

## Talyigás Katalin–Hegyesi Gábor– Fekete Judit

### Időskorúak szociális ellátórendszere Budapest XIII. kerületében

– Senki sem kerülheti el az öregedést?  
– Nem, azt senki. De azt mindenképpen el kell kerülnünk,  
hogy eljérjon felettünk az idő.  
(Ismeretlen szerző)

#### Bevezetés

Az 1986-ban elfogadott Ottawai Charta tartalmazza a következő gondolatokat:

A teljes testi, lelki és társadalmi „jólét” megköveteli, hogy az egyén vagy a csoport képes legyen arra, hogy felismerje és kielégítse szükségleteit és vágyait, és megváltoztassa a környezetét vagy harcoljon annak megváltoztatásáért. Az egészség erőforrás. Az egészség alapvető előfeltételei: a béke, a védettség, a stabil környezeti rendszer, a társadalmi igazságosság. Az egészségi állapot javítása megköveteli minden államtól, hogy biztonságos alapot teremtsen ezen alapvető feltételek számára.

Ahhoz, hogy megfelelő idős kort éljen meg az ember, elsősorban egzisztenciális biztonságra van szüksége. A növekvő egyenlőtlenség, a depriváció, a szegénység csökkenti az életésélyeket. Ezért elsődlegesen arra kell törekedni, hogy az idősek nyugdíja értékálló legyen, s így biztosítsa a mindenkori társadalmi minimumot. A nyugdíjrendszer átalakítása napirenden lévő feladat, célnak tekinthető az alapnyugdíjak bevezetése, a kiegészítő biztosítás lehetőségének megteremtése, általánossá tétele. A mai nyugdíjasokra azonban ezek a lehetőségek már nem vonatkoznak, és így még fontosabb az értékálló nyugdíjrendszer biztosítása.

Az idős kor minőségének másik alapvető tényezője az egészségi állapot. Erről röviden csak annyit, hogy 1990-es adatok szerint a 70 évesnél idősebbek 32 százalékának volt enyhébb egészségügyi problémája, közel 40 százalékának volt krónikus betegsége, és 26 százalékuk szenvedett valamilyen komolyabb egészségügyi problémától. A szubjektív betegségtudat elmélyü-

léséhez hozzájárult a munkaerő-piaci változásokkal járó előnyüdjíjazás, „rokkantosság”, valamint az, hogy a 90-es évekre csaknem megszűnt az öregségi nyugdíjban részesülők 18–21 százaléka számára a munkaerő-piaci részvétel lehetősége.

A harmadik biztonsági tényező a helyi közösségek, a társadalmi támasz megléte. Az elmúlt negyven évben a szociális ellátás elsősorban állami feladat volt, és a tanácsi intézményrendszeren keresztül valósult meg. Személyes szolgáltatásban az időskorú népesség 40 százaléka részesült. Az időotthoni ellátás a 60 évesnél idősebbek mindössze 2 százaléka számára volt hozzáférhető. Az ellátórendszer hiányosságai miatt a kórházak belgyógyászati osztályain az ágyak 40 százalékát még az elmúlt években is idősök foglalták el (Széman 1995a).

Bár az elmúlt időszak szociálpolitikájának eredménye az, hogy kiépültek a területi gondozási központok, súlyos teherként nehezedett rájuk

- a demográfiai krízis,
- a lakosság egészségi állapotának romlása,
- a bentlakásos ellátási formák szűkössége, illetve hiánya,
- a saját otthonban nyújtott segítő formák hiányzó láncszemei,
- a prevenció és a rehabilitáció hiányai,
- az otthoni egészségügyi gondozás nem kielégítő állapota (Széman 1995b).

Paradigmaváltást jelenthet az egészség megőrzése a lehető leghosszabb időtartamra, és a civil szervezetek és más közösségi támaszrendszerek ki-  
szélesítése, amelyek kiegészítik az állami ellátást. Így lehetővé válhat az idősek számára a szolgáltatások közötti választás.

Az idősek védelme érdekében törekedni kell az értékrendszer átalakítására is. Társadalmunkban az öregséghez csupa negatív sztereotípiát kapcsolódik, és ez tükröződik a velük szemben tanúsított viselkedésünkben is. Magyarországon nincsenek hagyományai az idős korra való tudatos felkészülésnek és a veszteségek feldolgozásának. Így hiányzik a felkészítés a nyugdíjba vonulás utáni élet szerepváltására, az egész napokat kitöltő, önmegvalósítást jelentő elfoglaltság rendszerének kialakítására.

A tradicionális társadalmakban az öregség magas presztízsű életszakasz volt. Jelenleg sem kell feltétlenül távlatvesztést jelentenie, ha az idősek társadalmi integrálását tűzzük ki célként, és valódi funkciók ellátására teremtünk lehetőséget (Urbanekné 1995).

Kutatásunkban megvizsgáltuk, hogyan valósul meg mindez a gyakorlatban. Célunk, hogy Budapest XIII. kerületében – s ezen keresztül Magyarországon más településein is – kutatásunk eredményeivel hozzájáruljunk az idősgondozás magasabb szintjének, jobb minőségének eléréséhez.

#### I. Szociális helyzetkép – 1996

A kerület Budapest egyik legsokszínűbb és legbonyolultabb összetételű városrésze, ahol együtt él a főváros minden számottevő társadalmi rétege, csoportja.

a) Jellemző adatok: az 1996. januári adatok szerint a kerület összlakossága 121 425 fő. Ebből az idősek (nyugdíjas korúak) száma 30 237 fő (tehát a népesség 25 százaléka). A kerület lakosai közül 23 183 fő részesül öregségi és 7908 fő rokkantsági nyugdíjban. A népességnövekedés lelassult, csökken az aktív korúak száma. (Az önkormányzattól, valamint a Népjóléti Minisztériumtól származó adatok.)

Az elszegényesedési tendencia érezhető a munkanélküliséggel, az inflációval, a világpiachoz közeledő árakkal és a régi szintről nehezen elmozduló bérekkel. A nyugdíjak alacsony szintjének rögzülésével tömegessé vált a létbizonytalanság, egyre többen sodródtak olyan helyzetbe, hogy elveszítik a jövedelmüket, nem tudják kifizetni a rezsijüket, és képtelenek megtartani életszínvonalukat a korábbi szinten. Mindez együtt jár a lakosság romló egészségi állapotával, az eltartottak számának növekedésével (az inaktív népesség száma jelenleg 41 441 fő), az aktív népesség fogyásával.

Az elszegényedést a benyújtott segélyezési kérelmek számának növekedése is jelzi. Jellemző példaként említhető a köztemetések, az átmeneti segélyek, a méltányosságból kiállított közgyógyellátási igazolványok, valamint a lakásfenntartási támogatások iránt benyújtott kérelmek számának emelkedése.

1. táblázat

A segélyezés alakulása 1992 és 1995. május 15. között

A segély típusa	1992	1993	1994	1995
Átmeneti szociális segély	6230	6685	6839	7940
Közgyógyellátási igazolvány	762	1266	1991	2231
Lakásfenntartási támogatás	–	823	911	445

Forrás: Szociális koncepció, XIII., Polgármesteri Hivatal, 1995.

Ugyancsak egyre nagyobb gondot jelent, hogy jelentős mind a mennyiségi, mind a minőségi lakáshiány.

