

Bácskay Andrea

Életkörülmények a szociális otthonokban*

Bevezető

A „szociális otthon”-hoz az emberek többsége idős, beteg, elhagyott emberek képét társítja, és elsősorban az öregek otthonára vagy a szeretetotthonra gondol. Ez nem véletlen, hiszen a szociális otthonok történetileg a szegényházak leszármazottai.

Napjainkban 65 ezer ember él tartós bentlakásos szociális intézményben. Ez a létszám az 1970. évi adat (26 ezer fő) 2,5-szerese, ami 10 ezer lakosra vetítve még ennél is magasabb, 2,8-szeres emelkedést mutat. Az ellátottak számának növekedése tartóssá vált, mind tendenciáját, mind mértékét tekintve (évi 3-4 százalék körüli). Az intézményben élők létszámának változását a férőhelyek kapacitásának alakulása határozza meg, ami elsősorban pénzügyi-gazdasági szempontoktól függ, és nem a valós igényekhez igazodik. Évente mintegy 15 ezer ember kéri az intézeti gondoskodást, de férőhelyhiány miatt egyre kisebb hányadukat tudják befogadni a szociális intézmények. Az elmúlt tíz évben közel 30 százalékkal csökkent a jogos igény alapján elhelyezést nyertek aránya. A várólistára kerülők száma megduplázódott, és körükben az egy évnél hosszabb ideig várakozni kényszerülőké 5,5-szeresére nőtt.

A férőhelyek számának növelése igen nagy terheket ró a fenntartóra. Egyre szigorúbb előírások vonatkoznak az ellátás körülményeire, színvonalára, ugyanakkor az anyagi lehetőségek meglehetősen korlátozottak.

E tanulmány célja a különböző típusú, fenntartású és földrajzi elhelyezkedésű tartós bentlakásos intézmények felszereltségének, valamint a tárgyi feltételekre vonatkozó jogszabályi előírások teljesülésének vizsgálata.

Az elemzés célja, módszere

A 161/1996.(XI.7.) sz. kormányrendelet értelmében 1997-ben valamennyi szociális intézmény működési engedélyét felülvizsgálták, és a rendeletben foglaltak alapulvételével működésüket ideiglenes vagy végleges jelleggel engedélyezték. A vizsgálat eredményeként az otthonok jelentős

része csak ideiglenes működési engedély birtokába jutott, mivel tárgyi és/vagy személyi feltételei nem feleltek meg a jogszabályi követelményeknek. Az Állami Számvevőszék és az állampolgári jogok országgyűlési biztosának vizsgálatai is nyilvánvalóvá tették, hogy a szociális otthonok nemcsak az ellátott feladatokban, hanem adottságaikban, az ellátás módjában és színvonalában is jelentősen különböznek egymástól. E tények is szerepet játszottak abban, hogy a Központi Statisztikai Hivatal felmérést készített a szociális otthonok tárgyi feltételeiről és az általuk nyújtott szolgáltatásokról. Ennek során az alábbiakra kerestük a választ.

- A szociális otthonok megfelelnek-e a jogszabályban előírt normáknak, teljesítik-e a különféle „kemény mutatókra” megállapított minimumkövetelményeket?
- A tárgyi feltételek tekintetében van-e különbség az intézmények között aszerint, hogy milyen típusú szociális ellátásra szakosodott, milyen fenntartás alatt működik, illetve hol helyezkedik el az ország területén? E tényezők milyen mértékben befolyásolják az otthonok ún. ellátottsági mutatóit, „komfortosságát”?

A tárgyi feltételek közül a lakószobákra, a fürdő- és mellékhelyiségekre, a közösségi helyiségekre és a házirendben rögzített szolgáltatásokra vonatkozó adatokat vizsgáltuk meg részletesebben.

A felmérés egy éves gyakoriságú adatgyűjtés („Kimutatás a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények működési adatairól”) ad hoc kiegészítése volt. A teljes körű adatfelvétel keretében a kérdőívet az intézmények töltötték ki. Az adatkérés 1999 december végére és csak a tartós bentlakásos intézményekre – a klasszikus értelemben vett szociális otthonokra – terjedt ki. Az elemzéshez segítségünkre volt még néhány, témához kapcsolódó tanulmány, egyéb statisztikai jellegű felvétel; a vonatkozó jogszabályok, az állami számvevőszéki és az ombudsmani jelentések.

Férőhelyek és ellátottak

A főbb adatok időbeli áttekintését, összehasonlítását 1993-tól, a szociális törvény hatálybalépésétől célszerű nyomon követni, mivel a vonatkozó jogszabályok és az adatgyűjtés módszertana ettől az időponttól egységesek. A szociális gondoskodás területén nagyobb jelentőségű, tartós bentlakásos otthonok telephelyeinek száma mintegy másfélszeresére emelkedett 1993 és 2001

között (1993: 550; 2001: 886), miközben a férőhelyek száma csak 30 százalékkal bővült (1993: 50 826; 2001: 66 049). Ennek oka egyrészt a civil szervezetek megjelenése a szociális ellátásban, amelyek lehetőségeikhez mérten kisebb befogadóképességű otthonok fenntartását tudták vállalni, másrészt az a törekvés, hogy a nagy, több száz főt befogadó állami, önkormányzati intézményeket kisebb, családasabb otthonok váltsák fel.

