



ABSZTRAKT

Keveset tudunk Magyarországon a szociális ellátórendszer minősége és a társadalmi mobilitás esélyeinek összefüggéseiről. A Szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer működési mechanizmusai c. kutatásunk kvalitatív és kvantitatív módszertanra épül és a szociális, gyermekjóléti- és gyermekvédelmi rendszer feladatellátását vizsgálja az észak-magyarországi régió egyik fejletlen kistérségének településein és a budapesti agglomerációhoz tartozó városokban. A kutatás célcsoportját egyfelől a különböző problémákkal küzdő családok (gyermekvédelemmel érintett gyermekek és családjaik; pszichoszociális fogyatékossgal élők; szenvedélybetegek) adják, másfelől a velük dolgozó szakemberek, illetve a helyi döntéshozatalban érintett szereplők.

A tanulmány arra keresi a választ, hogy az ellátórendszer mennyiben tud hozzájárulni az ügyfelek jóllétének növeléséhez, illetve mennyiben korlátozza azt kirekesztő eljárásokkal.

Kulcsszavak: szociális ellátások, hátrányos helyzetűek, társadalmi mobilitás és immobilitás, jól-lét, szociális munka Magyarországon

ABSTRACT

We have limited information about the relationship between the quality of the social system and the chances of social mobility in Hungary. Our research is titled Working Mechanism of the Social and Child Protection system based on qualitative and quantitative methodology, and analyzes the social, child welfare and protection system's working process in one of the most disadvantaged micro-region in North-Hungary in different sized settlements and in cities belonging to the agglomeration of Budapest. One of the main target groups of the research are families with different social problems (children and families affected by the child protection system, people with psychosocial disabilities, drug addicts) as well as professionals working with them and decision makers on a local level. Our study finds the answer how the social system can contribute to improving the well-being of clients and how the system limits it with exclusionary procedures.

Keywords: social services, disadvantaged people, social mobility and immobility, well-being, social work in Hungary

Évkönyv 2019, XIV. évfolyam, 1. szám
 Újvidéki Egyetem
 Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar

ETO: 364.4-05.5/7(439)
 Eredeti tudományos munka
 A leadás időpontja: 2019. augusztus 5.
 Az elfogadás időpontja: 2019. november 13.

RÁCZ ANDREA

ELTE TáTK Szociális Munka Tanszék
 Budapest

raczruebus@gmail.com

BULYÁKI TÜNDE

ELTE TáTK Szociális Munka Tanszék
 Budapest

tunde.bulyaki@gmail.com

SIK DOROTTYA

ELTE TáTK Szociális Munka Tanszék
 Budapest

sikdorka@gmail.com

SZÉCSI JUDIT

ELTE TáTK Szociális Munka Tanszék
 Budapest

szecsjudit16@gmail.com

**SZOCIÁLIS MUNKA ÉS TÁRSADALMI
 MOBILITÁS: GYERMEKES CSALÁDOK,
 SZENVEDÉLYBETEGSÉGGEL
 ÉS PSZICHOSZOCIÁLIS
 AKADÁLYOZOTTSÁGGAL
 ÉLŐK TÁMOGATÁSA**

*Social work and social mobility: support for families
 with children, people with addictions and psychosocial
 disabilities*

*Socijalni rad i socijalni mobilnost: podrška porodice,
 zavisnike i psihosocijalno ugrožene*

Bevezetés

Keveset tudunk Magyarországon a szociális ellátórendszer minősége és a társadalmi mobilitás esélyeinek összefüggéseiről. A kérdés különösen aktuális ma, amikor a szociális szolgáltatások rendszerének átalakítása azt a célt szolgálja, hogy a korábban lényegesen nagyobb szerepet kapjanak ezek az intézmények a társadalmi hátrányok csökkentésében és a szegénységből való kiemelkedésben. A *Szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer működési mechanizmusai* c. kutatás¹ a szociális, gyermekjóléti- és gyermekvédelmi rendszer feladatellátását, működési mechanizmusait vizsgálja. A kutatás során különböző szociális problémákkal küzdő családok esetén vizsgáljuk, hogy az adott ellátórendszer hogyan reflektál a kliensek problémáira, a szakemberek milyen eszközkészlettel dolgoznak, milyen a szakmai szemléletük, általában a segítő rendszer hogyan szolgálja a kliensek életminőségének javítását, a mobilitási esélyeik növelését. Vizsgáljuk továbbá, hogy a helyi szociális

¹ A kutatás az ELTE - TáTK Szociális Munka Tanszékén valósul meg a *Mobilitás és immobilitás a magyar társadalomban* MTA Kiválósági Együtműködési Program Mobilitás Kutatási Centrum elnevezésű projektje keretében.

* A szerző az MTA Bolyai János Kutatói Ösztöndíjában (2017–2020) részesül, kutatásának címe: *Gyermekvédelmi orientációk a gyermekek jól-létének támogatásában, valamint az Információs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-19-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának támogatásában.*

intézményeknek és szolgáltatásoknak milyen jellegzetes működési és kirekesztő mechanizmusai azonosíthatók településszintek mentén, ezen belül a szociális ellátórendszer területi egyenlőtlenségeinek milyen következményei vannak.

