

Kapocs

A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet folyóirata

VI. évf. 3. szám 2007. június

Fogyatékosellátó
civil szervezetekről

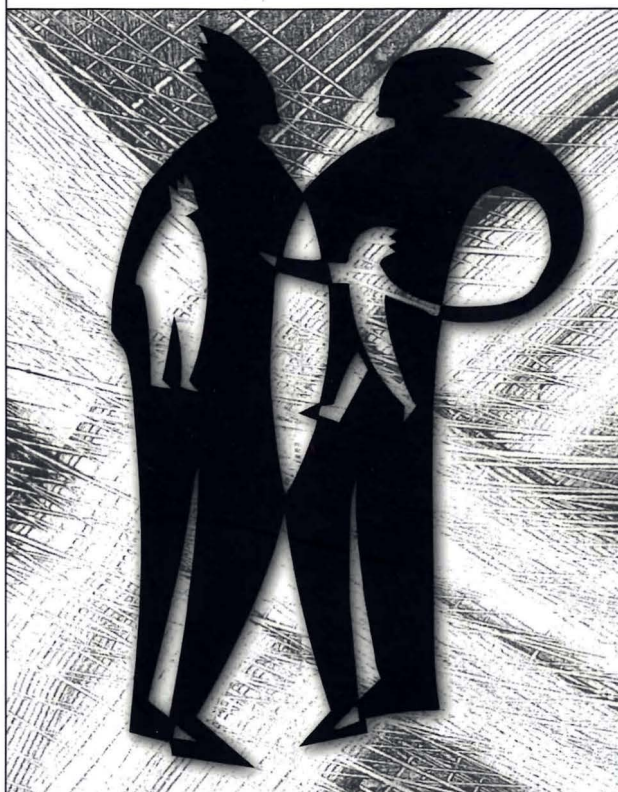
2

A „Ti hogyan csináljátok?”
projektről

22

Az idősgondozás
jó gyakorlatairól

24



A segítő beszélgetésről

33

Az USA-beli szociális munkáról

36

30

Rész Levente

Civil szervezésű fogyatékosellátás 2005-ben

- kutatási beszámoló

Alábbi tanulmány a Kézenfogva Alapítvány Civil Módszertani Központjának 2006. évi intézményfelmérésének eredményeit ismereti. A Kézenfogva Alapítvány 2006 áprilisában nyerte el az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium kinevezését „fogyatékos személyek ellátását biztosító, nem állami fenntartású szervezetek országos módszertani központjának” létrehozására. Az alapítvány elsősorban az értelmi, halmozottan fogyatékos és autista embereknek szociális szolgáltatást nyújtó civil szervezetek munkáját segíti. Alapítványunk módszertani munkájának egyik első feladata a szféra pontos felmérése volt. Mintánkban nem szerepel mindegyik fogyatékos-ellátást végző, vagy fogyatékos emberek számára szolgáltatást kínáló civil program; azokat a szervezeteket kerestük meg, melyek elsősorban *értelmi, halmozottan fogyatékos, illetve autista embereknek biztosítanak intézményi keretek között zajló szociális szolgáltatást*. A mintavétel során a későbbiekben még egy további, minimális szűkítéssel éltünk: a szociális intézményeket fenntartó szervezetek közül azokat választottuk ki, melyek szakosított ellátást (is) biztosítanak, azaz otthonot nyújtó bentlakásos, vagy fix kliens kört érintő mindennapos nappali ellátást kínálnak.

Fenti szempontok szerint a részletes adatfelvétel 57 szervezetet érintett, az ismereteink szerinti teljes kört. Ez a kör nem csak a civil szervezésű szociális ellátások, de a Magyarországon működő fogyatékos-ellátások tekintélyes részét is lefedi. A mintánkban szereplő fenntartók 152 intézményben 2505 fő számára biztosítottak állandó bentlakásos, vagy naponkénti (nappali) ellátást. (A gondozás eltérő jellege miatt nem számoljuk ide a támogató szolgálatok klienseit.) Az 57 intézmény 2005 évben 3 176 677 000 forint bevétellel, és 1026 munkatárssal látta el feladatait.

A felvett kérdőív – melyet Sümegi Endre készített – javarészből a szervezetek 2005 évi munkáját érintő működtetési, szervezeti és gazdasági kérdéseket tartalmazott – így

tanulmányunk irányultsága is ilyen: elsősorban szervezési és gazdasági témákat veszünk sorra.

Dolgozatunkban sokszor előfordul a *szervezet* és az *intézmény* fogalma. A „szervezet” általunk használt definíciója megegyezik a szociális igazgatást szabályzó törvények „nem állami fenntartó” fogalmával. Ezek azok a civil szervezetek – alapítványok, egyesületek, közhasznú társaságok –, amelyek a törvényben meghatározott módon fenntartják és ellenőrzik az intézmények működését. Intézmény alatt ugyancsak az 1993. évi III. törvényben meghatározott szervezeti szint, azaz az ellátást ténylegesen végző, működési engedéllyel, telephellyel, stábbal stb. rendelkező szolgáltatási egység értendő.

A vizsgált szervezetek és intézmények alapjellemei

Vizsgálatunkban 57 civil szervezet 152 intézményének működéséről kaptunk adatokat. A mintában szereplő szervezetek mindegyike olyan ellátó intézményeket működtet, melyek fogyatékkal élő embereknek nyújtanak szociális (a törvény betűje szerint: szociális *alap*-, vagy *szakosított*) ellátást. Legtöbb szervezet kizárólag ilyen intézményt vagy intézményeket tart fenn, de néhány esetben a fogyatékkal élőkön kívül más célcsoporttal (pl. idősök), illetve a szociális ellátáson túl más ellátási formával (pl. egészségügyi, oktatási szolgáltatásokkal) is találkoztunk, ezek a szervezetek azonban minden esetben fogyatékos- illetve szociális ellátást is végeztek, és részleteiben ezekről a szolgáltatásaikról tájékozódunk.

A 152 felmért intézmény intézménytípus szerinti megoszlását az 1. sz. táblázat mutatja.

1. sz. táblázat

A felmért intézmények megoszlása intézménytípus szerint

AZ INTÉZMÉNY PROFILJA	N (DB)	%
Szociális alapszolgáltatások		
Támogató szolgálat	32	21,1
Szakosított ellátások		
Ápoló-gondozó intézményi ellátás	13	8,6
Rehabilitációs intézményi ellátás	3	2,0
Nappali ellátás	34	22,4
Átmeneti intézményi ellátás	5	3,3
Lakóotthonos ellátás	44	28,9
Közösségi ellátás	1	0,7
Foglalkoztatási programok		
Védett foglalkoztatás	4	2,6
Támogatott (integrált) foglalkoztatás	2	1,3
Fejlesztő-felkészítő szociális foglalkoztatás	2	1,3
Egyéb szociális ellátások		
Szociális információs szolgálat	2	1,3
Egyéb speciális szociális intézmény	3	2,0
Oktatási intézmények		
Felnőttképzési központ	1	0,7
Képzési kötelezettek fejlesztő központja	1	0,7
Korai fejlesztő	2	1,3
Pedagógiai szakszolgálat	1	0,7
Egészségügyi intézmények		
Eü. ambuláns szolgáltatás	1	0,7
Jelzőrendszeres szolgálat	1	0,7
Összesen	152	100,0

A felmért intézményeken belül legnagyobb számban *lakóotthonokat* találtunk: a mintánkban szereplő intézmények közel 30%-a ezt az ellátási formát nyújtja. Ugyancsak gyakoriak a *támogató szolgálatok* (21,1%) és a *nappali ellátást nyújtó intézmények* is (22,4)%. Ez a három szolgáltatástípus a vizsgált intézmények majd háromnegyedét kiteve tehát a legjellemzőbb formája a hazai civil szervezésű fogyatékos-ellátásnak. Nagyszámú előfordulásuk miatt felmérésünk témáinak és szempontjainak sorravételénél külön tárgyaljuk majd ezeknek az intézményeknek a jellemzőit. Addig is célszerűnek látszik e három intézménytípus rövid bemutatása.

A *támogató szolgálat* a szociális alapellátások körébe tartozó ellátási forma. Elsődleges célja a fogyatékkal élő személyek saját környezetén belüli és saját életvitelében való segítése: azaz megfelelő támogatással épp a fogyatékos(ok) okozta hátrányokat igyekszik áthidalni/áthidalhatóvá tenni a segített személy mindennapjaiban és körülményeiben. Ennek formája a *személyi segítség*, amely szerteágazó segítőmunkát takar: a szállítástól, személyes kíséréstől kezdve a tanácsadó, információs feladatokon át, a klasszikus szociális esetkezelésig gyakorlatilag bármi a tárgya lehet, amely a fogyatékos személy gondozásában szükségesnek bizonyul. A támogató szolgálat egyrészt maga biztosít gondozást és akár napi segítséget, de ugyanilyen fontos a *közvetítő szerepe* is: egészségügyi ellátást, információt, segédeszközöket, munkalehetőséget, szakosított szociális ellátást szervez és közvetít – azaz bármilyen olyan szolgáltatást, amelyhez a fogyatékos személy nem fér hozzá, és amit a támogató szolgálat saját hatáskörében nem tud biztosítani. A támogató szolgálatok a legújabb szociális intézmények közé tartoznak – rendszerük az utóbbi három évben épült ki.

A *lakóotthonok* intézménye ennél jóval régebbi, első képviselői nem sokkal a rendszerváltás után jelentek meg. Fontos hivatkozási pont a lakóotthonok esetében a civil szervezettség: elmondható, hogy a lakóotthonos ellátás és a lakóotthonos segítőmunka hazai meghonosítói épp a civil szervezetek voltak. Az állami/önkormányzati fenntartású intézményeknél csak valamivel később, a 90-es évek második felében jelent meg a kiscsoportos otthonokban történő kisközösségi

ellátás gyakorlata. A lakóotthon – a legrövidebb megfogalmazás szerint – az önálló élet helye, ahol a korábbi nagyintézményi tömegellátással szemben kis létszámú gondozási egységekben, saját közegben, az egyénileg szükséges mértékű segítői jelenlét mellett hosszú távon élhet a fogyatékos ember. A gyakorlat, és a törvény betűje szerint a lakóotthonok olyan 8–14 fős, otthont adó intézmények, ahol szobánként egy vagy két, „az új életforma költségeinek viseléséhez elégséges jövedelemmel rendelkező”, illetve „folyamatos és tartós ápolást és felügyelet nem igénylő” fogyatékos ember él együtt. Életüket lakóotthonos segítők kísérik, mindennapi saját és közös tevékenységeiket a képességeik szerint mind önállóan maguk szervezik és végzik, ám minden helyzetben, amikor ezt igénylik, maguk mögött tudhatják a segítőket és az otthon támogatását. A lakóotthon az otthonnyújtáson túl ugyancsak komplex gondozómunkát kell, hogy nyújtson, a mindennapokban való segítség mellett lehetőség szerint átfogja és támogatja a lakó életének majd valamennyi területét – a munkavállalástól a hivatalos ügyek intézéséig. Ideális esetben mindez a kiscsoportos jellegből és a hosszú távon – akár élethosszon át – tartó gondozásból fakadóan családi, személyes jelleggel zajlik.

A *nappali intézmények* nevükhöz híven nappali – napi legkevesebb 6 óras – ellátást biztosítanak. Ez az ellátási forma javarészt a „munkahely” vagy az „iskola” társas lehetőségeinek a szervezett alternatívája azok számára, akik már nem iskoláztathatóak, ám a munkaerőpiacról állapotuknál fogva kiszorultak. Idősek, pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali intézményei mellett működnek fogyatékos személyek ellátást célzó nappali intézmények is – mintánkban ez az ellátási forma képviselteti magát. A nappali intézmények feladatai közé a produktív közösségi és szabadidős programok, ill. hangsúlyosan a foglalkoztatási programok szervezése, valamint a napközbeni étkezés biztosítása tartozik. A nappali intézmény emellett komplex gondozóhely is: az egyéni gyógypedagógiai fejlesztésen túl a mindnapi élet számos kérdésében is partnere az ellátottnak és családjának. A nappali ellátás – gyakori specializációja szerint ÉNO (értelmi fogyatékosok napközi otthona) – leggyakrabban családban élő, ám a (védett) munkaerőpiacról kiszoruló fogyatékos embereknek jelent ideális, hosszú távú gondozás lehetőséget.

A szervezetek és intézmények földrajzi eloszlása

A vizsgálatban szereplő 52 fenntartó és a 152 hozzájuk tartozó intézmény földrajzi eloszlásának vizsgálatához összehasonlításképpen segítségül vettük Magyarország népesedési adatait. A települések/megyék lélekszáma nem az egyetlen, de bizonyosan a legkézenfekvőbb támpont egy földrajzi tájegység szociális ellátottságának megítéléséhez, mivel a különböző fogyatékoságtípusok eloszlása nem mutat semmilyen területi specializációt: bármilyen populáción belül azonos arányokkal van jelen. Mintánkban nem szerepelnek az állami, önkormányzati fenntartású szociális szervezetek, így az alább ismertetett „szociális szolgáltatásokkal való ellátottság” csak a civil ellátásokra, ezen belül is, mintánk súlyozása szerint, a szakosított ellátásokat is biztosító civil szervezetekre értendő. Így előfordulhat, hogy egyes régiókban kevés civil szervezésű szociális szolgáltatást találunk, de ugyanitt megfelelő számban vannak jelen állami és önkormányzati szolgáltatások. Ami miatt mindez mégis kevésbé valószínű, az a fogyatékos-ellátó rendszer korábban kialakult centralizációja, jelesül, hogy az államszocializmus éveiben az ellátó intézmények (és különösen a bentlakást biztosító ellátó intézmények) a helyi igények figyelembevétele nélkül, tömbösítve jöttek létre. Mindettől függetlenül fontos hangsúlyoznunk: alábbi *mutatóink kizárólag a civil fogyatékos-ellátásra értendők.*

2. sz. táblázat - A fogyatékos-ellátást végző szervezetek és intézmények régiók és megyék szerinti eloszlása, a tájegység lélekszámával összevetve

Régiók és megyék szerinti eloszlás	Szervezetek		Intézmények		Népesedés *	
	N	%	N	%	N (ezer fő)	%
Közép-Magyarország	19	33,3	61	40,1	2824	27,85
Budapest	9	15,8	25	16,4	1719	16,95
Pest megye	10	17,5	37	24,3	1105	10,90
Közép-Dunántúl	4	7,0	10	6,6	1113	10,97
Fejér megye	1	1,8	4	2,6	428	4,22
Komárom-Esztergom megye	2	3,5	5	3,3	315	3,10
Veszprém megye	1	1,8	1	,7	369	3,63
Nyugat-Dunántúl	5	8,8	18	11,8	1004	9,90
Győr-Moson-Sopron megye	2	3,5	10	6,6	439	4,32
Vas megye	2	3,5	7	4,6	267	2,63
Zala megye	1	1,8	1	,7	297	2,92
Dél-Dunántúl	8	14,0	11	7,2	989	9,75
Baranya megye	5	8,8	6	3,9	404	3,98
Somogy megye	2	3,5	4	2,6	335	3,30
Tolna megye	1	1,8	1	,7	248	2,44
Észak-Magyarország	6	10,5	11	7,2	1288	12,70
Borsod-Abaúj-Zemplén	4	7,0	9	5,9	744	7,33
Heves megye	2	3,5	2	1,3	325	3,2
Nógrád megye					219	2,16
Észak-Alföld	6	10,5	12	7,9	1554	15,32
Hajdú-Bihar megye	3	5,3	12	7,9	551	5,43
Jász-Nagykun Szolnok					416	4,10
Szabolcs-Szatmár-Bereg	4	7,0	7	4,6	586	5,77
Dél-Alföld	9	15,8	28	18,4	1367	13,48
Bács-Kiskun megye	3	5,3	4	2,6	544	5,36
Békés megye	4	7,0	12	7,9	396	3,91

Csongrád megye	1	1,8	5	3,3	426	4,20
Összesen	57	100,0	152	100,0	10 140	100,0

* Forrás: KSH, A Területfejlesztési statisztikai kistérségek adatai, a 2004. január 1-jei területbeosztás alapján

Táblázatunkat értelmezendő, célszerű a megyék és régiók lélekszámát rögzítő százalékos adatokat összevetnünk a szervezetek, és különösen az intézmények eloszlásszámaival.

Budapest és Pest megye – azaz a közép-magyarországi régió – adatait nézve rögtön érdekes összefüggésre bukkanhatunk. A szervezetek és különösen az intézmények jelenléte magasan felülreprezentált: a magyar lakosság 27,8%-ára jut az intézmények 40%-a. Ha ugyanezt az összefüggést a szervezetek számával vizsgáljuk, jóval kisebb eltérést tapasztalunk, a lakosság 27,8%-ára szervezetek 33,3%-a jut, ami alig több mint 5 százalékpontos eltérést jelent. Mindebből rögtön kitűnik, hogy a budapesti és Pest megyei szervezetek jellemzően nagy, azaz több intézményt is működtető fenntartók. Ennél érdekesebb tanulság, hogy az intézmények nagyobb része nem Budapesten (16,4%), hanem Pest megyében van (24,3%). A főváros „vízfejűsége” esetünkben tehát nem, illetve csak némi kiegészítéssel igaz. A Pest megyei intézmények jelentős része eredetileg fővárosi kezdeményezésre, és sokszor fővárosi kliensekkel kezdte meg működését. A bentlakásos intézmények – és különösen a *lakóotthonok* – agglomerációba való telepítése bevett gyakorlat, lévén ennek az intézménytípusnak – a fővároshoz való közelségük, de kisebb léptékük révén – ideálisak az agglomerációs kistelepülések.

A közép-magyarországihoz hasonló felülreprezentációt még Nyugat-Dunántúlon és Dél-Alföldön találunk, mindkét térségben meghaladja az intézmények országoshoz viszonyított aránya a lakosság országoshoz viszonyított arányát. A további országrészekben a szociális szolgáltatásokkal való ellátottság aránya a lakosság számarányához képest egyértelműen alulreprezentált. Legérdekesebb ebből a szempontból Dél-Dunántúl: itt a szervezetek arányszáma magas, az intézményeké

azonban relatíve alacsony: azaz látható módon ezek a szervezetek kevés (fenntartónként többnyire egy) intézményt működtetnek.

A szolgáltatások településtípusonként való vizsgálata meglehetősen egyértelmű képet mutat. A szervezetek négyötöde (82,4%), illetve az intézmények szinte ezrelék pontosan ekkora hányada (82,3%) valamilyen városban működik. A fővárosi fenntartók az ismertetett módon jellemzően több intézményt is működtető szervezetek, így az intézmények arányszáma itt meghaladja a szervezetek arányszámát – a további településtípusoknál a két érték körülbelül megegyezik. Az összefoglalás kézenfekvő: a szociális szolgáltatás jellemző módon városi jelenség.

3. sz. táblázat

A szervezetek és intézmények eloszlása településtípusok szerint

Településtípus szerinti megoszlás	Szervezetek		Intézmények	
	N	%	N	%
Főváros	8	14,0	28	18,4
Megyei jogú város	19	33,3	46	30,3
Város	20	35,1	51	33,6
Nagyközség	2	3,5	10	6,6
Község	8	14,0	17	11,2
Összesen	57	100,0	152	100,0

A vizsgált intézmények fenntartó szerinti jellemzői

A vizsgált szervezetek nagyobbik része (67,9%) nem csak egy, hanem több intézményt is működtetett. A több intézmény nem minden esetben jelent *többféle* intézményt – sokszor, illetve bizonyos intézménytípusok esetében jellemzően – egyféle intézményből működik több is az anyaszervezet fenntartásában. Annak ellenére, hogy valamivel gyakoribbak a több intézményt is működtető szervezetek, a fenntartók intézményszám szerinti megoszlásában legnagyobb az egyintézményes szervezetek csoportja. Ezt követik a 2 intézményes szervezetek (21,1%) a 3, vagy 4 intézményt működtető közepes-nagy szervezetek összevont csoportja közösen jelennek meg ugyanekkora gyakorisággal. A legalább 5 intézményt fenntartó nagy szervezetek mintánkban alig több, mint 15%-át teszik ki – ezen belül egy szervezet 9, egy másik pedig 13 intézménnyel látta el feladatát.

4. sz. táblázat

A szervezetek megoszlása a fenntartott intézmények száma, és típusa szerint

Hány intézményt működtet a fenntartó szervezet?	N (szervezet, db)	%
1 intézményt	24	42,1
2 intézményt	12	21,1
3 vagy 4 intézményt	12	21,1
5 vagy 6 intézményt	5	8,8
7, vagy annál több intézményt	4	7,0
Összesen	57	100,0

Hányféle intézményt működtet a szervezet?	N (szervezet, db)	%
1 féle intézményt	27	47,4
2 féle intézményt	12	21,1
3 féle intézményt	7	12,3
4 féle intézményt	7	12,3
5 féle intézményt	2	3,5
Több mint 6 félért	2	3,6
Összesen	57	100,0

Érdekes megvizsgálnunk a különböző nagyságú szervezetek (nagyság alatt a fenntartott intézmények számát értve) földrajzi eloszlását. 5. számú táblázatunk jobb oldali összesítő mezeje mutatja a különböző intézményszámú fenntartók teljes eloszlását – ahogy azt az előbbieken már ismertettük. A különböző szervezetenagyságok régiókénti eloszlása ehhez viszonyítandó.

Rögtön kitűnik, hogy a nagyobb (sokintézményes) fenntartók az ország ún. „fejlettebb”, vagy gazdaságilag jobban prosperáló régióiban, azaz Közép-Magyarországon (Budapest és Pest megye), illetve Nyugat-Dunántúlon (Győr-Moson-Sopron, Vas és Zala megye) felülreprezentáltak, azaz az országos átlagnál magasabb arányban vannak jelen. A dél-alföldi régióban a fenti két országrészhez hasonlóan alulreprezentáltak az egyintézményes, és az átlagosnál gyakoribbak a sokintézményes nagy szervezetek. A gazdaságilag elmaradottabb országrészként számon tartott észak-magyarországi, illetve dél-dunántúli régióban ezzel szemben szembeötlő az egyintézményes szervezetek nagy aránya, illetve a nagy szervezetek teljes hiánya. Egyenlőségjelet tennünk az országrész gazdasági pozíciója és a régió civil szervezeteinek nagysága között természetesen nem lehet. Annyi viszont bizonyos, hogy a szociális ellátást végző civil szervezetek hosszú évek alatt,

intézményről-intézményre „növekednek”, és mint minden hasonló szervezeti gyarapodás esetén, a legnagyobb pozícióbéli különbség az egy és két egység léptéke között van. Minderre a szervezetek gazdasági mutatóinak ismeretese során még részletesen vissza kívánunk térni.

5. sz. táblázat

A szervezetek intézményszám szerinti megoszlása a székhely földrajzi helye alapján

Hány intézményt működtet a szervezet?		Székhelye régió szerint							Össz
		Közép-M.o.	Közép-Dunántúl	Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	Észak-M.o.	Észak-Alföld	Dél-Alföld	
1 intézményt	N	7	1	2	5	4	2	3	24
	%	36,8%	25,0%	40,0%	62,5%	66,7%	33,3%	33,3%	42,1%
2 intézményt	N	3	1	1	3		2	2	12
	%	15,8%	25,0%	20,0%	37,5%		33,3%	22,2%	21,1%
3 vagy 4 intézményt	N	5	2			2	2	1	12
	%	26,3%	50,0%			33,3%	33,3%	11,1%	21,1%
5 vagy 6 intézményt	N	2		1				2	5
	%	10,5%		20,0%				22,2%	8,8%
7, vagy annál több intézményt	N	2		1				1	4
	%	10,5%		20,0%				11,1%	7,0%
Összesen	N	19	4	5	8	6	6	9	57
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hogyan alakult a három leggyakoribb intézménytípus fenntartás szerinti megoszlása? A lakóotthonok viszonylag nagy hányadára jellemző a *specializált működésmód*, azaz, hogy a fenntartó szervezet csak egy intézményt – egy lakóotthont – működtet, illetve ha több intézmény is működik az anyaszervezet fenntartásában, akkor azok jellemző módon további lakóotthonok. (A lakóotthonok 25%-a volt egyedüli intézménye a fenntartó szervezetnek, 20,5%-uknál még egy, 22,7%-uknál pedig legfeljebb 4 intézményt működtetett a fenntartó civil szervezet.)

A támogató szolgálatoknál épp ellenkező tendenciát ismerhettünk fel: ez az ellátási forma jellemzően más szociális szolgáltatások mellett jelent meg, mint harmadik, negyedik vagy ötödik intézmény és szolgáltatás. Mintákon belül legnagyobb arányban a 7-nél több intézményt fenntartó szervezeteknél találtunk támogató szolgálatokat (31,3%), illetve a támogató szolgálatok további 28-28%-a tartozott a 3-4, illetve 5-6 intézményes fenntartókhoz. Ez a tendencia nemcsak az intézmények számában, hanem az egy szervezethez tartozó intézmények típus szerinti megoszlásában is megjelenik: a támogató szolgálatokat működtető szervezetek legnagyobb arányban (43,8%) négyféle szolgáltatást is biztosítottak. A kumulált számot nézve még egyértelműbb ez a tendencia – a támogató szolgálatot fenntartó szervezetek 93,7%-a rendelkezett legalább még egy féle ellátással. Ugyanez a lakóotthonos munkát végző szervezeteknél mindössze 56,8% – azaz a lakóotthonokat működtető szervezetek 43,2%-a *kizárólag* lakóotthonos munkát végzett.

Ha specializációról nem beszélhetünk is, érdekes tendencia a támogató szolgálatokat (is) működtető szervezetek körében, hogy gyakran nem csak egy, hanem *több* ilyen szolgálatot is működtetnek párhuzamosan. Ez különösen vidéken jellemző, itt gyakran találkozunk olyan szervezetekkel, amelyek 2-3-4 stb. támogató szolgálattal egy egész kistérsége ellátását lefedték.

A nappali intézmények szervezeti háttere nem mutat a fentiekhez hasonló, megkülönböztethető vonásokat: hasonló arányban jellemző, hogy a nappali ellátások háttérszervezete csak magát a napközit, vagy mellette legfeljebb egy-két intézményt tart fent, mint a kiterjedt, 5-6-7, vagy annál is több szolgáltatást működtető fenntartó.

6. sz. táblázat

A fenntartó szervezetek intézményszám és intézménytípus szerinti eloszlása

Összesen hány intézményt működtet a fenntartó szervezet?		Az intézmények típusa		
		Támogató szolgálat	Nappali ellátás	Lakóotthon
1 intézményt	N		8	11
	%		23,5%	25,0%
2 intézményt	N	4	7	9
	%	12,5%	20,6%	20,5%
3 vagy 4 intézményt	N	9	7	10
	%	28,1%	20,6%	22,7%
5 vagy 6 intézményt	N	9	4	9
	%	28,1%	11,8%	20,5%
7, vagy annál több intézményt	N	10	8	5
	%	31,3%	23,5%	11,4%
Összesen	N	32	34	44
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Hányféle (hány típusú) intézményt működtet a szervezet?		Az intézmények típusa		
		Támogató szolgálat	Nappali ellátás	Lakóotthon
1 féle intézményt	N	2	7	19
	%	6,3%	20,6%	43,2%
2 féle intézményt	N	5	8	9
	%	15,6%	23,5%	20,5%
3 féle intézményt	N	7	4	6
	%	21,9%	11,8%	13,6%
4 féle intézményt	N	14	7	3
	%	43,8%	20,6%	6,8%
5 féle intézményt	N	2	4	3
	%	6,3%	11,8%	6,8%
6 féle intézményt	N	1	2	1
	%	3,1%	5,9%	2,3%

9 féle intézményt	N	1	2	3
	%	3,1%	5,9%	6,8%
Összesen	N	32	34	44
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Az ellátottak száma és összetétele

A vizsgált 152 intézményben összesen 2505 fogyatékos személyt gondoztak vizsgálatunk évében. Ez a szám az *állandó gondozottakat*, azaz a bentlakásos ellátásokban, illetve a nappali ellátásban résztvevőket jelenti, a támogató szolgálatok kb. ugyanennyi embert látnak el, ám nem folyamatos, hanem rövidebb és/vagy eseti segítségnyújtással. (Legtöbb támogató szolgálat éppen erre, illetve az óraszám alapú elszámolásra való tekintettel, érthető módon nem jelölt meg pontos kliensszámot. Mindezek miatt most következő mutatóinkat is a támogató szolgálatok kihagyásával ismertetjük.)

A szervezetek és intézmények ellátottszáma már az intézmények jellege és szervezetenkénti összetétele miatt is sokféle. Az intézmények (állandó) kliensszáma 3 és 100 fő között mozog; az átlagos gondozottság 23 fő. Szervezeti szinten ugyanezt nézve a legkisebb ellátotti szám 6, a legnagyobb pedig 238 fő volt, s fenntartóink átlagosan 45 fő gondozását végezték. Ez az elsőre nagynak látszó „létszám” az átlagos intézményszám tekintetében (fenntartónként 4,6 intézmény) akár még kicsinek is tűnhet.

Az ellátottak számának összehasonlítása elsőként intézményi szinten érdekes – szervezeteknél ez a szám leginkább a fenntartó intézményszámát tükrözi. Az intézmények nyers ellátottszáma sem különösebben informatív – minthogy az egyes intézménytípusok eleve sejtetnek bizonyos létszámkorlátot, pl. a mintánkban nagy elemszámmal előforduló lakóotthonok jellemzően legfeljebb 12-14 fő ellátást végzik. Intézménytípusonként viszont már hasznos az összevetés, melyet alábbiakban a jellemzőbb intézményfajták körében teszünk meg (7. sz. táblázat).

7. sz. táblázat

A különböző intézmények ellátottszáma intézménytípus szerinti megoszlásban

Az intézmény ellátottainak száma		Intézménytípusok				
		Ápoló-gondozó intézményi ellátás	Rehabilitáci ós intézményi ellátás	Nappali ellátás	Átmeneti intézményi ellátás	Lakóotthono s ellátás
Legfeljebb 10 fő	N	1		3	2	23
	%	7,7%		8,8%	40,0%	60,5%
11–20 fő	N	2		12		15
	%	15,4%		35,3%		39,5%
21–30 fő	N	5	2	5	2	
	%	38,5%	66,7%	14,7%	40,0%	
31–40 fő	N			8		
	%			23,5%		
41–50 fő	N	2		5	1	
	%	15,4%		14,7%	20,0%	
51–60 fő	N	1	1	1		
	%	7,7%	33,3%	2,9%		
Több mint 61 fő	N	2				
	%	15,4%				
Összesen	N	13	3	34	5	38
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Táblánkon visszaköszön a lakóotthonokról elmondott 12-14 fős, törvényben szereplő limit, így ezek az intézmények kizárólag 20 fő alatti létszámmal működtek. Ezen belül jellemzőbb (60,5%) a 10 főt sem meghaladó lakószám, ami az egészen kisléptékű, családi otthonok nagyobb gyakoriságát jelzi. A többi intézménytípus esetében nagyon nagy szóródást látunk, mind a bentlakásos intézmények, mind a

nappali ellátások körében egyaránt találunk kis és nagy egységekben működő programokat. A későbbiekben tárgyaljuk majd, de itt is elmondható, hogy a kisebb lépték, ha nem is minden esetben, de *jellege szerint* pozitív minőségmutató. Az egyéni fejlesztő és gondozó munka jellemzően jobban érvényesül a kiscsoportos ellátásban, de maga a közösségi élet is – mely minden fogyatékos ellátó intézménynek és programnak hangsúlyos eleme – természetesebb, és jobban birtokba vehető egy átlátható nagyságú közösségben. Hasonlóképpen elmondható, hogy a civil szervezésű fogyatékos-ellátás *igénye* is pont ennek a minőségnek a mentén alakult ki, azzal a céllal, hogy a nagyintézményi ellátást emberi léptékű, közösségi modellben zajló, kliensközpontú szolgáltatásokkal váltsa fel. Fontos hangsúlyozni, hogy mindezeknek az intézményméret csak az *egyik* körülménye; és természetesen nem állítjuk, hogy a nagyobb intézményekben rosszabb munka zajlana. Annyi viszont bizonyos, hogy a civil szektor szakmaisága, és a fejlődés iránya a „nagyból” a „kicsi” felé mutat. Ennek persze kényszerű ellenpontja a fenntarthatóság, amely a nagyobb lépték esetén a racionálisabb, minden fenntartónknak és minden intézménynek állandó kérdése és feladata ennek a két szempontnak az összehangolása.

Számainkra visszatérve: az átmeneti ellátásban jellemzőbbnek mutatkozott az egészen kisszámú, maximum 10 fős működés (40%), illetve a még szintén közösségi jellegű 21–30 fős lépték (40%); mindössze egy intézmény dolgozott 41–50 fő közé eső kliensszámmal. A mintánkba kis számmal kerülő rehabilitációs intézmények körében is a kisebb ellátotti kör (21–30 fő) volt a jellemző – amely pl. az állami fenntartású rehabilitációs intézményekhez viszonyítva kifejezetten kisközösségi arculatot mutat.

Az ápoló-gondozó intézmények nagyobb része (61,6%) 30 fősnél nem volt nagyobb; bő egyharmadukban viszont 41 fő feletti az átlagos létszám. Legnagyobb szóródást a nappali ellátások mutattak: nagyban (44,1%) jellemző a családias, 20 fő alatti létszám, de mérhetőek a 41 főt meghaladó (17,6%), és gyakoriak a közepesen nagy, 20–40 fős napközis is (38,2%).

Az intézmények ellátottainak a fogyatékoság típusa szerinti összetételére csak közvetett adatunk van, aszerint, hogy a vizsgálatban szereplő intézmények általánosságban milyen típusú fogyatékosággal élő ellátottakkal dolgoznak. Ez

jellemzően nem egy, hanem többféle fogyatékos-csoport gondozását jelenti: az ellátó intézmények célcsoportja legnagyobb részét 5-8 féle fogyatékoságtípust is felölel, mintánkban mindössze 12,5%-ban jelölt meg a szervezet egy- vagy kétféle, 10,5% pedig 3 illetve 4 féle fogyatékoságtípus ellátását.

Az intézmények célcsoportjába jellemzően értelmi sérültek, ezen belül is középsúlyosan értelmi fogyatékos emberek tartoztak; az intézmények 77%-a jelölte meg ezt a fogyatékos-csoportot ellátotti körén belül. Az enyhén és súlyosan értelmi fogyatékos emberek ellátása kisebb arányban, 55,1 ill. 47,2%-ban volt jellemző az intézményekre, halmozottan fogyatékos emberekkel pedig mindössze 26,8%-uk dolgozott.

A második leggyakoribb gondozási terület a mozgássérült emberek, illetve az érzékszervi fogyatékosággal élők ellátása volt, ez az intézmények 67,7, illetve 60,6%-ára volt jellemző. Autistákkal az intézmények 42,5%-a, pszichiátriai betegekkel 37%-a foglalkozott. Gyakori volt még a beszéd fogyatékosok reprezentációja (40,2%) is az intézmények körében.

A szervezetek humán erőforrásai

A munkatársak nem és életkor szerinti megoszlása

A *nem szerinti megoszlás* csak szervezeti szinten áll rendelkezésünkre, így azt, hogy a különböző intézménytípusokban milyen a férfi és női munkatársak aránya, sajnos ehelyütt nem tudjuk ismertetni. Általánosságban viszont elmondható, hogy a férfii dolgozók stábokon belüli aránya jellemzően alacsony: a szervezetek több mint felénél (56,1%) a foglalkoztattak 20%-át sem éri el, a minta további 1/3-ában (31,6%) pedig a dolgozói kör 20–40%-át teszik ki. A humán foglalkozások nagy részében – így pl. a pedagógusok körében, vagy épp a segítő szakmában – régóta és közhelyszerűen a szakma „elnőiesedéséről” beszélhetünk. Ez sokáig a szociális ellátás területén is így volt, a szociális munka felsőfokú képzésével és a rendszerváltás után kialakuló új intézményi struktúra megjelenésével azonban javulásnak indult a fenti tendencia. Ettől

függetlenül az ápoló-gondozó tevékenységek, és maga a fogyatékos-ellátás még mindig jellemzően női munkaterület. Most közölt számaink évek múltán lesznek különösen érdekesek, megfigyelve, hogy mennyit változik a férfiak jelenléte ezen a területen.

A stábok férfi/nő összetételének az aránya máskülönben nem mutat semmilyen specifikációt a különböző nagyságú és különböző országrészekben működő szervezetek megoszlása szerint, és nem korrelál egyéb dimenziókkal (pl. szakképzettek aránya) sem. A férfi munkatársak gyakorisága egyetlen paraméter mentén volt hajlékony: a fővárosban és a megyeszékhelyeken működő szervezetek körében némiképp gyakoribb volt a férfi munkaerő nagyobb arányú alkalmazása – ám mivel mintánk eleve ebbe az irányba bővül, messzemenő következtetések levonására ez a dimenzió sem alkalmas.

8. sz. táblázat

A férfi dolgozók stábon belüli arányának megoszlása a vizsgált szervezetek körében

A férfi dolgozók stábon belüli aránya	N	%
Kevesebb, mint 20%	32	56,1
20 és 40% között	18	31,6
40 és 60% között	2	3,5
60 és 80% között	1	1,8
Több mint 80%	1	1,8
Összesen	54	94,7
Nincs adat	3	5,3
Mindösszesen	57	100,0

A munkatársak *életkor szerinti megoszlásában* (ld. 9. sz. táblázat) az aktív korúak közötti eloszlás relatíve egyenletes, azaz hasonló arányokkal, a minta megközelítőleg egy-egy negyedét lefedve képviselteti magát a 30-asok, a 40-esek és az 50-esek csoportja. Érdekes tendencia, hogy a férfi dolgozók a dekádonkénti korosztályi

csoportokban egyre kisebb arányban lelhetőek fel. Ez egybevág fenti állításunkkal, miszerint a férfiak jelenléte a segítő szakmában viszonylag új keletű, így a fogyatékos-ellátásban dolgozó férfiak a fiatalabb - tehát rendszerváltás után képesített – korosztályokból, jellemzően (majd’ 2/3-részben) a 20 és 40 év közötti életkori csoportokból kerülnek ki.

9. sz. táblázat

A mintában szereplő munkatársak nem és életkor szerinti megoszlása

A munkatársak életkor szerinti megoszlása	nem	N (fő)	%	
20 év alatti munkatársak	ffi	1	0,01	0,01
	nő	0	0,0	
20-30 év közötti munkatársak	ffi	55	6,3	23,9
	nő	154	17,6	
30-40 év közötti munkatársak	ffi	55	6,3	28,2
	nő	192	21,9	
40-50 év közötti munkatársak	ffi	34	3,9	25,8
	nő	192	21,9	
50-60 év közötti munkatársak	ffi	21	2,4	18,2
	nő	138	15,8	
60 év feletti munkatársak	ffi	5	0,05	2,95
	nő	26	2,9	
Összesen		873*	100	

** A mintánkban összesen 1026 munkatársról számoltak be a megkérdezett szervezetek, a fenti táblán csak azok a dolgozók szerepelnek, akikről életkori adatokat is közöltek a kitöltők.*

Szakképzettség

A férfi és női munkatársak szakképzettségét összehasonlítva egybevágó eloszlást találtunk: a férfiak 35, a nők 38%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel, középfokú szakképesítéssel a férfiak 56, a nők 54%-a bírt, a szakképzetlenek aránya pedig 9, ill. 8% volt. Ennek alapján tehát a szociális ellátást végző szervezetek általános szakképzettségi megoszlása a következő: a munkatársak több mint fele középfokú végzettségű, valamivel több, mint egyharmada felsőfokú képesítéssel rendelkezik, alig 10%-uk pedig szakképzetlen. Ez az eloszlási arány megfelel a szociális törvénykezés előírásának – a szakosított intézményekben ugyanis a dolgozók 80%-ának kell szakképesítettnek lennie: mintánkban ez az arány a 90%-ot is meghaladja. A megoszlás természetesen intézményenként, de még fenntartónként is változó. Ennek okai – az intézmények esetében – magukban az intézménytípusokban és azok szakmai követelményeiben keresendők: mind a törvény képzettségi előírásai, mind a különböző szolgáltatások tényleges szakmai gyakorlata más-más arányban kíván magasan vagy középfokon professzionizált munkaerőt. Alábbi összehasonlításainkban a két szélsőérték – a felsőfokú végzettségűek, illetve a szakképzetlenek stábon belüli arányával kísérjük meg összevetni az intézményeket, illetve a szervezeteket.

10. sz. táblázat

A felsőfokú végzettségűek aránya a teljes dolgozói létszámon belül

A felsőfokú végzettségűek aránya a dolgozói létszámon belül	Szervezetek körében		Intézmények körében	
	N	%	N	%
Kevesebb, mint 20%	6	10,9	19	15,8
20 és 40% között	26	47,3	42	35,0
40 és 60% között	13	23,6	34	28,3
60 és 80% között	9	16,4	15	12,5
80% felett	1	1,8	10	8,3
Összesen	55	100,0	120	100,0

A felsőfokú dolgozók teljes mintán belüli aránya ~36%. Ez a szervezetek közel felénél (47,3%) megközelítőleg ugyanilyen arányban (20-és 40%-között) jellemző. A szervezetek összesen 41,8%-ában a felsőfokú végzettségű szakemberek aránya

felülreprezentált, tehát a teljes dolgozói körben 40% feletti. Ha ugyanezt az intézmények viszonylatában nézzük, a legfelsőbb szegmens, azaz a főiskolát/egyetemet végzettek stábon belüli túlsúlya (60%-nál magasabb jelenléte) még gyakoribb (20,8%).

A szakképzetlenek aránya ezzel szemben mind a szervezetek, mind az intézmények körében jól megjeleníti az összes, kutatásunkban megjelenő alkalmazott által felrajzolt arányszámot. A teljes dolgozói minta alig 10%-a volt szakképzetlen, ennek megfelelően mindkét elemzési szintünkön 80%-osnál gyakoribb ez a stábon belüli előfordulási arány.

11. sz. táblázat

A szakképzetlen munkatársak aránya a teljes dolgozói körön belül

A szakképzetlenek aránya a dolgozói létszámon belül	Szervezetek körében		Intézmények körében	
	N	%	N	%
Kevesebb mint 20%	45	81,8	97	82,2
20 és 40% között	7	12,7	15	12,7
40 és 60% között	3	5,5	5	4,2
60 és 80% között	0	0,0	1	,8
Több mint 80%	0	0,0	0	0,0
Összesen	55	100,0	118	100,0

Melyek azok az intézmények és szervezetek, ahol felülreprezentált a diplomások megjelenése? A 12. sz. táblázatban a mintánkban gyakrabban előforduló intézménytípusok szerint láthatjuk a diplomás dolgozók arányát. Egyes, a táblázaton nem szereplő intézménytípusoknál – mint a korai fejlesztő, vagy a pedagógiai szakszolgálat esetében – a szolgáltatás jellege szerint magas vagy kizárólagos a diplomás szakmunka előfordulása: ezek helyett elsősorban a szakosított szociális ellátást nyújtó intézményekre voltunk kíváncsiak.