A kerület önkormányzati lakásai között magas az alacsony komfortfokozatú, illetve komfort nélküli lakások aránya, és gondot jelent az épületek állaga is. A fiatalok lakáshoz jutási esélye alacsony, és sok a magányosan élő idős ember. Megfigyelhető, hogy az egyedülálló nagyobb alapterületű lakásokban élnek.

Növeli a szociális problémákat, hogy a rendelkezésre álló szociális bérlakásokat önkényes lakásfoglalók használják, jogellenesen. Egyre több családnál okoz problémát a díjhátralékok emelkedése. A felnőtt lakosság 16 százalékának 1995 folyamán már volt, 11 százalékának pedig 1996 közepén is van díjhátraléka, túlnyomó részben pénzhiány miatt. A díjhátralék összege egy hátralékosra vetítve 17 052 Ft. A hátralékosok 30 százaléka kapott segélyt 1996-ban. A hátralékok növekedése, valamint a szolgáltató vállalatok határozottabb fellépése miatt várható, hogy egyre több lakásban szűnik meg az energiaszolgáltatás.

Az önkormányzat szociális koncepciója (1995) szerint az elosztási rend-

szeren belül radikális átalakulás megy végbe. Minden területen csökkennek a költségvetési támogatások. Így ebben az évben, de várhatóan jövőre sem tudják megőrizni a szociális kiadások a reálértéküket. 1995-ben 30 százalék körüli volt az infláció, és mintegy 12 százalékos a reálbércsökkenés. 1996-ban újabb 24 százalékos inflációnövekedés és 6-7 százalékos reálbércsökkenés tapasztalható. Ezért a meglévő anyagi források (az állami normatív támogatás, valamint a saját költségvetés által biztosított keretösszeg) mellett nagy hangsúlyt kapnak az egyéb bevételek: adományok, célzott támogatások, pályázati bevételek. Az önkormányzat stratégiája változóban van: szociális partnereket, támogatókat keresnek, pályázatokat nyújtanak be. A költségvetési hiányok miatt és az infláció következtében a térítési díjak progresszíven emelkedtek. Ugyanakkor a kerületnek nyújtott támogatások legnagyobb hányadát az önkormányzat a segélyezési feladatok ellátására fordítja.

b) Szociális térkép: az önkormányzat felméréséből kiténik, hogy sokan költöznének szívesen máshová. Elsősorban a Kassák Lajos utcában, a Szabolcs utcában, a Lehel úton, a Csángó utcában, a Jász utcában és a Róbert Károly körút végén lakók mennének el (itt az okokat elsősorban a többségi és kisebbségi népcsoportok életformáiból adódó feszültségek adják), továbbá a Népfürdő utca, Párkány utca, Hegedűs Gyula utca és a Kárpát utca lakói költöznének zöldövezetbe a lakókörnyezettel való elégedetlenség miatt.

Amennyiben a megjelölt utcákból valóban elvándorolna az aktív korú lakosság, helyükre feltehetően alacsonyabb iskolázottságú, ezáltal alacsonyabb jövedelemmel rendelkező rétegek kerülnének, ez tovább növelné a szociális ellátás iránti igényeket.

Ezt a tendenciát a kerület revitalizációjával kell megállítani, mert különben tovább romlik a kerület szociális helyzete, tovább terjed a gettósodás, és ezáltal teljes mértékben a szegénység felé hajlana el a kerületi szociális munka.

Az idős emberek területi elhelyezkedésére és életkörülményeire az 1990. évi népszámlálás adatai alapján lehet következtetni. Szociális helyzetük használható statisztikai indikátora a lakások komfortfokozata, fürdőszobával, WC-vel való ellátottsága. A lakáshelyzetnek ez a jellemzője a civilizált élet alapkövetelménye, és feltételezhető, hogy ahol mindez alacsony szintű, ott a lakók többségét anyagi helyzete akadályozza meg abban, hogy ezen változtasson.

A helyi szociális koncepció szerint a kerület újlipótvárosi részén jellemző, hogy a népesség átlagosan egyre magasabb életkorából adódnak a szociális problémák.

Az 1990. évi népszámlálás részletes adatai szerint a 60 évesnél idősebb népesség tömörülése figyelhető meg a kellemes fekvésű és környezetű lipótvárosi utcákban.

Beljebb, a szűk és sötét utcák bérházaiban az időskorúak lakásainak minősége általában gyenge – lakáskomfort szempontjából a belső tömbökben a legkedvezőtlenebb a helyzet. Ugyanez jellemzi a többnyire idősek lakta kórházak közötti tömböt, a Szabolcs utca és a Róbert Károly körút között.

Jellegzetes problémát jelent az időskorúak lakás- és élethelyzete a háború után, főleg az 50-es, 60-as években épült lakótelepeken, ahol a komfortvi-



szonyok ugyan megfelelőek, de a lakások műszaki állapota és környezete rossz minőségű. Az itt élő idős emberek közül sokan a lakosság területi-társadalmi átrétegződése során kerültek ide, de még többen a munkások számára létesült lakótelepek eredeti lakói, akik itt öregedtek meg.

A XIII. kerület szociális térképe alapján az időskorúak lakás- és élethelyzetéről általánosságban a következő mondható el:

– Viszonylag jó körülmények között élnek a Duna-parti területsáv és a Szent István park körüli terület lakói.

– Rosszak az életkörülményei és kedvezőtlenek a lakásviszonyai a század eleji telekspekulációs lakásépítés területein egyre nagyobb számban élő idős-korúaknak, a Váci út mögötti, valamint a Róbert Károly körút háttérben kialakult lakóterületeken. A szegénység és az egészségtelen lakásviszonyok miatt az időskorúak helyzete ott elfogadhatatlan.

– Hasonlóan hátrányos helyzet jellemzi a háború utáni legrégebbi lakótelepek növekvő számú időseit: ezeken a lakótelepeken a komfortosság elérére sem megfelelőek a lakásviszonyok.

– A kerületben az idősek helyzetét – éppen a 60 évesnél idősebbek koncentráldásának területein – a rossz közbiztonság és a rossz környezeti minőség is nehezíti.

Az önkormányzat felméréséből és kutatásunkból is kiderült, hogy 50–60 éves kor után egyre csökken a család, a barátok és a szomszédok szerepe. Az idősek elsősorban az önkormányzat, a szociális gondozó, esetleg a családsegítő támogatásában reménykednek. Ezért az önkormányzatnak szándékában áll az idősgondozás fejlesztése nemcsak a fizikai ellátás területén, hanem a mentális, lelki gondozásban is.

## II. Az idősellátó intézmények típusai a XIII. kerületben

Az önkormányzat által fenntartott idősellátó intézményrendszer négy gondozási központból, a gondozási központokhoz tartozó nyolc idősek klubjából, valamint a gondozóházból tevődik össze.

A kerület idősellátó rendszeréből hiányzik a szociális otthon intézménye az önmagukat ellátni képtelen, de kórházi kezelésre nem szoruló idősök számára. A kerületi szociális otthon hiányát minden egyes meglátogatott intézményben megemlítették, hiszen komoly problémát jelent a szociális otthoni elhelyezésre szoruló kliensek ideiglenes ellátása. Ezt a problémát csak részben enyhíti a gondozóház, amelynek összesen húsz férőhelye van, és többféle okból átmenetileg kerülnek be a kliensek (otthoni festés, a család elutazása miatt stb.).

