

esély

2011/2

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

TANULMÁNYOK

- 3 **Gulácsi László – Péntek Márta – Brodszky Valentin:**
Az egészségügyi technológiák finanszírozása; tudjuk-e, mit veszünk a milliárdokért?
- 28 **Mészáros Zoltán – Várhalmi Zoltán:** A munkaadók gyakorlata a diverzitás kezelésében és a roma alkalmazottakat érintő munkáltatói attitűdök

MAGYAR VALÓSÁG

- 55 **Bugarszki Zsolt:** Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén

SZOCIÁLIS MUNKA

- 86 **Homoki Andrea:** Viharsarki nevelőszülők mint a posztmodern gyermekkor formálói

DOKUMENTUM

- 110 Intézménytelenítés és közösségi lakhatás: Az Értelmi Fogyatékoság Kutatás Nemzetközi Társaság Összehasonlító Szakpolitika és Gyakorlat tematikus csoportjának szakmai állásfoglalása

RECENZÍÓ

- 124 **Vajda Norbert:** Társadalmi deficit
(Ladányi János: Egyenlőtlenségek, redisztribúció, szociálpolitika, Új Mandátum Könyvkiadó, 2010, 894 oldal)

128 Abstracts

130 Contents

GULÁCSI LÁSZLÓ – PÉNTEK MÁRTA –
BRODSZKY VALENTIN

Az egészségügyi technológiák finanszírozása; tudjuk-e, mit veszünk a milliárdokért?¹

Amikor azt kérdezzük, hogy tudjuk-e, mit veszünk az egészségügyben a milliárdokért, akkor nem előfeltételezünk sem pazarlást, sem nyereséget. Ebben a tanulmányban nem foglalkozunk azzal, hogy az egészségügyre költött pénz elég-e vagy sem. Azt vizsgáljuk, hogy tudjuk-e, mit veszünk a milliárdokért. Ennek megválaszolásához tudnunk kell, hogy az egyes betegségek esetén mekkora a betegségteher², milyen lehetőségek állnak rendelkezésre a megelőzés és gyógyítás céljaira és ezeknek milyen a költséghatékonysága, hiszen egyet vagy többet választanunk kell. Milyen eredményeket érhetünk el, és konkrétan a hazai egészségügyben milyen eredményeket érünk el (hogyan gyógyulnak a betegek), azaz mi a konkrét egészségnyereség (megmentett életévek, elkerült betegségek) és azt hogyan mérjük. Választ kell adni arra a kérdésre is, hogy melyek az egészségügyi és szociális prioritások, mennyit képes és hajlandó az ország egy megmentett életévért, egy megmentett életért elkölteni. El kell dönten, hogy mit „engedhetünk meg magunknak” azaz „mit célszerű megvásárolni”.

¹ A tanulmány a TÁMOP támogatásával, 4.2.1./B-09/1/KMR-2010-0005 számú támogatási szerződés alapján, „A tudás alapú gazdaság Magyarországon, az innovációs szemlélet erősödésének és a K+F teljesítmények növelésének feltételei” c. kutatási alprojekt keretében készült.

² A betegségköltség, betegségteher vizsgálatok a legelterjedtebben használt egészség-gazdaságtani elemzések. A betegségteher vizsgálatok során az implicit feltevés az, hogy az elemzés során kimutatott költség az az összeg, amely haszonként jelentkezik, amennyiben a problémát sikerül megoldani. A módszer széles körben használatos, nagyrészt az egészségpolitikai döntések előkészítése során. A cost of disease, cost of illness és a disease burden, azaz a betegségköltség és a betegségteher elnevezéseket a szakirodalom szinonimaként használja. (Gulácsi 2011)

Főbb kérdések

Az egészségügyi technológiákra³ költött összegek szerte a világon jelentősen növekednek. Ez még gazdasági növekedés időszakában is problémákat okozhat, recesszió esetén pedig egyes országokban feszültségekhez vezet. Az egészségügy fenntartható finanszírozásának a kialakítása során célszerű megvizsgálni, hogy melyek évtizedünk legfontosabb trendjei, mit is remélünk az egyes technológiák finanszírozásától és hogyan lehet eldönteni, hogy melyiket finanszírozzuk, és melyikre ne költünk. Fontos költségvetési kérdés az is, hogy amennyiben egy diagnózis, illetve megbetegedési rizikó fennáll, mikor kezdődjék a terápia, milyen esetben kell beavatkozni, és mikor nem. Ez azért lényeges, mert az egészségügyi technológiáknak nem általánosságban van költséghatékonyságuk, hanem egy bizonyos diagnózissal, és ezen belül is egy adott állapottal összekapcsolva. Hazánkban, más hasonló országokhoz hasonlóan, az egészségügy finanszírozásának az a legnagyobb problémája, hogy nem tudjuk, az egészségügy különböző területein (ellátási szintek, betegségek) milyen haszonnal költenek a forrásokból, és hogy mekkora egészséghaszon keletkezik. Nem tudjuk, hogy az elvárható módon gyógyulnak-e a betegek, és arra sem tudunk választ adni, hogy hazánkban egyáltalán mi lenne az „elvárható”. Sok esetben az sem ismert, hogy az egyes betegségekben hányan betegszenek meg, ennek következtében a költségvetési hatás sem kalkulálható.⁴ Nem tisztázott pontosan, hogy mit „engedhetünk meg magunknak”,⁵ a finanszírozásért cserébe „mit vesz” a társadalombiztosítás, mi ennek (az egészség-nyereségnek) az egysége és hány ilyen egységet „vesz” egy átlagos döntési szituációban. Fontos kérdés az is, hogy az ország gazdasági helyzetéből következően mennyit fizethet maximum egy egységnyi (egészség)nyereségért. Lényeges annak a kérdésnek a megvizsgálása is, hogy csökkenő vagy növekvő marginális hatékonysági pályán mozog-e az egészségügy, és miért van azon a pályán, hiszen annak jelentős hatása van a döntéshozásra, hogy erre a

³ Az egészségügyi technológia: az egészségügyben használatos gyógyszerek, eszközök, terápiás és műtéti beavatkozások, valamint azon szervezeti és támogató egységek összessége, amelyen belül az egészségügyi ellátás folyik. (OTA, 1976)

⁴ Azt, hogy milyen jelentős az alapvető információk hiánya, a tanulmányban a demencia, reumatoid arthritis és a vastagbélrák példájával illusztrálhatjuk.

⁵ Erről a kérdéstről Culyer (2005) a következőképpen vélekedik: „A közpénzből finanszírozott egészségügyi szolgáltatásvásárlás esetében ez azt jelenti, hogy a más (társadalmi) programokból vagy lakossági fogyasztásból származó hasznot nagyobbban értékelik, mint az adott programból (illetve a program adott kiterjedése mellett) nyerhetőt. Ez egy olyan döntés, melynek meghozatalában a közgazdászok is részt vehetnek, feltéve, hogy elszámoltathatók és van kellő szakértelmük. Nem tűnik azonban jó ötletnek az egészségügyi közgazdászok bevonása a döntéshozásba, főleg, ha a közéletben betöltött szerepük az egészségügyi szektort érinti, mivel nem rendelkeznek sem az ilyen ítéletekhez (beleértve az értékítéleteket) szükséges legitimitással, sem azokkal a technikai ismeretekkel, amelyek ahhoz kellene, hogy a politikailag illetékeseket tanáccsal lássák el. Ebből úgy tűnhet, hogy az egészségügyi közgazdászok illetékessége normális esetben csak a szektoron belüli döntésekre vonatkozna, ahol mind a nyereség, mind a költség az életév nyereség/vesztés tükrében ítéltető meg, illetve ahol a maximalizálás és az igazságos elosztás kérdését az egészségügyben elért eredmény, a ráfordítás és a felhasznált technológia határozza meg.”

kérdésre mi a válasz. Az egészség-gazdaságtan fejlett módszertannal rendelkezik, hazánkban azonban ezeket nagyon korlátozottan használják a döntéshozatal során, s ez nagy mértékben gátolja, hogy a jelen és a jövő kihívásaira megfelelő egészségpolitikai válaszok szülessenek.⁶ Tanulmányunkban megkíséreljük bemutatni, hogy melyek azok a koncepcionális és módszertani változások, amelyek a fejlett országok jelentős részének egészségpolitikai és finanszírozási döntés előkészítési és döntéshozási folyamatait lényegesen megváltoztatták az elmúlt két évtizedben, és ebből milyen következtetés vonható le hazánkra nézve.

Célszerű-e fizetni a prosztatatarák-szűrésért, a jelenlegi módon zajló nőgyógyászati és mellrák-szűrésért, valamint a Cavintonért?

A következőkben bemutatott példák összesen több tízmilliárd forint elköltését érintik a társadalombiztosítási költségvetésből, járulékokból és adókból befolyt összegekből. Vannak közöttük olyanok, amelyek esetén nem rendelkezünk elegendő tudományos bizonyítékokkal, és ezért alkalmazását nem javasolják (prosztatatarák-szűrés), olyanok, amelyek esetén tudományos bizonyítékok állnak rendelkezésre, de a gyakorlatban nem nagyon működik, ilyen a méhnyakrák-szűrés és mellrák-szűrés. A csonttritkulás esetén a terápiák hatásosságát nagyon jó minőségű tudományos bizonyítékok támasztják alá, a finanszírozási döntés azonban ennek ellenére sem egyszerű. És végül egy olyan szer példáját mutatjuk be, amelynek klinikai hatásosságát nem sikerült bizonyítani.

Tekintsünk először néhány döntési szituációt a prosztatatarák-szűrés, a méhnyakrák-szűrés, a mellrák-szűrés és a csonttritkulás (osteoporózis) kezelésének a területéről, és nézzük meg, mit kaptunk cserébe a sokak által ismert Cavintonra elköltött tízmilliárdokért az elmúlt évtizedekben. Mindegyik területen olyan döntésekkel szembesül a finanszírozó (az állam), amelyek esetén a kérdés több milliárd Ft helyes vagy felesleges, esetleg káros hatású elköltése.

A prosztatatarák-szűrés kapcsán vizsgáljuk meg azt, hogy célszerű-e az 50–69 éves férfiak prosztatatarák szűrése PSA⁷ és DRE⁸ módszerekkel, csökkenti-e a prosztatatarák miatti halálozást. Hazánkban ezt a szűrést az Egészségügyi Minisztérium, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ANTSZ) az elmúlt két évtizedben folyamatosan népszerűsítette,⁹ és az ezzel kapcsolatos vizsgálatokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) folyamatosan finanszírozta. Randomizált kontrollált klini-

⁶ Hazánkban 2004-ben elkezdődött az ehhez szükséges szakmai és döntéshozási háttér kialakítása, létrejött az Egészségügyi Technológia Értékelő Bizottság (Országos Egészségbiztosítási Pénztár), az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet és ezen belül a Technológia-értékelő Iroda.

⁷ PSA – prosztata specifikus antigén (laboratóriumi vizsgálat vérmintából)

⁸ DRE – digitális rektális vizsgálat (manuális végbél vizsgálat)

⁹ Ezen intézmények honlapjain megtalálhatók voltak a prosztatatarák-szűrés kampányok információi.

TANULMÁNYOK

kai vizsgálatok¹⁰ és meta-analízisek¹¹ állnak rendelkezésre ezen a téren, amelyek eredményei azonban ellentmondóak. A legújabb kutatások azt mutatják, hogy a szűrés eredményeképpen a halálozás rizikója valamelyest csökkenthető, például Schröder (2009) és munkatársai ERSPC¹² eredményei¹³, ennek mértéke azonban az egyes vizsgálatok szerint nagyon eltérő – az elemzések egy része szerint közel zéró. Az elemzések, meta-analízisek konfidencia intervallumai magukban foglalják, vagy nagyon megközelítik a beavatkozás hatástalanságát mutató „1”-es értéket, amely azt mutatja, hogy ezt a szűrést nem célszerű alkalmazni a gyakorlatban. Mindemellett meg kell állapítani, hogy az egyes metaanalízisek eltérő eredményre vezettek. (Pineda 2010, Robol és munkatársai 2011) Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy a szűrés eredményeképpen kapott nagy számú álpozitív diagnózis¹⁴ növeli az eszközös szövettani mintavételek (biopsziák) számát, amelyek szükségtelen terápiás beavatkozásokhoz vezethetnek, növelik a vizelettartási elégtelenség (inkontinencia), impotencia rizikóját, amely a betegek életminőségének jelentős csökkenéséhez vezet. A viták egyrészt arról folynak, hogy a PSA és DRE alkalmazásával folyó szűrés csökkenti-e a betegség-specifikus- vagy összmortalitást, megnöveli-e az élettartamot, illetve arról, hogy az alkalmazott teszt jelentős álpozitivitása miatt elvégzett, szükségtelen beavatkozások okozta negatív hatások által létrejött életminőség csökkenés mennyivel csökkenti az elérhető egészség-hasznot, illetve esetleg ezek a jelentősebbek és az összehatás negatív. Az eredmények alapján mérvadó szakmai szervezetek a szűrés ellen foglalnak állást. (Djulbegovic és munkatársai 2010) Ezek közé tartozik például az Egészségügyi Világszervezet (Davidson és munkatársai 2004), a Center for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁵, The Health Council of the Netherlands Hollandiában (van Rossum és munkatársai 2010), illetve a US Preventive Services Task Force jelenleg is érvényes irányelvében (AHRQR 2008).

Nem célunk a „pro és kontra” érvek részletes bemutatása ebben a tanulmányban. Célunk az, hogy felhívjuk a figyelmet arra, hogy amíg

¹⁰ Randomizált kontrollált klinikai vizsgálat: epidemiológiai módszer, amely új terápiás vagy preventív beavatkozások klinikai hatásosságának és biztonságosságának elemzésére szolgál. Ennek során a vizsgálatban részt vevő populáció tagjait random választják ki és sorolják csoportokba. Rendszerint terápiás és kontroll csoportokat alakítanak ki és ezeket hasonlítják össze az elemzés tárgyát képező beavatkozás és a kimenet szempontjából. A véletlen határain belül a randomizált kiválasztás biztosítja, hogy a terápiás és a kontroll csoport más, külső körülmények kizárásával összehasonlítható legyen egymással.

¹¹ Meta-analízis: az azonos kérdésekre választ kereső klinikai vizsgálatok numerikus eredményeinek a statisztikai szintézise, segítségével a rendelkezésre álló tudományos eredmények szintézisét nyerhetjük.

¹² 1068 férfit kell szűrni és 48-at kezelni (Schröder és munkatársai 2009), illetve egy másik kutatás eredménye szerint 1410 férfit kell szűrni és 48-at kezelni ahhoz, hogy 1 prosztatarák halálozás elkerülhető legyen (Pineda, 2010), a hatás először ezt követően 8,8 illetve 7 év múlva mutatható ki.

¹³ Wever és munkatársainak (2011. március) tanulmánya szerint az alkalmazott modellezési módszertan miatt az ERSPC vizsgálat során kimutatott halálozás csökkenés értéke jelentősen túlbecsült.

¹⁴ Schröder és munkatársai (2009) 50 százalékról számolnak be.

¹⁵ http://www.cdc.gov/cancer/prostate/basic_info/screening.htm

egy népegészségügyi szempontból fontos területen, amelyek közé a prosztaták problémaköre beletartozik, az elmúlt 20 évben nem csökkenő intenzitású szakmai vita folyik, addig nem célszerű azt a gyakorlatban szűrővizsgálatként alkalmazni. Meg kell említeni azt is, hogy az egyes források szerepe és felelőssége is jelentősen eltérő. A tudományos szakcikkek szerzői tudományos kutatók, akik a kutatás során felmerült hipotéziseket vetik el vagy támasztják alá. Abban semmi meglepő nincs, hogy az eltérő célú, eltérő kiinduló pontú, eltérő faktorokat eltérő módon figyelembe vevő vizsgálatok eltérő eredményre vezetve tudományos vitákat gerjesztenek. Az egészségpolitikai és finanszírozási javaslatok, döntések pedig az egészségügyi, népegészségügyi gyakorlat számára fogalmazzák meg – anyagi, erkölcsi – felelősséggel járó, követendő gyakorlatot. Ez utóbbiak természetesen nem tudnak reagálni egy-egy új, az előzőkkel kisebb vagy akár nagyobb kérdésekben is eltérő eredményekre azonnal – különösen nem egy olyan területen, ahol már 20 éve folyik a vita. Ezek a szervezetek az egyetértés, szakmai konszenzus és fontos információ hiányát állapítják meg, azzal a konklúzióval, hogy addig nem célszerű ezt a szűrést javasolni, amíg nem sikerül ezeket a kérdéseket megnyugtatóan megválaszolni. Az AHRQR más irányelvekhez hasonlóan nem vonja kétségbe ennek a szűrésnek a jogosultságát, hanem azt állapítja meg, hogy nem rendelkezünk elegendő információval a kérdés megválaszolásához, és ezért azt nem támogatja,¹⁶ hasonlóan vélekedik a National Cancer Institute¹⁷ is. Ez az álláspont azt is kifejezi, hogy amennyiben lényeges új tudományos bizonyítékok merülnek fel, a kérdést ismét meg kell vizsgálni, és ha a bizonyíték meggyőző, ezzel ellentétes döntés is születhet.

Vannak tudományos bizonyítékokkal alátámasztottan hatásos szűrések is, például a méhnyakrák- és a mellrák-szűrés. Ezek a szűrések a nemzetközi szakirodalom szerint annyiban költséghatékonyak, amennyiben a célcsoport 70–80 százaléka rendszeresen részt vesz a szűrésen. Ezen szűrések bevezetése során hazánkban a szűrési célokat a következőképpen határozták meg: „Az emlőrák-szűrés tekintetében a cél olyan szolgáltató rendszer kialakítása volt, amely képes a korcsoportba tartozó nők 80 százalékát rendszeresen átszűrni.” Méhnyakrák-szűrés esetén is hasonló cél fogalmazódott meg, amelyhez a szükséges infrastruktúra is rendelkezésre állt: „A feladat ellátására kellő számú és színvonalú citológiai laboratórium áll rendelkezésre.” (Kovács és munkatársai 2007/a) Ennek ellenére a célcsoport 5-8 százaléka jelenik meg a szűréseken, azaz az átszűrtség¹⁸ meg sem közelíti a költséghatékonyági sávot. (Bonczi és

¹⁶ „Recommendations: Current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for prostate cancer in men younger than age 75 years”.

¹⁷ „When faced with data that could be interpreted as neither strongly supportive nor decidedly unfavorable, it is natural that health-care providers and their patients might not substantially alter their practices in regard to PSA screening,” Siu-Long Yao and Grace Lu-Yao, of the Cancer Institute of New Jersey, *Journal of the National Cancer Institute*, news release, Feb. 24, 2011

¹⁸ A szerzők egy része összevonja az „átszűrtség” (a céllakosságból szűrési célú vizsgálaton részt vettek aránya – ASZ 2008 és az „átvizsgáltság” fogalmát a céllakosságból diagnosztikus célú vizsgálaton résztvevők aránya (ASZ 2008). Ez szakmailag helytelen és a

TANULMÁNYOK

munkatársai 2007). Magáról a szűrésről az ÁNTSZ vezetői is megállapítják, hogy ez hazánkban nem működik. (Kovács és munkatársai 2008) Hasonlóak a problémák a mellrák-szűrés területén is, ahol az átszűrtség 37,2 százalékos volt, ami szintén igen messze van a költség-hatékonysági sávtól. (Kovács és munkatársai 2007/b) Az Állami Számvevőszék 2008-as jelentésében igen komoly aggályokat fogalmazott meg azzal kapcsolatban, hogy nem lehet megállapítani, hogyan hasznosultak az onkológiai szűrésekre költött milliárdok. (ÁSZ 2008)

Sok milliárd Ft-os következményű döntési kérdésekben bővelkedik a csonttritkulással összefüggő csonttörések (csípőcsonttörés, csigolyatörés, csuklótörés) területe is. Több tízezer embert érint (Péntek és munkatársai 2008) és igen jelentősek a költség-konzekvenciák; a törések ellátása és a gyógyszeres terápia is többmilliárdos tétel évente. Jelenleg már rendelkezünk hatásos, a törési rizikót csökkentő gyógyszerekkel, jó minőségű klinikai vizsgálatok alapján egyértelműen kevesebb törés következik be a terápiát alkalmazó betegek körében, beleértve a magas halálozási kockázatú, illetve jelentős életminőség csökkenést okozó csípő- és csigolyatöréseket is. Az orvosi és finanszírozási kihívást elsősorban a csonttörésben veszélyeztetett egyének kiválasztása jelenti. Az elmúlt évtizedekben a csontsűrűség mérésén alapult a terápia indítása. Követésem vizsgálatok alapján kiderült azonban, hogy a törések megközelítőleg fele olyan betegeken következett be, akiknél a csontsűrűség mérés nem igazolt csonttritkulást. Ráadásul sok ember, akinél a méréssel csonttritkulás igazolható, sosem szenved el törést élete folyamán, tehát felesleges betegnek nyilvánítani és éveken, évtizedeken át gyógyszerrel kezelni őket. A törési esélyt ugyanis jelentősen befolyásolják a csontsűrűségen kívül egyéb tényezők is (pl. volt már törése, vékony testalkatú, dohányzik, szülőknek volt csípőtörése stb.).

Az elmúlt években olyan törési rizikó-becslő módszert alakítottak ki, amely használatával meghatározható a betegek 10 éves abszolút törési rizikója. (Péntek és munkatársai 2010) Egy csípőcsont törés 10 éves esélye lehet 1% vagy 40% is, attól függően, hogy az illető hány éves, volt-e már korábbi törése, kap-e szteroid terápiát és így tovább. Attól függően, hogy a gyógyszeres terápia¹⁹ azoknál indul, akiknek a rizikója 0 százalékos vagy 25 százalékos, az 1 egészségben eltöltött életév nyereség (1 QALY²⁰)

terület vezető szakemberei is ez ellen a gyakorlat ellen foglaltak határozottan állást: „Mint láttuk, az »átszűrtség« és az »átvizsgáltság« adatai összemosódnak, ennek következtében a szűrőprogram teljesítménymutatói torzítottak. Az OEP adataiból kitűnt, hogy jelentősen több »diagnosztikus« mammográfiás vizsgálat történik, mint amennyit szűrési kód alatt regisztrálnak. Ennek egyik oka, hogy a képalkotó mellfelvétellel képes munkahelyek számában, különösen a városokban, túlkínálat van. Ennek következtében számos olyan radiológiai munkahely is vizsgál panasz- és tünetmentes asszonyokat, akik nem tanúsították megfelelőségüket a szűrési mammográfia végzésére, ezért kívül rekedtek a népegészségügyi mellszűrés céljára kialakított »hálózaton«. Ezeket a »jogosítvány«, azaz minőségi garanciák nélküli munkahelyen végzett »bújtatott mellszűrések« avagy »butikszűrések« nem veszélytelenek, és alkalmasak a szűrőprogram hitelének csorbítására.” (Bonczi és munkatársai 2008)

¹⁹ A stroncium-ranelát költség-hatékonysága különböző csípőtörés kockázatú, 74 éven felüli OP (csonttritkulás) betegek között, akiknél másodvonalbeli kezelést kezdett a kezelőorvos.

²⁰ QALY – Quality Adjusted Life years – életminőséggel korrigált életév – részletesebben lásd később.

költsége 4,7 és 2,4 millió Ft között mozog. (Brodszky és munkatársai 2010) Kérdés az, hogy hazánkban mi az a rizikószint, amikor a terápia elkezdődjék – az orvosi és a finanszírozási szempontok egyaránt mérlegelendők. Az OEP 2010. július 1-jén hatályba lépett finanszírozási protokollja a csontritkulás kezeléséről nők esetén megköveteli a csontsűrűséggel igazolt csontritkulás mellett már legalább 1 rizikófaktor meglétét a tb finanszírozott gyógyszeres kezeléshez. (<http://www.oep.hu>) Ez a megközelítés pozitív előrelépésnek tekinthető a törési rizikócsoport kiválasztásában. Azonban abszolút törési rizikóra lefordítva a protokoll kitételeit azt látjuk, hogy életkortól és klinikai paraméterektől függően már 5 százalékos törési rizikótól terápiára kerülhetnek a betegek. A finanszírozói protokoll a költséghatékonyságot szem előtt tartva előtérbe helyezi az alacsony gyógyszerköltségű, szájon át szedhető, többségében generikus gyógyszerek adását („Törekedni kell a költséghatékonyság figyelembevételével az orális kezelésre”). A drágább készítményeket pedig csak akkor lehet adni, ha a beteg ezeket nem tolerálta vagy hatástalan volt a kezelés. A csontsűrűség érték rosszabbodása is elfogadott hatástalansági bizonyíték a protokoll szerint, azt azonban nem állapítja meg, minimum mekkora csökkenésnek (0,1? 0,5? 1,0?) kell bekövetkeznie egy év alatt. Ezért jelen formájában a protokoll valójában jelentősen különböző törési kockázat-növekedés esetén teszi lehetővé a drágább terápiákra való átállást. (Péntek 2010)

És végül nézzük a sokak által ismert, a memória javítása céljából szedett Cavinton²¹ példáját. Hazánkban ezt a szert évente milliárdos tételben finanszírozta az OEP, annak ellenére, hogy hosszabb ideje ismert, hogy a szer klinikai hatásossága nem bizonyított, és mérvadó szakmai fórumok²² sem javasolják terápiás célra. A vinpocetine (a Cavinton hatóanyaga) demenciában szenvedő betegekre gyakorolt jótékony hatását mutató tudományos bizonyítékok sem meggyőzőek, és nem támasztják alá a készítmények klinikai használatát. (Bereczki és munkatársai 1997, Szatmári és munkatársai 2003) A Budapesti Corvinus Egyetem a Pénzügyminisztérium felkérésére készített tanulmányában már 2005-ben felhívta a figyelmet arra, hogy a Cavinton klinikailag nem hatásos, így évente 2,5–3,0 milliárd Ft átcsoportosítható anélkül, hogy ebből bárkinek kára származna. (Gulácsi és munkatársai 2005) Ennek a gyógyszernek a finanszírozására az elmúlt két évtizedben több tízmilliárdot költött az OEP, valószínűleg anélkül, hogy ebből bárkinek egészséghaszna származott volna (a gyógyszerre 2007–2009-ben az OEP 4,3 milliárd forintot költött, a lakossági térítés pedig 3,1 milliárd Ft volt – a teljes költség 7,4 milliárd Ft volt). A Cavinton támogatása 2006-tól csökkent, 2006-ban 70 százalékos lett az OEP támogatás, amely 2007. januártól 55 százalékra módosult, míg 2009 áprilistól (jelenleg is) 25 százalékos²³ a társadalombiztosítási támogatás²⁴, ennek következtében a társadalombiztosítás kiadása 2010-

²¹ Ebben a paragrafusban a Cavinton tablettáról beszélünk.

²² Cochrane Collaboration

²³ A csökkenő társadalombiztosítási tendencia pozitív lépésként értékelendő, meg kell jegyezni azonban hogy hatástalan gyógyszer esetén tudományosan a 25 százalékos támogatás is indokolhatatlan.

²⁴ Injekció csak egészségügyi szolgáltatók részére adható ki, ebben az esetben szer a

TANULMÁNYOK

ben 650 millió forintra mérséklődött²⁵. Ez a gyógyszer csak egy példa a forrás-átcsoportosítási lehetőségekre, olyan gyógyszerek esetén, amelyek nem rendelkeznek megfelelő tudományos bizonyítékokkal a klinikai hatásosságukat illetően.

Beavatkozások és a várható eredmények

Találhatunk tudományos tényekkel alá nem támasztott finanszírozási illúziókat is az egészségüggyel kapcsolatosan. A közgazdászok egy része szerint nemcsak az az alapvető kérdés, hogy miként biztosítható a hozzáférés a dráguló modern orvosi technológiákhoz, hanem az is, hogy miként adható prioritás a költségcsökkentő technológiáknak²⁶. Ezek között többször említik a megelőzés különböző formáit, például a dohányzásról való leszokást és a testsúlycsökkenést. (Baal és munkatársai 2008, Brouwer 2009) Az említett népegészségügyi programoktól azt várják, hogy csökkentsék az egészségügyre fordítandó költségeket. A szakirodalom egyértelműen azt mutatja, hogy mind a különböző terápiákkal elérhető legtöbb elsődleges megelőzés, mind a testsúlycsökkentés, a dohányzásról való leszokás egyértelműen egészségügyi költségnövelő hatású, hiszen a lakosság átlagos élettartama megnő²⁷. Itt nem arról van szó, hogy ezek nem támogatandó, nem kívánatos eredmények, hanem arról, hogy társadalmi szinten növelik az egészségügy költségét. Ma már a védőoltások esetében sem a „klasszikus”, olcsó védőoltásokra kell gondolnunk. Az elmúlt évtized új védőoltásai gyakran 60–80 000 euró/QALY költséghatékonyaságú beavatkozások, amelyek esetében a többi egészségügyi technológia vizsgálatához hasonlóan egészség-gazdaságtani elemzések eredményei szükségesek a döntésekhez. (Bos és munkatársai 2003, Melegaro és munkatársai 2004)

Az egészségügyi technológiák finanszírozása

Az eddigiekben három példát vizsgáltunk, amelyek három különböző döntési szituációt reprezentálnak.

kórházi finanszírozásból kerül megvételre, tehát 100 százalékban a társadalombiztosítást terheli.

²⁵ Emellett a társadalombiztosítási támogatás mellett a lakosság 1,95 milliárd Ft-ot költött el önrészként 2010-ben a patikákban – a költség összesen társadalmi nézőpontból 2,6 milliárd Ft volt.

²⁶ A hozzáférhető hazai publikációk szerzői nem specifikálják azt, hogy melyek a „költségcsökkentő technológiák”.

²⁷ A lakosság átlagos élettartamának növekedése még önmagában nem növeli az egészségügyi kiadásokat, csak, ha a nem egészségben töltött időszak növekszik meg – az empirikus adatok erre utalnak.

Nincs bizonyított klinikai hatás – nem célszerű finanszírozni

A Cavinton példája jól tükrözi azt a gyakorlatot, amikor egy, a társadalombiztosításba egyszer már bekerült szer jó eséllyel akkor is ott maradhat, ha egyébként ismert lesz, hogy a szer klinikai hatásosságát nem sikerült bizonyítani, illetve ha jobb költség-hatékonyságú szer is rendelkezésre áll. Évtizeddel ezelőtt hasonló volt a gyakorlat más, fejlett országokban is. Az a gyógyszer, amely egyszer a társadalombiztosítás²⁸ által befogadásra került, jó eséllyel sokáig ott is maradt. A társadalombiztosítási támogatási listáról való levétel esetleges, lassú és bizonytalan volt. Napjainkban folyamatosan ellenőrzik a támogatott gyógyszerek listáját, és amelyek nem bizonyultak hatásosnak, illetve amelyeknél már hatásosabb, illetve költség-hatékonyabb szer is van, azt leveszik a listáról, és ez a fenntartható gyógyszer-finanszírozás alapja.

Van valamilyen klinikai hatás, de a pozitív és negatív hatások eredője bizonytalan

A prosztatarák-szűrés azt az egészségügyben elég gyakran előforduló esetet példázza, amikor az adott szolgáltatásnak van valamekkora, bizonytalanul kimutatható eredménye, ezt azonban a negatív következmények és a költségesség ellensúlyozzák. Sőt, az egész kimenetet negatívvá tehetik, emiatt az adott szolgáltatást közpénzen, illetve alap-ellátási csomag²⁹ részeként nem javasolják, és nem is finanszírozzák. Hazánkban³⁰ a szűréssel kapcsolatos teszteket, vizsgálatokat az OEP finanszírozza³¹. Meg kell említeni, hogy szerte a világon sok férfi veszi igénybe ezt a szűrést,³² többnyire olyanok, akik tartanak a prosztataráktól. Hollandiában például a 39 év feletti férfiak 14%, illetve a 64 éven felüli férfiak 28 százaléka csináltatja meg a PSA tesztjét, a saját döntése alapján, ők azonban minden esetben fizetnek ezért a szolgáltatásért. (van Rossum 2010)

Van bizonyított klinikai hatás, viszont az egyes betegcsoportokban a terápia költség-hatékonysága nagy mértékben eltérő

Sok embert érintő, sok milliárd forint költségű terület a csonttritkulás terápia, amelynek célja a sokszor nagyon súlyos (esetleg halálos) követ-

²⁸ illetve más finanszírozó befogadta.

²⁹ Alap-ellátási csomag: annak a pontos leírása, hogy a biztosított milyen szolgáltatások igénybevételére jogosult és milyen paraméterek mellett – például struktúra-, folyamat- és kimenet-minőség, hozzáférhetőség, várakozási idő, gyakoriság, önrész mértéke. Hazánkban ez nincs meghatározva.

³⁰ <http://daganatok.hu/20080910-prosztata-napok-oroszagszerte-szuressel>

³¹ A hazai adatok (OEP) alapján nem lehet megmondani, hogy hány esetben került sor PSA meghatározásra szűrés és hány esetben más célból (például a terápia monitorozása).

³² A szűrést nem szervezett szűrés keretében veszik igénybe.

TANULMÁNYOK

kezményekkel járó csonttörések megelőzése. Ezen a területen rendelkezésre állnak bizonyítottan jó klinikai hatásosságú gyógyszerkészítmények. A különböző csonttörés rizikójú betegek esetén nagyon eltérő azonban a költség-hatékonyság. Nem mindegy, hogy valakinek a következő 10 évben hány százalékos eséllyel törik el a csípőcsontja. Annak megállapítása, hogy a finanszírozás szempontjából is megengedhető³³ terápia hol, milyen százalékos rizikójú betegeknél kezdődjön, nem orvosi és nem is egészség-gazdaságtani kérdés. A finanszírozásról való döntés az egészség-politika feladata, amennyiben a finanszírozó a társadalombiztosítás.

A példák remélhetően jól tükrözik az egészségügyi szolgáltatások biztosítása és finanszírozása terén, a fejlett országok jelentős részében lezajlott koncepcionális és módszertani változásokat.

Ezeknek a változásoknak a lényege a következőképpen foglalható össze:

– Az új (vagy „rég”) technológia (legyen az szűrés vagy gyógyszer) klinikai hatásosságát³⁴ tudományos bizonyítékoknak kell alátámasztaniuk. Amennyiben ez hiányzik, akkor az a szolgáltatás nem részesül (társadalom)biztosítási támogatásban. Példáink közül idetartozik a PSA prosztatarák-szűrés, amelynek klinikai hatásossága bizonytalan, illetve a haszon-, azaz egészségnyereség mértéke is kérdéses. Ide tartozik továbbá a Cavinton (és a hasonló gyógyszerek), amely(ek) klinikai hatásosságát nem sikerült tudományos bizonyítékokkal alátámasztani.

– Az új (vagy „rég”) technológiának hatékonynak³⁵ és költség-hatékonynak kell lennie. A Cavinton esetében nem beszélhetünk sem hatékonyságról³⁶, sem költség-hatékonyságról, hiszen ennek előfeltétele a klinikai hatásosság bizonyítása. A PSA prosztatarák-szűrés esetén klinikai hatásosságról talán beszélhetünk, a módszer korlátai miatti álpozitív esetek nagy száma azonban ezt a szűrést problematikusá teszi és a becsült költség-hatékonysága is kedvezőtlen. A nőgyógyászati és mellrák-szűrésről a tudományos bizonyítékok azt mutatják, hogy a megfelelő szűrési programok csökkenthetik ezeken a területeken a halálozást, hiszen a klinikai hatásosság bizonyított. A gyakorlatban elért eredmény, azaz a ráfordított finanszírozás hasznosulása az ÁSZ jelentése szerint

³³ A megengedhetőség/finanszírozhatóság fogalomra nem létezik közgazdasági meghatározás. Néha a szolgáltatásvásárlási tervek feletti ellenőrzés kifejezésére használják, s általában a „nem engedhetjük meg magunknak” tagadásban nyilvánul meg. A szó jelentése inkább azon döntésre vonatkozik, hogy valamit nem „éri meg” megvásárolni. A közpénzből finanszírozott egészségügyi szolgáltatásvásárlás esetében ez azt jelenti, hogy a más (társadalmi) programokból vagy lakossági fogyasztásból származó hasznot nagyobb értékkel, mint az adott programból (illetve a program adott kiterjedése mellett) nyerhetőt.

³⁴ Klinikai hatásosság: ideális körülmények között például randomizált kontrollált klinikai vizsgálatok során mérhető hatás.

³⁵ Hatékony: az adott körülmények között, az adott országban és praxisban a gyakorlatban mérhető hatás/eredmények.

³⁶ Ebben az esetben klinikai hatásosságról sem beszélhetünk.

hazánkban nem határozható meg, ismeretlen a minőség³⁷ is. Sem a szolgáltató, sem a finanszírozó nem gyűjt olyan adatokat, amelyek alapján ez a kérdés megválaszolható lenne. A fejlett országok egyre nagyobb részében a szolgáltatás minőségét adatokkal kell bizonyítani, ez a finanszírozás feltétele. (Gulácsi és munkatársai 2005 és 2007) Ezen szűrések esetén a programok csak akkor költség-hatékonyak, ha a célcsoport 70-80 százaléka rendszeresen eljár a szűrésre, ám, amint láttuk, hazánkban nem ez a helyzet. A csonttritkulás kezelése klinikailag bizonyítottan hatásos, a költség-hatékonyság pedig attól függ, hogy milyen csonttörés rizikójú betegeket utalnak terápiára. Gazdagabb országokban kisebb rizikó, szegényebb országokban nagyobb rizikó esetében kapják meg a betegek ezt a csonttörés prevenció célú, gyógyszeres terápiát. (Tosteson és munkatársai 2008)

– Folyamatosan elemzik a gyógyszereket és más technológiákat, a nem megfelelő hatásosságukat és költség-hatékonyságukat leveszik a támogatott gyógyszerek listájáról.

Az egészségügy által nyújtott szolgáltatások eredménye: az egészség-nyereség

A gazdaság más területeihez hasonlatosan az egészségügyben is mérhető az eredmény, azaz az elért egészségnyereség, amelynek mércéje, egysége van. Az is kifejezhető, sőt kalkulálható, hogy egy egységnyi nyereséget mekkora források felhasználásával vagyunk képesek elérni. A koncepció hasonló például az autópálya építéssel kapcsolatos gondolkodáshoz, azaz el kell határozni, hogy hány kilométer pályát engedhetünk meg magunknak³⁸, hol legyen a pálya, és mennyit vagyunk hajlandók fizetni 1 km pályaszakasz elkészüléséért, valamint milyen konstrukcióban. Az egészségügyben ez így hangzik: mennyi egészségnyereséget kívánunk realizálni³⁹, mennyit vagyunk hajlandóak-képesek adni ennek egy egy-

³⁷ Tegyük fel, 100 olyan nő megy el szűrésre, aki rákos megbetegedésben szenved, de nincs tünete. Egyetlen szűrés sem 100 százalékos, mindig vannak olyan nők, akik esetében a szűrés negatív, azaz nem mutatja ki a betegséget, pedig a betegség – jelen esetben a rák – fennáll. Ezekben az esetekben a következő szűrés vagy kimutatja időben a betegséget, vagy nem. A fejlett országok egy részében a szűrőállomások és orvosok szintjén dokumentálják az arányokat, amelyek értékelése csak pontos követéssel lehetséges, hiszen ez esetlegesen csak évek múlva derül ki. Van egy cél „megtalálási százalék”, amelynek elérését folyamatosan monitorozzák – ez a folyamatos követés a szűrővizsgálatok fontos része. Hazánkban ilyen adatok a szolgáltatók és orvosok szintjén nem állnak rendelkezésre (még országos szinten sem), ráadásul a szűrési és diagnosztikus tevékenységek keverednek – ld. „butikszűrések” –, ezért nem tudható, hogy az egyes szűrő (és diagnosztikai) centrumok milyen minőségben dolgoznak, azaz 100 biztosan rákos nő közül hány esetben sikerült diagnosztizálni a betegséget.

³⁸ Nem arról van szó, hogy mennyit szeretnénk, hanem hogy ennyit engedhetünk meg magunknak.

³⁹ Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a fejlett nyugat-európai országokhoz képest mennyi egészség-deficitet kívánunk megszüntetni.

TANULMÁNYOK

ségért⁴⁰, kinek és milyen feltételek mellett. Az egészségügyi szolgáltatók célja egészségnyereség elérése, azaz kettős a cél: az élettartam meghosszabbítása és az életminőség javítása. A terápia eredményességének megítélése a beteg által megélt, szubjektív észleléseket is magába foglaló hatások vizsgálatával lehet csak teljes. Ezért a különböző terápiák közötti választásnál a biológiai paraméterek várható változásán kívül a beteg életminőségére gyakorolt hatásokat is figyelembe kell vennünk. Az életminőség mérésére az elmúlt két évtizedben számos általános és betegség-specifikus mércét dolgoztak ki. Az életminőség mérése meghatározó jelentőségű a finanszírozási döntések során is. Európában finanszírozási célból a legelterjedtebb az életminőséggel korrigált életéven (Quality Adjusted Life Year, QALY) alapuló ún. QALY⁴¹ módszer alkalmazása, azaz a finanszírozó attól függően támogat vagy sem egy adott gyógyszert (vagy más egészségügyi technológiát), hogy milyen költségen tud az adott szer 1 jó egészségben eltöltött életévet, ún. minőségi életévet elérni (költség/1 QALY, általában rövidítve használják, a továbbiakban mi is ezt követjük: költség/QALY). (Culyer 2005; Péntek 2010) Ugyancsak lényeges, hogy egy-egy finanszírozói döntés során⁴² átlagosan hány minőségi életév, azaz QALY vételének lehetőségéről beszélünk. Ez a szám átlagosan 0,08–0,09 QALY/beteg (SD 0,11), azaz átlag 29–33 jó egészségben eltöltött nap betegenként, amely az egyes esetekben 0,001–24,2 QALY (minimum: <1 nap, maximum: 24,2 év jó egészségben) között változott 1995–2009 között. (Greenberg és munkatársai 2009 és 2010) Ez az átlagos életminőséggel korrigált életévnyereség az 1995–2009 között publikált költséghatékonysági vizsgálatok⁴³ eredményeinek elemzése során adódott. Ebben a regiszterben 781 költséghatékonysági elemzés adatai találhatóak, ez a 0,08–0,09 QALY/beteg az átlagos nyereség, amely egy vizsgált terápiás beavatkozás eredményeképpen egy betegnél várható. ⁴⁴A fejlett biotechnológia korában nem tartható fenn az eddigi paradigma, amely szerint a gyógyszeres terápiák sok ember esetén eredményeztek kevés egészségnyereséget („sokaknak keveset” paradigma). Napjaink tendenciája egyértelműen a „keveseknek sokat”, ez utóbbit nevezik személyre szabott

⁴⁰ Ez azt jelenti, hogy mennyit fizethet a társadalombiztosítás egy életév, azaz egy élet megmentéséért, és hol van az a költség-szint, amely felett lemondunk a beteg megmentéséről.

⁴¹ QALY – Quality Adjusted Life Year

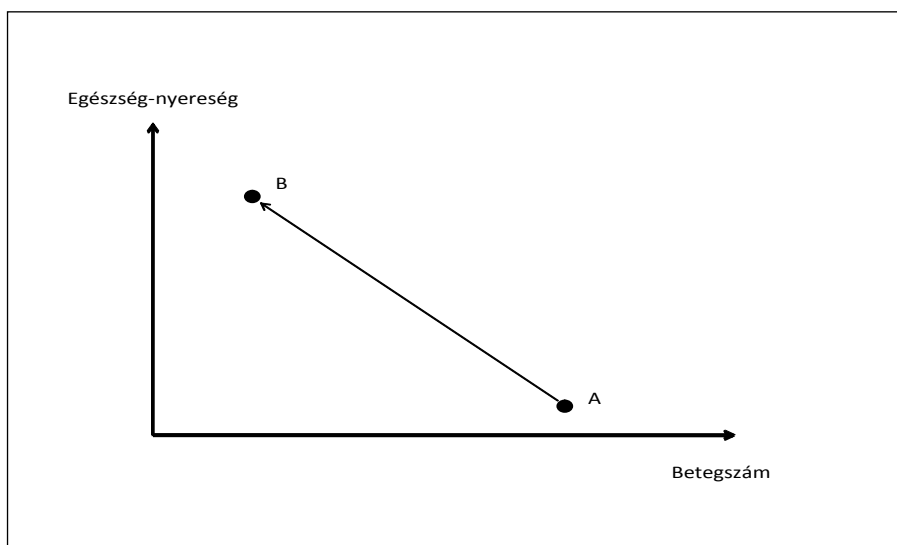
⁴² A finanszírozási döntések során egy egészségügyi technológia (gyógyszer, vizsgálat, beavatkozás) finanszírozásáról („igen”, „nem”, illetve „igen de feltételekkel”) és annak mértékéről (százalékos támogatás – mennyit térít a biztosító és mennyit térít az egyén), illetve a költségvetési hatásról (hány ember számára finanszírozzák) döntenek.

⁴³ Ezek a költség-hatékonysági vizsgálatok megtalálhatók: Tufts Medical Center Cost Effectiveness Registry (www.cearegistry.org)

⁴⁴ Ez többek között azért is lényeges, mert az egészség-nyereség hasznossága és az egészség-nyereséggel kapcsolatos fizetési hajlandóság (willingness to pay, WTP) erősen függ attól, hogy mekkora egészség-nyereségről van szó. A WTP nagyobb, 1 QALY-hoz közelítő értékek esetén, ezzel szemben a WTP jelentősen magasabb, ha kisebb egészség-nyereségről van szó. Azaz, ha a példa kedvéért feltételezzük azt, hogy a WTP az 1 QALY esetén mondjuk 20 ezer euró, akkor 10 szer 0,1 QALY (ami szintén 1 QALY) esetén a WTP akár 100 ezer euró is lehet.

orvoslásnak⁴⁵. (1. ábra) Nem arról van szó, hogy kevesebb ember részesül a terápiában, hanem arról, hogy egy bizonyos terápiában részesül kevesebb beteg, miközben az egészség-nyereség nagyobb, azaz a nyereség több életminőséggel korrigált életév (QALY). Az, hogy egyre több gyógyszer egyre kevesebbeknek egyre több egészség-nyereséget hoz, egyértelműen és igen jelentősen és hosszútávon is költség-növelő hatású tendencia az egészségügyben.

1. ábra Paradigmaváltás: a „sokaknak keveset”-től a „keveseknek sokat” felé



Egészségügyi szolgáltatások vásárlása, finanszírozási küszöb

Az elmondottak alapján a finanszírozó az egyes országokban eldönti, hogy egy-egy gyógyszert adott megbetegedés adott fázisában milyen költség/QALY értékkel hajlandó finanszírozni, társadalombiztosítási támogatásban részesíteni, azaz „befogadni”. Ehhez a finanszírozói döntéshez nem elegendő az, hogy az adott gyógyszer gyógyszerhatósági (FDA⁴⁶, illetve Európában EMA⁴⁷) regisztrációval és piacra lépési engedéllyel rendelkezzen. Egyrészt azért, mert ezeket az engedélyeket az egyes gyógyszerek anélkül is megkaphatják, hogy pontosan tudni lehetne, milyen és mekkora – a kezelőorvos, a beteg és a finanszírozó számára fontos – hatással járnak. A regisztrációval rendelkező gyógyszerek nagy többségéről nem lehet tudni, hogy jobbak-e, mint a már a piacon lévő gyógyszerek. Jól mutatja ezt, hogy 2008-ben az FDA által regisztrált gyógyszerek esetén 2 százalékos, az EMEA esetén 20 százalékos volt a superiority

⁴⁵ personalised medicine

⁴⁶ US Food and Drug Administration – amerikai gyógyszerügynökség

⁴⁷ European Medicines Agency – európai gyógyszerügynökség

TANULMÁNYOK

vizsgálatok⁴⁸ aránya. A többi gyógyszernél a gyártó megelégedett azzal, hogy megkísérelte bizonyítani: az új gyógyszer klinikai hatásossága jobb a placeboénál (50% a regisztrációknak placebo kontrollált) és/vagy nem rosszabb a már piacon levő versenytársánál. A finanszírozó preferenciája jelentősen eltér(het) a regisztrációs eljárástól. Egyre inkább megköveteli például azt, hogy a befogadásra váró gyógyszer hatásosabb legyen a már finanszírozottnál, vagy ugyanolyan hatásos, de olcsóbb – különben köszöni szépen, de „nem kéri”, azaz nem finanszírozza az adott gyógyszert.

A nemzeti jövedelemtől függően nagyon különböző az az összeg, amelyet az egységnyi haszon (például 1 életminőséggel korrigált életévnyereség, azaz 1 QALY) elérése érdekében az adott ország el tud költeni. Belátható, hogy ezen a téren más a döntési helyzete egy olyan országnak, ahol az egy főre jutó jövedelem igen magas, mint egy alacsony egy főre eső jövedelemmel rendelkező országnak. Egyes fejlett országokban az egy jó minőségű életévnyereségre eső költség implicit vagy explicit módon meghatározott. Az egy jó minőségű életévnyereségre eső költségszint, amit az adott országban megfelelőnek tartanak, és amely költségszint alatt általában javasolják az adott eljárás vagy gyógyszer finanszírozását. Ez az összeg 20 ezer euró Hollandiában, 20–30 ezer font az Egyesült Királyságban⁴⁹. Svédországban a 30–50 ezer euró/QALY közötti sávban az adott technológia finanszírozása általában javasolt, 50–70 ezer euró/QALY esetén az adott technológia finanszírozásának indokoltságát több oldalról is nagyon alaposan megvizsgálják, míg 70 ezer euró/QALY felett általában nem finanszírozzák az adott technológiát. Kanadában ez a határ 50 ezer kanadai dollár (ahol a 20 ezer kanadai dollár/QALY igen jó költséghatékonyságnak számít, míg a 100 ezer kanadai dollár/QALY felett rossz költséghatékonyságról beszélnek), Ausztráliában 40 ezer ausztrál dollár a felső határa egy jó minőségű életévnyereségre eső költségnek, ezen összeg felett általában nem finanszírozzák az adott gyógyszert. Több országban egy második költséghatékonysági „szűrő” is működik. Ausztráliában például, ha valamilyen egészségügyi technológia várható költségvonzata évente több mint 10 millió ausztrál dollár, akkor a kormány döntése szükséges. Az Egyesült Államokban 20 ezer amerikai dollár/QALY az elfogadott szint a MEDICARE és MEDICAID esetén, míg a magánbiztosítással rendelkezők esetén 300 ezer amerikai dollár/QALY sem számít csillagászati árnak. Jó közelítéssel elmondható, hogy a fejlett országok egy részében az egy életminőséggel korrigált életévnyereség (QALY) finanszírozási küszöbe az egy főre eső nemzeti jövedelem 100–300 százaléka közé esik. (Gulácsi 2005) A finanszírozási küszöb meghatározása azonban nem problémamentes. A költséghaté-

⁴⁸ Ezen vizsgálatok célja az, hogy tudományos bizonyítékokat szolgáltatasson arra nézve, hogy a piacra bevezetni kívánt új gyógyszer klinikai hatásossága jobb, mint a már piacon levő versenytársáé.