12. sz. táblázat

A felsőfokú végzettségűek stábon belüli aránya a gyakoribb intézménytípusokon belül

Az intézmény profilja		A felsőfokú végzettségűek aránya a dolgozói létszámon belül					Összesen
		20% alatt	20–40%	40–60%	60–80%	80% felett	
Támogató szolgálat	N	2	11	6	1		20
	%	10,0%	55,0%	30,0%	5,0%		100,0%
Ápoló-gondozó intézményi ellátás	N	5	4	1			10
	%	50,0%	40,0%	10,0%			100,0%
Rehabilitációs intézményi ellátás	N	1	1				2
	%	50,0%	50,0%				100,0%
Nappali ellátás	N	4	10	8	7	3	32
	%	12,5%	31,3%	25,0%	21,9%	9,4%	100,0%
Átmeneti intézményi ellátás	N	1		1		2	4
	%	25,0%		25,0%		50,0%	100,0%
Lakóotthonos ellátás	N	4	12	12	5	2	35
	%	11,4%	34,3%	34,3%	14,3%	5,7%	100,0%
Védett foglalkoztatás	N	1	1	1			3
	%	33,3%	33,3%	33,3%			100,0%
Fejlesztő-felkészítő szociális foglalkoztatás	N		1	1			2
	%		50,0%	50,0%			100,0%
Támogatott foglalkoztatás	N				1	1	2
	%				50,0%	50%	100%

Mint azt az eddigiekben tárgyaltuk, a megkérdezett szervezetek teljes mintájában egyharmad körüli volt a diplomás alkalmazottak száma, ami táblázatunkban a „20–40%-os” előfordulási oszlopnak felel meg. A lakóotthonok összesen több mint felében (54,3%) magasabb (azaz 40% feletti) a felsőfokú végzettségűek stábon belüli aránya, ill. hasonló arányban (56,3%) találunk a nappali ellátó intézmények között is ilyen munkahelyeket. A két intézménytípusban valószínű eltérő a kvalifikált munkaerő összetétele: a nappali ellátásban elsősorban a gyógypedagógiai fejlesztő munka, a lakóotthonokban pedig a szociális munka igénye szerint alkalmaznak diplomás szakembereket. A támogató szolgálatok között ritkábban, mindössze az intézmények 35%-ában találunk 40%-nál nagyobb arányú diplomás szakembert a munkahelyeken. Meglepetést elsősorban mégis a rehabilitációs, ill. az ápoló-gondozó intézmények jelentenek, különösen az utóbbi, lévén a mintánkban szereplő két rehabilitációs intézmény esetében az alacsony elemszám miatt nem vonhatunk le messzemenő következtetéseket. (Fontos: mind a rehabilitációs, mind az ápoló-gondozó lakóotthonok a *lakóotthon-csoporton* belül kerültek közlésre.)

Az ápoló-gondozó intézetek mindössze 10%-ában haladja meg a diplomások aránya a 40%-ot, az intézmények 50%-ban pedig a stáb 1/5-ét sem teszik ki a felsőfokú végzettségű munkatársak. Ez azért is különös, mert az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet szakmai létszámnormákat tartalmazó, 2. sz. melléklete szerint nem tér jelentősen el a különböző bentlakásos intézmények stábösszetétele, illetve éppen az ápoló-gondozó intézmények esetében találjuk a specializáltabb munkaerőigényeket, melyek praktikusán több diplomás munkatársat feltételeznek. A különösnek tűnő eloszlás okára az ellátottak számára tekintve kaphatunk magyarázatot: az ápoló gondozó intézmények 10,5%-ában 31 és 50 fő, 27,3%-ában pedig 51 és 100 fő közötti az ellátottak száma, a nagy ellátotti szám pedig elsősorban a középszintű alkalmazotti kör bővítését, azaz minél több ápoló-gondozó alkalmazását igényli.

A foglalkoztatást végző intézmények között az integrált, ún. támogatott foglalkoztatást végző programoknál találtunk különösen magas arányszámban diplomásokat – mely a fenti programok jellegéből fakadóan meg is felel előzetes elképzelésünknek.

A diplomások stábon belüli arányát az intézmények földrajzi eloszlásával összevetve jelentős különbségeket nem találtunk – ennek oka valószínű a stábösszetételek minden esetben azonos és érvényes jogszabályi meghatározottsága. Kis eltéréseket viszont megfigyelhettünk: jelentősen magas, azaz a stáb 60%-át meghaladó diplomás reprezentációt nagyobb számban két területen: Közép-Magyarországon (az itteni intézmények 28,9%-volt ilyen) és Észak-Alföldön (33,3%) találtunk.

A munkatársak és az ellátottak aránya

A dolgozók összetételének vizsgálata mellett talán legfontosabb kérdés az alkalmazottak *kliensszám szerinti* megoszlása, azaz annak áttekintése, hogy a különböző intézményeknél és szervezeteknél hány ellátott jut egy munkatársra. Ezt az arányszámot semmiképp sem önmagában kell vizsgálnunk: a munkatársak kliensekhez viszonyított száma – vagy ebben az összefüggésben „sűrűsége” – eltér a gondozás típusa szerint a különböző intézményeknél. Több munkatársra van szükség a bentlakás intézményekben, mint a nappali ellátás vagy a támogató szolgálat esetében. Ezen belül is több munkatársra van szükség a 24 órás ügyeletet biztosító otthonokban, mint a támogató ügyelettel működő lakóotthonban, és így tovább. A nyers összevetés tehát megtévesztő, ennek ellenére itt is igaz, hogy a segítők nagyobb száma – elviekben – minőségi tényező. (Minőségindikátorként ennek ellenére csak egy esetben – s ott is alapos indoklással – fogjuk használni ezt a mutatót.)

13. sz. táblázat

Az egy kollégára jutó átlagos ellátottság az intézmények körében

Az egy munkatársra jutó átlagos ellátottság	N (intézmény)	%
Több kollégára jut egy ellátott	5	4,8
1-2 ellátott	35	33,3
2-3 ellátott	18	17,1
3-4 ellátott	16	15,2
Több mint 4 ellátott	31	29,5
Összesen	105	100,0

A fenti eloszlástábla alapján látható, hogy legjellemzőbben – a válaszadó intézmények kerek egyharmadában – 1-2 fő gondozott „jut” egy munkatársra. Hasonló aránnyal: 17,1 illetve 15,2%-kal jelenik meg a 2-3, és 3-4 fős dolgozónkénti ellátottság, illetve majdnem egyharmados 4-nél több ellátottra jutó munkatárs „sűrűség”.

14. sz. táblázat

Az egy munkatársra jutó ellátottak átlagos száma a különböző intézménytípusokban

Az egy munkatársra jutó ellátottak száma		Intézménytípusok				
		Ápoló-gondozó intézményi ellátás	Rehabilitációs intézményi ellátás	Nappali ellátás	Átmeneti intézményi ellátás	Lakóotthonos ellátás
Több kollégára jut egy ellátott	N			1		4
	%			3,0%		11,1%
1-2 ellátott	N	7	1	3	1	21
	%	63,6%	50,0%	9,1%	25,0%	58,3%
2-3 ellátott	N	4	1	6		5
	%	36,4%	50,0%	18,2%		13,9%
3-4 ellátott	N			8	1	4
	%			24,2%	25,0%	11,1%
Több mint 4 ellátott	N			15	2	2
	%			45,5%	50,0%	5,6%
Összesen	N	11	2	33	4	36
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az egy dolgozóra jutó ellátottak átlagos száma szerencsés mutató abban a tekintetben, hogy független az ellátottak összlétszámától vagy az intézmény nagyságától: módot ad arra, hogy összehasonlítsuk, hogy egy ellátási formát milyen kondíciókkal tud két különböző szervezet, ill. intézmény biztosítani. Az ellátástípus két intézményfajtánál, az átmeneti és a rehabilitációs intézményeknél meghatározónak tűnik a vizsgált szempont tekintetében – itt nagyban hasonló a gondozottak/gondozók aránya: a fenntartóink jellemzően hasonló módon, 1-2, vagy 2-3 kliensenként egy munkatárssal biztosítják az ellátás folyamatosságát. (Mindkét ellátási forma folyamatos, 24 órás ügyeletet, és hasonló létszámú – és mint látjuk, hasonló *arányú* – dolgozói kört igényel.)

A nappali ellátás ellátott/munkatárs aránya felfelé bővül, legjellemzőbb, hogy több mint 4 kliens jut egy munkatársra (45,5%), a nagyobb arányú munkatársi kör előfordulása pedig kategóriánként csökken, 2-3, vagy 1-2 ellátott dolgozónként már csak 18,2, illetve 9,1%-ban jellemző. Mivel a nappali ellátás munkaerőigénye minden esetben hasonló, az eltérések itt valóban a szolgáltatás *minőségének különbségét* jelentik. Érdekes még a lakóotthonok dolgozói arányeloszlása: általános, közel 60%-os a munkatársankénti 1-2 ellátott; a további bő 40% viszont közel hasonlóan oszlik el a többi kategóriában, azaz a lakóotthonok kliens/segítő aránya is meglehetősen vegyes. Szemben a nappali ellátással, itt a szolgáltatás a tényleges munkaerőigény is különbözhet; aszerint, hogy 24 órás, vagy pedig támogató ügyeletet folytat az intézmény.

A szervezetek gazdálkodása

Kérdőívünk kitért a szervezetek gazdasági mutatóira is – ennek értelmezéséhez hasznos elsőként áttekintenünk a szociális ellátást végző szervezetek gazdálkodásának közös jellemzőit.

Egy szociális intézményt működtető civil szervezet bevételei jellemzően háromféle forrásból tevődnek össze. Első és meghatározó forrás a *normatív állami támogatás*. Ez

a dotáció kizárólag a törvényben leírt közfeladatoknak a jogszabályban meghatározott keretek között történő ellátására, esetünkben tehát egy a szociális törvényben szereplő intézménytípus működtetésére igényelhető. A normatív támogatás minden esetben az ellátottak *száma szerint* érkezik – kivétel ez alól a kvázi „ambuláns” rendszerben működő *támogató szolgálat*, ahol a személyi segítség és a személyszállítás óraszám az elszámolás alapja. Mivel az állami támogatás a törvényben rögzített ellátási formákhoz kapcsolódik, az igénylés feltétele az érvényes hatósági *működési engedély*, és a meghatározott ellenőrző szerv (a közigazgatási hivatal, vagy a területileg illetékes önkormányzat jegyzőjének) évenkénti ellenőrzése.

Az ellátottak hozzájárulása mint bevételi forrás a bentlakásos intézményekben számottevő; itt a bentlakók jövedelmüknek megfelelő mértékben, havonta hozzá kell hogy járuljanak ellátásuk költségeihez. Nappali ellátás esetén csak az ellátáshoz kapcsolódó járulékos költségek (pl. a napi étkezés) térítendőek, maga az ellátás ingyenes. A térítési díj fizetésének mértéke és módja ugyancsak törvényben szabályzott: az ellátott havi jövedelmének – intézménytípus szerint – legfeljebb 50 vagy 80%-át teheti ki. (A térítési díjak mellett a bentlakásos intézmények esetében szóba kerülhet még a hozzájárulásnak egy további formája, az ún. egyszeri hozzájárulás. Ez egy belépő összeg, mellyel az ellátott mintegy előre lefoglalja a szolgáltatás igénybevételének jogát. Ez a jellemzően nagyobb mértékű bevétel azonban csak az *emelt szintű* ellátások esetében kérhető, amikor is a szoba vagy szobarész helyett egy komplett, saját konyhával, fürdőhelyiséggel bővített lakrészbe költözik az ellátás igénylője.)

Míg az állami normatíva és a térítési díj az intézmény kihasználtsága szerint biztos és előre kalkulálható bevétel, a pályázati források, ill. az adományok megléte évről évre bizonytalan. Mint látni fogjuk, a vizsgálatban szereplő szervezetek majd’ mindegyike rendszeres, és sok esetben sikeres pályázó. Ez a tény amennyire öröndetes, legalább annyira a forráshiányos és bizonytalan működésnek is mutatója. Szervezeteink nagy része nemcsak a fejlesztésekhez és a léptéknövelő vagy a szakmai újításokat célzó programokhoz, de *alapműködése fenntartásához* is pályázni kényszerül. Az éves pályázati bevétel pedig nem csak a szervezet pályázati munkájának a minőségétől

függ, legalább ennyire függvénye a kiírások gyakoriságának és feltételeinek, a szétosztható pénzkeretek nagyságának és így tovább.

Hasonlóak mondhatóak el az adományszerzésről, illetve az egyszázalékos bevételekről. Nagy, országos feladatokat ellátó civil szervezetnél immár bevett gyakorlat, hogy külön szakembert alkalmaznak az adományszerzésre és a pályázatírásra. A mintánkban szereplő szervezetek körében – már csak a szervezetek nagysága miatt is – ezek megoldása „házon belüli”, a kampánytevékenységek pedig elsősorban a dolgozók és hozzátartozók informális csatornáin keresztül folynak.

A felsorolt három bevételi forrás mellett megjelenik mintánkban egy negyedik is – a helyi önkormányzat esetleges támogatása. Ez a legtöbbször évente fix összegű hozzájárulás a közfeladat átvállalásának a „bérleti díjaként” jelenik meg. A közfeladatok – így a szociális ellátások – megszervezése elsősorban önkormányzati feladat. Amennyiben az adott térségben az önkormányzat nem biztosítja (vagy nem biztosítja kellő számban) az adott szociális szolgáltatást, támogathatja az ezt megvalósító civil szervezetet, amennyiben az a szolgáltatást a település lakossága számára biztosítja. Mindez azonban nem automatikus, az önkormányzat mindössze *köthet* ilyen szerződést, ill. megszavazhat ilyen a támogatást.

15. sz. táblázat

Az egyes bevételi forrásfajták aránya a szervezetek 2005 évi teljes bevételén belül

A források aránya a szervezetek 2005 évi bevételén belül	Bevételi források							
	Normatív támogatás		Térítési díjak		Pályázati bevételek		Adományok	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kevesebb, mint 10%	3	5,8	17	33,3	30	57,7	44	84,6
10 és 20% között	3	5,8	14	27,5	9	17,3	4	7,7
20 és 30% között	4	7,7	12	23,5	4	7,7	2	3,8
30 és 40% között	6	11,5	4	7,8	4	7,7		
40 és 50% között	12	23,1	4	7,8	2	3,8	2	3,8
50 és 60% között	13	25,0			2	3,8		
60 és 70% között	4	7,7						
70 és 80% között	3	5,8			1	1,9		
80 és 90% között	3	5,8						
Több mint 90%	1	1,9						
Összesen	52	100,0	51	100,0	52	100,0	52	100,0

Szervezeteink bevételei nemcsak a források arányában, hanem a bevételek nagyságában is igen eltérőek. A bevételek nagysága – természetesen – meghatározóan függ az ellátottak, illetve az intézmények számától, valamint az ellátás(ok) jellegétől. Emiatt alábbiakban a nyers számok helyett a bevételek összetételét és a források ellátottankénti megoszlását vizsgáljuk. Mégis mielőtt sorra vennénk ezeket, hasznos lejegyeznünk az összetett bevételi adatokat is, annak jelzéséként, hogy „mennyibe került” 152 intézmény és több mint 2500 fogyatékos ember folyamatos – otthoni nyújtó és nappali – ellátása a vizsgált évben.

A kutatásban szereplő szervezetek 2005. évi összes bevétele 3 176 677 000, azaz *3,17 milliárd forint* volt. A felmért szervezetek közül a legkisebb gazdálkodó alig több mint 4 millió, a legnagyobb pedig 525 millió forintból szervezte meg az ellátást. A mintában szereplő szervezetek átlagos bevétele 61 millió Ft körül alakult. Az

összbevételek közel felét, *1,47 milliárd forintot* normatív támogatás formájában az állam biztosította; további egymilliárd forintot pedig maguk az ellátottak hozzájárulása (588 millió Ft), illetve a pályázatok bevételei (417 millió Ft) tettek ki.

A normatív támogatás jellemzői

Fenti eloszlástáblánk tanulsága szerint a normatív támogatás a szervezetek kb. felénél (48,1%) a bevételek 40 és 60% közötti szeletét teszi ki, azaz praktikusán felerészben fedi le a költségeket. Kitágítva ezt a középértéket, azt mondhatjuk, hogy a 30–70%, tehát megközelítőleg egyharmad és kétharmad közé eső részét a szervezetek kevéssel több mint kétharmadánál (67,3%) adja az állami támogatás. A minta 19,3%-ában az állami dotáció a bevételek 30%-a alatt marad, 13,5%-ánál pedig a több mint 70%-os arányban éppen ez a forrás biztosítja a működés feltételeit.

Ha az állami támogatás bevételeken belüli középértéket – kizárólag előfordulása alapján – normálisnak tekintjük, érdemes megvizsgálnunk a „normális” értékarányon alul és fölül elhelyezkedő szervezetek jellemzőit: mennyire sikeres a gazdálkodásuk, ill. milyen arányban jelennek meg egyéb bevételeik.

A gazdálkodás sikerességének legkézenfekvőbb mérőszáma a bevételek mértéke, de mivel ez nem önmagában kerül felhasználásra, a tiszta bevétel helyett az *egy ellátottra jutó* bevétel értékét vettük összehasonlításunk alapjául. Előzetes feltevésünk az volt, hogy azok a szervezetek, ahol a normatíva teszi ki a bevételek meghatározó részét, szerényebben gazdálkodó fenntartók, azok a szervezetek pedig, ahol a normatív állami támogatás a bevételek 30%-a alatt marad, jobban gazdálkodnak, és bevételi struktúrájukban valamilyen nagyobb egyéb forrás, (pl. nem a működésre, hanem nagyobb szabású fejlesztésre nyert pályázati támogatás) miatt tűnik arányában kisebbnek az állami támogatás.

Alábbi (16. számú) táblázatunkon a fentiekben szereplő eloszlást vizsgáljuk, tehát elsősorban a jellemző, 30 és 70%-os közötti normatíva arány felett és alatt támogatott szervezetek jellegzetességeit keressük.

16. sz. táblázat

A normatíva százalékos eloszlása a bevétel ellátottankénti nagysága szerint

Az egy ellátottra jutó bevétel nagysága		A normatíva aránya a bevételeken belül			Összesen
		30% alatt	30–70% között	70% felett	
Kevesebb, mint 500 E Ft	N		1		1
	%		2,8%		1,9%
501–1000 E Ft	N	2	10	4	16
	%	20,0%	27,8%	66,7%	30,8%
1001–1500 E Ft	N	2	13	1	16
	%	20,0%	36,1%	16,7%	30,8%
1501–2000 E Ft	N	2	8	1	11
	%	20,0%	22,2%	16,7%	21,2%
2001–2500 E Ft	N	1	2		3
	%	10,0%	5,6%		5,8%
2501–3000 E Ft	N	2			2
	%	20,0%			3,8%
Több mint 3001 E Ft	N	1	2		3
	%	10,0%	5,6%		5,8%
Összesen	N	10	36	6	52
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Táblázatunk igazolja az előbbi felvetésünket: azok a szervezetek, amelyeknél a normatíva a legjellemzőbb bevételi forrás, és az összbevétel több mint 2/3-át teszi ki, a *kisebb forrással gazdálkodó fenntartók* közé tartoznak (66,7%-uknál az ellátottankénti összbevétel nem érte el az 1 millió Ft-ot). A másik szélső csoportnál, azaz azon szervezetek körében, ahol a bevétel kis százalékát fedezi a normatíva, épp

az ellenkezője volt az igaz: az ilyen szervezetek 80%-ánál 1 millió és 3 millió Ft közötti az ellátottakra jutó bevétel összege.

Ha a pályázati források bevételen belüli arányát vizsgáljuk ennél a két csoportnál, úgy ha nem is a fenti összefüggés erősségével, de ugyancsak igazolva látjuk elképzelésünket. A teljes mintában a pályázati támogatások aránya jellemzően (a szervezetek 57,7%-ában) nem haladta meg az összbevételek 10%-át. További 17,3%-nál a pályázati források az összbevételek 10–20%-át tették ki, azaz a fenntartók jelentős többségénél (75%-ánál) a költségvetésük maximum 20%-át biztosították. A költségvetésükben nagy arányban, tehát 70%-felett a normatív támogatásra támaszkodó szervezetek 71,4%-a *tíz százalék alatti* pályázati bevételeket mondhatott magáénak. A kismértékben normatíva bázisú szervezetek körében 50% volt ez az arány, a további 50% pedig bevételeinek (kb. egyenlő eloszlással) 30–80%-át vette pályázati forrásból.

Megvizsgáltuk ugyanezt az összefüggést a térítési díjak viszonylatában is: itt nem tértek el jelentősen a két csoport mutatói: mindkét típus jellemzően bevételei alig 10, kisebb részben pedig legfeljebb 20%-ában támaszkodott erre a forrásra.

A pályázati bevételek jellemzői

A pályázati forrásokat nemcsak a szervezetek bevételeinek arányában, de önmagukban is érdemes megvizsgálnunk. A 17. sz. táblázaton szervezeteink 2005. évi pályázati bevételei összességükben láthatóak. A változó attribútumait ezúttal eltérő értékhatárokkal növelve kódoltuk, korántsem öncélúan: ezek a bevétel nagyságok különböző jellegű pályázati aktivitást és sikert jelentenek.

17. sz. táblázat

A szervezetek pályázati bevételeinek összességükben eloszlása

	N (szervezet)	%
Nincs pályázati bevétel	10	19,2
1 millió Ft alatti	12	23,1
1 és 3 millió Ft között	11	21,2

3 és 7 millió Ft között	7	13,5
7 és 15 millió Ft között	5	9,6
Több mint 15 millió Ft	7	13,5
Összesen	52	100,0

A mintánkban szereplő fenntartók 42,3%-a pályázati forrás nélkül, vagy 1 millió Ft alatti pályázati forrással gazdálkodott a 2005-ben. (Ez a szám nem jelzi magát a pályázati hajlandóságot – elképzelhető, hogy egy 0 Ft pályázati bevétellel rendelkező szervezet több kiíráson is részt vett – ám siker nélkül.)

Az 1 és 3 millió Ft közötti pályázati bevétel (21,2%) elsősorban működési célú, vagy az adott működésmódhoz kapcsolódóan kisebb fejlesztési programokat finanszírozó pályázati nyeresémet valószínűsít. A 3 és 7 millió Ft közötti bevétel esetén lehet szó több ilyen típusú pályázat sikerét teszi valószínűvé. 7 millió Ft felett – még ha több nyertes pályázatról van is szó – már szinte biztos, hogy valamilyen konkrét, az addigi működés kereteit kiterjesztő vagy az ellátás léptékét növelő fejlesztés a nyertes pályázat(ok) tárgya, illetve ugyanígy valószínűsíthető, hogy nem (csak) hazai pályázati forrás áll a fejlesztés mögött. Szervezeteink összesen 23,1%-a rendelkezett ilyen léptékű támogatással. Ezen belül is 13,5% nyert 15 millió Ft feletti támogatást. Itt érdemes részleteiben áttekintenünk az eloszlást, lévén a 15 millió Ft feletti pályázati nyeresémet sok esetben *jóval* 15 millió Ft feletti összeget jelent: a hét ilyen pályázati sikert elérő szervezet közül három 30 és 40 millió Ft közötti nagyságban, két szervezet pedig 70, ill. 80 millió feletti értékben tett szert pályázati bevételre.

Milyen közös vonásai vannak ezeknek a komoly pályázati sikereket felmutató szervezeteknek? Régiók szerinti eloszlásukban nem határozható meg semmilyen

törvényszerűség, azaz örvendetes módon nem csak a fejlettebb régiókban, hanem az ország egész területén találtunk ilyen szervezeteket. (Egyedül az Észak-Alföldön nem; ám itt a közepesen nagy értékű pályázatok előfordulása relatíve magas volt. A „nagy pályázók közül” viszont két szervezetet is találtunk a Dél-Alföldön. Ha még nem került volna leírásra: a dél-alföldi régió *minden tekintetben* a legjobbak közül való; a számaik legtöbb mutató esetében a legfejlettebb Közép-, illetve Nyugat-Magyarország régiókkal mutatnak hasonló tendenciákat.)

Nagyság tekintetében találunk közös motívumokat a 15 millió Ft felett pályázó szervezetek között: egy kivétellel mindegyikük sokintézményes fenntartó volt. (Az egyetlen egyintézményes fenntartó pályázati nyeresége volt a csoporton belül a legkisebb: 17 millió Ft.) A nagy pályázók jellemzően ötnél több intézményt tartottak fenn, és nagyjából 100-nál több ellátottról gondoskodtak. Hogy nem „felért”, tehát a kurrens működéshez felhasznált bevételről van szó, bizonyítja, hogy az egy ellátottra jutó *költségek* aránya nem tér el itt sem jelentős mértékben a minta többi szervezetétől, illetve a minőségmutatók – pl. a diplomások száma – sem különbözőek; azaz az igen magasnak tűnő bevételek láthatóan további szolgáltatások kialakítását célozzák. Érdekes viszont megállnunk az előbbi kérdésnél: a diplomások száma érdekesen alakul ebben a csoportban – nem várt módon kisebb, mint a többi szervezetnél, minden esetben a szokványos 20–40% közé esik, egy szervezetnél pedig ennek alatta marad. Az ellátás minőségmutatóinak meghatározására kérdőívünk –mivel leginkább a szervezeti kérdéseket tárgyalta – kevésbé alkalmas, még egy jelzőszámot azonban módunkban áll használni. Ahogy joggal feltételezhetjük, hogy az ellátás színvonalát emeli, ha a stábon belül nagyobb a magasan képzett munkaerő aránya, ugyanúgy jogos feltételezés, hogy kedvez az elmélyült, egyéni léptékű szakmai munkának, ha több kolléga jut egy kliensre, vagy az összefüggést megfordítva: ha egy munkatársra minél kisebb számú ellátott jut. (Ez az összevetés – miután más jellegű és más módon munkaerő-igényes ellátásokról van szó – óvatosan kezelendő, de mivel a most vizsgált csoport jellemzően sok és sokféle ellátást végez, durva jelzőszámként használható.) Meglepetésszerűen: a nagy pályázók körében rosszabb a kliensek/munkatársak aránya, mint a mintánk egészében, illetve többi részében. A szervezetek 36%-ánál egy munkatársra 1-2 fő ellátott jut – ez a

legjellemzőbb kliens/szakember arány. Ezt követi 30,8%-os gyakorisággal a 2-3 fő ellátott munkatársanként, illetve 19,2%-os előfordulással a kollégánkénti 3-4 fő ellátott gyakorisága. A nagy pályázók meghatározó részében ez az utóbbi eloszlás a jellemző (42,9%), illetve tekintélyes arányban (28,6%) több mint 4 ellátott jut egy dolgozóra. Összegezve: a nagyléptékű fejlesztések lehetősége nem feltétlenül az ellátás megfogható minőségével, sokkal inkább a profi gazdasági tervezőmunka és menedzsment meglétével korrelál. Természetesen minden pályázati munka egyfelől a meglévő szakmai tevékenység bemutatását, rossz szóval: „eladását” jelenti – bízathatjuk tehát a jó minőségmutatókat produkáló kisebb szervezeteket is a nagy programok megpályázására. Másfelől viszont, a sikeres nagypályázati szereplés feltétele a professzionális gazdasági szervezés megléte – ez pedig láthatóan a nagyobb szervezetek erőssége.

Adományok és szja 1%-ból származó bevételek

A pályázati bevételekhez hasonlóan hasznos megvizsgálnunk költségvetési arányukon túl az adományok és az egyszázalékos adóbevételek összeg szerinti eloszlását is.

18. sz. táblázat

Az adományok 2005. évi összege a szervezetek körében

	N (szervezet)	%
Nem volt ilyen bevétel	11	21,2
Kevesebb mint 500 E Ft	13	25,0
501–1000 E Ft	7	13,5
1001–2000 E Ft	10	19,2
2001–5000 E Ft	5	9,6
Több mint 5000 E Ft	6	11,5
Összesen	52	100,0

Adomány alatt magánszemélyek vagy gazdálkodó szervezetek (vállalkozások) *pénzbeli* felajánlásait értjük. A közhasznú illetve kiemelten közhasznú szervezeteknek juttatott adomány mindkét esetben adókedvezményekkel jár. Magánszemélyek adományainál a felajánlott összeg 30%-a (de legfeljebb 100 ezer Ft kiemelten

közhasznú szervezet esetén, illetve 50 ezer Ft közhasznú szervezete esetén) visszaigényelhető az adóból. Gazdálkodó szervezetek számára az adományozott összeg az adóalapot csökkentő tényező, mely a támogatott szervezetet jellege szerint (közhasznú/kiemelten közhasznú) a támogatás különböző százaléktételeivel csökkenti a szervezete adóalapját.

Jelen dolgozatunk csak érintőlegesen veti fel az adományozás, illetve a vállalati karitászt, annyit viszont fontos leírunk, az adományokhoz kapcsolódó adókedvezmények köre jelentősen szűkült az utóbbi években: s ezzel párhuzamosan szűkültek a kis és közepes vállalkozások adakozási lehetőségei is. Létező nagyvállalati karitásztól folyamatában beszélhetünk: ám ez a terület egyre inkább specializálódott és – mondhatjuk – medializálódott; nem önmagában áll, hanem az egyre tudatosabb nagyvállalati PR egyik elemévé vált. Mint ilyennek, értelemszerűen alapvető igénye a minél nagyobb láthatóság és „társadalmi felület”, így a kicsi, kevés embert érintő, illetve jellegük szerint nem, vagy alig medializálható programok kevésbé keltik fel a támogatók érdeklődését. Rendezvényekre, eseményekre könnyebb vállalati forrást találni: a mintánkban szereplő programok pedig a legkevésbé „eseményszerűek”, jóval inkább egy-egy kis létszámú klienscsoport folyamatos ellátását célozzák.

Ennek fényében az a tény, hogy a mintánkban szereplő szervezetek 40%-a 1 millió Ft feletti értékben, ill. ezen belül 11,5%-ban 5 millió Ft feletti adományra tették szert 2005-ben, feltétlen sikerként írható le. Már említettük az időbeli összevetés szempontját: itt is hallatlanul érdekes volna az adományok értékének későbbi alakulását figyelemmel kísérni, azaz megtudni, hogy mennyire állandóak szervezeteink adományforrásai.

19. sz. táblázat

A 2005. évi szja 1%-bevételek összege

	N (szervezet)	%
Nem volt ilyen bevétel	12	23,5
Kevesebb mint 500 E Ft	19	37,3

501–1000 E Ft	12	23,5
1001–1500 E Ft	6	11,8
Több mit 1501 E Ft	2	3,9
Összesen	51	100,0

Szervezeteink egyszázalékos bevételeinek nagyságát megítélendő, célszerű elővennünk a vizsgált év legmagasabb 1%-os bevételeit teljesítő szervezeteinek százasként listáját. 2005-ben a legnagyobb ilyen bevétel 332 millió Ft volt, a 100-as lista pedig 5,5 millió Ft-tal zárult. Az első helyeken jellemzően gyermek-egészségügyi kezdeményezések állnak, fogyatékos ellátásban (is) érdekelt (országos) szervezet 37 millió Ft-tal a lista 17. helyéig jutott. A százasként lista egészéről hasonlóak mondhatóak el, mint amiket az adományozás kapcsán leírtunk, azaz, hogy jobb esélyei vannak azoknak a szervezeteknek, amelyek nem lokális, hanem országos/regionális tevékenységet látnak el, ill. egy kis klienscsoport napi ellátása helyett sokakat érintő, nagyléptékű ellátó munkát végeznek. A lépték kérdése ez esetben nemcsak az ellátotti körre, hanem a magára a szervezetre is áll: az egyszázalékos versenyben hirdetésekkel, médiaszereplésekkel, azaz tudatos *kampánnyal* érhetőek el sikerek. Ennek költségei pedig értelemszerűen csak a nagyobb költségvetésű szervezetek számára „gazdálkodhatóak ki”. Másik stratégia lehet a szervezet dolgozóinak, ellátottainak az informális kapcsolatainak keresztül való személyes kampány, de ez is jellemző módon a *sok embert érintő* ellátásoknál hozhat nagyobb bevételeket. A százasként listákon rendre szerepelnek jó nevű budapesti gimnáziumok alapítványai – ezeknek a hirdetési stratégiája jellemzően az utóbb leírt, informális kampány; ám míg egy gimnáziumnak több tízezer hálás öregdiákja is lehet, addig egy lakó- vagy napközi otthon sokszor minimális fluktuáció mellett, évtizedekig ugyanazt a 10-20-30 embert gondozza, ami – ha a családtagokat és a dolgozókat is hozzávesszük – legfeljebb ha 100 fős támogató bázist jelent.

Visszatérve mintánk eloszlására: a felmért szervezetek körében leggyakoribb a félmillió Ft-ot meg nem haladó, praktikusán pár százezer Ft értékű egyszázalékos bevétel volt (37,3%). 23,5% volt a fél- és egymillió Ft közötti SZJA bevétel gyakorisága, illetőleg ugyanilyen arányszámmal volt jellemző, hogy a szervezetek nem

jelöltek meg ilyen bevételt a kérdőívben. Igazán jelentős adóbevételt, azaz 1,5 millió Ft-ot meghaladó 1%-os felajánlást két szervezet ért el, ezek közül egyik fenntartó (a mintánkban tán' legnagyobb) javára 4 millió Ft-os értékben rendelkeztek az adózók. (Kérdésünk a 2005-ös év gazdálkodására kérdez rá – ugyanez a szervezet 2006-ban örvendetes módon már a 100-as listán is szerepel – 6,3 millió Ft-tal a 93. helyen!)

Ha összevetjük a szervezetek méretére utaló változókat (intézményszám, ellátottak száma) az előbbi szempontunkkal, egy irányban találunk leírható összefüggést. Annak tendenciája, hogy a kis szervezetek jellemzően kisebb összegű (500 Ft alatti, vagy semmilyen) szja-bevételt mutatnak fel, jól látható. A nagy szervezetek viszont nem szereznek *automatikus*an nagy szja-bevételt – ennek eloszlása nagyjából egyenletes körökben. Annyi viszont bizonyos, hogy a 1,5 millió Ft-os bevételt túllépő szervezeteink mindegyike sok (több mint hat) intézményes fenntartó volt, és több mint 50 fő ellátottról gondoskodott.

Önkormányzati támogatottság

A szervezetek bevételei közül utolsóként az önkormányzati támogatottságról szeretnénk szót ejteni. Az 57 fenntartó közül 53 adott választ erre a kérdésünkre. Ennek alapján az mondható el, hogy a szervezetek nagyobbik része (60,4%-a) nem élvez ilyen támogatást, azaz intézményét vagy intézményeit csak a fent felsorolt forrásokra támaszkodva működteti. A fenntartók 24,5%-a rendelkezett ugyan önkormányzati támogatással, de nem teljes mértékben; azaz a több fenntartott intézménye közül csak egy vagy kettő fenntartásához járult hozzá a helyi önkormányzat. A „teljes hozzájárulás” – vagyis *a)* egy intézménye van a fenntartónak, s arra az önkormányzat támogatási szerződést köt, *b)* több intézménye van a fenntartónak, s az önkormányzat mindegyikhez hozzájárul – gyakorisága mintánkban mindössze 15,1% volt. Ennek alapján az jelezhető, hogy az önkormányzatok részvállalása a civil szervezésű szociális intézmények működtetésében relatíve alacsony. Amennyiben egy-egy szervezetnél önkormányzati támogatásról olvastunk, ott sok jelzés utalt arra, hogy az önkormányzat szerepvállalása nemcsak az éves dotációt jelenti, hanem *tényleges együttműködést* takar. Ennek gyakori példája volt az

ingatlan vagy valamilyen infrastruktúra ingyenes biztosítása – egy ilyen segítség pedig már önmagában is hallatlan előnyt jelent a civilek és ellátottjaik számára. Ez a mindenképpen kívánatos együttműködési forma mindazonáltal még kiaknázandó területnek tűnik mindkét fél számára.

A gazdasági tevékenység értékelése

A fenti, gazdasági mutatókat érintő vizsgálódásunk legfontosabb tapasztalata, hogy szervezeteink, noha ugyanazon forrásokból, ugyanolyan elszámolás és törvényi szabályozás szerint gazdálkodnak, valójában *nagy különbségekkel, és igen szórt eloszlással* tesznek szert forrásokra.

Ennek összevetésére legjobb mérőszámunk a bevételeket az ellátottak száma szerinti lebontása, azaz, hogy egy ellátottra mennyi bevétele jut a vizsgált szervezetnek. Ez a mutató az összehasonlításra és egyfajta „rangsor” megállapítására jól alkalmazható, egyéb felhasználását viszont óvatosan, illetve kitételekkel kell kezelni. Hangsúlyozzuk: mérőszámunk nem azt mutatja, hogy konkrétan hány forintot fordíthat vagy fordít a szervezet klienseinek fejenkénti ellátására: *kizárólag* egy a gazdálkodás kereteit az ellátottak létszáma vetítő mérőszámról van szó. A kliensszámok összesítésekor technikai okokból minden fenntartónknál elhagytuk a támogató szolgálatok ellátottainak a számát, lévén ez egy *óraszám elszámolású* gondozási forma, ennek megfelelően a fenntartók a legtöbb esetben nem is tüntettek fel ellátotti számot. Mérőszámunk ebben az irányban tehát torzít, ám minden támogató szolgálatot is működtető fenntartónál azonos módon és irányban teszi ezt, az összevetést tehát nem fenyegeti.

Az egy ellátottra bontott éves bevétel mellett rendelkezésünkre áll még egy szám, az egy ellátottra jutó éves kiadások összege: ezt maguk a szervezetek közölték. (Mivel a kiadások részleteiről nem állt rendelkezésünkre adat, így a tényleges közlés mentén csak 41 szervezet ilyen adatát tudjuk közölni. Az egy ellátottra eső kiadás a bevétellel szemben egy az egyben értelmezve *konkrét ráfordítást* jelent – a bevételnél ugyanez

korántsem köthető így: pl. egy 20 milliós épületfejlesztési forrás nem jelenik meg költségként a kliensek kurrens ellátásában.)

20. sz. táblázat

Az egy ellátottra jutó szervezeti bevételek és kiadások éves összege

E Ft/év	Az egy ellátottra jutó éves bevételek összege		Az egy ellátottra jutó éves kiadások összege	
	N	%	N	%
Kevesebb mint 500 E Ft	1	1,9	1	2,4
501–1000 E Ft	16	30,8	10	24,4
1001–1500 E Ft	16	30,8	14	34,1
1501–2000 E Ft	11	21,2	9	22,0
2001–2500 E Ft	3	5,8	3	7,3
2501–3000 E Ft	2	3,8	1	2,4
Több mint 3001 E Ft	3	5,8	3	7,3
Összesen	52	100,0	41	100,0

Mint láttuk, szervezetünk több mint kétharmadában a normatív támogatás a költség több mint 40%-át, ezen belül is legjellemzőbb módon 40–60%-át biztosította.

A gazdálkodási különbségek egy része már önmagában ebből ered: a normatív támogatás ugyanis az ellátás *jellege szerint különböző*: a bentlakást biztosító intézmények fejkvótája majdnem duplája a nappali ellátás fejenkénti dotációjának.

Ugyancsak leírható egy összefüggés a térítési díjak mentén: ez a bevételi forrás elsődlegesen a bentlakást biztosító intézmények sajátja. A fejenkénti bevételek eloszlása azonban *jóval szórta*, mint az a fentiekből következne. Szép számmal találunk bentlakást biztosító és lakóitól havonként térítési díjat szedő intézményt működtető (tehát fix bevételeit tekintve a *magasabban dotált* szervezetek csoportjába tartozó) fenntartót az 1 és 1,5 millió Ft-os csoportban, listánk viszont jegyez *dupla ekkora* kliensenkénti bevétellel működő szervezetet is.

Egyenként megvizsgálva a szervezetek jellemzőit, nem találtunk kauzális összefüggést a fejenkénti bevétel nagyság és a korábbi indikátorok között: hasonlóan

szórt a megoszlás az intézményszám, a különböző bevételi faktorok megléte mentén és így tovább. Egy érdekes mutatót találtunk, mely másodlagosan mutatott fel egy érvényes tendenciát. A gazdálkodás sikere minden indikátor közül *az adományszerzési hatékonysággal* mutat leginkább hasonló eloszlást: a nagyobb adományösszegeket megszerző szervezetek körében általánosan növekedett az 1,5 millió Ft feletti, illetve általában a magasabb fejenkénti bevételek gyakorisága. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy az adományként szerzett források tornásszák fel a szervezetek egy ellátottra eső bevételeit; mindez sokkal inkább annak a jelzése, hogy *az a gazdasági szervezőmunka* hoz jobb gazdálkodási lehetőségeket, amely – többek közt – a sikeres adományszerzésben *is* realizálódik. A pályázati források nagysága, az önkormányzati támogatások megléte vagy hiánya, illetve a normatíva arányai magukban nem mutatnak kauzális összefüggést a sikeres gazdálkodással: ezek *együttes* kiaknázása eredményez stabil gazdasági pozíciót a szervezetek számára.

Az ellátottankénti éves kiadások eloszlása nagyban hasonlít a bevétel megoszlásra – ami a két mutató érvényességét látszik igazolni. A kiadások megítélése mindemellett az előbbinél összetettebb feladat. A bevételeknél tudjuk, hogy minél nagyobb az egy gondozottra jutó összeg, annál szerencsésebb, „jobb” a szervezet gazdálkodása. Ez részben a kiadásoknál is áll: hiszen a nagyobb ráfordítás az ellátás jobb minőségét valószínűsíti, emellett viszont felmerül a *gazdasági racionalitás* szempontja is, azaz pozitívként írható le, ha egy szervezet infrastruktúráját, humán erőforrásait kihasználva racionalizálva, s így olcsóbban tud megszervezni egy ellátást.

Példaképpen: ha egy épületben egy szervezet kétféle szolgáltatást is biztosít, az infrastruktúra, de akár még a felhasznált munkaerő fajlagos költsége is kisebb, mintha két szervezet két külön épületben és két külön stábbal látná el ugyanezt. Természetesen: az elmélyült szakmai munkának általánosan kedvez a kisebb lépték és a specializált jelleg, ám ha mindezt *lényegében* nem veszélyeztetik a párhuzamos szolgáltatások, úgy megfogalmazható előny a költséghatékony működés – különös tekintettel a szervereink nagy részéről megfogalmazott, folyamatos forráshiányra.

Hogy több intézmény párhuzamos működtetése fajlagosan olcsóbb, azt jól szemlélteti 21. sz. táblázatunk. Mint láttuk, az egy főre eső bevételek nagysága *jellemzően nem függ* a szervezet nagyságától. Ugyanez a kiadásoknál már nem igaz: a nagyobb fenntartók kevesebbet költenek egy kliens ellátásra, azaz gazdaságilag *racióálisabb* a többintézményes működési mód.

Az egyetlen intézményt működtető szervezetek 50%-ában volt jellemző, hogy 1,5 millió Ft alatt maradt egy fő éves ellátása. A kétintézményes fenntartóknál ez az arány már 62,5, a 3-4 intézményt működtető szervezeteknél 80, az 5-6 szolgáltatást végzőknél pedig 100%. A tendencia tehát intézményszám szerint erősödik, egészen a 6 intézményes szervezetnagyságig: ennél több intézmény fenntartásakor már ismét valamivel nagyobbak mintánkban a fejenkénti ráfordítások: a legnagyobb fenntartók körében már ismét már „csak” 66,7%-ban jellemző az 1,5 millió Ft alatti egyéni költség.

21. sz. táblázat

Az egy főre jutó ráfordítások eloszlása a szervezetek intézményszáma szerint

Az egy főre jutó kiadások éves összege (ezer Ft-ban)		Hány intézményt működtet a fenntartó szervezet?					Összesen
		1 intézményt	2 intézményt	3 vagy 4 intézményt	5 vagy 6 intézményt	7, vagy annál több intézményt	
500-nál kisebb	N		1				1
	%		12,5%				2,4%
501–1000 között	N	4	3	2	1		10
	%	18,2%	37,5%	40,0%	33,3%		24,4%
1001–1500 között	N	7	1	2	2	2	14
	%	31,8%	12,5%	40,0%	66,7%	66,7%	34,1%
1501–2000 között	N	6	2			1	9
	%	27,3%	25,0%			33,3%	22,0%

2001–2500 között	N	3					3
	%	13,6%					7,3%
2501–3000 között	N		1				1
	%		12,5%				2,4%
3001-nál magasabb	N	2		1			3
	%	9,1%		20,0%			7,3%
Összesen	N	22	8	5	3	3	41
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A több intézménnyel járó szolgáltatásracionálizálási lehetőségeket bizonyítja az intézmények, és a használt ingatlanok számának összevetése. Az egyintézményes fenntartók – értelem szerint – egy ingatlant, illetve egy esetben az egy szolgáltatás számára két külön ingatlant használnak. A többintézményes fenntartóknál már nem találunk külön ingatlant minden egyes intézményre: a 2 intézményt működtető szervezeteknek csak a fele, a 3-4 intézménnyel működő fenntartóknak pedig csak a 41,7%-a használ külön ingatlant az összes szolgáltatásához. A nagy szervezeteknél gyakori, hogy legalább két intézményük azonos telephelyen működik. Mintánk 5-6, illetve 6-nál több intézményes fenntartóinak 40, illetve 66,7%-nál találtunk ilyen, 40 és 33,3%-ban pedig kettőnél több intézmény is működött további szolgáltatásokkal közös ingatlanban.

