

BÁNYAI BORBÁLA¹

ÁLLAMTALANÍTÁS ÉS ÚJÍTÁS

ÚJ LEHETŐSÉGEK A PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK MUNKAERŐ-PIACI REHABILITÁCIÓJÁBAN

DOI: 10.18030/socio.hu.2014.1.1

ABSTRACT

Processes of privatising state functions and innovation – new possibilities in occupational rehabilitation of those diagnosed with psychiatric disorders.

The social integration of those living with disabilities/chronic illnesses in Hungary has become a major issue both in public and professional discourse. The issue has gained importance because of the unsustainability of the Hungarian social security system, instead of focusing on social exclusion, poverty and stigmatisation. Employment is very important both for the community and the individual, not just because of income but for social, health and other structural reasons. In times of economic crisis, the labour market position of ordinary people is unstable; therefore, the occupational rehabilitation of people with disabilities/chronic illnesses is far from being unproblematic. In this contribution, two private employment agencies are presented, which are very successful at providing integrated employment services. Since employment agencies are very specific organisations strongly connected to other social services, I also give an overview on their organisational structures along with their specific ethos. For this reason, I investigate the innovative role and involvement of NGOs in the processes of privatising state functions. In doing so, I am focusing on people diagnosed with psychiatric disorders, because their social exclusion is visible in employment statistics.

Keywords

occupational rehabilitation, NGOs, processes of privatising state functions, innovation, people diagnosed with psychiatric disorder

ABSZTRAKT

Az 1990-es évek óta egyre inkább a figyelem középpontjába és ezzel együtt újragondolásra kerül a krónikus betegek és a fogyatékosok egészségügyi, szociális, pénzügyi ellátása, életminősége, jogállása, és általában társadalmi integrációja. A fogyatékkal, krónikus betegséggel élőkkel kapcsolatos egyik meghatározó diskurzus a szakirodalomban a szegénység és társadalmi kirekesztés problémája köré tematizálódott.

¹ Data Research Kft.

A Eurofound elemzése szerint az összehangolt európai uniós stratégiák kidolgozását² követően sem változott meg lényegesen a krónikus betegek és a fogyatékosok megítélése, helyzetük a legtöbb európai országban továbbra is marginális (Grammenos 2003), stigmatizáltak, és sok esetben a társas és társadalmi élettől elszigetelődnek, a munka világából kirekesztődnek. Mindez annak ellenére sem változott, hogy egyre nagyobb teret nyer az a szemlélet, mely az akadályozottságot nem orvosi problémaként, inkább társadalmi, esélyegyenlőségi és szociális kérdésként kezeli. Létrejött a „fogyatékoságtudomány”³ (*disability studies*), melynek központi gondolata a „Semmit rólunk – nélkülünk!”

Alapvető kérdés, hogy mit lehet tenni azért, hogy a fogyatékkal és krónikus betegséggel élők a társadalom, a közösségek aktív tagjai legyenek? A megoldások keresésekor a szabályozás és a gyakorlat szintjén is komoly problémák, ellentmondások vetődnek fel, mint például: segélyezés kontra munkavállalás ösztönzése, szociális ellátórendszer kontra társadalmi integráció, humanizált szociális-egészségügyi felügyelet kontra egyénre szabott támogató, rehabilitációs rendszerek. A kirekesztődés okai nem vezethetők egyértelműen vissza a társadalom, az ellátórendszer, és a gazdaság diszfunkcióra, vagy az egyéni felelősség, motiváció, képesség hiányára.

Az egyének felől közelítve a kérdést a fogyatékkal, krónikus betegséggel való együttélés a legtöbb esetben hátrányt, akadályozottságot (hétköznapi tevékenységeik elvégzésekor, közlekedésben, kommunikációban) jelent. Egészségi állapotuk, munkaerő-piaci lehetőségeik, és a befogadókészség hiánya inkább a biztos bevételt jelentő segélyek, nyugdíjazás felé tereli őket. Pedig a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci jelenléte nem csak finansiális javulást eredményez életükben, ugyanis a foglalkoztatásnak más látens funkciói is vannak, például hozzájárul társas integrációjukhoz, egészségi és mentális állapotuk javulásához, mindennapi életük strukturáltságához (Jahoda 1981). Az inaktivitás tehát nem csak alacsony jövedelmet⁴, és hosszú távon a szegénységet jelentheti, hanem társas, társadalmi elszigetelődést is, „*sajátos kirekesztett osztályhelyzetet*” (Krémer et al. 2010:12), „*másodrendű állampolgárságot*” (Szalai 2007).

Tanulmányomban a fogyatékkal élők egy speciális csoportjára,⁵ a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakra fókuszálok, és bemutatom, hogy a pszichiátriai diagnózissal élők munkaerő-piaci részvétele alacsony, és az integratív funkciót is betöltő foglalkoztatás növelésében jelentős és úttörő szerepe van a civil/nonprofit szervezeteknek. Milyen szereplők hívják életre a munkaerő-piaci rehabilitációs alternatív szolgáltatásokat? Milyen szervezetek valósítják meg ezeket a programokat? Hogyan valósul meg a munkaerő-piaci rehabilitáció ezeknél a szervezeteknél? Mennyire életképesek és tartósak ezek a szolgáltatások, szervezetek? Hogyan kapcsolódnak az állami intézményekhez? Ezekre a kérdésekre igyekszem megadni a választ két esettanulmányban a nonprofit szervezetekre vonatkozó elméleti keretbe ágyazottan.

² Pontos és teljes címe: *Lisszaboni Szerződés az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Közösséget létrehozó szerződés módosításáról*, 2007. A Szerződéssel együtt érvényt nyert az Alapjogi Charta is, mely rögzíti a fogyatékos emberek számára a teljes értékű élethez szükséges jogokat. Ezt követően több hosszú távú stratégiát is kidolgoztak (2004-2010, 2010-2020) a fogyatékkal élő emberek aktív társadalmi befogadásával, foglalkoztatásával (DAP) stb. kapcsolatban.

³ A diszciplína Magyarországon való meghonosítása Könczei György és munkatársai nevéhez köthető.

⁴ 2011-ben készült felmérés szerint Magyarországon „*Az egészségkárosodottak 23%-a tekinthető jövedelmi szempontból szegénynek*” (Gábos – Tátrai 2011:8).

⁵ A magyar szabályozásban már létező „*pszicho-szociális fogyatékkal élő*” kifejezés teljesen újnak számít, ezért ezt nem használom.

CIVIL/NONPROFIT SZERVEZETEK, MINT AZ ÁLLAMTALANÍTÁS SZEREPLŐI

A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számos jóléti, társadalombiztosítási szolgáltatást igényelhetnek Magyarországon, melyek elviekben a társadalmi integrációjukat segíthetik elő (pl. pénzübeli juttatások, természetbeni juttatások, munkáltatói járulékfizetési kedvezmények). Ezek Verdes és munkatársai szerint „szociális jogosultságot garantálnak, de az állampolgári tagság megszerzését nem teszik lehetővé, sokkal inkább annak elvesztéséhez és felmorzsolódásához vezetnek (vö. Szalai 2007:21–61)” (Verdes–Scharle–Váradi 2012:8). Ennek egyik oka szerintük, hogy Magyarországon a jogban, az ellátásokban, támogatásokban a fogyatékkosságot egyéni deficitként kezelik, mely mögött az orvosi modell konstrukciója tükröződik, amely rokkantossításhoz, folytonos betegszerephez és társadalmi kirekesztődéshez vezet.

Többek között ez az ellentmondásos támogatási rendszer az egyik oka, hogy az állami és a piaci szereplők mellett Magyarországon is megjelentek a civil/nonprofit szervezetek⁶ a szociális ellátás területén és a munkaerő-piaci reintegráció területén is. Különösen a pszichiátriai diagnózissal élők esetében kiemelt jelentősége van a civil/nonprofit szervezetek tevékenységének. Nem csak az érintett csoport életminőségén, társadalmi megítélésén igyekeztek javítani, hanem, mint érdekvédő szervezetek is felléptek. Ilyen módon a fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak ellátása, támogatása mindenképpen háromszektoros Magyarországon, ezért a többszereplős modelleket ismertetem, melyek az egyes szektorok (állam-piac-nonprofit) szerepvállalására fókuszálnak. Ezek a modellek ugyan statikusak, azonban jól szemléltetik a többszereplős szociális ellátást, és az egyes szereplők egymáshoz való viszonyát.