⁴⁹ 20 ezer font/QALY alatt az adott technológia használata általában automatikusan javasolt, 20 és 30 ezer font/QALY között akkor javasolt, ha az adott technológia hiányában igen kedvezőtlenek a kimenetek, 30 ezer font/QALY esetén, illetve ezen érték felett valami fontos oknak kell fennállnia ahhoz, hogy az ilyen vagy ennél kedvezőtlenebb költséghatékonyságú technológia használatát javasolja a NICE.

konysági arányok például azonos terápia mellett is jelentősen eltérhetnek az egyes alcsoportok esetén. Emellett a költséghatékonysági arányok társadalmi megítélése (hogyan ti. túlságosan magas-e vagy sem) szintén nagy mértékben különbözhet egyes betegcsoportok (pl. gyermekek betegségei, súlyos gyógyíthatatlan betegek, ritka betegségek) esetén. A társadalmi megítélés ez utóbbi esetekben sokkal magasabb költség/QALY finanszírozási küszöböt is elfogadhatónak tart, mint más esetekben. A nehézségek ellenére azonban a finanszírozási küszöb használata egyre elterjedtebb a nyugat-európai fejlett országokban és az alkalmazott módszerek is egyre átláthatóbbá válnak. Az adott finanszírozási küszöbnek kell megfelelniük az egyes gyógyszereknek (illetve más technológiáknak), amennyiben be akarnak kerülni a javasolt, illetve finanszírozott gyógyszerek közé az adott országban.

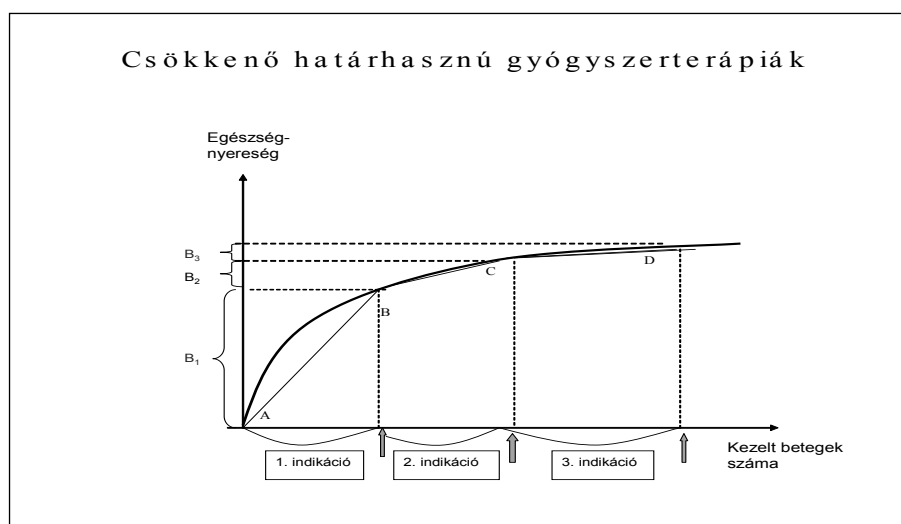
Hazánkban ilyen (*implicit*, illetve *explicit*) finanszírozási küszöb még nem került megállapításra, aminek több gyakorlati konzekvenciája is van. Ennek hiányában igen nehéz megmondani, hogy mi tekinthető hazánkban költséghatékony technológiának.

Gyógyszergyári lobby vagy csökkenő határhaszon – vagy mindkettő?

Jelentős finanszírozási kérdés, hogy egy egységnyi egészség-nyereséget (1 QALY) az évek során, azonos költségen, kevesebbet vagy többet vehetünk-e, tehát hogy mi a tendencia és miért olyan.

Nézzük először általánosan a csökkenő határhaszon elvét, tekintsük a 2. ábrát.

2. ábra Csökkenő határhaszon az egészségügyben



TANULMÁNYOK

A csökkenő határhaszon elve (ún. plafon hatás) az egészségügyben is érvényesül. A kardiológiában használatos ballon szívkatéterek, stentek (mind a fém⁵⁰, mind a gyógyszerbevonattal ellátottak⁵¹) költséghatékonysága, a publikált egészség-gazdaságtani vizsgálatok alapján, például 1995–2008 között évente 11 százalékkal csökkent. (Greenberg és munkatársai 2009 és 2010) Hasonlóan nagy a költséghatékonyság relatív romlása a cukorbetegség kezelése és a rákterápiák területén is. Egyre hatásosabbak a gyógyszerek, egyre több az egészség-nyereség, de egyre többbe kerül a többlet egészség-nyereség. Egyes közgazdászok úgy értelmezik azt, hogy az új technológiák nem kis része csak csekély egészség-javulást eredményez, hogy ezek, összehasonlítva a hagyományos terápiákkal, nem költséghatékonyak. Valamint azt is feltételezik, hogy alkalmazásukban a gyártók és sokszor az orvosok is érdekeltek, a páciensek elvárásaira pedig jelentős befolyást gyakorol a gyártók és az orvosok által nyújtott információ.

Itt azonban nem erről van szó. Az új technológiák nagyon is költséghatékonyak a régebbi technológiákkal szemben, viszont az „ez évi” technológiák relatív hatékonysága sokkal kedvezőtlenebb az általuk éppen felváltott „tavalyi” technológiákkal szemben. Az, hogy a gyártók érdeke alapvetően más, mint a lakosság számára szolgáltatásokat vásárló finanszírozóé, ez természetesen igaz, ezért kellene nálunk is nagyobb mértékben alkalmazni azokat az egészség-gazdaságtani és egészségügyi technológiaelemzési döntés-előkészítési módszereket⁵², amelyeket napjainkban már az országok nagy része alkalmaz.

⁵⁰ Bare-metal stent

⁵¹ Drug-eluting stent

⁵² Ilyen az egészség-gazdaságtanon belül is a „relative efficacy” és „relative effectiveness” összehasonlítási módszer, amely az előzőekben tárgyalt problémákat vizsgálja. A finanszírozó számára ma már nem elég, hogy egy gyógyszer vagy más technológia biztonságos, jó minőségű, klinikailag hatásos valamint költség-hatékony, hanem azzal a technológiával szembeni relatív hatásossága, relatív hatékonysága és költség-hatékonysága is elvárt, amelyet felváltani szándékozik – abban az esetben, ha a technológia gyártója finanszírozást, még inkább ha prémium finanszírozást szeretne terméke esetében. Amennyiben a gyártó ezt nem tudja bizonyítani, legjobb esetben meg kell elégednie azzal az árral, illetve támogatási kategóriával, amelyben a már támogatási listán található termék részesül. Fel kell hívni a figyelmet az „efficacy” és az „effectiveness” közötti nagyon fontos különbségre. Az egészség-gazdaságtan az „efficacy” azaz hatásosság fogalma a klinikai vizsgálatok (legtöbbször randomizált kontrollált vizsgálatok) eredményeire vonatkozik, és azt mutatja meg, hogy az adott egészségügyi technológia „ideális” körülmények között mennyire hatásos. A valós körülmények között, adott ország, ellátási szint, konkrét betegek esetén az egészségügyi technológia – pl. gyógyszer – alkalmazásával elérhető konkrét hatás a hatékonyság. A kettő általában igen különböző. A valós körülmények között elérhető eredmények, azaz a hatékonyság a helyi adatok alapján ismerhető meg. Ezt célszerű használni a költség-hatékonysági számításokhoz is, és ez az, amit egyre több országban megkövetel a finanszírozó, a döntések meghozatala előtt. (Hazánkban is ezt kéri az OEP a gyógyszerbefogadási döntések előkészítése során.)

Magyarországi helyzet, problémák és teendők

Problémák

Mielőtt még a különböző gyógyszerek és más egészségügyi technológiák költség-hatékonyságát elemeznénk, célszerű megvizsgálni, hogy rendelkezésre állnak-e hazánkban az egészség-gazdaságtani vizsgálatokhoz szükséges alapadatok. Ilyenek a betegek száma, a terápia költség-hatékonysága szempontjából lényeges alcsoportok, hiszen ezek szükségesek az adott terápia várható költségvetési hatásának, lényegében a finanszírozhatóságnak⁵³ és költség-hatékonyságának a becsléséhez. Nézzünk néhány példát.

Idősödő társadalmak, demencia

Az iparilag fejlett országokban talán a legnagyobb egészségügyi finanszírozási kihívás a lakosság elöregedése, pontosabban kevésbé az, hogy az idősek száma és lakosságon belüli aránya emelkedik, hanem inkább az, hogy nő a korral összefüggő megbetegedések száma, s így azok költsége is. Ezen megbetegedések egyike a demencia, az időskori elbutulás, amely – mivel a betegnek akár hosszú ideig is egyre növekvő ápolási igénye van – hatalmas és növekvő terhet jelent az egyes országok társadalmainak. A szakirodalom szerint a 60 éven felüli lakosság 6, a 90 éven felüli lakosság 30 százaléka szenved a demencia valamilyen típusában, és a prevalencia folyamatosan növekszik az életkor előrehaladtával. Míg a 65–69 közötti korcsoportnál ez a mérték még mindössze 0,8%, a 90 év fölötti lakosságot tekintve már 28,5% az arányuk, a korcsoportos népességszámhoz viszonyítva. (Lobo és munkatársai 2000; Érsek és munkatársai 2010) A hazánkhoz hasonló demográfiai helyzetű országok, az EU, az OECD folyamatosan nagy erőfeszítéseket tesznek a népesség elöregedése által előállt „demográfiai cunami” kezelésére. Az elöregedés problémájának egyik jelentős oka a demencia-betegek nagy számának óriási költségvonzata. A KSH (2007) adatai szerint hazánkban 7267 beteg él demencia diagnózissal. Az OEP 30–50 ezer demens betegről tud. Egy, az EC által finanszírozott kutatás keretében végzett saját kutatásaink azt mutatják, hogy hazánkban 132 ezer demens beteggel célszerű számolni, és a demencia összes költsége máris 200 milliárd Ft/év felett van⁵⁴. (Érsek és munkatársai 2010)

⁵³ „A megengedhetőség/finanszírozhatóság (affordability) fogalomra nem létezik közgazdasági meghatározás. Néha a szolgáltatásvásárlási tervek feletti ellenőrzés kifejezésére használják, s általában a »nem engedhetjük meg magunknak« tagadásban nyilvánul meg, de ez azért nem sok közgazdászra vonatkozik. A jelenlegi szövegkörnyezetben, azonban, a szó jelentése inkább azon döntésre vonatkozik, hogy valamit »nem éri meg« megvásárolni. A közpénzből finanszírozott egészségügyi szolgáltatásvásárlás esetében ez azt jelenti, hogy a más (társadalmi) programokból vagy lakossági fogyasztásból származó hasznot nagyobb értékkel, mint az adott programból (illetve a program adott kiterjedése mellett) nyerhetőt.” (Culyer 2005)

⁵⁴ A 200 milliárd forint nem az egészségbiztosítás ráfordítása, hanem a teljes társadalmi költség.

Rheumatoid arthritis, biológiai terápiák

Az elmúlt évtizedben az egészség-gazdaságtan oldaláról igen jelentős figyelem irányul a krónikus sokizületi gyulladás, az ún. rheumatoid arthritis megbetegedés felé. Ennek oka részben az, hogy a betegség hosszan tartó, krónikus, és emiatt jelentős a társadalmi terhe (táppénz, rokkantság). Másrészt pedig az, hogy a biotechnológiai módszerekkel előállított, nagyon jó klinikai hatásosságú, ún. biológiai terápiák megjelentek az orvosok terápiás fegyvertárában, s addig elképzelhetetlen esélyt biztosítottak a betegeknek a jó minőségű aktív életre. Ugyanakkor azonban az addig néhány ezer vagy tízezer forintos, éves terápia költségével szemben a biológiai terápiák költsége évente 3–8 millió Ft. A nemzetközi szakirodalom szerint a betegek negyede-ötöde igényel ilyen terápiát. Mielőtt a szer költség-hatékonyságát vizsgálnánk, nézzük meg, hány ilyen beteg van hazánkban. Nemzetközi adatok alapján szakértők egy csoportja a megbetegedettek számát⁵⁵ 1,0–1,5 százalékra becsülték, melynek alapján a betegek száma hazánkban 100 000–150 000. (Rojkovich és munkatársai 2002). Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatainak elemzése és háziorsvosi körzetekben végzett felmérés alapján végzett becslés alapján a betegek aránya 0,5%, számuk 50 000 ezerre tehető. (Lepp-Gazdag és munkatársai 2002). Populációs alapú reprezentatív felmérés eredménye szerint a 14–65 éves betegek aránya 0,37 %, ezt az eredményt extrapolálva minden korcsoportra 0,5 százalékot kapunk – jelenleg hazánkban ez a leghitelesebb adatokon alapuló becslés. (Kiss és munkatársai 2005) Más országok adatai alapján készített nemzetközi becslés szerint a hazai rheumatoid arthritises betegek aránya 0,6%. (Lundkvist és munkatársai 2007) Az OEP 2008-ban hivatalos adatként 92 209 betegről számol be. (Gajdácsi és munkatársai 2008). Az OEP adatbázis alapján végzett felmérése alapján a reumatológia országos szakfelügyelő főorvosa 0,5% arányt, azaz 50 848 RA beteget közöl. (Héjj 2008) Ugyancsak az OEP adatok azt mutatják, hogy azon betegek száma, akik évente felkeresik orvosukat kevesebb, mint 20 000. Az a gyógyszermenyiség, amelyet az OEP a rheumatoid arthritiszben szenvedő betegek terápiájának⁵⁶ céljából évente finanszíroz, körülbelül 10 000–15 000 beteg terápiájához elegendő. Látható, hogy amint előző példánknál is a költségvetési hatás megbecslése nem könnyű feladat, ki-ki tetszése és érdekei szerint bármelyik számot használhatja. (Gulácsi és munkatársai 2009) Ezen felül célszerű megemlíteni azt is, hogy a nagyon költséges biológiai terápiákban részesítendő betegek arányát a fejlett országok egy csoportjának adatai alapján ismerjük, és ez a szám egyaránt függ a betegek súlyosságától és az egészségügyre fordítható költségvetéstől is. Az, hogy hazánkban (a hazai egészségügyi költségvetés alapján) mekkora a rheumatoid arthritis célcsoport, melynek tagjait biológiai szerekkel kezelni kellene, a statisztikai adatok hiányában nem tudjuk. (Péntek és munkatársai 2007) A biológiai terápiák 2006 óta részesülnek társadalombiztosítási támogatásban a rheumatoid arthritis terén. Egy-egy reumatológiai központ

⁵⁵ prevalencia

⁵⁶ Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs)

közlése alapján az elért eredmények nagyon biztatóak, de szisztematikus regiszter hiányában nincs információnk arról, hogy az évente jelenleg kb. 7 milliárd Ft-os gyógyszerkiáramlás valójában mekkora egészség-nyereséget hoz.

Betegségteher, költségek

A technológiák, például gyógyszerek költség-hatékonyságának a vizsgálata során ismernünk kell, hogy mekkora az adott betegség betegségterhe, és az adott betegség bekövetkezése milyen plusz költségterhet jelent. Erre azért van szükség, hogy lássuk, mekkora az elkerült költség, azaz megtakarítás, ha a terápiával elkerülhető a betegség bekövetkezése. Minél nagyobb a megtakarítás, annál jobb a költség-hatékonyság. Néhány esetben rendelkezünk becslésekkel ezekről a költségekről hazánkban (Gulácsi 2011), más esetekben azonban ezeket nem ismerjük – példaként említhető e tárgyban a vastagbélrák. (Boncz és munkatársai 2010)

A megfelelő egészségpolitikai, rangsorolási (mely terület fontos és mely terület kevésbé az) és finanszírozási döntések meghozatalának hazánkban a legfontosabb gátja, hogy nem gyűjt a szektor adatokat arról, hogy hogyan és mennyi idő alatt gyógyulnak a betegek, mennyiben lesznek képesek önmaguk és munkájuk ellátására a betegségük után. A legtöbb OECD ország kiterjedten gyűjt adatokat arról, hogy különböző betegségekben – például agyvérzést és szívinfarktust követően – milyen a 30 napos halálozás, illetve például rákos megbetegedéseket követően milyen az 1, 3, 5, 10 éves túlélés aránya. Hazánkban ilyen adatok nem állnak rendelkezésre. (Boncz és munkatársai 2010; OECD 2009) Ebből következően nem lehet megítélni azt, hogy mely területeken milyen hatásossággal és költség-hatékonysággal működik az egészségügy, azaz hogyan hasznosulnak az elköltött források. A szakirodalom azt mutatja, hogy általában minden országban nagyok a helyi eltérések, azaz vannak olyan kórházak, ahol a betegek gyógyulását jelző indikátorok jók, és vannak, ahol kevésbé jók. Ahol ezek a mutatók kevésbé jók, nem feltétlenül a kórházak rosszabbak, lehet az ellátási területükön élő emberek esetében valamely olyan körülmény, amely miatt nem érhetőek el jó eredmények. Ilyenek pl. a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági tényezők, az alacsony jövedelem, az alacsony szintű iskolázottság. A kérdés folyamatosan és nagyon különbözőképpen merül fel, és csak megfelelő adatok alapján dönthető el, mi is lehet a válasz. A tét az elszámoltathatóság, a biztosítási szerződés aláírása vagy felbontása, kártérítési perek vagy profitabilitás – nem csoda, hogy az egyes országok jelentős összegeket költenek adatgyűjtésre, regiszterekre, elemzésre, kutatásra.

Teendők

Sokan azt gondolják, hogy ha az egészségügyi szektor költségvetésének a nagysága megfelelő, ha az intézmények, háziorvosi praxisok és más szolgáltatók megkapják a működésükhöz szükséges összegeket, akkor

TANULMÁNYOK

minden rendben lesz az egészségügy háza táján. Ha ebből a szemszögből nézzük, akkor a változtatások (nehéz ma már a „reform” szót használni) az egészségügyben azzal kapcsolatos vitákhoz vezetnek, hogy:

- egy egészségbiztosító legyen-e, vagy több, és az(ok) profit vagy non-profit legyen(ek),
- ki és mennyit fizessenek a különböző kórházi ellátásokért, azaz például mennyi legyen a HBCS⁵⁷, legyen és ha igen milyen a teljesítmény-korlát, legyen-e beteg-hozzájárulás és ha igen mekkora,
- hány milliárdot adjon az OEP (Pénzügyminisztérium, adófizetők) új gyógyszerekre, és összesen gyógyszerekre,
- erősíteni kell-e az alapellátást vagy több pénz kell a (súlyponti) kórházaknak,
- legyen-e külső befektető vagy sem, illetve
- szeretnénk-e versenyt az egészségügyben vagy sem.

Ezek a kérdések nagyon fontosak, de ebből a szemszögből, kicsit egyszerűsítve az egészségüggyel kapcsolatos teendők gyakorlatilag menedzsment, finanszírozási és kontrolling technikákra szűkülnek le. Ez azonban a fontos teendőknek csak az egyik része. Arról, hogy mi az egészségügy célja⁵⁸ és azt milyen mértékben és milyen költség-hatékonyság mellett érje el, az elmúlt évek reformpróbálkozásai során szó sem esett, holott ezek azok az alapok, amelyek jelenlegi működésének felmérése alapján célszerű csak intézmény-menedzsmentről, biztosításról, finanszírozásról beszélni.

Az előrelépés érdekében a következő teendők tűnnek a legfontosabbnak:

– Az egészségügyi technológiák, ezen belül a gyógyszerek egészség-gazdaságtani elemzése, finanszírozási döntéseinek⁵⁹ transzparenciája. Ez nemcsak a transzparencia érdekében szükséges, hanem azért, mert csupán ezáltal lehetséges a jelenlegi döntési folyamat hatékonyságának az elemzése és a további teendők megfogalmazása. Hazánkban semmiféle ilyen információ nem áll rendelkezésre, nem tudható, hogy pontosan kik, milyen felhatalmazással és milyen (minőségű) szakmai anyagok alapján döntenek. Az információhiány magyarázataként több esetben hivatkoznak az egészségügyi beszállító cégek esetén üzleti titokra, az érvelés azonban több szempontból sem állja meg a helyét. Egyrészt ebben az esetben közpénzből finanszírozott szolgáltatásvásárlásról van szó, másrészt a hazai egészségügyi finanszírozói döntéshozó mindenki számára hozzáférhető, hivatkozható források alapján készült anyagok beadását írja elő, harmadrészt pedig ezeket az anyagokat – legalábbis eleinte – a döntési folyamat lezárulása után lenne célszerű nyilvánosságra hozni.

– Célszerű a fejlett országok egyre nagyobb létszámú csoportjához hasonlóan, jelentősen nagyobb mértékben adatokat gyűjteni a betegekről⁶⁰, betegségekről, költségekről, a betegek gyógyulásáról és életminősé-

⁵⁷ HBCS – Homogén Betegségcsoportok alapú kórházi finanszírozás

⁵⁸ A jólét vagy az egészség maximalizálása, bővebben lásd Culyer 2005.

⁵⁹ 2010-ben ez 350 milliárd Ft volt

⁶⁰ Ennek megteremtését nagyon sok minden akadályozza, például a jogszabályi környezet is. Jelenleg olyan adatvédelmi törvények vannak érvényben hazánkban, amelyek megaka-

géről, s ezeket az adatgyűjtéseket folyamatosan végezve további regisztereket létrehozni⁶¹. Az adatgyűjtést megfelelően képzett egészségügyi személyzet képes végezni, mert ez nem orvosok, nem a nővérek, de még csak nem is az adminisztratív munkatársak feladata. Megfelelően képzett diplomás, sok esetben PhD szintű epidemiológusok szükségesek, akik meg tudnak tervezni egy adatbázist, fel tudják tölteni adatokkal és elemezni tudják az adatokat. Az adatgyűjtés, feldolgozás, ezzel kapcsolatos kutatás költséges, erre forrásokat kell szánni. A tanulmányunkban közölt példák is mutatják ennek a szükségességét – elképzelhetetlen megfelelő egészségpolitikai és finanszírozási döntéshozás olyan környezetben, ahol nemhogy a részletek, de még a betegek száma is ismeretlen. Ha ezek az adatok ismertek, akkor határozhatók meg egészségpolitikai célok és hozhatók megalapozott finanszírozási döntések. Csakis ebben az esetben szakíthatunk az „olcsó” és a „drága” ellátás semmitmondó fogalmaival, és ebben az esetben válik nyilvánvalóvá az érték alapú szolgáltatásvásárlás⁶² fontossága.

– Meg kell ismernünk az ellátás minőségét, a minőségi célok kitűzése és az eredmények folyamatos monitorizálása⁶³, elemzése szükséges. Jelenleg a fejlett országoknak abban az egyre kisebb létszámú csoportjában vagyunk, ahol az egészségügyben nem ismerjük az ellátás minőségét.⁶⁴ Minőségi követelmények nélkül a problémákkal sem igen lehetünk tisztában, nem határozhatók meg pontosan a célok, nem végezhetők elemzések, nem különíthetők el a jó és a rossz minőséget produkáló szolgáltatók. Ennek hiányában nehéz megmondani, hogy milyen haszonnal alkalmazzuk a gazdaságtan, menedzsment, kontrolling és egyéb szakterületek fegyvertárát.

Úgy gondoljuk, hogy az egészségügy területén igen sok a teendő, de emellett igen sok szakmai lehetőség is van. Ezek egyike az egészség-gazdaságtan.

Tanulmányunkban megkíséreltük bemutatni, hogy mely területeken és hogyan használják kiterjedten az egészség-gazdaságtan módszertanát

dályozzák a betegek követését, a különböző adatbázisok közös kiértékelését. Azonban ez és sok más tényező, amely akadályozza az adatgyűjtésnek, egy megfelelő stratégiai döntést követően technikai, megoldható kérdéssé válik – ezért ezekkel tanulmányunkban nem foglalkozunk.

⁶¹ Erre a célra az OEP finanszírozási célú adatbázisai nem alkalmasak. Ezek az elvégzett szolgáltatásokat rögzítik de a beavatkozások eredményét, a betegek gyógyulására és életminőségére vonatkozó adatokat nem. A költségek közül is csak a finanszírozási támogatásokat képesek rögzíteni, amelyek jelenleg ismeretlen kapcsolatban állnak a valós költségekkel, más fontos költségeket, például az indirekt költségeket ezek az adatbázisok, nem tartalmazzák.

⁶² Érték alapú árazás, szolgáltatásvásárlás során a szükséges forrásokat vetjük össze az elérhető eredménnyel.

⁶³ Minőségen ebben az esetben a struktúra és folyamat mellett elsősorban a kimenet minőségét értjük, például agyvérzés vagy szívinfarktus után 30 nappal életben levők száma, rosszindulatú daganatok diagnosztizálása után 1, 3, 5 és 5 évnél hosszabb túlélés, műtéti szövődmények. Bővebben lásd: OECD Health Care Quality Indicators Project (<http://www.ecosante.fr/OCDEENG/370.html>)

⁶⁴ Lásd pl. az OECD egészségügyi indikátor programja.

TANULMÁNYOK

és eredményeit a fejlett országokban. Hazánkban ezeket a nemzetközileg sikeresen alkalmazott módszereket jelenleg még nem alkalmazzuk. Igaz, vannak elszigetelt próbálkozások, de az egészségügy egészére gyakorolt hatás a lehetőségekhez képest csekély. Ennek egyebek közt az is az oka, hogy a jelenlegi környezetben nincsenek meg az egészség-gazdaságtan hatékony működésének lehetőségei, s ezekre külön is felhívtuk a figyelmet (a transzparencia, az adatok és a minőségi célok hiánya).

Prof. Culyer, az egészség-gazdaságtan jelentőségét a következőképpen látja: „Lehetséges, hogy rendszerezett bizonyítékok nem állnak rendelkezésre, de a mindennapi megfigyelések mindenképpen azt mutatják, hogy rendkívül megnőtt az egészségügyi közgazdászok szerepe az egészségpolitika kialakításában és megvalósításában az elmúlt néhány évben, ami akár még tíz évvel ezelőtt is elképzelhetetlennek tűnt számunkra. Bár ez a folyamat az egészség-gazdaságtan különböző területeit és elemeit eltérő mértékben érinti, de maga a tény már elég érdekes és fontos ahhoz, hogy nagyobb figyelmet kapjon az eddigieknél.” (Culyer 2005)

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak prof. Bod Péter Ákosnak, prof. Géher Pálnak, dr. Halm Tamásnak, dr. Kóti Tamásnak, dr. Pulay Gyulának, dr. Simon Juditnak, prof. Rozgonyi Ferencnek és dr. Trautmann Lászlónak, a tanulmány végső formája kialakításához nyújtott értékes javaslataikért, tanácsaikért.

Irodalom

- AHRQR From the U.S. Preventive Services Task Force [2008], Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland. Clinical Guidelines Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement, *Annals of Internal Medicine*, 149; 3 185–191. <http://www.annals.org/content/149/3/185.full> (letöltve 2010-07-30)
- Állami Számvevőszék, 2008. 0805 Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről. [Online] Budapest Available at: HYPERLINK „[http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/B9812BDBD9921EC5C125744E0054B627/\\$File/0805J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/B9812BDBD9921EC5C125744E0054B627/$File/0805J000.pdf)” [http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/B9812BDBD9921EC5C125744E0054B627/\\$File/0805J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/B9812BDBD9921EC5C125744E0054B627/$File/0805J000.pdf) [Accessed 26 April 2010].
- Baal, P. – Polder, J. – Wit, A. – Hoogenveen, R. Feenstra, T., Boshuizen H., Engelfriet, M., Brouwer, B. [2008]: Lifetime medical costs of obesity no cure for increasing medical expenditure, *Plos Medicine*, 5:2:e29: 0242–0249.
- Bereczki, D. – Fekete, I. [1997]: Vinpocetine for acute ischaemic stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4.
- Bergstrom, R. – Drummond, M. [2010]: Relative efficacy of drugs: an emerging issue at the interface between regulatory agencies and third party payers, HTAi 7th Annual Meeting Dublin, June 6-9.
- Boncz, I. – Brodszky, V. – Péntek, M. – Ágoston, I. – Nagy Zs. – Kárpáti K. – Kriszbacher I. – Fuszek, P. – Gulácsi, L. [2010]: The disease burden of colorectal cancer in Hungary. *European Journal of Health Economics*, 2010;10:1:S35–S40.

- Boncz, I. – Sebestyén, A. – Döbrössy, L. – Kovács, A. – Budai, A. – Székely, T. [2007]: A méhnyakrák-szűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 148:46:2177–2182.
- Boncz, I. – Sebestyén, A. – Döbrössy, L. – Péntek, Z. – Kovács, A. – Budai, A. – Kövim, R. – Ember, I. [2008]: A szervezett mellszűrési program második ciklusának (2004–2005) részvételi arányai, *Orvosi Hetilap*, 2008;149:32.1491–1498.
- Brodszky, V. [2010]: A stroncium-ranelát költséghatékonyságnak modellezése idős korú postmenopausas osteoporosisos betegeken. In: Péntek M. (szerk.) A stroncium-ranelát (Protelos) szerepe a postmenopausás osteoporosis terápiájában; szakirodalmi áttekintés és egészség-gazdaságtani vizsgálat. Budapest 2010, Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, 106–128 oldal. (ISBN: 978-963-503-414-7)
- Brodszky, V., Bálint, P., Géher, P., Hodinka, L., Horváth, G., Koó, É., Péntek, M., Polgár, A., Seszták, M., Szántó, S., Ujfalussy, I., Gulácsi, L. [2009]: Disease burden of psoriatic arthritis compared to rheumatoid arthritis, Hungarian experiment. *Rheumatology International*, 30,2,199–205.
- Brodszky, V. – Orlewska, E. – Péntek, M. – Kárpáti, K. – Skoupá, J. – Gulácsi, L. [2010]: Challenges in economic evaluation of new drugs: experience with rituximab in Hungary. *Medical Science Monitor*, Jan;16(1):SR1-5.
- Brodszky, V. – Péntek, M. – Jelics, N. – Érsek, K. – Winkler, G. – Jermendy, Gy. – Gulácsi, L. [2010]: Inszulinnal kezelt felnőttkorú cukorbetegség egészségügyi költségterhe. Felmérés háziorvosi praxisokban, illetve szakellátóhelyeken gondozott 480 beteg keresztmetszeti vizsgálata alapján. *Diabetologia Hungarica*, 2010, 18(1), 37–44.
- Brodszky V., Péntek M., Májer I., Kárpáti K., Gulácsi L. [2007]: A rheumatoid arthritis terápiájában alkalmazott első TNF-alfa gátló kezelés egészség-gazdaságtani elemzése. Budapesti Corvinus Egyetem, Közzolgálati Tanszék, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont, HUNHTA (<http://hecon.uni-corvinus.hu>)
- Culyer, T. [2005]: Egészség-gazdaságtan, egészségügyi közgazdászok és az egészségpolitikai döntéshozás politikája, 1. fejezet, in: Gulácsi, L. (szerk) *Egészség-gazdaságtan*, Medicina Könyvkiadó Rt, 2005, Budapest.
- Davidson, P. – Gabbay J. [2004]: Should mass screening for prostate cancer be introduced at a national level, World Health Organisation, Health Evidence Network
- Djulbegovic, M. – Byeth, R. – Neuberger, MM. – Stoffs, TL. [2010]: Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 341, doi: 10.1136/bmj.c4543
- Érsek, K. – Kárpáti, K. – Kovács, T. – Csillik, G. – Gulácsi, L. Á. – Gulácsi, L. [2010]: A dementia epidemiológiája Magyarországon. [Epidemiology of dementia in Hungary] *Ideggyógyászati Szemle*, 30;63(5–6):175–82.
- Érsek, K. – Kovács, T. – Wimo, A. – Kárpáti, K. – Brodszky, V. – Péntek, M. – Jönsson, L. – Gustavsson, A. – McDaid, D. – Kenigsberg, P. A. – Valtonen, H. – Gulácsi, L. [2010]: Costs of dementia in Hungary, *Journal of Nutrition, Health and Aging*, Aug;14(8):633–9
- Gajdácsi, J. – Garami, G. – Katona, S. [2008]: A reumatológiai, bőrgyógyászati és gasztroenterológiai kórképek biológiai terápiájának finanszírozási koncepciója. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Gyógyszerügyi Főosztály, Budapest.
- Greenberg, D. – Cohen, J. T. – Neumann, P. J. [2009]: Are incremental benefits from medical care decreasing? An analysis of QALY gains over time, *Value in Health*, 12; 7, A253–A254.
- Greenberg, D. – Cohen, J. T. – Neumann P. J. [2010]: Are incremental benefits from medical care decreasing? An analysis of QALY gains over time. *Society for Medical Decision Making*, May 30 – June 2, Hall, Tyrol, Med Decis Making January/February 2011 31: E11–E53, http://mdm.sagepub.com/site/MDM_meetings/ESMDM_meeting_abstracts.xhtml

TANULMÁNYOK

- Gulácsi, L. (szerk.) [2010]: A gyógyszerfinanszírozás módszertani alapjai és költség-hatékonysági elemzése. (I. kötet: Egészség-gazdaságtani- és technológiaelemzések eredményeinek általánosíthatósága, áthelyezhetősége és adaptációja.; II. kötet: Költségszámítás az egészségügyben; III. kötet: Az egészség-gazdaságtani vizsgálatok szerepe a gyógyszerfinanszírozás területén.; IV. kötet: Rangsorolás, prioritások felállítása, és a költség-hatékonysági finanszírozási küszöb; a szakirodalom áttekintése valamint a hazai alkalmazhatóság vizsgálata) Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont (ISBN 978-963-503-423-9).
- Gulácsi, L. [2011]: 6. fejezet Egészség-gazdaságtani elemzés, Bevezetés az egészség-gazdaságtanba, Medicina Könyvkiadó ZRT, Budapest, 2011.
- Gulácsi, L. – Brodszky, V. – Péntek, M. – Varga, S. – Vas, G. – Boncz I. [2009]: History of health technology assessment in Hungary. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. Jul;25 Suppl 1:120–6.
- Gulácsi, L. – Brodszky, V. – Péntek, M. – Érsek, K. [2009]: A tocilizumab (RoActemra®) szerepe a reumatoid arthritis terápiájában; szakirodalmi áttekintés és egészség-gazdaságtani vizsgálat, Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont, HunHTA (<http://hecon.uni-corvinus.hu>)
- Gulácsi, L. – Kárpáti, K. – Vincze, Z. – Májer, I. – Lepp-Gazdag, A. – [2005]: Az egészség-gazdaságtani vizsgálatok szerepe a gyógyszerfinanszírozás területén; A gyógyszerfinanszírozás módszertani alapjai és költség-hatékonysági elemzése, 3. fázis, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport, 2005
- Gulácsi, L. – Kovács, E. – Oesterle, A. – Boncz, I. [2007]: Verseny az egészségügyben; az Egyesült Államok, az Egyesült Királyság, Hollandia, Ausztria és Németország példája alapján. *Közgazdasági Szemle*, LIV, május, 480–498.
- Gulácsi, L. – Májer, I. – Boncz, I. – Brodszky, V. – Merkely, B. – Maurovich-Horvát, P. – Kárpáti, K. [2007]: Az akut myocardialis infarctus betegségterhe Magyarországon. 2003–2005, *Orvosi Hetilap*, 148, 27, 1259-1266.
- Gulácsi, L. – Topár, J. – Sweeney, J. [2000]: 8. ISO 9000, EFQM modell és akkreditáció az egészségügyben in: Gulácsi, L. *Minőségfejlesztés az Egészségügyben*, Medicina Könyvkiadó RT, Budapest.
- Héjj, G. [2008]: Reumatológia a számok tükrében. *Magyar Reumatológia* 49:70–82.
- Kárpáti, K. – Májer, I. – Boncz, I. – Nagy, A. – Bereczki, D. – Gulácsi, L. [2007]: A stroke kórházi ellátásának egészségbiztosítási költségei Magyarországon; 2003–2005. *Ideggyógyászati Szemle*, 60, 7-8, 311–321.
- Kiss, C. G. – Lövei, C. – Sütő, G. [2005] Czirják, L. [2005]: Prevalence of rheumatoid arthritis in the South-Transdanubian region of Hungary based on a representative survey of 10,000 inhabitants. *Journal of Rheumatology*, 32:1688–1690.
- Kovács, A. – Döbrössy, L. – Budai, A. – Boncz, I. – Cornides, A. [2007/b]: Az mellszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, *Orvosi Hetilap*, 148:19:879–885.
- Kovács, A. – Döbrössy, L. – Budai, A. – Boncz, I. – Cornides, Á. [2008] Cervical screening in Hungary: Why does the “English model” but the “Hungarian model” does not, *Eur J Gynaecol Oncol* 29(1):5–9.
- Kovács, A. – Döbrössy, L. – Budai, A. – Cornides, A. – Boncz, I. [2007/a]: A népegészségügyi lakosságszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, *Orvosi Hetilap*, 148:10:435–440.
- Lepp-Gazdag, A. – Gulácsi, L. – Brandtmüller, A. [2002] Arheumatoid arthritis megbetegedés és ellátás jellemzői Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 6:645–657.
- Lobo, A. – Launer, L. – Fratiglioni, L. – Andersen, K. – Di Carlo, A. – Breteler, M. [2000]: Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 54(Suppl 5): S4–9
- Lundkvist, J. – Kastang, F. – Kobelt, G. – Jonnson, B. [2008]: The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: Determinants and access. *European Journal of Health Economics* 8(Suppl 2):S87–S93.

- OECD [2009]: Health at a glance: OECD health indicators.
- Office of Technology Assessment (OTA), Development of Medical Technology (1976): opportunities for assessment, Washington D.C. US Government Printing Office, 1976.
- Péntek, M. (szerk.) [2010]: A stroncium-ranelát (Protelos) szerepe a postmenopausás osteoporosis terápiájában; szakirodalmi áttekintés és egészség-gazdaságtani vizsgálat. Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, 195 oldal. (ISBN: 978-963-503-414-7)
- Péntek, M. – Horváth, Cs. – Boncz, I. – Falusi, Zs. – Tóth, E. – Sebestyén, A. – Majer, I. – Brodszky, V. – Gulácsi, L. [2008]: Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database, 1999–2003, *Osteoporosis International*, 19:243–249. o.
- Péntek, M. – Kobelt, M. – Czirjak, L. [2007]: Costs of rheumatoid arthritis in Hungary. *Journal of Rheumatology*, 34:1437.
- Péntek, M. – Poór, Gy. – Czirjak, L. – Rojkovich, B. – Szekanecz, Z. – Polgár, A. – Genti, Gy. – Kiss, C. G. – Sándor, Zs. – Májer, I. – Brodszky, V. – Kobelt, G. – Gulácsi L. [2007]: Magyarországi rheumatoid arthritises betegek egészségi állapota, gondozása, egészségügyi igénybevétele és munkaképessége keresztmetszeti kérdőíves vizsgálat alapján. *Magyar Reumatológia*, 48, 42–51.
- Péntek Márta [2010]: A postmenopausás osteoporosis klinikai jellemzői, epidemiológiája, terápiás lehetőségek és betegségteher. In: Péntek M. (szerk.) A stroncium-ranelát (Protelos) szerepe a postmenopausás osteoporosis terápiájában; szakirodalmi áttekintés és egészség-gazdaságtani vizsgálat. Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, 25-66 oldal. (ISBN: 978-963-503-414-7)
- Pineda, M. – Ceballos, RM. [2010]: Prostate cancer screening through prostate-specific antigen (PSA) and digital rectal exam (DRE), OP10-6, HTAi 7th Annual Meeting Dublin, June 6–9. *Med Decis Making January/February 2011* 31: E11–E53, http://mdm.sagepub.com/site/MDM_meetings/ESMDM_meeting_abstracts.xhtml
- Rojkovich, B. – Poor, Gy. [2002]: Prognostic factors in rheumatoid arthritis. *Orvosi Hetilap*. 143:2019–2026.
- Roobol M] és mtsai [2011]: Meta-analysis finds screening for prostate cancer with PSA does not reduce prostate cancer-related or all-cause mortality but results likely due to heterogeneity – the two highest quality studies identified do find prostate cancer-related mortality reductions. *Evid Based Med*. 2011 Feb;16(1):20–21.
- Schröder, F. H. – Hugosson, J. – Roobol, M. J. – et al. for the ERSPC Investigators [2009]: Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study, *New England Journal of Medicine*, *N Engl J Med* 360:1320–1328 March 26, 2009. (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0810084#t=articleTop>)
- Szatmari, Sz. – Whitehouse, PJ. [2003]: Vinpocetine for cognitive impairment and dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Tosteson, A. N. – Melton, L. J. – Dawson-Hughes, B. – Baim, S. – Favus M. J. – Khosla, S. – Lindsay, R. L. [2008]: National Osteoporosis Foundation Guide Committee, Cost-effective osteoporosis treatment thresholds: the United States perspective. *Osteoporos Int*. 2008 Apr;19(4):437–47. Epub Feb 22.
- van Rossum, L. [2010]: Decision-making support in prostate cancer screening, The Health Council of the Netherlands, Hague, Network;1:25:January–June, 24–25 (http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/network%202010%20nr%20january-june_0.pdf)
- Wever, E. M., Draisma, G., Heijnsdijk, E., de Koning H. J. [2011]: How Does Early Detection by Screening Affect Disease Progression? Modeling Estimated Benefits in Prostate Cancer Screening, Published online before print March 15, 2011, doi: 10.1177/0272989X10396717 *Med Decis Making* March 15, 2011 0272989X10396717

MÉSZÁROS ZOLTÁN – VÁRHALMI ZOLTÁN¹

A munkaadók gyakorlata a diverzitás kezelésében és a roma alkalmazottakat érintő munkáltatói attitűdök

A projekt során célunk volt, hogy feltárjuk és elemezzük a romák foglalkoztatásával összefüggő jelenségeket, a munkaerő-felvételi módszereket, és előrejelzést adjunk a jelenlegi és jövőbeni roma munkaerő-keresletről. Továbbá vizsgáltuk a diverzitást kezelő vállalati stratégiákat. Ezek közül az átfogó témakörök közül fókuszáltnak bemutatjuk, hogy a versenyszféra milyen okokra vezeti vissza a magas roma munkanélküliséget, vagy más hátrányos helyzetű csoportokkal szemben CSR szempontból mit jelent a roma munkaerő. Emellett a pluralizmus ignorancia modellben is megvizsgáltuk és elemeztük a roma munkavállalókkal kapcsolatos attitűdöt.

1. A kutatásról

1.1. A téma indokoltsága

A romák magyarországi helyzete soha nem volt stabil (sem a társadalmi integrációjukat, sem a társadalmi helyzetüket tekintve), s a volt szocialista országokban a rendszerváltást követően a társadalom peremére kerültek.² Az elmúlt 20 évben megghiúsult minden próbálkozás, amely felemelésükre, segítségükre, beilleszkedésükre irányult. A gazdasági struktúraváltás, az alacsony edukációs szint és az ellenük irányuló, negatív társadalmi és munkaerő-piaci diszkrimináció miatt a rendszerváltás vesztesei közé tartoztak, s társadalmi helyzetük kedvezőtlenül alakult. Ezért is lett volna szükség hathatós és komplex beavatkozásra. Ennek hiányában ez az állapot a mai napig konzerválódott. A roma felzárkóztató programok

¹A kutatásban részt vevő további kutatók: Szisz Adrienn és Ari Orsolya. Kimagasló munkájukért köszönet!

² Hitesy, Bartucz és Hollai Tanácsadó Iroda: A roma foglalkoztatás támogatása térségi tapasztalatainak vizsgálata (1996–2001) és a területfejlesztés térségi tervezési és program-megvalósítási rendszereibe való illesztésük feltételrendszerének meghatározása, Budapest, 2003.

hiányosságai, vagy az integrációt megcélzó programok pénzügyi keretének kifogásolható felhasználása³ az esélyeket rontva, továbbra is a mélyszegénység szintjén tartotta a romák döntő többségét.

1.2. Néhány, a publikációnk szempontjából fontos háttéradat

Hazánkban él az európai roma populáció közel 8–10 százaléka, becslült adat szerint 700 000 fő (ez a magyar népesség 7 százaléka), amelyből munkaképes korú, azaz 15–64 év közötti népesség megközelítőleg 300 000 fő. A becslések szerint⁴ a roma közösség lélekszáma 2050-ig mintegy 70 százalékkal emelkedik, s csupán 16 százalékkuk gazdaságilag aktív. A romák élethelyzetére jellemző probléma komplex jellegű: mivel a roma népesség kb. 60 százaléka kistelepüléseken lakik⁵, ezért helyzetük kistelepülési, vidékfejlesztési, vidéki tömegközlekedési, lakhatási, szociális és foglalkoztatási probléma is egyben. Elég csak arra gondolni, hogy három régióban felülreprezentált a roma populáció: Dél-Dunántúlon, Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon, vagyis hazánk három olyan térségében, amelyek a legrosszabb gazdasági mutatókkal és legmagasabb munkanélküliségi rátával rendelkeznek.

A cigányság *életszínvonaláról* összefoglalóan elmondható, hogy a szegénységi csapda többszörös negatív hatásai sújtják őket. Ahogy Kertesi fogalmaz:⁶ a szegénység–iskolázatlanság–munkanélküliség–szegénység ördögi körében élnek. Emellett az is kimutatható, s korábbi kutatásainkban mi magunk is erre az eredményre jutottunk, hogy az iskolázottság hiányát újratermelő, mérsékelten növekvő számú roma populációról beszélhetünk. Egy többszörösen és több dimenzió mentén (pl. oktatás, munkaerőpiac, szociális körülmények) nehézségekkel terhelt csoportról van szó. Mindezek a jelenségek kiegészülnek a cigányokkal szembeni előítéletes vélekedéssel, negatív diszkriminációval is.

A KSH adatai szerint a foglalkoztatási ráta a 2004-es 56,8 százalékról 2005-ben 56,9 százalékra, 2006-ban 57,3 százalékra javult, majd ezen a szinten stagnált. A legfrissebb adatok szerint⁷ a 15–64 éves korcsoportra, 2010 első negyedévében számított 54,5 százalékos foglalkoztatási ráta a 2009. év azonos időszakának eredményéhez (56,1%) viszonyítva 0,6 százalékponttal csökkent. A kitűzött 70 százalékos foglalkoztatási ráta álomhatárától messze vagyunk tehát, sőt a mutató stagnálása jellemző. Ugyanakkor a foglalkoztatási ráta növelése változatlanul a mai napig az Európai Unió és Magyarország számára is prioritással kezelt kérdés. A cél elérése érdekében a tagállamok törekvése, hogy bárki számára bizto-

³ Lásd: [http://www.asz.hu/ASZ/tanulmanyok.nsf/0/79ED5720B293EBC9C12574F30031B5C7/\\$File/t206.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/tanulmanyok.nsf/0/79ED5720B293EBC9C12574F30031B5C7/$File/t206.pdf)

⁴ Kopint-Datorg Konjunktúra Kutatási Alapítvány: Az Európai Foglalkoztatási Stratégia és a magyar foglalkoztatás politika, Budapest, 2005.

⁵ Ide vágó források: Kemény István – Janky Béla: A 2003. évi cigány felmérésről. Kertesi vizsgálat, 2003 és KSH Népszámlálás 2001.

⁶ Kertesi Gábor: A társadalom peremén – Romák a munkaerőpiacon és az iskolában, Osiris Kiadó, Budapest, 2005.

⁷ A KSH 2010. áprilisi munkaerő-piaci jelentése alapján

TANULMÁNYOK

sított legyen a munkaerőpiacra való vissza- és bejutás. A roma évtized⁸ részeként Magyarország deklarálta elkötelezte magát a hazai cigányság gazdasági és társadalmi helyzetének javítása mellett. Ennek a programnak a részeként, a foglalkoztatás terén, a romákat sújtó akadályok kezelése kulcsfontosságú, azonban addig, amíg a cigányok negatív diszkriminációnak vannak kitéve a munkaerőpiacon, aligha teljesíthető ez a követelmény. A probléma mielőbbi orvoslása fontos, figyelmen kívül hagyása gazdasági és társadalmi szempontból felelőtlen: Hablicsek László szerint az 1980–90-es évek fordulóján lejátszódott roma demográfiai robbanás során született kohorszok most és a következő években jelenhetnek meg fiatal felnőttként a munkaerőpiacon⁹. De vajon milyen munkaerő-piaci jövő vár rájuk vagy akár a gyermekeikre? Pontosan mi sem tudjuk, de egy status quót talán sikerül bemutatnunk.

1.3. A kutatás háttere és módszere

Jelen írásban két roma vonatkozású kutatásunk néhány eredményét mutatjuk be: egy nemzetközi vonatkozású vállalati survey vizsgálatát, és a Roma munkaerő-piaci szolgáltató hálózat (RMSZ) létrehozásával és működtetésével kapcsolatos hatásvizsgálatát.

A nemzetközi vállalati, kérdőíves vizsgálat a következő kérdésekre keresett választ:

A piaci szereplők milyen okokra vezetik vissza a magas roma munkanélküliséget?

Mennyit ér és hogyan jellemezhető a roma munkaerő?

Van-e a felkeresett szervezeteknél-vállalatoknál olyan törekvés, amely a munkaerőpiacon hátrányos helyzetben lévők segítségét, integrációját célozza meg?

Ha van ilyen stratégia, milyen főbb programelemekre épül?

A kérdőíves kutatás módszertani különlegessége, hogy a roma munkavállalókkal kapcsolatos munkáltatói attitűdöt a pluralizmus ignoranciája modell felhasználásával is bemutatjuk.

A survey esetében egy alkalmazott kutatásról volt szó, amely a diverzitás kérdésében kereste a válaszokat, így a publikációnk sem átfogóan a munkaerőpiacra, vagy a szektorok jellemzésére vállalkozik. Arra törekedtünk, hogy üzeneteket fogalmazzunk meg a romákat alkalmazó és nem alkalmazó cégek dichotómiájában, a diverzitás-kezelésre és munkáltatói attitűdökre vonatkozóan. Az eredményeket inkább szociálpszichológiai dimenzióban próbáltuk értelmezni. Tettük ezt azért is, mert maga a survey kutatás igen fókuszált volt, és a nemzetközi módszertanhoz igazodva, egy viszonylag rövid és kötött kérdéssor megválaszolására épült.