Tanulmányunkban abból indulunk ki, hogy a társadalmi integráció szociológiai értelemben lefedi a társadalmi kohézió, társadalmi befogadás fogalmakat, melyben az emberi kapcsolatok, egyének és egyének és intézmények közötti interakciók fontos szerepet töltenek be. Amikor integratív társadalmi működésről beszélünk, az egyének, közösségek és intézmények úgy kooperálnak egymással, hogy elfogadják a többségi társadalom értékeit és normarendszerét (Albert és Dávid, 2012; Kovách és társai, 2016). Az integráció három szintjét különíthetjük el, mint rendszerintegráció, társadalmi szintű integráció és személyközi integráció. A rendszerintegrációhoz azok a mechanizmusok sorolhatók, amelyek összehangolják a társadalom tagjainak a cselekvését, ezáltal kijelölik a társadalmi újratelermelés kereteit. A társadalmi szinten végbemenő integráció a szocializációt, a társadalom tagjai közötti együttműködést és a közösséghez tartozás folyamatait foglalja magába. A személyközi integráció a másik két integrációs szinten történő részvételt alapozza meg a személyes kapcsolatokon keresztül. Kovách és társai (2016) felhívja a figyelmet arra, hogy a társadalmi hátrányok alapvetően korlátozzák az integráció lehetőségeit: *„A mai magyar társadalomban a szegényeknek nincsenek a társadalmi hátrányok kezelésére és enyhítésére szolgáló, együttműködést is magukba foglaló egyéni, családi és csoport szintű stratégiái.”* (Kovács és társai, 2016: 24).

Tanulmányunkban elsőként a szociális munka főbb nemzetközi és hazai trendjeit tekintjük át vázlatosan, majd a kutatás kvalitatív szakaszában készült 30 szakértői interjú alapján vizsgáljuk a három tématerületen a rendszer főbb működési jellegzetességeit és esetleges hiátusait, diszfunkcionalitásait. A kutatásban igyekeztünk a három tématerületen a praxisban dolgozó szakemberrel, helyi döntéshozóval, országos hatáskörű szervezet érdekvédőjével, valamint tapasztalati szakértővel is interjút készíteni a vélemények és tapasztalatok széleskörű megismerése érdekében. Tanulmányunkban arra is kitérünk, hogy a szociális munka mikor, milyen feltételek megléte mellett képes elérni a célját a kliensek jól-létének támogatása terén, valamint mikor tud a családok és egyének társadalmi mobilitási esélyeihez hozzájárulni.

Főbb trendek a magyar és nemzetközi szociális munkában

Az 1950-60-as években a szakértői modell nagyban feltételezte a jóléti állam meglétét, amiben az állam elismerte a gondoskodási feladatát, kötelességét és ennek megvalósítójaként tekintett a szociális munkára. A szakértői szemléletmód arra épült, hogy megerősítse a kliens bio-medikális okságba való kapaszkodását, tehetetlenségének érzését, valamint a megoldások kívülről érkezését. Hátránya, hogy a kliens problémáját alapvetően betegségként kezelte (De Jong-Berg, 2013). A szociális munkában a '70-es évektől kezdődően két fő irányú megközelítés figyelhető meg. Az egyik a bizonyítékokon alapuló (evidence-

based) megközelítés, melynek a szakértői modell meghatározó alapot adott. Ez elsősorban az egyéni változásokat kívánta elősegíteni. A másik pedig ezek kritikájaként megjelenő, a radikális szociális munkával kezdődő, a társadalmi felelősségvállalást és változások szükségességét hangsúlyozó ág, melynek része a feminista, antioppresszív irányzat is. Kettő közötti hidat pedig az empowerment filozófiája és a konstruktív szociális munka próbált építeni (Gardner, 2009).

Európa szerte megfigyelhető jelenség, hogy az 1970-es évektől a források szűkülésével, a jóléti állam válságával, a társadalompolitika átalakulásával a professzionális segítséget, a szociális munka gyakorlatát, egyre több oldalról érték kritikák eredménytelensége, valamint a vártnál kisebb hatékonysága miatt. A döntéshozók a feltételekhez kötött ellátások rendszerének kialakítását szorgalmazták a neoliberalizmus jegyében. A társadalmi elvárások magukkal hozták a segítő funkció háttérbe szorítását és a kontroll funkció felerősödését. Így a segítő munka partneri viszonya feloldódott a hierarchikus együttműködésekben, a szociális szakemberek protokollok, magas adminisztrációs terhek mentén, határidők szorításában, a fenntartó felé elszámolással tartozva, egy-egy részproblémára koncentrálnak, egy-egy szolgáltatást biztosítva, mellyel a sokasodó, egyre komplexebbé váló kliensi problémákra nem képesek válaszolni. Az ezredforduló környékén az állami szociális segítő munka bürokratizálódásával a menedzserizmus kap hangsúlyt. A szolgáltatások piacosodásával a szociális munkások nem a kliensnek, hanem a fenntartónak (állam, egyház, civil szervezetek) tartoznak felelősséggel és elszámolással. Ennek következményeként a segítő kapcsolat elsorvad és inkább a szolgáltatások nyújtása lesz a jellemző (Bányai, 2008). A szociális munkát ért posztmodern kritikák egy másik oldalról éppen azt kifogásolják, hogy a segítők nem eléggé személyközpontú megközelítéseket alkalmaznak, emiatt nem érnek el hatékony eredményeket. Ennek mentén olyan irányzatok jöttek létre a segítésben, melyek a segítő-kliens viszonyt mélyítik el. A válságra válaszként a szociális munkában terjedni kezdett a posztmodern megközelítés, teret nyert a konstruktív szociális munka felfogás, a reflektív praxis hangsúlyozása, a narratív technikák megjelenése a gyakorlatban (Schön, 1983; Parton-O'Byrne, 2006). A posztmodernitásban a szakértői modell megkérdőjeleződött, és ezzel együtt a professzionális szakember minden helyzetre kész, mindenek felett álló tudása is. A kliensek bevonása a szolgáltatások működtetésbe, a társadalmi integráció elősegítése, a kliensek autonómiájának hangsúlyozása, az életükkel kapcsolatos döntés áthelyezése a kliensekre mind előkészíti a terepet az empowerment egy újabb szintjének létrejöttére és a kliensek érdekérvényesítésének elősegítésére.