A kerület idősellátó hálózatából ugyancsak hiányzik a hétvégi és az esti, éjszakai ellátás, amelynek megszervezése elsősorban anyagi kérdés, hiszen a hiány pótlását szükségesnek tartanák a gondozási központok vezetői is.

A gondozási központok jól szervezettek, minden igénylőt ellátnak. Az igen nagy mennyiségű adminisztrációs munka és a kevés státusz miatt azonban egy-egy kliensre nem mindig jut elegendő idő, hiszen a gondozónőknek naponta átlagosan 8–10 gondozottat kell ellátniuk. A gondozási központok

intézik az otthonukban saját ellátásukra csak részben képes kliensek gondozását, valamint a klubok felügyeletét is. Ezek az intézmények tartják a kapcsolatot az önkormányzattal, a kliensek orvosával, esetleg a családdal.

A klubok az átlagosnál jobb infrastruktúrával rendelkeznek, bár némelyiknek a szükségesnél kisebb az alapterülete, és a szükségesnél kevesebb helyisége van.

Feladatuk programok szervezése a klubtagoknak és az otthonukhoz kötötteknek, valamint szociális étkeztetés biztosítása a klubokba járóknak.

A szolgáltatások igen jól szervezettek (általános az orvos, fodrász, pedikűr, manikűr, fürdés, mosatás stb.), s több klubban szerveztek kedvezményes vásárlási lehetőséget (ruházat, burgonya, péksütemény stb.).

A klubok keretén belül működik a szociális étkeztetés. A kliens ebédjét, uzsonnáját helyben elfogyaszthatja, egy részét hazaviheti, illetve a mozgásképtelenek számára a lakásra szállítják. Az étkeztetésért központilag megállapított térítési díjat kell fizetni. Az étkeztetés térítési költségének jelentős emelkedése miatt (lásd 2., 3. táblázat) egyes helyeken harmadával, máshol a felével csökkent a szociális étkeztetést igénybe vevők száma, mert az önkormányzat nem képes nagyobb mértékben hozzájárulni az étkeztetés költségéhez.

(Egyébként az intézmények finanszírozásánál megfigyelhető, hogy a befolyt térítési díj és a bekerülési költség összege nem függ össze.)

2. táblázat

Személyi térítési díj kategória a nyugdíj függvényében  
1995. június 1. és 1996. április 30. között.

Nyugdíj (Ft)	Normál ebéd Ft/nap	Diétás ebéd Ft/nap	Gondozási díj Ft/nap
– 8 400-ig	0	0	0
8 401–10 000	18,0	17,4	10,2
10 001–11 500	36,0	34,8	20,4
11 501–13 000	54,0	52,2	30,6
13 001–14 500	72,0	69,6	40,8
14 501–16 000	90,0	87,0	51,0
16 001–17 000	108,0	104,4	61,2
17 001–18 000	126,0	121,8	71,4
18 001–19 000	144,0	139,2	81,0
19 001–20 000	162,0	156,6	91,8
20 001-től	180,0	174,0	102,0

3. táblázat

Személyi térítési díj kategória 1996. május 1-jétől a jövedelem függvényében

Jövedelem (Ft)	Normál ebéd Ft/nap	Diétás ebéd Ft/nap	Gondozási díj Ft/nap
– 9600-ig	0	0	0
9601–10 600	22,0	22,80	9,90
10 601–11 600	44,0	45,60	19,80
11 601–12 600	66,0	68,40	29,80
12 601–13 600	88,0	91,20	39,70
13 601–14 600	110,0	114,00	49,60
140601–16 100	132,0	136,80	59,50
16 101–17 600	154,0	159,60	69,40
17 601–19 100	176,0	182,40	79,40
19 101–20 600	198,0	205,20	89,30
20 601–21 100	220,0	228,00	99,20
21 101–22 600	235,0	243,00	99,20
22 601–24 100	250,0	258,00	99,20
24 101–25 600	265,0	273,00	99,20
25 601–	280,0	288,00	99,20

A gondozóház elsősorban egészségügyi feladatokat ellátó szociális létesítmény, de nem részesül társadalombiztosítási finanszírozásban. A fenntartási gondokkal küszködő intézmény vezetője a pénzügyi problémákat igyekszik részben úgy megoldani, hogy a rendelkezésre álló helyiségeket túlszűfolja (az elfogadható számnál legalább egy ágygal több van szobában). Az intézmény a már meglévő és növekvő igények miatt bővítésre szorul. A gondozóház épülete, statikai okok miatt életveszélyes állapotban van: a falakon széles repedések keletkeztek, a tetőt csak ideiglenesen hozták rendbe, és várhatóan ismét javításra szorul. Az eredendő okot, a statikai problémát pénz hiányában nem tudják megszüntetni.

A nem állami fenntartású idősellátó intézmények a kerületben hiánypótló szolgáltatásokat szerveznek meg. Helyben (is) működik a Salus (számos tevékenysége közül a kutatásban a házigondozási projektet tanulmányoztuk), az IMS, az Ökumenikus Szeretetszolgálat (természetbeni juttatások, például: étkeztetés, ruhaosztás, valamint mentális segítségnyújtás), a Református Szeretetszolgálat (mentális segítségnyújtás) és a Híd Családsegítő. Ezek közül nonprofit szervezet az Ökumenikus és a Református Szeretetszolgálat, valamint a Híd Családsegítő. Részben nonprofit a Salus (bizonyos projektek ingyenesek az igénybe vevők számára, vagy visszaforgatják a bevételt a projekt fejlesztésébe).

Mind az állami, mind a civil kezdeményezésű idősellátó intézmények a rendszerváltás időszakában, illetve azt követően jöttek létre a kerületben, bár néhány önkormányzati fenntartású intézménynek volt jogelődje a tanácsi időszakban.

### III. Meghatározó probléma: az egészségügyi és a szociális rendszer különválása

Ellentmondás mutatkozik abban, hogy a házigondozás és az egészségügyi ellátás különválnak a rendszer alsó és középső szintjén. Mivel a házigondozási, az otthonápolási és a háziorsvosi alrendszerek függetlenek egymástól, az egész szisztéma betegcentrikussága megkérdőjelezhető.

Ugyanebből az ellentmondásból adódik, hogy a gondozási központokban dolgozó gondozónők – bár egészségügyi végzettségűek – nem láthatnak el a klienseknél ápolónői (nem szakápolónői) feladatokat, illetve ha ellátják – hiszen nem mindig lehet élesen elkülöníteni a kétféle tevékenységet –, munkájukat nem fizeti meg sem az önkormányzat, sem a társadalombiztosítás.

Megoldást jelentene, ha az általános ápolónői végzettséget továbbképzéssel szakápolóira változtatnák, s a végzeteket gondozónői minőségükben – mint szakembereket – felhatalmaznák a szakápolói tevékenység ellátására is. Így megszűnne az az áldatlan állapot, hogy a gondozónők túlképzettek ahhoz a feladathoz, amelyet most ellátnak, ugyanakkor alulfizetettek, s megélhetési gondjaik vannak. A két rendszer összehangolásával valamennyi szereplő – különösen a kliens – jól járna.

