





GONDOSKODÁS – szakértelem és emberség

A Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet folyóirata

II. évfolyam 4. szám

- **Főszerkesztő:** Farkas Péter • **Szerkesztőség:** Csukovits Nóra, Forrai-Kiss Krisztina, dr. Hajdu Kitti, Jonkl Marianna, Katona Krisztina, Mikó F. László, Matolcsi-Papp Zoltán, Mózesné Ruzsák Beáta, Takács Bernadett, Dr. Vajda Kinga, dr. Vető Marietta
- **Szerkesztőségi titkár:** Csukovits Nóra
- **Szerkesztőbizottság:** Dr. Beran Ferenc (PPKE), Dr. Birher Nándor (PPKE), Dr. Bogár László (KRE), Dr. Juhász Gábor (PTE), Dr. Kaiser Tamás (NKE), Dr. Molnár Attila (NKE), Dr. Nyitrai Ágnes (AVKTF), Dr. Pajtókné Dr. Tari Ilona (EKKE), Dr. Pikó Bettina (SZTE), Dr. Rosta Andrea (PPKE), Dr. Sárkány Péter (EKKE), Dr. Szabó-Tóth Kinga (ME)
- **Szerkesztőség és kiadóhivatal:** 1142 Budapest, Ungvár u. 64-66. • Tel.: +36 1 450 3230 • E-mail: gondoskodas@nszi.hu • Honlap: www.nszi.hu
- **Kiadó:** Dr. habil Tóth Tibor főigazgató



TARTALOM

Daczi Péter	
Az EFOP-1.1.1-15 kiemelt projekt bemutatása. II.	6
Farkas Péter	
A vallásosság és a lelki egészség	34
Simon Gabriella	
Iskolai mentálhigiéné II.	48
Dr. Kaiser Tamás	
A komplex problémák" gyakorlata: az egészségügyi és szociális ellátás integrációja az Egyesült Királyságban	60
Dr. Juhász Gábor – Dr. Molnár Dániel – Dr. Horváth Veronika – Dózsa Zsófia Katalin	
A "Következő lépés - Szegregált élethelyzetek felszámolása Gilvánfán" című pályázati projektet kísérő kutatás eredményei és tapasztalatai	74
Farkas Péter	
KÖNYVISMERTETŐ - Amartya Sen: Az igazságosság eszméje	88
ABSZTRAKTOK	90



GONDOSKODÁS – szakértelem és emberség





Tisztelt Olvasó!

Juhász Gyula versével kíván Áldott Karácsonyi Ünnepeket

és Boldog Újesztendőt szerkesztőségünk!

Juhász Gyula

Karácsony felé

Szép Tündérország támad föl szívemben

Ilyenkor decemberben.

A szeretetnek csillagára nézek,

Megszáll egy titkos, gyönyörű igézet,

Ilyenkor decemberben.

... Bizalmas szívvel járom a világot

S amit az élet vágott,

Beheggesztem a sebet a szívemben

És hiszek újra égi szeretetben,

Ilyenkor decemberben.

... És valahol csak kétkedő beszédet

Hallok, szomorúan nézek,

A kis Jézuska itt van a közelben,

Legyünk hát jobbak s higgyünk rendületlen

S ne csak így decemberben.



Daczi Péter

Az EFOP-1.1.1-15

Megváltozott munkaképességű emberek támogatása kiemelt projekt megvalósításának bemutatása

II. rész – A projekt eredményeinek értékelése

A Gondoskodás folyóirat előző lapszámában megjelent, "Az EFOP-1.1.1-15 Megváltozott munkaképességű emberek támogatása kiemelt projekt megvalósításának bemutatása I. rész – Bevezetés és háttér a projekt megismeréséhez" c. cikk, amelynek folytatásaként az alábbi cikkben a projekt keretében a foglalkozási rehabilitációs tevékenység terén elért eredmények és a fontosabb összefüggések részletes bemutatására vállalkoztunk.

Két részes írásunk első felének célja az volt, hogy bemutassa a projekt szakmai kontextusát, foglalkozási rehabilitációs alrendszerbe történő illeszkedését és a szakmai beavatkozás logikáját, valamint a projekt által nyújtott fejlesztési eszközrendszert és a különféle támogatási elemeket. A cikksorozat jelen második részében a projekt adatok nyelvén kifejezhető hozzáadott értéket, valamint a projektből leszűrhető következtetéseket és tanulságokat igyekszünk majd bemutatni az olvasók számára.

Az alábbi írásban rendkívül sokféle kimutatást és diagramot jelenítünk meg a – több száz munkatárs, a több mint 20 ezer fő célcsoporttag és az érintett 10 ezer partner munkaerő-piaci integrációt célzó együttműködéséről szóló, rendelkezésre álló adatokból. Ugyanakkor a témérdek – projekt tevékenységét és eredményeit bemutató – számból és adatból származtatott szakmai információ túlmenően mégis az a legfontosabb, hogy a sorok között ne vesszen el a lényeg: a segítséget igénylő, összetett tényezőkre visszavezethető okok miatt kialakult, hátrányos helyzettel jellemezhető, egészségkárosodással vagy fogyatékossággal élő, megváltozott munkaképességű ember.

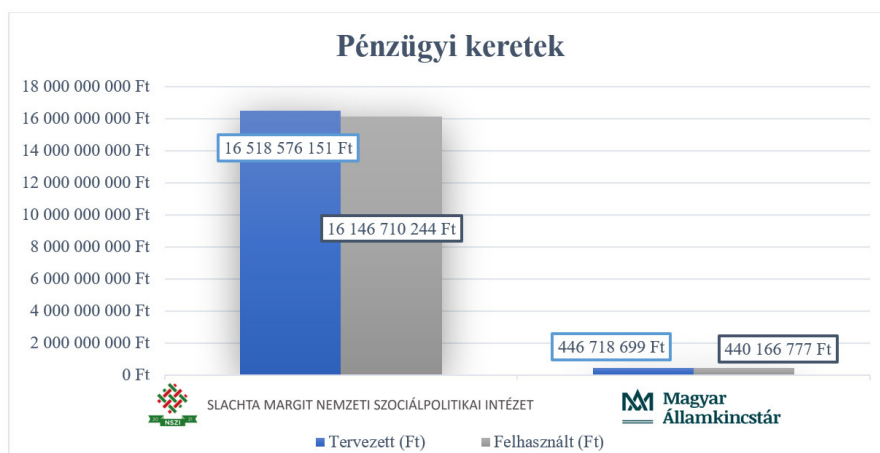
Aki nem csak anyagi jellegű, hanem személyes segít-

séget és támogatást is igénybe vehetett a projektben az egészségi állapotával összefüggésben kialakult különféle, munka világába történő belépést nehezítő akadályok leküzdéséhez. Emellett odafigyelésben, bátorításban és törődésben lehetett része, hogy a megfogalmazott foglalkozási rehabilitációs célt a gyakorlatban is felismerhesse: igenis értékes munkavállaló lehet belőle egy befogadó munkaadónál, vagy egy megfelelően megválasztott munkakörben. Sőt, mindezekon túllépve kollégáink reményt és lehetőséget mutattak fel, hogy egy munkával, közösséggel, jövedelemmel, illetve mindennapi motivációval gazdagabban élhesse az életét a megváltozott egészségi állapota és a körülmények ellenére. Ez jelentette a projekt és az abban dolgozó több száz munkatársunk legfontosabb küldetését, hogy az ügyfelünkkel együtt, közös fáradozások mentén ériük el a megfogalmazott egyéni foglalkozási rehabilitációs célokat és ennek mentén esélyt adjunk a változásra, és minden létező módon segítsük a több mint 20.500 fő ügyfelünket a megváltozott élethelyzetükhöz történő alkalmazkodás és a munka világába történő visszailleszkedés során.

Jelen írás nagymértékben támaszkodik a Projekt zárókiadványában szereplő adatokra és következtetésekre, így ennek vonatkozásában köszönöm korábbi munkatársaim segítségét, különösen Iványi Diána, Kertész Flóra, Kovács István, Ócsai Ildikó, Szűcs Dániel és Radics-Katona Beáta munkáját.

I. A Projekt eredményei

Egy projekt, így a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet által megvalósított EFOP-1.1.1-15 „Megváltozott munkaképességű emberek támogatása”



1. ábra – Pénzügyi keretek

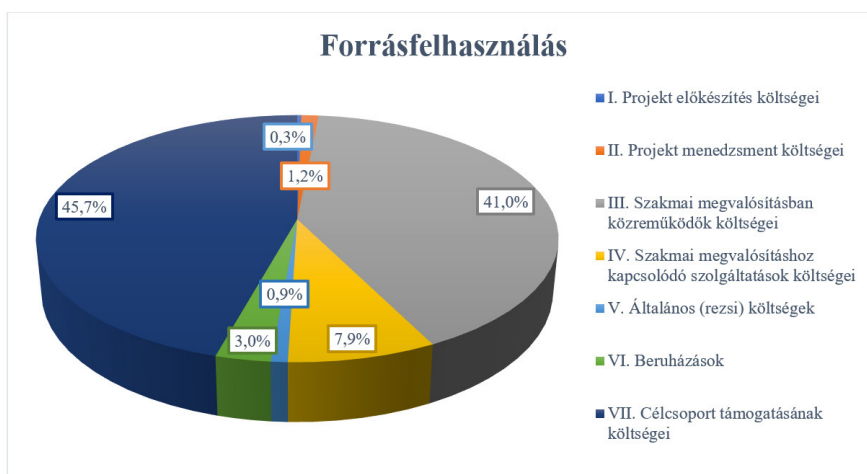
kiemelt projekt (továbbiakban: Projekt) tevékenységének megítélése és az eredmények értékelése kapcsán főként két mérőszám jelenik meg meghatározó szempontként: a forrásfelhasználás mértéke, és az indikátorok teljesítése, amely a szakmai célok elérésén túl keretet adhat egy projekt teljesítmény értékeléséhez.

Forrásfelhasználás:

A Projekt elszámolható összköltsége a konzorciumi partner Magyar Államkincstár forrásával együtt – 4 db forrásbővítést követően – 16,96 Mrd Ft volt. Az összes elszámolható költség 100%-a vissza nem térítendő támogatásként került igénylésre, ezért a Projekt esetében a saját forrás finanszírozása nem releváns, állami támogatások szempontjából a Projekt állami támogatás hatálya alá nem tartozó, közcélú, bevételt nem termelő projekt volt, így értelemszerűen pénzügyi bevétellel sem kellett számolni az esetében.

A Projekt forrásai az alábbi diagrammon látható költségvetési fősorok alapján került felosztásra. Az alábbi diagram azt mutatja be, hogy a költségvetés közel 50%-át teszik ki a célcsoportra fordítható támogatások, ezen felül több, mint 40% a szakmai megvalósításban közreműködők költsége, a maradék több, mint 10% pedig egyéb működési költség. A szakmai megvalósításban közreműködők költségébe beletartozik minden olyan – a projektben alkalmazott human erőforrás nagy többségét jelentő – tanácsadó munkatárs is, aki személyes szolgáltatásokkal segítette elő a foglalkozási rehabilitációs fejlesztések igénybevételét a célcsoporttagok számára.

A projekt a rendelkezésre álló forrásokból 16 585 Milliárd Ft-ot használt fel a későbbiekben bemutatásra kerülő eredmények eléréséhez, amely 97,7%-os abszorpciót jelent.



1. Indikátorok:

A Projekt tekintetében egy átlagos projekthez képest relatíve sokféle indikátor és egyéb elvárás került megállapításra, amely a szakmai tevékenység megvalósításának precíz alátámasztását követelte meg. A Projekttel szemben támasztott elvárásoknak való megfelelés érdekében szükséges volt az indikátorok és műszaki szakmai mutatók teljesítésének megfelelő dokumentálása, nyomon követhetőségének és ellenőrizhetőségének biztosítása. Az indikátorok és elvárt műszaki szakmai mutatók vonatkozásában nem csak papíralapon, hanem elektronikusan is rendelkezésre kellett állnia a dokumentumoknak, melyek alátámasztása tekintetében az alábbi elvárási rendszer került megfogalmazásra.

I. Indikátor: Fogyatékosággal élő résztvevők száma

- „Azok a személyek, akik a hazai definíciók alapján fogyatékkal élőként lettek regisztrálva, vagyis megfelelnek a 2011. évi CXCI. törvény 19.§ (1a) pontjában foglalt rokkantsági ellátásban részesülő személy, vagy a 22.§ a) – d) pontjában, vagy a 38/C. § (1) bekezdésében meghatározott megváltozott munkaképességű személy fogalmának. Az egyének egyszerre több hátránnyal is küzdhetnek.”

II. Indikátor: A program elhagyását követően a munkaerő-piacra vagy munkaerő-piaci programba belépők száma

- „Azok a személyek, akik ESZA támogatásban részesültek az ESZA rendelet 3. cikk (1) b) ii.) alpontjában meghatározott beruházási prioritáshoz kapcsolódó intézkedések keretében megvalósuló programokban, és az ESZA programból való kilépéskor álláskeresővé vagy foglalkoztatottá válnak, vagy elhelyezkedésük érdekében a rehabilitációs hatósággal együttműködnek.”

III. Indikátor: A munkaerő-piaci integráló programokba bevont hátrányos helyzetű személyek száma

- „Azon személyek száma összesítve, akik a programokba bevonásra kerültek és együttműködési megállapodást kötöttek, mely alapján részt vesznek az ESZA rendelet 3. cikk (1) b) i.) alpontjában meghatározott beruházási prioritáshoz kapcsolódó intézkedések keretében megvalósuló munkaerő-piaci integráló programokon. Az együttműködési megállapodást az első fejlesztő tevékenység megkezdése előtt szükséges aláírni.”

IV. Számszerűsített szakmai elvárás:

- „Azoknak a száma, akik a program keretében támogatott foglalkoztatásban részesültek és egy személyre vetítve összességében legalább 6 hónapig foglalkoztatták.”

V. Számszerűsített szakmai elvárás:

- „Azoknak a száma, akik a program során támogatás nélkül, külső szolgáltatás igénybevétele mellett elhelyezkedtek és egy személyre vetítve összességében 3 hónapig foglalkoztatták őket.”

VI. Számszerűsített szakmai elvárás:

- „Azoknak a száma, akik a program során támogatás nélkül, belső szolgáltatás igénybevétele mellett elhelyezkedtek és egy személyre vetítve összességében 3 hónapig foglalkoztatták őket.”

VII. Számszerűsített szakmai elvárás:

- „Képzést sikeresen befejezők száma, akik a projekt keretében új képzettséget vagy végzettséget szereztek.”

VIII. Számszerűsített szakmai elvárás:

- „Munkaerő-piaci ismereteket szerző személyek száma. Azok a felkészítésben részt vevő ügyfelek, akik az álláskereséshez, elhelyezkedéshez, a megszerzett állás megtartásához szükséges új ismereteket, készségeket sajátítanak el.”

IX. Számszerűsített szakmai elvárás:

- „Javul a foglalkoztatók megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatos ismereteinek szintje. A projekt keretében megvalósuló szemléletformálást célzó tevékenység eredményeként a munkáltatók széles körben jutnak új, a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásával kapcsolatos aktuális információkhoz, gyakorlati példák, egyéni tapasztalatok megosztásával változik szemléletük, javul a foglalkoztatási hajlandóságuk.”

2. Szakmai eredmények:

a) Célcsoporttagok jellemzői

Az elért eredményektől kicsit hátrébb lépve, először a programba bevont megváltozott munkaképességű személynek minősülő, egészségkárosodással vagy fogyatékosággal élő személyek főbb jellemzőit mutatjuk be a cikkünkben. A 20.576 programba vont megváltozott munkaképességű személy – rehabilitációs hatóságon belül működő komplex bizottság által, az egészségkárosodás mértéke, valamint a megmaradt képességek és a foglalkozási rehabilitáció egyéni esélyének és a szociális körülmények megítélése alapján megállapított - komplex minősítési kategória szerinti megoszlását szemlélteti az alábbi diagram. Ebből megállapítható, hogy a programrésztvevők közel 50 %-a volt együttműködésre kötelezett a rehabilitációs

Indikátor / műszaki szakmai mutató	Teljesítendő elvárás (2023.04.30-ig)	Projekt teljesítés, összesen	Elvárás százalékos teljesülése
1. indikátor - fogyatékossgal élők	20 535	20 576	100,2%
2. indikátor - kilépést követően dolgoznak vagy programba beléptek	16 317	17 654	108,19%
3. indikátor – munkaerő-piaci integráló programokba bevont résztvevők	20 535	20 576	100,2%
4. mutató - Támogatott foglalkoztatás - több mint 6 hónap	8 200	8 538	104,12%
5. mutató - Külső szolgáltatást követően min. 3 hónapig foglalkoztatott	1 250	1 264	101,12%
6. mutató - Belső szolgáltatást követően min. 3 hónapig foglalkoztatott	3 875	4 025	103,87%
7. mutató - képzést sikeresen befejezők	670	693	103,43%
8. mutató – munkaerő-piaci ismeretei bővültek	19 822	19 901	100,40%
9. mutató - IKRT-ben regisztrált új munkáltató	3 250	3 405	104,77%

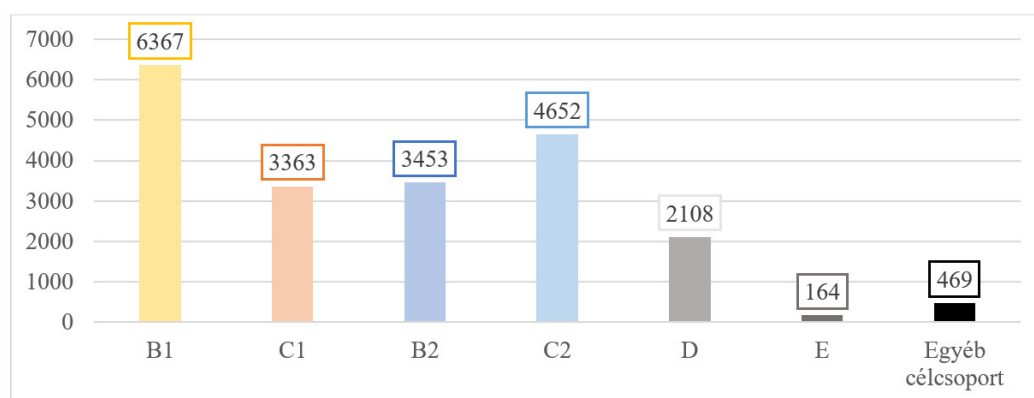
Indikátorok és műszaki szakmai mutatók teljesülése

hatósággal (B1-C1 kategória), azaz az ügyfélkör másik része, (több, mint fele) önként kérte nyilvántartásba vételét a projektbe történő belépés lehetősége érdekében. A leggyakrabban előforduló komplex minősítés a B1 (30,9%) és a C2 (22,6%) volt.

A foglalkozási rehabilitáció érdekében megoldandó problémák körét jól szemléltetik a Projektbe vont ügyfelek alábbiakban bemutatott jellemzői is. A prog-

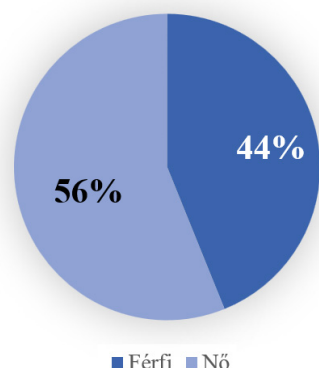
ramrésztvevők nemek szerinti megoszlása kiegyenlítődet mutat, kismértékű női túlsúllyal (56% és 44%). Az életkort tekintve az ügyfelek harmadát a 45-54 év közötti korosztály teszi ki, a célcsoport 36%-a pedig 55 év feletti, azaz a 45 éven felüli korcsoportba tartozott a célcsoport $\frac{3}{4}$ -e.

A korösszetételt bemutató diagramon könnyedén azonosítható, hogy az MMK programrésztvevők dön-

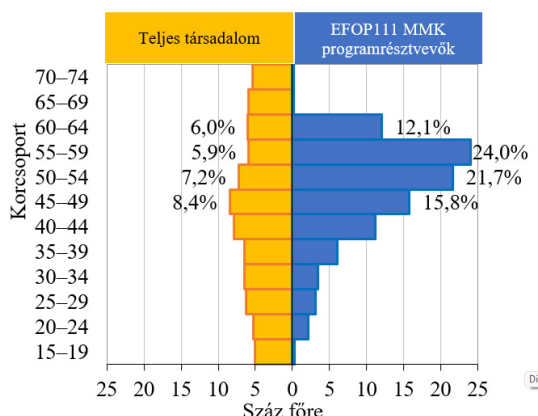


A programrésztvevők komplex minősítése

Nemek szerint

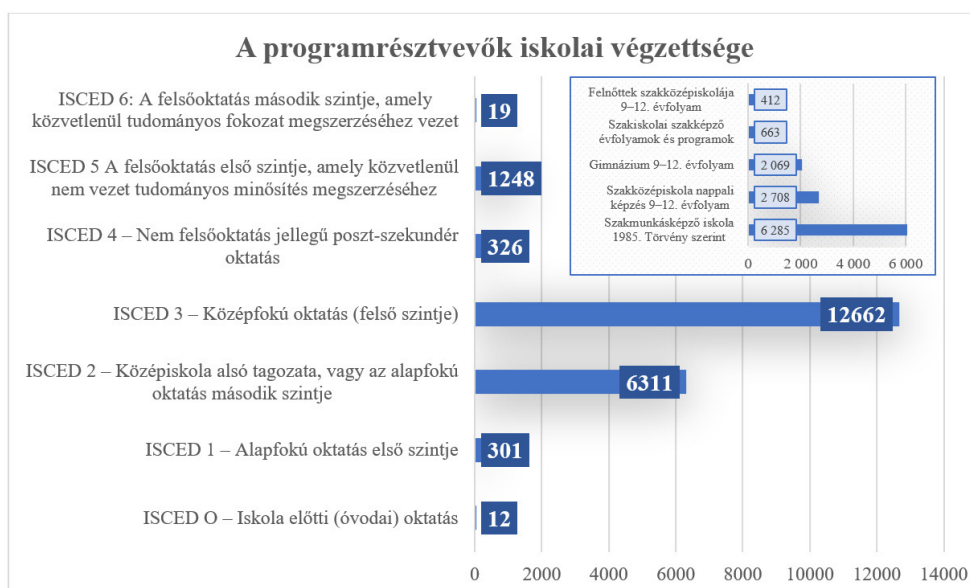


Életkor szerint



Programrésztvevők nemek és életkor szerinti megoszlása

A programrésztvevők iskolai végzettsége



Programrésztvevők iskolai végzettsége

tő többsége az 50 feletti korosztályba tartozott, amely a teljes társadalom korfájához képest egy jóval idősebb korosztályba tartozó célcsoport képét mutatja. A munkavállalói életút második felében bekövetkező egészségkárosodás miatti 50 év feletti átlagéletkor eredményeként sok célcsoporttag halmozottan hátrányos helyzetből indult neki a munkaerő-piaci integrációs folyamatnak, amely a tanácsadói hálózat elhelyezési tevékenységét is kihívás elé állította sok esetben.

A programrésztvevők iskolai végzettségét vizsgálva megállapítható, hogy többségük (61 %-uk) elvégezte a középfokú oktatás felső szintjét (ISCED 3), akik közel fele szaktanulmányi iskolában, másik fele szakközépiskolában vagy gimnáziumban tanult. Ennél magasabb végzettséggel csak kevesen (7%), míg alapfokú végzettséggel sokan rendelkeznek (32 %).

A Projektben résztvevők egészségkárosodása a be-

tegségek nemzetközi osztályozására szolgáló kódrendszer (BNO) szerint (a legjellemzőbb három betegség alapján) a keringési rendszert (20,4%), a csont-és izomrendszert, kötőszövetet (19,6%) érintik, illetve többen mentális és viselkedészavarokban szenvednek (18%).

A komplex minősítés során tett megállapítások összetétele és a munkaerő-piac, a kínálatra kedvező állapota alapján a Projekt fókuszába a rosszabb egészségi állapotú, inaktivitásba vonult, kevésbé motivált MMK személyek kerültek. Ennek következtében a szakmai tevékenységben nagy hangsúlyt kapott a fejlesztés, aminek az alapja az ügyfelek megismerése, ennek szempontjai, a megváltozott munkaképességű személyek célcsoport-jellemzőinek általános jellegű, munkaerő-piaci szempontú releváns sajátosságai a következők:

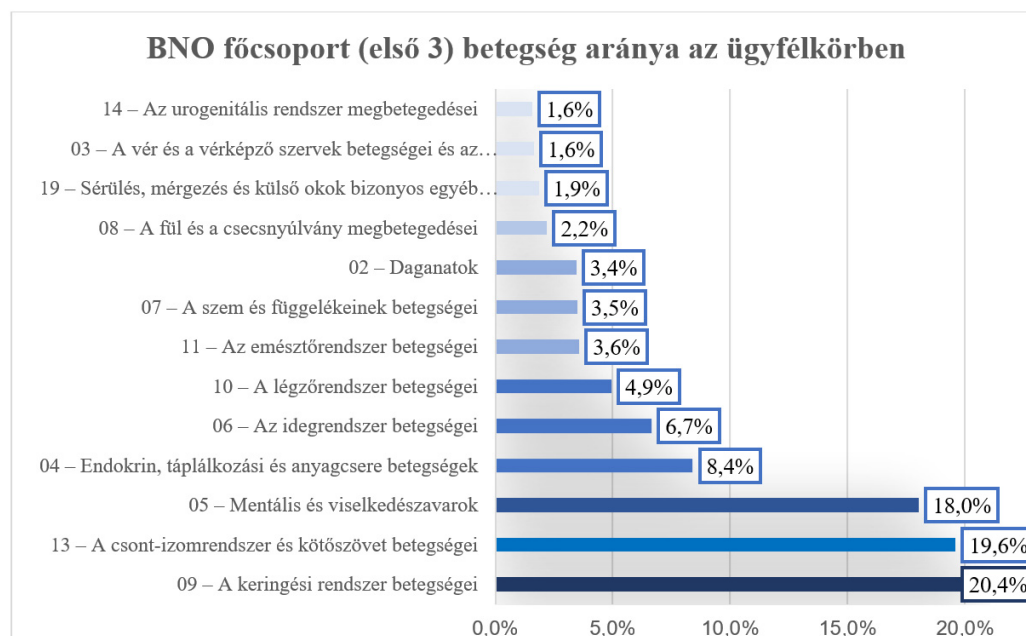
- egészségkárosodás következtében a megmaradt képességek szintje alapján csökkent munkavállalási esélyek,
- tartós munkaerőpiaci távollét miatti alacsony foglalkoztathatóság,
- alacsony iskolai végzettség,
- általában magasabb életkor,
- gyakori esetben anyagi depriváció,
- alacsony motiváció,
- mobilitási nehézségek,
- tanulási, önfejlesztési motívumok alacsony szintje,
- társadalmi kirekesztődés, izoláció, beilleszkedési képességek leépülése,
- magas fokú betegségtudat,
- fizikai és pszichés terhelhetőség határainak alulbecsülése vagy ismeretének hiánya,
- önértékelés, önbizalom alacsony szintje, eltartottság, tehetetlenség, kiszolgáltatottság érzése,
- magas szintű munkavállalói reszocializációs szükséglet (pl.: átstrukturált napirend).

Az alábbi diagramon a Profiling keretében használt komplex-és képességfelmérés 30 szempont szerinti átlagos pontszáma látható a programba vont ügyfelek tekintetében, amely alapján könnyedén azonosítható a legalacsonyabb pontszámot elérő szempontok között, hogy a tanácsadói hálózat értékítélete alapján melyek a legfőbb nehézségek és kihívások a célcsoport foglalkozási rehabilitációja során.

b) Célcsoporti fejlesztés – foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások

A Projekt célja az volt, hogy segítséget nyújtson a munkaerő-kínálatot jelentő, munkára kész állapot elérését célzó fejlesztésben érintett MMK személyek motivációjában és munka világába történő belépésében, a megmaradt képességekhez igazodó, annak megfelelő munkakör feltérképezésében, kiválasztásában, a munkavállalói és a foglalkoztatói igények, érdekek összehangolásában, a munkaerő-piaci kereslet élénkítésében és becsatornázásában, valamint a munkaerő-kínálattal történő kielégítésében, a kereslet és kínálat lokális harmonizálásában a feleknek megfelelő munkakapcsolatok kialakítása és hosszú távú fenntartása érdekében. A célcsoporttagok feltárása, bevonása és fejlesztése volt az első lépés, amellyel ez a folyamat elkezdődhetett.

A Projekt célcsoportjának bevonása 2016.05.30-án kezdődött meg. A Projekt fizikai befejezésének idejére, azaz 2023.04.30. napjáig – több időszakos mérföldköveket elérve – 20.576 fő bevonását és szolgáltatással megvalósuló fejlesztését sikerült megvalósítani. A rendelkezésre álló foglalkozási rehabilitációs eszköztár kiemelt eszköze volt a szolgáltatás révén történő fejlesztés, ugyanis az ügyfélkör esetében az egészségkárosodással összefüggő tartós munkaerőpiaci távollét alatt kialakult, a foglalkoztathatóságot és munkaerő-piaci vonzerőt nagymértékben csökkentő motívumok lebontása leginkább intenzív, személyes támogató segítség révén volt elérhető. A tartós munkaerő-piaci távollét alatt kialakult, a foglalkoztathatóságot nagymértékben csökkentő akadályok intenzív, személyes segítségen alapuló szolgáltatások egyedi kombinációja révén kerülhetnek lebontásra vagy kompenzálásra, amely a hosszú távú



Programrésztevők egészségkárosodása BNO főcsoport szerint

munkaerőpiaci sikeresség érdekében a Projektbe történő bevonás első 3 hónapjában kellett, hogy megvalósuljon. A szolgáltatások saját belső állományból, illetve külső szolgáltató által biztosított szakképzett tanácsadók közreműködésével valósulhatott meg.

A foglalkozási rehabilitáció célja – a foglalkoztatás összes szegmenséhez kötődő információk átadásán túl -, hogy az érintettek – *tekintettel egyéni állapotukra és megmaradt képességeikre* – alkalmasak és készek legyenek a teljes értékű foglalkoztatásra, a nyílt munkaerő-piacon történő munkavállalásra, a hosszú távú munkamegtartásra, valamint a munkaadók befogadóvá válásának elősegítése az érintettek alkalmazására, integrálására. A fentebb leírt célok megvalósításában **hatékony eszköz a foglalkozási rehabilitáció komplex rendszerében a belső és külső szakemberek nyújtotta professzionális szintű foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatások biztosítása, egyéni vagy csoportos formában.**

A Projekt szolgáltatás-centrikus jellegének köszönhetően, egyrészt – *a Projektben dolgozó, megfelelő végzettséggel, és tapasztalattal rendelkező tanácsadó kollégák révén* – saját bázison biztosított, másrészt *a külső foglalkozási rehabilitációs szolgáltatókat nyújtó, akkreditált szolgáltató szervezetek által nyújtott*, kiszervezett szolgáltatások is rendelkezésre álltak a célcsoporttagok és a munkaadók számára. A szolgáltatás nyújtás keretében hozzáférhető, ügyfelek és munkaadók részére elérhető foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások nagymértékben hozzájárultak a munkaerőpiaci alkalmazkodóképesség kialakításához, növeléséhez, javítva az összetett munkaerő-piaci hátrányokkal küzdő programrésztvevők elhelyezkedési esélyeit. A Projekt keretében a bevont ügyfelek számára minden olyan foglalkozási rehabilitációs szolgáltatás elérhető volt, amely a programrésztvevővel kötött, Projektbe történő bevonásról szóló megállapodás részeként kiállított egyéni rehabilitációs fejlesztési tervben meghatározásra kerültek. A szolgáltatások kiválasztásánál a tanácsadó az ügyfél profiljait kategóriát és a fejlesztendő területet, a foglalkozási rehabilitációt akadályozó problémát vette alapul, amelyhez eszközöket, és szolgáltatásokat rendelt. Tervezésénél pedig kiemelt jelentőségű volt, hogy az így meghatározásra kerülő belső és külső szolgáltatások, a foglalkozási rehabilitáció tekintetében az egyéni életpályájába megfelelő fejlesztési folyamatot, úgynevezett „fejlesztési ívet” biztosítsanak a munkaerő-piaci (re)integrációhoz vezető úton, a kiinduló állapottól a foglalkozási rehabilitáció végcéljáig vezető, tartós, támogatás nélküli elhelyezkedésig.

A szolgáltatások összes és 1 ügyfélre vetített száma:

Szolgáltatás típusa	Összesen	1 ügyfélre vetítve
Foglalkozási rehabilitációs munkatanácsadás	69 252	3,4
Foglalkozási rehabilitációs álláskeresési tanácsadás	42 261	2,1
Foglalkozási rehabilitációs célú pályatanácsadás	3 697	0,2
Foglalkozási rehabilitációs munkaközvetítés	9 639	0,5
Foglalkozási rehabilitációs mentori szolgáltatás	148 326	7,2
Foglalkozási rehabilitációt elősegítő pszichológiai tanácsadás	4 630	0,2
Foglalkozási rehabilitációs információ nyújtása	51 610	2,5
Foglalkozási rehab. elősegítő álláskeresési technikák tréning (csoportos)	956	0,05
Képzésre történő fejlesztő felkészítés (csoportos)	36	0,00
Foglalkozási rehabilitációt elősegítő újraorientáló foglalkozás (csoportos)	156	0,01
Motivációs tanácsadás (2021-től)	794	0,04
ÖSSZES szolgáltatás	330 663	16,1

Az alábbiakban a megvalósított szolgáltatástípusok láthatók a szolgáltatást nyújtó szervezet megoszlásában.

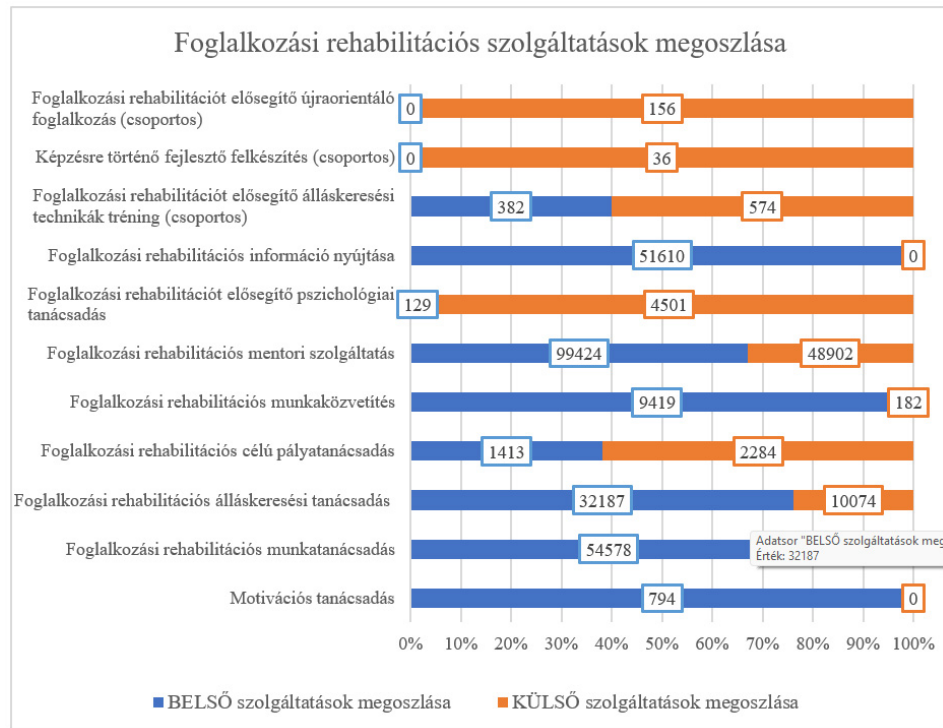
A külső és belső kapacitásból megvalósított szolgáltatások megoszlása szolgáltatástípusonként

Külső szolgáltatás támogatására, az akkreditált szolgáltató partnerek által biztosított foglalkozási rehabilitációs szolgáltatáson történő részvétel támogatására 553 Millió Ft került felhasználásra, amely 4 683 fő támogatását jelentette. Emellett külső szolgáltató szervezettől vásárolt a projekt munkaadói szolgáltatást is, amelynek eredményeként 2697 munkaadó 6567 foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásban részesült az érzékenyítést, szemléletformálást és rehabilitációs foglalkoztatási tanácsadást magában foglaló tevékenységben.

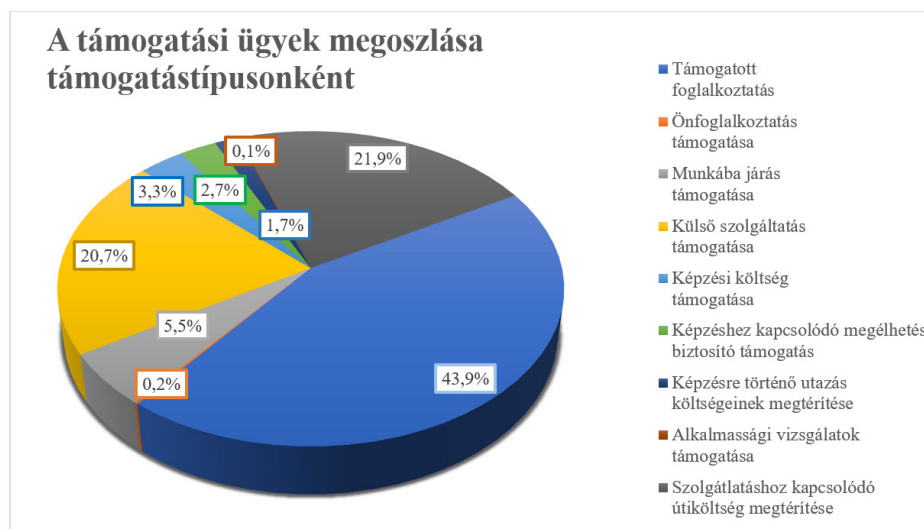
A belső szolgáltatást leszámítva a programrésztvevők rehabilitációjának sikeres megvalósulása, valamint a nyílt munkaerő-piacon történő foglalkoztatásának elősegítése érdekében az alábbi támogatási eszközök voltak elérhetőek:

c) Képzések:

Tekintettel arra, hogy a Projekt legfőbb célja a megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-kínálatának fejlesztése, valamint a munkaerő kereslet élénkítése, ennek érdekében kiemelt szerepet kellett kapnia az ügyfélkör munkaerőpiaci alkalmazkodóképesség javításának és munkavállalásra történő felkészítésének, munkaerőpiacra történő (re)integrációjukhoz kapcsolódó képességeik javításának, fejlesztésének, képzettségi szintjük növelésének.



Programrésztvevők egészségkárosodása BNO főcsoport szerint



A támogatási ügyek támogatás típusonkénti megoszlása

Mivel a különböző statisztikai célú felmérések adatai alapján alátámasztott kimutatás, hogy a megváltozott munkaképességű személyek a munkaerőpiacon erősen alulreprezentáltak, a célcsoport gazdasági aktivitási mutatói továbbra is kedvezőtlenek. A cél eléréséhez ezért a Projekt szakmai mutatói között elvárt eredmény lett, hogy a bevonható megváltozott munkaképességű személyekből legalább 670 fő sikeres foglalkozási rehabilitációját képzettség megszerzésével segítsük elő országosan.

A Projektben egyéni és csoportos képzések támogatására egyaránt adott volt a lehetőség. A támogat-

ható képzések köre a rendelkezésre álló források, a bejelentett munkaerőigények, a munkaerőpiaci előrelépések, az ügyfelek képességei, foglalkoztatási helyzete és várható elhelyezkedési lehetőségei alapján a 327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet 21/G. § (1) bekezdésének megfelelően kerültek meghatározásra. A képzések között választható volt akár egy kiegészítő képzés, mely az eredeti szakképzettség piaci értékét növelő rész-képzettség elvégzését tette lehetővé, akár szakképzetlenség esetén egy szakmaszerző képzést (az utolsó Projektszakaszban kiemelten a rehabilitációs mentor képzés), de akár egy teljesen

új szakma megtanulását (átképzés), továbbá egyéb kompetenciák fejlesztését szolgáló digitális írástudás, informatikai és idegen nyelv elsajátítása is a repertoárt képezte.

A programrésztvevők számára javasolt potenciális képzési irány illeszkedett a munkaerő-piaci elvárásokhoz. Az ügyfelek képzési irányának megfogalmazása során, valamint a megvalósított képzések vonatkozásában elmondható, hogy a számítógép-kezelői ismeretek használatának frissítésére és fejlesztésére irányuló képzések a leggyakoribb és legkedveltebb jellegű képzések voltak a megváltozott munkaképességű személyek körében. Az informatikai, digitális írástudás fejlesztése nem csak a betölthető munkakörök meghatározó részében alapfeltétel ma már, hanem az ügyfelek álláskeresésének hatékonyságát is nagymértékben képes növelni, amely a Projekt egyik fő célja volt. A számítástechnikai kompetenciák fejlesztésén túlmenően a szakmai, nyelvi és a nyelvvizsgára való felkészítő képzések is nagy számban valósultak meg a Projekt támogatásának keretein belül. A Projektben megvalósított támogatott képzések megoszlása képzési irány alapján:

Képzés jellege / típusa	Támogatott létszám (fő)
ECDL képzés (D)	254
Rehabilitációs mentor	159
Digitális írástudás (D)	90
Számítástechnikai kompetenciák fejlesztése (D)	74
Számítógépes adatrögzítő (A)	50
Építő- és anyagmozgató gép kezelője (A)	22
Nyelvi képzés (C)	21
Óvodai dajka (A)	15
Virágkötő (A)	14
Gyógymasszőr (A)	11
Raktáros (A)	11
Betanított édesipari termékgyártó (B)	11
Személy- és vagyongőr (A)	5
Műköröm építő, kéz- és lábápoló (A)	2
Villanyszerelő (A)	1
Szoftverfejlesztő (A)	1
Összesen:	741

A fenti táblázatban foglalt kimutatásból látszik, hogy a „D” képzési körbe tartozó, számítógép használatával kapcsolatos és ezen, kompetenciák fejlesztésére irányuló képzések széles skálán mutatkoznak meg a megvalósult képzések vonatkozásában.

Az ECDL, a digitális írástudás és a számítástechnikai kompetenciák fejlesztése is egyaránt a munkaerő-piac elvárásainak való megfelelést, a digitalizált munka világába történő felzárkóztatást szolgálja, azonban az egyes számítógépes ismeretek, a digitális készségek programrésztvevőnként eltérőek, így a képzési irány kialakításakor a programrésztvevő már meglé-

vő képességeinek felmérésével és azzal összhangban kerültek meghatározásra az ismert vizsgakövetelmények teljesíthetőségének, azok nehézségeinek tudatában.

Az OKJ-s bizonyítvány megszerzésére irányuló képzések körében is a digitális ismeretekre épülő, számítógépes adatrögzítő képzés élvezett prioritást, az óvodai dajka és virágkötő szakmák követelményeinek elsajátítása is népszerű volt a programrésztvevők körében. A nyelvi képzések tekintetében az angol és német nyelvterületet részesítették előnyben a Projekt támogatott programrésztvevői, valamennyi ügyfelünk államilag elismert bizonyítvánnyal zárta a képzéseket. A támogatott programrésztvevők visszajelzése alapján a munkaerő-piacra történő re-integráció céljának elérésén túl a Projekt támogatott képzései által a tanulás folyamatában megmutatkozó akadályok, a gyengébb funkcióik korrigálása, a szociális képességük fejlesztése és a mindennapi életben előforduló akadályozottságukból származó hátrányaik is csökkentek.

Az ügyfelek fejlesztése és a Projekt keretében megvalósított képzések tekintetében kiemelendő, a 2022.07.01-től a Projekt középpontjába állított rehabilitációs mentor képzés, ugyanis ennek során a programrésztvevők olyan tudással kerültek felruházásra, amely nem csak a saját életükre volt ráhatással, hanem a képzés elvégzését követően sorstársaik, azaz más megváltozott munkaképességű személyekre is. Tehát egy ügyfél képzésével a Projekt nem csak az adott képzésen résztvevő ügyfél helyzetét volt képes előmozdítani, hanem rajta keresztül más segítségre szoruló egészségkárosodással élő ember helyzetét is. A képzés a konvergencia régióban található, elsősorban megyeszékhelyekre fókuszáló 10 helyszínen és időpontban kerültek megtartásra, 159 fő részvételével, a projekt keretében kidolgozott tananyag alapján.

d) A Projekt munkaadói kapcsolatrendszere

A munkaadói kapcsolattartás célja az alábbi résztvevők megvalósítása révén a munkaerő-kereslet növelése és becsatornázása volt a célcsoporttagok elhelyezkedési esélyeinek és a potenciális munkakörök palettájának növelése érdekében:

- **Tájékoztatás, érzékenyítés, szemléletformálás** a megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatban.
- A potenciális, nyílt munkaerőpiaci munkaadók tájékoztatása a megváltozott munkaképességű személyek alkalmazásához kapcsolódó **információkról, előnyökről.**

- A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását leginkább **akadályozó vélelmek, prekoncepciók és sztereotípiák tompítása, megfordítása.**
- **A foglalkoztatási döntés elősegítése, a munkaadó ösztönzése** a foglalkoztatás megvalósítására.
- Tanácsadás a célcsoport érdekeinek és lehetőségeinek leginkább **megfelelő munkakör kialakítására.**

A Projekt 2019. nyaráig főleg támogatásalapú modell alapján működött, ez határozta meg a munkatársak szakmai tevékenységét. **A 3. forrásbővítés követően azonban a szakmai tevékenységben a hangsúly a munkaadói szolgáltatások elterjedésére, elmélyítésére és a támogatás nélküli elhelyezések nagyobb arányára helyeződött.** Ezen tevékenység támogatásához 2019. novemberétől nyilvántartásra került minden munkaadó, akivel a munkatársak felvették a kapcsolatot, minden munkaadónak nyújtott szolgáltatás attól a pillanattól kezdve, amikor a munkáltató felkeresésének eredménye alapján további egyeztetés, tanácsadás igénye merült fel, illetve minden olyan munkaerőigény, ahol felvették a kapcsolatot a munkáltatóval, és a munkaadó nyitott volt megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatására.

A munkaadók szemléletformálása, érzékenyítése, elhelyezések támogatása érdekében a Projekt munkatársai minden lehetséges foglalkozási rehabilitációs szolgáltatást felhasználtak, hogy a munkaerő-piac keresleti oldalát élénkítsék, ezáltal a megváltozott munkaképességű emberek elhelyezkedési esélyeire pozitív hatást gyakoroljanak. Ezen tevékenységbe 7.929 munkaadó került bevonásra, akik részére belső kapacitásból összesen 40.270 darab szolgáltatás nyújtása valósult meg az alábbi diagram szerinti megoszlásban.

Ez alapján látható, hogy a projektben 2020. őszét követően, 2022 nyaráig átlagosan, havonta mintegy 1000 db munkaadó 1750 munkakörben 4500 fő MMK munkavállaló felvételére lehetőséget adó munkaerő-igényét tartottuk számon, a munkaerő-kereslet élénkítésére gyakorolt projekthatásnak és a megvalósított munkaadói kapcsolattartási tevékenységnek köszönhetően.

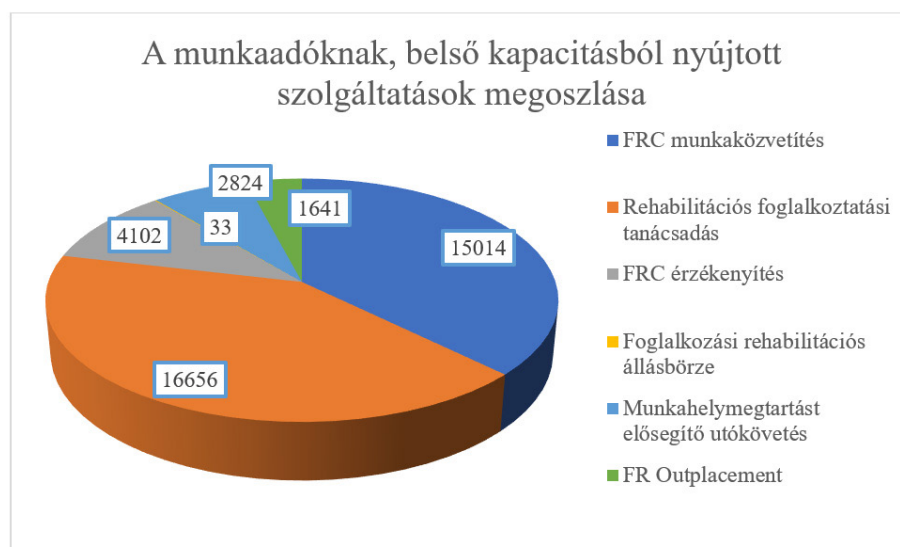
Összességében, a 2016 nyarán megkezdett szakmai tevékenység során a Projekt munkatársai:

- 6.621 db munkaadónál, összesen 19.863 db munkaerőigény keretében 33.833 üres, célcsoporttagok számára betölthető álláshely feltárását valósították meg,
- amiből 3.170 munkaadó csak támogatott és 2.674 munkáltató csak támogatás nélküli foglalkoztatási igényt jelzett, mindkettő lehetőség iránt összesen 777 foglalkoztató érdeklődött,
- ennek eredményeképpen összesen 4.069 db munkaadónál helyezték el az ügyfeleket.