A survey kutatást 2008 második felében a brit szakmai partner The Back To Work Company és az OFA megbízásából, nyílt pályázati úton

⁸ Lásd: <http://www.romadecade.org/>

⁹ Kopint-Datorg Konjunktúra Kutatási Alapítvány: Az Európai Foglalkoztatási Stratégia és a magyar foglalkoztatás politika, Budapest, 2005.

elnyert projekt keretében, az OpenNetwork Piac- és Társadalom-kutató Kft. végezte¹⁰.

A vállalatokat, szervezeteket telefonon kerestük meg (n = 509). A minta reprezentatívnak tekinthető, a 10 főnél több alkalmazottal rendelkező vállalatok körére gazdasági ág és létszám együttes eloszlására nézve. A gazdasági tevékenység és vállalati létszám mellett a minta összeállításánál figyelembe vettük a földrajzi elhelyezkedést is. A megszólaltatott vezető beosztású vállalati képviselők 44 százaléka a teljes szervezet működéséért felelős, a fennmaradók pedig kifejezetten a HR területekért voltak felelősek.

A Roma munkaerő-piaci szolgáltató hálózat (RMSZ) létrehozásával és működtetésével kapcsolatos hatásvizsgálatot¹¹ több módszer felhasználásával valósítottuk meg. A kutatás a szolgáltató munka során keletkező dokumentációkra, a megvalósító szervezetek mikrokörnyezeti hatástanulmányaira, az egyes szervezetek szolgáltatását igénybe vevő 30 taggal készült mélyinterjúra, valamint a szervezeti szakértők, vezetőkkel folytatott konzultációkra épült. Itt a roma munkavállalókkal készült mélyinterjúk fókuszában többek között a következő kérdések álltak:

Az aktív korú, munkaképes romáknak milyen általános munkakeresési tapasztalatai, és munkaerő-piaci integrációs nehézségeik vannak?

Hogy látják a roma közösségi házakat, illetve mire használják azokat?

Milyen hatásokat értek el ezek az intézmények a munkaerő-piaci reintegrációjukban?

2. A kutatási eredmények bemutatása

2.1. A vállalatok jellemzése

Sajátos problémája a hazai cigányságra irányuló kutatásoknak a validálás, azaz a „*Ki számít romáknak?*” kérdés eldöntése. A kutatás során külön nem definiáltuk a roma identitást, hanem rábíztuk a megkérdezett vállalatvezetőkre, HR-vezetőkre a döntést. Elfogadtuk a válaszadók prekonceptióit, s így közvetve olyan vizsgálati csoportra vontunk le következtetéseket, amelyeket a környezetük romának tart.

A mintába került vállalatok válaszai alapján elmondható, hogy a felvétel időpontjában, iskolai végzettség tekintetében legnagyobb arányban szakmunkásokat (37 százalék) és érettségivel rendelkező (27 százalék) munkavállalókat alkalmaztak. A cégek felénél mindössze egy százalék a 8 általános végzettséggel rendelkezők aránya.

Ha ezekre az adatokra például úgy tekintünk, mint a munkaerő-piaci kereslet leképeződésére, vagy durva megközelítésére (és nem számolunk a munkaerő-piaci diszkrimináció hatásával), már akkor is látható a jellemzően alacsony iskolai végzettséggel bíró roma csoport alacsony

¹⁰OFA – „Romák munkavállalását gátló tényezők kezelése a munkaerőpiacon”. Kutatási programelem, 2008. RSK/KUTATÁS/2007m

¹¹OpenNetwork Piac- és Társadalom-kutató Kft.: „Roma munkaerő-piaci szolgáltató hálózat kialakítása” (Roma-Háló – RMSZ) program hatásvizsgálata, 2007

TANULMÁNYOK

szintű, illetve terepkutatásunk eredményei szerint inkább operátori, vagy szaktudást nem különösebben igénylő fizikai munkára való bekapcsolódási esélye.

A kutatásban szereplő vállalatok egyharmada számolt be arról, hogy a foglalkoztatottai jellemzően fizikailag nehéz munkát végeznek.

1. táblázat *Alkalmazotti tevékenység megítélése*

	N	%
Fizikailag nehéz	170	33,4
Mentálisan és fizikailag is nehéz	155	30,5
Mentálisan nehéz	135	26,5
Egyik sem	47	9,2
Nem tudja	2	0,4
Összesen	509	100,0

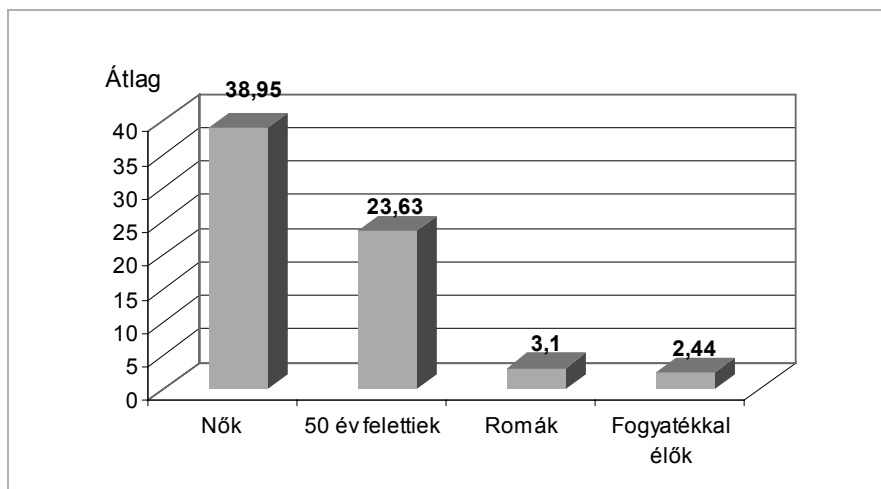
A zömében 8 általánossal rendelkező, aktív korú roma népesség, de a szakirányú, vagy középfokú végzettséggel rendelkező is kénytelen az alacsonyabb presztízsű, nehezebb fizikai munkával járó szinten bekapcsolódni a munka világába. A munkavállalási korú romák nagyobb valószínűséggel végzenek vagy végezhetnek fizikailag nehéz munkát. Ezt támasztják alá eredményeink is: a mintánkban a romákat is foglalkoztató vállalatok között felülreprezentáltak azok (42%), ahol általában jellemzőek a fizikailag igénybevevő munkakörök.

2.2. *A munkaerőpiacon hátrányos helyzetben lévő társadalmi csoportokkal kapcsolatos összehasonlító vélemények*

Az alábbiakban bemutatjuk a mintában szereplő szervezetek, vállalatok foglalkoztatottsággal kapcsolatos jellemzőit, kiemelten figyelve a hátrányos helyzetű csoportoknak a foglalkoztatottak között való megjelenésére, valamint (kiemelve a romákat) az irántuk megmutatkozó attitűdökre.

A munkaerőpiacon hátrányos helyzetben lévő négy nagyobb csoport vállalaton belüli foglalkoztatottsági arányát kérdeztük meg az adatközlőktől. A nők, az 50 év feletti, a fogyatékkal élők és a romák meglehetősen különböző csoportok, de közös bennük, hogy nagyobb valószínűséggel szembesülnek különböző nehézségekkel a munkaerőpiacon, mint a társadalom többi csoportja. A mintában való előfordulási arányuk a következő ábrán látható:

1. ábra A munkaerőpiacon hátrányos helyzetben lévő csoportok aránya az alkalmazottak között



Az összes, mintába került vállalat által foglalkoztatottak 3 százaléka roma, és 2 százaléka valamilyen fogyatékkal élő. Ha a romák és valamilyen fogyatékkal élő többségi társadalmon belüli arányára gondolunk, akkor könnyen juthatunk arra a következtetésre, hogy munkaerő-piaci aktív részvételük¹², a láthatóságuk és ezzel összefüggésben a többségi társadalom tagjaival, a mindennapi munkavégzés során kialakított kapcsolódási lehetőségük és összességében pozitív reprezentációjuk csekélyebb mértékű az elvárhatónál. Ez pedig elvezethet oda, hogy a foglalkoztatás dimenziójában a sztereotípiákban gyökerező, inkább negatív kép szilárduljon meg a munkavállalási korú cigányokról.

Amint az Martin Gilens amerikai szociológus egyik cikkében is olvasható, az Amerikai Egyesült Államokban készültek olyan, etnikai alapú vizsgálatok, amelyek arra a következtetésre jutottak, hogy az etnikai származási csoportok tagjait a valóságos arányoknál lényegesen gyakrabban mutatják az „érdemtelen szegény” szerepében, mint a társadalom támogatására érdemes szerepben.¹³

Bár a kutatásból az okok nem deríthetők ki, feltételezzük, hogy a *kognitív tudatállapotunkban* keresendő a megoldás. A fennmaradó tudástartalmakat a szociálpszichológia alapvetőnek tartja az előítéletek létrejöttének és beágyazódásának szempontjából: ilyenek a kategorizáció, az alárendelt társadalmi helyzet kidomborítása, a sztereotípiák és a többség idegenkedő, elzárkózó szemlélete. A kategorizáció jelensége nem elhanya-

¹² A munkaképes korú, aktív populáció aktívokon belüli arányát, illetve számosságát alapul véve.

¹³ Gilens, Martin. 1996. "Race and Poverty in America: Public Misperceptions and the American News Media." *Public Opinion Quarterly* 60(4): 513–535. Reprinted in *Social Science Research*, 2nd edition, Turner C. Lomand, ed. Los Angeles: Pyrczak Publishing, 1998.

TANULMÁNYOK

golható, hiszen az ember a megismerési folyamat során, az egyszerűbb információkezelés érdekében kategóriákat alakít ki, hogy aztán ezeket, mint fiókokat kihúzza emelhesse ki belőle, és alkalmazhassa a megfelelő helyzetben ismereteit. Ennek érdekessége, hogy a többségi percepció hajlamos egy-egy kisebbséget inkább csoportként, semmint individuumként érzékelni. Az egyes szereplőket, és a belőlük állított csoportokat a passzivitás vagy éppen az aktív cselekvés jellemezheti. E szempont azért jelentős, mert ha egy csoportnak, illetve tagjainak külső ábrázolásához vagy belső reprezentációjához általában a passzivitás kapcsolódik, az alkalmas arra, hogy a bemutatott felet negatív konnotációban tüntesse fel, így hozzájárul a negatív sztereotípiák kialakulásához és megszilárdulásához.¹⁴

Munkánk nem irányult a passzív-aktív reprezentáció kutatására, és elsősorban persze a romákkal kapcsolatos vélemények voltak a fontosak, de a célcsoport jellegzetességeit *CSR kontextusban* is szeretnénk volna értelmezni úgy, hogy más, a munkaerőpiacon hátrányos helyzetben lévő csoportokkal összehasonlítva vizsgáljuk az adatokat. A kutatásunkban négy állításon alapuló összehasonlítás volt a CSR kontextus alapja, amiből képet alkothatunk arról, hogy a romák megítélése mennyiben különbözik egy általunk kontrollcsoportnak tekintett, másik hátrányos helyzetű csoport megítélésétől.¹⁵

A négy állítás a következő volt:

- A csoport nagyobb arányú foglalkoztatottsága a magyar gazdaság érdeke is
- A csoport nagyobb arányú foglalkoztatottsága elősegíti a társadalmi integrációjukat
- A csoport tagjainak alkalmazása javítja egy szervezet, vállalat imázsát
- Az emberek általában szívesen vásárolnak vagy vesznek igénybe szolgáltatásokat olyan szervezetektől, vállalatoktól, ahol az adott csoportba tartozók is dolgoznak

A következő táblázatban a két kisebbséggel (romák és fogyatékkal élők) kapcsolatos állásfoglalások eredménye látható, ahol minél magasabb egy érték, annál nagyobbban tekinthető az *elfogadottság*.

¹⁴ Csepeli György: Szociálpszichológia. Budapest, Osiris Kiadó, 2006.

¹⁵ Kutatásunkban kontrollcsoportnak a fogyatékkal élőket választottuk, mert feltételezésünk szerint ennek a csoportnak a megítélése viszonylag semleges. Ezen felül közel hasonló arányban találhatók meg a mintában: az összes megkérdezett vállalat által foglalkoztatottak 3 százaléka roma és 2,4 százaléka valamilyen fogyatékkal élő.

2. táblázat Egyetértés az állításokkal – 100 pontra vetített súlyozott átlag*

	Romák %	Fogyatékkal élők %
Nagyobb arányú foglalkoztatottságuk a magyar gazdaság érdeke is	88	88
Nagyobb arányú foglalkoztatottságuk elősegíti a társadalmi integrációjukat	89	91
Alkalmazásuk javítja egy szervezet, vállalat imázsát	49	68
Az emberek általában szívesen vásárolnak vagy vesznek igénybe szolgáltatásokat olyan szervezetektől, vállalatoktól, ahol az adott csoportba tartozók is dolgoznak	42	61

*Az eredmények a jobb összehasonlítás érdekében százaskálára vannak vetítve

Az első két kérdés tekintetében, a magyar vállalatokat HR ügyekben képviselők kimagasló többsége szerint a romák munkaerő-piaci (re) integrációja a magyar nemzetgazdaság érdeke is, illetve nagyobb arányú foglalkoztatottságuk elősegítheti társadalmi integrációjukat is, mely egyébként jelentősen nem különbözik a kontrollcsoport megítélésében sem. Eszerint a romák társadalmi integrációja részben a munkaerőpiacon keresztül valósulhat meg, ami a válaszokat figyelembe véve nemcsak partikuláris, hanem ösztársadalmi érdek is egyben. Annak ellenére, hogy a vállalati képviselők ennyire jelentős arányban tartanak üdvözlendőnek a romák nagyobb arányú foglalkoztatottságát, és még ösztársadalmi érdekként is fel- és elismert a probléma, egyénileg már kevesen hajlandók tenni ezért, sőt, 57 százalék még munkaerőhiány esetén sem lenne hajlandó a romák fokozottabb alkalmazására (ennek, mint később bővebben is bemutatásra kerül, két oka van: egyrészt a képesítésbeli hiányosságok, másrészt a negatív sztereotípiák hatása).

A vállalati imázs szempontjából a fogyatékkal élők alkalmazása fontosabbnak, vagy fogalmazzunk úgy, hogy CSR szempontból kedvezőbbnek tekinthető. A fogyatékkal élők alkalmazása 57 százalék szerint javítja a vállalat imázsát, és 48 százalék szerint akár vevők, vagy ügyfelek számának az emelkedése is várható tőle. Tehát az eredmények alapján az alkalmazásuk elvileg pozitív kontextusba ágyazódott be – és a foglalkoztatásukhoz kapcsolódó állami kedvezmények, támogatások igénybe vétele pedig aktív forrásallokációs eszköz.

Ellenben a romák alkalmazása nem tekinthető ilyen „jó üzletnek”: az összes válaszoló 69 százaléka szerint a roma munkatársak nem teszik kedvezőbbé egy vállalat imázsát, és 71 százalék szerint a roma alkalmazottak nem járulnak hozzá a vevőkör-ügyfélkör növekedéséhez sem.

Viszont arról is megkérdeztük a vállalati képviselőket, hogy véleményük szerint *Kinek a feladata a hátrányos helyzetű csoportok munkaerő-piaci helyzetének javítása-segítése?* A megkérdezett vállalati képviselők 91 százaléka kifejezetten a mindenkori kormány hatáskörébe delegálta a probléma megoldását. A másik két, legtöbb pontszámot kapott válasz kategó-

TANULMÁNYOK

ria szerint a Munkaügyi Központoknak (84%), illetve 83 százalék szerint az érintett csoportok érdekszervezeteinek-képviselőinek kell ezzel a témakörrel foglalkozni.

Kiemelendő, hogy a munkaadói oldalon ugyan 60 százaléka tekinti saját feladatának a (re)integrációt, és egyéni felelősséget lát a foglalkoztatásban is érvényesülő sztereotípiák leküzdésében, de csak 43% nem zárkózna el mereven a romák alkalmazásától. Értelmezhető ez úgy, hogy a feladat fontos, de megoldását inkább prolongálják más szereplőkhöz.

Jogos a kérdés, hogy ez a segítőkész kétötöd, de egyáltalán, a mintába került cégek vajon „Rendelkeznek-e bármilyen, a felzárkóztatásra irányuló saját, vagy adaptált programokkal, diverzitást kezelő stratégiákkal?” A mintában szereplő vállalatok mindössze 12 százalékánál van a hátrányos helyzetben lévőket segítő vállalati stratégia. A romákat is foglalkoztató szervezeteknél 17% ez az arány.

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy ahol van, ott milyen elemekre épül a stratégia. A diverzitás kezelésére vonatkozóan a két leggyakoribb elem a speciális betanítás (78%), és a Munkaügyi Központtal való fokozott együttműködés (72,9%).

Ha a roma munkaképes korúak jövőjét vizsgáljuk, akkor a hatásvizsgálati kutatásunk megállapításai szerint (ahol magukat a segítő szervezeteket és aktív korú romákat kérdeztünk meg) a Munkaügyi Központok a széles körű hatósági és szolgáltatási tevékenységük és túlterheltségük miatt kevésbé tudnak olyan egyénre szabott, komplex szolgáltatásokat nyújtani, ami a romák munkaerő-piaci integrációját hatékonyabban segítené elő. A tapasztalatok szerint gyakoriak az olyan esetek, ahol elsősorban nem közvetítésre, sokkal inkább egy mentorálással egybekötött segítő tevékenységre lenne szükség, ami feloldja a szociális, anyagi és családi nehézségeket. Ezért a cigány munkavállalók, ha tehetik, szívesen veszik a civil szervezetek, alternatív munkaközvetítők közreműködését. A kérdőíves vizsgálat eredményei szerint éppen az ilyen segítőszervezetekkel való együttműködő gyakorlat nem tekinthető általánosnak a vállaltok körében.

3. táblázat A segítő stratégia jellege a stratégiával rendelkező vállalatoknál

		Ahol van stratégia	Összes vállalat
		%	%
Együttműködés civil szervezetekkel	Igen	45,8	5,3
	Nem	49,2	5,7
	Nem tudja	5,1	0,6
Könnyített munkakörök, feladatok	Igen	35,6	4,1
	Nem	57,6	6,7
	Nem tudja	6,8	0,8
Mentorprogram	Igen	27,1	3,1
	Nem	66,1	7,7
	Nem tudja	6,8	0,8

Mint a táblázatban is látható, a roma munkaerő-piaci integráció terén jelentős tapasztalattal és know-how-val, a romák részéről is elismeréssel bíró, roma foglalkoztatást előmozdító civil szervezetekkel való együttműködés nem kifejezetten jellemző a cégek részéről. Láthatóan kevésbé nyitottak még a mentorprogrammal támogatott integrációra.

2.3. A roma foglalkoztatottak néhány főbb jellemzője

A megkérdezett vállalatok közel egyharmada nyilatkozott úgy, hogy alkalmaz roma munkaerőt is. Az eredmények alapján, leegyszerűsítve a következő esetekben jellemző roma foglalkoztatás: a szervezet méretének növekedésével nő a romák alkalmazásának az esélye. (Azaz, ahol sokan dolgoznak, ott biztosan bekerülnek romák is. Például míg az 50 főnél kevesebb alkalmazottal bíró cégek 24 százaléka, addig a 250 főnél nagyobb létszámú szervezetek 72 százaléka esetében találtunk roma munkavállalókat is.) A jelenség mögött feltehetően az áll, hogy a nagyobb szervezetek inkább kínálnak a romák végzettségi szintjének megfelelő munkaköröket – ne feledjük, hogy az aktív korúak 82 százaléka legfeljebb 8 általánossal rendelkezik –, mint például a gyári szalagmunkás, az operátori munkakör.

Ezzel összefüggésben, a tevékenységi köröket tekintve, egyedül a feldolgozó iparban jellemzőek a roma munkaerőt is alkalmazó vállalatok – a feldolgozó ipari szektorba tartozó cégek 53 százaléka nyilatkozott roma alkalmazottak meglétéről.

A korábbiakkal összhangban – az alacsony iskolai végzettség miatt – roma munkaerőt elsősorban fizikai munkakörökben találtunk: leggyakrabban betanított munkásként (72 százalék), kisebb arányban szakmunkásként (48 százalék). Nem fizikai munkakörökben az összes mintába került szervezet 4 százaléka esetében tettek említést roma munkaerőről.

4. táblázat *A romák által betöltött munkakörök előfordulása*

	N	Romákat is foglalkoztató vállalatok %	Összes vállalat %
Felsővezetői szint	3	1,9	0,6
Középvezetői szint	7	4,3	1,4
Irodai alkalmazottként	10	6,2	2,0
Szakmunkásként	78	48,4	15,3
Betanított munkásként, segédmunkásként	116	72,0	22,8
Nem tudja	6	3,7	1,2
<i>Összesen</i>	<i>(161)</i>	<i>(100,0)</i>	<i>(31,6)</i>

TANULMÁNYOK

Ha szűkítettük a kört a cigányokat is foglalkoztató vállalatokra, akkor azt tapasztaltuk, hogy az ilyen típusú cégeknek összesen 11 százalékában volt található valamilyen irodai munkát végző középvezető vagy felsővezető munkakörben roma alkalmazott.

Következésképpen elmondható, hogy a roma értelmiségi vagy közép-reteg kitermelése nélkül, a vállaltoknál való fokozottabb jelenlét nélkül (hiszen a munkahely valamely kisebbség aktív reprezentációjának egyik lehetséges fóruma is), kevés esélye mutatkozik a roma populációnak akár hathatós munkaerő-piaci (re)integrációjára, akár az érdekvédelmére, vagy a velük szemben fennmaradó, negatív sztereotípiák enyhítésére.

2.4. A roma munkanélküliség attribúciója és a romák alkalmazásának feltételei

A kérdőíves kutatás során megvizsgáltuk, hogy a versenyszektor képviselői hogyan magyarázzák, milyen okokra vezetnek vissza a romák körében tapasztalt magas munkanélküliségi arányt. Az oktulajdonítást nyolc állításon keresztül mértük, s ezek leképezhetőek négy nagyobb csoportra és azok összevonhatóak a hagyományos külső-belső attribúciós mintázatra.

5. táblázat A roma munkanélküliség attribúciójának kérdéscsoportjai

BELSŐ	Készségek (skills)	Alacsony iskolázottság A magyar nyelv nem megfelelő ismerete
	Attitűdök	Gyenge munkavállalói lojalitás Alacsony motivációs szint
	Diszkrimináció	Előítéletek miatti hátrányos megkülönböztetés
KÜLSŐ		A romákról kialakult kedvezőtlen kép
	Kulturális különbségek	Kulturális különbségek Alacsony szintű társas érintkezés képessége

A vállalati képviselők 43 százaléka tartozott azon mérsékeltek közé, akik külső és belső okokat egyaránt megneveztek. 33 százalékuk ellenben kizárólag az egyénre, annak elégtelen belső indíttatású hozzáállására és készségeire vezette vissza a magas roma-munkanélküliséget. Fontos megemlítenünk, hogy az előzetes várakozásainkkal szemben nem volt különbség az attribúciós mintázatokban a romákat is, és a romákat nem alkalmazó vállalatok képviselőinek véleménye között, azaz a vállalat roma-profilja szerinti különbsége nem bírt befolyásoló hatással.

Ha az okokat részletesen vizsgáljuk, akkor a megkérdezettek messze a legnagyobb arányban a csoport alacsony iskolázottságában látták (65 százalék) a romák munkanélküliségének okát, melyet az alacsony motivációs szint (38 százalék) követett. Az előítéletek, vagy inkább sztereotípiák enyhítésére.

típiák miatti hátrányos megkülönböztetés a rangsor hátsó harmadában (26%) található.

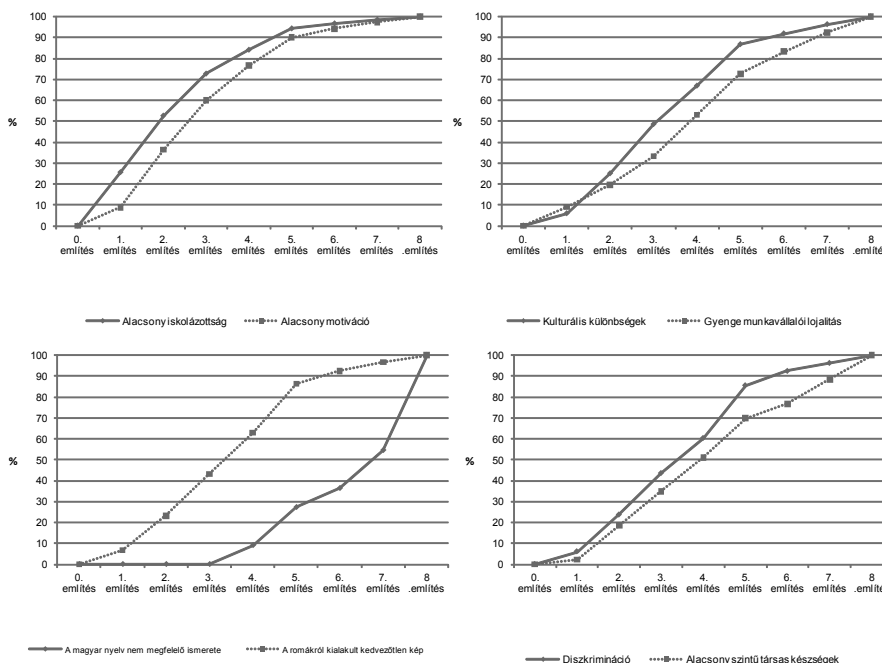
6. táblázat A magas roma munkanélküliség okai

	N	Összes vállalat %
Alacsony iskolázottság	333	65,4
Alacsony motivációs szint	192	37,7
A romákról kialakult kedvezőtlen kép	146	28,7
Kulturális különbségek	136	26,7
Előítéletek miatti hátrányos megkülönböztetés	131	25,7
Gyenge munkavállalói lojalitás	66	13,0
Alacsony szintű társas készségek	43	8,4
A magyar nyelv nem megfelelő ismerete	11	2,2
Egyéb	75	14,7
Nem tudja	35	6,9
Összesen	(509)	(100,0)

Az alacsony iskolázottság jelentősége akkor látszik, ha csak azokat a válaszolókat vesszük figyelembe, akik csupán egy okot említettek: 48 százalék az alacsony iskolázottságot emelte ki, mint a roma magas munkanélküliség egyedüli mozgatóját. Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a romák iskolázottsági szintje valóban elmarad a többségi társadalométól, de sok esetben ez az érv a negatív sztereotípiák leplezésére, elrejtésére szolgálhat. Felvetésünket empirikus adatok is alátámasztják, hiszen a romák alacsony iskolázottságát érvként felhozó vállalati képviselők 59 százaléka semmilyen körülmények között nem alkalmazna romát a jövőben. Azaz értelmezhetjük úgy is, hogy pl. iskolázottsági helyzetük pozitív irányú változása, a diszkriminációs szándék erőssége miatt csak kis mértékben mozdítaná előre a foglalkoztatási-társadalmi (re)integráció ügyét.

Az alábbi ábrán követhető nyomon az attribúció és az említések gyakorisága közötti összefüggés. Érdekes a többitől jól elkülönülő *nyelvi kompetencia elégtelenségét* megjelenítő diagramot megfigyelni. Látható, hogy ezt az okot legkorábban csak negyedik említésként jelölték meg.

2. ábra A roma munkanélküliség attribúciója elempáronként



2.4.1. A ROMA ÉS NEM ROMA MUNKAVÁLLALÓK KÖZTI PERCIPIÁLT KÜLÖNBBSÉGEK

A kutatásban arra is kíváncsiak voltunk, hogy látják a munkáltatók: *Okoz-e bármilyen konfliktust a kulturális különbség, vagy az etnikai származás?* A roma munkaerőt is alkalmazó vállalatok 77 százaléka úgy nyilatkozott, hogy soha nem tapasztalt konfliktust romák és nem romák között. Azon kevés említés esetében, amikor problémákat tapasztaltak, akkor sem etnikai természetű volt, hanem inkább a konfliktusforrás valamilyen személyes jellegét emelték ki.

Arra vonatkozóan is tettünk fel részletes kérdéseket, hogy akik alkalmaznak(tak) romákat, azoknak mi a véleményük: *A többi, nem roma munkavállalóhoz képest különböző területeken hogyan teljesítenek?* Az adatközlők közel négyötöde a romák különböző területeken való teljesítését ugyanolyannak ítélte meg, mint a nem romákét. Ugyanakkor azt is tapasztaltuk, hogy a nyilatkozók egyetlen olyan területet sem emeltek ki, ahol a romák teljesítményét jobbnak ítélték volna meg. A következő táblázatokban jelenítettük meg a pozitív és negatív válaszokat.

7. táblázat A romák teljesítése a többi munkavállalóhoz képest: hasonló

		N	Romákat is foglalkoztató vállalatok %
Munkakör ellátása	Jobban	7	4,3
	Ugyanúgy	133	82,6
	Roszzabbul	8	5,0
	Nem tudja	13	8,1
Együttműködés más kollégákkal	Jobban	3	1,9
	Ugyanúgy	138	85,7
	Roszzabbul	9	5,6
	Nem tudja	11	6,8
Kommunikáció	Jobban	4	2,5
	Ugyanúgy	135	83,9
	Roszzabbul	11	6,8
	Nem tudja	11	6,8
Összesen		161	100

Motiváció, betegszabadságok, de különösen a pontosság és munkafegyelem tekintetében a nyilatkozók inkább rosszabb képet festettek a romákról. Fontos látnunk azonban, hogy a különbségek nem jelentősek.

8. táblázat A romák teljesítése a többi munkavállalóhoz képest: inkább rosszabb

		N	Romákat is foglalkoztató vállalatok %
Motiváció	Jobban	3	1,9
	Ugyanúgy	132	82,0
	Roszzabbul	13	8,1
	Nem tudja	13	8,1
Betegszabadságok gyakorisága	Jobban	3	1,9
	Ugyanúgy	130	80,7
	Roszzabbul	14	8,7
	Nem tudja	14	8,7
Pontosság	Jobban	–	–
	Ugyanúgy	131	81,4
	Roszzabbul	18	11,2
	Nem tudja	12	7,5

TANULMÁNYOK

		N	Romákat is foglalkoztató vállalatok %
Munkafegyelem	Jobban	3	1,9
	Ugyanúgy	123	76,4
	Rosszabbul	24	14,9
	Nem tudja	11	6,8
Összesen		161	100

A munkakör megfelelő ellátása tekintetében közel azonosnak (82,6%), az együttműködés tekintetében pedig egészen kedvezőnek (85,7%) ítélték meg a romák teljesítményét. A kedvezőtlen megítéléssel járó negatív oldal végpontjára a munkafegyelem került.

Külön vizsgáltuk azokat a cégeket, amelyek a felvétel időpontjában vagy közvetlenül azt megelőzően (azaz 2008 első és második negyedévében) nem foglalkoztattak, vagy nem is akartak foglalkoztatni romákat. Arra a kérdésre, hogy *Miért nem dolgozik a vállalatnál roma?*, a leggyakoribb válasz az volt, hogy *„Még nem jelentkezett semmilyen pozícióra.”*. A vállalati képviselők 4 százaléka vállalta a romákkal szembeni, nyílt diszkriminatív hozzáállását is: ők kijelentették, hogy szándékosan nem alkalmaznak(tak) romákat.

A következő táblázatban az látható, hogy a jövőben mennyire lennének nyitottak a vállalatok romák alkalmazására.

9. táblázat A romák jövőbeni alkalmazási esélyei

	N	Romákat nem alkalmazó vállalatok %	Összes vállalat %
Nem	73	20,7	14,3
Igen	187	24,4	36,7
Igen, bizonyos feltételek teljesülése esetén	230	49,7	45,2
NT	19	5,2	3,7
Összesen	509	100	100,0

A megkérdezettek 14 százaléka semmilyen körülmények között, 45 százaléka bizonyos feltételek teljesülése esetén alkalmazna romákat a jövőben. A romákat jelenleg nem alkalmazó vállalati képviselők 21 százaléka semmilyen körülmények között nem venne fel romát, 50 százalékuk bizonyos feltételek teljesülése esetén azonban nyitottnak mutatkozott erre.

A felvétel során leggyakrabban említett feltételek munkajogi szempontból nem kifogásolhatóak, meglétük a HR gyakorlatban is jellemző: a legtöbb cég a pozíció betöltéséhez szükséges feltételek teljesülése esetén és mindenképpen próbaidővel venne fel alkalmazottakat, így romákat is.

A romákat jelenleg is alkalmazó cégek valamivel nyitottabbak a romák jövőbeni alkalmazására. A munkaerő közvetítésben, illetve mentorálásban segítő szervezeteknek (pl. felkészítő tréning-szervezet, roma foglalkoztatási civil szervezet) a jelenleginél nagyobb szerepet kell azonban kapniuk, mivel ez illeszkedik leginkább a célcsoport által megfogalmazott, sikeres munkába állás követelményeihez is. Ezt támasztja alá az is, hogy a gazdasági szervezetek egyre szívesebben vesznek, ha egy ismert civil szervezet közvetíti a roma munkaerőt (esetleg mentorálást, utókövetést is ellát) vagy felkészíti a leendő roma munkavállalókat a munkakörre.

A legális, bejelentett munkahely felderítésében és megszerzésében 1999 óta nem változott a helyzet: csak a legnagyobb teljesítménymotivációval, ezen belül is kiemelkedő kudarctűréssel rendelkező, főleg fiatalabbak, főleg gyermektelenek (vagy a gyermekfelügyeletet megoldani tudók), és inkább férfiak képesek, illetve válnak alkalmassá az elhelyezkedésre.¹⁶

Mindemellett persze az államtól kapott pénzügyi támogatás és nagyobb ösztönző is nyomós érvet jelent.

2.5. Humánerőforrás

A megkeresett vállalati képviselők többsége (64 százalék) arról számolt be, hogy a vizsgált időszakban nem tapasztalt munkaerőhiányt, 27 százalék csak elvétve. A feldolgozóipari vállalatok képviselői számoltak be legnagyobb arányban munkaerőhiánnyal kapcsolatos problémákról. A feldolgozóiparban tapasztalt munkaerőhiány azért is kiemelendő, mert mintánkban ezen vállalati körben felülreprezentáltak a romákat is foglalkoztató piaci szereplők.

A mintában szereplő vállalatok munkaerőhiánnyal kapcsolatos problémáit elsősorban intenzíven, meglévő humán kapacitásuk megerősítésével igyekeznek megoldani: a munkavállalók továbbképzését, túlórabérezést és magasabb fizetést részesítik inkább előnyben.

A munkaerőpiacon hátrányos helyzetben lévő csoportok közül megoldási lehetőségként az időskorúak fokozottabb alkalmazása tekinthető a legnépszerűbbnek: 22 százalék már alkalmazta a módszert, 15 százalék még nem, de megfontolandónak tartja.

Etnikai kisebbségek fokozottabb felvételét a cégek 18 százaléka már alkalmazta, 25 százalék pedig még nem, de megfontolandónak tartja. Ellenben az összes megkérdezett vállalat 57 százaléka mereven elzárkózik attól, hogy munkaerőhiányból fakadó problémáit akár oly módon oldja meg, hogy romákat vesz fel.

A romákat nem alkalmazó vállalatok képviselőinek 64 százaléka mereven elzárkózik kisebbségek fokozott rekrutálásától munkaerőhiány idején. Ezzel szemben ez az arány jelentősen kisebb, mégis jelentős (40 százalék) a romákat is foglalkoztató vállalatok között. Elgondolkodtató, hogy miért ilyen magas ez az arány, amikor a romákat is foglalkoztató cégek jellemzően nem számoltak be konfliktusokról, jellemzően nem ítélték ros-

¹⁶ Babusik Ferenc: Kutatás az ózdi régió cigány népessége körében. www.mek.iif.hu, 1999

TANULMÁNYOK

szabbnak a romák teljesítményét, és kevésbé gondolják, hogy a romák körében attitűdbeli problémák lennének! Ez vélhetően abból is adódhat, hogy inkább a fentebb leírt, belső eszközöket alkalmazzák munkaerőhiány esetén, a humán erőforrás gazdálkodásban.

A munkaerő, jelen esetben a roma munkaerő bejutási esélyei a megkérdezett roma munkavállalók szubjektív véleménye szerint igen kevés. Például hazánkban nem divat még az anonim önéletrajz (ellenben pl. a francia gyakorlattal).

Az RMSZ hatásvizsgálatunk során megkérdezett interjúalanyok saját élményeik alapján számoltak be arról, hogy azért utasították vagy bocsátották el őket, mert roma származásúak. Ez azonban a vártnál kevesebbszer fordult elő, még direkt rákérdezés esetén is. Ez több dolgot jelenthet:

- vagy bújtatottan van csak jelen az előítéletesség a munkaadók, illetve vezetők részéről,
- vagy a már az integráció-reintegráció során pozitív tapasztalatokat szerzett romák a sikerélményeik miatt inkább pozitívabban gondolkoznak saját helyzetükről,
- vagy több tényező együttes hatása közül a „kimaradók” hajlamosak a származás kiemelésére, túlzott jelentőséget tulajdonítva annak.

Néhány jellemző válasz a témában:

„8 általánosom van...hát végül is 9 osztályom van, mert elkezdtem egy pedagógiait Szegeden, gimnáziumba kezdtem el járni, csak aztán ott egy elég rossz élményem volt az egyik tanárral, aki ilyen faji megkülönböztetésre...köztem és a diáktársaim között. És ezt ki is nyilvánította az egyik órán 43-an voltunk, persze csupa lányok, mert ilyen pedagógiai volt és akkor ő azt mondta, hogy nem hajlandó engem tanítani – gondolom mert egy büdös cigány vagyok – és hogy vegyem tudomásul, akármit fogok csinálni, ő akkor is meg fog engem buktatni. Ez volt az év elején és elég rosszul esett...s otthagytam a sulit.” (Magyarcsanád, nő, 21 év, képzési+munkába állási program résztvevője)

„Nem...nincs...nem mert az az igazság, hogy nem is látják úgy rajtam, na szóval nem volt így gondom sosem, szóval mindig elég hamar befogadtak.” (Magyarcsanád, ff, 29 év, munkába állási program résztvevője)

„Hát a munkáltatótól is függ, vannak olyan emberek, akik megnézik az embert, hogy ő most roma-e, ezek a különbségek nagyon dominálnak itt a környéken, bár hál istennek én még nem találkoztam vele...[hallottál már munkaerő-piaci diszkriminációról?] igen, ha nem is így szemtől szemben, de azt mondják, hogy jó, majd értesítjük.” (Magyarcsanád, nő, 21 év, képzési+munkába állási program résztvevője)

„Cigánynak nehezebb munkát találni, de nemcsak ott, bárhova bemegy az ember. Sok helyen tapasztaltam, nemcsak munkahelyen, bárhova bemegyek, már nézik: cigány, már mindjárt máshogyan állnak a dologhoz, nem nézik őket, hogy a rendesebbhez tartozik...nehéz. Annyira ők (a munkáltatók - a szerzők) nem mondják, de érzem én, hogy nincs felvétel...3 éve pizzafutárnak el akartam menni, legelső jelentkező voltam és mondták, hogy hát még meglátják, mert most van egy ismerős...szóval kifogás volt, lehetett látni.” (Nagykanizsa, ff, 31 év, képzés+tréning program résztvevője)

És találkoztunk olyan esettel is, amikor az interjúalany névváltoztatást kért, hogy ne derüljön ki a származása.

Ugyanakkor a mentorprogramok vagy segítő-együttműködő civil szervezetek éppen azt a pluszt adhatnák meg, ami az ideális munkahely megválasztásánál fontos: elősegíthetnék a konfliktusmentes, befogadó munkahelyi légkör kialakulását.

„Mi lenne [az ideális munka]? A Trenkwalderen keresztül a Chio Chips, az jó. Olyan rendesek voltak a munkatársak, a műszakvezetők. Tényleg az ember úgy ment oda, mintha családi légkörbe menne haza. Nem az, hogy lenézik.” (Pázmándfalu, nő, 33 év, képzési+munkába állási program résztvevője)

Arra is kitért a kutatás, hogy a cégek milyen munkaerő rekrutálási típust részesítenek inkább előnyben, s ez mennyire passzol a roma munkavállalók álláskeresési törekvéseihez.

10. táblázat Alkalmazott módszerek új munkatársak keresésére

	N	%
Újsághirdetés	269	52,8
Munkaügyi Központokkal együttműködve	208	40,9
Informális csatornákon keresztül	161	31,6
Internetes hirdetés	131	25,7
Toborzó cégekkel együttműködve	56	11,0
Iskolákkal együttműködve	39	7,7
Munkaerőcsere útján	27	5,3
Civil szervezetekkel való együttműködés	19	3,7
Televíziós és/vagy rádiós hirdetés	18	3,5
Egyéb	92	18,1
Nem tudja	5	99,0
Összesen	(509)	(100,0)

A mintában szereplő vállalatok leggyakrabban újsághirdetés (53 százalék) útján, Munkaügyi Központokkal együttműködve (41 százalék) és informális csatornákon keresztül (32 százalék) toborozzák dolgozóikat. A roma foglalkoztatás szempontjából fontos közvetítőnek tekinthető *civil szervezetekkel való együttműködés* mindössze a teljes minta 4 százalékára jellemző. A romákat is alkalmazó cégek esetében ez az arány 7 százalék. Ugyanerre a vállalati körre jellemző, hogy a teljes mintánál nagyobb arányban veszik igénybe a Munkaügyi Központok szolgáltatásait (52 százalék) és a munkaerőcserét-kölcsönzést (9 százalék) is.

Fontosnak tartjuk ezért hangsúlyozni, hogy kiválasztáskor a cégek mindössze 8 százaléka működik együtt iskolákkal, és alig 4 százaléka keresi a kapcsolatot civil szervezetekkel. Ennek a két „ajtónak” pedig kiemelkedő jelentősége van a romák munkaerő-piaci bekötésében.

A többségnek már volt dolga a kirendeltségekkel, azonban úgy látják, hogy a körülményekhez képest kevesek, segítőkések, mégsem tudnak segíteni, vagy legalábbis nem hitelesek a segítségnyújtás terén. Ennek

TANULMÁNYOK

oka abban rejlik, hogy a romák körében fontos szerepe van a személyes és emocionális töltetű kapcsolatoknak, és gyakran inkább komplex segítségnyújtást igényelnek. Ezzel szemben a segítő szervezetek ezen a téren, vagyis a személyes, hosszabb időt igénylő és komplex, inkább a szociális ellátás körébe tartozó feladatok megoldásában is tudnak segíteni.

„Munkaügyi Központban nem tudtak igazán segíteni, emellett nem is olyan közvetlen a kapcsolat, inkább olyan hivatalos. Úgy meg nem lehet segíteni. Itt a szervezetnél teljesen más.” (Bp., nő, 22 év, képzési program résztvevője)

Úgy érzik, hogy nem foglalkoznak differenciáltan a problémáikkal egy munkaügyi kirendeltségen. Ugyanakkor sokszor felhozott pozitívum, hogy egyénre szabottan alakítják ki szolgáltatásaikat, a konzultációk alapján hangsúlyos szerepet kap a foglalkoztatásra koncentráló, személyes, mélyrétegeket feltáró problémakezelés.

„Nem akarok már megint bemenni, mert egy ilyen stóc papírom van. Felesleges, mert az ember bemegegy, de lehet, hogy már 2 hét múlva elhelyezkedik. Ezért nem akarok. Mert inkább dolgozni szeretnék. Ott nem tudnak segíteni.” (Nagykanizsa, ff, 53 év, nem roma, képzés)

Eddigi, elsősorban kvalitatív kutatási eredményeink alapján azt gondoljuk: az alacsony roma foglalkoztatási arányt javítani hivatott programok hiányossága a cégek toborzási csatornáinak vizsgálatában is megnyilvánul. Vagyis már annak is örülni kell, ha egyáltalán ismerik egymás szokásait a cégek és a programokat megvalósító szervezetek.

3. A romák foglalkoztatási esélyeivel kapcsolatos munkáltató percepciók

Sajnos negatív sztereotípiák érvényesülnek a romák foglalkoztatási lehetőségeiben. Ennek egy speciális technika – a pluralizmus ignorancia modell – alkalmazásával is próbáltunk utána járni.

3.1. A hallgatás spirálja és az optikai csalódás – néhány szó a modellről

A pluralizmus ignoranciáját vizsgáló kutatások elsősorban előítéletekkel, etikai kérdésekkel, politikai állásfoglalásokkal kapcsolatosak. Az adatközlőknek olyan témákban kell véleményt nyilvánítaniuk, és ugyanakkor a többség véleményét is meghatározniuk, amelyek a mögöttes tartalmakban igen megosztóak.

A pluralizmus ignoranciája jelenség jeles kutatói Allport, Lazarsfeld, Newcomb és Neumann voltak, hazánkban Angelusz Róbert volt. Nevükhöz kapcsolódott a „pluralizmus ignoranciája” (vélemények téves észlelése), és „a hallgatás spirálja” elméletek megfogalmazása, igazolása, továbbgondolása. Ezen kutatók elméletei azon alapulnak, hogy a társadalom komplexitásához képest a személyes minták homogenitása szisz-

tematikusan a saját irányultságok és attitűdök irányába hat. A hibás minták a személyes networkök sajátosságai szerint eltérő mértékű, de ezek megszüntethetetlen velejárói az emberek mindennapi életének.

E. N. Neumann jelentősége ezen a kutatási területen az volt, hogy megteremtette a koherenciát a közvélemény-kutatás, a tömegkommunikáció kutatás és a közvélemény között. Elmélete, illetve a *hallgatás spirálja* az 1965-ös és 1972-es NSZK-beli választások után született meg, s az alapja a következő volt: az SDP és a CDU/CSU koalíciója fej-fej mellett álltak. Az exit pollok során nemcsak azt kérdezték meg, hogy kire voksolnak az emberek, hanem azt is, hogy ki lesz majd a győztes. A meglepő az volt, hogy igen nagy eltérést tapasztaltak a várható győztes és a választási szándékok között. A döntést pedig az ún. „bandwagon effektus” döntötte el: ez húzta el az arányokat a várható (percipiált) győztes irányába (főleg a bizonytalanok esetében). Minden, ehhez hasonló esetben a közvélemény (valós vagy téves) alakulásáról kialakuló képzetek befolyásolják a döntéseket, tehát éppen a közvélemény percepciója (alul- vagy felülbecslés esetei) a mechanizmus alapja. Pontosabban az aktorok véleménynyilvánítási hajlandósága, aktivitása és nyilvános viselkedésük befolyásoló képessége, hatása.¹⁷

Neumann szerint mindez szoros összefüggésben van a nyilvánosan vagy a nyilvános kommunikációban megjelenő szimbólumokkal, véleményáramlatokkal is. Az emberek „kvázistatisztikai percepciója” vezet el a véleményáramlatok percepciójához: azaz a személyes (éppen ezért igen pontatlan) megfigyeléseink vagy észleléseink határozzák meg a többség-kisebbség arányának érzékelését.

Egy következő, fontos alapfogalom a *pluralizmus ignoranciája*. Ami az optikai csalódást illeti – vagy a pluralizmus téves észlelését –, Angelusz szerint sokféle optikai csalódás létezik, ő azonban mindössze kétfélet elemez, mert „a pluralizmus ignoranciájának elmélete az optikai csalódások két jellegzetes típusára irányította a figyelmet. Az elnevezés azon alapszik, hogy mindkét esetben a megfigyelők, vagy azok egy jelentős csoportja, téves képet alkot a pluralizmusról, az attitűdök és vélemények tényleges megoszlásáról.”¹⁸

A többségi és kisebbségi vélemény helyes és téves percepciójával számolva logikailag 4 percepció típus létezik:

11. táblázat A közvélemény percipiálásának logikai lehetőségei

Típusok	A többségi vélemény saját percepciója	A kisebbségi
Tükörpercepció	többségi	többségi
Reális percepció	többségi	kisebbségi
Fordított percepció	kisebbségi	többségi
Párhuzamos alulbecslés	kisebbségi	kisebbségi

Forrás: Angelusz, 2000.

¹⁷ E. N. Neumann: Die Schweigespirale. Öffentliche Meinung – unsere soziale. München-Zürich, Haut. R. Piper Verlag, 1980.

¹⁸ Angelusz Róbert: A láthatóság görbe tükrői. Új Mandátum, Budapest, 2000. 213–216. o.

TANULMÁNYOK

Ha erre rávetítjük a pluralizmus ignoranciáinak Angelusz által disz-kutált típusait (a közvélemény percipiálásának logikailag négy fenti lehetőséget), akkor a két eset a következő:

Az 1. számú optikai csalódás esetei típusosan a tükörpercepció esetével azonosak, amikor is a kisebbségi álláspont híveinek többsége úgy érzékeli, hogy saját nézete a többségi álláspont. Ez tehát „a kisebbségben levők többségének optikai csalódása”.

A 2. számú optikai csalódás esetei azonosak a fordított percepció esetével, vagyis a pluralizmus ignoranciájának klasszikus formájával, amikor is a többségi véleményáramlathoz tartozók tévesen kisebbséginek érzékelik nézeteiket.¹⁹

De érdemes még egy kis kitérőt tenni, s megvizsgálni, hogyan működik a modell. „A pluralizmus téves becslése” típusú vizsgálatok két kérdésvariációval dolgoznak:

1. a „saját” (az adatközlőé) véleményre vagy attitűdre vonatkozik, s ezek alapján alakul ki a vélemények tényleges megoszlása (statisztikai megoszlás).

2. a „mások” (vagy outgroupé – pl. szomszédok, családtagok, város lakói, közvélemény, egy másik népcsoport stb.) nézeteinek percipiálására kérdez rá (ez a kvázistatisztikai megoszlás).

Ezáltal tehát a tényleges vélemények, azaz maga a közvélemény, valamint a percipiált vélemények is, illetve a kettő közti eltérések is kirajzolódnak.

A pluralizmus ignoranciája a véleménymegoszlások megítélését jelenti, és elméletileg két alapesete lehetséges. Az egyik az, amikor a többség tévesen kisebbségben látja magát, illetve amikor a kisebbségben lévők tévesen többségben látják magukat. Kutatásunkban kiegészítő jelleggel megkíséreltük körvonalazni a cigányokkal szembeni beállítódásokat és azok megoszlásának percepcióját is, a foglalkoztatásra vetítve.

