíg a gyermekvédelmi törvénybe bekerül a titoktartásra vonatkozó jogszabályi rész, túl az e tanulmányban megjelölt jogszabályi hivatkozásokon, a területen dolgozó gyermekvédelmi szakemberek az alábbi szempontokat tekinthetik irányadónak.

- Amennyiben a családgondozó a kliensétől szerezte a tájékoztatást, jutott titkos információkhoz, ennek továbbadásához az illető kliens jogosult felmentést adni.
- A külön élő félnek joga van betekinteni a gyermekével kapcsolatos iratokba. (Természetesen itt figyelembe kell venni azt is, hogy született-e már bírói határozat a gyermek elhelyezésére, ill. a szülői felügyeleti jogot érintő kérdésekre, ill. hogy az illető fél ellen nincs-e – kiskorú sérelmére elkövetett cselekmény miatt – büntetőeljárás folyamatban, stb.) Ez azonban nem jelenti azt, hogy a családgondozó saját, szakmai feljegyzéseit, iratait is át kell, hogy adja.
- A tárgyaláson feltett, a családgondozó magánéletére irányuló kérdésekre, valamint azokra a kérdésekre, amelyek nem tartoznak az ügghöz, a családgondozó megtagadhatja a válaszadást.
- A családgondozó kérheti, és joga van ahhoz, hogy adatait zártan kezeljék. Amennyiben a bíróság ezt a családgondozó kérése ellenére elmulasztja, a családgondozó az ügyészségen tehet bejelentést a konkrét esettel kapcsolatosan.
- A bírósági idézés személyre szól, címzettje nem az intézmény, hanem a családgondozó, mivel a bíróságot a családdal személyes kapcsolatban lévő családgondozó véleménye érdekli, azonban a bíróság idézésével a közfeladatot ellátó családgondozót az intézményvezetőn keresztül szólítja meg.

- Természetesen itt is megtagadhatók azok a válaszok, amelyek nem az ügyhöz tartoznak, hiszen a családgondozó, a szakértő-tanú azért lett beidéztve, hogy azokról a dolgokról és tapasztalatokról, eseményekről tegyen tanúvallomást, amelyek a családot, a gyermeket közvetlenül érintik. Nem tartoznak ide a családgondozó magánéletével kapcsolatos, személyes kérdések.
- A családgondozónak joga van ahhoz, hogy a tanúvallomásáról jegyzőkönyv-másolatot kérjen, illetve a tárgyaláson kérheti a jegyzőkönyvben rögzített tanúvallomásának felolvasását.

A szakmai napon elhangzott előadások anyagából szerkesztette: Sztankovics Ágnes és Tolácziné Varga Zsuzsa

KÖZÉP-DUNÁNTÚL RÉGIÓ SZOCIÁLIS HELYZETÉNEK ELEMZÉSE

A régió fő jellemzői szociális szempontból

Közép-Dunántúl kétarcú régió. Egyfelől nagyon kedvező gazdasági és foglalkoztatási mutatókkal jellemezhető.

- Az egy főre eső GDP a régióban az országon belül az egyik legmagasabb.
- Elérhetőség szempontjából a Közép-Dunántúl hazánkban az egyik legkedvezőbb helyzetben lévő régió, az átlagosnál sűrűbb főúthálózattal rendelkezik, és az úthálózat kiépítettsége is előbbre tart.
- A foglalkoztatottak aránya magasabb az országos átlagnál.
- Kiemelkedően magas a fizikai munkát végzők keresete, és a szellemi munkát végzők jövedelme is az ország élmezőnyébe tartozik.
- Nagy a népsűrűség.
- Pozitív a migrációs egyenleg.
- „Fiatal régió”, azaz az országban itt a legmagasabb a fiatal korosztályok aránya.
- Az országban itt a legalacsonyabb az ezer főre jutó halálozások száma.

A kedvező tendenciák mellett ugyanakkor igen erősek a régió belüli egyenlőtlenségek. Jelentős kistérségi egyenlőtlenségek tapasztalhatók. Különösen hátrányos helyzetben vannak az agrárhagyományokkal rendelkező (Mezőföld, Kisbér) és a hegyvidék aprófalvas térségei (Sümei, Pápai, Tapolcai kistérségek aprófalvai). Ezekben a kistérségekben jellemző a rossz közlekedési infrastruktúra, a külterületeken élők nagy aránya, jelentős a munkanélküliség, alacsony az iskolázottság. Az aprófalvakban az előregedő népesség, míg a Mezőföldön a nagycsaládok szegénysége jelent problémát. Itt kell kiemelnünk azt az öt kistérséget – a Sárbogárdit, az Enyingit, az Abait, a Kisbérit és a Sümegit –, amelyek szinte minden mutató tekintetében jelentősen elmaradnak a régió és az ország átlagától.

Az aktív korú férfi munkaerő nagyarányú bevándorlásának köszönhetően és a női munkahelyek, valamint a nők számára élhető környezet hiányának eredményeként a régióban torzul a férfiak és nők demográfiai aránya. Az egész országban itt a legalacsonyabb az aktív korú nők aránya. Mindössze három kistérségben (Balatonfüredi, Tatabányai, Veszprémi) éri el arányuk az országos átlagot. Az Ercsi kistérségben viszont a fiatal (15-29 év közötti) nők aránya az egész országban a legalacsonyabb (mindössze 42,75%!).

Komoly ellátási hiányok és gyengeségek jellemzik a régiót: gyenge a szociális és rehabilitációs foglalkoztatás, kiépületlen a pszichiátriai és szenvedélybetegek intézményesített támogatórendszere, a régióban csökkentek a szociális alapellátás kapacitásai, nehéz a hozzáférés a családsegítő szolgáltatáshoz, a szociális étkeztetéshez, kiépületlen a falugondnoki szolgálat Fejér és Komárom-Esztergom megyében, gyenge a fogyatékosokat ellátó intézmény- és szolgáltatási rendszer, alacsony kapacitással működnek az idősek klubjai, nem megoldott a szenvedélybetegek ellátása.

Ezek az egyenlőtlenségek és hozzáférési problémák vélhetően szerepet játszanak abban, hogy:

- magas a szubjektív szegénységi érzet a régióban
- nagyon különböző a helyi önkormányzatok szociális bevételi és kiadási gyakorlata, eltérő segélyezési gyakorlatok alakultak ki
- gyengék a régió belül a szakmai együttműködések, hálózatok, a szociális innováció száma és aránya.

Társadalmi-gazdasági helyzetkép

Földrajzi helyzet, településszerkezet

A régiót három megye, Fejér, Veszprém és Komárom-Esztergom megye alkotja. Összesen 26 – Fejér tíz, Veszprém kilenc, Komárom-Esztergom pedig hét – kistérségre tagolódik. A régió 77 km-es Duna-szakaszon határos Szlovákiával. Végighúzódik rajta a Dunántúli-középhegység, melynek meghatározó szerepe van az aprófalvas, zsáktelepüléses településszerkezet kialakulásában. Emellett a régiót északi és keleti oldalon 130 km Duna-szakasz határolja. Veszprém megye területén a Balaton északi partja, Fejérben pedig a

Velencei-tó a turizmus szempontjából kiemelt jelentőségűek. Fejér megye déli és keleti részén mezőgazdasági művelésre kiválóan alkalmas síkság terül el, a Mezőföld.

A régió 26 kistérségében 401 település található, ebből 35 város, melyek jelentős része az elmúlt néhány évben nyert városi rangot. Közülük számos település falusias jellegű maradt, infrastrukturálisan és a megtalálható szolgáltatások szempontjából sem felel meg a város kritériumainak.

A régió településszerkezete változatos. Az aprófalvas, kisvárosias településszerkezettől a mezővárosias, nagyobb falvas településszerkezetig minden megtalálható.

A régió mindössze hat kistérségében van 30 000 főnél nagyobb város, viszont kilenc olyan kistérséget találunk, melyben nincs 10 000 főt meghaladó település. Közép-Dunántúlon a települések 73%-a nem éri el a 2000 főt. Mindez azért fontos a szociális ellátórendszer szempontjából, mert a 2000 főt meg nem haladó települések számára a törvény csak a minimumot írja elő, miközben csak a 30 000 főt meghaladó hat településen érhető el a törvény által előírt szociális szolgáltatások teljes köre.

Demográfiai helyzet

A régió pozitív migrációs egyenleggel rendelkezik, köszönhetően a dinamikusan fejlődő gazdaság következtében ide vándorló aktív korú népességnek. Ennek eredményeként a 60 év alatti korosztályokban az adott korcsoport aránya meghaladja az országos arányt. A 0-14 év közöttiek aránya régióban 17% (országosan 16,6%), a 15-29 év közöttieké 22,8% (országosan 22,2%), a 30-59 év közöttieké pedig 41,2% (országosan 40,8%).

A nők aránya a 15-29 éves korosztályban még mindenhol alacsonyabb a férfiakénál, nemcsak a régióban, hanem az egész országban (48,95%). Viszont az is igaz, hogy ebben a régióban a legalacsonyabb a nők aránya (47,71%), különösen az Ercsi kistérségben (42,75%!), valamint a Tatai (43,7%), a Balatonalmádi (45,5%) a Dunaújvárosi (46,05%) és a Tapolcai (46,15%) kistérségekben. A nők aránya a lakónépességben az országos átlaghoz képest a 30-59 éves korosztályon belül is alacsony. Mindössze négy kistérségben (a Balatonfüredi, a Veszprémi, a Tatabányai, és a Székesfehérvári) haladja meg az országos arányt. Továbbra is rendkívül alacsony azonban az Ercsi kistérségben (46,3%!), továbbá az Abai (48%), az Enyingi (48,5%), a Kisléti (48,5%), a Sümegi (48,7%) és a Zirci (48,8%) kistérségekben. Paradox módon a férfi-nő arány felborulása elsősorban a társadalmi-gazdasági szempontból elmaradottabb kistérségekben jelentkezik. Ennek egyik oka, hogy a bevándorló aktív korú férfi munkaerő az

olcsóbb megélhetés reményében ezeken a területeken telepszik meg, vállalva az otthon és a munkahely közötti ingázást. Másrészt a hátrányosabb helyzetű kistérségeket elhagyják a munkaerő-piaci szempontból aktív korú nők, mert ezeken a területeken nem találnak képzettségüknek és képességeiknek megfelelő munkát és ellátásokat. (Pl. ezekben a kistérségekben teljességgel hiányzik a három év alatti kisgyermek napközbeni ellátása.)

A 70 év felettiek aránya elmarad az országos átlagtól. Ennek oka nem a korai halálozás, hanem a régió kedvező munkaerő-piaci helyzetéből adódóan a régióba költöző aktív korúak magas száma.

A természetes szaporulat területén negatív tendencia tapasztalható ebben a régióban is, noha a fogyás mértéke kisebb ütemű az országosnál. Az egész országban itt a legalacsonyabb az ezer főre jutó halálozások száma.

Lakáshelyzet

Ebben a tekintetben kedvezőbb képet mutat a régió az országosnál, a lakások 60%-a összkomfortos (miközben az országos átlag nem éri el az 50%-ot), azonban jelentős kistérségi szintű egyenlőtlenségek fedhetők fel. Nyolc kistérségben meghaladja a komfort nélküli lakások száma a 15%-ot. Különösen rossz a helyzet az Enyingi, Sárbogárdi kistérségekben több mint 25%, az Abai, Kisbéri és Sümegi kistérségekben 20%-ot meghaladó a komfort nélküli és szükséglakások aránya.

Akárcsak az ország többi részén, a régió nagyvárosaiban is súlyos problémát jelentenek a drágán üzemeltethető, elöregedő panelek.

Makrogazdasági folyamatok

Az egy főre eső GDP 2001-ben a harmadik legmagasabb volt az országban, 1,36 millió Ft/fő. Ennél csak a közép-magyarországi (2,304 millió Ft/fő) és a nyugat-dunántúli régióban (1,518 millió Ft/fő) volt magasabb az egy főre jutó bruttó hazai termék. Az ország GDP-jének 10,3%-a ebben a régióban állt elő. A vállalkozások számának alakulásában domináns az egyéni vállalkozások aránya, de gazdasági súlyuk ezzel nincs arányban. Hiányzik a kis- és középvállalkozói szektor számos feltétele. Bár a régió gazdaságilag kedvező helyzetben van az ország más régióihoz képest mind a GDP, mind a különböző vállalkozások számát tekintve, ezt az előnyös képet csak néhány gazdaságilag kedvező helyzetben levő kistérség (Székesfehérvári, Veszprémi, Tatabányai) és az itt megtelepedő multinacionális cégek

biztosítják, miközben a kistérségek jelentős részében komoly problémák mutatkoznak a gazdasági teljesítmény területén.

A régió szociális helyzetét meghatározó körülmények

Urbanizáció/deruralizáció – dezurbanizáció/ruralizáció

Alacsony a régióban a városok száma, 401 településből mindössze 35. Ugyanakkor több város csak nevében, méretében vagy történelmi hagyományai miatt város, infrastrukturálisan azonban elmaradott, inkább falusias jellegű. Ilyenek a Mezőségben található városok (Sárbogárd, Ercsi, Enying), másrészt a Bakonyban fekvő, az elmúlt néhány évtizedben iparilag nem vagy kevésbé fejlődő, történelminek tekinthető városok (Sümeg, Zirc), illetve a közelmúltban városi rangot kapott nagyközségek (Badacsonytomaj, Bábolna, Lábatlan stb.). Ugyanakkor néhány dinamikusan fejlődő nagyváros (Székesfehérvár, Veszprém, Tatabánya) megalapozza a régió jó gazdasági mutatóit.

Az utóbbi időben megfigyelhető a régióban egyfajta dezurbanizációs folyamat is, a város irányából a falu felé történő elvándorlás. Miközben a város teremti meg a munkahelyek jelentős részét, addig a falu az olcsóbb megélhetést biztosítja az ott lakók számára. Ennek eredménye az ingázók számának növekedése, melynek következtében óhatatlanul felmerül a helyközi közlekedés kapacitásainak a fejlesztése, és ezzel együtt a szolgáltatások elérhetőségének bővítése a vidéken élők számára.

Közlekedési és hozzáférési problémák

Elérhetőség szempontjából a Közép-Dunántúl – különösen Fejér és Komárom-Esztergom megye – hazánkban az egyik legkedvezőbb helyzetben lévő régió, sűrű főúthálózattal rendelkezik (M1, M7, M8, M6), és az úthálózat kiépítettsége is jobb az átlagosnál. Ugyanakkor a régió észak-déli közlekedési hálózata nem megfelelő. A vidéki minőségi élet feltételei közül hiányoznak az egyes települések közötti mellékút-hálózati elemek, a régió 401 települése közül 61 küszködik a zsáktelepülések problémájával, elsősorban Veszprém megyében (31 település).

A népesség egészségügyi helyzete

Az egészségügyi ellátás helyzete hasonló a többi régióéhoz. A járóbeteg-szakellátás kiépült, de kistérségi megoszlása egyenetlen.

A kedvező gazdasági és foglalkoztatási helyzet nem egyértelműen érezhető a születéskor várható élettartam mutatóinál. Miközben a halálozások lakónépességre vetített aránya ebben a régióban a legalacsonyabb, a születéskor várható élettartam tekintetében már csak a negyedik helyet foglalja el a régió.

Az egészségügyi infrastruktúrát tekintve az országban Pest megyét követően Fejér megyében jut a legnagyobb számú lakos egy háziorvosra. Hasonlóan rossz a helyzet a körzeti ápolónők, valamint a gyógyszertárak tekintetében is. A védőnők számának növekedésével a régió felzárkózott a dunántúli régiók kedvezőbb ellátottságához.

Már 1998-ban is ebben a régióban volt az egyik legalacsonyabb a kórházi ágyak száma lakosságarányosan, 2002-re pedig egyértelműen itt található a legkevesebb kórházi ágy. Míg azonban Veszprém megyében országos átlagban is magas a tízezer lakosra jutó kórházi ágyak száma (85), addig az országon belül Fejér (62) és Komárom-Esztergom (60) megyében a legalacsonyabb ez a szám.

Iskolázottságra vonatkozó adatok

A nyolc osztályt el nem végzettek aránya a régió (7 évesnél idősebb) lakónépességén belül 19,5%, országosan a közép-magyarországi (15,3%) és a nyugat-dunántúli (18,9%) régióé után a harmadik legalacsonyabb. (Az országos átlag 20%.) A mindössze 8 osztályt végzettek arányát (27,5%) tekintve régióink szintén a harmadik legkedvezőbb helyzetű (itt is az előbbi két régió előzi meg Közép-Dunántúlt), viszont már elmarad az országos átlagtól (26,3%). Az érettségivel nem rendelkező középiskolai végzettségűek száma ebben a régióban a legmagasabb, 23,8%, (országos átlag 21,1%), miközben a középiskolai érettségivel rendelkezők aránya (19,3%), elmaradva az országos átlagtól (20,6%), a harmadik legmagasabb Közép-Magyarország (25,8%) és Nyugat-Dunántúl (20,6%) után. A felsőfokú végzettségűek aránya (9,8%) szintén kisebb az országos átlagnál (12,1%), a régiók sorában Közép-Dunántúl e téren is Közép-Magyarország (18,8%) és Nyugat-Dunántúl mögé, a harmadik helyre szorul, megelőzve viszont, ha kevéssel is, a többi régiót.

Az iskolázottsági adatok terén nagy különbségek tapasztalhatók kistérségi szinten. Jók az iskolázottsági mutatók azokban a kistérségekben, ahol van valamilyen felsőoktatási intézmény (Veszprém, Székesfehérvár), ugyanakkor rendkívül rossz a helyzet más

kistérségekben. Nagyon magas a nyolc osztályt el nem végeztek aránya – a teljes lakónépesség majd egynegyede – a Fejér megye déli részén levő három kistérségben, az Abaiban, az Enyingiben és a Sárbogárdiban, továbbá a Sümegiben. Az Abai, az Enyingi, a Sárbogárdi és az Adonyi, valamint a Kisbéri kistérségekben a (7 évesnél idősebb) lakónépesség több mint egyharmada mindössze nyolc osztályt végzett. Ugyanakkor rendkívül alacsony a felsőfokú végzettségűek száma ugyanezekben a kistérségekben (Abai: 3,6%, Enyingi: 4,1%, Adonyi: 4,6%, Kisbéri: 4,9%, Sümegi: 4,9%, Sárbogárdi: 5,2%).

Foglalkoztatottsági helyzet

A régióban az 1990-es évek elején megindult gazdasági növekedés következtében mára magasabb a foglalkoztatottak aránya az országosnál. Különösen kedvező a helyzet ebben a tekintetben a Székesfehérvári (44,2% és a Veszprémi (43,9%) kistérségekben. Három kistérségben viszont (Abai 35,1%, Enyingi 35,2%, Sárbogárdi 32,9%) nagyon alacsony a foglalkoztatottak aránya.

A nők aránya a foglalkoztatottak között mindenhol alacsonyabb a férfiakénál. Ez a különbség az idősebb korosztályokon belül csökken, részben, mert a férfiak morbiditási arányszáma magasabb, részben, mert a nők tanulmányaik befejezése és a kisgyermek felnevelése után, idősebb korban állnak (újra) munkába.

Munkanélküliség

A munkanélküliségi ráta 1997-től 2002-ig csökkent a régióban (8,5%-ról 6,3%ra), majd 2003-ban enyhe növekedést mutatott (6,5%). A regisztrált munkanélküliek lakónépességhez viszonyított aránya a régióban 2002-ben jóval az országos átlag (10,3%) alatt volt. 1998-hoz képest 2002-re mindössze négy kistérségben (Enyingi: 104,9%, Sárbogárdi: 114,3%, Sümegi: 117,7% és Várpalotai: 107,8%) emelkedett a munkanélküliek száma.

Ha a régiók mutatóit vizsgáljuk, akkor a nemek szerinti összetételt tekintve országos tendenciának tűnik (Közép-Magyarország régiót kivéve), hogy magasabb a férfiak aránya a regisztrált munkanélküliek között. Ez tapasztalható a közép-dunántúli régióban is, bár itt a különbség kisebb az országos átlagnál. Kistérségi szinten sokkal differenciáltabb képet

kapunk. A régió 26 kistérségéből 14-ben a férfiak, a többiben nők aránya magasabb a regisztrált munkanélküliek között.

A régió munkaerő-problémáit eddig jól kezelte az olcsó bér munkára építő multinacionális cégek jelenléte, a térségből való fokozatos kivonulásukkal azonban már most is érzékelhető űr keletkezik a munkaerőpiacon. Jelenleg még enyhíti a munkanélküliség problémáját e területen más multinacionális cégek megjelenése, azonban hosszú távon mindenképpen szükség van a térségben a gazdasági szerkezet tudatos átalakítására, a kis- és középvállalkozások fejlesztésére, gazdasági súlyuk növelésére, továbbá a betanított munkásként megjelenő tömeg képzését/átképzését célzó programokra.

Foglalkoztatottsági jellemzők: a keresetek alakulása

A régiót jelentős munkajövedelmi, kereseti egyenlőtlenségek jellemzik. Fejér megyében például egy fizikai munkát végző munkavállaló átlagosan 13 000 Ft-tal keres többet, mint Veszprém megyében. Fejér megyében a fizikai munkakörben dolgozók kereseti adatai egyébként országosan is kiugróak: az itt dolgozók keresete még a budapestiekét is túlszárnyalja, és ezzel a megyében dolgozók rendelkeznek országosan is messze a legmagasabb fizetésekkel.

A szellemi foglalkozásúak tekintetében is jelentős különbségek vannak a megyék között. Itt azonban a kiugróan magas kereseti mutatókkal rendelkező Fejér megye már határozottan Budapest mögé szorul, ám így is majd' 2000 Ft-tal haladja meg az itt dolgozók átlagos keresete az országos átlagot.

Kirekesztődés

A KSH 2002-es háztartásstatisztikai felvétele nyomán, Havasi Évák által számított szegénységi adatok tanúsága szerint a háztartások 10,2%-a tekinthető fogyasztási szegénynek (jövedelmének több mint 45%-át költi élelmiszerre), 8,3%-a él substandard lakásban, vagy lepusztult lakókörnyezetben, 7,9% tekinthető kiadási szegénységben élőknek (kiadásai alacsonyabbak a medián 60%-ánál). A KSH adatai szerint a háztartások 5,6%-a rendelkezik alacsony jövedelemmel. Az alábbi táblázatból jól látszik, hogy a minden szegénységi mutató tekintetében a régió jelentősen alatta marad az országos átlagnak, ennek ellenére figyelemre

méltó adat, hogy a háztartások 11,6%-a érzi magát szegénynek, amely magasabb, mint az országos átlag.

