

Lévai Katalin–Csoba Judit

A debreceni idősgondozás intézményrendszere

A debreceni idősök szociális problémái

Debrecen város lakónépessége 1990 végén 213 927 fő volt. A 60 éves és idősebb népesség aránya 16,1 százalék, ez körülbelül 35 ezer főt jelent. Ez az arány valamivel kedvezőbbnek mondható, mint az országos. Az itt élő idős emberek problémái több szempontból nagy hasonlóságot mutatnak azokkal a tipikus problémákkal, amelyekkel az idős népességnek általában szembe kell néznie. Az időskorúak több mint felének van tartós betegsége, míg a fiatalabb korosztályban ez az arány csak 11 százalék. Az időskorúak betegségei között legmagasabb arányban a keringési rendszer betegségei fordulnak elő: magas vagy ingadozó vérnyomás, infarktus, trombózis stb. A KSH vizsgálatai szerint a keringési panaszokkal kezelt betegek között 70–80 százalék az idősök aránya. A mozgásszervi betegek 60 százaléka, a cukorbeteg 75 százaléka időskorú. Felmerülnek azonban olyan nehézségek is, amelyek speciálisan a debreceni idősöket sújtják. Magas az *önálló jövedelemmel nem rendelkezők** vagy a rendkívül alacsony nyugdíjjal rendelkezők aránya. *Nagykiterjedésű külterület* övezi a várost, ahol az idős, magányos ember számára nehezen érhető el a segítség. Vannak városrészek, ahol különösen magas az idős emberek aránya – például Csapókert, Belváros –, s ez jelentős mértékben megnöveli a területi ellátás felelősségét. Különösen az utóbbi időben jelent gondot az egészségügyi intézményrendszer reformja s az ápolási szolgáltatás szűkülése az egészségügyi intézményeken belül. A korábbi, jól fejlett intézményi rendszer sok idős személy ellátását biztosította. Az ápolási feladatok korlátozásával jelentős számú idős személy helyzete megoldhatatlan, mert a kórházak a jövőben nem tartanak fenn ágyakat az idős, beteg, önmagát ellátni képtelen személyek számára. Az egyetlen megoldás ebben az esetben az intenzív és minőségi területi gondozás, ápolás, melynek keretei csak részben alakultak ki. A gondozói szolgálat jól kiépített és komoly hagyományokkal rendelkezik, a szakápolói szolgálatok azonban

* A KLTE Szociológia tanszéke által egy 500 fős, a 60 éven felüli népességre reprezentatív mintán Debrecenben végzett kutatás tanúsága szerint a megkérdezettek 8 százaléka semmilyen önálló jövedelemmel nem rendelkezik. A kutatást Béres Csaba, a KLTE és Terry F. Buss, az Akrini Egyetem professzora vezette.

csak most vannak születőben, s ezt a hiányt jelenleg nem tudják betölteni. A hozzátartozók a szociális otthonbeli elhelyezkedésben reménykednek, mert ott az ápolás mellett a szakellátás is biztosított, a kórházi ágyak csökkenésével párhuzamosan viszont nem emelkedtek a szociális otthoni férőhelyek. Hosszú várólisták alakultak ki az utóbbi három évben, általában közel száz férőhelyre várakozót tartanak nyilván az önkormányzat szociális irodáján, ahol a beutalást készítik elő. A kényszerhelyzet mind több átmeneti megoldást hoz. A területi ellátó szolgálatok szinte a lehetetlenre vállalkoznak, mikor a legégetőbb helyzetek megoldására néhány férőhelyes bentlakásos ápolási otthont működtetnek. Lehetetlenre, hiszen az alapfunkciók ellátására szolgáló fizikai teret, épületet – nyugdíjas klub, gondozási központ – osztják meg az ápolási részleggel. De nem mutatkozik más megoldás. A területi gondozó hálózat ugyanis nem tud felvállalni olyan eseteket, amelyek 24 órás ellátást igényelnének, a hozzátartozók és az érintettek pedig képtelenek az ápolás nem támogatott, piaci árszínvonalon igénybe vehető szolgáltatásait megfizetni.

Férőhelyek bővítésére az egyházi intézményeknél van remény. Az utóbbi hónapokban a református egyház kezdett intézménybővítésbe. Az állami, önkormányzati intézmények számára pillanatnyilag még a működési költségek előteremtése is komoly gondot jelent, intézménybővítésre csak az intézményvezetők gondolnak, de támogatásukra évek óta nincs remény. Évek óta húzódik a legnagyobb szociális otthon tetőtér-beépítésének ügye, de az önkormányzat minden alkalommal elutasítja a tervet – forráshiányra hivatkozik. Szakértők szerint lehetőség lenne a tervek megvalósítására oly módon is, hogy a szükséges tőkét a kivitelezéshez nem a városi támogatásból, hanem piaci alapokon teremti meg az intézmény, de a rugalmatlan intézményvezetés kockázatkerülő magatartása miatt csak a passzív forrásteremtésben érdekelt. Várja az önkormányzat támogatását.

A fentiek ellenére a debreceni idősellátó rendszer meglehetősen jól szervezett, és egyes területeken kifejezetten dinamikus fejlődést mutat. Számos, égetően fontos kérdéssel mégsem tud megbirkózni. Az ország általános elszegényedési folyamata a Debrecenben élő idősöket is mélyen érinti. Elértékeltenedő nyugdíjából egyre több idős ember képtelen fenntartani a lakását, ezért arra kényszerül, hogy feladja azt, és bentlakásos intézménybe költözzék.

A munkanélküliség egyik következménye az idősök szempontjából az, hogy nyugdíjasként mind nehezebben találnak kiegészítő jövedelmeket. Mivel a nyugdíjak átlagösszege a megyében alig haladja meg a 14 ezer forintot s mivel a 60 évesnél idősebbeknek csaknem a fele egyedül él, a lakás fenntartása, az önálló életvitel külső segítség nélkül szinte lehetetlen. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az intézményekbe való felvétel kérvényezésekor az idősök kétharmada a nehéz anyagi körülményekre hivatkozik.