A kutatásunk során két kérdéspárral dolgoztunk²⁰:

1. *Képzeld el, hogy az Ön cége/szervezete terjeszkedik, és hasonló végzettséggel, képességgel és munkatapasztalattal rendelkező roma és nem roma munkatársát kéne előléptetni. Kit javasolna előléptetésre?*

1.a *És más cégeknél hogyan döntenének ilyen esetben? Ön szerint ilyen helyzetben más cégek személyügyi munkatársainak/vezetőinek hány százaléka javasolná előléptetésre a roma és a nem roma munkatársat?*

A másik kérdéspárunkban roma munkavállaló(k)nak egy kis cég (mint mikroközösség) életébe való belépési-befogadási lehetőségére épül:

2. *Képzeld el, hogy 4 ember felvételét tervezik egy 15 fős, kis cégnél különböző munkakörökbe, akkor Ön a felvételért felelős személyügyi vagy vezető helyében felvenne romákat?*

¹⁹ Ua. 190–203. o.

²⁰ Eredetileg egy összetett pluralizmus ignorancia modellel szerettünk volna dolgozni, de a megadott keret szűkössége, a kötött, csak minimális változtatásra lehetőséget adó kérdőív szerkezet ezt tette lehetővé. A témában lásd bővebben: Angelusz Róbert – A láthatóság görbe tükrői. Új Mandátum, Budapest, 2000.

2.a És mit gondol, más cégek személyügyeseinek-vezetőinek hány százaléka venne fel romákat is ilyen pozícióra?

Azért ezzel a két kérdéspárral dolgoztunk, mert az első egy érzékeny és kényelmetlen szituációba helyezte a válaszolót, ahol csak az etnikai származás alapján kellett döntenie. Míg a második kisebb problémaérzékenységet feltételez, ugyanakkor egy új dimenzió jelent meg a háttérben: a kérdés a mikroközösségbe való befogadásról is szól.

A kutatásunkban nem az előítéletességet magát, hanem inkább az esélyekhez való hozzáférés lehetőségét próbáltuk megnézni. Hiszen az már bebizonyosodott, hogy a hazai, legnagyobb számú kisebbséget sújtó esélyegyenlőtlenségek, és több dimenzióban a kirekesztettség megértésének alapja (és itt szándékosan nem a többségi társadalom attitűdjeit emelnénk ki) pl. az oktatási, szociális és az arra épülő munkaerő-piaci folyamatok megértése, az azokban való megoldások keresése. Azt is fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a munkaerő-piaci negatív diszkriminatív mechanizmusok mögött persze megbújhat előítéletesség, de ennek mérése a megadott keretek közt nem volt a célunk.

A kérdéspárokban viszont az az érdekes, hogy míg az észlelt etnikai diszkrimináció (pl. az, hogy mennyire fontos egy állás betöltéséhez a nemzetiség) általában nem saját élménnyel párosul, hanem általános, a társadalomra vonatkozó véleményekre vonatkozik, addig kutatásunkban a saját és a percipiált (a többségre vonatkoztatott) vélemények együtt jelenhettek meg.

Az interpretáció során már a kétfajta kérdéspár pusztán alapmegoszlásának különbsége is jelzi a téves becsléseket. Az 1. kérdésre adott válaszok alapján az derül ki, hogy a megkérdezettek közül a romákkal szembeni nyílt elutasító állásponton volt 11%, s mindössze 3% szerint inkább a roma munkatárs előléptetése lenne fontosabb.

A kérdést illetően kimagasló volt a bizonytalan attitűddel rendelkezők aránya (86,6%). Amikor azonban a többségi véleményt kellett megbecsülniük – azaz az 1.a kérdésre kellett válaszolniuk –, akkor azt láthatuk, hogy a válaszok megoszlása valamelyest ettől eltérő képet mutatott. A percipiált vélemény esetében jelentősen mérséklődött a „nem tudja” válaszok aránya, illetve négyszeresére nőtt azoknak az aránya, akik a nem roma munkatárs előléptetését látják esélyesnek. De még mindig igen magas (45,4%) a bizonytalan, vagy inkább távolmaradó válaszok aránya.

12. táblázat A saját és becsült többségi vélemények egy esetleges előléptetésénél

	Saját		Becsült többségi	
	száma	aránya	száma	aránya
Nem roma munkatársat	54	10,6	209	41,1
Roma munkatársat	14	2,8	69*	13,6
Nem tudja	441	86,6	231	45,4
Összesen	509	100,0	509	100,0

* Az 50 százaléknál kisebb arányt tippelők = 7db, az 50–50 százalékot tippelők = 62db

TANULMÁNYOK

Mit lehet kezdeni a sok „nem tudja” válasszal? Egyértelmű állásfoglalást nem tehetünk, de a részletes, ezzel összefüggésbe hozható adatok híján lehet úgy is értelmezni, hogy a válaszolók nem igazán tudtak döntést hozni – azaz etnikai alapon értelmezni a kérdést. De lehet úgy is értelmezni, hogy nem válaszoltak, ami azt jelenti (főleg a modell kérdéspárjának a válaszolóokra vetített másik kérdése tükrében, ahol határozottabb álláspont rajzolódott ki), hogy a korlátozott nyilvánosságú kommunikációs helyzetben (ilyennek vehetjük a kutatásunk telefonos lekérdezését) valamiféle „political correct” szemlélet elrejtje a valós véleményeket (tabuvá válás).

Az 1. és 1.a kérdéspárok eredményeit részletesebben is szeretnénk ismertetni. Egy olyan módszertani egyezséget kötöttünk ki, amely szerint a válasz akkor tekinthető roma, vagy nem roma munkatársat inkább támogatónak, ha az 1.a kérdésre adott százalékos értékelésben, a válasz 50 százalékpontnál nagyobb tagja valamelyik irányba (pl. 51% roma – 49% nem roma) mutat. Röggvest szembetűnik, hogy a bizonytalan véleménnyel (nem tudja) rendelkezők aránya közel felére, összesen 40 százalékpontos különbséggel mérséklődött. Vagyis határozott „kvázi statisztikai percepcióval” már rendelkezik a megkérdezettek többsége.

A becsült többségi vélemények közül a „nem roma munkatársat” előléptető válaszok aránya 30 százalékponttal magasabb értéket mutatott, mint a saját vélemények esetében, illetve a „roma munkatársat” előléptető becsült többségi válaszok aránya 11 százalékponttal szintén magasabb értéket mutatott. A bizonytalan, „nem tudja” véleménnyel rendelkezők aránya a saját és a becsült többségi vélemények esetében nagyon különböző eloszlást mutattak. Mint látható, arról van szó, hogy a saját vélemény esetében a bizonytalan választ adók közel fele a percepciója során a nem roma munkatársat előléptető szituációt tartja valószínűbbnek, vagyis esetekben a vélemény nélkülség valójában inkább latens állásfoglalást jelent.

A tapasztalt elmozdulásból arra lehet következtetni, hogy a romákkal szemben érvényesülő sztereotípiák a társadalom tagjai számára érzékelhető társadalmi jelenségként fordultak elő a kérdezés időpontjában (is). A válaszokban feltételezhetően az is benne van, hogy mivel önmagukat kevesen szeretik kirekesztő, negatív színben feltüntetni, ezért inkább megpróbálják eltolni az állásfoglalást. Jobban értelmezhető a probléma, ha kereszt-táblában megnézzük a véleményáramlatok megoszlását.

13. táblázat A többséginek tartott vélemények alakulása a saját vélemények szerint előléptetésnél

Saját vélemény	Többséginek tartott vélemény			Összesen %
	Nem roma munkatársat %	Roma munkatársat %	Nem tudja %	
Nem roma munkatársat	77,8	1,9	20,4	100,0
Roma munkatársat	78,6	21,4	0,0	100,0
Nem tudja	35,4	14,7	49,9	100,0

A kereszt-tábla főátlója mentén találkozhatunk azokkal a véleményekkel, amelyek helyesen vagy helytelenül a saját véleményüket érzékelték többséginek. A főátló két oldalán pedig azok a vélemények találhatók, amelyek saját véleményüket kisebbséginek érzékelték. A saját véleményüket többséginek érzékelők közül a „bizonytalan, nem tudja” véleményt percipiálták helyesen a többségi véleményként. Látható, hogy hiányzik a határozott álláspont a témát illetően, ami a valós vélemények elrejtésére utal. (Az interetnikai kutatások során tapasztalható jelenség itt is tetten érhető: a válaszolók a konzervatív vagy inkább kirekesztő álláspont felé húznak a többségi vélemény becslése során.) Az adatok árulkodóak: a roma munkatársat előléptető saját véleményével rendelkezők elképesztően magasabb arányban ítélték a többségi véleményt tévesen (78,6%), mint helyesen (0%). Azaz a befogadóbb állásponton lévők hajlanak a közvélemény konzervatív irányú percepciójára. Ugyanakkor az is leszűrhető, hogy a befogadóbb típusú válaszolók inkább kirekesztő jelleggel kalkuláltak.

Továbbá érdemes megfigyelni, hogy a nem roma munkatársat megnevező saját véleményével rendelkezők 78 százaléka többségi véleményként érzékelt a saját véleményét, azaz szerintük a közvélemény is egy kirekesztőbb állásponton van, s erősen érvényesül a romákkal szembeni negatív diszkrimináció a munkafelvétellel is foglalkozó HR ügyekért felelősök körében is. De az is látható, hogy a „bizonytalan, nem tudja” válaszkategóriát bejelölők a véleményüket helyesen többséginek értékelték, ugyanakkor árulkodó, hogy több mint duplája azok aránya (nem roma munkatársat 35,4%, míg roma munkatársat 14,7%), akik szintén a negatív diszkrimináció érvényesülését tartják valószínűbbnek.

(Ha azonban ide vesszük azt is, hogy a saját „nem tudja” válaszok nagyarányú elmozdulása volt tapasztalható a kvázistatisztikai percepciónál a „nem roma munkatárs” irányában, akkor a „nem roma munkatársat” megjelölő válaszolók a bizonytalan „nem tudja” válaszokkal közel azonos értékkel bírnának.)

A kérdéspárok működése hasonló volt a 2. és 2.a kérdéspár esetében is. A 2.a kérdés esetében is százalékos értékelést kellett adniuk a válaszolóknak, így azok a válaszok, amelyek 50 százalékpont alatti értékkel bírtak, azt jelentik, hogy inkább nem vennének fel romákat egy kisvállalkozáshoz. Az 50 százalékpont vagy afeletti értéket megjelölő válaszok pedig a roma munkavállalók irányába mutató nyitottságot jelentik. A következő táblázatban látható a saját és a percipiált válaszok alapmegoszlása.

14. táblázat A saját és becsült többségi vélemények, munkafelvételnél

	Saját		Becsült többségi	
	száma	aránya	száma	aránya
Nem venne fel romákat	53	10,4	173	34,0
Felvenne romákat	409	80,4	124	24,4
Nem tudja	47	9,2	212	41,7
Összesen	509	100,0	509	100,0

TANULMÁNYOK

Jól kivehető ebből a kérdésstruktúrából, hogy a közvélemény és a kvázistatisztikai becslés között óriási eltérés mutatkozik. Azaz munkafelvétel esetén (a kérdésben nem volt kikötés, hogy milyen munkakörbe) valójában sokkal befogadóbb a közvélemény, mint a becsült véleményklíma. Hangsúlyozzuk, hogy a saját vélemények megoszlása szerint a véleménynyilvánítók 80 százaléka afelé az álláspont felé hajlott, hogy felvenne romákat a képzeletbeli szituációban, és csak 10 százalék volt kategorikusan elutasító. Ezzel szemben az észlelt többségi véleményáramlat jóval bizonytalanabb tájékozódásról (31 százalékponttal megugrott a „nem tudja” válaszok aránya), és ismét inkább kirekesztőbb szemléletről árulkodik.

Akár a bizonytalanok arányával együtt, akár külön a romáktól elzárkózó válaszokat vesszük alapul, elmondható, hogy a válaszolók tévesen percipiálták a helyzetet. Hasonlóan az előző kérdésben tapasztaltakkal, érdekes tény, hogy ismételen a bizonytalanok aránya a legmagasabb a becsült többségi vélemények esetében. Ez arra utalhat, hogy a téma elhallgatott vagy mellékes.

A többségi vélemény torzulása két hatás együttes érvényesülésére vezethető vissza: a befogadó (felvenne romákat) álláspont képviselői annak ellenére, hogy a többséget alkotják, mégis:

1. a kirekesztő (nem venne fel romákat) véleményeket érzik elterjedtebbnek,
2. bizonytalanok a kérdés megítélésében, azaz percepcióik homályosak.

Mindezt a következő kereszt-táblában részletesebben is be tudjuk mutatni.

15. táblázat A többséginek tartott vélemények alakulása a saját vélemények szerint, munkafelvételnél

Saját vélemény	Többséginek tartott vélemény			Összesen
	Nem venne fel romákat %	Felvenne romákat %	Nem tudja (%)	
Nem venne fel romákat	62,3	9,4	28,3	100,0
Felvenne romákat	32,5	28,9	38,6	100,0
Nem tudja	14,9	2,1	83,0	100,0

A saját véleményüket többséginek érzékelők közül a „felvenne romákat” véleménnyel rendelkezők percipiálták helyesen, míg a „nem venne fel romákat” és a bizonytalan „nem tudja” véleményekkel rendelkezők tévesen becsülték meg a többségi véleményt. Azok, akik nem vennének fel romákat, 62 százalékban többségi véleményként értékelték saját véleményüket. Azok között pedig, akik helyesen becsülték meg a közvélemény alakulását, többségben volt azok aránya (32,5% és 38,6%), akik vagy a kirekesztő, vagy a bizonytalan álláspontra voksoltak.

A többséginek tartott vélemény ennél a kérdéspárnál is elmozdult a közvéleményhez képest, hasonlóan az 1.–1.a kérdéspárhoz, a kire-

kesztőbb állásfoglalások vagy a helyzeten eligazodni képtelen (esetleg leplező?) „nem tudja” válaszok felé.

4. Összefoglalás

Az összefoglalásban a kutatás legfontosabb tanulságait kívánjuk átfogóan bemutatni. Ezeket olyan üzeneteknek szánjuk, amelyek remélhetőleg gondolatébresztőek lesznek:

1. Megállapítható, hogy a cigány munkavállalókkal szemben kettős, egy nyílt (a munkafelvételek során) és ignorált (a társadalom percipiált véleménye), negatív diszkrimináció is körvonalazódott.

2. A munkahelyen való láthatóságuk és ezzel összefüggésben a többségi társadalom tagjaival, a mindennapi munkavégzés során kialakított kapcsolódási lehetőségük, és összességében a dolgozó ember pozitív reprezentációja csekélyebb mértékű az elvárhatónál. Ez pedig elvezethet oda, hogy a sztereotípiákban gyökerező, inkább negatív kép szilárduljon meg a cigányokról.

3. Annak ellenére, hogy üdvözlendő dolog a romák nagyobb arányú foglalkoztatottsága, és még osztársadalmi érdekként is fel- és elismert szempont, a vállaltok közül egyénileg már kevesen hajlandóak tenni ezért. Sőt, munkaerőhiány esetén még mindig sokan nem lennének hajlandóak fokozottabb alkalmazásukra.

4. A hátrányos helyzetű csoportok munkaerő-piaci helyzetének javítása-segítése kapcsán a megkérdezett vállalati képviselők 91 százaléka kifejezetten a mindenkor kormány hatáskörébe delegálta a probléma megoldását.

5. A Munkaügyi Központok a széles körű hatósági és szolgáltatási tevékenységük és túlterheltségük miatt kevésbé tudnak olyan egyénre szabott, komplex szolgáltatásokat nyújtani, ami a romák munkaerő-piaci integrációját hatékonyabban segítené elő.

6. A roma foglalkoztatás a következő jellemzők által körvonalazódott: a szervezet méretének növekedésével nő a romák alkalmazásának az esélye (azaz, ahol sokan dolgoznak, ott biztosan bekerülnek romák is). Egyedül a feldolgozó iparban jelentkezett irántuk fogadókészség.

7. A vállalatok HR ügyeiért felelős szakemberek messze a legnagyobb arányban az alacsony iskolázottságban és az alacsony motivációs szintben látták a romák munkanélküliségének okát.

8. A válaszolók döntő többsége a romák különböző, munkavégzéssel összefüggő területeken való teljesítését ugyanolyannak ítélte meg, mint a nem romákét. Ugyanakkor nem jellemző, hogy a nyilatkozók bármely területet kiemelték volna mint olyat, amelyben a romák teljesítményét jobbnak lehet megítélniük.

9. A cégek elenyésző hányada működik együtt iskolákkal és/vagy keresi a kapcsolatot foglalkoztatási programokat megvalósító civil szervezetekkel. Ennek a két „ajtónak” pedig kiemelkedő jelentősége van a romák munkaerő-piaci bekötésében.

Érdeemesnek, sőt izgalmasnak találjuk a témát arra, hogy a foglalkoztatás területén tett további kutatásokat is végezzünk. Éppen azért, mert

TANULMÁNYOK

a nemzetgazdaság szempontjából egy kihasználatlan munkaerő-potenciál megismeréséről van szó, illetve felmerültek bennünk ezen projekt alatt olyan, azóta is megválaszolatlan kérdések is, amelyek kiderítése és alapos megértése segíthetne a roma foglalkoztatási viszonyokat is pontosítani. Ezek a következők:

1. Vajon a magas roma munkanélküliség mennyiben vezethető vissza diszkriminációra, előítéletekre és mennyiben az alacsony iskolázottságra, vagy hátrányos helyzetű térségek sajátosságaira?

2. A Munkaügyi Központok és annak jelenlegi szociális segítő tevékenységének mérése, annak tükrében, hogy mennyire hatékonyak a roma célcsoport (re)integrációja kapcsán.

3. A sikeres munkaerő-piaci (re)integráció milyen nemzetgazdasági hatásokkal járna? Hány adóforint segítene és mennyi emberen? Közvetve mennyi megtakarítást jelenthet az egészségügynek és a szociális területnek?

4. Az egyes alrendszereket (oktatási, szociális stb.) komplexitásában érdemes lenne megvizsgálni, miszerint a sikeres roma munkaerő-piaci integráció elősegítené-e a beiskolázandó romák sikeres oktatási integrációját is.

Irodalom

Állami Számvevőszék Fejlesztési és Módszertani Intézete: A magyarországi cigányság helyzetének javítására és felemelkedésére a rendszerváltás óta fordított támogatások mértéke és hatékonysága. (Szerzők: Dr. Pulay Gyula és Dr. Benkó János) 2008. (ISBN 978-963-87779-2-8)

Angelusz Róbert: A láthatóság görbe tükrői. Új Mandátum, Budapest, 2000.

Babusik Ferenc: Kutatás az ózdi régió cigány népessége körében. www.mek.iif.hu, 1999.

Csepeli György: Szociálpszichológia. Budapest, Osiris Kiadó, 2006.

E. N. Neumann: Die Schweigespirale. Öffentliche Meinung – unsere soziale. München–Zürich, Haut. R. Piper Verlag, 1980.

Gilens, Martin. 1996. „Race and Poverty in America: Public Misperceptions and the American News Media.” *Public Opinion Quarterly* 60(4): 513–535. Reprinted in *Social Science Research*, 2nd edition, Turner C. Lomand, ed. Los Angeles: Pyrczak Publishing, 1998.

Hitesy, Bartucz és Hollai Tanácsadó Iroda: A roma foglalkoztatás támogatása térségi tapasztalatainak vizsgálata (1996–2001) és a területfejlesztés térségi tervezési és programmegvalósítási rendszereibe való illesztésük feltételrendszerének meghatározása, Budapest, 2003.

Kemény István–Janky Béla: A 2003. évi cigány felmérésről. Kertesi vizsgálat, 2003.

Kertesi Gábor: A társadalom peremén – Romák a munkaerőpiacon és az iskolában, Osiris Kiadó, Budapest, 2005.

Kopint-Datorg Konjunktúra Kutatási Alapítvány: Az Európai Foglalkoztatási Stratégia és a magyar foglalkoztatás politika, Budapest, 2005.

KSH 2010. áprilisi munkaerő-piaci jelentése

KSH Népszámlálás 2001.

OpenNetwork Piac- és Társadalom-kutató: „Roma munkaerő-piaci szolgáltató hálózat kialakítása” (Roma-Háló – RMSZ) program hatásvizsgálata. Zárótanulmány, 2007.

BUGARSZKI ZSOLT

Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén

A tanulmány szakmapolitikai elemzés keretében próbálja körbejárni, vajon beszélhetünk-e intézménytelenítésről Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. Az elemzés egy klasszikus modellt használva arra keresi a választ, hogy a különböző érintett szakmapolitikai szereplők milyen irányban próbálnak változtatni az ellátórendszer viszonyain, különös tekintettel a nagy létszámú bentlakásos intézményekre. A tanulmánynak a 20 éve mozdulatlan számok mögötti dinamizmus feltárása a célja, s arra keresi a választ, hogy a statisztikai adatokból kiolvasható mozdulatlanság háttérében érzékelhetünk-e mégis mozgásokat.

Bevezetés

A mentális problémák kezelésének történetében az eltelt fél évszázad egyik jellegzetes eseménye az intézménytelenítésnek nevezett folyamat. Ennek során Észak-Amerikában és Nyugat-Európában a nagy, zárt pszichiátriai intézményeket sorra másféle – jellemzően közösségi alapú – segítségnyújtási módok váltották fel.

Az alábbiakban egy szakmapolitikai elemzés keretében azt próbálom körbejárni, vajon beszélhetünk-e intézménytelenítésről Magyarországon, a mentális problémák kezelése területén.¹ Amennyiben a kérdésre az ellátórendszer alapvető adatai alapján keressük a választ, úgy nemes egyszerűséggel kijelenthetjük, hogy nálunk ez még nem történt meg. Habár a kórházi kapacitások mintegy negyede megszűnt a rendszerváltás óta, az ellátás hangsúlyai mind az egészségügy, mind pedig a szociális ellátás területén az intézmény alapú megoldásokon vannak.

Elemzésemben egy klasszikus modellt használva arra keresem a választ, hogy a különböző, érintett szakmapolitikai szereplők milyen irányba próbálták terelni az ellátórendszer viszonyait, különös tekintettel a nagy létszámú bentlakásos intézményekre. A számok mögötti dinamizmus feltárása tehát a célom, arra keresem a választ, hogy a statisztikai

¹ A jelenlegi tanulmány egy 4 éves kutatási folyamat eredményeképpen született doktori disszertáció rövid ismertetése. A teljes kutatási anyag a szükséges mellékletekkel, adatokkal elérhető a <http://www.box.net/shared/a343qnbqbr> címen.

adatokból leolvasható mozdulatlanság háttérében érzékelhetünk-e mégis mozgásokat.

Az intézménytelenítés (deinstitucionalizáció) szó önmagában meglehetősen pontatlan leírása annak a markáns szakmapolitikai intézkedéssorozatnak, amely egy nagy ívű, paradigmaticus változás. A folyamat eredményeképpen a korábban mintegy két évszázadon keresztül medikális értelmezést kapott élethelyzeteket újra társadalmi keretek közé helyeztük. Eszerint ezek a jelenségek társadalmi kontextusban értelmezhetőek, problémává nem önállóan, kizárólag az adott „szövegekörnyezetben”, az egyén és környezete kölcsönhatása során válnak.

Mentális egészségről beszélni mára már a WHO hivatalos definíciója (WHO, 2004) szerint sem kizárólag medikális kérdés, hanem olyan társadalmi kontextusban értelmezhető, mint a lakhatás, a társadalmi státus, a társas kapcsolatok rendszere, a jövedelem, foglalkoztatás, társadalmi részvétel stb.

Az intézménytelenítés mint kifejezés megítélésem szerint azért pontatlan és félreérthető fogalom, mert egy komplex szakmapolitikai lépéssorozat pusztán egyetlen elemére – jelesül a nagy létszámú, zárt intézmények felszámolására – koncentrálna, s ennél a folyamat jóval meghatározóbb elemei, amelyen pl. az önálló életvitelt lehetővé tevő közösségi-alapú szolgáltatások létrehozása, hiányoznak belőle. Hogy az intézménytelenítés fogalmát teljessé tegyük, egy négy pontból álló kritériumrendszerrel állítottam össze az elemzés céljaira. Ezeknek a háttérében az Európai Bizottság által 2003-ban megrendelt, két, olyan tanulmány ajánlásai szerepelnek, amelyek alapján az unió elme-egészségügygel foglalkozó Zöld Könyvében megjelent, intézménytelenítéssel kapcsolatos állásfoglalások születtek.²

A kritériumok a következők:

1. Az intézménytelenítés az elkülönülő, nagy létszámú elmeegészségügyi intézetek, pszichiátriai intézetek kiváltását jelenti. Ez azonban nem egyenlő a bentlakásos formák eltűnésével. Azok kisebb méretűvé válnak, a közösség keretei közé integrálódnak, humanizálódnak új földrajzi és szakmai keretek között.

2. Az intézménytelenítés nem az állam (vagy egyéb potenciális szolgáltatók) kivonulását jelenti az ellátásból. A megszűnő intézményi kapacitások helyén az érintettek számára szükséges egészségügyi, szociális és egyéb szolgáltatásokat a közösség keretei között szervezik meg, rendszerint rugalmas, változatos formákban, változatos helyszíneken. (Bachrach, 1978)

3. Az intézménytelenítés nem pusztán térbeli, földrajzi elmozdulást jelent. A folyamat részeként paradigmaváltásnak is tekinthető változások következnek be az ellátórendszer viszonyaiban. Ennek egyik legfontosabb eleme, hogy eltűnik a szolgáltatások létrehozásának motivációi közül az érintettek távol tartása a közösségtől. További változást jelent, hogy a korábban szigorú hierarchia szerint szerveződő medikális ellá-

² A Zöld Könyv által idézett kutatások: Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003-2004), http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf; "Comparative cost analysis: Community based services as an alternative to institutions", tender no. VT/2005/021, Official Journal on 22 June 2005 N° 2005/S 119-117014

tást a társszakmák horizontálisan szerveződő, együttműködésére épülő multidiszciplinaritás váltja fel. Az attitűdváltásnak köszönhetően a különböző kezeléseket, ellátásokat korábban passzívan elszenvedő ellátottak, a szolgáltatásokat saját szükségleteik alapján igénybevevő megrendelőkké válnak.

4. Az intézménytelenítés folyamata kizárólag tudatos szakmapolitikai lépésként értelmezhető.

Módszertani keretek

A tanulmány keretei között egy klasszikus elemzési modellt, David Easton „Black Box” modelljét fogom használni. Az alapvetően politikai rendszerek működésének vizsgálatára az ötvenes évek elején kidolgozott, azóta széles körben használt és továbbfejlesztett megközelítés nagyban befolyásolta a szakmapolitikai elemzések későbbi alakulását, a különböző iskolákat. (Easton, 1990)

Easton megközelítése ugyanis egy olyan döntéshozó modellben gondolkodik, amely szoros kapcsolatot feltételezett a döntéshozatali mechanizmus, a döntési kimenetek és az egész folyamat széles értelemben vett kontextusa között. (Parsons, 1999)

Rendszerszemléletű értelmezésében Easton a különböző inputokra helyezi a hangsúlyt, ezeket vizsgálja először. Kétféle inputot különböztet meg: a döntéshozók széles értelemben vett környezetéből érkező követeléseket, igényeket és a támogatásokat. (Easton, 1990)

Az igények, követelések kapcsán érdemes megjegyezni, hogy azok értelemszerűen cselekvést várnak el a döntéshozóktól, ráadásul ezek az esetek többségében értékorientált cselekvésekre vonatkozó elvárások.

A támogató inputok a választópolgárok szavazatai, az intézményrendszer „engedelmessége”, a döntéshozók legitimitása (jogszabálykövetés, adófizetés).

Easton értelmezésében ezek az inputok azután bekerülnek a döntéshozatal és a végrehajtás fekete dobozába, ahonnan jogszabályok, cselekvési tervek, rendeletek, utasítások formájában kerülnek ki. (Easton, 1990)

A megközelítés kritikusai, pl. Edelman azt hangsúlyozták, hogy leegyszerűsítő az a megközelítés, amely a döntéshozatal forrásait kizárólag külső forrásokként határozza meg. A döntéshozóknak számos önálló kezdeményezésük is van, ők maguk is igények megfogalmazói, sőt, továbbgondolva megvannak annak a technikái is, hogy miként tudják az egyes igényeket akár mesterségesen életre kelteni. Sokkal dinamikusabb, egymásra ható folyamatról van szó tehát. (Edelman, 1971)

A kritikai megjegyzéseket is figyelembe véve Easton klasszikus modellje megfelelő keretnek bizonyult számomra a szakmapolitikai elemzéshez. A modell segítségével az ellátórendszer dinamikáját vázoltam fel, amelyben az egyes szereplők a maguk értékorientációi mentén a közigazgatás releváns szintjeit megcélözva próbálják a maguk érdekei szerint befolyásolni a döntéshozatalt. Megítélésem szerint a szociális (és egészségügyi) igazgatás struktúrája és annak befolyásolási kísérletei Magyarországon sokkal inkább tükrözik az Easton klasszikus „fekete doboz” megközelítésében tetten érhető, egy központra mutató cselek-

vést, mintsem hogy azt valamelyik korszerű hálózat-elemzéssel lenne érdemes megragadni.

Az elemzés során a pszichiátriai otthonok mint klasszikus, nagy létszámú intézmények kerülnek érdeklődésem középpontjába, de a medikális szereplők viszonyulásainak elemzése kapcsán ki fogok térni a kórházi kapacitások alakulására, illetve az azzal kapcsolatos állásfoglalásokra.

A vizsgálat egy meghatározott időszakot, az 1996 és 2006 között eltelt 10 év fejleményeit tekinti át.

Joggal vetődhet fel az olvasóban a kérdés, hogy az elemzés miért nem tér ki a 2006-os évet követő eseményekre. 2006 óta számos, a témában fontos fordulat következett be. Alig egy évvel később bezárták az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet, 2009-ben pedig nagy visszhangot kiváltó tiltakozási hullám indult el a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség által az intézmények modernizációjára és kitagolására szánt európai uniós források tervezett felhasználásával szemben.

Fontos sajátossága azonban a jelenlegi tanulmánynak, hogy nem a mindenki által ismert pusztán tények bekövetkeztét vizsgálja, hanem az azokban érdekelt szereplők viszonyulását, motivációit és megnyilvánulását. Ezek feltárása meglehetősen időigényes feladat. E sorok szerzője négy évig módszeresen kutatta a különböző szakmapolitikai szereplők hivatalos és olykor informális dokumentumait. A kutatás során 8 a témánk szempontjából releváns kutatás, 6 nemzetközi és hazai jelentés, 13 különböző szakmai állásfoglalás ugyanennyi jegyzőkönyv, 16 szakmai koncepció, 6 alapelv és mintegy 71 különböző tanulmány került feldolgozásra. A dokumentumelemzés módszerét azokon a területeken, ahol a hozzáférhető írásos anyagok hiányoztak, az adott terület kulcsszereplőitől kapott információkkal egészítettem ki.

A feltárás általában annál nehezebben ment, minél inkább közeli és élő egy adott kérdés. Az OPNI bezárása négy év elteltével sem vált lezárt folyamattá, sőt napjainkban mintha újult erővel kelne életre a kérdés. Az eseményekről tudósítani minden bizonnyal lehetne, azonban az objektív elemzés lehetőségére megítélésem szerint még várnunk kell.

Az elemzési egységek a vizsgált időszak elme-egészségügyi ellátó-rendszerére ható szereplői három nagy csoportra osztható:

1. Szabályozó, finanszírozó szereplők
2. Szolgáltató, ellátó szereplők
3. Felhasználói mozgalmak

A hármas tagolás, a releváns szereplők alább kifejtett logika szerinti összevonása önkényes döntés következménye, implicit módon megjeleníti a szerző látásmódját. Az objektivitás azonban megítélésem szerint ezzel nem sérül, hiszen annak ellenére, hogy más logikai felosztás is elképzelhető, az a szereplők számán és kilétén, valamint a szférán belüli megnyilvánulásaikon nem változtat, legfeljebb egy más logikai felosztás mentén azok máshol lennének feltüntetve.

Az elme-egészségügyi ellátórendszer jellemző adatai

A dolgozat szempontjából a vizsgált időszak fekvőbeteg-ellátó kapacitásai és a járóbeteg-ellátás, különösen az alábbiakban részletesen tárgyalt pszichiátriai gondozók kapacitásai a számunkra igazán fontosak.

1. táblázat A pszichiátriai férőhelyek alakulása a fekvőbeteg ellátásban

Év	Pszichiátriai férőhelyek száma
1994	12 039
1995	11 124
1997	9 478
2004	9 470
2006	9 308

Forrás: GYOGYINFOK, ESZCSM 1618/04. sz. adatgyűjtés

A kilencvenes évek elején mintegy 12 000 pszichiátriai férőhely volt az országban, elsősorban kórházak pszichiátriai osztályain. Az 1995-ös ún. Bokros-csomag eredményeképpen jelentős volt az ágyszám-csökkentés, ami a pszichiátriai férőhelyek 7,6 százalékát érintette: 915 ágy szűnt meg. Ezt követően 1997-ben további 15 százalékos csökkenés következett be. S bár a későbbiekben további átcsoportosításokat is végrehajtottak, alapjában azonban 2006-ig a 9000 körüli ágyszámot tekinthetjük irányadónak, ami nagyjából 9 ágyat jelent 10 000 lakosra számítva.

Az országban a Pszichiátriai Szakmai Kollégium adatai szerint mintegy 800 pszichiáter szakember dolgozik, ezek kétharmada kórházi osztályon látja el feladatát. 275 pszichiáter szakembert találunk az ország 146 gondozójában.

A járóbeteg-ellátást lebonyolító pszichiátriai gondozók száma 1996 és 2006 között mintegy 10 százalékkal növekedett, ugyanebben az időszakban a betegforgalom mintegy 32 százalékos növekedését tapasztalhattuk.

2. táblázat A pszichiátriai gondozók száma és az általuk bonyolított betegforgalom alakulása 1996–2006 között

Év	Pszichiátriai gondozók száma	Betegforgalom (ezer fő)
1996	134	1116
1997	136	1190
1998	138	1234
1999	139	1277
2000	139	1262
2001	142	1304
2002	144	1331

MAGYAR VALÓSÁG

Év	Pszichiátriai gondozók száma	Betegforgalom (ezer fő)
2003	144	1363
2004	144	1395
2005	146	1431
2006	146	1482

Forrás: KSH

1996-ban a szociális ellátórendszerben mindössze a tartós bentlakást nyújtó otthonokat találjuk, mint olyan szociális szolgáltatásokat, melyek deklarált célcsoportját a pszichiátriai betegek jelentik.³

3. táblázat A pszichiátriai betegek otthonában ellátottak száma 1993 és 2006 között

Év	A pszichiátriai betegek otthonaiban ellátottak száma (fő)
1993	8042
1994	7964
1995	7480
1996	7387
1997	7596
1998	7376
1999	7829
2000	8133
2001	7962
2002	7960
2003	7889
2004	7965
2005	8074
2006	8132

Forrás: KSH

A tartós bentlakást nyújtó intézmények mellett a vizsgált időszakban nevesítették a pszichiátriai betegeket megcélzó közösségi alapú szolgáltatásokat, a szociális törvényben. A vizsgált időszak végére a szociális ellátórendszer pszichiátriai betegeket ellátó része a következőképpen alakult:

³ Ezt azért tartottam fontosnak így megfogalmazni, mert természetesen a családsegítő szolgálatoknál vagy a hajléktalan-ellátásban, sőt, később a gyermekvédelmi ellátórendszerben is rendre jelentek meg pszichiátriai betegek, ám ezeknek a szolgáltatásoknak nem ez a fő profilja.

4. táblázat Az egyes pszichiátriai betegeket ellátó szociális szolgáltatások és férőhelyeik száma

Szolgáltatás	Férőhely/ellátott (fő)	Szolgáltatások száma (db)
Közösségi ellátások ¹	3600	195
Pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátása ²	1000	n.a.
Pszichiátriai betegek lakóotthona ³	143	10
Pszichiátriai betegek átmeneti intézménye ⁴	65	n.a.

1. Pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi ellátása együtt

2. 2005-ös adat

3. 2003-as adat

4. 2005-ös adat

Forrás: ⁴ számú lábjegyzet

A vizsgált 10 esztendőben tehát a pszichiátriai otthonokban élő emberek létszáma gyakorlatilag nem változott. 7000–8000 fő lakik az ország mintegy 52 pszichiátriai otthonában. Az 1996-os és 2006-os évek között van ugyan egy majd 10 százalékos különbség, de a hosszabb idő-sorokból látható, hogy egy átmeneti ingadozás egyik szélső értékét jeleníti meg az 1996-os adat. A szintén a tartós bentlakást nyújtó intézményekhez sorolható pszichiátriai betegek rehabilitációs otthonainak kapacitásairól egy 2005-ös adat áll rendelkezésünkre. Eszerint 221 főt vettek gondozásba ezekben az intézményekben. (Hidvégi, 2007)⁵

A közösségi alapú szolgáltatási formák gyakorlatilag nem léteztek a vizsgált időszak elején. 2006-ra országsszerte mintegy 200 szolgáltatásban nem egészen 5000 embert láttak el a szakemberek.

Pusztán a számok alapján az látható tehát, hogy 1996 és 2006 között az intézményrendszer viszonyai alapvetően nem változtak, érdemi kitagolásról, intézménytelenítésről nem beszélhetünk. Az ellátórendszer egy csúcsára állított piramisra emlékeztet, amelyben a legszűkebb kapacitások az alapellátásban vannak, az ellátórendszer hangsúlyai hagyományosan az intézményi-alapú ellátási formákra kerülnek.

Vizsgálatom szempontjából azonban nem az intézményrendszer számokban tetten érhető elmozdulása vagy éppen mozdulatlansága volt

⁴ Hidvégi, J.: Javaslat a szociális szolgáltatások átalakításának fő irányaira, Szociális és Munkaügyi Minisztérium, 2007; Turcsik L.: Lakóotthonok Magyarországon, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2002

⁵ Kétségtelen, hogy ma már jóval pontosabb adatsorokat lehet találni az egyes szolgáltatásokról. Mégis úgy döntöttem, hogy a minisztérium korábbi főosztályvezetőjének minisztériumi anyagát használom az adatok ismertetésére, az időszak meghatározó szakminisztériumi koncepciói ugyanis ezekre az adatokra hivatkozva készültek el.

fontos, hanem az egyes szakmapolitikai szereplők viszonyulását, motivációit és az ellátórendszer alakulására ható megnyilvánulásait igyekeztem feltérképezni. Azt felételeztem ugyanis, hogy a statisztikai számsorokban fellelhető mozdulatlanság mögött igen sok mozgás van, egy sokszereplős, különböző érdekviszonyokkal bíró pezsgő szféra mozgásai. Ennek feltárására teszek kísérletet az alábbiakban.

Nemzetközi szervezetek ajánlásai, irányelvei

A különböző nemzetközi szervezetek (ENSZ, WHO, EU hatóságok) közvetlenül nem tekinthetők szabályozó szereplőnek a hazai elme-egészségügyi ellátás területén. Az EU-ban ez a terület a tagállamok hatáskörébe tartozik, az ENSZ és szervezetei pedig nem bírnak közvetlen hatással tagállamaikra. Magyarország azonban egyrészt számos nemzetközi egyezményhez csatlakozott, s szakmapolitikai döntéseiben rendre figyelembe veszi a nemzetközi ajánlásokat, dokumentumaiban hivatkozik azokra, s így azok közvetve mégis hatást gyakorolnak a hazai ellátórendszerre.

ENSZ alapelvek

Az ENSZ közgyűlése által 1991-ben elfogadott „Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről” az emberi méltóság fontosságát, a kényszerítés és korlátozás megengedhetetlen voltát, az ellátáshoz és törődéshez való jogot, a közösségben való élet és dolgozás jogát deklarálja. Az egyezmény egyértelműen állást foglal a közösségbe integrált ellátási formák mellett. (ENSZ, 1991)

WHO ajánlások

Az Egészségügyi Világszervezet szakértői anyagai már évtizedekkel ezelőtt túlléptek a szoros értelemben vett pszichiátriai ellátórendszer keretein. (WHO, 2004) A szakértői anyagok üzenete az, hogy egy adott közösség lelki egészségének nem a kórházak, intézmények, terápiás beavatkozások az igazi letéteményesei, hanem sokkal szélesebb értelemben, a közösség életének számos területén kell segítséget nyújtani, elsősorban a mentális problémák megelőzése érdekében.

A WHO honlapján meglehetősen tömören megfogalmazott állásfoglalást találunk az elme-egészségügyi ellátórendszer kívánatos fejlesztési irányaira vonatkozóan:

„A WHO három legfontosabb ajánlása szakmapolitikai fejlesztések, stratégiai tervek és a szolgáltatástervezés részére:

- Az elme-egészségügyi ellátás intézménytelenítése
- Az elme-egészségügy integrálása az általános egészségügyi ellátásba
- Közösségi alapú szolgáltatások fejlesztése”⁶

⁶ http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html

Bugarszki: Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén

A Világszervezet tanulmányaira jellemző meglehetősen óvatos érvelési stílushoz képest szokatlanul lényegre törően kommunikált ajánlások a következőkkel egészülnek ki az elmeegógyintézetekkel és nagy létszámú pszichiátriai intézményekkel kapcsolatban.

„Elmekórházak és speciális intézmények: Az elmeegógyintézeti ellátás és az egyedülálló intézményben nyújtott pszichiátriai kórházak alkalmazása nem javasolt.

(...)

Elme-egészségügyi ellátásokat általános egészségügyi szolgáltatások és közösségi alapú szolgáltatások keretei között kell nyújtani. A nagy, centralizált pszichiátriai intézményeket megfelelőbb szolgáltatásokkal kell felváltani.” (WHO, 2003)

EU Zöld Könyv

Az Európai Unió Mentális Egészségről szóló Zöld Könyve (EU Bizottság, 2005) többek között a 2005-ös Helsinkiben megrendezett WHO miniszteri konferencia⁷ felkérésére született, jelezve, hogy a mentális egészség kérdése előtérbe került az Európai és a globális egészségpolitikában.

Tanulmányunk szempontjából legfontosabb a dokumentum intézménytelenítéshez való viszonya. A kifejezés a Zöld Könyv 6.2-es, „A mentális betegséggel vagy fogyatékkal élők társadalmi integrációjának elősegítése, valamint az alapvető jogaik és a méltóságuk védelme” címet viselő fejezetében jelenik meg. (EU Bizottság, 2005)

A Zöld Könyv az intézménytelenítés kapcsán paradigmaváltásról beszél.

„Paradigmaváltás

A társadalmi integrációt segíti a mentális egészségügyi szolgáltatások intézményektől való függetlenítése⁸, és szolgáltatások biztosítása az alapellátásban, közösségi központokban és általános kórházakban, a betegek és a hozzátartozók igényeivel összhangban. A nagy pszichiátriai kórházak vagy elmeegógyintézetek könnyen fokozhatják a megbélyegzést. A pszichiátriai szolgáltatások reformjai révén számos országban a mentális egészségügyi szolgáltatásokat a nagy pszichiátriai intézmények helyett közösségi szinten biztosítják (egy-újonnan csatlakozott tagállamokban a mentális egészségügyi infrastruktúra nagy részét továbbra is elmeegógyintézetek alkotják). Ez együtt jár azzal, hogy a betegeket és hozzátartozóikat, valamint az egészségügyi dolgozókat képezni kell az aktív részvételt és a felelősség felvállalását célzó stratégiák terén.” (EU Bizottság, 2005)

Nem kell a sorok között olvasni tudó, vájt fülű szakértőnek lenni ahhoz, hogy egyértelműen észrevegyük a Zöld Könyv régióink számára szóló üzenetét.

⁷ Mental Health Declaration for Europe, Facing the Challenges, Building Solutions, EUR/04/5047810/6 14 January 2005

⁸ Külön figyelmet érdemel a magyar nyelvű szóhasználat a dokumentumok elemzése során. A Zöld Könyvből származó idézetekhez a hivatalos magyar fordítás szövegét használtam, itt az angol eredetiben szereplő *deinstitutionalization* kifejezés az *intézményektől való függetlenítés* kifejezéssel került lefordításra. Én ezt a fordítást nem tartom túl szerencsésnek, viszont nagyon is jellemző módon egy ilyen apró példán keresztül is mutatja az eredeti jelentés felpuhítására való magyar törekvést. Felváltani, lecserélni egy intézményrendszert nem ugyanaz, mint függetlenedni egy intézményrendszertől.

A nagy létszámú intézményeket érintő nemzetközi és hazai vizsgálatok

ECCL tanulmány

A European Coalition for Community Living (ECCL) felmérésében (ECCL, 2004) Franciaország, Németország, Lengyelország, Románia és Magyarország intézményi viszonyait vizsgálták.

A vizsgálat során minden országban helyi kutatókat alkalmaztak, akik egy mintavétel után meglátogattak intézményeket. A mintavétel során fontos szempont volt, hogy a kiválasztott intézmények között egyaránt legyenek fogyatékos embereket ellátó, pszichiátriai betegeket, illetve mozgáskorlátozottakat kezelő intézmény, valamint felnőtt és gyermek intézmény is.

A felmérés során interjút készítettek a vezetővel, valamint a kutató a részt vevő megfigyelés módszerét alkalmazva meghatározott időt töltött az intézményben és több skálán, adott paraméterek alapján elhelyezte azt. A felmérés elsősorban az életkörülményekkel, az életminőséggel kapcsolatos dimenziókat kívánta felfedni, majd ezeket összevetették a hasonló módszerrel készült közösségi alapú szolgáltatásokat vizsgáló felmérésekkel.

Az eredmények a magyar bentlakásos intézmények vonatkozásában nem bizonyultak hízogőnek. Az intézmények méretét tekintve a vizsgálatba választott magyar és román intézményekben laktak a legtöbbben egy szobában, értelemszerűen ezekben az intézményekben jutott a legkisebb lakó és alvótér is. Míg Lengyelországban és Franciaországban maximum 3 fő osztozott egy szobán a vizsgált intézményekben, addig Magyarországon és Romániában ez a szám 7, illetve 10 fő volt. Hasonló a helyzet a közösségi helyiségek használatakor is, míg Franciaországban előfordul, hogy hárman (de legfeljebb tizenöt) osztoznak egy nappalin, addig Magyarországon ennek kilencszerese, a legjobb esetben is minimum 27 fő osztozott egy közösségi szobán. A magyarországi intézmények számoltak be a leghosszabb tartózkodási időről, ami átlagosan 14 év volt. (ECCL, 2004)

Habár a vizsgálat arról számolt be, hogy Magyarországon és Romániában a magas támogatás igényel bíró lakók vannak többségben, ami elvileg jelenthetné azt is, hogy jól célzottak az intézmények, de ennek kimondásához az alacsony támogatás igényűek 23–28 százalékos aránya még mindig magas. (ECCL, 2004)

Az intézményi ellátás viszonyainak megragadására a vizsgálatban számos módszert alkalmaztak. Az egyik a területen széles körben használt Revised Resident Management Practice Scale (Holland és tsai, 1981), melyet az intézményes gondozás négy jellegzetességének felmérésére használnak:

- napirend merevsége
- egyéni vagy csoportos bánásmód
- a saját személyiség kifejezésének lehetősége (ruházkodás, saját tárgyak, eszközök)
- a személyzet távolságtartása

Az 5. táblázat a vizsgálatban szereplő országok kiválasztott intézményeinek átlagpontjait mutatja.

5. táblázat *Ellátás intézményi minősége*

Ország	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Magyarország	29,5	11,3	14,3	51,8
Lengyelország	20,8	12,1	3,6	48,2
Románia	40,7	16,3	21,4	71,4
Franciaország	17,3	6,1	7,1	25,0

Forrás: ECCL tanulmány⁹

Minél magasabb a kapott pontérték, annál intézményesebb az ellátás, tehát nagyobb hangsúly van az intézmény szükségletein, mintsem az ott élők személyes igényein.

Ahogy a korábbi adatokon is látható volt, a romániai és a magyarországi intézmények jóval rosszabb mutatókkal bírnak a vizsgálatban, mint a francia vagy lengyel bentlakásos szolgáltatások.

Rosenthal jelentés

A hazai szakmai körökben, sőt a nyilvánosság előtt is nagy visszhangja volt a Mental Disability Rights International (MDRI) 1996-ban kiadott jelentésének, melyet leginkább Rosenthal jelentésként ismerhetünk. (MDRI, 1996)

A majd 200 oldalas jelentés az 1995-ben és 1996-ban végzett intézménylátogatások során felvett interjúk tapasztalatain alapul. A kutatást végző munkacsoport tagjai több hetet töltöttek el pszichiátriai otthonokban, kórházak pszichiátriai osztályain, s járóbeteg-ellátásokat és egy közösségi pszichiátriai programot is meglátogattak.