A fent vázolt folyamatok Magyarországon felgyorsulva, sűrítve érkeztek meg az 1989-es rendszerváltással. A rendszerváltás után tömegesen jelentkező, addig rejtve maradt problémák kezelésére kialakult a szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer, melyben megtörtént az alap- és szakellátások szétválasztása, új szolgáltatások és ellátások bevezetése, a nagy intézmények lebontásával a személyre szabott szolgáltatások kialakítása, mely azonban az ezredfordulón több területen, mint fogyatékkal élők, pszichiátriai betegek ellátása megtorpant.

A szociális munkában jellemző kontroll funkció erősödése Magyarországon is jellemző az állami ellátórendszerben (Pik, 2001; Rácz, 2016; Szabó, 2016). Erre válaszként a civil vagy egyházi szervezetekben dolgozó szociális munkások a szakmai alapelvekkel és a szociális munka különböző posztmodern irányzataival összhangban egyre inkább az alternatív lehetőségeket, a hosszútávú, bizalomra épülő kapcsolatok kiépítését helyezik előtérbe. Egyértelműen fokozott érdeklődés figyelhető meg a szociális munka közösségi irányzatai és módszerei iránt az állami struktúrán kívül eső ellátások megszervezése, nyújtása kapcsán, elsősorban a civil szervezetek köré szerveződően. Az együttműködés hangsúlyozása teret nyitott a komplex problémák és sokproblémás családok segítségével kapcsolatos interdiszciplináris kapcsolatépítés és közös akciók felé, ezek azonban hazánkban nem rendszerszintű lehetőségek a rászoruló egyének és családok támogatása terén.

A kutatás főbb eredményei: a kliensek életminőségének támogatása

Jelen tanulmányban 30 interjú alapján három tématerület, mint 1) gyermekes családok segítése, 2) szenvedélybetegséggel küzdők², 3) pszichoszociális akadályozottsággal élők támogatása mentén vizsgáljuk az ellátórendszer által nyújtott szolgáltatások körét, bemutatjuk a kliensrendszert és a kezelt problémákat, elemezzük a kliensi szükségletek mentén a helyi beavatkozási módokat, gyakorlatokat. Mindhárom ellátási területen 10-10 interjú készült, az interjúalanyok kiválasztásánál arra törekedtünk, hogy minden klienscsoport esetében a vizsgált hátrányos helyzetű kistérségből és a budapesti agglomerációból is kerüljenek a mintába interjúalanyok. Az pszichoszociális területen 2 országos hatáskörű civil szervezet képviselője is szerepel interjúalanyaink körében. Az interjúalanyokat szakértői mintavétel keretében választottuk ki elsősorban a területiséghez illeszkedve. A megkérdezett szakértők között vezető beosztásban és beosztottként dolgozókat is megszólaltattunk. A gyermekjóléti szolgáltatás vonatkozásában kiemelt szempont volt a 2016-os jogszabályi változások okán a családsegítők és esetmenedzserek bevonása is. Az interjúk főbb témái a következők voltak: 1) intézményi struktúra bemutatása; 2) ellátások és szolgáltatások köre; 3) kliensrendszer bemutatása; 4) szakmai kihívások, fejlesztendő területek; 5) az adott szolgáltatás társadalmi mobilitásra, életminőségre való hatása. Elemzésünkben a szakértők véleménye alapján a kliensrendszer igényei mentén a szolgáltatási hiányokra és ezáltal a fejlesztési irányokra, fejlesztendő területekre helyezük a hangsúlyt. Ezt követően pedig a szociális és gyermekjóléti szolgáltatások társadalmi mobilitásra gyakorolt hatását értékeljük a szakértői vélemények bemutatása alapján.

² Rácz Andrea és Szécsi Judit ezen két tématerület (gyermekvédelem és szenvedélybetegek ellátása) vonatkozásában részt vesz egy másik kutatásban, melyben az ellátórendszer a társadalmi szolidaritás aspektusából kerül értékelésre. (Sik Domonkos: Szolidaritás a késő modernitásban, OTKA-FK, 2018-2020, azonosító szám: FK 129138)

Gyermekes családok támogatása a szolgáltatások tükrében

2016-ban jelentősen átalakult a gyermekjóléti szolgáltatás rendszere, kétszintűvé vált, egymástól elkülönítve a gyermeki kockázatok és szükségletekre való tekintettel a szolgáltatások és hatósági intézkedések körét. Ez a folyamat jelentősen kihatott a kistélepléseken működő család- és gyermekjóléti szolgáltatásra is. A gyermekes családokkal dolgozó szakemberekkel készült interjúk alapján elmondható, hogy a kistéleplések, kistérségi társulásokban ellátott falvak helyzete, az ott élők számára elérhető szolgáltatások minősége és egyáltalán léte messze alulmarad a városokban meglévő szolgáltatásokhoz képest. A kistéleplésekre jellemző problémákat, mint szegénység, munkanélküliség, szenvedélybetegség, iskolai problémák, korai terhesség ellensúlyozandó járási, kistérségi társulások által működtetett szolgáltatásokban alig vagy egyáltalán nem áll rendelkezésre megfelelő számú és képzettségű szakember. Az egyházi, illetve civil szervezetekkel változó intenzitású kapcsolatban vannak a megkérdezett szakemberek, komoly együttműködés nem jelentek meg az interjúkban.