A gondozóház kapcsán fentebb már említettük, hogy ez egy egészségügyi feladatokat ellátó, önkormányzati finanszírozású intézmény. Ebben az esetben is jelentkezik a finanszírozás kettőssége, hiszen a társadalombiztosítástól is megilletné az intézményt járandóság az ellátott betegek után. Ez talán segítene a gondozóház anyagi gondjain, és egyúttal méltóbb körülményeket tudnának teremteni az ide kerülő kliensek számára.

Még mindig a fenti tényekből következő ellentmondásnál maradva: mivel a kórházi ellátás a páciens számára ingyenes, az otthoni ápolásért, gondozásért pedig térítési díjat kell fizetni, a létminimum szintjén vagy az alatt élő idősök inkább a kórházi ellátást választják, még akkor is, ha nincs szükségük kifejezetten kórházi ápolásra, s otthonukban is megfelelő módon lehetne kezelni vagy szinten tartani krónikus betegségeiket. A kétféle ellátás finanszírozásának összehangolásával elkerülhető lenne a fent említett jelenség.

### IV. Középpontban a kliens?!

Az önkormányzati szociális idősellátó-rendszerben dolgozók – vezetők és beosztottak egyaránt – középfokú egészségügyi végzettségűek. Kivételesnek számít az az intézmény, amelynek munkatársai emellett még szociális jellegű képzésben is részesültek. Így mind a gondozási központokban, mind a klubokban vagy a gondozóházban azt találjuk a legnagyobb problémának, hogy a szociális területen felmerülő feladatokat jó érzékkel ugyan, de szakmailag korántsem megalapozottan látják el az intézmények munkatársai.

A kutatás során a sztereotípiák mellett azt is vizsgáltuk, hogy az alább felsorolt értékek közül melyeket veszik figyelembe a felmérésben részt vevő intézmények:

- az ellátás során az idősek méltóságának megőrzése,
- az idősek önállóságának, aktivitásának minél hosszabb távon való megtartása,
- életminőségük szinten tartása, javítása,
- a veszteségek késleltetése,
- a szociális biztonság fenntartása,
- társas kapcsolatok létrehozása, funkcionálásukhoz való hozzájárulás,
- integrálásuk,
- a generációk közötti együttműködés elősegítése.

A felsoroltak mindegyikének tudatos megvalósítása szociális előképzettséget igényel.

Az idősek méltóságának megőrzése mindenhol elfogadott érték, de a gyakorlatban igen nehéz a realizálása. A Gondozóházban például olyannyira nem valósul meg, hogy erre már nem szolgálnak magyarázatul a rossz fizikai körülmények. Elsősorban az intimitás teljes hiánya kifogásolható.

Több klubban is megfigyelhető az idősek infantilizálása, az, hogy messze a szellemi teljesítőképességük alatt kezelik őket a gondozónők. Kevés azoknak a kluboknak a száma, ahol a tagokat megfelelő tevékenységgel aktivizálnák. A programok általában tévézésre, videózásra, kártyázásra vagy beszélgetésre korlátozódnak. Pozitív tapasztalatként említjük meg azt a három klubot, amelyben a tagokat közös kézimunkázásra, főzésre, kirándulásra, múzeum- és színházlátogatásra vagy egyéb, aktivitásukat megőrizni segítő és egyúttal közösségfejlesztő hatású programokra ösztönzik. Hozzá kell tenni azonban, hogy mind a gondozási központokban, mind pedig a klubokban túl sok a dolgozók adminisztrációs elfoglaltsága, amely csökkenti a klubtagokra fordítható időt. Ezt a problémát egy-két számítógép beállításával meg lehetne szüntetni.

A generációk közötti együttműködés elősegítése az összes vizsgált intézményben sikeres. Több helyen is tapasztalható, hogy például diákokat vonnak be az idősek életébe. Ha azonban azt vizsgáljuk, hogy a családtagokat mennyire próbálják bevonni az egyes intézmények az idősek gondozásába, ezen a téren minimális erőfeszítésről számolhatunk be.

A klubok általában túltelítettek. Az alábbi táblázat arról tanúskodik, hogy az intézmények taglétszáma csaknem egyharmadával meghaladja a férőhelyek számát.

4. táblázat

Férőhelyek és taglétszám a klubokban

Klub (cím szerint)	férőhely	taglétszám
Jász u. 130.	40	40
Gyermek tér 1.	40	52
Újpalotai út 14.	20	30
Jász u. 101.	50	61
Balzac u. 5.	50	80
Visegrádi u. 111.	40	55
Gömb u. 7.	20	30
Kassák Lajos u. 38.	40	40
Összesen:	300	388

Forrás: A szociális koncepció és az interjúk alapján

Ha nincs is jelen minden tag egyidejűleg a foglalkozásokon, a gondozónők száma alacsony – klubonként 1 vagy 2 fő –, vagyis a dolgozók túlterheltek, s igen nehezen elégíthetők ki a kliensek igényei, s szinte megoldhatatlan a személyre szóló gondozás. Ennek fő oka az, hogy az intézményhálózat, tehát a klubok is, szűkös anyagi kerettel rendelkeznek. Ezen még az sem segít, hogy a legtöbb létesítmény foglalkoztat tiszteletdíjasokat, aktívákat vagy polgári szolgálatos katonákat, akik nem szakképzettek (bár az említett problémákat jelenlétük némileg enyhíti).

A nem állami finanszírozásban működő, idősellátással (is) foglalkozó szervezeteknél a kliensközpontúságot tekintve kedvezőbb a helyzet. Miután csaknem mindegyik intézmény valamilyen nagyobb hazai vagy nemzetközi szervezet része, szolgáltatásait nyugati mintát követve valósítják meg, a *Református Szeretetszolgálat* pedig egyenesen a fenti értékek mentén nyújt mentális segítséget a hozzá fordulóknak. A *Salus* és az *Ökumenikus Szeretetszolgálat* is kiemelkedő ezen értékek követésében (bár tevékenységüket az idősgondozás más-más területein fejtik ki). Mindhárom szervezetnél magas szintű a szakmai képzettség.

## V. Szabályozás – sztenderdek

Több szinten is léteznek előírások.

1) Kemény normák alapján kezelt sztenderdeken az írásban rögzített és az abban meghatározott módon megvalósuló sztenderdeket értjük: az önkormányzati fenntartású szociális létesítmények közül kivétel nélkül mindegyik a *Szociális Törvény* adott intézményre vonatkozó rendelkezései, valamint a *XIII. kerületi Önkormányzat szociális rendelkezései* alapján működik.