Az idősök családjai, elsősorban a középső generációk, gyakran maguk is súlyos megélhetési gondokkal küzdenek: egyszerre kellene gyermekeik és szüleik eltartásáról, támogatásáról gondoskodniuk, és ebben a kettős szorításban inkább vállalják a jövődőt, a felnövekvő generáció támogatását, mint az idősökét. Az idős emberek számára csak kivételes esetekben adódik pénz-

kereseti lehetőség, jelentősek viszont a váratlan kiadások (gyógyszer, kórház stb.), és a gyógyszertámogatások megszűnése, az *árak folyamatos emelkedése* olyan kényszerhelyzeteket okozhat, amikor választaniuk kell aközött, hogy esznek vagy gyógyszert vásárolnak. Egyre kisebb az esélye annak, hogy az anyagi gondokkal küzdő családok a maguk erejéből képesek megoldani az idősek megfelelő ellátását. Így mind nagyobb teher hárul az ellátórendszerre.

A romló anyagiak mellett – a házi gondozó szolgálat tanúsága szerint – viszonylag új keletű probléma az idősek körében megjelenő *pszichés, idegi eredetű betegségek egyre növekvő száma*. Az ilyen típusú betegségben szenvedők ellátása az esetek többségében megint csak nem terhelhető a családokra vagy a házi gondozó szolgálatra. Egészségügyi szakemberek bevonására lenne szükség. Ezt a problémát veti fel az alkoholisták, szenvedélybeteg arányának növekedése is.

Az egészségügyi rendszer reformja, a kórházi ágyak számának csökkentése, a „betegforgalom” gyorsítása az egészségügyi intézményeken belül – mint jeleztük – tovább növelte az időskorúak területi és intézményi ellátásának terheit. A gondozásra szoruló idős, beteg emberek igen hamar szembesülnek a legnehezebb kérdéssel: mi lesz velem, ha kiadnak a kórházból? A területi gondozási központok sem a létszámukat, sem szakmai felkészültségüket tekintve nincsenek felkészülve erre a feladatra.

A gondozás szakmai és anyagi megbecsültsége nem a legjobb, így a munkatársakat sok esetben a munkanélküliek közül toborozzák, akiket közhasznú foglalkoztatással igyekeznek bevonni a feladatok ellátásába. Csak a munkába állást követően kezdődik meg a szakmai felkészülési folyamat, ha egyáltalán lehetőség nyílik erre. Sok esetben ez a felkészülés sem szervezeten, hanem csakis a saját, illetve a munkatársak tapasztalatára, esetleges ismereteire alapozva folyik. A felkészülésre a feladatok szorítása és a szűkös pénzforrásokra való hivatkozás miatt a legrövidebb időn belül sort kell keríteni, s aztán irány a mélyvíz, mind a gondozó, mind az idős ember szempontjából.

Az ellátórendszer szintjei

VI. Bentlakásos intézmények: Idősek Háza, Idősek Nagyerdei Otthona, Terápiás Ház, a Református Egyház Szeretetháza:

- a személyes szféra korlátozott;
- az egy szobában élők száma átlagosan négy fő;
- teljes ellátás, ápolás, gondozás térítési díj ellenében,

V. Gondozóházak:

- félutas megoldások a bentlakásos és hosszú időre szóló ellátás és az otthonápolás között;
- az ápolás időleges, például a végstádiumra szól, mint a Máltai Szeretetszolgálat Hospice Háza, vagy akut betegségek idejére, mint a területi gondozóközpontok gondozóházai;

- a gondozásban a teljes ellátás és nem az önállóság a domináns.

IV. Nyugdíjas Ház

- az önállóság megtartása mellett, mégis csoportos lakhatási formában;
- állandó szakmai és fizikai gondozás vehető igénybe;

– főbérllő rendszer a 80 darab 31 négyzetméteres minigarzont magában foglaló közösségi házban.

III. Területi gondozás – Városi Szociális Szolgálat:

- Idősek Napközöthona,
- 9 területi gondozási központ (étkeztetés, fizikai gondozás, házi segítségnyújtás).

II. Rendszeres támogatások:

– (közgyógyellátási igazolvány, 1 évre szóló élelmiszer-utalvány, lakhatási támogatás stb.).

I. Tanácsadás, eseti támogatások, krízishelyzetben nyújtott segítség:

- az önkormányzat és más civil szervezetek részéről (például temetési segély, tüzelőtámogatás, karácsonyi csomag stb.).

A debreceni idősellátó intézményrendszer átalakulása

Magyarországon az 1970-es években kezdett lassan tért hódítani az a szemlélet, amely szerint a felnőttvédelmi szociális ellátást elsősorban olyan rendszerben kell kiépíteni, amely a rászorulókat nem szakítja ki eredeti környezetéből, lehetőleg saját otthonában nyújt számára szolgáltatást. Ennek a filozófiának a háttérében természetesen finansiális megfontolások is munkáltak, hiszen viszonylag könnyen kiszámítható, hogy az otthon nyújtott ellátás gazdaságosabban megoldható, mint az intézményi. Ez az államilag szervezett, széles körű program a területi idősgondozás keretében valósult meg, s formáit az idősek klubja, az értelmi fogyatékosok napközi otthona, a házi szociális gondozás és a szociális étkeztetés módjai adják.

Debrecenben 1973-tól 1995-ig a területi intézményrendszert, valamint a három, egymástól eltérő profillal működő szociális otthon egy szakmai szervezetben összefogó Egyesített Szociális Intézmények (ESZI) látta el. Ennek az intézménynek az volt az előnye, hogy közös adminisztrációt vezetett, ennek következtében jelentős költségeket lehetett megtakarítani, kisebb ügyviteli apparátust kellett igénybe venni, és koncentrált vezetés jöhetett létre. Ugyanakkor az erős központosítás és bürokrácia hátrányt is jelentett, bizonyos fokú rugalmatlanságot. Az ESZI-hez tartozott a hajléktalanellátás, az értelmi fogyatékosok ellátása, az időskorúakat ellátó intézmények és a területi gondozás. A területi fejlesztések nyomán egyre kiterjedtebbé vált a humán intézményrendszer feladata, ami az egyes szakterületek fokozottabb specializációját vonta magával. Az ESZI költségvetése a fokozott igények nyomán fellépő kiadásokat nem tudta biztosítani, rendszeresen póthitelek felvételére kényszerült.

1995-ben az önkormányzat úgy döntött, hogy megszünteti az intézmények kényszerű együttműködését, és önállóságot adott a részterületeknek. Az idősgondozást területi ellátórendszerre s néhány önálló zártintézményre osztotta. A három önálló zártintézmény az Idősek Háza, az időskorú pszichiátriai betegeket gondozó Terápiás Ház, valamint az Idősek Nagyerdei Otthona (mely korábban vakok és gyengénlátók szakosított szociális otthona volt) a szociális otthonok körében általános feladatokat látja el. A Városi Szociális Szolgálat

a területi gondozást szervezi. Ez a Szolgálat működteti az Idősek Klubja Hálózatot és a Gondozási Központok rendszerét.