A magas esetszámok és az ebből fakadó nehézségek minden interjúban problémaként tematizálódtak, a magas esetszám akadályozza a minőségi munkavégzést és nagyban elősegíti a kollégák korai kiegésését. A tanácsstalanság, eszköztelenség nehézséget okoz minden szakembernek a munkája során.

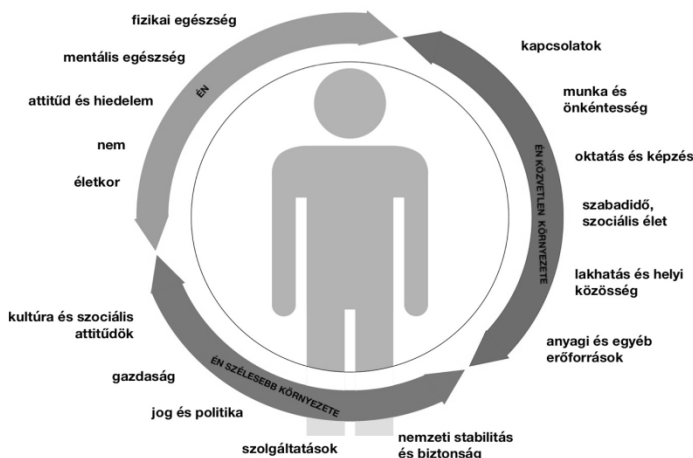
A főváros környéki településeken készült interjúkban kirajzolódó kép alapján a gyermekvédelem látókörében megjelennek önkéntes, illetve kötelezett kliensek is. A kötelezett kliensek között nagy arányban a válás, iskolai hiányzás, bántalmazás mentén a jómódú, akár nagyon jómódú kliensekkel való kapcsolódás is megjelenik. Az önkéntesen érkező kliensekre jellemző anyagi, gyermeknevelési problémák mentén inkább a kevésbé tehető réteg keresi fel az intézményeket. *„Hát azért mondom, elég széles skálán mozog, és kisebb az ügyfeleknek az a köre, aki bejön magától, és kér segítséget. Ezek általában ilyen szociálisan hátrányos helyzetű, tehát nehéz anyagi körülmények között élők jönnek, hogy ezt-azt intézzünk, segítyt.....Tehát ezek az úgymond az egyszerűbbek, amikor az ügyfél besétál, és kér segítséget. És hát amikor nekünk muszájból, kötelezzük az ügyfelet, hogy működjön együtt, hát ezek a nehezebb ügyek”* (főváros környéki családgondozó).

Az iskolai hiányzások mellett erőteljesen megjelenő probléma a bántalmazás, különösen a bullying témaköre. Az interjúk alapján elmondható, hogy a jelzőrendszer ebben a kérdésben erőteljesen működik, a gyermekekkel találkozó szakemberek, pedagógus, orvos, védőnő használja a jelzőrendszert, ha olyan jeleket tapasztal, amely bántalmazásra utalhat.

A magas fluktuáció és a kiegés egyértelműen megjelenik problémaként a vizsgált településeken dolgozó szakemberek körében. *„Leterheltség, szakemberhiány, meg nem becsülés. ... Két-három hónap alatt égnék ki az emberek. És azt mondja, inkább elmegyek egy gyárba, dolgozok akár másfélszer annyi pénzért, de ott nincsen rajtam felelősség. Érted? Ezek nagyon nehezek. Szupervízióba szerintem borzasztó rosszul állunk. De az egész szakma úgy egészében”* (főváros környéki családgondozó).

Szenvedélyproblémákkal küzdő emberek támogatása a szolgáltatások tükrében

Az egészség és életminőség fogalmát széles értelemben vizsgáljuk, a WHO egészség és jóllét definíciói adják a kiindulópontot. Az 1. számú ábrán az egészségre ható, egyes egyénben rejlő belső és a környezetből fakadó, külső komponensek meghatározását láthatjuk. A belső „én”-re vonatkozó komponensek tartalmazzák a kor, a nem, az egészség jellemzőit, valamint a pszichés- és mentális állapotot, valamint az identitást. Ezeket az ábra zölddel jelölt sávjában láthatjuk. A piros részben a közvetlen környezeti körülmények tartoznak: kapcsolatok, munka és önkéntesség, a helyi közösségek és az anyagi körülmények. A harmadik rész a sötétkék mezőben a tágabb környezeti hatások elemeit láthatjuk. Ebbe a kategóriába tartozik a kultúra, a szociális kapcsolatok köre, a gazdaság, törvények, a közszolgáltatások és a biztonság. A kör bármelyik pontjának megbomlása a minőségi élet és az egészség romlását jelentheti.



1. számú ábra: Az egészségre ható, egyes egyénben rejlő belső és a környezetből fakadó külső komponensek köre

Forrás: saját szerkesztés, 2019, felhasználva: <https://www.msif.org/living-with-ms/what-influences-quality-of-life/> (utolsó elérés: 2019.08.05.)

A kábítószer problémával küzdők ellátása egészségügyi, szociális és vegyes profilú ellátóhelyeken valósul meg Magyarországon. A területi lefedettség egyenlőtlenségeiből adódóan egyes területeken a pszichiátriai ellátók is részt vesznek az addiktológiai prob-

lémával küzdő betegek kezelésében. Az addiktológiai ellátás területén lépcsőzetes ellátórendszer alakult ki, melynek minden szintje elérhető, bár a hozzáférés területileg eltérő lehet. Az ellátási palettát jellemzi, hogy nincsenek specializált kezelési programok, melyek egy-egy szertípus használoit céloznák, hanem a programok általánosságban az összes szertípus fogyasztóját, vagy általában a szenvedélybetegeket, pszichiátriai problémákkal küzdőket célozzák (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2017).