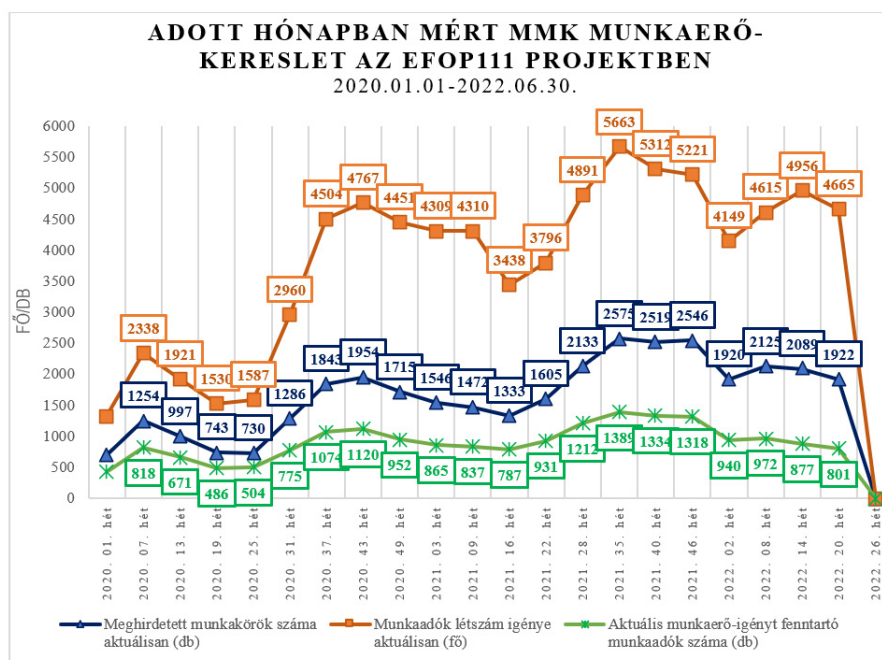
e) Elhelyezések

A közös kormányzati és társadalmi intézkedések az irányba mutattak az elmúlt években, hogy minden személy számára az esélyegyenlőségi elv alapján megteremtődjön a munka világába történő belépés. Igaz ez a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának és munkaerő-piaci hátrányainak csökkentésére is.

A Projekt megvalósításának időszaka alatt a megváltozott munkaképességű személyek számára több olyan kitörési pont is kihasználásra kerülhetett, melynek eredményeként, köszönhetően a célcsoport fejlesztés, motiváltság növelés, a munkaadói szemléletformálás és abból fakadó megnövekedett munkaadói



A munkaadóknak, belső kapacitásból nyújtott szolgáltatások megoszlása



A szolgáltatások hatására, a 2020-tól aktívan mért munkaerő-kereslet tekintetében az alábbi diagrammon látható tendenciák mutatkoztak, döntően a koronavírus gazdasági hatásai, illetve a szakaszos projektmegvalósítás miatti projektzárásra való felkészülés hatására

igény, kereslet becsatornázása és orientálása hatására kellő számú munkára kész állapotú megváltozott munkaképességű ügyfél helyezkedhetett el akár támogatással vagy támogatás nélkül.

A célcsoport a különböző álláskeresést elősegítő, munkaközvetítést és motivációs tanácsadást tartalmazó foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások biztosításával támogatás nélkül, vagy foglalkoztatásba kerülés ösztönzését elősegítő támogatott foglalkoztatás mellett kerültek elhelyezésre elsősorban a nyílt munkaerőpiacon, melyek eredményeként megszerzett munkatapasztalat, munkagyakorlat nagymértékben növelte a munkaerő-piacon történő re-integrációt, a tartós foglalkoztatás lehetőségét.

A projekt keretében elért aggregált eredmények:

Eredmény	Érték
Partnerszervezetek száma	3 615 db
Munkaadói kapcsolatok száma	8 826 db
Szolgáltatások száma	331 357 db
Támogatott foglalkoztatás	9 701 db
Célcsoporttámogatásra felhasznált forrás (millió Ft)	7 553,9 M Ft
Bevont programrésztvevők	20 576 fő
Feltárt álláslehetőségek száma	33 833 db
Elhelyezési eredmények	15 530 fő
Elhelyezési arány (%)	75,5%

A statisztika egyértelműen alátámasztja, hogy a megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci kormányzati célkitűzéseinek eléréséhez - a

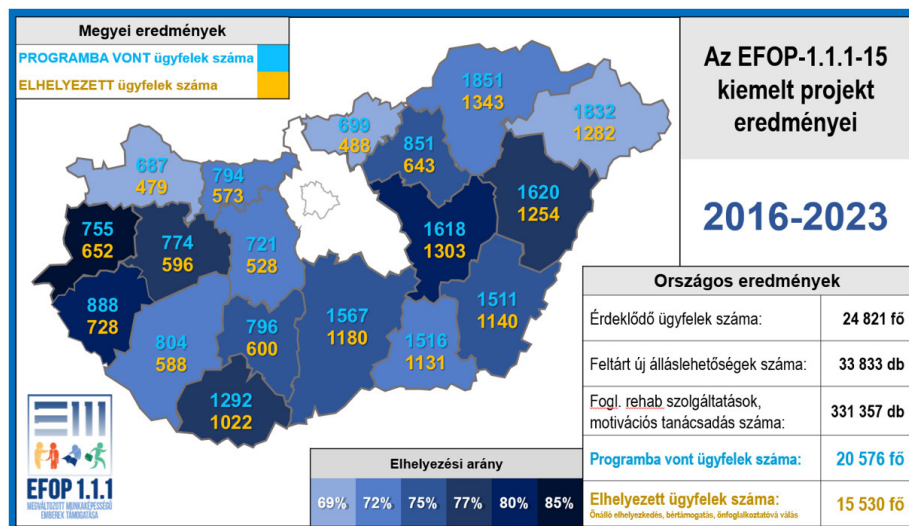
foglalkoztatottságuk emeléséhez - a korábbi években is nélkülözhetetlen volt és a továbbiakban is szükség van egy olyan, már jól bejáratott, a célcsoporttal már tapasztalattal rendelkező és eredményes, hatékony segítséget nyújtó konzekvens projektre, amely hozzájárul a munkaerőpiaci re-integrációjukhoz.

f) Aktivitás és foglalkoztatás

A Projekt keretében 2021. őszén 80.000 fő megváltozott munkaképességű személy megszólítását lehetővé tevő eredményes adatkérés valósult meg a Magyar Államkincstártól, ami jelentős mértékben segítette a célcsoport széles körének tájékoztatását a Projektben igénybe vehető lehetőségekről, aminek köszönhetően jelentősen javulhat a célcsoport munkaerő-piaci aktivitása, foglalkoztatottsága. A Projekt munkatársai első körben a telefonszámmal rendelkező 35.000 ügyfél megkeresését tűzték ki célul. Ennek eredményeképpen 2021. november közepétől kezdve 11.274 B2 vagy C2 komplex minősítési kategóriába sorolt megváltozott munkaképességű személy került megszólításra, munkaerő-piaci helyzetük, álláskeresői preferenciáik felmérésre.

Ezzel párhuzamosan 2021. IV. negyedévében megvalósult a Projekt teljes ügyfélkörének (közel 20.000 fő) megkeresése, ebből 15.611 fő elérése a 2020. márciusa óta működtetett munkaerő-piaci monitoring tevékenység keretében. A státuszfelmérésre első

A Projekt az alábbi eredményeket érte el területi szinten a bevonás és a foglalkoztatás vonatkozásában:



Országos eredmények a célcsoport támogatott és támogatás nélküli foglalkoztatottsága területén

körben a koronavírus által okozott gazdasági károkat követő létszámleépítések hatásainak vizsgálata és a válságkezeléshez szükséges információk rendelkezésre állása érdekében került sor.

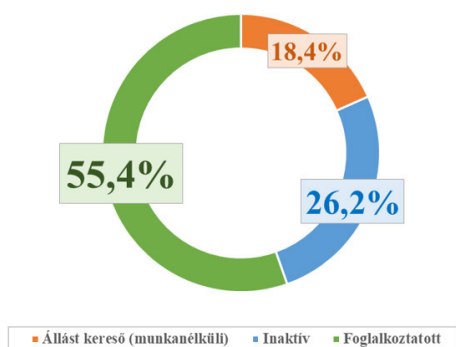
A két tevékenység párhuzamos megvalósítása és az ez alapján rendelkezésre álló információk hasonlósága lehetőséget teremt a Projektbe vont és az eddig önállóan, segítség nélkül munkába álló, állást kereső vagy esetleg inaktivitásba lépő megváltozott munkaképességű személyek munkaerőpiaci helyzetének összehasonlítására. A 15.611 elért programrésztvevő közül 5.979 fő tartozik a nyilvántartásban szereplő és elért 11.274 fő megváltozott munkaképességű személlyel azonos, B2 vagy C2 komplex minősítési kategóriába.

A B2-C2 komplex minősítési kategóriába sorolt MMK ügyfelek munkaerő-piaci állapotfelmérésének statisztikai kimutatása (2022 év első negyedéve, kon-

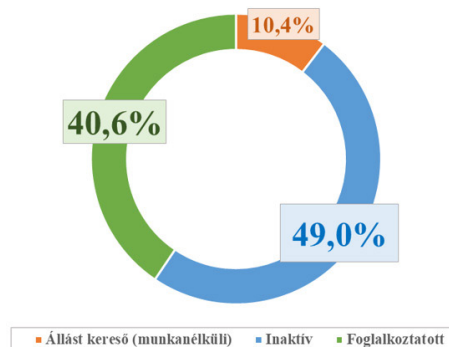
vergencia régiók) alapján, a felmérések eredményeinek összehasonlításából levonható következtetések alapján egyértelműen mérhető a Projekt foglalkozási rehabilitációs hozzáadott értéke a célcsoport foglalkoztatására és a munkaerőpiaci aktivitására egy és ugyanazon célcsoport vonatkozásában:

A két kördiagram egyértelműen tükrözi, hogy milyen különbség van az ügyfeleink és a Projekttel kapcsolatban nem álló megváltozott munkaképességű ügyfélkör munkaerő-piaci helyzete között. A felmérések alapján a Projektben igénybe vehető szolgáltatások és támogatások pozitív hatása a célcsoport gazdasági aktivitása és foglalkoztatottsága vonatkozásában egyértelműen kimutatható. A Projektben résztvevő korábbi és jelenlegi ügyfelek 55,4%-a áll munkaviszonyban, ezzel szemben a Projekttel kapcsolatba nem kerülő, önállóan „állást kereső” hasonló célcsoporti körbe

B2 és C2 kategóriába sorolt ügyfelek EFOP111 kiemelt projekt



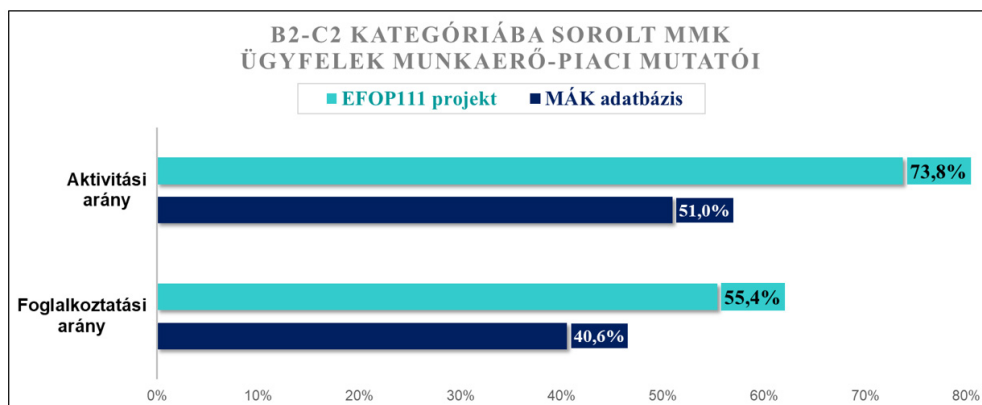
B2 és C2 kategóriába sorolt ügyfelek MÁK Adatbázis (önálló üf.)



B2-C2 komplex minősítési kategóriába tartozó MMK személyek munkaerőpiaci státuszának összehasonlítása a Projektben való részvétel alapján

tartozó MMK személyek közül csak a megkérdezettek 40,6%-a áll foglalkoztatásban, azaz több, mint 37%-kal magasabb a Projekttel kapcsolatba került célcsoport foglalkoztatási aránya a Projekttel nem együttműködő ügyfélkörhöz képest.

hálózat 2022-ben történő megszűnése visszaesést idézhet elő különösen a leghátrányosabb helyzetű megváltozott munkaképességű személyek elhelyezkedése terén egy következő hasonló célú intézkedés megvalósításáig.



B2-C2 komplex minősítés kategóriába tartozó MMK személyek aktivitási és foglalkoztatási aránya

A Projekttel kapcsolatban álló ügyfelek 26,2%-a munkaerő-piaci szempontból inaktív, 18,4%-a szeretne elhelyezkedni. Ezzel szemben a rendelkezésre bocsátott nyilvántartás alapján felkeresett, munkaviszonyban nem álló ügyfelek közel fele kivonult a munkaerőpiacról (inaktív), és csak 10,4%-uk aktív, állást kereső munkaerőpiaci résztvevő. Ez az adatkör egyértelműen mutatja, hogy a Projektben korábban részt vevő ügyfelek munkaerő-piaci aktivitása, foglalkoztatásra való nyitottsága jóval magasabb.

II. Fontosabb következtetések

Az alábbiakban a Projekt 89 hónapos megvalósítási időszakában szerzett tapasztalatokra támaszkodva kerülnek bemutatásra a projektszintű tanulságok és következtetések.

1. Szakaszos projektmegvalósítás

A Projekt keretében 4 forrásemelés mellett 20 db Projektidőtartam hosszabbítás valósult meg. A Projekt által nyújtott szolgáltatások oldaláról, mind az MMK munkavállalói, mind munkáltatói oldalról megszakadt a folyamatos hozzáférés a Projekt által biztosított szolgáltatásokhoz, az inaktív MMK személyek céltudatos szolgáltatásalapú feltárása és a munkaadók folyamatos állásfeltárási célú szondázása is több alkalommal felfüggesztésre került. A 10 év alatt közszolgáltatás-szintűvé váló, rehabilitációs hatóságokkal történő munkamegosztásra épülő foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások, az iroda- és tanácsadói

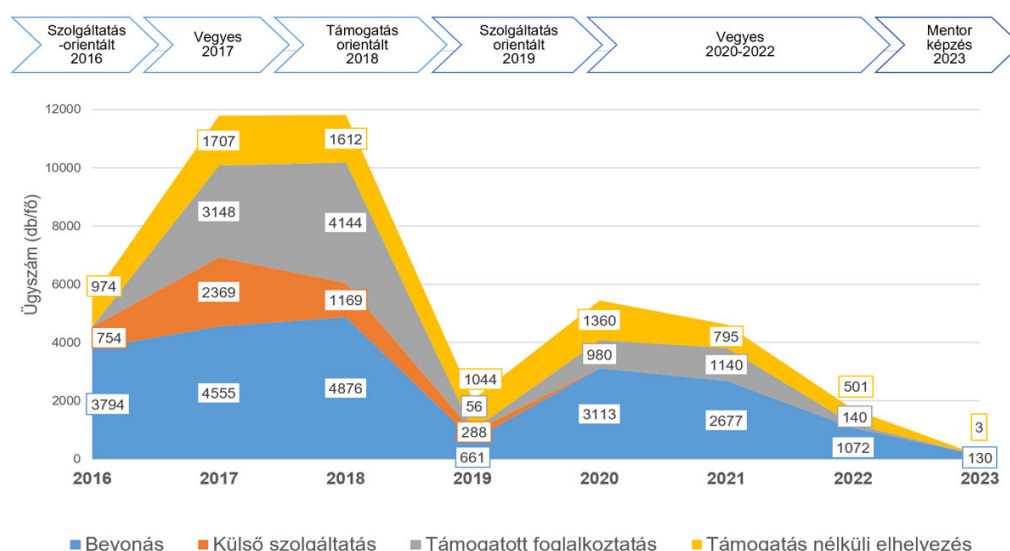
2. Alkalmazkodás a szakmai koncepcióváltáshoz

A Projekt tervezésekor az alkalmazandó szakmai koncepció, a foglalkozási rehabilitációs segítői tevékenység szolgáltatásorientált jelleggel került tervezésre, kiemelten az akkreditált szolgáltató szervezetek történő aktív együttműködés és a külső szolgáltatás támogatás hangsúlyával. Az első két (2-2 Mrd Ft-os) forrásbővítés időszakában módosult a Projekt szakmai koncepciója, amelynek keretében a támogatott foglalkoztatás kiemelt szerepe (és forrásfelhasználása) mellett támogatás-orientált szakmai koncepció lett a vezérelv. Ezt követően – a Projekt forrásbővítés nélküli hosszabbítása során – mindig előtérbe került a szolgáltatás-orientált Projektmegvalósítás, amely során a bértámogatás hiányában a támogatás nélküli foglalkoztatásba helyezés volt a domináns tevékenység. A tapasztalatok alapján a hasonló koncepcióváltások elbizonytalanítják a megelőző szakaszra kialakított szakmai koncepcióba vetett hitet, illetve az alkalmazkodás és szervezeti adaptáció extra erőforrásokat és időt igényelhet, amely csökkentheti a szakmai tevékenység eredményességét.

A tevékenység és az elért eredmények vonatkozásában az alábbi diagram mutatja be a Projekt évekre lebontott tevékenységének összetételét (*szomszédos oldal*).

3. Kiegyensúlyozott támogatás felhasználás

Az 1. pontban jelzett szakaszos projektmegvalósítás, illetve a 2. pontban jelzett szakmai koncepcióváltás egyrészt a munkaadói partnerek percepcióját és hoz-



Tevékenységek volumene évekre bontva

záállását, másrészt a projektmegvalósítók szakmai munkavégzését is meghatározza, hiszen más-más munkaadói partneri kör jelenik meg felvevőpiacként a támogatott foglalkoztatás és a támogatás nélküli foglalkoztatás projekttevékenységek esetében. Azt ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a dömpingszerű támogatás felhasználás a tapasztalatok alapján csökkenti a támogatás nélküli elhelyezésbe segítség lehetőségét és igényét, amelyet hosszú távú, éves szintű, kiszámítható mennyiségi tervekkel lehet elensúlyozni.

4. Munkaadói szolgáltatás

A foglalkoztatók számára biztosított szemléletformálási és érzékenyítési, tanácsadási szolgáltatások a Projekt megvalósítása során bővültek és strukturálódtak, ugyanakkor a Projekt keretében tervezett szolgáltatás-fejlesztési, professzionalizálódási és standardizálási folyamat kevésbé intenzíven valósult meg. A jövőbeni projektek esetében érdemes megfontolni egy

- megyei vagy országos rehabilitációs foglalkoztatási tanácsadói (sales) csapat alkalmazását, illetve
- a munkaadóknak biztosított szolgáltatások bizonyos körének piaci alapúvá tételét, ugyanis több visszajelzés alapján a munkaadók egy része jóval alacsonyabbra értékeli a számukra ingyenesen biztosított szolgáltatások körét.

5. Ügyfeleknek nyújtott szolgáltatások specifikus és standardizált jellegének feloldása

A megváltozott munkaképességű emberek célcsoportja rendkívül heterogén, sokféle fejlesztési szükséglet megjelenése mellett. Fontos irány lehet egy jövőbeni projekt tekintetében a fogyatékosági célcsoportok számára nyújtható specifikus szolgál-

tasokra törekvés mellett a tanácsadás személyre szabott, egyedi igényekre reagáló módon történő további fejlesztése. A Projektben kialakított képesség és helyzetfelmérés, illetve profilings, valamint a szükségletekre reagáló fejlesztés-tervezési rendszer lépéseit emiatt a jövőben érdemes lehet továbbfejleszteni.

Emellett kiemelt jelentőségű, hogy országosan standardizált jellegű (iratmintákon alapuló) szolgáltatásokat biztosítson egy hasonló projekt, amelyben megfelelő súllyal képesek megjelenni az egyéni élethelyzetre és problémákra reflektálni tudó szolgáltatási modulok. Emellett kiemelt jelentőségű lenne a pszichológiai szolgáltatáshoz történő hozzáférés biztosítása, legalább megyeközponti helyszíneken, valamint a kiégést megelőző szupervízió magas szintű használata is elősegítheti a feladatellátás minőségének növelését.

6. Szakmai képzések magasabb száma és keresletvezérelt jellege

A Projekt célcsoportját alkotó megváltozott munkaképességű személyek átlag életkora meghaladja az 50 évet, melynek következtében jellemző álláskeresési nehézséggé vált az ügyfelek elavult szakképzettsége. Emellett az egészségi állapot változása sok esetben a tanult és korábban gyakorolt szakmában történő munkavégzés – foglalkozás egészségügyi – alkalmasságának elvesztésével járt, amely miatt egy új, megmaradt képességekkel kompatibilis szakma megszerzése magas szinten hasznosulhat a sikeres foglalkozási rehabilitáció érdekében. Ezt a folyamatot a 21. századi technológiai fejlődés, azaz a digitalizáció felgyorsulása tovább tetézte, ugyanis a munkaerőpiac egyfajta strukturális átalakuláson ment át,

ami a korábban jellemző munkaköröket a periféria irányába mozdította el, illetve az álláskeresésben is egyre inkább alapelvárássá válik az elektronikus jelleg. A fentiekén túl kiemelendő a munkaerő-kereslet területi megosztottsága, ugyanis a földrajzi területek sok esetben gazdasági és munkaerőpiaci értelemben is rendkívül megosztottak, tehát a keresleti és kínálati oldal nem, vagy csak minimális mértékben kerül összhangba. Ezen okokból kifolyólag a képzési rendszereket célszerű keresletvezérelt jelleggel megvalósítani, mivel az ügyfelek elhelyezkedési esélyei így sokszorozódhatnak. Emellett érdemes megfontolni az elődprojektben alkalmazott, rövid időtartamú, motivációs és önismereti célú, kompetencia-fejlesztő vagy munkaerő-piaci tréningek nagy mennyiségben történő alkalmazását.

7. Eljárásrendek és útmutatók részlet-szabályozottsága

A Projektben a feladatellátás szabályozottsága tekintetében a mélyebb szintű részletszabályozás vagy dereguláció kérdéskörben a szabályozottság mellett tettük le a voksunkat a keretek meghatározásával járó liberálisabb vezetői koncepció helyett. Ennek a célja az volt, hogy a potenciális hibázási lehetőséget leszűkítsük, illetve az iratminták révén meghatározzuk a gondolkodási és eljárási kereteket. A Projekt eredményei alapján, illetve az ellenőrzések tapasztalatai mentén jó irányt jelenthet ez a jövőre nézve is, ugyanakkor számolni kell azzal, hogy a hosszú és részletes szabályozás felett könnyebb elsiklani a részletek felett és így több a hibázási lehetőség, illetve a magasabb szintű adminisztráció bürokrácia igénye is magasabb, amely más tevékenységek elől vonhat el erőforrást.

8. Tanácsadói hálózat és irodák fizikai hozzáférhetősége

A 2020-as évekre a teljes körű akadálymentesítés igénye alapvető elvárás, amely a fogyatékos személyek szolgáltatáshoz történő hozzáféréseinek az alapja. Az irodahálózat a személyes tanácsadás terepén túl segíti a számítógéppel és / vagy internet-hozzáféréssel nem rendelkező ügyfelek számára számítógép-használat biztosítását az állásportálok, kiemelten az Érték Vagy! Portál használatát. Fontos szempont ugyanakkor, hogy a Projekt bérelt irodáinak többsége esetében, az 1. pontban részletezett okok miatt negatív tényezőként felmerül, hogy a bérbeadók nem feltétlenül szeretnék egy nagyobb befektetéssel járó akadálymentesítési beruházást foganatosítani amennyiben nem hosszú távra jelentkezik a bérleti igény, emellett a kisebb városokban nem feltétlenül van bérelhető akadálymentes iroda portfólió. A rezsi-válságra adott lehetséges válaszok irányával szembe

megy, de érdemes lehet az irodák számát (a Projektben alkalmazott 42 szolgáltatási helyhez képest) tovább bővíteni a fizikai hozzáférés biztosítása érdekében, ugyanis a célcsoport esetében, főként az inaktívak között nagymértékben fennáll az utazási, mobilitási lehetőségek korlátozott jellege, amely okok miatt országos szinten minél nagyobb lefedettségre érdemes törekedni.

9. Ügyfél-utánkövetés, monitoring

A monitoring rendszer működtetése, melynek keretében a Projektből már kilépett ügyfelek munkaerőpiaci helyzete került vizsgálatra, felülmúlta a várakozásokat, ugyanis a gyűjtött adatokból nem csak a Projekt eredményességének mérése valósulhatott meg, hanem egyfelől a készített elemzések vizsgálatával beazonosításra kerülhettek a különböző potenciális munkaerő-piaci beavatkozási pontok és irányok, másfelől feltérképezésre került a foglalkozási rehabilitációban további segítséget igénylők köre. A monitoring rendszer repetitív jellegéből adódóan rendkívül erőforrás-igényes (főként 15 ezer fő telefonos felmérése esetében), ugyanis a megfelelően alátámasztott stratégiai tervezés kivitelezéséhez a korábbi ügyfélkörből reprezentatív mintavétel alapján kiválasztott ügyfelek megszólítása nem elegendő, helyette minden érintett, programból kilépett megváltozott munkaképességű személyt fel kell keresni. A COVID-19 munkaerő-piaci hatásainak mérése érdekében kialakított monitoring rendszer működtetése erőforrás igényes, amelyben 4-6 havonta valósul meg az ügyfelek megkeresése, utánkövetése és a segítséget igénylők szolgáltatásokkal és állásajánlatokkal történő ellátása. A segítséget igénylő – Projektből kilépett – korábbi ügyfelek köre (2-3 ezer fő) egyfajta „másodlagos” célcsoportként jelent meg az aktuális programrésztvevők mellett, amelyből a továbbfoglalkoztatási intézkedésrendszer mellett a feltárt munkaerő-kereslet igényeinek kielégítése is megvalósult. Összességében megállapítható, hogy a monitoring rendszer működtetése hasznos volt, mivel rávilágíthat a célcsoportot érintő fontos információkra, összefüggésekre, emellett feltérképezheti a segítséget igénylők körét, támogatja az ügyfélkör utánkövetését és a munkaadók igényeinek magasabb szintű kielégítését, valamint a Projekt időtartamán túlnyúló pozitív hatások biztosítását, ugyanakkor a rendszer megfelelő szintű működtetése magas humán erőforrás igényel bír, amely más feladatok elől veheti el az energiát.

10. Akkreditált munkaadók

Az akkreditált munkaadók fontos partnereit alkották a Projektnek, és szerepük elvitathatatlan a megváltozott munkaképességű és fogyatékosággal élő em-



berek munkaerő-piacán. Több – alacsony foglalkoztathatósággal bíró, vagy hátrányos helyzetű lokális munkaerő-piacon élő – ügyfél esetében jelentett a védett foglalkoztatás kiutat az akár évek óta tartó inaktivitásból, ugyanis az akkreditált munkaadóknál meglévő foglalkozási rehabilitációs tapasztalat és az erre épülő olajozott gépezet könnyedén szívta fel a sok szempontból deprivált, kistelephelyen élő, elszegényedett, adekvát iskolai végzettséggel nem rendelkező megváltozott munkaképességű személyeket. Ugyanakkor az is nyilvánvalóvá vált, hogy a kvalifikáltabb és/vagy a munkaerőpiaci alkalmazkodóképesség magasabb fokával bíró ügyfélkör számára a jogalkotók eredeti szándékával ellentétben nem ugródeszkeként, azaz nem átmeneti fázisként jelenik meg a védett foglalkoztatás, hanem sok esetben ezen ügyfelek megragadnak a védett foglalkoztatás keretei között annak ellenére, hogy ők valószínűsíthetően költségvetési bértámogatás nélkül, a saját lábukon is megállhatnának a nyílt munkaerő-piacon (amelyhez a Projekt megfelelő munkaerő-kereslet tudott biztosítani). Tapasztalataink alapján a tranzitálás alacsony határfokkal működik, így a megváltozott munkaképességű személyek nyílt munkaerő-piacára érdemben pozitív hatást nem gyakorol, ellenben a lépcsőzetes foglalkozási rehabilitációs folyamat megakadása / lassulása csökkenti a potenciális piaci munkavállalási lehetőségeket az MMK személyek körében és nem támogatja a potens munkavállalókat a nyílt munkaerő-piacon való megjelenésben. Olyan win-win megoldások kidolgozása lenne indokolt a jövőbeni hasonló projektek esetében, amelyek keretében a tranzitálás, mint összetett tevékenység mind az MMK személy, mind az akkreditált munkaadók mind az elsődleges munkaerőpiaci foglalkoztatók számára előnyös és abban történő tevőleges részvétel egyértelmű haszonnal jár.

11. Adminisztráció egyszerűsítése

A Projektet gyakran érte az a kritika, hogy magas adminisztrációt igényel akár ügyintézői, akár partneri, akár a rehabilitációs hatóságok oldaláról. Ennek okai leginkább a korábbi projekt tapasztalatai, a magas szintű ellenőrzéstűrési kötelezettség, illetve az ebben a fejezetben bemutatott főbb alapelvekben keresendők. A Projektbe történő bevonás feltételrendszere jogszabályon, illetve a felhíváson alapult, a külső szolgáltatók és a munkaadó partnerek felé történő magas elvárások pedig szintén az EU-s és hazai támogatás-felhasználási és elszámolási elvárások maximális teljesítése érdekében kerültek kialakításra. Természetesen ezen célok – szabályos, célirányos és költséghatékony segítői tevékenység és szakmai

teljesítés, lehetőség szerinti teljes körű abszorpció – maradéktalan megtartása mellett a papírfelhasználás és a bürokrácia csökkentése, illetve az ügyintézésre fordítandó időigény racionalizálása a jó állam koncepciója szellemiségében mindig megfontolandó szempont egy későbbi, hasonló projekt tervezése és megvalósítása során.

12. Munkaadói prognózis

A megváltozott munkaképességű személyek vonatkozásában készült munkaerő-piaci előrejelzés hasznos és hiánypótló tevékenység volt, amely segítette a munkaadói motiváció és a foglalkoztatáshoz kapcsolódó preconcepcióik megértését. Kétévenként érdemes lett volna megismételni a felmérést a változások idősoros követése érdekében, ugyanakkor a munkaadói szolgáltatás vásárlás, majd a munkaerő-kereslet követését lehetővé tevő intenzív munkaadói kapcsolattartás és érdemi adatgyűjtés (munkaadói tábla) mind-mind lehetővé tette a kevésbé mély, de hasonló célú elemzések megvalósítását a munkaerő-piaci következtetések levonása és a beavatkozási lehetőségek követése érdekében.

13. Adatalapú, statisztika orientált tevékenység

A Projekt működése során hatalmas adatbázisok halmozódtak fel az érintettek vonatkozásában, így a vezetett nyilvántartások a nyilvánvaló pénzügyi analitikákon túl kiterjedtek a munkaadók és értelemszerűen a programrészvevők természetes és a foglalkozási rehabilitáció szempontjából releváns adataira. Az adatgyűjtést a Projekt tervezhetősége, az eredmények kontrollja és a gyors beavatkozások megvalósíthatósága, a célcsoportot érintő mélyebb összefüggések megértése, illetve a szakmai feladatok racionalizálása indokolta. Emellett az összegyűjtött adatok későbbi kutatások és elemzések tárgyát képezve lehetővé tehetik a foglalkozási rehabilitációs folyamatok áramvonalasítását és hatékonyságának növelését, elősegíthetik big data jellegű fejlesztések (pl. Érték Vagy! Portál Munkakör ajánlórendszeréhez hasonló eszközök) megvalósítását. Az adatalapú tevékenység a szabályosságot és a precizitást is szolgálja, ugyanakkor a belső adatbázisok a kifejezetten adatok rögzítésére szolgáló digitális eszközök hiányában manuálisan kerültek vezetésre, amely eljárás magában hordozza a hibázás lehetőségét, nem mellesleg magas humán erőforrást igényel. A fentiekre tekintettel célszerű lenne a jövőben adatalapú eszközök fejlesztését számításba venni, illetve megfontolni a foglalkozási rehabilitáció különböző szervezeteinél vezetett adatbázisok lehetőség szerinti összekapcsolását a hatékony együttműködés érdekében.



14. Keresletvezérelt kínálat bővítés

A Projekt keretében alkalmazott szakmai koncepció (magas munkaerő-kereslet által dinamizált munkaerő-kínálat), az ügyfelekre és munkaadókra irányuló foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások és támogatások kombinációjával volt képes az elvárt eredmények teljesítésére és a változó munkaerőpiaci kihívások kezelésére. A Projekt egyik feladata a koordináció, a közvetítés és híd képzése a rehabilitációs hatóságok, a foglalkoztatási osztályok, a civil szervezetek és a munkaadók mindazon tevékenységeit érintően, amelyek a megváltozott munkaképességű személyek munkavállalására irányulnak. A mintegy kétezer intézményt és civil szervezetet magában foglaló partneri hálózat, a több ezer munkaadóval fennálló kapcsolat, mint erőforrás, illetve a munkaerőpiaci monitoring (ügyfél felmérési) tevékenység, mint információs bázis olyan mikro szintű foglalkozási rehabilitációs beavatkozások (célirányos közvetítés és toborzás) megvalósítását tette lehetővé a kereslet és kínálat folyamatos mérése alapján, amely hatékonyan járult hozzá a célcsoport munkába segítéséhez. A munkaadói kapcsolattartás intenzív megvalósítását követően előálló széles állásportfólió partneri hálózatban történő terjesztése az új ügyfelek toborzása érdekében az elmúlt 3 évben hatékonyan működött. A bevezetett, „rehabilitációs munkaerő-kereslet társadalmiasítása” (megváltozott munkaképességű személyekre irányuló állásajánlatok partnerek felé történő széles körű intenzív megosztása) koncepció lehetővé tette olyan inaktív ügyfelek elérését és elhelyezését is, akik a Projekt kiemelt munkaerő-piaci koordinációs szerepe miatt értesültek csak a Projekt által nyújtott szolgáltatásokról. Ez a szakmai koncepció és eszköz egy munkaerő-hiányban jellemezhető munkaerő-piacon jó eszköz lehet a későbbiekben is.

15. Inaktív ügyfélkör levélben történő megszólítása

A Projekt sikeres megvalósítása érdekében, a 2021-es év végére a főkedvezményezett, adatgazda NSZI és a konzorciumi partner Magyar Államkincstár közötti együttműködés keretében megvalósult adat-, és információ megosztás eredményeként nagyszámú, B2-C2 kategóriába sorolt MMK személy elérhetőségi adatai álltak rendelkezésre. Ennek cél szerinti felhasználása érdekében több tízezer – potenciális programrésztvevő – MMK személy levélben történő megszólítását és tájékoztatását terveztük megvalósítani annak érdekében, hogy a Projekt keretében rendelkezésre álló, országosan átlagosan 5 ezer üres álláshelyet jelentő munkaerő-kereslet minél nagyobb hányadát legyen lehetőségünk kielégíteni a tanácsadó hálózat szolgáltatási tevékenysége révén. A tájékoztatásban részesülő MMK személyek információs szintjét és hozzáférését

javító levélkampány nagymértékben elősegíthette volna az inaktív MMK személyek munkaerő-piacon történő megjelenését. Ugyanakkor a Projekt nagymértékű, 2022. nyarán megvalósuló átalakítása miatt ezen – akár több ezer inaktív ügyfél munkához segítését jelentő – tervünk nem tudott megvalósulni.

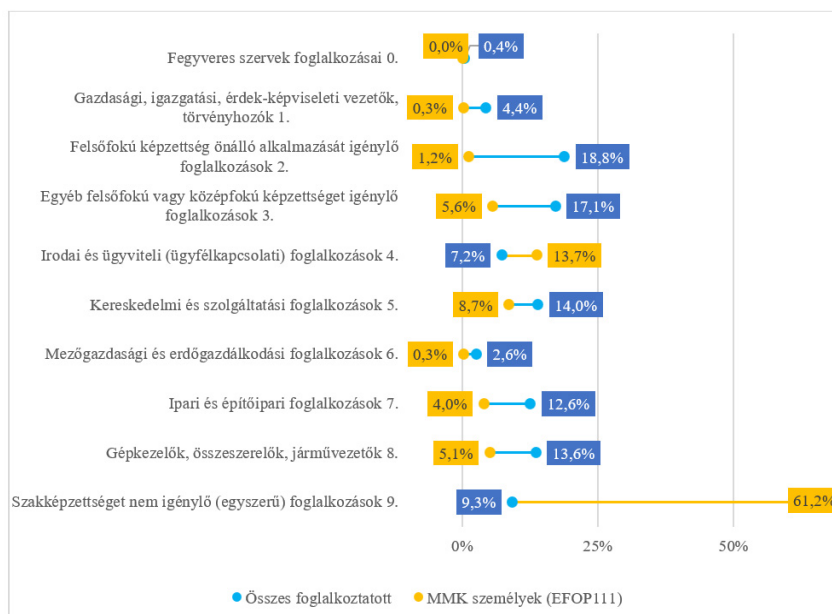
16. Továbbfoglalkoztatási intézkedésrendszer

A nem dolgozó ügyfelek számára – főként azoknál, akik a támogatást követően nem kerültek továbbfoglalkoztatásra – a fizikai megvalósítási időszak(ok) végén ismételt segítséget próbáltunk nyújtani az álláskereséshez, hogy ne vesszen el a Projekt által felkeltett egyéni munkavállalási érdeklődés, a munkaerő-piaci visszailleszkedés iránti szándék és elköteleződés. Ennek hiányában az ügyfelekre elköltött források csak átmeneti segítséget képesek jelenteni, a támogatással megszerzett munkatapasztalat, a növekvő foglalkoztathatóság és a szolgáltatások révén felfejlesztett munkára kész állapot, azaz a munkavállalás érdemi esélyének megteremtése, valamint az ügyfelek munkaerőpiaci aktivitásában bekövetkező pozitív változás csak egy „átmeneti hullámhegynek”, időszakos eredménynek lesz tekinthető. Az elődprojekt tapasztalatai alapján, a Projekt ügyfelek életére gyakorolt pozitív munkaerőpiaci hatásainak Projektben túlmutató érvényesülése érdekében jelen Projektben is országos rendezvénysorozatot terveztünk volna megvalósítani, amelynek keretében a munkaadók és az állást kereső MMK személyek számára kapcsolatépítési lehetőséget biztosított volna a rehabilitációs állásbörze. A COVID-19 által jelentett – az átlagnál rosszabb egészségi állapotban lévő – célcsoporti kockázatok miatt a rendezvénysorozat megszervezése ellehetetlenült. Ennek ellenére a megvalósított ügyfél-monitoring tevékenység, illetve a Projektből történő kilépés előtt lezajló egyéni továbbfoglalkoztatási vagy elhelyezési intézkedések révén meg tudtuk valósítani, hogy a Projekt nagymértékben elősegítette, hogy a Projektből kilépett ügyfelek minél nagyobb aránya tudjon munkát végezni a Projektben túlnyúló, tartós munkaerő-piaci hatások stabilizálása érdekében.

Érdekesebb összefüggések

1. A foglalkozási rehabilitáció eredményeként megvalósuló elhelyezésre irányuló tevékenység elemzése

Az elhelyezések tekintetében az alábbi diagram nagyon érdekes összefüggést mutat a Projekt célcsoportját képező megváltozott munkaképességű személyek és a többségi társadalom között.



Kimutatás az elhelyezések tekintetében a Projekt célcsoportját képező megváltozott munkaképességű személyek és a többségi társadalom között

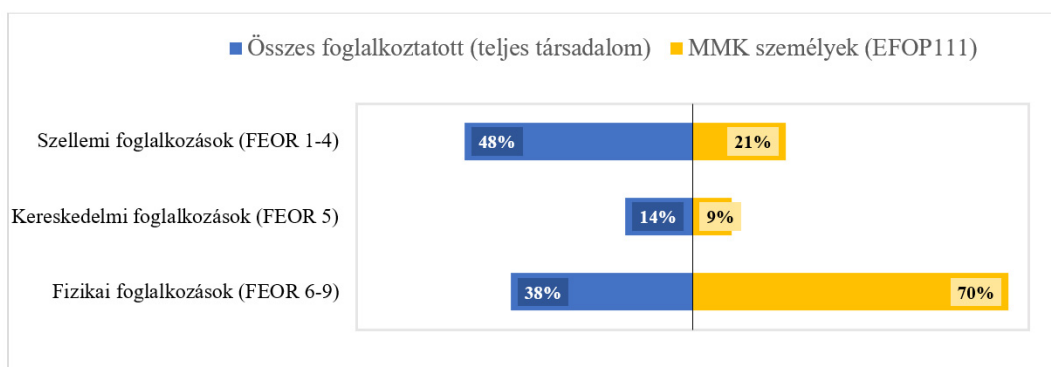
A fenti diagramon látható, hogy a FEOR főcsoportok tekintetében mindössze az Irodai és ügyviteli foglalkozások és a Szakképzettséget nem igénylő foglalkozások esetében magasabb a megváltozott munkaképességű programrésztvevők foglalkoztatási aránya. Ezek közül is kiemelendő a 9-es FEOR számmal kezdődő foglalkozások, ugyanis ezen főcsoport esetében közel hétszeres különbség mutatkozik a megváltozott munkaképességű személyek irányában.

Ugyanígy érdekes következtetések vonhatók le az alábbi diagramról, melyen a Projekt keretében elhelyezett megváltozott munkaképességű programrésztvevők aránya látható szellemi, kereskedelmi és fizikai foglalkozások tekintetében a teljes társadalomhoz viszonyítva.

A diagramon szembevetendő, hogy a szellemi foglalkozásokban a megváltozott munkaképességű programrésztvevők a teljes társadalomhoz viszonyítottan ke-

vesebb, mint fele arányban vannak jelen, míg a fizikai foglalkozások tekintetében jóval felülreprezentáltak, arányuk megközelíti a teljes társadalom kétszeresét. Az alábbiakban a támogatott és támogatás nélküli elhelyezési tevékenységet tesszük elemzés tárgyává, amelyen belül az MMK programrésztvevő ügyfélkör különböző szempontok szerinti (minősítés típusa, legfőbb egészségkárosodás) rész-eredményeit elemezzük. Ezen adatok és információk a későbbiek során, megfelelő adatalapú megközelítés mellett elősegíthetik az alkalmazott hasonló beavatkozások hatékonyságának növelését.

Ügyfélkörünkben 9 001 fő támogatott foglalkoztatás, 5 253 fő támogatás nélküli, szolgáltatást követő elhelyezés révén érte el a legalább 3 hónapos foglalkoztatást a programrésztvevél alatt, így a teljes ügyfélkör tagjainak 68%-a dolgozott min. 3 hónapig, 32%-a pedig nem, vagy 3 hónapnál rövidebb ideig tudott munkában állni. A teljes ügyfélkört 3 részre bontva (3 hó-



Projekt keretében elhelyezett MMK programrésztvevők és teljes társadalomban foglalkoztatott személyek FEOR besorolásának összehasonlítása

napig támogatással, 3 hónapig szolgáltatást követően foglalkoztatott, és a nem elhelyezkedő / 3 hónapot nem foglalkoztatott ügyfelek) végeztük el a program-résztevők legfőbb foglalkozási rehabilitációs eredményének, a munkába helyezési tevékenységnek az elemzését, melyeket az alábbi 3 ábra szemléltet:

A projektbe történő bevonáskor minden program-résztevő esetében a tanácsadónak lehetősége volt 3 jellemző, megoldandó probléma megjelölésére. A leggyakrabban előforduló nehézség, az álláskeresés, az ügyfelek közel ¾ részét érintette, ezen felül a célcsoport több, mint 40%-ának jelentett kihívást a célállás megtalálása és a térségi munkaerőpiac.

A fentiek alapján látszódik, hogy a legnagyobb nehézséget a motivációhiány, a mobilitási nehézségek és a mentális kihívások jelentették az elhelyezési tevékenység során, ugyanakkor a magas életkor, vagy a nem megfelelő célállás könnyebben kezelhető akadályt jelentettek, hiszen az ilyen problémával jellemezhető célcsoporttagok jóval magasabb arányban tudtak elhelyezkedni.

A komplex minősítés, mint a foglalkozási rehabilitáció esélyének orvosi, szociális és foglalkoztatási szempontok alapján kialakított kategóriája érdekes

eloszlást mutat az elhelyezések tekintetében:

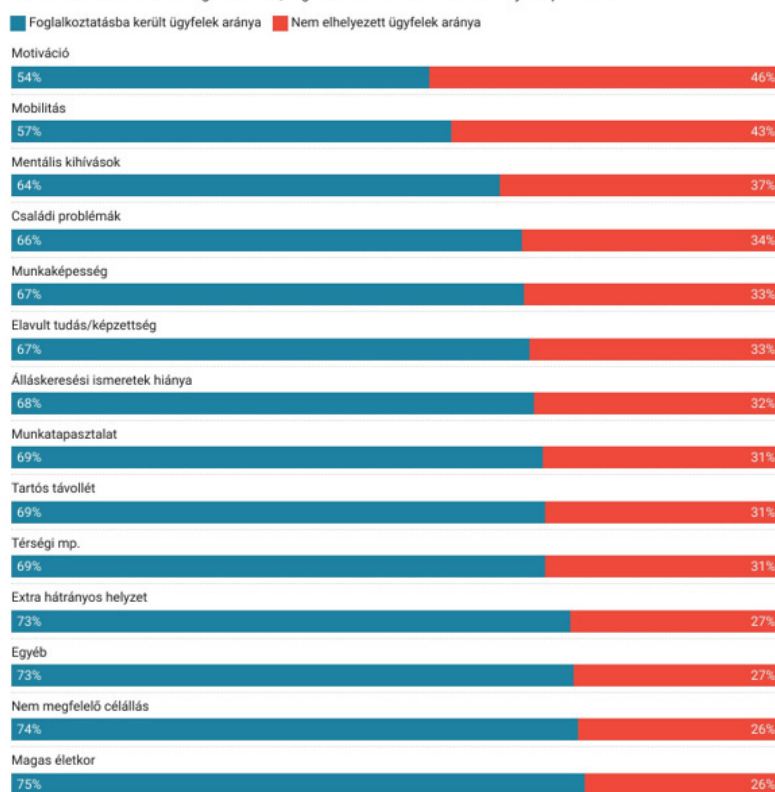
Ez alapján összességében megállapítható, hogy a komplex minősítés típusa leginkább a támogatott foglalkoztatás igénybevételének szükségességét befolyásolta, a támogatás nélküli elhelyezések eredményeiben egyértelmű, hogy a magasabb rehabilitálhatóság magasabb elhelyezési esélyt jelentett.

Ugyanakkor amennyiben a célcsoport foglalkoztatási eredményeit vizsgáljuk az egészségkárosodás típusa (BNO főcsoport) szerinti megoszlásban, akkor megállapítható, hogy azért észrevehető különbség mutatkozik egyes betegcsoportok között az elhelyezkedési eredményekben. A legmagasabb elhelyezési eredményt realizáló Daganatok BNO főcsoportba tartozó egészségkárosodással rendelkező személyek jóval magasabb arányban tudtak élni (72%) a projekt nyújtotta segítség lehetőségével (és legalább 3 hónapig foglalkoztatásba kerülni), mint a bőr és bőralatti szövet, vagy a légzőrendszer, vagy a vérképző szervek betegségei BNO főcsoportokba tartozó egészségkárosodással élő személyek (65%).

A legnagyobb csoportot jelentő keringési rendszer betegségei valamint a csont-és izomrendszert, kötőszövetet BNO kóddal rendelkezők átlagosan (68%

Elhelyezett ügyfelek aránya az érzékelt legfontosabb probléma alapján

Tanácsadók által definiált legfontosabb, foglalkozási rehabilitációs akadályozó probléma



Foglalkoztatottak = min. 3 hónapig (támogatott, vagy támogatás nélküli) foglalkoztatásban álló MMK programrésztevők
Nem elhelyezettek = Foglalkoztatásba nem kerülő, vagy 3 hónapnál kevesebb időtartamot dolgozó MMK programrésztevők
Forrás: EFOP111 - A készítéshez használt program: Datawrapper

és 69%), a mentális és viselkedés zavar BNO főcsoportba tartozók átlag alatt (66%) tudtak legalább 3 hónapig tartó foglalkoztatási lehetőséget realizálni a projekt segítségével köszönhetően.

További elemzések: https://ertekvagy.hu/hu/-/efop111_mmkugyfelkor_foglalkoztatás

2. Munkaadók visszajelzéseinek és értékítéletének elemzése

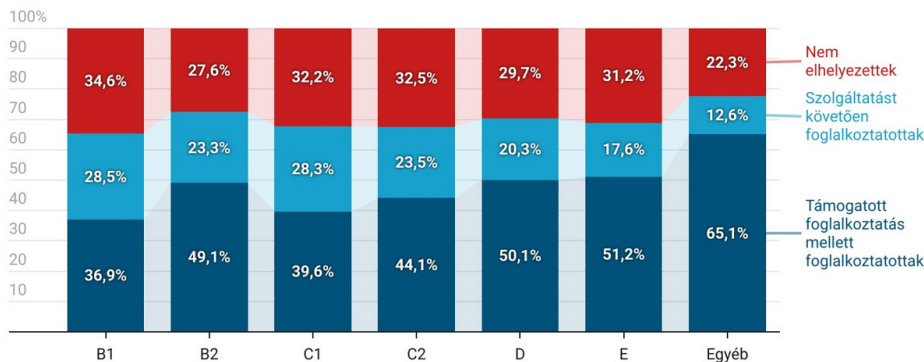
A Projekt keretein belül biztosított bér-, valamint bérköltség-támogatás révén támogatott foglalkoztatást igénybe vevő, megváltozott munkaképességű személyeket alkalmazó munkaadók részére összeállításra került egy, a Projekt informatikai rendszerében kitöltendő 37 kérdéses kérdőív. A kérdőív kitöltésével történő visszajelzést a támogatási szerződés lejártá után, az utolsó elszámolás során kellett kitöltenie a munkaadónak, amelyet a foglalkoztatott program-

résztevőről történő visszajelzés, az esetleges fejlesztési igényeik összegyűjtése, valamint a további foglalkoztatási szándék felmérése érdekében vezettük be. A célunk az volt, hogy a Projektre vonatkozóan összegyűjtsük a munkáltatók által megfogalmazott általános és személyre szóló javaslatok, illetve vélemények körét, valamint, hogy megismerhessük a célcsoportra vonatkozó későbbi foglalkoztatási terveiket. A projekt tevékenysége során, a szerződést kötő munkáltatók közül 8.764 támogatott foglalkoztatás után jelezték véleményüket a foglalkoztatók, melyből 3.356 különböző munkaadóról beszélhetünk. A munkaadók 60%-a továbbfoglalkoztatta a támogatással felvett programrésztevőt a támogatási időszak letele után. Az alábbi rövid elemzésben a fontosabb, szignifikánsabb eredményeket gyűjtöttük össze.