Alapellátás:

- étkeztetés és
- házi segítségnyújtás.

Nappali ellátás:

- Idősek Klubja és
- Értelmi Fogyatékosok Napközi Otthona.

Átmeneti ellátás:

- Idősek Gondozóháza,
- Fogyatékosok Gondozóháza, és
- Otthonház, Védett Ház családosok számára.

Az egészségügyi és a szociális ellátás konfliktusai az idősgondozásban

Az állami ellátás az idősgondozásban jól szervezeten működik, a rendszer átgondolt, és jól lefedi az egyes körzeteket. A sűrű gondozási körzetek, a megfelelő területi kialakítás és a jól szervezett gondozói kapacitás ellenére is jól látható azonban, hogy számos konfliktus nehezíti a munkát. A területi gondozásnak az a feladata, hogy folyamatosan nyomon kövesse a gondozási formák szempontjából számba vehető népességet, és reagáljon a gondozási igények változásaira. Debrecenben jól kiépült információs rendszer segíti a házi gondozás megszervezését, amelyben részt vesznek a háziorvosok és a kórházak egyes részlegei is. Ők értesítik a gondozási központokat a megbetegedésekről vagy a kórházi ápolás utáni hazaengedéssről.

A konfliktusok legfőbb forrása az a kettősség, amely az ellátórendszert jellemzi, és folyamatos ellentétet generál a szociális ellátórendszer és az egészségügyi ellátórendszer között. A szociális ellátórendszer alulfinanszírozása és a szakképzetlen munkaerő túlreprezentáltsága – a rendszerben 50 százalékban szakképzetlen, közhasznú foglalkoztatottak dolgoznak – nehéz, terhelő és kevés megbecsülést élvező munkával párosul, míg az egészségügyi rendszer felértékelődése egyre inkább érzékelhető az utóbbi években. A két rendszer közötti hierarchia mára már hagyománynak tekinthető, de azáltal, hogy a társadalombiztosítás befogadta az otthoni szakápolást, még élesebbé váltak a kontrasztok. Az egészségügyi dolgozók szakképzettsége magasabb, finanszírozási lehetőségeik lényegesen kedvezőbbek, mint a szociális területen dolgozóké, és sokkal inkább számolhatnak fizetőképes kereslettel, mint az előbbi csoport. Így a két terület továbbra sem az együttműködés lehetőségeit keresi, hanem saját érdekérvényesítő pozícióját kívánja tovább erősíteni.

Egyre nehezebben kezelhető kérdés a súlyos, ágyhoz kötött betegek gondozása. A krízisesetek ellátása sok esetben meghaladja az önkormányzat házi

gondozói szolgálatának kapacitását. Az aktív orvosi ellátást már nem igénylő betegeket a kórházak gyakran hazaküldik, ami viszont súrlódást okoz az egészségügyi és a szociális intézmények között.

Kettősség látszik kialakulni az ellátórendszerben is. Az egészségügyi ellátás megfogalmazza a maga szakellátás-igényét, ami a speciális ápolási ismeretekre, a szakmai képzettségre, a tapasztalatokra vonatkozik (infúzió bevezetéséről a gyógymasszázsra, a rehabilitációs tornától a nyílt sebek kezeléséig). A szociális hálózat pedig inkább gondozói, mint ápolói feladatokra van berendezkedve. Ez különös hierarchiát teremt a két rendszer között. Egyfelől felértékelődik az orvos mellett működő szakápoló tudása, akinek kapacitása kevésnek bizonyul a megnövekedett igényekhez képest. Éppen ezért a szociális szolgálatnak kell a szakképzettséget igénylő ápolási feladatokat felvállalnia, s egyre kevesebb gondozási feladatra jut idő az idősek körében.

A konfliktusokat tovább mélyíti, hogy a társadalombiztosítás finanszírozására befogadta az otthonápolási feladatokat, ami vegyes érzéseket váltott ki a területi gondozásban dolgozókból. Egyfelől méltánytalannak és igazságtalannak érzik a helyzetet a finanszírozást illetően, mert a kísérletként beindult otthonápolási szolgálat munkatársai lényegesen jobban keresnek és jobb feltételekkel dolgoznak, mint ők, hiszen a továbbiakban társadalombiztosítási pénzből fizetik őket, és nem az állandó adósságokkal küzdő és örökös takarékosra szorító önkormányzati költségvetésből (nem is szólva a kliensek térítési díjairól, azok fizetési nehézségeiről s szerény mértékükről). Másfelől megfogalmazzák azt az igényüket, hogy ők is szívesen működneek egy kicsit „piacibb” alapokon, ám egyfelől az ő kliensi körük nem biztosít fizetőképes keresletet a piaci szolgáltatásokra (vagyis nem tudnának bevételekhez jutni), másfelől viszont, mint önkormányzati fenntartású intézmény tagjai, nem válogathatják meg a betegeket a fizetőképes szempontjából (mert az önkormányzat ellátási kötelezettsége mindenre kiterjed).

Az egészségügy keretein belül működő ápolási szolgálatok és az önkormányzati fenntartású területi gondozószolgálat közötti alapkonfliktus abban áll, hogy a jobb feltételekkel rendelkező ápolási betéti társaságok és kft.-k lefoglalják a piacot, elviszik a fizetőképes pácienseket, s a szociális szolgálatnak ismét csak a fizetőképtelen kliensréteg jut.

Az ápolási szolgálatban dolgozók tevékenységével kapcsolatban külső megfigyelők azt is megjegyzik, hogy a társadalombiztosítás által egy adott városban ápolási célokra felhasználható keret maximált összegű. A szakápolói szolgálatok az ágy melletti minőségi ellátást biztosítva meglehetősen *magas költségekkel dolgoznak*. Így nemcsak a szakemberek kapacitáshiánya miatt korlátozódik majd a jövőben a szakápolási szolgálat egy meglehetősen szűk kliensi rétegre, hanem azért is, mert a felhasználható keretet egy nagyon szűk réteg minőségi ápolására fordítják, s a többség szakápolásának igénye forrás hiányában kielégítetlen marad. Nem egy esetben az életbenmaradás kérdését dönti majd el, hogy ki kerül be a szakápolók által ellátott szűk körbe.