Alapvetően szét kell választani az addiktológiai profilú intézményekben megjelenő klienseket és a szociális és gyermekvédelmi intézményekben megfordulókat. Az előbbieknél jellemző, hogy alapvetően önként jelentkeznek, vagy delegálják őket.

1.) Az alacsonyküszöbű ellátásokban a kliensek anonim módon, kötelezettségek nélkül, abszcinencia tartása nélkül tudják igénybe venni a szolgáltatásokat. Ide főként fiatal, problémás szerhasználók, elsősorban új pszichoaktív szereket használók járnak, általában önkéntesen, de több esetben delegálás útján találják meg a szolgáltatókat.

2.) A közösségi ellátásban, ahol már diagnózis, BNO kód szükséges, főként középkorú, alkoholproblémákkal küzdő férfiak és nők járnak, akik sok esetben kettős diagnózissal rendelkeznek. Lényeges elem az önkéntesség, hogy az ellátott maga igényelje a térítésmentes szolgáltatást. Az önkéntességgel a motiváció is erősebb, ugyanakkor nem biztos, hogy az absztinenciára irányul.

3.) A büntetőeljárás felfüggesztésekor a felvilágosító-megelőző szolgáltatáson a 18-40 év közötti, kábítószer-használók vesznek részt a bűnüldözés és igazságszolgáltatás keretében.

Általában is jellemzőbb, hogy a droghasználók rejtőzködőbbek, nehezebben és később kérnek, kapnak segítséget szenvedélyproblémáikra vagy ebből fakadó, egyéb nehézségeikre. *„(...) az szerintem jellemző a vidékre, hogy az emberek az ilyen jellegű problémákat el akarják titkolni és nem az az első gondolat, hogy berohanok egy szakellátóhoz, egy szociális központba vele. Hiába is tagadjuk, de megyeszékhelyet és vonzáskörzetét is ismerjük, mindenki mindenkit ismer, vagy a gyerekeknek a szüleit ismerik, vagy a nagyit dolgozott valahol.”* (alacsonyküszöbű ellátás szociális munkása)

A legnagyobb problémát a kliensek és segítők életében a társadalmi stigmatizáció okozza. Az előítélet legtöbbször tudatlanságból fakad, a hétköznapi emberek általában nem értik a szenvedélybetegség természetét, nagyon sokszor nem is betegségként, hanem bűnként vagy erkölcsi gyengeségként tekintenek rá. Azonban elkeserítőbb jelenség, hogy a szenvedélyterületen dolgozó szakemberek általános élménye, hogy ez a fajta előítéletesség a kliensekkel szemben a társszakmák képviselői részéről is megjelenik (pl. belgyógyász szakorvos, háziorvos, közigazgatásban dolgozó előadó). *„Csúnyán beszélnek a klienssel és leszedálják őket és bemegy egy alkohol függő és most nem nevezek meg intézményt kezelésre, és kijön egy gyógyszer függő.”* (alacsonyküszöbű ellátás szociális munkása)

A szerhasználat és tulajdonképpen a szerhasználatból eredő problémák gyakran csak járulékosan, a háttérben jelennek meg. A családok életében, a gyermekkel való konfliktusok során gyakran nem is a konkrét szerhasználat a probléma, hanem az abból fakadó következmények: nem jár iskolába, vagy ellop otthonról dolgokat, kezelhetetlenné, agresszívvá vált stb.

Diagnosztizált pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg ellátása esetén a szociális szolgáltató, illetve intézmény együttműködik a háziorvossal és a kezelőorvossal, de általánosságban az jellemző, hogy az egészségügyi, addiktológiai intézményekkel nincs kapcsolat. Ennek hátterében a szakemberek percepciója szerint az áll, hogy az egészségügyi alapellátásban dolgozók elzárkóznak az együttműködéstől, az addiktológiai intézmény szakemberei nem szívesen osztanak meg információkat az esetet vivő szociális szakemberrel. A család- és gyermekjóléti intézmények az agglomerációban igyekeznek együttműködni a településen elérhető szolgáltatókkal. Itt gyakran valamilyen, csak Budapesten elérhető fekvőbeteg ellátással, ambulanciával is kapcsolatban vannak. Ez azonban inkább attól függ, hogy van-e az intézményben olyan kolléga, aki a szenvedélyproblémák kezelésében elmélyedt, netán ezzel kapcsolatos szakirányú végzettséget is szerzett. Kisebb településeken a kapcsolattartás tekintetében jobb a helyzet, ott viszont az ellátási kapacitás szűkösebb, így nagyobb a kliensek és az őket segítő szociális- és gyermekvédelmi szakemberek kiszolgáltatottsága. Addiktológiai ellátást nyújtó intézmény csak a járás- és megyeközpontokban van, az is inkább egészségügyi területhez kapcsolódóan, a kórházakban. Az ambuláns ellátást nyújtó, vagy bentlakásos rehabilitációs intézmények nehezen elérhetőek, messze vannak, kapacitásuk korlátozott.