Maga a jelentés a fent ismertetett nemzetközi állásfoglalásoknál is élesebb megfogalmazással foglal állást a nagy intézmények, illetve közösségi alapú ellátási formák vonatkozásában. Miután felvázolja az ellátórendszer 1996-os viszonyait, azonnal utal annak intézmény-központúságára is. A jelentés elsősorban a pszichiátriai otthonok rendszerét tartja problematikusnak, olyannyira, hogy azok alapvető koncepcióját elhibázottnak tartja. A távoli, országhatár melletti elhelyezkedés, a visszaintegrálást valóban elősegítő rehabilitációs szolgáltatások hiánya, az elszigeteltség megállapításaik szerint függővé és kiszolgáltatottá teszi a lakókat. Ezek olyan elemei a pszichiátriai otthonoknak, melyek miatt a

⁹ Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003–2004), http://ec.europa.eu/employment_social/index/socinc_en.pdf

MAGYAR VALÓSÁG

tanulmány szerzői nem azok reformját, átalakítását, hanem fokozatos leépítésüket ajánlja. (MDRI, 1996)

MDAC jelentés

Az elsősorban jogi kérdésekre koncentráló szervezetet témánk szempontjából leginkább a hálós ágyak kapcsán végzett vizsgálatuk, illetve az annak nyomán készített „cage beds – Inhuman and Degrading Treatment or Punishment in Four EU Accession Countries” címmel publikált riport révén érdemes kiemelni. (MDAC, 2003)

A 2003-ban publikált felmérés az akkor még EU csatlakozás előtt álló Csehország, Magyarország, Szlovákia és Szlovénia viszonyait mérte fel a hálós ágyak mint kényszerítő eszközök használatát illetően. A szervezet munkatársai beszámolnak arról, hogy mind a négy vizsgált országban találtak példát a hálós ágyak használatára, amit a szerzők mint különösen embertelen büntetőeszközt írnak le. A szerzők nem titkolt szándéka 2003-ban – egy évvel az EU csatlakozás előtt – az volt, hogy felhívják a tagállamok figyelmét a tényre: a csatlakozó országok egyes polgáraikat ezzel a megalázó, embertelen módszerrel kezelik. (MDAC, 2003)

Gönczöl-jelentés

Az MDRI jelentésével szinte egyidőben, Gönczöl Katalin az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa is vizsgálta a pszichiátriai otthonok helyzetét. Saját vizsgálatát a *Psychiatria Hungarica* hasábjain a következőképpen foglalja össze:

„Az egészségügyi és szociális szféra periferiáján működő intézetekben élő mentális betegek érdekérvényesítési lehetőségeinek korlátozottsága, kiszolgáltatott helyzetük indított arra, hogy hivatalból vizsgáljam az emberi és állampolgári jogok érvényesülését. A vizsgálat öt intézményre terjedt ki, melyek között volt egészségügyi és szociális jellegű, minisztériumi és önkormányzati fenntartású, fővárosi és vidéki fekvőbeteg-intézet és otthon.”
(Gönczöl, 1997)

Az állampolgári jogok biztosa jelentésében javaslatot tett a pszichiátriai otthonok finanszírozási problémáinak megoldására, a gondnoksági, gyámhatósági rendszer felülvizsgálatára, módosítására, a foglalkozási rehabilitációs rendszer átdolgozására, a civil kontroll erősítésére, valamint igen határozottan a visontai pszichiátriai otthon megszüntetésére. Ezek a javaslatok inkább a visszaélésekkel szembeni jogi garanciákat, a szakmai tartalmat igyekeznek erősíteni, a Rosenthal jelentéssel ellentétben az ombudsman vizsgálata – egy kivétellel – nem szorgalmazza a nagy létszámú intézmények felszámolását, az intézménytelenítést.

A nemzetközi és hazai vizsgálatok megállapításaira adott hazai reakciók

Az MDRI tanulmánya nagy visszhangot váltott ki pszichiátriai körökben. Mint a fentiekben kitértünk rá, közel egy időben publikálta jelentését a témában Gönczöl Katalin akkori ombudsman, és 1997-ben jelent meg Harangozó Judit szintén alapvető változásokat sürgető röpirata a közösségi pszichiátriáról. (Harangozó, 1997)

A pszichiáter szakma vezető folyóirata, a *Psychiatria Hungarica* Achilles rovatában 1997-ben nagy terjedelemben foglalkozik a fent említett dokumentumokkal, és teret enged az azokra érkezett reagálásoknak. (*Psychiatria Hungarica*, 1997)

A hazai pszichiátria azóta elhunyt, egyik meghatározó alakja, Veér András is tollat ragadott, hogy a folyóirat hasábjain reflektáljon a vizsgálatokra, „Hozzászólás a Rosenthal dossziéhez” címmel. (Veér, 1997)

Veértől a Rosenthal jelentés hideget-meleget is kapott. Miközben a szerző egészében figyelemreméltó munkának tartja, annak szerinte pontatlanság részei miatt úgy fogalmaz, hogy „legalább a kibic szemével is megismerjük a bajokat” (Veér, 1997) s egyúttal jelzi, hogy máshol sem fenéig tejfel az ellátás. USA-beli, illetve angol példákat hoz visszaélésekről, embertelen körülmények között működő intézményekről.

Bitter István, a Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) akkori elnöke úgy ítéli meg, hogy a bírálatok nem a pszichiáter szakmának, hanem alapvetően a kormányoknak, a politikusoknak szólnak. A szerző miközben köszönetet mond Eric Rosenthalnak és csoportjának, ezzel zárja sorait:

„ajánlásait azonban javasolom, hogy kritikusan elemezzük, határozzuk meg magunk a hazai pszichiátria fejlesztési igényeit, mert a szerzők jóindulatú ajánlásait úgy is értelmezhetik a döntéshozók, hogy van még néhány ezer becsukható ágy a magyar pszichiátriai ellátás végein”. (Bitter, 1997)

A heves reakciókat talán magyarázza, hogy a Rosenthal-jelentést és a Gönczöl-jelentést egy olyan időpontban publikálták, amikor más, a szféra szempontjából meghatározó események is borzolták a kedélyeket. Alig egy év telt el a Bokros-csomag néven elhíresült intézkedéssorozat részeként végrehajtott ágyszám csökkentések óta, melyek közvetlenül érintették a pszichiátriai ellátást, illetve éppen ebben az időben zajlott az 1972-ben jegyzett egészségügyi törvény leváltására hivatott új egészségügyi törvény parlamenti vitája is.

Érdemes észrevenni, hogy a reakciók zöme a pszichiáter szakmából érkezik, miközben a bírálatok többsége a szociális ellátórendszer részeként működő pszichiátriai otthonokat érinti. Az eseményeket rekonstruáló kutató számára szembeötlő, mennyire „hallgat” a szociális szféra az egyébként nagy nyilvánosságot kapott vizsgálatok tárgyában. Miközben a vezető pszichiátriai szakfolyóiratban a *Psychiatria Hungarica*-ban nagy terjedelemben, meglepően sokan foglalkoztak a nagy létszámú intézmények, sőt, közvetlenül az intézménytelenítés témakörével, addig a szociális szféra vezető folyóiratában, az *ESÉLY*-ben gyakorlatilag nyoma sincs az eseményeknek.

Több dologra is fel kell hívni azonban a figyelmet. A kérdéses vizsgálá-

latokat 1996–97-ben publikálták, mindössze 3–4 évvel azt követően, hogy a pszichiátriai otthonok a szociális szféra kezelésébe kerültek. Korábban ezek az intézmények évtizedekig az egészségügy irányítása alatt álltak. A heves reagálásokhoz az is hozzájárulhatott, hogy úgy kerül a pszichiátriai szakma (is) bírálóitok keresztüzzébe, hogy a kifogásolt intézmények nem tartoznak többé felügyeletük alá.

A szociális szféra hallgatása inkább köszönhető az utólag rekonstruálható dokumentáltság és a nyomon követhető szakmai közélet hiányának, mintsem annak, hogy a tartós bentlakást nyújtó intézmények dolgozói és fenntartói szó nélkül hagyták volna az eseményeket. Figyelemre méltó, hogy miközben jelentős szeletet képviselnek a szociális szférában, néhány kivételt leszámítva mennyire nem részei a szakmai közéletnek a tartós bentlakást nyújtó intézmények képviselői. Ha megnézzük pl. a fent említett ESÉLY folyóirat számait, akkor elvéve találunk írásokat, tanulmányokat, publikációkat a pszichiátriai otthonokról. Ennek több oka lehet.

A nagy létszámú, tartós bentlakást nyújtó intézmények azok közé a szociális szolgáltatások közé tartoznak, amelyek már jóval a rendszerváltás előtt is léteztek, s úgy váltak a szociális ellátórendszer részévé, hogy az 1993-as szociális törvény akkori állapotukat érintetlenül hagyva nevesítette őket. (Bugarszki, 2004)

A tartós bentlakást nyújtó intézmények 1993-ra már kialakult és megszilárdult szervezeti kultúrával rendelkeztek. És ez a szervezeti kultúra attól, hogy a szociális törvény egy adminisztratív húzással egy kalap alá vette őket, nem sok hasonlóságot mutat a családsegítő szolgálatok, a hajléktalan-ellátás vagy az éppen 1997-ben indult gyermekjóléti szolgálatok szellemiségével. Márpedig a szociális szakma leginkább ez utóbbi szolgálatokhoz kapcsolódóan fogalmazza meg saját identitását, ezekben a körökben keletkezik az ESÉLY-ben publikált tanulmányok többsége, itt zajlik a szakmapolitikai tevékenységek láthatóbb része.

Mindez azonban még mindig nem feltétlenül jelenti azt, hogy a bentlakásos intézmények képviselői reagálás nélkül hagyták volna az őket közvetlenül érintő jelentések megállapításait. Ha nem is írtak folyóiratokba, biztosak lehetünk benne, hogy megyei, minisztériumi vezetői értekezleteken, egyeztetéseken feldolgozták a tanulságokat.

Az akkori Országos Módszertani Központ vezetőjétől, Marketti Judittól kapott, szóbeli információból kiderült: szakmai rendezvényeken, informális megbeszéléseken már feldolgozták az idézett jelentések megállapításait. Marketti Judit¹⁰ a reakciók között említette még azt is, hogy a minisztérium szociális szolgáltatásokért felelős főosztálya Kovács Ibolya vezetésével számos tekintetben tulajdonképpen azonnal reagált főként az ombudsmani jelentés megállapításaira. A jelentés által kért, jogi garanciális szabályozások bevezetésén túl jelentékeny pályázati pénzek váltak elérhetővé a pszichiátriai otthonok számára, azok korszerűsítésére, a kifogásolt körülmények és gyakorlatok felszámolására.

Témánk szempontjából a leginkább látványos következmény a Heves Megyei Önkormányzat Visontai Pszichiátriai Otthonának bezárása. Itt az állampolgári jogok biztosja olyan viszonyokat talált, hogy nem elé-

¹⁰ Marketti Judit, szóbeli közlés

gedett meg a máshol javasolt jogi, szakmai garanciák erősítésével, az intézmény bezárására tett javaslatot. Erre nem sokkal az ombudsmani vizsgálat nyilvánosságra hozatala után sor is került. Jellemzi azonban az intézménytelenítés hazai viszonyait, hogy a visontai intézmény lakói a közösségbe integrált lakóotthonok helyett a hasonló létszámviszonyokkal bíró (mintegy 300 fős), ám kétségtelenül modernebb füzesabonyi intézménybe kerültek.

A jelentések utóélete

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának minden bizonnyal nagyobb közvetlen súlya, befolyása volt a hazai szakmapolitikai események alakítására, mint a Rosenthal jelentést készítő, nemzetközi szervezetnek. A két jelentés utóélete, hangvétele és ajánlásai is különböznek, s ezek közvetlenül befolyásolták azok eredményességét.

A Rosenthal-jelentés egy nagyon karakteres dokumentum, amely drasztikus és azonnali intézménytelenítést ajánl. Ehhez képest a Gönczöl-jelentés mindössze egyetlen konkrét intézmény, a Heves Megyei Önkormányzat Visontai Pszichiátriai Otthonának bezárását javasolja, s az intézmények létjogosultságát nem megkérdőjelezve azok emberi jogi, betegjogi és szakmai garanciáit szeretné erősíteni.

A Rosenthal-jelentés dinamikája a hegy tetejéről leguruló hógolyóra emlékeztet. A jelentés készítői tanulmányuk publikálásával elindították a „hógolyót” a tetőről, amely ettől kezdve önálló életre kelt, a média természeténél fogva rövid ideig nagyfokú nyilvánosságot kapott és felkavarta, megnyilatkozásra kényszerítette a szakmai szereplők többségét, de ezekre az eseményekre a tanulmány szerzőinek további befolyása már nem volt.

Sokkal összetettebb a Gönczöl-jelentés dinamikája. A jelentés elkészítése és publikálása egy összetett akciósorozat egyik állomása csupán. Itt már a motiváció is legitimáló tényező, hiszen az ombudsman általában megkeresésekre, egy bizonyos területről érkező bejelentésekre reagálva kezd foglalkozni egy adott témával. A tanulmány publikálása után a biztos konkrét ajánlásokat fogalmaz meg a szaktárca vezetői vagy az érintett hatóságok részére, ennek kerete ráadásul a parlament, s minden esetben explicit módon megjelenítik az egyes jelentések utóéletét, hatását az ombudsmani jelentésekben, a parlamentnek készülő beszámolóokban. Nem egyszer egy vizsgálatot pár év múlva hasonló követ, amelyben visszautalnak a korábbi tapasztalatokra, így gyakorlatilag évekig felszínen marad, vagy legalábbis éveken keresztül újra és újra felszínre kerül a téma, ráadásul mindez nagy médianyilvánosság közepette történik.

Az állampolgári jogok biztos a négy évvel az első vizsgálat után 2000-ben publikált beszámolójában¹¹ arra a következtetésre jut, hogy radikális változásokra a közeljövőben nem lehet számítani.

Talán óvatosságból, de még ennek ismeretében sem javasolja a tartós bentlakást nyújtó ellátórendszer felszámolását, folyamatos ellenőrzést

¹¹ Az állampolgári jogok országgyűlési biztos a 2000. évi tevékenységéről szóló összefoglalója <http://www.obh.hu/allam/2000/tart2k.htm#tartalom>

sürget, s a civil kontroll, valamint a média fokozott figyelmének odairányulásától vár változást. Álláspontját talán érzékletesebben tükrözi egy nyilatkozata:

„Ha már szóba hozta az elme-szociális otthonokban tartott vizsgálatot. Ha jól érzékeltem, a sajtótájékoztatójuk után leszakadt a csillár. A szakma kikérte magának az Önök megállapításait.

– Szerintem az egész szakma nem sértődött meg. De az a része butaságot csinált, amelyik kikérte magának a vizsgálatunk megállapításait. Mi ugyanis nem a pszichiátereket vontuk kérdőre. Se szakértelmünk, se jogunk nincs hozzá.”¹²

Politikai döntéshozók állásfoglalásai

A politikai döntéshozók (elsősorban parlamenti képviselők) intézménytelenítéssel, a mentális problémákkal élők élethelyzetével kapcsolatos állásfoglalásait alapvetően a különböző közösségi alapú szociális szolgáltatási formák 1997 és 2001 között zajló nevesítését érintő parlamenti viták jegyzőkönyveiből tárhatjuk föl.

A kérdéses időszak felszólalásait elemezve arra a megállapításra juthatunk, hogy a pszichiátriai betegeket ellátó közösségi alapú szociális szolgáltatásokat tulajdonképpen zökkenőmentesen, a politikai szereplők egyöntetű támogatásával kísérve vezették be.

Az átmeneti ellátásokat nevesítő, 1997-es törvénymódosítás során még nem születtek érdemi politikai kommentárok az ügyben. A módosítást olyannyira lényegtelennek tartották, hogy a tervezetet felvezető miniszter a hozzászólásában¹³ nem tartotta fontosnak külön említeni, s a hozzászóló képviselők sem kommentálták az új szolgáltatási forma bevezetését. Az 1999-es és 2001-es módosítások során azonban, amikor az átmeneti lakhatást nyújtó intézmények kiegészültek a lakóotthonokkal, nappali intézményekkel, illetve a közösségi ellátás szolgáltatásával már mindegyik párt képviselője fontosnak tartotta, hogy üdvözölje a változásokat, vagy ha kritikával illette, hát az inkább szólt a szabályozás részleteiről vagy a létrehozás várható elégtelenségeiről, de semmiképpen nem a bevezetés szükségességéről.

Mind az előterjesztők hozzászólásai, mind az ellenzéki vélemények egyértelműen elhelyezik az új szolgáltatásokat egy nagyobb keretben, s azokról úgy beszélnek, mint amelyek nagyban segíthetik a nagy létszámú, tartós bentlakást nyújtó intézmények kiváltását. Nem egy felszólaló hangsúlyozza a közösségbe orientált, kislétszámú, családközelbeli szolgáltatások jelentőségét. Tartalmi szempontból, úgy tűnik, megkockázathatjuk, hogy egyértelmű az egyetértés és elkötelezettség a közösségi ellátások mellett, már ami a szociális szolgáltatásokat illeti. Azt ugyan nem mondhatjuk, hogy egyértelműen az intézménytelenítés kapcsán is határozott állásfoglalás születik (leszámítva a fogyatékos ellátást), mert a hozzászólásokból az is kivehető, hogy a döntéshozók szerint szükség van a nagy létszámú intézményekre is, ezeket nagy lendülettel szabályozzák,

¹² Karácsonyi beszélgetés Gönczöl Katalinnal <http://www.weblapok.hu/cikkek/gonczol.htm>

¹³ A törvénytervezet preambuluma <http://www.mkogy.hu/irom37/11700/fejezetek/24.pdf>

reformálják, a legprogresszívebb verzióban is egy olyan egymásra épülő ellátórendszer képzelnek el, amelynek szerves részét képezik ezek az intézmények.¹⁴

A politikusok megnyilvánulásain felül érdemes megvizsgálnunk a jogszabályok előkészítéséért felelős minisztériumi tervezési és végrehajtói apparátus viszonyulását is. Ennek feltárása nem egyszerű, hiszen a jogszabályokban már csak a végeredmény jelenik meg, amelyen ráadásul a parlamenti vita igen gyakran még érdemben változtat. A különböző főosztályok közötti egyeztetések, a szakapparátus belső kommunikációja, a szakmai egyeztetések hosszú évek távlatából nagyon nehezen feltárhatóak, s ha vannak is ilyen dokumentumok, azok nincsenek archiválva és kutatások számára nem hozzáférhetőek.

Így a kutató egyetlen eszköze, hogy felkeresi az adott időszak minisztériumi kulcsszereplőit, s az ő visszaemlékezéseik alapján próbálja feltárni az eseményeket.¹⁵ Arra próbáltam választ kapni, hogy vajon milyen tényezők befolyásolták az új, közösségi alapú szociális szolgáltatások bevezetését a mentális problémával élő emberek ellátása területén.

A válaszokból az derült ki számomra, hogy a kilencvenes évek végén nekilóduló nevesítési hullámban közvetetten szerepet játszottak ugyan a már ismertett, meglehetősen kritikus vizsgálatok eredményei, azonban alapvetően a szociális terület fejlődésének saját lendülete húzta magával a pszichiátriai betegeket megcélzó szolgáltatásokat. Ha megnézzük a szociális törvény felépítésének a logikáját, akkor azt találjuk, hogy azonos típusú szolgáltatásokat nevesítettek a különböző célcsoportok számára. Így találunk például idősök nappali klubját, hajléktalanok nappali melegedőjét, pszichiátriai betegek nappali intézményét, fogyatékosok nappali intézményét vagy éppen szenvedélybetegek nappali intézményét. A már korábban is létezett idősellátás szolgáltatotta sok esetben a mintát, és a dinamikus fejlődő hajléktalan ellátás volt ezeknek az új szolgáltatásoknak a motorja. A lakóotthonok nevesítésénél egyértelműen sokat számított a „fogyatékos szervezetek” nyomásgyakorlása, illetve saját kezdeményezéseik. A Soros Alapítvány saját kitagolási programja, vagy a Göncz Árpádné támogatásával működő Kézenfogva Alapítvány, amely a kilencvenes években jelentékeny holland forrásokat volt képes bevonni lakóotthonok kialakítására.

Mintául szolgáltak a már létező progresszív civil kezdeményezések. Hidvégi Júlia neve hangzott el, akinek a vezetésével a békéscsabai Gadara Házban folyt modellkísérlet, emellett a Soteria Alapítványé, illetve Harangozó Judité, aki az Ébredések Alapítvány keretei között szorgalmazta a közösségi alapú ellátások előtérbe kerülését.

A beszélgetések során rendre felmerült az akkori főosztályvezető, Kovács Ibolya neve is, aki a megkérdezett szakemberek szerint nagy

¹⁴ Az egyes hozzászólásokat lásd:

Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_fadat_aktus?p_ckl=36&p_uls=69&p_felsz=1&p_felszig=21&p_aktus=2

Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_szoveg?P_CKL=36&p_uls=223&p_felsz=1&p_szoveg=&p_stilus=

¹⁵ E feltáró munkában való segítségükért ezúton szeretnék köszönetet mondani Kovács Ibolyának, Bódy Évának, Antal Kálmánnak és Göncz Kingának.

vehemenciával képviselte a terület érdekeit. A főosztály akkori vezetője a vele készített interjú során megerősítette a nemzetközi és hazai felmérések hatását az 1997–2001 közötti intenzív fejlesztésekre, de kiemelte azt is, hogy abban az időszakban egy aktív, a közösségi alapú ellátások iránt elkötelezett tisztviselői gárda dolgozott a minisztériumban.

Időben elrugaszkodva az ezredforduló korszakától ám még mindig a kormányzati szereplők viszonyulását vizsgálva az EU csatlakozás mentén készülő fejlesztési tervek, illetve azok előkészítő dokumentumai szolgálnak számunkra információval az intézménytelenítés megítéléséről.

A csatlakozás utáni első Nemzeti Fejlesztési Tervről (NFT I.)¹⁶ azt állapíthatjuk meg, hogy nem foglalkozik az intézménytelenítés kérdésével. A fogyatékosokkal élők kapcsán pár szó erejéig szó van a célcsoport társadalmi integrációjának erősítéséről, de a konkrét intézkedések elsősorban a foglalkoztatás területére koncentrálnak.

Részletesebb információkat kaphatunk a 2004 júliusában jegyzett, Nemzeti Cselekvési Terv a Társadalmi Összetartozásért (NCST) című dokumentumból, amelyet a 2321/2003. (XII.13.) számú kormányhatározattal létrehozott társadalmi kirekesztés elleni bizottság készített, és amely a 2004–2006 közötti társadalmi összetartozást elősegítő elképzeléseket foglalja össze.

Itt a foglalkoztatás közvetlen elősegítésén túl már olyan célkitűzésről is olvashatunk, mint pl. „a munkaerőpiacra való visszatérést támogató közösségi alapú szolgáltatások biztosítása”¹⁷.

Két évvel később az Új Magyarország Fejlesztési Terv¹⁸ már explicit módon említi a bentlakásos intézmények kiváltását. Nyilván az addigra a fogyatékos embereket ellátó intézményekben és a gyermekvédelemben valóban érzékelhetően elkezdődött kiváltásnak köszönhetően a fejlesztési terv már tulajdonképpen folytatásról beszél. Mindazonáltal megállapíthatjuk, hogy a pszichiátriai betegeket illetően irányadó dokumentumban ez itt jelent meg először ilyen egyértelmű módon.

Fenntartói tervek a pszichiátriai otthonok jövőjéről

A pszichiátriai otthonok fenntartói az esetek többségében megyei önkormányzatok. Ez az a közigazgatási szint, amelyen a tartós bentlakást nyújtó intézményekkel kapcsolatos ellátási kötelezettség megjelenik.

Az önkormányzatok szándékairól, terveiről a szociális törvényben előírt szolgáltatástervezési koncepciók adnak tanúbizonyságot. A fővárosi önkormányzat és további hat, megyei önkormányzat szolgáltatástervezési koncepciójában az intézménytelenítéshez való viszonyulás egy sajátosan magyar megnyilvánulási formáját találtam.

Ahogy haladunk lefelé a közigazgatási lépcsőn, úgy puhulnak fel a fogalmaink. A „kiváltás”-t a megyei önkormányzatok szintjén úgy értel-

¹⁶ Nemzeti Fejlesztési Terv, 2004

¹⁷ Nemzeti Cselekvési Terv a társadalmi összefogásért, 2004

¹⁸ Új Magyarország Fejlesztési Terv, 2007

mezik, hogy maradnak a nagy létszámú intézmények, mert azok adekvát megoldást jelentenek lakhatási programok működtetésére. A kiváltás sokszor paradox módon Magyarországon további intézményesítést jelent (Máriapócs–Budapest, Visonta–Füzesabony), effektíve újabb, nagy létszámú intézmények jönnek létre, s ezt a mozgást azok végrehajtói szintén kiváltásként értelmezik. A nagy létszámú intézmény, mint olyan, tehát önmagában nem egy „kiváltandó”, lecserélendő dolog, s a lakóotthonokra a zsúfoltság csökkentése érdekében, emberibb viszonyok teremtéséhez van szükség, lehetőleg valahol az intézmény közelében.

Verdes Tamás nemrégiben publikált cikkében (Verdes, 2009) éppen erre a jelenségre hívja fel a figyelmet, miszerint a hazai nagy létszámú intézmények fennmaradásának, sőt további fejlesztésének egyik kulcsmozzanata, hogy az intézmények ugyan átveszik a reformok szóhasználatát (kitagolás, lakóotthon, rehabilitáció), ezek a szavak azonban itthon mintegy elválnak eredeti jelentésüktől. Így lehet kitagolás a még a korábban is nagyobb intézmény létrehozása, rehabilitáció pedig az a folyamat, amely legfeljebb az intézmény falai közé rehabilitál.

A pszichiátriai otthonok dolgozói

A Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI) Szociálpolitikai Főosztálya 2003-ban felmérést készített a pszichiátriai otthonokról „A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata” címmel. (Hronyecz és Mátics, 2003)

A vizsgálat kulcsfontosságú információkat nyújt számunkra az intézményekből kifelé irányuló mozgás jellegéről. A felmérés adataiból kiderül, hogy a pszichiátriai otthonok lakóinak halálozási aránya igen magas, mintegy 10% volt a vizsgált évben, és mindössze a férőhelyek 5 százalékánál figyelhető meg valamilyen egyéb mozgás. Ha a részletezett okok közül csak a családba vagy a saját lakásba való visszakerülést, valamint a lakóotthonba, rehabilitációs intézménybe való költözést tekintjük úgy, mint a kitagolás, vagy a rehabilitációs lépcsőn való pozitív irányú mozgás kifejeződését, akkor azzal kell szembesülnünk, hogy ez a pszichiátriai otthonokban lakók mindössze 1,8 százalékát (131 fő) érinti. (Hronyecz és Mátics, 2003)

Elmondhatjuk tehát, hogy a rehabilitációs, kitagolási célú mozgás gyakorlatilag elenyésző a pszichiátriai otthonokban. Az adatokból az is kiderül, hogy a legvalószínűbb távozási mód az elhalálozás egy pszichiátriai otthonból. E tekintetben nem túlzás a közkeletű szófordulat szakmai körökben, miszerint a nagy létszámú bentlakásos intézményekben való elhelyezés rendszerint a végállomást jelenti az érintettek életében.

Ehhez képest figyelemreméltó információ, hogy az intézményben lakók kevesebb, mint az ötöde kérte saját elhelyezését. A bentlakók 50 százalékánál a hozzátartozó gondnok, 25 százalékánál a hivatásos gondnok volt a kezdeményező, s a lakók mintegy 8 százaléka bíró, orvos vagy szociális intézmény vezetőjének kezdeményezésére került az intézménybe. (Hronyecz és Mátics, 2003)

A fenti, alacsony mozgásról szóló adatokhoz képest figyelemreméltó, hogy a megkérdezett ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a lakók

33,91 százalékáról gondolják úgy az ott dolgozó szakemberek, hogy önellátásra képesek, 33,68 százalékról pedig azt, hogy önellátásra részben képesek. Mindössze 542 főről (8,17%) tartották úgy az intézmények dolgozói, hogy folyamatos ápolást igényelnek, ágyban fekvők. A megkérdezett szakemberek szerint a gondozottak mintegy 32 százalékát máshol kellene ellátni, s ezen belül a legmagasabb arányban (20,9%) a lakóotthonokat jelölték meg a szakemberek. (Hronyecz és Mátics, 2003)

Ehhez képest némileg meglepő, hogy a megkérdezett dolgozók kevesebb mint 10 százaléka vélekedett úgy, hogy az ápolást-gondozást nyújtó magyarországi intézmények nem nyújtanak megfelelő színvonalú szolgáltatást. (Hronyecz és Mátics, 2003)

A közösségi alapú szolgáltatások munkatársai

2003-ban a Sidney-i Egyetem Szociális Munka Tanszékének és az ELTE Szociálpolitika Szociális Munka tanszékének együttműködésében összehasonlító kutatás készült az elme-egészségügyi ellátásban alkalmazott szociális munka módszerekről. (Bugarszki és Weber, 2007) A vizsgálat végkövetkeztetéseit 2007-ben publikálták az *International Social Work* folyóiratban, azonban számunkra sokkal érdekesebb a kutatás egy 2003-as résztanulmánya.¹⁹

A Sidney-i Egyetem munkatársa, Zita Weber interjút készített tizenkét szakemberrel, akik az elmeegészségügy területén dolgoznak, s egyebek közt azok ellátórendszerrel kapcsolatos jövőképét próbálták feltérképezni. A megkérdezett szakemberek többsége közösségi alapú szolgáltatásokban dolgozott, vagy az azokban dolgozó szakemberek képzésében vett részt, de két minisztériumi tisztviselőt, illetve egy betegszervezeti aktivistát is találunk a megkérdezettek között.

Amikor az ellátórendszer jövőjéről kérdezték a szakembereket, meglehetősen egyetértés mutatkozott a közösségi alapú szolgáltatások dolgozói között egy olyan, multidiszciplináris központ felállítására, amely napi 24 órán keresztül működik és széles körű szolgáltatásokkal áll a térségben élő érintettek rendelkezésére. A már nevesített és meglévő szolgáltatások mellett a megkérdezett szakemberek mobil krízis csapatok felállítását tartják a legfontosabb feladatnak, illetve egy olyan hosszú távú gondozást biztosító rehabilitációs team meglétét, amely lehetővé teszi a krónikus pszichiátriai betegek közösségben tartását is.

A konkrét szolgáltatásokról szóló víziók mellett hangsúlyosan jelent meg az interjúkban az olyan programok szükségessége, amelyek hozzájárulnak a mentális problémákkal küzdők körüli stigmák csökkentéséhez, lehetővé téve ezzel közösségi létüket.

A megkérdezett szakemberek közül azok, akik a szociális szférában dolgoztak, hangot adtak abbéli félelmeiknek, miszerint a szociális törvényben nevesített szolgáltatások létrehozásával kapcsolatos határidők folyamatos újabb időpontokra való kitolása komolyan veszélyezteti az

¹⁹ Az említett kutatás résztanulmánya, kézirat.

ellátórendszer egyébként is igen lassan induló reformját. (Bugarszki és Wéber, 2007)

Jól látható tehát a két szociális szolgáltatásban dolgozó szakembergárda közötti különbség. A tartós bentlakást nyújtó intézmények dolgozói a pszichiátriai otthonokat adekvát ellátási formának tartják, nincs szó ezek kiváltásának szükségességéről, további férőhelyek létrehozásától várják a pszichiátriai otthonok várólistáinak elapadását. A közösségi alapú ellátórendszer munkatársai ehhez képest saját szolgáltatásaikat erősítenék meg, illetve a társadalom befogadó készségén dolgoznának aktívan annak érdekében, hogy még a krónikus betegek is képessé váljanak a közösségben való életre.

A hazai felhasználói szervezetek

A hazai felhasználói mozgalom tagadhatatlanul legerősebb kezdeményezése a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF).²⁰ Az 1999-ben alakult szervezet egyedülálló szövetségként működik. Tagjai egyaránt lehetnek felhasználói, hozzátartozói, szakmai szervezetek, szakemberek, magánszemélyek, ám döntéshozó testületében, a 7 fős elnökségben minden esetben többségben vannak a pszichiátriai ellátórendszer jelenlegi vagy volt felhasználói.

Gombos Gábor, dr. Pető Katalin és dr. Kismódi Eszter nevével jegyzi a szervezet „Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban” című tanulmányt, amely 2001-ben látott napvilágot. (Gombos és mtsai, 2001)

Mint a címéből is kiderül, az ombudsmani jelentéshez és a Rosenthal-jelentéshez hasonlóan a PÉF is elsősorban emberi jogi szempontból közelíti meg a kérdést. A felmérés teljes körű volt, Magyarország összes pszichiátriai betegek otthonát felkeresték egy előre összeállított, ún. monitor lap segítségével.

A tanulmányt végigolvasva egyértelműen megállapíthatjuk, hogy a Rosenthal-jelentés után a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum fogalmaz a leginkább kendőzetlenül a pszichiátriai otthonokban tapasztalt állapotokat illetően.

Az 56 oldalas dokumentum felhívja a figyelmet arra, hogy a pszichiátriai otthonokban különösen könnyen sérülhet az emberi méltóság. Ennek nem feltétlenül a túlkapások, szabálysértések vagy kiugró etikai vétések az okai. A PÉF a fentebb már idézett nemzetközi tanulmányokhoz hasonlóan hangsúlyozza, hogy az intézményi lét önmagában is emberi jogi problémákat vet fel. (Gombos és mtsai, 2001)

Ha ehhez még hozzávesszük a PÉF vizsgálata által is feltárt földrajzi elszigeteltséget, a közlekedés hiányosságait, az alkalmatlan épületeket, a zsúfoltságot, a személyzet túlterheltségét, a lakókkal szemben meglévő, negatív előítéleteket, a paternalisztikus segítőkézséget, a lakók kiszolgáltatottságát, a büntető intézkedéseket, a jogérvényesítés lehetőségének hiányosságait, akkor egy abszurd világ képe tárul fel előttünk. Ahol a

²⁰ <http://www.pef.hu>

WC-papírt vagy az intim szoba kulcsát a nővérektől kell elkérni, ahol bevett büntetés a pizsamában tartás, vagy a kimenő és bejövő levelek felbontása, a szekrényvizit, a szexualitás tiltása, ott az emberi méltóság tisztelvényének betartásáról nem beszélhetünk.

A PÉF egyértelműen üdvözli tanulmányában a közösségi alapú szolgáltatások megjelenését, azonban jelentős forrásátcsoportosításokat sürget, hogy ezek a szolgáltatások ne pusztán kirakat jelleggel maradjanak meg. (Gombos és mtsai, 2001)

A PÉF részvételével zajlott 2001-ben egy Tárki felmérés, amelynek során a skizofréniában szenvedő emberek véleményét kérdezték meg helyzetükről, kezelésükről, gondozásukról. A felmérés eredményeit Harangozó Judit, Gombos Gábor és Szabó Lajos publikálta a *Psychiatra Hungarica* hasábjain. (Harangozó, Gombos, Szabó, 2001)

A vizsgálat során 200 skizofréniában szenvedő emberrel vettek fel egy kérdőívet. A felvételt a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum aktivistái végezték, a kutatásban részt vevő érintetteket ún. hólabda módszerrel, az aktivisták ismeretségi köréből kutatták fel. A mintavétel módja és a kis lekérdezett létszám miatt a kutatás megállapításai nem tekinthetők reprezentatívnak, mégis máig ez az egyetlen olyan felmérés az országban, amelynek során magukat az érintetteket kérdezték a számukra létrehozott szolgáltatásokról.

Kiderül, hogy habár a betegek 95 százaléka részesült korábban kórházi kezelésben, erre mindössze 14 százalékuk tartana igényt a továbbiakban. Hasonlóan alacsony a kórházi szakambulancia népszerűsége, alig feleannyian vennék azt igénybe, ha választhatnának, mint ahányan igénybe veszik. Érezhetően magasabb (50%) a pszichiátriai gondozó népszerűsége, de így is harmadával kevesebb ember használná ezt a szolgáltatást szívesen, mint ahányan végül is igénybe veszik. (Harangozó, Gombos, Szabó, 2001)

Fontos információ, hogy a közösségi alapú ellátások ahhoz képest érnek el magas értékeket, hogy azokat a nyilatkozó érintettek döntő többsége soha nem tapasztalta meg. Védett munkahelyet, védett lakhatást, házi gondozást, nappali ellátást rendre többen vennének igénybe, mint ahányan elérnek ilyeneket.

Ehhez képest pszichiátriai otthoni ellátást ismét csak kevesebben vennének igénybe ahhoz képest, mint ahányan valóban ilyen helyen laknak. Azok közül, akik a felvétel pillanatában nem pszichiátriai otthonban élnek, a vizsgálat tanúságai szerint mindössze 1 százalékuk venné azt igénybe. (Harangozó, Gombos, Szabó, 2001)

Az intézménytelenítés a medikális ellátások oldaláról

A nemzetközi dokumentumok ismertetésekor már említettem az intézménytelenítés fogalmának bizonytalanságát vagy legalábbis többértelműségét. A nemzetközi gyakorlatban az intézménytelenítés leginkább a nagy létszámú, földrajzilag elszigetelt, a közösségtől elkülönülten működő intézményeket érinti. Ebből a szempontból mindegy, hogy szociális vagy egészségügyi szolgáltatásról van szó, mindkét területen megtalálhatóak a nagy intézmények reprezentánsai. A magyar szociális

ellátásban jellemzően a pszichiátriai betegek otthonai és az ún. rehabilitációs otthonok zöme ilyen, míg az egészségügyben az elkülönült elme-kórházak. A magyar gyakorlatban egészen 2007-es bezárásáig az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet számított ilyen elkülönült elme-gyógyintézetnek, a nyugat-európai gyakorlattól eltérően, a hazai pszichiátria zöme általános kórházak integrált részeként működik.²¹

Az előzőekben leginkább a szociális törvényben nevesített, pszichiátriai betegeket ellátó szolgáltatások szempontjából ismertettem az intézménytelenítés megítélését. A közösségi alapú szolgáltatások szükségességének gondolata, még ha nem is feltétlenül ezen a néven, az egészségügy oldaláról is jelen volt ugyanebben az időszakban.

A vizsgált időszak meghatározó szakmapolitikai dokumentumainak tanúsága szerint a pszichiátriai ellátás medikális oldala nem vonja kétségbe, sőt, sürgeti a közösségi alapú ellátások létrehozását és elterjesztését. Láthatóan más megnevezéseket használva és más szervezeti struktúrában elhelyezve, de gyakorlatilag ugyanazokat a szolgáltatásokat sorolják fel az 1996 és 2006 közötti koncepciók, mint amelyeket a szociális szférában is megfigyelhettünk.²²

Elsősorban dr. Harangozó Judit megnyilatkozásaiban (Harangozó, 1997), explicit módon is megjelenik az intézménytelenítés gondolata, azonban a Szakmai Kollégium állásfoglalásaiba már azzal a határozott megjegyzéssel kerülnek ezek a gondolatok, hogy az új ellátórendszer csak a meglévő nagy létszámú intézmények, és a jelenlegi kórházi ágysztruktúra kiegészítéseként lehet elképzelni. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1997)

A vizsgált dokumentumokból az derült ki, hogy – habár komoly jogi és szakmai garanciákat követelnek – a pszichiátriai otthonok továbbra is adekvát megoldások a kezelésre nem megfelelően reagáló, vagy koruk, helyzetük miatt visszafordíthatatlan állapotban lévő betegek részére.

Az ágyakhoz való ragaszkodás annak tükrében is szembeötlő, hogy

²¹ Az más kérdés, hogy a kórházon belül sokszor a legrosszabb elhelyezkedésű, legkevésbé felszerelt osztályok azok, amelyek az egészségügyi szakmai hierarchiában meglehetősen kedvezőtlen pozícióban vannak.

²² A témában feldolgozott dokumentumok:

Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1996;

Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről – kiegészítés. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2000

Pszichiátriai Szakmai Kollégium Stratégiai Bizottságának javaslata. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2000

Tringer, L.: A közösségi pszichiátria: egy szakma válasza korunk kihívásaira. *Psychiatria Hungarica*. – 2001. 16. évf. 3. sz., p. 329–330.

Porkoláb L., Fráter R., Füredi J.: A magyar pszichiátriai ellátás helyzete. In: Füredi J., Németh A. és Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve – Harmadik kiadás* (Medicina, Budapest, 2003)

Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 46/2003. (IV.16.) OGY határozat Harmatta J., Kurimay T., Túry Ferenc: *A pszichiátria fejlesztésének középtávú terve (2005–2010)*. Szakértői koncepció. 2005

A Lelki Egészség Országos Program. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Magyar Pszichiátriai Társaság, 2006

miközben a pszichiátriai szakmai dokumentumok sokáig hivatkoznak a WHO 15 ágyas ajánlására, a nemzetközi gyakorlattól eltérően ezt a kalkulációt itthon a pszichiátriai otthonok férőhelyeinek figyelmen kívül hagyásával végzik. Pedig ha megfelelő a számítás, kiderül, hogy az össz-ágyszám még a legradikálisabb ágyszám-csökkentés mellett sem esik az ajánlott érték alá.

A közösségi alapú ellátórendszer letéteményesének a pszichiáter szakma a pszichiátriai gondozóhálózatot tekinti. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1998) Igaz, hangsúlyosan megjelenik a szoros együttműködés igénye a társszakmákkal (paramedikális szakmákkal) és azok szolgáltatásaival, ugyanakkor az elképzelésekben egyértelmű az orvosi irányítás. Amennyiben a medikális oldal elképzelései nyernek teret a jövőben, a gondozók vezetésével, koordinálásával épülnek ki az ellátórendszer alapját képező, közösségi pszichiátriai centrumok.

Egy másik, az előzőt nem kizáró, markáns vonala az elképzeléseknek a gondozók alapellátásokhoz hasonló privatizációja, illetve általában a privát praxisok hangsúlyosabb beemelése az ellátásba. (Stark, 2000)

A fenti tervek ellenére a gondozókkal kapcsolatban inkább rendre azt találjuk, hogy azok erősödése helyett a fokozatos finansziális ellehetetlenülésének lehetünk tanúi. A gondozók szakmán belüli pozíciója is kedvezőtlen, egyértelműen nagyobb presztízs rendelhető a kórházi osztályon dolgozókhöz, ami erős ellentmondásban áll a jövő letéteményese szereppel.

Az eltelt 10 évben megfogalmazott tervek ellenére évekig nincs érdemi elmozdulás a gondozók fejlesztése terén, ami azért tragikus, mert a vizsgált időszakban a fekvőbeteg ellátás elveszítette ágyainak mintegy 25 százalékát anélkül, hogy a közösségi ellátórendszert érdemben fejlesztették volna.

Mindezzel párhuzamosan, legalábbis ami a jogszabályi nevesítést illeti, a szociális szférában egyértelmű mozgás, fejlesztés figyelhető meg a pszichiátriai betegek ellátása terén. Ez érezhető feszültséget szül a két szféra szereplői között. A területen időközben a valamelyest megerősödött szociális szféra képviselői egyértelműen kifejezésre juttatták, hogy az új szellemiségű szolgáltatások működtetését nem tudják elképzelni az alapvetően hagyományosan medikális szemléletű pszichiátriai gondozók vezetésével, s az egészségügyben megszokott hierarchikus berendezkedés helyett a társszakmák horizontális elrendezésű együttműködését képzelik el. (Ferge, Bugarszki, 2007)

Diszkusszió

A jelenlegi tanulmány arra a kérdésre próbált választ adni, hogy van-e ma intézménytelenítés Magyarországon az elme-egészségügyi ellátás területén.

Az Európai Bizottság által megrendelt, a Kent-i Egyetem által készített tanulmány alapján négy kritérium figyelembe vételével azonosítottam az intézménytelenítést mint szakmapolitikai koncepciót. A kritériumok a következők voltak:

1. Az intézménytelenítés az elkülönülő, nagy létszámú elmeorvosintézetek, pszichiátriai intézmények kiváltását jelenti.
2. Az intézménytelenítés nem az állam kivonulása az ellátásból, a kifizetés csak a folyamat egyik felét jelöli, annak szerves része a kiváltásra alkalmas közösségi alapú ellátások elterjedése.
3. Az intézménytelenítés a térbeli, földrajzi elmozduláson felül alapvető szemléletváltást is jelent az ellátórendszerben.
4. Az intézménytelenítés tudatos szakmapolitikai koncepció, legitim háttérrel és az érintett szereplők támogatásával.

A fenti kritériumokat figyelembe véve a feltett kérdésre a dolgozat megállapításai alapján azt a választ adhatjuk, hogy a mentális problémák ellátása területén nincs tudatos intézménytelenítés.

A nagy létszámú pszichiátriai otthonokkal kapcsolatos nemzetközi ajánlások, dekrétumok egyértelműek. Mind az ENSZ, az Egészségügyi Világszervezet, mind pedig az Európai Unió irányadó dokumentumai a nagy létszámú pszichiátriai intézmények felszámolását, a közösségi alapú megoldások előtérbe helyezését szorgalmazzák. Az uniós dokumentumokban a közép-kelet európai tagállamokat közvetlenül is megszólítják, ezzel is hangsúlyozva, hogy a térség pszichiátriai ellátórendszere rendkívül korszerűtlennek számít és komoly emberi jogi problémákat vet fel.

További nyomást jelent a hazai szakmapolitika alakítására, hogy számos hazai és nemzetközi szervezet egyrészt élesen bírálta a nagy létszámú intézmények rendszerét, másrészt határozott javaslatokat tettek azok kiváltására. A tanulmányban idézett vizsgálatok kivétel nélkül komoly problémákat tártak fel az intézményekben. A feltárt hiányosságok, visszasságok jó része ráadásul alapjaiban kérdőjelezi meg a jelenleg létező intézmények létjogosultságát. Ilyenek a földrajzi elszigeteltségre, a nem megfelelő ingatlanokra, az intézményi lét okozta hospitalizációra vonatkozó megállapítások.

A leghatározottabban az amerikai Mental Disability Rights International szervezet által készített, Eric Rosenthal nevével fémjelzett tanulmány áll ki az intézménytelenítés mellett, tulajdonképpen a pszichiátriai betegek ilyen intézményekbe való utalásának azonnali felfüggesztését javasolva.

A vizsgálat nagy érzelmi viharokat kavart, intézkedésekben is tetten érhető hatása azonban sokkal inkább az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának ezzel szinte egy időben készült jelentésének volt. Az Ombudsman tanulmányának megállapításai azonban már sokkal inkább az intézmények emberi jogi és szakmai garanciái köré csoportosultak, a rendszer átfogó reformja, egyértelmű intézménytelenítés helyett mindössze egyetlen kifogásolt intézmény bezárására tett javaslatot.

Megítélésem szerint már az ombudsmani jelentés ajánlásaiban a nemzetközi ajánlásokhoz képest érezhető különbségek azt a fokozatos felpuhulást jellemzik, ami végigkíséri az intézménytelenítéshez való hazai viszonyulást gyakorlatilag a vizsgált időszak egészén keresztül.

Mindezzel együtt nem mondhatjuk, hogy a nemzetközi ajánlások, a jelentésekben megfogalmazott bírálatok ne lettek volna hatással a hazai

szakmapolitika alakítására, vagy hogy az intézménytelenítés gondolata ne jelent volna meg önmagától is az 1996 és 2006 közötti időszakban.

Már a kilencvenes évek közepétől számos emberi jogi és szakmai garanciákat tartalmazó rendelkezés lépett életbe a pszichiátriai otthonokkal kapcsolatban. Az intézmények engedélyeztetéséről, a kényszerítő intézkedésekről, a gondnoki rendszerről, a szakorvosi jelenlétről vagy éppen a betegjogi képviselők, illetve a mentálhigiénés csoportok rendszeréről születtek döntések. S habár ezek az intézkedések kétségkívül rendkívül fontosak, észre kell vennünk, hogy közvetve az intézmények fennmaradását segítették.

Az emberi jogi, szakmai garanciák mellett a szabályozásban 1997-től megjelentek a pszichiátriai betegeket megcélzó közösségi alapú szolgáltatások is. Az új ellátási formák nevesítésének közvetlen köze is van a nagy intézményeket kifogásoló jelentésekhez és a hazai progresszív gondolatok előtérbe helyeződéséhez, de ezeknek a szolgáltatásoknak a megjelenése köthető a szociális szféra általános előretöréséhez is. Miközben a hagyományosan egészségügyi pszichiátriai szolgáltatások terén érdemi fejlesztés nem történt a vizsgált 10 esztendőben, a teljesen más szellemiségű szociális szolgáltatásokat sorra kezdték nevesíteni a területen. Ennek a lépésnek a tudatossága kétségtelen, és tetten lehet érní benne a szellemiség, a szolgáltatások attitűdje megváltoztatásának igényét. Számomra az is szembeötlő, hogy ez a törekvés töretlen a vizsgált 10 esztendő 3 politikai kurzusán keresztül, s nem számított az sem, hogy a szabályozás motorjának tekinthető minisztérium a legkülönbözőbb felállásban működött ez idő alatt.

A foganatosított intézkedések, a jogszabályi változások azonban megítélésem szerint annak ellenére sem tekinthetők az intézménytelenítés melletti határozott szakmapolitikai döntés bizonyítékának, hogy a parlamenti pártok egyértelműen letették voksukat a közösségi alapú ellátási formák előtérbe kerülése mellett. Ugyanis a következetesen nevesített szolgáltatások egész egyszerűen nem jönnek létre, vagy csak elenyésző arányban jönnek létre a valóságban, s mihelyt egy szolgáltatás a döntéshozói szándék ellenére „nekilendül”, a rendszer azonnal szabályozni kezdi és útját állja a további terjeszkedésnek. (Ld. például a közösségi ellátások kikerülését a normatív finanszírozási rendszerből.)

E tekintetben az intézménytelenítés frontján ugyanaz történik, mint a szociális ellátórendszer egészében. Nem gondolom, hogy tudatosan, de mégis egy olyan, kettős könyvelésű rendszer jött létre az évek alatt, amely később kapóra jöhetett a döntéshozóknak. Egészen bátran lehet Magyarországon újabb és újabb szolgáltatásokat nevesíteni, hitet tenni korszerű alapelvek, koncepciók mellett, aláírni nemzetközi dokumentumokat, hiszen az államigazgatásban létrejött feladatmegosztás alapján, az azok végrehajtásával megbízott önkormányzati szinteken ezeket valójában nem realizálják, s ez ráadásul semmilyen érdemi szankcióval nem jár.

Ennek a sajátos mechanizmusnak köszönhetően hatalmas szakadék keletkezett a jogszabályban nevesített és papíron létező ellátórendszer és a valóságban tetten érhető ellátórendszer között. Magyarország sikerrel abszolválta a 2004-es EU csatlakozást úgy, hogy egészségügyi, szociális ellátórendszerét a jogi szabályozáson keresztül kellett bemutatnia, s e

tekintetben papíron 2004-re már a pszichiátriai ellátás területén is egy cizellált közösségi alapú ellátórendszer létezett.

A témával kapcsolatban közzé tett politikai megnyilvánulásokból kitűnik, hogy ellenzéki szerepben ezt kiválóan átlátják a döntéshozók is, azonban kormányra kerülve érdemi változtatást nem hajtanak végre. S miközben a leginkább realista politikai megnyilvánulások üdvözlik az ellátórendszer szellemiségének változását (ez különösen a lakóotthonok nevesítésekor volt szembeötlő), sietve megjegyzik, hogy ez a források hiánya miatt csak egy fokozatos, lassú átmenetként képzelhető el.

Az ellátórendszer valódi mozgását megfigyelve azonban ennek az átmenetnek csak nagyon korlátozott mértékben lehetünk tanúi. 10 esztendő alatt a nagy intézmények lakóinak mindössze 1,8 százaléka lakik a kis számú, intézmények udvarán felhúzott lakóotthonban, s miközben az ellátórendszer a kórházi ágyak 30 százalékát elveszítette, a hangsúlyok továbbra is sokkal inkább az intézményes megoldásokon vannak. A fejlesztésre szánt forrásokat, címzett támogatásokat tulajdonképpen kivétel nélkül a nagy létszámú intézmények fejlesztésére használták fel, aminek ugyan része a lakóotthonok létrehozása, ám ezek a pszichiátriai területén inkább az otthonok zsúfoltságának oldását szolgálják, amolyan „ugyan korszerűbb, ám még mindig a nagy intézményhez tartozó”, új mini-pavilonként, mintsem az intézmények alternatívái lennének.