A munkaadók visszajelzése alapján a MMK célcsoporttag foglalkoztatása során az esetek 73%-ában nem haj-

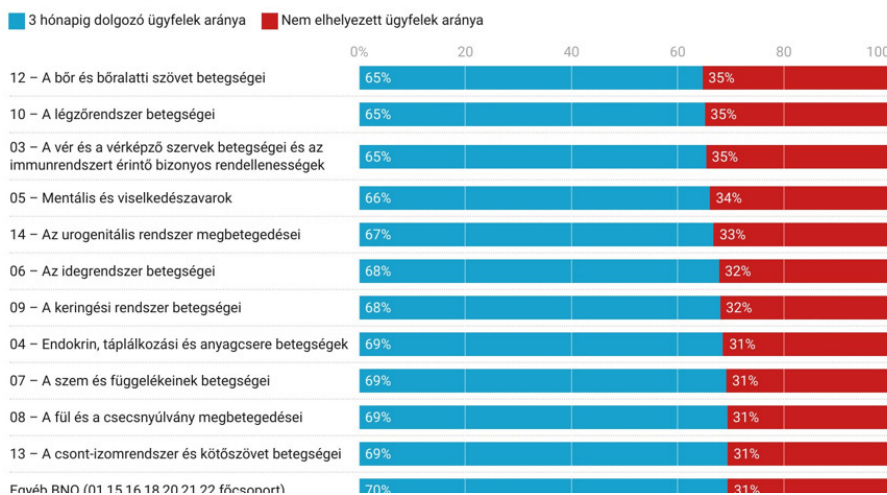
Elhelyezések típusának megoszlása minősítési kategória szerint

Komplex minősítési kategóriába sorolt ügyfelek elhelyezési aránya



Foglalkoztatottak = min. 3 hónapig (támogatott, vagy támogatás nélkül) foglalkoztatásban álló MMK programrésztevők
 Nem elhelyezettek = Foglalkoztatásba nem kerülő, vagy 3 hónapnál kevesebb időtartamot dolgozó MMK programrésztevők
 Grafikon: EFOP111 - A készítéshez használt program: Datawrapper

Foglalkoztatásba nem kerülők és legalább 3 hónapig dolgozó ügyfelek aránya az egészségkárosodás fő típusa (BNO főcsoport) szerint

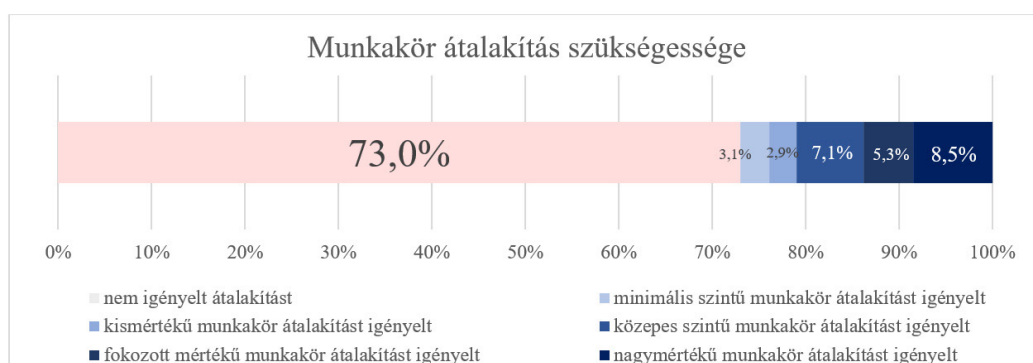


tottak végre munkakör átalakítást, vagy hoztak létre új munkakört.

Azon esetekben, amikor munkakör átalakítás megvalósult, ott az alábbi mértékű átalakításra esett a kérdőívet kitöltő munkaadók válasza:

¾-ével a munkaadók kifejezetten elégedettek voltak.

Felmérésre került, hogy a munkaadók véleménye alapján az adott MMK munkavállaló a munkavégzés során igényelt-e többlet odafigyelést. Az ügyfelek többsége (57%-a) nem igényelte a megfelelő munkavégzéshez



A fentiek alapján is jól látszik, hogy a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása nem jelent az esetek többségében mélyebb beavatkozást és nem igényli új munkakör létrehozását, vagy átalakítási igényt. Amennyiben az egészségi állapot miatt mégis szükséges az adott munkavállaló sikeres foglalkoztatása érdekében munkaköri módosítást végrehajtani (27%), akkor is csak az esetek felében jelent fokozott (7,1%) vagy nagymértékű (8,5) munkakör átalakítást. Felmértük, hogy a megváltozott munkaképességű személyek több időszakot töltöttek-e betegszabadságon, vagy táppénzen, mint a nem megváltozott munkaképességű munkatársaik. A munkaadói válaszok alapján a munkáltatók 55,52%-a gondolta úgy, hogy a foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személy átlagosan ugyanannyit volt betegszabadságon / táppénzen, mint a nem megváltozott munkaképességű munkatársak, valamint 36,11%-a nyilatkozta, hogy kevesebbet volt betegszabadságon / táppénzen, mint a nem megváltozott munkaképességű munkatársak.

A fenti nagymintás felmérés alapján megállapítható, hogy azon sztereotípiák, amelyek arra irányulnak, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók többlet hiányoznak a munkából egészségi okokból, mint a nem MMK személyek, az egyértelműen megcáfolásra került a munkaadók nyilatkozatai alapján.

A kérdőív során a munkaadóknak lehetősége volt a foglalkoztatásra vonatkozóan a megváltozott munkaképességű személy munkájával kapcsolatosan az elégedettségük megjelölésére is.

Az átlagos elégedettségi érték 8,45 volt a 10-es skálán. A 8.764 MMK foglalkoztatott 78%-át 8, 9, vagy 10 pontra értékelték a munkaadók, azaz a munkavállalók több, mint

a munkaadók extra figyelmét. Fontos megállapítás, hogy az elégedettséget nagymértékben meghatározta a többlet odafigyelés igénye, ugyanis amennyiben az adott MMK munkavállaló a munkaadó részéről a munkavégzés során többlet odafigyelést

- igényelt, akkor 7,6 pontra, ha
- nem igényelt többlet odafigyelést, akkor 9,1 pontra értékelték a munkaadók a 10-es skálán a munkavállalóval való elégedettség mértékét. Ezt az alábbi diagram is megfelelően szemlélteti, melyből jól látható, hogy kétszer annyi munkavállaló kapott magas elégedettségi értéket (8-10 közötti pont) azok közül, aki nem igényelt többlet odafigyelést a munkaadótól.

Az MMK munkavállalók munkára való alkalmasságának értékelése:

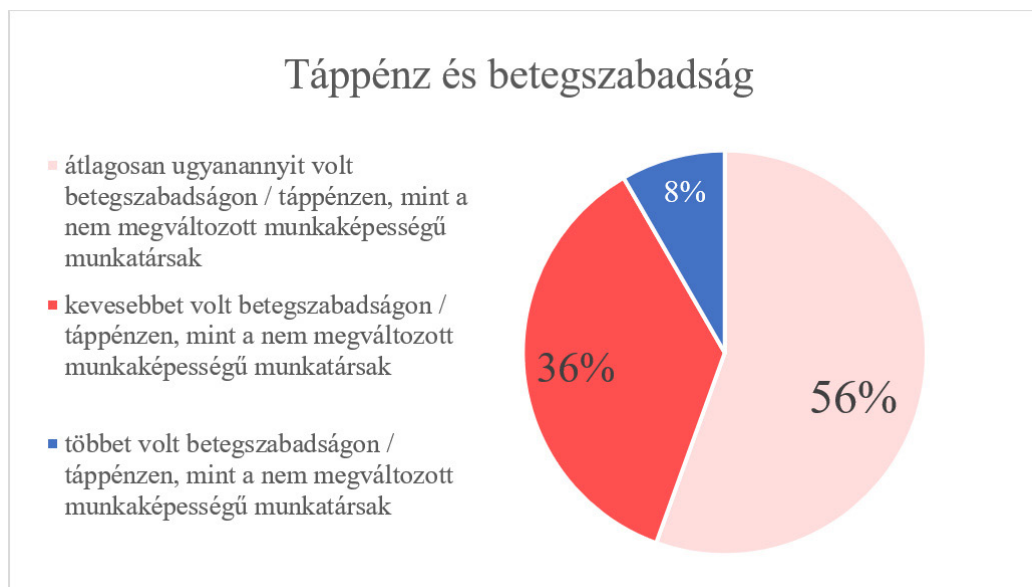
A "Milyennek értékeli a megváltozott munkaképességű ügyfél (EFOP-1.1.1-15) munkaköri alkalmasságát / motivációját a többi munkavállalóhoz viszonyítva?" kérdésekre adott válaszok alapján egyértelműen levonhatóak pozitív következtetések az MMK foglalkoztatásról:

- Az MMK munkavállalók munkahelyi motivációja jóval magasabb a többi munkavállalónál (36%-48%).
- Az alkalmasságuk pedig a foglalkoztatottak 2/3-a esetében (51% + 15%) legalább ugyanolyan, vagy jobb, mint a nem MMK munkavállalóké.

Egyébiránt a munkaadók 93%-a vélekedett úgy, hogy az adott MMK munkavállaló alkalmas a munkakörében meghatározott feladatok későbbi ellátására.

A munkaadói hozzáállás

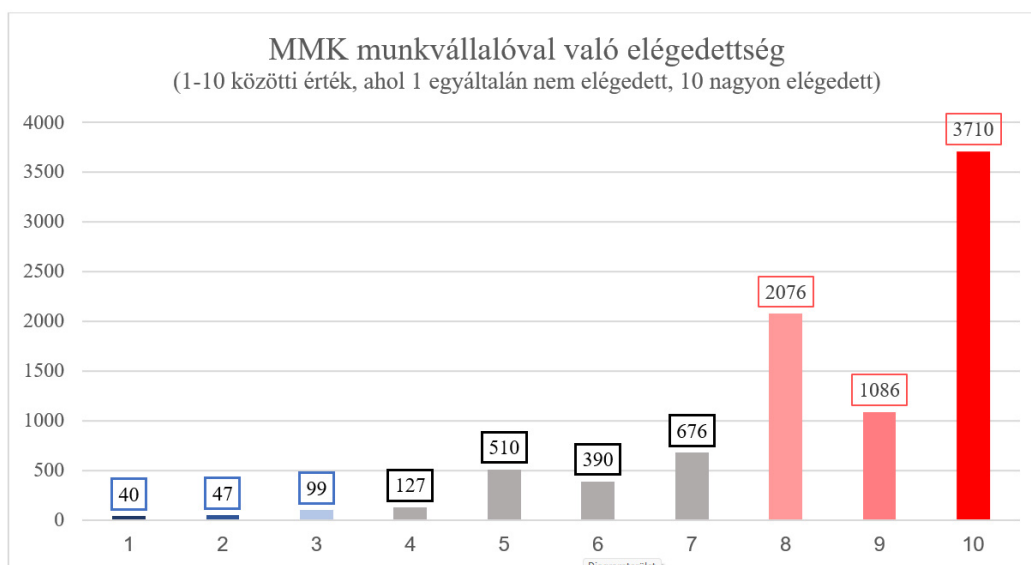
Felmértük, hogy hogyan gondolkodnak a munkaadók az MMK személyek foglalkoztatásáról, annak előnyeiről, nehézségeiről és kihívásairól. A munkaadók által vélt legfontosabb szempontok és előnyök az MMK



Táppénz és betegszabadság mértéke a támogatott foglalkoztatás során

munkavállalók foglalkoztatásában mintegy 25.591 db megjelölt válasz alapján (Tapasztalatai alapján mi volt a megváltozott munkaképességű személy (EFOP-1.1.1-15) foglalkoztatásának legfontosabb pozitívuma, előnye? Kérjük, legalább 3-at jelöljön meg.)

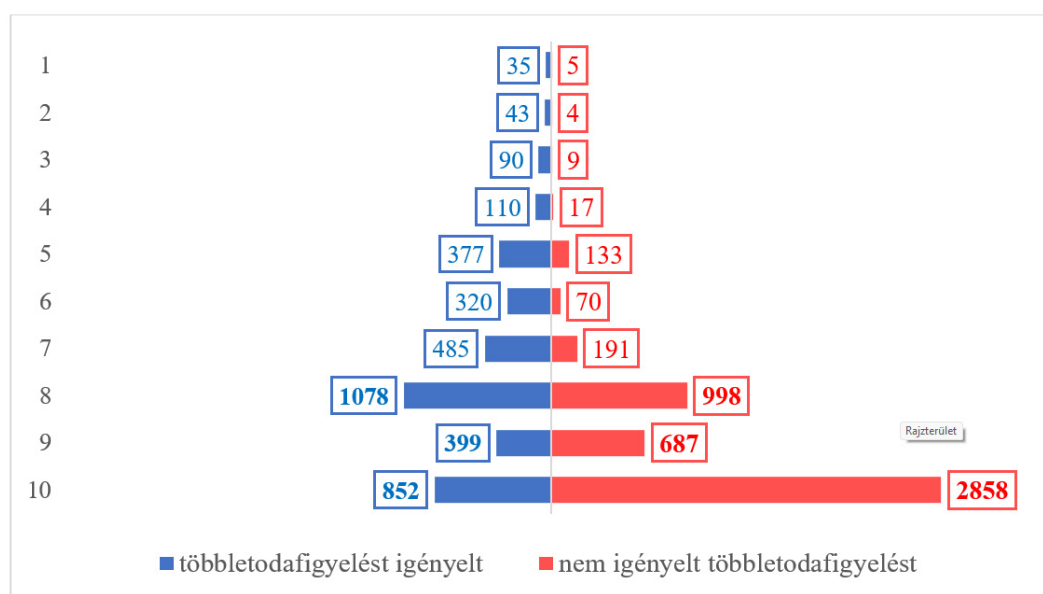
dályt vagy nehézséget, hogy mit tartottak a legnagyobb kihívásnak az MMK személyek foglalkoztatása során: A fentiek alapján a munkaadók legfontosabb problémája az egészségkárosodásból közvetlenül fakadó problémákból eredeztethető (53%), melyet félkövér betűvel jelöltünk a fenti táblázatban.



MMK munkavállalóval való elégedettség

Munkaadók által vélt legfontosabb szempontok és előnyök az MMK munkavállalók foglalkoztatásában A válaszok 20%-a alapján (4.098 válasz esetében) nem volt semmilyen olyan nehézség a megváltozott munkaképességű munkatárs foglalkoztatása során, amely akadályok és nehézségek formájában jelent volna meg. Ugyanakkor a munkaadók 80%-a említett olyan aka-

Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy több akadályként vagy nehézségként megjelenő szempont (Munkahelyi időgazdálkodás, Alacsony képzettségi szint és szakképzettség hiánya, Munkaköri kompetenciák hiánya, Munkára szocializáltság hiánya és túl hosszú távollét a munka világától, Toborzási problémák) továbbhi foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokkal és

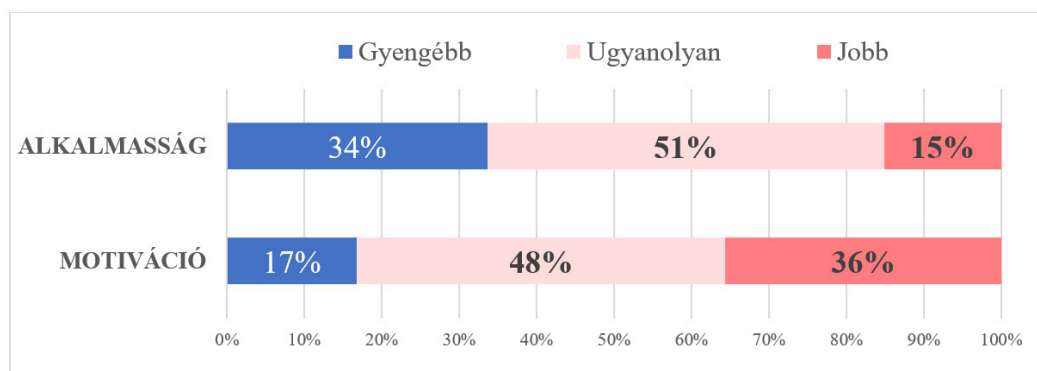


Többlet odafigyelést igénylő és többlet odafigyelést nem igénylő munkavállalók elégedettségi mértéke

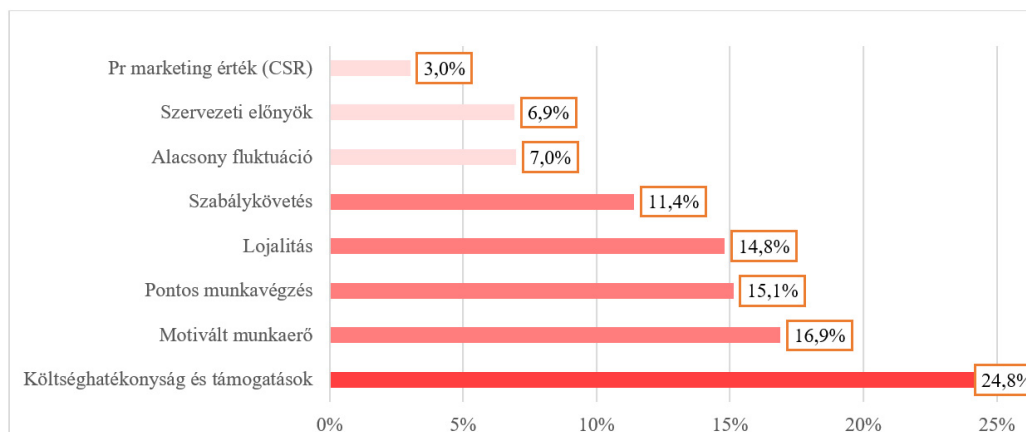
támogatásokkal, azaz fejlesztéssel kompenzálható. Az egyik legfontosabb kimenetet, a továbbfoglalkoztatást leginkább negatívan érintő kihívások (az első helyen megjelölt problémák alapján) az alábbiak:

- Szellemi és pszichés problémák az egészségkárosodásból fakadóan (45%-a nem került továbbfoglalkoztatásra)
- Gyakori betegszabadság és táppénz (47%)
- Alacsony képzettségi szint és szakképzettség hiánva (49%)

- Munkaadói elvárásoknak való meg nem felelés (49%)
 - Munkára szocializáltság hiánya és túl hosszú távollét a munka világától (52%)
- Érdekes, hogy a szellemi és pszichés problémák (55%) nagyobb nehézséget jelentenek a munkaadók számára, mert jóval alacsonyabb továbbfoglalkoztatási esélyt eredményeznek, mint a fizikai jellegű korlátozások és kihívások (65%).



MMK munkavállalók munkára való alkalmasságának és motivációjának értékelése



Munkaadók által vélt legfontosabb szempontok és előnyök az MMK munkavállalók foglalkoztatásában

A munkaadói visszajelzések összegzése alapján kijelenthető, hogy a munkaadók fennálló előítéleteinek nagy része valóban sztereotípiákon alapul és a valóságban, a foglalkoztatás tapasztalatai megcáfolják azokat. A Projektben a támogatott foglalkoztatással megváltozott munkaképességű személyeket alkalmazó, utolsó havi elszámolásuk során benyújtandó kérdőívekből kiemelt alábbi kérdések alapján elmondható, hogy a megváltozott munkaképességű személyek

- nagy többsége a foglalkoztatásuk során a munkaadók és a kollégák részéről nem igényelnek semmilyen többlet odafigyelést, továbbá
- munkaköri alkalmasságuk többségében ugyanolyan, vagy jobb, mint a többi munkavállalóé,
- a munka során tanúsított motivációjuk, szorgalmuk magasabb szintű, mint a nem megváltozott munkaképességű személyeknek,
- foglalkoztatásuk során a legfontosabb előnyök a költség-hatékony foglalkoztatást követően a motiváltság, a szabálykövető és pontos munkavégzés, valamint a lojalitás,
- átlagosan ugyanannyit vagy kevesebbet vannak betegszabadságon / táppénzen, mint a nem megváltozott munkaképességű munkatársak.

A támogatást követő továbbfoglalkoztatást leginkább akadályozó problémák az alacsony képzettségi szint és szakképzettség hiánya, a munkaadói elvárások-

nak való meg nem felelés és leginkább a munkára szocializáltság hiánya és túl hosszú távollét a munka világától. A kérdőív elemzése során az is kiderült, hogy a nyílt munkaerő-piaci, megváltozott munkaképességű személyeket nem foglalkoztató munkáltatók részéről egy válaszlehetőséget, a toborzási problémákat, mint akadályozó tényezőt jelölték meg számottevően alacsonyabb arányban, mint a célcsoportot foglalkoztató munkáltatók, amely alapján arra lehet következtetni, hogy a toborzás a foglalkoztatás során felmerülő olyan akadály, amivel a munkáltatók a foglalkoztatás előtt kevésbé szembesülnek. Ezek alapján elmondható, hogy a Projekt által nyújtott szolgáltatások és támogatások összessége egyértelműen támogatta a kívánt eredményt, miszerint megvalósulhat a megváltozott munkaképességű személyek nem csak sikeres, de tartós (re)integrációja.

Ahogy a fentiekben bemutatott ábrákon látszik, a munkaadók jellemzően túlbecsülik a megváltozott munkaképességű emberek egészségkárosodását és az abból adódó foglalkoztatási nehézségeket, valamint alábecsülik ugyanezen munkavállalók teljesítő-képességét, motivációját, lojalitását, összességében a szervezetre gyakorolt hatását. Ennek mentén elmondható, hogy a munkavállalási szándékkal rendelkező megváltozott munkaképességű emberek olyan munkaerő-piaci tartalékot képeznek, amelynek kiak-

Akadály, nehézség	db	%
Fizikai nehézségek az egészségkárosodásból fakadóan	3762	23,5%
Szellemi és pszichés problémák az egészségkárosodásból fakadóan	2555	16,0%
<i>Munkahelyi időgazdálkodás</i>	1455	9,1%
<i>Alacsony képzettségi szint és szakképzettség hiánya</i>	1425	8,9%
A munkába járáshoz kapcsolódó mobilitási nehézségek	1099	6,9%
<i>Munkaköri kompetenciák hiánya</i>	985	6,2%
<i>Munkára szocializáltság hiánya és túl hosszú távollét a munka világától</i>	889	5,6%
<i>Munkavállalók alacsony teljesítménye</i>	765	4,8%
<i>Munkatársak elfogadása</i>	712	4,5%
Gyakori betegszabadság és táppénz	614	3,8%
<i>Toborzási problémák</i>	537	3,4%
<i>Munkaadói elvárásoknak való meg nem felelés</i>	315	2,0%
<i>Magas fluktuáció</i>	270	1,7%
Munkakör átalakítása (egyszerűsítése) nem lehetséges	270	1,7%
Munkavállalási szokások nem alkalmazhatóak (részmunkaidő)	133	0,8%
Akadálymentesítés vélelmezett igénye	101	0,6%
<i>Vezetők hozzáállása</i>	99	0,6%
Összesen:	15986	100,0%

Legnagyobb kihívások az MMK személyek foglalkoztatása során

názásával a munkaadók egy csapásra oldhatnák meg toborzási nehézségeiket, és melynek keretében a munkaadók munkavállalói köre egy olyan csoporttal bővülne, amely potenciálisan pozitív hatást gyakorol a szervezet egészére.

Ezen eredmények mindenképpen okot adhatnak egyfajta jövőbeli munkaerő-piaci optimizmusra, valamint alapot adhatnak a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásához kapcsolódó sztereotip berögződések lebontásához. Ugyanakkor az is fontos, hogy ezen előítéletek lebontásához a munkaadók nyitottságára és tevékeny szerepére van szükség, hogy valóban esélyt adjanak az egészségkárosodással vagy fogyatékossgal élők számára és specifikusan toborozzanak megváltozott munkaképességű munkavállalókat.

További, kapcsolódó diagramok és kimutatások az alábbi linkeken érhetőek el:

- https://ertekvagy.hu/hu/-/efop111-munkaadok_visszajelzes_elemzes
- https://ertekvagy.hu/hu/-/mmk_munkavallalokkal_szembeni_eloiteletek

3. Ügyfél-monitoring, utánkövetés

A 2020. év elején a munkaerő-piacon fordulatot jelentett a koronavírus világjárvány megjelenése, amely a gazdaságra mély hatást gyakorolt. A Projekt keretében a járványhelyzet gazdasági hatásainak a megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piacra gyakorolt hatásainak figyelemmel követése és tompítása érdekében alkalmazásra került egy 15.000 ügyfél havi munkaerő-piaci státuszát mérő munkaerő-piaci monitoring rendszer. Ennek mentén 2020. március hónaptól hétről hétre mérésre került az újonnan érdeklődő, korábban nem projektrésztvevő ügyfelek esetében, hogy közülük kik érintettek létszámleépítésben.

A 2020. tavaszától 2021. év végéig félévente végzett státuszfelmérések (korábbi ügyfélkör telefonos munkaerő-piaci állapot és segítség igényének felmérése) eredményeképpen a Projektbe addig bevont 16.000 ügyfélből több, mint 13.000 megváltozott munkaképességű ügyfélről állt rendelkezésre munkaerő-piaci információ, hogy a Projekt további tervezésével, valamint az esetleges fejlesztési irányokkal kapcsolatban érdemi információ kerüljön megismerésre.

A Projektben utoljára 2021. decemberében valósult meg munkaerő-piaci monitoring felmérés, amely során összességében 15.611 fő került telefonon megkeresésre (az összes ügyfél 80,2%-a), amelyből:

- 8.771 fő dolgozik (az elért ügyfelek 56,2%-a),
- 3.915 fő kilépett a munkaerő-piacról (az elért ügyfelek 25,1%-a),

- 2.925 fő nem dolgozik, de szeretne elhelyezkedni (az elért ügyfelek 18,7%-a), akik közül 2.453 fő igényli a Projekt segítségét.

4. Ügyfélkör elégedettség mérése

2021. februárjában egy ügyfélelégedettség-mérés keretében felmértük a Projektben zajló fejlesztési folyamatokról alkotott érintetti véleményeket a Projekt szolgáltatásainak jövőbeli fókuszpontjainak meghatározása érdekében véletlenszerűen kiválasztott, reprezentatív mintából álló 1.050 fő korábbi programrésztvevő megkeresésével és válaszainak rögzítésével.

A felmérés eredményeként:

- A megkeresett személyek 77%-a válaszolt a kérdőív kéréseire.
- A válaszadók 96%-a az elhelyezkedéssel összefüggő okokat jelölt meg a Projektbe történő belépés indokaiként, ezen belül első helyen az elhelyezkedéshez nyújtott folyamatos, személyes segítség és támogatás volt a belépésük legfőbb oka. A megkérdezettek több, mint 80%-a teljes mértékben elégedett az elérhető támogató szolgáltatásokkal, 76%-uk szerint nincs szükség változtatásra a Projekt nyújtotta szolgáltatásokban, illetve az ügyfeleink 84%-a nem észlelt problémát a szolgáltatások igénybevétele során. A megkérdezettek átlagosan 10-ből 8,5-re értékelték a munkaerő-piaci helyzetük javítása, elhelyezkedésük elősegítése céljából megszerzett ismeretek és tudás hasznosságát.
- A válaszadók 88%-a elégedett a megvalósult eredményekkel, a programrésztvevők többségét hozzá tudtuk segíteni a kívánt célokhoz: 70%-uk esetében növekedtek az elhelyezkedési esélyek munkatársaink közreműködése miatt, 56%-uk jelenleg is dolgozik, így az is megállapítható, hogy a Projektből való kilépést követően számos ügyfelünk képes tartósan elhelyezkedni a munkaerő-piacon. A válaszadók 82%-a jelentős vagy közepes mértékű hatást tulajdonít a Projekt által nyújtott szolgáltatásoknak, tanácsadásoknak abban, hogy sikerült elhelyezkedniük. Fontos kimeneti eredmény, hogy a nem dolgozó ügyfelek majdnem 68%-a szeretne munkába állni.
- A megkérdezettek közel 49%-a támogatott foglalkoztatást venne igénybe, amely fontos igazodási pont a forrásemelés tervezése során. Szintén nagy arányban (a válaszadók 30%-a) a személyes tanácsadást emelték ki elsődleges lehetőségként, ami segíthetné az elhelyezkedést, további boldogulását a munkaerő-piacon. A válaszadók több, mint 80%-a venne részt újra egy hasonló új projektben, tehát a programrésztvevő ügyfelek döntő többsége alapvetően pozitívan élte meg a programrésztvételt. Úgy vélik, segítséget nyújtott a program abban, hogy munka-

erő-piaci helyzetük, életkörülményeik és társadalmi helyzetük pozitív irányba változzanak.

Fentiek és a felmérés részletes adatai alapján kismértékű módosítások végrehajtásával tovább volt javítható a szolgáltatási tevékenység hatékonysága és eredményessége, amely a támogatások mellett a legfontosabb eleme volt a Projektnek.

5. A profiling során alkalmazott értékelési szempontok fontossága

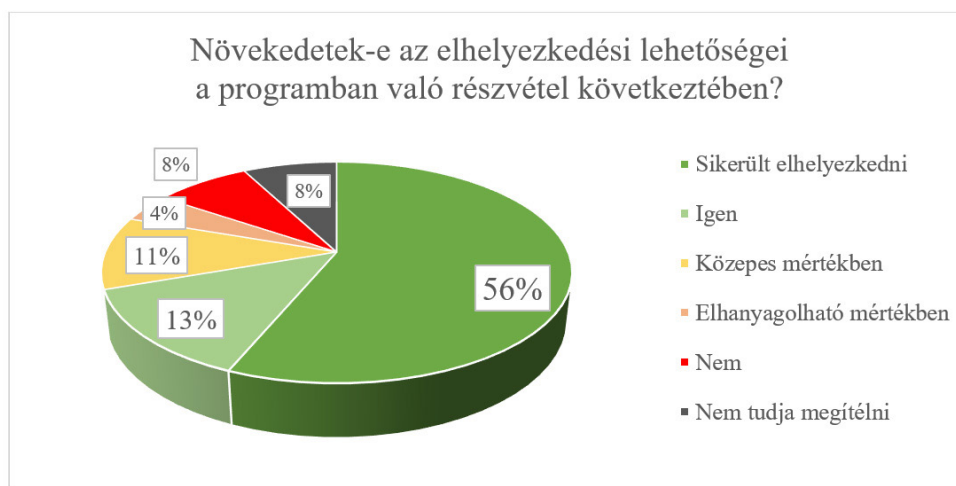
13 ezer fő programrésztvevő - profiling rendszerhez alkalmazott - komplex képesség és helyzetfelmérése, illetve ezen ügyfelek kimeneti és elhelyezkedési eredményeinek elemzése alapján a foglalkozási rehabilitáció szempontjából hasznos következtetések vonhatóak le.

A 30 szempontból álló komplex képesség és helyzet-

Azaz a fenti kimutatás alapján, a foglalkozási rehabilitáció sikeressége szempontjából kiemelten fontosak az ügyfelek felmérése tekintetében az alábbi szempontok:

- Utolsó munkaviszony időpontja, munkatapasztalat relevanciája,
- Munkavállalási szándék,
- Tanulási szándék,
- Együttműködési szándék, motiváció,
- Mobilitási képesség,
- Mobilitási hajlandóság,
- Célállás,
- Támogatás nélküli munkavállalás esélye,
- Szakmai tudás/képzettség,
- Életvezetési problémák.

Ezzel szemben jóval kevésbé meghatározóak egy



Ügyfél elégedettség mérés - elhelyezkedési esélyek növekedése

felmérés során, az 1-10 közötti értékekkel jellemzett ügyfelek közül összehasonlítottuk a legmagasabb foglalkoztatási eredményeket elérő ügyfeleket a legkevésbé eredményes foglalkozási rehabilitációval jellemezhető ügyfelek csoportjával. A két csoport tekintetében a legnagyobb különbséget mutató (százalékos eltéréssel kiválasztott) szempontokat kiemelve megállapítható, hogy az átlagtól való legnagyobb és a legkisebb eltérés alapján melyek voltak a sikeres foglalkozási rehabilitáció tekintetében indifferens szempontok.

A programba történő bevonás során az MMK személyek kiválasztása során a leginkább meghatározó egyéni sikertényezők az utolsó oszlopban kék színnel, a legkevésbé meghatározó, irreleváns tényezők fehér háttérszínnel kerültek megjelölésre.

Komplex képesség és helyzetfelmérés keretében alkalmazott szempontrendszer értékelése – a legfontosabb és legkevésbé fontos jellemzők a sikeres foglalkozási rehabilitáció szempontjából.

ügyfél sikeres rehabilitációja tekintetében az alábbi szempontok:

- Önszabályozási és a problémamegoldó képesség,
- Terhelhetőség,
- Összeférhetőség,
- Rendszeres kezelések szükségessége,
- Önértékelés,
- Életkor,
- Kommunikációs készség,
- Térségi munkaerő-piaci helyzet,
- Képzés esélye.

III. Zárszó:

A fentiekben bemutatott sokféle információ természetesen csak egy szeletét érintette a Projekt megvalósításának, de remélhetőleg betekintést engedett a Projekt fő küldetése mögötti részcélokba: hogyan, milyen módon, milyen körülmények és adottságok között valósítottuk meg a Projektet, az eredeti tevé-

kenység kereteit miként próbáltuk kitágítani, növelve a hatókörünket és a Projekt hatásait, hogy egyre több megváltozott munkaképességű ember számára, egyre hatékonyabb és főként eredményes segítséget tudjunk biztosítani.

Részletesebb adatkörök és információ, valamint a Projekt zárókiadványa, az alábbi linken érhetőek el a mélyebb szintű érdeklődéssel rendelkezők számára: <https://ertekvagy.hu/hu/-/efop111>.

Az elmúlt 7,5 évben többször is átalakult a Projekt szakmai tevékenysége és a segítői eszköztárunk, azonban a foglalkozási rehabilitációba vetett szakmai hitünk és az ügyfelek élethelyzetében történő előrelépést támogató, segítői szemlélet mindvégig meghatározó volt a hozzáállásunkban. Legjobb tudásunk szerint igyekeztünk támogatást és segítséget nyújtani az álláskeresőknél segítséget igénylő megváltozott munkaképességű, és fogyatékossgal élő egészségkárosodott embereknek, illetve a munkaadói partnereknek, akár a magasabb munkanélküliség, akár a munkaerő-hiány jellemezte munkaerőpiacon.

A tanácsadói hálózatunk munkatársai hivatásként tekintettek a foglalkozási rehabilitációs segítői tevékenységre és bízunk benne, hogy munkánk eredménye túlmutat majd a Projekten, és az általunk munkához segített 15.500 ügyfelünk közül minél többen, minél hosszabb ideig tudnak majd a munka világában maradni. A fentiekben bemutatott eredmények elköteleződés, hit, szeretet és valódi, odaadó segítő szándék

nélkül nem tudtak volna megvalósulni, és amelyekkel reményeink szerint képesek voltunk minden, a Projekt tevékenységével érintettre hatást gyakorolni valamilyen formában.

Végezetül, ezúton szeretnék köszönetet mondani korábbi Munkatársainknak, hogy munkájukkal, erőfeszítéseikkel és nyitottságukkal lehetővé tették a Projekt célkitűzéseinek megvalósítását, hogy minél több segítséget igénylő megváltozott munkaképességű embernek próbálhassunk meg segíteni egy jobb, munkával gazdagabb, értékes élet reményében.

PROFILING		Pontok átlaga		Különbség aránya (az elérhető 10 ponthoz képest) a legjobb és legrosszabb foglalkoztatási eredményeket elérő csoport között
szempont	csoport	a legjobb foglalkoztatási eredményű csoportban	a legrosszabb foglalkoztatási eredményű csoportban	
Utolsó munkaviszony időpontja, munkatapasztalat relevanciája	Foglalkozási rehabilitálhatóság	7,13	6,28	8,6%
Munkavállalási szándék	Programrészvétel	7,76	7,24	5,2%
Bérek támogatás esélye	Programrészvétel	7,21	6,76	4,5%
Tanulási szándék	Programrészvétel	7,21	6,76	4,5%
Együttműködési szándék, motiváció	Programrészvétel	7,65	7,32	3,3%
Mobilitási képesség	Szociális helyzet	6,50	6,19	3,1%
Mobilitási hajlandóság	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,44	6,14	3,0%
Célállás	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,78	6,49	3,0%
Támogatás nélküli munkavállalás esélye	Programrészvétel	5,78	5,50	2,8%
Szakmai tudás/képzettség	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,40	6,16	2,5%
Életvezetési problémák (alkoholizmus pl.)	Szociális helyzet	7,31	7,08	2,3%
Munkavégző képesség	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,43	6,20	2,3%
Fejlesztettség, hozzáállás	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,70	6,47	2,3%
Mentális állapot	Egészségi állapot	6,76	6,53	2,3%
Családi körülmények	Szociális helyzet	6,81	6,61	2,1%
Figyelem, koncentráció	Egyéni képességek, kompetenciák	6,91	6,71	2,0%
Speciális segédeszköz szükséglet	Egészségi állapot	7,61	7,43	1,8%
Fizikai állapot	Egészségi állapot	6,20	6,03	1,7%
Anyagi helyzet, életszínvonal	Szociális helyzet	6,08	5,91	1,6%
Betegség tudat	Egészségi állapot	6,65	6,50	1,6%
Önszabályozási képesség	Egyéni képességek, kompetenciák	6,79	6,64	1,5%
Problémamegoldó képesség	Egyéni képességek, kompetenciák	6,60	6,46	1,5%
Terhelhetőség	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,04	5,90	1,4%
Összeférhetőség	Egyéni képességek, kompetenciák	7,11	6,97	1,3%
Rendszeres kezelések szükségessége	Egészségi állapot	6,57	6,44	1,3%
Önértékelés	Egyéni képességek, kompetenciák	6,65	6,54	1,0%
Életkor	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,48	6,39	1,0%
Kommunikációs készség	Egyéni képességek, kompetenciák	7,03	6,94	0,9%
Térségi munkaerő-piaci helyzet	Foglalkozási rehabilitálhatóság	6,16	6,08	0,9%
Képzésbe vonás esélye	Programrészvétel	5,45	5,74	-2,9%
összesen		6,71	6,48	2,3%

Komplex képesség és helyzetfelmérés keretében alkalmazott szempontrendszer értékelése – a legfontosabb és legkevésbé fontos jellemzők a sikeres foglalkozási rehabilitáció szempontjából



Farkas Péter

A vallásosság és a lelki egészség

Kulcsszavak: Transzcendencia, vallásosság és lelki egészség, világnézeti megoszlás, spiritualitás, szkeularizáció

„Egyetlen ismeret van, a többi csak tanács.
Alattad a föld, fölötted az ég, benned a létra.”
Weöres Sándor

I. Bevezetés

Az embert a transzcendencia iránti igénye teszi spirituális lényé. A vallásosság és a spiritualitás központi helyet foglal el az emberiség, a népek és az egyének életében. Olyan értékek, ami fontos szeretet játszik a mentális egészség fenntartásában, az egészségmegtartásban és az egészségmegőrzésben.¹

A magyar társadalomnak e dimenziója, amelyben az utóbbi évtizedekben nagy változások mentek végbe, a társadalom belső egységét, identitását, kultúráját is jelentősen érinti.

A történelem során még néhány évtizeddel ezelőttig is a vallás differenciálatlan kulturális környezet egyik része volt. A modern kort megelőzően évezredekig a vallásnak kulcsfontosságú szerepe volt egyén, a társadalom és a kultúra életében, a modern korban azonban megszűnt a kultúra magától értetődősége.² Egyre inkább személyes döntés tárgya, hogy mit tartunk értéknek, milyen a világnézetünk, a vallásunk.

Az emberi kultúrával és életvitellel való jelentős összefonódása miatt a vallásosság számos tudományterületen tart érdeklődésre számot. A legjelentősebb megközelítések a teológiai és hitéleti, a társadalomtudományi – főként vallásszociológiai, antropológiai -, valamint a fizikai és pszichés egészséggel kapcsolatos kérdésfeltevésekből indulnak ki.

Az utóbbi években a vallásosság multidimenzionális értelmezése kezd elfogadottá válni.³

II. A vallás, vallásosság teológiai, szociológiai és mentálhigiénés elméleti megközelítésének vázlata:

A teológiai megközelítésben a vallás a transzcendens végső valóságba, a világmindenség és történelem irányításába vetett hit és az ennek megfelelő viselkedés, ezért alapvető jellemzője az embernek.

A vallás, mint rendszer az ezzel a viselkedéssel összefüggő tanok, az intézmények és a szabályok rendszerének összességét jelenti.⁴

A vallás Aquinói Szent Tamás szerint rendezett kapcsolat Istennel. Az ember alapmagatartása azzal az életét betöltő, tökélesítő, megszabadító és megszentelő fénnel szemben akit Istennek nevezünk.⁵

A vallás szó, a latin religio szó eredetét pontosan nem lehet megállapítani. Egyformán származhat a relegere, „újra olvasni”, religare, „megkötözni, kötődni” és a reeligere, „újraavasztani” igékből. A különböző megoldások azonban mind egy irányba, az embernek Istennel való kapcsolatára utalnak.

A teológia szerint a hit az egész embert, nem csupán az értelmet átfogó kijelentés (t.i. hogy „hiszek”), az Isten ígéreteibe vetett reményt és bizalmat is magába foglalja. A hit egyúttal a történelemben megnyilvánuló Istennek adott emberi válasz is. A hit központi eseménye a keresztények számára Jézus eljövetele, halála és feltámadása.⁶

A szociológia számára a vallás:

- empirikus tapasztalati tény,
- az ember által teremtett valóság,
- társadalmilag elfogadott és rögzült rendszer, ami

¹ Kopp, Székely és Skrabski 2006.

² Tomka - 2011

³ Farkas et al. 2014

⁴ Kránitz, Szopkó 2003

⁵ Aquinói Szent Tamás 2002-2004

⁶ Kránitz, Szopkó 2003



d) az egyén és a társadalom számára bizonyos jelentőséggel bír és bizonyos funkciókat valósít meg.

Illetve:

- 1) egy közösségnek a hite és hagyománya,
- 2) amely a valóság egészével s ezen belül az egyéni és a társadalmi élettel kapcsolatos és amely azt tartja, hogy a valóságot és az életet
- 3) természetfeletti erők erő(k) vagy/és személy(ek) befolyásolja(ák), irányítja(ák),
- 4) akivel (akikkel) a hit szerint kapcsolatba lehet kerülni,
- 5) a kapcsolatfelvétel (a kérés, köszönet, tisztelet, stb) formája és módja a vallási (misztikus) élmény, illetve a vallásgyakorlat, a rítusok, a liturgia⁷

E definíciók mellett hangsúlyozzák a vallás értelemadó, konfliktusfeloldó, másfelől személyes kiegyensúlyozottságot adó funkcióit. illetve a társadalmi integrációs, a társadalmat megújító (prófétai), szekularizáló funkcióit is. A vallásszociológia jelentős gondolkodói szerint a vallás a hitelvek, szimbólumok és intézményes (vallásgyakorlatok összefüggő, szervezett rendszere, amely jellemzően értelemmel ruhazza fel a létező dolgokat (a világ) és az emberek létrejöttét, létét, létezésük célját és tanácsokat, vagy parancsolatokat fogalmaz meg a helyénvaló életvitelre vonatkozóan.⁸

A vallásosság pedig a valláshoz, transzcendenshez valóvaló viszony annak vállalása, megélése és gyakorlása. illetve komplex, az egyén ön-és világészleléseire érdemi hatást gyakorló érzület.⁹

A vallásosság a lelki egészség egyik fontos mutatója, számos vizsgálat igazolja a vallásosság, a vallási közösséghez tartozás egészségvédő szerepét.¹⁰ (Például Fabrega 2002, Pikó és Fitzpatrick 2004, Wig 1999, Kopp.-Skrabski 1995 és 2000)

A lelki egészség tekintetében a vallásgyakorlás igen szignifikáns kapcsolatban áll a depresszió, a szorongás, a reménytelenség, ellenségesség alacsonyabb fokával és a kooperativitás magasabb értékeivel.

A nagyobb tolerancia, egységes világkép gyakoribb

azok között, akiknek mindennapi életvitelében fontos a vallás.¹¹

Mind a vallásgyakorlás, mind a vallás igen jelentős védőfaktor az önkárosító magatartásokkal kapcsolatban. Ugyanígy kiemelten fontos a társadalmi kohézió, a társas támogatás szempontjából a vallásgyakorlás.

Akiknek a vallás fontos, toleránsabbak és kooperatívabbak. S javultak a lelki egészség olyan mutatói is mint az elégedettség, boldogság, illetve csökkentek az anómia értékei.¹²

III. A vallás társadalomelméleti összefüggései:

Az elmúlt évtizedek határozó társadalomtudományi elméletei a társadalomfejlődést két folyamatra: a racionalitás egyre erősebb érvényesülésére és a funkcionális differenciálódásra vezették vissza.¹³

A modernizációs és szekularizációs elméletek szerint a racionalitás kibontakozása megfosztja varázsától a korábban mítoszokkal operáló gondolkodást, a vallást felváltja a tudomány. A funkcionális differenciálódás pedig kiüresíti a vallás társadalmi szintű integratív szerepét. Mindennek során a vallás speciális igények kielégítésére szolgáló alrendszerre válik és emiatt, úgy mond, a társadalom intézményrendszerében, majd egyes emberek életében is leértékelődik.

A szekularizáció különféle értelmezései között van kutató, aki számon tartja a vallásosságra vonatkozót is. José Casanova (1995) három, egymástól elváló tételt, egymáshoz nehezen igazodó állításból áll:

1. a szekularizáció a világi szférák egyházi intézményektől és normáktól való elkülönülése és felszabadulása,
2. a szekularizáció a vallásos hit, illetve vallásgyakorlat hanyatlása, és végül
3. a szekularizáció a vallás privatizálása.¹⁴

Bryan Wilson megállapítása szerint: „a szekularizáció az a folyamat, amelynek során a vallásos intézmények, a vallásos cselekedetek és a vallásos tudat elveszti társadalmi jelentőségét.”¹⁵

⁷ Tomka 2011

⁸ Dunkheim 2002; Weber 1987; Glock-Stark 1965

⁹ Glock-Stark 1965

¹⁰ Kopp – Székely, Skrabski 2004

¹¹ Skraski et al 2004

¹² Székely-Kovács 2021

¹³ Tomka 2009

¹⁴ Casanova 1995

¹⁵ Wilson 1982



Tehát a vallás elveszti integráló szerepét, s már nem áll fenn egyértelmű megfelelés társadalmi és vallási között.

A Max Weber által „varázstanított”-nak nevezett, racionalizált, bürokratizált, technicizált világban már nem a vallás logikája az irányadó s ezen túl magát a vallásos világméleletet is kikezdi a tudományos, racionális gondolkodás elterjedése.

A kutatók közül többen hangsúlyozták, hogy strukturális és kulturális tényezők együttesen okozzák a vallás szerepcsökkenését. Ebben külön említendő az individualizálódás.¹⁶

Az individualizáció e téren azt jelenti, hogy mindenki szabadon dönthet, mit hisz, illetve maga kell döntsön, mert nincs társadalmi szinten egységesen kötelező és támogatott világnézet.

Berger a szekularizáció folyamata során, a gazdasági szférának a társadalomszervezés domináns erejévé válásakor csúszik át a vallás a privát szférába.¹⁷ Ez a vallás privatizációja, s válik a család, az egyéni morál, a lelki problémák szakértőjévé. Ekkor a vallás tovább már nem az általános értelmetadó és társadalmi-integráló erő, igazodni kényszerül a plurális több alrendszerrel egymás mellett működtető társadalomhoz, s harcba kell szállnia a piacon fellelhető többi hasonló, az egyének lelki szükségleteit kielégítő „szolgáltatóval”.

Karel Dobbelaere is a társadalom személytelenné válását, racionalizálását tartja fontos tényezőnek. Ezek terjedésével párhuzamosan csökken a személyes istenben való hit, s az emberek egy tekintélyes részéről átadja helyét egy személytelen természetfeletiben való hitnek.¹⁸

David Martin szerint konkrét történeti tényezők a meghatározóak. Az egyes országok felekezeti berendezkedése, valamint egyes egyházak monopolhelyzetével kapcsolatos problémák felelősek az egyes európai országok csökkenő vallásosságáért.¹⁹

¹⁶ Berger 1996

¹⁷ Berger 1996

¹⁸ Dobbelaere 1993

¹⁹ Martin 1978

²⁰ Martin 1991

²¹ Hervieu-Léger 1993

²² Inglehart 1997

²³ Berger 1999

²⁴ Riesebrodt 2000

²⁵ Graf 2004

Speciális tényezőnek tartja az egyház és a felvilágosodás egyes országokban végbement csatáját is. Ugyanakkor elutasítja a minden társadalomra érvényesnek gondolt, elvallástalanodás és modernizáció közötti összefüggést, számos ellenpéldát hozva fel, Dél-Amerikától a Közel-Keletig és az Egyesült Királyságig,²⁰ Végző konklúziója: „Európa volt az a hely, ahol a szekularizáció szociológiai modelljét kitalálták, és talán ugyanez az a hely, ahová tartozik is” (Martin 1991) Hervieu-Léger szerint egyszerre megy végbe a vallásosság csökkenése és növekedése, vagyis konkrétan a valláson belüli formaváltásról van szó.²¹ Az egyház mint intézmény egy idő után túlmerevedik és alkalmazkodásképtelenné válik, ezért jelennek meg a közösségi kezdeményezések, a vallásosság újfajta társadalmiasulási formái. Ezek azonban szintén intézményesülnek. Tehát egy állandó körforgás, ami szétesik, az újjáépül. Szerinte egyszerre vagyunk tanúi egy szekularizációs és egy deszekularizációs folyamatnak. Ronald Inglehart úgy véli, hogy a materialista értékrendet fölváltó posztmaterialista értékrendről, illetve a modern kor után következő posztmodern korról van szó.²²

Szerinte a posztmodern korban az anyagi szükségleteket felváltják az anyagiakon túli, önmegvalósítással összefüggő értékek. Az értékek terén tapasztalható pluralizmusban új helyre kerül a vallásosság, mely már sokkal kevésbé intézményes és jóval sokszínűbb, sokkal egyénibb.

Újabban egyes szerzők a vallás eltűnése helyett annak visszatéréséről értekeznek. Így a szekularizációs elmélet egyik korábbi fő képviselője Peter L. Berger Desecularization címmel írt könyvet.²³

Vallások visszatérése címmel adott ki kötetet M. Riesebrodt²⁴

S az Istenek visszatérése művet F. W. Graf.²⁵ Ezek részben annak felismeréséből fakadnak, hogy a vallás korában prognosztizált eltűnése nem követke-



zett be, és részben a 2001. szeptember 11. utáni új helyzetre, valamint annak a huntingtoni értelmében a vallások szerepére reflektálnak.²⁶

Az ismertetett elméletek mindegyike arra kereste a választ: hogyan és miért változik a vallás társadalmi helye és jelentősége a modern világban. A különböző megközelítések ellentmondásai javarészt az eltérő kiinduló feltevésekre, a vallás eltérő értelmezésére a vezethető vissza.

IV. A vallási változások fő tendenciái:

A történelemben és kultúrközi összehasonlításban sehol sem lehet kimutatni hosszabb folyamatos elvállástalanodást.

a vallási változások inkább hullámvonal-szerűek és inkább minőségiek, mint mennyiségiek.²⁷

Az sem igaz, hogy a legmodernebb országok lennének a legvállástalanabbak – ha az USA-ra, Kanadára, Japánra és Dél-Koreára gondolunk, inkább az ellenkezője tűnik igaznak.

Az utóbbi két évtizedben a vallás eltűnésével ellentétes irányba mutat mind a Nyugat-, mind a Kelet-Európában a társadalom jelentős része. Istenhívőnek és magát vallásosnak tartja (kivételesen kevés számú volt szocialista ország) és a vallásban megnyugvást talál (itt a skandináv országok, Hollandia és Franciaország tartoznak a kivételek közé).

A vallási mezővel kapcsolatos új tapasztalatok közé tartozik hazánkban hogy

- az egyházak hirtelen közéleti tényezővé és média témájává váltak,
- a kis és a nagyegyházak közötti ellentétek és viták alig rejtve a társadalom ideálisnak tartott (azaz hagyományőrző és a és a történelmi önazonosság értéket felelevenítő, vagy mindeztől ismeretlen irányba elrugaszkodó) rendjéről és működéséről folynak,
- az állam és az egyház elválasztását elfogadó ország politikusai nem tudják kikerülni az állásfoglalást az egyházak szerepe, a felekezeti intézmények, az egyházfinanszírozás és a felekezeti különbségek kérdésében,
- a nagy egyházak a magyarság határok feletti kultu-

rális egységének is fontos tényezői és intézményesápolói,

- a társadalom mindezek alapján az egyházakat és a vallást – az ellentétes vélemények konfrontálódásának eredményeként – magasra becsüli és velük szemben komoly elvárásokat fogalmaz meg,
- a vallásosság a társadalom több mint kétharmadában rokonszenvet kelt ugyan, de csupán a népesség egy kisebb részét mozgósítja-, viszont
- az emberek többsége az utóbbi időkből, s ezt követően a vallásosság terjedését feltételezi.²⁸

A társadalom rendjének és működési módjának megváltoztatása és a politika rendszerváltozás Tomka Miklós szerint legalább hat vonatkozásban alakította át a vallásosság és az egyház életben való részvétel mértékét és módját.²⁹

1. A társadalomnak a korábbinál kisebb csoportja ragaszkodik az egyházban őrzött hagyományhoz és közösséghez, miközben egy ennél sokkal nagyobb csoport a „maga módján” intézményes tanítástól és összetartó közösségtől függetlenül akar vallásos lenni.
2. Minkét típus esetében vannak a vallásosságnak olyan kifejeződései, amelyek társadalmi elterjedése csökken, mindezekelőtt a vallási szocializáció hiányosságai miatt a belépő fiatal nemzedékekben kevesebben vallásosak, mint a sorra álló idősebbek között.
3. Társadalmi átlagban az előbbi összefüggést ellen-súlyozza, hogy korábban nem vallásos emberek egy része az életkor emelkedésével vallásossá válik.
4. Valaha vallásosság a társadalom vidéki, tanulatlanabb és szegényebb részét, főként a nőket és a nem aktív keresőket jellemezte, míg a társadalom aktív, tanult és befolyásosabb része nem vallásos volt. Ez a tendencia halványodik. Tanultak és tanulatlanok, falun és városban élők, férfiak és nők, fiatalok és idősebbek vallásossági adatai közelítenek egymáshoz.
5. A vallásosság és az egyház közéleti jelentősége a demokrácia természetes adottsága, ami nem utolsó sorban arra támaszkodik, hogy a társadalomban – a

²⁶ Huntington 1996

²⁷ Tomka 2006

²⁸ Rosta-Tomka 2010

²⁹ Tomka in: Rosta-Tomka 2010



egyháziasan hívő csoportokon túl is – magas az egyház elismertsége és a bele vetett bizalom. Ez a rendszerváltás óta egyre nyilvánvalóbb.

6. A vallásos és a nem vallásos emberek megelégedettsége és egyéni és társadalmi magatartása több vonatkozásban érdemlegesen különbözik egymástól, azaz a vallásosság a profán életben is látható következményekkel jár.

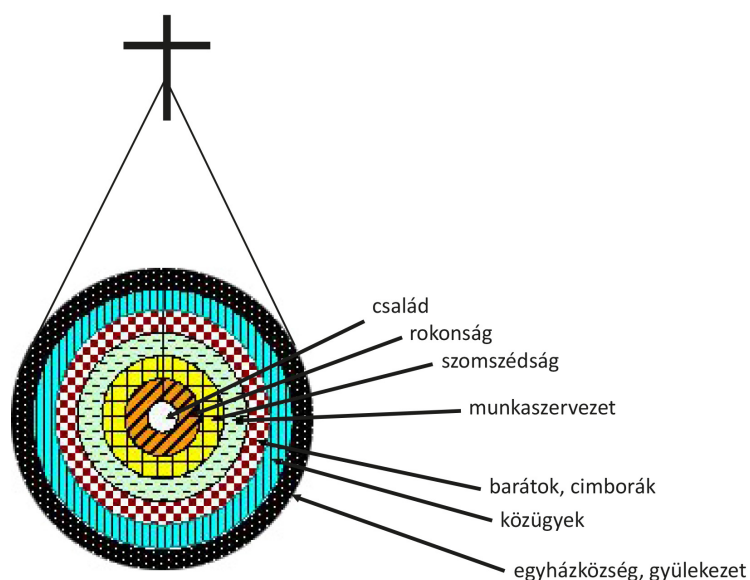
V. A modern vallásosság megközelítési lehetőségei:

Nem könnyű képet alkotni a vallásosság alakulásáról. A bizonytalanság többek közt abból fakad, hogy nem létezik általánosan elfogadott meghatározás arra vonatkozóan, hogy mit értünk vallás, vallásosság alatt, sem a közvélemény, sem a kutatók körében. Vannak,

de mindegyiken belül számos további változat van.³¹ Az első önbesorolás, azaz, hogy maguk az emberek milyennek tarták és mondják magukat.

Itt a bizonytalanságot ráhagyjuk a kérdezetteknek. Az eredmény hiteles, csak éppen alig értelmezhető, hiszen nem tudjuk, hogy a megkérdezett a „vallásos” szónál mit jelöl.

A másik módszer a vallásosság dimenzióinak soravétele és egyenkénti mérése, esetlegesen arról is döntve, hogy a kutató mit, melyik dimenziót tartja a vallásosság szempontjából a legfontosabb ismérvnek. Ez az eljárás lehet nagyon objektív az egyes jegyek megállapításakor, de teljesen önkényes annak eldöntésekor, hogy melyik dimenziót tartja mérvadónak. Az önkényesség vádjá kevésbé merül fel az egyházias-



1. ábra – A hagyományos társadalom elrendezésének sematikus rajza (in Tomka 2006)

akik inkább az intézményes dimenzióhoz, mások a hithez, megint mások a vallásgyakorlatok végzéséhez kötik inkább a vallásosságot.

A kiindulópont az intézményes keresztény vallásosság. Ez az, amelyben fogalmaink gyökereznek, és ami alapján a kérdéseik megfogalmazódnak.

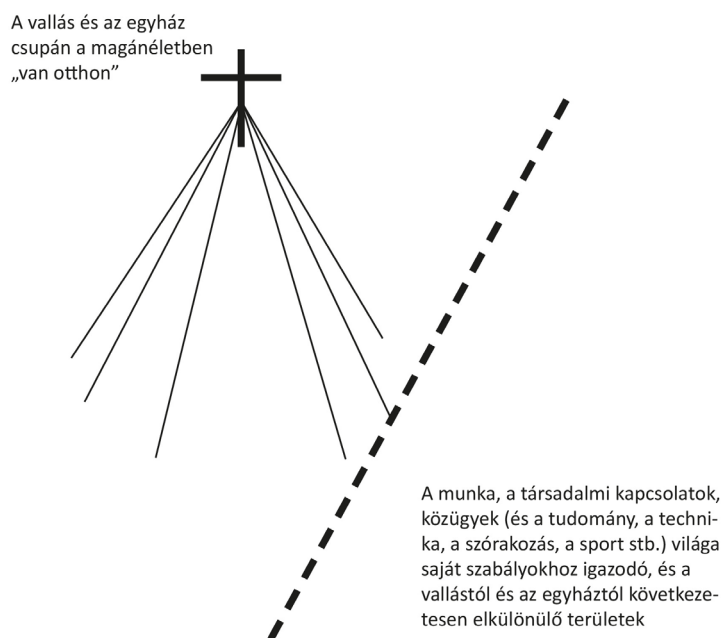
A koncepció maga és a kérdésfeltevés módja is átgondolásra szorul a jelenkori vallásosságra/spiritualitásra vonatkozó tapasztalatok és feltáró kutatások fényében.³⁰

A vallásosság mérése nagyjából három úton történik,

ság mérésekor, mert ilyenkor az egyházi előírásszerűen tartalmazza a saját felfogás szerinti „igazi” vallásosság ismérveit.

Végül a harmadik eljárásban a kutató látszólag semlegesen gyűjti össze a vallásosság legkülönbözőbb megnyilvánulási módjait és azok együtteséből igyekszik – ismét látszólag semleges többváltozós matematikai – statisztikai módszereket alkalmazva – a vallásosság létére (vagy nem létére) és intenzitására következtetni. A semlegesség ellenben csupán látszólagos, mert

³⁰ Tomka 1996, Földvári 2014, Földvári . Rosta 1998
³¹ Tomka 2011



2. ábra – A modern társadalom elrendeződésének sematikus vázlata (in Tomka 2006)

szubjektív előzetes döntést feltételez azzal kapcsolatban, hogy egyáltalán milyen jelenséget vesz figyelembe, mint a vallásosság indikátorait, valamint hogy azokat mképpen súlyozva összesíti.³²

Külön is kiemelünk két vallási megközelítési lehetőséget. Az egyik a vallásosság dimenzióinak kialakításán keresztül mutat rá szerteágazó komplexitására, a vallásosság különböző területeinek önállóságára.³³

A Glock-Stark modell öt ilyen dimenziót határol el, a hit (ideológiai dimenzió, vallásgyakorlat (rituális dimenzió), vallási érzés, élmény (élmény és tapasztalat dimenziója), vallási ismeretek (intellektuális dimenzió), és a mindennapi élet vallásossága (következmény dimenzió) szerint.

Az ötdimenziós modell jól rávilágított a modern típusú vallásosság egyik fontos jellemzőjére. a vallásosságot nem tekintjük többé egységes jelenségnek. Különböző megnyilvánulási formái vannak. Ugyanakkor ez nem jelenti azt, hogy maga a vallás hullott volna darabjaira. Arról van szó, hogy az intézményes keretektől távolodó vallásosság az egyén képére formálódik.

Ma is vannak olyanok – igaz kisebb számban – akik minden indikátor alapján erősen vallásosnak mutatkoznak. (Kérdés, hogy őket nevezhetjük-e az „igazi”

vallásosnak, vagy másként fogalmazva, ők csupán a tradicionális vallásosok csoportját alkotják?)

Yves Lambertnek kutatásai révén sikerült a világnézeti mezőny három fő típusát empirikusan is elkülöníteni.³⁴ Nem részletezve kutatásainak módszereit, a következő három pólust különítette el: a „hitvalló keresztényeket” rendszeres vallásgyakorlatot, más keresztény hívekkel való kapcsolattartás jellemzi, az életnek isteni értelmet adnak (az életnek Isten által van értelme), a „világi humanizmushoz” a hitetlenek, vallásukat nem gyakorlók tartoznak, végül a „kulturális keresztények” csoportját bizonytalan hit és gyenge vallásgyakorlat jellemzi.

A kutatás(ok) megállapították, hogy az utóbbi évtizedekben folyamatos eltolódás figyelhető meg a hitvalló kereszténységtől a kulturális kereszténységig, s még inkább a világi humanizmus felé.

A hitvallók idősebbek, mint a kulturális vallásosság képviselői. Az Istentől való felfogás tekintetében gyenge eltolódás figyelhető meg e kutatások szerint, a kulturális vallásosság felé.

Az empirikus kutatások alapján rögzíthetünk néhány individuális értékrendi vonatkozást a vallásosság vonatkozásában:³⁵

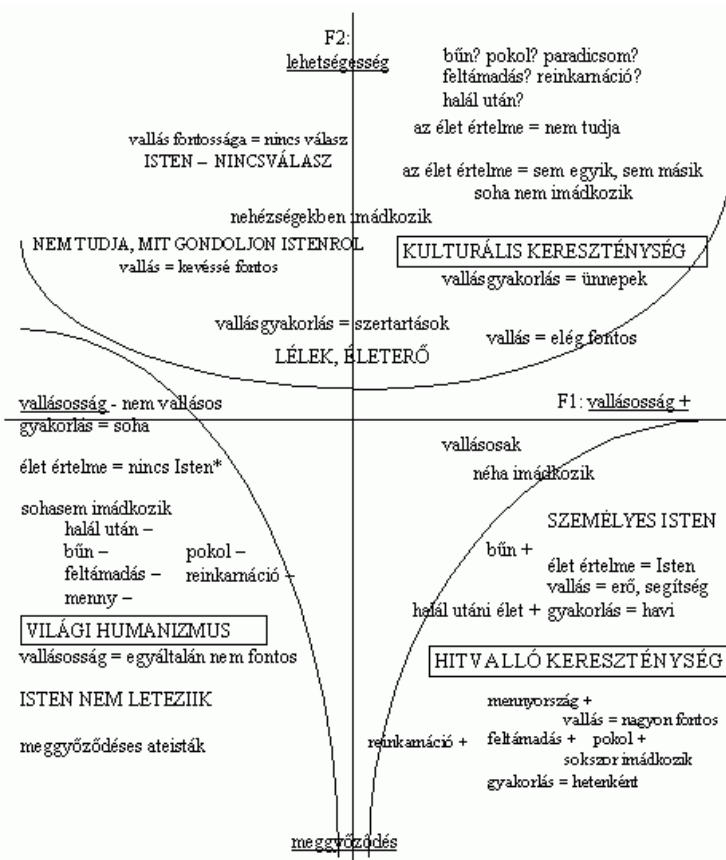
³² Tomka 2011

³³ Földvári-Rosta 1998

³⁴ Földvári-Rosta 1998

³⁵ Tomka 2011





3. ábra – A vallásosság Yves Lambert által megkülönböztetett típusai
(Az eredeti Riffault 1194. forrást átvette Földvári-Rosta 1998)

- erősebb affinitás a közösségalkotásra, közösségi részvételre
- a családiasság
- az erkölcsi elvek ápolása
- „lelki egészség” és személyes boldogságtudatra.

VI. Vallásosság alakulása az elmúlt évtizedekben hazánkban:

A vallásosság változási görbéje az utóbbi fél évszázad során befejezetlen szinusz-görbéhez hasonlít. A különböző szakaszokat egyenként kell magyarázni.³⁶

A negyvenes évek végén, az ötvenes évek elején a vallásosság, a két világháború közötti szinthez mérve megemelkedett. Ezt a trendet, amely egész Európát jellemezte, általában a háború utáni békevágygal, s a korábbi állami intézmények hitelvesztésével szokás magyarázni. Kelet-Közép Európában a totalitarizmussal szembeni ellenkezésnek is szerepe lehetett a váláshoz fordulásban.

Az emelkedő szakasznak az ötvenes évek közepén

vége szakadt, majd a hatvanas és hetvenes éveket a vallásosság visszaesése jellemezte. Egyfelől a forradalom leverése véget vetett annak az illúzióknak, hogy a szocialista társadalom rövid intermezzo lenne. A rendszer ellenfelei is rádöbbsentek, hogy el kell fogadniuk a szocializmussal való együttélés valamilyen formáját. Másfelől 1956 vérbefolytása olyan trauma volt, amire nem volt közösségi válasz. Az egyéni útkeresés kiszorította a hagyományba kapaszkodó összefogást. Ugyanebbe az irányba hatott a meggyorsuló mobilitás, mindezekelőtt a TSZ-szervezés kapcsán.³⁷ A társadalmi atomizációt tovább erősítette a televízió megjelenése és elterjedése, s persze az a „gulyás-kommunizmus” is, amely felkínálta a gazdasági felemelkedés lehetőségét, ám másodállások és önkiszákmányolás egyéb formái árán.

A hatvanas és hetvenes évek a gazdasági és politikai stabilizáció és az elvallástalanodás időszaka nemzetközi összehasonlításban is.

1978 óta viszont előző gyorsan, majd a kilencvenes

³⁶ Tomka 2006
³⁷ Szántó János 1990

évek közepe óta meglassulva, de tovább erősödött a vallásosság, ám összességében meglehetősen alacsony szinten.³⁸

Az 1978. évi 8 százalékról az ezredfordulót követő évekig 12-14 százalékra emelkedett.

További fontos tendencia a népesség vallásos részének belső, társadalmi-demográfiai átalakulása.

A vallás felé fordulás a nyolcvanas évek óta a közép és felsőfokú végzettségű városi fiatalok körében a gyakoribb. (Míg ezt megelőzően elsősorban az alacsonyabb státuszú, alacsonyabb műveltségű, kis jövedelmű, falusi helyzetűekre volt a jellemzőbb).

Figyelemreméltó a nyugat- és a kelet-európai fiatalok közötti különbség, Nyugaton a fiatalok körében gyakoribb a vallásvesztés, mint a vallásra találás. Kelet-Közép Európában a helyezett fordított. körükben az elvállaltalanodás és a vallásossá válás mérlege a vallás szempontjából pozitív. Mindennek nyomán megváltozott a

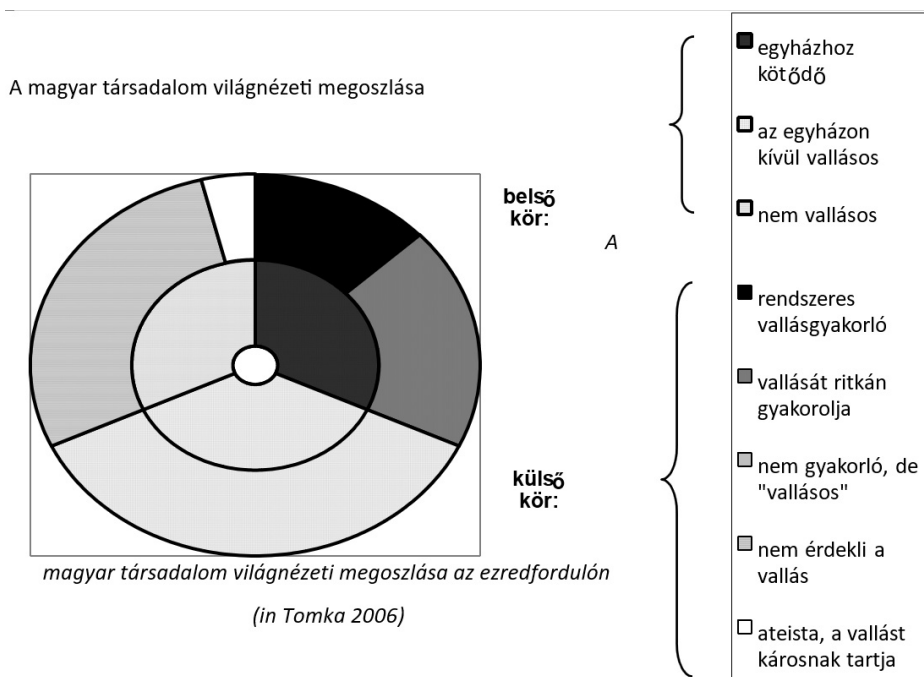
lások idős generáció fokozatos kihalását.

Mindeközben a vallásos csoportnak a társadalmi és kulturális pozíció terén korábban mutatkozó lemaradása is gyors ütemben csökken. Hasonló kiegyenlítő hatás irányába hatott a vallás és az egyház társadalmi tekintélyének megemelkedése.

Az ezredforduló után a magyar társadalomban három körülbelül azonos nagyságú világnézeti blokk volt:

- az egyházi hagyományokhoz és közösséghez többé-kevésbé kötődők,
- azok a magukat ugyan vallásosnak mondók, akik azonban legfeljebb keresztelekor, esküvőkor és temetéskor veszik fel a kapcsolatot valamely egyházal és
- a kifejezetten nem vallásosak.

Az első csoport az – önjellemzésük szerint – „egyház tanítása szerint hívők” s vallásukat rendszeresen gyakorlók (akkor 12-13%), valamint azok a templomba ritkáb-



4. ábra – A magyar társadalom világnézeti megoszlása az ezredfordulón (in Tomka 2006)

vallásosság társadalmi bázisa és a vallásos csoport társadalmi összetétele. A vallásos népesség zömét már korántsem az idősek, hanem növekvő arányban fiatal felnőttek körében történő erősödése és terjedése pótolni tudja az eredetileg sokkal nagyobb arányban val-

ban járók, akik gyermeküket az egyház keretei között kívánták vallásosnak nevelni (mintegy 19%).

A második csoport a „maga módján” vallásos. tagjaik vallásosságukat sokféle hagyományból egyéni módon válogatva, az egyházal nem ápoltak kapcsolatot (36%).

³⁸ Tomka 2006

A nem vallásos harmadik csoport zöme (28%) vallás nélkül nevelődött, s a vallással szemben inkább semleges, semmint ellenséges. A vallással szembenállást egy kisebb csoport (3-4%) képviselte.

A vallás és az egyház társadalmi megítéléséről és presztízséről elmondható, hogy a vallás egyrészt meggyőződés és személyes elköteleződés, másrészt hagyomány, amit az emberek tekintélyes része ugyancsak meg akar tartani. Esetenként nem könnyű a két hozzáállást elkülöníteni. A keresztelést, a templomi esküvőt, az egyházi temetést kívánatosnak tartja nem csupán a felnőtt népesség vagy többsége, hanem a nem vallásos emberek egy része is.

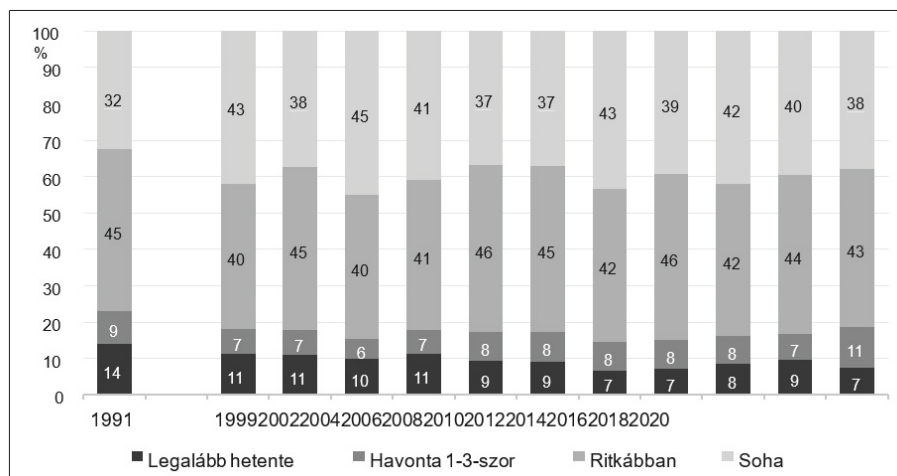
Az életkori rétegeket összehasonlítva a hagyományvesztés fiatalabb életkorú csoportokban erőteljesebb. A társadalom nagyobb része azonban a vallást az egyéni és a társadalmi élet szempontjából is fontosnak minősíti.

Ugyanakkor egyfajta tradícióvesztést s tapasztalhattunk.³⁹ S bár a vallással kapcsolatos vélemények megoszlanak de annak legcsekélyebb jele sincs, hogy az emberek csak a magánélet vonatkozásában tulajdonítanak a vallásnak jelentőséget.

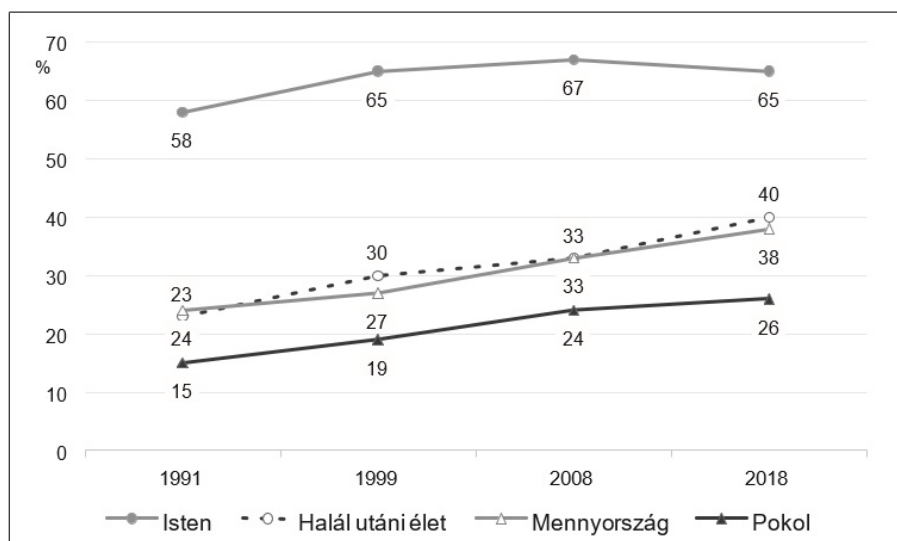
VII. A jelen vallásossági tendenciái:

Az intézményes keretek közt folytatott rendszeres vallásgyakorlat a 2010-es évek közepéig nagyon lassan visszaszorult. Azóta a trend megállt, illetve a legújabb

39 Tomka 2009.



5. ábra – A templomba, vallási szertartásra járás gyakorisága Magyarországon 1991-2020 (%) (in: Máté-Tóth és Rosta (2022))



6. ábra – Egyes vallási tanokban hívők arányának változása Magyarországon 1991-2018. (%) (in: Máté-Tóth és Rosta 2022.)



eredmények a legalább havonta templomba járók arányának enyhe emelkedését mutatják.⁴⁰

A társadalom két nagyból egyforma méretű kb 40-40%-ot kitevő nagyobb tömbje, a soha templomba nem járók és a vallásukat néha, rendszertelenül gyakorlók mellett a saját bevallásuk szerint rendszeres, legalább havi szertartáslátogatók mintegy 20% körüli kisebbséget alkotnak.

A vallásos hit dimenziója terén, különböző szintekről indulva, de mind az Istenbe, mind pedig más alapvetően a kereszténységhez kapcsolódó tanokban vetett hit elterjedtsége növekedést mutat 1991 óta Magyarországon. Ezzel együtt a felsorolt tanítások körül az Isten az egyetlen, akiben a magyarok több mint fele hisz.

Máté-Tóth és Rosta kutatásaik alapján arra jutnak, hogy a magyarországi vallásosságadatok és a vallásdiskurzus elemzése ellenkező irányt mutatnak.⁴¹

Míg az egyházhoz köthető személyes vallásosság és vallási elkötelezettség lassan csökkenő, illetve alacsony szinten stagnáló tendenciát mutat, addig a vallás közéleti, politikai jelenléte inkább növekvő.

VIII. A spiritualitás vizsgálata:

A vallásosság kutatásának termékeny megközelítése lehet a pszichológia területéről az 50-es 60-as évektől a humanisztikus pszichológia kialakulásával összefüggésben útjára indult spiritualitás-koncepció.⁴²

A fogalom a személy transzcendens iránti nyitottságára, az események és általában az élet tágabb, transzcendens keretében való megélésére, a hétköznapin túlmutató valóságba lépésre utal.⁴³

A spiritualitással kapcsolatban megjelenő megközelítések a teljesség igénye nélkül: A Szent keresése; a transzcendens világgal és minden létezővel való összekötöttsége élménye; az események és az élet értelméke kutatása; univerzális emberi jelenség, amely nagy energiákat képes mozgósítani, motivációs elő; intelligenciatényező; a személyiség önálló dimenziója; az emberiség központi fejlődési dimenziója.⁴⁴

A spiritualitás és vallásosság egymást átfedő, de különböző fogalmak. Míg a spiritualitás inkább a gondolatok, érzések és tapasztalatok szintjén megjelenő emberi útkeresés, a vallásosság fogalmában az intézményes és közösségi jelleg a hangsúlyosabb.⁴⁵

A spiritualitás tekinthető egy eleve bennünk lévő vágyakozásnak a transzcendensre, önmagunk meghaladására, az élet értelmének keresésére.⁴⁶

A spiritualitás a személyesen megélt Istenhez fűződő kapcsolathoz köthető. (Igaz ez a központja, szíve a vallásosságnak is),

Jelentőségét aláhúzza a vallási individualizáció, a személyes élmények, kapcsolatok, relációk előtérbe kerülése és ezzel párhuzamosan az intézmények és hagyományok jelentőségének csökkenése a (poszt) modern társadalomban.

A spiritualitás mérésére ún. „mérőskálákat” alkalmaznak. Ezek közt mi csupán az R. L. Piedmont nevéhez köthető skálákról, s annak hazai alkalmazásáról teszünk említést.⁴⁷

Piedmont elmélete szerint a spiritualitás a személyiség egyik független dimenziója. Összetevői az ima/meditáció által érzett beteljesülés (belső erő, békeség, érzelmi támogatás), az univerzalitás (az élet tágabb jelentéséhez és céljához kapcsolódóan magába foglalja, hogy minden élet kapcsolatban van, mindnyájunknak közünk van egymáshoz), végül az összekötöttség, mely csoportokon nemzedékeken átívelő kapcsolatot jelent (halottak emlékének ápolása, velük való kapcsolat).

A Spiritualitás Transzcendencia Skála megbízhatóságát magyar adatokon Tomcsányi Teodóra és munkatársai elemezték és igazolták. (Tomcsányi et al. 2011.)

A vallásosságnak teljesítményre ösztönző és védőfaktor hatása van. Ez leginkább akkor hasznosul, amikor az egyént körülvevő értelmező közösség megerősíti az egyén vallási identitását. A vallásosságra épülő családi és iskolai nevelés koncepciójában ennek a kapcsolathálózatot erősítő bizalomra építő pedagó-

40 Máté-Tóth és Rosta 2022.

41 Máté-Tóth és Rosta 2022.

42 Horváth-Szabó et al. 2009.

43 Benkő 2004.

44 Tomcsányi et al. 2010., Tomcsányi et al. 2011., Horváth-Szabó et al. 2009.

45 Píkó et al. 2011., Tomcsányi et al. 2010.

46 Horváth-Szabó et al. 2009.

47 Tomcsányi et al. 2011.



giának az arculata tapintható ki, s csak másodlagos cél a tanulmányi eredményesség növelése.⁴⁸

IX. A vallásosság lelki egészség:

Robert Emmons pszichológus négy alapvető kategóriába sorolja a ember jellemző életcéljait: személyes siker és boldogság, kapcsolatok és intimitás, vallás és spiritualitás, valamint „alkotás” (maradandó értéket létrehozni a társadalomban).

Az élet nehézségeit azok viselik a legnehezebben, akik mindezekelőtt személyes sikereikbe és boldogságukba fektetnek energiát.⁴⁹

Viktor Frankl az egzisztenciális és logoterápiás módszer megalapítója szerint az alapvető emberi szükségletek – amelyekben az emberi lélek leginkább magára ismer – az élet értelmének keresése és a lelkiismeretben megnyilvánuló erkölcsi döntés.⁵⁰

A lélek szabadsága Frankl szerint, s erkölcsi önállósága a szélsőséges léthelyzetekben, súlyos betegségben, haldokolásban mutatkozik meg. (Frankl a második világháború során három évig volt különböző koncent-

nyítan rákérdezni a vallásosságra, csak az imára, mint a megküzdés, coping egyik módjára, de a konfliktusmegoldás ezen faktora a nehéz helyzetekben már ekkor megjelent, és pozitív összefüggést mutatott az életcélokkal, valamint a társadalmi kohézióval.

A rendszerváltozás után, az 1995-ös felméréssel kezdődött a Hungarostudy kutatásokban a vallásosság, mint a lelki állapot fontos összetevőjének.⁵²

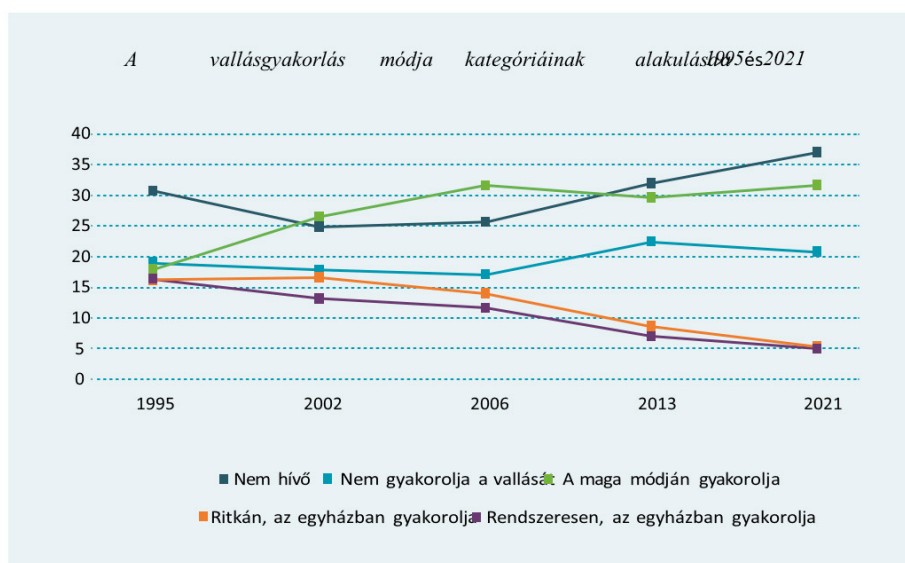
Akkor a kutatásokban a vallásgyakorlást és a vallás fontosságát kutatták.

A vallás gyakorlása elsősorban a vallásosság társadalmi beágyazottságát vizsgálta (nem hívő, maga módján hívő, ritkán, rendszeresen az egyházban gyakorolja).

Míg a vallás fontosságával a spiritualitás iránti igényt vizsgálták (egyáltalán nem fontos, kissé fontos, nagyon fontos, minden cselekedetét befolyásolja).

A vallásgyakorlás tekintetében az összességében magukat valamilyen módon vallásosnak mondók aránya 2006-ig növekedett, majd az követően csökkent.

2021-ben az arány 63 százalék. Így a magyarországi



7. ábra – A vallásgyakorlás módja, kategóriáinak alakulása a Hungarostudy felmérések alapján 1995 és 2021 között. (Székely-Kovács 2022.)

rációs táborokban, az általa kidolgozott emberkép és elmélet ottani élményei alapján nyert megerősítést).

A Hungarostudy kutatások a magyar népesség körében 1988-ban kezdődtek.⁵¹ Akkor még nem lehetett

népesség közel kétharmadát teszik ki, akik valamilyen értelemben identitásuk részének tekintik a vallást.⁵³

A vallás fontossága az említett kutatás szerint 2013-ig csökkent majd 2021-re újra erősödni kezdett. (A

48 Pusztai 2019.

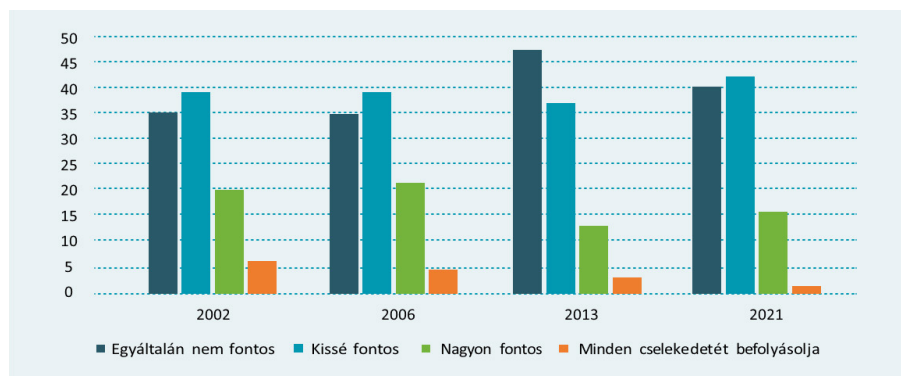
49 R. A. Emmons 1991.

50 V. Frankl 1996.

51 Kopp et al. 2008.

52 Székely-Kovács 2022.

53 Székely-Kovács 2022.



8. ábra – A vallás fontossága kategóriáinak alakulása a Hungarostudy felmérések alapján 2002-2021 között. (Székely-Kovács 2022.)

	Egyáltalán nem fontos	Kissé fontos	Nagyon fontos	Minden cselekedetét befolyásolja
Régiók szerint				
Észak-Magyarország	36,4	45,8	13,7	4,1
Észak-Alföld	36,1	40,4	21,6	1,9
Dél-Alföld	45,6	34,5	17,9	2,0
Közép-Magyarország	48,8	35,3	14	1,9
Közép-Dunántúl	40,2	44,3	14,2	1,3
Nyugat-Dunántúl	23,6	57,2	17,0	2,2
Dél-Dunántúl	25,4	54,6	18,7	1,3
Településtípus szerint				
Budapest	58,3	28,8	10,7	2,2
Megyeszékhely, megyei jogú város	41,3	42	14,6	2,1
Város	34,1	44,8	19,5	1,6
Község, nagyközség	32,0	47,8	17,8	2,4

9. ábra – A vallás fontossága 2021-ben régiók és településtípus szerint, az adott kategórián belüli válaszadók aránya, százalék Anómia elégedettség és boldogság átlagértékeinek alakulása a Hungarostudy felmérésekben 2006 és 2021 között (Székely-Kovács 2022).

2002-es 65%-ról 53%-ra, majd 2021-ben 60%).

A nők vallásosabbak, ugyanakkor a vallás fontossága a férfiak körében növekedett.

A Hungarostudy kutatások vizsgálták a vallásgyakorlat módja, a vallás fontossága és az anómia, elégedettség és boldogság mutatók közötti összefüggéseket.

Az anómia, melynek fogalmát E. Durkheim vezette be az értékvesztés, céltalanságot jelenti, s arra utal,

hogy mennyire erősek vagy gyengék a szociális normák illetve általában az erkölcs egy adott társadalomban. (Durkheim 2003.)

Ez a mutató a kutatások szerint 2006-ig jelentősen romlott, 2013-ra csak nem 20 %-al, de az érték azóta javuló tendenciát mutat.

Hasonló tendenciát észleltek az az elégedettség és a boldogság vonatkozásában is.

(Az elégedettséget és a boldogságot is 1 és 10 közötti

értékskálára adott válaszok révén mérték).

A lelki egészség vizsgált mutatói, az anómai, elégedettség és boldogság 2021-re javultak az előző felmérések adataihoz képest, különösen a nők körében.

E tanulmány keretében nincs mód a vallásosság és a lelki egészség összefüggéseinek részletes bemutatására, így e gazdag és sokrétű eredményeket bemutató Hungarostudy kutatásokhoz utaljuk a tájékozódni kívánókat. (A fontosabb vonatkozó szakirodalomról a válogatott irodalomjegyzék ad áttekintést).

Összeségében elmondhatjuk, hogy a mély vallásgyakorlás inkább a közösségi védőhatását fejezi ki, addig a vallás fontossága a spiritualitásra való igényt, a transzcendensre való nyitottságot.⁵⁴

X. Összegzésképpen

A vallásosság és a spiritualitás központi helyet foglal el az emberiség, a népek és az egyén életében. Olyan érték, ami fontos szerepet játszik a mentális egészség fenntartásában, az egészségmagatartásban és egészségmegőrzésben.

A tanulmányban nem kívántunk önálló kutatási eredményeket bemutatni, inkább a vallásosság szociológiai és mentális egészséggel összefüggő igen gazdag irodalmából szeretnénk volna egy vázlatos áttekintést nyújtani.

A társadalomelméleti összefüggések és a történelemben beálló vallási változások után áttekintettük a vallásosság alakulását az elmúlt évtizedekben hazánkban. Ezt követően ismertettük a jelen vallási tendenciáit, s végül a spiritualitás, vallásosság és a lelki egészség néhány meghatározó vonatkozását mutatuk be.

Természetesen, csak az általunk vélt leginkább kiemelésre méltó elméleti és kutatási eredmények ismertetésére vállalkoztunk, mégis azt reméljük, ezen írás is segítheti a szociális szakterületen tevékenykedők felelősségteljes munkáját.

A kézirat lezárta után tették közzé a census vallásra vonatkozó eredményeit, így ezek nem kerültek be elemzésünkbe.

Válogatott irodalom

- Allport, Gordon W. (1950): *The Individual and His Religion*. A Psychological Interpretation, New York
- Aquinói Szent Tamás: *Summa theologiae I-I Gede testvérek*, Budapest, 2002-2004.
- Argue, A.-Johnson, D.R.-White, L. K. (1990): Age and Religiosity, Evidence from a Three-Wave-Panel Analysis, *Journal for the Scientific Study of Religion* 38.3.423-435 p.
- Berger, Peter A. (1967): *The Sacred Canopy*, Garden City
- Berger, Peter A (1996): *Individualisierung*, Opladen
- Berger P. L. (szerk. 1999): *The Desecularization of the World: Resurgent Religion and World Politics*, Washington D.C., J. (1994): *Igaz-e, hogy Jézus csak ember volt?*, Szeged-Róma Hitvédelmi füzetek 10.
- Bellach, Robert N. (1967): *Civil Religion in America*, In *Daedalus*, Winter, 1-21.
- Bellach Robert N. (1970): *Beyond Belief, Essays on Religion in Post-Traditional World*, New York, Harper and Row
- Bögre Zsuzsa (2017) *Individual Religiosity, Secularization and Seekers among Hungarian Youth*, Washington, The Council for Research in Values and Philosophy, 195-213.
- Casanova, J. (1995): *Public Religions in the Modern World*, Chicago, University of Chicago Press
- Davie, Grace (1994): *Religion in Britain since 1945, Believing Without belonging*, Oxford
- Davie, Grace (2010): *A vallás szociológiája*, Bencés Kiadó, Pannonhalma
- Dobbelaere, K. (1993): *Towards an Integrated Perspective of the Processes Related to Descriptive Concept of Secularization*, *Sociology of Religion*, 1993/3, 229-247.
- Durkheim, E. (2002): *A vallási élet elemi formái*, Budapest, L'Harmattan Kiadó
- Elias, N. (2004): *A civilizáció folyamata*, Budapest Gondolat Kiadó
- Emmons, R. A. (1991): *Personal strivings and motive dispositions*, *SAGE Journal*
- Espósito, John L.-Watson, Michael (szerk. 2000): *Religion and Global Order*, Cardiff
- Ester, Peter – Halman, Loek – de Moor, Rund (szerk. 1994): *The Individualizing Society*
- Value Change in Europe and North America, Tilberg
- EVS (1999, 2008): www.europeanvalues.nl, www.gesis.org/en/

⁵⁴ Kopp-Skrabski 2008.

data service

Fabrega, H. (2002): Culture, spirituality and psychiatry, WPA

Farkas L. et al. (2014): „Vallásosság és spiritualitás Multidimenzi-
onális vizsgálata” kérdőív rövid formájának magyar adaptációja,
Pszichológia 34/2, 175-205.

Földvári Mónika (2014): Vallásszociológiai perspektívák, Vallá-
sosság és spiritualitás Magyarországon országosan reprezentatív
vizsgálatok tükrében, Kapocs 2014/4., 55-63.

Földvári Mónika – Rosta Gergely: A modern vallásosság megkö-
zelítésének lehetőségei, Szociológiai Szemle, 1998/1., 127-137

Frankl, Viktor (1996): Az ember az értelemre irányuló kérdéssel
szemben, Kötet Kiadó, Budapest

Fukuyama Francis (2022): Bizalom, Európa Kiadó, Budapest

Gereben Ferenc – Tomka Miklós (2000): Vallásosság és nemzet-
tudat Vizsgálódások Erdélyben, Budapest, JTMR, Kerkai Jenő
Egyházzsociológiai Intézet

Geertz, Clifford: Az értelmezés hatalma, Budapest, Osiris Kiadó,
63-109.

Glock, Ch. Y. – Stark, R. (1965): Religion and society in tension,
Chicago, US: Rand McNelly

Graf, F. W. (.): Die Wiederkehr der Götter, Religion in der moder-
nen Kultur, München, Beck

Gabriel, Karl – Franz – Xaver Kaufman (szerk. 1980): Zur Soziola-
gie des Christentums, Mainz Grünewald

Gyorgyovich Miklós (2020): Vallásosság 02., Látóhatár – Vallá-
sosság Magyarországon, Budapest, Századvégi Kiadó

Hervieu-Léger, D. (1993): Present-day emotions renewals, The
end of secularization or the end of religion?, London Sage

Habermas, Jürgen (2011): A kommunikatív cselekvés elmélete,
Budapest, Gondolat Kiadó

Huntigton, S. P. (1996): A civilizációk összecsapása és a világrend
átalakulása, Budapest, Európa Kiadó

Halman-de Moor L. (2001): The European Values Study, A Third
Wave, Tilburg

Hankis Elemér (1990): East European Alternatives, Oxford, Cla-
rendon Press

Hegedűs Rita (2000): A vallásosság alakulása Magyarországon a
kilencvenes évek kutatásainak tükrében, PhD-értekezés, Buda-
pest, BKÁE

Horváth-Szabó et al. (2009): Vallás és emberi magatartás In-
terdiszciplináris Szakkönyvtár 8., SOTE, Párbeszéd (Dialógus)
Alapítvány

Inglehart, Roland (1997): Modernization and Postmodernization,
Princeton, Princeton University Press

Kaufmann, Frana-Xaver (1989): Religion und Modernität, Tübin-
gen

Kopp Mária és Skrabski Árpád (2008): Kik a boldogok a mai ma-
gyar társadalomban? In: Kopp Mária (szerk): Magyar lelkiállapot
2008., Budapest, Semmelweis Kiadó, 73-79.

Kopp Mária - Skrabski Árpád (2003): Vallásosság és lelki egész-
ség, Távlatok 59 évf., 1. sz., 8-17

Kopp Mária Székely András és Skrabski Árpád (2006): Vallásos-
ság és életminőség az átalakuló társadalomban, In: Kopp M.-Ko-
vács M. E. (szerk): A magyar népesség életminősége az ezredfor-
dulón, Budapest, Semmelweis Kiadó, 156-166

Kopp Mária et al. (2004): Vallásosság és egészség az átalakuló
társadalomban, Budapest, Mentálhigiénié és Pszichoszomatika,
103-125.

Kránitz Mihály – Szopkó Márk (2003): Teológia kulcsfogalmak
szótára, Budapest, SZIT

Luckmann, Thomas (1967): The Invisible Religion, New York
Macmillan

Luhmann, Niklas (1977): Funktion der Religion, Frankfurt, Suhr-
kamp

Martin David (1991): On secularization, Towards a Revised Ge-
neral Theory, Aldershot

Máté-Tóth András (2014): Vallásnézet. A kelet-közép-európai

átmenet vallástudományi értelmezése, Akadémiai doktori érte-
kezés, Szeged

Máté-Tóth András - Rosta Gergely (2022): Vallási riport 1991-
2022, Magyarországi trendek nemzetközi összehasonlításban,
TÁRKI, In: Társadalmi riport 202, Budapest, 457-472.