Pszichoszociális akadályozottsággal élő emberek támogatása a szolgáltatások tükrében

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát. Ez kiegészül a spirituális jólléttel. Az egészség nem csupán cél, hanem egy erőforrás, melyet a mindennapokban használunk. Mentális egészség esetén, ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint a jólét olyan fokáról van szó, melyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, képes az eredményes munkavégzésre, valamint hozzá tud járulni közösségének életéhez (Ács és Gordos, 2017). A felépülés fogalmát nem könnyű meghatározni. A pszichiátriai ellátásban, klinikumban dolgozó orvosok a mérhető tényezőket, változásokat tartják fontosnak. Például képes-e az érintett ember az önálló életvitelre, van-e munkája, képes-e a gyógyszereszedését önállóan kézben tartani (Bulyáki és társai, 2018). Egy másik megközelítés a felhasználók szempontjait követi és ez a legelfogadottabb. A felépülés egy nagyon személyes változás-folyamat. A betegségből adódó akadályok, korlátok ellenére a személyes felépülés egy kielégítőbb és reményteljesebb élet esélyét teremti meg, egyben új jelentést és célt ad az egyén életének, és lehetőséget kínál arra, hogy túljusson a mentális betegség következményein. A mentális zavarral élő szemszögéből nézve a személyes felépülés tehát azt jelenti, hogy az életét önmaga irányítja, ismeri és megvalósítja a céljait, akár a mentális probléma tünetei ellenére is (Bulyáki és társai, 2018).

A pszichoszociális akadályozottsággal élő személyekkel folyó segítő munka során szembe kell nézni azokkal a pszichoszociális nehézségekkel, melyek részben a mentális za-

varból, részben pedig a szociális hátrányokból adódnak (Szabó, 2008). A pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek gyakran izolálódnak és kiesnek a társadalom aktív részvevői közül. További nehézséget jelent a mentális problémához kapcsolódó stigma. A stigmatizáció okozta nehézségek jelenthetik a legnagyobb akadályt a felépülésben, a pozitív irányú társadalmi mobilitásban. „*Ha valamilyen bűncselekmény történik, akkor kiderül, hogy mondjuk kezelés alatt állt, az már egy ilyen megbélyegzés a társadalom részéről, hogy az akkor már biztos elmebeteg meg szkizofrén meg ilyenek.*” (tapasztalati szakértő)

A pszichoszociális akadályozottsággal élők körében a foglalkoztatottság jelentősen alacsonyabb, a munkanélküliség tartósabb (Simon és Tausz, 2017), ami az érintett személyek marginalizációjához vezethet. A mentális zavarral élő emberek felépülését segítő pszichoszociális rehabilitációs technikák közül kiemelkedő fontosságú a munkarehabilitáció, mely hozzájárul a mentális zavarokhoz kapcsolódó stigmak lerombolásához is. Különösen a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásban való részvétel az, ami a társadalmi és az önstigmatizációt megszüntetheti, a társadalmi integrációt elősegítheti (Bulyáki és Harangozó, 2018).

A lakókörnyezetben hozzáférhető szolgáltatások, mint közösségi ellátás, nappali ellátás és a támogatott lakhatás komplex pszichoszociális rehabilitáció biztosításával segíti a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyeket a felépüléshez, a pozitív irányú társadalmi mobilitáshoz. Ezen szolgáltatók antistigma programokkal, edukatív előadásokkal, érzékenyítő beszélgetésekkel segítik a közösséget is, hogy valós kép alakuljon ki a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyekről és ezáltal ne rekesszék ki őket a közösségből. Ez a tevékenység kiemelten fontos napjainkban az intézményi férőhelyek kiváltási programja kapcsán. „*Mi most benne vagyunk egy nagy projektben, ugye a támogatott lakhatás elindult nálunk, illetve lassan már a vége felé közeledik. Felépültek a házak, 6 lakóház és egy alapszolgáltatási központ épült. A településen 2 házunk épült. Iszonyatos felháborodást váltott ki a dolog, borzalmas nagy ellenállás, nem tudnak most kiköltözni 23 pszichiátriai ellátottal, mert ők azt gondolják, hogy ezek az emberek vadállatok, rátámadnak a járőreldre és nem akarják meghallgatni a szót.*” (pszichiátriai betegek otthonának vezetője)

Összegzés

A gyermekes családoknak, szenvedélybetegeknek és pszichoszociális akadályozottsággal élőknek nyújtott szolgáltatások társadalmi mobilitásra gyakorolt hatását vizsgálva elmondható, hogy a kistélepüléseket ellátó szolgáltatókra jellemző, hogy bizonyos alapvető és kötelező szolgáltatásokat sem tudnak biztosítani a településen élők számára. A gyermekjóléti és gyermekvédelmi területen nincs elég szakember. A főváros környéki településen meglévő szolgáltatások esetében megjelent a szolgáltatások bővítésének az igénye. A meglévő tapasztalatok alapján ezeket a szolgáltatásokat szívesen veszik igénybe az érintettek, de a kapacitások növelése nélkül nem tudják a kliensek igényeit megfelelő módon kielégíteni. Több család-, illetve párterápiára lenne szükség, valamint mediációra.

A szenvedélybeteg területen problémát jelent a háziorvosok bevonása a korai kezelésvétel érdekében, egyrészt kapacitás-, másrészt tudáshiány játszik szerepet ebben. Nagy jelentősége van annak, ha egy addiktológiai vagy éppen szociális- és gyermekvédelmi intézménynek a település vezetőivel jó a kapcsolata. A szakemberek ezen a területen is elégedetlenek voltak a sok adminisztrációval és a nagyszámú kliensekből fakadó túlterheltséggel, valamint az alacsony fizetések jelentenek még problémát. A nem addiktológiai intézményekben dolgozó szakemberek úgy élik meg, hogy nincs mögöttük támogató szakemberháttér az addiktológiai problémák kezeléséhez, mely a mélyebb és hatékonyabb beavatkozást szolgálhatná, és így a továbbirányítást is lehetővé tenné. Kevés az elérhető pszichológus, még inkább a gyermekpszichiáter.