A *nonprofit/civil szervezetek* a nemzetközi szakirodalomban a jóléti állam válságának jelentkezésekor kerültek a figyelem középpontjába, amikor térnyerésük, típusaik növekedése, egyre számottevőbb gazdasági és társadalmi szerepük számos kérdést vetett fel (Bartal 2005). A civil/nonprofit szektorra vonatkozó elméleteket közgazdaságtani, szociológiai és interdiszciplináris elméleti keretekben szokták tárgyalni. Tanulmányomban a szektorok feladatmegosztására, egymáshoz való viszonyára és egymásra gyakorolt hatására koncentrálok. Ezek a szempontok az interdiszciplináris elméletekben jelennek meg, melyek közül ismertetek néhányat.

Salamon (1991) *interdependencia elmélete* arra keresi a választ, hogy milyen helyzetekben, milyen okok következtében alakul ki partneri viszony az állam és a nonprofitok között. Szerinte a felelősség megosztása, azaz, hogy melyik szféra melyik feladatot látja el, a kulcskérdése a nonprofit szervezetek működésének. Megkérdőjelezi a nonprofit szervezeteknek azt az értelmezését, miszerint ott lépnek fel, ahol az állam és a piac kudarcot vall. Elmélete szerint az öntevékeny szervezetek reagálnak a piac kudarcára, és nem a kormány.

Az *állam* szerepe azonban továbbra is kulcsfontosságú maradt a foglalkoztatás támogatásával, a törvényi keretek meghatározásával a civilek és a foglalkoztatás számára is. Salamon szerint (1991) a jóléti államban a kormány felléphet irányítói,

⁶ A civil és a nonprofit szervezeteknek számos definíciója létezik adott országtól, jogi, finanszírozási, önkéntességi stb. szemponttól függően (lásd pl. Kuti – Marschall 1991, Salamon – Anheier 1992). Magyarországon főképp az önkéntesség, kormánytól való függetlenség, profitelosztás tilalma, önkormányzatiság, intézményesültség elveinek érvényesülésével határozzák meg ezt a szektort, azonban ezek az elvek korántsem biztos, hogy maradéktalanul teljesülnek szervezeti szinten. Magyarországon a nonprofit szektor tudományos megnevezése – a szektor sajátos szerkezete miatt (lásd Fülöp 2002) – a civil-nonprofit modell (Bartal 2005), és ehhez csatlakozva az általam bemutatott szervezeteket civil/nonprofit szervezeteknek hívom.

finanszírozói szerepben, valamint szolgáltatások előállítójaként, azonban az egyes szerepek hangsúlya országonként más és más lehet. Valamint a kormány alakítja ki a nonprofit szféra működéséhez szükséges politikát, meghatározza a prioritásokat, finanszírozást, a nonprofit szervezetek pedig végrehajtják a politikát (Harsányi 2003). Ennek az együttműködésnek, tehát, hogy a közjavak termelése hogyan oszlik meg az egyes szférák között, többféle módja lehetséges. A különböző tevékenységet végző nonprofit szervezetek kapcsolata az állammal és a piaci szférával sokféle lehet, attól függően, hogy az állam milyen feladatokat ad át a nonprofit szférának, és hogyan támogatja működését.

A „jóléti állam” elméletekben nem a nonprofit szektor áll középpontban, hanem az állam jóléti szolgáltatásaira fókuszálnak (Bartal 2005). Esping-Andersen (1990) szerint a jóléti állam nem mérhető az általa biztosított jogok alapján, hanem meg kell vizsgálni, milyen szerepet játszanak az állami tevékenységek a piac és a család szociális ellátásának működésében. Elméleti modellje a jólétmix, vagy jóléti pluralizmus koncepció.

Az egyik *többszereplős modellt, a jólétmix koncepciót* Adalbert Evers (1995) dolgozta át, beemelve azt a szempontot, hogy a háztartások nem pusztán fogyasztók, hanem aktív szereplői a gazdasági tevékenységeknek, sokféleképpen jelenhetnek meg, sokféle szerepük lehet. A háztartások gazdálkodását harmadik, informális, autonóm, önkéntes jelzőkkel illetve. Jóléti háromszög modelljében (piac-állam-háztartások) a nonprofit szervezeteket (önkéntes vagy önszervező szervezetek) az állam és a háztartások, illetve a formális-informális között helyezte el, tehát szerinte nem elválasztható a magán és a közszféra.

A *jóléti pluralista koncepció* a rendszerelmélet eredményeit felhasználva meghaladja a szektorális nézőpontot, bemutatja az intézmények pluralitását, kapcsolati hálóját, és felvázolja ezen elméletek lehetséges útjait (Bartal 2005). A nonprofit szervezetek és az állami szektor közötti kapcsolat három formában nyilvánulhat meg: helyettesítő (közgazdaságtani megközelítés), korrigáló, kiegészítő.

Az egyes ellátási formákat korántsem biztos, hogy igénybe veszik a kliensek, jelen esetben a fogyatékkal élők, vagy családtagjaik. Azok, akiknek van választási lehetőségük, mérlegelik az egyes választások következményeit (pl. ellátásra szoruló fogyatékkal élő számára igényelhetnek bentlakásos intézményi helyet, vagy családon belül megoldhatják az ellátást és hozzátartozói segítyt igényelhetnek az államtól.)

Evers és Olk jóléti pluralista elméletében a jólét termelése a három szektor és a háztartások viszonyától függ, ennek megfelelően ezek együttműködése mellett foglal állást, és alapkérdése, hogy az egyének és háztartások milyen módon és kombinációban veszik igénybe az egyes szektorok szolgáltatásait (idézi Bartal 2005). A szektorhasználat szerintük a háztartások bevételi szerkezetétől függ, és a bevételi formákból különböző cselekvési struktúrák alakulhatnak ki. Az Evers és Olk által felállított *„jóléti pluralista koncepció szerint az egyéni és kollektív jólét”* (idézi Bartal 2005:80) nem csak a rendelkezésre álló erőforrásoktól függ, hanem az erőforrások mobilizálásához szükséges preferenciáktól és képességektől is. A jólét növelése mikro-, azaz egyéni cselekvési stratégia, és makrodimenzióban (4 szektor szolgáltatásainak újrakombinálása) történő cselekvést is igényel. A jóléti pluralizmus négy aktora (piac, állam, közösség, civil társadalom) *„képviselet a jóléti termelés négy szintjét, amelyek jellemzője az, hogy saját intézményi logikájukat követik, megvannak a saját specifikus hozzáféris követelményeik, erősségeik és gyengeségeik”*⁷ (Bartal 2005:94). Ez a modell nem a szektorok közti különbségeket, hanem a szektorok közötti

⁷ Az aktorok néhány jellemzője:

• Piac: (piaci szektor) cselekvést koordináló elve a verseny, intézményeinek deficitje az egyenlőtlenség, cseremédiума a pénz

átmeneteket és feszültségeket mutatja be. A nonprofit szervezetek a köztes szférát jelentik, mely összekapcsolja az egyes aktorokat.

A nonprofit szervezetek különlegesek, mert „*kevert jelleg adja a nonprofit szervezetek hibrid karakterét*” (Bartal 2005:95), ami abból adódik, hogy céljaikban (pl. szociális gondoskodás), irányítási elveikben (pl. menedzsmentépítés), cselekvési racionalitásban a másik három szektor elemeiből épülnek fel. A köztes jelleg meghatározza a nonprofit szervezetek erőforrás-mobilizálását is, azaz milyen erőforrásokra számíthatnak az egyes szektorokból, és hogyan képesek ezeket hasznosítani (pl. államtól támogatás, háztartásokból humán tőke). Az a mód, ahogy a szervezetek bánnak az erőforrásokkal, külső hatásokkal, pedig meghatározza a szektor szervezeteinek fejlődési útját és specifikus jellegét. A fogyatékkal élő és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerő-piaci reintegrációjával foglalkozó civil/nonprofit szervezetek a piac logikáját követik a finanszírozást tekintve, azonban a munkaügyi központokkal való viszonyuk és a törvényi szabályozás adta keretek inkább az állami szféra sajátosságait tükrözi. Azok a civil/nonprofit szervezetek például, melyek egy nappali intézményen belül jöttek létre, több (személyi, szabályozási, finanszírozásbeli) szállal kötődnek az állami szférához, működésük kevésbé piaci jellegű, és kevésbé bizonytalan.