A következőkben a két nagy terület, a bentlakásos intézményrendszer és a területi gondozás problémáit vizsgáljuk mind az intézmény, mind pedig a szolgáltatást igénybe vevő ügyfelek oldaláról nézve.

A bentlakásos intézmények problémái

1. A legnagyobb gondot szinte valamennyi intézményvezető elmondása szerint az jelenti, hogy az intézmények *sem mennyiségi, sem minőségi téren nem tudnak megfelelő ellátást biztosítani* a szűkre szabott források és az infrastruktúra hiányában. Az időseket általában 4–6 ágyas szobákban helyezik el, nagy a zsúfoltság, nem jut elég élettér a bentlakók számára.

A zsúfoltságot az utóbbi években növeli a várakozók listájának erőteljes bővülése, és a hozzátartozók és érintettek nyomása az intézménybe való bekerülés érdekében. A korábban négy ágyas szobákban a legnagyobb szociális intézményben most öt ágyat helyeztek el. Az ötödik ágyra az ügynevezett átmeneti ellátásra szorulóknak kerülnek be. Ezt a funkciót eredetileg egy elkülönült, tízágyas szoba látta el az intézmény falai között, és ez azokon a családokon segített, akik a várakozólista végén voltak, de ideiglenesen szükségük volt arra, hogy hozzátartozójuk intenzív ápolást kapjon. Ezt a tízágyas intézményrészt a térítési díjak fölötti költségekkel, napi 700–1000 forintos ápolási díjjal lehetett igénybe venni. A családoknak sok esetben még ez a meglehetősen drágának mondható forma is segítséget jelentett a néhány napos vagy az egy-két hónapos gondozás esetében. A gondozás ideje ebben a speciális formában nem volt maximalizálva. Ameddig a család fizetni tudta, maradt a hozzátartozó az intézménynek e speciális keretei között. A szokásosnál lényegesen magasabb díjért cserébe kétágyas szobákban helyezték el a beteget, és a szolgáltatás a 24 órás szakápolói szolgálatot is magában foglalta. A külső nyomásnak és a szűkülő pénzügyi feltételek szorításának engedve az intézmény vezetése ezt a formát az elmúlt évben már nem korlátozta a tíz ágyra és a minőségi szolgáltatás kereteire, hanem azt a törvényesnek egyáltalán nem nevezhető formát választotta, hogy a meglévő szobák négy ágya mellé tette be a fizetővendég ötödik ágycsészéjét. Ez a megoldás természetesen konfliktusok sorát hozza magával. Sokan nem értik, hogy a hosszú várakozólista ellenére hogyan előzhetik át meg mások, hiszen nem tudnak arról, hogy akik bekerülnek, fizetővendégek. Másfelől pedig a fizetővendégek arra panaszkodnak, hogy a normál ellátáshoz képest semmilyen minőségi ellátást nem biztosítanak a számukra, a magasabb költségek ellenére. A külső szemlélő számára az egész rendszer olyannak tűnik, ahol a tehetősebbek megvásárolják a bekerülést, s az intézmény nem siet normál ággyá minősíteni a fizetővendégek ágycsészéjét. A konfliktusok a Szociális Bizottságig gyűrűztek, ahol 1996 őszén a leghatározottabban utasították az intézményvezetőt a helyzet rendezésére. Megoldás máig nem született. Az intézményvezető állítja ugyanis, hogy fizetővendégek nélkül az intézmény megszokott működését sem képes finanszírozni, nemhogy a minőségi ellátást. Adjon az önkormányzat több támogatást, s a helyzet rendezhető. Az önkormányzat viszont követeli a törvényesség betartását, az intézménybe kerülés szabályainak betartását s a gondozási díjakról hozott helyi rendelet érvényesítését.

2. Az infrastruktúra fejlesztésére, modernizálására nincsenek megfelelő kereteik. Mivel hiányoznak a súlyos egészségi állapotban lévő idősek ellátására szakosodó intézmények, az ápolást gyakran a szociális otthonban végzik. Az ápolás nagyobb költséget jelent azonban annál, mint amekkorát egy

bentlakásos otthon az állami normatívákból és a díjbevételekből finanszírozni tud. Nem állnak rendelkezésre a szükséges eszközök, berendezések. Az otthonokban általában fenntartanak egy-két olyan szobát, amely az intenzív ápolást lehetővé teszi, az idős embert pedig csak akkor költöztetik át ide, amikor már biztosan nem maradhat megszokott környezetében. Az intézményen belüli költöztetés felborítja az idős emberek megszokott napi ritmusát, és azt az érzést kelti a betegben, hogy már lemondta róla. Az intézményvezetők hangsúlyozták, hogy csak végszükség esetén alkalmazzák ezt a megoldást.

3. Az intézmények fent vázolt helyzetük következtében nem tudnak nyitni a fizetőképes kereslet felé, s ez számukra csapdahelyzetet jelent, hiszen ha nem tudnak magas színvonalon szolgáltatni, akkor nincs elegendő bevételük, és nem látszik kiút ebből az ördögi körből.

A vállalkozásnak külső szakértők szerint két komoly akadálya is van. Egyfelől az intézmény épülete, infrastruktúrája az önkormányzat tulajdona. Ha vállalkozásra kerül sor, minden esetben hosszú testületi viták, döntések előzik meg a változásokat. Ez egy vállalkozás számára, ahol a legfontosabb feltétel a rugalmasság, nem jelenti éppen a legkedvezőbb feltételeket. Az önkormányzat és az általa kijelölt vezetők egyaránt kerülnek a kockázatot. Nincs rugalmas vezetés, vállalkozói tapasztalatokon alapuló menedzser szemlélet szinte egyik intézményben sem. Az alapellátás finanszírozását az önkormányzattól várják el, s közben belekényszerülnek olyan ellátási formákba – lásd szakápolás, rehabilitáció, minőségi ellátás az ápolás, gondozás terén –, amelyekre sem anyagilag, sem infrastruktúrában nincsenek felkészülve. Miközben az egyházi intézmények rugalmas módon reagálnak az új kihívásokra, új ellátási formákat alakítanak ki (Hospice Szolgálat, védett házak rendszerének kiépítése), beruházásokat kezdeményeznek (férőhelybővítés), az önkormányzat ügynevezett nagy intézményei vergődnek önmaguk és a testület bürokratikus útvesztőiben. A területi gondozási központok néhány férőhelyes gondozóházai még a meglehetősen szűk keretek között is sokkal rugalmasabban reagálnak a körülmények változására, mint az önkormányzati és normatív finanszírozáshoz szokott, nagy intézmények. Komoly kérdés, s némileg megmagyarázza az intézmények bürokratikus magatartását, hogy minél inkább gondoskodnak az intézmények a külső finanszírozásról, annál gyorsabban vonul vissza az önkormányzat a finanszírozásból. A kezdeményező befektetők gyakran ugyanolyan helyzetbe jutnak, mint amilyenben kiindulásukkor tartottak, csak most nem az önkormányzatok, hanem saját maguk finanszírozták az ügyet. De a minőségi ellátást, mint nagy célt, így sem sikerül megvalósítani. Gyakran ez akadályozza az önkormányzati nagy intézményeknél az első lépés megtételét a minőségi ellátás és a piac felé.