Tovább árnyalja a képet, hogy amikor valóban intézménybezárásra került sor, akkor azok helyén gyakorlatilag még nagyobb intézmények jöttek létre. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa által kifogásolt, 150 fős Visontai Pszichiátriai Otthon lakói az újonnan épült 300 fős Füzesabonyi Pszichiátriai Otthonba kerültek, míg a Fővárosi Önkormányzat Máriapócsra lévő 100 fős intézményét igaz Budapestre, de egy 140 fős új otthonba sikerült kitagolni.

Ezt a sajátos kettősséget érezhetjük a szakmapolitikai szereplők intézménytelenítéshez való viszonyulásán is. Az intézménytelenítés mellett egyértelműen csak a felhasználói oldal képviselői állnak ki, az érintettek maguk nem szívesen vennék az intézményeket igénybe, bár az intézmények azonnali bezárását anélkül, hogy a közösségi alapú ellátások előtte létrejönnének – érthető okokból – maguk sem preferálják.

A nagy létszámú intézmények dolgozói pontosan átlátják intézményeik helyzetét, tulajdonképpen a maguk bőrén érzik azok számkivettségét, elszigeteltségét, a megfelelő eszközök és erőforrások hiányát. Az ő szempontjukból érthető okokból nem kívánják saját munkahelyeik felszámolását, de örömmel látnának több rehabilitációs (pl. foglalkoztatási) lehetőséget, s a maguk eszközeivel általában mindent el is követnek, hogy fejlesszék, korszerűsítsék intézményeiket. A pszichiátriai otthonokat mindazonáltal adekvát ellátási formának tartják, a lakóotthonokat előszeretettel építik fel az intézmény udvarán, valójában saját intézményüket bővítve, mintsem a lakók közösségi integrációját megoldva ezzel.

A közösségi alapú szolgáltatások működtetői leginkább civil szervezetek. Az ő jövőképükben ezeknek a szolgáltatásoknak az elterjedése, lakóotthonok, félutas házak, foglalkoztatási programok nappali intézmények szerepelnek, illetve új szolgáltatásként mobil krízisszolgálatokat és komplex közösségi rehabilitációs centrumokat látnának szívesen.

Az eltelt tíz esztendőben leginkább ebbe az irányba terjeszkedtek ezek

a szervezetek a települési önkormányzatokkal alakítva ki szoros partnerséget. A pszichiátriai ellátás területén azonban a jelek szerint nem sikerült ugyanezt megvalósítani a megyei önkormányzatok szintjén. Nincs olyan civil szervezet (leszámítva néhány megyei alapítású kht.-t, non-profit kft.-t), mely tevékenyen részt vett volna kitagolási programban.

A fenntartók rendszerint úgy tekintenek tartós bentlakást nyújtó intézményeikre, mint amelyeket örökségül kaptak az elmúlt rendszerből, ugyanakkor közel 20 év sem volt elegendő ennek az örökségnek a felszámolására, sőt, számos otthon a rendszerváltást követően épült, igaz, ezek már nagyobb településeken, kevésbé elzárt körülmények között jöttek létre. A legtöbb szolgáltatástervezési koncepcióban egyszerre olvashatunk a közösségi alapú megoldások előtérbe helyezéséről és a meglévő intézmények felújításáról.

Az elme-egészségügyi ellátórendszer medikális oldala szinte minden dokumentumában a járóbeteg-ellátás fejlesztését szorgalmazza, amelynek központi eleme a pszichiátriai gondozó. A több mint 140 gondozó valóban országos lefedettséget biztosító hálózatot alkot, az elképzelések szerint ezek köré épülhetnek az új közösségi alapú ellátási formák a gondozók vezetésével.

A fejlesztéseket ugyanakkor csak úgy tartják elképzelhetőnek a pszichiáter szakemberek, ha az nem jár a kórházi és pszichiátriai otthonos férőhelyek további csökkenésével, megítélésük szerint mindkét szolgáltatásra szükség van, sőt, a hosszú távú elhelyezést biztosító pszichiátriai otthonokban jelentős kapacitásbővítésre lenne szükség.

Ezekhez a célokhoz képest a vizsgált tíz évben a kórházi férőhelyek fokozatos csökkenésének lehettünk tanúi, viszont ezzel párhuzamosan nem fejlődött a pszichiátriai gondozás rendszere, a szolgáltatások korábbi területi aktivitásukat elveszítve jobbra visszaszorultak rendelőik falai közé, és ott is évről évre az anyagi ellehetetlenülés veszélye fenyegeti őket.

Nincs olyan szereplő tehát, aki ne szorgalmazná a közösségi alapú ellátások elterjedését és előtérbe kerülését, ám a legtöbb hazai szereplő ezt úgy képzei, hogy mindeközben az intézményi férőhelyeknek változatlanul kell maradniuk. Az intézménytelenítés és a kitagolás fogalmi olyan mértékben felhigultak a hazai viszonyok között, hogy miközben a jelszavak és koncepciók szintjén széles körű az elköteleződés akár a kitagolás iránt is, valójában azonban akár újabb nagy létszámú intézmények is létrejöhetnek, annak eredményeképpen.

A jelen tanulmány keretei között igyekeztem feltérképezni az egyes szereplők viszonyulását és azokat a csatornákat, amelyeken ezek a szakmapolitikai elképzelések kifejeződnek. Nem meglepő talán, hogy a szakmapolitikai erőfeszítések célkeresztjében a jogalkotás és annak befolyásolása áll²³. A jogszabályoknak egyrészt azért van meghatározó szerepük, mert azok létrejötténél előre adottak a döntéshozás csatornáit, másrészt

²³ Ez csak a magyar viszonyok között ilyen egyértelmű. A pszichiátria területén nagyon hasonló múlttal rendelkező Csehországban évekig működött a hazainál sokkal szélesebb körű közösségi alapú ellátórendszer úgy, hogy azt gyakorlatilag semmilyen jogszabály nem szabályozta. A felmerülő szükségletek alapján minisztériumi pályázatok rendszerében kerültek odaítélésre akár jelentékeny források.

pedig, amint létrejön a szabályozás, attól kezdve arra való tekintettel alakítják a helyi szereplők saját szakmapolitikájukat.

Praktikusan mindez azt jelenti, hogy az ellátórendszerre leginkább a jogszabályokon keresztül lehet hatni, ha valaki változást akar elérni, akkor a jogszabályok változását kell elérnie. Ennek megfelelően a szereplők szakmapolitikai akcióinak nagy része közvetve vagy közvetlenül a jogszabályok alakítására irányul, s ezekkel a szándékaikkal a jogszabályok előkészítésében főszerepet játszó minisztériumi apparátust célozzák meg.

Közvetlenül igyekeznek befolyásolni a jogszabályokat az egyes törvény- vagy rendeletervezetekről készített javaslatok, módosítási javaslatok, vagy akár tiltakozások, minisztériumi egyeztetések. Közvetlenül igyekeznek befolyásolni a jogszabályokat a megrendelt tanulmányok, koncepciók, de akár ezek kéretlen verziói is, amelyekben a szereplők saját meglátásaikat és megoldásaikat teszik közzé.

Ezt lehet például tetten érni az ismertetett jelentések ajánlásaiban, amelyek minden esetben a döntéshozókat célozzák meg és jogszabálymódosításokat szorgalmazznak.

Ebben a mezőben láthatóan előnyben vannak azok a szereplők, amelyek pozícióját szintén jogszabály biztosítja. Ilyen a Pszichiátriai Szakmai Kollégium, amelynek állásfoglalásai a szakma hivatalos dokumentumai, vagy az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa, akinek jelentései éppen azért voltak nagy hatással az ellátórendszerre, mert az ombudsman jogszabály adta lehetőségeivel hosszú utóéletet tudott biztosítani vizsgálatainak.

A fentiek okán a szakmapolitika alakításában valójában a minisztériumi apparátusok tekinthetők kulcsszereplőknek. Témánk szempontjából különös jelentősége van a szociális szolgáltatásokért felelős főosztálynak. Tehát nem a miniszternek, nem az éppen kormányon lévő politikai pártoknak, hanem a főosztályoknak.

A minisztérium kiemelt szerepe miatt az ellátórendszer viszonyai messze nem olyan többdimenziós mezőben alakulnak, mint ahogy azt ennyi szereplő mellett feltételezhetnénk. Ha így lenne, akkor számos szakmapolitikai dokumentumot olvashattunk volna, ahol önkormányzatokat megcélözva próbálják alakítani az ellátórendszert a szereplők, ide ír levelet a Pszichiátriai Kollégium, ennek címzi ajánlásait a Rosenthal-jelentés. Talán az ország méretéből fakadóan is, de nem ez történt. Habár a több mint 3000 önkormányzatunkkal sok szempontból egy szélsőségesen decentralizált országban élünk, a szociális ellátórendszerben azonban a meghatározó szakmapolitikai döntések a minisztériumban születnek.

Ez egyúttal azt is jelenti számomra, hogy a meglévő vagy éppen hiányzó szakmapolitikai döntések sem az erőviszonyok pillanatnyi helyzetéből fakadnak, legfeljebb azt tükrözik, hogy az egyes szereplőknek mennyiben sikerült befolyásolniuk a valódi döntéseket hozó minisztériumi apparátust.

Irodalom

- A Lelki Egészség Országos Program 2006. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa 2000. évi tevékenységéről szóló összefoglalója <http://www.obh.hu/allam/2000/tart2k.htm#tartalom>.
- Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1996.
- Állásfoglalás a pszichiátriai gondozók tevékenységéről. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1998.
- Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről – kiegészítés. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2000.
- Bachrach, L. L. 1978: A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry* 29:573–578.
- Bitter István 1997: Vélemény Eric Rosenthal és munkatársai „Az emberi jogok és az elme-egészségügy helyzete Magyarországon” című tanulmányának Összefoglalás című fejezetéről. *Psychiatria Hungarica*;12(1):71–2.
- Bugarszki, Zs. 2004: A szociális szolgáltatások ujjászületése Magyarországon, *Esély*, 4.
- Bugarszki, Zs. – Weber, Z. 2007: Some reflections on social workers’ perspectives on mental health services in two cities – Sydney, Australia and Budapest, Hungary. *International Social Work*, Vol. 50, No. 2, 145–155.
- “Comparative cost analysis: Community based services as an alternative to institutions”, tender no. VT/2005/021, Official Journal on 22 June 2005 N° 2005/S 119-117014
- Easton, D. 1990: *The Analysis of Political Structure*. Routledge.
- Edelman, M. 1971: *Politics as Symbolic Action*. Academic Press. New York.
- Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 46/2003. (IV.16.) OGY határozat.
- ENSZ 1991: Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről.
- EU Zöld Könyv Brüsszel, Az Európai Közösség Bizottsága, 2005. október 14. COM(2005) 484.
- Ferge Zsuzsa és Bugarszki Zsolt szakértői anyaga a Lelki Egészség Operatív Programja kapcsán. A szakértői anyag a Szociális és Munkaügyi Minisztérium felkérésére készült 2007-ben.
- Gombos, G.; Kismódi, E.; Pető, K. 2001: Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban. *Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum*.
- Gombos, G.; Harangozó, J.; Szabó, L. 2002: Szkizofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről, gondozásukról, *Pszichiatria Hungarica*. 2.
- Gönczöl Katalin 1997: A betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesülése a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és pszichiátriai otthonokban. *Psychiatria Hungarica* 1997, 12(1):45–50.
- Harangozó Judit 1997: Röpirat a magyar pszichiátriáról. *Psychiatria Hungarica*, 12(1):75–84.
- Harmatta J., Kurimay T., Túry Ferenc 2005: A pszichiátria fejlesztésének középtávú terve (2005–2010). Szakértői koncepció.
- Hidvégi, J. 2007: Javaslat a szociális szolgáltatások átalakításának fő irányaira, Szociális és Munkaügyi Minisztérium.
- Holland at all 1981: Institutional Structure and Resident Outcomes, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 22 (December):433–444
- Hronyecz Ildió – Mátics Katalin: A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata I–II. *Kapocs folyóirat*, 2003 december, 2004 február
- MDAC 2003: Cage beds, inhuman and degrading treatment of punishment in four EU accession countries Mental Disability Advocacy Center
- Mental Disability Rights International 1996. *Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország*. Ford. Bakos Anita. Washington: p. ii.

Bugarszki: Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén

- Mental Health Declaration for Europe, Facing the Challenges, Building Solutions, EUR/04/5047810/6 14 January 2005
- Nemzeti Cselekvési Terv a társadalmi összefogásért, 2004
- Nemzeti Fejlesztési Terv, 2004
- Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_fadat_aktus?p_ekl=36&p_uln=69&p_felsz=1&p_felszig=21&p_aktus=2
- Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_szoveg?P_CKL=36&p_uln=223&p_felsz=1&p_szoveg=&p_stilus=
- Parsons, W. 1999: Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis. Edward Elgar Publishing, Inc. Massachusetts.
- Porkoláb L., Fráter R., Füredi J. 2003: A magyar pszichiátriai ellátás helyzete. In: Füredi J., Németh A. és Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve – Harmadik kiadás (Medicina, Budapest)
- Programnyilatkozat a közösségi pszichiátria fejlesztéséért. Pszichiátriai Szakmai Kollégium. 1997. szeptember 30.;
- Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003–2004), http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium Stratégiai Bizottságának javaslata 2000. Pszichiátriai Szakmai Kollégium.
- Reflektorfényben a honi pszichiátria 1997. Szerkesztőségi bevezető. Psychiatria Hungarica, 12(1):45–50.
- Stark, A. Szakértői anyag a pszichiátriai gondozók tevékenységéről 2000. Járóbeteg-ellátási szakbizottság. Pszichiátriai Szakmai Kollégium.
- Turcsik L. 2002: Lakóotthonok Magyarországon, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest
- Tringer, L. 2001: A közösségi pszichiátria: egy szakma válasza korunk kihívásaira. Psychiatria Hungarica. 16. évf. 3. sz., p. 329–330.
- Új Magyarország Fejlesztési Terv, 2007
- Veér András 1997: Hozzászólás a „Rosenthal-dossziéhoz”. Psychiatria Hungarica, 12(1):69–71.
- Verdes, T. 2009: „A ház az intézmény tulajdona”. A totális intézmények lebontásáról humanizálásáról és modernizálásáról. Esély, 4.
- WHO 2003: Mental Health Policy and Service Guidance Package. Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization.
- WHO 2004: Promoting mental health, concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization.

HOMOKI ANDREA

Viharsarki nevelőszülők mint a posztmodern gyermekkor formálói

A „Gyermekvédelem a posztmodern gyermekkorban” című konferencia felhívásához kapcsolódóan a tanulmány a Békés megye gyermekvédelmi szakembereinek körében folytatott kutatási eredményeinket mutatja be. A 2009 őszén teljes körű, reprezentatív mintán folytatott kutatás két, nagy témakört érintett: Egyfelől a gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekeket gondozó nevelőcsaládok társadalmi, demográfiai, gazdasági státusát, illetve a szakmai mivoltuk tudatossága, nevelői munkavégzésük hátterében a család materiális és szellemi feltételrendszereiből adódó lehetőségek és korlátok körét; másfelől a gyermekvédelmi szakellátott gyermekek jellemzőit, a posztmodernitás fogyasztási, szabadidő-eltöltési és társadalomlélektani dimenzióiban, a gyermekvédelmi szakemberek szemszögéből.

I. Bevezetés

Az UNICEF és a Magyar Pszichológusok Egyesületének „Az eltűnő gyermekkor nyomában” című konferenciájának „Gyermekvédelem a posztmodern gyermekkorban” című témája ihlette kutatásunkat, amelyben a Békés megyében működő nevelőszülői hálózat gyermekvédelmi aktorait vizsgáltuk a posztmodern gyermekkor vonatkozásában.

A gyermekvédelmi ellátásban részesülő szakellátott gyermekeket az „eltűnő gyermekkor” többféleképpen is veszélyeztetheti. A származási, vér szerinti család diszharmonikus háttere miatt sokuknál az életkort meghatározó különböző dimenziók közötti egyensúly felborulása tapasztalható, azaz a testi, értelmi, érzelmi fejlettséget jelölő életévek nem feltétlenül esnek egybe egymáshoz képest sem, illetve a tényleges születéshez viszonyított életkorral sem. Bizonyos életterületeken sokkal érettebbek, máshol azonban nagy lemaradásokat mutatnak a fejlődésük terén. Az elsődleges szocializációs szintéren az élet korai, szenzitív időszakában átélt traumák jelentősen befolyásolják és meghatározzák a gyermek testi, lelki, szellemi, szociális fejlődését. A vér szerinti családjukban nevelkedő kortársaikhoz képest számukra a „gyermekkor” nem biztosítja ugyanazokat az alapokat, amelyekre az egészséges érett személyiség épülhet.

Amikor a gyermekorról beszélünk, legtöbbünknek a játékkal, mókával, kacagással teli, gondtalan évek emlékképei villannak fel. A családjukból kiemelt, gyermekvédelmi gondoskodásban élők számára ez a fajta „gyermekkor” már azelőtt megszűnik, mielőtt elkezdődhetett volna.

Esetükben a gyermekvédelmi rendszer alap- és szakellátásának intézményeiben dolgozó segítő szakemberek munkáján, elhivatottságán is múlik, hogy az átélt kríziseken túl pozitív élményekkel, életérzéssel gazdagodjanak gyermekkorukban. A gyermekvédelem célja a gyermeki személyiség egészséges fejlődésének biztosítása, a veszélyeztetettség megelőzése, vagy a már kialakult veszélyeztetettség megszüntetése. Fogalmazhatnánk úgy is, hogy a gyermekvédelem célja az egészséges személyiségfejlődést elősegítő, megalapozó gyermekkor visszaadása, biztosítása, akár a saját, vér szerinti családjában, akár helyettesítő védelemben, nevelőcsaládban, vagy valamilyen gyermekotthonban él a kiskorú.

A gyermekvédelem a maga komplexitásában kiterjed minden gyermekre, függetlenül attól, hogy hány éves, hol és kik nevelik. Magyarországon a gyermeki jogok deklarálása a rendszerváltás utáni években valósult meg, az 1991. évi LXIV. törvény ratifikálásával. Tanulmányunkban nem tartjuk szükségesnek a gyermeki jogok teljes körű felsorolását, az azokra való utalást azonban igen, hiszen sok esetben joga van a 0–18. életévében járó korosztályoknak ahhoz, hogy a sokak által posztmodernként, posztindusztriálisként fémjelzett társadalom számos ártó, káros hatásával szemben védelemben részesüljenek. „A gyermeki jogok speciális védelmet kívánnak. A gyermekek gyenge érdekérvényesítők, nem tudnak megszerveződni, szétszórtak, nincsenek tisztába a jogaikkal, függők, kihasználhatók és kizsákmányolhatók. Többféle speciális veszélyeztetésnek vannak kitéve.” (Szabó, 2008)

Mit is jelent a posztmodernitás? Hogyan értelmezhető a gyermekvédelemmel kapcsolatosan, értelmezhető-e egyáltalán a posztmodern gyermekkor a gyermekek és az őket nevelő szülők társadalmi makro-csoportjának valamennyi szereplőjére?

Az alábbiakban a posztmodernitás társadalomtudományi meghatározási kísérleteit, megközelítési módjait igyekszünk röviden felvázolni, majd a posztmodern gyermekkor sajátosságait vizsgáló tudományos munkák ismertetése után elköteleződünk, egy, a Békés megyei nevelőszülői hálózat szakembereinek körében végzett, empirikus kutatásunkat is meghatározó irány mellett.

II. A posztmodernitás értelmezési keretei

II.1. A posztmodern társadalom megközelítésmódjai

A posztmodernitás fogalmának megjelenése közel egy évszázadra nyúlik vissza a tudományos szóhasználatban. Az irodalom, a filozófia és a bölcsészettudományok különböző területein túl, az építészeti alkotások jellemzésére is használták a második világháború előtt. A szóhasználat általánossá azonban csak az 1960-as évektől vált, amikor a modernitással

kapcsolatosan megfogalmazott kritikák sorozata mentén sokan a heterogenitást kezdték el hirdetni.

Posztmodern nem lenne modern nélkül, modernitásról pedig nem beszélhetnénk, ha nem létezne-létezett volna premodern.

„A premodernitástól eltérően a modernitás feltételezi, hogy az emberi rend se nem természettől adott, se nem istentől eredő, hanem sérülékeny és esetleges. Mindazonáltal a tudomány fejlődésével és alkalmazásával az emberek ellenőrizni tudják a természetet (...) a modernitás vezéreszméje a tudás megbízható alapjának keresése. Feltételezik, hogy létezik a világról szóló igazság, de azt is, hogy ez nem a felszínen található meg, hanem a jelenségek mögött rejlik.” (Parton-O’Byrne, 2006. 57. o.) A modernitás egyenlete röviden a következő: külső realitás – objektív tudás – bizonyosság a tudás vonatkozásában – igaznak nyilvánítás – szakértői státus adományozása az igazság és tudás hordozóinak. A modernista igazság kötve van a bizonyossághoz, a külső realitáshoz és az objektív tudáshoz. (Flaskas, 1997)

A fenti meghatározások azt sugallják, hogy a modernitás mögött a társadalmakban a rendet, a bizonyosságot, a tökéletes biztonságot feltételezték, majd a 20. század második felében egyre inkább felismerték, hogy nem lehet egyetemes igazságokról (tudomány), mindenre kiterjedő és érvényes ítéletekről (etika) és egyfajta ízlésről (esztétika) beszélni.

A posztmodernitás egyik lényegi eleme annak a gondolatnak az elutasítása, hogy létezhet egyetlen olyan elmélet és hitrendszer, amely felfedi az igazságot, a másik pedig az, hogy az igazság valamint az annak megismerésére való törekvés sokszínűsége, pluralizmusa mindennél fontosabb.

A modernitást követő kor értelmezésekor – az elnevezések kavalkádján túl – közös kiindulópontot jelentenek azok a társadalmi jelenségek, amelyek jellemzik az úgynevezett „késő-modern”, „posztindusztriális”, „poszt-tradicionális”, „posztmodern” kort. Ezen sarkpontok közé tartozik a társadalmi változások ütemének felgyorsulása, a különbözőségek, a heterogenitás és a sokszínűség fokozódó jelentősége, az egyéni választás és szabadság mindent elsöpítő tudata, valamint az, hogy az egyének, csoportok ráébrednek a valóság társadalmilag, gazdaságilag, politikailag konstruált jellegére.

Megváltozik a tudás státusa (D. Bell, 1973), az egyéni életcélok felértékelődnek, az egyén igyekezetén múlnak a dolgok. „Mindenki önmagára van utalva. S mindenki tudja, hogy ez az önmaga kevés.” (Habermas-Lyotard-Rorty, 1993. 37. o.)

Összefoglalva, a fenti meghatározások értelmében, a sokféle társadalmi igazság létezésének felismerését jelenti a posztmodernitás, mely „igazságok” értelmezése relatív, az értelmező társadalmi, gazdasági, kulturális, politikai státuszától, neveltetésétől, „szemüvegétől” függően.

Mások a posztmodernitást nem tekintik a társadalom egészére kiterjedő jelenségnek.

Lyotard (1993) a tudomány, a magas kultúra – elsősorban az irodalom és művészetek – területén zajló változások elemzéséből vezeti le a posztmodernitás jelentését, társadalomlélektani megközelítésekben pedig a posztmodern társadalom jellegzetes kulturális mintázatáról, a fogyasztói társadalom kialakulásáról olvashatunk.

Ritzer (1997) meghatározásában a modernitást követő korról van szó, mely a fogyasztás forradalmasításának világa.

Hankiss (1997) írásában kifejti, hogy a posztmodern ember bizonytalan, idegen számára a világ. Ennek a bizonytalanságnak a kor kulturális sajátosságaiban kell keresni a gyökereit. Keresi az ember a biztonságot, a kiszámíthatóságot, az ellenőrizhető, racionális dolgokat. A fogyasztás a posztmodern korban ezt a célt szolgálja, túllép a primer szükséglet-kielégítéshez kötődő funkcióján, szorosan kapcsolódni kezd a magasabb rendű szükségletek, mint például az önmegvalósítás szükségleteihez is, így a fogyasztás a posztmodernitás szimbolikus meghatározójává válik.

Riesman (1996) szerint a fogyasztási spirál „elnyeli” az egyént, elragadja a fogyasztási láz kényszere azáltal, hogy az önmegvalósítás illúziójaként jelenik meg. Az ember így elveszítheti belső kontrollját, kívülről irányítottá válhat, és ha ez megtörténik, szűkül a mozgáster, az egyedisége, egyéniessége szenved csorbát.

Fukuyama (1994) szintén a fogyasztói kultúra mindent elsöprő kiterjedését állítja posztmodern korunk kapitalista fejlődésének középpontjába, ahogyan Bauman (2002) is a haladással lépést tartást biztosító modern technikai eszközök birtoklása révén nyert folyamatos mobilitás, mozgáskényszer, ugyanakkor szabadság illúzióját éli át az ember a posztmodernitásban.

Értelmezhető a posztmodernizmus úgy is, mint a modernizmus új eszközökkel való folytatása, melynek mozgatórugója a technológia. (Nagy, 1993)

II.2. A posztmodern gyermekkor értelmezési keretei

A társadalomtudománnyal, ezen belül is a gyermekek, családok késő modern kori helyzetéből fakadó társadalmi problémákkal foglalkozó kutatók számos tudományos munkában adtak a 20. század végén, a XXI. század elején hangot a „gyermekkor luxussá válásával” (Garbarino, 1993), a „gyermekkor halálával” (Buckingham, 2002), és a „gyermekek további felnőttesítési folyamatának elharapódzásával” (Vajda, Kósa, 2005), továbbá a „siettetett gyermekekkel” (Elkind, 2001; Vajda, 2009), illetve a „gyermeklét-felnőtség határvonalának elmosódásával” (Hofferth, Kinney, Dunn, 2009) kapcsolatos félelmeiknek. A felsorolt szerzők írásaikban szemléletesen tárják fel a globalizáció folyamataival szorosan együtt járó veszélyeztető tényezőket, melyektől – egyöntetűen hangsúlyozzák – a gyermekeket csak a felnőtt társadalom tagjai védhetik meg. Arra azonban, hogy ezt hogyan tegyék – amikor a posztmodern társadalmak gyermekeinek legkorábbi életszakaszaiba is betör a média, a reklám, hovatovább a szülői fogyasztáson, a gyermek szűkebb és tágabb társadalmi környezetében lévő felnőttek ajándékozási szokásainak jóvoltából a gyermek komoly piaci célponttá és áldozattá válik –, nehezen adható egyszerű válasz.

Abban is egyetértenek a témában publikáló szerzők, hogy a gyermeklét értelmezésénél nem lehet figyelmen kívül hagyni azokat a társadalmi folyamatokat, melyek átrendezték az elmúlt évszázadban a családi struktúrákat, s amelyek nyomán a gyermekes család egy speciális „felvevő

piaccá” formálódott, ahol a gyermekekre fordított „minőségi időhöz” számos megvásárolható-megvásárolandó „érték”, státus-szimbólumként is értelmezhető játéktárgy tartozik. Ez utóbbiakat illetően gondolhatunk a csecsemőkhöz beszélő, a fél éves kortól másfél éves korig a gyermekeket tízig számolni tanító „teknősbe bújt éneklő nénire”, vagy éppen az ábécé memorizálásában segítő egyéb játékokra (Vajda, 2009), amelyeket joggal tekinthetünk a posztmodern kor vívmányainak.

A gyermekkor posztmodern jellegének megragadásának azonban csak egy, és közel sem kizárólagos területe a játéktár elemzése. A másik terület a jóval tágabb értelemben vett életterek (gyermek – felnőtt világ terein) összevetése. A gyermekkor értéktelenné válásának igazolását látják a szerzők akkor, amikor szűkül a gyermekek elől zárt társadalmi nyilvánosság színtereinek a köre, azaz a gyermekek megjelenhetnek – szolgálva ezzel a szülő kényelmét és alátámasztva a szülőségéhez szorosan kapcsolódó alkalmazkodás elutasításának tényét (Vajda, 2009) – bárhol, ahol a szülőnek teendője akad, a kozmetikától a szaunán át, a bevásárló központokig.

Egy újabb, de az előző területektől semmi esetre sem kezelhető elkülönítetten a média világa, a televízió és az újabb médiatechnikai vívmányok által uralt életter. Sokak szerint a „hálózati Dada” (Cyber Sitter) -ként is definiált televízió számlájára írható a gyermekkor halála (Buckingham, 2002.) mely eltörli a határt gyermek- és felnőttkor között, ezáltal azon túl, hogy mélyíti a generációs szakadékot, gyengíti a felnőtt befolyását, rálátását is gyermeke személyiségfejlődésére, leszűkítve ezzel a gyermek megóvására, védelmére irányuló lehetőségeinek körét is.

A posztmodern kor fentiekben összefoglalt és vázolt ártalomforrásainak kitétt gyermekek esetében pedig súlyos árat fizet a gyermek, a család és a társadalom is, amikor a szocializáció különböző színterein az érésükben, felnőtté válásukban „siettetett gyermekek” (hurried child) nehezen kezelhetőségével, nehezen nevelhetőségével, fokozódó agressziójának ön- és/vagy mások felé irányuló formáival (öngyilkosság, erőszakosság), túlterhelésből fakadó pszichoszomatikus tüneteinek kezelésével kell szembenéznie, megküzdenie, és a tradicionálisan értelmezett felnőtt szerephez mérten segítenie, „gyógyítania”.

Az optimális az lenne, ha a szülőnek, nevelőnek nem korrigálnia kellene, hanem a „józan ész” kritikai hozzáállásával tudná kivédeni a posztmodern kor gyermekeket veszélyeztető elemeit, azaz a „tűzoltás” helyett az elsődleges prevenció, a megelőzésre való képesség kialakítására, formálására helyeződne a hangsúly. A felnőtt társadalom tagjainak szemléletformálása elengedhetetlenül szolgálná azt, hogy az egyre bővülő, gyermekeket célzó fejlesztési-, és szórakoztatási kínálat ne írhasa felül a minőségi (megfelelő irányú és tárgyú kötődésekre lehetőséget nyújtó) gyermekkort, még napjaink késő modern viszonyai között sem.

A posztmodernitás sokféle megközelítésének és definíciós kísérletének ismeretében számunkra nyilvánvalóvá vált, hogy abban az esetben, ha elfogadjuk a technológiai fejlődés és a fogyasztói kultúra begyűrűzésének elméleteit, nem szűkíthető le a posztmodernitás az életnek mindössze néhány területére. A modernitás és így a posztmodernitás fejlődési üteme változó lehet ugyan, de a fejlődési szakaszok rendre követik

egymást, ahogyan ez a tradicionális, premodern társadalmak fejlődését tekintve is így alakul. A fejlődés, ami minden esetben sorozatos változásokkal jár, pedig minden életterületre és életszakaszra hatást gyakorol, kiterjed, ezért kutatásunkban a posztmodern gyermekkor jellemzőit is főként a fogyasztási, kulturális, művelődési szokások, a személyiséget ért károsító mechanizmusok mentén vizsgáljuk a mintába bekerült nevelőcsaládok esetében.

III. A gyermekvédelem terei a posztmodern korban

Akár családjában nevelkedik, akár helyettesítő gondoskodásban kénytelen élni egy gyerek, védelemre szorul. Joga van a védelemhez. A védelem és így a gyermekvédelem kifejezés is minden esetben pozitív kicsengésű, de értelmezési keretei igen széles körűek, attól függően, hogy „hol, mikor, miért, honnan, kiknek a szempontjából” közelítjük meg a témát.

Ertelmezhető a kérdéskör általános és speciális megközelítés szerint. Abban az esetben, ha magából a gondoskodásra szoruló gyermekből indulunk ki, aki a társadalomban vér szerinti szülei, rokonai és a hozzájuk kapcsolódó primer közösségek hálózatában él, egy átfogóbb, általános gyermekvédelem meghatározáshoz jutunk.

Az általános gyermekvédelem részét képezik azok a társadalmi intézmények, melyeknek rendeltetésük szerint biztosítaniuk kell a gyermekek számára az egészséges testi, lelki, szellemi, erkölcsi személyiségfejlődéshez szükséges feltételrendszerket. Ezen intézmények a gyermek fizikai, pszichikai, mentális és szociális szükségleteinek megfelelő szintű kielégítését célozzák.

A „speciális gyermekvédelem” értelmezésekor a gyermek egészséges személyiségfejlődését veszélyeztető események folyamatába beavatkozó, a fennálló problémák kezelését, megoldását célzó intézményekre és az általuk nyújtott szolgáltatások körére gondolunk. Ide tartoznak tehát azok a speciális gyermekvédelmi intézmények, amelyek a gyermekvédelmi ellátórendszer valamely ágának részét képezik: vagy személyes gondoskodást nyújtó alapellátások, vagy szakellátások.

A gyermekvédelmi szakellátásban élők egy viszonylag jól körülhatárolható – a gyermekek össztársadalmi makro-csoportján belül hátrányos helyzetükből adódóan – sajátos mikro-csoportot alkotnak. A természetes, támogató közeget jellemző diszfunkciók miatt társadalmi, professzionális segítségre van szükségük ahhoz, hogy emberhez méltó életutakat járhasanak be. A 20. század végén, 21. század elején az Európai Unió tagállamaiban, így Magyarországon is prioritásként jelenik meg a leszakadó társadalmi csoportok reintegrációjának minél hatékonyabb megvalósítása. Rövid-, közép- és hosszú távú célrendszerekhez társított szakmai feladat az önálló életre nevelés. Ahhoz, hogy az életút valóban sikeres lehessen a szakembereknek és a társadalmi csoportoknak közösen, hosszú és időnként gyötrelmes utat kell bejárniuk, amikor ennek a nemes célnak és feladatnak a megvalósításáért küzdenek a hétköznapi gondozó, nevelő, oktató, fejlesztő szakemberei.

Magyarországon az 1997. évi XXXI. számú törvény szól a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (továbbiakban Gyvt.). A törvény-

ben kirajzolódik a hazai gyermekvédelmi ellátórendszer struktúrája, az egyes elemekhez kapcsolódó cél- és feladatrendszerek sora. A törvényi előírások gyakorlati megvalósulásának vizsgálata több szempontból érdekes és izgalmas kutatási terület. Feltáruhatnak a kutatási eredmények függvényében olyan hiányok, esetleg többlettartalmak, átgondolásra érdemes passzusok, amelyek a joganyag szövegezése szintjén a gyermek érdekét szolgálják, a gyermeki jogok érvényesülését hivatottak elérni, a hétköznapiak manifesztálódási folyamataiban azonban éppen az ellenkező hatás jelentkezik. Mint minden rendszernél, a gyermekvédelmi rendszer szabályozó mechanizmusainál is több ponton felvetődhet a kérdés: *Kinek az érdeke érvényesül elsődlegesen? A fenntartó, működtető, a védelmező, a védelemben részesülő? A gyermeki jogok deklarálásáról szóló joganyagok alapelveinek és célkitűzéseinek ismeretében a válasz egyértelmű, de vajon igaz is? Valóban jól jár a gyermek, pontosabban valóban ő jár a legjobban?* A kissé provokatív kutatási kérdések megválaszolása érdekében a tanulmány további részeiben a gyermekvédelmi rendszert, s annak a kutatásunkhoz szorosan kapcsolódó elemeit objektívnak ítélt szabályozó dokumentumok, tanulmányok és statisztikai adatok alapján ismertetjük.

III.1. A gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekek a statisztikai adatok tükrében

A gyermek egészséges testi, lelki, szellemi, erkölcsi fejlődését veszélyeztető körülmények fennállása esetén a családból való kiemelésre csak abban az esetben kerül sor, ha a gyermekvédelmi rendszer alapellátásában¹ működtetett szolgáltatásokkal nem oldható meg a probléma, a gyermeknek átmenetileg, esetleg tartósan nem érdeke, hogy az őt veszélyeztető vér szerinti családjában nevelkedjen. Az átmeneti vagy tartós neveltként nevelésbe vett gyermekek gondozási helyének (gyermekotthon valamely típusának, nevelőszülői elhelyezésnek)² és gyermekvédelmi státusának³ meghatározásáról a Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság⁴ szakmai csoportja dönt. A probléma jellegétől, a

¹ Az alapellátás szolgáltatásait a család és a gyermekek otthonukban vehetik igénybe, ezek többsége önkéntesen és ingyenesen hozzáférhető (pl.: bölcsőde), veszélyeztetés esetén azonban az első fokú gyámhatóság védelemben veheti a gyermeket és kötelezheti a szülőket ezek igénybe vételére, egyidejűleg családgondozót rendel ki. Amennyiben a veszélyeztetettség tartósan fennáll, az alapellátásban dolgozó szakemberek kezdeményezhetik a gyermek szakellátásba vételének beindítását.

² Gyermekotthon típusai: (speciális otthon; vizsgálóotthon; különleges otthon; utógondozó otthon, lakásotthon). Nevelőszülő, hivatásos nevelőszülő, speciális hivatásos nevelőszülő kategóriákat különböztet meg a Gyvt.

³ Különleges: 0-3 éves és/vagy tartósan beteg, illetve fogyatékkal élő gyermekek. Speciális ellátási igényű: súlyos személyiségzavarokkal küzdenek, pszichotikus vagy neurotikus tünetekkel rendelkeznek, súlyos disszociális tüneteket mutatnak, vagy pszichoaktív szereket használnak.

⁴ Szociális munkás, pszichológus és gyermekorvos, amennyiben a gyermek pszicho-, szociális-, mentális állapota megkívánja, a bizottság kibővíthető gyermekpszichiáter és gyógy-pedagógus személyével.

gyermek testi, lelki, szellemi, erkölcsi állapotától függően az otthont nyújtó gyermekvédelmi szakellátás valamely intézménytípusába, gondozási helyére kerülhet a gyermek, ameddig helyzete megnyugtatóan, tartósan meg nem oldódik, a vér szerinti családjába való visszahelyezéssel, esetleg örökbefogadással.

Magyarországon, 2009 januárjában 17 532 fő (KSH, OSAP 2009) részesült gyermekvédelmi szakellátásban. Az alábbi táblázatban státus szerinti megoszlásuk olvasható az országos és megyei adatok vonatkozásban.

1. táblázat A gyermekvédelmi szakellátottak megoszlása gyermekvédelmi státus szerint (fő)

	Ideiglenes hatályú elhelyezett	Átmeneti nevelt	Tartósan nevelt	Összesen
Országosan	932	15 167	1433	17 532
Békés megyében	35	486	35	546

A gondozási hely típusát tekintve Magyarországon a gondozott gyermekek többsége (9902 fő/56,2%) nevelőcsaládban él. A határ túlsó oldalán, Romániában ez az arány mindössze 29,6%. (ANPDC 2008) A nemzetközi és az országos arányokhoz viszonyítva a vizsgált megyében kedvezőbb kép mutatkozik. Békés megyében a szakellátásban élő gyermekek 65,6 százaléka él nevelőszülőknél. Az országban ennél kedvezőbb helyzet csak Pest megyében (80,5%), Bács-Kiskun megyében (77,4%), Baranya megyében (69,4%) és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (66,7%) mutatkozik. A vizsgált megye a nevelőszülői férőhelyek és kihasználtság tekintetében az ötödik helyen áll. Az alábbi táblázatban a gyermekek elhelyezésének megoszlása látható gondozási forma és hely szerint Békés megyében.

2. táblázat A gyermekek elhelyezése gondozási forma és hely szerint (fő)

	Ideiglenes hatályú elhelyezett	Átmeneti nevelt	Tartósan nevelt	Összesen
Gyermekotthon	3	152	9	164
Nevelőszülői hálózat	32	311	15	358
Ápolást, gondozást nyújtó intézmény	–	23	1	24

III.2. A nevelőszülői szakma megközelítése törvényi és társadalmi oldalról

A Gyvt. deklarálja a nevelőszülői hivatás feltételrendszerét, pontos keretek közé állítva a nevelőszülői feladatvállalás személyi feltételrend-

SZOCIÁLIS MUNKA

szereit, azaz meghatározza az említett jogszabályban, hogy ki lehet nevelőszülő hazánkban.

Eltérések vannak a nevelhető, elhelyezhető gyermekek létszámát tekintve attól függően, hogy a nevelőszülő hivatásos, speciális hivatásos nevelőszülő, vagy – egyszerűen – nevelőszülő.

Hivatásos nevelőszülő az, aki megfelel a képesítési előírásoknak, speciális hivatásos nevelőszülő az, aki ezen felül alkalmas a nála elhelyezett speciális ellátást igénylő gyermek nevelésére.

Saját gyermekeit is beszámítva a nevelőszülő (köznapi szakmai szóhasználat szerint a továbbiakban: hagyományos nevelőszülő) saját gyermekeivel együtt összesen 4 gyermek nevelését, gondozását láthatja el.

Hivatásos nevelőszülő saját gyermekeit is beszámítva legalább 3, legfeljebb 7 gondozott együttes ellátását biztosíthatja.

Speciális hivatásos nevelőszülő saját gyermekeit is számításba véve maximum 3 gyermeket nevelhet. A gyermekek gondozásba helyezésénél a működtetőnek minden esetben figyelembe kell vennie a gyermek és már a családban élő többi gyermek, fiatal felnőtt állapotát. Az előírt gyermeklétszámoktól a gyermek érdekében való hivatkozással a nevelőszülőt megbízó, alkalmazó működtető eltérhet.

Több mint 10 évvel a gyermekvédelmi törvény bevezetését követően a gondozási helyek típusának megoszlását tekintve az országos statisztikai adatok azt igazolják, hogy a gyakorlatban is elsődlegessé vált a családi környezetben zajló nevelés igénye. A családjukból átmenetileg vagy tartósan kiemelt gyermekek többségének reszocializációja nevelőcsaládokban zajlik. Egy másik, nagyobb csoportot képeznek azok a gyermekek és fiatal felnőttek, akik ugyan gyermekotthonban élnek, de annak lakásotthoni formájában, azaz szintén családi közegben, családi házakban. A kutatási terep (Békés megye) a regionális érték alatti, azonban az országos érték feletti mutatója alapján a nevelőszülőnél elhelyezett kiskorúak aránya más gondozási helyeken élő kortársaikhoz viszonyítva 65,6%. Az országos arány 56,6%, Dél-Alföld régióinak arányszáma ebben a vonatkozásban 71,1%. (KSH, 2009)

Mind a nevelőszülői szakma vállalását, mind a lakásotthon működtetését nehezítheti azonban a gyermekvédelmi munka – köznapi szóhasználatban mai napig élő, számos negatív attitűdöt, pejorativitást hordozó állami gondozás – társadalmi megítélése.

A tágabb társadalmi környezet leggyakrabban megfogalmazott, felszínre törő előítéletei – a teljesség igénye nélkül – a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló gyermekekkel szemben (Herczog, 1998):

- bűnözők, alkoholisták lesznek
- értelmileg sérültek
- „vérükben van a rosszság”, „genetikailag kódoltak” a negatívumai
- nevelési, oktatási intézményekben vér szerinti családban élő kortársaikhoz képest számottevően gyengébben teljesítenek
- magatartászavarokkal küzdenek
- „hiperaktívak”.

Az előítéletek többsége a régmúltban gyökerezik, ahogyan a szervezett gyermekvédelmi ellátás is. Nagy embervesztéseket követelő háborúk,

éhínségek, járványok után a tömegesen árván maradt gyermekek elkal-
lódását, bűnözővé válását kívánták megoldani különféle formában.
„Nagyon erős volt a hit az öröklött hajlamokban, a munka és a bünte-
tés nevelő hatásában, s a gyerekkor jelentését és jelentőségét közismerten
csak a 19. század második felétől kezdték fel- és elismerni. Ugyanakkor
a gyerekek nevelése, tanítása, tartása mindig pénzbe került, a költségeket
pedig az adott közösségnek kellett vállalnia. Ezért arra törekedtek, hogy
minél kevesebb pénzből és minél kevesebb gonddal járjon e dolog, nem
pedig arra, hogy a gyermekeknek minél jobb legyen, és esélyeik növe-
kedjenek, vagy legalábbis hátrányaik csökkenjenek.” (Herczog, 1995.
84. o.)

A 20. század első évtizedeiben a főként szociális okokból gondozott
gyermeket tágabb családi, rokoni körben látták el (helyettesítő szülő-
ként), illetve az állam fizetett a szülőnek, hogy saját otthonában nevel-
hesse gyermekeit. A második világháború előtt a gondozott gyermekek
80 százaléka nevelkedett így.

1945 után a nevelőszülői hálózatok leépítése következtében ez az
arány 20% alá esett. A helyettesítő nevelés (Vajda, Kósa, 2005.) nevelő-
szülői formájához kötődő ellenérzésekre okot adó kutatási eredmények-
ről író szerzőpáros egyszerre cáfolja a fentiekben ismertetett devianciák
örökletes voltát, és hívja fel a figyelmet a nevelőszülők szülői beállítottsá-
gának, elkötelezettségének hangsúlyos voltára is. A második világháború
utáni gyermekvédelmi struktúraváltás okaként említik a számos szépiro-
dalmi műben (Árvácska, József Attila és nővére öcsödi megpróbáltatásai)
is megjelenő gyermekek kizsákmányolásáról, dolgoztatásáról, sanyarga-
tásáról szóló helyzeteket, amelyekben sok esetben a személyiségük, habi-
tusuk folytán arra alkalmatlan felnőttek csak az állami juttatásért, anyagi
kényszerből vállaltak nevelőszülői feladatot. A nevelőszülői szakma
társadalmi megítéléséhez kötődő ellenérzések további elemzők szerint
(Domszky, Hazai, Herczog, 1994) ide nyúlnak vissza. Hosszú évtizedekig
nem tekintették professzionális munkavégzésnek a nevelőszülőiséget, az
otthon, családban végzett munka elértéktelenedett, a családdal szemben
a nagy közösségeket emelték elsődleges szocializációs szintté, speciális
neveléstudományi ismeretek szükségességét hangsúlyozták a családjuk-
ból kiemelt gyermekek esetében.

Amióta létezik annak gyakorlata, hogy emberek a családjukban nem
vér szerinti gyermekeket nevelnek, azóta valamiféle juttatást, javadal-
mazást a költségek fedezésére mindig biztosítanak a helyi társadalmak
(egyházak, települések).

A nevelőszülőkkel szemben napjainkban is leggyakrabban artikulá-
lódó ellenérzések – miszerint „csak a pénzért nevelik a gyerekeket, dol-
goztatják őket, hogy hasznot termeljenek saját családjuknak, nem ugyan-
úgy részesítik a szeretetükben” stb. – ebből, és a fentiekben már említett
negatív példák továbbéléséből fakadhatnak.

A törvényi és szakmapolitikai előírások értelmében napjainkban a
nevelőszülő kötelessége, hogy biztosítsa a gyermek gondozását, nevelését
fizikai, pszichikai, intellektuális és érzelmi, szociális fejlődése érdekében.
Biztosítania kell a gyermek beilleszkedését a saját családjába, egyenlő
bánásmódban részesítve őt a család többi tagjával. Elő kell segítenie a
gyermek társadalmi beilleszkedését egy olyan szakmai team tagjaként,

mely szakmai csoportnak tagjai sokszor maguk is kirekesztővé válnak, és talán nem is tudják, hogy miért és hogy milyen régóta.

A nevelőszülőség több mint szakma, a mi értelmezésünkben létformának tekinthető. Nevelőszülőként és nevelőszülőnél „létezni” azonban nem egyszerű, különösen, ha számításba vesszük, hogy a gyerek egy sajátos, terhelt élethelyzetben, életkörülmények közül érkezik a családba, s hogy őt hatékonyan reszocializálni csak úgy lehet, ha a befogadás és elfogadás kölcsönösen létrejön a nevelőszülő és a gyerek között. A nevelőszülői feladat ellátásához kötődő, a nevelőszülő–gyermek kapcsolat-építési folyamatban rejlő nehézségekről írt összefoglaló tanulmányában. (Kálmánchey Márta, 2001)

A szerző által diádikusként definiált, vagyis a kapcsolat kettősségében megoldandó problémaként jelennek meg a következők: az eltérő szociokulturális háttérből eredeztethető másság elfogadása; az esetleges feltétel nélküli elfogadás hiányának a gyerekek lelkét tovább traumatizáló hatásai; a nevelőszülőség létformajellegéhez való igazodás nehézségei: az életvezetés újraszervezése, átstrukturálása; a családon belüli, vér szerinti kapcsolatok tudatos ápolása, óvása; a nevelt gyermekek viselkedésének tudatos értelmezése, segítő nevelőként, professzionális segítői szemmel (*pl. annak megértése, hogy „nem neki szól a dac, a düh, a boldogtalanság”, vagyis hogy minden megnyilvánulásnak van oka, s hogy a különféle viselkedések mögötti feszültségeket, problémákat csak odafigyeléssel, elfogadással fogja tudni megoldani*). A helyzet jobb megértéséhez a szerző rávilágít a gyermeki oldal nehézségeire is, vagyis arra, hogy mekkora pszichés terhet jelent egy amúgy is sérült, szorongató helyzetből érkező gyerek számára az új környezethez való alkalmazkodás, az ismerkedés, az addig számára idegen emberekkel való összeismerkedés.

A kutatás rövid bemutatása

A kutatást 2009 szeptemberében folytattuk a Dél-alföldi régió Békés megyei nevelőszülői hálózatában. Az elmúlt években az otthont nyújtó ellátás legmeghatározóbb szakmai egységévé vált a megyében a nevelőszülői hálózat, ahogyan dolgozatunk korábbi fejezetében már kimutattuk, a szakellátásba kerülő gyerekeknek közel 70 százaléka él a helyettesítő védelem idején családban, az elmúlt évtizedben a gyermekotthoni elhelyezéssel szemben a nevelőszülői elhelyezési arány jelentősen növekedett, gyermekvédelmi struktúraváltás rajzolódott ki.

A nevelőszülők száma az ezredfordulótól csaknem megkétszereződött, hiszen a vizsgált területen 2000-ben 69 nevelőszülő tevékenykedett, napjainkban számuk eléri a 130-at.