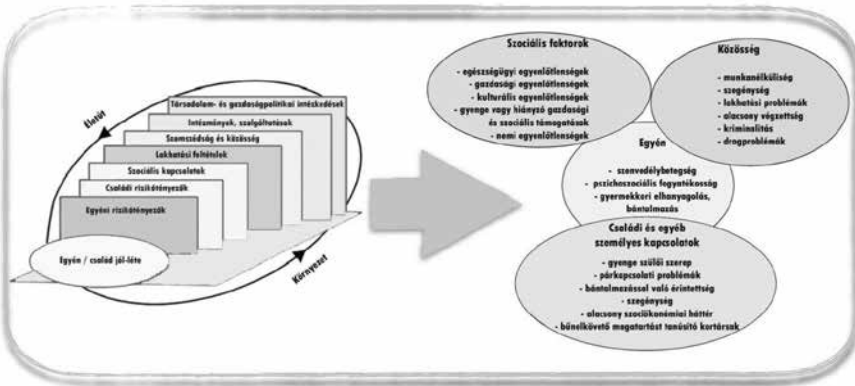
Jelen kutatásban a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyeket segítő szakembereket, érdekvédő szervezet képviselőjét, tapasztalati és kísérő szakértőket is megkérdeztünk, hogy hogyan látják a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek társadalmi mobilitását, illetve azokat a szociális szolgáltatásokat amelyek a célcsoport támogatására, pszichoszociális rehabilitációjára vannak. Véleményük szerint a társadalom negatív álláspontja, előítélete és az intézményi struktúra diszfunkcionalitása miatt a mobilitás támogatása nem vagy csak nehezen tud megvalósulni: *„(...) ez egy nehéz dolog a pozitív irányba történő előrejutás a társadalomban, az egy nagyon nehéz dolog. Maga a mentális állapot az egy jelentős hátrány és az ehhez rendelt segítő szolgálatok nagyon gyakran diszfunkcionálisan működnek, és inkább egy fajta társadalmi süllyesztőt töltenek be. Ilyen módon egy negatív mobilitás, negatív spirál valósul meg. Ez is egy mobilitás, csak nem feltétlenül felfelé. A hatékony pszichoszociális és orvosi eljárásokkal és értékalapú szolgáltatásokkal ezt meg lehet fordítani, de nagyon kevés beteg ember tud ilyen szolgáltatásokat elérni. A meglévő jó szolgáltatásoknak is hiányos a minőségellenőrzése, ami tudná garantálni, hogy megfelelő értékek és szakmai intervenciókat kapnak. Inkább egy süllyesztő irányú mozgás van.”* (közösségi ellátást koordináló, integrált ellátást vezető pszichiáter)

Mindegyik vizsgált ellátási területen a rendszerszintű problémák, finanszírozási nehézségek sokszor megnehezítik azt, hogy a kliensek a szükségleteiknek megfelelő szolgáltatásokat igénybe vehessék. Sokszor kell rangsorolni, illetve az intézmények közötti együttműködés keretében alternatív megoldásokat találni. Az interjúk alapján a jelenlegi szolgáltatásoknak nincs pozitív, társadalmi mobilitási hatása. A szakemberek rendelkezésre álló lehetőségek nem elegendőek, hogy a klienseket a társadalmi helyzetükből érdemben kimozdítsák az szolgáltatások igénybe vételével. *„Mobilitás szempontjából nem kifejezetten tud hozzásegíteni a központ, vagy a települési, járási intézmények a különböző problémával érintett gyermekek mobilitásához, ennek oka a szakemberhiány, gyermekek, szülők alulmotiváltsága a tanulás tekintetében. Nincs megfelelő pedagógus, fejlesztőpedagógus, pszichológus.* (észak-magyarországi település esetmenedzser)

A társadalmi mobilitással kapcsolatban a megkérdezett szakemberek többsége a sikeres esetvezetés dilemmáiról beszélt. A siker definiálása az addiktológiai beavatkozások területén sem könnyű. A szenvedélybetegek felépülési folyamatuk során – a szenvedélybetegség természetének megfelelően – többször visszaesnek, állapotukban időszakos romlás

következhet be. „...valakit szinten tudunk tartani, már ez is lehet siker akár. Visszaesés nincs, de romlás sincs, de ha mondjuk nem kerül be, nem tudom, hol tartanánk. Sose tudjuk meg, hogy mi lett volna, ha...” (közösségi ellátás szociális munkása) Az életminőség változását komplex megoldások adják: a lakhatási problémák enyhítése, a jövedelmi viszonyok rendezése, személyes kapcsolati háló javítása, erre azonban korlátozottak a lehetőségek és a szakmai eszközök a szociális munka praxisában.

A megkérdozett szakemberek egyöntetűen azt fogalmazták meg, hogy a kliensekkel történő kapcsolatban a legfontosabb az egyén elfogadása, a bizalom kiépítése és megszilárdítása, melyre a napi munka során törekszenek. A bizalmi kapcsolattal érhető el az, hogy a kliensek izoláltsága enyhül és azt érzik, hogy a szakemberek és szolgáltatók segítik a problémáik megoldását. A szenvedélybeteg-ellátás terén fontos számukra, hogy tartoznak valahova, ahol vállalhatják a betegségükkel együtt járó mindennapi nehézségeket, jobb és rosszabb állapotukat. „*Úgy érzem, hogy olyan háttérintézmény vagyunk az ő életükbe, hogy egy biztonságot ad.*” (közösségi ellátás szociális munkása)



2. számú ábra: A szociális munka komplex megközelítése a társadalmi mobilitás elősegítése céljából

Forrás: Rácz és társai, 2019.