Különböző szegénységi arányok megoszlása						
	Jövedelmi szegény	Kiadási szegény	Lakáskomfort szegény	Fogyasztási szegény	Lakás szegény	Szubjektív szegény
Közép-Dunántúl	5,6%	7,9%	7,1%	10,2%	8,3%	11,6%
Országosan	7,5%	9,4%	10,0%	13,3%	11,6%	11,4%

KSH, 2002. Háztartásstatistikai felvétel számított adatai, Havasi Éva

Segélyezés

Az önkormányzatok nagyon különböző bevételi és kiadási struktúrával rendelkeznek a segélyezés területén. A meglévő adatok azonban arra is utalnak, hogy a települések gazdasági, szociális egyenlőtlenségeit a szociális normatíva rendszere nem képezi le teljes mértékben. Bár a hátrányos helyzetű települések szociális normatívája magasabb, az emelt összegű normatívák mégsem fedezik a felmerülő szükségleteket.

A segélyezés finanszírozási feltételei mellett maga a segélyezés is jelentős különbségekkel jellemezhető. A falvak tekintetében a tartós munkanélküliség olyan jelentős teher a segélyezési rendszernek – a segélyek 20-30%-ában a tartósan munka nélkül maradtak rendszeres szociális segélye a jellemző –, ami lényegében kizorít olyan egyéb segélyezési típusokat, mint a lakásfenntartási támogatás, valamint az időskorúak járadéka.

Idősek szegénysége

Az idősek szegénysége nem jelentkezik olyan intenzitással a közép-dunántúli régióban, mint az ország más területein. A nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők egy főre jutó átlagos ellátási összege 2001-ben Közép-Magyarország régió (44 593 Ft) után ebben a régióban volt a legmagasabb (41 441 Ft). Különösen magasak a nyugdíjak Komárom-Esztergom megyében (42 730 Ft). Ennek egyik oka a megyében korábban virágzó hagyományos bányászati tevékenység. Az innen nyugdíjba vonulók az átlagosnál magasabb összegű nyugdíjjal rendelkeznek. Ezzel szemben a mezőgazdasági vidékek és Veszprém

megye aprófalvas területeinek nyugdíjasainak lényegesen rosszabbak a jövedelmi viszonyaik, bár átlagosan az itteni ellátások összege is meghaladja az országos átlagot.

Gyermekek szegénysége

A gyermekek szegénysége elsősorban a családok szegénységén mérhető. A nyugat-dunántúli régió után ebben a régióban részesülnek a legkevesebben kiegészítő családi pótlékban a 0-24 éves korosztályon belül (Tízezer 0-24 éves lakosból 1764), fele annyian, mint Észak-Magyarországon (3534) vagy Észak-Alföldön (3887). Nem hagyhatók azonban figyelmen kívül bizonyos belső egyenlőtlenségek. A Sárbogárdi (11,2%), Enyingi (10,4%), Abai (9,8%), Ercsi (8%), a Sümegi (8,8%), és a Pápai (7,6%) kistérségekben meghaladja az országos átlagot (7,5%) a rendszeres gyermekvédelmi támogatásban részesülő 0-14 év közötti gyermekek száma, és többszöröse mint más, gazdaságilag fejlettebb kistérségekben (Móri (3%), Székesfehérvári (3,2%), Veszprémi (3,5%)). A régió jó átlagos mutatói mellett tehát komoly szegénységgel, gyermekszegénységgel küzdő térségeket találunk.

A szegénység által különösen veszélyeztetettek a nagycsaládosok, a hátrányos helyzetű térségekben élők, valamint az alacsony iskolai végzettségű és munkanélküli szülők gyermekei.

Gyermekek veszélyeztetettsége

A gyermekjóléti szolgálatok nyilvántartása szerint 2002-ben a régióban 13 394 veszélyeztetett gyermek élt, Fejérben 4486-an, Komárom-Esztergomban 4835-en, míg Veszprém megyében 4073-an. A védelembe vett gyermekek száma a régióban 1816 volt (Fejér: 713, Komárom-Esztergom: 452, Veszprém: 651)

A védelembevétel meghatározó oka mind a három megyében a szülőnek felróható magatartás (az esetek felénél ez a védelembevétel dokumentált oka). A második leggyakoribb ok a gyermeknek felróható magatartás, amely szintén mind a három megyében megelőzi a környezeti okokat. Ehhez képest a veszélyeztetettség esetében az anyagi veszélyeztetettség a meghatározó, miközben különösen Fejér és Veszprém megyében az országos átlaghoz képest is alacsony az ezer megfelelő korúra jutó veszélyeztetettek aránya.

Munkaerőpiacról kiszorult, egészségügyi állapotuk és életmódjuk miatt veszélyeztetett emberek

Kábítószer-fogyasztók

A regisztrált kábítószer-fogyasztók intézményes adataiból nem annyira a tényleges számukra, hanem jóval inkább az ellátórendszer probléma iránti érzékenysége tudunk következtetni. Így lehetséges, hogy a regisztrált kábítószer-fogyasztók száma a lakosságon belül tízezer lakosra vetítve Veszprém megyében, ahol a régió egyetlen drogambulanciája működik, 7,4 – a másik két megyéhez képest több mint duplája (Fejér: 3,4, Komárom-Esztergom: 3,5). Nyugat-Dunántúl (3) és Észak-Magyarország (3,8) után itt van a harmadik legkevesebb regisztrált kábítószer-fogyasztó (4,8), lényegesen kevesebb, mint az országos átlag (12,6)

Ugyanakkor nehezíti a probléma kezelését, hogy az amúgy is gyenge szenvedélybeteg-ellátás csak a férőhelyek egy részére fogad kábítószer-problémákkal küzdő szenvedélybetegeket.

Fiatalkorú bűnelkövetők

1997-hez képest 2001-ben azt tapasztaljuk, hogy mind országosan, mind a régióban csökkent az ismertté vált fiatalkorú bűnelkövetők száma. Ugyanakkor már 2000-ról 2001-re növekedni kezd ez a szám. Ennek valószínű oka, hogy több olyan cselekmény került a törvény által meghatározott bűncselekmények közé, melyek korábban nem minősültek bűncselekménynek (pl. kábítószer-fogyasztás, ittas vezetés), így az e cselekményeket elkövető, ismertté vált személyek bekerültek az ismertté vált bűnelkövetők statisztikájába. Miközben 2001-ben az ismertté vált fiatalkorú bűnelkövetők számában országos tendenciaként értékelhetjük a jelentős növekedést (105%), azt is látnunk kell, hogy ez a szám a közép-dunántúli régióban emelkedett a legnagyobb mértékben (114,5%). Így is elmondható azonban, hogy a fiatalkorú bűnelkövetők száma 1997 és 2001 között jelentősen (84,1%-ra) csökkent. A közép-dunántúli régióban így 2001-ben az ismertté vált fiatalkorú bűnelkövetők száma 1206 fő volt (Fejér: 385, Komárom-Esztergom: 444, Veszprém: 377)

Felnőtt korú bűnelkövetők

Az ismertté vált felnőtt korú bűnelkövetők aránya 1997-hez képest 2001-re országosan 7,8%-kal csökkent. A régióban nagyjából ezzel azonos csökkenés tapasztalható az említett időszakon belül. A közép-dunántúli régióban 2001-ben az ismertté vált felnőtt korú

bűnelkövetők száma 10 814 fő volt (Fejér: 3429, Komárom-Esztergom: 3581, Veszprém: 3804).

Fejér megyéről elmondható, hogy itt volt a legnagyobb a csökkenés mértéke 1997 és 2001 között. A legjelentősebb, 14,7%-os csökkenés 2000-ben tapasztalható. Veszprém megyében alig, mindössze 2,6%-kal, míg Komárom-Esztergom megyében 9,2%-kal csökkent az ismertté vált felnőtt korú bűnelkövetők száma a korábbiakkal azonos időszakban.

Nyilvántartott tbc-s betegek

A tbc-s megbetegedések száma az elmúlt időszakban ugrásszerűen megnőtt egész Magyarországon. Ez jelzi, hogy bizonyos szociális problémák is jelentősen növekedtek az országban. A közép-dunántúli régióban él az aktív tbc-s betegek 8,9%-a, tízezer lakosra 46,1 tbc-s beteg jut. 2002-ben a regisztrált aktív tbc-s betegek több mint fele újonnan regisztrált volt. Közép-Dunántúl régió belül tízezer lakosra Veszprém megyében jut a legkevesebb beteg, mindössze 25 fő. Fejér megyében ez a szám 53,2 fő, míg Komárom-Esztergom megyében 61,4 fő.

Cigány népesség

Országosan a roma lakosság jelentős része tartozik ahhoz a réteghez, mely a kilencvenes években végképp kiszorult a munkaerőpiacról, és ennek folyományaként halmozottan hátrányos helyzetű, kimarad a társadalmi javak és szolgáltatások igénybevevőinek köréből, védtelenné válik a bürokráciával szemben. A fenti probléma nem jelentkezik olyan intenzitással a közép-dunántúli régióban, mint Dél-Dunántúlon vagy Észak-Magyarországon, abból az egyszerű tényből eredően, hogy a régió belül a cigány népesség aránya a lakónépességben belül a másik két említett régióhoz képest lényegesen alacsonyabb, 0,8% a 2001. évi népszámlálás adatai alapján. Ugyanakkor a cigány népesség számát más becslések ennek 3-4-szeresére teszik a régióban. Alacsony számarányuk miatt jó néhány őket célzó program nem jutott el ebbe a régióba, miközben problémáik és számuk folyamatos növekedése ebben a régióban is indokoltá tenné azt.

Belső periferián élők

A régió belső periferiáját jelentő hátrányos helyzetű kistérségek közül 5 – az Enyingi, a Sárbogárdi, az Abai, a Sümegi és a Kisbéri kistérség – tekinthető a komplex mutató alapján számított társadalmi és gazdasági szempontból elmaradott kistérségnek. Mellettük még számos mutató alapján veszélyeztetettnek tekinthető az Ercsi, az Adonyi és a Tapolcai kistérség.

Fogyatékossgal élő emberek

A legutóbbi népszámlálási adatok szerint a régióban 59 011 fogyatékossgal élő ember él. A fogyatékkal élők száma több mint másfélszeresére nőtt a 1990 és 2002 között. A férfiak esetében kisebb volt ez a növekedés, 1990-ben 21 260 fogyatékkal élő férfi volt a régióban, míg 2001-ben 30 137. A fogyatékkal élő nők száma csaknem duplájára, 16 350-ről 28 874-re emelkedett. A régión belül Fejér megyében volt legnagyobb a növekedés mértéke, különösen a nők körében.

Az adatok feltehetően nem arról szólnak, hogy ténylegesen ennyivel több lett a fogyatékkal élő ember. Sokkal valószínűbb, hogy a probléma társadalmi megítélése változott oly mértékben, hogy másfélszer annyian merik vállalni fogyatékossgukat, mint a rendszerváltást megelőzően.

Veszélyeztetett lakhatás

Rendkívül hektikusan változik az egyes települések között és azokon belül is a lakásfenntartási támogatásban részesülők aránya és a támogatások összege. Van olyan kistérség, mégpedig az Abai, ahol az egész kistérségben mindössze 2 fő jutott lakásfenntartási támogatáshoz (0,1 ezrelék), ezzel szemben a Zirci kistérségben a lakosság 35,7 ezreléke, 265 fő összesen. Hasonló a helyzet az egy személyre jutó támogatások összegével kapcsolatban. Az Abai 6000Ft/fő mellett a Móri kistérségben 57 745 forint jutott egy támogatottra. Az egy lakosra jutó támogatási összeg is óriási eltéréseket mutat kistérségenként. Míg az Abai kistérségben 51 fillér jut egy lakosra, addig a Zirci kistérségben 877 forint. Az eltérés több mint 1700-szoros. Tendenciának tekinthető, hogy minél kisebb egy település, annál nehezebb a támogatáshoz való hozzájutás.

Településszerkezet – közigazgatás – szociális igazgatás, ellátás

Egy-egy térségen belül a településszerkezet, a közigazgatás és az adott térségben elérhető szolgáltatások kapcsolata nehezen vitatható.

A Közép-Dunántúlon alapvetően kétfajta településszerkezeti problémával kell szembenéznie a helyi közigazgatásnak. Az egyik az aprófalvas településszerkezet, mely a Bakony kistérségeit érinti (Zirci, Sümegi, Ajkai, Tapolcai, Kisbéri, Balatonfüredi, Pápai kistérségek), ahol a települések több mint 85%-án 2000 főnél kevesebb számú lakos él. A Pápai kistérségben mind a 48 falu (az egyetlen Pápa város kivételével) 2000 lakos alatti.

A másik problémaforrás a városhiányos, vagy a szolgáltatásszervezés tekintetében a városi funkciót betölteni nem képes településeket nélkülöző kistérségek. Ide sorolható a Balatonalmádi-Ercsi tengelyre felfűzhető 6 kistérség (Balatonalmádi, Enying, Aba, Adony, Gárdony, Ercsi), valamint a Zirci, a Kisbéri és a Sümegi kistérségek. Az utóbbi három kistérséget mindkét településszerkezeti probléma érinti.

Szolgáltatástervezési koncepciók

Mindhárom megyei szolgáltatástervezési koncepció elkészült határidőre, azonban a megyei jogú városok közül csak Tatabánya, illetve 2005 tavasza óta Veszprém városa büszkélkedhet ezzel, mely utóbbinak előzménye az 1999-ben elkészült szociálpolitikai stratégia. A dunaújvárosi és a székesfehérvári koncepció még várat magára.

Tartalmilag és formailag igencsak különböző dokumentumok készültek, így elemző összehasonlításuk nehéz. Az elkészült és készülő szolgáltatástervezési koncepciókról általában elmondható, hogy jövőképükben az alapellátások törvény szerinti teljesítését és a differenciált, emelt szintű szakellátásokat célozzák meg. A plurális, szektorsemleges szociális ellátórendszer kialakításának igénye megjelenik a dokumentumokban, de a megvalósítás ösztönzésére tett javaslatokat nem tartalmazzák.

Ágazaton belüli, ágazatközi és szektorközi együttműködések

Az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézetnek 2004 első felében készült el egy kutatása *Szektorok közötti együttműködés a közép-dunántúli szociális szolgáltatások szervezésében* címmel, mely ezt a témakört is feldolgozta. Ennek a kutatásnak az alapján elmondható, hogy a szektorok közötti együttműködések még nem ideálisak. A szociális szférának legrosszabb a kapcsolata a gazdasági szférával. Az egyházakkal való informális kapcsolatok mellett nagyon rosszak a formális kapcsolatok. Viszonylag jónak tekinthető az állami és az önkormányzati szférával való kapcsolat.

A régió szociális ellátórendszere

A szociális alap- és szakellátás

A három megye közül Komárom-Esztergom megyében az országos átlagnak megfelelő az alap- és nappali ellátásban foglalkoztatottak száma (14,9 fő), míg Veszprém megyében a régiós átlaghoz közeli (12,7 fő), Fejér megyében pedig jóval átlag alatti (10,4 fő).

Az alap- és nappali ellátásban foglalkoztatottak száma 1998-2002 között csak Komárom-Esztergom megyében változott pozitív irányban, a másik két megyében csökkenés tapasztalható.

Érdekes, hogy miközben az Esztergomi és a Kisbéri kistérségben nőtt legjobban az alap- és nappali ellátásban foglalkoztatottak száma, addig a Sümegi és a Székesfehérvári kistérségben a legalacsonyabb az ápolói, gondozói munkát végzők aránya az összes foglalkoztatott között.

A közép-dunántúli régióban 10 000 lakosra átlagosan 34,9 fő tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonokban dolgozó személy jut, ami kisebb az országos átlagnál (37,1 fő).

Az ezen intézményekben foglalkoztatottak száma 1998-2002 között, akárcsak országosan, ebben a régióban is növekedett. Az Adonyi kistérségben nyolcszorosára, de a Veszprémi, Balatonfüredi, Ercsi és Oroszlányi kistérségben is több mint kétszeresére nőtt ez a szám, míg egyedül a Zirci kistérségben csökkent.

Összesítve tehát a két ellátási forma adatait, az országos átlag (51,7 fő) alatt van Közép-Dunántúlon a 10 000 lakosra jutó alap- és nappali ellátásban, valamint a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonokban foglalkoztatottak száma (47,3 fő).

Humánerőforrás, szakember-ellátottság

Az ellátórendszer kapacitásainak gyengesége arra utal, hogy sokkal több szociális szakemberre lenne szükség az ellátórendszerben, miközben paradox módon a frissen végzett szakemberek elhelyezkedési gondokkal küzdenek régióban.

Ugyanakkor a SWOT erősségként értékeli a szakemberek felkészültségét és képzettségét. A SWOT tehát olyan képet fest elénk, amelyben nehéz külső feltételek mellett a szakemberek felkészültsége jó, mégis a nagy leterheltség és a támogatórendszerek hiánya korai kiégéssel fenyeget. Gyenge a régióban a szociális felsőoktatás, kevés a képzésben, továbbképzésben részt vevő szociális szakember, kevés a szakmai együttműködési fórum, az ágazatközi együttműködések rendszere merev, és hiányoznak azok a szakmai network-ök, hálózatok, amelyek az innovatív szakmai gyakorlatokat ösztönöznék.

Partnerség, szakmai érdekképviselés, szakmai szerveződések

A fentiekből egyenesen következik, hogy a régióban gyengék a partnerségi formák mind az állami, civil és piaci szervezetek, mind az ágazatok között. A szociális szakma marginalitása a gazdasági mozgástér ellenére is jelentős.

Önkéntesség

Az önkéntes segítség elsősorban karitatív, egyházi indíttatású vagy önsegítő szerveződések keretein belül valósul meg. Ilyenek az egyházi Karitászok, a Vöröskeresztek, a Máltai Szeretetszolgálat, a Teljes Élet Szociális Alapítvány és a Szellemi Sérült Testvéreinkért Alapítvány – mely utóbbi kettő megosztva a Székesfehérvártól 20 km-re fekvő Söréden nyaraltat kizárólag önkéntes segítők bevonásával fogyatékos gyermekeket –, továbbá szenvedélybetegek segítségét felvállaló önsegítő csoportok (pl.: Szőlőtő Alapítvány, Alba Regia Menedék Alapítvány). Az önként végzett tevékenységek közé sorolható a legtöbb civil szervezet munkája is. Mindezek mellett is azt kell mondanunk, hogy ezek csak elszigetelt

példák, az önkéntes segítségnek sem kultúrája, sem intézményi háttere nem alakult ki a régióban, és gyenge az ezek háttéréül szolgáló társadalmi problémák iránti érzékenység is.

A szociális ellátórendszer helyzete ellátási területenként

Gyermekjólét, gyermekvédelem

A települési önkormányzatok gyermekjóléti terület iránt tanúsított figyelmét jól tükrözi, hogy elkészült-e a helyi átfogó gyermekjóléti értékelés, megtárgyalta-e azt a képviselő testület, valamint, hogy van-e a településnek gyermekvédelmi koncepciója.

A régió erre kötelezett településeinek 93%-ban (országosan mindössze 67%-nál) már elkészült az önkormányzatok átfogó értékelése, és ezek 89%-át (országosan 61%-át) megtárgyalták a képviselő-testületek. Ez rendkívül jó aránynak mondható. A gyermekvédelmi koncepció területén már nem ilyen jó a helyzet, bár itt is az országos átlag fölött teljesítettek a régió önkormányzatai, minthogy 25%-uk már elkészítette (az országos 17%-kal szemben), míg 27%-uknál kidolgozás alatt van a koncepció (országos adat: 28%).

A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő gyermekek közül a nevelőszülőnél elhelyezett gyermekek aránya a régióban jóval elmarad az országos átlagtól: Fejér és Komárom-Esztergom megyében csak minden harmadik gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő gyermek van nevelőszülőnél, miközben az országos átlag az 50 %-hoz közelít.

A gyermekjóléti szolgálatok szakmai tevékenységének döntő részét az információszolgáltatás és a tanácsadás teszi ki (az összes szakmai tevékenység 68,4%-a). Ezt követi a hivatalos ügyekben való közreműködés (16%) és az esetmegbeszélés (7,7%).

Bölcsődei ellátás

Az óvodás kor alatti gyermekek napközbeni ellátása a gyermeket vállaló szülők, elsősorban a nők szempontjából jelentős. Fontos, hogy a kisgyermekes szülőknek meglegyenek azok a lehetőségei, melyek hozzásegítik szakmai, társadalmi kapcsolataik ápolásához, hogy ne essenek ki munkájukhoz kapcsolódó gyakorlatból. A kisgyermek napközbeni, bölcsődei elhelyezése ehhez segítheti hozzá a szülőt.

A bölcsődék a nagyobb, megyei jogú városokba koncentrálódnak (Székesfehérvár 8, Dunaújváros 8, Tatabánya 6, Veszprém 6). Eközben kistérségek majd' egyharmadában nincs

bölcsőde (26 kistérségből 8-ban), éppen a legrosszabb helyzetű, munkanélküliséggel leginkább sújtott térségekben. (Aba, Adony, Ercsi, Kisbér, Sümeg). 1993 óta a bölcsődék száma a régióban 80%-ra esett vissza, 1993 óta a bölcsődei férőhelyek száma 70%-ra, a bölcsődébe beíratott gyerekek száma is több mint 1000 fővel, az akkori szám 70%-ra csökkent. (Míg 1993-ban 3878, addig 2003-ban csak 2830 gyermek részesült bölcsődei ellátásban.) A bölcsődébe beíratott gyerekek száma 20-25%-kal meghaladja a férőhelyek számát. (Minden 10 bölcsődei férőhelyre 12-13 beíratott gyermek jut.) Ma a régióban a 0-4 év közötti gyermekek 5,66%-a jut hozzá bölcsődei ellátáshoz. 2003-ban már a bölcsődék száma, az ott található férőhelyek és a beíratott gyermekek száma is emelkedni kezdett, köszönhetően a régióban a két újonnan létesített, nem önkormányzati fenntartású bölcsődének.

A három év alatti gyermekek elhelyezését szolgáló alternatív lehetőségek is csak nehézkesen terjednek a régióban. Családi napközi a régió 26 kistérségéből mindössze 5-ben (Sárbogárd, Adony, Mór, Dorog, Esztergom) volt megtalálható 2002-ben, mindössze 35 férőhellyel.

Családvédelem, családsegítés

Az országban ebben a régióban működik a legkevesebb családsegítő egység, a három megyében összesen 87. Ebből 38 Fejér megyében, 34 Veszprémben és mindössze 15 Komárom-Esztergomban. Lényegesen alacsonyabb a szolgáltatást igénybe vevők aránya is (2,5%) a lakónépességhez viszonyítva az országos átlagnál (3,1%). Ez megyénként megosztva: Komárom-Esztergomban 1,8%, Fejér megyében 2,5%, Veszprém megyében 3,3%. Komárom-Esztergom megyében a szolgáltatást igénybe vevők aránya jócskán elmarad az országos átlagtól, mindössze két kistérségben, a Dorogiban (3,6%) és a Kisbérben (3,6%) van az országos átlag felett. A szolgáltatást igénybe vevők aránya viszont kiugróan magas az Ajkai (10,9%) és az Enyingi (7,2%) kistérségben.

Idősellátás

A Közép-Magyarország és Dél-Alföld után a Közép-Dunántúlon részesülnek a legkevesebben szociális alapellátás keretében házi étkeztetésben, 10 000 hatvan év feletti lakosból 463-an. (Ez a szám országos átlagban 497 fő.) A legtöbb Veszprém megyében (526 hatvan év feletti lakos 10 000 azonos korúból), a legkevesebben pedig Fejér megyében. (399 hatvan év feletti lakos 10 000 azonos korúból.)

Házi segítségnyújtásban is a közép-magyarországi régió (148 fő) után itt részesülnek a legkevesebben (10 000 hatvan év feletti lakosból 196 fő). Ehhez az ellátáshoz a régión belül Fejér megyében jutnak hozzá legtöbben, 10 000 hatvan év feletti lakos közül 238-an, míg Komárom-Esztergom megyében csak 174, míg Veszprém megyében 167 fő.

Fogyatékossgal élő emberek támogatása

Közép-Dunántúl régióban a 2001-es népszámlálás tanúsága szerint 59 011 fogyatékossgal élő (mozgássérült, értelmi fogyatékos, látássérült, hallássérült, beszédhibás) személy él. Ez a régió lakosságának 5,25%-a. A fogyatékossgal élők száma ma több mint másfélszerese az 1990-es népszámláláskor jegyzetteknek.

A fogyatékossgal élők számos olyan hátránnyal, akadállyal kerülnek szembe, mely egészséges embertársaik számára könnyen áthidalható. Nehézségekkel kell szembenézniük ügyeik intézésében (a hivatalok, nyilvános helyek, középületek jelentős része nem akadálymentes), a tömegközlekedés használatakor és az utcai közlekedésben. Az oktatáshoz és a kulturális javakhoz való hozzáférés területén számos akadállyal találkoznak (a közintézmények többsége nem felkészült a fogyatékossgal élők fogadására). A fogyatékos emberek többsége családja körében vagy saját lakásában él. Viszont az is tény, hogy nagyobb hányaduk él valamilyen bentlakásos intézményben, mint nem fogyatékos embertársaik.

A családjukkal vagy saját otthonban élő fogyatékosok napközbeni ellátását (felügyelet, foglalkoztatás, szabadidős tevékenység stb.) és ezzel családjuk tehermentesítését szolgálják egyes intézmények (fogyatékos személyek nappali intézménye, támogató szolgálat, gondozóház). Ezen intézmények száma 1995 óta 7-ről 10-re, férőhelyeik száma 2 és félszeresére, az itt ellátottak száma 3 és félszeresére emelkedett a régióban. Ma több mint 550 rászoruló jut hozzá ezen intézmények szolgáltatásaihoz. Ugyanakkor ezek az intézmények csak központi településeken találhatók meg, így a központoktól távolabb élő rászorulók és családtagjaik nem, vagy csak nehezen érhetik el ezeket a szolgáltatásokat.

Az önmagukról egyedül gondoskodni nem képes, fogyatékossgal élő emberek ápolását, gondozását, rehabilitációját, valamint lakhatását hivatottak megoldani a fogyatékosok bentlakásos intézményei. A fogyatékosok bentlakásos intézményeit túlnyomórészt magas létszám és „zsúfoltság” jellemzi a régióban. (Van olyan intézmény, ahol több mint 200 rászorulót gondoznak egyszerre.) Csekély lehetőség van ezeken az intézményeken belül a

rehabilitációra. Kevés a családi légkörű, emberléptékű lakóotthon, ahol sokkal több lehetőség nyílik a személyes gondoskodásra. Az ezen intézményekben ellátott gyermekek száma 60%-ra csökkent, a felnőttek száma viszont másfélszeresére nőtt. A régióban 2003-ban 291 gyermek és 1481 felnőtt fogyatékos élt bentlakásos intézményekben.

A munkaerőpiacon a fogyatékossgal élőknek töredékük, alig néhány százalékuk tud elhelyezkedni, miközben jelentős részük lenne képes nem sérült embertársával egyenértékű munka elvégzésére. Kevés a régióban az ő foglalkoztatásukat segítő, vagy őket foglalkoztató szervezet. Közép- Dunántúl régióban van a legkevesebb védett szervezet, az országban működő 92 védett szervezet közül mindössze 6 darab. A régió belüli eloszlás sem egyenletes, Fejérben 4, Veszprém és Komárom- Esztergom megyében viszont csak egy-egy ilyen szervezet található. Szintén Közép-Dunántúlon van a legkevesebb célszervezet, összesen 4, mindössze 15 telephellyel. Ez azt jelenti, hogy az országban található célszervezetek 6,5%-a, míg a telephelyek 3,2%-a található ebben a régióban. Az ezekben a szervezetekben foglalkoztatottak között a megváltozott munkaképességűek aránya az egész országban a legalacsonyabb, mindössze 39%. A foglalkoztatottak egy főre jutó átlagkeresete viszont ebben a régióban a legmagasabb, és a megváltozott munkaképességűek bére is az egyik legmagasabb az országban.

Szenvedélybetegek segítése

Közép-Dunántúlon nincs meg sem a szervezeti, sem a társadalmi háttér az ezen a területen végzendő hatékony munkának. Az addiktológiai intézetek száma – miközben az országban 1997 óta mindössze kétféleképpen emelkedett – a közép-dunántúli régióban csökkent, és az azokban nyilvántartott betegek száma is megcsappant (az 1997-es 2841 főről 2001-re 2315 főre). Mindössze két szenvedélybeteg-rehabilitációt ellátó intézet működik a régióban, összesen 32 férőhellyel. A ráckeresztúri 12 férőhellyel rendelkező otthon a református egyház tartja fenn. Noszlopon Működik egy Rehabilitációs Ház, 20 férőhellyel.

Ezek mellett működik Székesfehérváron az Alba Caritas Hungarica Alapítvány Rév Szenvedélybeteg-segítő szolgálata, mely szintén egyházi fenntartású intézmény.

Több civil szervezet is bekapcsolódik valamilyen formában a szenvedélybetegek segítésébe, elsősorban önszervező csoportok működtetésével.

Hajléktalan emberek ellátása

Budapest után a vidéki nagyobb városokban koncentrálódik a hajléktalanság (a régióban Tatabánya, Veszprém, Székesfehérvár és Dunaújváros tekinthető ilyennek). A hajléktalan emberek tényleges számát nehéz megbecsülni, hiszen állandó lakhely híján nehezen érhetőek el a statisztikusok számára. Pontosabban csak a hajléktalanellátásba bekerültek számát tudjuk megmondani, miközben tudjuk, hogy tényleges számuk ennek többszöröse. 1995 óta az ellátásba bekerült hajléktalanok száma 170%-ra emelkedett a régióban (míg 1995-ben 422 hajléktalan ember részesült segítségben, addig 2003-ban már 718).

A hajléktalanellátás rendszere többféle ellátási formát tesz lehetővé (nappali melegedő, átmeneti szálló, éjjeli menedékhely, utcai gondozószolgálat, népkonyha). Ezek az ellátások a régió 10 000 főt meghaladó városaiban jelennek meg (kivéve Dorog, Bicske és Balatonfüred). Az ennél kisebb településeken viszont lényegében teljes egészében hiányzik a hajléktalanok gondozását végző intézményi háttér. (Ez éppen a társadalmi-gazdasági szempontból leghátrányosabb helyzetű kistérségeket – Enying, Aba, Adony, Kisbér, Sümeg, valamint Ercsi, Gárdony, Balatonalmádi és Zirc térségét – érinti.). Nappali melegedő 7, átmeneti szálló 13, éjjeli menedékhely 8 településen működik. Mind a 4 megyei jogú város biztosítja saját területén az utcai szociális munkát. A rehabilitáció intézménye viszont egészében hiányzik a régióból.

Innováció a szociális szférában

Módszertani intézmények

A jogszabályok által előírt feladatok ellátására a közép-dunántúli régióban 9 módszertani intézmény hoztak létre, melyből hat megyei szinten a szociális, ill. a gyermekjóléti ellátások területén működik. A három regionális szintű módszertani intézmény közül a hajléktalan személyek ellátásával kapcsolatos módszertan a Székesfehérvári Kríziskezelő Központban, a családsegítésé Tatabányán, míg a bölcsődei ellátásé Oroszlányban működik. Országos szintű módszertani intézmény nem működik a régióban.

Szociális felsőoktatás, szakemberképzés, K+F

Négy helyen folyik a szociális területen főiskolai szintű oktatás a régióban, Veszprémben és Székesfehérváron általános szociális munkásokat, Pápán és Esztergomban szociálpedagógusokat képeznek. A régióban a fent említett képzésekben a 2003/2004-es

tanévre felvehető hallgatók létszáma 294 volt. Ez az országos 4161 fős felsőoktatási felvételi keretszámhoz viszonyítva rendkívül alacsony, az országosnak mindössze 7 %-a. Az államilag finanszírozott képzés területén is hasonló ez az arány. Az országos 2172 fős felvételi keretszámnak mindössze 7,3%-át hirdették meg a régióban, azaz 159-et. Ugyanakkor a felvételi keretszámok 1998 óta növekednek a szociális területen. Az államilag finanszírozott helyek száma 2,5 szerezére, 62 főről 159 főre, az összes helyek száma pedig 2,3-szeresére, 127 főről 294 főre emelkedett 2002-re.

Civil szervezetek és piaci cégek a régió szociális ellátórendszerében

Az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézetnek 2004. első felében készült el egy – korábban már említett – kutatása *Szektorok közötti együttműködés a közép-dunántúli szociális szolgáltatások szervezésében a Közép-Dunántúlon* címmel. A kutatás részét képezte a szociális civil szervezetek és piaci cégek együttműködésének kérdésköre is. A régió belüli kép azt mutatja, hogy a két szektor között nincs igazán együttműködés. A szociális szervezetek a piaci cégeket mint adományozókat definiálják. Mivel nincs közös nyelv, ezért rendkívül nehéz a piaci szereplők megszólítása. Bár egyes nagyobb cégeknél jól lehatárolt adományozói gyakorlat van, azonban ez rendkívül rugalmatlan. Egy jól kidolgozott állami szintű adópolitikai támogatás mellett azonban nagyobb hajlandóságot mutatnának ezek a cégek a szociális területen való szerepvállalásra.

Problémaorientált, innovatív megoldások

A teljesség igénye nélkül három idevágó kísérletet említünk meg.

A Teljes Élet Szociális Alapítvány sérült gyermekek nyaraltatását vállalja Söréden, tehermentesítve ezzel a nyári időszakban a gyerekek szüleit. Külön „érdeme” a kezdeményezésnek, hogy mindezt teljes mértékben önkéntes segítők bevonásával képes megtenni.

A Dunaújvárosi Tud6sz program célja hátrányos helyzetű fiatalok munkaerő-piaci integrációja, els6sorban valamilyen képzésbe való bejutás segítségével.

Végül a veszprémi Támogatott Foglalkoztatás Szolgáltatás célja, hogy a sérült emberek emberi méltóságuk megtartásával – egyéni szükségleteiknek megfelelő, személyre szóló segítség mellett – „normál” munkahelyen, az elvégzett munka értékének megfelelő fizetésért dolgozhassanak.

Herpainé Márkus Ágnes

Légy a porcelánboltban vagy elefánt a levesben?

Társadalompolitikai és szociálpolitikai kihívások
a következő évek fejlesztési terveihez

Kedvenc hűtőmágnesem szerint inkább legyen légy a porcelánboltban, mint elefánt a levesben. Talán azért is tetszik nagyon, mert – akik ismernek, tudják – bizony előfordul velem: úgy viselkedem, mint elefánt a porcelánboltban. Ha a 2007 és 2013 közötti európai uniós fejlesztési források tervezését megalapozó és regionális feladatait végrehajtó Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózatunk tevékenységét, megfogalmazott javaslatainkat, elkészült dokumentumainkat és eddigi megállapodásainkat tekintjük, talán már kevesebben gondolják azt, hogy most mégis a szociálpolitika legyecskéiként keringünk, munkatársaimmal, a területfejlesztés porcelánboltjában. A következő néhány oldal összefoglalja, illetve továbbviszi mindazokat a gondolatokat, ismerteti eddigi javaslataink azon legfőbb elemeit, amelyek segíthetnek, hogy a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi, ifjúsági, esélyegyenlőségi és civil ügyek kapcsán a RSZTFH javaslatai elefántként toccsanjanak a Nemzeti Stratégiai Referenciakeret levesében. Hogy a területünket érintő javaslatok jól láthatóak és kellően artikuláltak, észrevehetőek és megkerülhetetlenek legyenek. Ennek érdekében használunk az eddigiektől eltérő megközelítéseket, és nem csak átgondolt, de következetesen érvényesített, sokfelé, széles szakmai, civil és döntéshozói térben lobbizással képviselt és remélhetőleg megerősített javaslatokat.

Az elmúlt év során, ill. idén februárban a KAPOCS-ban sorra megjelentek a Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózat (RSZTFH) működéséről, tevékenységeiről, valamint a Hálózat (a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Regionális Munkacsoportjának referensei és őket támogató szakértők) által készített regionális szociálpolitikai helyzetelemzések. A munka 2003 nyarának végén kezdődött, és egy folyamatosan változó feladatsor végrehajtásaként, a tervezés egyes szakaszai mentén újabb és újabb elvárások mentén megfogalmazódó projekt-sorozatnak is tekinthető. Másfelől egyfajta rendszerszerű, intézményesített működésmód is beállt már 2006 évének elejére. A két és fél

év sok tanulsággal szolgált, érdekes eredményeket hozott. Megközelítéseinket, gondolkodásmódunkat és eredményeinket, javaslatainkat villantja fel jelen összegzés.

A regionális helyzetelemzések

Alapvető kérdésnek tekinthetjük, hogy a két és fél éve működő, az NCsSzI regionális Munkacsoportjának referenseiből álló regionális tervezéssel foglalkozó csapat milyen szakmai minőségű munkát végez, illetve az elkészült dokumentumok mennyire adekvátak, szakszerűek és időszerűek. Mire elég, és mire nem használható, mit érdemes számon kérni, és mit nem ezen anyagokon, illetve mit tudunk és mit nem tudunk elérni a felhasználásukkal?

A helyzetelemzések mint a fejlesztési javaslatok megalapozását szolgáló, hivatkozási dokumentumok

A helyzetelemzések funkciója, ha nagyon praktikusán tekintjük, kettős: a tervezési folyamat kezdetén annak vizsgálata, hogy pontosan mennyi az annyi, milyen területeken mutatható ki és számszerűsíthető a beavatkozás, fejlesztés szükséglete. Annak feltárása és elemzése, milyen hiányok vannak, milyen folyamatok igényelnek beavatkozást. Ez egyfajta feltáró, elemző szakasz, célja a javaslatok felvetésének alátámasztása. Igazi, gyakorlott tervezők arra is felhívják a figyelmet, hogy jó helyzetelemzéseket akkor lehet készíteni, ha van már valamiféle víziónk arról, mire akarjuk használni. Ellenkező esetben elveszünk az adatsorok, táblázatok, térképek és tématerületek dzsungelében. Ezt a hibát nekünk nem sikerült teljesen kikerülni. Azt azonban leszögezhetjük: regionális helyzetelemzéseink tudatosan és következetesen a területi dimenziók, folyamatok és összefüggések oldaláról igyekeztek a társadalmi problémák megjelenését és ellátórendszereink hiányosságait megragadni. Mivel ez utóbbi – új összefüggések, területi egyensúlytalanságok, területi és társadalmi folyamatok kapcsolódása – volt a fókuszban, elmondhatjuk: az elkészült anyagok erre valamelyest rávilágítanak.

A tervezési folyamat egy későbbi szakaszában – nagyjából itt tartunk most – a cél az, hogy a helyzetelemzések célratoró, rövid, frappáns megalapozását és indoklását adják az adott beavatkozási terület vonatkozásában. Érthetőbben: a szociális, esélyegyenlőségi fejlesztéseket tervező programcsomagok elé a fő fejlesztési szükségletek indoklásául szolgáló adatok, folyamatleírások kerüljenek. Ez minden ágazat, régió esetében az EU 15, EU 25 tagállam

összehasonlító adatai (már ahol ez megtehető, hiszen nálunk alig-alig akad erre alkalmas adat!), országos és területi tendenciák ismertetésével történik. Mivel mostanság körvonalazódnak az ágazati és regionális programok fő keretei, ezek alakulásával párhuzamosan készülnek e dokumentumok. Tekintettel arra, hogy a Hálózat által felvetett témák és megközelítések bekerültek mind a regionális, mind az ágazati tervezés elfogadott és preferált beavatkozási területei közé, elmondhatjuk: az első időszak funkcióinak megfelelő dokumentumok megalapozták a második, egyszerűbben, rövidebben és gyorsabban előállítható dokumentumok fogadását. Ez utóbbiak, reményeink szerint, hamarosan elkészülnek és megjelentethetők lesznek.

A 2002-es adatokon alapuló helyzetelemzések relevanciájának kérdése

A kistérségi szinten összegzett adatsorok táblázatait és a szöveges helyzetértékelő dokumentumok 2002-es adatokkal dolgoznak. Az elmúlt hetek, hónapok során szakmai körökből kétféle reakció érkezett: sokan most, a kidolgozás - elfogadtatás - érdemi felhasználás időszakát (2004. év) követően, másfél év után kezdik megismerni és vitatni anyagainkat. Ez igazán üdvözlendő folyamat: a későbbi tervezési folyamatok – akár a most zajló szolgáltatástervezési koncepciók felülvizsgálata, akár a kidolgozás alatt álló Nemzeti Gyermekszegénység Elleni Program, vagy a lassan újraterveződő Kirekesztés Elleni Nemzeti Cselekvési Terv – számára fontos és hasznos gondolkodás indulhat meg, és elterjedhetnek módszerek, gyakorlatok szakmánkban e téren. A másik reakció: annak tudomásul vétele, hogy ezen dokumentumok, mondhatni, maradéktalanul betöltötték funkciójukat, megállapításaikat és következtetéseiket tudjuk használni a relevánsnak bizonyult pontokon, adatsoraik azonban megújításra szorulnak. Ennek ellenére érdekes összevetésekre használhatóak még mindig. (Lásd pl. lejjebb a finanszírozási, szolgáltatási modellek vonatkozásában felmerülő kérdéseket: tudjuk-e, mit jelent a 2000 fős határ a szolgáltatások biztosítása vonatkozásában, mit segítenek a kistérségeket preferáló normatívák a térszerkezet és kistérségtípusok ismeretében, stb.)

Az Operatív Programok beavatkozásait indokló helyzetelemzések

A jelenlegi tervezési folyamat mentén világosan látható, hogy a 2004-2006 közötti Nemzeti Fejlesztési Terv operatív programjainak struktúrája részben visszaköszön, de a szabályozás változásának, valamint az eddig – ugyan csak kis részben – leszárt tapasztalatoknak a

következtében kissé átalakul. Alapvető változás a beruházási elemek és az emberkincsre irányuló fejlesztések világosabb szétválasztása (az uniós finanszírozási szabályok változásai szerint egy operatív programot csak egy alap finanszírozhat – a mono-fund elve miatt, kötelezően). Ennek következtében a fejlesztések szükségességének alátámasztására szolgáló bevezetők, helyzetelemzések más hangsúlyt kell hogy kapjanak. A Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózat regionális helyzetelemzései ennek fényében az alábbi területeken értékesíthetők.

- Különösen a regionális operatív programokhoz használhatóak fel a helyzetelemzésekben feltárt összefüggések, hiszen az azokban leírt állapot létrehozó körülményeiben, azokat fenntartó okokban és folyamatokban nem történt érdemi változás az eltelt időszak során. Ennek köszönhetően a Regionális Operatív Programok (ROP-ok) tervezett beavatkozásainak tervezésekor a regionális tervezőknek, illetve a ROP-ok érdekében végzett lobbitevékenységeink során alkalmasak a szociális és esélyegyenlőségi terület hivatkozására. A regionális fejlesztési ügynökségek munkatársai használják is megállapításainkat, elfogadják értelmezési kereteink érvényességét.
- Az adatsorok az adott régió legfőbb társadalompolitikai, szociálpolitikai kihívásai vonatkozásában frissítésre szorulnak. (Ez a helyzet érdekes tanulsággal is szolgál mind az Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózat, mind a szakmailag megújuló NCSSZI számára: a gyors és proaktív, ám szűkös erőforrásokkal végzett munka következménye, hogy – ugyan jelentősen jobb kondíciókkal, nagyobb figyelem és felhasználási szándék által övezetten, de – adott feladat újra-elvégzésének, pontosabban folyamatos frissítésének kényszerét eredményezi. Ere jelenleg szűkös erőforrások állnak rendelkezésre.)
- Az ágazatot érintő operatív programokhoz való viszonya a helyzetelemzéseknek némiképpen eltér a fentiektől. Különösen a beruházási elemeket tervező, ERFA-forrásokra irányuló operatív program (OP) esetében lehetségesnek és szükségesnek mutatkozik a helyzetelemzések felhasználása. Azok az összefüggések, amelyeket a regionális helyzetelemzéseink feltártak, mindezidáig hiányoztak a szolgáltatásszervezés, tervezés területéről, ezért a jogszabályi és finanszírozási változások a legközelebbi múltban sem használták fel ezeket a megközelítéseket. Ezért nehéz az ágazati stratégiai tervezés ügye, hiszen a következő 7 év forrásai egy jól

érvelhető, a hazai költségvetési hiány csökkentését is figyelembe vevő fejlesztéspolitikája nem finanszírozhat rosszul működő közszolgáltatási rendszereket. Az adekvátnak tűnő, a hozzáférést biztosító és a rászorulókat minél szakszerűbben és megfelelőbben ellátó rendszerek kialakítását célzó fejlesztések ugyanakkor egyes intézménytípusok és az ott dolgozók érdekeit sérthetik. Sőt: a jelenlegi túlszabályozottság mellett több modell megvalósítása gyakorlatilag szinte kivitelezhetetlen. Mindezek ellenére a fő megállapításaink – a helyzetelemzésekből készült kivonatok, és még inkább az ezek alapján meghatározott fő fejlesztési irányok – alkalmasak a továbblépés és megújulás lehetőségeinek megalapozására.

Alkalmazkodóképesség és érdekérvényesítés

Kármentesítés és „élő lelkiismeret” helyett van-e más szerep a szociális szakma számára?

A tervezési és fejlesztési folyamatokhoz az ICsSzEM Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózata proaktívan viszonyul. Maga a Hálózat 2003 nyarán jött létre – a már működő NCsSzi és a szociális forrásközpontok bázisán –, a referensek az év őszén álltak munkába, és elkészültek a helyzetelemzések első változatai – mire megszületett az NFT tervezéséről szóló kormányhatározat. A helyzetelemzések legfőbb megállapításainak összegzésével, széles regionális és országos szakmai és civil partnerség megvalósításával megtörtént a fő stratégiai irányok, beavatkozási területek kijelölése – amikor az egyes tárcáknál és régióknál megkezdődött a tervezés, illetve a tervező munkacsoportok felállítása. Az egyes régiók stratégiai irányainak és az ágazat még igen képlékeny fejlesztési elképzeléseinek figyelembevételével elkészültek régióként e két szempont közös áttekintését és továbbgondolását támogató regionális mátrixok – mielőtt formális keretek között megkezdődtek volna a régiók és az ágazatok közötti egyeztetések. 2005 őszén-telén elindult a javasolt fejlesztések pontosabb, intézkedés-szerű leírása, amely a pontos támogatási feltételek, formák, tartalmak meghatározásaival világossá és egyeztethetővé teszi javaslatainkat – miközben a régiók és a tárcák csak prioritásszintű, a beavatkozási területeket lehatároló dokumentumokat készítenek. A 2006-os év során a társadalmiasított tervezési folyamat kiterjesztéseként a kistérségi szintű projekttegyeztetés-projektgenerálás tevékenységeivel tervezzük bővíteni a Regionális Munkacsoport és a Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózat munkáját.

A másik, nagyon fontos elem a tervezési folyamat – a jogszabályok engedte legutolsó feszítésig történő – társadalmasítása. Ezt a célt szolgálják a nyilvános felületeken megjelenő, vitára bocsátott anyagaink, a rendszeresen megrendezésre kerülő országos és regionális rendezvények, szakmai viták, széles szakemberkörrel való együttműködés, a javaslatok folyamatos képviselése és eljuttatása a felelős ágazati és regionális tervezők felé.

Mindezek együttese a társadalompolitikai és szociálpolitikai beavatkozások és szolgáltatási rendszerek alkalmazkodóképességének fejlesztésével együtt egy jövőbeni, minőségbiztosított, rugalmas ellátórendszer kialakítását előkészítő szakmai tevékenységsorhoz (amely, reményeink szerint, az NCsSZI-ben jelenleg körvonalazódik) is képes alkalmazkodni, illetve annak több alapfeltételét biztosíthatja.

Rugalmas alkalmazkodás a változó szabályozásokhoz

A jelenlegi – 2007-2013 közti időszakra irányuló – tervezési folyamat más, mint az előző. Ezt több ágazat központi – minisztériumi – tervezője láthatóan csak a szavak szintjén értette meg. Ennek is köszönhető, hogy a szociális terület regionális téren proaktív (a döntéseket, lezajló folyamatokat megelőző, azokat tevékenyen befolyásoló) és iteratív (folyamatosan visszaegyeztető, oda-vissza csatlakoztatással élő) tervezési módszere eredményesnek ígérkezik. Mindez azonban nem csak a konkrét, mondhatni „dokumentumgyártó” tervezési folyamat vonatkozásában értelmezhető. Különös jelentősége van ennek működésének és megnyílt új cselekvési mezőnek a változó uniós, hazai és ágazati szabályozások és körülmények szempontjából is.

A 2007-2013 tervezés uniós szintű előkészítésében, szabályozásában és forrásainak eldöntésében már teljes jogú tagállamként veszünk részt. A döntések megszületésének valamennyi területén jelen vannak képviselőink és szakembereink. Ugyanakkor a 10 új tagállam tavaly előtti csatlakozása világossá tette: a fejlesztési források felhasználását más, egyszerűbb, nagyobb tagállami felelősséget engedő és egyben elváró módon szükséges megvalósítani. Ennek eredményeként az „új” Európai Unióban már csak stratégiai dokumentum kerül egyeztetésre Brüsszellel, ellentétben a 2004 előtti időszakkal, amikor gyakorlatilag a pályázati kiírások szintjéig történt egyeztetés. Ezért hívják a készülő új

tervdokumentumot Nemzeti Stratégiai Referenciakeretnek (NSRK), és nem fejlesztési tervnek. Ebből több minden következik – nem csak – a szociális terület számára.

Mivel hosszú időszakra, összesen legalább három kormányzati ciklust érintően tervezünk, fontos a minél erőteljesebb szakmai konszenzus és a minél szélesebbre hagyott mozgástér. A végső döntések, tudomásul kell vennünk, politikai döntések. Ha a tervezés dokumentumai a legvégsőkig mégis szakmai tartalmakat hordoznak, és vitathatatlan érvekkel dolgoznak, nagyobb esély van az érdekek képviseletére. A Magyarországra érkező források szociális célra költendő aránya és tartalma, következően a fentiekből, sokkal inkább itthon dől el, a tervezés és politikai érdekérvényesítő képesség függvényében. Könnyíti az uniós források felhasználhatósága melletti érvelést, ha használjuk a rendeletek szóhasználatának tükörfordításait. Ezáltal kevésbé szorul indoklásra egyes fejlesztési javaslatok támogathatósága – így kerül szövegeinkbe a sérülékeny társadalmi csoportok kifejezés, ami alapvetően a szakmai szóhasználatban elterjedt veszélyeztetett csoportok szinonimájaként, részben kiterjesztéseként értelmezhető.

Szerencsére a kedvező pénzügyi megállapodás következtében remélhető, hogy maradnak szabad felhasználású hazai források a fejlesztésekre, de ennek ellenére érdemes minden, az ágazat számára fontos területet megjeleníteni az NSRK-ban. Emellett további jelentős változás, hogy az új, még el nem fogadott, de jól láthatóan formálódó rendeletek – amelyek az Európai Szociális Alap, illetve az Európai Regionális Fejlesztési Alap forrásainak felhasználhatóságát szabályozzák – lényegesen megengedőbbek, mint az előző időszakban. Az új rendlettervezetekben sem tekinthető kitüntetett prioritásnak, de támogathatóként jelennek meg a társadalmi kirekesztődés mérséklését, a közszolgáltatások, sőt a közigazgatás fejlesztését, a szociális lakhatás egyes formáinak felújítását, illetve a civil szervezetek megerősítését célzó fejlesztések, ami jelentős eltérés ahhoz képest, hogy a jelenlegi költségvetési időszakot kizárólag a foglalkoztatás bővítése mentén támogatható közszolgáltatások, fejlesztések a jellemezték. Ez ad teret számtalan új javaslatunknak, a gyermekszegénység mérséklését célzó programoknak, a civil szféra, a közösség fejlesztésére irányuló javaslatoknak.

Új szerepben a szociális terület, regionális szinten

Az RSZTFH javaslatai, dinamikusan alkalmazkodva az új lehetőségekhez, mindvégig építve a szakmai, adatokon nyugvó, illetve a szakmai párbeszéd során kikristályosodott beavatkozási területekhez, újra és újra átfogalmazódtak – mindvégig megtartva egy követhető ívet. Ez – mint jeleztük: a folyamatos egyeztetési eljárásokon alapuló tervezési módszernek köszönhetően – valójában egyre világosan teret nyitott az ágazati fejlesztések számára a területi tervezésben.

Területi és társadalmi hátrányok együttes kezelése

A szociális szolgáltatások feladatfinanszírozásra történő átállásának kérdése

A szociális törvény jelenlegi szabályozása kétségtelenül kimozdította az eddigi struktúrájából a szolgáltatási rendszereket, némi elmozdulást hozott a szociális szolgáltatások területi kiépültségében. Azaz: a feladatfinanszírozásra való átállás növelte a kistérségeken az étkeztetésben és házi gondozásban részesülők számát. Kérdés: ezek a változások alapjaiban kérdőjelezzik-e meg azon megállapítások és felismert folyamatok érvényességét és eredményeit, amelyekre a regionális helyzetelemzéseink felfűződtek?

Tekintettel arra, hogy nem csak és nem feltétlenül a normatíva hiánya okozta a szolgáltatások kiépítetlenségét – vö. a családsegítő szolgálatok számának megugrása 1998-tól, a gyermekjóléti szolgáltatások létrehozásától –, megállapításaink vélhetően megállják a helyüket. A szociális ágazat intézményrendszerének működését, kiépültségét az önkormányzatok felelősségvállalása és problémaérzékenysége is árnyalja. Fontos megállapításunk volt, hogy az alapszolgáltatások ott hiányoznak leginkább, ahol:

- a legnagyobb a szegénység; leszakadó térségek, aprófalvas, rurális vidékek, valamint
- a térség gyorsan és kiugróan fejlődött, és a döntéshozók nem látják a szociális szolgáltatások és társadalompolitikai beavatkozások szükségességét adott térség fejlesztésének vonatkozásában (ilyennek tekinthető Nyugat- és Közép-Dunántúl, valamint a központi régió).

A finanszírozási rendszer legutóbbi módosítása nem változtatott az eddigi alap-megközelítésen: pl. 2000 fő felett tette kötelezővé a családsegítő szolgáltatás működtetését. E lélekszám Budapestről, a megyei jogú városokból – ahol a szociális szakemberek döntő többsége dolgozik – kellően alacsonynak tűnhet. A szociális szakma nem

igazán ismeri, mi van e szám mögött: ma Magyarországon a települések 75%-át ejtjük ki így az előírt szolgáltatási körből. A települések háromnegyedén, a 2000 fő alatti falvakban él a népesség hatoda. Tehát körülbelül 700 település számára tesszük kötelezővé a családsegítő szolgáltatások működtetését. Sajnos e szabályozás azokban a falvakban, ahol valamiféle térségi szolgáltatás működött, mára már nem teszi azt kötelezővé; ezt egyedül a többcélú társulások gyakorlata tudja ellenpontosítani – tapasztalataink szerint nem érdemi, inkább látszat-szolgáltatások elterjesztésével. A szociális információs szolgáltatás vált e helyett kötelező alapszolgáltatássá. Az azonban nem került kidolgozásra, hogyan jutnak majd az információszolgáltatók információkhoz – segélyezési, bejárható közelségben elérhető szolgáltatások, intézmények vonatkozásában. Nem oldja, sajnos, az ellátási hiányokat e megoldás, hiszen az eddigi rendszer logikáját követi, amely a településszerkezet eltéréseinek megfelelően más-más hiányokat eredményezett és konzervált a tanyás és aprófalvas régióinkban. Láthatóan itt még bőven van mit változtatni...

A területi hátrányok léptékének kérdése

Fentiek illusztrálására érdemes átgondolni, hogy a 168 statisztikai kistérség esetében világosan láthatóan tömbökben, összefüggő vidékeket lefedően találhatók azok a térségek, amelyeknek egész területén kis falvak, központjaikban kicsiny városok találhatók. E vidékeken, szinte a megyeszékhelyek közvetlen környezetét leszámítva, nincsenek elérhető szolgáltatások, intézmények az alapszolgáltatásokon túl! Ez a Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország és Nyugat-Dunántúl esetében azt jelenti, hogy a népesség nagyobb hányada él akkora településen, ahol nincsenek kötelező intézményes tanácsadást, szakmai segítségnyújtást biztosító szolgáltatások, a kistérségeikben pedig nincsenek szakellátást nyújtó városok.

A képet tovább árnyalja, hogy a legutóbbi kutatások jelzik: „a foglalkoztatási egyenlőtlenségek minden dimenzióban (régiók, megyék, kistérségek, településkategóriák) növekednek, és a népességnagyság-kategóriák közti különbségek kisebbek, mint az egyes térségi szinteken mért egyenlőtlenségek. Ezzel ellentétben a jövedelmi viszonyok esetében a települési lejtő mentén a különbségek ugyanakkor valamelyest nagyobbak, mint a régiók vagy a megyék közti egyenlőtlenségek.” Azaz: foglalkoztatási és gazdaságfejlesztési szempontból a térségi és települési különbségek jellemzőek, a jövedelmi szegénység vonatkozásában a

települési lejtő az igazán meghatározó. A legnagyobb problémák tehát – nem túl meglepő következtetés – a leszakadó vidékek kis településein csúcsosodnak. A szegénység mérséklése szempontjából pedig egyértelműen a vidék, a kistelepülések lakossága jelent kiemelt célcsoportot – legyenek e kis falvak szinte bárhol az országban. Ám mivel egyes településnagyságokkal jellemezhetőek az ország egyes vidékei, viszonylag jól fókuszálhatóak a legfontosabb szociális beavatkozások a térségtípusok mentén is.

Így kristályosodtak ki a RSZTFH javaslatának szempontjai:

- régióspecifikus infrastrukturális fejlesztéseket kiegészítő társadalompolitikai célú fejlesztésekre,
- régiókra jellemző kirekesztett társadalmi csoportokat célzó, innovatív megoldásokat alkalmazó beavatkozásokra,
- esélyegyenlőséget teremtő, szociális hátrányokat kezelő, területi adottságokhoz és helyi kihívásokhoz illeszthető módszereket alkalmazó eszközökre van szükség.

Hogyan kerülnek szociális fejlesztési javaslatok a Regionális Operatív Programokba?

Az elmúlt évek közös munkájának eredményeként, a Hálózat javaslatai mentén az ICsSzEM és a regionális fejlesztési ügynökségek tervezői egyszerű lehatárolási elveket fogalmaztak meg a régiók és az ágazati minisztérium fejlesztései között. Külön eredménynek tekinthetjük, hogy – a tárcák közül szinte egyedülként – megállapodás körvonalazódhat a minimum (amit minden régió tervez) és maximum (ami lehet egyes régiókban) tartalom vonatkozásában. Ez gyakorlatilag egybeesik, azaz minden régió tervezői számolnak a szociális terület fejlesztési szükségleteivel. Ez a megállapodás azonban nem azt jelenti, hogy egyen fejlesztések körvonalazódnak az ország egyes vidékein. Az egyes régiók településszerkezetük, kistérségeik típusai (kisvárosias, városhiányos, mezővárosos, rurális, urbánus stb.) alapján jellegzetes arculattal bírnak. A régiós tervezők saját régiójuk adottságait figyelembe véve fogalmazzák meg a konkrét támogatási feltételeket. Ennek jelentősége, fenti gondolatmenet ismeretében, érthető: a régiók tervezik – természetesen az ágazatunk szakembereivel közösen – az alapszolgáltatások és közösségi terek, helyi adottságokhoz illeszkedő innovatív, szükségletekre alapozó szolgáltatások fejlesztésének forrásait. Ez a rendszer lehetőséget ad a jelenlegi komoly ellátási hiányok mérséklésére. A bentlakásos, szakellátást nyújtó és speciális intézmények beruházásai, valamint a szakmai hálózatok, képzések, új szolgáltatási formák

kidolgozásához és kutatásokhoz stb. kötődő források tervezése, kezelése változatlanul marad ágazati körben.

A Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózat fejlesztési javaslatai a régiók számára

Láthatóan és érzékelhetően körvonalazódnak, és megfelelő fogadtatásra találtak azok a javaslatok, amelyek a területi és társadalmi hátrányok együttes nyomása alatt élő emberek, települések, térségek szociális fejlesztéseit célozzák. Ha nagyon egyszerűen, szinte csak hívószavak szintjén közelítünk a készülő regionális operatív programok szociális és esélyegyenlőségi elemeihez, társadalompolitikai kihívásaihoz, a következő felsorolást tehetjük:

- Dél-Dunántúl: leszakadás visszafordítása – gettósodó térségekben és helyi társadalmakban
- Dél-Alföld: rehabilitáló régió – tanyák és lakóik integrálása
- Észak-Alföld: külső és belső perifériák oldása aktív társadalompolitikai eszközökkel
- Észak-Magyarország: hazatérés; settlement és gettósodó térségek kimozdítása
- Közép-Magyarország: kreatív megoldások a társadalompolitikában
- Közép-Dunántúl: innováció és gazdasági dinamizmus „átemelése” a humán szférába
- Nyugat-Dunántúl: belső perifériák, zárványok komplex társadalompolitikai eszközökkel történő felszámolása.

•

A tavalyi év során már leírtuk azokat a legfőbb, beavatkozást és fejlesztést igénylő területeket, amelyek egyes régiók esetében kiemelt figyelmet kell hogy kapjanak. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy ne kellene mindenütt fejleszteni az alapszolgáltatásokat, de más és más léptékben, itt több, ott kevesebb település esetén tekinthető egy intézmény által elláthatónak, elérhetőnek egy körzet, jobban vagy kevésbé van szükség a falugondnokság fejlesztésére és az ellátórendszer szakmaibb szereplőire való kapcsolódási pontjainak kiépítésére – és még folytathatnánk. Sehol nem fejleszthetők vissza az idősök ellátását biztosító intézmények, de néhol különösen nagy szükség van a megerősítésükre, stb. E hangsúlyokat jelzi a következő táblázat.

Régió és megyéi		Beavatkozások fókuszai, hangsúlyai
NYD: GYMS, Vas, Zala	„Elfedett szegénység” régiója	„Rejtőzködő” szegények, jó gazdasági mutatók mögött leszakadó csoportok és vidékek, kisvárosias-aprófalvas térsegek „törvényszerű” ellátási hiányok oldása

KD: KE, F e j é r , Veszprém	A „legfiatalabb” régió	Fő fejlesztési sávoktól távolabb eső térségek leszakadása, legkisebb arányú, ezért - „elfeledett” romák, „lebegő” fiatalok.
KM: Budapest, Pest	„Magángazdagság, közszegénység” – a szélsőségek régiója	Leszakadó kistérségek és fővárosi slumok, „őslakóik”, egyszülős családok – gyerekek szegénysége, lakhatásukban veszélyeztetett emberek
ÉM: Nógrád, H e v e s , BAZ	„Gettósodó térségek” régiója	Egybefüggő leszakadó térségek – főként Cserehát, határmenti térségek -, munkahelyhiány miatt végletesen kirekesztődő emberek tömegei, belső erőforrások folyamatos megfogyatkozásának megállítása
ÉA: JászNSZ, Hajdú-B., Szabolcs- SZB	„Szegénységi zárványok” régiója – az ország kicsiben	Az ország kicsiben: „főváros” – Debrecen és a falvas, tanyás részek egy régióban! Minden leképeződik itt... Alacsony iskolázottságú, aktív korú (második generációs) inaktív emberek, szegénységi zárványok lakói (külső és belső perifériák!) – szociális gazdaság megerősítése
DA: Bács-Kis k u n , Csongrád, Békés	„Legidősebb és tanyás” régió	Idősek, tanyán élők (főként Homokhátságban), rossz egészségi állapotú, alacsony iskolázottságú, mentális, pszichés problémákkal küzdő emberek
DD: Somogy, T o l n a , Baranya	A „leginkább aprófalvas” régió	Apró- és zsákfalvak, gettósodó kistérségek (különösen az Ormánság, Drávamente), slumok lakói, aktív korú inaktív emberek és családjaik, gyerekeik

Az elkövetkező időszakban az egyes régiókra készülő konkrét tervek megjelentetését tervezzük – jelen írás inkább azok felvezetéseként értelmezhető. A készülő dokumentumokat – ahogyan eddig is – a szakmai találkozók, konferenciáink anyagaival együtt elérhetővé tesszük az intézet honlapján.

LADÁNYI ERIKA

A SZENVEDÉLYBETEGEKET ELLÁTÓ SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYEK MUNKATÁRSAIRÓL

A 2004. év őszén teljes körű felmérést végeztünk a szenvedélybetegek szociális szakosított ellátását nyújtó intézményekben, azaz: a nappali ellátást, az átmeneti elhelyezést, az ápolást, gondozást nyújtó, valamint a rehabilitációs intézmények körében. A kutatásokat – pályázati keretből – az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium támogatta, és a Hajléktalanokért Közalapítvány a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet együttműködésével végezte.

A szenvedélybetegek szociális szakellátását nyújtó intézmények körében végzett felméréseink részeként – a Kapocs korábbi számaiban megjelent tanulmányokban szereplő kérdések mellett – az intézményekben dolgozó munkatársakra vonatkozóan külön kérdéscsoportot állítottunk össze. A válaszok alapján kapott eredményeket e tanulmány keretei között ismertetjük.

Azt kértük a kérdőívet kitöltő szakemberektől, hogy minden egyes munkatársukat tüntessék fel, függetlenül attól, hogy szakmai vagy nem szakmai munkatársról van szó, illetve függetlenül a munkatárs alkalmazásának módjától, valamint a hetente ledolgozott órák számától.

Az 1. táblázat arra vonatkozóan nyújt eligazítást, hogy a felmérésben szereplő *különböző típusú intézményekben összesen hány fő dolgozik*, s egyben azt is mutatja, hogy egy adott intézménytípusra vonatkozóan hányan válaszoltak a munkatársakat érintő kérdéseinkre.

1.

sz. táblázat

Az intézmények és a munkatársak száma és aránya intézménytípusonként

Az intézmény típusa	Az intézmények		Az intézményekben dolgozó munkatársak	
	száma	aránya (%)	száma	aránya (%)
nappali ellátást nyújtó	17	32,1	121	13,6
átmeneti elhelyezést nyújtó	5	9,4	40	4,5
ápolást, gondozást nyújtó	18	34,0	540	60,6
rehabilitációs	13	24,5	190	21,3
Összesen	53	100,0	891	100,0

Amint a táblázatból látható, a válaszadó intézményekben összesen – a szakmai és nem szakmai munkatársakat együtt véve – 891 fő dolgozik. Az összes munkatárs több mint fele (60,6%) szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményében, egyötöde (21,3%) rehabilitációs intézményben, 13,6%-a nappali ellátást nyújtó intézményben, és 4,5%-a szenvedélybetegek átmeneti otthonában dolgozik.