Kutatásunkat a 2009-ben, aktívan nevelőszülőként, hivatásos nevelőszülőként tevékenykedő szakemberek körében végeztük. A populáció teljes körére kiterjedt a vizsgálatunk, s bár országosan nem, de megyei szinten a kutatás reprezentatívnak tekinthető, a válaszadási arány meghaladta a 70 százalékot.

Az általunk összeállított önkitöltős kérdőív változóinak SPSS statisztikai programmal végzett elemzése során arra kerestük a választ, hogy *a nevelőcsaládok expanziójának hátterében milyen külső és belső motívációk*

húzódnak meg. Továbbá: milyen társadalmi, gazdasági státusú egyének vállalják a gyermekvédelmi feladatellátás ezen formáját? A kedvező statisztikai adatok mögött hogyan képesek betölteni a posztmodern kor kihívásainak megfelelően nevelő, védő szerepüket? Háztartásaikban fellelhetőek-e a gyermekek és felnőttek számára napjainkban már nélkülözhetetlenné váló információs technikai eszközök? „Virágtartó-e a számítógép, avagy ablak a nagyvilágra?” Mit jelent számukra a posztmodern gyermekkor? Milyen nehézségekkel kerülnek szembe a vállalt feladatellátás közben? Sikereiket miben látják? Társadalmi, szakmai kapcsolataik, fogyasztásuk, szabadidő-szervezésük jellemzői mentén megragadható-e a posztmodernitás kulturális mintázata?

IV. A kutatási eredmények bemutatása

IV.1. Nevelőszülők a társadalmi, demográfiai mutatók tükrében

Amikor egy gyermeket kiemelnek vér szerinti családjából, személyiségvizsgálatát, egészségügyi, mentális állapotának felmérését követően a legtöbb esetben a gyermekvédelmi törvény szellemében nevelőcsaládba helyezik. Egy egész család fogadja be, a nevelőszülői feladatot azonban minden megkérdezett esetében (100%) a családban az anya, a nő vállalja fel. Számunkra érdekes, hogy a vizsgált megyében nincs férfi nevelőszülő, holott ehhez adottak a törvényi lehetőségek. Pontos adatok ugyan nem állnak rendelkezésünkre, de ismereteink szerint más megyékben elenyésző számban előfordul, hogy a férfi létesít jogviszonyt a nevelőszülői hálózat működtetőjével.

A nevelőcsaládok többségében a 21. században is a hagyományos szerepstruktúrák rajzolódnak ki: a nők feladata a gyermekek nevelése, a háztartás vezetése, az érzelmi vezető szerepének betöltése, a férfiak pedig az instrumentális vezetők szerepét töltik be, míg a posztmodern kor vér szerinti családjaiban egyre többször fordul elő, hogy a kisgyermekkel az édesapa marad otthon az első életévben, és a későbbiekben is főként a férfi látja el a hagyományosan főként női szerepekhez kötődő feladatokat a háztartás vezetésében. Ez általában „kényszerpálya” azoknak a férfiaknak, akik a hagyományos értelemben vett „családfői” szerepüket munka-lehetőség hiányában nem tudják, vagy így tudják betölteni.

A nevelőszülők 70 százaléka házasságban vagy élettársi életközösségben él, és a nevelőcsaládok 30 százalékára igaz az, hogy egyszülős családként funkcionál, mert a nevelőszülő egyedülállóra vált, válás, vagy társának halála következtében. Ez az arány meglepően magasabb az országos, vér szerinti gyermekeket nevelő egyszülős családok arányához (26%)⁵ képest. Az eltérés mögött feltehetően a magas átlagéletkor állhat.

A válaszadó nevelőszülők átlagéletkora 52 év, a leggyakrabban választott életév, a módusz értéke 50.

67 százalékuk kevesebb mint 10 éve dolgozik nevelőszülőként, azaz

⁵ Magyarországon a KSH 2005. évi Mikrocenzus adatai szerint a gyermekes családok száma: 1 839 379, ebből egyszülős család 477 349.

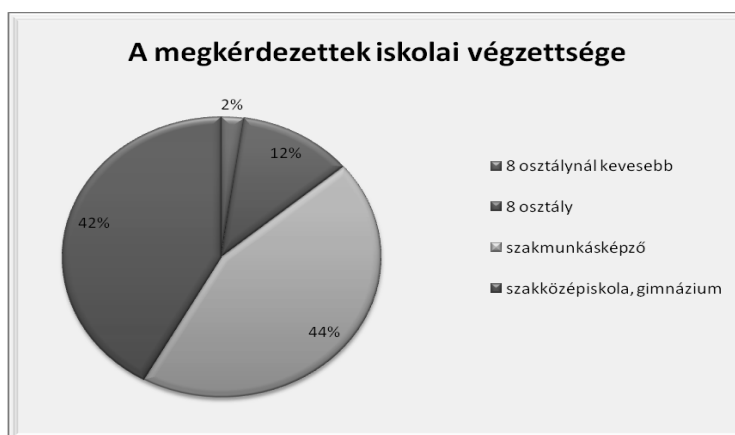
SZOCIÁLIS MUNKA

a többség a gyermekvédelmi feladatellátás struktúraváltását megelőzően nem volt nevelőszülő, a nevelőszülők többsége csak az elmúlt 10 évben szerzett nevelőszülői képesítést.

Megvizsgáltuk, hogy meghatározó lehet-e a családi állapot és az életkor, a gyermekvédelmi munkával eltöltött évek szempontjából. Szignifikáns összefüggést⁶ találtunk, amikor arra kerestük a választ, hogy miként alakulnak a fiatalabb, (45 év alatti) házasságban élő nevelőszülők munkaévei, az idősebb, házasságban élő társaikhoz képest. Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy a 46 év feletti házasságban élő nevelőszülők esetében a legmagasabbak a munkaévek, a fiatalabb házas és az elvált, özvegy nevelőszülőknél egyaránt régebb óta tevékenykednek.

Az alábbi diagramban iskolai végzettség szerinti megoszlásuk látható.

1. ábra A válaszadó nevelőszülők iskolai végzettség szerinti gyakorisági megoszlása



A válaszadók 14 százaléka rendelkezik legfeljebb 8 osztállyal, a fennmaradók többsége szakmunkás bizonyítványt szerzett, 42 százalékuk érettségizett. Felsőfokú végzettséggel rendelkező nevelőszülő nem tevékenykedik a vizsgált területen. Ez a jelenség még a magas átlagéletkor ismeretében is igen meglepő „az élethosszig tartó tanulás” és az „élethosszig tartó verseny” szellemében, másfelől azonban nem az, hiszen a 24 órás állandó szolgálat, gyermeknevelés, ügyintézés, a gyermekvédelmi munkával járó bürokratikus feladatok ellátása nem hagy nagy teret az önképzés formális, intézményes formájának.

Talán nem tévedünk nagyot, amikor a fenti adatok tükrében úgy ítéljük meg, hogy a magasabb iskolai végzettséget szerzett nők körében kevésbé vonzó a nevelőszülői tevékenység, mint szakma.

Az iskolai végzettség és az életkor keresztösszefüggésének tekintetében a hivatásos nevelőszülők, akik munkavállalói jogviszonyt létesítettek

⁶ A chi-négyzet értéke 0,001 és 0,01 között van (0,008).

(19%) az elmúlt 10 évben a nevelőszülői hálózat működtetőjével, kedvezőbb képet mutatnak.

Míg a hagyományos nevelőszülők 38 százaléka rendelkezik érettségivel, addig ez az arány a hivatásos nevelőszülők esetében meghaladja az 50 százalékot, és az érettségizett hivatásos nevelőszülők átlagosan 12 évvel fiatalabbak érettségivel rendelkező, hagyományos nevelőszülő társaiknál.

A válaszadók nagy többsége, 82 százaléka városban él, 2 százaléka megyeszékhelyen és 11,6 százaléka községeiben. Az adatokat tekintve megdölni látszik az a hosszú évtizedekre visszanyúló közhiedelem, miszerint nevelőszülői feladatot főként faluban élő, háztáji, vagy mezőgazdasági termelést végző családokban vállalnak, gazdasági racionalitástól vezérelve, sok esetben dolgoztatva is a gondozott gyermekeket.

Természetesen a gyermekvédelmi törvény bevezetését követő szakmaiság feltételrendszerének kiépülése, a képzések szervezése, a leendő nevelőszülők felkészítési, kiválasztási, fejlesztési, támogatási, ellenőrzési mechanizmusainak kialakításának köszönhetően erről napjainkban már nem lehet szó, a városiak magas arányának alakulására azonban a válasz az elmúlt 5 év várossá nyilvánítási eljárásaiban keresendő. A válaszadó városiak nevelőszülők 41% él ugyanis olyan településen, amelyet a közelmúltban nyilvánítottak várossá (pl. Körösladány, Vésztó, Elek).

A családok 56 százalékban nevelkedik 5–8 gyermek, 27 százalékban kevesebb mint 4 gyermeket nevelnek a nevelőszülők, azaz az esetek 83 százalékban a gyermeklétszám a törvényi előírásoknak megfelelően alakul.⁷

A nevelőcsaládok közel 20%-nál azonban előfordul, hogy 9–11 gyermek is nevelkedik egy háztartásban, mintegy lakásotthonos, „kisgyermekotthoni” formában. A törvényben meghatározott maximális gyermeklétszám feletti feladatellátók többsége, 67 százaléka hivatásos nevelőszülőként dolgozik a megye azon kisvárosaiban, amelyekben a legtöbb nevelőcsalád koncentrálódik: Békésen, Dévaványán, Körösladányban és Vésztón. Érdekes, szignifikáns összefüggés⁸ mutatkozott, amikor megvizsgáltuk ezen nevelőszülők családi állapotát. A törvényben előírtaknál magasabb gyermeklétszámot jelölő hivatásos nevelőszülők mindegyike özvegy, és vér szerinti gyermekei sincsenek. Az adatok tükrében úgy tűnik, mintha házastárs és gyermekek nélkül egy személyben látnának el egy „lakásotthon” működtetését, a különbség mindössze annyi, hogy őket sohasem „váltják le” a kollégáik. A törvény lehetőséget biztosít az előirányzott gyermeklétszámot meghaladó gyermekelhelyezésre, abban az esetben, ha ezt a gyermekek érdeke kívánja. Újabb kutatásban célszerű lenne annak vizsgálata, hogy mi indokolja a törvényi létszámot meghaladó esetekben a „nevelőszülői keretek közötti lakásotthon” működtetését, hogy milyen érdekviszonyok húzódnak meg a háttérben és hogy kinek az érdeke valósul meg ezekben az esetekben.

⁷ Az adatfelvételt a gyermeklétszámok csökkentését eredményező törvényi módosítások előtt végeztük, ami a tanulmány megjelenésének évében az arányok további emelkedéséhez, azaz a törvényben előírtakhoz viszonyítva fokozottabb, negatív irányú eltérést jelent.

⁸ a chi-négyzet értéke 0,000

SZOCIÁLIS MUNKA

Számunkra szintén érdekes kép rajzolódott ki azokkal a válaszadókkal kapcsolatban, akiknek vér szerinti gyermeke nincs ugyan, de örökbe fogadott gyermekük van. Ők mindössze a minta 13 százalékát teszik ki, és 80 százalékuk kevesebb mint 10 éve dolgozik nevelőszülőként. Az adatokat tekintve azt gondolhatnánk, hogy nevelőszülővé válásukat követően fogadtak örökbe gyermeket, hiszen tudjuk azt, hogy törvény adta előjoga a nevelőszülőnek az örökbe adhatóvá nyilvánított gyermek örökbe fogadása, esetükben azonban, a motivációs kérdésre adott válaszaik elemzését követően az derült ki, hogy mindegyikük a sikeres örökbe fogadása után csatlakozott a gyermekvédelmi szakemberek közé. Az összes válaszadó által megjelölt gyermekszereteten túl, náluk megjelenik az altruizmusra való nagyfokú elkötelezettség is, és megfogalmazták, hogy örökbe fogadott gyermekük sorsának átélése vitte őket arra, hogy nevelőszülővé is váljanak, még akkor is, ha a szakma társadalmi, gazdasági presztízsét a többi válaszadó nevelőszülővel egyöntetűen (100%) alacsonynak érzik.

IV.2. A nevelőszülők nehézségei, sikerei

Összevont elégedettségi mutatót hoztunk létre az indexálás módszerével, amely alapján elégedettnek tekintettük azokat a nevelőszülőket, akik valamilyen mértékben egyetértenek azzal (az öt fokú Likert skálán 4-5 értéket jelölve), hogy hivatásuk társadalmi, gazdasági megbecsültsége magas, a környezeti, társadalmi hozzáállás és a gyermekvédelmi munka körülményeinek változása nem nehezíti, hátráltatja mindennapi munkavégzésüket, illetve az anyagi helyzetük véleményezését mutató változónál azt jelölték, hogy elégedettek.

Kevésbé elégedett, aki többségében a középértékeket választotta, elégedetlennek tekintettük az összevont mutató alapján fennmaradó válaszadókat.

Ezt követően azoknak a nevelőszülőknél az aránya, akik tökéletesen elégedettek lennének 0%, kevésbé elégedett a minta nagyobb része, 68%, a fennmaradó 32 százalékot pedig kifejezetten elégedetlennek minősíthetjük.

A megkérdezett nevelőszülők nyitott kérdéseire adott válaszaik is alátámasztják azt, hogy a szűkebb és tágabb társadalmi környezet (szomszédok, intézmények) hozzáállását és a nevelőszülői munka körülményeinek változását nehezen viselik. Az elégedetlen válaszadók munkavégzéshez kapcsolódó öt, leggyakrabban előforduló nehézségének felsorolásában az első két helyen minden esetben a nevelt gyermekek iskolai beilleszkedése és a feladatellátáshoz kapcsolódó bürokrácia áll.

A kevésbé elégedettek esetében is gyakran megjelennek a következő válaszok:

- „...egyre több a papírmunka”;
- „...nehézséget jelent az iskola megbélyegző hozzáállása”;
- „...az emberek hozzáállása, lekicsinylése a nevelőszülősséggel kapcsolatban”;
- „...az iskola nehezen fogadja el ezt a helyzetet”;
- „...az iskolai társak esetenként lenézők”;
- „...sokszor a szomszédok is ferde szemmel viselik őket”.

Munkájuknak azonban úgy érzik, van eredménye, és úgy ítélik meg, hogy ezzel elégedettek, hiszen a válaszadóknak csak 3 százaléka nem válaszolt arra a nyitott kérdésre, hogy „Mi volt eddigi nevelő munkájának legnagyobb sikere?”

Sikerként könyvelik el például azt, ha:

„...csavargó, alkoholizáló gyerekből nagyszerű felnőtt vált, aki hazajár ...”;
„...5 évesen még pelenkás, fogyatékosnak ítélt kisfiú ma 12 éves, kitűnő tanuló, zenei tehetség...”;
„...antiszociálisan viselkedő gyermek beilleszkedése a családba, iskolába...”;
„...az egyik nevelt lányom nagykorúvá válása miatt elkerült tőlem, de nagy szeretettel jár hozzám vissza...”
„...nevelt gyermekeim jól tanulnak, az egyik diplomát szerzett, szorgalmasan dolgozik.”

A fentiekből jól látszik, hogy mint semmi sem, ez a munka sem FEKETE ÉS FEHÉR. Minden helyzet, gyermekvédelmi eset más és más, s bár a többség nehézségként említi az iskolai és a társadalmi környezetbe való beilleszkedést, sikereik többsége mégis arról árulkodik, hogy végül sikerült megküzdeniük a hétköznapiakban a negatív előítéletekkel, a társadalmi kirekesztéssel és vannak olyan nevelt gyermekeik, akiknél az önálló életre való felkészítés hatékonyan, jól sikerült, vagy jó úton halad. Természetesen ez nem egy személyben a nevelőszülőn múlik. Kellenek hozzá mindazok, akik ilyen vagy olyan módon kapcsolatba kerülnek a nevelőcsaláddal, a nevelt gyermekekkel. Akár nehézségek leküzdéséről, akár szakmai sikerek eléréséről beszélünk, a társadalmi, társas és szakmai kapcsolatok minősége nagyon nagy súllyal esik latba.

IV.3. A nevelőszülők, mint a szakmai team tagjai

Elemzésünk következő részében megvizsgáljuk, hogy miként alakul a válaszadók „kapcsolati tőkéje” a munkavégzésükhöz kötődően. Az alábbi táblázatból kiolvasható, hogy kikkel dolgoznak és működnek hatékonyan együtt, és mely területeken mutatkoznak hiányosságok a szakmai együttműködések során.

SZOCIÁLIS MUNKA

3. táblázat Gyenge és erős szakmai kapcsolatok⁹

	Gyenge, az ismeretség szintjén megragadó kapcsolat	Erős kapcsolat, jó együttműködés
Családgondozóval	49%	51%
Nevelőszülői tanácsadóval	–	98%
Gyámmal	12%	88%
Szakmai vezetővel	41%	59%
Más nevelőszülőkkal	23%	77%
Óvodapedagógusokkal	31%	69%
Tanítókkal	26%	74%
Tanárokkal	26%	74%
Pszichológussal	64%	36%
Fejlesztő pedagógussal	23%	77%
Örökbefogadási tanácsadóval	81%	19%
Gyámhivatallal	38%	62%
Gyermekvédelmi felelőssel	61%	39%
Iskolai szociális munkással	73%	27%

A fenti adatokat tekintve szembeűnően magas azoknak az aránya, akik nevelőszülőként nem kerülnek kapcsolatba az örökbefogadási tanácsadóval, ez jelezheti a nevelőcsaládokból való örökbeadás alacsony arányát, amely az egész ország vonatkozásában gyakran felmerülő probléma.

Megítélésünk szerint magas, 60–70% körül mozog az az érték is, amely azt mutatja, hogy a speciális gyermekvédelmi feladatot ellátó nevelőszülő, munkavégzése során nem kerül jó, együttműködő kapcsolatba az oktatási, nevelési intézményekben általános gyermekvédelmi feladatokat ellátó szakemberekkel, azaz a gyermekvédelmi felelőssel és az iskolai szociális munkással.

64 százalékuk gyenge a kapcsolata a pszichológussal, ami – ismerve a gyermekvédelmi szakellátásba kerülő gyermekek lelki terheltségét, és a tanulmány korábbi részében ismertetett, a nevelőszülői elhelyezés speciális jellegéből adódó nehézségeit (Kálmánchey, 2001) – igen magas arányként értékelhető.

Közel 50 százalékuk pedig nem működik együtt hatékonyan a családgondozóval, ami a sikeres hazagondozások alacsony arányának egyik magyarázó tényezője lehet, mely jelenség szintén országszerte általános szakmai problémaként ismert a gyermekvédelmi szakemberek körében.

A legszorosabb az együttműködés a nevelőszülői tanácsadókkal, a törvényes képviselket ellátó gyámokkal (90–100% körüli értékek), ami

⁹ A „Milyen a kapcsolata az alábbi szakemberekkel? (1 – nincs kapcsolat, 5 – szoros együttműködés)” változó átkódolásával egy dichotóm mutatót hoztunk létre. Gyenge, az ismeretségi szinten megragadó kapcsolatként értelmeztük az 1–3 válaszokat, erős kapcsolatként, jó együttműködésként a 4–5 értékeket.

annak ismeretében, hogy ezeknek a szakembereknek a nevelőszülő otthonában legalább három hetente látogatást kell tenniük, nem meglepő.

Pozitívumként értékelhető a más nevelőszülőkkel és a fejlesztő pedagógusokkal való szoros együttműködés, és a nevelőszülők $\frac{3}{4}$ része a nevelési, oktatási intézményekben dolgozó pedagógusokkal is hatékonyan együttműködik.

A szakmai kapcsolati tőke minőségi mutatóján túl megvizsgáltuk, hogy hányféle kapcsolatot jelöltek a válaszadók. Legalább három szakemberrel mindenki együttműködik valamilyen szinten, és legfeljebb 14 szakemberrel tartanak kapcsolatot a válaszadók.

Az összevont szakmai kapcsolati tőke mutatójának gyakorisági megoszlása értelmében az ötnél kevesebb kapcsolatot jelölőket a problémáikkal, nehézségeikkel „magányos harcosként” küzdőknek (17%) tekintettük, míg a hatnál több kapcsolatot jelölőket (83%) a „jól kooperáló” elnevezéssel illettük.

Mivel a munkavégzés társadalmi, gazdasági háttérével való elégedettség vonatkozásában a válaszadók többsége (68%) a kevésbé elégedett kategóriába esett, ennél a csoportnál vizsgáltuk meg a választások arányát. Ezt követően elmondható, hogy a kevésbé elégedettek 65 százaléka esik a jól kooperáló szakemberek közé. Azaz elégedetlenek ugyan a munkájukhoz, általuk nevelt gyermekekhez való társadalmi hozzáállással, de többségük mégsem adja fel, keresi a kapcsolatot, idézett sikereik valószínűleg ennek eredményét mutatják.

Bár az összefüggés nem szignifikáns¹⁰, mégis érdekesnek találjuk, hogy a jól kooperáló szakemberek közül 32% érzi úgy, hogy a nevelési, oktatási intézmények hozzáállása miatt évről évre nehezebb a feladata, míg a „magányos harcosok”, akik ötnél kevesebb szakemberrel – azaz feltehetően a nevelőszülői tanácsadón, gyámon, más nevelőszülőkön kívül mással nem működnek együtt, egyikük sem érzi ezt így, feltételezhetően azért, mert ha nincs kapcsolat, nincs konfrontáció sem.

IV.4. Nevelőcsaládok fogyasztási mintázatai a posztmodern társadalomban

IV.4.1. NEVELŐCSALÁDOK ANYAGI HELYZETE A TARTÓS FOGYASZTÁSI CIKKEKSEL VALÓ ELLÁTOTSÁG TÜKRÉBEN

A kizárólag szakmai kapcsolatokra alapozott, összevont kapcsolati tőke vizsgálatát követően elemzésünk következő részében azt vázoljuk fel, hogy milyen jellemzői vannak a posztmodernként fémjelzett társadalomban a nevelőcsaládok háztartásainak, hogyan jelennek meg a családok, a gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekek a fogyasztói társadalom különböző szinterein, mennyire jellemző rájuk az élménykeresés, a vásárlási láz, szabadidejük nagy részét mire fordítják, a szabadidőhöz köthető szolgáltatások igénybe vétele milyen mintázatot mutat.

A válaszadók háztartásainak tartós fogyasztási cikkekkel való ellá-

¹⁰ Ennek oka lehet az is, hogy kevés az egy cellára jutó elemszám.

tottságát megfelelőnek ítéljük. A közvetett módon, az anyagi helyzetet is mérő mutató attribútumai¹¹ közül a családok átlagosan 10 tartós fogyasztási cikket jelöltek meg. A legkevesebbet jelölő válaszadó háztartásában hét berendezés található, a legmagasabb érték pedig 14 volt.

A kevesebb mint tíz háztartási eszközzel bírót „átlag alatti” anyagi helyzetűként definiáltuk, az ő arányuk 23%, „átlagos” anyagi helyzetűek, akik tíz jelölést tettek¹², ők teszik ki a minta 30 százalékát, 47 százalék anyagi helyzete pedig átlag felettinek bizonyult.

Ennek ellenére családja anyagi helyzetével a többség elégedetlen. Az átlagos és az átlag feletti anyagi helyzettel rendelkezők választásainak vizsgálatakor azt tapasztaltuk, hogy a „vízváltó” tartós fogyasztási cikkek a szárítógép, az alternatív energia felhasználását szolgáló berendezések és a laptop. Azok a válaszadók, akik lappal és számítógéppel is rendelkeznek, elégedettek az anyagi helyzetükkel.

Szignifikáns összefüggések¹³ mutathatók ki a nevelőszülőként eltöltött évek száma, a nevelőszülői státusz és a tartós fogyasztási eszközökkel való ellátottság között. Az átlag feletti anyagi helyzetű kategóriába eső családokban a több mint tíz éve nevelőszülői feladatot ellátók felülreprezentáltak (66%).

A hivatásos nevelőszülők 75 százaléka átlag feletti kategóriába tartozik, valószínűleg náluk a magasabb gyermeklétszám is indokolja a felszereltség magasabb szintjét, míg a hagyományos nevelőszülőknek 40 százaléka tartozik ebbe a kategóriába.

A posztmodern társadalom meghatározását célzó elméletek többségében a fogyasztói és az információs társadalom kifejezések gyakran jelennek meg egymás mellett. Az információs társadalom hallatán a világháló és az ehhez kapcsolódó audiovizuális, infokommunikációs eszköztár jutott eszünkbe, ezért rákérdeztünk arra, hogy „Van-e az otthonukban internet hozzáférési lehetőség?” Az esetek nagy többségében (86%) a válasz igen volt. Tekintve, hogy többségük kistelepülésen él, alacsony iskolai végzettséggel rendelkező, anyagi helyzetét nem megfelelőnek ítélő nevelőszülő, ezt a magas arányt meglepőnek tartjuk.

Lineáris regresszió elemzéssel vizsgáltuk, hogy az internettel való rendelkezés milyen egyéb mutatókkal áll együtt. A korreláció analízis elvégzését követően megállapítható, hogy szignifikánsan¹⁴ csak az anyagi tőke korrelál az internet hozzáféréssel (korreláció értéke 0,23), azaz pozitív előjelű korreláció miatt igaz az, hogy minél jobb a család anyagi helyzete, annál nagyobb valószínűséggel rendelkeznek internettel. Pozitív irányú együttállás mutatkozik az életkor, az iskolai végzettség és a háztartásban élő gyermekek számának vonatkozásában is, ám itt a magas szignifikancia értékek nem zárják ki a véletlenszerűséget.

¹¹ Hűtőszekrény, fagyasztóláda/szekrény, forgó tárcsás mosógép, automata mosógép, video, hifi, házi mozi, DVD-lejátszó/felvevő, asztali számítógép, laptop, televízió, mikrohullámú sütő, mosogatógép, szárítógép, energiatakarékos izzók, alternatív energia felhasználására szolgáló berendezések, egyéb.

¹² Az összevont anyagi helyzet mutatójának gyakorisági táblázatában a mean, a median és a modus is tízes értéket vesz fel.

¹³ chi-négyzet értéke 0,001 és 0,01 között van

¹⁴ chi-négyzet értéke 0,001 és 0,01 között van

A fenti eredmények elgondolkodtatóak, a társadalmi, demográfiai mutatók ismeretében azt feltételeztük, hogy a nevelőcsaládok internettel való ellátottsága jóval alacsonyabb arányt mutat. Hogy pontosabb képet kapjunk az internethez való viszonyról, azt is megkérdeztük, hogy „Mire használják az internetet?” A nyitott kérdésekre kapott válaszok elemzését követően érdekes, de talán nem meglepő kép rajzolódott ki. A családokban főként a kiskorúak használják az internetet, szórakozásra, zenék, filmek, képek, tanuláshoz szükséges anyagok letöltésére, és a háziasszonyok, azaz a nevelőszülők többsége (a kérdésre válaszolók 54 százaléka) recepteket keres az interneten.

A nevelőszülők vonatkozásában itt „felemás posztmodernizációról” beszélhetünk, mert bár posztmodernnek tekinthető, hogy a háztartások többségében van internet, és az is, ha a szakácskönyv helyett a számítógép áll a gáztűzhely „mellett”, ugyanakkor számos, a munkavégzésüket és munkakörülményeiket is nagymértékben javító internet adta lehetőséggel az ismeretek hiányában nem élnek. Így például nem rendelkeznek e-mail címmel sem, holott ez a többi szakemberrel való kapcsolattartást ingyen és gyorsan lehetővé tenné, a sok papírmunkát felválthatná az online ügyintézés, s a dokumentumok célba juttatása is kevesebb energiáfordítást (idő, pénz) igényelne.

IV.4.2. A NEVELŐCSALÁDOKBAN ÉLŐ GYERMEKEK SZABADIDŐ ELTÖLTÉSI ÉS VÁSÁRLÁSI SZOKÁSAI, LEHETŐSÉGEI

Megvizsgálva a válaszadó nevelőszülők által gondozott, gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekek pénzköltési szokásait, szintén arra kerestük a választ, hogy a posztmodernitásnak ezen dimenziója hogyan alakul a nevelőcsaládokban.

A gyermekek fogyasztói társadalomba való bekapcsolódását az alábbi mutatókkal mértük úgy, hogy a nevelőszülők alábbi kérdésekre adott válaszaikra hagytuk:

- Mennyire fontos érték a gyermekek életében a pénz?
- Szeretnek-e vásárolni a gyermekek?
- Mire költik a pénzüket a gyermekek?
- Mivel töltik a szabadidejüket a gyermekek?

Annak ellenére, hogy a válaszadó nevelőszülők 73 százaléka úgy ítéli meg, hogy az általuk nevelt gyermekek életében a pénz fontos, sőt, nagyon fontos érték, és megítélésük szerint a gyermekek szeretik költeni a pénzt, a kirajzolódó vásárlási, fogyasztási, szabadidő eltöltési szokások „egysíkúságot”, „fantáziátlanságot” tükröznek, ami természetesen épp úgy adódhat a kistelepek adta lehetőségek korlátaiból, mint a nevelőcsaládok szociokulturális jellemzőiből.

A nevelőszülők válaszaik alapján a nevelt gyermekek 60 százaléka édességre költi a pénzét, 14 százalékuk élvezeti cikkekre, 13 százalékuk játékot vásárol, és a többiek nem vásárolnak. Nem járnak bevásárló központokba, Mc'Donalds-be, nem vásárolnak könyveket, audiovizuális eszközöket, sportoláshoz, szabadidő eltöltéshez, hobbihoz kapcsolódó egyéb cikkeket.

SZOCIÁLIS MUNKA

Szabadidő eltöltésükre és az elmúlt hónapok legizgalmasabb élményére vonatkozóan sem a posztmodern társadalom fiataljaira jellemző élményhajsza és izgalomkeresés (Pikó, 2008) jellemző. Nyaralni legalább belföldön minden gyermek járt, mégsem ehhez kötődött a legizgalmasabb élmény a nevelőszülők 65 százalékánál, többségük úgy ítélte meg, hogy a gyermeknél az iskolai bizonyítvány eredményei, vagy esetleg az iskolakezdés okozta a legnagyobb izgalmat.

Az alábbi gyakorisági megoszlás szerinti rangsorból a gyermekek által leginkább preferált szabadidős elfoglaltságok olvashatók ki:

1. sportolás (75%)
2. televíziózás (74%)
3. DVD-zés (60%)
4. városnézés (56%)
5. kártyajátékok, olvasás (55%)
6. kerti parti (54%)
7. gyöngyfüzés (52%)
8. virtuális játékok (51%)
9. internetezés (43%)
10. testfestészet, múzeum (21%)
12. színház, mozi, csúszdapark, házibuli, sakkozás (19%)
13. diszkó (14%)

IV.5. A „posztmodern gyermek” jellemzői a nevelőszülők szemszögéből

Arra a kérdésre, hogy „Mit jelent a posztmodern gyermekkor a nevelőszülő szerint? Mennyiben más a mai gyermekek gyermekora?” a válaszoló nevelőszülők nagy többségének válaszait (82%) összefoglalva az alábbi megállapítást tehetjük: a nevelőszülők a posztmodern gyermekkor meghatározásakor az általuk nevelt gyermekek jellemzőiről írtak.

A nevelőszülők szerint a mai kor gyermekének életében elsődleges fontosságú a számítógép és a pénz. Jövőbeni céljaik megfogalmazásakor főként olyan munkahelyre vágnak, ahol kevés munkával sok pénzt lehet keresni. A média világa hamis illúziókat ébreszt bennük: egy olyan világ képét tárja eljűk, amely számukra elérhetetlen, emiatt sok esetben frusztráltak, agresszív, deviáns magatartást tanúsítanak, a képernyőről áradó erőszak nagy hatással van rájuk.

Társadalomlélektani szempontból a posztmodernitás dimenzióiként említik a devianciák arányának emelkedését. A szakmai kapcsolati tőke elemzésekor fény derült arra, hogy a pszichológussal való „gyenge, az ismeretség szintjén álló” kapcsolatok gyakorisága igen alacsony, ebből arra következtethetnénk, hogy a nevelt gyermekek esetében a lelki problémák és az ebből eredeztethető devianciák aránya is alacsony. Ennek a feltételezésnek éppen ellentmondanak a következő adatok.

A válaszadó nevelőszülők közel 50 százaléka érzi úgy, hogy a nevelése alatt álló gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekeket állandó bizonytalanság, önbizalomhiány, felpörgetettség, empátia-hiány jellemzi. 30% és 40% között mozog azoknak az aránya, akik szerint a gyermekek félnek a jövőtől, szoronganak, önzőek, túlzott egocentrizmus

és hiperaktivitás jellemzi őket. A nevelőszülők által *leggyakrabban* jelölt devianciák gyakorisági sorrendje a következő képet mutatja:

1. dohányzás (40%)
2. lopás (35%)
3. mentális zavarok (30%)
4. alkoholfogyasztás (15%)
5. fizikai erőszak (10%)
6. szexuális abúzus (5%).

A fenti adatok tükrében a posztmodernitás társadalomlélektani dimenziója értelmezhető a vizsgált nevelőcsaládok körében.

V. Összegzés

Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy a speciális gyermekvédelemben, a gyermekvédelmi szakellátásban élő kiskorúak gyermekkorát formáló családokban értelmezhető-e a posztmodernitás, és ha igen, milyen dimenziókban. Kutatási eredményeink igazolják, hogy amiképp az a premodern korban is közösségi törekvés volt, napjaink posztmodern társadalmában is elsődleges gyermekvédelmi célként fogalmazódik meg az általunk vizsgált megyében is, a helyettesítő védelem családban való megoldása. A feladatvégzés mögött meghúzódó motivációk sem újszerűek, hiszen minden esetben a gyermekszeretetet, az altruizmusra való hajlamot értük tetten a válaszokat elemezve, és az is bebizonyosodott, hogy külső motivációs tényezőként nem jön számításba a munkavégzésért járó pénzbeli juttatás és a társadalmi környezet támogató hozzáállása sem.

Összefoglalva a szabadidő-eltöltési szokásokra vonatkozó eredményeket, megállapítható, hogy a posztmodern gyermekkorban a tanulmány első részében idézett – a gyermekeket veszélyeztető, „gyermekkoruk halálát” vagy az őket „siettető” – területei a vizsgálati mintába került Békés megyei nevelőszülőknél élő gyermekek, illetve fiatalok vonatkozásában nem jelennek meg. Nem kapcsolódnak be a felnőttek életterébe, plázákba, kávézóba, Mc'Donalds'-be nem jelennek meg, azonban ugyanígy nem jellemző rájuk a „magaskultúra” fogyasztása sem. A fentiek értékelése, értelmezése megítélésünk szerint nézőpontfüggő. Ha a gyermekvédelmi törvénynek, a „gyermek mindenekfelett álló érdekét” hirdető alapelvéből indulunk ki, elsőre megkönnyebbülten felsóhajthatunk, hogy hiszen a nevelőszülők védik a posztmodern kor gyermekkor- és lélekrontoló hatásaitól a gyermeket, mert az nem vágyik gyorséterembe, plázába, stb. Egy későbbi kutatás célkitűzéseként szolgálhatna annak vizsgálata, hogy a vér szerinti családban élő kortársak szabadidő-szervezési módjai és lehetőségei milyen azonosságokat és különbségeket mutatnak. A komparatista szemlélettel vizsgálódva felmerülhet a kérdés, hogy rendszerspecifikus jelenségről van szó, esetleg településtípusbeli sajátosságról, kiegyenlítő avagy társadalmi távolságot növelő folyamatok zajlanak a gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó nevelőszülőknél élő gyermekek szabadidő-szervezésének vonatkozásában. Újabb kutatóterületként merült fel a gyermeklétszámok alakulásának rendszeren

belüli vizsgálata is. Milyen működési mechanizmusok, érdekérvényesítési módok és mintázatok rajzolódnak ki a törvényi kereteken lényegesen túllépő gyermeki „csoportokat” nevelő gyermekvédelmi szakemberek tevékenységében? Hogyan tudja a törvényben előírt kötelességeit maradéktalanul a gyermek szolgálatába állítani az ilyen módon terhelt és feltehetően túlterhelt nevelőszülő? Kinek az érdeke érvényesül?

Megvizsgálva a posztmodernitás fogyasztási dimenzióját, választ kaptunk többek között arra a kérdésünkre is, hogy „Virágtartó-e a számítógép, avagy ablak a nagyvilágra?”. „Felemás posztmodernizációt” véltünk felfedezni az általunk vizsgált nevelőszülők körében, mert bár a számítógép, internet nem virágtartóként funkcionál, viszont sok esetben mindössze a szakácskönyvet helyettesíti. Ebben a felismerésben látjuk kutatásunk egyik gyakorlati hasznát, hiszen az egyébként infokommunikációs eszközökkel megfelelően ellátott családokban a szakmai munkavégzést könnyítené, és a feladatellátáshoz kapcsolódó energiaráfordításokat is nagy mértékben csökkentené, ha a nevelőszülők rendelkeznének a számítógép- és az internet felhasználói szintű ismeretével. Ennek érdekében a kötelező továbbképzések körében ezt célzó kurzus szervezése célszerű lenne a nevelőszülői hálózat működtetője részéről, illetve az online elérhetőségi rendszerek szakmaközösségi kialakításában szintén nagy lehetőségek rejlenek. Ahogyan további szakmai sikereket érhetnének el a nevelőszülők az általuk problémásként ítélt gyermekek nevelésekor is, abban az esetben, ha biztosítanák vagy koordinálnák a nevelőszülők és a pszichológus közötti szakmai kapcsolatot, hiszen kutatási eredményeink tükrében a nevelt gyermekek körében fellelhető devianciák magas arányával jelenleg nem áll összhangban a nevelőszülők pszichológussal való szakmai együttműködése.

Végezetül megállapítottuk, hogy korunk gyermekeinek gyermekkorában az újszerűséget a nevelőszülők a számítógép, az internet, a média gyermekekre gyakorolt, főként negatív hatásában látják, véleményük szerint a mai kor gyermekkorra főként ezen technológiai eszközök mindent meghatározó térnyerése miatt posztmodern.

Irodalom

- A gyermekvédelem nemzetközi gyakorlata (1994) (szerk.: Domszky András, Hazai Veronika, Herczog Mária) Budapest: Pont Kiadó.
- Bangó Jenő (2008): Útkeresés a posztmodernben. Ember és társadalom a globalizációban és a regionalizációban (2000–2008). Budapest: Mundus Magyar Egyetemi Kiadó.
- Barber, B. R. (1995): Jihad vs. McWorld. New York: Times Books, 1995.
- Bauman, Zygmunt (2002): Globális média, globális kultúra. Magyar Tudomány, 47. 748–761.
- Beck, U. (1992): Risk society: Towards a new modernity. London: Publications, 1992.
- Buchman, M. (1989): The script of life in modern society. Chicago: University of Chicago Press, 1989.
- Buckingham, D. (2002): A gyermekkor halála után. Fel nőni az elektronikus média világában. Helikon Kiadó
- D. Bell (1973): The Coming of Post-Industrial Society. New York

- Elkind, D. (2001): The Hurried Child. http://www.amazon.com/Hurried-Child-Growing-Fast-Soon/dp/0738204412#reader_0738204412 Letöltés ideje: 2010. november 10.
- Flaskas, C. (1997): 'Reclaiming the idea of truth: some thoughts on theory in response to practice'. *Journal of Family Therapy*, 19,1, 1–20.
- Fukuyama, F. (1994): *A történelem vége és az utolsó ember*. Budapest: Európa kiadó, 1994.
- Garbarino, J. (1993): *Childhood: what do we need to know?* (Childhood, Vol. 1. N. 1-3.)
- Hankiss Elemér (1997). *Az emberi kaland. Egy civilizáció-elmélet vázlatja*. Budapest: Helikon kiadó, 1997.
- Herczog Mária (1995): *A nevelőszülő helye és szerepe a gyermekvédelemben*. *Esély* 1995/2. 82–100.
- Herczog Mária(1998): *A gyermekvédelem dilemmái*. Budapest: Pont Kiadó.
- Hofferth S., Kinney D., and Dunn J. (2009): The „Hurried” Child: Myth vs. Reality. In: *Life Balance: Multidisciplinary Theories and Research*, ed. by Kathleen Matuska and Charles Christiansen. AOTA Press and SLACK Inc. , chap. 13, pp. 183–206.
- Jürgen Habermas, Jean-Francois Lyotard, Richard Rorty (1993): *A posztmodern állapot. Horror Metaphysicae*. Hungarian translation, 1993.
- Kálmánchey Márta (2001): *Nevelőszülőnél élő gyerekeknél előforduló pszichés problémák. Család, Gyermek, Ifjúság* 2001/2. X. évf. 24–29.
- Lash (1990): *Sociology of postmodernism*. London–New York: Routledge, 1990.
- Lyotard, J.-F. (1993): *A posztmodern állapot*. In: Habermas, J.–Lyotard, J. F.–Rorty, R.: *A posztmodern állapot. Századvég*, Budapest, 1993.
- Nagy Pál (1993): „Posztmodern” háromszögelési pontok: Lyotard, Habermas, Derrida (1993). Párizs, Bécs, Budapest: Magyar Műhely.
- Pikó Bettina (2008): *Életmód helyett életvezetés? Egészségkockázatok a posztmodern társadalomban. Valóság*, 2008/5.
- Riesman, D. (1996): *A magányos tömeg*. Budapest: Polgár Kiadó, 1996.
- Ritzer, G. (1997): *Postmodern social theory*. McGraw-Hill, New York, 1997.
- Szabó Máté (2008): *Az emberi jogok fejlődésének fordulópontjain*. *Beszélő*, XIII/11.
- Vajda Zsuzsanna (1997): *Elveszett gyerekkor*. 2000. 1997/11. 46–52.
- Vajda Zsuzsanna (2000): *Gyermekfelfogás és gyermekkor a történelemben*. In: (szerk.: Pukánszky Béla) *A gyermek évszázada*. Budapest, Osiris. 80–102.
- Vajda Zsuzsanna (2005): *Gyerekek a képernyőn. Iskolakultúra*. 2005/1. 35–53.
- Vajda Zsuzsanna (2010): *Siettetett gyerekek*. <http://mapszie.hu/velemenynk-szerint/11-siettetett-gyerekek-> Letöltés ideje: 2010. november 8.
- Vajda Zsuzsanna – Kósa Éva (2005): *Neveléslélektan*. Budapest, Osiris

Intézménytelenítés és közösségi lakhatás: Az Értelmi Fogyatékoság Kutatás Nemzetközi Társaság Összehasonlító Szakpolitika és Gyakorlat tematikus csoportjának szakmai állásfoglalása^{1,2,3}

Bevezető a magyar fordításhoz

A közelmúltban új erőre kapott az a vita, amely az értelmi fogyatékos és pszichiátriai betegek tartós bentlakást nyújtó intézményeinek kitagolásáról szól. Ennek során egyre hangsúlyosabban jelennek meg a nagy létszámú intézetek bezárását és azok közösségi ellátásokkal való kiváltását képviselő vélemények is. A témával kapcsolatban Magyarországon mindeddig nem készültek összehasonlító kutatások, külföldön azonban már kiterjedt szakirodalom áll rendelkezésre. A közreadott fordítás az értelmi fogyatékos emberek különböző bentlakásos ellátási formáival kapcsolatos kutatás főbb megállapításait összegzi, különös tekintettel a nagy létszámú intézetek és kis létszámú közösségi ellátási formák összehasonlítására. A cikkben ismertetett tanulmányok az értelmi fogyatékos felnőttek által igénybe vett ellátásokat vizsgálják, beleértve a kettős illetve többszörös diagnózisú fogyatékosokkal élő embereket, például értelmi fogyatékos és autista, illetve értelmi fogyatékos és pszichiátria beteg felnőtteket. Az anyag megjelentetésének célja szakmai érveket felsorakoztatni a kitagolás mellett, felhívni a figyelmet a tudományos igényű összehasonlító kutatások fontosságára a megalapozott szakpolitikai döntések érdekében, továbbá ösztönözni a bentlakásos ellátási formák tudományos igényű vizsgálatát Magyarországon.

A fordítók

¹ Készítette Jim Mansell és Julie Beadle-Brown az Összehasonlító Szakpolitika és Gyakorlat tematikus csoport tagjaival.

² A szervezet angol megnevezése: International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities (IASSID). A szervezet egy kormányzatoktól független, nemzetközi társaság, amely 1964-ben alakult. Célja az értelmi fogyatékoság és kapcsolódó fejlődési rendellenességek kutatásának előmozdítása. A szervezetben különböző tudományágak képviselői is megtalálhatók tematikus csoportokba szerveződve. A tanulmány eredeti címe Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities és eredetileg a Journal of Intellectual Disability Research 2010. februári számában jelent meg (54. évfolyam, 2. rész, 104–112. oldal). (A fordítók megjegyzése.)

³ Az állásfoglalást a tematikus csoport tagjai megvitták és jóváhagyták a IASSID általános tanácsának 2009. június 26-án Szingapúrban megtartott találkozáján.

Bevezetés

A második világháború óta eltelt időszak legfontosabb változása az értelmi fogyatékosokkal kapcsolatos szakpolitikában az, hogy a nagy létszámú bentlakásos intézményeket⁴ fokozatosan kis létszámú szolgáltatásokkal váltják fel. Ez a változás lehetővé tette, hogy az értelmi fogyatékos emberek helyi közösségekben, jó színvonalon éljenek (Mansell és Ericsson, 1996). Ez az intézménytelenítésnek nevezett folyamat előrehaladott állapotban van Skandináviában, az Egyesült Államokban, Nagy-Britanniában és Ausztráliában. Ezekben az országokban jórészt már lezárultak azok a szakpolitikai viták, amelyek arról szóltak, hogy az értelmi fogyatékos emberek számára intézeti vagy közösségi ellátásokat biztosítsanak-e. Jelenleg a szakmai viták a megvalósítás mikéntjéről szólnak, elsősorban arról, hogy az intézetek kiváltásával létrehozott bentlakásos ellátások hordoznak-e intézeti jelleget, és emiatt ezek is reformra szorulnak-e. Más országokban az intézeti és közösségi ellátások előnyeiről és hátrányairól szóló vita sosem volt igazán jelentős, mert az értelmi fogyatékos emberek túlnyomó része családjával él, az őket támogató szolgáltatások pedig viszonylag fejletlenek. Ezekben az országokban a közösségi ellátások fejlesztése anélkül is megtörténhet, hogy a rendszer átmenjen az intézeti ellátás szakaszán. Az országok egy harmadik csoportjában még mindig az intézet a leginkább jellemző ellátási forma, és továbbra is vita tárgyát képezi, hogy egyáltalán szükség van-e az intézetek kiváltására, és ha igen, milyen módon. Több kelet- és közép-európai ország ellátórendszerére is jellemző az alacsony színvonalú szolgáltatást nyújtó nagy létszámú intézetek dominanciája. Az intézetek felújítását, korszerűsítését és bővítését nemzetközi pénzügyi források felhasználásával tervezik végrehajtani, ahelyett, hogy megfontolnák az intézetek közösségi szolgáltatásokkal való kiváltását.

A nemzetközi jog elismeri a fogyatékosokkal élő személyek jogát a közösségi élethez. Az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló egyezménye (ENSZ, 2006), amely 2008 májusától hatályos⁵, 16. cikkében elismeri ezt a jogot, és a következőt mondja ki: [hozzáférési lehetőséget biztosítanak] „többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz, beleértve azt a személyes segítséget, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges”. Az Egyezmény kötelezi a részes államokat, hogy fejlesszék azokat a közösségi szolgáltatásokat, amelyek „fokozatos bevezetése” majd az intézményi ellátások felváltásához vezethet. Ez azt kívánja meg az egyes államoktól, hogy az egyezményben foglalt jogok érdekében az összes

⁴ Az „intézmény” kifejezésnek több jelentése van. Jelenthet társadalmi gyakorlatokat, amelyekhez értékek és eljárások kapcsolódnak. Ebben az értelemben sok társadalmi szervezet „intézménynek” minősül. Itt azonban az intézmény kifejezést más értelemben használjuk, olyan tartós bentlakást nyújtó ellátások leírására, amelyek rendelkeznek a Goffman (1968) által leírt „tömegintézmények” egy vagy több jellemzőjével.

⁵ A magyar Országgyűlés 2007. június 25-én fogadta el a Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló egyezményt és az ahhoz kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvényt. (A fordítók megjegyzése.)

elérhető forrásukat a fokozatos megvalósítás szolgálatába állítsák. Tehát a fogyatékos emberek jogainak elismerése irányába kell haladniuk, de ezt a haladást részben befolyásolhatja saját elérhető erőforrásaik nagysága.

A hiteles és megalapozott információ központi szerephez jut ebben a reform- és szolgáltatásfejlesztési folyamatban. A döntéshozók, akik a változások ütemezéséről és mértékéről, a létrehozandó szolgáltatások fajtáiról, megszervezésükről és irányításukról döntenek, gyakran nagyon határozott véleményekkel találják szemben magukat a különböző szolgáltatási formákat támogatók részéről. Jelen állásfoglalásnak az a célja, hogy a közösségi és intézeti ellátások közötti különbségeket tényszerűen összefoglalja, és kiemelve a fontosabb megállapításokat a döntéshozók számára.

A bentlakásos intézet definíciója

Az intézménytelenítés kezdetén a nagy intézményeknek számos megkülönböztető jegyük volt:

- Nagy létszámú intézmények voltak, több tíz, száz, de akár több ezer embernek adva szállást.
- Térben és szociálisan is a tágabb társadalomtól elszigetelten működtek.
- Akár szakmapolitikai okok miatt, vagy azért, mert alternatív szolgáltatások nem voltak elérhetőek, a bentlakók számára nehéz volt az intézmények elhagyása.
- A mindennapi élet anyagi/tárgyi körülményei rosszabbak voltak, mint amik az adott társadalomban a többség által megszokottak.

Az ezekben az intézetekben nyújtott szolgáltatások általános jellemzője volt az elszemélytelenedés (a személyes tárgyaktól való megfosztottság, az egyéniség megnyilvánulásának korlátozása), a rugalmatlan napi időbeosztás (kötelezően megállapított időpontok reggeli ébresztőre, étkezésre, esti lefekvésre, amelyek nincsenek tekintettel az egyén választására és szükségleteire), az uniformizált bánásmód (csoportcentrikus ellátás, a privát szférába való beavatkozás és az egyéniség megnyilvánulásának korlátozása) valamint a társadalmi távolság (amely a dolgozók és a bentlakók különböző státuszát szimbolizálja) (King, Raynes és Tizard, 1971).