Mind az intézményvezetőknek, mind pedig a gondozónőknek az önkormányzat által központilag rögzített *munkaköri leírása* van, amely előírja a minimálisan teljesítendő feladatokat. Ez a sztenderd jól működik, s aki ennek nem felel meg, annak bizonyos számú szóbeli figyelmeztetés után meg kell



válnia az állásától. A sztenderd annak ellenére is jól funkcionál, hogy az alulfizettség és a nagy felelősség közötti ellentmondás miatt kevesen jelentkeznek gondozónői állásra (viszont szinte az összes státus be van töltve). A korábban említett munkaerőhiány tehát abból adódik, hogy az önkormányzat nem tud finanszírozni több alkalmazottat gondozónői munkakörben, tehát nem teremt több ilyen státust. (5. táblázat)

5. táblázat

Az alkalmazottak száma, végzettsége, valamint az álláshelyek száma intézménytípusonként

	felső- fokú végzett- ség	közép- fokú végzett- ség	általános iskola + szak- iskola	képe- sítés nélküli	techni- kai személy- zet	üres állás	összes állás- hely
létszám	3	36	26	4	–	2	71
Gondozási központ munkabér	46 000 + vezetői pótlék	22 300	22 100	19 500			
létszám	1	8	6	–	28	3	46
Idősek klubja munkabér	51 000 + vezetői pótlék	22 300	22 400	–	18 700		
létszám	2	4	4	–	3	–	13
Gondozóház. munkabér	37 000 + vezetői. pótlék	22 900 + munka- helyi pótlék	22 400 + munka- helyi pótlék	–	19 100	–	–

Forrás: az önkormányzat szociális és gyámügyi osztályától származó adatok

Az *intézményvezetők kiválasztásánál* a kerületi önkormányzat nem alkalmaz egységes kritériumrendszert, csak azt, amit a szociális törvény erre vonatkozóan előír. A legtöbb intézményvezető még a tanácsi rendszerben kezdte meg munkáját az adott intézmény jogelődjénél, esetleg átkerült a kerületen belül működő, más szociális létesítmény kötelékéből. Ezért igen különböző (szakmai és vezetői) képzettségűek, képességűek a hasonló pozíciót betöltő személyek, ezenkívül – természetesen – minden egyes intézmény arcultán tükröződik a vezető egyénisége.

A *gondozónők alkalmazásánál* figyelembe veszik az iskolai végzettséget és a gyakorlatot, és döntő, hogy az adott gondozási központ vezetője, valamint az önkormányzat szociális és egészségügyi osztályának vezetője is egyetértsen egy-egy leendő gondozónő alkalmazásában.

A *kliensek felvételénél* vizsgáltuk az intézménybe kerülés kritériumrendszerét.

A felvételt kérelmezheti a kliens, a hozzátartozó, a szomszéd, a házi orvos, bárki, aki felfigyel a környezetében élő személy (akár anyagi, akár egészségügyi vagy családi okokból fakadó) rászorultságára.

A kérelem kézhez vétele után az intézményvezető (és leendő gondozónője) lakásán meglátogatja a klienst, környezettanulmányt készítenek (lásd a következőkben), jövedelemigazolást és orvosi igazolást kérnek tőle. Megbeszéljük, mire van szüksége, milyen igényei vannak, és mik a gondozással kapcsolatos kötelezettségei.

Az „Értesítés” című formulán közlik a klienssel, hogy jövedelme alapján milyen szolgáltatásért mennyi térítési díjat kell fizetnie a tárgyhót követő hónap 10-éig (utólag), és rögzítik, hogy pontosan milyen szolgáltatást nyújtának a megbeszélések alapján. Végül pedig a jövedelemben beállt változások bejelentési kötelezettségére hívják fel a kliens figyelmét. A *környezettanulmány* egy központilag összeállított kétoldalas kérdőív. A személyes adatokon kívül az igénylő családi és anyagi körülményeire, illetve lakásviszonyaira vonatkozó kérdéseket tartalmaz. Az egészségi állapottal kapcsolatban a kliens mozgásképességét vizsgálja, valamint felsorolásszerűen a betegségeit. Végül a környezettanulmányt végző munkatárs állásfoglalására kérdez rá a formula.

Meglátásunk szerint azonban hiányzik a kliens egészségügyi és mentális állapotának pontos felmérése. Állításunk annak ellenére is megállja helyét, hogy a kérelmezőtől a szociális intézmények orvosi igazolást kérnek, ez ugyanis nem tér ki részletesen a fentiekre. Ezenkívül a környezettanulmány nem terjed ki részletesen az ügyfelek társas kapcsolatainak feltérképezésére sem. Nincsenek egységes kategóriák, amelyek alapján a problémákat kezelik. A kutatás során kiderült, hogy a szociális intézmények munkatársai nem rendelkeznek megfelelő módszertani ismeretekkel a diagnosztizálás vizsgálatához.

A szolgáltatásokat a kerületi lakosok közül bárki igénybe veheti, azonban jövedelemkimutatásuk alapján progresszíven fizetnek *térítési díjat* a gondozásért, az étkeztetésért, valamint a gondozóházban való elhelyezésért. A klubtagság mindenki számára ingyenes. Ezeket a szolgáltatásokat mégis a rossz szociális körülmények között élő, magányos, idős, megromlott egészségi állapotú lakosok veszik igénybe, illetve a vezetők elmondása szerint a rászorultsági elvet alkalmazva a „szegényeket”, tehát a minden értelemben hátrányos helyzetűeket látják el. Ehhez azt is hozzá kell fűzni, hogy mivel az önkormányzat szociális ellátással foglalkozó munkatársai felderítéssel nem foglalkoznak, csak a „jól informált és talpraesett” rászorulóknak jutnak el odáig, hogy bármiféle ellátásért folyamodjanak. Szociális rászorulóknak – az önkormányzat meghatározásában – azokat tekintik, akik önmaguk, eltartottjuk, idős hozzátartozójuk ellátásáról átmenetileg vagy tartósan saját erőből nem tudnak gondoskodni, illetve akiket a családjuk nem tud vagy nem akar ellátni.

Ugyanakkor – az intézményvezetők elmondása alapján – kiderült, hogy önkormányzati szociális ellátásban részesülni még mindig egyfajta stigmatizációt jelent az emberek tudatában, tehát ha valaki képes másféle segítséget igénybe venni, az semmiképpen sem fordul a gondozási központokhoz vagy a gondozóházhoz.

Ettől függetlenül: az ellátó szervezetek munkatársai körében végbemenő nagyfokú fluktuáció ellenére a gondozottakban nagy a bizalom az ellátó szervezetek iránt. Sokuk hosszú évek óta kapcsolatban áll egy-egy gondozási

központtal (jó esetben a gondozónő is ugyanaz, akit elsőként megismert a kliens) vagy klubbal.

A bizalomra nagy szükség van ebben a munkában, hiszen a gondozott a magánélete legbelsőbb szférájába enged betekintést, pusztán a kiszolgáltattósága okán.

Amennyiben a kliens elégedetlen a gondozónőjével, kérheti, hogy más lássa el. Problémáival az intézményvezetőhöz fordulhat. A klubba kerülés feltétele, hogy a kérelmező ne legyen alkohol- vagy elmebeteg. Ismertetik vele a házirendet.