4. Mivel nincs megfelelő, szakképzett személyzet, az intézményben nincs megoldva a mentális gondozás, az idősek leépülését így nem tudják lassítani, ami csak felerősíti a problémákat. (Újabb csapda.)

Az otthonok a már említett forráshiány miatt csak a fizikai szükségletek kielégítését vállalják. Az emberhez méltó élet biztosításáról gyakran lemondanak e falak között. Nincs rá erő, pénz, idő. Igaz, sok esetben – éppen az önkormányzat ellátási kötelezettsége miatt – ezeknek az intézményeknek olyan feladatokat is el kell vállalniuk, amelyek a minőségi munka vagy az

otthon otthonoszerűbb életének a kialakulását gátolják. A legnagyobb, 460 férőhelyes intézménynek például az utóbbi néhány évben fel kellett vállalnia közel 70 idős, beteg hajléktalan ellátását is, akik deviáns életmódjukkal erősen befolyásolják az otthonban kialakult hangulatot. Ennek a problémának a kezelésére most terveznek egy speciális intézményt, melyet az Egyház Alapítvány vállalt fel: szociális otthont a hajléktalanok számára. Az új intézmény belépése az ellátórendszerbe az alapintézmények nagymértékű tehermentesítésével járna együtt, s a felszabaduló férőhelyek és szakmai energiák lehetővé tennék az emberhez méltóbb életet és a mentális ellátás szintjének emelését az intézményben.

5. A legtöbb intézménybe csak a várakozólistáról lehet bejutni, a sorrend kialakítása viszont szinte lehetetlen feladat, nehéz erkölcsi döntés elé állítja a Szociális Bizottságot, ahol a bekerülést eldöntő határozatok születnek. Az intézmények a közvetlenül rájuk nehezedő nyomást eltérő módon kezelik, s ez nem mindig szerencsés, ahogyan azt a korábban említett példa kapcsán is láttuk.

6. A pénzügyi feltételek javítása érdekében az intézmények folyamatosan pályáznak, de a pályázatok nem garantálják a pályázatokon nyert szolgáltatások hosszú távú fenntartását. Valamennyi pályázat csak a programok indítását vállalja, s a folyamatos finanszírozás kérdése nemcsak a beindított minőségi szolgáltatások, hanem az alapellátás keretein belül is kérdéses.

7. A kedvezőtlen infrastrukturális feltételek, elsősorban a zsúfoltság következtében nehézkes és zavaró a családdal való kapcsolattartás, és ez fennakadásokat okozhat a személyzet munkájában.

8. A szolgáltatók számára állandó frusztrációt jelent, hogy a már említett okok miatt nem tudnak olyan színvonalon szakmai munkát végezni, ahogyan szeretnének, így különösen nehéz elviselni a halál állandó jelenlétét, a súlyosan leépült idős emberek reakcióit. Mindez az intézményben dolgozók kiegészítéséhez vezethet.

Az intézményhálózat dolgozóinak igen alacsony a szakképzettsége, a szükséges alapvető szakmai tudás is hiányzik, nem beszélve a speciális felkészültségről, például a mentális gondozásról, a haldoklók melletti szolgálat szakmai elemeiről, a kiegészítés ellen védő, szupervíziós formákról. A jó szakemberek a piaci szolgáltatásokban találnak helyet, s ez a veszélyes kontra-selekciónak a folyamatra is felhívja a figyelmünket.

Az ellátórendszer problémái az idős emberek szempontjából

1. A kényszerű összezártság, zsúfoltság az idős emberek körében is nehezen megoldható problémákat, komoly feszültséget, és számtalan súrlódást okoz. Az intézményi elhelyezés nem ad teret a különböző egyéni autonómiáknak. Kevés a lehetősége annak, hogy szabadon dönthessenek olyan alapvető kérdésekben, hogy kivel, illetve kikkel kerüljenek közös szobába stb.

2. A megérkezés első napjaiban különösen nehéz feladat az alkalmazkodás az új környezethez mind fizikai, mind pedig szellemi, illetve mentális tekintetben. Az idős emberek félnek – gyakran nem ok nélkül – a fertőzésveszélytől,

az aklimatizálódás nehézségeitől. Ebben a különösen érzékeny időszakban szeretnének több támogatást, megértést kapni annak érdekében, hogy fokozott sérülékenységükön túljussanak.

3. Az idős emberek számára különösen fájdalmas, hogy távol vannak a családjuktól, s szeretnék, ha a folyamatos kapcsolattartást is biztosítanák. Sokan úgy látták, hogy ebben nem kapnak megfelelő segítséget az intézménytől.

4. A halál állandó jelenléte mindenki számára megterhelő. Ennek elfogadható feldolgozására nincs megfelelő lehetőségük.

5. Általában keveslik azt az időt, amelyet a személyzet beszélgetésre, közérzetük javítására fordít. Több személyes érdeklődést, odafigyelést igényelnek, mint amennyit általában kapnak.

Problémák a területi gondozásban

1. A gondozási központokat eredetileg rugalmas, az idős emberek változó igényeire gyorsan és hatékonyan reagáló ellátási intézményeknek tervezték. A gyakorlatban az ideálisnak tekinthető rugalmasság azonban csak kismértékben valósul meg, a differenciált igények kielégítésére, mint amilyen például a diétás étkeztetés, a magasabb szintű ellátás stb. kevés a lehetőség.

2. Kevés a pénz ahhoz, hogy biztosítsák a gondozónők alapvetően szükséges felszerelését és bizonyos kedvezményeket: például munkaruhát, utazási kedvezményt stb. (Sokan télen is biciklivel járnak.)