Molnár Attila (1995): A tudatreformáció és a vallásszociológia
elvarázsolása, In: Valóság 8; 1-17.

Nagy Péter Tibor (2019): Vallásváltozás és szociológia, In: Iskola-
kultúra 29. évf; 2019/2-3. szám, 57-67.

Pikó Bettina – Fitzpatrick K. M. (2004): substance use, religiositi
and other protective factors among Hungarian adolescents,
Addictiv Behaviors (in press)

Pusztai Gabriella (2019): Vallási szocializáció és hatásai, In: Ma-
gyar Tudomány 180 (2019), 834-843.

Riesebrodt, M (2000): Die Rückkehr der Religionen, Fundamen-
talismus und der „Kampf der Kulturen”, München, Beck

Rosta Gergely (2019): Szekularizáció? Deszekularizáció? Mer-
re tart a vallási változás a világban?, In: Magyar Tudomány
180(2019), 795-803

Rosta Gergely – Tomka Miklós (2010 szerk.): Mit értékelnek a
magyarok? Agóra IX., Faludi Ferenc Akadémia, Budapest

Skrabski Árpád – Kopp Mária (1990): Társadalmi beállítottság,
társadalmi tőke, Századvég 12, 128-146.

Szántó János (1999): Vallásosság és társadalmi rétegződés, In:
Lovik, Horváth (szerk 1990): Hívók, egyházak ma Magyarorszá-
gon, Budapest, 158-183.

Szántó János (1998): Vallásosság egy szekularizált társadalom-
ban, Budapest, Új Mandátum Kiadó

Székely András – Kovács Katalin (2022): Vallásosság, boldogság,
elégedettség, anómia alakulása a magyar népesség körében,
Kapocs 2022/1. szám, 93-102

Székely András – Kovács Katalin – Székely B. András (2022): A
vallásosság és a lelki összefüggéseinek alakulása a Hungaros-
tudy kutatások tükrében, In: Magyar lelkiállapot 2021., Csa-
lád-Egészség-Közösség, KINCS, Budapest, 2022, 375-395.

Székely András – Lázár Imre (2013): Vallásosság és kötődés, In:
Susánszky É. – Szántó Zs. (szerk.): Magyar lelkiállapot 2013.,
Budapest, Semmelweis Kiadó, 63-76.

Tomcsányi Teodóra et al. (2010): A spiritualitás és vallásosság
kutatásának kulcskérdései, Psychiatria Hungarica 25 (2) 110-120.

Tomka Miklós (1991): Magyar katolicizmus, OLI, KATTA, Buda-
pest

Tomka Miklós (1996): A vallásszociológia új útjai, Replika 21-22.

Tomka Miklós (2001): Hagyományos (vallási) értékek a modern
társadaában, Educatio 10/3, 419-433.

Tomka Miklós (2006): Az ifjsági vallásosság három évtizede, Új
Ifjúsági Szemle IV/2., 5-19.

Tomka Miklós (2006): Vallás és társadalom Magyarországon,
Pázmány Társadalomtudomány 4. Budapest-Pilicsaba, 2006.

Tomka Miklós (2009): Vallásosság Kelet-Közép-Európában, Té-
nyek és értelmezések, Szociológiai Szemle 19/3, 64-79.

Tomka Miklós (2011): A vallás a modern világban: a szekulari-
záció értelmezése a pszichológiában, Budapest, Semmelweis,
Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány

Tomka Miklós (1995): Csak katolikusoknak, Corvinus

Tomka Miklós (2011): Vallásszociológia, www.tavas56.hu, szom-
bat /vallásszociologia/tomka_1.htm.(Letöltve: 202.03.0.)

Tomka Miklós (szerk. 1996): Vallásszociológia – szöveggyűjt-
mény, Budapest, Takönyvkiadó

Török Péter (1997): Egyházszámadás, Egyházfórum 12/2., 60-66.

Weber Max (2020): A protestáns etika és a kapitalizmus szelle-
me, Harmattan Kiadó, Budapest

Weber Max: Gazdaság és társadalom 2/1, Budapest, Közgazda-
sági és Jogi Kiadó

Wilson, Bryan (1982): The Secularization Thesis, Criticisms and
Rebuttals, Leuven, Leuven Universiti Press

Zulehner, Paul Michael (1974): Religion nach Wahl, Wien,
Herder



Dr. Simon Gabriella

Iskolai mentálhigiéné

Kulcsszavak: Iskolai mentálhigiéné, kompetencia határ, pszichoszociális érettség, tranzakcióanalízis

II. rész

Az iskola mint szervezet

Az iskolákon belüli viszonyok megfigyeléséhez és esetleges korrekciójához fontos adalék, hogy az iskolán belül szervezeti szocializáció is zajlik. Ugyanis amellett, hogy működése egyedi jellemzők, értékek és hagyományok mentén valósul meg, és szerkezetében lassan változó, munkaszervezetként előképe a későbbi szervezeteknek, amelyekkel a gyermekek majd kapcsolatba kerülnek (Buda, 2003a). Az iskola szándékolatlan és akaratlanul is viselkedést tanít: a vezetés sajátosságai, a szervezeti struktúrák és szerepek, a szereplők egymással való kapcsolata, a szervezeti kultúra, a tekintély megjelenési formái és a hozzá való kapcsolódás jellege, a formális és az informális érintkezések részben a szervezettel való konszenzusos, egyetértő, vagy ezzel ellentétes normákat és értékeket is közvetít. A következetesen képviselt iskolaéthosz - az iskolára jellemző egyéni arculat, intézményi atmoszféra – a gyermekekbe szintén beépül (Kozéki, 1991, In: Buda, 2003a; Golnhofer, 2006).

Az iskola mint korrektív vagy gyógyító szervezet

Az iskola továbbá kompenzációs szerepet tölthet be családi, közösségi eredetű problémákkal szemben. Ilyenek a családi traumák hatása, a család ingerszegénysége, vagy hátrányos társadalmi szerepe. Megzavart vagy hiányos szülő-gyerek kapcsolat esetén a pedagógus nyújthat olyan viszonymintát, amely – főképp kisiskolás korban – korrektív szerepet tölthet be a gyermek életében. A fejlődés esetleges elakadásá-

val fenyegető esetekben - például a szülő távolléte, betegsége, esetleg érzelmileg szegény kapcsolatok miatt – a pedagógus lehetőséget adhat a pótlólagos kötődésre, érzelmi biztonság megtapasztalására (Buda, 2003a).

A pedagógus mentálhigiénéje

Az iskola a lelki egészség forrása, ugyanakkor annak veszélyforrásává is válhat (Fodor, 2001). Olykor a pedagógus magatartása is jelenhet kockázati tényezőt. Éppen ezért érdemes tisztában lennie pályaválasztásának és pályán maradásának motivációival, a gyermekek nevelésében betöltött, kiemelt szerepének jelentőségével. E szerep a kisiskolás gyermekek estében magában hordozza a szülői, nagyszülői mintákat, jó esetben ez alakul át a felső tagozatra felnőtt vezetői szereppé. A családi szerepektől indulva veheti fel a pedagógus később a társadalomba ágyazódást segítő mester szerepét (Szebedy, 2005).

A pedagóguspályára lépés és a pályán maradás hatásai óhatatlanul megjelennek az iskolai nevelés, a személyiségfejlesztés során. Érdekes szempontokat ad a kérdéshez, de korántsem tükrözi a teljes képet, amit a tranzakcióanalízis¹ megközelítésében, a pedagógusok sorskönyvének elemzésekor F. Várkonyi Zsuzsa feltárt: „Nincs még egy olyan hivatás, mely ennyi lehetőséget adna a szülő-én pozitív vagy negatív megnyilvánulásaira és a gyerek-én ennyiféle öngyógyítási kísérletére (F. Várkonyi, 2015, 213.).” Hozzáteszi emellett, hogy „Alig van olyan más foglalkozás, ahol a

¹ A tranzakcióanalízis háromféle énállapotot különböztet meg: ezek a Szülő, a Felnőtt és a Gyermek. (Berne, 1984)





felőtt-én működtetése ilyen nagy mértékig pusztán a lelkiismeretre van bízva” (F. Várkonyi, 2015, 213.). A viselkedést szabályozó, követelményeket állító, normaszabó magatartás mögött olykor a szülő-én köntösében jelenik meg a gyermeki igény („Óra alatt nem beszélünk!”, „A folyosón nem szaladgálunk!” (F. Várkonyi, 2015, 214.)). Jó, ha a pedagógus tisztában azzal, hogy szocializációs térként működve, az iskolában a tanuló élete a pedagógusi példaadás és a normaképzés tengelyén (Fodor, 2001) mozog. A segítő hivatású pedagógusok hatékonysága személyiségük hatásán is múlik, ezért fontos lehet, hogy lássa, lássuk, ki miért választott olyan szakmát, amely a „gyerekkor kísérésével” foglalkozik (F. Várkonyi, 2015, 214.).

A diákokkal való kapcsolatra egyenrangúak szerződésékként tekintő pedagógus – mondja a szerző - partneri viszonyt épít ki a tanulókkal, inspiráló tanulási környezetet teremt. Bízik a diákokban, kiszámítható és igazságos. A világot áttekinthetőnek érzékeli, mellette a gyerekek rendben lévőnek érezhetik magukat. Akit gondoskodó szülői énje vezérelt a pályára, döntően érzelmi kapcsolatot épít ki diákjaival, és ezek nem mindig pozitív érzések. Támogat, óv, védelmez, a kiemelkedő teljesítményeket gondolja. Kreatív, lázadó gyermek-énjének hatására a pályára érkező tanár a gyermekekkel azonosul. Ellenérzéssel viselkedik konzervatív kollégáival szemben, gyakran kerül munkatársaival konfliktusba, hiszen nem a gyereket, hanem a felnőttet tekinti ellenfélnek. Felkészült, alapos, ötletes, a gyermekeket játszótársaivá teszi, így megnyeri ragaszkodásukat. A gyerekek mellette is rendben lévőnek érezhetik magukat, de a tekintélyekkel ellenséges a viszonya, és gyakran az motiválja, hogy megmutassa, lehet jobban is csinálni. F. Várkonyi szerint, ha távozik a testületből, gyakran alternatív iskolában látjuk legközelebb. Az alkalmazkodáshoz szokott személyiség a jóvátételt a pedagóguspályától várhatja. Részben azzal, hogy mások hibáira, hiányosságaira hívja fel a figyelmet, részben könnyen válik áldozattá is. Saját énjét nehezen vállalja fel, ő is a szabályt, a normát kéri gyakran számon. Gyakran ad beírást és küldi a feletteséhez a tanulókat, áthá-

rítva így a fegyelmezés feladatát. Kevesen érezhetik rendben lévőnek magukat mellette, őt találják meg a leggyakrabban a diákcsínyek, és előfordul, hogy a nehézségek előtt betegségbe menekül. Végül a kritikus, dirigáló szülői énből dolgozó pedagógus kevésbé együttérző és sosem kételkedik saját igazában. Jól érvényesíti a szabályokat, az engedelmes, vagy a rájuk hasonlító diákokkal szimpatizál. Mivel nyíltan kimutatja rokonszenvét vagy ellenszenvét, sok diákja sérül emiatt. Ugyanakkor otthonosan mozog a munkahelyén, és ha probléma adódik, a diák hagyja el előbb az intézményt, mint ő (F. Várkonyi, 2015).

A pedagóguspályán maradás típusos eseteiről szólva a pályát tudatosan választó és amellett kitartó pedagógusoktól a szerepet önmagukban megerősítve elfogadók, az esetleg kiégett, de továbblépni nem tudók, a pályaválasztásban folyamatosan bizonytalan pedagógusokon keresztül a szabad akaratból maradó, de más hivatásra is nyitott tanárokig széles a spektrum. Jó, ha a pedagógus közösség az elhivatott, a szerepét tudatosan elfogadó, illetve a nyitott, és szabad akaratából pályán maradó tanárookra támaszkodhat (Szebedy, 2005).

A szereptévesztések útvesztőit taglalva Szebedy is a tranzakcióanalízis három én-állapotából indul ki. A pedagógusnak fontos tudatosítania, figyelmeztet, hogy egy – egy pedagógiai helyzetben melyik én-állapotából reagál. Konfliktushelyzetekben – és a pedagógus pályája ezekben óhatatlanul bővelkedik - például jó, ha kerüli a személyes megbántottságot, a bevonódást, az ösztönösséget, a szubjektivitást, vagy a rutint és helyette felnőtt-énjével vesz részt a nézeteltérések megoldásában, konszenzusra törekszik. Szerencsés, ha kiélezett helyzetben nem a presztízsének megőrzése, vagy a felülkerekedés vágya hajtja, hanem képes a szituációra megoldandó feladatként tekinteni, értő figyelemmel jelen lenni (Szebedy, 2005). Jó, ha a tanár érzelmei nem nehezednek a diák vállára, lelkesedését megosztja a diákokkal, de nem várja el a csoporttól (Sallai, 2006). A tanár-diák kapcsolatot negatívan befolyásoló tényezők között említhetjük



azt, amikor a pedagógus nem pedagógusszerepben, hanem magánemberként, pedagógiai tudatosság nélkül viselkedik. A tanárnak továbbá nem elsőrendű feladata a tanuló viselkedésének morális megítélése, hanem „megismerése, megértése és elemzése”, a rogersi feltétel nélküli elfogadás alapján (Sallai, 1996). Óva int Szebedy az ítélező szereptől, tekintettel arra is, hogy a diákok könnyen átvehetik ezt az attitűdöt (Szebedy, 2005). Különösen kerülendő a személy felletti ítékezés, helyette a viselkedés, a magatartás, a teljesítmény elemzése, értékelése fogadható el. A pedagógus munkájának része az értékelés, de motiváló lehet az önértékelés és a társak értékelése is, különösen, ha megadott szempontok támogatják azt. Az elfogadáshoz hozzásegít az empátiás megközelítés, mely a másik világába való ideiglenes belépést jelenti, a saját nézetek, értékítéletek, előítéletek időleges felfüggesztésével (Sallai, 1996, Rogers, 2004, Mearns és Thorne, 2011). A tudatosság, a védekező helyett a szabad döntéseken, a saját érzelmek felismerésén alapuló kongruens viselkedés segít az esetleges inkongruens, sablonszerű, személyidegen viselkedés módosításához (Sallai, 1996).

Az önmagával békében élő, a saját és diákjai lelki folyamatait jól ismerő az iskolai helyzetekben magát biztonságban érző - szerepviselkedés-biztonság² (Sallai, 1996) - pedagógus a tananyagon túl mutató többletet tud diákjainak nyújtani: képes a gyerekek lelki egészségének védelmére, kiteljesítésére. „Az tud másokon segíteni, aki önmagát megértette, elfogadta” (Fodor, 2001, 79.). Aki jól használja erőforrásait, tisztában van erősségeivel és korlátaival, felismeri kompetenciahatárait (Fodor, 2001), és delegálni tudja a feladatokat az arra illetékes szakembereknek, és képes maga is szakemberhez fordulni, ha erre szükség van, továbbá fejleszti, mélyíti önismeretét, gondozza szakmai személyiségét, erősíti pozitív önképét. Aki partneri szerepet tud betölteni a kapcsolatokban, a diákokkal képes a személyesség megvalósítására, mely a tanulási helyzetek motiváló erejének fontos előfeltétele, továbbá a kommunikációban partneri

viszonyban van az oktatási-nevelési helyzet minden szereplőjével. Képes a lelki egészség gondozására, ezen belül, mentálhigiénés feladatként a lelki - kapcsolati kultúra fejlesztésére, a személyiségfejlesztésre, mindezekhez képes az empátiára, elfogadó, kongruens és hiteles személyiség. Az ilyen pedagógus jobb esélyt ad diákjainak a jövőjükön munkálkodni, és közvetett módon, de a pedagóguspálya presztízsét is növelheti (Fodor, 2001; Grezsa, In: Schüttler, 2001; Szebedy, 2005).

Az egyéni értékek fejlesztésén túl fontos, hogy a tantestület képes-e együttműködő, szakmai műhelyként dolgozni, a szakmai problémák, a szakmai személyiség fejlesztése érdekében – akár más tantestület pedagógusaival - csoportban együttműködni (Grezsa, In: Schüttler, 2001). Lényeges, hogy a tanár tudatosan, az itt és most-ban élje meg a valóságot, és képes legyen előfeltevések, értelmezések nélkül, elfogulatlanul jelen lenni az iskolai történésekben.

A pedagóguspálya egészséges személyiséget, nyitottságot, empatikus készséget, értelmi és érzelmi gazdagságot, tisztességes felkészültséget és a hivatás iránti elkötelezettséget követel meg művelőitől (Szebedy, 2005). Megterhelő feladatot jelenthet ugyanakkor az ideális tanárról élő képnek megfelelni. A nevelési igények szerint a pedagógus egyszerre terapeuta, gyógypedagógus, egészségnevelő, kommunikátor, csoportdinamikai szakértő, mediátor, ahol nem kérdőjeleződik meg a hitelessége, spontán, kreatív, elfogadó és önmegvalósító lélekállapota (Buda, 2003b). Túlzók lehetnek ezek az elvárások, miközben beszámolók szerint növekedik a leterheltség, az iskolai kisközösségekben megjelenhet a bántalmazás, a kirekesztés, a verbális és/vagy fizikai agresszió is. Habár a korszerű pedagógia részben már felszabadítja művelőit ezen, többnyire személyes tulajdonságokra, attitűdökre épülő elvárások többségétől, a hétköznapi életben többnyire még érzékelhetőek ezek az – olykor laikus - igények. Az eszményi tanárt például nem lehet kihozni a sodrából, mindig kiegyensúlyozott. Nem

² A szerepviselkedés-biztonság az, amikor a személy (a pedagógus) rendelkezik a feladatainak ellátáshoz, a szerephelyzetéhez szükséges eszközökkel és jónak ítéli meg kompetenciáit, mely számára biztonságot ad (Sallai, 1996)



elfogult, és nincsenek előítéletei, egyformán elfogad minden diákot. Soha nincs kedvence, nem változik a hangulata, nem részrehajló, nem felejt el semmit. Mindig izgalmas, szabad és ösztönző tanulási légkört teremt, nem követ el hibákat (Gordon, 1990). Az ideális felnőtt, így az ideális tanár továbbá intelligens, nyitott és nyílt, van humorérzéke, szórakoztató, határozott, céltudatos, magával ragadó és lelkesítő, demokratikus, és megértő, képes barátságos légkört teremteni, de elvárásaiban következetes, határozott egyéniség (Szebedy, 2005). A jó tanítás kritériumairól – még ha vannak is erre törekvések a pedagógusok szakmai tevékenységével kapcsolatos elvárások kompetencialistáinak összeállításával – annak nincsen minden elemére kiterjedő konszenzus, hiszen jól tanítani sokféleképpen lehet (Révész, 2018). Illetve – a tanítás már említett kontextusfüggősége miatt – az ideális tanárral kapcsolatos, a pedagógus-szerepekre vonatkozó társadalmi, diák, pedagógusi, vezetői elvárások a környezet elvárásainak megfelelően is módosulhatnak.

Az intézményekben dolgozó pedagógusok nagy a lelki terhelés mellett végzik munkájukat, ez magában hordozza a kiégés, a lelki elfáradás veszélyét is. A pedagógus a tevékenységeit állandó interakciók mellett, részben a diákokkal, részben a szülőkkel, illetve pedagógusközösségbe szerveződve végzi, habár az oktatási-nevelési folyamatban a diák – tanár – szülő hármassal mellett e hármassal tágabb – intézményi és otthoni környezete is részt vesz. E közösségeknek is saját dinamikája van, melyekben szakmai, személyközi konfliktusok is kialakulhatnak, azok mentálhigiénés vetületeivel (Fodor, 2001, In: Schüttler, 2001).

Nehéz a kívánalmaknak megfelelni, kutatások például rámutattak az elvárások, a preferenciák és a tapasztalt valóság közötti különbségekre (a családban betöltött szerep, a tanulói vagy pedagógusi státusz, az életkor és a képzéstípus szerinti bontásban is közölve adatokat). Újabban az eltérő nevelési igényű tanulókkal való foglalkozás és az agresszió és konfliktuskezelés jelent a megkérdozett pedagógusok számára

problémát (Nikitscher, 2015). Mentálhigiénés szempontból a hatékony működéshez szükséges elvárások közül talán a legfontosabbak a fejlett kommunikációs képesség, az illeszkedő metakommunikáció, a kapcsolatok kiépítésének és fenntartásának képessége, a jó társas együttműködési képesség, a konfliktusok, az agresszió kezelésének képessége.

A pedagógus mentálhigiénének gondozásakor érdemes tehát figyelembe venni a pedagógusmunka általános jellegzetességeit, a környezeti elvárásokat, az ideális pedagógusszerep elvárásait és az ennek való megfelelés belső igényét, a külső környezetből érkező nyomást, a munkával járó stressz és szorongás mértékét, a kiegészítő tünetegyüttes megjelenését és a védekezés, a reziliencia erősítésének lehetőségeit. A pedagógus személyisége a tanulók személyiségének megértését, a pedagógiai-fejlesztő folyamatot is meghatározza. A személyiségben meglévő zavaró tényezők, az esetleges vakfoltok önismereti munkával, esetmegbeszélő csoportokkal, szupervízióval tárthatók fel (Sallai, 1996). Az önismeret továbbá jó lehetőséget kínál a személyiség fejlesztéséhez, illetve a személyiségnek megfelelő munkamódot, kapcsolódásokat kimunkálásához, a pedagógiai képességek kibontakoztatásához (Szebedy, 2005).

Iskolás gyermek a családban

Az oktatás-nevelés folyamatában a tanár-diák-szülő hármassal mellett a diák otthoni környezete és annak szereplői is részt vesznek. A családi életciklusok sorában a sajátos problémák, a lehetséges krízishelyzetek miatt az iskolás gyermeket nevelő családok jellemzőire is érdemes kitérni. Ebben az időszakban a gyermek élete általánosságban az iskola köré szerveződik. A család alkalmazkodóképességét próbára tehetik a biológiai fejlődést követő pszichoszociális érés, a személyiség- és magatartásváltozások (Komlósi, 1997). Kisiskolás korban a magatartási érettség elégtelensége jelenthet kudarcélményt mind a gyermek, mind a szülő számára. Az iskola teljesítménycentrikus hozzáállása a szülő-gyermek kapcsolatban is okozhat fe-



szültségeket. Problémát jelenthet, ha a szülők is átvesszik ezt a szemléletet, és az kihat a családi életre is (Komlósi, 1997).

A serdülőkor

Mentálhigiénés szempontból a serdülőkor számos iskolai mentálhigiénés feladatot jelölhet ki a tanárok számára. Fokozott rizikófaktorokkal rendelkező tekinthetjük e korcsoportot, hiszen a sajátos életszakasz, életkori krízis, a sokféle és jelentős változás miatt nagy a lelki-, életvezetési problémák kialakulásának kockázata. Ugyanakkor a nyitottság, a spontaneitás, a gazdag érzelmvilág mentálhigiénés szempontból jó lehetőséget teremt a lelki – kapcsolat kultúra fejlesztésére, a lelki egészség tényezőinek alakítására (Greza, 1998).

Az egyén legjelentősebb, drámai változásai e fejlődési szakaszban zajlanak le. A gyakran már 9-10 éves korban kezdődő prepubertás a hangulati ingadozásokkal és a kortárs csoport egyre erősödő szerepével, valamint a mintegy tízegyhány évig tartó folyamat első fele biztosan a köznevelés rendszerében éri a fiatalt. A biológiai fejlődésen túl a kamasz intenzíven kezdi keresni helyét a világban, fontossá válik számára a másokban róla kialakult kép, korábbi szerepeit integrálja a kialakuló új identitásában. Három próbatétel köré sűríti Bagdy (2000) a serdülők életfeladatait: egyik a szülőkkel való gyermeki szerephelyzetből való kibontakozás, mely szerencsés esetben mások vagy önmaga sérülése nélküli önállósulás a gyermeki szerepből. Második a pszichoszexuális érettség elérése: a nemi szerepekbe való beletanulás és a másik nemmel való zavartalan, örömteli kapcsolat kialakításának képessége. A harmadik feladat a felnőtté válással járó teljesítmények elsajátítása, a pálya, szakma, hivatás gyakorlati elvárásai mellett a feladat ellátására való képesség kibontakoztatása (Bagdy, 2000). A biológiai érés a szociális helyzetekben még gyakran gyermeki szereppel jár együtt, hiszen a környezetnek (szülőknek, pedagógusoknak) is meg kell érnie a változások elfogadására, integrálására. Bagdy az

identitás és a szocializáció, valamint az önkép alakulásának fogalmához nyúlva – Erikson pszichoszociális fejlődélméletéhez és így az egyes fejlődési szakaszok három speciális, a szomatikus, a személyes és a társas életfeladataihoz kapcsolódóan – normatív életválságként, pszichoszociális krízisként értelmezi a serdülőkort (Erikson, 1991, In: Bagdy, 2000). A testi-szervezeti (hormonális, idegrendszeri) változások és az ehhez való, olykor ellentmondásos viszonyulás mellett megjelennek ennek kapcsolati vetületei is (például a szülők közeledésének elutasítása, de akár kóros lelki fejlődési zavar is kialakulhat (pl. anorexia nervosa).

A felnőtté váló „pszichoszociális átnövés”, a társas és a társadalmi realitás tudomásulvétele (Bagdy, 2000, 263.) ellentmondásos feladat, így ennek során is megnőhet az iskolai mentálhigiéné jelentősége. Az iskola intézménye alkalmas terepet kínál ugyanis a nyitottság, a bensőséges érzelmi kapcsolatok, a moralitás alakulásának támogatására, a kapcsolati kultúra fejlődésére, az egészségmagatartás értékeinek kifejlesztésére és a másodlagos szocializáció, a társadalomban betöltendő szerep elsajátításának támogatására is. Tranzíciónak nevezzük, amikor az egyén vagy közösség az egyik fejlődési szakaszból átlép egy másikba, és megszületik az új identitás (Bagdy, 2000). Az életkríziseket kísérő cselekmények, szertartások az átmeneti rítusok (Gennep, 1960, In: Péley, 2003). A beavatás valamely jelentős esemény, élettörténeti változás, új állapotba lépés, befogadás. A civilizáció vesztesége a beavatási és átkelési rituálék elmaradása, (Péley, 2003). A serdülőkor bizonytalan szociális státusszal járó, átmeneti életszakasz. Az új szerepben való megerősítés (konfirmáció) hagyományai mára elhalványultak, a társadalmi megerősítés szinte teljesen megszűnt. Az iskola ugyanakkor megfelelő keretet biztosíthat a beavatáshoz szükséges ritualizációra (Péley, 2003). Lehetnek az iskolai, osztály vagy baráti közösségekben olyan belső elemek, szokások, jól ismert rituálék, amelyek csak rá jellemzőek, közös történetük az összetartozás érzését keltheti. Azonban megerősítő, bátorító hatásuk olykor – főképp



az archaikus rítusokhoz képest – részben megkérdőjelezhető, részben az iskolák a felelősségükkel e körben nincsenek feltétlenül tisztában, a beavatási rítusokból a hangsúlyt például a rituális cselekvésekre helyezve. Kellő érzékenységgel viszont az iskolák elfoglalhatják azt a helyet, amelyet a beavatási rítusok elhagytak, ha például a külső, valamint a belső jelentés összhangjával a szociális aktusok (Erikson, 1965, In: Péley, 2003) jelentéstelivé válnak, hitelesek és érvényesek lesznek (Grunder, 1997, In: Péley, 2003). A testi-lelki változások a csoportba fogadás, a megünnepelt események, a közös hagyományok az odatartozás élményét adhatják, ápolásuk mentálhigiénés jelentőséggel bír. A pedagógus, az iskolai mentálhigiéné a tranzícióban való támogatás érzékeny elősegítője lehet azzal, hogy az identitás-válság idején felmerülő nehézségek során megértő támogatást nyújt a kamasznak.

Az iskolai egészségnevelés, a lelki egészség fejlesztésének kulcs-szereplője a pedagógus. A serdülőkorú tanulókkal való foglalkozás olykor kihívást jelentő feladatot is adhat a számára. A diákok életszemléletének, értékvilágának alakítása, proszociális, életigenlő magatartásuk támogatása átfogó, nem csak egy adott helyzetre és/vagy időszakra vonatkozó programokat kíván, hanem szemléletében „át kell hassa az iskola, az abban megvalósuló személyközi kapcsolatok teljességét” (Greza, 1998, 52). Ha hatékonyan szeretne működni, a pedagógus magatartásában e tevékenységek körében is példaadás, hiteles magatartás, végső soron a szerepmoddellé válás szükséges. Érdeemes tekintetbe venni, hogy a programok hatása nem azonnali, a befektetés hosszabb idő alatt térülhet meg. Megnehezítheti a programok megvalósítását, hogy a kamaszok igazságérzete megnövekedik, kritikusabbá válnak a környezetükben lévő felnőttekkel szemben, megkérdőjelezzik a tekintélyt. A tanulók egy része a tanárra vetítheti a szülőkkel kapcsolatos ambivalenciáját, leválási dilemmáját, s a veszteségek nehéz érzésekkel, konfliktusokkal járhatnak. A serdülő olykor nézeteltéréseket provokálhat, negatív érzelmeket nyilváníthat ki a pedagógussal szemben,

ezzel megkönnyítve elszakadását a szülőkötéstől (Buda, 2003a). A csoportfolyamatokban is megjelenhet az ellenállás az iskolai értékekkel szemben, előfordulhat, hogy a csoport ezek érvényesülését is gyengíteni igyekszik.

E körben szerencsés, ha a pedagógus átlátja a helyzetet, továbbá szükség lehet empátiájára és a diákokkal, a családdal való szoros együttműködésére. A konfliktus és annak feldolgozása Buda szerint „paradigmatikus nevelési alkalom” (Buda, 2003a, 169.), és fejlesztő hatású lehet. Részt kaphat benne a tanár hitelessége is, amennyiben részben kifejezi megbánottságát, de szakmai szerepében marad a konfliktus megoldása során, alkalmazni tudja például a helyzet pozitív átértékelésének eszközét, melyet Rogers (2004) felfogása és Gordon kommunikációs módszerei (1990) jól támogatnak (Gordon és Burch, 2001). És habár tudható, hogy ezek az események részben identitásképző mozzanatok, a hétköznapokban mégis fokozott szükség lehet a pedagógus szilárd, belső értékeit szem előtt tartó identitására, megfelelő kommunikációjára. Fontos, hogy a például szerepkísérletezéssel (Erikson, 1991, In: Bagdy, 2000), az identitás módosulásával járó viselkedési, a külsőségekben megnyilvánuló jelenségeket vagy az önállósulási törekvéseket a pedagógusok fogadják megértéssel, és bízzanak saját mintaadó szerepükben.

A serdülők önismereti változása során óhatatlanul megjelennek konfliktusok is. Ezek részben a szülők, pedagógusok ítéleteiben, állásfoglalásaiban jelennek meg, illetve a serdülők életérzéseiben, véleményeiben, sokszor kritikájukban, vagy – például az autoritáshoz való - ambivalens viszonyulásaikban jutnak kifejezésre (Bagdy, 2000). A kihívást jelentő helyzetekben az olykor elbizonytalanodó tanulók mellett a szülői szerepükben szintén bizonytalanra váló felnőttek megsegítését, a családi egyensúly visszanyerésének támogatását is felvállalhatják a pedagógusok egy-egy mentálhigiénés iskolai program, beszélgetéssorozat megszervezésével. Ez segítheti a pedagógusokat abban is, hogy ne csak a tanítási-tanulási szituációkban ismerjék meg a gyermekeket, a családot.



Az iskolai mentálhigiéné szempontjából fontos további körülmény, hogy a serdülők idejüket javarészt az iskolában töltik, így kortárskapcsolataik is ide kötik őket. Általában is felértékelődnek emberi kapcsolataik, a barátságok, a szerelem, miközben folyamatosan átalakul a családjukhoz, a szüleikhez, de a pedagógusaikhoz való viszony is. Az ellentétek hangsúlyozása, az önállóság igénye, ugyanakkor a felelősségvállalás képességének hiánya ellentmondásossá teszi viselkedésüket. Az altruista magatartás mellett az erkölcsi tudatuk is fejlődik. Minél egységesebbek a társadalmi normák, és minél inkább képes azokat az iskola hitelesen közvetíteni, annál hatékonyabban tudja a viselkedést formálni, a társas helyzetekben illeszkedő magatartást megerősíteni, és ezáltal növekedhet az interiorizált normák személyiségformáló hatása.

A középiskolára tehető az ifjúkor időszaka, mely a fiatal felnőttkort előzi meg. Ez az időszak az identitás kialakulásának újabb fontos szakasza, az intimitás megteremtésére és az érett párkapcsolatra való felkészülés, a pályaválasztási döntés meghozatala, a továbbtanulás miatt részben kényszerűségből történik. Ebben a fejlődési szakaszban felerősödik a személyiségben az érzelmi azonosulás képessége, mely a tanár munkája iránti motivációjának megfigyelésében és átadásában nyer formát (Buda, 2003a). E korszak a barátságok elmélyülésének időszaka, mely szép mentálhigiénés feladatokat adhat a segítők számára. Lényegében a serdülőkor három fentebb említett életfeladata ebben az időszakban érik be, utat nyitva a fiatal felnőttkor kihívásainak.

A problémakezelés modelljei - mentálhigiénés konzultáció az iskolában

Az orvosi konzultációról levált iskolapszichológusi konzultáció mellett jelenhet meg az iskolákban a közvetlen emberi segítségadást nyújtó kollaboratív problémamegoldás a mentálhigiénés szakember (konzultáns) és egy vagy több személy (konzulens) között, (Gerevich, 1997). A támogatás lényeges eleme, hogy a konzultáns a (szakmai) problémák megoldásában

segít, nem vállalja át a konzulens felelősségét, de támogatja aktivizálódását a probléma megoldásában. A kapcsolat alapja a bizalom. A direkt modell szerint a pedagógus a tapasztalt problémák feltárásával kéri fel a segítőt a konzultáció lefolytatására a gyermekkel. Az indirekt modellben a segítővel konzultál a pedagógus, de ennek célja a tanár adaptívabb működése, a sikeresebb feladatellátás a nevelés-oktatás területén, és/vagy a gyermekkel való hatékonyabb munka. A folyamat önkéntes, a konzulens bármikor megszakíthatja azt, és nem köteles annak tapasztalatait, hozadékait szerint cselekedni. Eszerint a konzultáció két legfontosabb célja az adekvátabb működés, a hatékonyabb problémamegoldás, illetve a mentálhigiénés szemlélet, módszertan elsajátítása, szemlélet- és készségfejlesztés. A konkrét cél a konzultáció során dől el.

Gerevich (1997) a konzultáció három fő modelljét ismerteti. Első a *problémamegoldó konzultáció*, mely a probléma definiálásától – tudniillik a gyermekek problémái sokszor egymással összefüggő rendszert alkotnak - az ellenző és támogató erők számbevételén, a lehetséges alternatívák és stratégiák áttekintésén, a felek felelősségének meghatározásán, kölcsönhatásuk feltérképezésén, az erőforrások felderítésén, majd a megfelelő stratégia kiválasztásával a gyakorlati megvalósítás lépéseinek kidolgozásán – e körben a felek felelősségének meghatározásán - keresztül jut el a megvalósításig. Majd, amennyiben szükséges, az új helyzet definiálásával új ciklus indulhat meg.

A második modell a *viselkedési konzultáció*, mely során, meghatározott lépések segítségével, részben az aktuális probléma (inadekvát, inkompatibilis viselkedés) meghatározása és elemzése válik lehetővé, majd a helyzet körültekintő elemzésével az intervenciós stratégiák kiválasztása következik, melyek célja az adekvát, a kompatibilis viselkedés jutalmazása és nem a büntetés. Fontos szempont, hogy a viselkedés mindig a környezet kölcsönhatásaiban zajlik, ezért nem hagyhatóak figyelmen kívül az osztályterem történései, a tanulók, a tanár és a kliens viselkedése. A beavatkozást követően a kialakult helyzet megfigye-



lése, szükség esetén a következmények meghatározása, végül az utóvizsgálat és a korrigáló visszajelzés vagy feladatok kimunkálása zárja a folyamatot.

A harmadik modell a *mentálhigiénés konzultáció*, melynek négy típusát dolgozta ki Caplan (1964, 1970, In: Gerevich, 1997). Ezek: a *tanárközpontú esetkonzultáció*, melynek célja a konzulens (tanár) szakmai működésében rejlő problémák feltárása és a működés hatékonyabbá tétele. A *kliensközpontú esetkonzultáció* az eset jellemzőivel dolgozik. Harmadikként, a *programközpontú adminisztratív konzultáció* a mentálhigiénés program adminisztrációjában fellépő problémákkal foglalkozik, melyek összefügghetnek az intézményi szinttel, az intézményre vonatkozó hiteles információk megszerzésének lehetőségével. Végül a *tanárközpontú adminisztratív konzultáció* célja a programtervezésben és -lebonnyításban keletkező szakmai problémák megoldásában segít, célja főképpen a konzulens szervező- és adminisztrációs készségeinek fejlesztése.

Specifikus iskolai mentálhigiénés programok

Az iskolai mentálhigiéné egyik fontos fejlesztési területe a már említett egészségnevelés. Az egészségnevelő, -fejlesztő programok hatóköre a nemzetközi, nemzeti méretektől az individuális programokig terjedhet. Színtere - sok más mellett - az iskola, célcsoportja az iskola révén már eleve elérhető csoportok: első sorban a tanulók, a pedagógusok és a szülők lehetnek. Az, hogy ezen csoportok közül melyikre koncentrálnak az adott beavatkozás, a konkrét cselekvés kereteit is meghatározza, a célok megfogalmazásánál figyelembe véve az egyéb, például az életkorra, a szükségletekre, vagy az attitűdökre vonatkozó különbségeket, igényeket, elvárásokat.

E programok között részben minden gyermek számára ajánlott iskolai egészségnevelési projektek jelenhetnek meg, melyek egy adott mentálhigiénés probléma felszámolására, megelőzésére irányulhatnak, a középpontjukban témacentrikus készségfejlesztéssel (drog-, alkohol-, dohányzásmegelőző programok).

A nem specifikus programok minden gyerekre koncentrálnak, általános készségfejlesztő céllal rendelkező mentálhigiénés beavatkozások. Cél lehet az általános egészségfejlesztés, az egészségmagatartás lelki és fizikai tényezőinek kialakítása, fejlesztése, „egy kívánatos állapot kifejlődésének elérése” (Grezsa, 1998, 49). E programok fókuszában megjelenhet még a problémamegoldó kapacitás növelése, kommunikációs fejlesztés, vagy a konstruktivitás, a tolerancia készségeinek fejlesztése (Gerevich, 1997). A differenciált szocializációs programok és módszerek az egyéni értékekre, képességekre vagy munkastílusra fókuszálhatnak.

Az iskolák – jogszabályi kötelezettség alapján – egészségfejlesztési/egészségnevelési programot dolgoznak ki a Pedagógiai program részeként, mely nem csak a diákok, de az olykor az intézményben dolgozó pedagógusok egészségnevelésére, munkahelyi környezetére (táplálkozás, testmozgás, közösségi programok), valamint a prevenciós munkára is kitér. Az általam megtekintett egészségnevelési programokban az egészségnevelés mellett a másik két fontos iskolai mentálhigiénés feladat, a társas-lélektani helyzetek optimalizálása és a személyiségfejlesztés általában kevésbé kimunkált és többnyire a fejlesztési területek al-elemeként látható, azonban ismeretes, hogy e területek más iskolai nevelési feladatok között is megjelennek. Több dokumentum ezért bemutatja a testi és lelki egészségre nevelést a Nat kulcskompetenciákhoz kötötten, valamint ismerteti a tanórai és egyéb nevelési lehetőségeket az iskolában és az iskolán kívül is. Megnevezik továbbá a segítő felelősök körét, a tanulókkal legtöbbet találkozó pedagógusok e körben kifejtendő és kifejtendő konkrét tevékenységeit, modell- és kulcsszerepét, annak tartalmát azonban e programokhoz kötötten ritkábban látni.

A fejlesztési területek között a testi egészség és a szennvedélybetegségek megelőzése kiemelt jelentőségű a megtekintett iskolai egészségnevelési programokban. Olykor feltűnik *A lelki egészség világnapja* is (október 10.), valószínűleg e naphoz illeszkedő iskolai programokkal. Ugyanakkor a testi mellett a lelki



egészségvédelem, a mentálhigiéné kifejezés, a mentálhigiéné szemlélet, vagy a helyzetelemzés alapján működtetett, adekvát mentálhigiénéis tevékenységek, kapcsolódó programok kidolgozásának igénye már kisebb arányban jelentkeznek a dokumentumokban.

Ugyanígy ritkábban olvashatók a mentálhigiénéis szemlélet elsajátítását és működtetését támogató pedagógusi vagy tanulói kompetenciák. (A teljesség igénye nélkül ilyen például a problémafelismerés, a változási stratégiák kidolgozásának képessége, az ehhez szükséges ismeretek megszerzése, a beavatkozás alternatíváinak kidolgozása és ezek eredményeinek felismerése, a kompetenciahatárok tartására, az önreflexióra, az együttműködésre, a kapcsolatteremtésre való képesség, valamint a segítség kérésének és adásának képessége, az empátia, az autonómia, a közösségi összetartozás értékei, a szabad önkifejezés értéke, az önismeret (Greza, 1998), továbbá a hiteles pedagógusi magatartás). Néhol megjelenik a dokumentumokban a szülőkkal, a családokkal való együttműködés szükségességének hangsúlyozása is.

Az egészségkárosító magatartásformák háttérének tudatosítására, a proszociális, életigenlő magatartás támogatására tett törekvések szintén kevésbé láthatóak a megismert anyagokban. A promóciós paradigma, az egészségtudatos magatartás támogatása legmarkánsabban a mindennapos testnevelés körében jelenik meg, a prevenció fogalma mellett a promócióé alig ismert a dokumentumok szerint.

Üdítő, hogy számos anyag, módszertani ajánlás segíti az ilyen jellegű programok kidolgozását, ezek az interneten is elérhetőek. És a (nem teljességre törekvő) képhez hozzátartozik, hogy jó példák is olvashatók iskolai egészségfejlesztési programokra. Ezek legfontosabb jellemzője, hogy képesek például az iskolai élet egészében gondolkodni, mikro-, mezo- és makro-szinten látni a koherensen összefüggő feladatokat, lehetőségeket.

A szülők bevonásának lehetőségei

A pedagógus – szülő - diák – döntően bizalomra épülő - együttműködésének a nevelés és az oktatás folyamatában kiemelkedő jelentősége van. A partnerséget – és nem az egymásnak való kiszolgáltatottságot – támogathatja, ha a szereplők kölcsönösen elismerik egymás érdekeltségeit, kompetenciáit. A szülőket a gyermekük nevelésében, a pedagógusokét pedig hivatásuk gyakorlásában. Fontos attitűdök e folyamatban az érdeklődés, a személyesség és az érdekeltség felismerése. A családi nevelés és az iskolai teljesítmény kapcsolatát tekintették át Nyitrai Erika és munkatársai (Nyitrai és mtsai, 2019). Középiszolás tanulók teljesítményét vizsgálva mutatta ki Coleman (1998), hogy a szülők és a gyermekek közötti kapcsolat, a szülők – elsősorban az anya – gyerekekre fordított figyelmé növeli a középiszolai tanulók teljesítményét. E gondolatot követve különböztet meg a tanulmány jól hasznosítható modelleket az iskola részéről a szülők bevonására. Az iskola támogathatja például a családokat szülői feladataik hatékonyabb ellátásában, különösen az eredményes tanulást támogató körülmények megteremtésében. Az otthoni tanulás támogatására részben a megfelelő tájékoztatás az iskolában tanultakról, részben a feladatokba való bevonás, az együttműködés serkentése jótékony hatású lehet. Különböző csoportprogramokat, családlátogatást szervezhetnek, melyek segíthetik a szülőket gyermekeik fejlődésének megértésében, és lehetőséget adhatnak arra, hogy a témákkal kapcsolatos tapasztalataikat megoszthassák egymással, az iskolával (családi háttér, értékrend, egyéni szükségletek). A formális és kevésbé szabályozott, olykor spontán kommunikációs lehetőségek számának növelése hatékony és sokszínű kapcsolattartásra adhat esélyt. Jó lehetőség a szülők bevonása az iskolai rendezvények szülői támogatásába, megrendezésébe az önkéntesség szem előtt tartásával. A szülők beavatása bizonyos döntéshozatali folyamatokba szintén növelheti a szülői bevonódást. Végül az iskola környezetében lévő közösségekkel való együttműködés, a szolgáltatások és lehetőségek felkutatása vagy az alumni rendszer működtetése, az



öregdiákok bevonása szintén erősítheti az intézmény és környezet együttműködését, társadalmi beágyazódását (Nyitrai, és mtsai, 2019).

Az iskola, a pedagógus sebezhetősége

A szervezetszociológia és –pszichológia tette lehetővé, hogy a hagyományos, a szereplők felől közelítő szemlélet mellett az iskola mint szervezet fogalomkörében megjelenő problémákról is gondolkodhassunk. Az iskola sebezhetőségének jelenségét Sieber írta le 1975-ben (Gerevich, 1997). Meglátása szerint szervezetpatológiai szempontból ez három tényezőt jelent: a környezet felől nyomás érkezik az iskolára; az iskola és a környezet céljai nem összeegyeztethetők; továbbá az érkező nyomásra az iskola nem kielégítően reagál: csekély az ellenállása azzal szemben. Az iskola sebezhetősége növekszik, ha intoleráns módon reagál a diákok családjainak kultúrártékeire, ha a szervezet céljai és az igények nem egyeztethetőek össze, illetve ha a szervezetnek nincsenek megfelelő erőforrásai céljainak elérésére. Különösen sebezhetővé teszik az iskolát az újítási kísérletek akkor, ha azok a lakókörnyezet életformáját veszélyeztetik, és így ott ellenállásra találnak. E szempontok egy-egy mentálhigiénés program, beavatkozás körültekintő megtervezésére hívják fel a figyelmet.

De az újításokkal szembeni ellenállás a pedagógus mintha-szakma jellegéből is adódhat. A másik, a sebezhetőséggel összefüggő tényező ugyanis az ún. „kváziprofessionalizmus” jelensége, mely a tanári szakma „mintha-szakma” (Brickell, 1961 In: Gerevich, 1997), vagy más szóval „fél-professzió” (Révész, 2018) jellegéből adódik. Ez részben azt jelenti, hogy a pedagóguspálya aspirációs szintje a történeti szempontból értelmiségi hivatások közé sorolná a tanítás mesterségét. A jogi, az orvosi, a papi hivatás, illetve az egyetemi oktatás ugyanis sajátos, történetileg kialakult attribútumokkal rendelkezik, míg a pedagógia ugyanezekkel nem feltétlenül bír³. A pedagógus továbbá több tekintetben nem független, autonóm szakember: számos szakmai kérdésben, feladat ellátásában nem dönthet önállóan. Hozzá kell tennünk,

hogy más kutatások e hiányt ugyan nem cáfolják, de nemzetközi felmérések a pedagóguspálya vonzását részben a tantermen belül megteremthető szakmai autonómia-érzésben érzékelték (McKenzie és Santiago, 2005, In: vámos, G., 2010; Ságy és Ercsei, 2012). Az oktatás tömegessé válásával továbbá a diákok motivációs szintje igen széles skálán mozog, hiszen változatos pályáívek láthatóak előttük a saját szociokulturális környezetüktől vagy az iskolatípustól függően (Révész, 2018). A hagyományos értelmiségi hivatásokkal ellentétben, a pedagógus szakma mintha-jellege magyarázhatja tehát azt a jelenséget, hogy az innovációs kísérleteket miért fogadják olykor ellenállással a pedagógusok is. A rosszul időzített beavatkozások ugyanis a (még) meglévő szakmai autonómia korlátozásának érzésével járhatnak.

Másfajta megközelítésben, a pedagógus saját személyiségével dolgozik, az a munkaeszköze (Túri, 1996, In: Simon, 2019). Tevékenységében hivatás és személyiség szinte elválaszthatatlanul egybeforr, ezért beszélhetünk Allport (1961) nyomán a pedagógus hivatásszemélyiségről (Bagdy, 1996a, In: Simon, 2019). A pedagógus munkájában továbbá a hivatás és a küldetéses jelleg gyakran összekapcsolódik, így mindenfajta bírálat, kellő körültekintés, empátia vagy megfelelő előzetes ismeretek nélkül kezdett beavatkozás nem csak a szakmai, hanem a hivatásszemélyiséget is érintheti, így ellenállásra találhat. A pedagógus lelki egészségének záloga, hogy érett, integrált személyiség legyen. Sallai úgy fogalmaz, hogy a pedagógusé olyan foglalkozás, mely „kikényszeríti a fejlődést”, lelki egészsége ugyanis nem magánügy (Sallai, 1996, 74.). A pedagóguspálya sok tekintetben kedvez a személyiség kibontakozásának, ugyanakkor károsíthatja is azt, mely kiégéshez vezethet (Hankiss, 1977, In: Sallai, 1996).