A már korábban említett *adminisztrációs munka* sztenderdjei igen erősek. A gondozás során a következő formulákat kell időről időre (napi, havi, évi rendszerességgel, illetve alkalomhoz kötődően) vezetniük az intézményvezetőknek, gondozónőknek:

- éves gondozási terv – lebontva fizikai és pszichés ellátásra, érdekvédelemre, egészségügyi feladatokra, foglalkoztatásra, valamint az adott év havi eseményeire, amelyet azután az év végén szintén írásban értékelnek: mi valósult meg belőle és hogyan;

- gondozási díj-nyilvántartás, mely tartalmazza a kliens jövedelmétől függő, óránkénti gondozási díjat, az ebéd térítési és szállítási díját, a hivatásos gondozónő, valamint a tiszteletdíjas aktív kliensnél töltött idejét, az összeített gondozási időt, a befizetett gondozási és étkezési díj összegét, valamint távollét esetén annak okát;

- gondozási napló a gondozási tevékenység naponkénti regisztrálására;
- havonkénti összesítés az alapellátásról. Ez a dokumentum tartalmazza az előző havi létszámot, az újonnan gondozásba vetek számát, illetve azt, hogy a tárgyhónapban hányan kerültek ki az ellátásból. Megjeleníti az adott hónapban befolyt gondozási díj összegét, valamint a kifizetéseket, például a tiszteletdíjasok honoráriumát. Az étkezésben részesülők számát lebontják helyben fogyasztókra, illetve kiszállításokra. Külön rovat mutatja, hányan részesültek csak házi segítségnyújtásban, illetve ezen belül étkeztetésben is. A felsoroltak alapján összegzik végül a teljes gondozotti létszámot;

- a klubvezetők minden hó elején megírják a programbeszámolót, amely az előző hónap programjait, tevékenységét sorolja fel;

- év elején összegzik az előző év összes programját, legyen az hetente, havonta ismétlődő, rendszeres napirend (mint például a névnapok ünneplése, gyógytorna, fodrász) vagy speciális alkalom, mint egy kirándulás vagy színházlátogatás;

- ezt megkönnyítendő, a klubvezetők hetente kötelesek vezetni az úgynevezett látogatási és eseménynaplót, amelyben feltüntetik, hogy adott napon hány tagja van a klubnak, közülük hányan jelentek meg, feltüntetik az étkezők számát aszerint, hogy ki eszik otthon és ki a klubban, mi a napi étrend, mennyi a kiadott ebédek száma, legvégül pedig a klubban lezajlott események rövid leírása következik, például: „Délelőtt István bácsiról volt szó, meséltek az emlékeikről. Délután zenehallgatás volt”.

Minden adminisztrációt manuálisan, számítógépek nélkül végeznek, mivel egy intézményben sincs komputert. Ezenkívül a leírtakból jól érzékelhető,

hogy a különböző úrlapok átfedik egymást, tehát ugyanazt az adatot néha három helyre is fel kell vezetni.

Azt gondolhatnánk, hogy az adminisztráció gazdasági, pénzügyi megfontolások miatt ennyire részletes, de az interjúkból kiderül, hogy a vezetők nemigen szólhatnak bele intézményük költségvetésébe, annak felbontásába. A gondozásért, étkezésért befolyt összegek az önkormányzati „nagy zsebbe” kerülnek, és semmiféle összefüggés nincs adott intézmény gazdasági teljesítménye és költségvetése között.

Az adminisztrációról azért szólnunk itt részletesen, mert furcsa kapcsolatban áll a sztenderdekkel. Egyrészt, amint azt a bekezdés elején említettük, pontos leírása van annak, hogy mit, hogyan, hová kell adminisztrálni. Másrészt az adminisztráció egyfajta külső igazolása, mennyiségi mutatója a követelmények (sztenderdek) végrehajtásának. De ettől még igen keveset tudunk meg az ellátás minőségéről. Nem tudjuk például, hogy az étel, melyet kapnak, mennyire ízletes a kliensek számára, változatos-e, nem rágós-e a hús, és egyáltalán, van-e hús. Nem tudjuk meg, hogy a klubban lévő fotelek kényelmesek-e, vagy ez volt a beszerzéskor kapható leszállított árú bútor. Szintén nem tartalmazza a beszámoló a gondozottak igényeit például a klubprogramokat illetően, a kiszolgálásra vonatkozóan.

Tudjuk viszont, hogy maga a tevékenység kimeríti a vezetőket és a gondozónőket, és elvonja őket a szakmai tevékenységtől. Véleményünk szerint tehát az adminisztrációt összefogottabbá, jobban szervezetté kell tenni, mennyiségét le kell csökkenteni. Ehhez feltétlenül hozzájárulhatna egy számítógéprendszer a megfelelő programozással.

Az *ellenőrzést* mindegyik önkormányzati idősellátó szociális intézményben a szociális és egészségügyi osztály vezetője végzi. Az ő feladata a dolgozók közötti munkahelyi ellentétek megoldása is, amennyiben azt intézményen belül nem sikerült rendezni.

Ha egy kliensnek problémája van az ellátással vagy a gondozónővel, és a konfliktust az intézmény vezetője sem tudja megoldani, ismét a szociális és egészségügyi osztály vezetője jár el az ügyben. Erről ellenőrzési jegyzőkönyvet állítanak ki.

2) További sztenderdek a puha normák alapján kezeltek, amelyeknek nem alapfeltétele az írásos rögzítés. Ezeket a közösség alakítja ki és tartja magára nézve kötelezőnek. Az intézmények között – és ez különösen a *klubok* esetében irányadó – különbség csak a *házirend* tekintetében mutatkozik.

Létezik egy központilag, az önkormányzat által kibocsátott házirend, mely tartalmazza a klub nyitvatartási rendjét, az ebéd és az uzsonna felszolgáltatásának időpontját, az adag nagyságát, illetve azt, hogy az étkezés lemondásánál mennyi idővel előbb kell bejelenteni, az étkezések térítési díjának befizetési módját. Szól a klubbizottságról, amelyet a tagok közül választanak meg, a bizottság feladatáról, a klubtagoknak a klub életéhez kapcsolódó önkéntes tevékenységéről. A házirend tartalmazza továbbá a fürdőszoba használati rendjét, valamint a vasalási lehetőség kihasználásának módját. Megszabják benne a dohányzás körülményeit, felhívják a figyelmet a ruházat és a környezet tisztaságának fontosságára, és annak megőrzését kívánják a klubtagoktól. Alapvető viselkedési normák betartását kéri a résztvevőktől, például



udvariasságot, segítőkészséget, előzékenységet. A házirend alapján az ittas embereket kizárják a klub életéből. Felajánlják a klubvezető, a gondozónő, illetve az orvos segítségét az ügyes-bajos dolgokban, problémákban. A dokumentum felhívja a figyelmet arra, hogy „a közösségi élet szabályait megzavaró személyek figyelmeztetésben részesülnek, súlyos esetekben a szociális és egészségügyi osztály az idősök klubjának látogatására vonatkozó engedélyt visszavonja”.

A központilag kiadott házirendet – természetesen az alapvető felsőbb szabályozásokat figyelembe véve – a klubvezetők megváltoztathatják. Igen jellemző például egy klub arculatára, hogy

a) a központi házirendet milyen szigorúan alkalmazza, mennyire tartatja be az intézmény;

b) a központi házirendet átírják-e a saját profiljukra, s ha igen, ez milyen újdonságokat tartalmaz, illetve hogy a megváltoztatott házirend mennyire határozza meg a klub mindennapi életét;

c) mindkét fenti esetenél felmerülő kérdés, hogy az írott szabályokon kívül vannak-e szokás alapján kialakult íratlan „törvények”, és ezek nincsenek-e ellentétben az adott klub által elfogadott rögzített házirenddel szemben.

Tapasztalataink szerint a klubok felénél a vezetők nem változtatták meg a központilag kiadott házirendet, ugyanakkor a gyakorlat során apróbb kérdésekben eltérnek a dokumentumoktól, például a cipőlevételt illetően. Ennek ellenére elmondható, hogy a klubok a házirend rugalmas betartásával működnek.