1.ábra
Az egy otthonra jutó férőhelyek számának alakulása, típusonként

Miközben a bentlakásos intézmények által nyújtott ellátások iránt fokozódik a kereslet, az alap- és nappali ellátásokat igénybe vevők száma csökken, vagy legalábbis stagnál. Ez annak ellenére alakul így, hogy a rászorultak gondozását – a nemzetközi normák és a szociális törvény szándéka szerint is – elsősorban lakókörnyezetükben ajánlott biztosítani. A házi segítségnyújtás például a rendszerváltozás idején volt a legkiterjedtebb, azt követően rohamosan apadt mind az ellátottak, mind azon települések száma, amelyek biztosítják ezt a fajta ellátást. 1990-hez képest tizenegy év alatt kevesebb mint felére esett vissza az ellátottak száma. 2001-ben a települések 40 százalékában nem működött házi segítségnyújtás, főként a kistelepüléseken, holott valószínűtlen, hogy a nagy arányban idősek lakta falvakban ne volna igény otthoni gondoskodásra. Ezzel párhuzamosan erősödött a bentlakásos intézményi ellátás iránti kereslet. Az intézményi férőhelyek számának szerény mértékű bővülése nem tudott lépést tartani az igények növekedésével, ennek következtében jelentősen nőtt az elhelyezésre várók száma, valamint a várakozási idő. A különböző

típusú otthonok férőhelyszáma nem azonos irányban változott. Az időseket, a szenvedélybetegeket és a felnőtt fogyatékosokat ellátó otthonok befogadóképessége emelkedett, miközben a pszichiátriai betegek és a gyermekkorú fogyatékosok otthonaiban kevesebb embert tudnak elhelyezni ma, mint az 1990-es évek elején. A kapacitáshiány az önkormányzatok esetében elsősorban pénzügyi-gazdasági okokra vezethető vissza. A rendszerváltozás után az állam a szociális gondoskodás felelősségét a helyi önkormányzatok szintjére utalta. A szociális feladatok ellátásához szükséges pénzeszközök azonban helyi szinten nem álltak rendelkezésre.

Az Állami Számvevőszék 1996-ban vizsgálatot folytatott a szociális otthonok helyzetéről és finanszírozásáról. Ebben megállapította, hogy „az önkormányzati körben felhasználható címzett támogatások keretei, valamint a szociálpolitikai programokra igényelhető fejezeti rendelkezésű összegek jelentősen elmaradtak a bejelentett igényektől. Számottevő férőhelyfejlesztésekre lehetőséget nem nyújtottak. Az önkormányzatok saját pénzügyi forrásainak szűkülése és az e célra biztosított szerény nagyságrendű állami források együttes hatására az intézményi férőhelyszám alig növekedett” (*Jelentés a tartós szociális ellátást nyújtó intézmények helyzetének és finanszírozásának vizsgálati tapasztalatairól, 1996*).

Az állami szerepvállalás csökkenéséből adódóan szükségszerű volt, hogy nem költségvetési szervek is bekapcsolódhassanak a szociális ellátórendszerbe, ennek megfelelően az utóbbi időben a bentlakásos ellátás területén is tanúi lehetünk a civil szervezetek és vállalkozások fokozódó szerepvállalásának. A vizsgált időszakban a nem önkormányzati fenntartású intézményekben két és félszeresére nőtt a férőhelyek száma, miközben az önkormányzatiakban csak 14 százalékos emelkedés regisztrálható. 1993-ban a férőhelyek 87 százaléka, 2001-ben már csak 74 százaléka működött önkormányzati fenntartásban. A nem költségvetési szervek a nehezebb fajsúlyú, bonyolultabb és ezért sokkal költségesebb, ún. speciális ellátásokra (pszichiátriai betegek, fogyatékosok) kisebb mértékben vállalkoznak. Legkevésbé a pszichiátriai otthonokra jellemző a nonprofit szervezetek jelenléte: csaknem az összes férőhely (94 százalék) önkormányzati kezelésben van. Az egyházak elsősorban időskorúak és fogyatékosok számára nyújtanak ellátást, míg az alapítványok és az egyesületek tevékenysége az átmeneti ellátásban, különösen a hajléktalanok gondozásában jelentős.

Az ellátottak száma természetesen követi a férőhelyek számának alakulását, gyakorlatilag az intézményi kapacitás függvénye. 2001 végén annyian éltek tartós bentlakásos otthonban, hogy

szinte megtölthettek volna egy Békéscsaba nagyságú várost: 65 ezer ember. Ez egyharmaddal több az 1993. évinél. A legnagyobb mértékű növekedés (több mint 100 százalék) a szenvedélybetegek létszámában következett be (de a többi gondozotthoz képest így is alacsony a számuk).

Az intézmények területi elhelyezkedése

Egyes elméletek szerint az elkülönített szociális intézetek (különösen a fogyatékos- és pszichiátriai otthonok, a hajléktalanszállók) a társadalmi kirekesztés, a társadalom nemkívánatos, nem szívesen látott csoportjaitól való megszabadulás eszközei (Scull, 1979). A kirekesztettség érzését az intézmények területi elszigeteltsége tovább erősítheti. Az intézetben élő ember a társadalom egy mesterségesen izolált szigetén él, akkor is, ha az intézetek és a külvilág közötti átjárhatóság valamilyen fokon biztosítva van. Számos intézmény távol fekszik a nagyobb településektől, nem egy esetben az érintettek lakóhelyétől. Például a pszichiátriai otthonoknak mindössze 6 százaléka található Budapesten vagy megyei jogú városban. A fővárosi önkormányzat által működtetett fogyatékos- és pszichiátriai otthonok pedig – Tordas kivételével – több száz kilométerre fekszenek Budapesttől (Máriapócs, Búcsúszentlászló, Csabrendek, Zalaapáti, Kéthely), közülük nem egy az országhatár közelében (Tompá, Szentgotthárd, Zsira, Csákánydoroszló, Peresznye).

Az elmebetegeket és fogyatékosokat elsősorban egészségi állapotuk alapján utalják be a megfelelő típusú szociális otthonba, ami sokszor távol esik eredeti lakóhelyüktől. Az öregeknek inkább van lehetőségük arra, hogy volt lakóhelyük közelében maradjanak, hiszen az idősök otthonainak földrajzi elhelyezkedése kedvezőbb, magasabb a számuk, és egyenletesebb a területi eloszlásuk.