3. A gondozónők képzését, illetve tevékenységük szupervízióját finanszális okokból nem lehet megoldani. A házi gondozást szervező vezetőknek komoly nehézséget jelent annak megszervezése, hogy a kis létszámú, kvalifikált munkaerőt a nehezebb esetekhez osszák be, és a gondozók lehetőleg ne kerüljenek olyan helyzetbe, hogy a kezelése meghaladja a képességeiket.

4. A gondozók sok esetben olyan elhanyagolt idős emberekkel kerülnek kapcsolatba, akik a munkaköri feladatokat messze meghaladó munkát – nagytakarítás, súrolás, fertőtlenítés stb. – igényelnek. Mindez rengeteg energiát vesz el az egyéb, szakmai jellegű feladatoktól, mindenféle anyagi ellentételezés nélkül.

5. A beteg idős emberek mellett gyakran arra kényszerülnek a gondozónők, hogy ápolják őket, ami ismét nem tartozik munkakörükbe, ráadásul mindezt ellenszolgáltatás nélkül végzik.

6. Mivel az utóbbi években az idős emberek körében megnőtt a pszichiátriai betegek és az alkoholisták száma, gyakran a gondozónőkre hárul az ő ellátásuk is. Ezt gyakran veszélyeztetettségként élik meg, hiszen szakápolói feladatokra nincsenek felkészülve.

7. Az idős emberek igényei, állapota, gondozási kívánalmai terén lakóterületek szerint nagyok a különbségek. A lakótelepen élő idős emberek helyzete számos tekintetben lényegesen rosszabb, mint a kertés övezetekben lakó idősöké. Ők általában kevésbé számíthatnak családjuk támogatására, gyakrabban magányosak, érzelmileg és fizikailag egyaránt elhanyagoltabbak, mint a zöldövezetben élők, így fokozottabb odafigyelést, gondozást igényelnek. Erre

azonban általában nincs mód, így a gondozónők sok panaszt kapnak tőlük, és maguk is elégedetlenek a saját lehetőségeikkel, munkájukkal.

8. A szakmának nincs presztízse, a gondozónők semmiféle megbecsülést nem élveznek, ami folyamatos frusztrációt jelent számukra.

9. Megoldatlan az éjszakai, hétvégi ellátás.

Problémák, elvárások az idősök részéről

1. Az idősök legtöbbször a beszélgetéseket, a személyes figyelmet hiányolják. Szívesen vennék, ha a gondozónő nemcsak kihordaná az ebédet, hanem szánna időt az együttlétre is, a kisebb-nagyobb ügyintézés mellett lényegesen több időt fordítana a mentális gondozásra.

2. Apróbb szolgáltatásokat (például manikűr, pedikűr stb.) is szívesen vennének igénybe.

3. A hétvégi, illetve az esti és éjszakai ellátást az esetek nagyobb részében szeretnék igénybe venni.

4. Kevés lehetőségük van arra, hogy speciális, személyes jellegű szolgáltatásokat vegyenek igénybe.

Sztenderdek az idősellátásban

A sztenderdek megismerése azért különösen nehéz feladat, mert csak kevés intézmény dolgozta ki ezeket jól megfogalmazott, pontosan leírható formában, és ha megtette is ezt, országos normák híján nehezen talált igazodási pontot. Magyarországon a szakma nagy hiányosságai közé tartozik, hogy még mindig nem alakította ki az általánosan elfogadott szakmai normákat, elvárásokat, amelyek igazodási pontként szolgálhatnak a szakemberek számára. Az intézményekben dolgozók gyakran maguk sincsenek tisztában azokkal, hogy egyáltalán mit jelentenek a sztenderdek, illetve ha vannak is egy intézménynek sztenderdjei, sok esetben az ott dolgozók nem tudnak ezekről.

Sztenderdek a bentlakásos intézményekben

1. Lakhatás. A bentlakásos intézmények állandó lakást biztosítanak az időskorúaknak. Ez elméletileg a következőket jelenti: egy ágyat vagy külön szobát, éjjeli és egy vagy több ruhásszekrényt, tisztálkodási és mosási lehetőséget, napi háromszori étkezést (ebből egyszeri meleg étkezés), állandó ápolói és rendszeres orvosi felügyeletet, ingyenes gyógyszeres ellátást. A gyakorlat azt mutatja, hogy az egyes intézményekben jelentős különbségek mutatkoznak szinte valamennyi fent felsorolt területen. Változó, hogy az otthonba milyen személyes holmit, bútort lehet bevinni, mekkora a saját élettér, milyen intenzitású az ápolói és az orvosi ellátás stb.

2. Bekerülés. A bekerülés sztenderdizált módon történik. Általában a házi orvos utalja be az idős embert azután, hogy konzultációkat folytatott az

intézmény vezetőjével. A beutalásról határozattal döntenek, s azt az önkormányzat szociális bizottsága állítja ki.

3. Térítés. Az idős ember térítési díjat fizet. A térítési díj nyugdíjhoz viszonyított arányát a (mindenkori) szociális törvény határozza meg. Intézményenként eltérő lehet a belépéskor kért összeg mértéke, ezt általában az intézményfenntartó szabályozza. A nyugdíjas ház esetében viszonylag magas a beugró, amelyet a beköltözéskor kell kifizetni, de az ilyen típusú intézmény magas színvonalú gondozási formát biztosít. Az ápolási típusú otthonokban az intenzív ápolás magas költségei indokoltá teszik a magasabb havidíjat. A díjtételek megállapítása függ az adott otthon komfortosságától, a lakhatás minőségétől. A szociális törvény szerint azonban a térítési díj nem haladhatja meg a nyugdíj 80 százalékát, és arra is ügyelni kell, hogy a bentlakónak minimum 1900 forintja maradjon zsebpénzként. Abban az esetben, ha a nyugdíj 80 százaléka nem elegendő a teljes díj megtérítéséhez, a törvény megengedi, hogy az intézmény kiegészítse a díjat, a lakó készpénz- és ingatlanvagyonából.

4. Ápolás. Az intézetben lakó idős emberről gondozási naplót vezetnek, amelyben folyamatosan lejegyzik, hogy milyen gyógyszereket használ, milyen orvosi ellátásra van szüksége, általános leírást adnak az állapotáról stb. Az ápolási és orvosi ellátás a napló információira támaszkodik. Az intézmények az általános házi orvos mellett általában gerontológiai szakképesítésű orvost, pszichiátert és gyógytornászt is alkalmaznak, akiket az otthon fizet. A betegek szállítása, az orvosok fizetése, a gyógyszerköltségek fedezése számos problémát vet fel. Az idős emberek erősen kötődnek megszokott gyógyszereikhez, szükség esetén nehéz őket egy újabb gyógyszerre rászoktatni. Gyakran előfordul, hogy az orvos olyan olcsóbb gyógyszer szedését ajánlja, amelyet a társadalombiztosítás támogat, szemben azokkal a készítményekkel, amelyek nem élvezik ezt a támogatást. A társadalombiztosítási döntések erősen befolyásolják a bentlakásos intézmények működését. A költségek térítése körül sok érdekellentét jelenik meg a társadalombiztosítás és az intézmény között, a költségminimalizálás és a megfelelő ellátás biztosítása nehezen hozható összhangba. Az intézeteknek az az érdeke, hogy az általuk felhasznált gyógyszerek teljes köre élvezze a társadalombiztosítás támogatását, ezzel szemben a társadalombiztosítás évről évre csökkenti, ésszerűsíti a támogatott gyógyszerek körét, mivel a hatalmas gyógyszerkiadások a működését veszélyeztetik.

6. Gondozás. Sztenderdizált, törvényben meghatározott a gondozási alapellátás fogalma, a gyakorlatban azonban mégsem egyszerű ez a kérdés. A takarítás az alapellátásba tartozik, de egyes intézményekben úgy tartják helyesnek, ha mindenki, aki képes rá, maga végzi el a legszükségesebb teendőket a saját házatáján. A fodrászat közül alapellátás a mosás, berakás, de az már változó, hogy mennyit kell fizetni például a festésért stb. A gondozási munka gyakran fizikailag is erősen megterhelő, a nővéreknek általában szellemileg is és fizikailag is erősen leépült emberekkel van dolguk. Különösen a fiatal gondozók számára nehéz elviselni egy olyan típusú gondozói-ápolói munka terhét, amely kevés sikerélményt nyújt. Ezért a fiatal gondozók és pályakezdők esetében nagy a fluktuáció, ennek következtében előfordul, hogy hetekre, hónapokra is üresen marad egy-egy állás.

Sztenderdek a területi gondozásban

1. A szolgáltatás. A házi gondozásban a szolgáltatásokat alapvetően három kategóriába sorolhatjuk:

a) a gondozott számára ügyintézés (gyógyszerek kiváltása, bevásárlás, szociális ügyintézés stb.),

b) a lakásban bizonyos háztartási munkák elvégzése (takarítás, mosás), egyes, kisebb karbantartási munkák elvégzése, nagyobb karbantartások megrendelése (szükség szerint),

c) az idős ember állapotától függő ápolási feladatok (mosdatás, étkeztetés, injekció beadása).

A területi gondozás problémáit vizsgáló fejezetben már volt szó arról, hogy milyen megoldatlanságok nehezíthetik e sztenderdek betartását. A területi gondozás legintézményesebb ellátási formája az idősek klubja, amely a szociális étkeztetést biztosítja, és sok esetben kiváltja a háztartási munkák jelentős részét (főzést, mosást). A szociális étkeztetés viszonylag egyszerűen megoldható és jól megszervezhető, jól biztosítható az ellátás mennyiségi és minőségi kontrollja. Az önkormányzat a legtöbb esetben szerződik, és egy másik önkormányzati intézmény konyháján (iskola, óvoda) oldja meg az étkeztetést. Gondot okoz viszont a diétás étkeztetés biztosítása.

Az idősek klubja csak járóképes tagokat tud fogadni. Elméletileg a klubok korlátozzák a létszámot, de a valóságban ezt a korlátozást nem tartják be szigorúan.

2. A gondozásba vétel standardizált módon történik.

Az igénylés benyújtása után környezettanulmány készül, amelyet általában a területi gondozási központ vezetője készít el. A környezettanulmányban vizsgálják az illető jövedelmét, amelynek alapján kedvezményben részesülhet, lakás- és életkörülményeit. Ezen tényezők alapján határozzák meg a jogosultságot.

3. A területi gondozóintézmények finanszírozása.

A házi segítségnyújtás és az étkeztetés költségvetését az önkormányzatok általában az előző évi költségvetéshez igazítják, és a normatívából fedezik. Kiegészítő források bevonására csekély a lehetőség. Több tényező függvénye, hogy milyen mértékben nyújtanak kedvezményeket a térítési díjak esetében, és mérlegelési szempont az is, hogy pénzbeli vagy természetbeni segítséget nyújtsanak a rászorulóknak.

Az idősek klubja állami normatívából gazdálkodik, amellyel egy évre előre kalkulálhat. A normatíva fedezi a bérköltségeket, az épület rezsiköltségét, a programok kiadásait. Ha váratlan költségek merülnek fel (karbantartás, gyógyszerárak emelése), a klub és az önkormányzat alkuhelyzetbe kerül, és végül az önkormányzati vezetés dönt abban, hogy milyen mértékben vesz részt a különkiadások fedezésében.

Ellenőrzés

a) A pénzügyi ellenőrzés lényege: a tervezett és a teljesített gondozási idő és az erre fordított kifizetések egybevetése a költségvetésben.

b) Az Országos Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat épületekre, étkeztetésre vonatkozó szabályainak és előírásainak ellenőrzése.

c) A szakmai ellenőrzés a szervezeten belül történik. A gondozási központ vezetője felügyeletet gyakorol a gondozók és a tiszteletdíjasok felett, a gondozási napló alapján és személyes beszélgetések során tudja ellenőrizni munkájukat. Ha panasz érkezik az idősektől, akkor mérlegelheti, hogy kicseréli-e a gondozó klientúráját, illetve súlyos, esetleg rendszeresen visszatérő panaszok esetén elbocsátja az alkalmazottat, felmondja a szerződését.

Külső szakmai kontroll nincs. Korrekt szakmai kontroll érvényesítése nagyon nehéz, mivel az idős emberek panaszai sok esetben rendkívül szubjektívek, személyes indíttatásúak.