A klubok által kidolgozott házirendek sokkal részletesebbek, „testreszabottabbak”, jobban figyelembe tudják venni az adott klub közösségének sajátosságait, bár a központilag kibocsátott házirend jó néhány pontját átveszik. A fentiekből következik, hogy ezekben az intézményekben inkább betartják a házirendet, hiszen ezekben az esetekben nem a klub élete épül a szabályzatra, hanem éppen fordítva, a szabályokat alkották az intézmény kereteire (értve ezen a közösséget, az egyének igényeit, a klub fizikai adottságait stb.).

## VI. Innovációk és továbbképzések

Az egyes önkormányzati fenntartású szociális intézményekben az innovatív kezdeményezések fogadása, alkalmazása éppúgy a vezető személyiségén, nyitottságán múlik, mint az egész intézmény életének különböző momentumai, kezdve a házirend betartásától a kliensekkel való foglalkozás mibenléteig.

A kerületben általánosságban elmondható, hogy mind az állami (önkormányzati), mind pedig a civil szerveződésű intézmények megfelelően nyitottak az újításokra, szívesen tanulnak egymástól (leginkább saját szektorukon belül), illetve a kerületeken kívüli hasonló tevékenységi körrel bíró szervezetektől.

Az önkormányzati idősellátó létesítményeknél azonban – megfelelő fórum hiányában – az új dolgok adaptálására nyíló lehetőségek száma korlátozott, esetleges. Rendszeres szakmai továbbképzést egyedül a *Nyugodtabb Évekért*

*Alapítvány* havi rendszerességgel megrendezett előadássorozata jelent számukra. Ez az alapítvány az időskor felmerülő problémáival foglalkozik ugyan, de nem specializálódott a gondozásra, ilyen jellegű programmal tehát nem szolgálnak.

Mivel a klubok és tagjaik elsődleges problémája anyagi természetű, az intézményvezetők újításai leginkább a különböző programok szponzorálásával függenek össze, illetve a tagok életvitelét megkönnyítő lehetőségek megszervezésére irányulnak. Például kedvezményes vásárlási akciókat rendeznek, vagy szponzorokat szereznek a klub karácsonyi ünnepségehez valamilyen gazdasági társaságnál, a délutáni klubprogramokon olyan kézimunkákat készítenek, amelyek eladásából kirándulást lehet szervezni, szakiskolákkal veszik fel a kapcsolatot annak jegyében, hogy a klubtagok kedvezőbb áron jussanak péksüteményhez vagy más, az iskola profiljába illő árucikkhez. Ugyanakkor szeretnénk megjegyezni, hogy az iskolákkal létrejött kapcsolat az anyagi vonatkozásokon kívül – amennyiben ez az emberi kapcsolatokra is kiterjed – elősegítheti a generációk közeledését egymáshoz, a magányos idősöknek „pótunokát” adhat, míg a saját nagyszüleiktől távol élő fiatalok e kapcsolatokon keresztül megismerkedhetnek az időskor problémáival, s ezáltal megértőbbek, toleránsabbak lesznek ezzel a generációval.

Az intézményvezetők a fent említetteken kívül legfontosabbnak a szakmai szupervíziót tartják, és legszívesebben ezt vezetnék be innovációként a maguk és a munkatársaik számára.

Visszatérve a továbbképzés problémájára – hiszen az innovációknak, illetve a megfelelő attitűdnek ez az egyik kulcsa: az interjúk során e kérdéskörben is felmerült az időzavar. Az egy-két személyt foglalkoztató klubok munkatársai egyszerűen nem tehetik meg, hogy akár csak egy fél napra is távol legyenek. (Ezenkívül nem mindegyik vezetőben merült fel a továbbképzések iránti igény, volt olyan személy is – szakmailag korántsem a legjobb klubból –, aki saját tevékenységével, tudásával tökéletesen elégedett volt.)

A legtöbb intézményvezető mégis szükségét érzi, hogy pszichológiai, menedzseri és számítógépezési (persze, ha egyáltalán mód lesz a számítástechnika alkalmazására) képzésen, továbbképzésen vegyen részt.

Az *Ökumenikus Szeretetszolgálat*nál újításként például ruhaakciókat említettek: az igénylő csak jelképes összeget fizet az elvitt ruhákért. Az összeg még a legszegényebbeknek sem jelenthet gondot, így tehát nincs segély jellege: a kliens piaci szereplőnek érezheti magát, aki nem kapta azt a ruhadarabot, hanem megvásárolta. Ez mentális szempontból igen fontos.

A szeretetszolgálat vezető munkatársa szívesen venne részt a szociális törvény, illetve annak alkalmazását ismertető előadássorozaton továbbképzésként.

A *Református Szeretetszolgálat* munkatársai rendszeresen vesznek részt alkalmi képzéseken, amelyek egy-két napos találkozók keretén belül zajlanak. Ezeket többnyire a *Híd Családsegítő* szervezi, és egyházi mentálhigiénés képzést jelentenek.

A *Salus*nál a gondozónők már a belépést követően képzésben vesznek részt, s munkaviszonyuk során rendszeresen részesülnek szakmai továbbképzésben is.



## VII. Szektorok közötti együttműködés

Az önkormányzati szociális intézmények és a XIII. kerületben működő, nem állami karitatív szervezetek között csak nagyon esetleges az együttműködés. A legtöbb önkormányzati intézményvezetőnek az a véleménye, hogy a nonprofit szervezetek számukra nem jelentenek konkurenciát az idősellátás területén, de támogató partnert sem látnak bennük. Szavakban ugyan nyitottak az együttműködésre, tevékenységüket vizsgálva azonban megállapítható, hogy azt nem tartják fontosnak. A szűkös anyagi forrásokkal rendelkező szociális ellátás hatékonysága növelésének egyik módszere lehet a szakmailag és földrajzilag is azonos területen működő intézmények munkájának összehangolása. Perspektivikusan egy közös érdekeltségen alapuló vegyes rendszer lenne a legmegfelelőbb, amelyben az önkormányzat a megrendelő, és a különböző profitorientált és nonprofit szervezetek nyerhetnék el a kiírt pályázatokat. Szempontként szerepelhetne, hogy minél több kliens, minél magasabb színvonalon kapjon ellátást, lehetőleg a legalacsonyabb költséggel. Az önkormányzat pedig ellenőrizné a folyamatot, szakmailag segítené, illetve ha szükséges, újabb pályázatokat írna ki. A jelenleg működő gondozási központokat és klubokat ennek megfelelően kellene átszervezni.

A másik lehetséges, költségkímélő és társadalmilag kedvező folyamatokat beindító újításnak számítana az idősellátásban, ha például a központi ebédszolgáltatás helyett a rászorulókat arra alkalmas szomszédait derítenék fel a gondozási központok, s ezeket a szomszédokat bízják meg a kliens ellátásával, díjazás ellenében. Így a még aktív, nyugdíjas szomszédok munkabírását kihasználva, az általában magányosan élő gondozott szociális kapcsolatát erősítve, kisebb kapacitás igénybevételével lehetne a rászorulókat ebédeltetését megoldani.