1. tábla
A szociális otthonok megoszlása településtípus szerint

Típus	Budapest és megyei jogú város	Város	Község	Összesen (%)
Idősek otthona	27,8	34,2	38,0	100,0
Fogyatékosok otthona	24,5	25,8	49,7	100,0
Szenvedélybetegek otthona	12,5	18,8	68,7	100,0
Pszichiátriai betegek otthona	5,6	38,8	55,6	100,0

Összesen	25,0	32,2	42,8	100,0
----------	------	------	------	-------

Több tanulmány is kitér rá, hogy a távolság, a nehéz megközelíthetőség tetemes költséget jelent a család, a hozzátartozók, barátok számára, de további terheket, jelentős költséget ró az intézetekre is. Komoly gépkocsipark szükséges az alkalmazottak naponkénti szállításához, egyes intézetek pedig még az ellátottak szabadságra utaztatását is maguk végzik, önerőből, intézeti kocsival, kísérővel. A foglalkoztatás megszervezése is bonyolult, mivel a kisebb településeken, a városoktól, nagyobb falvaktól távol nehezen található olyan vállalkozás vagy üzem, amely biztosítani tudná a rendszeres munkát. Az izolációs hatások azonban nemcsak a bentlakókat érik, hanem az itt dolgozókat is, akik nélkülözik a szélesebb szakmai közeget, a városias lét komfortjait, tevékenységük pedig nincs kitéve állandó külső kontrollnak (*Bánfalvy, 1998; Demeter, 1998*).

Az intézmények nagysága

Szociális otthonba többnyire családból, de legalábbis egyéni háztartásból kerül az ember. Nem lényegtelen tehát, hogy élete hátralévő részét mekkora intézetben tölti. Mind a gondozásra szorulóknak szempontjából, mind szakmai ellátási szempontból humánusabb megoldás több kisebb, családiasabb otthon létrehozása. A férőhely-koncentráció elsősorban gazdaságossági szempont hozadéka: egyébként azonos feltételek mellett nyilvánvalóan gazdaságosabb mind az épület és az infrastruktúra fajlagos költségei, mind a munkaerő-kihasználás szempontjából egy több száz férőhelyes intézmény fenntartása, mint egy emberközpontúbb, 20-30 személyre méretezett otthoné. Évek óta több intézet próbálkozik olyan lakóformák kialakításával, amelyek lazább kontrollt, nagyobb önállóságot, több önrendelkezést biztosítanak gondozottjaiknak. Ilyen kiscsoportos lakóközösségek kialakítását eredményezte a felnőtt értelmi fogyatékosok hagyományos intézményekből történő ún. kitagolási programja. A kitagolás 1996-ban a programban részt vevő intézmények ellátottjainak 10 százalékát, összesen 232 főt érintett (*Demeter, 1998*).

Ezen program jogszabályi elismerésének, illetve támogatásának tekinthető a szociális törvény 1999. évi módosítása, amely nevesíti a lakóotthoni ellátást mint kiscsoportos lakóközösséget a fogyatékos és a pszichiátriai betegek számára. Az intézmények átalakítása hosszú időt vesz igénybe, 2000 végén mindössze 14, a következő évben pedig 35 lakóotthonról számolt be a statisztika.

Adataink szerint 1999 végén minden negyedik intézmény 100 férőhelyesnél nagyobb volt, ezekben élt a gondozottak több mint fele. Jelentős különbségek tapasztalhatók az ellátás típusa szerint, vagyis ez a férőhelyszám minden második pszichiátriai otthonra, és csak minden ötödik időotthonra igaz. Összefüggés figyelhető meg az otthonok nagysága és a fenntartó szervezeti formája között is. Általánosságban elmondható, hogy minél nagyobb befogadóképességű egy intézmény, annál nagyobb a valószínűsége, hogy önkormányzati fenntartás alatt áll. Elsősorban a fogyatékosok és a pszichiátriai betegek kénytelenek nagyobb, több száz fős intézetekben élni. (A „csúcsot” a Fővárosi Önkormányzat Szentgotthárdi Pszichiátriai Otthona tartja a maga 720 férőhelyével.)

2. ábra

A szociális otthonok átlagos férőhelyszáma, típusonként

3. ábra

A szociális otthonok átlagos férőhelyszáma, fenntartónként

*2. tábla
A szociális otthonok megoszlása a férőhelyek
nagyságcsoportja szerint, fenntartónként*

Férőhelyek	Önkor-mányz at	Nem önkor-mányz at	Összesen
- 25	20,2	38,2	25,9
26- 50	22,4	33,1	25,8
51-100	26,8	17,7	23,9
101-	30,6	11,0	24,4
Összesen	100,0	100,0	100,0

*3. tábla
Az ellátottak megoszlása az otthonok férőhely
nagyságcsoportja szerint, fenntartónként*

Férőhelyek	Önkor-mányz at	Nem önkor-mányz at	Összesen
- 25	3,9	12,5	5,5
26- 50	9,7	26,0	12,7
51-100	22,8	26,7	23,5
101-	63,6	34,8	58,3
Összesen	100,0	100,0	100,0

Az elmúlt években több kisebb befogadóképességű és sokrétű szolgáltatást nyújtó intézmény alakult, mindenekelőtt a civil szféra jóvoltából. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetnek (NCSSZI) az idősek otthonairól készített felmérése azt mutatja, hogy a nagyobb férőhelyszámú intézmények jellemzően a rendszerváltozás előtt jöttek létre, míg 1990 után kisebb otthonok nyitották meg kapuikat (*Forrai-Gyuris-Hronyecz-Ladányi, 2002*).

Lakószobák

A jogszabályi előírások szerint egy bentlakásos intézmény csak akkor alkalmas a gondozási feladatok ellátására, ha egy ellátottra legalább 6-8 négyzetméter terület jut a lakószobából, és egy szobában nem helyeznek el 4 személynél többet. E feltételek teljesülése a valóságban az otthonok típusa és a fenntartó szervezetek szerint igen változó.

A szobák összterületéből egy-egy lakóra átlagosan 8 négyzetméter jut, ez azonban jelentős különbségeket takar. A nem önkormányzati fenntartású otthonok lakói nagyjából kétszer annyi helyet birtokolhatnak szobáikból, mint önkormányzati intézményekben élő társaik. Ez a különbség – változó mértékben – mindegyik otthontípus esetében fennáll, sőt az önkormányzati működtetésű fogyatékos és pszichiátriai otthonok átlagos értéke elmarad a jogszabályban előírt minimumtól.