A nem állami ellátórendszer

Az utóbbi évek változásainak eredményeként Debrecenben is egyre nagyobb számban jelentek meg a magánkezdemenyezések a szociális ellátás területén. Azok a nem állami intézmények, amelyek speciális szolgáltatásokat nyújtanak, elvisznek bizonyos szolgáltatást igénybe vevő köröket, elnyerik a fizetőképes kereslet jelentős részét, vagyis csökken az „állami klientúra”, és megtörik a szokásos állami logika, amely a növekvő feladatokra hivatkozva igényelt újabb és újabb pénzügyi támogatást. A szolgáltatói piac bővülésének örvendetes eredménye, hogy sokszínű, a személyes igényekre rugalmasan reagáló ellátási formák alakulnak ki, ugyanakkor konfliktusok keletkeznek az állami és nem állami ellátórendszer között, amelyek feloldása nem minden esetben sikeres. Az önkormányzati költségvetésből gazdálkodó intézmények szívesen működnének legalább részben piaci alapon, de az ő ügyfélkörük nem tudja megfizetni a piaci szolgáltatásokat, az önkormányzat pedig nem szűrheti meg a klientúráját.

Speciális feladatot vállalt Debrecenben a *Máltai Szeretetszolgálat*. A *dagatos betegek végstádiumában nyújtanak ápolási és gondozási szolgáltatást a Hospice* nevű ápolóházban s az ehhez kapcsolódó, területi ellátási formában is működő gondozás során. Az önkormányzat a Szolgálattal kötött együttműködési megállapodás keretein belül közhasznú munkatársakat biztosít a feladat ellátásához, akiket a Szolgálat tanít be, s gyakorolja a munkáltatói jogokat. A Szolgálat az otthon ápolott betegek számára gyógyászati segédeszközöket is kölcsönöz, s vállalja a lelki gondozást is.

Ugyancsak a Máltai Szeretetszolgálat, valamint a *Ökumenikus Szeretetszolgálat* vállalta, hogy a területi gondozás által hétközben ellátott személyek számára biztosítja a *hétvégi étkeztetést és gondozást*. Ezzel a szolgáltatással rendkívüli hiányt pótol a két szervezet. Mindkét esetben gépkocsival szállítják az egyébként ellátatlanul maradó személy számára naponta egyszer a meleg ételt.

A hétfévi étkeztetésbe kapcsolódott be a *Forrás Lelki Segítők Egyesülete* is. Míg az előző két szervezet vásárolja és szállítja az ételt, ez utóbbi az Egyesülethez tartozó családok között osztja el a gondozottak számára a főzést és az étel eljuttatását. Itt a fizikai ellátáson túl a *lelki támogatást* is vállalják, mert együtt is fogyasztják el az *ebédet*, miközben beszélgetnek, majd séta, illetve vasárnap délutáni közös program követi a közös étkezést. A hétfévi gondozást vállaló mindhárom szervezet vallási alapokon szerveződik, s a vallási közösség kötelekeit is igénybe veszi.

A nem állami szektorban jelentős szerepet játszanak még a most alakulóban lévő ápolási szolgálatok. Ezek között is úttörő szerepe volt az 1991–1996 között működő *Privát Nővér Szolgálatnak*. Az első magán jellegű ápolási és gondozási szolgálatnak öt évi működése során annyi nehézséget kellett leküzdenie, hogy vezetője úgy döntött: megszünteti ezt a tevékenységet. A szolgálat megalapítását az indokolta, hogy a területen működő idősgondozói hálózatok nem voltak felkészülve arra, hogy vállalják a kórházak „ágytakarékossági programjaiból” származó feladatokat, amelyekhez a szakképzett-ségük sem volt elegendő.

Úgy tűnik azonban, a szolgálat korán indult. Azokat a szolgáltatásokat, amelyek magas színvonalat képviseltek, a kliensek nem voltak képesek megfizetni, a szolgáltatás finanszírozását pedig a társadalombiztosítás csak évekkel a megalakulást követően indította be. Így a szolgálat, annak ellenére, hogy működése csúcspontján 40 személyt foglalkoztatott, főleg másodállásban, illetve mellékfoglalkozásban, a kliensek fizetőképtelensége s a külső támogató források hiánya miatt kénytelen volt önmagát felszámolni.

Sokkal szerencsésebbnek mondható a *Harris Ápolási Szolgálat* indulása. Ezt az első időben az amerikai metodista egyház patronálta, a későbbiek során pedig sikerült a társadalombiztosítással ápolási szolgáltatásra szerződést kötni. Főleg 60 évesnél idősebb személyeket látnak el. Szolgáltatásuk komplex: a műszeres diagnosztikától a gyógytornáig minden ellátást képesek a beteg otthonában elvégezni.

A nem állami szervezetek belépése az idősgondozásba a korábban említett konfliktusok további éleződéséhez vezetett az állami és nem állami szervezetben lévő ellátók között. A külső, pályázati pénzekkel, forrásokkal is rendelkező, nem állami, civil, profitszerző vagy nonprofit szervezetek belépése az idősgondozásba egy jelentős kliensréteg elvesztéséhez vezetett a területi gondozás esetében. A területi gondozás a nagy szervezetek logikájának megfelelően egyre bővülő s a kielégítetlen igényekre hivatkozva a folyamatos bővülést napirenden tartó szervezet. Azzal, hogy a speciális ellátást nyújtó szolgáltatások, szervezetek megjelentek a piacon, s elvisznek bizonyos kliensköröket, a területi gondozás kapacitáskihasználtsága csökken, s megfordul az új klienssel való kapcsolatfelvétel iránya. Eddig várakozásra kellett felkérni a hozzájuk bekopogó hozzátartozókat, most pedig azon dolgoznak, hogy miként lehetne még vonzóbbá tenni a szolgáltatást, hogy a szükséges kapacitáslekötést el tudják érni.

Innovációk az idősgondozásban

Az intézményvezetők – főleg a szociális otthonok vezetői – is szívesen nyitnának a piac felé, de ahhoz minőségi ellátást kellene bevezetni, mert hatágyas szobákért nem lehet komoly szolgáltatási díjakat kérni. A minőségi ellátás finanszírozásához azonban a meglévő épületek átalakítására, modernizálására lenne szükség, ennek költségei azonban – a hosszú évek óta elmaradt felújítási szükségletek miatt – mára már csillagászati számokkal mérhetőek.

A szociális terület maradékelv szerinti részesülése a nagy költségvetési leosztásokkor egyelőre reménytelenné teszi, hogy előteremtsek az átalakításokhoz szükséges forrásokat. A pályázatokon nyert 1-2 milliós összeg pedig csak csepp a tengerben a felújításhoz, korszerűsítéshez szükséges százmilliókkal szemben. *A minőségi ellátás, a fizetőképes kereslet megtartása, igényeinek kielégítése a magán- és az egyházi szféra üzlete marad.* Az önkormányzat nem tud, nem akar ezen a téren lépni.