A *társadalmi eredet* teória szintén egyike a nonprofit szektort megragadó interdiszciplináris modelleknek. Ennek a célja, hogy a nonprofit szféra fejlődését történeti kutatások szemszögéből vezesse le, nemzetenként eltérő kialakulási és fejlődési folyamatára fókuszálva, valamint ezzel összefüggésben cáfolja az egyéni fogyasztók intézményválasztásának rugalmasságát. Salamon és Anheier az interdependencia elméletből kiindulva modellálja az állam és a nonprofit szervezetek közötti együttműködés típusait (Salamon–Anheier 1992). Elméletük szerint a szektorok szolgáltatásai közötti választás nem csak az egyéni döntésektől függ, hanem nagyban befolyásolja, hogy adott térben és időben milyen szolgáltatások érhetőek el. Ez pedig attól függ, hogy milyen történeti fejlődési előzmények jellemzőek az adott országra, pl. milyen osztálykompromisszumok, munkásmozgalmi törekvések, intézményrendszer alakult ki. Ennek alapján eltérően fejlődtek a nonprofit szervezetek. Wolfgang Seibel szerint: „*a nonprofit szervezetek nem szabadon úsznak a társadalmi térben, hanem szorosan beágyazottak a társadalmi és gazdasági struktúrákba*” (idézi Bartal 2005:102).

A fogyatékkal élők ellátásában, munkaerő-piaci reintegrációjában is több lehetőség van, történhet önkormányzati szociális foglalkoztatókban, piaci cégeknél, civil/nonprofit szervezeteknél. Az állam főképpen alacsony fizetésű, védett munkahelyeket támogatott, míg a piaci szereplők kevésbé foglalkoztattak fogyatékkal élőket. A nyílt munkavállalás célja, és ezáltal a reintegráció felkarolása a civilek feladata maradt, azaz a munkaerő-piaci integráció területén a civil/nonprofit szervezetek a piac és az állam kudarcaira is reagáltak. (Az egészségügyi/szociális ellátás területén is többféle lehetőség van: az orvossal való kapcsolattartás korlátozódhat a járóbeteg szakellátásra, és a nappali ellátás igénybe vehető az állam által fenntartott nappali intézményben, vagy valamilyen alapítványi klubban.) Magyarországon az érintett háztartások tényleges választási lehetőségeinek egyik legfőbb akadálya a területi egyenlőtlenség, ugyanis ezek a civil/nonprofit szervezetek főképp a nagyvárosokban elérhetőek.

-
- Állam: (állami szektor) feladata az elosztás, szolgáltatás, finanszírozás, támogatás megszervezése. Deficitje, hogy a kisebbségi igények nem teljesülnek, korlátozza az egyéni szabadságot, gyengíti az önsegélyezést.
 - Közösség: (informális szektor) család, háztartás, társadalmi hálózat. Személyes, viszonyosságon alapul, morális kötelezettségek korlátozzák az egyént.
 - Civil társadalom: (nonprofit szektor) rugalmas, szociális szolgáltatások és a társadalmi integráció lényeges eleme.

Magyarországon a rendszerváltást követően ezt a folyamatot az addigi állami feladatok átvállalásával, az úgynevezett államtalanítási trenddel lehet megragadni.⁸ Az államtalanítás formai szempontból pusztán azt jelenti, hogy az egyes szektorok közül valamelyik (pl. a civil/nonprofit vagy a piac) részben vagy teljes egészében átvállal egy jóléti állami feladatot. Tartalmilag azonban ez sokféle lehet (pl. Czakó 2009), sokféleképpen jöhet létre (spontán, szerződéses-megegyezéssel úton), és korántsem független a korábban kialakult intézményrendszerektől, finanszírozási lehetőségektől (pl. hajléktalan ellátás, alapítványi iskolák stb). A feladatok átvállalásának szintén több oka lehetséges; kezdeményezhetik a civilek állami feladatok kiegészítésére, javítására; és kezdeményezheti maga az állam/önkormányzat is.

Az általam bemutatott két esetben az államtalanítási trendhez kapcsolható intézményes szerveződésen túlmutató újítást, kognitív innovációt kell kiemelni. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak rendszerváltás előtti ellátása (társadalmi eredet elmélet) a betegek diagnosztizáltak elrejtését szolgálta (bentlakásos intézeti elhelyezés, leszázalékolás) ezzel megerősítve és fenntartva stigmatizáltságukat. Az általam bemutatott két szervezet működése, finanszírozása, kapcsolata az állammal/önkormányzattal nem azonos, azonban abban megegyeznek, hogy a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak közösségbe való integrációját illetve reintegrációját tűzték ki célul, annak ellenére, hogy a célcsoportjukkal kapcsolatos kirekesztő attitűd jellemző Magyarországon. (Tevékenységükre nagy hatással van a törvényi szabályozás szociális ellátórendszerre, foglalkoztatásra és a nyugellátásra vonatkozó része is. Azonban ez igen szerteágazó, bonyolult és korántsem egy irányba mutató célokat tartalmaz, ezért ebben a tanulmányban erre nem térek ki.)

FOGLALKOZTATÁSI FORMÁK LEHETŐSÉGEI ÉS GYAKORLATA MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰEK SZÁMÁRA

MAGYARORSZÁGON

A megváltozott munkaképesség munkaerő-piaci fogalom, nagymértékben összefügg a fogyatékos-sággal, egészségkárosodottsággal. Magyarországon a fogyatékos-ság, a pszichiátriai diagnózis főként egészségügyi, míg a megváltozott munkaképesség inkább az egyéni képességekre fókuszáló komplex fogalom, azonban mindkettő megállapítása, besorolása egy eljárás keretén belül történik. A megváltozott munkaképesség tartalmilag azt jelenti, hogy a munkavégző képesség nem teljes, nem ugyanaz, mint egy „egészséges” ember esetében. Ebből rendszerint az következik, hogy akadályt, hátrányt jelent az érintettek számára (nem kizárólag a munka területén), és sok esetben munkaerő-piaci kirekesztéssel is jár, ami szegénységhez, kiszolgáltatottsághoz vezethet.

A megváltozott munkaképességűek számára a foglalkoztatás során alapvetően három alapelvnek kellene dominálnia. Az egészségi állapotára vonatkozóan mindenképpen a további romlás megakadályozása, illetve megelőzése a cél. A foglalkozási rehabilitáció kifejezetten arra vonatkozik, hogy a meglévő képességeket kihasználja, illetve a tartalékokat aktiválja, és ezáltal javítsa a megváltozott munkaképességű személy képességeit és állapotát. A harmadik domináns alapelv elviekben a társas-társadalmi, és intézményi integráció előmozdítása.

A foglalkoztatási formákat ennek megfelelően védett-nyílt formák szerint szokás minősíteni. Ez nem egy kétpólusú, kizárólagos kategorizálás, vannak úgynevezett félig nyílt-félig védett foglalkoztatási formák is, melyek Magyarországon is megvalósulhatnak. A *nyílt foglalkoztatás* nagyjából megfeleltethető az integrált foglalkoztatásnak (akár a közszférában, akár a

⁸ Kornai közszolgáltatások kiszervezésének rendszerváltás utáni időszakát transzformációs válságnak nevezi (Kornai 1993 idézi Bartal 2005).

piaci szférában), ami azt jelenti, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók munkahelyén a munkatársak döntő többsége nem megváltozott munkaképességű, fizikailag nem elkülönítve található a munkahely, és a piacgazdaságba bekapcsolódva folyik a munka. Az integrált foglalkoztatásért a munkáltató igényelhet állami támogatást is (2007-től akkreditált munkahelynek nevezzük ezt a formát), de ez nem kötelező. Természetesen nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatásnak felel meg az *önfoglalkoztatás* is, mely szintén elképzelhető fogyatékkal élők és pszichiátriai betegek körében.

A foglalkoztatási formák másik végpontja a *védett foglalkoztatás* és a szociális foglalkoztatás. Kálmán–Könczei (2001) a fogyatékkal élők foglalkoztatásának 14 formáját sorolja fel, míg Gere Ilona (2009) 11 féléit. Itt azokat ismertetem, amelyek a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében a legjellemzőbbek Magyarországon.

- A *védett műhelyek*, olyan halmozottan vagy súlyosan fogyatékos emberek számára, akik elhelyezése a nyílt munkaerőpiacon, vagy más formákban szinte lehetetlen. Általában nem gazdaságos a működtetésük, illetve hagyományos termelési tevékenységekben vesznek részt (textil, könnyűipar). Alapvető céljuk a gazdaságilag hasznos tevékenység folytatása, azonban ez a típus mára több országban átgondolásra, átalakításra került. A védett munkahely nemzetközi definíciója: „*olyan munkára orientált rehabilitációs szolgáltatások, amelyben a dolgozó környezetét állandóan ellenőrzik, egyéni rehabilitációs célokat tűznek ki elé, azzal a szándékkal, hogy a fogyatékos embert segítsék a produktív státus megalapozásában*” (Bulyáki–Harangozó–Falloon 2002:14). Magyarországon ezeknek a szervezeteknek a működését jelentős állami támogatások (fizetés-kiegészítési dotáció), és speciális törvényi feltételek jellemzik.
- Az *enklávé* típusú foglalkoztatás valamilyen cégen belüli „zárványnak” feleltethető meg. Általában súlyos vagy halmozott fogyatékkal élők védett foglalkoztatása vállalaton belül, rendszerint egyszerű, betanított munkavégzés.
- A *puffer foglalkoztatás* szintén félig-nyílt formája a foglalkoztatásnak, a munkavállaló vállalaton belüli megtartását elősegítő átképzési, átszervezési szakasz. Ennek speciális formája a pénzzel támogatott egyéni munkatréning (*on-the-job-training*), azaz olyan képzés, mely egy adott munkahelyen történik, és a képző vállalat ezért állami támogatást kap. Ezzel jelentős költségeket lehet megtakarítani (felszerelések vásárlása), és a fogyatékkal élő számára is kiváló átmenetet biztosíthat a munkanélküliség és a nyílt munkaerőpiac között.
- A *szociális foglalkoztatás* olyan foglalkoztatási forma, mely állami rendelkezés alapján közérdekű cél érdekében több embert (pl. fogyatékkal élőket) foglalkoztat. Ez a forma hazánkban inkább a félig-nyílt foglalkoztatásnak felel meg. Kutatásaim során főképp önkormányzatok által működtetett szociális foglalkoztatókat találtam, melyeket azóta többször átszerveztek piaci, vagy nonprofit szervezetté, és a foglalkoztatottak nem kizárólag megváltozott munkaképességűek, hanem szociális gondozásra szoruló személyek. Ebben az esetben a foglalkoztatás alapvető célja maga a rehabilitáció, és emellett másodlagos szerepe van a gazdasági szempontoknak.

A foglalkoztatási formákhoz kapcsolódó alapvető kérdés, hogy a megváltozott munkaképességűek közül ki rehabilitálható és milyen formában. A védett foglalkoztatás leginkább súlyosan károsodott személyek számára jelent rehabilitációt, akik számára az átlagosnál kisebb gazdasági teljesítmény is jelentős személyi erőfeszítéssel jár. A félig védett foglalkoztatás nincs pontosan definiálva, sok helyen a nyílt foglalkoztatásra való felkészítés megvalósítását jelenti. A nyílt foglalkoztatás pedig leginkább azoknak az embereknek megfelelő, akiknek egészségkárosodásukból kifolyólag munkaképességük csak kis mértékben módosult (pl. egy kerekesszékes programozó számára akadálymentes környezet felállítása szükséges csak).

Azonban a munkaerő-piaci rehabilitáció célja nem csak az egyéni rehabilitáció, vagy a pénzkereset, hanem a társas integráció és a toleráns percepció kialakítása is. Éppen ezért a felsorolt foglalkoztatási formák közül a visszailleszkedés, azaz a rehabilitáció helytelen formájának nem kizárólag azt tekintem, amely a fogyatékkal élő képességeit figyelmen kívül hagyja vagy alulfizeti, hanem azt is, amely a munka világába valamilyen látszólagos beilleszkedést teremt, és a társadalomba való beilleszkedést szinte alig teszi lehetővé. Leginkább a védett műhelyekre jellemző a kedvezőtlen, vagy hátrányos módja a beilleszkedésnek, különösen akkor, ha ez egy bentlakásos intézmény kerítésén belül valósul meg. Ebben az esetben a fogyatékkal élő ember munkahelye és lakhelye egy helyen van, napjainak nagy részét fogyatékkal élőkkel és az őket kiszolgáló személyzettel tölti, az intézményi szabályoknak megfelelően. A védett foglalkoztatásnak van előnye is, az hogy munkát, tartalmas napi elfoglaltságot és jövedelem-kiegészítést biztosít a munkavállaló számára.

Kedvezőbb beilleszkedési formának tekinthető a védett műhely nem bentlakásos intézményi háttérrel, illetve a szociális foglalkoztatás. Itt a munka világában részt vesz a fogyatékkal élő, és ugyan főként más fogyatékkal élőkkel és kiegészítő személyzettel találkozik, de van önálló szabadideje, mozgásteret, „egészségesekkel” találkozhat. Az enklávét, a puffer foglalkoztatás és az *on-the-job-training* foglalkoztatási formák már egyáltalán nem mondhatóak helytelen vagy kedvezőtlen beilleszkedési formának, amennyiben a továbbfoglalkoztatás lehetséges, mert mindkettő átmenetet biztosíthat a nyílt munkaerőpiacra. A nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás illetve az önfoglalkoztatás a rehabilitáció végét és az integrációt jelentheti.

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának törvényi szabályozása 2007-2010 között többször változott, azonban mindegyik célja elviekben ugyanaz volt: a munkaerő-piaci (re)integráció elősegítése. Scharle 2010-es kutatása ezeknek a törvényi változásoknak a hatását vizsgálta, és eredményei szerint *„a védett- és a kiemelt akkreditációval rendelkező szervezetek többsége ugyan formálisan teljesíti a jogszabályi előírásokat, de szegregált módon foglalkoztatja megváltozott munkaképességű dolgozóit és nem nyújt a nyílt munkapiaci elhelyezkedést közvetlenül segítő szolgáltatásokat. A rehabilitációs szolgáltatók lényegesen eredményesebbek: a hozzájuk kerülő ügyfelek 30-50-szer nagyobb eséllyel kerülnek állásba, mint a támogatott foglalkoztatók alkalmazottai. A legjobb szolgáltatók ügyfeleik 33-49 %-át a nyílt munkapiacra tudják elhelyezni”* (Scharle 2011:5).

A megváltozott munkaképességűek és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak nyílt, félig-nyílt munkaerő-piaci reintegrációjának elősegítése Magyarországon alapvetően a Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat feladata lenne. Az itt bemutatandó magán munkaközvetítő irodák azért létesültek, mert az NFSz (akkori ÁFSz) működését hiányosnak, szakszerűtlennek ítélték meg a felhasználók és a velük kapcsolatban álló, többnyire szociális ellátórendszerben dolgozó szakemberek. Az állami munkaerő-közvetítő irodák, ha tudnak a közelben található magán munkaerő-közvetítő irodáról, oda küldik klienseiket. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak esetében az ilyen típusú munkába állítás még csak szórványosan van jelen Magyarországon, és azon belül is főként Budapesten jellemző. (Más megváltozott munkaképességű csoportok számára elterjedtebb a nyílt munkaerő-piaci közvetítés.) A konkrét foglalkoztatási formáktól függetlenül az irodák célja az integráció, különösen a munkaerő-piaci integráció.

Magyarországon a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkavállalásáról két forrást lehet ismertetni. A megváltozott munkaképességűek munkaerő-piaci kirekesztettségét igazolja a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet jogelődje, a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet és a TÁRKI közös kutatása, mely az akadályozott/megváltozott munkaképességű népesség körében végzett kutatást 2010-ben. Ebben a kutatásban azokat kérdezték meg, „akik rendelkeznek egészségkárosodásukat igazoló orvosszakértői véleménnyel. Összesen 2045 kérdőív készült a 18-62 éves, magánháztartásban lakó népességből a szűrőszempontok szerint kiválasztott válaszadók körében” (Gábos–Tátrai 2011:5). Az eredmények szerint az egészségkárosodottak 15%-a dolgozik, és háromnegyedük nyugdíjas. A mintában „*sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapotot a megkérdezettek 38%-a említett, mint ami őt (legalább kismértékben) jellemzi*” (Gábos–Tátrai 2011:6). Közülük 72-en (12,5%) dolgoznak, tehát az egészségkárosodott népességen belül is alulreprezentáltak a munkaerőpiacon.

Ezen kívül a 2011. II. negyedévében készült Eurostat által koordinált ad hoc modulból lehet információt gyűjteni a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásáról. A felvétel olyan 15–64 éves népesség körében történt, akik tartósan fennálló egészségi problémával, betegséggel, illetve egyéb (testi, érzékszervi, értelmi stb.) korlátozottsággal élnek. „*2011-ben a 15–64 évesek 21,5%-a, összességében 1 millió 439 ezer fő számolt be tartósan, legalább hat hónapig fennálló egészségi problémáról, betegségről. [...] A testi, érzékszervi, értelmi, illetve egyéb korlátozottságról szóló kérdésre adott válaszban 13,6%, mintegy 910 ezer fő – 419 ezer férfi és 491 ezer nő – számolt be érintettségéről*” (KSH 2012:3). Az adatokból kiderül, hogy a pszichiátriai betegségek közé sorolható krónikus szorongás, depresszió, migrénes fejfájás Magyarországon tipikusan női (73,2%) betegség (KSH 2012:3), a vizsgált populációban az egyéb idegrendszeri, lelki, mentális megbetegedések a 8. leggyakrabban előforduló betegségcsoportot jelentik. Megváltozott munkaképességűnek tekintették azokat a válaszadókat, akik úgy érzik, hogy „*munkaerő-piaci jelenlétét egészségi állapotuk valamilyen mértékben hátrányosan befolyásolja*” (KSH 2012:6). Munkaerő-piaci részvételük alacsony, „*aktivitási arányuk 24,1%-ot ért el, amíg a változatlan munkaképességűeké 67,8%-ot, foglalkoztatási arányuk 18,1%, munkanélküliségi rátájuk pedig 24,9% volt, szemben a változatlan munkaképességűeket jellemző 60,8%-os, illetve és 10,2%-os értékkel*” (KSH 2012:7). Ennek megfelelően alakul megélhetési forrásuk is, a megkérdezéskor kevesebb, mint egyötödük (139 ezer fő) dolgozott, és ebből 51 ezren egyéb juttatásban is részesültek, többségük (628 ezer fő) a társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerekből származott, míg „*113 ezer fős sokaságának megélhetési forrása nem ismeretes*” (KSH 2012:11). Az egyes betegségtípusokról az derül ki, hogy bizonyos betegségtípusok megléte esetén magasabb, míg más betegségek esetén jóval alacsonyabb a foglalkoztatási ráta. Tipikusan a mozgásszervi problémák nem jelentenek akadályt a munkavállalásban (41,9%-uk dolgozik), míg az idegrendszeri eredetű problémák jelentős akadályokat jelentenek (mindössze 5,8%-uk dolgozik).

Mindezekkel összecseng az a társadalombiztosításra vonatkozó 2008-as adat, mely szerint az újonnan megállapított megváltozott munkaképességűek között a harmadik leggyakoribb okként a mentális és viselkedési zavarok fordulnak elő, de 39 évesnél fiatalabbak esetében ez a vezető rokkantossági indok (Lakatos–Tokaji 2009:72).

A pszichiátriai diagnózissal élők tehát jórészt inaktívak, munkaerő-piaci helyzetük rosszabbnak és kilátástalanabbnak tekinthető, mint más megváltozott munkaképességű vagy egészségkárosodott csoportoké. Ennek több oka is lehetséges, úgymint a nem hatékony egészségügyi és társadalombiztosítási rendszer, a velük szemben tanúsított kirekesztő munkatársi és munkavállalói attitűd, a rugalmatlan munkaerőpiac, és a munkaerő-piaci reintegrációt előkészítő képzések hiánya.

ÚTBAN AZ INTEGRÁLT FOGLALKOZTATÁS FELÉ – KÉT ESET A CIVIL/NONPROFIT SZÉKTORBÓL

Magyarországon a munkaerő-piaci rehabilitáció kérdése a 2000-es évek után került előtérbe, főképp a fenntarthatatlan nyugdíjrendszer következtében. Az érintettek munkavállalásában szerepet játszó intézmények struktúrájának megváltoztatására folyamatosan történtek kísérletek, azonban lényegi változás nem történt.

Az integráció és a munkaerő-piaci aktivitás felé terelő változások kulcsát a pszichiátriai diagnózissal élők ellátásában részt vevő személyek tevékenységében, és civil/nonprofit szervezetek működésében lehet megjelölni. Ezeknek az embereknek és szervezeteknek a tevékenységét a szociális feladatok államtalanítása mellett tehát az újító szemlélettel lehet jellemezni.

Magyarországon 1989 után számos területen, köztük a szociális szférában is elindult az úgynevezett államtalanítás, azaz a decentralizáció, melybe az általam bemutatott két alapítvány is bekapcsolódott. Mindkét alapítvány, ahol az esettanulmányok készültek budapesti székhelyű.

Mindkét alapítvány esetében interjúztam munkaerő-piaci esetmenedzserrel, illetve munkaerő-piaci integrációért felelős szakemberrel, az egyik alapítvány pszichiáterével és ügyvezetőjével, illetve az egyik alapítványhoz kapcsolódó önkormányzat szociális referensével, és természetesen magukkal a kliensekkel. Az interjúkat Légmán Annával készítettük 2007-2009 között, és mindkét helyszínre többször tértünk vissza, ahol résztvevő megfigyelést is végeztünk, és lejegyzeteltük tapasztalatainkat. (A következőkben a 19. oldalon található ábra számozását alkalmazom.) Mindkét szervezetnél jelenleg is működnek a nappali ellátást nyújtó és a munkaközvetítő szolgáltatások.

1. eset: Önkormányzattól függetlenül működő alapítványi munkaközvetítő iroda

Ez az alapítvány 1995-ben alakult, hivatalosan 1996-ban lett bejegyezve. Szellemiségében, céljaiban kapcsolódik egy nemzetközi kezdeményezéshez. A mozgalom szellemiségét egy pszichiáter és a hozzá kapcsolódó főként szakemberek (szociális munkások, szociológusok, pszichológusok) honosították meg. Maga az alapítvány létrehozását egy mentális problémák tekintetében érintett család és három piaci cég szervezte meg (ebből kettő már nem létezik). Az alapítvány működése számos területen újítást hozott a magyar pszichiátriai ellátórendszerben. Maga az alapítvány szemlélete is újdonságnak számított, melynek lényege abban áll, hogy a pszichiátriai betegséget nem betegségként, hanem állapotként kezelik, és céljuk ezeken az állapotokon való átsegítés, a tartós és sok mellékhatással járó gyógyszeres kezelés és kórházi ápolás elkerülése. Az alapítványt olyan személyek működtetik, akik egyetértenek ezzel a szellemiséggel, önkéntesként bárki csatlakozhat a szervezethez, tehát ilyen értelemben nyitott. A mentális beteget önálló életvitelében és a hospitalizáció elkerülésében támogatják, valamint a meglévő képességeik, kapcsolataik megtartásában és felhasználásában nyújtanak segítséget. (Elkísérik hivatalos ügyet intézni, segítik az álláskeresésben, szabadidő eltöltésében, információt nyújtanak neki különböző ellátásokról, problémamegoldó beszélgetéseket folytatnak.) Természetesen klienseik állapotától függően együttműködnek az egészségügyi ellátórendszerrel. Mindezt úgy, hogy bevonják a mentális beteg családját, környezetét, önkéntes segítőköt, és ha szükséges, a családdal is folytatnak szociális, támogató munkát.

Az alapítvány mindezt különféle, akkor még törvényben nem nevesített, tehát teljesen új, pszicho-szociális rehabilitációs ellátásokban szervezte meg. Kezdetben az életvitelt támogató nappali klubokat, családi tanácsadó szolgálatot működtettek,

majd mobil krízis szolgálatot, intenzív eseménymenedzsmentet hoztak létre. 2002-ben ezt a fajta ellátást finanszírozta az állam is egy modellkísérlet keretében, majd ez az ellátási forma „törvényesítve” lett, mint közösségi ellátás bekerült a kötelezően ellátandó szociális szolgáltatások közé. 2005-től kaptak először állami normatívát. Majd maga az alapítvány sikeres forrásteremtést követően saját irodát nyithatott a belvárosban. Az alapítvány működésének finanszírozása állandó kérdés, az egészségbiztosítási norma mellett jelentős forrás származik pályázati pénzekből, adományokból.

Az alapítvány nem csak szellemiségében nyitott, hanem területileg és közösségleg is integrált, fizikailag egyértelműen elhatárolódott az egészségügyi környezettől. Családsegítő szolgálatokat kerestek meg, és azok, akik az alapítvány szellemiségével, célkitűzéseivel egyetértettek, ingyen felajánlották helyiségüket a klubok üzemeltetésére. A nappali ellátás azóta is önkormányzati tulajdonú helyiségekben, a kliensek lakókörnyezetéhez közel (az egyik egy panellakótelep földszinti lakásában) található. Az alapítvány célja nem csak a mentális problémákkal élők támogatása, hanem a társadalmi véleményformálás is.

Az alapítványon belül létrehoztak egy olyan munkacsoportot, mely a megváltozott munkaképességű, pszichiátriai problémában érintett emberek nyílt munkaerő-piaci reintegrációjára szakosodott. Kezdetben négyen működtették ezt a csoportot, és pályázati pénzekből finanszírozták tevékenységét. A szolgáltatás annyira népszerű volt, hogy külön irodát béreltek és az alapítványon belül önálló pozíciókat hoztak létre.

Az alapítvány munkaerő-piaci reintegrációjának két alapvető feladata van. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak felkészítése a munkaerőpiacra, ami különösen indokolt és szükséges akkor, ha hosszabb időt kórházban, vagy otthon „pihenéssel” töltöttek, ami növeli a bizonytalanságérzetüket és rutintalanságot jelent a munka világában. A másik feladat az álláskeresésben való segítség, valamint munkáltatók felkeresése. Továbbá segítenek a munkavállaláshoz szükséges iratok – NRSZH, APEH kártya, gondnok – beszerzésében is. Ha a kliens felkészültnek érzi magát az álláskeresésre, akkor irodai háttérrel biztosítanak neki, online, vagy újságból böngészheti a konkrét álláshirdetéseket, telefonokat, maileket intézhet onnan. Valamint megpróbálják tartani a kapcsolatot a kliensek pszichiátereivel is, ugyanis a gyógyszereszt szükséges úgy beállítani, hogy ne akadályozza a munkavállalást.

Az alapítványnak alapvetően három nehézséggel kell szembenéznie; a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal kapcsolatos előítéletekkel, a rokkantosság, leszázalékolás⁹ és a megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató szervezetek állami támogatásának¹⁰ visszaszűkítésével.

⁹ Ugyanis „enyhébb”, ám igen gyakori orvosi diagnózis esetén (neurózis, depresszió) csak 50%-ban százalékolják le klienseiket, ami után nyugdíj nem jár, csak szociális járadék, és ráadásul a foglalkoztató is jóval alacsonyabb állami dotációt kap. Így a kettős akadályok mellett még egy következő is nehezíti a munkavállalást, ugyanis a szociális járadék mellett maximum napi 7 órában lehet dolgozni. Tehát, ha a kliens nem szeretne elesni a járadéktól, akkor mindenképpen be kell vallania a leszázalékolást az állásinterjún. Így, ha valakiről a munkáltató nem tudja, hogy pszichiátriai diagnózisa van és az előítéletei nem kezdnek el munkálkodni, akkor magának az álláskeresőnek kell megmondania, ami gyakorlatilag teljesen ellehetetlenítheti az álláskeresést. (Elviekben tilos megkérdezni az állásinterjún, hogy miért van leszázalékolva a pályázó.)

¹⁰ 2007-ben a dotációs finanszírozás szabályozása annyiban nyitottá vált, hogy a dotációt igénylő akkreditációs tanúsítványt már nem csak célszervezet igényelhet. Azonban ezzel annyira bonyolult és aprólékos adminisztráció jár együtt (folyamatosan gondozási tervet kell készíteni, és értékelni annak megvalósulását, amit a szociális foglalkoztatóban két erre szakosodott kolléga végez), hogy a munkaközvetítő iroda sem tudja átvállalni, így szinte kizárólag olyan cégek vállalják ezt fel, akik eleve megváltozott munkaképességű személyek foglalkozására szakosodtak.

Maga az alapítvány munkaerő-piaci irodájának tevékenysége bizonytalan forrásokból, bizonytalan, és államilag alig-alig támogatott célcsoporttal és céllal dolgozik. Azonban célcsoportjukkal, az alapítvány tapasztalatai szerint, a hivatalos munkaerő-közvetítő irodák nem tudnak mit kezdeni, ha klienseik egyáltalán eljutnak odáig.

„Egy fillér állami pénz nincs az alapítványban. A foglalkoztatási programokat sem támogatja. Azt mondják, ott vannak a Munkaügyi Központok, azok ellátják ezt. Ez azonban nem igaz. Rehabilitációs Információs Centrum (RIC) az kb. 4%-os hatékonysággal dolgozik, mi 25%-ossal. Ez a munkába állítási hatékonyság. Ennek ellenére mi nem kapunk pénzt az államtól, ők kapnak. Az állam szempontjából a foglalkoztatáspolitikát kimerül annyiban, hogy a célvállalatoknak adunk dotációs pénzt.” (alapítvány munkaerő-piaci integrációért felelős szakembere)

A rehabilitáció és az álláskeresés területén 2007-ben 20-30%-os sikeres kiközvetítési rátával dolgoztak. A legnagyobb probléma, amivel a munkaközvetítő iroda sem, és klienseik sem tudnak mit kezdeni, a munkaerőpiacon tapasztalható stigmatizáló attitűd.

„Vannak dolgok, amihez nem kell pénz, a stigma meg a presztízs.” (alapítvány pszichiáttere)

Éppen ezért a munkahelyek feltárása, a munkaközvetítés is speciálisabb, nagyobb odafigyelést igényel. Az egyik járható út, hogy maga az iroda keres fel cégeket, már kialakultak állandó kapcsolataik, a másik pedig a kliensek kapcsolathálójának feltérképezése, és az ott rejlő álláslehetőségek felkutatása. Az iroda tapasztalata az, hogy a kis és középvállalkozások általában jobban befogadják a fogyatékkal élőket, és tolerálni tudják nehézségeiket, odafigyelnek rájuk. A multinacionális cégek ehhez túlságosan nagyok, személytelenek, az állami szféra pedig nem fogadja szívesen a pszichiátriai diagnózissal élőket a munkaközvetítő iroda tapasztalata szerint.

A céljuk az, hogy az első munkahelyeket még ők szerezzék, de aztán klienseik „saját lábukra” állva tudjanak megmaradni a munkaerőpiacon. A már elhelyezett klienseket továbbra is mentorálják, tartják a kapcsolatot, ha a kliens igényli, illetve tapasztalataik szerint általában jelentkeznek is, hogy hogy érzik magukat, milyen a munkahely, valamint a cégek is vissza szoktak jelezni, akkor is, ha valami probléma volt.

2. eset: Önkormányzathoz kötődő alapítványi munkaközvetítő iroda

Ebben az esetben egy alapítvány egyszerre lát el a törvényi szabályozás szerint kötelező (államtalanítás) és egy nem kötelező (újító) feladatkört. A szociális törvény előírja, hogy a 10 000-nél nagyobb lélekszámú településeken a pszichiátriai betegek nappali ellátását nyújtó intézményi feladatokat (napközbeni tartózkodás, sport, kulturális programok, képzés, képességfejlesztés, pszicho-szociális gondozás) el kell látni, és ezt egy budapesti kerületben egy alapítvány végzi. A hivatalos és kötelező kerületi tevékenysége mellett azonban felvállal több olyan tevékenységet, melyet nem az önkormányzat finanszíroz és nem kötelező jellegű. Ilyen a közösségi pszichiátriai gondozás, ami nem kötelező jellegű, de normatív támogatást élvez, meghatározott összeg alapján.

Ezt az alapítványt maguk a nappali ellátást végző szakemberek hozták létre 1999-ben, ami a közösségi feladatok ellátásán túl munkarehabilitációs tevékenységet, és szociális szakemberek számára továbbképzést végez. Az alapítvány működése tehát erősen kötődik a gondozóhoz, sok esetben az alapítvány munkatársai is ellátják a gondozóbeli feladatokat és

fordítva, a munkavégzés helye pedig értelemszerűen ugyanaz. Szinte csak a fizetésből lehet tudni, melyik munkatárs hol dolgozik.

A klub igen népszerű, nyilvántartásuk szerint összesen 814 ember jár ide. Tehát egy alapítvány a kötelezően ellátandó feladatokkal párhuzamosan a saját erőforrásait, tudását, küldetéstudatát, karitatívitasát felhasználva extra feladatok (mint pl. az álláskeresés) ellátására pályázik.

A gondozottak esetében itt is a közösségi pszichiátria szemlélete kap teret, a nappali ellátás helyszíne itt is egy lakótelepi ház földszintjén található. Kihasználva a lehetőséget céljaik megvalósításához, a közösségépítéshez, kiadják helyiségeiket lakógyűlésre, és nem csak a gondozottak, hanem bárki használhatja számítógéptermeiket, büféjüket.

Mindenkiről, aki ide gondozottként bekerül, gondozási tervet készítenek, és aki egyéni célként a munkavállalást is megjelöli, az bekerül a munkaerő-piaci programba. Foglalkoztatnak külön munkaerő-piaci rehabilitációs esetmenedzsert, munkapszichológust és állásfeltárót is. A gondozási terv része az egyéni felmérés (szociális háttér, képességek, végzettség, preferált munka stb.), és ennek alapján elkészül egy személyre szabott munkakeresési terv. Tapasztalataik szerint a gondozottak többnyire félnek attól, hogy fogják megállni a helyüket egy integrált munkahelyen. A programba bekerült személyeknek tréningeket (kommunikációs, problémamegoldó, stresszkezelő) tartanak, akárcsak a másik alapítványnál. Ez az alapítvány is működik állásfeltáróként, tehát innen is lehet telefonálni, interneten böngészni az álláshirdetéseket. Ha valakinek sikerül elhelyezkednie, utógondozást is végeznek, amíg a kliens igényli. Tehát az egyéni rehabilitáció megvalósulására is van lehetőség, hasonló eszközökkel, mint a másik alapítványnál. Ezeket a tevékenységeket Európai Unió pályázatokon elnyert pénzből finanszírozzák.

A munkarehabilitációs programot eleinte még meghirdették, de aztán annyi jelentkező volt, hogy sürgősen le kellett mondani, és felhagytak ezzel. Alapvetően a Munkaügyi Központból, a kerületből, a gondozóból és a közeli kórházból érkeznek klienseik, és szerződéses viszonyban együttműködnek a Kerületi Pszichiátriai Gondozóval is.

„Azt vettük észre, hogy sok szakember van nálunk, aki jó szakmával bír és az most is működik, hogy elmennek egymáshoz villanyt szerelni, vizet szerelni, festeni, és akkor azt találtuk ki, hogy belőlük egy ilyen szakembergárdát összehozni, akkor ők a betegeknek, és a környék nem túl gazdag embereinek piaci ár alatt tudnak dolgozni.” (alapítvány esetmenedzsere)

Az egyéni rehabilitáció tehát a kliensek közötti csereviszonyokban is megjelenik, és ezt, valamint a helyi igényeket és lehetőségeket ismerve és felhasználva szerveznének egy brigádot. A munkaerő-piaci reintegrációt ez az alapítvány némileg másképp kezeli, sokkal aktívabban, tevékenyebben irányítja, azonban ezzel inkább a félig-védett munkavállalás felé tereli klienseit. Ezzel összecseng, hogy ez az alapítvány akkreditáltatta is magát, mint foglalkoztató, így ennek keretén belül itt megtalálhatóak a törvényben felsorolt foglalkoztatási formák: a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás (5 fő), a munkarehabilitáció (5 fő) és a nyílt munkaerő-piacra történő felkészítés (40 fő). Alapvetően itt az utóbbi dominál, és a fejlesztést is szó szerint értik, tehát nem a házon belüli munkákat végeztetik el gondozottaikkal, hanem kifejezetten azokat, melyekkel olyan tudást szerezhetnek, amit a nyílt munkaerőpiacon is tudnak használni (pl. számítógép használata). Mint alapítvány saját maguk is foglalkoztathatnak, így szeretnék teljesen nyitottá tenni büféjüket, ahol a fejlesztő- felkészítő foglalkozás keretében felszolgálatot gyakorolhatnának klienseik, valamint a büfé az antistigma programjuk része is lenne.

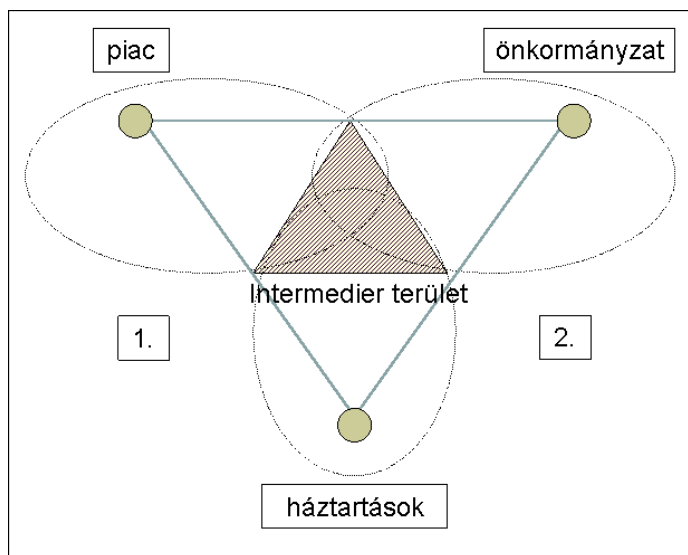
Az állásfeltáró szakemberük szintén egy pszichiátriai betegnek diagnosztizált, aki korábban vállalkozó volt, és maga is szerződésben állt egy szociális foglalkoztatóval. Klienseik többségét betanított vagy szakmunkásként tudják elhelyezni a szolgáltatóiparban, vagy építkezéseken.

„Nem értem azt a módszert, hogy én nem vagyok magán munkaközvetítő, a munkaügyi központ tudja, hogy én működöm, és pszichiátriai betegekkel foglalkozom, és ideküldi a beteget. A pénzt, viszont amit kap ezért, hogy rehabilitációs állásokat tárjon fel, azt viszont nem küldi át. Ott marad náluk egy rakás olyan pénz, ami nem őket illeti meg. (az alapítvány munkaerő-piaci szakembere)

Ebben az esetben tehát egy államilag finanszírozott szociális ellátás adta erőforrások kihasználásával hoztak létre egy alapítványt, mely a nyílt, félig-nyílt munkaerő-piaci elhelyezést támogatja. Vagy másképpen fogalmazva, egy már meglévő struktúrát lassan, folyamatosan, belülről, a külső környezeti hatások mentén, azonban a régi kereteket megtartva kezdtek el átalakítani újító szemlélettel.

Összefoglalásul tehát megállapítható, hogy mindkét alapítvány megalakulásakor valamilyen állami vagy önkormányzati szociális feladatot átvállaltak, azonban szervezeti, támogatási szinten és a szociális innováció területén is különböző módokon. Ezt a sokféleséget illusztrálom Adalbert Evers jólétmix koncepciójára (1995) támaszkodva, amelyben a civil/nonprofit szféra, az állam, a piac és a háztartások közti viszonyrendszer is megjeleníthető. Itt a háztartások, a magánemberek aktív szereplői a gazdasági tevékenységeknek, melyet sokféle szerep és kapcsolatrendszer jellemez, és melynek mentén megragadhatóak az integrációt elősegítő változások is.

1. ábra. Az önkormányzati, piaci, magán és a civil/nonprofit szféra kapcsolatai a pszichiátriai betegek munkaerő-piaci reintegrációjában



Az eredeti ábrán a piac és a háztartások mellett az állam szerepelt, én ezt kicseréltem az önkormányzatra. Az intermedier terület a civil/nonprofit szférát jelenti, melyet akaratlagosan nem tüntettem fel, mert a bemutatásra kerülő szervezetek korántsem biztos, hogy függetlenek és tartósak. Mindez azért szükséges, mert a személyes viszonyok mentén átalakuló intézmények a helyi önkormányzatok esetében aktívabbak. Valamint az eredeti ábrán nem szerepelt halmazábra,

mely esetemben a sajátos magyar civil/nonprofit szféra fejlődését, és az államtalanításban való szerepét, valamint az integrációt elősegítő tényezők megjelenését is illusztrálja.

Az esettanulmányok elemzése – következtetések

„Hegyesi Gábor 1991-es megállapítása még most is megállja a helyét, miszerint a gyenge piaci szektor, a tömeges igény a szociális szolgáltatások iránt, csak úgy tud civil/nonprofit szervezeteknél életben maradni, ha az állami szociálpolitika támogatja” (Bartal 2005). Harsányi (2003) hívta fel a figyelmet arra, hogy az állam határozza meg a nonprofit szféra működéséhez szükséges politikát, a prioritásokat, finanszírozást, így maguk a szervezetek és klienseik is erősen függenek az államtól. Bartal szerint a hazai nonprofit szektor leginkább az állammal való viszony intézményesítésében és intézményesülésében fejlődött a legtöbbet, még ha nem tudatos módon is (Bartal 2005).

A magán munkaközvetítő irodát önkormányzattól függetlenül üzemeltető alapítványt (1. eset) egy érintett család hozta létre, saját vállalatuk tőkéjét biztosítva ehhez. Az interdependencia elmélet (Salamon 1991) értelmében ebben az esetben tehát a háztartási humántőke és a vállalati pénzügyi tőke, és a „lelkes szakmai gárda” egymásra találása hívta életre az alapítványt, bár a vállalatok az alapítvány üzemeltetésében ma már nem vesznek részt. Az alapítvány működése és finanszírozása is többrétű. Szerződésben áll önkormányzattal – tehát az államtalanítási folyamatokba is bekapcsolódott – és ez a tevékenysége az állami/önkormányzati támogatás nélkül nem lenne fenntartható. A munkába-állítási programjukat viszont szinte teljes mértékben pályázati pénzekből finanszírozzák, tehát ez a tevékenység állami támogatástól függetlenül is életképes. Itt tehát a piaci, a szakmai és a magánszféra találkozási pontja a működési területet megtestesítő alapítványt.

Az önkormányzathoz kapcsolódó munkaközvetítő iroda (2. eset) viszont erősen kapcsolódik és függő helyzetben van egy önkormányzattól, tehát tényleges státusa leginkább a nemzetközi szakirodalomban használt ún. „fél-állami” („Quango” - *Quasi-Autonomous Non-Governmental Organizations*) jelleggel ragadható meg.¹¹ Azaz az alapítvány tevékenysége kizárólag úgy valósulhat meg, hogy az önkormányzat törvényesen kiszervezheti a feladatot, vagy saját berkein belül alapítványt hoz létre, melyet pályázati forrásokból fenntarthat. Azaz ebben az esetben az alapítványban és a gondozóban dolgozó szakemberek kreatívan használják a civil/nonprofit és az állami szektorba tartozó erőforrásokat a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak társadalmi integrációjának előmozdítása érdekében. Itt azonban nem csak az anyagi, hanem a humán erőforrásoknak, kapcsolatoknak is nagy jelentősége van (jóléti pluralista koncepció), amennyiben az egyes személyi átfedések szervezeti kapcsolatokká alakulnak, azaz az informális viszonyok formálissá válnak, melyeken keresztül megvalósulhatnak az integrációt megteremtő intézmények.

Ezekben az alapítványokban a háztartások aktív szereplőkké váltak, hiszen mindkét munkaerő-közvetítő iroda nagyon népszerű, tehát sokan választják az általuk nyújtott szolgáltatásokat.

Bocz (2009) szerint a civil/nonprofit szektor egyik típusa a „kielégítetlen keresletre történő reagálás, az alternatív szolgáltatói szerepkör” (Bocz 2009:130), mely ugyan igaz mindkét alapítványra, azonban ezekben az esetekben újításról,

¹¹ Figyelembe kell azonban venni, hogy Magyarországon bizonyos nonprofit szervezeti formák (pl. közalapítványok) alapítója csak állami és/vagy önkormányzati szervezet lehet, és a magyarországi gyakorlat úgy alakult, hogy e szervezeteket is a szektorba sorolják (Bocz 2009:48).

innovatív kogníciókról is beszélhetünk, amennyiben nem csak egyéni, hanem közösségi szinten is változást szeretnének eszközölni ezek a szervezetek.

A vizsgált esetek közül az *inkrementális változást* megtestesítő gondozó (2. eset) és az azon belül működő alapítvány igazodik a szabályozás megváltozásához, amennyiben az érdekeinek megfelel (önálló életvitel és nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás elősegítése). Ezen felül az intézményi működés az alapítvány működtetőinek újító szellemiségét tükrözi, amennyiben a kötelező feladatokon kívül is „gondolkodnak”, extra tevékenységeket, szolgáltatásokat szerveznek klienseik számára, és mindegyikre pénzt is szereznek. A gondozó és az alapítvány szakemberei a kialakult és a szabályozás adta keret „rendszerén” belül változtatnak. Ezzel szemben az önkormányzattól függetlenül működő alapítványi munkaközvetítő iroda (1. eset) *radikális változás* megtestesítője, amennyiben anyagilag függetlenül (természetesen, amennyiben céljaikkal megegyezik, kihasználják az állami kedvezményeket, lehetőségeket) a munkaerő-piaci és közösségi reintegrációt szolgálva, és ezzel mintegy teljesen új nézőpontot hozva a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak életében, és megítélésében.

A változások eredményességének egyik kulcsa az intézmények közötti kapcsolat, mely sok esetben személyi átfedéseknek köszönhető. Ezeknek egy sajátos megvalósulása tapasztalható Magyarországon. A civil/nonprofit szervezetek céljaikban (pl. szociális gondoskodás), irányítási elveikben (pl. menedzsmentépítés), cselekvési racionalitásban a civil, piaci és az állami szektor elemeit is alkalmazzák (Bartal 2005). Ez a hibrid jelleg megjelenik a szervezetek működtetésében is, és más intézményekkel való kapcsolat eredményességében, az új útvonal kiépítésében is. A változás tehát informális úton indul el és a formális szabályozókra gyakorol hatást.

HIVATKOZÁSOK

Bartal A. M. (2005) *Nonprofit elméletek, modellek, trendek*. Budapest: Századvég.

Bocz J. (2009) *A nonprofit szektor strukturális átalakulása Magyarországon. A magyar nonprofit szektor az 1990-es évek elejétől a 2000-es évek közepéig*. Doktori disszertáció. Budapest: Corvinus Egyetem Szociológiai és Társadalompolitikai Intézet. Hozzáférhető: http://phd.lib.uni-corvinus.hu/375/1/bocz_janos.pdf Letöltve: 2014-04-06.

Bulyáki T. – Harangozó J. – Falloon I. R. H. (2002) *Hatékony munka-rehabilitáció pszichiátriai és pszichoszociális problémákkal élők számára*. Budapest: Ébredések Alapítvány.

Czakó Á. (2009) 2 in 1? Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért. *BUKSZ - Budapesti Könyvszemle 1*. Hozzáférhető: <http://buzsz.c3.hu/1001/12ossztart.pdf>. Letöltve: 2014-02-13.

Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Evers, A. (1995) *Eltolódások a jólétmixben*. In: Andorka R. – Hradil, S. – Peschar, J. (szerk.) *Társadalmi rétegződés*. Budapest: Aula. 605-632.

Fülöp S. (2002) *A civil-nonprofit szektorba tartozó szervezetfajták*. In: Bíró E. *Nonprofit szektor analízis. A civil szervezetek jogi környezete Magyarországon*. Budapest: EMLA Egyesület. 171-173.

Gábos A. – Tátrai A. (2011) *Az egészségkárosodott népesség helyzete Magyarországon*. Budapest: TÁRKI - Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Gere I. (2009) *Állami támogatások és célszervezetek az ezredforduló rendszerének tanulságai*. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. Forrás: <http://mek.oszk.hu/09600/09635/09635.pdf> Letöltve: 2014-04-08.

- Grammenos, S (2003) *Illness, disability and social inclusion*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
Hozzáférhető:
<http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eurofound.europa.eu%2Fpubdocs%2F2003%2F35%2Fen%2F1%2Fef0335en.pdf&ei=mQVBU4j2BlbnywOqi4KwAg&usg=AFQjCNE1KJDX0ksRmFl4j1kFV6KjRpvw&sig2=cceBul7fk5NZX59Z3pkw3A&bvm=bv.64125504,d.bGQ> Letöltve: 2014-03-01.
- Harsányi L. (2003) *Nonprofit szolgáltatások*. In: Papp I. (szerk.) *Szolgáltatások a harmadik évezredben*. Budapest: Aula – BKAÉ. 153-185.
- Hegyesi G. (1991). Integrációs modellek és nonprofit szektor. *Esély* 1. 4-10.
- Jahoda, M. (1981) Work, employment, and unemployment. Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*. 36. 184-191.
- Kálmán Zs. – Könczei Gy. (2001) *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Budapest: Osiris.
- Krémer B. – Bói K. – Kurucz E. – Mód P. – Ottucsák M. – Pál Zs. (2010) Issue-paper: A társadalmi kirekesztés által különösen veszélyeztetett csoportok (romák, megváltozott munka-képességűek) empirikus kutatása elé. Kézirat.
- KSH (2012) *Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon, 2011*. Hozzáférhető:
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf> Letöltve: 2014-02-01.
- Kuti É. – Marschall M. (1991) A nonprofit szektor fogalma. Egy definíciós vita, és ami mögötte van. *Esély* 1. 61-69.
- Lakatos J. – Tokaji K. (szerk.) (2009) *Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek, 2008*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Salamon, L. (1991) *A piac kudarca, az öntevékenység kudarca és a kormány nonprofit szektorral kialakított kapcsolatai a modern jóléti államban*. In: Kuti É. – Marschall M. (szerk.) *A harmadik szektor*. Budapest: Nonprofit Kutatócsoport. 57-69.
- Salamon, L. M. – Anheier, H. K. (1992) *In Search of the Nonprofit Sector I: The Question of Definitions. The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project Working Papers No. 2*. Baltimore: Johns Hopkins University Institute for Policy Studies.
- Scharle Á. (2011) *Foglalkozási rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon*. Budapest: Szakpolitikai Elemző Intézet. Hozzáférhető:
http://www.budapestinstitute.eu/uploads/rehab_jelentes_110410.pdf Letöltve: 2014-02-12.
- Soteria (é. n.) Önálló életvitel. Háttérinformációk a fogyatékossgal élő és mentális problémában érintett emberek önálló életvitelének elősegítéséről. Hozzáférhető: <http://communityor.blogspot.hu/2008/01/magyarorszgi-soteria-kezdemnyezs.html> Letöltve: 2014-04-01.
- Szalai J. (2007) *Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon*. Budapest: Osiris.
- Verdes T. – Scharle Á. – Várad B. (2012) *Intézet helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól*. Budapest: Budapest Intézet – Társaság a Szabadságjogokért.