A számos jelenségből következő sérülékeny szakmai énkép lehet továbbá a gátja a pedagógus szakmában a valódi szakmai kommunikációk hiányának is, mely a beavatkozások elmaradásának negyedik gátló tényezője lehet. Révész is arra a következtetésre jut,

³ Freidson (2001) erre vonatkozó szociológiai elméletét Révész (2018) mutatja be részletesen



mint Caplan a hetvenes években: ahhoz, hogy a pedagógus a feladatait hatékonyan tudja ellátni, képes legyen a helyét megállni, „erőtéljes szocializációban gyökerező értékrend” alapján, világos szakmai identitással és szakmai tudással kell rendelkeznie (Révész, 2018, 69.). Fontos tehát, hogy a mentálhigiénés beavatkozások kellő érzékenységgel, a tanárok meglévő szakmai autonómiájának, szakmai személyiségének és hozzáértésének megelőlegezésével és azok tiszteltetésével történjenek.

Irodalom

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. Oxford University Press, 11-18.
- Bagdy, E. (1996a). Hivatás és személyiség. In: Bagdy (szerk.): *A pedagógus hivatásszemélyisége. Egy pályaszocializációs kísérlet tanulságai*. KLTE Pszichológiai Intézet, Debrecen, 34-42.
- Bagdy, E. (1996b): A hivatásra nevelés. Pályaszocializáció a pedagógusképzésben. In: Bagdy (szerk.): *A pedagógus hivatásszemélyisége. Egy pályaszocializációs kísérlet tanulságai*. KLTE Pszichológiai Intézet, Debrecen, 42-55.
- Bagdy, E. (2000). Fejlődéslélektan az életfolyamaton át. *Pszichoterápia*, IX. évf. 2000. augusztus, 263-296.
- Berliner, D. C. (2005): Szakértő tanárok viselkedésének leírása és teljesítményeik dokumentálása. *Pedagógusképzés*, 3. 2. 71-91. URL: http://5mp.eu/fajlok2/mrazik/berliner_www.5mp.eu_.pdf Letöltés: 2015. 03. 23.
- Berne, E. (1984). *Emberi játsszámok*. Háttér Kiadó, Budapest
- Brickell, H. M. (1961). Organizing New York State for Educational Change. New York State Education Department, Albany.
- Buda Béla (2002): *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései* (Újabb tanulmányok). Budapest, TÁMASZ.
- Buda, B. (1998): *Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében. Újabb tanulmányok a mentálhigiénés szemlélet és az elsődleges megelőzés témaköréből*. TÁMASZ Alapítvány, Budapest
- Buda, B. (2002). A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései. Animula, Budapest.
- Buda, B. (2003a): *Az iskolai nevelés – a lélek védelmében. Az iskolai mentálhigiéné alapelvei*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
- Buda, B. (2003b). Iskolai mentálhigiéné. Álmok, dilemmák, lehetőségek. In: Kézdi Balázs, (szerk.). *Iskolai mentálhigiéné. Tanulmányok*. Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 13-33.
- Budavári -Takács Ildikó (2011): A tanácsadás szociálpszichológiája https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010-0019_A_tanacsadas_szocialpszichologiaja/ch05.html
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
- Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. Basic Books, New York.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Behav. Publ., New York.
- Caplan, G. és Killilea, M. (1976): *Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations*. Grune & Stratton Inc.
- Erikson, E. H. (1965). *Childhood and Society*. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex.
- Erikson, E. H. (1991). Az életciklus az identitás epigenezise. In: *A fiatal Luther és más írások*. Gondolat, Budapest.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Chicago, University of Chicago Press.
- Fodor G. (2001). Az iskola: esély a lelki egészségvédelemre. *Új pedagógiai szemle*, 51. évf. 5. 76-79.
- Fügedi, B. (2018). *Az egészségnevelés tudományterületi szintézise*. Habilitációs dolgozat, Eszterházy Károly Katolikus Egyetem, Eger.
- F. Várkonyi Zsuzsa (2015). *Sors és sérülés*. Háttér Kiadó, Budapest.
- Gennep, A. van (1960). *The Rites of Passage*. University of Chicago Press, Chicago.
- Gerevich József (1997): *Iskolai mentálhigiéné*. In: Gerevich József (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*. Animula, Budapest.
- Golnhofer Erzsébet (2006): Az iskolák belső világa In: Golnhofer Erzsébet (szerk.): *Az iskolák belső világa, A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése*, 6. kötet, HEFOP. 3.3.1. 6-13.
- Gordon, Th. (1990). *A tanári hatékonyság fejlesztése. A T.E.T. -módszer*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Gordon, Th. és Burch, N. (2001). *Emberi kapcsolatok. Hogyan építhetjük. Hogyan rontjuk el*. Asseriv Kiadó.
- Grezsza, F. (1998): *Bevezetés a mentálhigiénébe. (Segédanyag posztgraduális mentálhigiénés képzésekhez)*. Magyar Testnevelési Egyetem Mentálhigiénés Osztály.
- Grezsza, F. (2001): *Az Oktatási Minisztérium Mentálhigiénés Szakértői Bizottságának tevékenysége*. Új Pedagógiai Szemle, 51. évf. 5. sz. 2001. május, 71-75.
- Grunder, H.-U. (1967). Initiation und Institution. Die Aufgabe der Schule im Kulturtransfer. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 12/13. April, Nr 84.
- Hankiss Elemér: *A tanári pálya foglalkozási ártalmairól. Lehet-e példakép az ember napi huszonnégy órán át? In: Érték és társadalom*. 1977, 251-265.
- Hegedűs Judit (2006). A segítők segítése. In: Golnhofer Erzsébet (szerk.): *Az iskolák belső világa, A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése*, 6. kötet, HEFOP. 3.3.1. 48-71.
- Kálmán Orsolya (2013): A pedagógusjelöltek és pedagógusok nézetei – hazai kutatások nemzetközi kontextusban. In: Kotschy Beáta (szerk.): *Új utak a pedagóguskutatásban. Tanulmánykötet Falus Iván tiszteletére*. Liceum Kiadó, Eger. 81–104.
- Kézdi, B. (1999). A mentálhigiéné paradigmáiról. In: Bagdy Emőke (szerk.): *Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás*. Animula, Budapest, 11-19.
- Kézdi, B. (2003). Bevezető. In: Kézdi Balázs, (szerk.). *Iskolai mentálhigiéné. Tanulmányok*. Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 5-13.
- Komlósi, P. (1997). A család támogató és károsító hatásai a



családtagok lelki egészségére. In: Gerevich József (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné.* Animula, Budapest.

Kozéki B. (1991). *Az iskolaethosz és a személyiségstruktúra kölcsönhatása.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Mearns, D. & Thorne, N. (2011). *A személyközpontú pszichoterápia és tanácsadás a gyakorlatban,* Budapest, Oriold és Társai, 2011.

Nikitscher, P. (2015): Milyen a jó pedagógus? – Elvárások és az érzékelt valóság egy nagymintás diákkutatás eredményei alapján. *Educatio*, 24. évf. 1., 129-139.

Nyitrai, E.; Harsányi, Sz. G.; Koltói, L.; Kovács, D.; Kövesdi, A.; Nagybányai-Nagy, O.; Simon, G.; Smohai, M.; Takács, N.; Takács Sz. (2019): Iskolai teljesítmény és szülői bevonódottság. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 7:2. 2-28.

Péley, B. (2003). Beavatási rítusok az iskolában. In: Kézdi Balázs, (szerk.). *Iskolai mentálhigiéné. Tanulmányok.* Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 33-47.

Révész Judit (2018): *A tanítás mint értelmiségi hivatás. Tanulmány a pedagógusok kollektív mobilitási esélyeiről.* Közép- és Kelet – Európai Történelem és Társadalom Kutatásáért Közalapítvány

Rogers, C. R. (1986). *A tanulás szabadsága a 80-as években.* Magyar Pszichológiai Társaság, Szeged.

Rogers, C. R. (2004). *Valakivé válni. A személyiség születése,* Edge 2000. Budapest.

Rogers, C. R. és Freiberg, H. J. (2007): *A tanulás szabadsága.* EDGE 2000 Kiadó – OFI, Budapest.

Sági Matild és Ercsei Kálmán: A tanári munka minőségét befolyásoló tényezők, in Kocsis Mihály – Sági Matild (szerk.): *Pedagógusok a pályán,* Budapest, OFI, 2012, 9–31. http://dokumentumtar.ofi.hu/index_pedagogusok.html (Letöltés: 2013. 02. 26.

Sallai, É. (1996). *Tanulható-e a pedagógus mesterség? A pedagógus mesterség tartalma és tanulhatósága, különös tekintettel a pedagógusszemélyiség alakulására.* Veszprémi Egyetemi Kiadó.

Sallai, É. (2006). Szakmai divatok és az iskola belső világa. *Új pedagógiai szemle*, 56. évf. 7-8. 116-123.

Schüttler T. (2001). A pedagógiai mentálhigiéné mint a nevelés új értelmezési kerete. Beszélgetés a pedagógiai mentálhigiénéiről. *Új pedagógiai szemle*, 51. évf. 5-16.

Sieber, S. D. (1975). Organized Influences on Innovative Roles. In: J. V. Baldridge, T. E. Deal (eds) (1975) *Managing Change in Educational Organizations.* McCutchen Publishing Corporation. Berkeley, California.

Simon, G. (2019). *A mentorálás elmélete és gyakorlata. A mentori kompetenciák attitűdelemei és a kezdő pedagógusok mentormodellek szerinti támogatása.* Károli Gáspár Református Egyetem és L'Harmattan Kiadó - Budapest, Magyarország.

Simon G. (2021). A mentálhigiéné, mentálhigiéné szemléletmód, a mentálhigiéné segítő. *Gondoskodás: Szakértelem és emberség*, 2021/1. sz. 52-56. URL: https://urlap.nszf.hu/wp-content/uploads/2021/11/Gondoskodas_ELEKTRONIKUS_OK.pdf

Szabó László Tamás (1988). *A „rejtett tanterv”.* Magvető Kiadó, Budapest

Szebedy Tas (2005). A pedagóguspálya néhány sajátossága és a foglalkozási ártalmak. Az iskola a szereplők együttműködésének függvénye. *Új pedagógiai szemle*, 55. évf. 7-8. 18-31.

Szivák, J. (2006): Kommunikáció az iskolában. In: Golnhofer Erzsébet (szerk.): *Az iskolák belső világa, A gyakorlati*

pedagógia néhány alapkérdése, 6. kötet, HEFOP. 3.3.1. Tímár, É. (2006). Tantestületi légkörvizsgálat, *Iskolakultúra*, 16., 3., 2006, 11–23.

Túri Zoltán: A pályaszocializáció helye a tanárképzésben, in Bagdy Emőke (szerk.): *A pedagógus hivatásképzése. Egy pályaszocializációs kísérlet tanulságai,* Debrecen, KLTE Pszichológiai Intézet, 1996, 181–201.

Vámos Gabriella (2010). Szakpolitikai implikációk, in M. Nádasi Mária (szerk.): *A mentorfelkészítés rendszere, próbája, a mentorképzés szakterületi előkészítése*, I. kötet, 2010, 15–31. http://pedagoguskepzes-halozat.elte.hu/page_id=12 (Letöltés: 2013. 01. 31.)





Dr. Kaiser Tamás*

A komplex problémák” gyakorlata: az egészségügyi és szociális ellátás integrációja az Egyesült Királyságban

Kulcsszavak: egészségügy és szociálpolitika, komplex problémák, integrált megközelítés, integrált ellátási rendszer

Összefoglaló

A fizikai és mentális egészség, átfogóbban a jóllét feltételeinek kialakítása komplex problémaként és egyben megoldandó kihívások, komplex problémák rendszereként jelentkezik a társadalmak, egyének és közösségek számára. Az együttműködés és a szorosabbra vont koordináció és igénye napjainkban szinte valamennyi szakpolitika területén megmutatkozik, de az egészségügyi és szociális ellátási rendszerek integrált megközelítése körül kialakult viták, reformok és gyakorlatok e tekintetben úttörő jelentőségűnek és mintaadónak tekinthetők. Az Egyesült Királyság egészségügyi-és szociálpolitikáját az elmúlt évtizedek során meghatározó változások egyértelműen az integrált és egyben inkrementális megközelítés irányába mutatnak, amelyek bemutatása egyúttal a komplex problémákra adható intézményi válaszok lehetőségeit, illetve a megvalósítás során jelentkező problémákat is megmutatja.

Bevezetés

Az egészség, mint napjaink egyik legfontosabb világtrendje, egyúttal az életminőség és a jóllét (well-being) egyik legfontosabb összetevője és egyúttal megkerülhetetlen előfeltétele. Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint az életminőség „Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsol-

atait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez való viszonyát (WHO 1993).

Az egészséggel és a jólléttel összefüggő életminőség alakulása, mértéke és változása összetett, sokszor egymásnak ellentmondó tényezők hatásrendszerében fejeződik ki. Egyrészt az átlagos emberi életkor felső határa a 20. század második felében kibontakozó fejlődési pályák és a viszonylagos békeidőszak következtében kitolódott ugyan, de mindez nem járt együtt magától értetődő módon az egészségben eltöltött évek számának gyarapodásával. Másrészt a demográfiai tényezők kedvezőtlen alakulása, a világ számos országában tényként kezelhető „előregedő társadalmak” egyre kevésbé képesek fenntartani a korábbi évtizedek során kialakult törekeny egyensúlyt a gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét között, amelyben meghatározó szerepe van az egészségügyi és szociális ellátórendszer szolgáltatásainak. A problémát tovább árnyalja, hogy a különféle ellátásokhoz való hozzáférés lehetőségeiben és a szolgáltatások minőségében már eddig is jelentős területi különbségek mutatkoznak mind az egyes országok, hanem azon belül, az egyes térségek és településformák között. Miközben az ismert betegségek és egészség-kockázati tényezők mellett újonnan és tömegesen megjelenő, világjárványokat okozó vírusokkal, valamint nehezen és gyakran már későn diagnosztizálható civilizációs ártalmak, mentális betegségek jelennek meg, az igények növekedése – többek között éppen a munkaképes emberek számának csökkenése és egészségi állapotának romlása miatt

* Tanszékvezető egyetemi docens, Nemzeti Köszolgálati Egyetem, Államtudományi és Nemzetközi Tanulmányok Kar, Kormányzástani és Közpolitikai Tanszék, kaiser.ta-





– nem jár feltétlenül együtt az egészségügyi és szociális kiadások növekedésével. Az emberek számára már aktív korokban is hosszabb időn keresztül, többféle kezelés és ellátás válhat szükségessé, ráadásul életkoruk előrehaladtával egyre inkább rászorulnak a szociális ellátás különböző formáira, miközben a demográfiai változások és a globalizációs környezetben jelentős mértékben felgyorsult mobilitás miatt kevésbé számíthatnak gyermekeik közvetlen támogatására. Az ellátás intézményrendszere azonban gyakran funkcionális és területi értelemben is széttagolt a kórházak, az alapellátás, a közösségi szolgáltatások és a szociális gondozás között, továbbá változó mennyiségben és minőségben áll rendelkezésre. Mindez jelentős anyagi és időbeli költségeket és további komoly egészségi kockázatokat jelent a gyógyítás és megelőzés különböző formáit igénylő állampolgárok számára. Az egyén és a közösségek részéről meg tapasztalható egészség, életminőség és jóllét azonban nemcsak az ellátórendszer szolgáltatásainak igénybevételén, elérhetőségén, megfizethetőségén, illetve az intézmények szakmai és infrastrukturális ellátottságán múlik. Mindezek mellett komoly hatást gyakorol rá a környezet, a társadalmi és kulturális kapcsolatok minősége, a lakhatás, oktatás, munkaerő-piac, jövedelemszerzés, a társadalmi mobilitás, az egyén életmódja és annak tudatossága, a rekreációs lehetőségek, és még sok más, látszólag az egészségügy és a szociálpolitika világán kívül elhelyezkedő, de valójában azzal szorosan összekapcsolódó társadalmi alrendszer és szakpolitika.

A fentiek alapján a jelen tanulmány abból indul ki, hogy a fizikai és mentális egészség, átfogóbban a jóllét feltételeinek kialakítása komplex problémaként és egyben megoldandó kihívások, feladatok rendszereként jelentkezik a társadalmak, egyének és közösségek számára. A komplex problémák megoldásának egyik legfőbb akadályát a szervezetrendszer töredezettsége jelenti, így kiemelt szerepet kapnak azok az integrált megközelítésen alapuló koordinációs mechanizmusok, amelyek egyrészt a szervezeten belüli integrációra, másrészt a társadalom különféle értin-

tett csoportjaival való partnerségi együttműködésre törekcsenek. A tanulmány előfeltevése, hogy a komplex problémák kezelésének az integrált megközelítés az egyik legfontosabb, de önmagában nem elégséges eszköze, mivel a komplex problémák megoldásának környezete, szereplői és feltételei folyamatosan változnak. Ebből következően a szereplők rendre „újra csomagolják” a problémákat, ami újabb és újabb intézményi változásokat, koordinációs struktúrákat és eljárásokat hív elő, miközben gyakran nem egyértelmű sem a megoldani kívánt probléma lényege, sem az elvárt eredmények kritériumainak meghatározása, továbbá nem állnak rendelkezésre bevált, standard megoldások.

Az együttműködés és a szorosabbra vont koordináció és igénye napjainkban szinte valamennyi szakpolitika területén megmutatkozik, de az egészségügyi és szociális ellátási rendszerek integrált megközelítése körül kialakult viták, reformok és gyakorlatok e tekintetben úttörő jelentőségűnek és mintaadónak tekinthetők (Head and Alford 2015, Pett and Bliss 2022).

Az Egyesült Királyságban az egészségügyi és szociális ellátást végző szervezetek közötti együttműködés kialakítása csaknem fél évszázados múltra tekint vissza a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat és a helyi önkormányzatok, a háziiorvosi praxisok, valamint az önkéntes, hitéleti és közösségi szektor képviselői között (Upham 2017, Miller, Glasby and Dickinson 2021). Megítélésünk szerint az 2022-ben elfogadott, az egészségügyről és ellátásról szóló törvény a többszintű és sokszereplős, terület- és partnerség alapú integrált ellátási rendszerek bevezetésével magában hordozza egy folyamatos változásokkal és intézményi reformokkal tarkított, több évtizedes folyamat konszolidálásának a lehetőségét, ami még a jelenleg tapasztalható problémák és szűk keresztmetszetek ellenére is követendő, vagy akár megvitatása alkalmas modellként szolgálhat az egyre gyakoribbá váló komplex problémák kezelése érdekében.

A fentiek alapján a tanulmány három fő részre tagolódik. Először brit egészségügyi és szociális rendszer elmúlt évtizedeinek reformjait tekintjük át a komplex





problémák nézőpontjából, majd a 2022-es törvény alapján áttekintjük a reform által létrehozott intézményi és működési változásokat. Ezt követően a törvény bevezetését követő egy év tanulságait, problémáit és megoldásra váró feladatait tekintjük át. Végül néhány következtetést fogalmazunk meg a brit (ezen belül az angol) modell perspektíváival és a tapasztalatok hasznosíthatóságával kapcsolatban.

1. Komplex kérdések és brit reformok: az integrált megközelítés fokozatos intézményesülése

Az államok, társadalmak és gazdaságok napjainkban számos kihívással és egyre összetettebb problémákkal kerülnek szembe. A legerőteljesebb változások a globalizációhoz, a biztonsághoz, a klímaváltozáshoz, a demográfiai változásokhoz, a migrációhoz, valamint a digitalizáció és a mesterséges intelligencia által kiváltott összetett hatásokhoz kapcsolódnak. A többdimenziós, horizontális problémák kezelése széleskörű, a társadalmi alrendszeret és intézményi határokat átlépő, integrált válaszokat igényel, miközben gyakran még a megoldani kívánt probléma lényege sem egyértelmű. Ennek következtében az alapvetően készen kapott megoldások végrehajtására szocializálódott hagyományos közigazgatás és a közszolgáltatás-ellátás számára komoly kihívást jelent a fenti kritériumokkal jellemezhető, ún. *komplex, vagy rosszindulatú problémák* („wicked issues”) megoldása (Head 2008, Rittel-Webber 1973). Az ügyek nehezen megragadható, „cseppfolyós” természetéből fakadóan a komplex problémák megoldására irányuló erőfeszítések gyakran előre nem látható következményekkel járnak. A döntések kialakítását az is bonyolítja, hogy a kiválasztott megoldási alternatíva gyakran csak egy másik elvetésével valósulhat meg. E közismert átváltási vagy trade-off dilemmák – többek között az érintettek bevonásán alapuló, konszenzus-orientált, vagy a centralizált, eredmény-és hatékonyság orientált döntéshozatal, a generalista vagy specialista tudásalkalmazás, a versenyképességet vagy a felzárkózást célzó fejlesztéspolitika, vagy éppen a jelen

tanulmány középpontjában álló egészség- és szociálpolitika esetében a megelőzés vagy az ellátás prioritása – valójában nem dönthető el egyértelműen, így a megvalósítás folyamatában újabb problémákat és megoldásokat hívhatnak elő.

A fentiek alapján a komplex problémákra nem adható egyértelmű, definitív válaszok, de a közpolitikai gyakorlatban meghonosodott „integrált megközelítés” jó kiindulópont lehet a „kielégítő” vagy „elég jó” válaszok kialakítására. Ez azonban nem egyetlen döntés vagy reformprogram, hanem a lépésről lépésre haladó, az értékek és hatások folyamatos összevetésén alapuló inkrementális folyamatok eredménye. Az Egyesült Királyság (a továbbiakban: Királyság) egészségügyi-és szociálpolitikáját az elmúlt évtizedek során meghatározó változások egyértelműen az integrált és egyben inkrementális megközelítés irányába mutatnak, amelyek bemutatása egyúttal a komplex problémákra adható intézményi válaszok lehetőségeit, illetve a megvalósítás során jelentkező problémákat is megmutatja. Az egészségügy és a szociálpolitika önmagában is komplex szakpolitikának számít, amit egyszerre mutat egy belső, funkcionális differenciálódás és a működést meghatározó más szakpolitikákkal (oktatás, foglalkoztatás, közbiztonság, lakhatás, közszolgáltatásokhoz való hozzáférés) való kölcsönhatás intenzitása és eredményessége. Mindezt a Királyság esetében tovább bonyolítja két további adottság: az ország aszimmetrikus közjogi berendezkedése, valamint a nemzetközi összehasonlításban is számottevő területi fejlettségi különbségek.

A közjogi aszimmetria alapját az 1998-ban elfogadott és népszavazás útján is megerősített ún. devolúciós törvények jelentik, amelyek révén a három kelta országrész (Skócia, Wales, Észak-Írország) jelentős, bár egymástól is eltérő mértékű autonómiában részesült, amely többek között kiterjedt az egészségügy szervezetrendszerének irányítására és finanszírozására is. Angliában viszont nem került sor a politikai devolúció bevezetésére, így a legnagyobb területtel és lakosságszámmal rendelkező országrészben változatlanul a kormányzás centralizált formája érvényesül (Kaiser 2012).





A Királyságon belül mutatkozó területi fejlettségi különbségek mértéke az elmúlt négy évtized során folyamatosan nőtt, ráadásul a területi egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban is számottevőek (McCann 2018, Kaiser 2023). Mértékadó számítások szerint a területi fejlettségben mutatkozó különbségek terén a harminc OECD ország közül a Királyság rendelkezik a negyedik legrosszabb mutatókkal (Davenport-Zaranko 2020). A termelékenységi és a jövedelmi különbségek már a 2007-2008-as válság előtt is komoly problémát jelentettek, de azóta még tovább nyílt az olló London és a délkeleti ország-rész, valamint Észak- és Közép-Anglia között (Office for National Statistics 2020). Elmaradt térségek a „gazdag” Délkelet-Angliában is előfordulnak, ami a térségi fejlettségi mutatók és szempontok sokféleségét jelzik a Királyságban (Trust for London 2020). A koronavírus okozta válság azt is egyértelművé tette, hogy a gyengébb gazdasági mutatókkal rendelkező régiók jóval kevesebb rugalmassággal tudnak reagálni a gazdasági és egészségügyi sokkhatásokra (Dunn et. al. 2022). Fontos kiemelni, hogy a területi egyenlőtlenségek korántsem redukálhatók a nagyvárosok és a kis-és középvárosok, valamint vidéki térségek közötti különbségekre. A problémát – ami egyben a brit lassulásának, illetve stagnálásának egyik fő elem – éppenséggel az okozza, hogy az észak- és közép-angliai nagyvárosok nem tudják betölteni a valós térségi gazdasági központ szerepét, amelynek pozitív szinergiáira a leszakadó, egykor jobb napokat látott, de azóta gazdasági és kulturális biztonságukat fenyegetve érző, magukra maradt („left behind”) térségek rácsatlakozhatnának (Rodríguez-Pose 2018).

A brit egészségügy legismertebb intézménye az 1948-ban alapított, a devolúciót követően esernyőfogalommal vált *Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS)*, amely a négy országrész önállóan működő egészségügyi intézmény-és szol-

gáltatási rendszerét foglalja magába¹. A jelen tanulmány szempontjából releváns angol egészségügy az *Egészségügyi és Szociális Ellátás Minisztérium (Department of Health and Social Care, a továbbiakban: Minisztérium)* feladat-és hatáskörébe tartozik. A minisztérium a napi működés és az infrastrukturális ellátottság finanszírozása mellett számos végrehajtó szervezet (executive agency) fenntartója. Utóbbiak között a legnagyobb az NHS hét régióra (London, Kelet-Anglia, Közép-Anglia, Észak-Kelet és Yorkshire, Észak-Nyugat, Dél-Kelet, Dél-Nyugat) tagolódó intézményre angliai szervezete (a továbbiakban: NHS England)². A regionális és helyi NHS testületek jelentős mértékű autonómiával rendelkeznek, de közvetlenül a minisztériumnak, átfogóan pedig a brit kormánynak tartoznak felelőséggel. Az *NHS England* költségvetéséből működnek az alapellátás és a népegészségügy mellett speciális (többek között a fegyveres testületekre és az igazságszolgáltatás intézményeire) kiterjedő szolgáltatások és egészségügyi programok (például a mentális egészségügyi szolgáltatások). Ugyanakkor egyes szolgáltatásokat (gyógyszertárak, fogorvos, szemészet) delegálás útján helyi szervezetek látnak el. Általánosságban jellemző, hogy az egészségügyi ellátást az NHS England keretében működő szolgáltatók helyi szinten készült tervek alapján biztosítják.

A komplex problémák nézőpontjából különösen fontos kiemelni, hogy szociális ellátás működtetése és nagyobb részben finanszírozása Angliában a helyi önkormányzatok hatáskörébe tartozik, amelyek ugyan a kormányzati döntések és prioritások alapján működnek, de még az NHS England szervezeteinél is nagyobb önállósággal rendelkeznek a végrehajtás és a rendelkezésre álló források felhasználása terén³.

Az NHS – különösen Angliában – talán az egyik legtöbb strukturális átszervezésen átesett intézmény Európában, mivel az egymást követő kormányok eltérő ideológiák és szakpolitikai elképzelések men-

1 Az NHS által felhasználható források egyenlően oszlanak meg a négy országrész között, amit az is mutat, hogy míg Angliában az egészségügy működését az adók és a betegek által fizetett vénydíjak és egyéb szolgáltatások, addig a kelta országrészek esetében az ún. Barnett-formula alapján kiszámított átalánydíjas állami juttatások finanszírozzák. Egy főre vetítve Észak-Írország rendelkezik a legtöbb, az angol országrész a legkevesebb forrás felett. További különbség, hogy Anglia és Észak-Írország az ún. szolgáltatásvásárló/szolgáltató rendszerben működik, a két szereplő közötti szerződéses jogviszony formájában valósul meg. Skócia és Wales 2004-ben, illetve 2009-ben eltörölte ezt a modellt, innentől az érintett egészségügyi és szociális szervezetek közvetlenül biztosítják a szolgáltatásokat.

2 Ezen a ponton meg kell jegyezni, hogy a brit (de ezen belül különösen az angol) közigazgatási és önkormányzati struktúra rendkívül töredezett, egymással területi illetékességük tekintetében gyakran átfedő igazgatási és funkcionális egységek alkotják. Ennek révén a brit közjogi aszimmetria az angol országrészben területi és helyi szinten egyaránt megmutatkozik (Kaiser 2017).

3 A szociális ellátást az önkormányzatok alapvetően az ún. *tanácsi adóból (council tax)* finanszírozza, amelynek megállapítása a helyi lakos által birtokolt ingatlan értékén alapul. Az utóbbi években azonban a kormány is több forrást biztosít a szociális ellátásra, egyrészt a *Felzárkóztatási, Lakásügyi és Közösségi Minisztérium (Department of Levelling Up, Housing and Community)* költségvetéséből, másrészt a Jobb Ellátásért Alap (Better Care Fund) kiadásaiból.



tén képzelték el az egészségügy finanszírozását és működtetését (Hunter and Bengoa 2023, 7). A legjelentősebb változás 1990-ben történt, amikor az NHS szolgáltatás-ellátására egy „belső piacot” hoztak létre, amelynek két legfontosabb csoportját a szolgáltatás-vásárlók és a szolgáltatók alkották (Upham 2017, 274)⁴. Miközben a struktúra és a terminológia több változáson esett keresztül az elmúlt több, mint három évtized során, a „belső piac” működési logikája a 2020-es éve elejéig változatlan maradt.

Az egészségügyi és más szervezetek közötti közös munka és együttműködés gondolata csaknem fél évszázados múltra tekint vissza. Az 1970-es évek közepétől az 1990-es évek végéig számos konzultatív és tervezési bizottságot hoztak létre az egészségügyi szervezetek és a helyi önkormányzatok tevékenységének összehangolása érdekében. Ezek a kezdeményezések a munkáspárti kormányok (1997-2010) alatt intenzívebbé váltak ugyan, de nem öltöttek kötelező, jogszabályban előírt működési formákat. A kormányzat a partnerség strukturális-intézményi elemeinek kiépítését tartotta kezelte prioritásként, ugyanakkor kevesebb figyelmet fordított a mindennapi együttműködés során felmerülő jogi, módszertani és humán erőforrásokat érintő problémákra, valamint a szakmák, hivatások között nélkülözhetetlen kölcsönös bizalom feltételeinek kialakítására.

A 2010-es választásokat követően hatalomra került konzervatív-liberális demokrata kormánykoalíció kezdetben alapvetően a költségvetés rendbetételét szolgáló megszorításokra, ezen belül közkiadások jelentős mértékű visszafogására helyezte a hangsúlyt. Ennek logikus következményeként a 2012-es *Egészségügyi és szociális ellátásról szóló törvény (Health and Social Care Act, 2012*, a továbbiakban: 2012-es törvény) alapján létrehozott *klinikai szolgáltatás vásárló csoportok (Clinical Commissioning Groups, CCG)* és az NHS England és működését változatlanul az „egészségügyi belső piac” logikája jellemezte. A koalíciós kormány emellett a partnerség elvét az „integrált ellátás” koncepciójával váltotta fel, amin a kórházak és a helyi közösségek vertikális, valamint az egészség-

ügyi és szociális szolgáltatások között kialakuló horizontális kapcsolatok rendszerét értették (Miller, Glasby, Dickinson 2021, 3.). Az „integrált ellátás” fogalma azonban – paradox módon – egyes hatáskörök és felelősségek szétválasztását is magával hozta, így például a népegészségügy körébe tartozó feladatok részben a helyi önkormányzatokhoz, részben egy újonnan felállított országos szervezethez (Public Health England) kerültek. Ezzel szemben a *Jobb Ellátásért Alap (Better Care Fund)* és a helyi *egészségügyi és jóléti bizottságok (Health and Wellbeing Boards)* létrehozása már valóban a koordináció és az együttműködés irányába mutatott. A felsorolt intézkedések jól mutatják a komplex kérdések dilemmáit, különösen a közkiadások visszafogása, a piaci verseny, és az érintett szakmai és önkormányzati szereplőkkel való együttműködés egymással gyakran szembekerülő, „trade-off” hatásait.

A 2015-ös választásokat követően a Konzervatív Párt immár egyedül alakított kormányt, és ezt a 2017-es és 2019-es megmérettetéseket követően is meg tudta ismételni. A brit belpolitika elmúlt, meglehetősen turbulens évtizedében – a Brexit és hatásai, előrehozott választások és kormányfő váltások, a pandémiás időszakot övező botrányok, gazdasági visszaesés, a tömeges bevándorlás okozta társadalmi és kulturális problémák – az egészségügy és a szociálpolitika azon kevés szakpolitikák közé tartozott, ahol a korábban elindított reformok viszonylag következetesen folytatódtak. Ezek közül kiemelkedő jelentőségű a *Fenntarthatósági és Átalakítási Tervek (Sustainability and Transformation Plans, STP)* létrehozása Anglia 44 területében. Ezek az NHS keretében létrehozott, változatos formában működő szervezetek, habár jogi státusszal nem rendelkeztek, és nem volt egyértelműen tisztázva az sem, hogy kinek tartoznak felelősséggel, mégis visszatérést jelentettek a partnerség alapú működés felé. A szorosabb és mélyebb együttműködés iránti kormányzati igények jegyében az STP-k idővel beolvadtak a későbbiek során kiemelkedő jelentőségűvé lett *Integrált Ellátási Rendszerekbe (Integrated Care Systems, ICS)*. Az ICS-ek ekkor még nem rendelkeztek jogszabályi háttérrel, de együttműködésük

⁴ Az egymással szoros együttműködési formákat kialakító egészségügyi szolgáltatókat a brit terminológiában trösztöknek (trusts) nevezik.

és közös feladat-és felelősségvállalásuk jóval szorosabbá vált. Az ICS-ek létrehozásával párhuzamosan méretgazdaságossági szempontok alapján számos térségi integráció indult el a helyi kórházak, a közösségi szervezetek, valamint a mentális egészségügyi szolgáltatók részvételével. Hasonló módon, az optimális működési lépték megtalálásának a szándéka hívta életre a házi orvosok részvételével működő *alapellátási hálózatokat (Primary Care Networks, PCN)*. Mindent összevéve, az elmúlt évtized során a brit kormány számos kezdeményezést indított annak érdekében, hogy az az integrált ellátás minél nagyobb teret kapjon az NHS England működésében (1. táblázat)

A 2012 és 2022 közötti időszak tapasztalatai azt mutatják, hogy az integrált megközelítés felemás eredményeket hozott. Jelentős különbségek alakultak ki az integrált ellátási formák működésében, ami magyarázható a brit közgazdasági és önkormányzati rendszer széttagolódásával és a területi fejlettségi különbségekkel, valamint a költségvetési megszorításokkal, a bonyolult és gyakran változó jogszabályi környezettel. Habár helyi szinten számos előremutató együttműködés alakult ki, az STP-k és ICS-ek önkormányzatokkal és a szolgáltatókkal való együttműködését nehezítette az előbbiek jogi státusának hiánya. Ebből fakadóan nem alakultak ki együttműködések az egészség és jóllét minőségére hatással bíró közpolitikkal (lakásügy, oktatás, közlekedés). A szektorok közötti humán erőforrás áramlás elé pedig – mindenekelőtt a szociális szektorban dolgozók kárára – a szektorok közötti eltérő fizetések és társadalombiztosítási szabályok gördítettek akadályokat.

Év	Elnevezés	Leírás
2012	Az egészségügyi ellátásról és szociális gondozásról szóló törvény	Helyi egészségügyi és jólléti bizottságok és klinikai szolgáltatásvásárlási csoportok felállítása a szükséges szolgáltatások vásárlásának elősegítése, a minőség javítása és az egyenlőtlenségek csökkentése érdekében
2013	Integrált ellátás: közös elkötelezettségünk	Az Egészségügyi Minisztérium és tizenkét partner szervezet kötelezettséget vállalt olyan működési módok kialakítására, amelyek 2018-ra kialakítják a koordinált egészségügyi és szociális ellátás normarendszerét.
2013	Jobb Ellátásért Alap	A klinikai szolgáltatásvásárlási csoportok és a helyi önkormányzatok egy 3,8 milliárd font értékű alapot hoztak létre az integrált feladatellátás érdekében a helyi egészségügyi és jólléti bizottságok felügyelete alatt.
2014	Az ellátásról szóló törvény	A törvény értelmében a helyi önkormányzatok kötelesek ösztönözni az integrációt azokban az esetekben, ahol az elősegíti a jóllét növekedését és a szolgáltatások minőségének javulását.
2015	A költségvetési kiadások felülvizsgálatáról szóló őszi beszámoló	A kormány kötelezettséget vállalt arra, hogy Angliában 2020-ig integrálja az egészségügyi és szociális ellátás szolgáltatásait, továbbá a helyi térségek számára 2017 áprilisi határidővel megvalósítási tervek elkészítését írta elő.
2015	Fenntarthatósági és átalakítási tervek	A helyi egészségügyi bizottságok kötelesek 2021 márciusáig terjedő, partnerségi szemléletű és meghatározott hatáértékeken alapuló öt éves fejlesztési és finanszírozási terveket készíteni.
2018	Integrált ellátási rendszerek	A Fenntarthatósági és átalakítási tervek továbbfejlesztett formája, amelynek keretében a helyi NHS szervezetek nagyobb önállóságot kapnak a rendelkezésre álló források felhasználásában és egészségügyi szolgáltatások minőségirányításában.
2019	NHS Stratégiai Terv	Kimondja, hogy 2021-ig Anglia valamennyi térségében létre kell hozni az integrált ellátási rendszereket.
2019	Alapellátási hálózatok	A házi orvosi szolgáltatások vagy önállóan vagy közösen hozzák létre 30-tól 50 ezerig terjedő lakosságot magába foglaló körzetekben azzal a céllal, hogy a helyi közösségek mentén integrálják az alapellátási szolgáltatásokat és együttműködések alakítsanak ki már, releváns, többek között a szociális ellátásban illetékes szervezetekkel.
2022	Az egészségügyről és az ellátásról szóló törvény	Az integrált ellátási rendszerek létrehozásának és működésének jogszabályi keretbe foglalása, a klinikai szolgáltatásvásárló csoportok megszüntetése.

1. táblázat - Az integrált egészségügyi és szociális ellátás kiépítésének fő lépései Angliában (2012-2022) Forrás: saját szerkesztés

2. Az egészségügyi és szociális ellátás integrációja: a 2022-es törvény által bevezetett változások

Az 2022-ben elfogadott, az egészségügyről és ellátásról szóló törvény (*Health and Care Act, 2022*, a továbbiakban: a 2022-es törvény), ami a terület- és partnerség alapú integrált ellátási rendszerek (ICS) bevezetésével egyúttal paradigmaváltásként is értelmezhető az egészségügy és szociális ellátás működésében. Ennek legfontosabb eleme, hogy összekapcsolja az NHS intézményeit, a helyi önkormányzatokat és a közszférától részben vagy egészen független szereplőket az egészségügyi és szociális szolgáltatások közös tervezése, az ország jóléti mutatóinak javítása, valamint területi különbségeinek mérséklése érdekében⁵.

E sokszereplős rendszerben a 2012-es törvény szerint meghatározó szerepet töltött be a 106 CCG, amelyek felelőssége kiterjedt a szolgáltatásvásárlások teljeskörű koordinálására, a közösségi egészségügyre, a sürgősségi ellátásra, valamint a mentális egészségügyi szolgáltatásokra⁶. Ezekben helyet kaptak a szolgáltatásvásárlást irányító igazgatóságok, a klinikai vezetők, az irányító testület és a végrehajtásért felelős munkacsoportok. A CCG-k legfontosabb szolgálati partnereit a háziorvosi rendszer, az NHS trösztök, az *önkéntes, közösségi és szociális vállalkozói partnerek (voluntary, community and social enterprise partners, VCSE)*, valamint a közszeiktől független szervezetek alkották.

A 2022-es törvény jelentős változásokat hozott a szolgáltatás vásárlás- és ellátás rendszerében. A partnerek informális, „puha” eszközöket alkalmazó formái már 2016 óta kialakultak az STP-k keretében, de inentől fogva új időszámítás vette kezdetét. A 106, klinikai bázison működő CCG 2022 júliusától megszűnt, helyettük 42, térségi alapon működő ICS jött létre. Az immár jogi személyként és jogszabályban rögzített hatáskörökkel működő új szervezetek változó nagyságú, 500 ezertől 3 millióig terjedő lakossággal bíró tér-

ségek számára biztosítják az egészségügyi és szociális ellátás szolgáltatásainak integrált ellátását. Az ICS-ek létrehozásában hosszú távú egészségpolitikai célok is megjelentek, különösen a lakosságot széles körben érintő egészségkárosodás okainak feltárása és a megelőző intézkedések kidolgozása. A Minisztérium és az NHS England a korábbi reformokhoz képest jóval hosszabb ideig tartó előkészítés, a lehetséges szervezeti modellek tesztelését követően nyújtotta be a törvényjavaslatot.

Az ICS-ek működésének két fő pillérét az integrált ellátási testületek (Integrated Care Boards, ICB) és az integrált ellátási partnerek (Integrated Care Partnerships, ICP) alkotják.

Minden ICS alá egy-egy ICB tartozik, amelyek átvették a CCG-k tervezési és forráselosztási feladatait. Működésük során közvetlen szakmai és pénzügyi felelősséggel tartoznak az NHS England felé, így lényegében az NHS egyik speciális szervezetének tekinthetők, amelyek az NHS szolgáltatásait biztosítják az ICS-k területén. A testület dönthet úgy, hogy feladatainak ellátását térségi bizottságokra ruházza át, de felelőssége ebben az esetben sem változik. Az ICB testületként működik, a jogszabály kötelezően írja elő az elnöki és ügyvezetői pozíciók létrehozását és betöltését, továbbá legalább három-három főt delegálnak az NHS szervezetei, valamint az ICS területén működő háziorvosok és helyi önkormányzatok. Előírás, hogy a tagok közül legalább egyvalaki megfelelő képzettséggel és tapasztalattal rendelkezzen a mentális egészségügyi szolgáltatások terén. Az ICB saját belátása szerint dönthet további helyi szereplők bevonásáról, továbbá biztosítania kell a betegjogi szervezetek és a helyi közösségek bevonását a tervezés és a szolgáltatás ellátásról szóló döntéshozatal folyamatába.

A tervezési feladatai közül kiemelkedik annak az ICB teljes területére és lakosságára érvényes öt évre szóló rendszertervnek az elkészítése, amelynek során figyelembe kell venni a partner ICP-k integrált ellátási stratégiáját, valamint a területükhöz tartozó egész-

⁵ A jelen alfejezet nagymértékben támaszkodik az NHS England (<https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>) és a King's Fund (<https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/integrated-care-systems-health-and-care-act>) által közzétett, a törvényben foglalt változásokat részletező szakanyagokra.

⁶ A szolgáltatásvásárlás (a brit szakirodalom ebben az értelemben egyaránt elfogadja a „purchasing of service” és a „commissioning” terminológiákat, de a szakzsargonban az utóbbi sokkal elterjedtebb) összetett folyamat, ami magában foglalja a lakossági igények felmérését, az ennek megfelelő prioritásokon alapuló szolgáltatások tervezését, a szolgáltatások korlátozott költségei alapján történő megvásárlását, valamint az ellátás folyamatának nyomon követését.



ségügyi és jóléti testületek által kiadott közös egészségügyi és jóléti stratégiákat. Emellett az ICB-nek és a partner NHS szervezeteinek közös, az épületekre, az infrastruktúrára és az eszközökre kiterjedő tökéletesítési tervet kell készíteni szolgáltatásokat nyújtó szereplők számára.

Ezen a ponton ki kell emelni, hogy a szociális gondozás változatlanul a helyi önkormányzatok felelősségi- és feladatkörében marad.

Az ICP-k olyan bizottságok, amelyek rendszer szintű partnerek széles körét foglalják magukba (beleértve az ICB képviselőit, az önkormányzatokat, az NHS szervezeteit, valamint az egészségügyi, szociális, és egyéb, például a lakásügy és az oktatás területén működő szolgáltatókat) azzal a céllal, hogy kidolgozzák az adott térségekre vonatkozó integrált egészségügyi és ellátási stratégiákat. A stratégiáknak a helyi igények felmérésére és a már létező egészségügyi és jóléti fejlesztési dokumentumokra kell épülnie.

Az ICP-k jelentős mértékű rugalmassággal rendelkeznek a saját belső működésük, tagságuk és munkamódszereik kialakításában. A tagok közül egy-egy főt delegál és valamennyi érintett önkormányzat. A tagok sora bővíthető a szociális ellátás szolgáltató szervezeteivel, valamint a népegészségügy, az Egészségügyi Felügyelet (Healthwatch), a VCSE, valamint a helyi lakásügyi és oktatási szervezetek képviselőivel. A szolgáltatók köre (házi orvosok, NHS trösztök, a VCSE, valamint a közséktortól független szervezetek) a 2012-es törvényhez képest nem változott, ugyanakkor a partnerség jegyében az ICB és az ICP szavazati jogú tagjaivá váltak. A házi orvosi praxisok alapellátási hálózatokat alkothatnak az adott ICS-en belüli speciális körzetekben. A 2022 előtti időszakhoz képest új elem, hogy a kettő vagy annál több NHS tröszt részvételével *szolgáltatói együttműködések (provider collaboratives)* alakulhatnak.

Az ICS-k belső struktúrái jelentős mértékben különböznek egymástól térbeli kiterjedésük és az általuk lefedett lakosság száma alapján. Minden ICS meghatározza a hozzá tartozó terület-alapú partnerségi együttműködések, a kisebb ICS-ek azonban egyet-

len, közös területi alapú partnerséget alkot.

A finanszírozást változatlanul a Minisztérium és az NHS England biztosítja, de a támogatások címzettjei immár az ICS-ek. A 2022 előtti elosztási rendszer logikája és arányai nem változtak, így a források 70-80%-át az ICB kapja, 20-25% pedig közvetlenül jut el a szolgáltatókhoz, valamint a Jobb Ellátásért Alap is működik. Az ICB és a szolgáltatók közötti szerződések kezelését a terület-alapú partnerségek vagy a szolgáltatói együttműködések végzik.

Azt még korai megítélni, hogyan, milyen hatékonysággal működik mindez a gyakorlatban, hogy fog a két testület egymáshoz kapcsolódni, milyen viszonyrendszer alakul ki közöttük. Elképzelhető, hogy az ICP-k számára nem lesz könnyű komoly befolyással bírni, az ICS stratégiai prioritásait megvalósító szervezetté válni, miközben a források és a formális felelősségformák felett az ICB-k rendelkeznek.

Az ICS-ek működésének egyik legfontosabb ígérete, hogy az integrált működés egy többszintű, terület-alapú szervezeti struktúrában fog megvalósulni, ami három különböző léptékű, egymásra épülő területi egységre támaszkodik. A *körzetek (neighbourhoods)* 30-tól 50 ezerig terjedő lakosságszámot fednek le, ahol a házi orvosok az alapellátás hálózatokon keresztül együtt dolgoznak az NHS közösségi szolgáltatásaival, a szociális ellátás szereplőivel és más szolgáltatókkal (gyógyszertárak, fogorvosi praxisok és látszerészek)

A 250-500 ezer fős *térségek (places)* a helyi önkormányzatok közigazgatási határainak bázisán működnek, egyrészt *terület-alapú partnerségek (place-based partnerships)*, másrészt a már létező egészségügyi és jóléti testületek formájában. A legnagyobb területi egység az 500 ezertől 3 millióig terjedő lakosságot magába foglaló *rendszer szint (systems)*.

A fentiekben bemutatott intézményi struktúra semmiképpen sem tekinthető uniformizáltnak. A 2022-es törvény eleve nem szabályozta a feladatok és felelőségek megosztását a három szint között, mivel azok nagyfokú változatosságot mutatnak mind méretük, mind pedig az együttműködésekben résztvevők ösz-



szetésele szerint. Ezzel szemben a jelentős szabadságot kaptak annak érdekében, hogy helyi szinten a szubszidiaritás jegyében szerveződjenek. A várakozások szerint az ICS-ek jelentős mértékben fognak hatásköröket és erőforrásokat átruházni a területi alapú partnerségekre.

3. Az integrált megközelítés várható hatásai és nehézségei

Mint láttuk, a 2022-es törvény által bevezetett változásokelőzményei már a korábbi években kialakultak. Megszűnésük előtt számos CCG kezdeményezte a szorosabb, intézményesített együttműködési formák kialakítását részben egymás között, részben a helyi önkormányzatokkal. A 2022-es törvény valójában törvényi szintre emelte és egyúttal „finomra hangolta” a többszintű, területi alapú partnerségi együttműködések formáit és működési mechanizmusait.

A paradigmaváltás a szolgáltatók kiválasztásában is tenne érhető. A korábbi, kötelező versenyztetést 2024. január 1-jétől egy jóval rugalmasabb, az arányosság elvén alapuló *szolgáltató kiválasztási rendszer (Provider Selection Regime, PSR)* fogja felváltani. A releváns szolgáltatás vásárlók (NHS England, ICB-k, NHA trösztök, egyéni és társult önkormányzatok) számára a PSR mérlegelési jogkört biztosít a közvetlen odaítélés és a legalkalmasabb szolgáltató kiválasztásának formájában, meghagyva ugyanakkor a versenyztetés lehetőségét is. Mindez jól kifejezi a szolgáltatásvásárlásban megmutatkozó, stratégiai irányú szemléletváltás irányát, amely a kötelező versenyztetés és a szerződésmenedzsment helyett a partnerek (ideértve a szolgáltatókat is) közötti együttműködésre, a helyi igények felmérésén alapuló közös tervezésre, a szolgáltatások fejlesztésére és az erőforrások optimális elosztására helyezi a hangsúlyt.