A 2. táblázat segítségével tekintsük át a különböző intézményekben dolgozó *munkatársak nemek szerinti megoszlását*.

2.

sz. táblázat

Az intézményekben dolgozó munkatársak nemek szerinti megoszlása intézménytípusonként

Az intézmény típusa	Az intézményekben dolgozó férfiak		Az intézményekben dolgozó nők		Az intézményekben dolgozó munkatársak összesen	
	száma	aránya (%)	száma	aránya (%)	száma	aránya (%)
nappali ellátást nyújtó	42	34,7	79	65,3	121	100,0
átmeneti elhelyezést nyújtó	7	17,5	33	82,5	40	100,0
ápolást, gondozást nyújtó	127	23,5	413	76,5	540	100,0
rehabilitációs	81	42,6	109	57,4	190	100,0
Összesen	257	28,8	634	71,2	891	100,0

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy az összes munkatárs alig több mint egynegyede (28,8%) férfi, s közel háromnegyede (71,2%) nő. Ehhez közelítő arányokat tapasztalunk az átmeneti és az ápolást, gondozást nyújtó intézmények munkatársai körében is. Viszont a nappali ellátást nyújtó és a rehabilitációs intézményekben dolgozók között nagyobb arányban (34,7% és 42,6%) találkozhatunk férfi munkatársakkal a többi intézménytípushoz képest.

A 3. táblázat az intézményekben dolgozó *munkatársak életkor szerinti megoszlását* mutatja. (Ebben az esetben 4 fő életkorát válasz hiányában nem ismerjük.)

3. sz. táblázat

Az intézményekben dolgozó munkatársak életkor szerinti megoszlása intézménytípusonként

A munkatárs életkora		Az intézmény típusa				Összesen
		nappali ellátást nyújtó	átmeneti elhelyezést nyújtó	ápolást, gondozást nyújtó	rehabilitációs	
18 – 24 éves	fő	9	-	18	7	34
	%	7,5	-	3,3	3,7	3,8
25 – 29 éves	fő	21	4	59	18	102
	%	17,5	10,0	11,0	9,5	11,5
30 – 39 éves	fő	40	9	150	50	249
	%	33,3	22,5	27,9	26,5	28,1
40 – 49 éves	fő	18	13	163	61	255
	%	15,0	32,5	30,3	32,3	28,7
50 – 59 éves	fő	27	10	140	41	218
	%	22,5	25,0	26,0	21,7	24,6
60 – 69 éves	fő	3	4	8	9	24
	%	2,5	10,0	1,5	4,8	2,7
70 éves és fölött	fő	2	-	-	3	5
	%	1,7	-	-	1,6	0,6
Összesen	fő	120	40	538	189	887
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Az intézményekben dolgozó munkatársak életkorát tekintve minden intézménytípus munkatársai körében a legfiatalabbak (a 18-24 évesek, akik jellemzően még tanulnak) és a legidősebbek (a 60 évesek és annál idősebbek, akik már jellemzően kifelé mozognak a munkaerőpiacról) vannak a legalacsonyabb számban és arányban.

Láthatjuk továbbá, hogy a nappali ellátást nyújtó intézmények munkatársai között a 30-39 évesek vannak legnagyobb arányban (33,3%), míg a másik három intézménytípusban dolgozók között a 40-49 éves korosztályhoz tartozók, szintén egyharmad körüli arányban. A nappali ellátást nyújtó intézményekben dolgozók között találjuk továbbá legnagyobb arányban a fiatalabb munkatársakat, az itt dolgozók egynegyede (25,0%) 29 éves vagy annál fiatalabb.

A 4. táblázat segítségével azt tekintjük át, hogyan alakul a különböző típusú intézményekben az ellátást igénybe vevőkkel közvetlenül foglalkozó *szociális szakmai munkatársak és a nem szakmai munkatársak* aránya. (Ebben az esetben nem szakmai munkatársként tekintünk mindenkit, aki nem közvetlenül az ellátást igénybe vevőkkel foglalkozik, hanem a szociális szakmai munkatársak munkáját, illetve az intézmény működését segíti valamilyen módon.)

4. sz. táblázat

A szociális szakmai és nem szakmai munkatársak száma és aránya intézménytípusonként

Az intézmény típusa	Szociális szakmai munkatársak		Nem szakmai munkatársak		Összesen	
	száma (fő)	aránya (%)	száma (fő)	aránya (%)	száma (fő)	aránya (%)
nappali ellátást nyújtó	107	88,4	14	11,6	121	100,0
átmeneti elhelyezést nyújtó	33	82,5	7	17,5	40	100,0
ápolást, gondozást nyújtó	361	66,9	179	33,1	540	100,0
rehabilitációs	143	75,3	47	24,7	190	100,0
Összesen	644	72,3	247	27,7	891	100,0

Láthatjuk a 4. táblázatban, hogy összességében az intézményben dolgozók közel háromnegyede (72,3%) szociális szakmai munkatárs, és valamivel több mint egynegyede (27,7%) nem szakmai munkatárs. Kitérünk továbbá, hogy ezek az arányok intézménytípusonként eltérőek. Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben a legmagasabb a nem szakmai munkatársak aránya (33,1%), ezt követi a rehabilitációs intézményekben dolgozó (24,7%), majd az átmeneti otthonokban dolgozó (17,5%) nem szakmai munkatársak aránya. A nappali ellátást nyújtó intézményekben vannak jelen legkisebb arányban (11,6%) a szociális szakmai munkatársak tevékenységét segítő kollegák.

Az ellátást igénybe vevőkkel közvetlenül nem foglalkozó, nem szakmai munkatársak (összesen 247 fő) nemek szerinti megoszlását illetően is hasonló arányokat tapasztaltunk, mint az összes munkatárs vizsgálatánál. Tehát, alig több mint egyötödük (21,5%) férfi, 78,5%-uk nő. Életkorukat tekintve legnagyobb arányban a 40-49 éves (36,0%) és az 50-59 éves (36,0%) korosztályhoz tartoznak. Legtöbbjük (87,0%-uk) heti 40 órában dolgozik, segíti a szociális szakmai munkatársak tevékenységét.

Az ellátást igénybe vevőkkel közvetlenül foglalkozó szociális szakmai munkatársak (összesen 644 fő) körében 10,0%-kal magasabb, 31,7% a férfi munkatársak aránya, mint a nem szakmai munkatársak közt. A korcsoportokat tekintve a szakmai munkatársak körén belül legnagyobb a 30-39 évesek aránya (32,1%). A szociális szakmai munkatársak esetében is a heti 40 órás munkaidő a legjellemzőbb (82,5%).

Tanulmányunk további részében kizárólag a szociális szakmai munkatársakkal kapcsolatos információkat elemezzük.

Az alábbiakban azt tekintjük át, hogy mennyiben teljesülnek a *szociális szakmai munkatársak képzettségére* vonatkozó jogszabályi előírások, azaz, milyen arányt képeznek a szakirányú szakképzettséggel rendelkező munkatársak. Itt két dolgot szükséges megjegyeznünk. Egyrészt azt, hogy a különböző intézménytípusok esetében természetesen az adott intézménytípusra vonatkozó jogszabályi előírásokat vettük figyelembe. Másrészt azt, hogy abban az esetben, ha egy adott szakmai munkatárs több képzettséggel is rendelkezik, a jogszabályi előírásoknak leginkább megfelelő képzettségét jelenítettük meg a vonatkozó elemzésekben, illetve táblázatokban.

Az 5. táblázatban *intézménytípusonkénti* bontásban láthatjuk a szociális szakmai munkatársak képzettségének jogszabályi megfelelését. Ez esetben a 644 fő szociális szakmai munkatárs közül 606 főről van adatunk.

5. sz. táblázat
A szociális szakmai munkatársak képzettségének jogszabályi megfelelése
intézménytípusonként

Az intézmény típusa	A munkatárs képzettségének jogszabályi megfelelése								Összesen	
	egy szakirányú szakképzettség		két szakirányú szakképzettség		szakirányú szakképzettség hiányában el-fogadható képzettség		a jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettség			
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
nappali ellátást nyújtó	66	74,2	1	1,1	3	3,4	19	21,3	89	100,0
átmeneti elhelyezést nyújtó	24	72,7	3	9,1	-	-	6	18,2	33	100,0
ápolást, gondozást nyújtó	268	77,7	6	1,7	18	5,2	53	15,4	345	100,0
rehabilitációs	93	66,9	1	0,7	3	2,2	42	30,2	139	100,0
Összesen	451	74.4	11	1,8	24	4,0	120	19,8	606	100,0

Láthatjuk a táblázat adataiból, hogy összességében a különböző intézménytípusokban dolgozó szociális szakmai munkatársak több mint háromnegyede (76,2%) rendelkezik a munkaköre betöltéséhez szükséges szakirányú szakképzettséggel. Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben dolgozók között vannak legmagasabb arányban az egy szakirányú szakképzettséggel rendelkezők (77,7%), és az átmeneti otthonokban dolgozók körében azok, akik két szakirányú szakképzettséggel is rendelkeznek (9,1%).

A szakirányú szakképzettség hiányában elfogadható képzettséggel rendelkező munkatársak aránya 4,0%.

Láthatjuk továbbá, hogy a vizsgált intézményekben dolgozó szociális szakmai munkatársak egyötöde (19,8%) nem rendelkezik olyan képzettséggel, mely a jogszabályban meghatározottak szerint megfelelő lenne munkaköre betöltéséhez. Tehát ők (120 fő) szakirányú szakképzettség hiányában elfogadható képzettséggel sem rendelkeznek. Arányuk az átlagosnál magasabb a rehabilitációs intézmények körében – ahol a kollégák közel egyharmada (30,2%) a jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettséggel látja el feladatait –, valamint a nappali ellátást nyújtó intézmények szakmai munkatársai közt (21,3%).

A 6. táblázat a szolgáltatás megszervezésének formája szerinti csoportosításban tartalmazza a szociális szakmai munkatársak képzettségének jogszabályi megfelelésére vonatkozó adatokat.

6. sz. táblázat
A szociális szakmai munkatársak képzettségének jogszabályi megfelelése a szolgáltatás megszervezésének formája szerint

A szolgáltatás megszervezésének formája	A munkatárs képzettségének jogszabályi megfelelése								Összesen	
	egy szakirányú szakképzettség		két szakirányú szakképzettség		szakirányú szakképzettség hiányában elfogadható képzettség		a jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettség			
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
tiszta profilú intézmény	220	73,3	4	1,3	9	3,0	67	22,3	300	100,0
vegyes profilú intézmény	189	78,4	7	2,9	10	4,1	35	14,5	241	100,0
integrált intézmény	42	64,6	-	-	5	7,7	18	27,7	65	100,0
Összesen	451	74,4	11	1,8	24	4,0	120	19,8	606	100,0

Látható, hogy legmagasabb arányban a vegyes profilú intézmények munkatársai között találkozhatunk egy (78,4%), illetve két (2,9%) szakirányú szakképzettséggel rendelkező kollégákkal. A jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettséggel rendelkezők (27,7%) és a szakirányú szakképzettség hiányában elfogadható képzettséggel rendelkezők (7,7%) is az integrált intézmények dolgozói körében vannak a legnagyobb arányban.

A szociális szakmai munkatársak képzettségének jogszabályi megfelelését a *beosztásuk alapján* is vizsgáltuk, melyet az alábbiakban intézménytípusonként külön-külön mutatunk be a könnyebb áttekinthetőség érdekében. Itt meg kell jegyeznünk, hogy a kérdőívek kitöltői – mind a négy intézménytípus esetében – feltüntettek olyan beosztásokat, munkaköröket is, melyek az adott intézménytípusra vonatkozóan a jogszabályban nem szerepelnek. Ennek oka

feltehetően az, hogy a 644 fő szociális szakmai munkatárs több mint fele (51,8%) vegyes profilú, illetve integrált intézményekben dolgozik.

Elsőként a *nappali ellátást nyújtó intézményekben* dolgozó szociális szakmai munkatársak (összesen 107 fő) képzettségének jogszabályi megfelelését tekintjük át a beosztás alapján csoportosítva.

A 7. táblázatban kizárólag azoknak a munkatársaknak az adatai szerepelnek, akik olyan beosztásban dolgoznak, mely a vonatkozó jogszabályban is szerepel.

7. sz. táblázat
A nappali ellátást nyújtó intézményekben dolgozó szociális szakmai munkatársak képzettségének jogszabályi megfelelése a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	A munkatárs képzettségének jogszabályi megfelelése								Összesen	
	egy szakirányú szakképzettség		két szakirányú szakképzettség		szakirányú szakképzettség hiányában el-fogadható képzettség		a jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettség			
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
intézményvezető, intézményvezető-helyettes	7	77,8	-	-	-	-	2	22,2	9	100,0
terápiás munkatárs	14	77,8	1	5,6	1	5,6	2	11,1	18	100,0
szociális gondozó	10	100,0	-	-	-	-	-	-	10	100,0
Összesen	31	83,8	1	2,7	1	2,7	4	10,8	37	100,0

A nappali ellátást nyújtó intézményekben dolgozó szociális szakmai munkatársak 34,6%-a (37 fő) tölt be olyan munkakört, amely a vonatkozó jogszabályban is szerepel. A szociális gondozók mindegyike rendelkezik szakirányú szakképzettséggel, de az intézményvezetők, intézményvezető-helyettesek és terápiás munkatársak több mint háromnegyede is. A nappali ellátást nyújtó intézmények vezetői, illetve vezetőhelyettesei között 2 főt találunk, akik a jogszabályban előírtaknak nem megfelelő képzettséggel látják el feladataikat.

Természetesen a 7. táblázatban feltüntetett 37 fő mellett egyéb szakmai munkatársak is dolgoznak, akik szintén közvetlenül az ellátást igénybevevőkkel foglalkoznak, őket (számukat és arányukat) a 8. táblázatban tüntetjük fel beosztásuk szerint. Tesszük ezt azért, mert mindannyian olyan beosztásban dolgoznak a nappali ellátást nyújtó intézményekben, melyek a jogszabályban nem szerepelnek.

8. sz. táblázat
A nappali ellátást nyújtó intézményekben dolgozó egyéb szociális szakmai munkatársak száma és aránya a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	Az adott beosztásban dolgozó munkatársak	
	fő	%
szociális segítő	15	22,1
orvos	2	2,9
szociális, mentálhigiénés munkatárs	3	4,4
szakmai vezető	5	7,4
tanácsadó	12	17,6
pszichológus	4	5,9
szupervízor	1	1,5
pszichiáter	4	5,9
addiktológiai konzultáns	2	2,9
jogász	3	4,4
kriminálpedagógus	1	1,5
utcai szociális munkás	1	1,5
szociális asszisztens	4	5,9
lelkész	1	1,5
oktató	2	2,9
fejlesztő- vagy gyógypedagógus	1	1,5
munkavezető	3	4,4
egyéb	4	5,9
Összesen	68	100,0

Látható a 8. táblázatban, hogy 68 fő munkatársról van még adatunk, akik között legnagyobb arányban a szociális segítőket (22,1%) és a tanácsadókat (17,6%) találjuk.

A nappali ellátást nyújtó intézmények esetében tehát összesen 105 fő szakmai munkatársról van adatunk. A hiányzó 2 főről tudjuk, hogy beosztásukat tekintve intézményvezetők, de nem adták meg a képzettségükre vonatkozó információkat.

Ezek után az *átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben* dolgozó szakmai munkatársak (összesen 33 fő) képzettségének jogszabályi megfelelését tekintjük át beosztás szerint csoportosítva. A 9. táblázatban ebben az esetben is kizárólag azokat a szakmai munkatársakat tüntettük fel, akik olyan munkakört töltenek be, mely a vonatkozó jogszabályban is szerepel.

9. sz. táblázat
Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben dolgozó szociális szakmai munkatársak
képzettségének jogszabályi megfelelése a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	A munkatárs képzettségének jogszabályi megfelelése								Összesen	
	egy szakirányú szakképzettség		két szakirányú szakképzettség		szakirányú szakképzettség hiányában el-fogadható képzettség		a jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettség			
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
intézményvezető, intézményvezető-helyettes	2	40,0	1	20,0	-	-	2	40,0	5	100,0
ápoló, gondozó	14	87,4	1	6,3	-	-	1	6,3	16	100,0
orvos	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
vezető ápoló	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	2	100,0
szociális, mentálhigiénés munkatárs	3	75,0	-	-	-	-	1	25,0	4	100,0
munkavezető	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
Összesen	21	72,4	2	6,9	-	-	6	20,7	29	100,0

Láthatjuk a 9. táblázat adataiból, hogy az összes átmeneti otthonban dolgozó szakmai munkatársak közül 87,9% (29 fő) tölt be olyan beosztást, mely a vonatkozó jogszabályban is szerepel. A kollegák – a vezető ápoló és a munkavezető beosztást betöltők kivételével – jellemzően igen nagy arányban rendelkeznek szakirányú szakképzettséggel.

Ebben az esetben is feltüntetjük azokat a munkatársakat, akik a jogszabályban nem szereplő munkakörökben dolgoznak, de közvetlenül az ellátást igénybe vevőkkel foglalkozó szakmai munkatársak (lásd 10. táblázat).

10. sz. táblázat
Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben dolgozó egyéb szociális szakmai
munkatársak száma és aránya a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	Az adott beosztásban dolgozó munkatársak	
	fő	%
terápiás munkatárs	1	25,0
pszichiáter	1	25,0
lelkész	1	25,0
fejlesztő- vagy gyógypedagógus	1	25,0
Összesen	4	100,0

Tehát az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények munkatársainak mindegyikéről van adatunk a beosztásukra és képzettségükre vonatkozóan.

Az alábbiakban az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben dolgozó szakmai munkatársak (összesen 361 fő) képzettségének jogszabályi megfelelését tekintjük át beosztás szerint csoportosítva. A 11. táblázat ebben az esetben is kizárólag azoknak a szakmai munkatársaknak az adatait tartalmazza, akik olyan munkakört töltenek be, mely a vonatkozó jogszabályban is szerepel.

11. sz. táblázat
Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben dolgozó szociális szakmai munkatársak
képzettségének jogszabályi megfelelése a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	A munkatárs képzettségének jogszabályi megfelelése								Összesen	
	egy szakirányú szakképzettség		két szakirányú szakképzettség		szakirányú szakképzettség hiányában el-fogadható képzettség		a jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettség			
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
intézményvezető, intézményvezető-helyettes	8	66,7	2	16,7	2	16,7	-	-	12	100,0
részlegvezető	1	25,0	1	25,0	-	-	2	50,0	4	100,0
ápoló, gondozó	209	83,9	1	0,4	-	-	39	15,7	249	100,0
orvos	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3	100,0
vezető ápoló	3	42,9	1	14,3	1	14,3	2	28,6	7	100,0
osztályvezető ápoló	8	40,0	1	5,0	8	40,0	3	15,0	20	100,0
szociális, mentálhigiénés csoportvezető	2	50,0	-	-	2	50,0	-	-	4	100,0
szociális, mentálhigiénés munkatárs	11	64,7	-	-	1	5,9	5	29,4	17	100,0
foglalkoztatásszervező	9	100,0	-	-	-	-	-	-	9	100,0
munkavezető	7	70,0	-	-	3	30,0	-	-	10	100,0
Összesen	261	77,9	6	1,8	17	5,1	51	15,2	335	100,0

A táblázat adatai szerint az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben dolgozó orvosok és foglalkoztatásszervezők mindegyike rendelkezik szakirányú szakképzettséggel. Ugyanakkor magas a szakirányú szakképzettséggel rendelkezők aránya az intézményvezetők, illetve intézményvezető-helyettesek (83,4%), valamint az ápoló, gondozók körében (84,3%) is.

A 11. táblázathoz kapcsolódóan összesen 16 fő (1 fő intézményvezető, 13 fő ápoló, gondozó, 1 fő szociális, mentálhigiénés munkatárs, 1 fő munkavezető) képzettségéről válasz hiányában nincsenek adataink.

Ez esetben is feltüntetjük azokat a munkatársakat, akik a jogszabályban nem szereplő munkakörökben dolgoznak, de közvetlenül az ellátást igénybe vevőkkel foglalkozó szakmai munkatársak (lásd 12. táblázat).

12. sz. táblázat
Az ápolást, gondozást nyújtó intézményekben dolgozó egyéb szociális szakmai
munkatársak száma és aránya a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	Az adott beosztásban dolgozó munkatársak	
	fő	%
szakmai vezető	1	10,0
pszichiáter	4	40,0
addiktológiai konzultáns	1	10,0
módszertani munkatárs	2	20,0
szociális asszisztens	2	20,0
Összesen	10	100,0

Végezetül a *rehabilitációs intézményekben* dolgozó szakmai munkatársak (összesen 143 fő) képzettségének jogszabályi megfelelését tekintjük át beosztás szerint csoportosítva. A 13. táblázat ebben az esetben is kizárólag azokra a szakmai munkatársakra vonatkozó adatokat tartalmazza, akik olyan munkakört töltenek be, mely az ehhez kapcsolódó jogszabályban is szerepel.

13. sz. táblázat
A rehabilitációs intézményekben dolgozó szociális szakmai munkatársak képzettségének
jogszabályi megfelelése a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	A munkatárs képzettségének jogszabályi megfelelése								Összesen	
	egy szakirányú szakképzettség		két szakirányú szakképzettség		szakirányú szakképzettség hiányában el-fogadható képzettség		a jogszabály által előírtaknak nem megfelelő képzettség			
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
intézményvezető, intézményvezető-helyettes	9	100,0	-	-	-	-	-	-	9	100,0
részlegvezető	2	50,0	-	-	-	-	2	50,0	4	100,0
ápoló, gondozó	21	61,8	-	-	-	-	13	38,2	34	100,0
orvos	9	100,0	-	-	-	-	-	-	9	100,0
vezető ápoló	-	-	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0
osztályvezető ápoló	2	100,0	-	-	-	-	-	-	2	100,0
szociális, mentálhigiénés csoportvezető	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
szociális, mentálhigiénés munkatárs	19	79,2	-	-	2	8,3	3	12,5	24	100,0
foglalkoztatásszervező	2	18,2	1	9,1	1	9,1	7	63,6	11	100,0
munkavezető	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3	100,0
Összesen	68	68,7	1	1,0	3	3,0	27	27,3	99	100,0

Láthatjuk a 13. táblázat adataiból, hogy a rehabilitációs intézményekben dolgozók 69,2%-a (99 fő) tölt be olyan munkakört, mely a jogszabályban is szerepel. Közülük az intézményvezetők, illetve intézményvezető-helyettesek, az orvosok, az osztályvezető ápolók,

munkavezetők és a szociális, mentálhigiénés csoportvezetők mindannyian rendelkeznek szakirányú szakképzettséggel. A jogszabályban előírtaknak nem megfelelő képzettséggel látja el feladatait a részlegvezetők 50,0%-a, az ápoló, gondozók 38,2%-a, a vezető ápolók 100,0%-a, a szociális, mentálhigiénés munkatársak 12,5%-a, és a foglalkoztatás szervezők 63,6%-a.

A 13. táblázathoz kiegészítésképpen hozzátartozik, hogy 4 fő (1 fő intézményvezető, 2 fő ápoló, gondozó és 1 fő foglalkoztatásszervező) képzettségére vonatkozóan nem rendelkezünk információkkal.

A rehabilitációs intézmények esetében is feltüntetjük azokat a munkatársakat, akik a jogszabályban nem szereplő munkakörökben dolgoznak, de közvetlenül az ellátást igénybe vevőkkel foglalkozó szakmai munkatársak (lásd 14. táblázat).

14. sz. táblázat
A rehabilitációs intézményekben dolgozó egyéb szociális szakmai munkatársak száma és aránya a beosztás szerint

A beosztás megnevezése	Az adott beosztásban dolgozó munkatársak	
	fő	%
terápiás munkatárs	7	17,5
szociális segítő	1	2,5
tanácsadó	6	15,0
pszichológus	4	10,0
pszichiáter	7	17,5
addiktológiai konzultáns	2	5,0
lelkész	3	7,5
szupervízor	2	5,0
jogász	1	2,5
szociális asszisztens	2	5,0
terapeuta	3	7,5
fejlesztő- vagy gyógypedagógus	1	2,5
egyéb	1	2,5
Összesen	40	100,0

Az adatok szerint legnagyobb arányban (17,5%) terápiás munkatársakat és pszichiátereket, tanácsadókat (15,0%) és pszichológusokat (10,0%) alkalmaznak a jogszabályban szereplő beosztásban dolgozó munkatársak mellett az intézmények.

Hodosán Róza

Elesetten

Négy kistelepülés szociálisan rászoruló lakóiról

Előzmények

Az „*Alapellátási kötelezettségek – kistelepülési stratégiák*” című tanulmányban (Kapocs Könyvek 1. NCsSzI, 2002) azt vizsgáltuk, hogy a legkisebb települések hogyan tudják teljesíteni a szociális és gyermekjóléti alapellátási feladataikat.

Harminc 2000 fő alatti kistelepülést választottunk vizsgálatunk tárgyául.

A kutatás legfőbb megállapítása az volt, hogy valamilyen ellátást minden település biztosít lakosainak, az alapellátás pénzbeli ellátásokban igen gazdag, a települések a törvényi kötelezettségeken túl, anyagi erejükhöz mérten kötelességüknek érzik segíteni lakóik megélhetését. Azonban a személyes gondoskodás keretébe tartozó ellátások terén hiányok mutatkoznak, sőt teljes ellátatlanság is tapasztalható a kistelepülésekben. Az átmeneti ellátások a vizsgált településekről teljesen hiányoznak. Kutatásunk megerősítette azt az ismert szociológiai tényt, hogy hazánkban jelentős települési lejtő figyelhető meg. A települések gazdasági fejlettsége, közszolgáltatásokkal való ellátottsága, szociális helyzete lényeges különbségeket mutat. Minél kisebb egy település, annál inkább érvényes lehet ez a megállapítás. A szociális ellátórendszer leterheltsége éppen ezeken a kistelepüléseken a legnagyobb.

A rászorultság fogalma ugyanakkor településenként mást és mást jelent.

A szociális és gyermekvédelmi alapellátások nemcsak a lakosság jövedelmi viszonyainak és életkörülményeinek minőségétől függenek, hanem szoros összefüggésben vannak az önkormányzatok általános pénzügyi helyzetével. A kistelepülések többsége előregedő, a

munkaerőpiacról kiszorult, leszakadó társadalmi csoportok otthona lett. A kistelepülések életében mély nyomot hagyott a körzetesítés, a konkrét infrastrukturális hátrányok mellett őrzik ennek lelki nyomait. Bizonyos feladatok társulásban történő ellátásának sok esetben ez az akadálya. Nagy az igény a szociális és gyermekvédelmi alapellátások iránt, itt kellene a leghatékonyabb szociális munkát végezni. A települések az infrastrukturális helyzetük javításán túl erejükön felüli energiát fektetnek az oktatási, nevelési intézmények fenntartásába.

A központi jogszabályi és egyéb elvárások nagyobbak, mint amekkorák a települések lehetőségei. A központilag megfogalmazott feladatokhoz nem áll rendelkezésre elegendő forrás és szakember, különösen a legrosszabb mutatókkal rendelkező kistelepüléseken. A „mindenki mindenkit ismer” elve alapján „ellátatlanul” senki sem marad, ugyanakkor ez a szemlélet kiszolgáltatottá teszi a közösség lakóit saját ítéleteinek, a saját maga által megszabott korlátoknak.

Az alábbi tanulmány ennek a vizsgálatnak a folytatásaként született.

A kutatás célja

Kutatásunk célja a kistelepüléseken élő, többszörösen hátrányos helyzetű lakosság életkörülményeinek, és a helyi önkormányzatok által nyújtott szociális és gyermekvédelmi alapellátások működtetésének, támogatási gyakorlatának összevetése, elemzése.

A kutatás elsősorban az igénybevevők, illetve a gondoskodás keretébe nem kerülők oldaláról vizsgálja az alapellátások működését, a támogatások célzottságát, a rászorultság fogalmát, az esetleges szubjektív tényezők működését a támogatások odaítélése során.

Összesen 30 interjút készítettünk 4 kistelepülésen, 3 különböző célcsoporttal: az ellátásba bekerülőkkal, a visszautasított kérelmezőkkel, illetve azokkal a lakosokkal, akik életkörülményeiket, lehetőségeiket tekintve az alapellátások célzottjai lehetnének, mégsem kerülnek be semmilyen ellátási formába.

Minden interjú kiegészült egy részletes adatlappal a családok szocio-ökonómiai státuszáról, valamint egy aprólékos leírással a lakókörnyezetükről. Egy rövid kérdőívet kitöltettünk az önkormányzatokkal is a legfontosabb szociális mutatókról, valamint a segélyezések rendszeréről. A

település vezetőivel és szakértőivel, munkatársaival szintén készült interjú az önkormányzatban alkalmazott segélyezési alapelvekről.

Miért foglalkozunk sokat kistelepülésekkel?

A kistelepülések (tehát a kétezer főnél kisebb lélekszámú települések) aránya ma Magyarországon megközelíti a 40%-ot, és jellemzően az ország gazdaságilag kevésbé fejlett területeihez tartoznak. Az infrastrukturális elmaradottság, a nagyobb munkanélküliség (kevesebb munkalehetőség, nem megfelelő foglalkoztatási szerkezet), az elöregedő közösség (fiatalok elvándorlása), egyes szolgáltatások elérhetetlensége komoly hátrányokat jelent, és nagy társadalmi felelősséget ró az önkormányzatokra, ám gyakran a szűkös anyagi források nem teszik lehetővé a megfelelő szintű és megfelelő kiterjedtségű támogatási rendszer működtetését.

A kutatás eredményei alapján képet kaphatunk

- a kistelepülések támogatási rendszerének működéséről, gyakorlatáról
- a rászorultság értelmezési lehetőségeiről
- a zártabb, többszörösen hátrányos közösségek szolidaritási mintáiról.

A vizsgálatban szereplő négy település

A négy kistelepülést fent jelzett kutatásunk mintájából, az ország különböző gazdasági, földrajzi, társadalmi helyzetű térségéből és tájegységéről választottuk ki. Településenként néhány – hat-nyolc – család életkörülményeit vizsgáltuk. A családok mindegyike valamilyen értelemben szociálisan rászorultnak minősült.

Közép-dunántúli kistelepülés

A település a körzetközpont várostól öt kilométerre, sík területen fekszik. Ebből következően meghatározó a mezőgazdasági tevékenység végzése. Lakosainak száma 920, 18 év alatti 168 fő, 18-60 év közötti 595 fő, 60 feletti 157 fő. Az utóbbi hét évben újra növekszik a település lakosainak száma, köszönhetően a körzetközpontból kiköltözőknek, akik itt olcsóbbnak találják a megélhetést. A helyi iskoláskorú gyermekek száma 95 fő, de csak 86-an járnak a helyi iskolába, a többi gyermek a szomszédos településen tanul. A 26 óvodáskorú helyben veszi igénybe a szolgáltatást. A tévesz felszámolását követően a családi gazdaságok most kezdenek beindulni. A szomszéd szövetkezet,

valamint a közeli városi lakosok bérelnék földet. A körzetközpontban nincs munkalehetőség, leginkább alkalmi munkákat tudnak végezni a munka nélkül maradtak. Akadnak iparosok, lakatosok, de kevés a vállalkozás. A településnek teljes az infrastrukturális hálózata: van gáz, víz, szennyvízelvezetés. A munkanélküliek aránya országos átlag körüli, számuk 36 fő, regisztrált munkanélküli 32 fő, tartós munkanélküli 4 fő. A polgármester szerint a tényleges szám ennél jóval magasabb, mivel sokan alkalmi munkákból élnek. Ennek az egyik legfőbb problémának a megoldásaként az önkormányzat tervei közt szerepel ipari park, tápüzem beindítása.

Az önkormányzat (hivatalában és intézményeiben) 46 főt foglalkoztat, iskolát tart fenn német nemzetiségi oktatással, óvodát, művelődési házat, saját konyhát működtet. Kiadásainak 46%-át az oktatás, 14%-át a szociális ellátás költségei teszik ki. Nagyon sok gondot jelent az iskola fenntartása, de a legnagyobb csapásként élnék meg annak megszűnését. A település forráshiányos, ennek okát a vezető abban látja, hogy ragaszkodnak minden intézményükhöz.

Igen nagy körültekintés és takarékoság szükséges a falu infrastruktúrájának, intézményeinek működtetéséhez. Ennek jegyében alakítottak ki körjegyzőséget is. Rendszeresen pályáznak, 60-80%-ban eredményesek a pályázataik. Informatikai rendszer kiépítésére, közvilágításra, intézmény- és fűtőkorszerűsítésre sikerült pályázati pénzt nyerniük.

A község társulás formájában látja el a családsegítő és a gyermekjóléti feladatokat. Jelenleg a településnek nincs gondozott családja, a gyermekjóléti szolgálat öt családból való 10 gyermeket lát el, nyolc gyermeket alapellátásban, kettőt pedig védelembe vétellel. A gondozó szakember családot látogat, hivatalos ügyeket intéz, információkat ad.

A társulás egy 46 települést összefogó forma, s a társuláson belül megtalálható az orvosi ügyelet, a belső ellenőrzés, a területfejlesztés és a szövetség is. Kezdetben 2 fő látta el a 46 községben a családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatást, így egyszerre kellett mindkét feladatnak megfelelni. A családsegítő elsősorban a felnőtt- és időskorú, nyugdíjas, rokkantnyugdíjas, fogyatékos, munkanélküli embereket látja el. 1999-től a folyamatos létszámbővítés lehetővé tette, hogy elkülönüljön a két (családsegítő és gyermekjóléti) szolgálat.

Kilenc fő dolgozik teljes munkaidőben a társulásban, ketten gyermekjóléti feladatokat látnak el, két fő pedig családgondozó. A kezdetektől részmunkaidőben 1 fő pszichológust és 1 fő ügyvédet

alkalmaznak, akik heti rendszerességgel állnak ügyfelek rendelkezésére. 2002-től anyagi okok miatt heti 15 órától 4 órára csökkentették a pszichológus óraszámát. Eközben folyamatosan nő a szolgáltatást igénybe vevők köre.

A munkatársak feladatainak felosztásánál fontos szempont volt, hogy a települések egy útvonalon helyezkedjenek el, és a körjegyzőségek is egy körzetbe tartozzanak. Így egy gyermekjóléti családgondozó 6-7 települést lát el, de van olyan is, akire 9 település jut. Mivel csak két családsegítő családgondozó van, a 46 település két körzetre oszlik. Egy családgondozó átlagosan 30 családdal foglalkozik. Ez meghaladja a törvényben előírt számot, de a szűkös anyagi források nem engedik, hogy még egy főt alkalmazzanak.

Nehezen megoldható feladat, hogy a családgondozóknak a központtól 25-30 km-s távolságba kell kijárniuk. Egy ideig az orvosi ügyelet autóját használhatták heti 4 alkalommal szolgálati autóként, ezen kívül busszal, rendkívüli esetben saját autóval jártak ki terepre. Ma már csak autóbusszal vagy saját autóval tudnak eljutni a községekbe, amit nem szívesen tesznek.

2001-től új irodaházba költözött a szolgálat, ahol tárgyalóhelyiséget használhatnak. A települési önkormányzatok többségében nincs ügyfélfogadásra szolgáló különálló helyiség, ami megnehezíti a bizalmas ügyek kezelését. A szolgálat ügyeleti rendszerben működik.

A települések vezetői nem teljesen elégedettek a szolgálat működésével, a távolságok, a nem állandó jelenlét, a helyismeret hiánya merül fel legtöbbször problémaként. Másként azonban nem lennének képesek a törvényi kötelezettségeknek megfelelni, egyik szolgálatot sem tudnák saját erőből működtetni.

A szolgálatok munkatársai viszont úgy érzik, az önkormányzatok nincsenek igazán tisztában a feladatokkal, számukra az egy-egy társuláshoz tartozás a törvényi kötelezettség „letudását”, a feladat elvégzésének kipipálását jelenti. A szakemberek szerint a települések szeretnék önmaguk megoldani problémáikat, nem akarják idegenekkel megosztani a gondokat, ahogyan a családok sem szeretik kitergetni gondjaikat. Így viszont a távolságok miatt – ami nemcsak fizikai távolságot jelent – sok beavatkozást igénylő konfliktus marad rejtve a szolgálatok munkatársai elől.

A szolgáltatás megrendelője a kapcsolattartásról, a számonkérésről a következőket mondja:

„...Egy évben beszámoltatja őket az önkormányzat. Gyakorlatilag az itteni dolgozók, ügyintézők azok, akik felhívták a figyelmüket a problémás családokra, a segítségnyújtásra. Hogy aztán ez mit jelent? Kijönnek a családokhoz, tájékoztatják őket arról, hogy hol vehetnek pszichológust igénybe, ha szükségük van rá, milyen lehetőségek vannak a természetbeni juttatásokra, úgy mint ruha és más, ingyenesen járó juttatások. Hova lehet elmenni igénybe venni ezeket a szolgáltatásokat...” (jegyző).

A segélykérelmeket írásban, szóban és formanyomtatványon is benyújthatják a kérelmezők. Ha szóban teszik, a szociális ügyintéző segít a beadvány elkészítésében, vagy jegyzőkönyvbe foglalja a kérelmet. Az elmúlt évben összesen három, két átmeneti és egy rendszeres szociális segély iránti kérelmet utasítottak vissza, azokat is a jogosultsági feltételek hiánya miatt. A település vezetője úgy becsüli, hogy kb. 8-15 fő lenne az, aki valamilyen segélyre szorulna, mert az életkörülményei, anyagi lehetőségei olyanok, de sohasem kér. Ugyanakkor a rendszeres gyermekvédelmi támogatásokat tekintve több esetben fennállnak a jogosultsági feltételek, de a család helyzete nem indokolná a támogatást, mégis oda kell ítélni.

Bihari település

A román határhoz közeli falu az alföldi települések tipikus jellemzőivel rendelkezik: előregedő lakosság, elvándorlás már a hatvanas évektől kezdődően. A megélhetést mind a mai napig elsősorban a mezőgazdasági tevékenység biztosítja. A település a Debrecent és Szegedet összekötő főút mentén, két volt járási központ város közelében fekszik. Főleg nyugdíjasok, rokkant nyugdíjasok és különböző segélyekből élők lakják nagy számban. Állandó lakosainak száma 753 fő. Kiskorú, 18 év alatti 171 fő, 18 és 60 év közötti 397 fő, 60 év feletti 167 fő. Az aktív korúak aránya 43%. 165 fő fizet személyi jövedelemadót.

Az emberek hagyományosan főként állattenyésztéssel és növénytermesztéssel foglalkoznak. A téves megszűnése után sokan kerültek nehéz helyzetbe. Egy állattenyésztő kft. működik a faluban, sokan dolgoznak itt, vagy a 3-4 nagyobb családi gazdaságban. Az aktív korú férfi lakosok más közeli településekre vagy Budapestre járnak dolgozni. A körzetközpont gyárának bezárása után az ottani dolgozók többsége rendszeres segélyből élővé vált vagy rokkantnyugdíjas lett. Egyik szomszéd településen varroda működik, 5-6 nő talál ott munkát. A faluban van néhány kereskedelmi és vendéglátóipari vállalkozás. Az önkormányzat a legnagyobb foglalkoztató, intézményeiben és hivatalában összesen 21 embert foglalkoztat. A munkanélküliség aránya magas, 47 fő munkanélküli

él a faluban, ebből 35 fő regisztrált. 180 napon túl jegyzett munkanélküli 22 fő, tartósan munkanélküli 10 fő. E tekintetben látják a helyiek legreménytelenebbnek a helyzetüket.

A lakosság 52%-a általános iskolai végzettséggel rendelkezik. A felsőfokú és középiskolai végzettséget megszerző felnőttek többsége a településen nem talál munkát, ezért leginkább Budapesten, Debrecenben és más nagyobb városokban telepedik le. Jelenleg a település 10 fő részére biztosítja a BURSA Hungarica ösztöndíjat, elsősorban azon családok részére, akik szociálisan rászorulnak.

Mindennek ellenére a 90-es évek óta központi támogatással nagyon sok infrastrukturális fejlesztés történt. A körzetesítés húsz évét itt is megsínylették, ekkor kezdődött a lakosok elvándorlása, ehhez képest látványosak a beruházások. 100%-ban szilárd burkolatúak az utak, kerékpárút, járda, telefonhálózat épült. A lakások 50-60%-a bekapcsolódott a telefon- és a gázszolgáltatásba. Megtörtént a főút rehabilitációja, fejlesztették a villamoshálózatot, közvilágítást javítottak, energiatakarékos világítás került mindenhova, felújították az iskolát, az óvodát, az idősek klubját. A település támogatja a helyi vállalkozókat, az első öt évben nem kell fizetni iparüzési adót, kommunális adó sincs kivetve. Iskolája, óvodája, az öregek napközi otthona nem forráshiányos.

77 fő iskoláskorú, 27 fő óvodáskorú gyermek él a településen, s jár a helyi intézményekbe. Az öregek napközi otthonát 37 fő látogatja. 35 fő kap étkeztetést, 13 fő házi segítségnyújtást, s 13 fő mindkettőt.

A képviselő-testület hatáskörébe tartozik a segélykérelmek elbírálása.

„...Nagy vitát szokott okozni egy-egy segélykérelem elbírálása. Elsősorban a rendszeres gyermekvédelmi támogatások odaítélésénél. A kérelmezők között van nem egy olyan család, aki a jövedelemnyilatkozat és annak mellékleteként csatolt munkáltatói és egyéb igazolás tanúsága szerint valóban jogosult a támogatásra, ugyanakkor mindenki előtt ismert, hogy a család bevétele nem annyi, mint ami a nyilatkozatban szerepel. Nem egy esetben elmondják, maguk a kérelmezők is, piaci, postai beszélgetésekkor, hogy az a vállalkozó, aki férjét foglalkoztatja, ugyan minimálbérrel jelenti be a munkavállalót, ami a jövedelemnyilatkozatban szerepel is, de minden héten megkapja a 30-35 ezer vagy ennél is magasabb összeget a bejelentetteken felül. Mindezeket bizonyítani nem lehet, ezért nehéz helyzetben van a képviselő-testület a döntések meghozatalakor...” (jegyző).

Havonta kb. 4-5 segélykérelmet nyújtanak be, hacsak nincs valami televíziós felhívás, új információ.

„...Amikor a rádió-televízió valamit felröppent, az mindig megdobja a kérelmek szaporaságát, de utána az úgy alább hagy. Adósságkezelési kérelmet még egyszer sem támogatott a képviselő-testület. Itt elsősorban fiatal házaspárok első lakáshoz jutását dotálják 150 000 Ft vissza nem térítendő, tehát ajándék pénzzel, azért, hogy letelepednének, jönnének fiatalok ...” (jegyző).

A segélyek odaítélésénél a jegyző szerint óhatatlanul közrejátszanak szubjektív szempontok:

„...Minden szociális ügy intézésénél bizonyos mértékig szubjektivitás is van. Ez látszik a képviselő-testületi ülésen a döntések meghozatalánál: ki több igent kap, ki kevesebbet. Azt nem igazán szereti a testület se, amikor valaki aktív korú nem foglalkoztatott, tehát munkanélküliként jogosult rendszeres szociális segélyre, akkor még benne van a rendszeres gyermekvédelmi támogatásban, és ugyanakkor még beadott egy átmeneti segélyt is. Ez egy kicsit sok volt egyszerre....”

Amennyiben életmódbeli problémákat tapasztalnak egy-egy család segélyezése kapcsán, igyekeznek a támogatásokat természetben eljuttatni, elsősorban a gyermekekhez.

„... a rendszeres gyermekvédelmi támogatásban részesülők közül van vagy 3-4 olyan család, aki erősen alkoholizál. Ezek a családok nem készpénzben kapják meg, hanem természetben a támogatást, élelemben. Vagy ezért intéztük a teleház beindítását. Mert nyáron a gyermekintézmények két hónapig zárva voltak, és akkor a teleház szabadidős programot szervezett. Játsházát, kirándulást, hát besegített a családgondozó, meg az óvoda dajkái. Ez még sose volt. Először idegenkedve fogadták, de a korábbi években az volt a tapasztalat, hogy a kicsi gyerekek csellengtek, nem találták helyüket. Egyik-másiknak az anyukája elfelejtette, hogy otthon is van, és inkább a presszóba ment, a gyerekek pedig kint ültek a presszó előtt. Akkor úgy döntött a képviselő-testület, hogy próbáljuk meg...”

A településen nagy gondot jelent a családsegítés és a gyermekjóléti szolgálat működtetése. A képviselő-testület döntése értelmében családgondozót foglalkoztatnak, aki mindkét funkciót betölti. Az indoklás szerint a két feladat összefügg egymással, és a családgondozó megfelelő végzettséggel rendelkezik ezek ellátására. Nagyon jó a kapcsolata az oktatási, egészségügyi intézmények

vezetőivel, a pedagógusokkal, ezért hatékony munkát tud végezni. Továbbképzéseken vesz részt, a szakszolgálattal tartja a kapcsolatot. Tisztában vannak azzal, hogy a feladat szakszerűbb, színvonalasabb ellátása érdekében többcélú kistérségi társulásban kellene részt venni, de rossz emlékként él a lakosság körében a tanácsi rendszer társközsége, ezért ezt az utat nem akarják járni. Nem bíznak a társulásban végzett feladatok hatékonyságában, a helyismeret hiánya miatt.

Dél-dunántúli község

A település a megyeközpontról mintegy 40 km-re fekszik, három dél-dunántúli város közelében. 356 lakosából 194 aktív korú, 107 fő 18 év alatti, 60 éven felüli 45 fő. A község olyan települések szomszédságában van, ahol ugyanúgy, mint itt, jellemző a nem roma lakosság elvándorlása, s a roma lakosság lélekszáma egyre meghatározóbb. A helyi iskoláskorú gyermekek száma 37 fő, óvodáskorú gyermek 16 fő. A falu iskolájába és óvodájába járnak a környező települések roma gyermekei is, így összesen 150 iskolás és 37 óvodás tanulója van a két intézménynek. A buszközlekedés jó, a vasút is könnyen megközelíthető. A falugondnoki busz a lakosok rendelkezésére áll, 50%-os térítésért.

Magas a munkanélküliség, a munkanélküliek száma 32 fő. A lakosok nagy része képzetlen, nincs szakmája. A közvetlen környéken pedig nincs lehetőség ipari munka végzésére. Kicsit távolabb van varroda, kesztyűgyár (Pécsen), de a drága bejárési költségek és az alacsony fizetések miatt oda nem mennek dolgozni a községből. Nagyjából ugyanannyit segélyben is megkapnak. A dolgozó lakosság mezőgazdaságból, főként állattartásból tartja fent magát. Az SZCSM (az ICsSzEM elődje) szociális programja keretében a családok állatokat kaptak, ami megélhetési lehetőséget jelent. Az önkormányzat tejcsarnokot tart fent, ahol gyűjtik a tejet. Szeretnék az állattartást korszerűsíteni. Sok a parlagon hagyott föld, a földművelésre meg kellene tanítani a tulajdonosokat. Négy családi gazdálkodó él a településen, állattartással foglalkoznak.

Az önkormányzat, bár szeretne, nem tud munkahelyeket teremteni. A közhasznú munkának nincs becsülete, mert keveset fizetnek érte. A falubeliek a régióban zajló nagy építkezésektől, csatornázásoktól reméltek munkalehetőséget.

A település infrastruktúrája nagyon elmaradott. Az utak állapota rendkívül rossz, baj van a közvilágítással is. A gázberuházás befejeződött, a csatornázáshoz most fogtak hozzá. Telefon szinte minden házban van.

A polgármester mindemellett fejlődő településnek tartja a falut, mert lakosai évről évre egyre jobban élnek az önkormányzati és egyéb támogatásoknak köszönhetően. Az utolsó tíz évben nyolc új lakás épült. A kistelepülési létből fakadó kulturális, gazdasági hátrányok leginkább az életminőségben, a modern korra jellemző igények kielégíthetlenségében mutatkoznak meg.

A dél-dunántúli település iskolájába a szomszédos falvakból is járnak gyerekek. Miután nincs társulási forma, gondot jelent a finanszírozás, sokszor nem fizetik a települések a kiegészítő hozzájárulást, s az állami normatíva sehol nem elég a fenntartásra. Az iskola speciális jellegű, kiemelt, Phare-program szerint működik. A roma gyerekek felzárkóztatásában a 70-es évek óta komoly sikereket könyvelhet el, diákjai országos versenyeken sorozatosan érnek el jó eredményeket.

Számos ifjúsági programot szerveznek a településen. A gyerekekkel való foglalkozás mellett a családok helyzetével, anyagi körülményeivel is sokat törődnek, ugyanakkor a település folyamatosan anyagi gondokkal küzd.

A szociális és gyermekvédelmi feladatokra, ellátásokra költött összeg az önkormányzati teljes költségvetés mintegy 28%-a. Ebből a saját erő 10 %. A településen a speciális iskolai ellátás miatt a gyermekek napközis étkeztetése az önkormányzat gondja. A 158 roma tanuló étkeztetését szinte teljes egészében az önkormányzat finanszírozza. Ez az alapítványokon keresztül, pályázati forrásokból származó kiegészítéssel együtt is nagyon megterhelő, szinte nem telik másra a szociális normatívából. A felnőtt lakosok szinte teljes jövedelemnélküliségén rendszeres szociális segéllyel és természetbeni juttatásokkal igyekszik az önkormányzat enyhíteni.

A dél-dunántúli faluban társulás formájában működik a gyermekjóléti szolgálat és a családsegítés. A település körjegyzőség keretében működtette 1998-ig a szolgálatot, majd, mivel elégedetlen volt annak munkájával, új körjegyzőséghez csatlakozott. Jelenleg azon gondolkodnak, hogy onnan is kilépnek, de egyelőre nem találnak más megoldást. Ebben a társulások szolgálatban egy szociális pedagógus és egy védőnő látja el a feladatot a szóban forgó falun kívül még négy másik településen.

Az ezért járó normatívát a székhely település kapja, a falu a kiegészítést adja hozzá, ami itt évi 300 000 Ft. Bármilyen problémák adódnak is a szolgálat munkája kapcsán, a polgármester úgy látja, önállóan nem tudná működtetni, ehhez valahonnan máshonnan kellene elvennie a pénzt – a normatíva nem elegendő. Nem elégedett a szolgálat működésével, mert nem helybéli a gondozó, s a másik négy településen is sokan szorulnak gondozásra, így kevés idő jut a problémák kezelésére. Jelenleg a családsegítő 7 családot gondoz a településen. A gyermekjóléti szolgálat 18 gyermeket gondoz, s egy védelembe vett gyermek van.

A polgármester szerint a településen a legnagyobb probléma a munkanélküliség, ami alapvetően meghatározza a lakosok életminőségét. A munkanélküliség legfőbb okát abban látja, hogy a fiatal korosztály 80 %-a olyan szakmával rendelkezik, aminek nincs piaca. A másik ok, hogy a hagyományosan mezőgazdasági területet (Ormánság) nem éri el az ipari gazdaság, ahol el lehetne helyezkedni. A településen csak a szociális és oktatási intézmények, illetve az önkormányzat, az egészségügy tud munkahelyet biztosítani. *„...Ma a legtöbb fiatal inkább behúzódik a fészkébe, és már változtatni se akar. Az az érzésem, hogy mentálisan is leépültek ezek az emberek, mert kilátástalannak látják a továbbjutást.(...) Harmincnyolcan vannak, akik rendszeres szociális segítyen vannak. Közülük 5 ember közhasznú munkát végez még november 30-ig. Házakat javítanak, bepucolnak, egymásnak segítenek. Mert így találtam jónak, hogy nincs annyi terület, hogy csak söprögessenek egyfolytában, és egyébként sincs senkinek joga megalázni az embereket, hogy egész évben árkot pucoljanak, söprögessenek egy területen, amikor életképes, egészséges szakmával is rendelkező emberek.”*

Azokban a családokban, amelyeknek semmilyen jövedelme nincs, a maximálisan kifizethető összes segíty sem elegendő a legalapvetőbb szükségletek kielégítésére. Ezeknél a családoknál halmozódnak fel a közüzemi hátralékok, aminek törlesztése és rendezése megoldhatatlan feladatnak tűnik az önkormányzat számára is. *„...Volt egy időszak, amikor a vízmű is, az áramszolgáltató is leküldte nekem, hogy kinek van tartozása, és azt úgy próbáltam a többgyermekeseknél és az idősek embereknél kompenzálni, hogy ők befizettek egy bizonyos százalékot, a többit pedig kifizette az önkormányzat. De a következő hónaptól sem fizettek, és utána sem. A DÉDÁSZ is, illetve a vízszolgáltató is egy vagy fél év után újra megkereste az önkormányzatot és küldte a számlát. De ekkor már nem fizetett a szomszéd sem, mert azt mondta, ha őneki lehet, akkor az enyémet is fizesse ki az önkormányzat. Én meg azt mondtam, hogy ennek vége, és innentől kezdve levonjuk az illetők*

belső jövedelméből amit innen kapnak, ők pedig megpróbálnak azzal gazdálkodni ami megmarad, és ahhoz hozzákeresni.”

A település vezetői tisztában vannak a lakosok életkörülményeivel, lehetőségeivel. A segélyezésen túl a Szociális és Családügyi Minisztérium támogatásával szociális földprogram keretében nyújtanak segítséget a családoknak a megélhetéshez. Állattenyésztés céljára kapnak sertést, baromfit, kecskét, a háztáji kerthez vetőmagot. Gyógynövény-termesztési program is működött két évig, tanfolyammal egybekötve, amelynek a végén a rászorulóknak köréből tizenketten szakmunkás bizonyítványt kaptak.

Egy ilyen kistelepülésen szinte minden a nyilvánosság előtt zajlik. A polgármester és a képviselő-testület tisztában van a segélyért folyamodók bolti és kocsmái adósságaival is. „...Mert ha a boltba tartozik élelmiszerért, akkor azért vagyunk annyira tisztességesek, hogy ha nehezen él a család, akkor igyekszünk segíteni, hogy az élelmiszer ne okozzon problémát. De amikor cigarettáért és italért tartozik, a kocsmában és presszóban, az nagyon szomorúan érint, meg a testület több tagját is. Ha ön lenne most az én helyemben, mit tenné? Mert ameddig van egy egyedülálló anyuka, tisztességgel neveli a gyermekeit, iskoláztatja, igyekszik minden munkát elvállalni azért, hogy ne kerüljön olyan helyzetbe, hogy itt könyörögjön segélyért. Akkor a másik családnak is hasonlóképpen kellene, ahol mondjuk még úgymond családban is vannak, és legalább az egyik fő dolgozik. Akkor az önkormányzat nem azért van, hogy ő nyugodtan igyon, mert úgyis ki fogja fizetni a tartozásokat...” (polgármester).

A település vezetői szerint ugyanakkor a faluban vannak olyan személyek, akik segélyre szorulnának, de szeméremből, önérzetből sohasem kérnek. A segélyért folyamodók 99%-át nem utasítják vissza, ha a törvényi előírásoknak megfelelnek. Akad ugyan példa elutasításra is, de az sosem végleges.

”Meg kell mondani becsületesen, hogy úgy is ment ki a határozat, hogy most nem tudja az önkormányzat teljesíteni a kérést, rendkívül rossz anyagi helyzetére tekintettel. Ezt akceptálta a megyei közigazgatási hivatal is, mert minden ilyen esetet a jegyzőkönyvben indokolni kell. Tehát ilyen is van. De hangsúlyozom, ezek átmeneti likviditási problémák, és nem azt jelenti, hogy egész évben nem kap az illető. Mert akkor általában arról is tájékoztattuk, hogy nyújtson be még egyszer, és ha van pénz, akkor kaphat...” (jegyző).

Az elmúlt évből 5 ilyen esetet említ a jegyző. A kérelmeket szóban, írásban is elő lehet terjeszteni, nem szigorúak a formai előírások. Az önkormányzat tisztviselőiből néhányan úgy vélik, akadnak olyan családok, akik rendszeresen kérnek segítyt, de nem érdemlik meg azt.

Észak-magyarországi falu

A kistelepülés az Ipoly völgyének északi részén, a legközelebbi várostól 20 km-re fekszik. Lakosainak száma 1710 fő, 18 év alatti 367 fő, 18 és 60 év közötti 908 fő, 60 év feletti 435 fő.

A falunak jó a közlekedése, rendszeresek a buszjáratok minden nagyobb város irányába.

A megélhetési lehetőségek az utóbbi időben jelentősen javultak a rendszerváltás nehéz időszakához képest, amikor a településen sok budapesti és váci cég leányvállalata megszűnt, s ez jelentős munkanélküliséget okozott. Mostanra sikerült elérni, sőt, egy kicsit meg is haladni a munkahelyek számában a recesszió előtti időszak szintjét. A településen az önkormányzat a legnagyobb foglalkoztató: közel nyolcvan embernek ad munkát, a közalkalmazotti és a közhasznú foglalkoztatást együtt véve. A szociális foglalkoztató, mely fővárosi fenntartású, az új szárny bővítésével hetven-nyolcvan embernek nyújt munkalehetőséget. A korábban megszűnt vasipari tevékenység is újraindult, a közeli téesz üzemében negyven, negyvenöt férfi dolgozik. Mezőgazdasági jellegű tevékenységet is többen végeznek, kisebb mezőgazdasági vállalkozások, háztáji gazdaságok keretében, bogyósgyümölcs-termesztéssel foglalkoznak. A faluban működő építőipari vállalkozás tíz-tizenkét embernek ad munkát. Némileg emelkedett a kereskedelembe foglalkoztatottak száma is. A jó közlekedési viszonyokat kihasználva mind a környező, mind a távolabbi nagyvárosokba, még Budapestre is sokan járnak dolgozni. A faluban néhány nagyobb, és harminc körüli kisebb vállalkozás működik.

Az elmúlt tíz-tizenkét évben az infrastruktúra terén lényeges változások történtek, „tíz év alatt ötven évet fejlődött a település.” A víz-, villany-, vezetékes gáz- és telefonhálózat teljesen kiépült. A csatornázás eddig csak egy kilométernyi szakaszon történt meg, az úthálózat viszont sokat fejlődött; aszfaltozással mindenütt sikerült a földutakat felszámolni.

A regisztrált munkanélküliek száma a településen 32 fő, tartós munkanélküli 2 fő. A falu polgármesterének véleménye szerint szinte minden fiatal tud dolgozni, ha akar. A kb. öt százalékos munkanélküliség elsősorban a szakképzetlen, hátrányos helyzetű réteget érinti.

A lakosság létszáma évről évre fokozatosan növekszik, ami nemcsak a természetes szaporulatnak, hanem a bevándorlásnak is köszönhető.

A település forráshiányos. A legfőbb gondot az intézmények fenntartása okozza. A normatív finanszírozás nem fedezi a kiadásokat, az önkormányzatnak plusz forrást kell biztosítania, s ezt a forráshiányos önkormányzati pályázatok benyújtásával próbálják előteremteni. Ebben az évben huszonhatmillió forint az összköltségvetési hiányuk, amivel pályázniuk kellene.

Az önkormányzati működési kiadások legnagyobb részét az oktatás és a szociális ellátás teszi ki. A polgármester szerint a szociális ágazat közel hárommillió pluszt igényel évente.

Az elmúlt években egy új szabadidőközpontot hoztak létre, tornacsarnokkal, könyvtárral, egyéb kiszolgáló helyiségekkel, ezeröttszáz négyzetméteren, mely nemcsak helyi igényeket elégít ki, hanem a téli időszakban a környékről is ide járnak a sportolni vágyók.

Az önkormányzat másik jelentős fejlesztése a Pest megyei Mentő Igazgatósággal közösen létrehozott kis mentőállomás, mely egyelőre csak napi tizennyolc órában működik. Régiós feladatként teljesült a tűzoltóság új épületszárnyának átadása, két tűzoltóautó, tizenkét tűzoltó áll szolgálatban, térségi feladatokat is ellátva.

Az önkormányzat óvodát, iskolát, művelődési házat tart fenn. Az óvodába beíratott gyermekek száma hetven, az általános iskolai tanulók létszáma száznegyvennyolc fő (a két évvel ezelőtti adathoz képest 25 fővel csökkent a helyi iskolába járó gyermekek száma). A szomszéd kistelepüléssel társulási szerződést kötöttek, melynek értelmében vállalják az ott élő felső tagozatos gyermekek (13 fő) oktatását.

A kibővült fővárosi szociális otthon mellett az önkormányzat húsz (két évvel ezelőtt huszonöt) fős idősek napközi otthonát működtet, két gondozónővel. Étkeztetésben 11 fő, házi segítségnyújtásban 6 fő, mindkettőben pedig 4 fő részesül.

A településen az elmúlt évben összesen 66 esetben nyújtottak be segélyre vonatkozó kérelmet. Ebből csak ötöt utasítottak vissza. Itt is tapasztalható, hogy az idős, nagyon szerény körülmények között élő lakosok szégyellnek segélyért fordulni az önkormányzathoz. Ezt úgy hidalják át, hogy „egységcsomagokat, nyugdíjas-csomagokat” juttatnak az idős lakosságnak nagyobb ünnepek előtt. Ezért is olyan magas a természetben juttatott segélyek aránya. A fent bemutatott három településhez viszonyítva itt jóval nagyobb a lakosságszám, mégis rendkívül alacsony a rendszeres szociális segélyre kifizetett összeg.

A segélyek iránti kérelmek benyújtása írásban történik, amit mind a polgármesteri hivatalban, mind a gondozási központban beadhatnak a rászorulóknak. A központ vezetője környezettanulmányt végez, s ezt csatolja a kérelemhez, amelyet lead a hivatalban. A jogi előkészítést követően a kérvény az arra jogosult bizottság elé kerül döntésre, s megszületik a határozat, amit minden esetben indokolnak. A hivatal munkatársa úgy ítéli meg, hogy a faluban kb. 4-5 olyan személy van, aki nem részesül alapellátásban, jóllehet erre rászorulna.

A négy kistelepülésen élő interjúalanyok jövedelmei

A közép-dunántúli településen az interjúzottak körében az egy főre eső havi jövedelem 29 300 Ft. (A településen 7 interjú készült, a fenti összeget ennek a hét családnak a havi átlagjövedelme alapján számítottuk ki.)

Valamilyen típusú jövedelem-kiegészítése minden háztartásnak van. A hagyományos parasztház körüli udvaron valamennyi zöldség saját használatra terem. Az idősebb, vagy a hagyományos paraszti kultúrában nevelkedett családok a háztáji kertet művelve a nyári hónapokra a legalapvetőbb zöldségeket, gyümölcsöt megtermelik, s ezek a családok télire is el tudnak tenni egy keveset. A roma, valamint a fiatalabb korosztály már nem minden esetben tudja kiskertjét művelni, s télire raktározni. A baromfitartás és háziállat-tenyésztés ugyanígy a tradicionális kultúra elsajátításának lehetőségétől függ.

A legkisebb jövedelemmel rendelkező család aktív korú tagjai alkalmi munkákból egészítik ki jövedelmüket, de lakhatási körülményeik, életmódjuk azt mutatja, hogy nagyon nehezen és szegényen élnek. A másik alacsony jövedelmű család életkörülményei, lakhatási viszonyai

vonatkozásában a helyiekhez viszonyítva nem tűnik különösebben szegénynek. Valószínű, az a bizonyos „lomizás” megteremti a körülményekhez képest jobb életfeltételeket.

A hét interjúalany közül háromnak a lakásában volt víz és fürdőszoba, a lakóházak átlagosak, lakói által többségében rendben tartottak. A faluban nagyjából hasonló házakban laknak az emberek. Néhány kiesőbb helyen viszont látszik, hogy szegényebbek lakják, az utak, a házak, a környezet elhanyagoltabb.

A bihari településen az egy főre jutó havi átlagjövedelem az interjúzottak körében 37 700 Ft. (Itt is hét családdal készítettünk interjút.)

Interjúalanyaink jórészt idős emberek, ezért nem meglepő, hogy iskolai végzettségük valamennyi elemi iskola, a legfiatalabb, 41 éves roma nő végzett 8 általános iskolát. Szintén korukból adódik, hogy valamilyen típusú nyugdíjellátásban részesülnek, a legfiatalabb kérdezett részmunkaidőben dolgozik a hivatalnál, gyermekei után pótlékokat, támogatásokat kap. Ennek ellenére az ő családjában a legalacsonyabb az egy főre eső jövedelem.

Három lakásban van fürdőszoba, s két helyen van bevezetve a gáz.

Mindkét gyermekes család jövedelme átlag alatti, különösen a roma családé. Kistelepüléseken úgy tűnik, a legalacsonyabb jövedelmű nyugdíjasok relatíve jobb körülmények között élnek, mint az aktív korú, munkaerőpiacról kiszorult, gyermeket nevelő családok. Szociológiai vizsgálatok is bizonyítják a sok gyermeket nevelő családok és a szegénység közti összefüggést.

A bihari településen kérdezett családok többségének van kiskertje, bár egyik interjúalanyunk már nem termel benne semmit. A gyümölcsfák terméséből előállított pálinka azonban még jelent valamennyi bevételt a családnak. Egyik idős asszony a kora miatt nem tudja művelni kertjét, a fiatal roma család pedig Budapestről települt ide, ezért krumplin kívül más haszonnövény nincs a kertjükben. Egyetlen család visz csak piacra kevéske zöldséget, a többi háztartás saját használatra termel zöldséget, gyümölcsöt, s tart valamennyi baromfit, egyéb háziállatot. A termés gyakorta még így sem elegendő, de az idős asszonyok nem tudják elnézni, ha kertjük bevetetlen. Sok fáradtságot és energiát ölnek a művelésébe, de sokszor a vetőmag árát sem tudják kitermelni. Nincs öntözés,

egy-egy aszályosabb idő elviszi a kihajtott, többször megkapált veteményüket. Életformájukhoz tartozik a baromfi nevelése, elszakadt családtagjaikat tojással, egy-egy jó falusi csirkével szokták ellátni. Maguk számára szinte sajnálják levágni a baromfit, alkalom kell hozzá, hazalátogató gyerek, rokon, vagy legalább vasárnap. Egyedülálló idős asszonyok akár egy hétig fogyasztanak egy csirkét. Eddigi életük arra tanította őket, hogy minden falatot be kell osztani, minden dolognak megvan a maga helye, s ez mind a mai napig érvényes.

A *dél-unántúli* településen interjúzottak körében (hat család) az egy főre eső jövedelem havonta 33 800 Ft.

A hat interjúzott családban három főnek van nem a társadalombiztosítási vagy az állami, önkormányzati járadékból, segélyből származó jövedelme. Interjúalanyaink közül kettő szakmunkás végzettségű, az idősebbek hat elemit, a többiek nyolc általánost végeztek.

A gyermekes családok átlagjövedelme a segélyezettek körében itt is alacsonyabb, ugyanúgy, mint a többi településen. A hat háztartásból kettőben nincs fürdőszoba, egy lakás összkomfortos, és az egyik családnak aránylag új autója is van. Kiskertje, abban termelt zöldsége minden háztartásnak van, baromfit viszont nem tart mindegyikük. Egy család termel még eladásra minimális mennyiségű zöldséget, ők főliáznak.

Az *észak-magyarországi* településen a kérdezett családok (hat család) havi átlagjövedelme alapján az egy főre eső összeg 23 600 Ft.

A négy település közül itt a legalacsonyabb a segélyezettek átlagjövedelme. Ebből nem lehet levonni általános következtetést, mivel itt inkább a természetbeni juttatások aránya magas a többi településen tapasztalathoz viszonyítva. Nagyon valószínű – s az elkészített interjúink is ezt támasztják alá –, hogy a település képviselői nem vállalják a segélyezésekből adódó mindennapos konfliktusokat, inkább többeknek adnak keveset, pl. élelmiszersomag formájában, vagy más módon.

”Azoknak az 1-2 családosoknak, akik nem kapnak gyvt-támogatást, azoknak kifizettük a napközit, mert a gyvt-t nem tartjuk nagyon igazságos dolognak. Mert az a család, ahol 2 gyereket nevelnek,

ott is vannak anyagi gondok, és szerintem ők is ugyanolyan gyerekei az államnak, mint azok, akiket támogatunk.”...

A roma kisebbség helyzetéről fenti interjúalanyunk a következőket mondta:

„Én nem mondanám rossznak, nagyon sokan dolgoznak közülük. Még a rendszerváltás idején, meg az utána való években nem volt munka, de azóta már igen. És vannak olyanok, akik itt dolgoznak a szociális otthonban.”

A következő táblázat a KSH 2004-es, a normatív élelmiszer-fogyasztásból kiinduló létminimum-adatait tartalmazza. Vizsgált településeink interjúalanyainak jövedelmei talán ezekkel az adatokkal együtt értelmezhetők leginkább.

Az elemzett településeken a megkérdezettek egy főre jutó átlagjövedelme:

A két diagram összevetéséből azt állapíthatjuk meg, hogy az interjúalanyok legmagasabb átlagjövedelmei sem érik el a KSH által számított legalacsonyabb létminimum-szintet.

A segélyek elosztásának mechanizmusáról mind a négy településen elmondható, hogy a képviselő-testületek igyekeztek helyi szociális rendeleteikben pontosítani a különböző eseteket és jogosultságokat, a törvényeknek megfelelően. Az észak-magyarországi településen pl. kifejtették, hogy „különös méltánylást érdemlő helyzetnek” azokat a rendkívüli szituációkat tekintik, amelyek a család önhibáján kívül álltak elő, vagy amelyeknek a család csak kis mértékben volt előidézője, a következményei pedig rendkívül hátrányosan érintették volna.

A helyi szociális rendeletek gyakorlatilag teljes egészében a szociális törvény szelleme és betűje szerint vannak megalkotva, a rászorultságot is ennek alapján határozzák meg.

A kérelmek elutasításának – a pénzügyi lehetőségeken túl – legtöbbször megfogalmazott okai a következők:

A kérelmező nem annyira szegény, mint ahogy magát beállítja, csak a papíron kimutatható jövedelme ilyen alacsony, valójában sokkal többet keres, nem igazán szorul rá a segélyre.

Szép háza van, autója, sokat vásárol, megvan mindene.

Mért nem megy el dolgozni, mint más, életerős fiatalember, megtehetné, ha akarna, találna munkát.

A döntést hozó képviselők szigorúan ítélik meg a kérelmezők életmódját, kevés ismeretük van szociálpolitikáról általában. Az igazságérzetüket tartják a legfontosabbnak. A segélyért folyamodókkal pozitív ellenpéldaként rendre szembeállítják azokat, akik szegények, mégsem kérnek támogatást. A törvényi előírásokat ugyanakkor elfogadják, s azok szerint cselekszenek, bár sok esetben kritikával illetik. Az alanyi jogon járó támogatások tartoznak ebbe a bírált körbe.

Sorsok, életutak

A továbbiakban az interjúalanyok maguk beszélnek élethelyzetekről, a segélyezéssel kapcsolatos lehetőségeikről, gondjaikról. A négy település interjúalanyait, az általuk elmondottakat bizonyos címszavak köré csoportosítva immár együttesen mutatjuk be.

Segélykérés

„...Ha kérnék az önkormányzattól, mert adható, de nem kapható. Ilyen alapon engem ne szégyenítsenek meg, és utána az egész falu rólam beszél. Egyszer kértem, mikor a fiúk megszülettek, kaptunk is tüzelőre 12 000 forintot. De aztán az egész falu azzal volt tele, hogy a (...) -nak mennyit adtak. Pedig 12 000 forint, szerintem az egy nem túl nagy összeg. Hallottam, hogy a városban, ahol ennyi gyerek van, meg ilyen jövedelem, ott negyedévenként jár a segély. Nem is kell kérni, állítólag mégis jár.” (Közép-dunántúli település)

„Kap valami támogatást az önkormányzattól akár havonta, akár alkalmanként?”

„Én nem kapok, drága csillagom, tavaly irattam fát, de azt mondták, hogy nem tudnak adni, mert 23 000 a minimál izé. (23 700 Ft a havi jövedelme.) Ha én azt mondom, hogy 380-al nőtt a

nyugdíjam, ők azt mondták, nőtt a nyugdíjam. Jól van nőtt, nem én kértem. De ha nekem csak 35 000 forint lenne a nyugdíjam, akkor vennék 10 mázsa fát, 19 000, vagy 18 000 forint, ami maradna, én azt úgy beosztanám, hogy én nem mennék egyszer se kérni. De most tessék elképzelni, hogy olyan egy borzasztó dolog történt: elromlott a hűtőládám. Miből csináltassam meg? 17 000 forintért csinálták volna meg. Akkor elromlott a tévém, azt is megcsináltattam. Akkor elromlott a kishűtőm, azt is... OTP-ket mi nem vettünk fel, mert nem volt mire. Nincs semmilyen hitelem drága csillagom”. (Bihari település)

A vizsgált négy településen az interjúk során a segélykérelmekkel kapcsolatban megfigyelhető attitűdök a következők voltak:

Idős, igen szegény, és szerény körülmények között élő özvegy emberek, paraszti múlttal, nem kérnek segítyt, a kérelmezés önmagában is szégyen.

A nagyon szemérmes idős lakosokat akkor ítélik támogatásra szorulónak, ha a hivatal illetékesei vagy a környezetük felhívja rájuk a figyelmet.

A kistelepülések támogatásra szoruló lakosai nincsenek tisztában a lehetséges támogatásokkal.

A fiatalabb generáció már tudatosabban használja a megismert szociálpolitikai lehetőségeket, amennyiben eljut hozzájuk valamilyen központi intézkedés híre, felkeresik az önkormányzatot.

A roma családok ismeretek nélkül is az önkormányzathoz fordulnak, amennyiben élethelyzetük rákényszeríti őket.

Idős lakosoknál rendszeres a rokoni, gyermeki támogatás, az anyagi gondjaikról a családtagokon kívül másnak nem szívesen beszélnek.

Kölcsön

„Szokott olyan lenni, Ilonka néni, hogy hó végére már elfogy a pénze?”

„Bizony szokott.”

„És akkor tetszik tudni valakitől kölcsönkérni?”

„Nem kérek senkitől, úgy osztom be, hogy én soha nem kérek senkitől.”

„És így mennyi pénz kellene még havonta, hogy elég lenne?”

„Hát legalább 50 000, akkor már nagyon meg lennék elégedve...” (Bihari település)

„Az előfordul-e, hogy a hó végére elfogy a pénzük, vagy nem elég a pénzük?”

„Nem fog el sose, nekem mindig elég, nem is kérek kölcsön. Mostanában nem kértem sose. Nem azt mondom, hogy nem volt úgy, hogy kértem, de engem mindig nagyon szerettek, mert én mindig megadom.”

„Mikor kellett legutóbb kérni, kölcsönkérni?”

„Hát vagy 2 hónapja, most tartozok 30 600 forinttal, de most, ha megkapom a pénzt novemberben, meg fogom adni. Meg a napközibe tartozok, úgy hogy máshol nem, mindenem be van, paprika be van véve, a delikát be van véve. Én nagyon sok krumplit elfogyasztottam, de már nagyon unom a krumplit. Ha hazajövünk a napköziből, akkor főzni kell, mert én éhes vagyok. Egy bögre tejjel nem elégszek meg, este jól kell, hogy lakjak. Főzök egy kis lábos paprikás krumplit, ha van tészta, teszek bele, ha nincs, akkor magába egy kis pici lével, oszt akkor az elfővi a levit, én úgy szeretem. Én mindig jól éltem, nekem nem volt hiányom sose, nekem a férjem a pénzt odaadta. Most is jól élek, 76 éves vagyok, nem vagyok én még sovány, még elég jól tartom magam, hogy meddig, nem tudom.” ... (Bihari település)

„...el szoktam menni takarítani tanárokhhoz ha megkérnek, akkor most nyáron most 2 ágyat kaptam, fotelágyat, vagy azt a tükröt, de azért 3-4 napot szoktam takarítani.”

„Olyankor nem pénzt adnak, hanem valamilyen bútort?”

„Igen.”

„És a gyerekeknek mire lenne szüksége, amit nem tud megvenni?”

„Cipőre lenne, meg téli ruházatra nagyon, szoktam írni a Vöröskeresztnek, de mindig azt írják válaszul, hogy a belvízkárosultak, meg oda ki külföldre, meg a belvizesek. Valami kifogás mindig van.” (Bihari település)

Segélyek odaítélése

„És szerinted attól függ a munka és a segély odaítélése, hogy milyen a viszony a falu vezetőivel?”

„Szerintem igen. Mert tényleg van ilyen, hogy ki szimpatikus, és ki nem. Aki kevésbé, azzal már nem igazán foglalkoznak. Akivel meg viszont jóban vannak, annak meg szinte tényleg mindent megadnak. Sok mindent beszél a falu, mert milyen egy falu, pletykás.” (Dél-dunántúli település)

„De mindig van olyan ember, aki csak befutkározik az önkormányzathoz ilyen-olyan segélyért. Nem tesz arrébb egy szalmaszálat, és várja a sült galambot, jön a villanyszámla, bemegy az önkormányzathoz, és kifizetik neki, mert olyan is volt. Kikapcsolták a vizet, visszakapcsolták neki, mert kifizette neki az önkormányzat, mert elmegy oda sírni. Most mi is most beadtunk és megkaptunk, egy nyomtatványt, ki kell tölteni és leadni. Akkor a testület eldönti. Egy kicsit visszataszító, mert ha én bemegyek, és mondom, hogy ne az az öt ember döntsön a sorsomról. Mert ha nekem problémám van, akkor miért kell öt embernek tudni? Nem elég, ha csak a polgármester, vagy a jegyző?” (Dél-dunántúli település)

”Ha adnak az a baj, ha nem adnak az a baj, semmi nem jó nekik. Meg ide tartozik négy község, és a mi falunk kicsi ahhoz, hogy körben mindenkit ellásson. Az önkormányzat hol ruhákat hozat a Vöröskereszten keresztül, hol karácsonyra ad pénzt. Ha van, akkor mindenkinek adnak. De olyan

nincs, hogy most ez is bemegy, az is bemegy és kap. Ha adnak, akkor mindenkinek adnak.”
(Dél-dunántúli település)

”...A közmunka terén valamennyi ideig szinte mindenkit alkalmaz, aki hajlandó dolgozni. Tehát sokakat alkalmaznak közcélú munkára, és akik szociálisan rászorulnak, nekik mindig segítenek.”

„Tehát, ha bemegy valaki, fog kapni támogatást?”

„Attól függ, hogy ki megy be. Nyilvánvalóan ez egy akkora falu, hogy itt nincsenek olyan dolgok, amiket ne tudnának az emberek a másiktól. Ha valaki bemegy, és tényleg rászorul, akkor kap segítséget.” (Dél-dunántúli település)

Romák

„Származott már hátrányuk abból, hogy romák, megkülönböztetik önöket?”

„Itt a faluban nem, nyíltan nem. Mert annyiból becsülnek, hogy a gyerekeim rendezettek. Én úgy nevelem őket, hogy szerény az otthonunk, de nem vagyunk retkesek. Ezek a falusiak elfogadtak minket, mert látják, hogy ők se járnak különül, mint az én négy kicsim. Mert nálam nincs, hogy cigány, meg paraszt, már úgy mondom, hogy magyar, csak azt, hogy ember.” (Bihari település)

”Nekem panaszom nem lehet, szívem, a hivatalra, ha bemegyek a polgármester is meghallgat, no, meg a jányok is. Ismernek, és ha én megyek a faluba, nekünk nem azt mondják, hogy jaj gyün a cigány Mari. Itt senki, hanem azt mondják, csókolom, jó napot, szervusz. Úgy, hogy nincs ilyen cigány, olyan cigány. Mind olyan rendesek a faluban, a fiatalok is. Annyi sokan mondják, csókolom, ha velem van a kislány vagy a gyerek...” (Észak-magyarországi település)

Orvosi ellátás

„Volt-e olyan az elmúlt 12 hónapban, hogy orvosi ellátásra szorult volna, de nem vette igénybe?”

„Igen.”

„És az miért volt?”

„Ugye ahhoz is csak pénz kellene, meg ha elfáradtam, jobban lettem, hogy ha pihentem egy kicsit. Most is mennem kellene a kardiológiára, mert havonta, három havonta, négy havonta, félévente, de inkább sűrűbben kell mennem mindig. Most már ritkábban. Volt olyan tavaly télen, hogy bementem B-be, mondom vásárolok ezt-azt, jött a karácsony. Nem olyan nem tudom micsoda nagy vásárlás lett volna, és ahogy kijöttem a Pennyből ott nem messze van egy festéküzlet, és valami úgy elfeketedett előttem, odamentem, hogy az ablaknál megtámaszkodjak, hát ott elestem. Szabályosan kivágódtam, ezt a karomat szerencse, hogy kabát volt rajtam, odavágtam a kezemet. Pillanatnyilag volt ez, úgy hogy fel is álltam, még szégyelltem is magamat, mondom megmondják jaj de be van rúgva ez az asszony. Hát utána (...) hazajöttem, felmentem a doktor nénihez, és akkor mondta, hogy melyik gyógyszert szedjem, mert ennek a testvére volt, csak másabb, szóval nagyobb mennyiségű. Aztán bementem a kardiológiára, és ottan megvizsgáltak ultrahanggal, mindennel, és azt mondta ott az adjunktus doktor néni, hogy valószínű be kell feküdjek a kórházba...” (Bihari település)

”...De most már az orvost se lehet ingyen hívni, azt mondják. Én nem tudom, mert nem hívtam. Még hála istennek, ha beteg voltam, azért haragudtak, hogy miért nem hívok orvost. Ha eljön egy orvos vagy doktornő, mindenki ad neki. Hát kérdelem én, hogy miből?”.

„És mennyit tetszik adni egy orvosnak?”

„Én nem adok csillagom semmit. Én nem tudok adni. Meg is értette a doktornő, nagyon aranyos, megértette. Megmondtam neki, doktor néni drága én nem tudok, megmondtam neki, mennyi a nyugdíjam. A szemüveget fel is írják, de a keretet azt ki kéne fizetni. Csak ez elég drága. 7.000 lenne, de mondta az eladónő, hogy majd a jövő héten lesz leárazás, tessék bejönni, mert már ösmernek, mert már nem is egyet csináltattam. És akkor bemegyek, oszt úgy fizetem ki, és úgy 3.500-ba került. Szóval borzasztó nagy dolog ez, mert hát akárhogy számolom, akár hogy szorzom, vagy osztom, én soha nem kérek senkitől. (Bihari település)

Interjúalanyaink, főleg az idősebbek beszámolóiból kitűnt, mennyire meghatározó az életükben az orvosi ellátás, gyógyszerfogyasztás. Ugyanakkor azt is megfigyeltük, hogy idős interjúzottjaink csak

a legszükségesebb esetekben fordulnak orvoshoz, előzetes, szűrő vizsgálatokra csak akkor járnak, ha felszólítják őket.

Összefoglalás

A szociális és gyermekvédelmi alapellátások tekintetében minden faluban érvényesül a kistelepülési lét valamennyi jó és rossz oldala. A falu, ahol mindenki mindenkit ismer, odafigyelnek egymásra, a gyerekekre, az öregekre, jól működő immunrendszerként termeli ki az ellenszert, hívja fel a figyelmet a rászorulókra, s hívja életre szociális intézményeit. A „rossz oldala” szinte ugyanebből ered, mivel mindenki mindenkit ismer, a döntéshozó önkormányzati tisztviselőknek nehéz elfogadtatni a differenciáló döntéseiket a kérelmezőkkel, rászorulókkal, vagy adott esetben a rá nem szorulókkal.

A településeken találkoztunk a szegénység minden típusával, a klasszikus paraszti szegénység arcaival. Ahol a szegénység a mindennapok része, ott természetesnek számít. Elviselői kulturálisan felkészültek rá, étkezésük, viselkedésük, lakókörnyezetük árulkodik erről. Megtanulták a nagyon keveset beosztani, szinte a semmiből étkezni, a kert minden négyzetméterét megművelni, baromfit és háziállatot tartani, rendben és tisztaságban élni. Ebben a kultúrában nem panaszkodnak, nem kérnek – szégyen a kérés.

Találkoztunk városból érkezett szegényekkel, akik a kisebb településekre a könnyebb megélhetés reményében húzódtak. Közülük leginkább azok tudtak alkalmazkodni, akiknek gyökerei ide vezetnek, őrzik a paraszti lét hagyományát. Akik más kulturális közegben nőttek fel, már nem tudnak állatot tartani, nem tudják a kertet művelni. Ugyanakkor komfortosabb, kényelmesebb életre vágnak, s ennek kialakítása, azaz fürdőszoba építése, a háztartási munkák megkönnyítésére szolgáló fogyasztási cikkek megszerzése fontos célként jelenik meg mindennapjaikban.

Találkoztunk a roma szegénység arcaival. Egyfelől a feltörekvő, asszimilálódni kívánó lakossággal, akik nehézségeik ellenére patika tisztaságot tartanak környezetükben, nagy hangsúlyt fektetnek gyerekeik öltözködésére, minden nap azt szeretnék mutatni, hogy ők is meg tudják teremteni ugyanazt a világot, mint ahova asszimilálódni kívánnak. Másfelől a roma szegénység ismert jelenségeivel: alacsony iskolázottság, munkanélküliség, a sok gyerek gondja. Mindez meglátszik a

környezeten is: falu széli, gondozatlan utak menti házak, műveletlen kertek, kicsi, rendben nem tartható belső terek. A falvak e lakói nem ismerik a paraszti kultúra szegénységre alapult élettechnikáit, nem tudnak kertet művelni, háziállatot tartani, a semmit beosztani.

A kistelepüléseken együtt jelenik meg a szegénységnek ez a néhány említett, s még ennél is több gondja. A települések vezetői ismerik a problémákat, de nem minden típusát tudják elfogadni. Ugyanakkor mindenhol törekszenek a szegénység enyhítésére, a törvényeknek megfelelően és a saját jóérzésük szerint próbálnak változtatni a lakosok helyzetén. Ehhez a változtatási igényhez nagyon sok minden hiányzik. Természetesen a szociális ellátórendszer önmagában nem elegendő ahhoz, hogy a kistelepülési létből fakadó egzisztenciális problémákat feltárja és megszüntesse. Az általános társadalmi, gazdasági feltételek megváltoztatása nagy léptékű, több terület összefogását igénylő feladat.

Néhány általánosságban megfogalmazható, tipikus probléma:

- a szociális és gyermekvédelmi támogatások eljuttatása a valóban rászorulókhöz a javulás ellenére még mindig feszültséget teremt, főleg a kistelepüléseken, amelyek lakói ismerik egymás élethelyzeteit, lehetőségeit,
- a normatív alapon járó támogatásoknál nincs mód a valódi jövedelmek megállapítására, a rászorultság tényleges eseteinek meghatározására,
- a segélyekkel kapcsolatos társadalmi megítélés miatt a rászorultak bizonyos csoportja nem kéri, és nem is fogadja el a segítség ezen formáját,
- a szociális és gyermekvédelmi ellátások a nem létező jövedelmeket pótolják,
- a hosszú ideje munka nélkül és szegénységben élők mentálisan is leépülnek, már ők maguk sem akarnak változtatni sorsukon,
- a közhasznú munka nem tudja pótolni a munkajövedelemből fakadó bevételeket és a mentális elégedettséget,
- az elmaradt közüzemi tartozások rendezése sok esetben szélesíti azok körét, akik ennek reményében nem fizetik be a közüzemi díjakat, ill. nem egyenlítik ki tartozásaikat,
- a rászorulók bizonyos köre (elsősorban az idős, egyedülálló emberek) nem szeret segélyért folyamodni, nehéz élethelyzetét inkább rejtegeti,
- sok esetben az arra nem szorulóknak fordulnak támogatásokért, s ha kimutatható jövedelmük a törvényi feltételeknek megfelel, nincs mód a visszautasításra, ami feszültségeket teremt a szociális segélyek odaítélése terén,

- az önkormányzatok a segélyek mértékét a rendelkezésre álló forrásokhoz igazítják, nagyon gyakori, hogy jelképes, igen alacsony (2000-5000 Ft) összeget fizetnek átmeneti segélyként,
- a kistételepülések szociális és gyermekvédelmi ellátásait a körzetesítésből maradt negatív hatások miatt nehéz társulások keretében biztosítani.

Előző vizsgálatunk és mostani tanulmányunk alapján szükségesnek látjuk az állami beavatkozást az alábbi területeken:

- a települési lejtő csökkentése,
- a szakképzetlen, alacsony iskolai végzettségű emberek munkalehetőségeinek bővítése,
- az oktatásban az esélyegyenlőség növelése, a szegregáció csökkentése,
- a szociális ellátórendszer olyan átalakítása, amely hatékonyabban találja meg az arra rászorulókat,
- olyan önkormányzati, finanszírozási rendszer kialakítása, ahol nem függ a település anyagi helyzetétől az ellátandók köre.