Hasonló összefüggést mutat az egy munkatársra jutó kliensek – már tárgyalt – mutatója: az egyintézményes szervezeteknél szignifikánsan magasabb az 1-2, illetve 2-3 ellátott aránya munkatársanként, a több intézményes fenntartóknál jellemzően ennél több kliens jut egy munkatársra. Mivel az intézmények szükséges szakember-létszámát törvény szabályozza, fentieknek igen valószínű oka az, hogy a sokintézményes szervezeteknél találunk *több szolgáltatási ágban* párhuzamosan dolgozó szakembereket is.

A bérezés gyakorlata a szervezetek körében

Kérdőívünk kitért a szervezetek bérezési és juttatási gyakorlatára is. A megkérdezett fenntartók a közalkalmazotti bérezés minimumát alapul véve díjazták munkatársaikat. Ez máskülönben *feltétele* is a normatív támogatásnak, mely, mint láttuk, fenntartóink majd mindegyikénél a gazdálkodás tulajdonképpeni alapja. A 2001. évi költségvetési törvény óta az Államkincstár éves normatív támogatási szerződésiben szerepel, hogy *„az állami hozzájárulásban részesülő nem állami intézmény, valamint a működéséhez rendszeres központi költségvetési támogatásban részesülő, jogi személyiséggel rendelkező közgyűjtemény a munkavállalók számára legalább a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény IV-V. fejezeteiben, az 55-80. §-okban megállapított, a munkaidőre, pihenőidőre, előmeneteli és illetményrendszerre vonatkozó feltételeket köteles biztosítani.”*

Alábbi táblázatainkon az átlagbérek, illetve a legkisebb és legnagyobb *bruttó* bérek szervezetek közötti eloszlását tekintjük át. A legmagasabb béreket – a bérek nagysága szerint – nagyobb értékhatárokkal kódoltuk.

22. sz. táblázat**A szervezetek bérnagyság szerinti eloszlása 2005 évben**

A bruttó átlagbér érték szerinti eloszlása a szervezetek között		
Havi átlagbér	N (szervezet)	%
60 000 Ft alatt	1	1,9
60 001–80 000 Ft	10	18,5
80 001–100 000 Ft	13	24,1
100 001–120 000 Ft	19	35,2
120 001–140 000 Ft	7	13,0
140 000 Ft felett	4	7,4
Összesen	54	100,0
A legkisebb havi bér érték szerinti eloszlása a szervezetek között		
Legkisebb havi bér	N (szervezet)	%
60 000 Ft alatt	11	20,4
60 001–80 000 Ft	25	46,3
80 001–100 000 Ft	13	24,1
100 001–120 000 Ft	4	7,4
140 000 Ft felett	1	1,9
Összesen	54	100,0

A legnagyobb havi bér érték szerinti eloszlása a szervezetek között		
	N (szervezet)	%
100 000 Ft alatt	2	3,8
100 001–150 000 Ft	25	47,2

150 001–200 000 Ft	13	24,5
200 001–250 000 Ft	8	15,1
250 000 Ft felett	5	9,4
Összesen	53	100,0

Az átlagbéreknek az összes szervezetre vetített átlaga *103 ezer Ft* volt. Az átlagbérek legjellemzőbben (a minta majd' 60%-ában) a 3. és 4. fizetési kategóriánkba, azaz 80 és 120 ezer Ft közé estek. Ez az érték alatta marad a KSH által közölt ágazati átlagbérnek, mely szerint az egészségügyi és szociális ellátásban dolgozók havi bruttó átlagkeresete 2005-ben 129 992 Ft volt. A szociális ágazat alulfizetettsége jól ismert (összevetésképpen: ugyanebben az évben az oktatásban dolgozók bruttó átlagkeresete 163 ezer Ft volt), de a civil szektorban ugyanez a terület mintánk alapján még rosszabb mutatóval bír: szervezetink átlagbére majd' *27 000 Ft-tal, tehát 20%-kal marad el az országos ágazati átlagtól.*

Az átlagos bér a jelzett 80–120 ezer Ft-os jellemző értéknél egyenlő eloszlással a szervezetek 20-20%-ában volt alacsonyabb, illetve magasabb.

A legkisebb bér a szervezetek több mint 90%-ában 100 ezer Ft alá, ezen belül is legjellemzőbben (a fenntartók 46,3%-ánál) 60 és 80 ezer Ft közé esett, *74 600 Ft-os* középértékkel.

A legmagasabb bérek átlagos értéke mintánkban *168 600 Ft* volt. A nagy eloszlás miatt a kategorizáció is nagy értékhatárokkal történt: így jeleznünk kell, hogy a leggyakoribb, 100–150 ezer Ft közé eső bércsoportban (47,2%) a szervezetek jellemzően a 150 ezres értékhez közeli bérekkel szerepeltek. A két leggyakoribb középső bércsoportjába szervezeteink összesen 71,7%-a tartozott. A 100–200 ezer Ft közé eső legmagasabb bérek gyakorisága a fentiek miatt praktikusán a 140–200 ezer Ft-os legmagasabb bérezés gyakoriságát jelenti. A 250 ezer Ft feletti bérek javarészen 300 ezer Ft körüliek voltak – a minta legmagasabbjának kivételével, mely valamivel 400 ezer Ft feletti bér volt. A felső és alsó értékhatárok közötti előforduló nagyobb különbségek oka elsősorban a közalkalmazotti bérezés logikájából fakad. A legkisebb fizetések javarészt nem a szakmunkát végzők körében jellemzőek – itt meghatározónak a közölt átlagbérek értékét tekinthetjük –, hanem a szakképzetlen, kisegítő munkát végző stábtagnak keresetei. Ugyanez magyarázza a legmagasabb jövedelmek relatív nagyságát is: itt a diplomá(k)nak, illetve a munkaéveknek megfelelő, a közalkalmazotti bértábla szerint számított bérek kerültek lejegyzésre.

Összegezve azonban mégis azt mondhatjuk el, hogy a civil keretek között zajló fogytékos-ellátásban a bérek jellemzően, ill. még a saját szektoron belül is alacsonyak. Az általánosan kis mértékű kereseti lehetőségek azonban mintánkban is különböző eloszlással jelennek meg, így érdemes összevetnünk egyéb paramétereik szerint a felmért szervezeteket: hol dolgoznak relatíve jobb, vagy rosszabb bérlehetőségek mellett a civil szervezetek alkalmazottjai. Ennek összevetésére kereseti mutatóink közül *átlagbéreket* vesszük lapul. A többváltozós elemzések közlése előtt fontos megjegyeznünk, hogy mivel a bérezés jellemzően a közalkalmazotti normához kötött, *minden más indikátor előtt* a stáb képzettségi viszonyainak a függvénye; azaz, ahol nagyobb a szakképzettek aránya, ott az átlagbér is várhatóan magasabb lesz.

Fenti összefüggést mutatja 23. sz. táblázatunk.

23. sz. táblázat

A bruttó átlagbér nagysága a felsőfokú dolgozók létszamaránya szerint

Bruttó átlagbér		A felsőfokú végzettségűek aránya a dolgozói létszámon belül					Össz.
		Kevesebb mint 20%	20 és 40% között	40 és 60% között	60 és 80% között	80% felett	
60 000 Ft alatt	N	1					1
	%	16,7%					1,9%
60 001–80 000 Ft	N	3	6	1			10
	%	50,0%	25,0%	7,7%			18,9%
80 001–100 000 Ft	N		6	5	2		13
	%		25,0%	38,5%	22,2%		24,5%
100 001–120 000 Ft	N	2	7	4	5	1	19
	%	33,3%	29,2%	30,8%	55,6%	100,0%	35,8%
120 001–140 000 Ft	N		3	1	2		6
	%		12,5%	7,7%	22,2%		11,3%
140 000 Ft felett	N		2	2			4
			8,3%	15,4%			7,5%
Összesen	N	6	24	13	9	1	53

	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	---	--------	--------	--------	--------	--------	--------

A szabályos eloszlást jelző, a 120–140 ezer Ft-os bérek szintjéig tartó „lejtő” jól mutatja, hogy a diplomások arányának növekedésével a jellemző átlagbér legalacsonyabb értéke rendre egy-egy kategóriát ugrik, azaz a diplomások stábon belüli aráynövekedése a várt módon „emeli” a szervezeten belül a bérek átlagos értékét.

A további dimenziókat nézve, ám a fentiek elsőbbségét szem előtt tartva, a következőket mondhatjuk el:

- A vizsgált szervezetek földrajzi eloszlása szerint nincsenek éles különbségek: egyik régióban sem kiugróan jobbák vagy rosszabbak a kereseti lehetőségek. Egyedüli kakukktojás Észak-Magyarország, ahol a közepes nagyságú bérek gyakorisága az átlag szerinti, a legfelsőbb bérosztály (140 ezer Ft feletti átlagos bér) magasan felülreprezentált, és a régió szervezetinek a felénél jellemző.
- Az önkormányzati támogatottság – noha az egy a szervezet gazdasági pozícióját emelő tényező – sem látszik befolyásolni a bérek átlagos nagyságát. A teljes önkormányzati támogatottságú fenntartóknál legnagyobb értéke 120 ezer Ft, ennél magasabbakat csak a részleges támogatottságú, vagy önkormányzati segítséget nem élvező szervezetek körében találunk.
- A szervezet nagysága, a fenntartott intézmények száma a már leírt módon tágtítja a gazdálkodás keretét – ez pedig meglátszik a fizetendő bérek átlagos nagyságán is. 120 ezer Ft feletti átlagbért az egyintézményes fenntartók körében csak kis százalékban találunk, illetve a 100 és 120 ezer Ft-os bérosztályban is jóval magasabb a többintézményes szervezetek reprezentációja. 100 ezer Ft-nál, azaz az átlagbérek középértékénél határt húzva azt látjuk, hogy az egyintézményes fenntartók alig *felében* magasabb

ennél a jellemző keresetnagyság, a 2 intézményes fenntartóknál ugyanez már 60, az igazán nagy szervezetnél pedig 80, illetve 100%.

- A szervezetek gazdasági pozíciójának legkézenfekvőbb meghatározására eddig a bevétel ellátottankénti értékét használtuk. Érdeemes megnéznünk, hogy a fenntartó prosperitása hogyan hat a bérvizonyokra, azaz, hogy a bevétel nagysága mentén emelkedik-e a dolgozókra fordított pénzösszeg nagysága. Válaszunk mindenképpen igenlő: tendenciózusan magasabb az átlagbér a nagyobb forrásokkal gazdálkodó szervezetek körében. A kisebb költségvetésű, azaz az ellátottanként legfeljebb 1 milliós bevételt felhasználó szervezetek körében a 100 ezer Ft feletti átlagbér a fenntartók 40%-ánál jellemző, ugyanez a kliensenként 1-1,5 millió Ft-tal gazdálkodó szervezetek körében 50%, 1,5-2 milliós bevételnél 72,8%, a 2 millió feletti egyéni bevétellel gazdálkodók körében pedig osztályonként 66,6, 50, illetve 100%. A magasabb, 100-140 ezer Ft közötti átlagbér sávokban szintén stabil emelkedést látunk a nagyobb bevételű szervezetek irányában. A kis elemszámú, 140 ezer Ft feletti bérek kategóriájának eloszlása érdekes módon nem a nagy bevételű szervezeteket érinti, hanem – ugyan kis arányszámmal – de egy kisebb és egy közepes bevételi csoportban jelenik meg. Ettől még a tendencia egyértelműen leírható: magasabb ellátottankénti bevételek mellett a szervezetek is jellemzően magasabb átlagbért fizetnek dolgozóiknak.

24. számú táblázat

Az átlagbér megoszlása a szervezetek ellátottankénti bevételeinek nagysága szerint

		Egy ellátottra jutó bevétel (ezer Ft)							Össz
		Kevesebb mint 500	501–1000	1001–1500	1501–2000	2001–2500	2501–3000	Több mint 3001	
60 000 Ft alatt	N		1						1
	%		6,7%						2,0%
60 001–80 000 Ft	N		3	4	1	1			9
	%		20,0%	25,0%	9,1%	33,3%			17,6%

80 001–100 000 Ft	N	1	5	4	2		1		13
	%	100,0%	33,3%	25,0%	18,2%		50,0%		25,5%
100 001–120 000 Ft	N		3	8	5	1		1	18
	%		20,0%	50,0%	45,5%	33,3%		33,3%	35,3%
120 001–140 000 Ft	N		1		1	1	1	2	6
	%		6,7%		9,1%	33,3%	50,0%	66,7%	11,8%
140 000 Ft felett	N		2		2				4
	%		13,3%		18,2%				7,8%
Összesen	N	1	15	16	11	3	2	3	51
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Míg a bérezés a szervezetek legtöbbjénél a közalkalmazotti normák szerint történt, addig a béren túli juttatások a civil szervezeteknél általában nem érik el az önkormányzati és állami szervezeteknél biztosított juttatások jellemző számát, így sajnos a civil fenntartású munkahely – esetünkben – nemcsak a bérek nagysága szerint, de a további juttatások tekintetében sem tűnik versenyképesnek.

A szervezeteket nyolcféle béren túli bonuszról kérdeztük meg; ezek közül gyakoriak voltak az intézmények alapműködéséhez kapcsolódó – tehát plusz ráfordítást nem, vagy kismértékben igénylő – béren túli támogatások. Ilyen volt a munkahelyen való étkezés biztosítása (az intézmények jelentős részénél az ellátottak étkeztetése a napi feladatok része), az intézményi orvosi ellátás hozzáférhetősége és az intézményi gépjármű használatának lehetősége. Intézményen belüli étkezést a szervezetek 68,5%-a biztosított, orvosi ellátást 39%-uk, a gépjármű eseti használatát pedig 37%-uk tette lehetővé.

A ráfordítással járó béren kívüli juttatások közül a munkaruha biztosítása – a gyakorlatban: éves ruhapénz (55,6%), az étkezési hozzájárulás – azaz étkezési csekk (50%) volt a fenti arányokkal gyakrabban jellemző. A harmadik jellemző bonusz a közlekedési támogatás (helyi közlekedési bérlet) volt – ezt a szervezetek 24,5%-a

biztosította. Ennek a három béren kívüli juttatásnak a megléte az állami/önkormányzati szektorban szinte teljes előfordulással jellemző; itt, mint láttuk, csak fele-, illetve negyedrészen. Olyan, a versenyszférában bevett juttatásokat, mint az üdülési csekk vagy a munkáltató által átvállalt biztosítás (pl. egészségpénztár) szervezetünk kis részénél, fenti sorrendben 7,4, illetve 15%-nál találtunk. Egy-egy esetben viszont előfordultak a felsoroláson kívüli pluszjuttatások is, mint a szolgálati lakás (1 szervezetnél), a munkahelyi kölcsön (1 szervezet), vagy a beiskolázási segély. (A tanulmányok támogatását – mely máskülönben gyakori volt szervezeteink körében – külön tárgyaljuk.)

A fenti 8, (illetve alternatív 9.) bonusz közül a fenntartók leggyakrabban három- vagy négyfelét biztosítottak. A bonuszok száma korrelál az átlagbérnagysággal, és a szervezetek ellátottankénti bevételeivel is, azaz a nagyobb gazdálkodási kerettel rendelkező szervezetek a magasabb átlagbér mellett jellemzően többféle béren túli juttatás is adtak.

Oktatás és képzés

Mint láttuk, a mintánkban szereplő civil szervezetek bérezési és juttatásbeli lehetőségei igen korlátozottak. Ezt mintegy ellensúlyozandó a munkatársak képeztesében, illetve az ehhez szükséges munkahelyi hozzájárulásban kifejezetten pozitív képet és megfogalmazott támogatókészséget találtunk.

A szervezetek 93%-a valamilyen formában hozzájárul dolgozóinak tanulmányi, illetve képzési törekvéseihez, 82%-ban saját forrásából is áldoz erre a célra, illetve 60%-uk jelezte, hogy külső, pályázati v. kincstári források szervezésével is segíti ezt.

A képzések támogatásának leggyakoribb formája a továbbképzések, konferencia-részvételek direkt támogatása: ezekben az esetekben a munkahely maga állja a képzés költségeinek 100%-át. Költségtérítéses iskolai tanulmányok esetén (ezek leggyakrabban másoddiplomás képzések) a szervezetek bő harmada (37,5%) vállalta *tanulmányi szerződés* kötését – ezt a támogatás a dolgozó meghatározott idejű

elköteleződése mellett szintén direkt anyagi hozzájárulást jelent. (Tekintve, hogy a szervezetek kb. felénél volt példa felsőfokú képzésben való aktuális dolgozói részvételre, a fenti arányszám még kedvezőbb támogatottságot jelez.) A dolgozók tanulmányait, ill. továbbképzését a fenntartók $\frac{3}{4}$ -e munkaidő-kedvezményrel is támogatta.

Szervezeteink dolgozói körében elsősorban a felsőoktatási részvétel, illetve a tanfolyamok/továbbképzések, valamint a részben ide sorolható konferencia-részvételek voltak jellemzőek. (A fenntartók 20%-ánál a munkatársak középfokú, illetve 27,8%-ánál középfokú nem iskolai jellegű képzése is megjelent – ezek jellemzőit alacsony előfordulásuk miatt jelen tanulmányban nem tárgyaljuk.) Főiskolára, egyetemre aktuálisan járó munkatárs(ak)at szervezeteink 57,3%-ánál találtunk, ez leggyakrabban (29,6%) egy vagy két (14,8%) dolgozót jelentett. Szakmai tanfolyamon vagy továbbképzésen a szervezetek 77,8%-ában legalább egy munkatárs részt vett a vizsgált év során, ám ez jellemzően nem egy, hanem 2-4 (37,1%), vagy annál több munkatárs volt (32%). Az ilyen jellegű képzések számát tekintve elmondható, hogy az egyes szervezetek 25,9%-a legalább egy tanfolyamon/továbbképzésen képviseltette magát, 16,7%-uk kettő, 14,8%-uk három, 20,5 négy, vagy annál több ilyen alkalomra delegálta munkatársait, a fenntartók mindössze 22,2%-ában nem éltek a munkatársak ezzel a lehetőséggel.

Tervezés, fejlesztés

Tanulmányunk végén a fogyatékos-ellátást végző civil szervezetek jövőképét és tervezőmunkáját tárgyaljuk, jelesül, hogy tárgyában, időkeretében és tervezett forrásaiban milyen fejlesztési irányokat határoztak meg a mintánkban szereplő fenntartók.

Kérdőívünkben előzetes meghatározás nélkül jegyezték le fenntartóink tervezett beruházásait, ezeket utólag három kategória szerint (a szolgáltatások léptékét növelő fejlesztések, a jelen szolgáltatás körülményeit javító fejlesztések, illetve szakmai tárgyú fejlesztések) rendeztük. Alábbiakban a számunkra legfontosabb,

léptéknövelő tervezések jellemzőit fejtjük ki. Szervezetink leginkább a szolgáltatásaik léptékét növelő fejlesztésekben gondolkodtak – a fenntartók 71,4%-a adott számot legalább egy ilyen tervről. Léptéknövelő fejlesztés alatt általában új intézmény létesítése, vagy valamelyik most működő intézmény férőhelyszámának bővítése vagy szolgáltatási körének kiterjesztése értendő – szervezeteink legnagyobb része ezek közül egy projektet (37,5%) nevesített, de mérhető arányban találtunk két (14,3%) vagy három (10,7%) újíttáson dolgozó fenntartót is. A beruházások legnagyobb részét 1-2 éves időkerettel (39,5%) tervezték, de nem ritkák az öt (21,1%), vagy tíz évre szóló tervezések sem (15,8%).

Mint azt a gazdasági tevékenység értékelésénél láttuk, a több intézménnyel dolgozó szervezeti struktúra fenntarthatósága jobb az egypólusú szolgáltatásnál. Ez a felismert szempont jól látható a tervezéseknek a szervezetek intézményszáma szerinti megoszlásánál: a kapacitásnövelés szándéka az egy, illetve két intézményt működtető fenntartóknál volt a legerősebb. A források tervezésében a szervezet meglévő forrásai a leghangsúlyosabbak, ill. hasonló mértékű a pályázatok igénybevétele, ám fenntartók nagyobb része inkább csak a hazai pályázatokkal számol (45%), EU-s pályázatot 34,2% jelölt meg az innováció megvalósításához. A szervezetek 38%-a jelezte, hogy terveinek megvalósításához egyelőre nem elérhető talál forrást, ez a válasz azonban jellemzőbb volt a kisebb költségvetéssel dolgozó, illetve kisebb szervezetnél; a bevételi index élén álló, illetve az 5 intézményes és annál nagyobb fenntartók szinte kivétel nélkül nevesíteni tudták tervezéseik forrását. Ez az összefüggés ismét aláhúzza azt a már többször leírt állítást, miszerint a gazdálkodás és a szervezés hatékonysága *növekszik* a szervezetek nagyságával, így fenntartóinknak sikeres működésük érdekében valóban célszerű a növekedés útjára lépni.

Jelinekné dr. Vári Zsuzsa

Falussy Anna

„Ti hogyan csináljátok?”– 2007-ben

A korábbi évek teremtette hagyományoknak megfelelően idén is kiírta a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával a népszerűvé vált „Ti hogyan csináljátok?” programot, amelynek célja a szociális szolgáltatások mintaszerű projektjeinek összegyűjtése, illetve a médiában, valamint a Tapasztalatcsere Műhelyek keretében történő bemutatása.

Programkategóriák

2007-ben a korábbtól eltérő kategóriákban lehetett indulni, amelyek az alábbi diagramon láthatóak.

1. ábra

A programok elbírálása

Az előértékelést kategóriánként a szakterületről *önként jelentkezett szakemberek* végezték. A benyújtott programok továbbjutó egyharmada közül az *Értékelő Bizottság* felkért tagjai (a szakminisztérium és a szakmai szervezetek képviselői) választották ki a nyerteseket.

A pályaművek elbírálásánál a jó gyakorlat eredményessége, a program bemutatását célzó űrlap kitöltése (közérthető megfogalmazás, lényegi válaszadás), a jó gyakorlat újszerűsége, illetve fenntarthatósága került értékelésre.

Mivel az egyes kategóriákban induló programok számában, minőségében is lényeges eltérések mutatkoztak, ezért a III. kategóriában nem adtak ki díjat, míg a IV. kategóriában két díjazott program született. További egy program különdíjban, valamint két program megosztott különdíjban részesült.

A díjazott programok

I. kategória

Információs Híd / Márkusné Varga Judit

Fővárosi Önkormányzat Értelmi Fogyatékosok Otthona, Tordas

II. kategória

Tanácsadás, ismeretterjesztő előadássorozat idős családtagjaikat gondozó hozzátartozók részére / Schütz János, Hende Tamásné

Szociális Szolgáltató Központ, Szombathely

III. kategória – Nem került díjazásra egy program sem.

IV. kategória

Az Idősothonok Szépkorú, de Ifjúszívű Lakóinak Kulturális és Sportversenye / Bartáné Pataki Viktória, Koczka Attiláné, Ballagó József, Vincze Ferencné

„Fehér akác” Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Idősek Otthona és Módszertani Intézménye, Jászapáti

MOZAIK – Komplex képesség- és személyiségfejlesztő program felnőtt korú értelmi sérültek számára / Sándor Ildikó, Gábor Mária Magdolna, Bíró Zoltánné, Horváth Lászlóné, Tillinger Károlyné

Gyöngyfa Napközi Otthon, Kaposvár

V. kategória

Mikulás Fesztivál / Köteles Erika

Szombathely Megyei Jogú Város Önkormányzata Pálos Károly Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat

Különdíj

Sikerterápia az együttműködésért / Kincs Alexa Júlia, Kelemen Péterné, Kékesi Szilárd János
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat "KIKELET" Ápoló -Gondozó Otthona, Tarpa

Megosztott különdíj

Kommunikálni jó! / Paleess Eszter

„Beszélgetünk?” – súlyos beszédzavarral élő gyermekek specializált logopédiai ellátása /
Tökölyi Réka

Bliss Alapítvány Segítő Kommunikáció - módszertani Központ, Budapest

A benyújtott programok

A „*Ti hogyan csináljátok?*” program három éve alatt összesen 126 szociális szolgáltatást végző intézmény 222 pályaművet adott be. Egyes szolgáltatók több pályaművet is benyújtottak, illetve egymást követő években is pályáztak. 2007-ben összesen 39 db program érkezett be. Az idén programot benyújtó szolgáltatók közül 1 intézmény mindhárom évben, 6 intézmény pedig kétszer vett részt a „*Ti hogyan csináljátok?*” programon – közülük egy szolgáltató kivételével mindannyian legalább egyszer díjazásban részesültek.

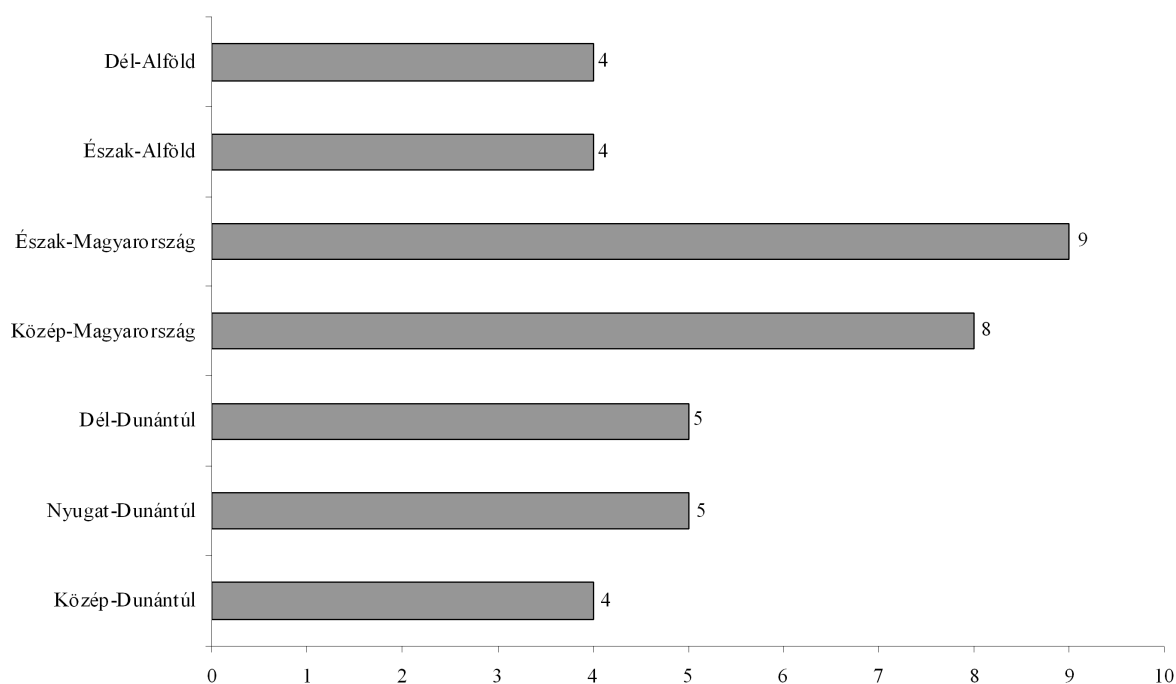
A 2004/2005-ös, valamint a 2005/2006-os évben a kimagaslóan legtöbb pályázat az *idősellátás* területéről érkezett (33 db.), az idén a korábbi években is jól szereplő *fogyatékos-ellátás* vitte el a pálmát mind a beküldött programok (11 db.), mind a nyertesek számát (3 db.) tekintve. Ehhez képest az összes többi szakterületről kevesebb, mint feleannyi program érkezett: idősellátásból 5, pszichiátriai-, szenvedélybeteg-ellátásból, családsegítő szolgáltatásból külön-külön 3 program érkezett. Az integrált szolgáltatás területéről érkező programok (9 db.) között szinte minden szakterület megjelenik, kivéve a hajléktalanellátást és a falu-és tanyagondnoki szolgálatot, amelyek az idén egy programot se nyújtottak be, és az előző években is csak kis számmal képviseltették magukat. A szakterületi besorolásban az

egyéb kategóriába tartozó pályaművek módszertani tevékenységről, közösségi pszichiátriai ellátásról és hátrányos helyzetűek munkaerő-piaci integrálásáról adnak számot.

A három év alatt a legtöbb program *Dél-Alföld* (53), *Észak-Magyarország* (50) és *Észak-Alföld* (43) régióból érkezett. Ennél lényegesen kevesebb pályázatot nyújtottak be Kelet- és Dél-Dunántúl (22, 25), valamint Közép-Magyarország (26) régióból. A legtöbb díjazottat ennek ellenére a dunántúli régiók adták. A beküldött pályázatok számát (38) tekintve a középmezőnyhöz tartozó Nyugat-Dunántúlról való a legtöbb díjazott program (6). A 2007-es év is ezt a tendenciát követte. A legtöbb programot benyújtó észak-magyarországi régió egyetlen díjat sem vitt el, míg a kisebb arányban részt vevő dunántúli régiók nyerték a díjak nagyobb hányadát.

2. ábra

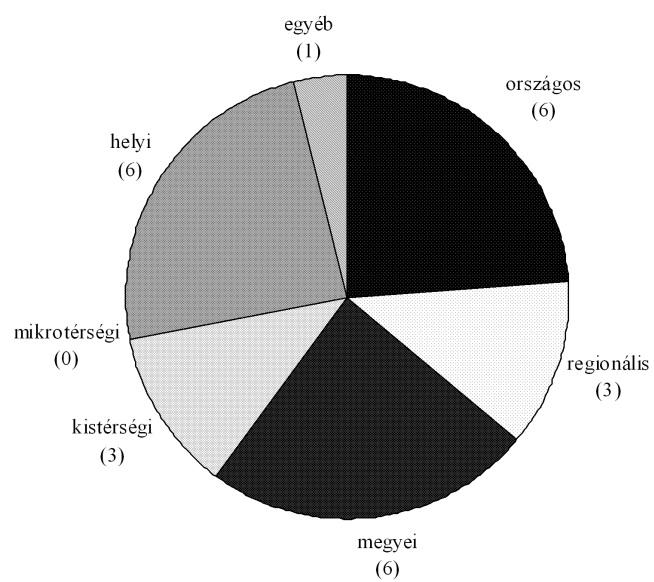
A benyújtott programok száma régiós bontásban, 2007



2004/2005-ben messze legmagasabb arányban a *helyi működési szintű szolgáltatók* adtak be pályázatot, ehhez képest a díjazás inkább a magasabb működési szintű intézményeknek kedvezett. 2005/2006-ban a *megyei működési szintű szolgáltatók* a helyiekkel közel azonos arányban szerepeltek, idén pedig az *országos szintű szolgáltatók* az előbbiekkal azonos számban nyújtottak be programot. Minden lehetséges működési szintű szolgáltatónál születtek díjnyertes pályaművek.

3. ábra

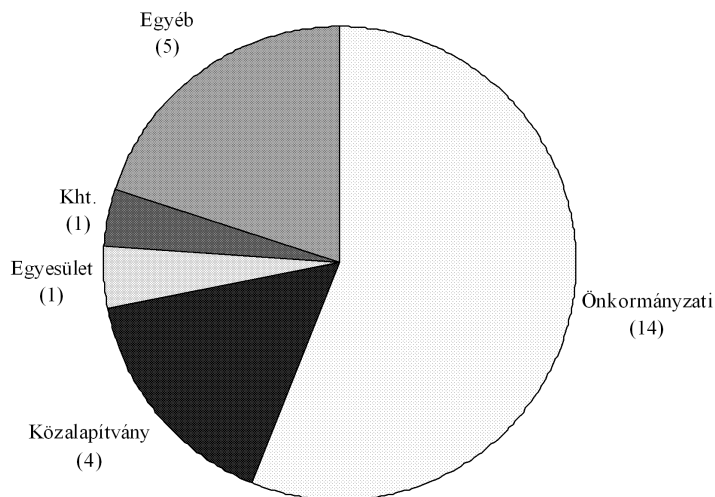
**A programot benyújtó szolgáltatók száma működési szintjük, ellátási
illetékességük szerint, 2007**



A programot benyújtó szolgáltatók jogi státusza tekintetében elmozdulás figyelhető meg. Bár mindhárom évben a programot benyújtó szolgáltatók többsége *önkormányzati intézmény*, azok 2005/2006. évi 87%-os aránya idén 56%-ra csökkent, ezzel szemben a nonprofit és egyéb jogi státuszú intézmények aránya növekedett.

4. ábra

A programot benyújtó szolgáltatók száma jogi státuszuk szerint, 2007



A nyilvánosság biztosítása

Az eredményeket a hagyományoknak megfelelően díjátadó ünnepségen hirdettük ki, amelyen az összes résztvevő egy 2005/2006-os pályaművekből készült CD-t, valamint az idei programokat bemutató füzetet kapott ajándékba.

A jó gyakorlatoknak a korábbinál szélesebb nyilvánosságot kívánunk biztosítani – a programon részt vevők körét kibővítve a szociális szakemberek tágabb körével – a Kapocs című folyóirat idei számaiban, a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet honlapján (www.szmi.hu), valamint a szeptembertől megrendezésre kerülő tapasztalatcsere műhelyeken. Ez utóbbi rendezvények célja, hogy a szakma képviselői a helyszínen ismerkedhessenek meg

a bevált gyakorlatokkal, mintaszerű projektekkel, miközben a széleskörű kapcsolatépítésre is lehetőség nyílik. 2005-ben összesen 13, míg a 2006-ban 9 műhelytalálkozó került megrendezésre. Fontos továbbá, hogy ne csak a szakma, hanem egyéb érdekeltek (területi érdekelttség, szociális rászorultság stb.) is tudomást szerezzenek a jó gyakorlatokról. Ezt a szempontot szem előtt tartva, idén először, felvettük a kapcsolatot a helyi médiával is, bemutatására ajánlva a nyertes programokat.

Tapasztalatunk szerint évről évre újabb és újabb intézmények színesítik a „Ti hogyan csináljátok?” résztvevői palettáját, még akkor is, ha idén a programot benyújtók számában sajnálatos visszaesés mutatkozott.

A jó gyakorlatok szavakba öntése nemcsak a nyilvánosság tájékoztatása miatt fontos, hanem az egyes programok fejlődésének feltételét is jelenti. Különösen értékes lehet, ha a gyakorlatban dolgozó szakemberek megfogalmazzák felhalmozódott tapasztalataikat, ezzel tudatosítva saját tevékenységüket, valamint kamatoztatva „kincseiket” más szakemberek számára is.

Schütz Jánosné

„Jó gyakorlatok” a szombathelyi Szociális Szolgáltató Központban

A szociális terület szakminisztériuma 2004-ben indította útjára a „Ti hogyan csináljátok?” projektet, amely jó gyakorlatok bemutatására nyit lehetőséget. Intézményünk 2005 óta sikeresen vesz részt a fenti pályázaton.

A Szociális Szolgáltató Központ Szombathely város közigazgatási területén évente közel 2100-2200 idős és rászoruló embernek biztosít a személyes gondoskodás keretébe tartozó szociális ellátást.

Alapszolgáltatásaink:

- szociális információs szolgáltatás,
- étkeztetés,
- ebéd házhozszállítása,
- házi segítségnyújtás,
- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás,
- nappali ellátás hat idősök klubjában.

A *szakosított ellátások* közül az átmeneti elhelyezést biztosító időskorúak gondozóházát működtetjük, 17 férőhellyel.

Az intézmény egy intézményi központtal, hat telephelyen működő Idősök Klubjával, egy telephelyen működő Gondozóházzal és három Gondozási Körzetközponttal rendelkezik.

A szervezetre jellemző, hogy az ellátást végző intézmények egymásra épülve működnek, és az ellátások átjárhatóak.

A Szociális Szolgáltató Központban 2003. január 1-jétől kezdte meg munkáját az Intézményi Csoport. Létrehozásának alapvető célja az intézmény egységeiben folyó szakmai munka segítése, koordinálása, a tevékenységek szakmai színvonalának emelése és az innováció.

A csoport általános feladatait a következőkben foglalta össze:

- az ellátást igénybe vevők szervezett foglalkoztatása, pszichés és mentális karbantartása, életvitelük segítése;
- szervezett programok biztosítása a városban működő hat idők klubjának ellátottjai részére;
- jogi tanácsadás és érdekképviselés az ellátást igénybe vevők számára, továbbá az intézmény vezetésének segítése;
- pályázatok figyelése, a szolgáltatásokat érintő innovatív megoldások keresése és alkalmazása a megvalósításhoz szükséges források feltárása.

Az intézményi csoport éves munkaterv alapján végzi tevékenységét.

Az alábbiakban szolgáltató központunk „jó gyakorlataiból” adunk ízelítőt.

„Idősek Szabadegyeteme”

A 2003-ban indított szabadegyetem *célja* a Szociális Szolgáltató Központ Idősek Klubjaiba járó idősokorúak érdeklődésének szinten tartása, új ismeretek szerzése iránti igényük felkeltése.

További célok:

- a mentális teljesítőképesség, vitalitás megőrzése;
- az idősödésből, az egészségi állapot megváltozásából fakadó nehézségek feldolgozásának segítése;
- lehetőség felkínálása egy jobb, színvonalasabb, tartalmasabb életminőség elérésére;
- az élethosszig tartó tanulás elvének érvényesítése az idősekre, a társadalomban való részvételük biztosítása érdekében;
- a demográfiai változások nyomán jelentkező feszültségek enyhítése;
- a generációk közötti kommunikáció és társadalmi szolidaritás fejlesztése;
- pozitív kép kialakítása, a negatív beállítódások csökkentése az idősekkel kapcsolatban: ne tekintsék az idős embert tehernek;
- segíteni az idősokorúak egymás közötti és a közösségeik közötti kapcsolatainak kialakulását, megerősödését.

A program célcsoportja:

- a Szociális Szolgáltató Központ által működtetett Idősek Klubjainak tagjai (taglétszám: 264 fő);
- a klubtagokon kívül azok az érdeklődők, nyugdíjasok, akik a klubok számára biztosított hely közelében laknak, illetve különböző fórumokon értesülve a programokról, azokon részt kívánnak venni;
- a Gondozóházban, átmeneti bentlakásos formában ellátásra szoruló idősök, akik közül többen egészségi állapotuk és előrehaladott életkoruk miatt mozgásukban súlyosan korlátozottak, ágyhoz kötöttek (létszámuk 17 fő).

A „jó gyakorlat” célrégiója a Szombathely Megyei Jogú Város különböző pontjain működő Idősek Klubjai. Ezek a klubok úgy helyezkednek el a városban, hogy mindegyik terület részesülhessen az ellátásban, lefedik Szombathely Megyei Jogú Város közigazgatási területét.

Előzmények, és a szükséglet felmérése

A szabadegyetem indításának előzményeként több alkalommal került sor olyan foglalkozásokra, illetve különböző témákban olyan előadásokra, amelyek nagy érdeklődést keltettek az idősök körében.

Kezdetben irányított beszélgetések zajlottak, a klubtagok közül jelentkező előadók, illetve meghívott vendégek tartották a foglalkozásokat. A nagy érdeklődés miatt a szolgáltatást előre tervezetté, rendszeressé, tematikussá alakítottuk. Felmérések, elégedettségi vizsgálatok alapján tájékozódunk, milyen témákra mutatkozik igény, milyen formában és milyen gyakorisággal szervezzük a szolgáltatást.

A „jó gyakorlat” bemutatása

A tevékenység keretét az „Idősek Szabadegyeteme” elnevezés adja.

A szabadegyetem évfolyamonként ősztől tavaszig (októbertől májusig) tart. Havonta két alkalommal rendezzük meg, szerdai napokon 13 órától 14 óra 30 percig. A helyszínek váltakoznak a klubok között.

A résztvevők az adott klub tagjai, valamint azok az érdeklődők, akik a többi klubból, illetve a településhez közeli régióiból érkeztek. A megjelenést, a részvételt jelenléti íven rögzítjük, nyitó illetve záró programot külön rendezünk.

A szabadegyetemen ez idáig az alábbi témák kerültek terítékre.

2003 októberétől 2004 májusáig: *Vas megye irodalmának, történelmének híres alakjai*. Tizennégy előadás hangzott el a témában – melyhez kapcsolódóan két kirándulást szerveztünk.

2004 októberétől 2005 májusáig: *Vas megye templomai, kastélyai és arborétumai*. Az előző évhez hasonlóan a tizennégy előadás mellett két kirándulásra került sor.

2005 októberétől 2006 májusáig: *A szeretet művészete – Bibliai tájakon*.

2006. októberétől 2007 májusáig: *Színes csillagászat*.

A szabadegyetem programjain alkalmanként 50-60 fő vesz részt.

Az előadókat, a kirándulások szakmai vezetőit a Berzsényi Dániel Főiskoláról, a Berzsényi Dániel Könyvtártól, az Egyházmegyei Könyvtártól és a Főplébániai Hivataltól hívtuk.

Az előadások elhangzása után tesztlapok kiosztására kerül sor, amelyeknek a kitöltését a következő előadásig kell elvégezni. Ezzel egyrészt segítjük az elhangzott ismeretek elmélyítését, másrészt figyelemre serkentjük az előadásokon résztvevőket. A rendszeresen kitöltött és összegyűjtött tesztlapokat értékeljük, és egy hangulatos záró programon a legjobbakat az oklevél mellett még jutalomban is részesítjük. Minden évfolyam záró programját május végén rendezzük meg.

Egy-egy évfolyam tematikájából programtervezetet készítünk, amelyet igényesen kivitelezett kiadványok formájában juttatunk el a klubokba és a művelődési intézményekbe.

A klubtagok előadásokra történő szállításáról az intézmény gondoskodik.

A témák feldolgozásához szükséges eszközök egy részét az előadók biztosítják (projektor, szemléltető filmek, diák, különböző kiadványok, szakirodalom).

Amely témákhoz kirándulás kapcsolódott (pl. kastélyok, templomok, arborétumok, emlékhelyek, csillagvizsgáló), oda autóbuszos kirándulást szerveztünk az előadók közreműködésével.

Eredmények

Az Idősek Szabadegyeteme keretében végzett tevékenységünk felkeltette a célcsoportok tagjainak érdeklődését, nagy létszámban és szívesen látogatták a programokat. Ennek igazolására minden alkalommal kaptunk szóbeli, utóbb írásban történt visszajelzést.

Az elsajátított ismeretek, élmények, tapasztalatok megszerzése mellett erősebbé váltak a személyes és közösségi kapcsolatok. A klubok közötti átjárás lehetőséget nyújtott arra is, hogy egy-egy klub tagjai megismerkedjenek a többi helyszínen zajló mindennapi tevékenységekkel.

Az adatok magukért beszélnek: az előadások száma az évenkénti 3-4 alkalomról 16 alkalomra, a résztvevők száma 60 főről 300 főre emelkedett.

Tervek

Az Idősek Szabadegyeteme programot az elkövetkező években is folytatni kívánjuk, miután megítélésünk szerint és a résztvevők véleménye alapján sikeres rendezvénysorozatnak bizonyult.

Az évfolyamok témaválasztásánál továbbra is figyelembe vesszük az idős emberekből álló hallgatóság véleményét.

Terveink szerint a 2007–2008-as „tanév” témakörét a földrajz csodálatos világából merítjük majd. Ezt megalapozza egy előzetes megbeszélés, programegyeztetés a megyei könyvtár munkatársaival.

A program megvalósításához szükséges humán erőforrás

Ahhoz, hogy a jó gyakorlat eredményes legyen, évfolyamonként 6-10 fő előadó közreműködésére van szükség, mintegy 16 órában. Az előadók egyetemi, illetve főiskolai végzettséggel rendelkeznek.

Minden előadás alkalmával szükség van technikai dolgozók, gondozónők közreműködése (4-5 fő), a megfelelő reklámanyagok, kiadványok elkészítéséhez pedig hozzáértő adminisztrátorra. A témák kiválasztását, összeállítását, a rendezvény koordinálását, lebonyolítását egy fő programszervező végzi.

A szükséges infrastruktúra

- Minimum 60 fő befogadására, leültetésére alkalmas, fűthető, világos, kényelmes helyiség, olyan épületben, amely jól megközelíthető.
- A terem rendelkezzen minimális technikai felszereléssel, legyen lehetőség a korszerű eszközök működtetésére.

A „jó gyakorlat” megvalósítása során együttműködő partnerek

- Intézményi Csoport
- a klubok vezetői
- a gondozónők
- Művelődési Központ
- Berzsenyi Dániel Tanárképző Főiskola
- Berzsenyi Dániel Könyvtár
- Egyházmegyei Könyvtár
- Savaria Múzeum
- plébániahivatalok.

Nyilvánosság biztosítása

- A programszervező személyes, szóbeli tájékoztatást nyújt.
- A saját szerkesztésű havi programtervezetet eljuttatjuk a célcsoportokhoz.

- Az Idősek Szabadegyeteme témaköreiről prospektusok, szórólapok, plakátok készülnek.
- Az Őszirózsa Klubhíradó című saját szerkesztésű klubújságon, valamint a helyi tévén és sajtón keresztül hírt adunk a programokról.

Generációk közötti együttműködés

Társadalmunkban az öregedéshez jórészt negatív sztereotípiák kapcsolódnak, amely tükröződik az idős emberekkel szemben tanúsított viselkedésünkben is. Az értékrendszer alakításában nagy szerepe van a prevenciónak. Napjainkban a generációk jórészt egymástól függetlenül élnek, pedig életük csak kölcsönös függőségben válhat teljessé. A generációk közötti együttműködést a támogatás és a törődés egysége hozza létre. E kölcsönös együttműködés színtere a család, a közösség és az egész társadalom. Ennek elérése érdekében indítottuk útjára a generációk közötti együttműködés elnevezésű projektünket.

A program *célja* a generációk közötti együttműködés elősegítése, hogy megtudjuk:

- milyen kép él a mai fiatalok fejében a nagyszülők korosztályáról;
- miben jobb szerintük a nagyszülők, mint a szülők generációja;
- mit szeretnének kapni, és mit volna jó ellesni a nagyszülők nemzedékétől;
- mikor találhatják rokonszenvesebbnek az idősebbeket;
- mi tenné könnyebbé szerintük az együttélést;
- mit várnának el, és mit tehetnének az idős emberekért;
- mit csinálnának szívesen velük együtt?

A program célcsoportja

- Az általános iskola 5-6. osztályaiból azok a gyermekek, akik ötletgazdagok, de a mindennapi élet nem kínál elég teret e gazdagság pozitív irányú megnyilvánulásaira. Fontos, hogy igényük legyen baráti közösségek alakítására, hasonló értékek mentén a közös cselekvésre, a csoportmunkára (8-10 fős csoport).
- Idősek klubjaiban azok a szociális és mentális támogatásra szoruló tagok, akik akarnak és képesek is tenni a felnövekvő generációkért (kb. 12-15 fő).

- Az általános iskola felső tagozatos évfolyamain tanulók, ismereteinek bővítése, érdeklődésük felkeltése céljából (Szombathelyen kb. 3200 fő).
- A középiskolás korosztályból a nyitott, empátiával rendelkező aktív tanulók, akik kíváncsiak, szeretik kipróbálni magukat valós helyzetekben (15-20 fő).
- Házi gondozásban részesülők közül azok, akik magányosak, hozzátartozóik már nem, vagy távol élnek (5-20 fő).

A „jó gyakorlat” *célrégiója* Szombathely Megyei Jogú Város közigazgatási területe.

Szükségletfelmérés

A 2003 óta minden évben készült szükséglet-, igény-, és elégedettségi felmérések eredményei azt mutatták, hogy a főállású és tiszteletdíjas gondozónők által nyújtott szolgáltatásokkal ellátottaink elégedettek, de az időhiányból adódó munkaszervezési nehézségek miatt nem mindig tudják kielégíteni a felmerülő igényeket.

Elsősorban beszélgetéshez társat, sétához kísérőt, kártyázáshoz partnert kerestek a szolgáltatásainkat igénybe vevők.

A „jó gyakorlat” bemutatása és eredményei

Az iskolás korosztállyal kialakított kapcsolat elősegítheti a generációk közelebb kerülését egymáshoz. A magányos idősöknek póttunokát adhat, míg a saját nagyszüleiktől távol élő fiatalok e kapcsolaton keresztül ismerkedhetnek az időskor problémáival, miáltal megértőbbek, toleránsabbak lesznek ezzel a korosztállyal.

A középiskolás korosztályt az Ifjú Vöröskeresztes Klub tagságán keresztül nyertük meg céljainknak. A fiatalok otthonaikban keresik fel ellátottainkat, beszélgetéssel, közös sétával, közös játékokkal töltve el értékes órákat.

Az általános iskolás korosztály körében három programot indítottunk.

Az egyiken osztályfőnöki óra keretén belül ismereteiket bővítjük az időskor élettani sajátosságairól, az együttélés megkönnyítésének lehetőségeiről.

Ezen kívül 5-6. osztályos gyerekekből csoportot szerveztünk, akikkel rendszeresen, (kéthetente) keressük fel intézményünk klubjait, ahol közös játékokon, beszélgetéseken keresztül közvetlenül tapasztalhatják meg, milyenek az idős emberek, hogyan kell velük szemben viselkedni, melyek a békés együttélés szabályai.

Továbbá megkerestük az ifjú vöröskeresztes tagszervezettel rendelkező általános iskolákat, megkérve őket, mutassák be műsoraikat az idősök klubjaiban, változatosabbá és vidámabbá téve ezzel a hétköznapiakat.

Az Ifjú Vöröskeresztes klubbal együttműködve 15-20 házi gondozást igénybe vevő embert látogatnak heti rendszerességgel önkénteseink. Munkájukat a gondozási körzetközpont vezetője szervezi. E tevékenység felkeltette a sajtó és a közvélemény érdeklődését is. A megyei lap címlapján jelent meg írás munkánkról, a Duna televízió riportfilmet forgatott róla.

Osztályfőnöki óra keretében eddig kb. 220 általános iskola felső évfolyamain tanuló gyermek kapott tájékoztatást az időskor élettani sajátosságairól. Ószinte érdeklődést és aktív részvételt tapasztaltunk az előadásokon.

Nagy lelkesedéssel és kitartással működik az a gyermekcsoport is, melynek keretében idősök klubjaiban tartunk közös foglalkozásokat. Az idősök türelmesen hallgatják a gyerekek mondanivalóját, kizárólagos figyelmet adva nekik, a gyerekek ezt viszonyozzák kedvességükkel, ragaszkodásukkal, érdeklődésükkel.

Iskolás csoportok több alkalommal adtak műsort a már „patronált” idősök klubjában pl.: Idősök Világnapján, ünnepeken stb. Mindig saját készítésű ajándékkal lepték meg klubtagjainkat.

A program megvalósításához szüksége humán erőforrás

Egy fő szociális munkás – általános szociális munkás, vagy egy fő mentálhigiénés munkatárs.

A szükséges infrastruktúra

Irodahelyiség berendezéssel, fogadószoba, szakirodalom, telefon, fax, fénymásoló, számítógép, e-mail, internet.

A „jó gyakorlat” megvalósítása során együttműködő partnerek

Általános és középiskolák, valamint a Magyar Vöröskereszt Ifjúsági alapszervezete.

Nyilvánosság biztosítása

- Helyi média: Vas Népe, Savaria Fórum, Szombathelyi TV, honlap;
- tájékoztató szórólapok a lakosság illetve az ellátást igénybe vevők részére;
- a Szociális Hét és a Családnapi Fesztiválon rendszeres részvétel;
- az intézmény által szerkesztett Klubújság cikkei;
- terepoktatás keretén belüli tájékoztatás.

Önsegítő csoportok szervezése a Szociális Szolgáltató Központ Idősek Klubjaiban

Kezdeményezésünk alapvetése, hogy az időskorú, kóros tüneteket mutató emberekben ne a betegségtudatot, hanem állapotuk racionális értelmezését, az optimális szinten tartás szándékát, a betegség leküzdésére törekvést, a gyógyulás igényét erősítsük.

Segíteni kívánunk a krónikus betegségekben, a pszichés zavarokban szenvedők, a fogyatékkal élők és a szenvedélybetegek rehabilitációjában, rehabilitációjában.

Az önsegítő csoportok szervezése által lehetőséget teremtünk:

- a szükségletek és az igények reális megfogalmazására,
- az azonos betegségi tünetek tapasztalatainak átadására,
- a korlátozottság leküzdésére,
- a céltudatos életvitel, napirend kialakítására,
- az eredmények egymás közötti megosztására.

A „jó gyakorlat” *célcsoportja* a Szociális Szolgáltató Központ Idősek Klubjaiban ellátott 389 egyedi vagy halmozott betegségi tünetet mutató, diagnosztizált, kezelt idős ember.

A célrégió a Szombathely Megyei Jogú Város közigazgatási területén működő, nappali ellátást biztosító intézményei közül a városban működő hat Idősek Klubja.

Szükségletfelmérés

A klubok egészségnevelő szándékú, ismeretbővítő programjai eddig minden érintettnek és érdeklődőnek szólóan, általánosságban történtek. A meghívott előadók által tartott tanácsadások, árubemutatók, természetgyógyászati ismertető az aktuálisan jelenlévőknek szóltak. Ezen kívül egyes esetekben személyes beszélgetések során adtunk tanácsot, illetve irányítottuk tovább az érdeklődőt a kompetens szakemberekhez és egyéb segítőkhez.

Az intézményünk által működtetett hat Idősek Klubjában felmérést készítettünk az azonos problémákkal küzdő célcsoportok meghatározására, a meglevő dokumentációk felhasználásával és a klubtagok személyes megkérdezésével.

Az előregedéssel együtt járó hasonló vagy azonos betegségtünettél élők egyre szaporodó száma tette indokolttá az Idősek Klubjaiban a célcsoportok kijelölését az alábbi tizenegy kategória szerint:

- légzőszervi, asztmatikus megbetegedés (23 eset)
- keringési zavarok, szív és érrendszeri problémák, magas vérnyomás (115 eset)
- tumoros megbetegedések (műtét utáni állapotok) (21 eset)
- cukorbetegség (35 eset)
- emésztőrendszer problémái (23 eset)
- pszichés zavarok, pszichiátriai esetek (51 eset)
- inkontinencia (13 eset)
- halláscsökkenés (19 eset)
- látáscsökkenés (13 eset)
- mozgásszervi megbetegedés (51 eset)
- deviáns viselkedés (25 eset).

A „jó gyakorlat” bemutatása

A hat Idősek Klubjában tapasztalt hasonló egészségi problémák felmérése lehetővé tette az azonos betegségkategóriákba tartozók csoportosítását, s ennek megfelelően a konkrét tartalmú ismeretterjesztő, figyelemfelhívó programok összeállítását.

Rendszeresen, havonta egy alkalommal, tömegközlekedéssel jól megközelíthető Idősek Klubjában minden célcsoport részére külön-külön összejövetelet szervezünk, ahol betegség-specifikus szakelőadásokra, konzultációra, az idős emberek saját tapasztalatainak megosztására és megbeszélésére kerül sor.

Az összejövetelek időtartama 1,5 - 2 óra, az érintettek aktivitásától, érdeklődésétől függően.

Egy-egy csoportfoglalkozás résztvevőinek számát max. 10-15 főben ajánlott meghatározni.

Az első, csoportépítő találkozó alkalmával a résztvevők tájékoztatást kaptak a program céljáról; megismerhették a számszerűsített adatokat a saját problémacsoportjukra vonatkozóan; megtapasztalhatták, hogy nincsenek egyedül gondjaikkal, és tudatosíthatták, hogy a betegségeik ellenére is van remény egy teljesebb életre. Az ismertető után hagyunk időt a hallottak átgondolására, megbeszélésre, a csoportban való részvétel motivációjának kialakulására.

A tájékoztató után egy héttel a klubokban személyes megkeresés útján célirányos felmérést készítettünk a program iránt érdeklődők számáról, igényeiről, javaslatairól.

A fentiek ismeretében láttunk neki az önszorgító csoportok megszervezésének, és elkezdődhetett az érdemi munka.

A jó gyakorlat eredményei, jövője

Az önszorgító csoportok tagjai tapasztalataikat megoszthatják betegtársaikkal, egymást tanácsokkal segíthetik, így állapotuk elviselhetőbbé válik.

Fontosnak tartjuk gyakorlatunk személyiségalkító, viselkedésbefolyásoló szerepét.

A célcsoportok kialakítása révén nő az ellátottak egymás iránti toleranciája, empátiája, a betegtárssal szembeni tisztelete.

A gyakorlat mindaddig fenntartható, míg erre igény jelentkezik.

A programhoz szükséges humán erőforrás

Az intézmény témában érintett főállású munkatársai, illetve meghívott előadók, szakemberek vesznek részt a programokban (megbízási szerződés vagy tiszteletdíj alapján, ill. a túlóra lecsúsztatásának felajánlásával, valamint önkéntes tevékenység végzésével).

A szükséges infrastruktúra

- 15-20 fő befogadására, jegyzetelésre alkalmas előadóterem.
- Lehetőség szerint korszerű audio-vizuális felszereltség (írásvetítő, projektor, videó, flippchart tábla, jegyzetsomag).

A „jó gyakorlat” megvalósítása során együttműködő partnerek

A Szociális Szolgáltató Központ szakembere (mentálhigiénés munkatárs, szociális munkás, jogász) és a program témájához kapcsolódó meghívott előadók (pszichológus, gyógytornász, gyógyszerész, masszőr).

Nyilvánosság biztosítása

- A program szervezője, lebonyolítója írásos tájékoztatást ad a célcsoportnak (tematika, időpont, helyszín és a csoportfoglalkozás céljának megjelölésével).
- A tájékoztatásba bevonjuk helyi információs csatornák, médiát (Klubújság, Savaria Fórum, Vas Népe, helyi televízió).

Tanácsadás, ismeretterjesztő előadássorozat idős családtagjaikat gondozó hozzátartozók részére

A „jó gyakorlat” alapvető *célja*, hogy

- a Szociális Szolgáltató Központ szolgáltatásaihoz szakszerűen kapcsolódjon a hozzátartozók gondozási tevékenysége;
- az otthoni gondozásban részt vállaló családtagok, hozzátartozók tegyenek szert minél tágabb körű alapismeretekre, a gondozottak állapotára, gondozási igényeikre vonatkozóan;
- segítségadás annak érdekében, hogy a gondozást végző személy életminősége ne sérüljön túlságosan az ellátott családtag állapota miatt.

A program során további célunk, hogy a résztvevők:

- ismeretei gyarapodjanak az idős kor élettani sajátosságairól,
- szélesebb rálátással bírjanak az időskorral járó változásokra,
- ismerjék meg a saját és mások módszereit a felmerülő problémák leküzdése érdekében,
- csökkenjen bennük a szorongás, a bizonytalanság és a kiszolgáltatottság érzése,
- növekedjék az önbecsülésük, az élettel való megelégedettségük,
- javuljon az általános közérzetük,
- építsenek ki kapcsolatokat szakemberekkel, s javuljon a köztük lévő kommunikáció.

Reményeink szerint e célok megvalósulásával jelentősen csökkennek a családban felmerülő pszichoszociális problémák.

A program *célcsoportja* a Szociális Szolgáltató Központ ellátásait igénybe vevők közül a házi segítségnyújtásban részesülő (199 fő), ill. a nappali ellátásban részesülők közül a fokozott ellátásra szoruló klubtagok (24 fő), otthoni gondozásában közreműködő hozzátartozók, családtagok köre.

A „jó gyakorlat” *célrégiója* a Szombathely Megyei Jogú Város közigazgatási területén élő, az intézmény által nyújtott személyes gondoskodási formákat igénybe vevő személyek hozzátartozói.

Szükségletfelmérés

Az egyedül élő és természetes támaszokat nélkülöző idős emberek ellátása a főállású gondozókra hárul.

Az önmaguk ellátására nem, vagy csak részben képes, családban élő személyeknél a gondozási feladatok megoszlanak a főállású gondozók és a családtagok között.

A szakképesítést nem igénylő, de felelősségteljes gondozási tevékenységek végzésében korábban is segítséget nyújtottuk, azonban ez alkalmanként történt, és mindig az aktuális problémára irányult. A gondozó az ellátást igénybe vevő személy otthonában, az érdeklődő hozzátartozó kérdésére, az adott témában nyújtott felvilágosítást vagy szolgált tanácsadással.

Intézményünk a 2006. évben 298 házi segítségnyújtást igénylő idős embert látott el, az Idősek Klubjaiban 334 klubtag vette igénybe szolgáltatásainkat.

Az év során elégedettségi vizsgálatokat végeztünk az ellátásokra vonatkozóan, amelyek során az otthonukban felkeresett igénybevevők hozzátartozói nagy számban jelezték, hogy szeretnék részletesebb és gyakorlatias segítséget kapni az otthoni gondozási feladatok ellátásához.

Az ellátásokkal való elégedettséget vizsgáló kérdőívek azon kérdésére, hogy igényelne-e még egyéb segítséget is az intézménytől, a válaszadók 23%-a jelezte, hogy szívesen venne részt egy ismeretterjesztő, tanácsadással egybekötött előadás-sorozaton.

A „jó gyakorlat” bemutatása

A szervezett formában történő gyakorlati ismereteket tartalmazó ismeretterjesztő előadássorozatot minden idősellátással foglalkozó szervezet hatékonyan használhatja a hozzátartozókkal való együttműködés kialakítása és gördülékenyebbé tétele érdekében.

A Szociális Szolgáltató Központ Intézményi Csoportja 2006. évben indította előadás-sorozatát az idős hozzátartozóikat otthonukban gondozó családtagok részére.

Az intézmény belső erőforrásait felhasználva a program szakmai anyagát mentálhigiénés munkatárs, pszichológus, szociális munkás állította össze és közvetítette a résztvevők számára.

Az előadás-sorozat tematikája:

- Az időskor sajátosságai, az életkorral járó változások
- Harmonikus kapcsolatok a családban
- Az időseket ellátó szociális rendszer ismertetése.

A potenciális résztvevőket intézményünk munkatársai bevonásával szólítottuk meg. A meghívót (amely a részletes programot tartalmazó szórólap) a házi gondozást végzők személyesen juttatták el az igénybevevők családtagjaihoz. A klubtagok hozzátartozóit a klubvezetők a térítési díj befizetésekor tájékoztatták.

Az előadás-sorozatra három egymást követő hét ugyanazon napján, 17–19 óra között, a város központjában lévő, tömegközlekedéssel jól megközelíthető Idősek Klubjában került sor.

Egy-egy előadás időtartama 1-1,5 óra.

Az előadássorozat résztvevőinek számát max. 10-15 főben ajánlott meghatározni.

A hozzátartozók részére szervezett előadássorozatra 17 fő jelentkezett, akik aktívan részt is vettek a programokon. Meggyőződésünk, hogy széleskörű felhívásra a jövőben ez a létszám jelentősen nőni fog. Ezt erősíti meg az időközben kapott visszajelzések, érdeklődők növekvő száma.

A „jó gyakorlat” eredményei, jövője

A program befejeztével elégedettségi véleménykutatást és további igényfelmérést végeztünk a résztvevők körében.

Az előadássorozat résztvevői a kérdőíves felmérés értékelése alapján:

- hasznosnak tarják a kezdeményezést,
- igényeiknek megfelelő ismeretekhez jutottak,
- megerősítést kaptak a gondozási tevékenységük végzéséhez,
- közvetlen bizalmi kapcsolatot alakítottak ki a programban részt vevő szakemberekkel,
- önszorgató jelleggel a résztvevők egymás között folyamatos kapcsolatot tartanak fenn,

- várják a további előadásokat, amelyekre igényeiket, javaslataikat folyamatosan eljuttatják hozzánk.

Tapasztalataink és a hozzátartozók kérései alapján állítjuk össze a 2007. évi tanácsadási, ismeretterjesztő programunk tematikáját, választjuk ki az előadók személyét (szociális munkás, mentálhigiénés szakember, pszichiáter, gyógytornász, szakorvos, szakápoló, gyógyszerész).

Elkezdett gyakorlatunkat tovább kívánjuk bővíteni a város lakossága körében azok között, akik jelenleg még nem veszik igénybe szolgáltatásainkat, de potenciális igénybevevők, pl. családtagjaik ápolási díjon vannak velük otthon. Számukra prevenciós jelleggel kívánjuk biztosítani a szolgáltatást.

A program megvalósításához szükséges humán erőforrás

Az előadásokat az intézmény főállású, a témában érintett szakemberei (megbízási szerződés alapján vagy tiszteletdíjért, ill. a túlóra lecsúsztatásának felajánlásával), valamint erre vállalkozó önkéntesek tartják.

A szükséges infrastruktúra

- 15-20 fő befogadására, jegyzetelésre alkalmas előadóterem,
- egyéni beszélgetésekhez intim körülményeket biztosító helyiség,
- lehetőség szerint korszerű audió-vizuális felszereltség (írásvetítő, projektor, videó, flippchart tábla, jegyzetsomag).

A jó gyakorlat megvalósítása során együttműködő partnerek

A Szociális Szolgáltató Központ szakemberei: mentálhigiénés munkatárs és szociális munkás, valamint a program témájához kapcsolódó meghívott pszichológus előadó.

Nyilvánosság biztosítása

- A program szervezője, lebonyolítója írásos tájékoztatást ad a célcsoportnak (tematika, időpont, helyszín és az előadássorozat céljának megjelölésével),

- felhasználja a helyi információs csatornákat, médiát.

A fenti programok nem valósulhattak volna meg Szombathely Megyei Jogú Város Önkormányzatának támogatása nélkül.

Simon Orsolya

Problémakezelés az OKIT-nál

A 2005. április 1-je óta működő *Országos Krízis kezelő és Információs Telefonszolgálat* elsődlegesen a krízisben lévő emberek, a családon belüli erőszak áldozatainak helyzetére igyekszik megoldást keresni és találni. A segélyvonal szakemberei a nap 24 órájában elérhetők, krízisellátást, ügyfélirányítást végeznek. Egyedülálló, hogy a krízishelyzetbe került bántalmazottaknak lakhatási megoldást is tudnak kínálni. Az intézmény munkatársai rendszeres kapcsolatban állnak a krízisellátásban szerepet vállaló családok átmeneti otthonaival, titkos menedékhelyekkel, lakásokat működtető intézményekkel, szervezetekkel. Tevékenységük során együttműködnek az egészségügyi, a szociális, gyermekvédelmi, gyámügyi, közigazgatási, rendőri szervekkel is. Főként a helyi ellátórendszerre támaszkodnak, a különféle ügyek megoldásában igyekeznek a hívó környezetében levő szolgáltatókat, intézményeket elérni, mozgósítani. Az alább ismertetett esetben is a segélykérő lakhelyén működő intézményekhez fordulva rendeződött a kliens helyzete.

A probléma feltárása

Katalin többéves házasságban élt férjével, gyermekük már nem lakott velük. A házastársi kapcsolat megromlott, Katalint a férje súlyosan bántalmazta néhány hete. Az asszony átmenekült a szomszédba, ahonnan rendőrt hívott, azonban a sérülései annyira súlyosak voltak, hogy mentővel kellett kórházba szállítani. Amikor a kórházi ellátása befejeződött (két héttel később), hazatérve azt tapasztalta, hogy a férje lecserélte a zárat, és addigi közös otthonukba nem engedte be a személyes dolgaiért sem. A segélyszolgálat munkatársának kérdésére a telefonáló elmondta, hogy ingatlanuk közös tulajdonban van a férjével,

és állandó bejelentett lakos a közös otthonukban. Jelenleg lányával szívességi lakáshasználóként Budapesten lakik, de hamarosan albérletet kell keresniük, mert mostani lakhelyükön nem maradhatnak huzamosabb ideig. Lánya 22 éves, főiskolai tanulmányait folytatja, így anyagilag is nehéz helyzetben vannak.

A hölgy a bántalmazása után feljelentést tett a helyi rendőrkapitányságon, amelynek segítségével hozzájutott néhány ruhájához, de sminkkészleteit (sminkes lévén, munkaeszközzől van szó) nem sikerült elhoznia. Dolgozni tehát nem tud, ami tovább rontja anyagi helyzetüket és nehezíti lakhatásuk megoldását. Katalin a telefonbeszélgetés során elmondta azt is, hogy a cége sikeresen pályázott egy sminkes munkára, ám ő az azzal kapcsolatos vállalásait nem tudja teljesíteni. További nehézséget jelent számára a férjével közös számlák ügyének rendezése. A cége számláit illetően (amelyekhez kedvezményezettként a férj hozzáférhet) eddig csak annyit tudott tenni, hogy a bankkártyákat elhozta magával, a számlavezető bankba pedig betelefonált, hogy ne engedjék a férjét hozzáférni a számlákhoz. A segélykérő elmondta, hogy jelenleg folyamatban van a válásuk. A szolgálatunkhoz intézett kérdése arra vonatkozott, kérhet-e segítséget ahhoz, hogy a munkaeszközeihez hozzájusson, illetve milyen lehetőségekkel élhet.

A telefonszolgálat hívóinak legtöbbször sok, egymásból következő és egymástól független problémájuk van, amelyekkel egy időben fordulnak hozzánk segítségért. Szakmai irányelvek szerint azonban minden hívás során egy nehézség megoldásán dolgoznak együtt a szakemberek. Ennek a hívásnak a során az ügyeletes munkatársunk számára egyértelművé vált, hogy a legfontosabb probléma a Katalin lakhelye szerint illetékes intézmények, szervek összefogásával, mozgósításával megoldható.

A segítő beszélgetés kezdetekor a telefonszolgálat szakembereinek elsődleges feladata meggyőződni arról, hogy a telefonáló azonnali beavatkozást igénylő helyzetben van-e. Fel kell mérniük – gyakran néhány perc leforgása alatt –, hogy veszélyben van-e a hívó, és ha igen, milyen súlyos a helyzete. Ettől függ a beszélgetés további menete, az intézkedések sürgőssége, folyamata. Katalin esetében nem volt szó azonnali beavatkozást igénylő krízisállapotról.

A probléma feltárása, összefoglalása után a telefonálóval megállapodást köt a szakember. A jelenlegi helyzetben Katalinnak az volt a legfontosabb, hogy hozzájusson a munkaeszközeihez, mivel ez a további problémák megoldását megkönnyítené: végre tudna dolgozni, ezáltal anyagi helyzetük javulna, lakhatásuk rendezése is zökkenőmentesebb lenne. Ennek a hívásnak a során a szakember és a hívó megállapodása információszolgáltatásra vonatkozott.

Problémamegoldás több ismeret birtokában

Az OKIT-hoz érkező segélyhívások jelentős része információhiányból fakad: a bennünket hívók többsége ne fordulna a szolgálatunkhoz, ha kellően tájékozott lenne azokról a szolgáltatásokról, szolgáltatókról, melyeket szükség esetén igénybe vehet, ha ismeretei lennének azokról az anyagi támogatásokról, amelyeket igényelhet abban az esetben, ha körülményei indokoltá teszik. Ugyanez a helyzet a rendőri szervek működésével, a rendőri segítségnyújtással, az eljárási szabályokkal kapcsolatos információhiánnyal is. A kríziskezelő szolgálat szakemberei a személyközpontú segítő kapcsolat, problémamegoldó folyamat irányelvei, kritériumai szerint dolgoznak, azonban amikor a probléma megoldásához a meglévő szolgáltatásokról, eljárásokról szóló információra van szükség, kommunikációjukban direktívák is megfogalmazódhatnak.

Katalin esetében is az információhiánynak a megszüntetése eredményezte a megoldást, hiszen Katalin (mint ahogy a lakosság nagy része) nem tudta, hogy a rendőrség segítségét kérheti ahhoz, hogy bejusson az otthonába: a rendőrség bizonyos körülmények fennállása esetén garantálja az ingatlanba való bejutást, és védelmet nyújt az esetleges agresszió ellen. Katalin már kapcsolatban állt a rendőrséggel, ezért a telefonszolgálat munkatársa azt javasolta, hogy forduljon ismét a helyi rendőrkapitánysághoz, ahol segítséget kap a helyzet rendezésére.

Szükségesnek mutatkozott továbbá kitérni a bankszámlákkal kapcsolatos helyzetre is – a későbbi problémák elkerülése miatt. A telefonos segítő elmondta Katalinnak, nem elegendő pusztán betelefonálnia a számlavezető bankba; javasolta, hogy személyesen intézze az ügyet, s tájékoztatta arról, hogy visszavonhatja a korábban adott meghatalmazásokat: ezáltal elkerülhető, hogy a férje hozzáférjen a számlákhoz.

A segélyvonal munkatársai az ilyen és az ehhez hasonló hívások során igyekeznek felvilágosítani a hívókat a lakóhelyükön és közvetlen környezetükben elérhető szolgáltatásokról. Katalint is tájékoztatta a segítő arról, hogy jogi tanácsadást, pszichológiai segítséget vehet igénybe a helyi családsegítő szolgálatnál, amennyiben úgy érzi, hogy személyes támogatásra van szüksége. Az áldozatsegítő szolgálatról, az önkormányzat által nyújtott anyagi támogatásokról is információval szolgált.

Katalin helyzetének rendezése során viszonylag könnyű dolga volt a segítőnek: egy konkrét problémának a megoldására volt szükség. A hívó a beszélgetés alatt mindvégig kiegyensúlyozott pszichés állapotban volt, tárgyilagosan ítélte meg a szituációt. A probléma vázolása során

egyértelművé tette, hogy mindössze ebben az ügyben vár segítséget, másban nem érzi szükségét a támogatásnak. Kommunikációja azt tükrözte, hogy átlátja helyzetét, döntést hozott a válást illetően, körülményeit pedig rendezni tudja, amint hozzájut a munkaeszközeihez. A probléma megoldásában a telefonos tanácsadó az informátor szerepét töltötte be.

Segítség krízishelyzetben

A klasszikus krízishelyzetben levő ügyfelek ellátása ennél jóval nagyobb szakmai rátermettséget igényel. Sok esetben mind intellektuálisan, mind pszichésen megterheli a szolgálatot teljesítő szakembert. A beszűkült tudatállapotban levő segélykérő összefüggéstelenül, akadozva, beszédét sok esetben hosszú percekig tartó hallgatással, zokogással megszakítva tudatja helyzetét az ügyeletessel. Ilyenkor az a legfontosabb, hogy a hívó olyan állapotba kerüljön, hogy képes legyen megosztani a helyzetét a szakemberrel, majd megerősödjön annyira, hogy cselekvő részese lehessen nehézségei megoldásának. Az effajta kríziskezelés az ellátórendszerről és a jogi környezetről szóló ismereteken túl elengedhetlenné teszi néhány kommunikációs technika készség szintű alkalmazását is.

Az OKIT történetében egyedülálló technikai megoldások alkalmazását kényszerítette ki *Dalma*, egy 17 éves, vidéki nagyvárosban élő lány. Dalma éjszaka, kommunikációra képtelen állapotban hívta fel a segélyvonalat, hosszú percekig tartó hisztérikusan zokogott. Amikor beszélni kezdett, olyan szófordulatokat használt, hogy az öngyilkossági krízist sem lehetett kizárni. A lány arról számolt be, hogy az este folyamán hárman megerőszték, az egyik tetteit ismerte. Hívása időpontjában egyedül tartózkodott otthon – egyébként a 22 éves testvérével, Dáviddal él, szüleik külföldön tartózkodnak.

E hívás során az öngyilkossági veszély kizárása tűnt a legsürgősebb feladatnak. A lányt a telefonos segítő igyekezett a lehetőségekhez mérten ellátni minden olyan információval, ami a helyzetét érinti, érintheti. Kérésére megpróbálta felvenni a kapcsolatot a testvérével, akit azonban nem sikerült megtalálni. Javasolta, hogy menjen el orvoshoz, vagy hívjon mentőt, orvosi ügyeletet, rendőrt. A mentőszolgálattal is konzultált a segítő. Ott azt tanácsolták, hogy a helyi ügyelethől kérjen segítséget. Az áldozat kérésére az OKIT munkatársa felhívta az orvosi ügyeletet, ahol konzultált a nővérrel, illetve némileg rendhagyónak tűnő technikai megoldással összekapcsolva a telefonvonalakat, a lány is beszélt vele. A nővér így közvetlenül el tudta mondani Dalmának, hogy a gyermekorvos természetesen kimegy hozzá, de ő is bemehet az ügyeletre, ahol segíteni fogja a szükséges vizsgálatok során. Megállapodtak abban, hogy Dalma bemegy hozzá a reggeli órákban, s a szükséges teendőket együtt intézik majd. A telefonos segítő az informátor szerepén túl támogató szerepet töltött be a beszélgetés alatt, valódi krízisintervenciót folytatott, melynek eredményeképpen az öngyilkossági veszély elhárult, a hívó beszűkült tudatállapotából szabadulva a helyzetének aktív, cselekvő megoldása felé fordult.

Menedékház

A telefonszolgálat munkatársainak sokszor ennél nehezebb helyzetekben is megoldást kell találniuk a telefonálók problémáira. A hívások egy részénél – a helyzet mérlegelése után – semmi más nem vezet eredményre, csakis a hívó elhelyezése a kiválasztott menedékházak egyikében. Ez oldotta meg a krízishelyzetet *Rozália* esetében is: az idős hölgynek menyével és unokáival még az éjszaka alatt el kellett menekülnie addigi közös otthonukból. Rozália beszámolója szerint a fia hosszú ideje folyamatosan és egyre brutálisabban bántalmazta őket, a

hívását megelőző este is valamennyiüket megverte. A bántalmazás okozta válságos pszichés állapotban a két felnőtt nő számára egyetlen megoldásnak az azonnali menekülés tűnt. Csomagok, ruhák nélkül elindultak el vidéki kis településük vonatállomására, ahol az akkor épp Budapestre induló vonatra fel is szálltak. A hajnali órákban érkeztek a Keleti pályaudvarra, ahol történetüket elmesélték az állomáson levő Humán Szolgáltató Iroda munkatársainak. Ők hívták fel a segélyszolgálatot.

A kialakult válsághelyzet összetett problémamegoldást igényelt. Az iroda munkatársaival és a családdal történt konzultáció nyomán kiderült, hogy a legfontosabb a lakhatás megoldása egy a bántalmazóval szemben védett helyen, ahol szakemberi segítséget is kapva a család tagjai fel tudják dolgozni az átélt traumát, és megpróbálhatják hosszú távon rendezni a helyzetüket. A telefonszolgálat munkatársai naprakész nyilvántartást vezetnek azoknak a védett otthonoknak a szabad férőhelyeiről, ahol krízisellátásra szoruló bántalmazottakat fogadnak. Ekkor azonban egyik intézményben sem volt elegendő számú szabad hely a fogadásukhoz. A család állapotát azonban nagymértékben rontotta volna, ha tagjainak el kell szakadniuk egymástól. Hosszas szervezés után a segítő végül egy külső kerületben működő alapítvány otthonában tudta elhelyezni a családot. Ez újabb nehézséget vetett fel: a család egyáltalán nem ismerte a fővárost, így a távoli otthonba való eljutásuk segítése céljából a telefonos tanácsadó felvette a kapcsolatot a Keleti pályaudvar rendőrségével és a VIII. kerületi kapitánysággal, ahol az ügyeletes tiszt igen segítőkészen állt a helyzethez – azonban a család szállítását a kapitány kompetenciájába utalta. A kapitányra várakozva egy másik szervezet jelentkezett a telefonszolgálat munkatársánál, amely készséggel vállalta a család azonnali szállítását.

Rozália és családjának helyzete kapcsán több feladat merült fel: elhelyezésük megoldása a hálózati partnerek kapacitáshiánya ellenére, tájékozási problémáikból eredően a szállításuk szervezése. A segítő a kapcsolat során túlnyomórészt a szociális ügyintéző szerepét töltötte be. A család helyzete kapcsán felmerült nehézségek rávilágítottak arra, hogy a rendszer több ponton is sérülékeny, mert nem szokatlan az a helyzet, hogy több gyermekkel kényszerül menekülni egy anya, egy család. A fenti esetben is hat ember elhelyezését kellett megoldani, azonban a fogadó intézményeknek igen ritkán van erre kapacitásuk, nehézséget okoz továbbá a rászoruló közlekedésének a megoldása is. Ebben az esetben a családtagok pszichés és fizikai állapota, valamint a főváros közlekedési jellemzői miatt támadtak nehézségek, de problémát jelenthet az is, hogy nem vehető igénybe a tömegközlekedés (éjszaka, ünnepnapokon).

Katalin, Dalma és Rozália történetében a telefonos segítők többféle segítő szerepet töltöttek be. Helyzetük nem könnyű, munkájuk során úgy igyekeznek megoldást találni a segélykérők problémáira, hogy a rájuk vonatkozó ismereteket kizárólag telefonon keresztül szerzik. Addig van lehetőségük arra, hogy megoldást találjanak, amíg a hívó nem bontja a vonalat. Ez pedig jelentős érzelmi terhet ró a szolgáltatásban dolgozó szakemberre – gondoljunk csak Dalma esetére.

Az Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat munkatársai éjjel-nappal fogadják a segélyhívásokat az ország egész területéről – vezetékes és mobil telefonról is. Ingyenesen hívható telefonszámuk: 06-80-20-55-20.

Zelenák József

Személyközpontú segítő beszélgetés

RÉKA

Az Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat jellegénél fogva csak „rapid” esetkezelésre vállalkozhat. Esetet nem viszünk, (telefonos segítők nem visznek), ezúttal azonban egy kivételes helyzetet írok le, amikor „esetvitelről” számolok be. Teszem ezt azért, mert így mutatható be a telefonos *személyközpontú beszélgetés*.

Esetismertetésem Rékáról és segítő kapcsolatunkról szól.

Réka egy kortársa tanácsára hívott fel az Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat telefonvonalán. Zita – a barátnő – önkéntesként dolgozik egy kortárssegítéssel foglalkozó alapítványnál.

Kapcsolatfelvétel, szerződés

- Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat, hallgatom.
- *Jó napot kívánok, vagy szevasz!?*
- Tulajdonképpen mindegy, szevasz. Maradjunk talán ebben.

A kapcsolatfelvétel során a hívóról, Rékáról megtudtam, hogy 1990-ben született, jelenleg másodéves szakközépiskolás; egy Budapest melletti kisvárosban lakik szüleivel és három testvérével, egy háromszobás lakásban. Mindkét szülője és nála idősebb testvére is dolgozik.

A probléma leírása

- *Zitától tudom a telefonszámot – tudod, akit Te is ismersz.* – Hangjából féltékenységet, tétováságot éreztem ki.

- Akkor mesélj, miben segíthetek.
- *Tulajdonképpen nem is tudom, hol kezdjem.*
- Csak bátran, segíteni fogok.
- *Most már jobb állapotban vagyok, de egy héttel ezelőtt még kórházban voltam. Úgy érzem, most is segítségre lenne szükségem.*
- Kórházban voltál, ahol segítettek.
- *Segítettek, de nem úgy... Szóval inkább elmesélem, miért is kerültem a kórházba.*
- Oké.
- *Szóval, pénteken néhány osztálytársammal meg barátommal hazamenetel helyett szerettem volna bulizni menni. Ők nem akartak jönni, és nekem is azt mondták, hogy menjek inkább én is haza.*
- Te haza is mentél.
- *Hazaindultam, de igazából nem akartam hazamenni. Nem volt hozzá kedvem. Kóboroltam még a városban. Megismerkedtem két fiúval, akik rendesnek látszottak.*
- Megismerkedtél idegen fiúkkal, mert rendesnek látszottak. Ezek szerint gyakran ismerkedsz meg rendesnek látszó fiúkkal.
- *Nem, de most nagyon egyedül éreztem magam, rossz kedvem volt, nem is akartam még hazamenni. Bementünk egy presszóba, ahol italt rendeltek. Meséltem nekik magamról.*
- Úgy érzem, hogy nagyon rossz kedved lehetett, ha rögtön elkezdted mesélni magadról, tulajdonképpen számodra még nem ismert fiúknak.
- *Igen, így van. Rendesnek látszottak, és úgy éreztem, hogy megértenek, és érdeklém őket. „Nem értenek meg, nem találom a helyemet” – meg ilyeneket meséltem.*
- Bocsánat, hogy közbeszólok, de úgy érzem, hogy kevesen értenek meg, emiatt benned feszültség, rossz érzés keletkezik.
- *Hát igazából nem értenek meg... (Hosszan elgondolkozik.) Tulajdonképpen senki. Ez nekem nagyon rossz.*
- Úgy érzem, ezzel a problémával nagyon egyedül vagy.
(Hosszú hallgatás.)
- *Na, jó. Szóval ezekkel a fiúkkal több szórakozóhelyre is elmentünk, végül egyikük lakására mentünk, ahol nem tudok pontosan visszaemlékezni, hogy mi történt, csak kábulatra, hogy fekszem a földön, és valami borzasztó fájdalomra.*
- Valami olyasmi történt veled, ami nagyon rossz és fájdalmas volt.