Az NHS England szolgáltatói számára sem jelent újdonságot, hogy a feladatellátás során a szervezeti prioritások mellett rendszer szintű célok jelennek meg. A 2022-es törvény rendelkezései ugyan nem érintették az NHS trösztök feladatkörét, de erős elvárásként

fogalmazódott meg irányukban a különböző partnerségi formákban történő részvétel, különös tekintettel az ICB-k működésére, valamint a többi szolgáltatóval és helyi szereplőkkel való együttműködések kialakítására. A fentiek mögött nyilvánvalóan a szolgáltatásvásárlók és a szolgáltatók közötti kapcsolatok szorosabbra fűzésének a szándéka húzódik meg. A két érintett csoport ugyan formálisan és szervezetenként elkülönül egymástól, de a gyakorlatban ez a megosztottság egyre inkább elhalványul, amit a szolgáltatók ICB-ben való képviselete is mutat. A reform egyik legfontosabb iránya pontosan az, hogy a szolgáltatók minél jobban integrálódjanak az ICS-ek különböző intézményeibe, vállaljanak nagyobb felelősséget a rendszer egészének működtetésében.

A helyi önkormányzatok nézőpontjából a terület-alapú partnerség számos előnnyel jár. Átfogó értelemben az egészségügyi és szociális ellátás valamennyi szinten elérhető integrált formái révén csökken a szolgáltatások hagyományos széttagozottsága, mérséklődnek az elérhetőség és a színvonal terén mutatkozó területi egyenlőtlenségek, magasabb színvonalú, jóval kevésbé töredezt szolgáltatásokat biztosítanak a betegek és a felhasználók számára. A közös tervezés és döntéshozatal pedig lehetőséget teremt az érintettek számára, hogy a tisztán közegészségügyi és szociális problémák kezelése során a lakáspolitikát, az oktatást és a helyi infrastruktúra szempontjait is hangsúlyosabban érvényesüljenek.

A 2022-es törvény formálissá tette a helyi önkormányzatok részvételét az ICB-k és ICP-k működésében való közvetlen részvétel formájában. Fontos az is, hogy a törvény nem szüntette meg a helyi egészségügyi és jólléti testületeket, sőt, az általuk készített stratégiákat az adott térségben működő ICS-eknek figyelembe kell venni a saját, öt évre szóló integrált stratégiai fejlesztési tervének kidolgozása során. Az más kérdés, hogy a törvény nem szabályozza a helyi egészségügyi és jólléti testületek és az ICP-k közötti viszonyrendszert, ami potenciális konfliktushelyzeteket eredményezhet a gyakorlatban.

A VCSE szervezetek szolgáltatóként és a helyi közös-



ség igényeinek képviselőjeként egyaránt meghatározó szerepet játszanak a helyi egészségügyi és szociális ellátási rendszer működésében. A formális ICS struktúrákba – különösen az ICP-be – történő bevonásuk a helyi önkormányzatokon múlik. Habár a kormányzat elvárásai között hangsúlyosan szerepel a VCSE szervezetek mobilizálása, a források szűkössége és a szektor sokfélesége sok esetben korlátozta erőteljesebb részvételük lehetőségét.

E komplex reform megvalósítása azon is múlik, hogy van-e mögötte egy olyan világos, konkrét üzenetekre lefordítható narratíva, ami megvilágítja, hogy miként fog mindez a betegek, a szolgáltatók és a közösségek javára válni. A narratíva további lényeges eleme, hogy meggyőzően érzékeltesse, hogy miben és milyen célok érdekében különbözik az integrált szolgáltatás ellátás a megszokott módszerektől, és milyen előnyöket jelent mindez a különféle lakossági és ellátási csoportokban. Több mint egy év elteltével még nehéz megalapozott véleményt alkotni a reform előrehaladásáról, de a 2023 első felében megjelent parlamenti jelentés számos, jelenleg még megoldatlan problémára hívja fel a figyelmet:

- nem világos, nincs előzetes értékelésekkel, felmérésekkel alátámasztva, mekkora időtávon belül és milyen kézzelfogható előnyökkel jár az átalakítás;
- annak ellenére, hogy az ICS-ek hosszú távú, az egészségkárosodás okainak feltárását és kialakulásának megelőzését szolgáló célok megvalósítását tűzték ki maguk elé, ezek könnyen háttérbe szorulhatnak a mindennapi problémák (a nem sürgősségi jellegű ellátások elmaradása, hosszú várólisták) megoldását szorgalmazó társadalmi és politikai nyomás következtében;
- nem tűnik teljes mértékben megnyugtatónak, hogy az ICS-ek a még el nem készült, öt éves stratégia tervek keretében kívánnak válaszokat kidolgozni adni hosszú-és rövid távú problémák megoldására;

- a jól megalapozott kölcsönös függés ellenére kérdéses az NHS szervezetek (jelen esetben az ICB) és a helyi önkormányzatok együttműködése. Az egészségügy és a szociális ellátás két külön szektor, külön intézményi irányítással (előbbi az NHS, utóbbi a helyi önkormányzat kompetenciája) és költségvetéssel, és ezen a 2022-es törvény sem változtatott;
- kérdéses, hogy a közös döntéshozatalra kialakított fórumok mennyire tudják kezelni a költségvetési dualizmust, amennyiben szolgálja mindez az integrált megközelítés tényleges megvalósulását;
- jelenleg még megoldatlan az NHS és a helyi partnerek közötti esetleges konfliktusok rendezése, mivel a program *minőségbiztosításáért felelős testület (Care Quality Commission)* szerepe a monitoringra és az értékelésre irányul, nem rendelkezik kikényszerítő jogkörökkel az ICS körébe tartozó intézmények felett;
- jelentős munkaerőhiány mutatkozik mind az NHS, mind a szociális ellátás terén, amit az is mutat, hogy előbbinél 100 ezer, utóbbinál 165 ezer betöltetlen álláshelyet tartottak nyilván 2022 végén (House of Commons 2023).

Az integrált ellátás bevezetésének korábbi tapasztalatai azt mutatják, hogy hosszú időbe telik, amíg a változások kézzelfogható eredményeket hoznak. Ahogy a területi fejlettségi különbségek alapján ez várható is volt, jelentős különbségek alakultak ki az egyes ICS-ek méretében, erőforrásaiban, belső működésében, valamint az és az együttműködések intenzitásában.

Befejezés

Napjaink egyik meghatározó jelensége a nehezen megragadható, komplex problémák egyelőre megállíthatatlannak tűnő terjedése, amelyek kezelésére a stratégiai gondolkodást, valamint az érintett szak-



politikák és szereplők azonosítását és közös célok mentén történő együttműködését igénylő integrált megközelítés tűnik a legalkalmasabb eszköznek. Egyértelmű megoldások hiányában és a megvalósítás gyakorlatában jelentkező trade-off hatások miatt fennáll azonban a veszély, hogy a komplex problémák a előbb-utóbb – még ha megváltozott formában is – visszatérnek. E dilemmák számos szakpolitika esetében megmutatkoznak, de az egészségügyi és szociális ellátás integrált működtetésére irányuló törekvések tapasztalatai mintaértékűnek tekinthetők.

A brit – ezen belül az angol – reformok több évtizedes történetének egyik fontos tanulsága, hogy az integrált szolgáltatás-ellátás lényeges változásokat igényel mind az intézményi struktúrák működésének összehangolásában, mind pedig az érintett szereplők közötti kapcsolatrendszer belső normáinak és tartalmi elemeinek kiépítésében. Ahogy az élet számos más területén, úgy az egészségügyi és szociális ellátásokra irányuló igények is jelentős változásokon mentek keresztül az elmúlt évtizedek során. Az emberek átlagosan hosszabb ideig élnek változatos, összetett és hosszabb távon érvényesülő feltételek mellett, ennek következtében pedig egyre hosszabb ideig tartó, számos különböző szolgáltatás és szakember támogatására van szükségük. Ezzel szemben gyakran még egy meglehetősen töredezett, a lakosság egészségi állapotában és mutatózó demográfiai és területi egyenlőtlenségekre kevésbé érzékeny, a „testre szabott” ellátási igényekre kevésbé reagáló szolgáltatási rendszer áll rendelkezésre.

A 2022-ben elfogadott törvénnyel elindított legújabb reform központi eleme a paradigmaváltásként beharangozott integrált megközelítés. Szemben azzal a több évtizedes gyakorlattal, amely a szervezeti autonómiát, a piaci versenyt, valamint a megbízók és a szolgáltatók elkülönülését helyezte előtérbe, az integrált ellátási rendszer működése az együttműködések alapul, a fejlesztések hajtóerőit pedig a térségi lehetőségek és a lakossági igények jelentik. A korábbi, szorosabban szabályozott működési keretekkel szemben az új törvény megközelítése inkább megengedő,

ami meghatározott keretek között lehetőséget ad a mérlegelésre, a különböző lehetőségek és alternatívák közötti választásra. Az NHS keretein belül működő egészségügyi és szociális ellátás integrált megközelítése az angol modellben egyrészt a területi alapú partnerségre, a helyi közösségek és önkormányzatok bevonására, másrészt a brit politikai tradícióból fakadó közigazgatási sokszínűsége és egyedi sajátosságok egyedi módon történő intézményes elismerésére épül. Ez a törvényi alapokra helyezett „felülről integrált, alulról építkező” struktúra jelentős mértékű rugalmasságot biztosít az érintettek számára saját belső működésük kialakítása során, ami lehetővé teszi a helyi adottságok, igények és feltételek becsatornázását. Több, mint egy évvel a 2022-es törvény elfogadását követően már lehetséges és érdemes levonni néhány, szélesebb körben is hasznosítható következtetést. Pozitívumként értékelhető, hogy az angol rendszerben a egészségügyi- és szociális ellátással foglalkozó szervezetek különböző működési szinteken, jogszabályok által pontosan definiált feladatmegosztás szerint látják el feladataikat. A rendszer működésére jellemző az erős szakmai kontroll, valamint a szubszidiaritás elve. A napi működés részévé váltak a szakmai alapon szerveződő hálózatok és a különböző szektorok között kialakult együttműködések. Ugyanakkor ma még kétséges, hogy az új, integrált rendszer mennyire lesz képes meghaladni a korábbi évtizedekben megszokott nagy, átfogó, strukturális reformok intézményelvű megközelítését, milyen mértékben lesz képes keresztülvinni azokat a „finomra hangolásokat”, amelyek nélkülözhetetlenek a többszintű integrált ellátási rendszerek működésében, a közvetlen tapasztalatokban és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben mutatkozó különbségek kezelése érdekében. Ráadásul a külső – belpolitikai és gazdasági – feltételek sem kedvezőek. A brit közvéleménykutatások szinte egyhangzóan mutatják, hogy a megélhetési válság és a tömeges bevándorlás mellett a harmadik legnagyobb problémát a hagyományosan magas presztízsű egészségügyi és szociális rendszer működésével való elégedetlenség jelenti. Az alulfinanszírozottság, a növekvő

várólisták és a rendszerből hiányzó munkaerő hiánya könnyen előidézhetheti a komplex, rosszindulatú problémák elemeinek megjelenését, az először időben és költségekben jelentkező inkrementális tanulási folyamat helyett a megszokott sémák „újra csomagolását”, a valós igényekre reagáló megoldások helyett tűzoltásra alkalmas, de szimptomatikus intézkedések bevezetését.

Mindezek ellenére a brit reformok jövője a pozitív forgatókönyv ígértétét is magában hordozza. Ebben az esetben fontos tanulság lehet az is, hogy nem minden komplex probléma rosszindulatú is egyben. Más-ként szólva, a komplex kérdések egyes elemeiben lehetnek ugyan „rosszindulatúak”, de sok esetben inkább bonyolult, több oldalról megragadható „nehéz ügyek”, amelyek bizonyos feltételek kialakítása mellett hosszabb vagy rövidebb időre szólóan kezelhetők.

Köszönetnyilvánítás:

„A TKP2021-NKTA-51 számú projekt a Kulturális és Innovációs Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a TKP2021-NKTA pályázati program finanszírozásában valósult meg.”

Hivatkozások

Davenport, Alex-Zaranko, Ben: *Levelling up: where and how?* Institute for Fiscal Studies. Green Budget 2020: Chapter 7. 2020, [CH7-IFS-Green-Budget-2020-Levelling-up.pdf](https://www.ifs.org.uk/publications/2020-11-17/2020-11-17-ifs-green-budget-2020-levelling-up.pdf)

Dunn, Phoebe, Ewbank, Leo, Alderwick, Hugh: *Nine major challenges facing health and care in England*. 3 November 2023, https://www.health.org.uk/publications/long-reads/nine-major-challenges-facing-health-and-care-in-england?gclid=CjwKCAiA9ourBhAVEiwA3L5RFjEj_3A9fCepzxvwXY0FJuE3J6x0Q8YnjMpieqWDjN4jnSXCb-TZNhoCqNUQAvD_BwE

Dunn, Phoebe, Fraser, Caroline, Williamson, Skeena, Alderwick, Hugh: *Integrated care systems: what do they look like?* Health Foundation long read (PDF version), 15 June 2022 https://www.health.org.uk/sites/default/files/pdf/2022-07/2022%20-%20ICS%20characteristics_v3.pdf

House of Commons, Committee of Public Accounts: *Introducing Integrated Care Systems. Thirty-Fifth Report of Session 2022-23*. Ordered by the House Commons to be printed 23 January 2023, Comptroller and Auditor General's Report: Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes. Session 2022-23, HC 655, 14 October 2022

Head, Brian W. and Alford, John: Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. *Administration & Society* 2015, Vol. 47 (6), 711-739. p.

Hunter, David J. and Bengoa, Rafael: Meeting the challenge of health system transformation in European countries. *Policy and Society*, 2023, 42 (1), 14-27. p.

Kaiser Tamás: *Gördülő devolúció az Egyesült Királyságban*. Megválaszolatlan kérdések, új kihívások. Gondolat Kiadó, Budapest, 2012

Kaiser Tamás: Városrégiók Angliában: újabb fejezet az aszimmetrikus devolúció folyamatában. In Laki Ildikó – Szabó Tamás (szerk.): *Agglomerációs várostérségi tanulmányok. Nagyvárosi, városi és települési dilemmák a 21. században*. Települési Önkormányzatok Országos Szövetsége – Homo Oecologicus Alapítvány. Budapest, 2017. 105-133.p.

Kaiser, Tamás: Understanding Narratives in Governance: Naming and Framing Regional Inequality in the United

- Kingdom. *Social Sciences*, 12. (2023), 4:246. 10. <https://doi.org/10.3390/socsci12040246>
- Head, Brian (2008): Wicked Problems in Public Policy. *Public Policy*, Vol. 3. No. 2. 101-118.p.
- McCann, Philip: *Perceptions of Regional Inequality and the Geography of Discontent: Insights from the UK*. Discussion Paper, Productivity Insights Network, 2018, [Discussion-Paper_Perceptions-of-Regional-Inequality-and-the-Geography-of-Discontent.pdf \(productivity-insightsnetwork.co.uk\)](#)
- Miller, Robin, Glasby, John, Dickinson, Helen: Integrated Health and Social Care in England: Ten Years On. *International Journal of Integrated Care*. 2021:21 (4): 6, 1-9.
- Office for National Statistics: *Analysing regional economic and well-being trends. How UK regions and countries vary in performance on economy and wellbeing indicators and how its trend has changed over time*. 25 February 2020 [Analysing regional economic and well-being trends - Office for National Statistics \(ons.gov.uk\)](#)
- Pett, William, Bliss, Annie: *The state of integrated care systems 2021/22*. NHS Confederation; 2022 <https://www.nhsconfed.org/system/files/2022-02/State-of-integrated-care-systems.pdf>
- Rittel, Horst W, Webber, Melvin M. (1973): Dilemma in a general theory of planning. *Policy Sciences*, Vol. 4, No. 2. 155-169.p.
- Trust for London: *Tackling poverty and inequality*. WPI Economics, London's Poverty Profile: 2020, April 2020 [Londons_Poverty_Profile_2020.pdf \(fra1.cdn.digitaloceanspaces.com\)](#)
- Rodríguez-Pose, Andrés: The revenge of the places that don't matter (and what to do about it). *Cambridge Journal of Regions. Economy and Society*, 11. (2018), 1.189-209.
- Upham, Martin (2017): *Britain Explained. Understanding British Identity*. John Harper Publishing
- World Health Organization: *WHOQOL study protocol*. World Health Organization, Geneva, 1993. (MNH/PSF/93.9).



Dr. Juhász Gábor – Dr. Molnár Dániel – Dr. Horváth Veronika – Dózsa Zsófia Katalin

A “Következő lépés - Szegregált élethelyzetek felszámolása Gilvánfán” című pályázati projektet kísérő kutatás eredményei és tapasztalatai*

Kulcsszavak: szegregáció, társadalmi felzárkózás, kutatás, komplex telepprogram

Absztrakt

A “Következő lépés - Szegregált élethelyzetek felszámolása Gilvánfán” című, EFOP-1.6.2-16-2017-00103 kódszámú, Gilvánfán megvalósított pályázati projekt keretében a Pécsi Tudományegyetem BTK Társadalmi Felzárkózás és Szociális Gazdaság Kutatóközpont és a Human Exchange Emberi Erőforrás Fejlesztő és Tanácsadó Alapítvány kutatási tevékenységet végzett annak érdekében, hogy a projekt megvalósítása közben, illetve annak lezárásakor értékelje a pályázati projekt eredményeit. A projekt megvalósítási szakasza 2018 tavaszától 2021 őszéig tartott. Az alábbi publikáció a pályázati projektet kísérő kutatás eredményeiről számol be.

Bevezetés: előzmények és célkitűzések

Az EFOP 1.6.2-16 kódszámú, Szegregált élethelyzetek felszámolása komplex programokkal elnevezésű pályázati konstrukció alapjául, többéves előkészítő munka eredményeként a 2011-es Népszámlálás adatainak felhasználásával készült országos szegregátum adatbázis és térkép szolgált. Az adatbázis alapján az ország területén 709 településen 1384 db, főként romák lakta telep, illetve a települések szövetébe ágyazódott elmaradott településrész található, ahol az ország lakosságának hozzávetőlegesen 2,8%-a él. A szegregátumokban halmozottan jelentkező társadalmi problémákat - ideértve a munkanélküliséget, a szociális és egészségügyi problémákat, a szolgáltatásokhoz való hozzájutás nehézségeit - az érintett települések önerőből nem tudják megoldani. A konstrukció olyan komplex, megfelelően felkészített szakemberek bevonásával zajló, összehangolt és folyamat-támogatással kísért szakmapolitikai beavatkozásokat kívánt tá-

mogatni, amelyek érdemben hozzá tudnak járulni az egyenlőtlenségek mérsékléséhez, felszámolásához. A pályázati konstrukció fő célja a szegregált lakókörnyezetben, mélyszegénységben élő hátrányos helyzetű emberek társadalmi felzárkózásának és integrációjának segítése volt. A konstrukció rész céljai között szerepelt a telepeken és telepszerű lakókörnyezetben élők szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek javítása, a bevont személyek képzettségi szintjének növelése, a társadalmi felzárkózást segítő (különösen oktatási-képzési és foglalkoztatási) programokban részt vevők számának fokozása, a telepszerű környezetben élő gyermekek közül az óvodába járók arányának növelése, a programba bevont iskoláskorú gyermekek/ fiatalok iskolai lemorzsolódásának csökkentése, a célterületen élő személyek egészségi állapotának javulása, a közszolgáltatások elérhetőségének biztosítása, a célcsoport társadalmi integrációjának elmélyítése.

A “Következő lépés - Szegregált élethelyzetek felszámolása Gilvánfán” című, EFOP-1.6.2-16-2017-00103 kódszámú pályázati projekt megvalósítása 2018. április 3-án kezdődött. A projekt közvetlen előzménye a településen „A jövő műhelye – Settlement típusú Segítőház létrehozása és a társadalmi beilleszkedést segítő szolgáltatások fejlesztése Gilvánfán” címmel, 2014 és 2015 között megvalósított TÁMOP-5.3.6-11/1-2012-0061 kódjelű pályázati projekt volt, amelynek tapasztalatait felhasználva, annak eredményeire építkezve került sor az EFOP keretei között indult projekt célkitűzéseinek meghatározására. A projekt időtartama eredetileg 36 hónap volt, amit a koronavírus-pandémia miatt 43 hónapra hosszabbítottak. A projektet megvalósító konzorciumot a főpályázó Gilvánfa Község Önkormányzata, valamint két partner, a Számá Dă Noj – Vigyázz Reánk Egyesület és a Human Exchange Emberi Erőforrás Fejlesztő

*Másodközlés. Az első megjelenés a Humán Innovációs Szemle 2022. II. számában.

és Tanácsadó Alapítvány alkotta. A pályázati projekt tervezésében és előkészítésében ugyancsak részt vett a Pécsi Tudományegyetem BTK Társadalmi Felzárkózás és Szociális Gazdaság Kutatóközpontja.

A projekt átfogó célja volt egyfelől a szegregált településen élő beás cigány lakosok társadalmi felzárkózásának, integrációjának elősegítése, segítő szolgáltatások és programok további működtetésével; másfelől további külső szakemberek, szakértői csoportok, intézmények bevonása a szakmai munka hatékonyságának és kínálatának növelése, valamint a szolgáltatások folyamatosan változó igényekhez való igazítása céljából.

A projekt az alábbi részcélok teljesítését vállalta: a társadalmi mobilitás elősegítése, az egyéni fejlesztési tervekben (EFT) megfogalmazott célok és feladatok teljesítése a jelenlét alapú szociális munka által; az integrációt segítő, a helyi szükségletekre épülő szociális, oktatási, kulturális, közösségi és munkaerőpiaci szolgáltatások és programok egy struktúrában („settlement”) történő működtetése, ezáltal a szolgáltatásokhoz való koncentrált hozzáférés biztosítása és javítása; a településen elérhető óvodai, iskolai, tanodai, családsegítői, gyermekjóléti, egészségügyi és önkormányzati szolgáltatások kibővítése új, a hatékonyságukat növelő elemekkel; a kisgyermekkorú és az általános iskolai hátrányok mérséklése a projekt során megvalósuló fejlesztésekkel és programokkal; az iskolai tanulási teljesítmény növelése, tanulástámogatás, tehetséggondozás, indirekt tanulási formák működtetése, fejlesztő szabadidős programok megvalósítása (pl. színházlátogatás, előadások, sport, stb.); a szülők felkészítése a segítő-támogató-fejlesztő szülői szerepre; munkaképes korú gilvánfai lakosok számára munkahelykeresés és a munkába állás elősegítése; a településen élők lakás- és életkörülményeinek javítása; a célcsoport társadalmi beilleszkedését, munkaerő-piaci pozícióját növelő képzések kezdeményezése, lebonyolítása; a helyi gazdaság továbbfejlesztése a szociális (szolidáris) gazdaság feltételrendszerének kialakításával, ennek keretében a kertészeti tevékenység további bővítésével, a piaci értékesítés feltételeinek kialakításával; a helyi közösség szervezéséhez, fejlesztéséhez szükséges feltételek folyamatos biztosítása (információs és közösségi tér, sportpálya, tanulóter); a szolgáltatások igénybevevőinek bevonása az igények megfogalmazásába, a szolgáltatások kialakításába; a helyi és etnikai identitás erősítése közösségépítő, hagyományőrző programok generálásával; a peremhelyzetű sellyei járáson belül is marginalizálódott Gilvánfa integrációjának elősegítése a járási, megyei és regionális együttműködésekbe; a helyi közösség akcióképességének helyreállítása, hosszabb távon annak elérése, hogy a helyi

közösség arra alkalmas és felkészített tagjai vegyék át az irányítást a kialakított cselekvési programok és szolgáltatások működtetésében („empowerment”); Gilvánfa történetét, az ott élők helyzetének alakulását, a községben történt események bemutatását célzó, a korábbinál realisabb „Gilvánfa-kép” kialakítását és a külső környezettel való folyamatos kommunikációt segítő internetes weboldal folyamatos működtetése, a közösségi média felületek intenzív használata, folyamatos PR tevékenység, „pozitív képek” megjelentetése a médiában a településről.

Alkalmazott kutatómódszertan

A kutatási folyamat főbb szakaszai és tevékenységei, kutatási kérdések

2018 júniusa és 2019 márciusa közötti időszakban valósult meg az első kutatási fázis, amely magába foglalta a kutatás tervezését, az első adatfelvételt, adatfeldolgozást és értékelést, valamint az első kutatási részjelentés elkészítését. A kutatás második fázisában, 2021 őszén került sor a második adatfelvételre, majd az adatfeldolgozásra, értékelésre és végül a kutatási zárójelentés elkészítésére.

Az értékelő vizsgálat során az alábbi kérdésekre kerestünk választ:

Előkészítés:

- A pályázati projekt előkészítése, tervezése a célcsoport által képviselt problematika kezelése szempontjából megfelelően történt-e?
- Milyen kiválasztási eljárás során kerültek bevonásra a projektben résztvevő célcsoport tagok?

Megvalósítás:

- Milyen mértékben sikerült elérni a kiválasztott célcsoport tagjait, milyen eszközök, módszerek alkalmazásával?
 - Milyen intervenciók kerültek alkalmazásra a célcsoport tagjai számára?
- Eredmények és hatékonyság:
- Milyen eredményeket sikerült elérni a célcsoport részvételével folytatott intervenciók során?
 - A célcsoportra irányult intervenciók eredményei milyen összhangot mutatnak a célcsoport igényeivel, szükségleteivel, problémáival?
 - Milyen arányban sikerült elérni a célcsoport tagjait az egyes tevékenységek során?
 - Hogyan értékelték a célcsoport tagjai az egyes projektek kivitelezésének színvonalát?
 - Milyen főbb megállapítások, tanulságok vonhatók le a célcsoportra irányuló intervenciók eredményei tekintetében?

Tapasztalatok:

- Melyek azok a technikák, módszerek, alkalmazott eljárások, amelyek a további felhasználás tekintetében jó gyakorlatként azonosíthatók?
- Melyek a főbb hiányosságok, hibák és egyéb problémák, amelyek a célcsoportokra irányuló intervenciók eredményeit negatív irányba befolyásolhatták?

Az adatfelvétel folyamata

Az értékelő kutatás során több adatgyűjtési eljárás kombinációjának segítségével vizsgáltuk a projekt megvalósulásának tapasztalatait. A primer adatok összegyűjtését három empirikus eljárás segítségével valósítottuk meg:

a)

Kérdőíves vizsgálatot végeztünk a projekt célcsoportjába tartozó gilvánfai lakosokkal. Az adatfelvételt két időszakban került sor: 2019 tavaszán, a projekt indulását követően egy évvel, illetve 2021 őszén, a projekt zárásának időszakában. A kérdőíves módszer alkalmazásával megvalósított kutatás célja kettős volt: egyfelől szerettük volna felmérni azokat a véleményeket, amelyek összefüggenek a projekt célkitűzéseivel, annak érdekében, hogy a projekt utolsó fázisában lebonyolított adatfelvétel során nyert adatokkal összevetve változást és hatást mérő vizsgálati eljárást tudjunk végezni. Másfelől szerettünk volna lehetőséget biztosítani a célcsoport tagjainak arra, hogy közvetve visszajelzést adjanak a projektben dolgozó szakemberek számára. Az adatfelvételre személyes megkérdezés során került sor. A válaszadói kör meghatározásakor a projektben célcsoportként megjelenő 103 főt céloztuk meg, azokat a személyeket, akikre vonatkozóan egyéni fejlesztési terv készült. A válaszadás kérdőívenként 5-15 percet vett igénybe. A felkeresett válaszadók döntő többsége segítőkész volt, így a válaszadási hajlandóság magas volt. Az elemzés alapjául szolgáló minta (az első felmérés során 55 fő, a második adatfelvétel során 62 fő) és az alapsokaság (103 fő) nagyságának eltérése elsősorban arra vezethető vissza, hogy a megcélzott válaszadók egy része számára – munkavégzés, betegség vagy egyéb elfoglaltság miatt – nem volt alkalmas az adatfelvétel időpontja.

b)

Félig strukturált interjúkat készítettünk a projekt célcsoportjába tartozó gilvánfai lakosokkal. Az interjú adatfelvétel célja azoknak a kérdéseknek a részletes vizsgálata volt, amelyekre a survey nem adott lehetőséget. Az értékelő kutatás ezen eleme során kívántuk kiegészíteni, ellenőrizni és értelmezni a kérdőíves adatfelvétel által feltárt sajátosságokat, továbbá így

tettük vizsgálat tárgyává azokat a témaköröket, amelyek esetében - jellemzően azok komplexitása miatt - a kérdőíves adatfelvétel nem volt megfelelő módszer. Az interjú adatfelvételre 2021 őszén került sor. A válaszadók kiválasztásában a projektben dolgozó szociális munkások nyújtottak segítséget. A mintába 6 fő célcsoporttag került.

c)

Félig strukturált interjúkat készítettünk a projekt megvalósításában résztvevő szakemberekkel is. Az összesen 6 főre kiterjedő vizsgálat során a célcsoport tagjaitól származó információk kiegészítésére, teljesebb körűvé tételére törekedtünk, továbbá olyan típusú adatokat is megpróbáltunk feldolgozni, amelyekkel pozíciójukból következően csak ők rendelkeznek.

A minta bemutatása

A válaszadók átlagos életkora az első adatfelvétel során 36,35 év (SD: 11,9 év) a második adatfelvétel során 37,72 év (SD: 11,7 év) volt.

A válaszadók körében mindkét adatfelvétel során többségben voltak a nők. Az első mintában 64,8%, a másodikban 67,7% volt a részarányuk. Mivel a nemre vonatkozó kérdésre nem válaszoló aránya csökkent, a második adatfelvételben a férfiak aránya is nőtt, 24,1%-ról 30,6%-ra.

A két kérdőíves felvétel mintája között a legmagasabb iskolai végzettség tekintetében nem volt érdemi különbség (a válaszadók többsége mindkét mintában általános iskolai végzettséggel rendelkezik), viszont kismértékű változás volt megfigyelhető a szakképesítéssel rendelkezők arányában.

Fontos leszögezni, hogy a minta egyik adatfelvétel során sem volt reprezentatív - sem a 18 év feletti életkorú gilvánfai lakosság, sem a projektbe bevontak tekintetében. Emiatt ezekre a sokaságokra vonatkozóan általánosító jellegű megállapításokat tenni nem lehet, az eredmények a mintába bekerülő válaszadókra vonatkoznak.

Eredmények

A fejezetben azokat a programokat, tevékenységeket tekintjük át, amelyek a projekt célkitűzéseikhez illeszkedve megvalósultak. Az egyes tevékenységekhez kapcsolódóan – az értékelő kutatás során gyűjtött információk alapján – választ adunk a tervezéshez, szervezéshez és kivitelezéshez kapcsolódó kérdésekre, például arra, hogy milyen kiválasztási eljárás során kerültek bevonásra a célcsoporttagok, milyen mértékben sikerült elérni őket, illetve milyen inter-



venciók kerültek alkalmazásra egy-egy programelem megvalósítása során. Ismertetjük a fontosabb eredményeket, megállapításokat, tanulságokat, valamint a felmerülő problémákat.

A projekt szervezeti és működési struktúráját célzó intézkedések megtétele, a célcsoport bevonása és az egyéni fejlesztési tervek elkészítése

A "Következő lépés" - Szegregált élethelyzetek felszámolása Gilvánfán" című projekt 2018 áprilisában projektnyitó szakmai rendezvénnyel indult, amely a projekt szakmai tartalmának, szervezeti és működési struktúrájának megismertetése, valamint a célcsoport, a projekt személyzet és az együttműködők bemutatása, egymással való megismertetése céljából szerveződött. Ebben az időszakban került sor a projekt során megvalósuló tevékenységek nyomonkövethetőségét és átláthatóságát szolgáló dokumentációs rendszer kialakítására, illetve az együttműködő szervezetek szerepének, felelősségi körének meghatározására és véglegesítésére is.

A folyamatos professzionális segítő jelenlétet a projekt kezdeti időszakában 4 fő szociális munkás biztosította. A szociális munkások 2018 áprilisában egyenként 30-45 fő célcsoporttaggal vették fel a kapcsolatot, és teremtették meg azt a bizalmi légkört, amely a klientúrával való hosszú távú eredményes és hatékony együttműködéshez elengedhetetlen.

Az egyes célcsoporttagokkal történő segítő beszélgetést követően, az ott kötött megállapodások, kitűzött célok meghatározása után a szociális munkások elkészítették az egyén igényeit és lehetőségeit figyelembe vevő egyéni, illetve a kitűzött fejlesztési feladatok rendszerszemléletű megvalósítását célzó családi fejlesztési terveket. A célcsoporttagok bevonását, az egyéni és családi fejlesztési tervek kidolgozásához szükséges adatok és információk felvételét nagymértékben segítette, hogy a településen korábban megvalósuló, a szegregált lakókörnyezetben, mélyszegénységben élő hátrányos helyzetű emberek társadalmi felzárkózásának és integrációjának segítését célzó projekteknél a szociális munkások közül többen is dolgoztak, így már ismerték a település tagjait, illetve azokat a problémákat, amelyek kapcsán segítségre szorultak.

A projekt ismertségét a célcsoport tagjainak körében mindkét kérdőíves adatfelvétel során vizsgáltuk. A Gilvánfán zajló, releváns tevékenységek összekapcsolása a projekttel kismértékben nőtt a vizsgált időszakban: míg 2019 tavaszán a válaszadók 92,6%-a, addig 2021 őszén a válaszadók 93,5%-a tudta egyértelműen beazonosítani a projektet. Jellemzően a többi vá-

laszadó is említett olyan programelemeket, amelyek a "Következő lépés" c. projekt keretében valósultak meg, azonban olyan tevékenységeket is említettek, amelyek korábbi, illetve párhuzamosan futó másik projekthez tartoztak.

A válaszadók legnagyobb arányban a projektben dolgozó szociális munkásoktól értesültek a projektről. Arányuk a 2019-es adatfelvétel során 64,8%, a 2021-es adatfelvétel során 69,4% volt. A második legjelentősebb információforrást a lakossági fórumok jelentették: 25,9%, majd 17,7% említette ezeket az eseményeket. Az említettekén kívül - kisebb arányban - a projektről a munkahelyükön értesültek a válaszadók, illetve a 2021-es adatfelvétel során a válaszadók 4,8%-a a Tanodát nevezte meg információforrásként.

A családlátogatások, és a szolgáltatások igénybevételel biztosító családkísérések a projekt teljes időszaka alatt zajlottak, és a projekt második negyedétől iskolalátogatásokkal, munkahelyi egyeztetésekkel, mediációval egészültek ki. Ezek az intervenciók - a tanítókkal, tanárokkal, nevelőkkel és szülőkkel együttműködve - az iskoláskorú gyermekek és fiatalok iskolai előmenetelét, a problémás helyzetek megoldását célozták, de a felnőtt lakosság körében sor került olyan mediációs jellegű segítségnyújtásra vagy „érzékenyítő” jellegű beavatkozásokra is, amelyek a munkaerőpiacon történő elhelyezkedést vagy a munkahelyek megtartását segítették. Az ilyen jellegű beavatkozások folyamatosságát ugyanakkor nehezítette - derült ki a célcsoporttagok körében készült interjúk felmérés eredményeiből -, hogy a projektben dolgozó négy fő szociális munkásból a projekt-időszak alatt ketten lemorzsolódtak. Ebből adódóan a maradókra lényegesen több - főként adminisztratív - feladat hárult, ami csökkentette azt az időt, amit a szociális munkások a gilvánfai lakosok személyes felkeresésére tudtak fordítani. A projektben dolgozó egyik szakember meglátása szerint a szociális szférában megfigyelhető lemorzsolódás és szakemberhiány azzal magyarázható, hogy "(...) nagy terhelés éri a szakembereket, és főleg az anyagi, de az erkölcsi megbecsülés is várat magára." (projektben dolgozó szakember). Ugyanakkor kétségtelen, hogy a projekt során elért eredményekhez nagymértékben hozzájárult a településen dolgozó szociális munkások jelenléte és tevékenysége.

A célcsoport körében felmerült képzéssel kapcsolatos igények és szükségletek felmérését követően elkészültek a képzési tervek, amelyek alapján a szociális munkások és a velük együttműködő koordinátorok felvették a kapcsolatot azokkal a képző intézményekkel, akik a célcsoport igényeinek és a helyi-



illetve térségi munkaerőpiaci elvárásoknak megfelelő képzési programokat nyújtanak. A képzések kiválasztása során a projektben dolgozó szakemberek törekedtek arra, hogy csak olyan képzéseken vegyenek részt a kliensek, amelyek a helyi és a munkaerőpiaci igényekhez egyaránt igazodnak, tehát az induló tanfolyamokon megszerzett végzettséggel a gilvánfai lakosok a későbbiekben el tudnak helyezkedni. Fontos azonban megjegyezni, hogy a képzések kiválasztását a helyi igények és munkaerőpiaci elvárások mellett a képzési kínálat is jelentősen befolyásolta.

Az előzők mellett a projekt szervezeti és működési struktúráját célzó intézkedések közé tartozott az együttműködő szervezetek tevékenységeinek konkretizálása, projektben betöltött szerepének, kapcsolódó felelősségi köreinek meghatározása, a projekt megvalósításában résztvevők (projekt személyzet és együttműködő partnerek) szakmai felkészítése, a projekt megvalósításához szükséges alapvető tudások, információk, kompetenciák átadása. A projekt-személyzet számára a projektcélokhoz és tevékenységekhez, illetve a klientúrához illeszkedő speciális ismeretanyag átadása szakmai műhelymunkák keretében az alábbi témakörökben történt: interkulturális kommunikáció; közösség-szervezés, közösségfejlesztés cigány/roma célcsoportok körében; cigány/roma kisebbség körében végzendő szociális eseménymenedzselés; helyi szociális/szolidáris gazdaság fejlesztése hátrányos helyzetű településeken; valamint mediáció alkalmazása szegregált élethelyzetben élők érdekében. A foglalkozásokon a projektben résztvevő szakemberek mellett helyi lakosok is részt vettek. Közülük azoktól, akik az értékelő kutatás első adatfelvételi fázisában is válaszoltak a kérdőív kérdéseire, a programelemek megítélését is kértük.

2018 tavaszán indultak a szakmai belső monitoring folyamatok a projekt előrehaladásának áttekintése, ellenőrzése, valamint az eltérésekre a megfelelő válaszok megfogalmazása és kivitelezése céljából. Továbbá a projekt kezdetétől fogva megvalósult a nyilvánosság tájékoztatása különböző kommunikációs eszközökön és csatornákon (például facebook-oldal, települési weboldal) keresztül, amely lehetővé tette a nyilvánosság biztosítását, a projekt során megvalósuló programok, események folyamatos nyomon követhetőségét, kommunikációját a település lakói és a többségi társadalom felé.

A pályázati projekt megvalósítása során teljesített projektelemek tapasztalatai

A "Következő lépés" - Szegregált élethelyzetek felszámolása Gilvánfán" című projekt fő célja a szegregált

lakókörnyezetben, mélyszegénységben élő hátrányos helyzetű emberek társadalmi felzárkózásának és integrációjának segítése, amelyhez szorosan illeszkednek azok a szociális, közösségi, korai fejlesztési, oktatási, egészségügyi, valamint a droghasználat visszaszorítását célzó programok, amelyek megvalósításához kapcsolódó részcélok a következők voltak: javuljon a telepeken és telepszerű lakókörnyezetben élők szociális, közösségi, oktatási, képzési és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférése a településen elérhető óvodai, iskolai, tanodai, családsegítői, gyermekjóléti, egészségügyi és önkormányzati szolgáltatási kapacitások bővítése által; javuljanak a programba bevont iskoláskorú gyermekek/fiatalok iskolai előrehaladási esélyei, tanulmányi eredményei és szabadidő eltöltési lehetőségei az iskolai tanulási teljesítmény növelése, tanulástámogatás, tehetséggondozás, indirekt tanulási formák működtetése és fejlesztő szabadidős programok által; erősödjenek a programba bevont gyerekek szülői körében a segítő-támogató-fejlesztő szülői szerepek; javuljon a célterületen élő személyek egészségi állapota; csökkenjen a szenvedélybetegséggel küzdők száma; javuljon a helyi közösség érdekérvényesítő, kezdeményező és akcióképessége és fejlődjön a helyi gazdaság a kerteseti tevékenység további bővítése, továbbá a piaci értékesítés feltételeinek kialakítása által.

Az értékelő kutatás kérdőíves adatfelvételei során mindkét alkalommal rákérdeztünk különböző területekhez tartozó szolgáltatások vélelmezett elérhetőségére. A vizsgált területekhez tartozó egyes szolgáltatások elérhetősége a projekt megvalósításának időszakában kedvezőbbé vált, a kutatás során azt tettük vizsgálat tárgyává, hogy ez milyen mértékben befolyásolta a helyi lakosság kapcsolódó percepcióit. Arról, hogy a gilvánfai lakosok körében a közösségi, szociális, nevelési-oktatási és egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének megítélése 2019 és 2021 között miként változott, az egyes tevékenységekhez kapcsolódóan olvashatunk.

Előzetes várakozásainknak megfelelően, a szociális szolgáltatások elérhetőségét már a 2019 tavaszán lebonyolított adatfelvétel során is megfelelőnek ítélték a válaszadók: 64,8% kiválónak, további 7,4% nagyon jónak találta ezeknek a szolgáltatásoknak az elérhetőségét. Ezek az értékek 2021 őszére 73,8%-ra, illetve 8,2%-ra nőttek. A kedvező értékelés egyértelműen a projektben foglalkoztatott szociális munkások tevékenységével, intenzív gilvánfai jelenlétével hozható összefüggésbe.

A közösségi szolgáltatások elérhetősége megítélésének változása kevésbé volt jelentős, mint a szociális szolgáltatásoké, azonban a pozitív változás ezen a te-



rületen is egyértelmű volt: a kiváló vagy nagyon jó értékelést adó válaszadók aránya a 2019-es 79,1%-ról 2021-re 81,5%-ra nőtt.

Csillag Szolgáltatóház és Csillag Szolgáltató Pont

A szociális, korai fejlesztési, oktatási és egészségügyi célok megvalósításához elengedhetetlen az állandó folyamatos segítői jelenlét biztosítása a perifériára szorult hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű emberek lakóhelyén, valamint azonnali szakemberi (jogász, pedagógus, szociális munkás, pszichológus, addiktológiai konzultáns, foglalkoztatási- és munkaerőpiaci tanácsadó stb.) segítségnyújtás a nehéz élet-helyzetbe kerül családok számára. Ezt a célt szolgálta a minden munkanapon nyitva tartó információs központ, a Csillag Szolgáltatóház, ahol a kulturális és közösségi rendezvények szervezése, a munkahely-közvetítés és munkába járás szervezése, illetve a képzésekre történő jelentkezés és az ezzel kapcsolatos ügyintézés történt a projektben dolgozó szociális munkások, start asszisztensek és helyi koordinátorok, valamint a településen jelen lévő civil szervezetek delegáltjai és önkéntesei közreműködésével.

A Csillag Szolgáltató Pontnak helyet adó épület létrehozása az EFOP-2.4.1-16-2017-00052 azonosítószámú projekt keretében valósult meg.

Jogsegély szolgálat

A gilvánfai lakosok számára a teljes projektidőszak alatt a tényleges jogegyenlőség megteremtése érdekében jogsegély szolgálat működött: a helyben dolgozó civil szervezetek szakértői, tanácsadói különböző jogi és szociális ügyek intézésében nyújtottak segítséget a gilvánfai lakosoknak, és díjmentesen képviselték a hátrányos diszkriminációt szenvedett ügyfeleket. Jogi beavatkozásra elsősorban adósságrendezés céljából, valamint tulajdonjogi kérdésekben került sor.

Mentálhigiénés foglalkozások

A projektben egy fő pszichológus dolgozott, aki a helyi szükségletekhez igazodó mentálhigiénés egészségfejlesztő és egészségmegőrző foglalkozásokat tartott, pszichológiai tanácsadási szolgáltatást biztosított a magyarmecskai iskolában, a családok otthonában vagy a Csillag Szolgáltatóház épületében 32 hónapon keresztül. A projektben alkalmazott pszichológus a gilvánfai egészségnapokon is jelen volt. Emellett a gilvánfai felnőttek körében egy agresszió kezelésével kapcsolatos előadásra, illetve indulatkezelési tréningre is sor került.

Az érintettek bevonását a mentálhigiénés foglalkozásokat vezető pszichológus szerint nagyban segítette, hogy ez a programelem intézményi környezetben, a Magyarmecskai Általános Iskolában valósult meg. Az intézményi keretrendszer elősegítette a célcsoporttagok bevonását, a szülőkkel való kapcsolattartást, illetve a szakemberek (pedagógusok, szociális munkások, a családsegítő munkatársai, illetve a védőnő és a háziorvos) együttműködését, a felmerülő problémák szakmai teamben történő megbeszélését és megoldását. A projektben dolgozó pszichológus szerint az iskolai helyszín további előnyének tekinthető, hogy a pedagógusok sokszor olyan problémákat is észrevettek, amivel a szülők nem biztos, hogy pszichés tanácsadásért fordultak volna.

A gilvánfai gyerekek családi hátterének és aktuális pszichés problémáinak feltérképezése, szükségleteik meghatározása az intézmény dolgozóinak közreműködésével történt. Az ellátás kezdetén az iskolaigazgató segítségével feltárássra került a gyerekek családi háttere, tanulmányi eredményei, illetve azok a területek, aktuális problémák, amelyek kapcsán segítségre szorultak. Minden érintett gyerek bevonását a szülők beleegyezése előzte meg, majd ezt követően történtek az egyéni szűrések: a projektben dolgozó pszichológus általános pszichés mérést végzett, indokolt esetben a gyerekek indulatkezelését, megküzdési módját vizsgálta. A pedagógusok olyan gyerekek bevonását is javasolták a programba, akiknek aktuálisan ugyan nem volt pszichés problémája, de például egy korábbi gyász eset miatt segítségre szorultak.

A foglalkozásokat tartó pszichológus rendkívül pozitívnak ítélte a szülők együttműködését, a tanárok, a szociális munkások és a családsegítő szolgálat munkatársainak segítőkészségét, illetve azt, hogy a célcsoporttagok közül többen önkéntesen jelentkeztek ezekre a programokra. A gyerekekkel foglalkozó pszichológus kiemelte azt is, hogy a családlátogatások gyakran szociális szakemberek közreműködésével valósultak meg, és a projekt során több alkalommal kerekasztal beszélgetésre is sor került a területen dolgozó szociális munkások, az érintett pedagógusok, illetve gyermekorvos és védőnő részvételével.

A gilvánfai gyerekek körében pszichés rendellenességként leginkább magatartási problémák, indulatkezelési nehézségek, csökkent kudarctűrés, szuicid gondolatok, és nem adekvát megküzdési módok használata fordult elő, de gyakori volt az iskolát elkezdő gyerekeknél az is, hogy kognitív gyengeséggel, idegrendszeri éretlenséggel kerültek első osztályba, ami a gyerekekkel foglalkozó szakember szerint nem megfelelő iskolai előmenetelt eredményezett. A csökkent kudarctűrés sok magatartási problémát



generál, feszültebbé teszi a gyerekeket. Emiatt a szakember - együttműködésben a pedagógusokkal - többször meghívta a szülőket óralátogatásra is, hogy lássák, pontosan milyen problémák vannak a gyerekekkel.

A mentálhigiénés egészségfejlesztő foglalkozások jelentős része egyéni edukáció formájában valósult meg, de pályaorientációs, motivációs és tanulási stílust felmérő célzattal csoportos foglalkozásokra, valamint konfliktusos helyzetekben resztoratív gyakorlatokra, megbékéltetésre törekvő foglalkozásokra is sor került. A gyerekekkel és szüleikkel foglalkozó pszichológus szerint a mentálhigiénés foglalkozások és tanácsadások két alapvető célja az akut problémahelyzetek kezelése, valamint a károkozás csökkentése volt, és a projekt eredményességét az is mutatja, hogy a program során elsajátított szorongásoldó technikákat, megküzdési stratégiákat az érintettek megtanulták önállóan alkalmazni. Ezek a beavatkozások segítik őket a társadalomba való beilleszkedésben, legyen szó akár továbbtanulásról, akár a munkahelykeresés során felmerülő akadályok áthidalásáról.

A szakember úgy látta, hogy a célcsoportra irányult intervenciók teljes mértékben illeszkedtek a célcsoport igényeihez, szükségleteihez, problémáihoz, amely egyrészt azzal magyarázható, hogy hátrányos helyzetük miatt sokan nem jutnak el a területileg illetékes szakszolgálathoz például képességvizsgálatra, másrészt mutatja az is, hogy az ilyen típusú programokon való részvétel határozott igényként jelentkezett a célcsoporttagok körében. A szülők kifejezték érdeklődésüket a gyermeknevelési problémákkal kapcsolatban, és hálásak voltak azért, ha segítséget kaptak. Ugyanakkor a szakember azt is kiemelte, hogy rendkívül fontos a megelőzés, azaz a korai intervenciók fejlesztő programok már óvodáskorban való megkezdése, illetve a folyamatos jelenlét, tehát annak biztosítása, hogy a kliensek bármikor segítségért fordulhassanak a megfelelő szakemberhez, hiszen ez egy olyan attitűd elsajátítását teszi lehetővé, amit későbbi problémás helyzetekben használni tudnak. Ennek szükségességét a gyerekekkel foglalkozó pszichológus szerint az is igazolta, hogy azokban a helyzetekben, amikor - például egy iskolai szünet miatt - hosszabb-rövidebb időre megszakadt a segítségnyújtás folyamata, a gyerekek visszakérültek a megszokott otthoni környezetbe, az az addig elért eredményekre egyértelműen negatív hatással volt. A koronavírus-járvány miatt elrendelt korlátozások sem kedveztek a gilvánfai lakosok körében tartott mentálhigiénés, egészségfejlesztő, egészségmegőrző és családterápiás foglalkozásoknak. A támogatásra való igény a covid időszak alatt még inkább érzékelhető volt, és noha a projekt keretében

végzett fejlesztő munka már lezárult, a célcsoporttagok problémáikkal ezt követően is felkeresték a korábban velük foglalkozó pszichológust.

Összességében a szakember úgy látta, hogy a nevelési tanácsadóknál, a szakszolgálatoknál a gyermekek, fiatalok és családok komplex pszichológiai gondozása, fejlesztő mentálhigiénés ellátása során használt módszereket szükséges lenne a hátrányos helyzetű térségekben élőkhöz eljuttatni, és azokat a szülőket is elérni, akik elutasították a programban való részvételt. Ugyancsak fontos megállapításként hangzott el, hogy nélkülözhetetlen lenne minden iskolában egy teljes állású pszichológust alkalmazni.

Drogprevenációs programok

Tekintettel arra, hogy a gilvánfai - elsősorban az iskolából lemorzsolódó - fiatalok körében jelen van a kábítószer-fogyasztás, egyrészt preventív, másrészt intervenciók céljával droghasználat-megelőzés, dohányzástól való leszokás támogatása, alkoholproblémák kezelése, szülői szerepekre való felkészítés, szexuális felvilágosítás témakörökben közösségi, tematizált programokra (például "Én és a testem" tréning), valamint szakértői konzultációkra került sor addiktológiai konzultáns közreműködésével, a célcsoport és a szakmai megvalósítók számára.

Az addiktológiai programok szükségességét mind a kérdőíves kutatások eredményei, mind pedig az interjúkból leszármazó információk is alátámasztották. A lakosság körében végzett adatfelvételek eredményei alapján a szerhasználati problémák a projekt befejezéséhez közeli időszakban is jelen voltak Gilvánfán. Más vizsgált területekhez viszonyítva, az addiktológiai problémák percepciója területén kisebb mértékű javulást sikerült elérni, a megkérdezettek közel fele a projekt végén is kedvezőtlennek tartotta a helyzetet ezen a területen. Érdemes megemlíteni, hogy a szerhasználati problémák megítélésére jelentős mértékben hatnak az egyedi esetek, és Gilvánfán a második adatfelvételt megelőzően történt egy olyan haláleset, amit a helyi lakosok droghasználatból hoztak összefüggésbe - ez minden bizonnyal jelentős mértékben befolyásolta a válaszadókat a kapcsolódó kérdés megválaszolásakor.

A szerhasználat visszaszorítását célzó tematizált programok a fiatalokat célozták meg, a Magyarmecskői Általános Iskolában zajlottak, de különféle közösségi rendezvényekhez (például a Gyereknaphoz) kötődően is lehetőség volt szituációs játékokra, vagy segítő beszélgetésekre a droghasználati problémákkal foglalkozó szakemberekkel.

A célcsoporttagok számára tartott addiktológiai kon-



zultációk szervezésekor, az érintettek programba történő bevonásakor nagy előnyt jelentett a térségben dolgozó szakemberek közreműködése: a projektben dolgozó addiktológiai konzultáns a településen tevékenykedő szociális munkások ajánlásán keresztül jutott el a célcsoporttagokhoz. Mivel a szerhasználat okozta problémákkal leginkább érintett személyeket és hozzátartozóikat nehezen lehetett bevonni a konzultációba, ezért a programelem módosításra került, és kiegészült egy olyan képzéssel, ami a helyben dolgozó szociális munkások részvételével valósult meg. Ezekon a képzéseken a szociális munkások felkészítése, a szerhasználattal kapcsolatos speciális ismeretek átadása történt, a szerhasználatban érintett gilvánfai lakosokkal pedig személyes konzultációk keretében foglalkozott az addiktológia területén sokéves szakmai tapasztalattal rendelkező szakember.

Tanulástámogatás – Nyitott Ház Tanoda

A projekt keretében a Gilvánfán élő gyerekek és fiatalok iskolai sikerességének elősegítése, a képzettségi szint növelése, és hosszú távon előnyös munkaerőpiaci pozíció kialakítása céljából egyéni és kiscsoportos tanulástámogatás valósult meg a „Számá Dă Noj – Vigyázz Reánk!” Egyesület által a 2009/2010-es tanévtől működtetett Tanodában. A gyerekekkel foglalkozó korrepetáló tanárok és fejlesztő pedagógusok elsősorban a középiskolába készülők vagy már odajáró diákokkal foglalkoztak.

A tanodaprogram megfelelő, az iskolai előmenetelt támogató tanulási környezetet (például internet-hozzáférést, korrepetáló és fejlesztő pedagógusok jelenlétét) biztosított a diákok számára. A tanodai tevékenységek hatékonyságát az iskolai sikeresség mutatói is alátámasztják: az 1998 és 2016 között általános iskolát végzett gilvánfai gyermekek középiskolai eredményességére vonatkozó adatok azt mutatják, hogy a gilvánfai Tanoda megnyitását megelőző időszakhoz képest, az azt követő időszakra a középiskolát nappali tagozaton befejezett diákok arányszáma bőven megduplázódott, az érettségizettek aránya pedig négyszeresére nőtt. Míg a vizsgált időszak első 12 évében (tehát még a tanodaprogram indulása előtt) a 60 általános iskolát elvégző diák 22%-a fejezte be a középiskolát, és 5%-a szerzett érettségit, addig az utóbbi hét tanévben az általános iskolát elvégző 44 gilvánfai fiatal 50%-a középiskolai végzettséget, 20%-a pedig érettségit szerzett.

A kérdőíves vizsgálat eredményei szerint a fiatalok oktatásához, neveléséhez kapcsolódó szolgáltatások elérhetősége esetében volt a leginkább kedvező megítélés a projekt megvalósítási időszakának vé-

gén: a kiváló vagy nagyon jó értékelést adó válaszadók aránya 79,5%-ról 85,2%-ra nőtt a vizsgált időszakban. Ezek az eredmények összhangban vannak az értékelő kutatás kvalitatív adatfelvételei során kapott információkkal: a projekt és a Nyitott Ház Tanoda együttműködése kölcsönösen kedvező módon hatott az egyes tevékenységekre.

Indirekt tanulást támogató programok

A tanodaprogramon kívül a gilvánfai gyerekek iskolai előmenetelének javítását és lemorzsolódás visszaszorítását szolgálták az indirekt tanulást támogató programok, szakkörök is. Ezek közé tartoztak azok a pályaorientációs foglalkozások, illetve a 7-8. osztályosok részvételével megvalósított pályaválasztást segítő beszélgetések, amelyek meghívott előadókkal, szakmák és lehetőségek megismertetésével, esetenként nyílt napokon, üzemlátogatásokon való részvétellel segítették a diákok továbbtanulással kapcsolatos döntéseit. Az előzőek mellett a falu múltjának helytörténeti kutatása céljából múltkutató foglalkozásokra, autentikus cigány táncok és dalok megismertetésére tánctanárral vezetésével hagyományőrző zene- és táncoktatásra, illetve Playback drámaszakkör szervezésére is sor került.

Klubfoglalkozások

A projektidőszak alatt a településen szülői klub működött, ahol az általános és középiskolába járó gyerekek szülei számára az iskolai problémák megvitatását és a tanulás módszertani alapismereteinek átadását célzó, az óvodába járó gyerekek szülei számára pedig a mese gyermekekre gyakorolt fejlesztő hatásának tudatosítását elősegítő kiscsoportos foglalkozások, illetve reflexiós és segítő beszélgetések valósultak meg, illetve az óvodai fejlesztő program keretében heti rendszerességgel meseolvasás is zajlott az óvodában. Emellett a szülők és gyerekek közös részvételével kézműves szakköröket tartottak, amelyek az ünnepi alkalmakra (például Halottak napja, Advent, Mikulás, Húsvét stb.) való készülődések köré szerveződtek, és hagyományőrző családi rendezvényekkel (például Gyermeknap, Mikulás, Karácsony, Családi Nap) egészültek ki.

A célcsoporttagok elmondása szerint a szülői klub programjaira havonta került sor, de volt olyan időszak is, amikor havonta több alkalommal összejöttek a klub résztvevői. Általában 10-12 fős klubfoglalkozások valósultak meg, de egy-egy ünnepre történő készülődés (például koszorúkészítés) a teljes gilvánfai lakosságot megmozgatta. E foglalkozások legje-



lentősebb eredményeinek a segítő beszélgetéseket, a tapasztalatszerzést és az egyéni szinten jelentkező problémák megoldását tartották az interjúalanyok.

Szabadidős programok

Szociális, közösségi, korai fejlesztési és oktatási céllal mozi- és színházlátogatásokon, illetve különféle kirándulásokon és túrákon is részt vehettek a falu lakosai. Ezeket a programokat a célcsoporttagok igényeit figyelembe véve szervezték a projekt dolgozói, ezáltal nagy érdeklődés mutatkozott irántuk. A célcsoporttagok e programokhoz kapcsolódóan pozitívként azt emelték ki, hogy lehetőség volt a gyerekek és szülők együttes részvételére a különböző szabadidős programokon.

A célcsoport tagjainak körében különösen népszerűnek bizonyultak a fürdőhelyeken (Zalaegerszeg, Balaton) tett látogatások (ötfokozatú skálán mérve 5,0-ás értékeléssel), illetve az állatkerti kirándulás (4,97), a színház- (4,88) és mozilátogatások (4,73), illetve azok a programok, amelyek elsősorban gyermekeket céloztak meg (4,73), és akiknek szülei kísérőként vettek részt ezeken (Buborék játszótér, Katica Tanyára szervezett kirándulások).

A pécsi moziba, színházakba falubusszal, nagyobb létszám esetén bérelt buszokkal jutottak el a résztvevők, és általában az ilyen programok keretében egy közös vacsorára és városnézésre is sor került. A színházlátogatás a program résztvevői közül többeknek különösen nagy élmény volt, hiszen első alkalommal vehettek részt színházi előadáson.

A településen kívüli programok közé tartoztak a nyári táborok (Ördögkatlan tábor és Playback tábor), illetve a gyermekek és fiatalok szabadidejének hasznos eltöltése érdekében szervezett sportversenyek, a Baranyai Tanodák Focikupája, és a helyi/megyei futóversenyek.

Sport- és egészségnapok, szűrővizsgálatok

Az egészséges életmódra nevelést szolgálta a Sport- és egészségnapok programsorozat, amely 15 alkalommal, alkalmanként 30 célcsoporttag részvételével került megrendezésre, valamint sort került olyan egészségügyi szűrésekre (például ortopéd szűrés, látásvizsgálat, vércukor- és vérnyomásmérés, nőgyógyászati szűrés) az egészségügyi alap- és szakellátás keretében, amelyek a célcsoporttagok egészségi állapotának feltérképezését szolgálták, és a megelőzés fontosságára hívták fel a figyelmet.

Ezeket a kezdeményezéseket mind a célcsoporttagok, mind pedig a projektben dolgozó szakemberek ered-

ményesnek ítélték, a gilvánfai lakosok körében nagyarányú részvételtől számoltak be.

A kérdőíves vizsgálat eredményei szerint az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége a vizsgált területek közül a leginkább kedvezőtlen megítélést kapta a 2019 tavaszán bonyolított adatfelvétel során. A válaszadók 13,6%-a a legrosszabb minősítést adta, további 4,5% rossznak, 34,1% közepesnek értékelte a kategóriába sorolható szolgáltatások elérhetőségét. A projekt megvalósítási időszakának a végére többségbe kerültek a pozitív értékelések, de látható, hogy összességében még mindig ezen a területen a legjelentősebb az elégedetlenség mértéke.

A gilvánfai lakosok - környező települések lakosaihoz viszonyított - egészségi állapotának megítélése kis mértékben változott a projekt megvalósítási időszakában. Némileg - 16%-ról 12,3%-ra - csökkent azoknak a válaszadóknak az aránya, akik rosszabbnak tartották a helyiek egészségi állapotát a környékbeliekéhez képest, nőtt azoké, akik nem látnak különbséget (58% → 63,2%). Néhány százalékponttal csökkent azoknak az aránya, akik az átlagosnál valamennyivel jobbnak, és kis mértékben nőtt azoknak az aránya, akik sokkal jobbnak tartják a gilvánfaiak egészségi állapotát.

Képzéshez, munkatapasztalat-szerzéshez, foglalkoztatáshoz kapcsolódó tevékenységek megvalósítása

A képzésekhez, munkatapasztalat-szerzéshez, illetve a foglalkoztatáshoz kapcsolódó tevékenységek megvalósításához négy rész cél került meghatározásra a projektben: (1.) A munkaerőpiaci esélyek javítása a magasabb iskolai végzettség és a munkaerőpiacon konvertálható szakképzettség megszerzésével, az egyéni hatékonyságot növelő készségek és képességek fejlesztésével, az egyéni fejlesztési tervekre épülő szociális munkával. (2.) A munkaerőpiacon használható transzfer tudás és képesség megszerzése révén az elhelyezkedési esélyek növelése. (3.) Munkaképes korú gilvánfai lakosok számára munkahelykeresés, munkába állás elősegítése. (4.) A helyi gazdaság továbbfejlesztése a kertészeti tevékenység további bővítésével.

A projekt során több olyan programelem is megvalósult, amely a gilvánfai lakosok körében a foglalkoztatás bővítését célozta: munkaerőpiaci képzések, munkaközvetítés, felkészítés állásinterjúra, munkába járás segítése falubusszal, és a helyi foglalkoztatás későbbi keretében szolgáló szociális szövetkezet tevékenységének megalapozása.

Ezek a programelemek teljes mértékben illeszkedtek azokhoz a problémákhoz, amelyek Gilvánfán jelen voltak a projektmegvalósítás időszakában és ugyan-



csak tapasztalhatók jelenleg is, így célirányos beavatkozást jelentettek korábban is és tesznek lehetővé mind a mai napig. Az egyik leginkább említésre méltó nehézség, hogy a gilvánfai lakosok jelentős része nehezen tud elhelyezkedni az elsődleges munkaerőpiacon. Ez egyrészt a közlekedési akadályokkal, másrészt az alacsony iskolai végzettségükkel és a nemzetiségi hovatartozásuk miatt elszünetelt negatív diszkrimináció érvényesülésével magyarázható.

OKJ képzések, nyelvi és informatikai, valamint felzárkóztató tanfolyamok

A képzési program tervezése a célcsoporttagok bevonásával, a képzéssel kapcsolatos igények és szükségletek figyelembevételével történt. A projekt indulásakor sor került egy felmérésre arra a kérdésre választ keresve, hogy a célcsoport tagjai milyen képesítést szeretnének szerezni, majd ennek alapján történt a képzések megszervezése. A szociális munkások és mentorok a lehetőségek, az ambíciók és a készségek összehangolásával próbálták megkeresni az egyes klienseknek a legmegfelelőbb képzést, és segítséget nyújtottak abban is, hogy a résztvevők sikeresen el is végezzék a képzési programokat.

A nyelvi és informatikai, valamint felzárkóztató tanfolyamok mellett tíz különböző képzési program valósult meg. A hivatásos gépjárművezető képzést 10 fő, a kerti munkás képzést 17 fő, a konyhai kisegítő képzést 7 fő, az óvodai dajka képzést 13 fő, a hegesztő képzést 5 fő, a kazánkezelő képzést 1 fő, a targoncavezető képzést 16 fő végezte el, 10 fő pedig önismereti, önfejlesztő tréningen vett részt, elsősorban azok a kisgyermekes szülők, akik hosszabb ideig távol maradtak a munkaerőpiactól.

A célcsoporttagok örömmel fogadták a nagyrészt helyben megvalósuló képzéseket. Tisztában voltak azzal, hogy egyéni fejlődésükben, előrelépésükben kulcsszerepe lehet a teljes munkaidőben végzett munkatevékenységnek. Továbbá tudatában voltak annak is, hogy ha sikerült a nyílt munkaerőpiacon állást találniuk, akkor jóval magasabb jövedelemre tehetnek szert, mint közfoglalkoztatottként. A pozitív tapasztalatok mellett meg kell említeni, hogy voltak olyan gilvánfai lakosok is, akik nem vettek részt az induló képzéseken. Ennek oka az egyik célcsoporttag szerint az volt, hogy tartottak attól, hogy ezzel elveszítik a közfoglalkoztatotti státuszukat, illetve a foglalkoztatást helyettesítő támogatást.

A képzések eredményességét mutatja, hogy az ott szerzett végzettséggel többen el tudtak helyezkedni az elsődleges munkaerőpiacon.

A felnőttképzési szolgáltatások elérhetőségének

megítélése - a korábban ismertetett területekhez hasonlóan - kedvező irányba változott a projekt megvalósításának időszakában. A kiváló értékelést adó válaszadók aránya 55%-ról 64,2%-ra nőtt, az ennél rosszabb jó értékelés adó válaszadók aránya 20%-ról 15,1%-ra, a közepes értékelést adók aránya 12,5%-ról 9,4%-ra csökkent. Azoknak az aránya, akik ennél kedvezőtlenebbül ítélték meg a felnőttképzési szolgáltatások elérhetőségét, 12,5%-ról 11,3%-ra módosult. Az egyik interjúalany kiemelte, hogy sok esetben problémát jelentett, hogy noha a végzettséget igazoló dokumentummal rendelkeztek a tanfolyam résztvevői, de egy adott állásra történő jelentkezés során az elvárt szakmai tapasztalatot nem tudták mégsem felmutatni. További nehézséget jelentett bizonyos esetekben a képzés időtartama. Volt olyan célcsoporttag, aki azért nem vett részt az általa preferált képzésen, mert kisgyermekének gondozását nem tudta másra bízni, így nem tudta vállalni a napi 8 órás jelenlétet. A felmerülő problémák ellenére egyértelműen sikerként könyvelték el mind a képzésekben résztvevők, mind pedig a projekt szakemberei a projekt keretében megvalósított képzéseket.

Munkaközvetítés és egyéb, a foglalkoztatási helyzet javítását célzó beavatkozások

A képzések mellett a foglalkoztatási helyzet javítását célozta, hogy a szociális munkások és a foglalkoztatási koordinátorok folyamatos mentoráló tevékenységet láttak el, a kezdetektől fogva kutatták a lehetséges munkahelyeket, igyekeztek adekvát munkahelyeket közvetíteni a célcsoporttaghoz tartozó munkanélküliek részére, illetve felvették és tartották a kapcsolatot a munkahelyi vezetőkkel, a munkavállalók és munkáltatók között mediációt végeztek és érdekképviselőt láttak el. Az intenzív álláskeresési tevékenységek eredményeként, illetve a települési hátrány csökkentése, és a hiányzó tömegközlekedés pótlása céljából bérelt buszok igénybevételel kezdődött el a gilvánfai munkavállalók csoportos munkába szállítása is. A koncepció lényege az volt, hogy a projekt megvalósítási időszakában pályázati finanszírozással biztosítják a munkába járást, majd miután a munkavállaló már bizonyította rátermettségét, érdekeltté lehet tenni a munkáltatót is, hogy gondoskodjon a munkahelyre történő utaztatásról. A közlekedési problémák megoldásába sikerült munkáltatókat bevonni, 2021 januárjában három cég, a pécsi telephelyű Honsa Kft., a szigetvári Iron-Tech gyár, valamint a Köröstej Kacsótai Üzeme 19 gilvánfai munkavállaló munkahelyre történő szállítását biztosította.

A foglalkoztatás bővítését célzó beavatkozások ha-



tására a projektidőszak alatt nőtt az elsődleges munkaerőpiacon elhelyezkedettek száma, és a célcsoporttagok meglátása szerint a gilvánfai lakosság életszínvonala is sokat javult. Az állásinterjúk sikerében jelentős szerepe volt a projektben dolgozó szakembereknek, akik felkészítették klienseiket a feladatra.

A nyílt munkaerőpiacon való sikeres helytállás addicionális hozadéka, hogy a jövedelmi helyzet kedvezőbbé válásával párhuzamosan az érintettek ténylegesen családfenntartóvá tudtak válni, és meg tudták élni ennek a szerepnek a pozitív pszichoszociális következményeit is.

A különböző területekhez tartozó szolgáltatások elérhetőségének összevetésekor az egyik legkevésbé kedvező értékelést a munkaerőpiaci szolgáltatásokkal kapcsolatban kaptunk. 2019-ben az elérhetőség megítélése a vizsgált minta közel felében közepes vagy rossz volt. Ezeknek az értékeléseknek az aránya a projekt végére jelentős mértékben csökkent, illetve a kiváló értékelést adó válaszadók aránya 10 százalékponttal nőtt.

A munkaerőpiaci helyzet javítását célzó programelemek hatásáról közvetett, de egyértelmű visszajelzést kaphattunk a gilvánfai lakosság jövedelmi helyzetének véleményezését vizsgálva. Ezen a területen egyértelmű, pozitív irányú változás következett be a projekt futamideje alatt: bár a jövedelmi helyzetet rossznak vagy nagyon rossznak tartók aránya továbbra is meghaladta az 50%-ot, a projekt végén mért érték (53,8%) kedvezőbb lett, mint a két és fél évvel korábban mért 65,2%. Ezzel párhuzamosan jelentős mértékben nőtt a jövedelmi helyzetet jónak vagy nagyon jónak tartók aránya is (8,6% → 19,3%).

A foglalkoztatási adatok javítását célzó erőfeszítéseknek az is részét képezte, hogy a szakemberek megpróbálták leépíteni a munkáltatók előítéleteit, továbbá a célcsoport tagjainak körében az előítéletekkel való szembesülés miatti rossz tapasztalatok hatását, illetve azokat az esetenként évtizedes beidegződéseket, amelyek lényege, hogy segítekkel és különböző szociális transzferekkel elegendő pénzt lehet összeszedni a létfenntartás minimális feltételeinek biztosításához.

A gilvánfai lakosok elhelyezkedése szempontjából további problémát jelentett, hogy a tömegközlekedési viszonyok elégtelenségéből adódóan, illetve saját gépjármű híján sokan nem tudják kihasználni a kínálatkozó munkalehetőségeket. Az interjúk kutatás során példaként említésre kerültek olyan gilvánfai lakosok, akik részt vettek a projekt keretében szervezett tanfolyamokon (konyhai kisegítő, targoncás), de közlekedési problémák miatt a bizonyítvány megszerzését

követően nem tudtak elhelyezkedni. A közlekedési nehézségeket részben a munkáltatók által biztosított munkába történő szállítással sikerült megoldani, illetve a projekt keretében lehetővé vált a falubusszal történő szállítás is. Ez utóbbi finanszírozása a projekt támogatásával valósult meg, a falugondnok által vezetett kisbuszt tudták erre a célra használni.

Azok a gilvánfai lakosok, akiknek nem sikerült elhelyezkedniük az elsődleges munkaerőpiacon, közfoglalkoztatottként a települési önkormányzatnál dolgoztak. Ehhez illeszkedve a projekt keretében továbbfejlesztésre kerültek azok a kertgazdálkodási tevékenységek, amelyek a gilvánfaiak foglalkoztatása mellett a településen élő lakosság természetbeni támogatását is biztosították. Emellett a projekt második negyedévében megkezdődött a szociális/szolidáris gazdaság feltételeinek kialakítása irányába történő intézkedések tervezése. A korábbiakban a településen szociális szövetkezet jött létre, amely megfelelő kiindulási alapot szolgáltatott az említett tevékenység adott szervezethez kötődő tervezéséhez. A szociális szövetkezet és annak működéséhez való szakmai hozzájárulás elsődleges célja a közfoglalkoztatásból kiszoruló helyi lakosok alternatív foglalkoztatásának támogatása volt.

Lakhatási és lakókörnyezeti körülmények, a lakhatás biztonságának javítása

A településen élők lakás- és életkörülményeinek javítása céljából többféle programelem valósult meg. A fertőző betegségek megelőzését és az általános lakhatási higiéniai prevenciót szolgálta a szervezett keretek között, összesen hat alkalommal megvalósult rágcsáló- és rovarirtás, valamint a lakosság számára a fertőzések (például a gyerekek körében a tetű és rüh okozta megbetegedések) megelőzését célzó gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök biztosítása. A COVID járványhelyzet miatt különféle védőfelszerelések vásárlása céljából költségvetési átcsoportosítás történt, így fertőtlenítőszer és maszkok beszerzésére is sor került. A leghátrányosabb helyzetű családok tagjai (elsősorban a fiatal, otthon lévő családtagok) körében klubfoglalkozások valósultak meg, ahol a hagyományoknak megfelelő falusi életforma előnyeit ismerhették meg a résztvevők, és olyan házi praktikákat (például kisállattartás, konyhakerti művelés, házi tartósítás) sajátítottak el, amelyek egyszerűbbé, gazdaságosabbá tették mindennapjaikat, és a családi jövedelem kiegészítése által önfenntartásukat is segítették. Továbbá ezeken a klubfoglalkozásokon önszorgatású technikákat is elsajátíthattak a klientúrához tartozó személyek, amelyek alkalmazásával a to-



vábbiakban megelőzhetik például az adósságcsapda kialakulását. Az előzőek mellett az évente két alkalommal megvalósuló TE-SZEDD mozgalom keretében sor került a lakókörnyezet és a közösségi terek szépítésére, valamint szemétszedésre is, amelybe edukatív jelleggel a kiskorúakat is bevonták.

A kérdőíves vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy 2019 és 2021 között jelentős mértékben javult a lakhatási körülmények megítélése a kutatásba bevont gilvánfai lakosok körében. Míg az első adatfelvétel során a válaszadók mindösszesen 16%-a tartotta - a környező településekkel összevetve - jónak vagy nagyon jónak a gilvánfai lakhatási körülményeket, addig 2021 őszére ez az érték 27,6%-ra nőtt. Ezzel párhuzamosan a lakhatási körülményeket rossznak tartók aránya 22%-ról 17,2%-ra csökkent.

Noha a vizsgált projekthez kapcsolódó EFOP-2.4.1-16-2017-00052 azonosítószámú projektben ingatlanok építésére és felújítására is sor került, az interjúk adatfelvétel eredményei egyértelműen azt támasztják alá, hogy erre továbbra is nagy igény mutatkozik. Több interjúalany kiemelte, hogy - mivel a településen ingatlanvásárlásra nincs lehetőség - szükséges lenne a rászoruló családok számára további ingatlanokat építeni, elsősorban azért, mert Gilvánfán nem állnak rendelkezésre olyan ingatlanok, amiket az érintettek - az elmondások alapján három-négy családról van szó - meg tudnának vásárolni. Az építkezés létjogosultságát abban is látták, hogy a korábbi települési programok keretében épített házakat a lakók karbantartják, megbecsülik, és rendszeresen fizetik a bérleti díjat és a rezsizámlákat is.

A közösségi együttműködés erősítése

A közösségi kohézió javítása céljából a projektidőszak alatt számos identitást erősítő, közösségépítő és hagyományőrző program valósult meg. Visszatérő megállapítás volt a célcsoport tagjainak, hogy a projektnek köszönhetően Gilvánfa kiemelkedett a környező települések közül gazdag programkínálatával.

2018 őszén a komplex települési programot megvalósító települések jó gyakorlatainak megismerése céljából szakmai tanulmányúton vehettek részt a falu lakosai. Ezekben a rendezvényekben a résztvevők megoszthatták egymással tapasztalataikat és fejlesztési elképzeléseiket, javaslataikat. A program egyik résztvevője arról számolt be, hogy a gilvánfaiakat büszkeséggel töltötte el, hogy a településen megvalósuló települési program példaként szolgált a hasonló típusú projekteket megvalósító települések számára.

Egyéb közösségi és kulturális, hagyományőrző családi rendezvény (például gyermeknap, Mikulás, Kará-

csony, Családi Nap) a teljes projektidőszak alatt rendszeresen megvalósult. Az első nyári időszakban pedig elindultak, és minden évben egyszer megrendezésre kerültek a helyi identitást és közösséget egyaránt fejlesztő, kreativitásra épülő, három napon át tartó „Képzőművészeti napok”. A Képzőművészeti napok jelentős számú helyi lakos, elsősorban gyermekek, fiatalok, és az őket kísérő felnőttek érdeklődését keltették fel.

A programok lakossági megítélését is vizsgáltuk a kérdőíves kutatás keretében. 2019 tavaszán az addig megvalósult rendezvényekre kérdeztünk rá, a projekt végén pedig az egyes rendezvénykategóriák értékelését kértük a válaszadóktól. A válaszok alapján megállapítható, hogy a megvalósult programok között nem volt olyan, amely nem nyerte el a célcsoport tetszését. Kisebb eltérések inkább csak abból a szempontból fedezhetők fel, hogy mennyire volt pozitív az adott rendezvénytípus megítélése. A legnépszerűbb kategóriák az alábbiak voltak: képzőművészeti napok (5,00), családi nap (4,97), karácsonyi ünnepség (4,80), zenei fesztivál (4,74), nőnap (4,6) és gyereknap (4,35). A megvalósult rendezvényeket a szervezők igyekeztek a célcsoport igényeihez igazítani. A zenés rendezvényeket mindig a helyi lakosok érdeklődésének megfelelően szervezték, azokkal a fellépőkkel, akiket ők kedvelnek. Ebből adódóan ezek a közösségépítő és hagyományőrző rendezvények nagy érdeklődést váltottak ki, szinte a település teljes lakosságát megmozgatták, és az egyik célcsoporttag arról is beszámolt, hogy más településekről is sokan érkeztek ezekre a programokra. A zenés rendezvényeken kívül hasonlóan pozitív véleményeket fogalmaztak meg a célcsoport tagjai a családi napokról és a gyereknapokról, illetve az ünnepi alkalmakhoz kapcsolódó rendezvényekről is.

A színes programkínálat, illetve a célcsoport részvétele a programokon a település közösségi életének lakossági megítélésében is visszatükröződött. Míg 2019 tavaszán a mintába kerülő válaszadók 24%-a tartotta jónak vagy nagyon jónak Gilvánfa közösségi életét, addig a projekt végén már 37,3% volt ez az arány.

A rendezvények szervezésében a helyi segítők mellett a Tanoda is részt vett. Az egyik megvalósító szakember elmondta, hogy a toborzás és lebonyolítás során is sok segítséget kaptak a Tanoda munkatársaitól, és hangsúlyozta, hogy a Tanoda jelenlétének hatása és szerepe nagyon egyértelműen érzékelhető Gilvánfa közösségi életében: a résztvevők lelkes és kulturált hozzáállásában egyértelműen beazonosítható a korábban kialakult bizalmi viszony.



Összegzés és javaslatok

A kutatás során a projekt négy szempontból került vizsgálat alá empirikus módszerek alkalmazásával: előkészítés, lebonyolítás, eredmények és hatékonyság, illetve a további tervezéshez használható tapasztalatok.

I. Előkészítés

A célcsoport körében végzett kérdőíves és interjú adatfelvételre épülő kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy a „Következő lépés - Szegregált élethelyzetek felszámolása Gilvánfán” című, EFOP-1.6.2-16-2017-00103 azonosítószámú pályázati projekt előkészítése és tervezése megfelelően illeszkedett a projekt fő céljához, a gilvánfai lakosok társadalmi felzárkózásának, integrációjának elősegítéséhez. Az empirikus vizsgálatok alátámasztották a konstrukciót kidolgozó, illetve a pályázati anyagot elkészítő szakemberek elgondolásainak helytállóságát: nem kellően fontosnak, vagy feleslegesnek minősíthető programelemeket nem sikerült beazonosítanunk. Ez visszavezethető arra, hogy az előkészítésben résztvevő munkatársak releváns információkkal rendelkeztek a célcsoport problémáiról, és azokra kívántak adekvát válaszokat adni.

A célcsoporttagok bevonása eredményes volt - ezt, illetve az egyéni és családi fejlesztési tervek kidolgozásához szükséges adatok és információk összegyűjtését jelentős mértékben segítette, hogy a településen korábban megvalósuló, a szegregált lakókörnyezetben, mélyszegénységben élő hátrányos helyzetű emberek társadalmi felzárkózásának és integrációjának segítését célzó projekteknél a szociális munkások közül többen is dolgoztak, így már ismerték a település lakóit, illetve azokat a problémákat, amelyek kapcsán segítségre szorultak. A projektbe bevont résztvevők kiválasztása során az objektív kritériumok (munkaerőpiaci státusz, életkor), mellett figyelembe vették az együttműködési szándékot is.

II. Lebonyolítás

A célcsoport tagjainak elérésében, az egyes tevékenységekről és a programelemekről történő tájékoztatásban kulcsszerepe volt a projektben foglalkoztatott szociális munkásoknak. Intenzív és folyamatos gilvánfai jelenlétük olyan bizalmi viszonyt alapozott meg a célcsoport tagjaival, ami jelentős mértékben segítette a projektben dolgozó szakemberek elfogadását, feladataik hatékony és eredményes ellátását. A projekt céljainak elérésében kiemelt fontossága volt a Gilvánfán 2008 óta folyamatosan működő Nyi-

tott Ház Tanodának, amelynek helyi elfogadottsága kiemelkedő. Közreműködésük egyaránt hasznosnak bizonyult a fejlesztési folyamat egészének elfogadtatásában, a programelemekről szóló tájékoztatásban, illetve egyes tevékenységek lebonyolításának támogatásában. A célcsoport tagjait érintő, a tervezettnek megfelelően megvalósított intervenciók összessége átfogó, egymást hatékonyan kiegészítő fejlesztési folyamatot eredményezett.

III. Eredmények és hatékonyság

A projektben sikerült teljesíteni a vállalt indikátorokat, de az elért eredmények jelentős mértékben meghaladják a számszerűsített értékeket. A bizalmi kapcsolatok megfelelő alapot biztosítottak ahhoz, hogy a célcsoport tagjai igénybe vegyék a projekt által elérhetővé tett eszközöket és szolgáltatásokat, egyúttal megerősödjön és határozottabb irányt kapjon az életük jobbá tételére irányuló szándék.

A kutatás megerősítette, hogy a célcsoportra irányult intervenciók eredményei összhangban vannak a célcsoport igényeivel, szükségleteivel és problémáival. A vizsgált területek mindegyikén érzékelhető volt kedvező irányú változás, ideértve a különböző szociális, egészségügyi, oktatási-nevelés, közösségi és munkaerőpiaci szolgáltatások elérhetőségét, illetve az egyes területeken végbement változások lakossági megítélését. Két területen azonban biztosan szükség lesz további beavatkozásokra: 1. a kutatásba bevont válaszadók csak kisebb mértékű javulást érzekeltek a szerhasználati problémákkal kapcsolatban. 2. a településen élők jövedelmi helyzetét továbbra is rosszabbnak tartják a környező településen élők helyzetéhez viszonyítva.

A számszerűsített eredmények alapján megállapítható, hogy a célcsoport tagjainak elérése - ideértve a másodlagos célcsoportot is - eredményes volt, azonban olyan vélemények is megfogalmazásra kerültek az érintettek részéről, amelyek szerint voltak olyan programok, amelyek esetében a tájékoztatás és a megvalósítás közötti idő túlságosan rövid volt. Az ilyen típusú nehézségek jellemzően a koronavírus pandémia miatti bizonytalanságokkal és kényszerű átütemezésekkel magyarázhatók, de ezzel együtt is érdemes hangsúlyozni a projekthez kapcsolódó kommunikáció jelentőségét.

Az egyes projektelemek kivitelezési színvonalának megítélése rendkívül kedvező volt, az értékelések a "jó" és a "kiváló" minősítés között szóródtak. A településen kívül megvalósított programok értékét növelte, hogy az élményszerűség mellett azok gyakran az újdonság erejével is hatottak a résztvevőkre - néha a program jellege, máskor a helyszíne miatt.



IV. Tapasztalatok

A célcsoport körében végzett kutatás során jó gyakorlatként azonosítottuk be a tervezést és a megvalósítást egyaránt jellemző szinergikus megközelítést, amit a korábbi fejlesztési projektek eredményeire történő építkezés, valamint az elérhető erőforrások optimális elosztására és felhasználására, és az érintettek minél nagyobb arányú bevonására való törekvés jellemez.

A képzési programokkal kapcsolatban jó gyakorlatként említhetők a valós munkaerőpiaci igényekre épülő, a munkaerőpiaci igényekhez a bevontak létszámának vonatkozásában is igazodó programok. Ezeknek a megvalósítása összességében több és alaposabb szervezőmunkát tesz szükségessé, azonban a befektetett támogatás nagyobb arányú hasznosulását eredményezi.

A célcsoport elsődleges munkaerőpiacra történő kilépését és/vagy visszatérését támogató intervenciók közül jó gyakorlatként említhető még a projekt keretében megvalósított munkaközvetítés és munkába szállítás. Ennek részét képezte a folyamatos információgyűjtés (személyes és online kapcsolat kialakítása potenciális munkáltatókkal, járási és megyei foglalkoztatási osztályokkal, állasközvetítő portálok hirdetéseinek szemlézése), az állásinformációk eljuttatása az érintett álláskeresőkhöz (személyesen, telefonon, interneten keresztül, hírlevelek kiküldésével), a jelentkezések elkészítése és segítségnyújtás az önéletrajz megírásában, az állásinterjúra történő felkészítés, továbbá a munkába járás segítése (falubusszal, ill. a munkáltató által bérelt járművel). A jó gyakorlatnak az is részét képezi, hogy a munkába járás támogatására vonatkozó igény már az előkészítés fázisában megfogalmazódott, így a pályázati anyagba is bekerült.

A kutatás során megpróbáltuk beazonosítani azokat a főbb hiányosságokat, hibákat és egyéb problémákat, amelyek a célcsoportra irányuló intervenciók eredményeit negatív irányba befolyásolhatták.

Egyes területeken a projekt lezárása bizonytalanra teszi az elért eredmények, a megkezdett fejlesztési folyamatok fenntarthatóságát. A projekt értékelése során érzékeltük, hogy a résztvevő szakemberek intenzív helyi jelenléte milyen jelentős mértékben segíti az ilyen típusú, komplex fejlesztési programok lebonyolítását. Fontos lenne biztosítani, hogy a szociális munkások és egyéb közreműködők által felépített kapcsolatok ne szakadjanak meg a projekt lezárásával, hanem hosszabb távú, fokozatos kivonulásra kerüljön sor, amelynek során kiemelt figyelmet kap a célcsoport tagjainak önmaguk segítésére történő képessé tétele.

Az elért eredmények fenntarthatóságát segítené továbbá, ha az átfogó fejlesztési szemlélet még nagyobb teret kapna a támogatható tevékenységek meghatározásakor. A célcsoport körében végzett kérdőíves adatfelvétel során a B kategóriás jogosítvány megszerzésének fontosságát említették jelentős számban a válaszadók. Erre azért lenne szükség, mert hiába szerez valaki a projekt keretében képesítést, illetve jut munkalehetőséghez, ha a munkahelyre történő eljutást csak a projekt futamideje alatt tudja biztosítani a település.

Nem egyedi tapasztalat, de ebben a projektben is megfogalmazásra került, hogy az adminisztrációs terhek mértéke aránytalanul nagy terhet ró a megvalósítókra. A megvalósításban résztvevő szakemberek közül többen említették, hogy a támogatási összegek lehívása nehézkes volt, a tájékoztatás esetenként nem volt kielégítő, illetve az is megfogalmazódott, hogy a lebonyolítás bürokratizált magában rejti azt a kockázatot, hogy az érdemi eredmények helyett az alaki követelményeknek való megfelelésre helyeződjön a hangsúly.

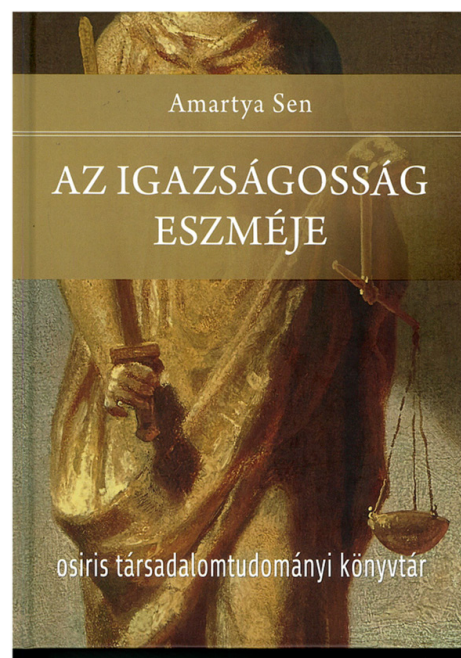


KÖNYVISMERTETŐ

Farkas Péter

Amartya Sen:
Az igazságosság eszméje

Osiris Kiadó, 2021.



Amartya Sen indiai származású közgazdász és filozófus, 1998-ban Közgazdasági Nobel-díjat kapott első sorban a társadalmi választások elméletéről írt munkájával, illetve ehhez szorosan kötődően a jólét és az egyenlőtlenség folyamatainak matematikai elemzésével.

A „közgazdaságtan Teréz anyjának” is nevezik a jóléti közgazdaságtan, a nemek közötti egyenlőtlenség és a szegénység összefüggéseit feltáró munkájának köszönhetően.

Polihisztor, aki eszméjében a szanszkrit irodalomtól a történelmen és közgazdaságtanon át a politikáig terjedő íven kapcsol össze egymástól távol álló területeket.

A Harvard egyetem kiemelt státuszú professzora. Hosszú ideig az Ökonometriai Társaság, a Nemzetközi Közgazdasági Társaság és az Amerikai Közgazdasági Társaság elnöke. Műveit több mint harminc nyelvre fordították le, közel száz egyetem és akadémia fogadta tiszteletbeli tagjai közé.

2003-ban magyarul is megjelent A fejlődés, mint szabadság című munkája, melyet az Európa Kiadó gondozásában olvashattunk. Ebben is a jólét, a fejletlenség és az egyenlőtlenség mérése és értelmezése kerül elemzésre úgy, hogy bírálja művében a fejlődést néhány mennyiségi mutatókra szűkítő elterjedt közelítéseket.

E kötet fontos előzménye John Rawls „a méltányos-

ságként elfogadott igazság”, az „igazságosság alapelveinek” a társadalom alapszerkezetét elemző, joggal ünnepeelt megközelítése (John Rawls: Az igazságosság elmélete (Osiris Kiadó 1997).

E társadalmi szerződésen alapuló munka az igazságos intézmények létrehozására irányul.

Amartya Sen bírálja ezt az intézményi szempontú megközelítést. Ő egy komparatív megközelítésben az igazságosság elveit nem az intézmények, hanem az érintett emberek életének és szabadságának kontextusában tárgyalja. (Ettől függetlenül szerzőnk is fontosnak tekinti az intézmények szerepét is).

Sen a képességalapú megközelítés (capability approach) híve és kifejtője, ez áll a szegénység elleni küzdelemmel kapcsolatos elemzéseinek központjában. A társadalomtudósoknak abba a csoportjába tartozik, akik úgy foglalkoznak mély elméleti kérdésekkel, hogy folyamatosan szem előtt tartják a gyakorlati alkalmazás lehetőségét.

Amartya Sen kötete olyan fontos gondolatokat fogalmaz meg, melyeket XVI. Benedek előző pápa Caritas in veritate és Ferenc pápa Fratelli tutti című enciklopédiából ismerhetnek a keresztény gondolkodók.

Sen könyvét a szabadság és a demokrácia melletti elkötelezettség, az emberi jogok tisztelete, a pártatlanság és a valóság iránti erős érzék teszi kiemelkedővé. A 602 oldalas monumentális munka első tíz fejezete azzal foglalkozik, hogy milyen szerepet játszik az ész-



szerűség és az elfogadhatóság az igazságosság által támasztott követelmények megértésében.

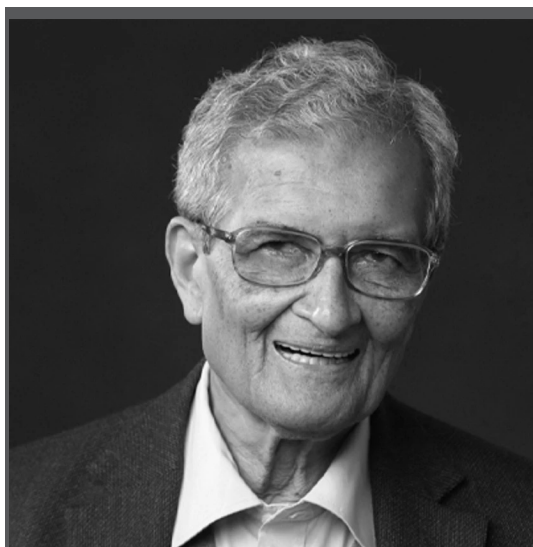
Ezt követően az alkalmazás kérdéseire tér át, többek között annak a kritikai vizsgálatára, hogy mire (a szabadságokra, a képességekre, az erőforrásokra, a boldogságra, a jólétre) alapozódnak az igazságossággal kapcsolatos megállapítások.

Ezek után pedig a kötet tárgyalja az egyenlőség és igazságosság gyűjtőfogalma alatt szereplő különböző megfontolások egyedi érvényét, a kapcsolatot az igazságosság keresése és a demokráciára való törekvés között, valamint az emberi jogok természetét, megvalósíthatóságát és a rájuk támasztott igények érvényét.

Az igazságosság eszméje nem könnyű olvasmány, de közös elemzési keretet nyújthat egymástól eltérő gondolkodású felek számára is. Az igazság eszméje a könyv megírásáig terjedő munkássága összegzésének tekinthető.

A 2010-ben írt könyve magyar fordítása a társadalomtudomány művelői számára alapvetően fontos olvasmány.

Farkas Péter
szociológus, teológus



Amartya Kumar Sen

*(Santiniketan, Nyugat-Bengál, India,
1933. november 3. –)*



ABSZTRAKTOK

Author: Farkas Péter

Study

Piety and mental health

Piety and spirituality play a central role in the life of mankind, the nations and the individuals. This is a value that is important to be and to act healthy and to maintain health.

In this study we do not intend to present results of independent researches, we would rather give a rough overview of the abundant literature of piety from the aspect of mental health and sociology.

After presenting the change of the social theory and history in the context of religion, we give a review of the changes in regards of piety in Hungary. Following this we presented the present religious tendencies and finally, we exhibited few determinative aspects of spirituality, piety and mental health.

We certainly introduced only those theoretical and research results we consider relevant; but with this writing, we do hope to support the activities of those who work in the social field.

As the religion related statistics of the national census were made public only after closing this manuscript, those are not part of this analysis. After presenting the change of the social theory and history in the context of religion, we give a review of the changes in regards of piety in Hungary. Following this we presented the present religious tendencies and finally, we exhibited few determinative aspects of spirituality, piety and mental health.

We certainly introduced only those theoretical and research results we consider relevant; but with this writing, we do hope to support the activities of those who work in the social field.

As the religion related statistics of the national census were made public only after closing this manuscript, those are not part of this analysis.

A „komplex problémák” gyakorlata: az egészségügy és a szociális ellátás integrációja az Egyesült Királyságban

Author: Dr. Kaiser Tamás

Summary

The practice of „complex problems”: the integration of the health- and social care systems in the United Kingdom

The physical and mental health, in broader sense, the shaping of conditions of wellbeing is considered as a system of complex problems and solvable challenges on the level of societies, individuals and communities. The demand of cooperation and close coordination is visible in almost all policy-making, but the debates, reforms and practices related to the integrated approach in the health and social systems are reckoned to be groundbreaking examples. In the United Kingdom the changes in health- and social policy moved to the direction of an integrated and incremental approach in the last decades; to show these means to present the potential organisational answers and also the difficulties arising during the implementation phase.

Dr. Juhász Gábor, Dr. Molnár Dániel, Horváth Veronika, Rózsa Zsófia Katalin

„Next step – Segregated life situations in Gilvánfa” project experience and research results

Author: Dr. Juhász Gábor, Dr. Molnár Dániel, Horváth Veronika, Rózsa Zsófia Katalin

Summary

2,8 percent of the Hungarian population lives in 709 settlements in 1384, mostly gipsy stratas.

The related settlements are not able to solve the arising complex problems by themselves. In Gilvánfa,



by the help of the project, we intended to resolve the difficulties of social alignment and integration with increasing the number of kindergarten goers, with the reduction of school dropouts, ensuring public services and creating Settlement type centers.

Next to the local government, NGO-s and the Social, Alignment and Social-economical Research Center within the Pécs University have become partners.

The indicators were met in the project. The interventions in regards of the target group (Boyash gypsy community) were in harmony with their demands, needs and problems.

It would be crucial to give more space for the comprehensive developmental approach while defining the project activities. Besides that the amount of administration gives an out-of-proportion burden on carrying out the project.





GONDOSKODÁS – szakértelem és emberség





SZERZŐINK

- **Daczi Péter** munkaügyi szervező, eFOP-1.1.1-15. projekt szakmai vezető, Portál fejlesztésért felelős munkatárs
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet
- **Dózsa Zsófia** szociálpolitikus, szociális munkás, a Humán Exchange Emberi Erőforrás Fejlesztő és Tanácsadó Alapítvány szakmai vezetője
- **Farkas Péter** teológus, szociológus, tanácsadó, főszerkesztő,
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet
- **Dr. Horváth Veronika P.h. D** demográfus, KSH NKI tudományos munkatárs
- **Dr. habil Juhász Gábor P.h.D.** szociálpolitikus, szociális munkatárs, PTE BTK TKI Közösségi és Szociális Tanulmányok tanszékvezető egyetemi docens, PTE BTK Társadalmi Felzárkóztatás és Szociális Gazdaság Kutatóközpont vezetője, NSZI Szakmai Kollégium tagja
- **Dr. Kaiser Tamás P.h. D.** tanár, politológus, NKE Államtudományi és Nemzetközi Tanulmányok Kar dékánhelyettes, Államelméleti és Kormányzástani Intézet vezető egyetemi docens, NSZI Szakmai Kollégium tagja
- **Dr. Molnár Dániel P.h.D.** szociológus, a Felsőfokú Tanulmányok Intézete ösztöndíjas kutatója
- **Dr. Simon Gabriella P.h.D.** egyetemi docens, KRE BTK Továbbképző Központ, Online Mentálhigiéne képzés