*4. ábra
Egy ellátottra jutó átlagos lakóterület, fenntartónként*

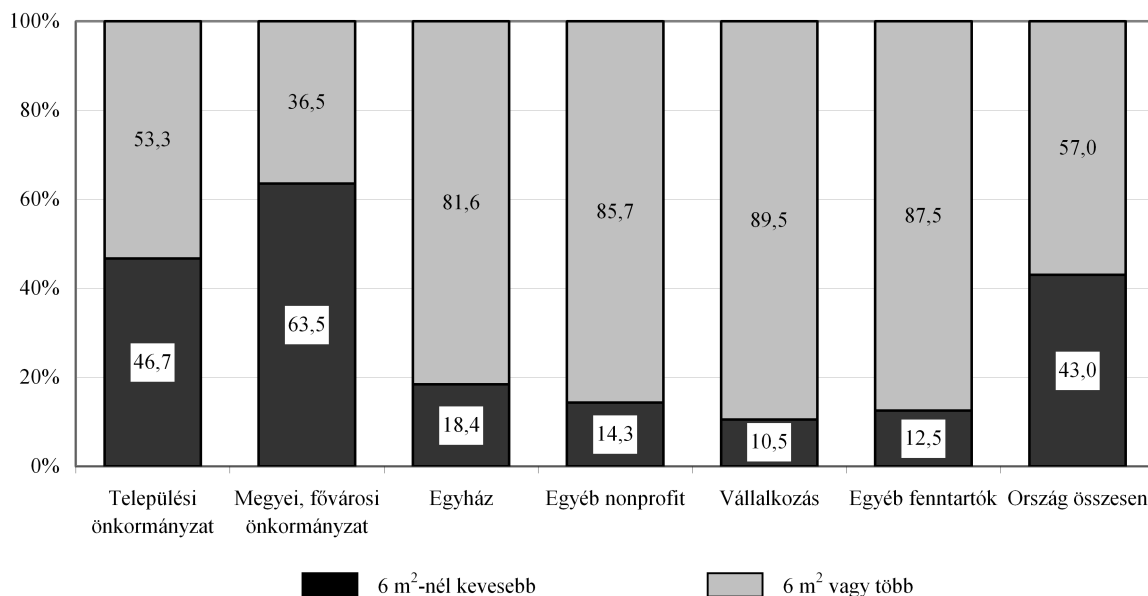
4. tábla
Egy ellátottra jutó átlagos lakóterület típusonként és fenntartónként

Típus	Önkormányzat	Nem önkormányzat	Összesen (m ²)
Idősek otthona	6,7	13,2	9,1
Gyermekkorú fogyatékosok otthona	4,9	6,6	5,6
Felnőttkorú fogyatékosok otthona	5,8	9,5	6,4
Szenvedélybetegek otthona	6,3	8,0	7,0
Pszichiátriai betegek otthona	5,3	3,8	5,2
Egyéb	6,0	6,1	6,0
Összesen	6,3	12,1	8,1

Az egy főre jutó lakóterület országos szinten az intézmények 43 százalékában nem éri el a 6 négyzetmétert, ez az arány a pszichiátriai és a fogyatékosotthonok esetében közelít a háromnegyedhez. Ha az ellátottak számának megoszlását nézzük, kedvezőtlenebb képet kapunk: a gondozottak fele, köztük a fogyatékosok több mint 70 százaléka él olyan helyen, ahol egy személyre nem jut 6 négyzetméternyi lakóterület, tehát egy átlagos ágy háromszorosa sem. A jogszabályi előírást nem teljesítők között túlsúlyban vannak az állami intézmények: míg országos szinten az önkormányzati otthonok száma kétszerese a nem önkormányzatiaknak, addig a „nem teljesítők” között több mint hétszerese.

5. ábra

A szociális otthonok megoszlása az egy ellátottra jutó lakóterület nagysága szerint, fenntartónként



5. tábla

Az ellátottak megoszlása az egy ellátottra jutó lakóterület nagysága szerint, típusonként

Típus	6 m ² -nél kevesebb		6 m ² vagy több		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%
Idősek otthona	13 668	38,4	21 899	61,6	35 567	100,0
Gyermekkorú fogyatékosok otthona	3 355	82,7	703	17,3	4 058	100,0
Felnőttkorú fogyatékosok otthona	7 426	69,8	3 219	30,2	10 645	100,0
Szenvedélybetegek otthona	554	48,6	585	51,4	1 139	100,0
Pszichiátriai betegek otthona	5 212	67,7	2 489	32,3	7 701	100,0
Egyéb	275	81,6	62	18,4	337	100,0
Összesen	30 490	51,3	28 957	48,7	59 447	100,0

A lakóhely tágasságának egy másik mutatója, az egy szobában élő ellátottak száma a fogyatékos gyermekeket ápoló otthonokban a legmagasabb (7,2 fő), de a pszichiátriai kezelést igénylők, illetve a fogyatékkal élő felnőttek intézményeiben is meghaladja egyrészt az országos átlagot, másrészt a jogszabályban rögzített minimumot (5,2; 4,2 fő). Az állami fenntartású otthonokban zsúfoltabb szobákat találunk, mint a nonprofit vagy akár az egyházi működtetésűekben. Legrosszabb helyzetben a fogyatékos gyermekek vannak: önkormányzati fenntartású otthonaik 96 százalékában a szobánkénti átlaglétszám 4 fő fölött van.

6. ábra

A szociális otthonok megoszlása az egy szobában élő ellátottak száma szerint, típusonként

7. ábra

A szociális otthonok megoszlása az egy szobában élő ellátottak száma szerint, fenntartónként

Az egyágyas szobák aránya az idősök otthonaiban a legmagasabb, a pszichiátriai betegeket gondozó intézetekben a legalacsonyabb. Míg az előbbi típusban szából 26 szoba, addig az utóbbiban csak minden századik szoba egyágyas. A gondozottak körében még nagyobbak a különbségek: egy idősotthonba felvételt nyert embernek 36-szor nagyobb az esélye arra, hogy egyágyas szobába kerül, mint egy pszichiátriai ápoltnak.