- *Igen, de az egész hétre – merthogy egy hétig velük voltam – homályosan emlékszem vissza, csak foltok maradtak meg. Azt hiszem, egész idő alatt nem tisztultam ki, olyan kába voltam.*
- *Nagyon rossz érzés lehetett.*
- *Igen, de nem vagyok abban biztos, hogy máskor nem megyek el.*
- *Barátaiddal, osztálytársaiddal, szüleiddel nem próbáltál ez alatt az egy hét alatt kapcsolatot keresni.*
- *Hát nem nagyon. Igazán csak egyetlen barátommal beszéltem. Ő nem árul el soha.*
- *Ebben a barátodban bízatsz csak meg igazán.*
- *Igen, ő egy lány, ő a legjobb barátnőm, ő ugyanígy járt. Többen megerősakolták. Nagyon rossz volt neki utána. Sokkal rosszabbul volt, és én meghallgattam őt. Még a kórházba se jött be, nagyon rosszul esik, rosszul esett, hogy nem jött be.*
- *... bekerültél a kórházba.*
- *A kórházba? Hát igen.* – (Hosszan gondolkodik. Szípgást hallok, majdnem elsírja magát.)
- *A kórházban nagyon rossz volt. Szóval úgy kerültem oda, hogy elszöktem a fiúktól, mert igazán nem akartak elengedni.*
- *Végre el tudtál szökni, és hazamehettél.*
- *Haza nem mentem. Visszajöttem Pestre, sétáltam a Margitszigeten. Itt a rendőrök igazoltattak, és mondtam nekik, hogy haza akarok menni. Ők vittek haza.*
- *Végre hazamehettél.*
- *Örültem is, meg nem is. Este a szüleim nem kérdeztek semmit. Mondták, hogy feküdjek le és pihenjem ki magamat. Másnap az anyu vitt el orvoshoz, hogy megnézzék, nem vagyok-e terhes és a szám is nagyon fájt – herpesz jött ki rajta. Mindenféle vizsgálatokat csináltak: nem vagyok e terhes, vért is vettek. Én kérdeztem meg, hogy AIDS-szűrést is megcsináltak-e, mert ha nem, jó lenne.*
- *Megcsinálták a vizsgálatokat, amiket szeretnél volna, ez megnyugtató.*
- *Hát igen, de az emlékek erről a hétről borzasztóak.*
- *Szeretnél erről most beszélni, vagy hagyjuk?*
- *Jó lenne veled beszélni róla.*
- *Szüleidnek szintén elmesélted....*
- *Nekik nem.*
- *Nekik nem mesélsz, de azért jó lenne, ha valaki meghallgatna.*

– *Igen. Különben, amikor a rendőrök hazavittek, a szüleim már aludtak, csupán annyi időre kelt fel az anyu, hogy azt mondja: „feküdj le, pihend ki magad!”*

– *Aha...*

– *Szóval az a hét borzasztó volt. Kábulatra, fájdalomra emlékszem, sok emberre, zűr-zavarra... Szerintem valami gyógyszert vagy kábítószerrel tettek az italomba, borzasztó volt, de félek, hogy újra el fogok menni.*

– *Rossz volt, mégis el akarsz menni.*

– *Nem tudom igazán... már korábban is volt, hogy néhány napig nem mentem haza, a barátnőmnél voltam. Ott ittunk, és hasist szívtunk.*

– *Nem mentél haza, a szüleid nem tudták, hol vagy. Biztos nagyon aggódtak érted.*

– *Nem hiszem.*

– *Nem mentél haza, és a szüleid nem szóltak semmit*

– *De szóltak, először nagyon idegesek voltak, hogy hova tűntem el, de a következő alkalommal, amikor előkerültem, már aludtak.*

– *Úgy érzem, hogy a családban nagyon magányosnak érzed magad, nincs senki, akivel a problémáidról beszélgethetnél.*

– *Azelőtt az apuval többször beszélgettünk, játszottunk, de most már nem is szól hozzám. Régen az anyuval nem beszélgettünk, de amikor kórházba kerültem, az anyu nagyon rendes volt. Nem balhézott velem, többször felhívott telefonon és be is jött hozzám a kórházba.*

– *Az előbb említetted, hogy a kórházban nagyon rossz volt, de azért jó is volt, ahogy elmondtad, az anyu megváltozott.*

– *Igen, más lett, mint amikor otthon voltam, de a kórházban akkor is utáltam lenni, mert úgy néztek rám, mint egy véres rongyra, mint egy bűnözőre. Nem is tudom, hogy mit gondoltak rólam: alkoholista vagy kábítószeres vagyok. Nem akartak soha kiengedni, pedig nagyon utáltam a kórteremben lenni. Sétálni akartam a kertben.*

– *Sétálni akartál a kertben, helyette bezártak, ezért utáltál ott lenni, ugyanakkor kérted, hogy vizsgáljanak meg alaposabban. Ezt teljesítették, segítettek.*

– *Ezek tényleg jók voltak, az elején mondtam, hogy segítettek, de nem úgy. Erre gondoltam, meg arra, nagyon le voltam törve és jól esett volna, ha valaki kedves velem, megért, de nagyon egyedül voltam. Még a legjobb barátnőm se jött be meglátogatni.*

– *A barátnőd nem, de mesélted, hogy vannak testvéreid, van egy húszéves bátyád is.*

- *Igen a bátyámmal tudunk a legjobban kijönni. A húgom – Emőke – vele borzasztó. Közös szobánk van, állandóan veszekszünk. Ő olyan jókislány, jól tanul, én meg nem. Ő odabújik az anyuhoz, én meg nem. Borzalmas. Mindig mást akar, mint én. Az öcsém kis aranyos még.*
- Vannak olyan dolgok az életedben, amik jók, bátyáddal, öcséddel való kapcsolatra gondolkodok, és vannak olyanok, amik rosszabbak, de jóra is fordulhatnak.
- *Ez igaz, lehet, hogy így van.*
- Örülök, hogy így látod, nagyon örülök, hogy már kicsit jobb a kedved, mint a beszélgetésünk elején. Nagyon jólesett, hogy őszintén elmondtad, ami bánt, ami fájdalmat okozott.
- *Én is nagyon örülök, hogy elmondhattam ezeket, és már nem is érzek olyan zavarodottságot, fájdalmat, kétségbeesést, mint a beszélgetés elején. Hogy elrohant az idő...*
- És most hogyan tovább, mi a jövő?
- *Szeretném elfelejteni az egészet, ami velem történt.*
- Úgy legyen.
- *Úgy lesz... Most már leteszem.*
- Jó. Még egy dolog: ha szeretnéd, szívesen beszélgetek a szüleiddel is.
- *Az jó lenne. Talán ők is megnyugodnának, vagy valami...*
- Ehhez neked kellene megszervezni egy beszélgetést.
- *Igen. Megadom a telefonszámodat és megbeszélitek a dolgot. Jó?*
- Jó. Kösz. Szevasz.
- *Szevasz.. (Hangjából megnyugvást, bizakodást éreztem ki.)*

Beszélgetés a szülőkkel

Réka megszervezte a beszélgetést szüleivel, akik felhívtak.

A velük való beszélgetésből a következők derültek ki.

Mama: Rékával mindig probléma volt. Mindig fel akarta hívni magára a figyelmet, a középpontba akart lenni. Az óvodában széttépte a virágokat, elszedte a játékokat a gyerekektől. Az iskolában bemászott a pad alá, kikötötte a gyerekek cipőfűzőjét, lehúzta a

cipőjüket róluk. Nem figyelt az órán. Ha azt mondtam neki, hogy üljünk le, gyakoroljuk a leckét, ideges lett, falhoz vágta a füzetet.

Én: Mi volt a reakció az óvodában és az iskolában erre a viselkedésre?

Mama: Tulajdonképpen semmi. Oda járt óvodába, ahol az anyukám volt a vezető. Az óvónők nem panaszkodtak. Az iskolában sem voltak igazán következményei. Otthon pedig sajnos gyakran voltam türelmetlen, kiabáltam is vele, de végül is azt gondoltam, hogy majd kinövi.

Apa: Mindenben első akart lenni, mindenben ki akart tűnni. Nyugalomra, türelemre intettem, de nem értette meg. Akaratos és ideges természetű volt. Nem tudta elviselni, ha nem úgy történnek a dolgok, ahogy ő szeretné.

A mama még elmondja, hogy zenei tehetségnek tartották. Rékának abszolút hallása van. Be is írárták zenei általános iskolába, de nyolcadikban eltanácsolták, mert nem járt rendesen iskolába, elcsavargott. Próbálta elkísérni, de akkor mindig cirkuszt rendezett. El kellett tehát jönnie az iskolából, mert mellé járt. A barátai falaztak neki. Soha nem lehetett vele semmit megbeszélni, soha nem mesélt nekik semmiről. Egy dolog érdekelte, egy dologgal tudott foglalkozni: hogyan néznek rá a fiúk. Szinte percenként lett újabb fiúba szerelmes. A mama elmeséli még, hogy ősztől másik iskolába íratja Rékát, ruhaipari szakmunkásképzőbe, ami közel van a lakásukhoz, mert az előző iskolában „rossz társaságba keveredett”. Nyáron családi nyaralást terveznek, kétszer egy-egy hétre. A mama is megerősíti, hogy húgával nem a legjobb Réka kapcsolata. Ezzel ellentétben a bátyjával nagyon hasonlítanak egymásra: hasonló filmeket és zenét szeretnek. A kisöccsével babázott, amikor az kisebb volt, de most nem tud vele mit kezdeni.

A szülőkkel történt beszélgetés során megegyeztünk: hozzájárulnak ahhoz, hogy máskor is beszéljek Rékával, valamint hogy kortárssegítő programban vegyen részt.

A legközelebbi alkalommal Réka elmesélte, hogy tűrhetően érzi magát, illetve a korábbiakhoz képest jobban. Az új iskoláért nem rajong, de lehetőséget lát a „talpra állásra”, bár nem szereti a varrást. A közös nyaralás ötlete sem tetszik. Ehhez hozzáfűzte: „... *lemondtam már a Diákszigetről is!*” (Abban az időszakban mennek nyaralni). „*Apám úgy beszél velem, mint egy idegennel, előbb-utóbb abbahagyja, az azért jólesik, hogy az anyu most rendes*” – válaszolja helyzetét a családban.

Koncepció

Beszéltem Rékának arról: szeretnénk, ha bekapcsolódna abba a kortárssegítő-képző programba, ahova Zita is jár. Invitálásomra igent mondott.

A segítő kapcsolatban fontosnak tartottam, hogy az egyéni beszélgetés mellett csoportos interakció is történjen. Koncepcióm az volt, hogy megismerve más fiatalok életkörülményeit, Réka ráérez: nem ő az egyedüli, aki nehéz helyzetben van, és megtalálható az út, amelyen végighaladva elérhető a változás, megoldódhatnak lelki problémái. A kortárscsoport enyhíti az identitásproblémát, pótolja a hiányos felettes ént, erősíti a gyenge énerőt, pótolja az énfunkciókat. Közösségben az énhatárok feloldódhatnak, az énídentitás csoportidentitásra cserélődhet, az énerők összeadódnak, és megnyílik az út a csoportértékek, csoportnormák beáramlására. A normák és értékek húzóerőt jelenthetnek a személyiségfejlődésben.

Értékelés, összefoglalás

Réka esetében a problémák kialakulásához vezető okok a serdülőkori sajátosságokból adódnak. A családjában is nehezen találja meg a helyét, feleslegesnek érzi magát otthon, furcsállja, hogy szülei nem aggódnak érte, majdnem mindig alszanak, amikor távollétei után hazamegy. Csavargásai, tanulási gondjai, iskolaváltásai egyfajta elbizonytalanodásra, útkeresésre utalhatnak. Nincs jövőképe, nincsenek igazi barátai, nincs olyan társa, akivel a problémáit megoszthatná, akire a bajban számíthatna. A családi kommunikáció is szegényes, a nyári kikapcsolódást a szülők közösen képzelik el, de a gyermeket nem vonják be annak előkészítésébe, ami újabb csalódás forrása (lemondás a Diáksziget programjairól).

Ezek figyelembevételével az egyéni beszélgetések mellett fontosnak tartottam bevonni Rékát az említett képzési programba. A képzés befejeztével azt a visszajelzést kaptam, hogy annak hatására számos pozitív változás következett be. Ehhez nagymértékben hozzájárult Réka motivációja és együttműködési készsége is.

Eredmények

Nagy jelentősége van annak, hogy Rékával még időben beszélhettem ahhoz, hogy megelőzzük a „mélyebbre csúszást”, a szülői ház végleges elhagyását. Értesülésem szerint jelenleg otthon lakik, amikor a kortárssegítő képzésre járt, és amióta kortárssegítő munkát végez, nem csavargott el otthonról, lehiggadt, türelmesebb lett, rendszeren jár iskolába. Lehet rá számítani, megbízható. Ezeket anyukája beszámolójából tudom. „... *Mi történt ezzel a lánnyal, olyan, mintha kicserélték volna*” – kérdezte, amikor telefonon felhívott.

Réka az egyik beszélgetésünk alkalmával elmondta: „*A gyakorlatok ébresztettek rá arra, hogy milyen sorsok is vannak, milyen körülmények között élnek emberek. Sokkal nyugodtabb és megértőbb lettem. Általában jó irányba változott a magatartásom, a magánéletemben is hasznosítható módszereket, technikákat ismerhettem meg. Nyitottabb, megértőbb lettem mások iránt. Döntéseim előtt gondolkodom is. Sok új barátot, jó ismerőst szereztem.*”

A patronálttal való érzelmi kapcsolat

A segítő kapcsolat során Rékával konstruktív emberi együttműködés kialakítására törekedtem. Igyekeztem a saját személyiséget is segítő tényezőként alkalmazni, ami megkívánja a szeretetteljességet és a céltudatosságot egyaránt. „Alá-fölé rendelt” szerep helyett „mellérendelt” partnerkapcsolatban (ami a kölcsönös tegező viszonyban is megmutatkozott), érdeklődést, higgadtságot, kedvességet igyekeztem közvetíteni. Ez meghatározta a segítő kapcsolat fajtáját és stílusát. Elengedhetetlennek tekintettem az individuális megközelítést, az empátiát, a feltétel nélküli elfogadást, a hitelességet.

A Rékával való segítő kapcsolat eredményének tartom, hogy sikerült bevonnom a képzésbe, a munkába, a kortárssegítő közösség életébe, ahol hasznosnak érezheti magát. Réka személyiségének fejlődésére jó hatással volt a csoport, a csoportban levő egyének kölcsönhatása. A csoportos foglalkozásokon Réka találkozhatott valós vagy vélt gyenge pontjaival, problémáival, szembesülhetett önismereti hiányosságaival. Lehetővé vált, hogy a hasonló gondokkal küzdő fiatalokkal együtt feldolgozzák élményeiket, kedvező lehetőség

teremtődött arra, hogy a hasonló problémákkal küzdő társaik, illetve maguk példájával szembesülve megtanulják gyenge pontjaik, hibás reakcióik felismerését, a kiküszöbölés lehetőségeit.

Réka jelenleg – iskolai tanulmányai mellett – önkéntes kortárssegítőként dolgozik.

A szociális munka professzionalizációja a jóléti államokban II. –Amerikai

Egyesült Államok

A két világháború között a szociális munka professzionalizációjában kétségtelenül az Amerikai Egyesült Államok jutott legtovább. A II. világháború végén az észak-amerikai szociális munkás szakma a legjobb úton volt afelé, hogy kizárólag egyetemi képzésben szerzett kompetenciával bíró szakemberek által végzett tevékenység legyen. Az ENSZ-nek és az Egyesült Államoknak a háború utáni rekonstrukciót segítő ügynökségei (US Foreign Operations Administration), melyek aktív szerepet vállaltak a háborútól sújtott Európa szociális intézményeinek fel- és újjáépítésében, majd a harmadik világ országaiban a szegénység leküzdésére létrehozott szociális intézmények fejlődésében, a szociális munkát kulcsfontosságú professziónak tekintették a demokrácia terjesztésében. Ebben az összefüggésben nyer értelmet az is, hogy az egyesült államokbeli szociálismunkás-szakma etikai kódexének értékalapjává az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát és a jóléti államok felépülésében szerepet játszó értéktételezéseket tette (Kendall 1994, 18; Hokenstad – Kendall 1996; Lorenz 1994, 73). Az egyesült államokbeli szociális munka elsősorban azokon a szakembereken keresztül hatott Európában, akik nagy számban vettek részt a háború után a tengerentúli egyetemek szociálismunkás-képzéseiben, az ENSZ és az USA Külügyminisztériumának finanszírozásában. Az észak-amerikai case work modell terjedését az is indokolta, hogy az európai hagyományban gyökerező pedagógiai indíttatású szociális szakmák képviselői a fasiszta rezsimekben aktív szerepet töltöttek be, emiatt ezen szakmák korábbi képviselői diszkreditálódtak, és maga a szakmai irány ideológiai szempontból gyanússá vált (Lorenz 1994, 59–81, 95; Kersting – Riege 1995, 85-86, Müller 1992, 125–138).

A szociális munka tudományos megalapozása a XIX. század végétől

Az észak-amerikai szociális munka gyökerei a XIX. századi jótékonyági szervezetek (Charity Organization Society) és a társadalmi problémák enyhítésére szerveződött

mozgalmak (mint amilyenek a gyermekek bántalmazását megelőzni kívánó és a gyermekek védelmét célul tűző egyesületek voltak) mellett a szociológia XIX. század végi első műhelyeinek legjelentősebbikéhez, a chicagói iskolához kötődött. Jane Addams chicagói settlementjében, a Hull House-ban nemcsak segítő munka, hanem kutatás és politikai tevékenység is folyt (Deegan 1990; Müller 1992, 38–59). 1920 előtt a szociális munkások különböző tevékenységeket folytattak. Munkájuk egyként magába foglalta a társadalmi reformfolyamatok támogatását, valamint az egyénnel és családokkal folytatott esetkezelést. Az 1920-as években viszont a társadalmi reformmozgalom marginális helyzetbe került a szakmában. A szociális munka leszűkült az esetkezelésre. A professzionális szervezetek témái közül kimaradtak a politikai kérdések, a vezetésükből pedig a chicagói iskola és settlement képviselői, Jane Addams éppúgy, mint a korábbi Hull House rezidens szociológiaprofesszor, Julia Lathrop, a békével, a gyermekmunka szabályozásával és a minimálbérrel kapcsolatos törvények kidolgozója (Franklin 1990). A professzionalizációhoz elméleti alapot kereső szakma a pszichológiai elméletekben lelte meg a gyakorlat megalapozásának megfelelő eszközét. A szociális munka ezzel lett elismert egyetemi szak. Ennek megértéséhez látnunk kell, hogy a pszichoterápiás szolgálatok fejlődése az Egyesült Államokban más mintákat követett, mint Európában. Freud egyesült államokbeli előadó körútjai az 1910-es és 1920-as években nagy visszhangra találtak a gyakorlatot megalapozó elmélet után kutató szociálismunkás-szakma képviselői között. A Smith College pszichiátriai szociális munkásokat képző iskolájában már 1918-ban tanították Freud elméletét. A későbbi pszichoterápiás újítások mindegyike meglege követteit a szociális munkás tanácsadók között (Howe 1987; Szabó 1999). A pszichoanalitikus elméleten alapuló csoportterápiákat a szociális munkások az 1930-as években kezdték, és a családterápia előzményei is a szociális munkások nevelési tanácsadási tevékenységében kereshetők (Franklin 1990; Popple 1996, 2290). A pszichoterápiás módszerek uralkodóvá válását a szociális munkában a kor nagy alapítványai is segítették. A szakma fejlődésére a legnagyobb hatással a Russell Sage Alapítvány volt, mely 1912 és 1932 között 4,8 millió dollárt adományozott a szociális munka fejlesztésére magán szociális szolgálatoknak, képzéseknek, és nagy szerepet játszott finanszírozóként a könyvkiadásban is. A megalapozó elmélet (pszichológiai elméletek) ezen megválasztásával és a pszichoanalitikusan orientált esetkezelés

módszerének központi jelentőségűvé válásával viszont a szociális munka megszűnt kizárólag a szegényeket, a kirekesztetteket szolgálni. A szociális szolgálatokat egyre növekvő mértékben használták a középosztály képviselői. Egy 1948-as kutatás kimutatta, hogy a nevelési tanácsadók (nagyjából így fordíthatnánk le a 'child guidance center/clinic' kifejezést, mely szintén a szociális munkások felségterülete volt) klientúrájának 60%-a a jómódú népesség köréből került ki. Ez az arány a későbbiekben sem változott. Egy, a családsegítő szolgálatok tevékenységét USA-szerte vizsgáló 1960-as kutatás szerint e szolgálatok klientúrájának 9%-át felső osztálybeliek, 48%-át középosztálybeli családok alkották (Reisch 1996, 2287. o.). Az 1920-as években felfutó „mentálhigiénés mozgalom” tehát azt jelentette, hogy az Egyesült Államok szociális munkás magánszolgálatai jelentős részévé váltak az Egyesült Államok mentálhigiénés hálózatának. 1996-ban a mentálhigiénés szolgáltatások felét a szociális munkások látták el (Morris 2000, 59).

Mindezek után nem csodálható, hogy amikor az 1930-as évektől növekvő mértékben kezdett kialakulni az Egyesült Államokban a jóléti állam szociális ellátó rendszere, és a következőkben az állami szolgálatok kínálták a legfőbb elhelyezkedési lehetőséget a szociális munkásoknak, ez nem váltotta ki a szakma vezető köreinek helyeslését. A szociális munkás állások jellemzői és a betöltőkkel szemben támasztott követelmények is jelentősen változtak. Korábban a magánintézményekben dolgozó szociális munkások túlnyomórészt graduális képzésben szerzett diplomával rendelkeztek (Master of Social Work, MSW fokozat), a szociális munkásokat képző iskolák egyre inkább ilyen képzéseket kínáltak, szemben a korábbi szakmai bizonyítványt vagy alsó szintű képesítést nyújtó kurzusokkal (ez utóbbi az észak-amerikai egyetemi alsó szint, Baccalaurate of Social Work, BSW). Az új állami szociális szolgálatokban végzett feladatoknál viszont pontosan az utóbbi bizonyítványokat vagy alsóbb fokú végzettséget várták el ahhoz, hogy „az állami szolgálatok alkalmazottai a jól alkalmazkodó állampolgárokat segítsék megbirkózni a munkanélküliség jelentette problémákkal” (Popple 1996, 2287). Ez a helyzet végül a szakma kettészakadását eredményezte. Bár az egyetemet végzett szociális munkások elismerték az állami szociális szolgálatokat a szakma legitim gyakorlati terepeként, de

a végzeteknek csak kevesebb mint egyharmada dolgozott a közszférában, a jövedelemfenntartó szolgálatok alkalmazottai között a számuk elenyésző volt (a képzett szociális munkásokat tömörítő NASW tagságának csupán 1%-a dolgozott ezen a területen), és nem fogadták be a szakmába az alacsonyabb képzettségű állami alkalmazottakat. Ezek a szociális munkások nem nyertek felvételt a legnagyobb szakmai egyesületbe, amely túlnyomórészt esetkezelést végzőkből állt (American Association of Social Workers) (Popple 1996, Morris 2000, 59). Mindazonáltal az állami jóléti intézményekben dolgozó többség is létrehozta a saját szervezeteit, és csatlakozott a szakszervezeti mozgalomhoz.

A szakmában mindvégig, bár marginális helyzetben, létezett egy kisebbség, mely a társadalmi aktivizmusnak a settlement mozgalomban kezdődött hagyományát követte. Ez a kisebbségi mozgalom az 1934–42 között megjelent Social Work Today c. folyóirat körül gyülekezett, legnagyobb hatású alakjai Gordon Hamilton, a New York School of Social Work és Bertha Capen Reynolds, a Smith College professzora volt. A korábban radikálisnak, ma inkább progresszívnek nevezett irányzat folyamatosan kritikával illette a szakma főáramának mentálhigiénés megközelítését. Többféle, főképp baloldali teoretikus álláspontból kiindulva a társadalmi működés sajátosságaiból eredeztették a társadalmi bajokat, a szociális munka klienseit pedig ezen folyamatok áldozatainak tekintették. A gyakorlatban pedig igyekeztek összekötni az esetkezelést a közösségi tevékenységgel és a politikai aktivizmussal. A McCharthy-érában azonban nagy részük feketelistára került, a mozgalom is háttérbe szorult. A radikális irányzat az 1960-as évek polgárjogi és háborúellenes mozgalmában született újjá (Bombyk 1996, 1933–1942, Weismiller – Rome 1996, 2307).

Tehát egy olyan észak-amerikai szociális munkás szakma asszisztált az európai szociális szakmáknak a II. világháborút követő újjászerveződése és a szociális munkának az ENSZ által segített világméretű elterjedése körül, mely a pszichoterápiás módszerekkel végzett esetkezelést tekintette központi módszerének, és alapvetően apolitikus volt, vagy legalábbis a „tudományos neutralitás” elvét vallotta. De azt sem szabad elfelejtenünk, hogy az esetkezelés módszere, mely a résztvevők egyediségét és értékességét, a kliens-szakember kapcsolat nyitottságát, toleráns és demokratikus

jellegét hangsúlyozta, az adott korban értékes és haladó hagyományt jelentett azokban az országokban, ahol megtapasztalták az emberi méltóság folyamatos megsértését a fasiszta rendszerekben, és az ezeket szolgáló szociális szolgáltatások működésében (Lorenz 1994, 73). Úgyhogy ez a „tudományos neutralitás” ugyanúgy nem jelentett értékmentességet, ahogy maga a társadalomtudomány sem volt története során sosem igazából értékmentes (Weber 1987). Az észak-amerikai szociális munka progresszivitását növelte, hogy a második világháború után Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát és a jóléti állam premisszáit fogadták el a szakma értékalapjaként. Így az értékalapot tekintve nem volt különbség a baloldali és konzervatív szociális munka irányzatok között. A case work módszerét egyébként nem tekinthetjük pusztán amerikai módszernek, mert akkor semmibe vennénk a korábbi európai hagyományokat, például a szociálpedagógiának a Weimari Köztársaságban létrehozott teljesítményét (lásd ezzel kapcsolatban Müller 1992, 108–129) és a fasizmus éveit alatt Amerikába kivándorolt német szociálpedagógusok sokéves munkáját, mellyel fejlesztették az észak-amerikai szociális munkát (Lorenz 1994, 70–75). Ez utóbbiakról a későbbiekben még lesz szó.

A jóléti állam intézményrendszerének kifejlődése és a szociális munka a második világháború után

A második világháború utáni gazdasági fellendülés sem változtatta meg az egyesült államokbeli szociális munka fejlődési sajátosságait. A kor közgondolkodása a szegénységet a gazdasági haladás következtében gyorsan eltűnő jelenségnek tekintette. A közvélekedés szerint (melyet tudományos művek, például Galbraith *Affluent Society* c. műve is megerősítettek) a még létező társadalmi problémák fő oka az elszigetelt kistérségek elmaradottságában és az egyének rossz alkalmazkodásában keresendők. A korabeli elképzelések szerint az elszigetelt szegénységet („insular poverty”) megfelelő kistérségi felzárkóztató programokkal, az egyéni hibák következtében előállott szegénységet („case poverty”) pedig az alkalmazkodást elősegítő esetkezeléssel meg lehet szüntetni. A háború utáni ultrakonzervatív kormánypolitika a közösségi aktivitást egyébként is eleve gyanúsnak tekintette. Mindez hozzájárult ahhoz, hogy a szociális munka fókuszában továbbra is a mentálhigiénés tevékenység álljon. A pszichológiai módszerek egyeduralmát

erősítette az is, hogy a háború alatt a több millió katonának jelentkező ember pszichológiai tesztelése bizonyította a mentálhigiénés problémák jelentőségét és elterjedtségét. Így az 1950-es években a szociálismunkás-képző iskolák hallgatóinak túlnyomó többsége (felmérések tanúsága szerint 85%-a) esetkezelésre szakosodott. (Popple 1996, 2287). A szakma kettészakadtsága – a képzetlen és a szakmai szervezetekbe be nem fogadott állami alkalmazotti többség és az egyetemi képzettséget szerzett, túlnyomórészt nonprofit vagy forprofit magánszolgálatoknál dolgozó kisebbség – sem szűnt meg, bár történtek próbálkozások, hogy legalább az egyetemi alapfokot (BSW) végzetteket fogadják be az 1955-ben létrejött átfogó egyesületbe (National Association of Social Workers, NASW).

Az amerikai társadalom önelégültségének az 1960-as évek polgárjogi mozgalmai és szociológiai kutatásai (például Harrington 1962-ben megjelent *A másik Amerika* és Macdonald 1963-as *A mi láthatatlan szegényeink* c. könyve), „a szegénység újrafelfedezése” vetett véget. A Kennedy- és Johnson-kormány szociális intézkedései összesített támadást intéztek a szegénység ellen. A törvények háttéréül az 1930-as évektől az 1970-es évekig a jóléti államok felépülésében általában közrejátszó ideológiai előfeltevések szolgáltak. Az Egyesült Államok döntéshozói továbbra is vallották, hogy a családoknak kell elsősorban gondoskodniuk egymásról, de – a közvélekedés szerint – a családok a huszadik század gyors változásainak következtében veszélyeztetettekké váltak, és súlyos stressz-helyzeteket éltek meg. A gazdasági rendszer folyamatos változásai nyomán gyarapodtak a kockázatok, melyek negatív hatással voltak a családi élet minőségére. Emiatt a társadalomnak az államon keresztül biztonsági hálót kell létrehoznia. Robert Moroney a jóléti állam egyesült államokbeli válfájának létrehozása mögött megbúvó ideológiai előfeltevésekről a következőket írja:

1. Hittünk abban, hogy több, csoporthoz köthető szükséglet közösségi cselekvést tesz szükségessé. Ez a közjóról és a közérdekről szóló érvrendszer egyik variációja, mely a közoktatástól a társadalombiztosításig és a nemzeti egészségügyi biztosításig terjedő programok létrehozásához vezetett.

2. Hittünk abban, hogy a családi élet minősége javítható, ha a rászoruló családtagokról gondoskodókat részben mentesítjük a gondoskodással járó hatalmas teher alól. A példák az ezen alapelveken felépülő szolgáltatásokra a háztartásvezetési és házi gondozói szolgálat az elesett idős embereknek, és a helyettesítő gondozás az értelmi fogyatékos gyermekek szüleinek.
3. Hittünk abban, hogy a szociális szolgáltató szervezetek, mind az államiak, mind pedig a magánkézben lévők, hatékonyan és felelősen fogják kielégíteni az emberi szükségleteket. Ezen alapelv aspektusaihoz tartoznak a piaci mechanizmusok kudarcaira, a szolgálatokba való beruházások kiváló megtérülésére, valamint a centralizált és decentralizált szolgáltatási rendszerek kombinációjára való hivatkozások.
4. Hittünk abban, hogy a szakembereknek központi jelentőségük van a hatékony szolgáltatásban. Erre az alapelvekre vezethetők vissza a napközi és gondozó otthoni ellátást nyújtó, valamint a gyermekvédelmi szolgáltatások személyzetével kapcsolatos elvárásokat tartalmazó törvények. (Moroney 1991, 139.)

Ezek az ideológiai előfeltevések alapozták meg, hogy *Kennedy szociális törvényében* központi szerepet kaptak az állami szociális szolgálatokban a szociális munkások. A segélyre szorulókat számát a segítézéshez kötött intenzív esetmunkával akarták csökkenteni. A törvény hangsúlyozta a szociális szolgálatok preventív, rehabilitatív és családmegtartó célját, a szociális szolgálatokat bevonta az idősokkal folytatott munkába, meghatározta az esetvitelért felelős szociális munkások maximális esetterhelését, tanácsadást és információs szolgáltatást biztosított a rászorulóknak, előírta, hogy minden kliens esetében szolgáltatási tervet kell összeállítani, és a segély megítélését a jogosultság környezettanulmánnyal történő megállapításához kötötte. A szövetségi kormány ugyanakkor kötelezettséget vállalt a szociális szolgáltatások költségeinek 75%-os finanszírozására az egyes államokban.

A törvény nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A közsegélyben részesülő családok száma 1962 és 1967 között 50%-kal – számokban kifejezve egymillióval – nőtt. Az elemzők szerint ennek több oka volt. Mindenekelőtt a törvény nem határozta

meg, hogy mit jelent a szociális szolgáltatás, és a gyakorlatban sem alakultak ki a megfelelő eljárások. Ehhez társult második problémaként, hogy hiányoztak a megfelelően képzett szociális munkások, akik képesek lettek volna a szolgáltatási stratégiát működtetni. A szolgálatok működtetéséhez egyszerűen nem volt elegendő megfelelően képzett szociális munkás az Egyesült Államokban. A közszolgálatok alkalmazottainak mindössze 4%-a volt képzett, a képzetlen munkaerő pedig olyan gyorsan cserélődött, hogy lehetetlen volt őket betanítani, annak ellenére, hogy a szakmai körök kidolgozták azokat a praxismodelleket, melyek lehetővé tették volna ilyen körülmények között is a hatékony gyakorlatot. A harmadik problémát az jelentette, hogy a szolgáltatási rendszer költségei – az igen bőkezű szövetségi felelősségvállalás ellenére – olyan magasak voltak, hogy az messze meghaladta az egyes államok áldozatkészségének határait (Morris 2000, 54). Mint az ezzel kapcsolatos kutatások kimutatták, a negyedik probléma az volt, hogy a segély nem bizonyult elégségesnek ahhoz, hogy a kliensek képesek legyenek valóban hasznosítani a hozzájuk kapcsolt szociális szolgáltatásokat. A sikertelenség viszont rontotta a szociális munka megítélését a közvéleményben (Gilbert, 1998, 87-88. o.) Érdekes, hogy a segélyre szorulóknak számának növekedését magyarázóknak sem ekkor, sem később nem vetik fel azt a nagyon kézenfekvő indokot, hogy a korábbinál lényegesen nagyvonalúbb, szakmailag jobban megalapozott és kevésbé stigmatizáló ellátás inkább elérte a rászorulókat.

A Johnson-kormány 1964-es szociális törvényének mindenek felett álló célja ismét a segélyezettek számának csökkentése volt. E törvény szakított a Kennedy-féle törvény szellemével, amennyiben nem az egyéni esetkezelést tekintette a szegénység leküzdése legfőbb eszközének. A „lágymód” preventív és rehabilitatív szociális szolgálatok helyett a „kemény” szolgáltatásokat részesítette előnyben, mint amilyenek a képző és átképző, az oktatási egyenlőtlenségeket csökkentő, a munkába helyező programok és gyermekgondozási szolgáltatások. Ugyanakkor a programok működtetésében a központi szerepet a szegény állampolgárok öntevékeny aktivitásának kellett volna játszania. Bár ez utóbbi a végrehajtás során a „maximum kivitelezhető részvétel” formulájává silányult, ami inkább szolgálta a szegény és potenciálisan lázongó népesség lecsendesítését, semmint a hatalomba való bevonását (nem utolsósorban azzal, hogy a döntéshozó testületekbe tiszteletdíjas

közösségszervezőként „kooptálta” e csoportok hangadó tagjait), a törvény nyomán viszont létrejöttek a munkaerő-piaci és oktatási egyenlőtlenségek csökkentésének programjai. Ilyenek a Gazdasági esély irodáinak keretein belül létrejött oktatást segítő programok (Head Start, Project Follow Through, Upward Bound), amelyek felzárkóztató programokat kínáltak a hátrányos helyzetű kisebbségi családok óvodáskorú gyermekeinek, az ugyanebből a népességből kikerült általános iskolás gyermekeknek, és igyekeztek megakadályozni az iskolából való kiesést; a VISTA (Volunteers in Service to America), amely önkéntesek bevonásával a gazdaságilag és kulturálisan elmaradott területek lakóinak igyekezett segítséget nyújtani; a foglalkoztatási programok (Jobs, Jobs Corps, Neighbourhood Job Corps), melyek a tartós munkanélkülieknek és az iskolából kimaradt munkanélküli fiataloknak hoztak létre pénzalapokat és szolgáltatásokat; a Közösségi Akció Program (Community Action Program), mely közösségi és gazdasági források létrehozásával a hosszú távú szegénység okait igyekezett megszüntetni. Ez utóbbi program keretében 3000 olyan közösségi szociális szolgáltató központ jött létre, mely tanácsadást, jogi segítséget, foglalkoztatást segítő programokat és egészségügyi, valamint gyermekintézményeket is működtetett. Mindezen programokban – bár eredetileg a törvény szövegéből kimaradtak – később (sajátos szakértelmük folytán) kulcsszerepet játszottak a szociális munkások. A szociálismunkás-képző iskolákban pedig megjelentek azok a kurzusok, melyek a szociálpolitikai döntéshozásra, közösségi tervezésre és szociális adminisztrációra készítették fel a hallgatókat (Popple 1996, 2288–2289). Az 1967-es újabb szociális törvény létrehozta a WIN-programot, amely a segélyben részesülők munkábaállását igyekezett elősegíteni, helyenként kikényszeríteni, ugyanis lehetővé tette, hogy megvonják a szociális irodák a segélyt azoktól, akik nem vettek részt a munkába állító vagy egyéb programokban (Franklin 1990; Gilbert 1998). A törvény ugyanakkor szétválasztotta a segélyezést és a személyes szociális szolgáltatást. E szabályozás támogatói leginkább arra hivatkoztak, hogy „a kliensek nem alakíthatnak ki bizalmon alapuló kapcsolatot az esetvitelért felelős szociális munkással, ha annak lehetősége van a segély megvonására” (Reisch 1996, 1984). Voltak olyanok is, akik ellenezték a segélyezés és a személyes szociális szolgáltatás szétválasztását, mert attól tartottak, hogy a kliensek – ha megszűnnek a rutinszerű látogatások – önként nem fogják igénybe venni a személyes szociális szolgáltatásokat. A szociális szolgálatok

szakemberhiányát a törvény azzal igyekezett enyhíteni, hogy lehetővé tette a szolgáltatás megvásárlását a magán (nonprofit és forprofit) szolgáltatóktól. A törvény szövege mögött más megfontolások is közreműködtek, nemcsak a hatékonyság igénye. Az 1962-es törvény végrehatása nagyon sokba került. Mivel az egyes tagállamok vezető testületeinek szinte semmibe sem került szociális szolgáltató hálózatuk fejlesztése, viszont a jóléti intézkedések növelték legitimitásukat, ezért igen kiterjedt szolgáltató rendszereket hoztak létre a rendelkezésre álló szövetségi pénzekből (Hopps – Collins 1996; Popple 1996, Reisch 1996; Gilbert 1998).

Azonban az 1967-es törvény sem váltotta be a reményeket. A gyermekgondozási segélyben (Aids for Families with Dependent Children, AFDC) részesülők száma 1967 és 1972 között több mint duplájára nőtt, miközben a szociális szolgálatok működési költségei 281,6 millió dollárról 1688,4 millió dollárra növekedtek. Az okok között az elemzők megemlítik, hogy továbbra sem volt világos, mi alkot szociális szolgáltatást, a hozzájutási kritériumok igen nagyvonalúak voltak, így a szolgáltatáshoz szinte bárki ingyen hozzájuthatott, nemcsak azok, akik valóban rászorultak az ingyenességre (a szolgáltatáshoz egyébként bárki hozzájuthat, de a magasabb jövedelműeknek fizetniük kell érte az Egyesült Államok jóléti rendszerében), továbbá az egyes államok igen jó módszereket találtak ki, amelyekkel a törvény biztosította szövetségi pénzekből szolgáltatásokat vásárolhattak a magánszolgáltatóktól (Reisch 1996). A kliensek szempontjából a legnagyobb problémát az jelentette, hogy a Johnson-féle programok növelték a szegény kliensek állami ellenőrzését. A kliensek közvetlen ellenőrzését a jogosultság megítéléséhez előírt „környezettanulmányokkal” végezték a jóléti hivatalok képzetlen szociális munkásai, akik egyrészt az általuk megszabott viselkedési elvárásoknak való megfeleléshez, másrészt képzési, illetve terápiás szolgáltatásokban való részvételhez köthették a pénzsegély odaítélését. Ez a szegény kliensek esetében joggal nevezhető intézményi diszkriminációnak (Jordan 1984 [1993, 79–80], Gans 1992; 1994; Gilbert 1998).

Az éppen kormányon lévő Nixon-adminisztráció több megoldást is kipróbált a növekvő szociális kiadások visszafogására. A legjellemzőbb, és később is többször próbált módszer az összkiadások költségvetési plafonjának, illetve az egyes

szolgáltatástípusok költségvetési korlátainak a meghatározása és más szabályozó intézkedések meghozása volt. Végül 1975-ben újabb szociális törvény született, az 1975 évi XX. törvény. A törvény új szolgáltatási formákat nem írt elő, viszont az egész országra kiterjedő szolgáltatási hálózat kifejlesztését tűzte ki célul. Ennek érdekében előírta a szolgáltatási hálózat minimálisan megvalósítandó elemeit az egyes államokban. Ismét összekapcsolta a jövedelmefenntartó ellátásokat a szociális szolgáltatásokkal, lehetővé tette a magánszolgáltatóktól való szolgáltatásvásárlás kiterjesztését, és mindezekhez ismét igen nagyvonalú finanszírozási konstrukciókat rendelt (az adómegosztásnak az egyes államoknak visszajuttatott részét rendelte szolgáltatásokra fordítani). E törvény a következő négy pontban határozta meg a szociális szolgálatok céljait:

1. a gazdasági önfenntartás elősegítése, a jóléti függőség megelőzése, csökkentése és megszüntetése,
2. a gyermekek és védelemre szoruló felnőttek veszélyeztetésének (bántalmazásának, elhanyagolásának és kizsákmányolásának) megelőzése, orvoslása, különös tekintettel a családok egységének védelmére és újrateremtésére,
3. a fölösleges intézményi elhelyezések megelőzése és csökkentése a területi és házigondozási szolgáltatások fejlesztésével,
4. az intézményi gondozásba utalás és felvétel azokban az esetekben, amikor az okvetlenül szükséges (Reisch 1996, 1987).

A törvény (és későbbi revíziói) tulajdonképpen az egyesült államokbeli jóléti állam csúcspontját, a korábbi folyamatok kiteljesedését jelentette. Ekkor alakult ki az a jóléti rendszer, amelyet ma is láthatunk az Egyesült Államokban. A jóléti kiadások (beleértve a jövedelmefenntartó ellátásokat, mint amilyen a társadalombiztosítás és a segélyezés, az egészségügyi és lakásügyi kiadásokat, az oktatást, a veteránoknak biztosított ellátásokat és az egyéb szociális szolgáltatásokat, melyeknek részét képezik a szociális munkások által végzett szolgáltatások is) 1965-ben a nemzeti jövedelem 12%-át tették ki, 1975-ben a növekvő nemzeti jövedelem mellett ez az arány már 19% volt (Bixby 1996).

A kialakult rendszert viszont az első pillanattól súlyos problémák terhelték. Mint már említettem, a nagyvonalú finanszírozás miatt az államoknak szinte semmibe sem került szolgáltató rendszerük fejlesztése, emiatt a szolgáltató hálózatok rendkívül gyorsan kezdtek szaporodni, ami az átfedések, illetve a koordinátlanság miatt a már meglévő szolgáltatások hatékonyságát is jelentősen rontotta, és a kliensek érdekeit sem szolgálta (ez volt az az időszak, amikor akár 6-8 szolgáltató is foglalkozhatott ugyanazzal a családdal). Természetesen a szociális szolgálatokra elköltött összegek tovább növekedtek, miközben a segélyezettek száma nem csökkent (Reisch 1996; Bixby 1996). A munkábehelyező “kemény” szolgáltatások legalább annyira hatástalanok voltak a segélyezettek számának csökkentésében, mint a szociális munkások esetkezelése, életkészségtréningje vagy tanácsadása. A programok csak azok esetében voltak sikeresek, akik amúgy is elhelyezkedtek volna (Gilbert 1998, 99). És mindez történt egy olyan érában, mely egyre tudatosabban kívánta ellenőrizni, hogy mire is költődik az adófizetők pénze (Morris 2000).

Azt is világosan kell látnunk, hogy az Egyesült Államok jóléti rendszerének fejlődése a kezdet kezdetétől a liberális-reziduális fejlődésmenetet követte. Az állami szolgálatok kizárólag a szegények számára jöttek létre, és a szociálpolitika meghatározói az öngondoskodás elősegítését tekintették ezek legfontosabb céljának. Ha megnézzük Moroney leírását a jóléti rendszer fejlődését megalapozó előfeltevésekről, ott elő sem kerül az állampolgárok szociális jogainak kérdése. Az állami szolgáltatások kizárólag a szegényeknek nyújtottak, még a legbőkezűbb időszakban is olyan szolgáltatásokat, melyek semmiképpen sem lehettek alternatívái a munkaerőpiaci részvételnek. A középosztály jóléti szükségleteinek kielégítését a piaci szolgáltatókon keresztül képzelték el. Ha az állami szolgálatokat igénybe is vették a középosztálybeliek, az nem a törvényhozók intenciói szerint történt. A társadalombiztosítási rendszerből a népesség nagy csoportjai maradtak ki még abban az időben is, amikor az a legkiterjedtebb volt. Ebben a rendszerben ugyanakkor nagy jelentősége van a munkaadók által létrehozott jóléti szolgálatoknak („workfare”).

Az Amerikai Egyesült Államok jóléti rendszerének még egy sajátosságát meg kell említenünk a kép teljessége végett. Az amerikai kultúrában máig él a *jótekonyság hagyománya*, ami miatt a jóléti szolgálatokban ma is jelentős szerepet játszanak

laikusok, akár szolgáltatások alapítóiként, akár professzionális szolgálatok önkéntes munkatársaiként vagy jótékony adakozóként. A jótékonyosság viszont most is, mint mindig, ellentmondásos jelenség, mert egyszerre testesíti meg a közösségi szolidaritást és a morális értékelő attitűdöt, mely a szegénnytörvény öröksége az amerikai jóléti kultúrában. Ez a morális értékelő attitűd hozta magával, hogy oly nagy jelentőséget tulajdonított a közvélekedés a "jóléti függőség" elkerülésének, és oly sok előítélet él a közvéleményben a szegényekkel kapcsolatban (lásd Gans 1994). És ezek a vélekedések alapozták meg, hogy az új jobboldal Ronald Reagan elnöksége alatt sikerrel építette le a legrászorultabb állampolgárok rendelkezésére álló szolgáltatásokat.

A jóléti állam intézményrendszerének kiépülése és ennek sajátosságai a szociálismunkás-szakma fejlődésében felettébb jelentős következményekkel jártak. Az intézményrendszer fejlődésével megnőtt a *szociális munkások száma*. Míg a nagy gazdasági világválság előtt a szociális munkások számát negyvenezerre tehetjük az Egyesült Államokban, a válság idején ez a szám a duplájára nőtt, 1993-ban pedig a Munkaügyi Minisztérium becslése szerint 586 000 szociális munkás állt alkalmazásban. Ezeknek viszont csak kevesebb mint fele rendelkezett adekvát képesítéssel. Körülbelül 150 000 közülük az egyetemet végzett (MSW). Mindezek mutatják, hogy a szociálismunkás-szakma egyike a legnépesebb professzióknak az Egyesült Államokban (Goldstein – Beebe 1996). Viszont a *szakma kettészakadottságát* – a képzetlen állami alkalmazottak és a magánszolgálatokban dolgozó felsőfokú képzettséggel rendelkezők mentén – nem sikerült megszüntetni. Ha mindehhez hozzávesszük, hogy a képzettek szinte kizárólag mentálhigiénés tanácsadásra specializálódtak, a szociálpolitikát, a közösségi szociális munkát és a menedzsmentet az egyetemi hallgatóknak az elmúlt negyven évben mindössze 15%-a választotta szakirányként, akkor világossá válik, hogy az amerikai szociális munka – legalábbis ami a képesítetteket illeti – a *gyakorlat nagyon szűk profilját* mutatja, annak ellenére, hogy az ökológiai perspektívát az Egyesült Államok elméletalkotóinak köszönhetjük (Morris 2000).

Tehát sem a statisztika, sem a közgondolkodás nem csak a szakirányú képesítéssel rendelkezőket vagy az ilyen képesítést megkövetelő állások betöltőit tekinti szociális

munkásnak, hanem rendkívül heterogén, nagyon különböző felkészültséget igénylő tevékenységeket neveznek így a munkaerőpiacon. Az állami szociális szolgálatok igen gyors expanziója sok olyan álláshelyet teremtett, melyeket nem tudtak képzett szociális munkásokkal betölteni, de amelyeknek betöltőit a közvélekedés szociális munkásoknak tartotta. A professzionalizáció így magába foglalt egyfajta deprofesszionalizációt is. A *szociálismunkás-szakma rétegei* az National Association of Social Workers (NASW) 1981-es nyilatkozata szerint a következők:

Preprofesszionális szint:

- szociális munkát kisegítők (social work aid) középiskolai végzettséggel
- szociális szolgálatok technikai alkalmazottai (a tevékenységnek megfelelő végzettséggel)

Professzionális szint:

- szociális munkások (BSW végzettséggel)
- szociális munkások (MSW végzettséggel)
- szakvizsgázott (certified) szociális munkások vagy a Diplomás Szociális Munkások Akadémiájának tagjai (ACSW, mely kétéves, az MSW vagy a doktori fokozat megszerzése utáni szakmai gyakorlatot és ezek után egy sikeres vizsga letételét feltételezi)
- testületi tagok (social work fellow – lefordíthatatlan kifejezés, mely olyan szakemberekre vonatkozik, akik magas szintű oktatási, kutatási és döntéshozási tevékenységet végeznek – KJ.). (Hopps – Collins 1996, 2273.)

Az 1975. évi törvény tovább bővítette a lehetőséget arra, hogy az állami ügynökségek szolgáltatásokat vásároljanak magánszolgáltatóktól klienseik számára. Ezután a „kiszerezések” gyakorlata olyan méreteket öltött, hogy az 1980-as évekre az államilag finanszírozott szolgáltatások túlnyomó többségét a nem állami (nonprofit és forprofit) szolgáltatók látták el (Reisch 1996; Gibelman 1996). Ez mindenképpen a professzionális szociális munkások érdekeinek felelt meg, ugyanis ők működtették a magánszolgálatokat. Ily módon igen komoly fejlesztési forrásokhoz juthattak, miközben gyakorlati területük jelentősen megnőtt. A magánszolgáltatóknak egyébként

is igen jó érdekérvényesítési esélyeik voltak az egyes államok és a helyi lakóközösségek vezető testületeiben. Jellemző, hogy a közösségi munkának a hatvanas években radikalizálódó új irányzatai előtt és mellett egészen más, cseppet sem radikális csoportok beszéltek közösségsszervezésként saját tevékenységükről („közösségi népjóléti tanácsok”, l.: Zastrow 1994, 222). A közösségsszervezés az 1960-as évekig és részben azután is vállalkozókból és szociális szolgálatok vezetőiből létrejött erősen konzervatív lakóhelyi szervezeteket jelentett, melyek inkább foglalkoztak a helyi erőforrások bürokratikus elosztásával, semmint a lakóközösség sajátos szükségleteivel (Franklin 1990).

A működési terület kiterjedése és az állami finanszírozási források megszerzése, sőt még a törvények intenciói sem jelentették azt, hogy a magánszolgálatok szociális munkásai ezek után elsősorban a belvárosi lepusztult városnegyedek szegényeivel foglalkoztak volna. Az 1975. évi XX. törvény az állami szolgáltatások tervezésében nagyfokú önállóságot adott az egyes államoknak és lakóközösségeknek. A decentralizálás nemcsak azzal járt, hogy minden állam, sőt minden kerület egyedi és sajátos szolgáltatási rendszert alakított ki. A decentralizálás másik következményeként – mivel a helyi döntéshozó csoportokban a legnagyobb súlya a középosztálybeli családok lakta elővárosok képviselőinek volt, akik a lakóközösségi nyomásnak nem tudtak ellenállni – a törvény értelmében juttatott állami pénzeiből finanszírozott szolgáltatások aránytalanul nagy része jutott a középosztálybeli családok lakta elővárosoknak. Miközben a döntéshozók nem biztosították, hogy a szegény családok a nekik szánt szolgáltatásokhoz hozzájussanak (Reisch 1996, 1988).

A szociális munka nemcsak a lakóterületi szolgáltatások szaporodásával növelte munkaterületét. Átalakultak és fejlődtek az egészségügyben, az igazságügyben, az iskolákban (lásd ez utóbbival kapcsolatban Kozma 1992), a gyermekjólét területén nyújtott hagyományos szociális szolgálatok is, és megjelentek új szakmai területek. A szociális munkás szolgáltatások elterjedtek

- a foglalkozási rehabilitációban;
- a rendőrségen, ahol nemcsak a bűncselekmények áldozataival, hanem a személyzet problémáival is foglalkoznak (Treger 1996);

- a nagyvállalatok humán erőforrás-menedzsmenttel és vásárlói panaszokkal foglalkozó irodáiban;
- a katasztrófaelhárításban;
- a hadsereg humán szolgáltató irodáiban;
- az egyetemeken tanácsadó irodáiban;
- megjelentek a válóperes bíróságokon (mediáció);
- a vállalati nyugdíj- és balesetbiztosítás mellett a munkahelyhez kötött jóléti szolgálatok magukba foglalnak személyes szociális szolgálatokat, melyek például a munkavállalók alkoholproblémáinak, kényszerhelyzeteinek kezelésére jöttek létre, és melyekben szép számmal részt vesznek szociális munkások, szerződött magánszolgáltatók alkalmazottaiként éppúgy, mint magánpraxisban;
- az ifjúsági- és gyermekmozgalom (cserkészlet) is fellelhető a szociális munkásoknak;
- a szakma felségterületéhez tartozik máig is a veteránok ellátása, ami az egyik legnagyobb költségvetés a szociális kiadásokban (Bixby 1996);
- megszaporodtak a felhasználók által fizetett fejlesztő, a szabadidő hasznos eltöltését biztosító szolgáltatások;
- a nőmozgalom saját alternatív intézményrendszert hozott létre, olyan szolgáltatásokból, mint a megerősített nőknek alapított krízisközpontok, a bántalmazott nőknek szolgáló menedékházak és a nők egészségügyi központjai (Gamble – Weil 1996, 485; Bricker-Jenkins – Lockett 1996).

A *közösségi szociális munka* újjáéledése a 60-as évekre tehető, és Saul Alinsky tevékenységéhez köthető. Bár voltak előzményei nemcsak Jane Addams működésében, hanem az egyes kisebbségi csoportok – az afrikai-amerikaiak, az amerikai indiánok, a spanyol anyanyelvűek, a kistelepülések és a farmerek – közösségi szerveződéseiben és nem utolsósorban a munkásmozgalomban. Annak ellenére, hogy Alinsky a mozgalomalapítás előtt dolgozott szociális munkásként, és radikális közösségi mozgalma egyértelmű kritikája volt a korabeli szociális munkának, nem tekintette magát a szociálismunkás-szakma részének (Alinsky 1972; Weil – Gamble 1996; Kahn 1996). Így ez a nagyhatású kritika ugyanúgy kívülről érte a szociálismunkás-szakmát, mint Herbert Gans (1992; 1994), Piven és Cloward (1971,

1991), valamint Doyal és Gough (1991) kiváló szociológiai elemzései, melyek közvetlenül vagy közvetve kritikát mondtak a szociális szolgálatok működéséről.

Az 1960-as évek amerikai baloldali mozgalmának központi alkotóelemei a következők voltak: a közösségre tett hangsúly, a lokalitás és a decentralizált szervezettség, a részvételi demokrácia és a döntések meghozása feletti közvetlen állampolgári kontroll, az öntevékeny közvetlen politikai akciók, a tevékenység parlamenten kívüli szerveződése, a „jótét lelkekkel” és jótékonyssággal szembeni bizalmatlanság, a hit a minden szegényt átfogó szervezettség lehetőségében (tekintet nélkül a résztvevők származására vagy bőrszínére), és az alternatív intézmények felépítésének koncepciója (Langan 1998, 209). E mozgalom képviselőinek a szakmában való megjelenésével megszűnt az esetkezelés a szociális munka uralkodó módszere lenni (Franklin 1990). A szociális munka újjáéledt progresszív irányzatának képviselői sikerrel dolgoztak azokban a közösségsszervező programokban, melyeket a Johnson-adminisztráció 1964-es szociális törvénye hozott létre. A szociális munka baloldali irányzata tehát elsősorban az állami szolgálatokhoz kötődött, és azokon belül igyekezett emancipációs céljait a kliensekkel partneri viszonyban teljesíteni (Franklin 1990, 72; Bombyk 1996, 1938). A progresszív szociális munkások az 1970-es évektől jelentős publikációs tevékenységet folytattak. (Ennek a bőséges irodalomnak néhány darabja, de főleg azok részletei Magyarországon is megjelentek, pl. Cloward – Piven 1991; Pritchard – Taylor 1994) Több folyóiratot is kiadtak (Catalyst, Social Work Today). Mindenesetre működésük nyomán új (de legalábbis megújított) szakmai ág jelent meg a szociális munkán belül, a közösségfejlesztés és a közösségsszervezés (Kahn 1996; Gosztonyi 1998, 238–239).

A szolgáltatások expanziója mögött egy másik társadalmi jelenség is munkált az 1970-es években, ami a szociálismunkás-szakma számára a közösségi munka új lehetőségeit nyitotta meg. Rendkívüli mértékben szaporodott a *különböző társadalmi érdekcsoportok szervezeteinek* száma. A nőmozgalom megerősödése már az 1960-as években kezdődött. Fejlődésének új szakaszát jelentette a Nők Országos Szervezetének (National Organization of Women) létrejötte 1966-ban. A „szürke lobb” erősödését olyan szervezetek létrejötte segítette, mint a Nyugdíjasok Amerikai Egyesülete (American Association of Retired Persons). A fogyatékkal élők

problémáit még láthatóbbá tették a vietnami háború következményei, és olyan egyesületek létrejötte erősítette ezek érdekérvényesítési esélyeit, mint a Fogyatékkal Élő Állampolgárok Amerikai Szövetsége (American Coalition of Citizens with Disabilities). Mindemelett a közvélemény egyre érzékenyebbé vált a különböző származású amerikaiak (puerto ricoiak, kubaiak, mexikóiak, afrikai-amerikaiak) problémáira, a multikulturális társadalom sajátos gondjaira. Ehhez társult a „melegek” közösségének mozgalma, mely 1969 (a new yorki úgynevezett „Stonewall lázadás”) után terjedt el országszerte, hogy kivívja az üldözés és diszkrimináció eltörlését. De nemcsak a polgárjogi mozgalmak expanzióját hozták az 1970-es évek, hanem jobboldali mozgalmakét is, mint amilyen a „Keresztény Jobboldal” (Christian Right) mozgalma, mely az abortuszkérdéssel, az iskolai hitoktatással és más kulturális kérdésekkel kapcsolatban követelte a politikai döntéseket. Mindez megváltoztatta, bonyolultabbá, participatívabbá és nyíltabban ideológikussá tette a szociálpolitikai döntéshozást (Reid 1996). Az új társadalmi mozgalmakban viszont nem vezetőként, hanem vagy érintett állampolgárként, vagy alkalmazottként vettek részt a szociális munkások, és részvételük sem jelentette azt, hogy a szakma és a politika viszonya központi kérdéssé vált volna (Morris 2000, 62).

A jóléti állam fejlődése kibővítette a *szociális munka kompetenciaterületét*. A szociális munkások munkaterületébe kerültek mindazok a problémák, melyeket a közvélemény és az állam szociális problémáknak tekint. Az USA vonatkozásában ezek a következők:

1. A szegénység és minden ezzel – akár okként, akár következményként – összefüggőnek tekintett társadalmi zavar, úgymint a gyermekek és védelemre szoruló felnőttek veszélyeztetése, a családok széthullása és a csonka családok számának növekedése, a fiatal lányok korai szülése, a devianciák és az erőszak terjedése, a bevándorlókkal, a népesség előregedésével, a társadalmi hátrányos helyzetekkel, a rasszizmussal és a kisebbségi léttel kapcsolatos problémák, (Hopps – Collins 1996).
2. A mentálhigiénés segítséget igénylő zavarok, legyen szó akár szegény, akár jómódú állampolgárokról (ide sorolva az élet természetes és nem várt kríziseit, az elmagányosodást, a depressziót, az alkoholizmust és a drogdependenciát, a

családi és munkahelyi konfliktusokat, az életmóddal összefüggő gondokat, mint amilyen az elhízás és a dohányzás; a betegséggel, fogyatékkal, csökkent munkaképességgel, terminális betegséggel kapcsolatos személyes és társadalmi gondokat, a rekreációs és fejlődési szükségleteket, mint amilyenek például a szülői kompetencia fejlesztésére, a nevelési problémák megoldására vagy a szabadidő hasznos eltöltésére irányuló szükségletek). E problémák egy részének kezeléséért természetesen nem egyedül felelős a szociálmunkás-szakma, hanem egyikeként a jóléti professzióknak. Mindenesetre világosan kell látnunk, hogy a jóléti állam intézményrendszerének kialakulásával rendkívüli módon megnőtt azoknak a társadalmi problémáknak a köre, melyeknek orvoslásában és kontroll alatt tartásában a szociális munkásoknak központi szerepet szántak. Ez határozta meg a szakmai gyakorlat kereteit alkotó intézményrendszer fejlődését.

A szakma tevékenységi körébe utalt társadalmi problémák megnövekedett köre és a tevékenységi spektrum kiszélesedése minden eddiginél élesebben vetette fel a *szakmai elmélet* hiányosságának kérdését. Ezt elősegítették az 1960-as évek társadalmi változásai is. Az 1960-as években az esetkezelés módszertani primátusát minden oldalról támadások érték. A baloldal az esetkezelést végző szociális munkásokat a kontroll eszközeinek kiáltotta ki. Tudományosan megalapozott semlegességüket konzervativizmusnak, a többség kulturális dominanciájának a kisebbségekre való ráerőszakolására szolgáló eszköznek minősítette. De a szociális munkát az ekkor már legnagyobb munkaadó és finanszírozó, az állam részéről is kritikák érték. Az 1960-as évek két nagy szociális törvényét azért hozták, hogy az állami szociális szolgálatok csökkentsék a segélyezettek számát. Ehhez képest – mint korábban már említettem – a segélyért folyamodók száma folyamatosan nőtt. A szociális munka válságát mélyítette, hogy az 1960-as évek társadalmi változásai megingatták a korábbi társadalom- és emberképet. A korábbi társadalomképet mindenekelőtt a funkcionalizmus jellemezte, amely az egyének és társadalmi csoportok számára a beilleszkedést írta elő, és a be nem illeszkedést patológikus jelenségnek tekintette. Az 1968-as világforradalmat viszont a társadalmi konfliktus baloldali eszméi ihlették, a három „M”, Marx, Mao és Marcuse. A funkcionalista társadalomképet aláásták azok a társadalomtudományi eredmények is, melyek leírták, hogy a társadalmi intézmények

(például a társadalmi mobilitás elősegítésében oly fontos iskolai oktatás) hogyan járulnak hozzá a társadalmi szempontból kedvezőtlen helyzetek újratermelődéséhez. (Lásd például: Lewis 1968; 1972; Bourdieu 1978; Bernstein 1975.)

Mindezek következményeként az 1970-es években a szociálismunkás-képző iskolákban és a szociális intézményekben egy egészen más eszmerendszert valló új nemzedék jelent meg. Az észak-amerikai szociálismunkás-elmélet e változások következtében érte el mindmáig legnagyobb hatású eredményeit. Az ökológiai szemlélettel (Germain – Gitterman 1987), a rendszerelméletnek a szociális munkára való alkalmazásával (Pincus – Minahan 1973), a problémamegoldó modellel (Perlman 1987) ekkor alakult ki az az elméleti bázis, amelyet ma a világ minden szociálismunkás- képzésében tanítanak.

A megnövekedett és igen heterogénvá vált feladatok ugyanakkor *nagyfokú specializációt* hívtak életre. Ezek több sajátosság mentén jöttek létre, úgymint:

- módszer alapján: esetkezelés, csoportmunka, közösségszervezés
- gyakorlati terület szerint: iskolai, egészségügyi, foglalkoztatási szociális munka
- problémacsoportok szerint: mentálegészségügy, alkohol- és drog probléma, igazságügy, értelmileg sérültek gondozása
- klienscsoportok szerint: gyermekjólét, ifjúsági munka és időgondozás
- metodológiai funkció szerint: klinikai szociális munka, szociális tervezés, fejlesztés és kutatás, szociális munka adminisztráció, a szociális munka oktatása
- földrajzi terület szerint: városi, vidéki, lakóközösségi szociális munka
- a célcsoport terjedelme szerint: egyéni (mikro), család és csoport (mezzo), szervezeti (makro) szociális munka
- specifikus kezelési mód szerint: például viselkedésmódosító, én-pszichológiai, Gestalt-terápiás, kognitív terápiás tanácsadás
- felső szintű általános gyakorlat (Hopps – Collins 1996).

A kiterjedt intézmény- és feladatrendszer a szakemberek felkészültségével, tudásával és készségeivel kapcsolatban is igen nagy elvárásokat támasztott, ami átalakította az

oktatást. Az Egyesült Államok 50 tagállamában 1993-ban 302 BSW- és 117 MSW-képzés volt, 53 képzés kínált Ph.D. kurzust, melyek évente több mint húszezer végzett hallgatót bocsátottak ki. Az oktatás – bár nem ellentmondásoktól mentesen – a legsikeresebb ágazata az amerikai szociális munkának. A szociálismunkás-iskolák és a jelentkezők száma folyamatosan nő. Az oktatás legnagyobb finanszírozója máig is az állam és az állami szociális szolgáltatók, akik ösztöndíjakkal segítik az oktatást és a kutatást. Bár a legvonzóbbnak a szakmán belül még mindig a mentálhigiénés tanácsadás minősül (amely lehetővé teszi a magánpraxis folytatását is), a szociálismunkás-képző iskolák nagy számban képeznek a szociálpolitika, a szociális tervezés és adminisztráció intézményeiben feladatokat vállaló szakembereket, és kiterjedt továbbképző programokat is kínálnak. A képzési rendszer felépítésének máig is legelfogadottabb alapelve a generalista modell, mely szerint az alapképzés (BSW fokozat) a minden speciális területet átfogó általános tudást nyújtja, és a speciális képzés a graduális képzésben érhető el (MSW szint). A szakma expanziója viszont nagymértékben megnövelte a kompetenciaterületet, ami igen magas elvárásokat támaszt az alapképzéssel szemben, ehhez képest a graduális szint már nem jelent igazi kihívást. Ez a probléma hozta elő ismét a generalista-specialista vitát. A speciális alapképzésre szavazók a graduális szinten inkább el tudnák képzelni az integrációt (Meinert – Pardeck – Kreuger 2000, 75).

A szakma elsősorban a szinte minden magasan képzett szakemberre kiterjedő *szervezettség* miatt hatékonyan képes formálni a szakmai gyakorlat feltételeit, bár nyilván a politika változásai ennek mértékét befolyásolják. A két nagy szakmai szervezet, a National Association of Social Workers (NASW) és a Council on Social Work Education messzemenő szabadsággal szabályozza mind a szakmai gyakorlatot, mind pedig a szakmai oktatást. Az NASW alapító okirata szerint a következő feledatokat látja el:

- a gyakorlat fejlesztése és kiterjesztése szabályok alkotásával, kutatással, oktatással és folyóirat- valamint könyvkiadással
- a gyakorlati kompetenciák meghatározása és elismerése/elismertetése szabályok alkotásával, oktatással, a munkaadókkal való tárgyalással

- a szakmai gyakorlatot segítő munkakörülmények megteremtése etikai kódex, az adminisztráció és személyzeti kiválasztást meghatározó alapelvek megalkotásával
- a gyakorlati specializációk meghatározása és integrálása
- a szociális munka új gyakorlati területeinek kifejlesztése
- együttműködés a társszakmák képviselőivel
- a szociális munkás szakma társadalmi szerepének interpretációja
- a társadalmi helyzetek vizsgálata és politikai akciók szervezése
- új tagok rekrutációja
- bármi és minden, amire szükség van a szövetség céljainak megvalósításához (NASW 1955).

A szövetség legfőbb politikai ereje egyrészt a szociális intézmények működési szabályainak és a szakmai hierarchiának (lásd a szakmai rétegek fenti leírását), másrészt a helyi illetve állami szociálpolitika befolyásolásának képességében van. Bár szövetségi szinten nem tudják közvetlenül nagy hatással befolyásolni a politikai döntéshozást (legalábbis összehasonlítva más jóléti szakmák, például az orvosok érdekérvényesítési esélyeivel), de mivel az egyes államok politikai döntéshozó testületeiben, kormányzati vezetői posztjain szép számmal megtalálhatók szociális munkások (akik mind tagjai az NASW-nak), és a szociális intézmények vezetőinek igen jó a kapcsolatuk a helyi és állami szociálpolitika alkotóival, közvetetten mindenképpen képesek a szövetségi szociálpolitika hatékony befolyásolására is (Weismiller – Rome 1996).

A szövetség az 1970-es évektől induló minőségbiztosítási törekvéseket is kézben tudta tartani. A minőségbiztosítás első módszere a licenciátus-rendszer kialakítása volt. E rendszer létrejötte mögött egyrészt az az előfeltevés munkált, hogy a szociális munka magas fokú technikai specializáltsági fokot ért el, és a megfelelő felkészültséget nélkülöző beavatkozás kárt okozhat a szolgáltatás felhasználójának; másrészt az a felismerés indította a NASW-t a licensz-rendszer létrehozására, hogy az erősíteni fogja a szociális munka professzionális státuszát (Poppo 1996, 2290). Ez utóbbira annál is inkább szükség volt, mivel az 1970-es évektől új tendenciaként jelent meg, hogy a legmagasabb képesítéssel rendelkezők egyre nagyobb számban folytatnak

magánpraxist, amit általában harmadik felek, elsősorban biztosítók finanszíroznak. A harmadik fél pedig csak olyanok esetében finanszíroz, akik megfelelő jogosítvánnyal rendelkeznek az általuk kínált szolgáltatás végzéséhez. A magánpraxist folytatók számát a kilencvenes évek közepén 65 000-re becsülték. A magánpraxist folytatók legtöbbje klinikai szociális munkát – tehát mentálhigiénés tanácsadást – végez (ezt a legnagyobb biztosítók, például a Kék kereszt finanszírozza), de vállalnak tanácsadást vállalatoknak, végeznek szupervíziót, dolgoznak az oktatásban (Barker 1996).

A szociálismunkás-képző iskolák tevékenységével foglalkozó tanács (Council on Social Work Education, CSWE) is igen kiterjedt funkciókat lát el. A CSWE-nek az oktatást segítő kutató tevékenységen kívül a legfőbb feladata az oktatás minőségének szabályozása egyrészt tantervi irányelvek kibocsátásával, másrészt az egyes iskolák akkreditálásával. Jellemző, hogy az NASW valamely szakmai szintjére csak olyanok juthatnak be, akik akkreditált iskolákban szerezték bizonyítványukat (Frumkin – Lloyd 1996). Mivel az oktatásnak hatalmas piaca van az Egyesült Államokban, a jó piaci pozíció és ezzel az oktatási létszám fejlesztésének lehetősége elegendő motiváló erő ahhoz, hogy az iskoláknak megérje az egyébként igen sok plusz munkával járó akkreditációban való részvételt (Beless 1996).

Az új jobboldali politika hatása a szociális munkára az 1970-es és 1980-as években

Az 1970-es és 1980-as évek gazdasági és ebből következő politikai átalakulása bizonyos fokú stagnálást eredményezett a szociális munka területén. Az 1970-es és 1980-as évek a gazdasági növekedés lassulását, a munka termelékenységének, valamint a vállalkozások méretének csökkenését, üzemek bezárását, ezzel a jólfizetett termelési munkahelyek számának csökkenését, magas inflációt, a munkavállalók számára pedig növekvő adóterheket hozott. A gazdasági recesszió következménye volt – mint az összes nyugati polgári demokráciában – a fiskális krízis. Az 1980-as évekre megváltozott az állam szerepével és a jóléti szolgáltatásokkal kapcsolatos közvélekedés is, ami közrejátszott az ultrakonzervatív Ronald Reagan 1981-es

elnökké választásában. A társadalmi problémák megoldási lehetőségeit illető közvélekedésről ismét Moroney 1990-es könyvét idézem:

1. Most pedig abban hiszünk, hogy a kormánynak az egyének és családok életminősége javítására tett erőfeszítései nemcsak nem kívánatosak, hanem valószínűleg egyenesen károsak. Ez az egyik variációja annak az érvelésnek, mely szerint az állami beavatkozás gyengíti a családokat azzal, hogy függőséget alakít ki.
2. Hiszünk abban, hogy nem szabad megkönnyíteni a családok tradicionális gondozási feladatait, ahogy azt a régi paradigma szerint tettük. Ez a függőségről szóló érvelés másik verziója, mely szerint a beavatkozás azonos a zavarkeltéssel, és úgy értelmezhető, hogy nem bízunk a családok gondozási képességében.
3. Hiszünk abban, hogy a döntéshozásnak és a szervezeti erőfeszítéseknek decentralizáltaknak kell lenniük. Ez az álláspont azon az előfeltevésen alapul, hogy minél távolabb van a döntéshozás azoktól, akik segítséget szenvednek, annál kevésbé ad a döntés megfelelő választ a szükségletre, és annál kevésbé lesz felelősségteljes.
4. És mindezek mellett hiszünk abban, hogy a szakemberek önmagukat szolgálják, és készakarva hozzák létre a függő helyzeteket (Moroney 1990, 140).

A jóléti állammal kapcsolatos közvélekedés megváltozása mögött a gazdasági válság problémáin kívül az állammal kapcsolatos bizalom megingása munkált. Ezt nemcsak a jóléti intézkedések kudarcát (egyébként igazságtalanul) felnagyító jobboldali propaganda fűtötte. Hozzájárult a politológusok által „demoszklerózisnak” nevezett jelenség tudatosulása is. A fogalom azt a tényt írja le, hogy az amerikai demokrácia intézményei egyre nehezebben működnek, és egyre több „redundáns” részt hurcolnak magukkal, a megszüntetés legkisebb esélye nélkül. A hatékony működés gátját maga a demokratikus működés építi, ugyanis egyrészt egyre több érdekcsoporttal kell egyeztetni minden döntés előtt, ami hihetetlenül megnöveli a

döntések átfutási idejét, másrészt ha már egyszer valamely intézmény létrejött, azt akkor sem lehet megszüntetni, ha már ellátta a feladatot, melyre szerveződött, mert érdekcsoportok állnak mögötte, amelyek ezt megakadályozzák.

Ronald Reagan ezen érvrendszerek alapján jelentette ki, hogy a kormány intézkedései nem a problémák megoldásának, hanem létrehozásának az eszközei, amivel hibásnak minősítette a jóléti állam felépítésében közrejátszó összes politikai erőfeszítést, a New Dealtól a Johnson-kormány szegénység elleni háborújáig. Megoldásul csökkenő állami beavatkozást és adókat ígért. Az adók valóban csökkentek, de a kiadások nem. A jóléti szolgálatok esetében csak azok költségvetését lehetett szűkíteni, amelyek a legrászorultabb állampolgároknak, az egyedülálló anyáknak, a munkanélkülieknek, a hajléktalanoknak jelentettek – a korábbiakban sem elégséges – gondoskodást, mert a többi érintett csoport képes volt megvédeni a maga érdekeit. Reagan másik nagyvonalú terve pedig, hogy ti. az Egyesült Államok legyen a világ rendjének fenntartója, csillagászati összegekkel gyarapította a katonai lobbit, és fenntartotta a költségvetési deficitet.

A szegény állampolgárok szükségleteinek kielégítésére szerveződött szolgáltatások szűkítése több millió állampolgár számára jelentette az életfeltételek radikális romlását. 1977-től 1994-ig az 1975-ös XX. törvényben leírt szociális szolgáltatásokra fordított kiadások összege gyakorlatilag nem változott, ami azok reálértékét 58%-kal csökkentette. Ezzel együtt a szegények megélhetési biztonságát szolgáló más ellátásokat – a munkanélküli-biztosításra, az élelmiszerbélyegre, a gyermekétkeztetésre, a gyermeküket egyedül nevelő anyáknak szóló ellátásra, a lakóhelyi szociális szolgáltatásokra, és különösen nagy mértékben a lakáspolitikára szánt összegeket – is erőteljesen csökkentette a Reagan-adminisztráció. A szegénység – és ezen belül a gyermekszegénység – ennek következtében drámaian nőtt, és csökkent azoknak a száma, akik részesültek a gazdasági növekedés előnyeiből. Mélyült a szakadék, mely a gazdasági növekedés haszonélvezői és kárvallottjai között tátongott. A szociális kiadások általában egyébként nem csökkentek, hanem nőttek. A szociális kiadások szerkezete viszont alapvetően megváltozott. A legnagyobb tételt a kiadásokban a **Títtmus** által „fiskális jólétnek” **(1991a)** nevezett tétel, azaz a különböző címeken az alkalmazotti réteg számára járó adókedvezmények jelentették

(Dear 1996; Andor 1997). Az állami ellátásokkal párhuzamosan gyengültek a magánvállalkozások jóléti programjai is, melyeket hagyományosan a gyenge állami biztonsági háló kiegészítéseként tartottak számon. A szociális biztonság intézményrendszerén kívülrekedtek számát így az sem csökkentette, amikor a munkaerő-piaci dereguláció következményeképp az 1980-as évek végétől munkahelyek százezrei jöttek létre. A „munkahely-csoda” („job-miracle”) a segélyezettek listáját sem kurtította jelentősen, ugyanis – a létminimum alatti bérek miatt – a dolgozó szegények számát szaporította. Az alacsony bérrel járó munkahelyek ugyanakkor – a munkaerőbe való beruházások elmaradása miatt – a szegénységi csapda fennmaradásával illetve erősödésével fenyegetnek (Esping-Andersen 1994).

Ezek a fejlemények elsősorban az állami alkalmazásban álló, túlnyomórészt képzetlen szociális munkások helyzetét változtatták meg. A képzettek számára továbbra is felvevő piacot jelentettek a magán szolgálatok, melyek szerződéses viszonyban végezték az állam által biztosított szolgáltatásokat is. A szociális munkások zöme ezután is esetkezelésre szakosodott, és pszichoterápiás kiképzést szerzett, hogy aztán jórészüket megpróbálkozzon a magánpraxissal. Bővülő gyakorlati területet jelentett az idősgondozás, összefüggésben az időskorúak számának növekedésével. A nők, a fogyatékkal élők és a különböző etnikai csoportok polgárjogi mozgalmi is növelték a képzett szociális munkások számára rendelkezésre álló szolgáltatási munkahelyek számát. Ezzel szemben az állami szolgálatokból – például a szakma klasszikus területének számító gyermekvédelemből – a képzett szociális munkások kiszorultak az egyes álláshelyekhez kötődő képesítési előírások megváltoztatása, a deklasszifikáció miatt. Így ezek szakmai színvonala még tovább csökkent. Az állami szolgálatok egyre inkább csak a potenciálisan lázongó állampolgárok feletti állami kontrollt erősítették, összefüggésben a közvélemény szegényekkel kapcsolatos előítéleteivel (lásd Gans 1994; Reisch 1996; Harry Blackmun bíró 1993). Ez más, fent már említett tényezők mellett a szakértők jószándékába vetett bizalmat is csökkentette. Emiatt a nyolcvanas években gomba módra szaporodtak a különböző problémákkal küzdők önszervezetei. Ilyenek jöttek létre az alkoholisták (Alcoholics Anonymous), azok családtagjai (Al-Anon), a családi erőszak elkövetői (Betterers Anonymous), a különböző pszichiátriai betegségben szenvedők (Depressives

Anonymus, Neurotics Anonymus, Recovery Inc.), a szerencsejátékosok (Gamblers Anonymus), az elvált anyák (Mothers without Custody), a különböző betegségekben szenvedők (pl. Stroke Club International) számára, és így tovább. Ezek a szervezetek azért is nagy jelentőséggel bírnak az Egyesült Államok ellátó rendszerében, mivel bizonyos problémák szakszerű kezeléséhez még azok sem minden esetben jutnak hozzá, akik rendelkeznek betegbiztosítással, ugyanis a biztosítások nagy hányada nem fedezi a pszichiátriai betegségek egy részének (például a dependencia-problémáknak) a kezelését. Az önszorgító szervezetekben viszont gyakran praktizálnak érintett szakemberek önkéntesként. Az önszorgító csoportok emellett a professzionális gyámság és kontroll csökkentését, továbbá a problémákkal küzdő állampolgárok érdekérvényesítési esélyeinek javítását (empowerment) tűzik ki célul. Az önszorgító csoportokból azonban kimaradtak a szociális munkások, vagy amennyiben jelen voltak bennük, nem szakemberi minőségükben voltak ott. Azt is ki kell itt emelnünk, hogy amennyiben ezek a csoportok a szociálismunka-szolgáltatások ellenében szerveződtek, nem elsősorban a szociálismunkás-professzió ellen tették ezt, hanem az állami szociális szolgálatok ellen, melyekben elsősorban képzetlen munkavállalók látták el a szociális munkás tevékenységeket. A szociális munkások munkaterületének súlyponti része viszont nem ehhez a klientúrához kapcsolódott, vagy csak érintőlegesen kötődött ahhoz (alkoholista vagy drogfüggő lehet jó módú ember is), ezt a súlypontot ugyanis a középosztálybeli kliensek mentálhigiénés problémái jelentik. Így a szociális munkások tevékenységéből kimaradtak a politikai szempontból releváns problémák.

A szociális munka identitásválsága az 1990-es években

A reageni éra filozófiája az „értéket a pénzért” jelszóval a *fogyasztói szemléletet és a költséghatékonyságot* állította a középpontba. Ezen a helyzeten a demokrata párti Bill Clinton 1992-es elnökké választása sem változtatott. Clinton megválasztásakor a jóléti rendszer gyökeres átalakítását ígérte. Ennek az ígéretnek viszont korlátot szabott, hogy 1994-ben republikánus kongresszust választottak az amerikaiak. 1996-ban írta alá Clinton a „Személyes felelősség és munkalehetőségek törvényét” (Personal Responsibility and Work Opportunity Act), amely megszüntette a korábbi szociális

ellátásra vonatkozó jogosultságokat, és új finanszírozási forrásokat teremtett az egyes államok számára a rászorulóknak megsegítésére (16 milliárdos éves költségvetéssel). Az új program az „átmeneti segély a szegény családoknak” (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) nevet viselte, és több szempontból különbözött a korábbi segélyrendszertől. Mindenekelőtt megszüntette a korábbi szociális ellátások jogosultsági megalapozását. A továbbiakban a rászorulóknak pusztán a jövedelmi helyzet alapján nem garantálták a segélyt. A törvényhozók előírták, hogy a segélyezetteknek két éven belül munkába kell állniuk. Emellett kötelezték az egyes államokat, hogy érjék el a segélyben részesülők felének munkába állását 2002-ig. A harmadik megkötöttség a segélyezés időtartamának öt évben való limitálása volt. Ez utóbbival a törvényalkotók a hosszú távú jóléti függés kialakulását kívánták megakadályozni. Az esetek húsz százalékában lehetővé tették a hosszabb távú segélyezést, és megengedték a segély időhatárának szűkítését is, mely utóbbi lehetőséggel az államok többsége élt. Bár a segély megtagadásának lehetőségéhez nem kapcsolták hozzá az élelmiszerbéllyel és az egészségügyi ellátással kapcsolatos igények visszautasításának lehetőségét, a gyakorlatban a rászorulóknak egy részétől ezt az ellátást is megtagadták a helyi jóléti szolgáltatók. A TANF-segély megítélését csak terhes asszonyok és gyermekes családok részére tette lehetővé a törvény, de ezen a megkötöttségen belül az egyes államok nagyfokú függetlenséggel dönthettek segélyezési eljárásaikról.

A törvény eredményeképpen a segélyért folyamodók száma az 1994-es 14,2 millióról 1999-re 7,2 millióra, tehát nagyjából a felére csökkent. Az elemzők szerint ez a javuló gazdasági helyzet mellett annak is köszönhető volt, hogy a rászorulóknak inkább a munkaerő-piaci esélyeket javító programokhoz fordultak, semmint a segélyezési hivatalokhoz. Eközben a segélyért újonnan folyamodók száma is csökkent. A törvény támogatói ebben sikert láttak, ellenzői viszont rámutattak, hogy a szegénység nem csökkent olyan mértékben, ahogy a segélyezettek száma, tehát a segély a korábbinál sokkal kevesebb rászorulóért élt el (Almanac 2002).

A törvény szövegéből ez esetben is kimaradtak a képzett szociális munkásokat foglalkoztató magánszolgáltatók, majd később jelentős szerepet kaptak a végehajrásban. A szerepük elsődlegesen azokhoz a családokhoz kötődött, melyektől a

hivatalok megtagadták a segélyt az elvárások nem teljesítése miatt. Ezekben az esetekben az államok döntéshozói intenzív esetkezeléssel igyekeztek az együttműködést elérni, az ehhez szükséges szakmai háttérrel pedig a magánszolgáltatóktól kívánták megvásárolni. Hogy az intenzív esetmunka milyen eredményeket hozott, azt még nem tudjuk, de minden esetre az új törvény is feladatot és ezzel finanszírozási forrásokat biztosított a magánszolgálatoknak (Goldberg 2001).

Az 1990-es évek változásai tovább növelték a szociális munka eddig is magas *technicizáltságát*, ami hatással volt a szociális munka módszertanára is. Vezető beavatakozási technikává a behaviorista és az azzal rokonítható eljárások váltak. A viselkedésmódosítás technikája kiválóan megfelelt a mérhetőség kritériumának, amennyiben az emberi problémákat viselkedések összességére redukálta, melyek előfordulását és gyakoriságát statisztikákkal ki lehet fejezni. Az esetkezelésen belüli “haladást” önértékelő skálákkal vizsgálták, a szociális munkások használatára a kérdőívek és tesztek széles skáláját fejlesztették ki (Zastrow 1992, 255–260). Az erről a módszerről szóló összefoglaló kézikönyvek pontról pontra részletezik az egyes problémák esetén követendő eljárásokat (lásd például: Berg 1996). Mindez átalakította az oktatást is. A képzésekben a technikai eljárásokra (készségekre) került a hangsúly, az elméleti megközelítések háttérbe szorultak, összefüggésben a közgondolkodásban egyébként is terjedő antiintellektualizmussal. Emellett persze az iskolák éppúgy, mint a (piaci!) szociális szolgáltatók igyekeznek “lépést tartani a korral”, amit a csúcstechnológiáknak az oktatásba illetve a tanácsadásba való beépítésével vélnek elérni. Meinert és munkatársai a következőkben foglalják össze a csúcstechnológiák felhasználásának következményeit: 1) elfedik az elméleti és értékorientáció hiányosságait, 2) a távolság növelésével csökkentik a személyes elérhetőséget, tehát növelik a segítő kapcsolat résztvevőinek izolációját, 3) rombolják a meglévő közösségeket, 4) csökkentik a személyes szabadságot, amennyiben passzivitásra kényszerítik a felhasználót, 5) kiélezik a hatalmi különbségekből adódó problémákat, 6) növelik a folyamatok bonyolultságát, és a hibalehetőségeket (Meinert – Pardeck – Kreuger 2000, 59). A csúcstechnológiának a szociálismunkás-kutatásban való alkalmazása sem sokkal szerencsésebb. A kilencvenes évek amerikai szociálismunkás-újságjai tele vannak a különböző mentálhigiénés problémák

kezelésével foglalkozó magas technikai színvonalon kivitelezett érdektelen kutatásokról szóló beszámolókkal.

A minőségbiztosítási módszerek kifejlesztésében is élen jártak a szociálismunkás-képzések. A kilencvenes évek elején kidolgozták az „egyesetes értékelés” (single case evaluation) és a „programértékelés” módszerét (lásd [Gingrich 1990; Pik 1998](#)). Az esetértékelő vizsgálatok éppúgy, mint az oktatás hatékonyságának mérésével foglalkozó kutatások a behaviorizmusban gyökereznek. Akár a kliensek esetében, a viselkedési előírások mintaszerű betartását tekintik a siker zálogának. Mindez kiélezte a szakmán belüli ellentéteket. A *szociális munka identitáskrízisének* kialakulásához a fentiek mellett más tényezők is hozzájárultak. A kilencvenes években a pszichológusok és a pszichoterápiás kiképzéssel rendelkező pszichiáterek támadást indítottak a szociális munkások kivételezett helyzete ellen a mentálegészségügy területén. A két szakmai kör viszonya a hetvenes évekig gyakorlatilag problémamentesnek volt tekinthető. Az időszak két legnagyobb hatású pszichoterápiás elméletét és gyakorlatát, a krízisintervenciót és a családterápiát a pszichológusok és szociális munkások együtt hozták létre. Az államnak a mentáhyigiénés rendszer fenntartásából való kivonulásával és a szolgáltatások piacosításával viszont a két szakmai kör az 1980-as évek végétől riválisként került szembe a szolgáltatások piacán. Ez indította el a pszichoterápia végzésével kapcsolatos szabályozási törekvéseket, elsősorban a pszichológusok részéről. Regisztereket állítottak össze, melyekbe nem vették fel automatikusan a szociális munkásokat, hanem a bekerülést vizsgák letételéhez kötötték. Ez a szabályozás a pszichoterápiás módszerekkel dolgozó szociális munkásokat a pszichológusok érdekeltségi területéhez kötötte. Emiatt történhetett meg, hogy a kilencvenes évek közepén a nagy múltú Social Case Work című folyóirat címét a szerkesztők megváltoztatták, kihagyták belőle az első szót, és a megújult lap szerkesztői üzenetében sem említették a szociális munkát. Ezzel az esetkezelést végzők a szociálismunkás-szakmából való kiszakadási igényüket fejezték ki. A másik nagy terület, a családterápia is megszűnt a szociális munka exkluzív terepe lenni, a pszichoterápiás licenciátus-rendszer ezt is jórészt kiszakította a szociálismunkás- szakma keretei közül ([Popp 1996](#)).

Emellett az amerikai szociális munka az 1980-as évekre *elvesztette világszerte élvezett vezető szerepét*. A második világháború előtt létrejött három nagy nemzetközi szociális egyesület közül ugyanis kettőnek – az International Council of Social Welfare-nek és az International Association of Schools of Social Work-nek – a háború után több mint húsz évig New York-ban volt a székhelye, ami biztosította az egyesült államokbeli szociális munka vezető pozícióját a nemzetközi szakmai körökben. 1978-ban azonban mindkét egyesület az ENSZ jóléti ügynökségeivel együtt Európába tette át a székhelyét. Az amerikai szociális munkás köröket egyébként súlyos kritikák érték a harmadik világ országaiban fejlődő szociális munkás szakmák részéről is, az amerikai életforma terjesztőinek bélyegezték őket, az általuk közvetített tudást pedig irrelevánsnak minősítették ezen országok vonatkozásában (Midgley 1981).

A kilencvenes években ugyanakkor megerősödött a *progresszív szociális munka*. A progresszív irányzat súlyos kritikával illeti a szociálismunkás-szakma elitizmusát, hagyományos társadalmi missziójának elhanyagolását, a szakmában is elterjedt fogyasztói szemléletet, a szolgáltatások piacosítását (kommodifikációját). Az ezredforduló körül ezek a körök több könyvet is megjelentettek, melyek a szociálismunkás-szakmának az állampolgári jogokért vívott harcban betöltött szerepét hangsúlyozzák, és a társadalmi fejlesztés modelljét kívánják a szakmai gyakorlat középpontjába állítani (Meinert – Pardeck – Kreuger 2000; Specht – Courtney 1994; Hopps – Morris 2000). A NASW vezetésében ennek az irányzatnak a képviselői az egész szakmában mérhető arányukat meghaladó mértékben vannak jelen. Nyilvánvalóan azért, mert a szakmai szerveződést ők tartják a legfontosabbnak. Az ő munkájuk eredménye az NASW legújabb etikai kódexe is, mely a társadalmi változás, a társadalmi igazságosság elveit állítja a középpontba (NASW 1999). Ez a mozgalom azonban – szemben a következőkben elemzett brit szociális munkával – továbbra sem tartozik a szakma főirányához.

Összegzés

Megállapíthatjuk, hogy az 1990-es évekre a szociálismunkás-szakma világszerte az Egyesült Államokban érte el a legerősebb professzionális státuszt száz éves története folyamán. Ezt azonban azáltal érte el, hogy jórészt feladta hagyományos társadalmi misszióját, és elsődlegesen a középosztály számára létrejött mentálhigiénés

ellátórendszer intézményeit tekintette gyakorlata fő területének, tehát a terápiás funkció teljesítését állította a szakmai munka fókuszába.

A jóléti rezsim hatása a szociális munka fejlődésére

A liberális-reziduális jóléti rezsim fenntartotta, sőt az új jobboldali kormányok működése alatt erősítette a társadalom kettéosztottságát, és ez a szociális munka kettéosztottságában is megjelent. Az amerikai szociális munka a jóléti állam kiterjedt intézményrendszerének kiépülése idején a társadalmi problémák nagy hányadának orvoslását és kontroll alatt tartását tudta a saját kompetenciakörébe vonni, ami meghatározta a szociális intézményrendszer működtetésében betöltött jelentős, jórészen vezető szerepét. A szociális munkásként számon tartottak száma hetven év alatt több mint tizenkétszeresére nőtt. Az adekvát képesítéssel rendelkezők aránya azonban nem változott eközben. A nagyszámú és magas színvonalú képzés csak a szociális munkát végzők körülbelül kétötöde számára biztosít megfelelő kompetenciát, elsősorban azoknak, akik a magán szolgáltatóknál vállalnak mentálhigiénés tanácsadói munkát. A több mint háromszázezer állami alkalmazásban álló szociális munkásnak, akik a szegény kliensekkel dolgoznak, legfeljebb valamiféle tanfolyami bizonyítvány jut, vagy még az sem. A magas színvonalú szociális szolgáltatások klientúrájának nagy hányadát a középosztály fizető fogyasztói jelentik. A szegények esetében – akik hozzájutnak ehhez a magas színvonalú szolgáltatáshoz, mert az állami hivatalok ezt lehetővé teszik – viszont a hozzájutás feltételei rontják annak esélyét, hogy a szolgáltatást megfelelően tudják használni. Arról itt most nem is szólva, hogy a társadalom peremén élő kirekesztettek esetében a középosztály értékei és elvárásai mentén létrehozott tanácsadási technikák nagy valószínűséggel az intencióikkal ellenkező hatást váltanak ki.

Az amerikai szociálismunkás-szakma a jóléti állam intézményrendszere kiépülésének hajnalától igen ambivalensen viszonyul ahhoz a társadalmi funkcióhoz, melyet az állam számára kínál. A kompetenciaterületet elfogadja, de annak képzett szakemberekkel való benépesítését feladatként nem. Ennek elsődleges oka a szakma hagyományaiban keresendő, mindenekelőtt abban, hogy a két világháború között a társadalmi változás irányzatának Jane Addams munkásságához visszanyúló hagyománya háttérbe szorult, és a szakma a mentálhigiénés ellátó rendszer

kiepítésében vállalt meghatározó feladatokat. Ezzel vált elismert, akadémiai rangú professzióvá. A társadalmi változást középpontba állító irányzat képviselői ettől az időtől fogva – bár a szakmai egyesületekben gyakran vannak meghatározó pozícióban – mindig kisebbségben és marginális helyzetben voltak a szakmában.

A professzionális státusz jellegzetességei

A szakma a működési körébe vont (vagy utalt) társadalmi problémák kezelésére erősen differenciálódott, és nagymértékben növelte a rendelkezésre álló szakmai tudásnak mind kiterjedését, mind mélységét. A szakmai elmélet fejlődése az Egyesült Államok szakembereinek teljesítményeiben érte el eddigi legkiemelkedőbb csúcspontját. A szakma jól körülhatárolt kompetenciakészlettel rendelkezik (erről részletesebben majd a professzionalizmusról szóló részben írok), mely alapvetően meghatározza a szintén kiterjedt szakmai oktatást. Felépült a minősítési rendszer és a szakmai hierarchia. A szakmai érdekképviselő rendszer hatékonyan segítette a szakmai gyakorlat egységes szabályainak elterjesztését, a szakmai testületiség megvalósulását. És nem utolsósorban a szakmai egyesületek, a szakmának a politikai döntéshozó testületekbe bekerült tagjai, valamint a helyi közösségek szociális intézményeinek vezetői képesek voltak befolyásolni a szakma működési feltéteit meghatározó politikai folyamatokat. A nagy szakmapolitikai egyesületek hatékonyan képesek kontrollálni a szakma működési területét befolyásoló szabályozást. A szociális szolgálatok finanszírozását érintő törvények mindegyike kedvező volt a képzett szociális munkások fő területének számító magán szolgáltató rendszer vonatkozásában. A szakmai gyakorlatot szabályozó törvénykezésben is döntő befolyásuk van a szakma képviselőinek. A hatékony érdekérvényesítés viszont csak azokra vonatkozik, akiket a szakmai testület tagjainak elfogadtak, és ezek közé még az egyetemi alapfokot (BSW) elvégzettek is csak 1969-től tartozhattak (Goldstein – Beebe 1996, 1751).

A szociális munka értelmezése

Az amerikai szociális munkások túlnyomó többsége a terápiás funkciót tartja legfontosabbnak a gyakorlata során, amit megalapoz az amerikai jóléti kultúra individualizmusa is. Mindezekhez hozzátehetjük még a szociális munka nagyfokú

kommodifikációját, amely – az individualizmus széles körű elfogadottságával, és nem utolsósorban a professzió erős szakmai szerveződésével együtt – lehetővé tette a politikai szférától való függetlenséget. Mindezek hozzájárultak az apolitikus attitűd terjedéséhez, a politikai szerepvállalás jelentőségének tagadásához. A politikai szerepvállalás egyébként az amerikai demokrácia működése miatt a különböző sajátos szükségletekkel bíró csoportok – a nők, a feketék, a homoszexuálisok, az idősek, a fogyatékkal élők, a különböző klienscsoportok – mozgalmi szervezeteinek feladata, melyekben a szociális munkások egyrészt szolgáltatóként, másrészt érintett állampolgárként vesznek részt.

Hivatkozott irodalom

- Alinsky, Saul (1972): Rules for Radicals. Random House, New York. (Magyarul részletei megjelentek a következő művekben: Saul Alinsky: Radikálisok kiskatéja. Barométer kiskönyvtár, BME, Budapest 1988; Gosztonyi Géza [szerk.] (1994): Közösségi szociális munka. A szociális munka elmélete és gyakorlata. 3. kötet. Semmelweis Kiadó, Budapest, 299–326.o.)
- Almanac of Policy Issues (2002): Welfare. Almanac Social Welfare Issues, www.policyalmanac.org/social_welfare/welfare.shtml.
- Andor László (1997): Amerikai Egyesült Államok. In: Diószegi István – Harsányi Iván – Németh István [szerk.] (1997): 20. századi egyetemes történet. III. kötet, 1945–1995. Európán kívüli országok. Korona Kiadó, Budapest, 7–39. o.
- Barker, Robert L. (1996): Privat Practice. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1905–1910. o.
- Beless, Donald W. (1996): Council on Social Work Education. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 632–636. o.
- Berg, Insoo Kim (1996): Konzultáció sokproblémás családokkal. Családterápiás Olvasókönyv V. Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat, Budapest.
- Bernstein, Basil (1975): Nyelvi szocializáció és oktathatóság. In: Pap Mária és Szépe György [szerk.]: Társadalom és nyelv. Szociolingvisztikai írások. Gondolat, Budapest, 393–434.o.
- Bixby, Ann Kallmann (1996): Public Social Welfare Expenditures. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1992–1997.o.
- Bombyk, Marti (1996): Progressive Social Work. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1933–1942. o.

- Bourdieu, Pierre (1978): A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. Gondolat, Budapest.
- Bricker-Jenkins, Mary – Lockett, Patricia W. (1996): Women: Direct Practice. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 2529–2538.o.
- Dear, Ronald B. (1996): Social Welfare Policy. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1996, 2226–2237.o.)
- Deegan, Mary Jo (1990): Jane Addams and the Men of the Chicago School, 1892–1918. Transaction Books, New Brunswick (U.S.A.) – Oxford (U.K.)
- Dominelli, Lena (1988): Anti-Racist Social Work. BASW/Macmillan, London.
- Dominelli, Lena (1997): Sociology for Social Work. Macmillan Press Ltd., London.
- Esping-Andersen, Gösta.(1994): After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order. Occasional Paper No.7. World Summit for Social Development. United Nations Research Institute for Social Development. www.unrisd.org.
- Franklin, Donna L.(1990): The Cycles of Social Work Practice: Social Action vs. Individual Interest. Journal of Progressive Human Services, Vol. 1(2), 59–79. o.
- Frumkin, Michael – Lloyd, Gary A.(1996): Social Work Education. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 2238–2247. o.
- Gamble, Dorothy N. – Weil, Marie Overby (1996): Citizen Participation. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 483–493. o.
- Gans, Herbert J. (1992): Mire szolgálnak az érdemtelen szegények? Esély, 1992, 3.sz., 3–17. o.
- Gans, Herbert J. (1994): A szegénység felszámolásának programja helyett: háború a szegények ellen. Esély, 1994, 2.sz., 3–10. o.

- Germain, Caryl B. - Gitterman, Alex (1987): The Life Model Approach to Social Work Practice Revisited. In: Francis J. Turner [szerk.]: Social Work Treatment. Interlocking Approaches. The Free Press, New York, 618–644. o.
- Gibelman, Margaret (1996): Purchasing Social Services. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1996, 1998–2007. o.
- Gilbert, Neil (1998): Szolgáltatásból társadalmi ellenőrzés: a jóléti reform hatásai a szociális munkások szakmai gyakorlatára az Egyesült Államokban. Esély, 1998, 6. sz., 85–97. o.
- Gingrich, Wallace J. (1990): Rethinking Single-Case Evaluation. In.: Videka-Sherman, Lynn – Reid, William J. (ed.): Advances in Clinical Social Work Research. NASW, Silver Spring, 23–67. o.
- Goldberg, Heidi (2001): A Compliance-Oriented Approach to Sanction in State and County TANF Programs. Center on Budget and Policy Priorities, March 28, 2001, center@cbpp.org.
- Goldstein, Sheldon R. – Beebe, Linda (1996): National Association of Social Workers. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1996, 1747-1764. o.
- Gosztonyi Géza (1998): Közösségi szociális munka. In: Kozma Judit [szerk.]: Kézikönyv szociális munkásoknak. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 234–288.o.
- Harry Blackmun bíró (1993): Többségi vélemény a Wyman kontra James ügyben. Esély, 2.sz., 54–60. o.
- Hokenstad, Merl C. – Kendal, Kathrine A. (1996): International Social Work Education. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1511–1519. o.

- Hopps, June Gary – Collins, Pauline M. (1996): Social Work Profession Overview. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 2266–2281. o.
- Hopps, June Gary – Morris, Robert (2000) [szerk.]: Social Work at the Millenium. Critical Reflectionson the Future of the Profession. The Free Press, New York.
- Howe, David (1987): An Introduction to Social Work Theory. Making Sense in Practice. Wildwood House Limited Gower House, England.
- Jordan, Bill (1984): Invitation to Social Work. Oxford, Martin Robertson. [Magyarul: Esély, 1993. 4. sz., 74–92. o.]
- Kahn, Si (1996): Community Organization. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 569–576. o.
- Kendall, Kathrine A.(1994): A szociális munkások képzése világszerte. In: Hegyesi Gábor - Talyigás Katalin [szerk.]: Általános szociális munka. A szociális munka elmélete és gyakorlata, 1. kötet, Semmelweis Kiadó, Budapest, 17–31. o.
- Kersting, Heinz J. - Riege, Marlo (1995): A szociális munka és a szociálpedagógia professzionalizálása Németországban. Esély, 1995, 1. sz., 82–90. o.
- Kozma Judit (2001): Szociális diagnózis. Esély, 2001, 3. sz., 61–94. o.
- Kozma Judit (1992): ‘Minél többet dolgoztam az iskolában, annál jobban tiszteltem a tanárokat...’, Esély 1992, 2. sz.
- Langan, Mary (1998): Radical Social Work. In. Adams, Robert – Dominelli, Lena –Payne, Malcolm [szerk.]: Social Work – Themes, Issues and Critical Debates. Macmillan, London, 207–217. o.
- Lewis, Oscar (1968): Sanchez gyermekei. Európa Kiadó, Budapest.

- Lorenz, Walter (2001): Social Work Responses to “New Labour” in Continental European Countries. *British Journal of Social Work*, 31. évfolyam, 4. sz., 595–609. o.
- Meinert, Roland – Pardeck, John T. – Kreuger, Larry (2000): *Social Work. Seeking Relevancy in the Twenty-First Century*. The Haworth Press, New York, London, Oxford.
- Midgley, James (1981): *Professional Imperialism: Social Work in the Third World*. Heinemann, London.
- Moroney, Robert M.(1991): *Social Policy and Social Work. Critical Essays on Welfare State*. Walter de Gruyter, Inc., New York.
- Morris, Robert (2000): Social Work’s Century of Evolution an a Profession: Choices Made, Opportunities Lost. From the Individual and Society to the Individual. In: Hopps, June Gary - Morris, Robert (2000) [szerk.]: *Social Work at the Millenium. Critical Reflectionson the Future of the Profession*. The Free Press, New York, 42–72. o.
- Müller, Wolfgang C. (1992): *Hogyan vált a segítségnyújtás hivatássá? A szociális munka módszertanának története 1883–1945*. Az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai KFT, Budapest.
- NASW (1955): *Bylaws of the National Association of Social Workers*. New York.
- NASW (1999): *Code of Ethics*. www.naswdc.org/pubs/code
- Perlman, Helen Harris (1987): The problem-Solving Model. In: Francis J. Turner [szerk.]: *Social Work Treatment. Interlocking Approaches*. The Free Press, New York, 245–266. o.
- Pik Katalin (1998): A szociális munka gyakorlatának értékelése (evaluáció). In: Kozma Judit [szerk.]: *Kézikönyv szociális munkásoknak*. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 234–288. o.

- Pincus, Allen – Minahan, Anne (1973): *Social Work Practice: Model and Method*. F. E. Peacock Publishers, Itasca, Ill.
- Piven, Frances Fox – Cloward, Richard A. (1971): *Regulating the Poor*. Vintage Books, New York.
- Popple, Philip R. (1996): *Social Work Profession: History*. In: Edwards és mts. [szerk.]: *Encyclopedia of Social Work*. NASW, Maryland, 2282–2292. o.
- Pritchard, Colin – Taylor, Richard (1994): *Politikai irányvonalak a szociális munkában*. In: Hegyesi Gábor – Talyigás Katalin [szerk.]: *Általános szociális munka. A szociális munka elmélete és gyakorlata*, 1. kötet, Semmelweis Kiadó, Budapest, 163–180. o.
- Reisch, Michael (1996): *Public Social Services*. In: Edwards és mts. [szerk.]: *Encyclopedia of Social Work*. NASW, Maryland, 1982–1992. o.
- Reid, Nelson P. (1996): *Social Welfare History*. In: Edwards és mts. [szerk.]: *Encyclopedia of Social Work*. NASW, Maryland, 1996, 2206–2225. o.
- Singh, Gurnam (1994): *Anti-racist Social Work: Political Correctness or Political Action?* *Social Work Education*, Vol. 13, No. 1., 26–31. o.
- Specht, Harry – Courtney, Mark E. (1994): *Unfaithful Angels: How Social Work Abandoned Its Mission*. The Free Press, New York.
- Szabó Lajos (1999): *A szociális esetmunka kialakulása és elméleti hátterei*. Szociális Munka Alapítvány Kiadványai, Budapest.
- Tittmus, R. M. (1991): *A jólét társadalmi elosztása: reflexiók a méltányosság kereséséről*. In: Ferge Zsuzsa - Lévai Katalin [szerk.]: *A jóléti állam*. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 86–97. o.
- Treger, Harvey (1996): *Police Social Work*. In: Edwards és mts. [szerk.]: *Encyclopedia of Social Work*. NASW, Maryland, 1843–1849. o.

Weber, Max (1987): Gazdaság és társadalom. A megértő szociológia alapvonalai. 1. kötet. KJK. Budapest.

Weil, Marie Overby – Gamble, Dorothy N.(1996): Community Practice Models. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1996, 577–587. o.

Weismiller, Toby – Rome, Sunny Harris (1996): Social Workers in Politics. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1996, 2307–2313. o.

Zastrow, Charles (1992): The Practice of Social Work. Wadsworth Publ. Comp., Belmont, California.

Zastrow, Charles (1994): A szociális munka közösségi gyakorlata. In: Gosztonyi Géza [szerk.]: A szociális munka közösségi megközelítése. A szociális munka elmélete és gyakorlata, 3. kötet, Semmelweis Kiadó, Budapest, 1994, 219–257. o.

Lovász László

**A fogyatékos emberek jogi helyzete az USA-ban és a megerősítő
intézkedések mint jogintézmény fejlődése**

Elöljáróban leszögezném, hogy az Amerikai Egyesült Államokban törvényi szinten a fogyatékos személyek – mint kisebbség – (polgári) jogait először 1990-ben szabályozták az Americans with Disabilities Act-ben (a továbbiakban: *ADA*), ami történelmi jelentőségűnek bizonyult. Korábban egy olyan társadalmi csoport, amelynek tagjai etnikailag nem homogének, még sosem vívott ki jogilag kisebbségi státuszt. *Sen* (2003, 350) szerint azonban a jogok pusztá deklarációja önmagában semmit sem ér, kivéve, ha ezek egyben az egyes végrehajtókra (államhatalmi ágensekre) lebontott köteleességeket is meghatározzák. A szabadság (a választás sokszínűségének fogalmaként) mint lehetőség kapcsán *Sen* kijelenti, hogy „az egyén valamihez való jogát tehát párosítani kell valamilyen végrehajtó köteletségével, hogy az illető egyénnek biztosítsa azt a valamit” (*Sen* 2003, 353). Így a jog alapja megítélésem szerint a felelősség pontos meghatározása, illetve a felelősség pontos súlyozása mind az egyén, mind a társadalom szempontjából.

Jelen tanulmány terjedelme ugyanakkor nem teszi lehetővé, hogy az Egyesült Államok jogfejlődését a hátrányos megkülönböztetés elméleti és jogalkalmazási problematikáján keresztül teljes mélységében vizsgáljam meg, de alapvetően a faji és a nemek közötti megkülönböztetés tilalmáról kell értekezni akkor, ha az USA anti-diszkriminációs politikájáról akarunk beszélni, annak nagyon gazdag gyakorlatával.

Talán ebben a témában a legelső, fontosabb jogi dokumentum a 13. számú alkotmánykiegészítés (1865) volt, amelyben a rabszolgaság intézményét – abszolút jelleggel – tiltották meg a törvényhozók. A következő lépcső a 14. számú alkotmánykiegészítés, amikor a jogok egyenlő élvezetét (egyenlő jogvédelem) rögzítették 1868-ban. Az egyesült államokbeli bírói gyakorlat 1896 és 1954 között lényegében a „*separate but equal*”, azaz „*elkülönítve, de egyenlően*” elv alapján alakult, ami azt jelentette, hogy mindenki azonos jogokat élvezett, de külön. Ennek példája volt a *Plessy vs. Ferguson*-ügy, ahol alkotmányosnak ítélték azt a helyzetet, hogy a feketék ugyan utazhattak a vonatokon, de csak a nekik külön kijelölt („*colored*”) kocsikban. *Dworkin* (1997, 11) szerint ez nem a faji elkülönülést tiltotta, hanem

épp ellenkezőleg – bár más szempontból. Itt említette *John Marschall Harlan* bíró a „color-blind” jellegét az amerikai Alkotmánynak, kifejezve, hogy nincs bőrszín alapján domináns, uralkodó csoport az USA-ban. *Halmai* (1999) ugyanakkor úgy látja, hogy ez a felfogás egyben a pozitív diszkriminációt is kizárja.

A *Sweatt vs. Painte*-ügyben a Legfelsőbb Bíróság hasonlóképpen járt el 1950-ben: nem azt kifogásolták, hogy a feketék fizikailag el vannak különítve a texasi jogi karon („law school for Negroes”), hanem azt, hogy nem ugyanazt a minőségű, azaz egyenlő hozzáférhetést (szolgáltatást) kapják az oktatáshoz.

A legfontosabb és egyben fordulópontot jelentő ügy a híres *Brown v. Board of Education of Topeka* volt, amelyben a Legfelsőbb Bíróság – a republikánus beállítottságú *Earl Warren*nek köszönhetően – kijelentette, hogy a szegregáció, az elkülönítés (azaz a „separate but equal”-formula) diszkriminatív, azaz az egyenlőséget sérti a közoktatásban, s így alkotmányellenes. *Thurgood Marschall* bíró pedig mindezt így fogalmazta meg „[...] ha elkülönített, szükségképpen egyenlőtlen.”

A döntést követő felfordulás nagyságát jelzi, hogy az ítélet által sugallt kezdeményezéseket a hatóságok és a polgárok lényegében éveken keresztül megakadályozták az amerikai Délen, sőt, *Eisenhower* elnöknek még a katonaságot is be kellett vetnie azért, hogy a Legfelsőbb Bíróság döntése érvényre jusson (lásd az ún. Little Rock-Crisis).

Az USA-ban ettől számítva komoly fejlődésen ment keresztül a megerősítő intézkedések („affirmative actions”) gyakorlata, egészen az utóbbi időkig, amikor is mindez egyre nagyobb viták keresztüzébe került. Az első jelentős lépés a demokrata *Kennedy* elnök 10925-ös számú, az egyenlő foglalkoztatási esélyek biztosítását elősegítő, a szövetség kormánnyal szerződéses viszonyban lévő munkaadók által teendő pozitív lépéseket megkövetelő rendelete volt 1961-ben. (A rendelet a faji, vallási, illetve bőrszín és nemzeti hovatartozás alapján történő hátrányos megkülönböztetést tiltotta.) *Johnson* elnök ezt a politikát vitte tovább a nők esélyegyenlőségének elősegítése érdekében. *Nixon* elnök már a kisebbségekhez tartozók foglalkoztatásának a kötelezettségét írta elő.

A Legfelsőbb Bíróságnál egymás után születtek olyan ítéletek, amelyekben a megerősítő intézkedések alkotmányosságát vizsgálták. A viták komoly elméleti válságot is jeleztek, például híres a *Bakke-ügyben* (1978-ban) a kilenc bírónak lényegében hat különböző álláspontja volt az egyetemi felvételnél alkalmazott kvótákkal kapcsolatosan. A Legfelsőbb Bíróság végül azt állapította meg, hogy egy egyetem által alkalmazott megerősítő intézkedés – faji alapon történő „pozitív” elkülönítés – önmagában nem alkotmányesítő, amennyiben a faji tulajdonság csupán egy, de csakis egy szempont a sok közül a felvételnél, vagyis a „kemény” kvóta az, amely önmagában alkotmányellenes. *Marschall* bíró ehhez még azt is hozzátette: „Az egyenlőtlen kezelés öröksége miatt meg kell engednünk a társadalom intézményeinek, hogy tekintetbe vegyék a fajt, amikor arról döntenek, ki legyen befolyásos, jómódú és tekintélyes Amerikában” (Halmai, 1999).

Ez az álláspont győzött 2003-ban a *Gratz vs. Bollinger* és a *Grutter vs. Bollinger-ügyekben*: nem volt összhangban az Alkotmánnyal az „automatikus” kvóta a michigeni egyetemi felvételnél sem, még a társadalmi sokszínűség, diverzitás elérése, biztosítása érdekében sem. (A hangsúlyeltolódást egyébként már az 1996-os *Hopwood-ügy is* mutatja, ahol a Bíróság nem méltányolta érvként a faji sokszínűség biztosítását az affirmative action folytatásakor.) *Dworkin* (2003) úgy látja, hogy ez az ügy az egyik legjelentősebb az affirmative action témakörében, és jelentőségét mutatja az is, hogy soha nem látott társadalmi és szakmai vitát indukált. Meglepőnek találta ugyanakkor, hogy a legnagyobb cégek és állami szervek, mint például a Coca-Cola, a Microsoft vagy a hadsereg egyenesen kiállt a megerősítő intézkedések mellett. A Legfelsőbb Bíróságon egyébként az affirmative action jogintézményének a legádázabb ellenfele éppenséggel az egyetlen afrikai-amerikai bíró, *Clarence Thomas*. Thomas bíró személyes véleménye az, hogy minden, ami akceptálja az affirmative action elméletét, azt sugallja, hogy a feketék (*blacks*) alacsonyabb rendűek.

1980-ban, a *Fullilove vs. Klutznik-ügyben* a Legfelsőbb Bíróság ugyanakkor az Alkotmánnyal összhangban lévőknek találta azt, hogy a szövetségi pénzalapok 10%-át kitevő keret erejéig az USA kormányzata csak feketék (afrikai-amerikaiak) tulajdonában álló cégektől vásároljon árut, szolgáltatást. 1989-ben a *Croson-ügyben* a Bíróság lényegében ugyanezt már alkotmányellenesnek találta.

A fogyatékos emberek érdekvédelmi, jogvédelmi tevékenysége tehát mindezen előzményeket követően talán túl későn, túl gyengén indult az ADA-ig tartó úton – ami egyébként nem is csoda az érintettek társadalmi helyzetét, érdekérvényesítő képességét és lehetőségeit tekintve.

Lássuk, mi vezetett idáig.

A Cowell Residence Program és a Rehabilitációs Törvény

Middleton, Rollins és Harley (1999) közös tanulmányukban kifejtik, hogy a fogyatékos emberek érdekében elindult mozgalom valóban a súlyosan fogyatékos polgárok hatékony önszerveződésének, fellépésének és összefogásának köszönhető. A hatvanas évek elején – mint köztudott – az afrikai-amerikaiak úgy vélték, hogy bőrszínük alapján a negatív társadalmi sztereotípiák miatt képtelenek élni jogaikkal, és úgy érezték, hogy hátrányos megkülönböztetésben részesülnek az élet valamennyi területén. Hasonló problémával küzdöttek a fogyatékos emberek is, akik a fogyatékoságuk – illetve „rokkantságuk”, „munkaképtelenségük” – miatt váltották ki a társadalom ellenérzését.

Az önálló életvitel mozgalma az ezerkilencszázhatvanas években indult el az amerikai Berkeley-ből, Kalifornia államban. A mozgalom megalapítása *Ed Roberts* nevéhez fűződik, aki 1962-ben kétévi küzdelem után végül beiratkozhatott a helyi egyetemre (előzőleg a Kalifornia Rehabilitációs Hivatala elutasította kérelmét, súlyos mozgássérülése miatt). Roberts nemcsak mozgássérült volt, hanem még vastüdőre is szorult súlyos betegsége (gyermekbénulás) miatt. Eleinte a Cowell Kórházban volt a „diákszállása” a campus területén. Energiát nem kímélve, fáradtságos munkával, az ellenséges hangokkal nem törődve elérte közvetlen környezetének akadálymentesítését. Harcias és a széles nyilvánosságban is teret kapó fellépésének köszönhetően néhány éven belül már tucatnyi súlyos fogyatékossgal élő diákja lett az egyetemnek.

A helyzet azonban lassan változott, amit jól mutat az, hogy a mozgalom megszületését követő négy, és két évvel az 1964-es Civil Rights Act (a továbbiakban: *Antidiszkriminációs Törvény*) elfogadása után *Jacobus tenBroek*, a Berkeley Egyetem politológus professzora – aki egyben a

Vakok Nemzeti Szövetségének alapító elnöke volt – kifejtette, hogy a legfontosabb a közösség általi elfogadottság és a jog: hogy léteznek. Mindez akkor történt, amikor még magától a professzortól is tetszőlegesen megtagadhatták, hogy repülőre vagy vonatra szálljon, annak ellenére, hogy érvényes jegyet váltott. Nem volt jogi védelme akkor sem, amikor személyes ügyeit intézendő egy bankba vagy akár étterembe ment (Francis, 2000).

Ed Roberts tevékenységének és további polgárjogi akcióknak köszönhetően 1970-ben szövetségi segítség révén elindulhatott a Fizikailag Sérült Diákok Programja, amelynek a célja az volt, hogy a kilenc „alapító atya” akadályok nélkül, úgy közlekedhessen a Berkeley campuson, mint bármely más diák (Kálmán – Könczei, 2002, 113). Más megfontolása is volt az összefogásnak: a szállásokért fizetendő díjak nagyon magasak voltak, illetve nem történtek átalakítások a hozzáférhetőség szempontjából.

A mozgalom következő állomását az jelentette, amikor *Nixon* elnök megvétózta a rehabilitációról szóló törvényjavaslatot, ám a harcos fellépésnek köszönhetően Washnigton a tiltakozók városa lett, és a tüntetők még a forgalmat is leállították. Nixon 1973 szeptemberében végül aláírta a törvényt (Rehabilitation Act, a továbbiakban: *Rehabilitációs Törvény*), amely így kihirdetésre került.

A Rehabilitációs Törvényben megfogalmazták mindazon rendelkezéseket, amelyek az ADA előtt a fogyatékos személyek integrációját elősegítették, különösen a foglalkoztatás terén. A törvény alapján indult meg számos program (önálló életvitel programok, képzési, kutatási kezdeményezések, állami rehabilitációs program) és a National Council on Disability munkája szövetségi forrásból, valamint megtiltották a szövetségi, állami szolgáltatók és szövetségi forrással működő szervezetek számára a diszkriminációt.

Fontos látni azt – amire *Hull* (1979) is felhívja a figyelmet –, hogy a Rehabilitációs Törvény 504-es szakasza lényegében megegyezett az 1964-es Antidiszkriminációs Törvény 601-es anti-diszkriminációs rendelkezésével. Itt tehát a kifejezett jogi deklaráció mellett egyes elemek is konkrétan utalnak az afrikai-amerikaiak jogai hasonlóságára.

Middleton, Rollins és Harley (1999) munkájukban arra mutattak rá, hogy az ADA jogelméleti alapját minden bizonnyal egyrészt az 1964-ben elfogadott ún. Antidiszkriminációs Törvény adta a később elfogadott Rehabilitációs Törvényen keresztül. A képet tovább árnyalja, hogy a múlt század hetvenes és nyolcvanas éveiben más, számos előremutató jogszabály is született az USA-ban (Például: Architectural Barriers Act [1968], Education for All Handicapped Children Act [1975], Voting Accessibility for the Elderly and handicapped Act [1984], Air Carrier Access Act [1986]). Másrészt a súlyosan fogyatékos emberek öntevékeny mozgalma nagymértékben támaszkodott az amerikai feminista mozgalmak és a vietnami háborúból hazatérő, fogyatékosná vált veteránok mozgalmak sikerére (Bagenstos, 2004, 51). Céljuk az önálló életvitel megalapozása és kialakítása volt, amelynek lényege, hogy – hasonlóan *Sen* korábban hivatkozott érveléséhez – a fogyatékos embernek legyen lehetősége választani. A mozgalom esszenciája tehát a választás lehetőségét biztosítani, mert ez teszi képessé a fogyatékos embert, hogy saját életét irányíthassa, csökkentve a mindennapi kiszolgáltatottságát, társadalmi alávétettségét.

1977-re azonban kiderült, hogy a Rehabilitációs Törvény végrehajtásához szükséges szabályok hiányoznak. 1977. április 5-étől újabb tiltakozások indultak, és 10 amerikai nagyvárosban a demonstrálók „elfoglalták” a szövetségi épületeket: egyszerűen beültek a kormányzati épületek helyiségeibe, és nem mozdultak onnan. Csak San Franciscóban 150-en tettek így. Április 30-ára a *Carter*-adminisztráció rendeletekkel erősítette meg a Rehabilitációs Törvény 504-es szakaszának végrehajtását az akadálymentesítés terén (Roberts, 1977). A fogyatékosággal élő amerikai polgárok érdekérvényesítő-képességét jól jelzi az a tény, hogy az USA elnöke mellett két olyan testület is működik, amely a fogyatékos emberek helyzetével külön is foglalkozik (President’s Committee on Employment of People with Disabilities, President’s Committee on Mental Retardation).

A Fogyatékosággal Élő Amerikaiak Törvényéről

Mindezen előzmények alapján és a politikai érdekérvényesítés további sikereinek köszönhetően 1990-ben a Kongresszus új törvényt fogadott el. Az ADA megalkotásakor a jogalkotó célként három területet jelölt meg: meghatározott akadályok lebontása,

esélyegyenlőtlenségek megszüntetése és a szükségtelen függőség valamint a teljesíthetetlen aktivitás csökkentése (Francis, 2000).

Az ADA tiltja a diszkriminációt a foglalkoztatásban, a közszolgáltatások és a szövetségi programok tekintetében, a tömegkommunikációban és a középületek használatánál.

Diller (2000, 31–32) úgy látja, hogy az ADA az ún. civil rights modellt veszi alapul, mert diszkriminációnak tekinti a fogyatékoság miatti visszas munkáltatói döntéseket és a „*reasonable accommodation*”, azaz az ésszerű körülmények biztosításának megtagadását. A törvény bevezetőjében kisebbségként definiálja a fogyatékos embereket, és *Diller* értelmezése szerint a törvény retorikája, megközelítése (hátrányos sztereotípiák elleni küzdelem) és felépítése a faji és a nők kisebbségvédelmével foglalkozó jogszabályokkal analóg. Ennek némileg ellentmond az, hogy a *Cleburne, TX vs. Cleburne Living Center*-ügyben a Legfelsőbb Bíróság 1985-ben elutasította azt, hogy a fogyatékos emberek alkotmányos jogvédelem tekintetében ún. „*suspect class*”, azaz különlegesen védett csoporttá váljanak a bíróságok gyakorlatában, s így az afrikai-amerikaiakhoz hasonló jogi védelemben nem részesülhetnek.

Az ADA megerősítésére 1998-ban a humánerőforrás-fejlesztésről, illetve az ADA 508-as szakaszának a kiegészítésére újabb törvényt (Workforce Investment Act of 1998) hoztak. Ennek a törvénynek az a célja, hogy az elektronikus és információs technológiák akadálymentesítését a fogyatékosággal rendelkező alkalmazottak és ügyfelek érdekében előírja a szövetségi és állami szervezeteknél, beleértve a postai szolgáltatást is, feltéve, ha ez nem okoz „rendkívüli terheket”. Ezen túlmenően megreformálták a rehabilitációs rendszert is, létrehozva egy egyablakos és integrált szolgáltatást, az ún. One-Step Career Centerek hálózatát. Ennek lényege az volt, hogy egy rendszerbe integrálták a foglalkozási rehabilitációt, a felnőttoktatást és egyéb szociálisan rászorulóknak képzési-oktatási programjait.

A fogyatékoság definíciója az ADA-ban azért érdekes, mert az itt használt fogalom szűkebb körű védelmet nyújt, mint a 2000/78/EK Keretirányelvben alkalmazott fogalom. Megítélésem szerint az amerikai definíció csak a konkrét személyt részesíti védelemben, nem pedig magát a fogyatékoságon alapuló megkülönböztető magatartást tiltja.

Az ADA hibájának azt róják fel, hogy „panaszköpontú”, azaz csak kérelemre indul eljárás a törvény megsértése miatt, továbbá jogi visszaélésekre is lehetőséget ad.

A bírói gyakorlat fejlődése az USA-ban, néhány esettel illusztrálva

Pokol (2003, 13) meglátása szerint egy 1925-ös törvénymódosítás révén az Egyesült Államok szövetségi Legfelsőbb Bíróságának befolyása és hatalma oly mértékben megnőtt, hogy a testületet kivették a rendes fellebbezés eljárásból. Ettől fogva a testület önállóan meghatározhatta, hogy milyen ügyekben dönt. Ennek az lett a következménye, hogy – *Pokol* szavaival élve – a szelektálási hatalmuk birtokában erősen redukált számú ügyek esetében immáron „átfogó elveket” és „alkotmányos célokat” fogalmazhattak és fogalmaznak meg a bírák mind a mai napig, eltávolodva az eredeti törvényszövegtől. Végso soron ez oda vezetett, hogy a bírói jog igazi, valós hatalmi alternatívát nyújtott a törvényhozói és az elnöki hatalommal szemben is a főbb társadalmi-jogi kérdések eldöntése tekintetében. Ugyanakkor, mint *Badó* (2000, 244) megjegyzi: „[...] a bíróság csak akkor követi a saját szintjén született ítéletet, ha az meggyőző erejű. Ez a lehetőség óriási hatalmat ad az éppen ítélező bírák kezébe, akik – beállítottságuktól, aktivizmusra való hajlamuktól függően – a jogfejlődés új irányát meghatározó döntéseket hozhatnak. Ez legszembetűnőbben a Legfelsőbb Bíróság esetében érvényesül.” Sőt, mi több, szociológiailag igazolt tény, hogy az amerikai bírák kevésbé tekintik szentírásnak a korábbi bírói döntéseket, illetve, hogy a jogszabályok értelmezésénél is jóval „nagyvonalúbbak” és flexibilisek, mint angol kollégáik (*Badó*, 2003, 94).

Ehhez kapcsolódóan fontos tudni, hogy *Bagenstos* szerint *Ruth Bader Ginsburg* bíró – aki a nők jogainak a védelmezőjeként tevékenykedett az 1970-es években, és jelenleg a Legfelsőbb Bíróságon a fogyatékos embereket érintő ügyekben fogalmaz meg markáns álláspontot – azon a véleményen van, hogy a bíróságok komoly szerepet töltenek be a társadalom szemléletének formálásában, és a bírácoknak maguknak is részt kell venniük egy ún. „társadalmi dialógusban” (*Bagenstos*, 2004, 56).

A szakirodalom szerint az egyes bírák több politikai szempont alapján kerülnek megítélésre, de annyi bizonyos, hogy az egyenlőség kérdése – „[...] melynek problematikájára a

liberálisok [...] a konzervatívokkal ellentétben rendkívüli érzékenységet mutatnak” (Badó, 2003, 101) – nagy szerepet kap a kiválasztás során. *Badó* hozzáteszi, hogy már a Legfelsőbb Bíróság bíráinak elnöki jelölése is szabályos politikai viharokat okozhat, mint ahogy ez történt *Robert Bork* esetében *Ronald Reagan* elnöksége alatt, vagy éppenséggel 2005 év végén *George W. Bush* és jelöltje, *Harriet Miers* esetében (Badó, 2003, 99).

A szakirodalom szerint kimutatható, hogy a jelenlegi bírói gyakorlat nem egységes, sőt ellentmondásos, különösen az utóbbi évek döntéseit alapul véve. Ez *Badó* szerint több okra vezethető vissza. Egyrészt a törvényjavaslatok szóhasználatának precizítására és dogmatikai egyeztetésére az USA-ban nem fordítanak akkora figyelmet, mint Angliában, hiszen a törvény megszavazásáig a számos módosító javaslattal úgymint megváltozik annak szerkezete, eredeti egységessége. Ennek az a következménye, hogy a törvények precizitásának hiánya a jogalkalmazásra bízva az új törvények jogrendszerbe való illesztésének kötelezettségét, így a bírák ennek megfelelően a büntetőjog területét kivéve nem ragaszkodnak a szó szerinti értelmezéshez, hanem elismerik, hogy egy adott esetben akár más megoldás is születhet (Badó, 2000, 246). Másrészt nem alakult ki egységes szakmai színvonal, jogi kultúra az Egyesült Államokon belül, illetve csekély ennek a hagyománya, legalábbis az angol jogászokéhoz képest. Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint hogy Massachusetts államban 1935-ig minden előképzetség nélkül bárki ügyvédi tevékenységbe kezdhett, feltéve, hogy büntetlen előéletét igazolta (Badó, 2003, 79), sőt az egységes jogértelmezés hiányát mutatja az is, hogy az Angliában tapasztalható közegyezség sem alakult ki, többek közt a jogásztársadalom sokszínűsége miatt, szemben az angol Bar („ügyvédi kar”) homogenitásával (Badó, 2000, 244).

A következőkben néhány olyan vitatott ítéletre térek ki, amelyek az amerikai Legfelsőbb Bíróság aktivista szemléletét és széles körű döntési szabadságát mutatják. Ahogy *Badó* megjegyzi az amerikai alkotmánnyal kapcsolatban: *“[...] a szöveg értelmezésének a lehetősége a Kongresszustól szép lassan a Legfelsőbb Bíróság kezébe került, mely Woodrow Wilson szavaival, mint egy folyamatos alkotmányozó konvent, máig is őrzi dominanciáját e tekintetben. Ezért nincs szükség az alapszöveg módosítására, hiszen a Legfelsőbb Bíróság értelmező, újraértelmező tevékenységével képes az eredeti szöveg életben tartására*” (Badó, 2003, 82).

A fogyatékoság kérdéskörét érintő fontosabb bírói ítéletek

1998-ban az ADA kapcsán a Legfelsőbb Bíróság által hozott első jelentősebb ítéletben (*Bragdon vs. Abbot*-ügy) egy tünetmentes HIV-fertőzött ügyében született döntés vált (nem túlságosan hosszú életű) precedens értékűvé. A bíróság úgy értelmezte akkor a törvényt, hogy – tekintettel arra, hogy a HIV-fertőzés az illető szaporodási tevékenységének teljességét súlyosan befolyásolja – fogyatékosnak tekintendő a tünetmentes, ám beteg ember. Ezzel szemben egy évvel később a Legfelsőbb Bíróság napirendre tűzte magának a fogyatékoság definíciójának kérdését. Ennek lényege annak feltárása volt, vajon szükséges-e vizsgálni azt, hogy rendelkezésre állnak-e megfelelő módszerek annak meghatározására, hogy egy adott személy fizikai vagy értelmi sérülése korlátozza, vagy sem a teljes értékű élet megélését. Információim szerint azóta sem történt előrelépés ebben a kérdésben.

1999-ben a Legfelsőbb Bíróság *Karen Sutton* és *Kimberly Hinton* testvérek ügyében úgy döntött, hogy az ikerpár nem áll az ADA hatálya alatt, mert látásproblémájuk megfelelő lencsékkel korrigálható, ugyanakkor pilótának már nem feleltek meg az United Airlines-nál.

A két eset közötti különbség értelmezését követően levonható az a következtetés, hogy a fogyatékoság lényege annak korrigálhatatlanságban áll. Végeredményben a Legfelsőbb Bíróság – még ha ellentmondásosan is – a súlyosan fogyatékos emberekre fókuszált. A szakirodalom szerint az ítéletek az orvosi szempontok (pl. HIV-fertőzöttség) erősödését is jelezték, hiszen személyben rejlő tulajdonságra utaltak, s nem az igazságtalan és ésszerűtlen társadalmi környezetre helyezték a hangsúlyt. Ez egyben azt is jelentette, hogy a Legfelsőbb Bíróság gyengítette az ADA és a többi jogszabály – így az 1964-es Anti-diszkriminációs Törvény – közötti mellérendelt viszonyt, legalábbis a koncepcióját tekintve. Másképpen fogalmazva: gyengült a társadalmi igazságtalanság tényezőjének fontossága. Az alacsonyabb fokú bíróság gyakorlata is azt mutatja, hogy csak az minősül fogyatékosnak a fizikai és értelmi sérültek közül, aki a mindennapi – azaz tulajdonképpen az önálló – életvitelében, lényegesen akadályozva van. Egy másik ügyben már megjelent a „ténylegesen fogyatékos” személy fogalmának használata. *Degener* szerint a fogyatékoság fogalmának a súlyosan fogyatékos emberekre való korlátozása lényegében éppen a törvény céljának mond ellent, mert azt feltételezi, hogy antidiszkriminációs védelemre csupán a súlyos(abb)

fogyatékosággal élők szorúlnak (Degener, 2004, 6). Pedig pont az ellenkezőjéről lenne szó, amennyiben valóban a mindennapok világában szeretnénk érvényesíteni ezeket a polgári jogokat, ugyanis az „extrémebb” és a kevésbé „integrálható” személyek esetében inkább közösségi alapú, szociális(abb) megközelítést kell érvényesíteni, azok esetében pedig, akik képesek önálló életvitelt folytatni, és „csak” (viszonylag kisebb) össztársadalmi költségekkel és mainstreaming politikával korrigálható fizikai és kommunikációs akadályokkal szembesülnek, a társadalmi akadályokat kell lebontani.