Minden esetben fontos a természetes támogató rendszer erősítése is, mely során a szenvedélyproblémák természetére, a betegséggel kapcsolatos pszichoedukációra, és az egyes esetekben alkalmazható beavatkozásokra koncentrálnak. Mindegyik ellátási területen jelentős hangsúlyt kap az életvezetési tanácsok nyújtása, ezen belül is fő fókuszban az erősségek és képességek erősítése áll, elsősorban egyéni esetkezelés formájában. A gyermekes családok esetében központi téma a szülői szerepek támogatása és a szülőség megélésének erősítése. A változások eléréséhez szolgáltatási szinten a személyi, tárgyi és infrastruktúrális eszközök meglétéén túl szükség van a szakemberek elhivatottságára és különösen a pozitív irányú változásba, a kliens fejlődésébe vetett hitre.

Integrációs, reintegrációs célokkal, a szolgáltatások mobilitást elősegítő hatásával kapcsolatban a szakemberek azonban a rendszerszintű problémák miatt nagyon óvatosan fogalmazznak. Távoli célként megemlítik, de a realitás inkább az, hogy a segítői célok kis lépésekben az életminőség növelése felé hatnak, a szolgáltatások pedig elérhetőek lesznek a területi különbségek ellenére is, esetleg hosszabb távon színesedik a szolgáltatási paletta. A szakemberek abban is bíznak, hogy a munka segítői fókusza döntéshozói elköteleződés mellett erősödhet, szemben az adminisztratív és kontroll szerep erősödésével. A 2. számú ábra a szociális munka humánökológiai megközelítésének mentén mutatja be, hogy egy komplex szemléletben, kiterjedt szolgáltatási palettával lehet csak a kliensek jól-létéhez hozzájárulni. Mindezek megléte nagyban hozzájárul a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások társadalmi integrációra, társadalmi mobilitásra kifejtett pozitív hatásához.

Kvalitatív kutatási eredményeink jelzik, hogy a szociális munka fragmentálódása (Rácz, 2016), valamint a bürokratikus eljárásrend, a szakma alacsony presztízse és a működési környezet elégtelensége nem tudja segíteni a társadalmi integrációt és a mobilitási esélyek növeléséhez való hozzájárulást is nagyon szűkös keretek között tud mozogni, különösen a hátrányos helyzetű, komplex problémákkal küzdő kliensek esetében. A hátrányos helyzetű, kirekesztett célcsoportba tartozókkal szembeni előítéletek lebontása, egy támogató társadalmi attitűd is elengedhetetlen ahhoz, hogy a szociális szolgáltatások valóban a jól-lét támogatását tudják biztosítani.

Felhasznált irodalom

Albert F. & Dávid B. (2012): Az interperszonális kapcsolathálózati struktúra átrendeződése Magyarországon, Kovách I. és társai (szerk.) *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Szociológiai Intézet Argumentum Kiadó, 343-356.

Ács A. & Gordos E. (2017): *A mentális problémával küzdő emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása*, Perlusz A. (szerk.) *Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról*, Budapest: Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, 58-66.

Bányai E. (2008): A sztenderdizáció árnyoldalai. *Kapocs*, 35, 2-9.

Bulyáki T. & Harangozó J. (2018): Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése, Bulyáki T. & Harangozó J. (szerk.) *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. Budapest: Ébredések Alapítvány, 316-326.

Bulyáki T. & Kaszásné I. & Gallai I. & Harangozó J. (2018): Mi a felépülés? Bulyáki T. & Harangozó J. (szerk.) *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. Budapest: Ébredések Alapítvány, 7-14.

De Jong, P. & Berg, I. K. (2013): *Feladattól a megoldásig - A megoldásközpontú interjúzás művészete*, Budapest: Animula Kiadó

Gardner, F. (2009): Affirming values: using critical reflection to explore meaning and professional practice. *Reflective Practice*, 2, 179-190.

Kovách I. & Hajdu G., Gerő M. & Kristóf L. & Szabó, A. (2016): A magyar társadalom integrációs és rétegződésmoდეlljei, *Szociológiai Szemle*, 3, 4-27.

Nemzeti Drog Fókuszpon (2017): 2017-es ÉVES JELENTÉS (2016-os adatok) az EMCDDA számára. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_Jelentes_2017.pdf (utolsó elérés: 2019.08.05.)

Parton, N. & O'Byrne, P. (2006): Mi a konstruktív szociális munka? *Esély*, 1, 47-66.

Pik K. (2001): *A szociális munka története Magyarországon*. Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület

Rácz A. (2016): *A gyermekvédelem mint fragmentált társadalmi intézmény*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó

Rácz A. & Darvas Á. & Sik D. & Szécsi J. (2019): *Prevention, Child Welfare, Protection or Just Fire-fighting?* Boston, USA, Harvard Faculty Club, July 30. 2019. WEI (29. July – 2. Aug.) (E-konferenciaelőadás)

Schön, D. A. (1983): *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books

Simon D. & Tausz K. (2017): A pszichoszociális akadályozottsággal élők az adatok tükrében. Perlusz A. (szerk.) *Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról*, Budapest: Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, 107-131.

Szabó L. (2008): *Esetmenedzseri tevékenység a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában*. Budapest: Szigony Alapítvány

Szabó L. (2016): Az esetmenedzseri tevékenység jelenléte és dilemmái a hazai szociális munkában, *Párbeszéd*, 2, 1-8.