Különösen az időskorúak otthonaiban sarkalatos kérdés, van-e elegendő kétágyas szoba a házaspárok számára. (A jogszabály előírása szerint a házaspárokat együtt kell elhelyezni.) Ugyanis ha házaspár kerül szociális otthonba, sokszor kénytelenek – ha csak átmenetileg is – külön költözni, és várni, míg egy kétágyas szoba megürül, ami egyben azt a perspektívát jelenti számukra, hogy egyikük halálával a másik félnek ki kell költöznie egy nagyobb létszámú szobába. De ez a probléma a többi intézményben is felvetődhet, hiszen tartós, mély és intim emberi kapcsolatok kialakítására teljesen alkalmatlan az olyan tér, ahol a lakók többedmagukkal élnek egy szobában, ahol ezen kívül nincs hely az elkülönülésre. Felmérésünk szerint az időseket ápoló otthonok 15, és a fogyatékos felnőtteket gondozó otthonok 35 százalékában egyáltalán nincs kétágyas szoba.

6. tábla

Az egy- és kétágyas szobák aránya a szociális otthonokban, típus szerint

Típus	Összes szoba	Ebből:	
		egyágyas	kétágyas

		db	%	db	%
Idősek otthona	14 800	3 931	26,6	5 784	39,1
Gyermekkorú fogyatékosok otthona	595	29	4,9	73	12,3
Felnőttkorú fogyatékosok otthona	2 681	94	3,5	730	27,2
Szenvedélybetegek otthona	332	23	6,9	66	19,9
Pszichiátriai betegek otthona	1 577	22	1,4	256	16,2
Egyéb	81	3	3,7	12	14,8
Összesen	20 066	4 102	20,4	6 921	34,5

Fürdő- és mellékhelyiségek

Az élet minősége egy lakásban nemcsak attól függ, hogy mekkora a lakás, és hányan laknak benne, hanem nagy részben attól is, hogy az mennyire komfortos. A szociális otthonok a szó egy bizonyos értelmében véve komfortosak, hiszen van bennük WC és fürdőszoba, ezért esetükben a hagyományos értelemben vett laksűrűség-mutatón túl legalább ilyen fontosak és jellemzőek egyéb „sűrűségmutatók”: nevezetesen hogy hány ember használ közösen egy-egy WC-t, illetve fürdőszobát. A bentlakásos intézmények működési feltételeit szabályozó rendelet szerint 10 ellátottra legalább egy fürdőkádat vagy zuhanyzót kell biztosítani.

Az egy WC-t használó ellátottak száma komoly eltéréseket mutathat nemcsak az egyes intézmények között, hanem intézményen, sőt szinteken belül is. Idős vagy beteg, nehezen mozgó emberekről lévén szó, fontos, hogy ezek a helyiségek bizonyos határokon belül legyenek. A különböző ellátási típusokat vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy az idősotthon lakója jobb, a pszichiátriai intézet ellátottja lényegesen hátrányosabb helyzetű az átlagnál. Míg az előbbi ötöd-, addig az utóbbi tizedmagával kénytelen használni egy WC-t. Fenntartók szerint az önkormányzati, különösen a megyei önkormányzati otthonokban élők vannak nehezebb helyzetben: az összes gondozott egyötöde, 12 és fél ezer ember él olyan helyen, ahol 10 vagy annál is több személyre jut egy WC.

A fürdőszobaadatok ennél sokkal kedvezőtlenebbek. Az állami intézményekben mostohább állapotokat találtunk: az egy fürdőszobát használó ellátottak számában közel háromszoros a különbség az állami és a nem állami intézmények mutatói között. A pszichiátriai betegekre szakosodott otthonokban csaknem háromszor annyian használnak egy fürdőt, mint az időskorúakat ápoló intézetekben, tehát egy pszichiátriai betegnek 26 társával kell osztoznia egy fürdőszobán, míg egy időskorúnak „csak” kilencel. Egyes ellátottak még ennél is rosszabb körülmények között

élnék, mivel azonos intézetben belül is komoly differenciák lehetnek. Az átlag ugyanis elfedi azt a tényt, hogy az összes fürdőhelyiség kétharmada a fürdőszobás szobákhoz tartozik, s mivel ezen szobák általában egy-két ágyasak, így az ellátottak nagyobb része a fürdőszobák kisebb részén kénytelen osztozni.

Mivel egy-egy fürdőszobában általában több kád, illetve zuhanyállás van (ami egyben azt is jelenti, hogy intézményesült az egymás előtti fürdés, fürdetés), szemléletesebb azt bemutatni, átlagosan hányan használnak egy kádat, illetve zuhanyzót. Az intézmények együtödésében nem teljesül a jogszabályi előírás, ezek túlnyomó többsége önkormányzati fenntartású. A gondozottak több mint egyharmada él olyan körülmények között, ahol 10 vagy még ennél is több személyre jut egy kád vagy zuhany. Az önkormányzati intézetek lakói hátrányosabb helyzetben vannak, mint a nem önkormányzatiaké, többszörös (2–4-szeres) különbség figyelhető meg az állami és a nem állami otthonok értékei között. A pszichiátriai otthonokban kétszer annyian használnak egy kádat, illetve zuhanyzót, mint az idősek otthonaiban.

7. tábla
A fürdő- és mellékhelyiségek adatai típusonként

Típus	Egy fürdőszobára jutó ellátott	Egy kádra/zuhanyzóra jutó ellátott	Egy WC-re jutó ellátott
Idősek otthona	10,4	6,5	5,2
Gyermekkorú fogyatékosok otthona	15,5	7,4	6,9
Felnőttkorú fogyatékosok otthona	20,8	10,2	8,4
Szenvedélybetegek otthona	11,2	7,5	5,8
Pszichiátriai betegek otthona	27,1	12,7	10,2
Egyéb	9,5	5,2	5,2
Összesen	13,4	7,5	6,1

8. tábla
A fürdő- és mellékhelyiségek adatai fenntartónként

Fenntartó	Egy fürdőszobára jutó ellátott	Egy kádra/zuhanyzóra jutó ellátott	Egy WC-re jutó ellátott
Települési önkormányzat	13,2	7,7	6,2

Megyei, fővárosi önkormányzat	20,0	10,2	8,3
<i>Önkormányzat</i>	16,8	9,9	7,3
Egyház	5,9	4,5	3,5
Egyéb nonprofit	6,1	4,3	3,8
Vállalkozás	4,9	3,4	3,0
Egyéb fenntartók	9,2	5,0	4,8
<i>Nem önkormányzat</i>	6,1	4,4	3,7
Összesen	13,4	7,5	6,1

Az ún. ellátottsági mutatók nemcsak az egyes intézmények között mutatnak eltéréseket. Az egy szobában lakó, egy fürdőszobát, egy WC-t használó emberek száma erősen különböző egy-egy otthonon, olykor egy-egy épületen, sőt szinten belül is.

Közösen használt helyiségek

„A bentlakásos intézményben biztosítani kell” – többek között – „az étkezésre, az intézmény jellege szerinti közösségi együttlétre, tevékenységre (pl. társalgó, könyvtár, foglalkoztató), az egészségügyi gondozás céljára (pl. orvosi szoba, betegszoba) szolgáló helyiségeket” – szól a rendelet, de nem fogalmaz meg egyértelmű direktívákat.

Külön ebédlő és társalgó fenntartása az intézmények túlnyomó többségének nem okoz gondot. Az átlagosnál kedvezőtlenebb körülményeket találtunk a szenvedélybetegeket gondozó intézetekben, mivel csak kétharmaduk rendelkezik önálló ebédlővel, illetve társalgóval. A fenntartónkénti elemzésből pedig az derült ki, hogy e téren az egyesületek által működtetett otthonok a leggyengébben felszereltek, minden harmadikban arra kényszerülnek a lakók, hogy ebédlőjüket étkezési időn kívül más célra is használják, és csak minden másodikban találni önálló társalgót.

A bentlakásos intézmények működési feltételeit szabályozó rendelet kategorikusan előírja egészségügyi ellátás céljára szolgáló helyiség kialakítását: ezzel szemben 10 otthon közül csak 8-ban található orvosi szoba vagy rendelő, 6-ban külön betegszoba. Az átlagnál rosszabb helyzetben vannak a szenvedélybeteg-otthonok, a fenntartók közül pedig az egyesületek. A betegszobával rendelkező intézményekben egy betegágyra átlagosan 12 férőhely jut, de a különböző típusú

otthonok között igen nagy a szóródás. A két szélső érték az öregeket, valamint a fogyatékos gyermekeket ellátó intézményekben figyelhető meg, ahol 9, illetve 43 férőhely jut egy betegágyra.

Az időskorú gondozottak 60 százaléka teakonyhával felszerelt otthonban lakik, ami azért lényeges, mert a házirendek tiltják, hogy a lakók a szobában főzzenek, az intézet konyháját pedig nem használhatják. Itt viszont elkészíthetnek egy-egy teát, kávét, megmelegíthetik az ételt, és nem kell minden apróság miatt a személyzethez fordulniuk.

Oktatási helyiség, foglalkoztató, könyvtár stb. létesítése és kialakítása az ellátás típusától függ. A rehabilitációs intézmények háromnegyede rendelkezik önálló foglalkoztatóval, és mindössze egynegyedük biztosít oktatási célokra külön helyiséget – holott ez számukra jogszabályi előírás. Összességében az intézmények egyötödében működik könyvtár.

Regionális különbségek

Egy adott terület, egy megye ellátottsági mutatója erősen függ attól, milyen típusú, illetve fenntartású intézmények találhatók a területén, és melyek vannak túlsúlyban. Hogy a területi különbségek világossá váljanak, először az azonos típusú, majd az azonos fenntartású intézményeken belül vizsgáltuk a különböző ellátottsági mutatókat. A tartós bentlakást nyújtó intézmények kétharmadában az időskorúak ápolása, gondozása folyik. Mint uralkodó ellátási forma alkalmas a tárgyi feltételek részletesebb vizsgálatára, megyei szintű elemzésre anélkül, hogy az esetleges kis előfordulás befolyásolná e tanulmány megállapításait, és téves következtetésekre készítené, ugyanakkor kevésbé „mossa el” az átlagszámítás révén a ténylegesen meglévő különbségeket. Ez az ellátási típus elterjedtsége és a jogi, működési szabályozás egységessége révén lehetőséget ad arra, hogy a dologi feltételek vizsgálatával pontosabb képet kapjunk az otthonok felszereltségéről, a gondozási körülményekről megyei szinten is.

Egyrészt megyénként is nyomon követhető, hogy az önkormányzati otthonok ellátottsági mutatói elmaradnak a nem önkormányzati otthonokétól. Ez a közép-magyarországi és a nyugat-dunántúli megyékben a legmarkánsabb, ahol 2-3-szor nagyobb terület jut egy ellátottra a nem önkormányzati fenntartású otthonokban, illetve fele-, harmad annyian laknak egy szobában, mint az önkormányzatok által működtetett időskorúak otthonaiban. Hasonló különbségek és arányok találhatók az egy fürdő- és mellékhelyiséget használók számának megyénkénti

vizsgálatánál. Ebben közrejátszhat az is, hogy Észak-Magyarország és a Dél-Dunántúl egyes megyéiben valamint az Alföldön nagyobb teher hárul az önkormányzatokra, vagyis tízezer lakosra számítva több férőhelyet kell fenntartani és működtetni, mint a nyugati régiókban és Közép-Magyarországon. Másrészt a gazdaságilag fejlettebbnek számító megyékben általában jobb mutatókat találunk, mint az elmaradottabb területeken.

*7. ábra
Tízezer lakosra jutó szociális otthoni férőhely*

Felvetődik a kérdés, vajon nem azért jobbak-e egy-egy megye mutatói, mert területükön az átlagosnál nagyobb arányú a nem állami részvétel. Ha megnézzük az intézmények, illetve a férőhelyek fenntartók szerinti megoszlását, a fejlettebb régiókba tartozó megyékben – Közép-Magyarországot kivéve –, nem mutatható ki egyértelműen nagyobb arányú nem állami részvétel. A varianciaanalízissel végzett elemzés is azt mutatja, hogy a területi elhelyezkedés magyarázóereje akkor is szignifikáns, ha a típus és a fenntartó hatásától elvonatkoztatunk, tehát azonos típusú és azonos fenntartású intézmények esetében is különbségek találhatók a szerint, melyik megyében fekszik az adott otthon.

A regionális különbségek nem következnek egyértelműen abból, milyen típusú, illetve fenntartású intézmények találhatók a területen. Úgy tűnik, hogy a bentlakásos szociális ellátás színvonalának, tárgyi feltételeinek területi egyenlőtlenségei többé-kevésbé követik az általános fejlettségi különbségeket.

A jelenséget befolyásolhatja egy sor más helyi tényező is, mint például az önkormányzatok pénzügyi, szakmai erőforrásai, infrastrukturális fejlettsége, a helyi társadalmi-politikai erőviszonyok, a helyi specialitások. Tovább bonyolítja a helyzetet az illetékesség kérdése. Az intézmények egy része ugyanis nemcsak saját településének vagy megyéjének lakosait látja el, hanem az ország egész területéről fogad rászorultakat. Azokban a megyékben, ahol ez az arány magas, esetleg kevésbé jutnak érvényre a területi különbségek.

Összegzés

Az eddigiek során láttuk, hogy a szociális otthonok adottságaikban, az ellátás színvonalában, minőségében jelentősen különböznek egymástól. A vizsgált mutatók között komoly eltérések tapasztalhatók többek között aszerint, hogy az adott otthon milyen típusú ellátásra szakosodott, ki a fenntartója, és hol helyezkedik el Magyarország területén. Varianciaanalízis segítségével vizsgáltuk, mennyire függ egy otthon „komfortossága” a fenti változóktól, milyen az összefüggés közöttük, illetve melyiket tekinthetjük a legfontosabb magyarázó tényezőnek. Eredményeink alapján megállapítható, hogy az ellátottsági mutatók alakulása függ mind az intézmény típusától, mind területi elhelyezkedésétől, legjobban azonban attól, milyen fenntartás alatt működik az intézet. Mindhárom változó magyarázóereje erős, és akkor is fennáll, ha eltekintünk a másik két változó hatásától. Ez azt jelenti, hogy az azonos megyében lévő, azonos típusú otthonokra is igaz, hogy az önkormányzati fenntartásúak rosszabb mutatókkal rendelkeznek, mint a nem önkormányzatiak.

Az otthonok különböző, eddig vizsgált jellemzői alapján úgy tűnik, hogy bizonyos folyamatok az intézményhálózatot osztják meg, és az intézményhálózaton belül alakítanak ki egy lejtőt. Az otthonok szakosítása elvileg csak a gondozási feladatok funkcionális szétválasztását szolgálta, de mint a vizsgált mutatók alapján látjuk, a különféle típusú otthonok hierarchiába rendeződnek, amelynek alján a pszichiátriai és a szenvedélybetegek otthonai, a „csúcsán” pedig az időskorúak otthonai találhatók. E rangsor kialakulásában természetesen szerepet játszhat az a tényező is, hogy milyen fenntartás alatt áll az intézmény. Az otthon típusok fenntartók szerinti elemzéséből kiderül, hogy minél lejjebb megyünk a típus-hierarchiában, annál nagyobb arányban találkozunk önkormányzati fenntartással. Különösen szembetűnő ez a rangsor alján lévő pszichiátriai otthonok esetében, amelyek 96 százalékban állami működtetésűek. Joggal vetődik fel a kérdés, vajon nem azért vannak-e ezek az otthonok rosszabb helyzetben, mert túlnyomó részben önkormányzati

fenntartásúak. A különböző mutatók azonos fenntartású intézményeken belüli vizsgálata, valamint a varianciaanalízis is azt mutatta, hogy a különböző otthonoknak akkor is eltérőek a mutatói, ha nem vesszük figyelembe a fenntartó, mint változó hatását.

A jelenségben szerepet játszhatnak a következők: a családok számára egyre nagyobb megterhelést jelent az idős, tartósan beteg családtag gondozása, intézeti elhelyezéséért komoly anyagi áldozatra is készek. Ez nagyobb fizetőképes keresletet feltételez, emiatt jobban „megéri” idősotthonba investálni, nívósabb otthonokat létrehozni. Ezt támasztja alá egy közelmúltban készült tanulmány is, mely rámutat, hogy a szociális gondoskodás célcsoportjai között kitüntetett helyet foglalnak el az idősek, a szociális feszültségek kezelésében az önkormányzatok, a civil szervezetek és a vállalkozók – a társadalom öregedése miatt – leginkább az idősekre koncentrálnak (Széman-Harsányi, 1999). Az ún. emelt szintű részlegek is inkább az időskorúak számára létesített intézményekre jellemzőek. Ezek az átlagosnál nívósabb, az átlagot jóval meghaladó minőségű elhelyezési körülményeket és szolgáltatásokat biztosító otthonok „javítják” az átlagot. Az ellátottak érdekérvényesítési képességei, lehetőségei sem egyformák, az idősekéi jobbak, a pszichiátriai gondozottakéi viszont erősen korlátozottak. A mentális betegek ugyanis a társadalom egyik legkiszolgáltatottabb rétegét képezik, mivel belátási képességük kisebb-nagyobb korlátozottsága miatt érdekeiket nemcsak érvényesíteni és képviselni, de sokszor még felismerni sem képesek. Ebből következően az időseknek nagyobb esélyük és több lehetőségük van válogatni az otthonok között, mint a pszichiátriai vagy a szenvedélybetegeknek, mivel utóbbiakat elsősorban egészségi állapotuk alapján utalják be a megfelelő típusú szociális intézménybe.

A kialakult hierarchiát erősítheti az intézmények területi elhelyezkedése is: a pszichiátriai valamint a szenvedélybetegek ellátására szakosodott intézetek fele, illetve kétharmada községben található. (Míg Magyarország összlakosságának 37 és az összes szociális otthon lakóinak 35 százaléka, addig a pszichiátriai és szenvedélybeteg-intézmények gondozottjainak 53 százaléka élt községben 1999 végén.)

9. tábla
A szociális otthonok férőhelyeinek megoszlása otthon- és településtípus szerint (%)

Típus	Budapest és megyei jogú város	Város	Község	Összesen
Idősek otthona	35,8	33,3	30,9	100,0
Fogyatékosok otthona	22,5	27,3	50,2	100,0

Pszichiátriai betegek otthona	5,5	38,3	56,2	100,0
Szenvedélybetegek otthona	7,3	14,2	78,5	100,0
Összesen	28,2	32,0	39,8	100,0

Nem mutatható ki az előzőekhez hasonló rangsor az otthonok között, ha fenntartóik szerint hasonlítjuk össze őket. Ebben az esetben nem egyszerű lejtőről árulkodnak az adatok, hanem határozott szakadék figyelhető meg az önkormányzati és a nem önkormányzati fenntartású intézmények között. Mindegyik otthontípusra igaz, hogy szinte az összes vizsgált ismérv, mutató tekintetében az önkormányzati – különösen a települési önkormányzati – fenntartásúak voltak a legrosszabb körülmények között. Ennek vélhetően több oka van. A legfontosabb a nem állami szervezetek nagyobb szakmai és pénzügyi önállóságában keresendő, amelynek megfelelően ezek a szervezetek könnyebben és gyorsabban képesek a piaci viszonyokhoz, elvárásokhoz, igényekhez igazodni, így például nagyobb bevétellel járó emelt szintű ellátást nyújtó otthonokat létrehozni. Az NCSSZI-nek az idősotthonok körében 2001-ben végzett felmérése szerint míg az állami fenntartású intézmények 28 százaléka rendelkezik emelt szintű részleggel, addig a civil szervezetek által fenntartottak 76, az egyháziak 55 és a vállalkozásban lévők 46 százaléka (Forrai-Gyuris-Hronyecz-Ladányi, 2002). Másrészt a nem állami intézmények nagy részét az elmúlt években alapították, többnyire újabb, modernebb épületekben, korszerűbb berendezési eszközökkel, míg a jobbára régebbi építésű önkormányzati otthonokban sokszor erőn felüli fejlesztésekre, felújításokra lenne szükség a megfelelő ellátási, elhelyezési szint eléréséhez. Az önkormányzatok – előzőekben már taglalt – szűkös anyagi helyzetük, erőforrásaik miatt nem tudnak megfelelő támogatást adni intézményeiknek. Ezt támasztják alá egyéb vizsgálatok is. A Közigazgatási Hivatalok 1997 óta végzik a szociális intézmények szakmai ellenőrzését. A Szociális Igazgatás I. Konferenciáján a Hajdú-Bihar Megyei Közigazgatási Hivatal vezetője a következőket mondta a megyében 2000-ben lefolytatott vizsgálat tapasztalatairól:

„A régóta működő önkormányzati épületek, berendezések, felszerelési tárgyak elavultak, kopottak, néhol lepusztultak. Néhány újabban épült szárny vagy épület kivételével sehol nem érvényesülnek a szobák alapterületére és az elhelyezhető gondozottak számára vonatkozó előírások. A WC-k, zuhanyzók, kádak száma sem felel meg a jogszabályi előírásoknak. A tárgyi feltételek megteremtésére adott határidőig, azaz 2002. december 31-ig a fenntartó önkormányzatoknak igen

komoly beruházásokat, felújításokat kell ahhoz tervezni és végrehajtani, hogy e feltételek teljesüljenek. Ezzel szemben a nem állami, különösen az egyházi fenntartású intézmények az elmúlt években jöttek létre, így szinte kivétel nélkül az átlagot jóval meghaladó elhelyezési körülményeket, azaz emelt szintű ellátást tudnak biztosítani” (Szekeres, 2002).

Jegyzet

*A tanulmány teljes szövege megjelent a Központi Statisztikai Hivatal Szociálstatisztikai Közlemények c. sorozatában (2003).

Felhasznált irodalom

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának és általános helyettesének beszámolói. 1996–2001, www.obh.hu.

Állami Számvevőszék: Jelentés a tartós szociális ellátást nyújtó intézmények helyzetének és finanszírozásának vizsgálati tapasztalatairól. 1996, www.asz.gov.hu.

Bánfalvy Csaba (1998): Az intézetekben élő értelmi fogyatékosok életminősége és a kitagolás aktualitása. In: A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

Demeter Miklós (1998): A tartós bentlakást biztosító állami (önkormányzati) fenntartású intézetek és a bennük élő értelmi fogyatékos felnőttek jellemzői – különös tekintettel az eddigi és a folyamatban lévő kitagolási kezdeményezésekre. In: A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

Dohány László (2002): Az önkormányzati intézmények fenntartásával kapcsolatos problémák. In: Szociális-jog-biztonság. SZOFA Alapítvány, Debrecen.

Forrai E. – Gyuris T. – Hronyecz I. – Ladányi E. (2002): Az idős emberek ellátásáról. In: Kapocs I. évf. 2. szám, Budapest.

Horváth Ágota (1988): A szociális otthon. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest.

Kováts A. – Tausz K. (1997): Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest.

Pordán Ákos (1998): Az értelmileg akadályozott emberek gondozásának alternatív formái

Magyarországon. In: A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

Scull, Andrew (1979): Museums of madness. Harmondsworth.

Szabó Istvánné (1989): Az időskorúak szociális gondozása. In: Jogosultság, gondoskodás, ellátás. MKKE, Budapest.

Szekeres Antal (2002): A szociális ellátások törvényességi helyzete. In: Szociális-jog-biztonság. SZOFA Alapítvány, Debrecen.

Széman Zsuzsa (1996): Az idősek helyzete az átalakuló magyar társadalomban. In: Öregedés Közép-Európában. MTA TKKK, Budapest.

Széman Zsuzsa (1999): Szükségletek, innováció és normák az egeri idősgondozásban. In: Idősellátás Magyarországon. Szociális Innováció Alapítvány, Budapest.

Széman Zs. – Harsányi L. (1999): Halak és hálók. (Kapcsolatok a helyi szociálpolitikában). MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest.

Vajda Gy. – Korintus M. (2002): A személyes gondoskodást nyújtó ellátások keresletének, kínálatának és igénybevételének felmérése. In: Kapocs I. évf. 2. szám, Budapest.

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

2/1994. (I. 30.) NM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és a falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről.

1/2000. (I. 7.) SZCSM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.