2000-ben újabb, és különös ügy került az érdeklődés középpontjába. 1999-ben a legfelsőbb bírói testület úgy ítélte meg, hogy a munkaadónak nagy szabadsága van az ADA hatályának értelmezése tekintetében. A *Kirkinburg kontra Albertson* ügyben a munkáltató azért bocsátotta el sofőrjét, mert kiderült, hogy a munkavállaló csak az egyik szemére lát. Ez azonban kizáró ok volt a teherautó-vezetőkre vonatkozó szövetségi szakmai biztonsági szabályok szerint. A Legfelsőbb Bíróság azonban úgy ítélte meg, hogy – jóllehet a munkáltató nem vizsgálta a munkavállaló alkalmasságát – helyesen járt el a vállalat, amikor csupán a szövetségi szinten hozott szabályt vette figyelembe, bármennyire ésszerű(tlen) volt is a megtámadott a szabály.

A (fogyatékosügy mellett lándzsát törő) szakirodalom az 1999-es ún. *Olmstead-ügyet* tekinti a legjelentősebb esetnek az ADA kapcsán a *Cleveland v. Policy Management*-ügy mellett, és pozitív bázisként használva minden további ítéletet ennek függvényében szeretne vizsgálni. A határozat szerint ugyanis az államok megfelelő feltételek esetén kötelesek biztosítani az értelmi sérült személyeknek nyújtandó szolgáltatásokat. Ez a megközelítés természetesen éles ellentétben áll a roosevelti New Deal-korszakot megelőző időszak gyakorlatával, ahol az állam beavatkozási hajlandóságát erőteljesen tagadták, mint ahogy *Badó* megjegyzi: „[...] a húszas években a bíróság több mint 130 olyan törvényt nyilvánított alkotmányellenesnek, amely az állami beavatkozás fokozásával kísérletezett” (Badó, 2003, 101). A határozat arra is kitért, hogy a fogyatékos embereknek indokolatlan intézetben tartása szintén diszkriminációt jelent, és megsérti az ADA II. Címében foglaltakat. Az ítélet jelentőségét *Bagenstos* szerint a szakirodalom a *Brown vs. Board of Education* esethez méri (Bagenstos, 2004, 49).

A 2001-es *Garrett vs. University of Alabama*-ügy szintén döntő jelentőségű, de más módon. Ebben az ügyben a Legfelsőbb Bíróság azt mondta ki, hogy a Kongresszus nem követelheti meg a tagállamoktól, hogy azok ésszerű körülményeket (*reasonable accommodation*) biztosítsanak a fogyatékos munkavállalók részére. Ez még akkor is igaz, ha az adott állam a múltban „megkülönböztette” őket a foglalkoztatás terén. Ez értelmezésem szerint szöges ellentétben áll az Olmstead-ügyben kialakított állásponttal, illetve az ADA bizonyos, az egyes tagállamokra is vonatkozó rendelkezéseivel. A Legfelsőbb Bíróság – többek között – azt a vitatható érvet hozta fel, mely szerint egyáltalán nem bizonyított, hogy a múltban „alkotmányellenes diszkrimináció” történt volna a fogyatékos személyekkel szemben.

Pevsner (2003, 339) megítélése szerint úgy tűnik, hogy a Legfelsőbb Bíróság elveszette korábbi dinamikáját, már ami a fogyatékos emberek jogi védelmet illeti. Ez azért sajnálatos, mert az 1960-as évektől éppen maga a Legfelsőbb Bíróság játszott aktív szerepet a társadalom „alakításában”, például kisebbségi csoportok – az afrikai-amerikaiak – jogi védelmének megerősítése terén.

Diller (2000) kutatásai alapján részletesen elemezte a bírói gyakorlatot, és több érdekes megállapítást tett. Megítélése szerint a bírói gyakorlat az ADA elfogadását követő 10 évben sem tisztult le, s a bírák helytelenül – túlságosan szűken – értelmezik a törvényt. Ennek egyik legjobb mutatója az, hogy a munkáltatók 90% felett nyerik meg a pereket a fogyatékosokra hivatkozó munkavállalókkal szemben. Diller másik következtetése az, hogy az ADA szövege nem tudja betölteni a célját, felmerülhet továbbá az is, hogy maguk a bírák ellenségesek az ADA fogalmaival („*undue burden*”, „*reasonable accommodation*”, „*disability*”) szemben, ezért a törvény nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket (Diller, 2000, 20-21).

A munkáltatók alapvetően két okra hivatkoznak a fogyatékos emberekkel szembeni perekben. Az egyik ok az, hogy az illető nem fogyatékos, mert nincs akadályozva a mindennapi életvitelében („*substantially limits one or more of the major life activities*”), ugyanakkor tud dolgozni – csak éppen ott és akkor nem; vagyis más munkát el tudna látni, és így nem kell a *reasonable accommodation*-t se biztosítani számára. Még kellemetlenebbé teszi a fogyatékos munkavállalók helyzetét az, hogy tulajdonképpen a dolgozónak kell bizonyítania, hogy más munkák elvégzésére sem képes. Azaz a munkáltató csak akkor köteles az ésszerű

körülményeket biztosítani, ha a munkavállaló az intézkedés hiányában teljesen kiesne a munkaerőpiacról. Ez pedig lényegében védett munkahelyet jelent, és nincs sok köze az esélyegyenlőséghez (Diller, 2000, 28).

Ezzel kapcsolatban meg kell említeni még néhány, igen kirívó esetet. Az *Ellison vs. Software Spectrum-ügy* 1996-ból egészen elképesztőnek tűnik, mert egy rákbeteg, kemoterápiás kezelésben részesülő dolgozónak mondtak fel arra hivatkozva, hogy bár eredeti munkakörét nem tudja a korábbi színvonalon ellátni, mégis képes dolgozni általában véve, vagyis az ADA értelmezésében „nem fogyatékos”, és ezért a munkáltatónak nem kell a reasonable accommodationt biztosítani számára. Ehhez hasonlóan a *Redlich vs. Albany Law School-ügyben* a bíróság 1995-ben arra az álláspontra helyezkedett, hogy egy professzor, akinek agyvérzése következtében a bal keze használhatatlanná vált, nem tartozik az ADA hatálya alá, mert nem vált mindenféle munkavégzésre alkalmatlanná, így a számára a munkáltató nem köteles biztosítani a reasonable accommodation-t. Ugyanígy két évvel később a *Hileman v. City of Dallas-ügyben* a szklerózis multiplexben szenvedő munkavállaló számára sem kellett a reasonable accommodationt biztosítani, mert az ADA értelmezése szerint nem volt fogyatékos.

A munkáltatók másik védekezési formája azon alapul, hogy az érintett fogyatékosági támogatásban részesül, azaz „munkaképtelen”, ezért a munkáltató nem is köteles őt megtartani a munkahelyen. A *McNemar vs. Disney Store Inc.-ügyben* (1996) ennek nyomán egy AIDS-es betegről mondta ki a bíróság, hogy nem tartozik az ADA hatálya alá, mivel fogyatékosági támogatásban részesül, vagyis hivatalosan elismert fogyatékosága miatt alkalmatlan a munkavégzésre. (Ennek oka az volt, hogy a fogyatékosági támogatást szabályozó Social Security Administration a fogyatékoság megállapításakor nem vizsgálja a munkaképességet, míg az ADA-nak pont ez lenne a lényege.) Ehhez képest a *Cleveland vs. Policy Amangement System Corp.-ügy* (1999) jelentőségét már az adja, hogy a bíróság realizálta, hogy a fogyatékosági támogatásban egyébként részesülő személy még nem automatikusan munkaképtelen.

Diller szerint az alábbi problémák járulhattak hozzá ahhoz, hogy a civil rights modell nem eléggé hatékony a fogyatékos emberek védelmében:

- egyre kevésbé volt szimpatikus a kisebbségi (egyenlő elbánás) megközelítés a lakosság számára, és egyre inkább elterjedt az azonos bánásmód népszerűsége (lásd később, 1996: Kalifornia);
- a modell alapvetően könnyen megítélhető esetekre alkalmas – a fogyatékoság relatív, ám a (bírói) gyakorlat sztereotípiára alapozott: aki fogyatékos, az nem tud dolgozni;
- a preambulum szövege létszámban kis csoportot sugall („*discrete and insular minority*”);
- a törvény szövegezése túlságosan individualizált mérlegelést követelt meg a bíróktól – nemcsak kisebbségi csoportként, hanem minden fogyatékos embert külön-külön kellett értékelni;
- nem volt tisztázott, hogy a reasonable accommodation megerősítő intézkedés-e (affirmative action);
- a bírák szerint nem szükségszerű, hogy az esélyegyenlőség csak egy kisebbségi csoport eltérő kezelése révén érhető el;
- a bírák szerint amennyiben egy munkavállaló képes több más munkát ellátni, akkor a reasonable accommodation társadalmi haszna csekély ahhoz képest, hogy a munkavállaló egyszerűen dolgozhat máshol (Diller, 2000, 44–47).

Külön esszé témája lehetne az ADA-ban megjelenített „*reasonable accommodation*” taglalása, különös tekintettel az Európai Unió Tanácsának a foglalkoztatás és a munkavégzés során alkalmazott egyenlő bánásmód általános kereteinek létrehozásáról szóló 2000/78/EK irányelvben található rendelkezésekre.

A jelenlegi helyzet Amerikában

Az ADA elfogadását követő hat év elteltével meglepő dolog történt Kaliforniában: az 1996 novemberi választásokon úgy döntöttek a szavazók, hogy nem támogatják a hátrányos helyzetűek negatív megkülönböztetése elleni politikai irányelvek alkalmazását. A szavazás eredményeként a kaliforniai alkotmányt úgy módosították, hogy immáron nem működhet az előnyben részesítés elve. *Chermerinsky* (2003) szerint a statisztikák viszont azt mutatják, hogy a tendencia kedvezőtlen az afrikai-amerikaiakra nézve, ugyanis jelenleg kevesebb

afrikai-amerikai diákja van az állami felsőoktatási intézményeknek, mint a privát finanszírozásúaknak. A probléma érzékenységet jelzi, hogy ugyanakkor más kisebbség, például az ázsiai-amerikaiak aránya növekedett. Megítélésem szerint konfliktus várható az elnöki rendeletek és a jogi folyamatok között is.

A konzervatívoktól kezdődően a libertáriánus politikusokon át egészen a kis cégek vezetőiig egyre többen és egyre nagyobb mértékben ellenzik az ADA-t. A konzervatívok szerint szükségtelen módon nő az állami kötelezettségvállalás, és mindez az egyes államok rovására történik, a libertáriánusok szerint túl sok teher rakódik a szabad versenyes kapitalizmusra (vagyis a cégekre), a cég- és ingatlanulajdonosok szerint elégtelen a rendelkezésre álló állami segítség. A médiában is erősödik a gúnyos hangvétel, példa erre a *Hagyma* című, népszerű satirikus sajtókiadvány.

Mára gyakorlatilag nagy kérdés lett, hogy merre lép tovább a fogyatékos személyek jogainak alakulása, tekintettel arra, hogy az aktivista bíraskodás kora már az USA-ban is leáldozóban van (Lovászy, 2005, 151). Erre a legjobb példa a *Toyota Motor Mfg. versus Williams-ügy*, amelyben – a kritikusok szerint – az amerikai Legfelsőbb Bíróság egy újabb és különösen ellentmondásos ítéletet hozott 2002 januárjában. Az ítéletet megelőző perben a vita tárgya az volt, hogy a felperes valóban fogyatékos-e, és a munkáltató valóban megtett-e mindent a felperes javára. A felperes ínsorvadásban (carpal tunnel syndrome) szenvedett, amikor a Toyota gyárban futószalag mellett dolgozott. A cég a felperest kérésére áthelyezte a festőrészlegbe ellenőrnek, ahol három éven keresztül kitűnően megfelelt. Azonban a cég újabb, más jellegű munkával bízta meg őt, amikor is fájdalmai kiújultak, s ekkor Williams követelte az ésszerű körülmények (*reasonable accommodation*) biztosítását. A Toyota nem értett egyet a munkavállalója által követelt eljárással. Végül a felperes egy idő után nem járt be dolgozni, amiért a cég felmondta a munkaszerződést.

A Legfelsőbb Bíróság egyhangúlag úgy ítélte meg, hogy amennyiben a felperes *Ms. Williams* képes például fogat mosni, fürdeni és egyes házimunkákat elvégezni, akkor nincs lényegesen korlátozva (bár a Legfelsőbb Bíróság nem használta ezt a kifejezést) az önálló életvitelében az ADA § 12102(2) alapján. A Legfelsőbb Bíróság hozzátette, hogy a fogyatékoságnak nagyon súlyosnak kell lennie, amely központi és negatív módon befolyásolja az adott személy

mindennapi életét, hozzáfűzve, hogy mindennek hosszú távon, illetve állandó jelleggel kell fennállnia. Ez tulajdonképpen a 22-es csapdája, mert ha valaki bebizonyítja, hogy van annyira fogyatékos, hogy az ADA hatálya alá kerüljön, akkor a munkáltató joggal hivatkozhat arra, hogy nem tud, illetve a költségek miatt nem várható el tőle, hogy ésszerű intézkedésekkel megfelelő körülményeket biztosítson fogyatékos dolgozója számára (Lovászy, 2005, 152). *Hahn* (2000) szerint szükséges lenne a fogyatékos emberek csoportján belül alárendelt megközelítést alkalmazni a tekintetben, hogy valójában kik is részesüljenek jogi védelemben a hátrányos megkülönböztetés terén.

A TIME újságírója, *Viveca Novak* (2002) a korábban tárgyalt *Toyota vs. Williams-ügy* kapcsán már ilyen címet adott cikkének 2002 elején: „Fogyatékos a fogyatékosügyi törvény?” Elgondolkodtató, hogy az üzleti szféra üdvözölte a Legfelsőbb Bíróság döntését, és az Amerikai Ügyvédi Kamara jelentése szerint 2001-ben az ADA alapján indított pereket a foglalkoztatók közel 97%-ban megnyerték a foglalkoztatottakkal szemben.

Sok minden múlik a szemléleten és a fogyatékoság tipikusan egy ilyen terület. A *Williams-ügynél* a New York Times kutatása és konklúziója szerint a Toyotának sem gyakorlati, sem anyagi nehézségeket nem okozott volna az megfelelő körülmények biztosítása. Ez különösen érdekes akkor, amikor az amerikai kormányzat honlapján szereplő megállapítás szerint a munkahelyi akadálymentesítések kétharmadában a költségek nem érik el az 500 USA-dollárt. *Sen* (2004) szerint az új épületek, nagyobb átalakítások, felújítások esetében az akadálymentesítés költségei szinte elenyészők.

Ez azért érdekes, mert az Európai Bizottság az akadálymentesítési költségek tekintetében egy szakmai munkacsoport következtetései (2010: *A Europe Accessible For All*) alapján arra jutott, hogy Amerikában a megfelelő körülmények (*reasonable accommodation*) biztosítása során fogyatékos személyek esetében a munkaadóknak 1978 és 1992 között az esetek 69%-ában nem kellett pluszkiadást vállalni, és csak az esetek 3%-ában kellett 1000 USA-dollárnál többet költeni. Az Egyesült Királyságban készült hivatalos becslés alapján pedig évi 173 millió fontot igényelt az akadálymentesítés biztosítása új épületek és bővítések esetén, ami a brit GDP-t (1548 milliárd font) alapul véve csupán 0,01%-ot tett ki.

Az akadálymentesítés adókedvezményekkel tovább javítható. Az adókedvezmény mellett beruházási támogatás is létezik, amely jelentős segítség lehet. Az évi egymillió dollár árbevétellel gazdálkodó és a legfeljebb harminc teljes munkaidőben foglalkoztatottat alkalmazó cégek esetében speciális beruházások (átalakítások, Braille-nyomtatók, jelnyelvi tolmácsok stb.) finanszírozására állami segítséget lehet igénybe venni. Az átalakítási támogatás csak a régebbi épületekre vonatkozik. A maximális állami támogatás legfeljebb 5000 USA-dollár lehet, további 15 000 USA-dollárt pedig adókedvezményként lehet igénybe venni.

Kálmán és Könczei is megjegyzi, hogy az ADA legnagyobb kudarcterülete a legfontosabb helyen vált nyilvánvalóvá: a foglalkoztatásban. A munkaadók egész egyszerűen nem a fogyatékos állapot indokolásával bocsátják el az embereket, így nehézzé válik a diszkrimináció bizonyítása (Kálmán – Könczei, 2002, 187). *Parke* (1995) beszámolója szerint a Northwestern Egyetem támogatásával készült kutatás alapján az derült ki, hogy a vizsgált 1500 értelmi fogyatékosnak mindössze 8%-a dolgozott a nyílt munkaerőpiacon, 58%-uk pedig védett munkahelyeken. Meglátása szerint azok a fogyatékos emberek, akik integrált környezetben élhetnek, lényegesen kevesebb egészségi problémával küzdenek, mint azok, akik kevésbé integrált munkahelyeken dolgoznak. Ez világosan rámutat arra, hogy az embereknek szükségük van arra, hogy közösségben legyenek. Ez a boldogságuk (egyik) kulcsa.

Végül érdemes fontolóra venni *Bagenstos* (2004, 57) álláspontját, aki szerint megfelelő érzékkel kell bánni a („megváltó”) jogok alkalmazásával, jogviták esetében is. Szerinte összefüggés látható aközött, hogy a 70-es években megindult a fogyatékos – különösen az értelmi sérült – személyek „kihozatala” az intézetekből (kórházakból) a „szükségtelen intézményesítés” elleni küzdelem jegyében, s hogy mára szignifikáns növekedés következett be a fogyatékos személyek számában a hajléktalanok és bebörtönzöttek között. Ez a folyamat egyébként is jól jellemzi világunk Janus-arcúságát: a kaliforniai Berkeley a világ első ténylegesen akadálymentesített egyeteme, San Francisco utcáin azonban tömegesen tengődnek a bezárt intézményekből elbocsátott értelmi fogyatékosok.

Gyarmati Andrea

A gyermekvédelmi törvény által szabályozott alap- és szakellátások országos nyilvántartása

A szociális és gyermekvédelmi szolgáltatók országos nyilvántartásának létrehozását a Szociális és Munkaügyi Minisztérium jogelődje (ICSSZEM) kezdeményezte 2004-ben. Az országos nyilvántartást több tényező is indokolta: egyrészt az ágazat egyáltalán nem rendelkezett ilyennel, másrészt a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) által gyűjtött intézményi szintű Országos Statisztikai Program (OSAP) keretében gyűjtött adatok a kétéves csúszás miatt nem szolgálták megfelelő módon az ágazati tervezést. A minisztérium célja tehát egy olyan naprakész, országos szintű, szolgáltatási pontonként vezetett, a szolgáltatások működési engedélyére épülő nyilvántartás volt, amely segítséget nyújt az ágazati tervezéshez, költségvetés-tervezéshez, illetve a későbbiekben alapja lehet a jelentési rendszernek. A nyilvántartást 2004 júliusa és 2006 decembere között a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet jogelődje) vezette, alapját a KSH-tól átvett intézményi regiszter képezte. A kezdeti excel alapú nyilvántartásból a szociális minisztérium és intézetünk munkatársai 2006 márciusa és decembere között relációs adatbázist építettek, mely struktúrájában és a benne lévő elemek közötti kapcsolatok minőségében leképezi a szociális és gyermekvédelmi törvény által definiált személyes gondoskodás alá tartozó szolgáltatási rendszert és annak működését. Mivel időközben megszületett a rendelet az elektronikus nyilvántartásra való áttéréstről (226/2006), illetve ezt a rendeletet utóbb módosították is, indokolt a visszatekintés az adatbázis létrejöttének folyamatára, illetve a 2006. december 31-gyel lezárt adatbázis adatainak statisztikai elemzésére.

Az itt közölt elemzés a gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatókról gyűjtött adatokra vonatkozik. Mivel az adatbázisban szereplő adatok nem auditáltak, illetve nem helyettesítik a KSH által gyűjtött adatokat (más a két adatgyűjtés célja és jellege), hivatkozási alapként nem használhatók, pusztán tájékoztató jellegűek.

Az adatbázis jogszabályi keretei

Az NCSSZI (a továbbiakban Intézet) által 2004 júniusa óta vezetett, a személyes gondoskodás alá tartozó szolgáltatások működési engedélye alapján kiállított nyilvántartási lapokat gyűjtő nyilvántartás jogszabályi alapja szociális részről a 188/1999-es, gyermekvédelmi részről a 259/2002-es Kormányrendeletek voltak. Ezen kormányrendeletek tartalmazzák mellékletükben azt a nyilvántartási lapot, melyet a helyi jegyzőknek, illetve a szociális és gyámhivataloknak minden egyes engedélyezéskor, engedély módosításakor, ismétlésekor, visszavonásakor ki kell tölteniük és eljuttatniuk az Intézetnek.

Az itt bemutatandó adatbázisnak azonban ez csak az egyik forrása. A másik forrás a KSH-tól átvett ún. „szoccím”, azaz az a szociális és gyermekvédelmi intézményekről vezetett címlista (regiszter), mely alapján a KSH az OSAP-adatlapokat postázza. A két nyilvántartás több helyen eltér egymástól (hiszen más a céljuk is), de a legfontosabb különbség az, hogy míg a KSH *intézményi szinten* gyűjti az adatokat, addig az Intézet nyilvántartása *engedélyeseket* rögzít (illetve egy engedélyes időben is változó állapotait, ami nem más, mint maga a működési engedély).

A fejlesztés módszertana

A 2006 decemberi kormányrendelet (226/2006) értelmében létre kell jönnie a szociális és gyermekjóléti ill. gyermekvédelmi szolgáltatók egységes elektronikus nyilvántartásának. Ez a nyilvántartás egy rendszerbe foglalja majd az Intézet eddig vezetett nyilvántartását (=országos nyilvántartás) egy újonnan létrejövő, az országos nyilvántartásra ráépülő jelentési rendszerrel. Ennek az elektronikus, on-line alapú adatgyűjtési és adminisztrációs rendszernek több célja is van:

- adatot szolgáltat az ágazati tervezéshez (költségvetés-tervezés, kapacitásszabályozás)
- segíti az engedélyező hatóságok adminisztrációs munkáját,
- adatot szolgáltat további felhasználók számára (szakemberek, kutatók, lakosság).

A kormányrendelet megszületését megelőzően, 2006 márciusától folyó előkészítő munka célja az Intézet és a KSH-s regiszterek egyesítése volt. Az egyesítésre azért volt szükség, mert a két

nyilvántartás eltérő struktúrája, illetve az adatok excel táblában való gyűjtése növeli az adatok megbízhatatlanságát; nem teszi lehetővé a különböző szempontú kereséseket. Az egyesítés szoftveres támogatással történt, melynek eredményeként egy relációs adatbázis jött létre. Az egyesítés kapcsán került sor az ún. ágazati azonosító kiosztására is. Ennek a számnak a megszületése jelentős lépés a szolgáltatási pontok azonosításának, rendszerbe foglalásának irányába, hiszen e nélkül folyton beleütköztünk abba a kérdésbe, hogy „mi egy intézmény”, illetve hogy „meddig intézmény az intézmény”. Azaz gyakorlatiasabban megfogalmazva: nem egyszerű eldönteni azonosító szám nélkül, hogy pl. egy fenntartóváltozás, címváltozás vagy integráció új szolgáltatási pont létrejöttéként értelmezhető-e, és hogy ez a szolgáltatási pont milyen intézményi struktúrába illeszkedik.

A 226/2006-os kormányrendelet fogalmilag is sokkal pontosabb, mint a korábbiak. Nem intézményekről, hanem engedélyesekről beszél; az adatok telephely szerinti szolgáltatását teszi kötelezővé; adatszolgáltatási köröket határoz meg. Mindez annak érdekében történik, hogy növekedjen az adatok megbízhatósága, pontossága és naprakészsége.

Az elemzés indoklása

Az előkészítő munka során létrejött adatbázis elemzése eddig még nem történt meg. Ez azonban több szempontból is különösen idokolttá vált ez év elején. Egyrészt, mert az adatbázisban szereplő adatok nem auditáltak, így nincs semmilyen visszajelzésünk arra vonatkozóan, hogy mennyiben feleltethetők meg a tényleges szolgáltatási működésnek. Másrészt szeretnénk valamilyen visszajelzést adni a jegyzők számára a felgyülemlett problémák visszacsatolásával (a működési engedélyek kb. 5-8%-a esetén található valamilyen jogszabályi félreértelmezésből fakadó kitöltési hiba, erre még visszatérek).

Módszertanilag az itt elemzett adatbázis létrejötté tehát részint az egyesítésnek köszönhető; részint a jogszabályi kategóriákhoz való igazításnak, megfeleltetésnek (azaz a KSH által használt kategóriák, azaz kódok, pl. ellátási kód, fenntartótípus-kód, működési kód stb. – jogszabályi megfeleltetésének); részint pedig az ún. duplumok, triplumok kiszűrésének. Ez utóbbi adattisztítási eljárásra azért volt szükség, mert egy szolgáltatásról több időpontból is

van adat, melyek közül az utolsó hatályosat tartottuk meg az elemzéshez. Az elemzett adatok az adatbázis 2006. december 31-ei állapotát tükrözik.

Statisztikák, elemzések

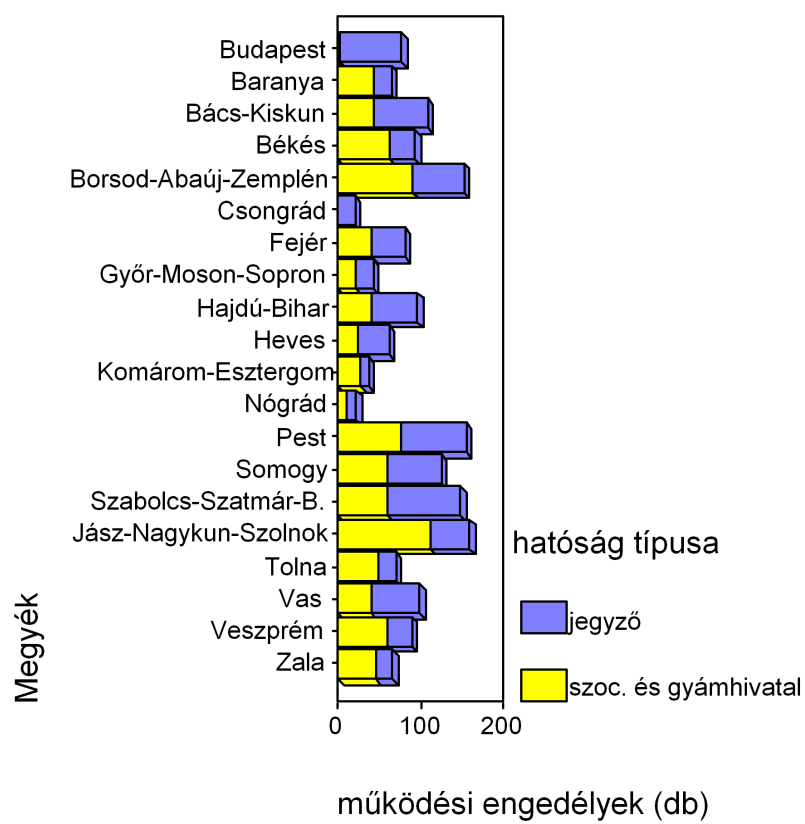
Az adatbázisban 4933 rekord, azaz szolgáltatási pont és ezek adatai találhatóak. Ebből 3160 szolgáltatási pont adatai a KSH „szocím” adatgyűjtéséből származnak, melynek következtében ezen szolgáltatások esetén nem tudható az eljáró hatóság neve, elérhetősége; az ellátásra vonatkozóan nem ismert a működési engedély kiadásának dátuma és hatálya, az ellátás létrejöttének időpontja, férőhelyszámai (ha releváns), ellátási területe; a fenntartó adatai: neve, elérhetősége – bár ezen utóbbi adathiányok a két adatbázis egységesítésekor jelentősen csökkentek (3160-ról 735-re).

Működési engedélyt kiadó hatóságok adatai

A szolgáltatások 64%-a esetén nincs adatunk az engedélyező hatóságról, hiszen ezeket az adatokat a KSH nem gyűjtötte. A fennmaradó 36% esetén megállapítható, hogy a helyi önkormányzatok jegyzői hasonló arányban adnak ki működési engedélyt, mint a szociális és gyámhivatalok (48, ill. 51%). Jegyzők közül a Pest megyeiek (78), illetve a budapesti kerületek jegyzői (74), míg a szociális és gyámhivatalok esetében Jász-Nagykun-Szolnok megyei (114), a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei (91), illetve a Pest megyei hivatal (77) adta ki a legtöbb működési engedélyt. Ha megyénként összesítjük a két hatóságtípus által kiadott engedélyek számát, akkor nagy eltéréseket tapasztalhatunk. Az alábbi ábrán jól látszik, hogy Csongrád megye és Budapest esetén a működési engedélyek csaknem 100%-át a jegyzők adták ki, ugyanakkor Komárom-Esztergom megye esetén ez az arány mindössze 26%. Megállapíthatjuk tehát, hogy megyénként eltérő a hatóságtípus dominancia: inkább a jegyzők dominálnak Budapesten, Bács-Kiskun megyében, Csongrád megyében, Hajdú-Bihar, Heves, Nógrád és Vas megyében, míg a szociális és gyámhivatalok vannak túlsúlyban Baranyában, Békésben, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, Győr-Moson-Sopron, Jász-Nagykun-Szolnok, Tolna, Veszprém és Zala megyében. A két hatóságtípus közel kegyenlített arányú az engedélyezésben Fejér, Pest és Somogy megyében.

1. ábra

Működési engedélyt kiadó hatóságok megoszlások megyénként



Ellátások adatai

A szolgáltatási pontok azonosításának eszköze és egyben intézményekké való összekapcsolódásának mutatója az ágazati azonosító. Az azonosító egy S-sel kezdődő 8 jegyű, nem beszédes szám, mely az azonosításon túl képes az intézményi székhely és telephely(ek) megkülönböztetésére is. Ez alapján azt mondhatjuk, hogy az adatbázisban szereplő összes engedélyes száma 4933, melyből 1001 valamilyen szociális vagy gyermekjóléti, -védelmi szolgáltatást nyújtó intézményhez tartozik. Az 1001 intézményhez tartozó önálló engedéllyel rendelkező szervezeti egységek száma 3931 – tehát átlagosan majdnem 4 szervezeti egység jut egy intézményre.

Ellátástípusok

A működési engedélyek legnagyobbbrészt gyermekjóléti szolgáltatásokra vonatkoznak (a szolgáltatások 47%-a tartozik ide). Az ellátások száma azért tűnhet magasabbnak a KSH által közölt statisztikáknál, mivel az elemzésünk legkisebb egysége nem az intézmény, hanem az engedélyes. A Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatok száma viszont azért alacsonyabb a ténylegesnél, mert a KSH „szoccím” ezt nem tartja nyilván, az Intézet nyilvántartása pedig 2004 óta töltődött, így tehát ha egy TEGYESZ működésében 2004 óta nem történt változás, akkor az Intézet nyilvántartásába sem kerülhetett be. Az ellátások kategóriái a gyermekvédelmi törvény által meghatározott kategóriáknak felelnek meg – ez néhány esetben nem egyezik a KSH által használt kategóriákkal (1. táblázat).

1. táblázat

A nyilvántartott, jogszabályi előírásnak megfelelő gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátástípusok megoszlása országosan

Gyermekvédelmi törvény szabályozta ellátások	elemszám (N)	Százalék
gyermekjóléti szolgáltatás	2306	46,78
bölcsőde (napos)	617	12,52

családi napközi	118	2,39
házi gyermekfelügyelet	34	0,69
bölcsőde (hetes)	41	0,83
alternatív napközbeni ellátás	7	0,14
helyettes szülői hálózat	198	4,02
gyermek átmenet otthona	78	1,58
családok átmeneti otthona	181	3,67
önálló helyettes szülő	34	0,69
nevelőszülői hálózat	54	1,10
gyermekotthon	292	5,92
lakásotthoni csoport	484	9,82
speciális, gyermekotthoni csoport	147	2,98
általános iskola, diákotthon, gyermekotthon	67	1,36
különleges lakásotthon	10	0,20
utógondozást végző nevelőszülői hálózat	2	0,04
gyermekotthon utógondozó csoportja	33	0,67
utógondozó otthon	185	3,75
utógondozó lakásotthon	15	0,30
utógondozó (külső férőhelyen)	14	0,28
Tegyesz	11	0,22

Befogadó otthon	0	0
Összesen	4929	100,00

Megyék szerint nézve az ellátásokat a következőket mondhatjuk. A legtöbb gyermekjóléti szolgáltatást Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében találjuk (303 szolgáltatási hellyel), a legkevesebbet pedig Zala megyében (36). Bölcsődék legnagyobb számban Budapesten találhatók (összesen 197 szolgáltatási hellyel), legkisebb számban pedig Nógrád megyében (4 szolgáltatás hellyel, de Zala megyében is mindössze 9-et tartunk nyilván). Családi napközik Pest megyében (37), illetve Budapesten (24) vannak nagyobb számban, viszont a nyilvántartásunk szerint egyáltalán nincs ilyen ellátás Baranya, Győr-Moson-Sopron, Somogy, Vas, Veszprém és Zala megyében. A házi gyermekfelügyelet szintén Budapesten elterjedtebb (14), míg nincs ilyen ellátás Békés, Komárom-Esztergom, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun-Szolnok, Vas és Zala megyében. A helyettes szülői hálózatok legnagyobb számban Tolna megyében elérhetőek (25 szolgáltatási pont), viszont nincs ilyen szolgáltatás a nyilvántartásunk szerint Borsod-Abaúj-Zemplén (!), illetve Nógrád megyében. Gyermek átmeneti otthonából a legtöbb Budapesten található (21), illetve Pest megyében (14), míg Vas és Veszprém megyében hiányzik az ellátás. A családok átmeneti otthona viszont minden megyében megtalálható ellátástípus, számosságában leginkább Budapesten (74), illetve Pest megyében (13). Önálló helyettes szülő nem szerepel a nyilvántartásban Budapesten, Baranya, Csongrád, Győr-Moson-Sopron, Heves, Nógrád, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg, illetve Zala megyében, Veszprém megyéből ugyanakkor 11 főt tartunk nyilván. Gyermekotthonok területileg szintén Budapesten összpontosulnak (43), de 34-et tartunk nyilván Somogy, illetve 33-at Veszprém megyében; a szolgáltatás minden megyében elérhető. Ugyancsak elérhető szolgáltatás minden megyében a lakásotthon, közülük a legtöbbet Budapesten (65), illetve Hajdú-Bihar megyében (40) tartjuk nyilván. Speciális gyermekotthont szintén minden megyében nyilván tartunk- a legtöbbet Borsod és Jász-Nagykun-Szolnok megyében (mindkét helyen 24-et). A többcélú intézmények (általános iskola, diákotthon, gyermekotthon) Budapesten elterjedtek (18), nem találunk ilyen intézményt viszont Bács-Kiskun, Heves és Tolna megyében. Különleges lakásotthon új kategória a KSH-s adatgyűjtéshez képest, ebből

legtöbbet Jász-Nagykun-Szolnok megyében tartunk nyilván (5). Utógondozó otthonról Hajdú-Bihar megyéből nincs adatunk, a legtöbbet pedig Borsod megyében találjuk (38).

Ellátások működésének kezdete, hatálya

A működés kezdetéről 1648 esetben van adatunk. A 2. ábra jól mutatja, hogy az első csúcspontot a gyermekvédelmi törvény rajzolja meg (1997-ben nő meg jelentősebben a szolgáltatások száma), utána visszaesés látható, majd 2003 után jelentős növekedés, mely elvezet a 2005-ös újabb csúcspontig. 2005-ben 386 szolgáltatás kezdte meg a működését, melynek 56%-a gyermekjóléti szolgáltatás. Így jelenleg a nyilvántartásunk szerint 1733 településen érhető el ez a szolgáltatástípus. 2006-ban az újonnan működési engedélyt megszerzők száma kb. a felére esett vissza. Valójában azonban nem az új szolgáltatások száma nőtt, illetve csökkent ilyen radikálisan, hanem csupán arról van szó, hogy ennyien kaptak új működési engedélyt. 2005-ben a tömeges mennyiségű új működési engedély kiadását pedig a 2004. évi CVII. törvény a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról indokolja, hiszen ezen törvény értelmében az addig önkormányzati fenntartású szolgáltatások átalakultak társulásban fenntartottakká, ilyenkor pedig új működési engedélyt kell kiadni.

2. ábra

Gyermekjóléti ellátások működésének kezdete

2. táblázat

Egy szolgáltatási pontra eső átlagos férőhelyszám

Ellátások	Férőhelyszám átlaga
bölcsőde (n)	64,7
családi napközi	7,3
házi gyermekfelügyelet	52
bölcsőde (h)	49,3
helyettes szülői hálózat	16,3
gyermekek átmenet otthona	30,4
családok átmeneti otthona	26,8
önálló helyettes szülő	4,7
nevelőszülői hálózat	274,5
gyermekotthon	25,2
lakásotthon	14,9
speciális gyermekotthon	24
többcélú otthon	40
különleges lakásotthon	25
nevelőszülői háló (utógondozó)	408
gyermekotthon (utógondozó)	47,4
utógondozó otthon	13,1
utógondozó lakásotthon	61,2
utógondozó (külső férőhelyen)	32

Az ellátások működésének kezdete alapján nézve a férőhelyszámok változását, elmondandható, hogy az 1997 előtt létesített intézmények közül a legtöbbnek a férőhelyszámai 21 és a fölöttiek, az 1997 és 2002 között létesítettekénél már a 11–20 férőhelyszám közöttivel rendelkezők vannak többségben, míg a 2002 után létesítettek esetén a 10 fő alattiak vezetnek: tehát *az egy telephelyre eső férőhelyszámok folyamatos csökkenése figyelhető meg*. A *szolgáltatási pontok számának változása* ezzel ellentétes tendenciát mutat: jól látszik, hogy a férőhelyszámmal rendelkező intézmények esetén is (tehát nemcsak a gyermekjóléti szolgálatoknál, ahogy azt fent láttuk) *folyamatos a növekedés*. Az összefüggés szignifikáns ($p=0,00$) (3. táblázat). A folyamatot részben magyarázhatja a nagy létszámú

gyermekotthonok lakásotthonná alakítása, másrészt demográfiai folyamatok (születésszám csökkenés).

3. táblázat

Egy szolgáltatási pontra eső átlagos férőhelyszámok a működés kezdő időpontja szerint

	Működés kezdete			
Férőhelyszámok	1997 előtt	1997–2002	2003–2006	összesen
<i>10-ig</i>	43	122	205	370
	11,6%	33,0%	55,4%	100%
	20,4%	31,9%	59,6%	39,5%
<i>11–20-ig</i>	59	162	69	290
	20,3%	55,9%	23,8%	100%
	28,0%	42,4%	20,1%	30,9%
<i>21 és fölött</i>	109	98	70	277
	39,4%	35,4%	25,3%	100%
	51,7%	25,7%	20,3%	29,6%
Összesen	211	382	344	937
	22,5%	40,8%	36,7%	100%
	100%	100%	100%	100%

A fenntartók adatai

A gyermekvédelmi törvény alá tartozó ellátások fenntartói legnagyobb részben települési, illetve megyei/fővárosi önkormányzatok, illetve önkormányzati intézményfenntartó társulások. Legkevesebb viszont a kistérségi társulások tartanak fenn ilyen ellátásokat (mindössze három, kistérségi társulás által fenntartott szolgáltatást találunk az adatbázisban, ld. 4. táblázat). Alapítványok leginkább családok átmeneti otthonát, illetve gyermekjóléti szolgáltatást/családi napközit tartanak fenn. Egyházak szinte kizárólag családok átmeneti otthonát; kisebbségi önkormányzatok kizárólag gyermekjóléti szolgáltatást. Szociális vállalkozókat családi napközik fenntartóiként, míg egyesületeket legnagyobb számban gyermekjóléti szolgáltatás és családok átmeneti otthona fenntartóiként találhatunk. Települési önkormányzatok leginkább gyermekjóléti szolgálatokat és a helyettes szülői hálózatokat tartanak fenn – csakúgy mint az

önkormányzati intézményfenntartó társulások. Közalapítványok szinte kizárólagosan családi napköziket; közhasznú társaságok pedig gyermekjóléti szolgáltatást tartanak fenn. Központi költségvetési szerv, illetve megyei/fővárosi önkormányzatok a gyermek- és lakásotthonoknál szerepelnek elsősorban fenntartóként.

4. táblázat

Fenntartótípusok szerinti gyakoriság

Fenntartó típusa	Elemszám	Százalék
alapítvány	105	2,1
egyházi jogi személy	38	0,8
kisebbségi önkormányzat	13	0,3
kistérségi társulás	3	0,1
közalapítvány	52	1,1
közhasznú társaság	50	1
központi költségvetési szerv	27	0,5
megyei, fővárosi önkormányzat	1240	25,1
önkormányzati intézményfenntartó társulás	447	9,1
szociális vállalkozó	44	0,9
társadalmi szervezet	179	3,6
társas vállalkozás	10	0,2
települési önkormányzat	2711	55
egyéb	11	0,2
Összesen	4932	100

Kitöltési hibák

A nyilvántartási lapok kitöltőitől függ leginkább az adatok megbízhatósága, éppen ezért fontos külön kitérni az adatbázis adatainak megbízhatóságára a kitöltés szempontjából. A Kitöltési hibák egyrészt lehetnek *adathiányok*, másrészt *félreértelmezések*. Adathiányok közül a leggyakoribb az adószám hiánya, az ellátási terület, illetve a férőhelyszámok hiánya. Félreértelmezések közül gyakran találoztunk azzal az esettel, amikor az intézményi székhely és telephely ugyanazon a címen szerepel (ez jogszabályilag nem lehetséges), illetve azzal,

amikor a működési engedély visszavonásával egyidőben újat adnak ki (ez utóbbi valójában két jogi aktus). Általános félreértelmezési problémának számít az engedélyező hatóságok részéről az ellátások pontatlan megnevezése (pl. játszóház az alternatív napközbeni ellátás helyett). Másrészt – mint ahogy azt korábban láttuk a befogadó otthonok kapcsán – bizonyos ellátásokra a hatóságok egyáltalán nem is adnak ki működési engedélyt, pedig jogszabályilag kötelező lenne. Az adatok egységesítésekor további anomáliákra is fény derült. Gyakran előforduló eset, hogy az intézményi székhely és telephely rosszul van megjelölve (van olyan intézmény, amelyiknek csak telephelye van), illetve, amikor nem világos, hogy ki is valójában a fenntartó (különböző működési engedélyeken más-más fenntartó szerepel). Ezen utóbbi anomáliákat csak egy egységes elektronikus rendszer képes kiküszöbölni.

Összefoglalás helyett

Az adatbáziselemzés elsődleges célja a visszacsatolás volt, tehát az, hogy minél több visszajelzést adhassunk és kaphassunk az adatbázis adatainak megbízhatóságát illetően. Kontrollként már nem használhatunk más adatbázist (pl. a KSH-ét, hiszen ez is részét képezi), csak a terepen dolgozók (hatóság, fenntartó, szolgáltatási pont) véleményét. A SZASZEK adatbázisa struktúrájának létrehozása részünkről megtörtént – azonban ez elsősorban elméleti konstrukció. Hogy mennyire állja ki a szociális és gyermekvédelmi intézményi valóság próbáját, az az elkövetkező néhány hónap során dől el.