Az intézeti ellátás gyakorlata, az intézetek mérete valamint szegregációja közötti kapcsolat nem volt véletlen. Az ellátás gyakorlata olyan attitűdöket és hiedelmeket tükrözött, amelyeket a dolgozóknak sajátjuknak kellett vallani, ha meg akartak birkózni a feladattal (Goffman, 1968). Ezek a gyakorlatok azután újra megerősítették a bentlakókkal kapcsolatos attitűdöket és hiedelmeket, miszerint ők mások, és kevésbé értékesek a többségnél (Wolfensberger, 1975). Ennek a nyomásnak még azok az intézetek sem tudtak ellenállni, amelyeket humanitárius szándékkal alapítottak.

A fenti leírás a nagy létszámú intézet ideáltípusát mutatja be. Ugyanakkor intézetek között is nagy lehet az eltérés méretben, az elszigeteltség fokában, tárgyi környezetben vagy az ellátás gyakorlatában. Azokban az országokban, ahol a nagy intézeteket közösségi szolgáltatásokkal váltották fel, azt tapasztalták, hogy az intézetek jellemzői az újonnan létre-

hozott szolgáltatásokban is megjelenhetnek. Ez a tapasztalat vezetett az intézetek más szempontú meghatározásához, amelyre példa a kanadai People First önérdékvényesítő csoport által javasolt definíció:

„Intézet bármilyen ellátás, amelyben elkülönítenek, szegregálnak és/vagy összegyűjtenek olyan embereket, akik az értelmi fogyatékoság címkéjét kapták meg. Intézet minden olyan hely, ahol az egyénnek nincs vagy nem lehet joga a saját életének irányítására és mindennapi döntéseinek meghozatalára. Az intézetet nem csak mérete teszi intézetté.”

A közösségi élet definíciója

A közösségi élet támogatását célzó intézkedések célja, hogy az értelmi fogyatékossgal élő egyént képessé tegyék a társadalom többsége számára átlagosnak tekintett lakhatás, életvitel és életmód elérésére, hogy életminősége jó legyen, és teljes jogú polgárként részt vehessen közösségi, kulturális vagy gazdasági tevékenységekben olyan mértékben, ahogyan azt maga az egyén megválasztja. Ennek értelmében a közösségi életet a következők jellemzik:

1. Olyan lakhatás, amely területileg a többségi társadalom lakóhelyén helyezkedik el, az egyén igényeinek megfelelő, és akadálymentes.
2. Olyan ingatlantípusok használata, amelyet a társadalom többsége is jellemzően igénybe vesz, az egyén igényeinek megfelelő, és akadálymentes.
3. Az ingatlan jellege általánosan megfelel a tágabb társadalom által használt ingatlantípusoknak.
4. Megengedi, hogy mindenki a lehető legnagyobb mértékben maga dönthessen arról, hogy hol, kikkel, és hogyan szeretne élni.
5. Bármilyen segítséget megad ahhoz, hogy az egyén a közösség életében részt vegyen.

A „közösség” fogalom használata arra utal, hogy a társadalom tagjai mint szomszédok, barátok, bolti eladók, munkatársak stb. a fogyatékos személy számára fontos támogató kapcsolatot jelentenek, amelyek nem elsősorban fizetségen alapulnak. A közösségi szolgáltatások pedig sokkal inkább kiegészítik és támogatják ezt a fajta segítséget, mintsem helyettesítik azt. Ugyanakkor felismerve, hogy a helyi közösségeknek nagy nehézséget jelent az értelmi fogyatékos személyek ilyen támogatása (különös tekintettel a súlyos vagy halmozott fogyatékossgal élő emberekre), illetve ismerve a fogyatékos emberek társadalmi elutasítottságának és kirekesztésének történetét, a közösségi életet támogató megoldások többféle szolgáltatást is magukba foglalnak. Egyfelől jelenthetik a közszolgáltatások (közlekedés, egészségügy és oktatás) átalakítását és akadálymentesítését annak érdekében, hogy azokat az értelmi fogyatékossgal élő emberek a többségi társadalom által megszokott szinten vehessék igénybe; és jelenthet speciális szolgáltatásokat, mint például tanácsadás, gyakorlati segítség, támogatás a mindennapi tevékenységekben és életvitelben.

A lakhatás tekintetében, az intézménytelenítésre tett korai kísérle-

tekben viszonylag nagyméretű bentlakásos otthonok jöttek létre, mint például az egyesült államokbeli átvezető gondoskodás programban (Rotegard, Bruininks és Kranzt, 1984), az angliai Wessex kísérleti programban (Kushlick 1976) és a svédországi bentlakásos otthonok programban (Ericsson, 1996). Ezek nyomán olyan lakóotthonok jöttek létre, ahol segítők támogatásával 3–8 fő élt együtt, köztük fokozott ellátási igényű, súlyosabban fogyatékos emberek is. Ez a lakhatási forma jelenleg is jellemzőnek mondható és ezt honosították meg modellprogramok a világ különböző részén, például az Andover program Angliában (Felce és Toogood, 1988; Mansell et al., 1987a), Cardiffban (Lowe and de Paiva, 1991), Oregonban (Horner et al., 1996), Svédországban, illetve Norvégiában (Ericsson 1996; Tossebro, Gustavsson és Dyrendahl, 1996). A közelmúltban a lakóotthonokkal kapcsolatos növekvő elégedetlenség segítette annak a lakhatási formának az elterjedését, amit általában „támogatott életvitelnek” nevezünk, és amelynek lényege a lakhatás és a személyes segítségnyújtás szétválasztása. A támogatott lakhatást igénybe vevők maguk dönthetik el, hogy kikkel élnek együtt, saját tulajdonú vagy bérelt ingatlanban, amely független az őket támogató szervezettől (Allard, 1996; Kinsella, 1993; Stevens, 2004). Ez a lakhatási modell gyakran társul személyes költségvetéssel, amely a fogyatékos személyek és képviselőik kezébe adja az irányítást és a döntést azáltal, hogy lehetővé teszi a szükséges szolgáltatások közvetlen megvásárlását, ahelyett, hogy azokat egy közigazgatási szerv határozza meg és engedélyezi.

Az intézeti ellátás és a közösségi életvitel összehasonlítása

A közösségi alapú ellátások összehasonlítása az intézetekkel viszonylag egyértelmű képet ad. A kutatások újra és újra azt bizonyítják, hogy a közösségi alapú szolgáltatások jobbak az intézeti ellátásnál.

A nagy számú, idevágó kutatást szakirodalmi áttekintésekből is ismerjük, amelyek összefoglalják a tanulmányok fontosabb eredményeit. Kim, Larson és Lakin (2001) huszonkilenc az Egyesült Államokban végzett összehasonlító és longitudinális kutatást tekintett át az 1980 és 1999 közötti időszakból. Az adaptív magatartás tekintetében tizenkilenc kutatás számolt be az intézetből történő kiköltözést követően statisztikailag szignifikáns fejlődésről és két kutatás romlásról. A magatartászavarokkal kapcsolatban öt kutatás talált szignifikáns javulást a kiköltözés után, míg két kutatás a viselkedési problémák romlásáról számolt be. Az áttekintésben szereplő további tanulmányok eredményei statisztikailag nem voltak szignifikánsak, ám ezek közül is nyolc az említett szempontok esetében javuló trendről számolt be, és hat talált romló tendenciákat.

Emerson és Hatton (Emerson és Hatton, 1994) hetvenegy 1980 és 1993 között megjelent kutatást tekintett át, amelyek az intézeti ellátásból a közösségi alapú ellátásokba való átköltözés hatásait elemezték az Egyesült Királyságban és Írországban. A hat terület közül ötben (kompetencia és személyes fejlődés, megfigyelt magatartászavar, közösségi részvétel, tartalmas tevékenységekben való részvétel és a segítőkkel való kapcsolat) a kutatások többsége pozitív irányú hatásokról számolt be. Csak egyetlen

területen (a segítők által közölt magatartászavar) nem számolt be a kutatások többsége semmilyen változásról. Young et al. (1998) tizenhárom ausztráliai, az intézménytelenítést elemző kutatást tekintett át az 1985 és 1995 közötti időszakból és hasonló eredményeket talált. A kilenc vizsgált szempont közül hatban (adaptív magatartás, személyes elégedettség, közösségi részvétel, barátokkal és családdal való kapcsolat, segítőkkel való interakció és szülői elégedettség) a kutatások többsége pozitív változásokról számolt be, a maradék három szempont esetében (viselkedésproblémák, közösségi elfogadás és egészség/mortalitás) a vizsgálatok általában nem mutattak változást. Kozma, Mansell és Beadle-Brown (Kozma, Mansell és Beadle-Brown, 2009) vizsgálatukban hatvanhét, 1997 és 2007 között készült kutatást tekintett át. Itt tízből hét szempont esetében (közösségi jelenlét és részvétel, társas kapcsolatok és barátságok, kapcsolat a családdal, önálló döntéshozatal és választás, életminőség, adaptív magatartás, életminőség, személyes és családi elégedettség) a kutatások túlnyomó többsége azt mutatta, hogy a közösségi alapú ellátások magasabb színvonalat jelentenek az intézeti ellátáshoz képest. Három területen (magatartászavar, pszichotróp gyógyszerek használata és egészség, veszélyek és halandóság) a kutatások vegyes képet mutatnak, illetve rosszabb eredményeket találtak.

Ezek alapján általánosan megállítható, hogy a közösségi alapú ellátások jobb eredményeket nyújtanak felhasználóik számára, mint az intézeti ellátás.

A támogatott életvitel és a kiscsoportos lakóotthonok közötti összehasonlításról kevesebb kutatás áll rendelkezésükre. Howe, Horner és Newton (1998) húsz lakóotthonban élő személyt hasonlított össze húsz támogatott életvitelben részesülő személlyel és az eredmények azt mutatták, hogy ez utóbbi csoport többféle integrált tevékenységben vett részt, nagyobb gyakorisággal és az egyén személyes preferenciáinak jobban megfelelő területeken. Több személlyel tartottak kapcsolatot, és több közös programban vettek részt velük. Emerson et al. (2001) közvetlenül hasonlította össze a támogatott életvitelt lakóotthonokkal és nagy létszámú intézetekkel, és csupán néhány különbséget talált a támogatott életvitel és a kiscsoportos lakóotthonok között. A támogatott életvitelben résztvevőknek a lakóotthonban élőknel jellemzően több döntési lehetőségük volt a lakóhelyük és a velük élő személyek megválasztásában, valamint mindennapi ügyekben. Nagyobb eséllyel érték ugyanakkor az otthonukat rongálások, és azt vették észre, hogy esetükben komolyabb volt a veszélye annak, hogy a lakókörnyezetük kihasználja őket. Ugyanakkor nem volt különbség a támogatott életvitel és a lakóotthoni ellátás között a családdal való kapcsolattartás, a társas kapcsolati háló nagysága, az egészség, valamint a nem a helyi közösség tagjai által elkövetett abúzus és egyéb kockázatok tekintetében.

Az intézeteket a közösségi ellátásokkal összehasonlító, aránylag nagy számú kutatás az eredmények szóródását is mutatja. Az azonos szolgáltatási modellhez tartozó ellátások megadott szempontok szerinti összehasonlítása erősen eltérő eredményeket mutat. A különböző szolgáltatási modellek által elért eredmények között jelentős átfedés is van (Mansell, 2006). Az elért eredmények szóródása részben a szolgáltatást igénybe vevők képességével és egyéb jellemzőivel áll összefüggésben. A fokozott

ellátási igényű személyek – akár értelmi fogyatékoságuk vagy mozgás-sérülésük természete, akár viselkedési zavarai és eltérő szociális képességeik miatt – kisebb mértékben részesülnek a közösségi ellátás pozitív hatásaiból (Felce and Emerson, 2001). Az intézménytelenítés kontextusában pedig ez a csoport az, amely jellemzően utoljára hagyja el a nagy létszámú intézetet (Wing, 1989), és amennyiben a közösségi ellátások használata esetén nehézségeik vannak, legnagyobb eséllyel ők kerülnek vissza intézeti ellátásba (Intagliata and Willer, 1982).

Az eredmények szóródása ugyanakkor nem csupán a felhasználók képességeivel magyarázható. Modellprogramok bizonyították, hogy még a legsúlyosabb fokban sérült személyek esetében is (Mansell, 1995) lehetséges jelentősen jobb eredményeket elérni közösségi szolgáltatással, mint bármilyen intézeti ellátással. Az eredmények szóródása a vizsgált szolgáltatás struktúrájával is összefügg (Felce és Perry, 2007). A legfontosabb a segítő személyzet teljesítményével való összefüggés. Korábbi kutatások arra hívták föl a figyelmet, hogy a segítők által nyújtott támogatás jellege alapvetően meghatározza az egyéni kimeneteket. Ezeket az eredményeket egy adott szolgáltatáson belül működő lakóegységek összehasonlítása (Felce 1996, 1998; Felce, de Kock és Repp, 1986; Felce et al. 1991; Mansell 1994, 1995; Mansell et al., 1984), lakóegységeken belül végzett kísérleti vizsgálatok (Bradshaw et al., 2004; Jones et al., 2001; Mansell et al., 2002), és regressziós elemzések (Felce et al., 2000; Hatton et al., 1996; Mansell et al., 2003) is megerősítették. Általánosan megállapítható, hogy ha az intézetekre jellemző tárgyi és szociális deprivációt megszüntetjük az intézet közösségi ellátási formákkal történő kiváltásával, két tényező válik meghatározóvá az egyéni kimenetek szempontjából: a szolgáltatást igénybe vevő, fogyatékos személy támogatási igénye (vagyis az adaptív magatartás foka), és a segítő személyzet által nyújtott támogatás (kiváltépp az, hogy milyen mértékig hajlandóak személyi kíséretet vagy aktív támogatást nyújtani) (Brown, Toogood and Brown, 1987; Felce, Jones and Lowe, 2000; Jones et al., 1996).

A fentiekből következően az intézeti ellátás felváltása közösségi alapú szolgáltatásokkal szükséges, de nem elégséges feltétele a bentlakásos ellátásokat igénybe vevők életminősége javításának. A lakhatási körülmények megváltoztatása mellett szükséges a segítő személyzet által nyújtott támogatás jellegén is változtatni.

Más intézetek vagy új intézetek

Az összehasonlító kutatások jelentős része azokból az országokból származik, amelyek az elsők voltak a nagy létszámú intézetek kiváltásában, és amelyeknek ezért jól fejlett közösségi szolgáltatásaik vannak. Ezek az országok Svédország, Norvégia, az Egyesült Államok, Kanada, az Egyesült Királyság és Ausztrália.

Az intézeti ellátás ugyanakkor továbbra is domináns bentlakásos ellátási forma számos más országban. Egy közelmúltban végzett vizsgálat becslése szerint még mindig közel egymillió ember él bentlakásos intézetekben Európában (Mansell et al., 2007).

Habár ezen intézetek egy része nagyon hasonló azokhoz, amelyeket

más országokban már bezártak, vannak, amelyek kisebbek, modern épületekben működnek, magasabb az egy lakóra eső segítők száma, illetve az egy főre jutó költségek. Gyakran felvetődik, hogy ezek az intézmények mások, mint amelyekre a már idézett tanulmányok hivatkoznak, és hogy ezek az intézetek jó minőségű szolgáltatást nyújtanak az ott élőknek. Ez az álláspont azonban nem támasztható alá a rendelkezésre álló empirikus adatokkal. Nagyon kevés kvantitatív kutatás vizsgálta ezeket az intézeteket a korábban tárgyalt eredménymutatók vonatkozásában – Kozma, Mansell és Beadle-Brown (2009) hatvanhét tanulmányt tartalmazó szakirodalmi áttekintésében mindössze kilenc tanulmányt talált, amely nem angol nyelvű országban készült. Ezen túl egy közelmúltban elvégzett, Franciaországot, Magyarországot, Lengyelországot és Romániát érintő kutatás (Mansell, Beadle-Brown és Clegg, 2004) azt mutatta, hogy habár vannak különbségek az egyes országokban található intézetek között, az ott mért eredmények hasonlóan gyengék, mint amiket a hetvenes években az Egyesült Királyságban, Svédországban vagy az USA-ban mértek.

Az intézménytelenítés korai szakaszában alapított kisebb méretű, de intézeti jellegű ellátást nyújtó intézmények ellenőrzése során Angliában hasonlóképpen azt állapították meg, hogy ezek sem érték el a legjobb mutatókat produkáló ellátások színvonalát, mint ahogyan a régebben alapított nagy intézmények egyike sem (Healthcare Commission, 2007). Ezért az Egyesült Királyság kormánya a közelmúltban úgy határozott, hogy a korábbi intézetek területén létrehozott, lakópark jellegű intézményeket ugyanúgy be kell zárni, ahogyan a megmaradt nagy létszámú intézményeket is (Department of Health, 2007).

A nagy létszámú intézetekről és az azok által nyújtott minőségi ellátásról szóló vita részeként megjelentek a falu-jellegű és más önkéntes lakóközösségek támogatói is (Cox és Pearson, 1995). Ezek az ellátások az összes férőhely tekintetében marginális jellegűnek mondhatók, hiszen csupán a bentlakásos ellátást igénybe vevők két százaléka él ilyen közösségben. Egy összehasonlító kutatás (Emerson et al., 1999) azt mutatta, hogy az előnyök és hátrányok eltérő egyensúlya jellemzi az önkéntes lakóközösségeket és az integrált lakhatási formákat – mindkét forma rendelkezik előnyökkel és hátrányokkal. Ugyanakkor ez a kutatás nem vette figyelembe az ellátottak fogyatékoságának mértékét, vagyis azt, hogy az önkéntes lakóközösségekben élők általában kevésbé súlyos fogyatékos-sággal élnek, mint az integrált lakóotthonok igénybe vevői. Ennek megfelelően az egyes ellátások összehasonlításakor a különbségek abból is adódhatnak, hogy azokat eltérő csoportok használják. Egy másik, szintén angliai kutatásban, amely a klaszterként elhelyezkedő lakóotthonokban élők életminőségét vizsgálta, Emerson (2004) azt állapította meg, hogy a fogyatékoság hatásának kiszűrése után, az ilyen lakhatási formákban a lakók nagyobb eséllyel éltek magasabb férőhelyszámú lakóegységekben, kedvezőtlenebb volt az egy segítőre eső ellátottak száma, lakóhelyük több, illetve gyakoribb változásnak volt kitéve (az otthonokat gyakran átmeneti ellátásra is használták, illetve nagyobb arányban foglalkoztattak alkalmi személyzetet), gyakrabban korlátozták őket (elzárás, szedálás, fizikai korlátozás, túlzott gyógyszerelés). Jellemző volt a mozgásszegény életmód, a testsúlyproblémák jelentkezése, valamint az, hogy ritkábban

és kevésbé változatos szabadidős tevékenységekben, társas és baráti programokban vehettek részt.

Egy közelmúltbeli szakirodalmi áttekintés (Mansell és Beadle-Brown, 2009), amely a klaszter lakhatást hasonlította össze a közösségben szétosztottan működő lakhatási megoldásokkal, arra mutatott rá, hogy ez utóbbi ellátási forma magasabb minőségű szolgáltatást nyújtott a vizsgált életminőség-kimenetek többségében. Az egyetlen kivételt az önkéntes lakóközösségek, faluközösségek jelentették, amelyeknek az enyhébb fokban fogyatékos személyek szempontjából vannak bizonyos előnyei. Ugyanakkor fontos, hogy ez a forma csak a kevésbé súlyos fogyatékos személyek esetében és csak akkor működik, ha vannak olyan, nem fogyatékos személyek, akik önszántukból vállalják, hogy egyazon közösségben élnek sérült emberekkel. Ezek tehát, noha a szolgáltatási spektrum fontos részei lehetnek, de az ellátórendszer egészében csak nagyon korlátozott szerepet töltenek be. Nem valószínű, hogy ez az ellátási forma az értelmi fogyatékosággal élő emberek széles rétegének tudna lakhatási alternatívát jelenteni.

Költséghatékonyság

Az intézményi és közösségi alapú ellátások költséghatékonyságára vonatkozó adatokat nemrégiben Felce és Emerson (2005) és Mansell et al. (2007) tekintette át. Ezek hangsúlyozták, hogy a költséghatékonysági vizsgálatok során nagyon fontos a hasonló egységek összehasonlítása, amikor figyelembe veszik az ellátáshoz kapcsolódó összes bevételt és kiadást, az elért minőségmutatókat, a fogyatékoság súlyosságát, és hosszú távon vizsgálják az intézetek bezárását és közösségi szolgáltatási formákkal való kiváltását.

Azokban a rendszerekben, ahol az intézeti ellátások költségei jelenleg alacsonyok, ezek emelkedése várható, ahogyan egyre nagyobb nyomás nehezedik majd az államra és a szolgáltatókra, hogy jobb minőségű ellátásokat működtessenek. Mansell et al. (2007) megállapítja, hogy „ha az intézeti ellátás költségeinek emelkedése várható, akkor nem indokolt, hogy a döntéshozók halogassák az intézménytelenítés elindítását. Az intézeti ellátás minőségével kapcsolatos elégedetlenség idővel a szolgáltatás bekerülési költségeinek emelkedését eredményezi. Például az értelmi fogyatékos emberek bentlakásos intézeti ellátásának egy napra eső költségei az USA-ban – az infláció értékét számításba véve – több mint kétszeresére nőttek 1982 és 2002 között (Stancliffe et al., 2005). A költségek részben azért nőnek, mert az enyhébb fokban fogyatékos emberek jellemzően elsőként költöznek ki az intézetekből alternatív ellátásokba (tehát az intézetben maradók között egyre több a súlyosabban fokban fogyatékos ember); mert az intézetekben dolgozó személyzet száma nő; és mert az intézetek csökkenteni kényszerülnek a férőhelyek számát az ellátás minőségének javítása érdekében. Tehát azok a költségbecslések, amelyek szerint a közösségi alapú szolgáltatások költsége magasabb, mint az intézeti ellátásé, középtávon nem tarthatóak.”

Abban az esetben, ha összehasonlítható egységeket vizsgálunk, kiderül, hogy a súlyosan fogyatékos emberek ellátása mindenképpen

magas költségekkel jár, ha jó eredményeket kívánunk elérni, függetlenül attól, hogy az ellátást igénybe vevők hol élnek. Az olcsó intézeti ellátások rossz eredményeket és életminőség kimeneteket mutatnak. Arra nincs bizonyíték, hogy a jó minőségű közösségi ellátások eredendően költségesebbek lennének, mint az intézeti ellátás, már amennyiben az összehasonlítás számításba veszi a felhasználók szükségleteit és a szolgáltatás minőségét is. Az önálló és támogatott életvitelt elősegítő, közösségi alapú szolgáltatások magasabb színvonalúak, és a lakók szempontjából jobb eredményeket és életminőséget érnek el, mint az intézeti ellátás.

Szakpolitikai következtetések

Az Egyesült Nemzetek Szervezetének Fogyatékosággal élő emberek jogairól szóló egyezménye, amelyet 2008. májusban ratifikáltak, a részes államok számára kötelezővé teszi az intézeti ellátás felváltását a közösségi életvitel támogatásával. Ennek a feladatnak a végrehajtásakor a döntéshozóknak a következő kutatási eredményekkel kell tisztában lenniük:

1 A közösségi életvitel az intézeti ellátáshoz képest magasabb életminőségre és másfajta életmódra ad esélyt az értelmi fogyatékosággal élő emberek számára.

2 Ez érvényes régi és új típusú intézetekre egyaránt, függetlenül attól, hogy azokat hogyan nevezik.

3 A közösségi alapú szolgáltatások nem költségesebbek az intézeti ellátásoknál, amennyiben az összehasonlítás figyelembe veszi a felhasználók igényeit és az elért életminőséget.

4 A közösségi életvitel sikeres megvalósításához alapvetően szükséges a szolgáltatások, és különösen a segítő személyzet által nyújtott támogató munka gondos megtervezése és működtetése.

A közösségi alapú szolgáltatásokra vonatkozó szakmai segítség elérhető mind kormányzati, mind nem-kormányzati szerveknél. Erre több ország gyakorlata is jó példa lehet, a technikai jellegű segítségnyújtást pedig két- vagy többoldalú megállapodások segíthetik.

Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy az intézeti ellátásból a közösségi alapú ellátásokba való átmenet sokkal több, mint egyszerűen egy épülettípus felcserélése egy másikkal. A közösségi ellátások sikerességének kulcsa az olyan körültekintő szolgáltatástervezés, amely az egyének szükségletei és igényei köré épül, majd működése közben folyamatosan monitorozható és módosítható, ugyancsak a szolgáltatások felhasználóinak igényei szerint. A közösségi szolgáltatások tervezéséről és működtetéséről, azok „jó gyakorlatairól” hatalmas szakirodalom áll rendelkezésre. Számos feltáró jellegű kutatás és vélemény hangsúlyozza, hogy a közösségi ellátások sem támogatják mindig megfelelően a fokozottabb ellátási igényű személyeket, pl. a súlyos értelmi sérüléssel vagy halmozott fogyatékosággal, mentális betegséggel élő és súlyos viselkedészavarokkal küzdő személyeket. Azonban a gyakorlat e téren lemaradt a kutatások és fejlesztések mögött, mert habár jó példák sora mutatja, hogyan képesek

DOKUMENTUM

súlyos fogyatékossgal élő emberek a közösségben élni, sokan mégsem kapják meg a megfelelő, jó életminőséghez szükséges támogatást.

A közösségi életvitel sikeréhez szintén fontos, hogy a mindenki számára elérhető szolgáltatások teljes köre is elérhetővé és használhatóvá, akadálymentesen igénybe vehetővé váljon a közösségben élő értelmi fogyatékos emberek számára. Az értékelő kutatások és vizsgálatok itt is bizonyítják, hogy az általános, különféle célcsoportokat egy-szerre kiszolgáló szolgáltatások nem képesek megfelelő választ adni a kihívásokra. A szolgáltatásokban dolgozók megfelelő képzése mellett az antidiszkriminációs jogalkotás a legfőbb eszköz, amellyel a fogyatékos személyek számára szükséges megfelelő átalakulás elindulhat.

A fentiek értelmében újabb kutatásokra is szükség van, olyanokra, amelyek nem a különböző ellátástípusok összehasonlítására törekednek immár, hanem az értelmi fogyatékos és az ép értelmű emberek tapasztalatait és helyzetét hasonlítják össze az életminőség-mutatók, valamint a speciális és általános szolgáltatások széles körét figyelembe véve.

Fordította Kozma Ágnes – Petri Gábor

Irodalom

- Allard, M. A. (1996) Supported living policies and programmes in the USA. In J. Mansell & K. Ericsson (Eds.), *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA* (pp. 97–116). London: Chapman and Hall.
- Bradshaw, J., McGill, P., Stretton, R., Kelly-Pike, A., Moore, J., Macdonald, S., Eastop, Z. and Marks, B. (2004) Implementation and evaluation of active support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 139–148.
- Brown, H., Toogood, A. and Brown, V. (1987) *Participation in Everyday Activities*. Brighton: Pavilion.
- Cox, C. and Pearson, M. (1995) *Made to care: the case for residential and village communities for people with a mental handicap*. London: Rannoch Trust.
- Department of Health. (2007) *Opening the door to a new life for people with learning disabilities (press statement)*. London: Department of Health.
- Emerson, E. (2004) Cluster housing for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3), 187–197.
- Emerson, E. and Hatton, C. (1994) *Moving Out: Relocation from Hospital to Community*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., Knapp, M., Jarbrink, K., Netten, A. and Walsh, P. N. (1999) *Quality and costs of residential supports for people with learning disabilities: a comparative analysis of quality and costs in village communities, residential campuses and dispersed housing schemes*. Manchester: Hester Adrian Research Centre.
- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., Jarbrink, K., Knapp, M., Netten, A. and Walsh, P. N. (2001) Quality and costs of supported living residences and group homes in the United Kingdom. *American Journal on Mental Retardation*, 106(5), 401–15.
- Ericsson, K. (1996) Housing for the person with intellectual handicap. In J. Mansell & K. Ericsson (Eds.), *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA* (pp. 81–95). London: Chapman and Hall.

- Felce, D. (1996) Quality of support for ordinary living. In J. Mansell & K. Ericsson (Eds.), *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA* (pp. 117–133). London: Chapman and Hall.
- Felce, D. (1998) The determinants of staff and resident activity in residential services for people with severe intellectual disability: Moving beyond size, building design, location and number of staff. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 103–119.
- Felce, D., de Kock, U. and Repp, A. C. (1986) An ecobehavioural comparison of small community-based houses and traditional large hospitals for severely and profoundly mentally handicapped adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 393–408.
- Felce, D. and Emerson, E. (2001) Living with support in a home in the community: predictors of behavioural development and household and community activity. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7(2), 75–83.
- Felce, D. and Emerson, E. (2005) Community living costs, outcomes and economies of scale: findings from UK research. In R. J. Stancliffe & K. C. Lakin (Eds.), *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Felce, D., Jones, E. and Lowe, K. (2000) Active Support: Planning Daily Activities and Support for People with Severe Mental Retardation. In S. Holburn & P. Vietze (Eds.), *Person-centered planning : research, practice, and future directions*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Felce, D., Lowe, K., Beecham, J. and Hallam, A. (2000) Exploring the relationships between costs and quality of services for adults with severe intellectual disabilities and the most severe challenging behaviours in Wales: A multivariate regression analysis. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(4), 307.
- Felce, D. and Perry, J. (2007) Living with support in the community: Factors associated with quality-of-life outcome. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of Developmental Disabilities*. New York: Guilford Press.
- Felce, D., Repp, A. C., Thomas, M., Ager, A. and Blunden, R. (1991) The relationship of staff: client ratios, interactions and residential placement. *Research in Developmental Disabilities*, 12, 315–331.
- Felce, D. and Toogood, S. (1988) *Close to Home*. Kidderminster: British Institute of Mental Handicap.
- Glendinning, C., Challis, D., Fernández, J.-L., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M. and Wilberforce, M. (2008) *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report*. York: Social Policy Research Unit, University of York.
- Goffman, E. (1968) *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin.
- Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., Henderson, D. and Cooper, J. (1996) Factors associated with staff support and resident lifestyle in services for people with multiple disabilities: a path analytic approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(5), 466–477.
- Healthcare Commission. (2007) *A life like no other: A national audit of specialist inpatient healthcare services for people with learning difficulties in England*. London: Healthcare Commission.
- Horner, R. H., Close, D.W., Fredericks, H. D. B., O'Neill, R. E., Albin, R.W., Sprague, J. R., Kennedy, C. H., Flannery, K. B. and Heathfield, L.T. (1996) Supported living for people with profound disabilities and severe problem behaviors. In D. H. Lehr & F. Brown (Eds.), *Persons with disabilities who challenge the system* (pp. 209–240). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Howe, J., Horner, R. H. and Newton, J. S. (1998) Comparison of supported living and traditional residential services in the state of Oregon. *Mental Retardation*, 36(1), 1–11.

DOKUMENTUM

- Intagliata, J. and Willer, B. (1982) Reinstitutionalization of mentally retarded persons successfully placed into family-care and group homes. *American Journal of Mental Deficiency*, 87(1), 34–39.
- Jones, E., Felce, D., Lowe, K., Bowley, C., Pagler, J., Gallagher, B. and Roper, A. (2001) Evaluation of the dissemination of active support training in staffed community residences. *American Journal on Mental Retardation*, 106(4), 344–358.
- Jones, E., Perry, J., Lowe, K., Allen, D., Toogood, S. and Felce, D. (1996) *Active Support: A Handbook for Planning Daily Activities and Support Arrangements for People with Learning Disabilities. Booklet 1: Overview*. Cardiff: Welsh Centre for Learning Disabilities Applied Research Unit.
- Jones, E., Perry, J., Lowe, K., Felce, D., Toogood, S., Dunstan, F., Allen, D. and Pagler, J. (1999) Opportunity and the promotion of activity among adults with severe intellectual disability living in community residences: the impact of training staff in active support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(3), 164–178.
- Kim, S., Larson, S. A. and Lakin, K. C. (2001) Behavioural outcomes of deinstitutionalisation for people with intellectual disability: a review of US studies conducted between 1980 and 1999. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(1), 35–50.
- King, R. D., Raynes, N.V. and Tizard, J. (1971) *Patterns of residential care: Sociological studies in institutions for handicapped children*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Kinsella, P. (1993) *Supported living: a new paradigm*. Manchester: National Development Team.
- Kozma, A., Mansell, J. and Beadle-Brown, J. (2009) Outcomes of deinstitutionalisation in intellectual disability: a systematic review. *American Journal on Mental Retardation*, 114(3), 193–222.
- Kushlick, A. (1976) Wessex, England. In R. B. Kugel & A. Shearer (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (Second Edition ed.). Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation.
- Lowe, K. and de Paiva, S. (1991) *NIMROD: An Overview. A Summary Report of a 5 Year Research Study of Community Based Service Provision for People with Learning Difficulties*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Mansell, J. (1994) Specialized group homes for persons with severe or profound mental retardation and serious problem behaviour in England. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 371–388.
- Mansell, J. (1995) Staffing and staff performance in services for people with severe or profound learning disability and serious challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 3–14.
- Mansell, J. (2006) Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(2), 65–76.
- Mansell, J. and Beadle-Brown, J. (2009) Dispersed or clustered housing for adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(4), 313–323.
- Mansell, J., Beadle-Brown, J., Ashman, B. and Ockendon, J. (2005) *Person-centred active support: a multi-media training resource for staff to enable participation, inclusion and choice for people with learning disabilities*. Brighton: Pavilion.
- Mansell, J., Beadle-Brown, J. and Clegg, S. (2004) The situation of large residential institutions in Europe. In G. Freyhoff, C. Parker, M. Coué, & N. Greig (Eds.), *Included in Society: Results and recommendations of the European research initiative on community-based residential alternatives for disabled people* (pp. 28–56). Brussels: Inclusion Europe.
- Mansell, J., Beadle-Brown, J., Macdonald, S. and Ashman, B. (2003) Resident involvement in activity in small community homes for people with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(1), 63–74.
- Mansell, J., Elliott, T., Beadle-Brown, J., Ashman, B. and Macdonald, S. (2002) Engagement in meaningful activity and 'active support' of people with

- intellectual disabilities in residential care. *Research in Developmental Disabilities*, 23(5), 342–352.
- Mansell, J. and Ericsson, K. (Eds.). (1996) *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*. London: Chapman and Hall.
- Mansell, J., Felce, D., Jenkins, J., de Kock, U. and Toogood, A. (1987a) *Developing staffed housing for people with mental handicaps*. TunbridgeWells: Costello.
- Mansell, J., Felce, D., Jenkins, J., de Kock, U. and Toogood, A. (1987b) Enabling individual participation, *Developing staffed housing for people with mental handicaps* (pp. 197–231). TunbridgeWells: Costello.
- Mansell, J., Jenkins, J., Felce, D. and de Kock, U. (1984) Measuring the activity of severely and profoundly mentally handicapped adults in ordinary housing. *Behaviour Research and Therapy*, 22(1), 23–29.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. and Beecham, J. (2007) *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- Moseley, C. (2005) Individual budgeting in state-financed developmental disabilities services in the United States. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30(3), 165–170.
- Rotegard, L. L., Bruininks, R. H. and Krantz, G. C. (1984) State operated residential facilities for people with mental retardation July 1, 1978-June 30, 1982. *Mental Retardation*, 22(2), 69–74.
- Stancliffe, R. J., Lakin, C., Shea, J. R., Prouty, R.W. and Coucouvanis, K. (2005) The economics of deinstitutionalization. In R. Stancliffe & K. C. Lakin (Eds.), *Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities* (pp. 289–300). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Stevens, A. (2004) Closer to home: a critique of British government policy towards accommodating learning disabled people in their own homes. *Critical Social Policy*, 24(2), 233–254.
- Tossebro, J., Gustavsson, A. and Dyrendahl, G. (Eds.). (1996) *Intellectual Disabilities in the Nordic Welfare States: Policies and Everyday Life*. Kristiansand S, Norway: Hoyskole Forlaget – Norwegian Academic Press.
- United Nations. (2006) *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations.
- Wing, L. (1989) *Hospital Closure and the Resettlement of Residents*. Aldershot: Avebury.
- Wolfensberger, W. (1975) *The origin and nature of our institutional models*. Syracuse: Human Policy Press.
- Young, L., Sigafos, J., Suttie, J., Ashman, A. and Grevell, P. (1998) Deinstitutionalisation of persons with intellectual disabilities: A review of Australian studies. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23(2), 155–170.

VAJDA NORBERT

Társadalmi deficit

(Ladányi János: Egyenlőtlenségek, redistribúció, szociálpolitika. Új Mandátum Könyvkiadó, 2010, 894 oldal)

Ladányi János három és fél évtized alatt írt legfontosabb tanulmányainak gyűjteménye kiváló példája a következetes kutatói magatartásnak. Az első írás megjelenése óta Magyarország a totalitárius állami irányítás enyhülésével és a piaci mechanizmusok mind kiterjedtebbé válásával érkezett meg a rendszerváltás pillanatához. Ezt követően a poszt-kommunista átmenet és a piacgazdasági mechanizmusok új kihívásokat teremtettek a jóléti ellátásokat megszervezni hivatott államszervezetnek, amelynek a legutóbbi években a globális pénzügyi válság hatásaival is számolnia kell.

Ladányi János könyvének különlegessége, hogy a változó körülmények között mindvégig képes elemzési keretének érvényesítésére, így a végeredmény egy nagyon izgalmas áttekintés az elmúlt több mint 30 esztendő meghatározó társadalmi folyamatokról. A kilenc tematikus fejezetbe rendezett, 72 tanulmány közös vonása, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek eltérő dimenzióin keresztül a magyar társadalom egészének – éppen aktuális – állapotáról kaphat pontos diagnózist az olvasó.

A kötet első tanulmánya 1975-ben jelent meg a *Valóságban, Fogyasztói árak és szociálpolitika* címmel. A szerző empirikus adatokra hivatkozva nyíltan bírálja a fogyasztóiár-eltérítések rendszerét, nem kevesebbet állítva, mint hogy a társadalom tagozódását éppen csak elismerő központi irányítás a kedvezőbb helyzetű csoportok további életszínvonal emelkedéséhez járul hozzá, miközben az alacsonyabb jövedelmű háztartások lehetőségeit szisztematikusan csökkenti.

Az iskolarendszert érintő vizsgálatokból egyértelműen kiderül, hogy az oktatási-nevelési feladatokat ellátó intézményhálózatnak a társadalmi egyenlőtlenségek újratermelésében, felerősítésében játszott szerepe mind az államszocialista években, mind a rendszerváltást követően megmaradt. A témában a hetvenes évek közepén Gerő Zsuzsával és Csanádi Gáborral közösen végzett kutatás eredményei, illetve az ezt majd' két évtizeddel követő, *A megszüntetve megőrzött gyógyó* című tanulmányban összegzett, nyomkövetéses vizsgálat megállapításai arra mutatnak rá, hogy az iskolai szelekciós mechanizmusokban a gyerekek kedvezőtlen szociális helyzete meghatározó módon befolyásolja további iskolai karrierjüket.

A térbeli hátrányok társadalmi hátrányokká történő transzformációjának folyamatát a főváros példáján keresztül számos tanulmányban ismerheti meg az olvasó. Mint ahogy azonban a *Szociális és etnikai csoportok közötti lakóhelyi szegregáció Budapesten a poszt-kommunista átmenet időszakában* című, 2002-es nemzetközi tanulmánykötetben megjelent munka is igazolja, a belső-pesti kerületekben koncentrálódó alacsony státusú népesség helyzete az egész ország strukturális problémáinak lenyoma-

taként értelmezendő. A szerző felhívja a figyelmet az államszocialista késleltetett városfejlődés meghaladására tett kísérletek kudarcának társadalmi következményeire. A posztindusztriális és posztkommunista gazdasági válság ugyanis Kelet-Európában egyszerre jelentkezik, ami elsősorban a kvalifikálatlan munkaerő térbeli koncentrációjában válik láthatóvá.

A posztkommunista átmenet szociális hatásairól olvashatunk a következő fejezetben, ahol az imént elmített folyamatok felerősödésével kapcsolatban a magyar közigazgatási rendszer felelősségét veti fel Ladányi János. *Az üldözésről gondoskodó önkormányzatok*-ban nyíltan amellett érvel, hogy a jelenlegi rendszerben a helyi hatóságoknak elelmi érdeke, hogy minél előbb megszabaduljanak a területükön élő szegény népességtől. A társadalmi reintegrációt is szolgálni hivatott szociális ellátásokkal kapcsolatos felelősségnek az állami és önkormányzati szint közötti tologatásával, illetve a helyi szintek eltérő érdekérvényesítő képességének következtében a rendszerváltást követően kiépült közigazgatás minden alkotóelemét a probléma exportálására irányuló törekvés jellemzi, amely azonban ilyen körülmények között semmiképpen sem képes arra, hogy megfelelő válaszokat találjon a mind reménytelenebb helyzetbe kerülő rétegek társadalmi leszakadására.

Kijelenthető, hogy a nevezett csoportban kiemelkedő arányban találunk romákat. Pontos létszámuk, illetve arányuk egyetlen számmal vagy aránnyal való meghatározásának lehetőségét, s egyben szükségességét azonban megkérdőjelezi a szerző. A kérdést érintő, mára klasszikusnak számító diskurzusból egyértelműen kiderül, hogy Ladányi az etnikai csoportok határait nem tartja élés vonalakkal meghatározhatónak, azokat adott rendszerekre érvényes társadalmi konstrukciók eredményeként értelmezi. Az 1997-ben Szelényi Ivánnal közösen jegyzett *Ki a cigány?* című írás alapvetéséből logikusan következik, hogy a szerzők véleménye szerint alapvetően elhibázott a rendszerváltást követő kormányzatok szociálpolitikai megközelítése, amely nem volt képes választ adni a szegénység etnicizálásához vezetető folyamatokra. Ladányi álláspontja szerint a romaprogramok sikertelenségre vannak ítélve, mivel az ilyen módon nyújtott támogatások esetében számolni kell a különféle egyéb tőketípusok relevanciájával. A végeredmény így nem lehet más, mint-hogy az etnikai mezőben jobb érdekérvényesítő képességgel rendelkező rétegek többlettámogatáshoz jutnak, míg a valóban rászoruló széles tömegek kiszorulnak a kedvezményezettek köréből.

A társadalmi konfliktusok így a jóléti állam törekvései ellenére is tartósodnak. A lehetséges alternatívák, az ugyancsak Szelényi Ivánnal közösen jegyzett *Vázlat az esélyteremtő állam elméletéhez* című munkában kerülnek megfogalmazásra. A többek között Ferge Zsuzsával és Halmai Gáborral folytatott vitában Ladányiék az univerzális juttatások reformjára tesznek javaslatot, ami elsősorban az ellátások szociális helyzethez kötését, s kínálati oldal állami szerepvállalással történő dinamizálását jelenti.

A könyv hetedik fejezetében a magyar területfejlesztési politika vizsztatérő sajátosságairól kaphat komplex képet az olvasó. *Az újra feltalált körzetesítés* című fejezetben az 1970-es években bevezetett, aprófalvakat sújtó forráselvonások rendszerváltást követő, piacgazdasági körülmé-

RECENZIO

nyek közötti újjáéledésének társadalmi következményeit elemző tanulmányok kaptak helyet. Az *újrakörzetesítés társadalmi ára* a területi egyenlőtlenségek állami eszközökkel való rögzítésének nem változó rendszerét ismerteti. A közszolgáltatások fokozatos leépítése, a helyi infrastruktúra fejlesztés ellehetetlenülése végképp rögzíti a deprivált területeken élők többelethátrányait. Az aprófalvakba zárt rétegek így nemcsak jövedelmük miatt számítanak szegénynek, hanem szociális kapcsolataik homogenizálódása miatt is.

A kialakult helyzetben a magyar állam mozgásterét jelentősen korlátozzák a 2008-ban kezdődött pénzügyi válság hatásai. Ezzel szoros összefüggésben Ladányi János arra hívja fel a figyelmet, hogy Magyarország esetében a különböző okok miatt kialakult, majd elmélyült válságok egymásra rakódva, egymás hatását felerősítve jelentkeznek. Az *Egymásra torlódó válságok*-ban a kilencvenes évek elején a munkanélküliség példátlan mértékű kiterjedése mellett jelentkező posztindusztriális és az átalkulást jellemző posztkommunista válság egyszerre érvényesült. A 2008-as globális válságot hazánkban az ún. második tranzíciós válság lezárulatlanságának következményei kísérik. Ez utóbbi az állami szféra meghatározta kiterjedt ellátórendszerek – mint az oktatásügy, az egészségügy vagy éppen a nyugdíjrendszer – hatékonyság és fenntartathatóság szempontjából nélkülözhetetlen átalakulásának elmaradásából következik.

A kötet zárófejezetében a szerzőnek a közélet eseményeire reflektáló polgárjogi írásai kaptak helyet. A *Buldózeres városrehabilitáció* Belső-Erzsébetváros fizikai környezetének átalakulásán keresztül összegzi az előző fejezetekben kibontott társadalmi folyamatok hatásait. A forráshiánnyal küzdő önkormányzatok a jelenlegi szabályozás mellett egyértelműen érdekeltek a területükön élő alacsonyabb státusú népesség kiszorításában, ami elvezet a korlátozott érdekérvényesítő képességű népesség deprivált térségekben végbemenő, fokozott koncentrációjához. Ezekben a térségekben a szociális támogatásokkal sikerül ugyan az alapvető életfeltételeket ideig-óráig biztosítani a szegregált körülmények között élő, homogén közösséget alkotó, alsó státusú népesség számára, de egyúttal a területi, szociális és etnikai hátrányok összegződésével végképp ellehetetlenül társadalmi mobilitásuk mindennemű esélye.

Ladányi János írásain keresztül egy olyan világ tárul fel előttünk, amiről az elmúlt évtizedekben a változó összetételű politikai elit minél kevésbé szeretett volna tudomást venni. Mint láthattuk, az államszocializmusban az alapfokú oktatási rendszerben a szociális státus meghatározta szelekciós mechanizmusok heterogén lakókörnyezetben is érvényesültek, míg az ország jellemzően deprivált területű, aprófalvas régióiban mindez fokozott mértékben, az etnikai alapú szegregáció dimenziójával egészült ki. A meghonosodó piacgazdasági viszonyok között a perifériára szorult csoportok kiszolgáltatottsága a többgenerációs munkanélküliség s a tartós kirekesztettség miatt határozottan növekedett.

Az *Egyenlőtlenségek, redisztribúció, szociálpolitika* című kötet kérdésfelvetései az objektív elemzésektől a függelékben közölt provokatív, határozott állásfoglalást sürgető cikkekig terjednek. Ugyanakkor a könyv minden tanulmányában megjelenik az a gondolat, hogy a marginalizálódó csoportok strukturális hátrányainak negligálása, illetve a központi társadalompolitikai beavatkozások következtelenségei a társadalmi konf-

liktusok növekvő intenzitása mellett a népesség egészére vonatkoztatva hordoznak mind komoly veszélyeket.

Az elmondottak alapján a kötet tanulmányait ajánlom figyelmébe mindenkinek, akit akár laikusként, akár szakemberként foglalkoztat az utóbbi években a társadalmi térben mind élesebb kontúrokkal megjelenő, a 21. századi Magyarország lehetőségeit alapvetően meghatározó, szociális egyenlőtlenségek rendszere.

ABSTRACTS

Abstracts

László Gulácsi – Márta Péntek – Valentin Brodszky: Financing health technologies; for what we pay milliards in health care?

When we ask whether we are aware about of the fact for what we pay milliards in the health care, we suppose neither wastage nor profit. In this essay we do not care for the fact whether the money spent for the health care is enough or not. We analyze whether we are aware of the fact that for what we pay milliards. To answer this question we have to know how much the burden of disease in case of single diseases is, what kind of possibilities are available in order to prevent and cure and what the cost efficacy of this prevention and curing is because we have to choose one or more. We have to know too what kind of results we can achieve and what kind of results we achieve particularly in our health care system (how do patients recover), namely what the concrete health increment is (saved years, avoided diseases) and what the way to measure it is. We have to answer what the priorities related to health care and social system are as well, how much the country is able to and ready to spend for a saved year, a saved life. We have to decide what we „afford”, in other words what „reasonable to buy is”.

Zoltán Mészáros – Zoltán Várhalmi: Employer attitudes and practices with regards to the question of diversity and Romani employment

During the project our aim was to examine and analyse the diverse set of trends and phenomena in relation to Romani employment. We investigated specifically the processes of application and labour intake as well as the company strategies with regards to diversity. Out of these overarching themes we focus on and present how the private sector delineates the causes for Romani unemployment, and we define what Romani labour power means in contrast to other disadvantaged groups from a CSR perspective. Additionally, we examined and interpreted the attitudes of employers in relation to the Romani labour force through the ‘pluralism and ignorance’ model.

Zsolt Bugarszki: Deinstitutionalization in Hungary in the field of mental health

The article is attempting to discuss the issue of deinstitutionalization in Hungary in the field of mental health. With the method of policy analyzes using a classical approach I try to explore the influence of different stakeholders regarding the process of deinstitutionalization. The structure of the Hungarian mental health system has been remained unchanged during the last 20 years. This study tries to explore why the

service system could not have been changed and what were the positions of the affected stakeholders.

Andrea Homoki: Foster parents in Békés county as the shapers of postmodern childhood

The study represents the results proceeded in the circle of child portectional experts of Békés county connected with the warning of „Child protection in the postmodern childhood.” In autumn 2009 the examination that is carried on by a comprehensive and representative sample on one hand shows the foster parents’social, demograpchical, economical status, the living on of their professionalism and the background of their upbringing work and reflects the families’ possibilities and bounds happening by the material and mental conditions by which the personality of the child forms in the postmodern age. On the other hand the paper searches the characteristics of children provided by child protection along the explanational dimensions of the postmodern consumption, free time activities and the psychology of the society from the point of view of the helping experts.

esély

2011/2

Social Policy Journal

CONTENTS

STUDIES

- 3 **László Gulácsi – Márta Péntek – Valentin Brodszky:** Financing health technologies; for what we pay milliards in health care?
28 **Zoltán Mészáros – Zoltán Várhalmi:** Employer attitudes and practices with regards to the question of diversity and Romani employment

HUNGARIAN REALITY

- 55 **Zsolt Bugarszki:** Deinstitutionalization in Hungary in the field of mental health

SOCIAL WORK

- 86 **Andrea Homoki:** Foster parents in Békés county as the shapers of postmodern childhood

DOCUMENT

- 110 Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities

REVIEW

- 124 **Norbert Vajda:** Social deficit

- 127 **ABSTRACTS**