Összefoglalva: mind anyagilag, mind pedig szakmailag szükség lenne a kliensek és a szakma érdekében egy jobban összehangolt, szektorsemleges szociális ellátórendszer kialakítására az idősgondozás területén. Erre irányult a *Szociális Kerekasztal* létrehozásának kezdeményezése, amely havonta egyszer ülésezik a *Református Szeretetszolgálat* vezetőjének ötlete és szervezése nyomán. Ő képviseli az intézményt az önkormányzat szociális bizottságánál is. A *Szociális Kerekasztal* szeretne beleszólni az önkormányzat szociálpolitikájába. A kerekasztal résztvevői: a történelmi egyházak, a Vöröskereszt, a *Híd Családsegítő*, az *Ifjúsági Tanácsadó*, különböző alapítványok, a kerület mentálhigiénés biztosa és az önkormányzat képviselője. Ezt a kört célszerű lenne bővíteni más, szociálpolitikai tevékenységgel foglalkozó civil szervezetek képviselőivel.

## VIII. A hiányokról

A tanulmány során helyenként már szóltunk egy-egy hiányosságról, ebben a fejezetben összefoglaljuk, valamint kiegészítjük a felsorolást.

Minden intézménynél elsődlegesen az anyagi forrásokban mutatkozik hiány. Ezzel indokolható a szükségesnél kevesebb alkalmazott, ez pedig egyéb

hiányokhoz is vezet. Az anyagiakon kívül a munkatársak szociális képzettsége is hiányzik.

Megoldatlan a mozgáskorlátozottak eljutása a klubokba, és megoldatlan a kliensek útjának megszervezése gépkocsival. A technikai feltételek közül leginkább a számítógépes rendszer hiánya hátráltatja az ellátás eddigénél jobb minőségét, mivel a manuális adminisztráció sok időt vesz el az amúgy is kevés alkalmazottal működő gondozási központok kapacitásából. Ennek kapcsán felmerül a számítógép használatával kapcsolatos képzés szükségessége, mivel a szociális szférában ez speciális ismereteket jelent.

A gondozás csak gyakorlati tapasztalatokra épül, s így jól működik ugyan, de gyakran lenne szükség a gondozás során a szakterületek mélyebb ismeretére is. Ebből adódóan nincs megfelelő módon kialakítva a kliensek egészségügyi és mentális állapotának felméréséhez szükséges módszertan, és hiányoznak a kliensek állapotának megfelelő programok. Ugyanígy hiányzik a kliensek társasági kapcsolatainak vizsgálata, valamint az egzisztenciális kérdésekben való segítségnyújtás.

Az egészségügyi hálózat és a szociális rendszer közötti együttműködés személyfüggő és nem rendszerszerű, bár a szociális ellátó hálózat munkatársai legtöbb esetben így is kielégítőnek találták.

Igen gyenge az állami és civil szerveződésű intézmények együttműködése, s ha van egyáltalán, akkor is többnyire civil kezdeményezésre alakult ki.

A kerület ellátórendszeréből hiányzik a szociális otthon. A hiányt a 20 főt befogadni képes gondozóház pótolja, itt oldják meg a szociális otthonba kerülés előtti várakozási idő gondját is. Mivel a gondozóház nemcsak ilyen céllal jött létre, kapacitásának csupán egy részével szolgálja ezt a funkciót. Szükséges lenne tehát egy szociális otthont alapítani a kerületben, illetve megoldást jelentene egy másik gondozóház létesítése, ahol ugyanúgy, mint a jelenlegiben, átmeneti jelleggel tartózkodnának a szociális otthoni elhelyezésre várakozók.

Nagy szükség lenne az esti, éjszakai, valamint a hétvégi ellátások megszervezésére, mivel a gondozottak többnyire magányos, elszigetelten élő emberek, akiknél bármikor beállhat a krízishelyzet. A vasárnapi nyitvatartást egyébként kísérleti jelleggel már bevezették a Balzac utcai klubban.

Angol mintára célszerű lenne a belépő munkatársakkal ismertetni az etikai kódex tartalmát, majd beszámoltatni őket. Ezt az alkalmazás egyik feltételként kellene szerepeltetni. Az etikai kódex irányt adna mind a dolgozók egymás közötti kapcsolatának kialakításához, mind a dolgozók és kliensek közötti kapcsolatok kialakításához, valamint ahhoz, hogy a kliensek egymás közötti kapcsolatait a gondozónők kedvezően befolyásolhassák.

Gyakoriak a személytől függő megoldások, ami egyrészt a rugalmasságot jelzi, másrészt viszont azt, hogy a sztederdek számos területen nem érvényesíthetőek.

## IX. Javaslatok

- Szisztematikus felderítés;
- Különböző szakszolgálatok és intézmények közötti tudatos, együttműködésen alapuló kapcsolat létrehozása;
  - Kérdőíves felmérés a lakosság körében;
  - Számítógépes rendszer bevezetése a szociális ellátásban s ezáltal információcsere, valamint naprakész informálódási lehetőség;
  - A meglévő pénzeszközök hatékonyabb felhasználásának egyik módja lehetne a pályáztatás: javasoljuk, hogy a kerület önkormányzati (választott és szakmai) vezetői együtt vitassák meg a pályáztatás és az együttműködés lehetőségeit, a gyakorlatban valósítsanak meg egy olyan modellt, melyben ez az új szemlélet kialakul;
  - A szektorok együttműködésén alapuló, közös érdekeltségű intézményhálózat kiépítése;
  - Az intézményvezetők menedzseri képzésének biztosítása, amellyel tovább javítható az ellátó intézmények anyagi helyzete, a meglévő források hatékonyabb felhasználása (*fundraising*, stratégiai tervezés stb.);
  - A szakmai szervezetek közötti hálózati munka tudatosabb szervezése;
  - Az intézményi dolgozók szociális felkészültségének emelése;
  - Nagyobb önállóság biztosítása az intézmények számára a vezetésben és a pénzügyi gazdálkodásban;
  - A klubokban létrehozott, tagokból alakult bizottságok számára valódi feladatok és felelősség kijelölése – például felmérést készíthetnének arról, hogy a klubtagok milyen képességekkel rendelkeznek, valamint önállóan szervezhetnének programokat a felmérés alapján. Ezekon kívül elégedettségi vizsgálatot is végezhetnének a klubtagok körében. Mindezek elősegítenék azt is, hogy a klubok napközi otthonból átalakuljanak a szó eredeti értelmét visszaadó intézménnyé;
  - Új szttenderdek elmélyítése.

### Irodalom

- A „*Boldog öregkor? (Esélyek és kockázatok)*” című tudományos szakmai konferencia előadásai. Sopron, 1995. október 12–13. Felelős kiadó: Dr Sütő Teréz.
- Széman Zsuzsa (1995a): A társadalmi öregedés és következményei az idősgondozásban. In: *Kötet az idősekről*. Esély füzetek 2. ESÉLY Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat.
- Széman Zsuzsa (1995b): A társadalmi öregedés és következményei az idősgondozásban. In: *Kötet az idősekről*. Esély füzetek 2. ESÉLY Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat.
- Szociális koncepció, 1995. Budapest, XIII. kerületi Polgármesteri Hivatal.
- Urbanekné László Judit (1995): Alternatívák az idősgondozásban. In: *Kötet az idősekről*. Esély füzetek 2. ESÉLY Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat.