

Kozma Judit: Témák és ügyek a nemzetközi szociális munkában

Ezt a témát azért ajánlottam az új szociális munkás folyóirat szerkesztéséhez, mert a nemzetközi irodalomban sok olyan kérdés merül föl, amely releváns a hazai szociális munkában is. Érdekes tanulnunk. Érdekes átlátni azt is, hogy ezekről a kérdésekről miképp gondolkodnak más országok szociális munkásai. Amikor annak idején először olvastam a Szilvási Léna szerkesztette Gyermek – Család – Társadalom című kézikönyvében Nigel Parton (1996) gondolatait az 1989. évi angol gyermekvédelmi törvényről, először nehezen értettem a törvényről szóló vita érvrendszerét. Az is ismeretlen volt, hogy így is lehet vitatkozni egy törvényjavaslatról. A mi gyermekvédelmi törvényünk nem ilyen viták között született. Jó lenne vitatkozni. Ezért a következő írásokban igyekszem kiemelni a vitatott kérdéseket, és nem foglalok állást. Az lenne a legjobb, ha az olvasó maga alakítaná ki a saját véleményét, netán megvitatná a kérdést munkatársaival.

Ahogy átnéztem a nemzetközi irodalmat, jelenleg nincsenek igazi új, áttörést jelentő irányzatok a nemzetközi irodalomban, ahogy az ezredfordulón kétségtelenül ilyen volt például a reflektív szociális munka, a feminista szociális munka, a hivatásbeli értékrend átalakulása, a konstruktív szociális munka vagy az interprofesszionalitás a szociális munkában. Ezek az irányzatok máig is elevenek a szociális munkában, de az érdeklődés inkább a gyakorlati kérdések felé fordult. Így a megvitatásra kerülő témák között a jövőben éppúgy megjelenhetnek a hosszabb múlttal rendelkező irányzatok újabb fejleményeiről szóló beszámolók, mint más kérdések, mint amilyen a multikulturalizmus, a szociális munkás kutatás, a fogyatékkal élők ellátásának kérdései vagy az idősellátás aktualitásai, mely utóbbiról fog szólni ez a cikk az új angol szolgáltatási törvény kapcsán.

Kozma Judit: Az idősellátás dilemmáiról és azok kezelési módszereiről a 2014. évi angol szolgáltatási törvény¹ kapcsán

A 2014-es angol szolgáltatási törvényt nemcsak azt tette történelmi értelemben egyedülállóvá, hogy több mint 60 év után született ismét átfogó angol szolgáltatási törvény, hanem az is, hogy széles körű konszenzussal fogadta el az angol parlament. Bár a Munkáspárt szerint a reform semmiképpen sem elegendő a szolgáltatási krízis megoldására, de nem erőltették a kérdést. Ehhez nyilvánvalóan hozzájárult, hogy a miniszterek két éven keresztül folytatták a törvényjavaslat társadalmi vitáját, és nyitottak voltak a változtatásokra. A társadalmi vita során csaknem 1000 változtatási javaslat érkezett, melyet egy erre az alkalomra alakított parlamenti szaktanács tárgyalta. A munkájuk nyomán született 107 módosító javaslat nagy részét a parlament elfogadta.

A törvény kiemelkedő intézkedései (Brindle 2014) közé tartozik

- az informális gondozók támogatásra való jogosultságának megállapítása;
- az emberi jogi törvény hatályának kiterjesztése valamennyi regisztrált szolgáltatóra;
- a gondozottak és képviselőik a jövőben jogosultak a szolgáltatási díjakkal kapcsolatos független tanácsadás és érdekképviselet igénybevételére;
- az igénybe vevők és képviselőik jogosultak fellebbezéssel élni a helyhatóságnak a jogosultsággal és költségviseléssel kapcsolatos döntése ellen.

A szociálpolitikai döntések alakítják ki a szociális munka működési feltételeit, de nem csak ezért érdemes a 2014. évi angol szolgáltatási törvényben (Care Act, 2014) megjelenő dilemmákat áttekinteni. A szociális szolgáltatásokat szabályozó brit törvények mindegyikének kidolgozásában igen nagy szerepe volt és van a szociális munkásoknak, így – legalábbis az

¹ A törvényt az angol parlament 2014 júliusában fogadta el. A törvényhez kapcsolódó rendelettervezetek vitája 2014. augusztus 15-ig folyt szakértői csoportok, felhasználók, önkormányzati szakemberek, szociális munkások, az önkéntes szektor szervezetei, valamint országos képviselői szervek részvételével. A törvény 2015 áprilisában lép hatályba. A gondozási költségplafont 2014 őszén vezetik be, de 2016-ban újra tárgyalják. (Department of Health 2014) Mivel Walesben, Skóciában és Észak-Írországban a tartományi függetlenség körébe tartozik a szociális és egészségügyi szolgáltatások szabályozása, így a törvény csak a határokon átvelő ügyekben érvényes az Egyesült Királyság Anglián kívüli tartományaiban.

elveket és célokat tekintve – világos kapcsolat van a szociális törvénykezés és a szociális munka elmélete és gyakorlata között. A törvények alapelvei tükrözik a szociális munka alapelveit, mint amilyen a felhasználó-központúság, és világos eligazítást adnak a végrehajtással kapcsolatos szociálismunka-módszerekkel kapcsolatban, mint amilyen például a szükségletfeltárás, a szolgáltatási csomagok összeállítása vagy a vagyonzvizsgálat, de foglalkoznak a szociális szakemberek felkészültségével, a képzéssel kapcsolatos elvárásokkal is.

A tanulmány első fejezetében az elmúlt években publikált kutatások alapján áttekintem az új szolgáltatási törvény szükségességét alátámasztó társadalmi folyamatokat, melyeket a szolgáltatási krízis fogalommal szoktak brit kollégáink körülírni. A második fejezet fog azzal foglalkozni, hogy milyen megoldásokat kínál az új angol szolgáltatási törvény e problémák megoldására. A tanulmány utolsó fejezetében írok arról, hogy mit jelent az új szolgáltatási törvény a szociális munkások számára.

Szolgáltatási krízis – finanszírozási krízis

Jól ismert tény, hogy a nyugati társadalmakban az emberek egyre tovább élnek. A 85 éves és idősebb populáció – melynek legnagyobb valószínűséggel van szüksége a szolgáltatásokra és támogatásokra – létszáma 2005 és 2014 között Angliában 30%-kal nőtt, mely trend előre láthatóan a jövőben is folytatódni fog, és 2025-re a 2005-ös létszámnak csaknem a kétszeresét fogja kitenni (Dilnot Commission, 2011; Abrahams et al. 2014). Mindeközben a gondozásra és támogatásra² rendelkezésre álló források radikálisan csökkentek, a 2010/11 és 2013/14 közötti periódusban a helyi önkormányzatok gondozásra és támogatásra rendelkezésre álló forrásai reálértékben csaknem 20%-kal csökkentek, ezen belül az idősek szolgáltatásaira reálértékben 15%-kal jutott kevesebb, annak ellenére, hogy az egészségügyi minisztérium ezekben az években jelentős pluszforrásokat biztosított a szociális támogatásokra és gondozási szolgáltatásokra. A szolgáltatási krízis egyik legfontosabb pontja tehát az a szakadék, amely a szolgáltatási kereslet növekedése és a rendelkezésre álló források folyamatos csökkenése között nyílik.

Az új szolgáltatási törvény előkészítéseként a Dilnot-bizottság (Dilnot Commission, 2011) a kereslet és kínálat közötti szakadék következményeit vizsgálta széles körű kutatás keretében. Következtetésük szerint az 1948-ban elfogadott szolgáltatásfinanszírozási rendszer

² A gondozás és támogatás kifejezés az angol kifejezést követi (care and support), mi e kettőt együtt nevezzük szolgáltatásnak.

alkalmatlan a 21. században tapasztalt problémák megoldására. A jelenleg érvényben lévő angol szolgáltatásfinanszírozási rendszer jövedelem- és vagyonzvizsgálaton alapul, és a helyi önkormányzatok működtetik. A jogosultsági küszöb 23250 font sterling³, az ennél az összegnél nagyobb vagyonnal rendelkezők nem számíthatnak államilag finanszírozott szolgáltatásra⁴, a legtöbb önkormányzat 14000 font sterlingnél kisebb megtakarítás esetén ingyen biztosít szolgáltatást az időseknek, a 14000 és 23250 font sterling közötti vagyonnal rendelkezők által fizetendő szolgáltatási díj függ a rászoruló szükségleteitől és jövedelmétől. Különböző előírások vonatkoznak a házi gondozási szolgáltatásokra és a bentlakásos ellátásra, mely utóbbi esetben (amennyiben nem lakik eltartott a lakásban) a vagyonzvizsgálatba beszámítják a lakásvagyont is. És mivel a 65 éves korúak közül minden tizedik számíthat arra, hogy hátralévő élete során 100000 fontnál többet kell fizetnie a szükséges gondozási szolgáltatásokért (amibe nem számítják bele a megélhetési költségeket!), sokaknak kell eladniuk az otthonukat, hogy ki tudják fizetni a szükséges gondozási szolgáltatások költségeit. Ezt a közvélemény általában igazságtalannak tartja, az érintettek nem tudják, nem készülnek rá, akkor szembesülnek a ténnyel, amikor a helyzet bekövetkezik. Ahogy a Dilnot-bizottság érvel, miközben az emberek általában biztosításokat kötnek az autójukra, lakásukra, betegségük esetére, hogy megvédjék magukat az ezeken a területeken bekövetkező kockázatok ellen, a gondozási költségek esetében ilyen jellegű biztosítás nem létezik, miközben minden 65 év fölöttit jelentős pénzügyi kockázat fenyeget. Hogy mekkora ez a kockázat, azt előre nem lehet kiszámítani vagy megjósolni, de az új szolgáltatási törvényt megelőző fehér könyvben (HM Government, 2012) írottak szerint a 65 éves korosztály 90%-a számolhat azzal, hogy hátralévő élete során valamilyen mértékű szolgáltatásokra szüksége lesz. Meg kell jegyezni, hogy a Dilnot-jelentéssel szemben megfogalmazott legsúlyosabb kritika, hogy benne fel sem merül a felnőttek gondozásának és támogatásának univerzális, minden állampolgár számára ingyenesen járó szolgáltatássá tétele (Beresford 2011).

Ugyanakkor az elégtelen finanszírozás miatt a rászorulóknak nem kapják meg azt a gondozást és támogatást, amire szükségük van. Bár 1994/95 és 2009/10 között az idősek szociális szolgáltatásainak költségvetése 70%-kal nőtt, de – hasonlóan az univerzális egészségügyi

³ Összehasonlításképpen egy lakóingatlan ára átlagosan – ami nagy különbségeket takar – Angliában és Walesben a nyolcszorosa-tízszereze ennek az összegnek.

⁴ Az angol szociális szolgáltatórendszerben túlnyomórészt magánszolgáltatók nyújtanak szolgáltatásokat, a gondozóotthonoknak mindössze 9%-át, a házigondozó-szolgáltatásoknak 17%-át tartják fenn közvetlenül a helyi önkormányzatok. Így a szolgáltatások megszervezését az önkormányzati szociális osztályok a szükségletek felmérésén alapuló szolgáltatási csomagok összeállításával és magánszolgáltatókkal való szerződésekkkel végzik.

szolgáltatások költségnövekedéséhez – csaknem 110%-kal kellett volna nőnie ahhoz, hogy lépést tartson a szükségletek növekedésével. Arról is szólnak a tapasztalatok, hogy a gondozási és támogatási rendszerre nehezedő nyomás hátrányosan érinti a szolgáltatások minőségét. Ehhez hozzájárulnak a szolgáltatási piac problémái is, hiszen a szolgáltatások ellátására szerződő magánszolgáltatókkal szemben a közfinanszírozást végző önkormányzatok hatalmi helyzetben vannak. Ezért a szolgáltatók rákényszerülnek a költségek leszorítására, hogy megfeleljenek a közfinanszírozók elvárásainak, ez viszont csak a minőség leszorításának árán valósulhat meg, ami széles körű nyilvánosságot kapott az utóbbi idők felnőttvédelmi botránnyainak kapcsán⁵.

A Dilnot-jelentés felsorolásában a következő probléma, hogy a jelen rendszerben igen nagyok a különbségek az egyes önkormányzatok szolgáltatáspolitikái között. Valójában 152 különböző szolgáltatórendszer létezik, azaz annyi, mint amennyi önkormányzat működik Angliában. A szolgáltatások igénybe vevői így az „irányítószám-lottó” következményeivel is szembesülnek, amikor szükségleteikkel megjelennek a szociális szolgáltatások helyi osztályainál. A bentlakásos ellátások esetében van országos szabály a térítési díjak vonatkozásában, a házi gondozó és nappali ellátást nyújtó szolgáltatások esetében azonban nincs ilyen. A rendszer átláthatatlan, mert területenként eltérőek a jogosultsági kritériumok, így az igénybe vevők nem tudják, hogy tisztességesen járnak-e el velük szemben. Ráadásul, ha elköltöznek egy adott területről, az új helyen ismét kezdődik a szükségletfeltárás, kétséges eredménnyel.

A szolgáltatórendszer tehát komplex és átláthatatlan, a potenciális igénybe vevők nem kapnak megfelelő információt, és tanácsadás sem áll a rendelkezésükre. Az AgeUK kutatócsoportja (Abrahams et al. 2014) ehhez hozzáteszi, hogy jelentősen csökkent az utóbbi években azon időskorúak aránya, akik az önkormányzatok által finanszírozott gondozásban és támogatásokban részesültek. Míg 2005/6-ban a korcsoport 15,3%-a, addig 2012/13-ban 9,9%-

⁵ 2011-ben a Winterbourne View ápolóotthon értelmi fogyatékos és autista lakóinak súlyos bántalmazásáról a BBC készített és mutatott be titkos filmfelvételt (BBC, 2011), az esettel kapcsolatban az intézmény két vezetőjét és 11 munkatársát tartóztatta le a rendőrség, majd a magánszolgáltató (Castlebeck Services) másik két intézményét is bezáratta a Care Quality Commission (CQC), mivel a legalapvetőbb sztenderdeket sem tartották be az intézményekben. Közben arra is fény derült, hogy a CQC nem kezeli megfelelően a visszaélésekkel kapcsolatos bejelentéseket (Community Care, 2012).

2011 másik botránnyos esetének főszereplője Anglia legnagyobb, 750 gondozóotthont működtető szolgáltatója, a Southern Cross Healthcare, melynek legnagyobb ingatlanulajdonos partnere lépett ki a szolgáltatócsoportból, mivel a szolgáltató nem volt képes tovább fizetni a magas bérleti díjat az önkormányzatok elégtelen finanszírozása miatt. Az intézmények átalakulása 31000 igénybe vevőt és 3000 alkalmazottat érint (ugyanott).

a részesült ilyen szolgáltatásokban. A gondozást és támogatásokat egyre inkább csak az „alapvetőnek” vagy „kritikusnak” minősített szükségletekkel bíró rászorulók kapják meg, és háttérbe szorulnak a preventív szolgáltatások, melyek lehetővé tennék annak a célnak a teljesülését, hogy az idős ember minél tovább maradjon otthonában és őrizze meg egészségét és jóllétét. Az esetek nagy részében az informális gondozók viselik a gondozási teher legnagyobb részét, az ő szükségleteik viszont – mivel nincs világos jogosultságuk a segítségre – még inkább háttérbe szorulnak. A valóságban az alulfinanszírozott rendszer keveset nyújt azoknak, akiknek csak „mérsékelt” elvárásaik vannak, akiknek csak kisebb segítség kellene ahhoz, hogy aktívak és függetlenek maradjanak. Emellett a szolgáltatásokra igényt tartókat gyakran küldöztetik egyik szolgáltatótól a másikig, és harcolniuk kell azért, hogy megkapják a számukra szükséges szolgáltatásokat.

Mindeközben azok, akiknek meg kell fizetniük a szolgáltatásokat, egyre többet fizetnek azért. Az Age UK kutatócsoportja (Abrahams et al. 2014, 14) rámutat, hogy a szociális szolgáltatások finanszírozásáért felelős önkormányzatok 77%-a 2011/12-ben befagyasztotta vagy egyenesen csökkentette a bentlakásos ellátásra szánt költségvetését, amit ezért a hozzátartozóknak kellett kiegészíteniük (ez Angliában csak abban az esetben törvényes, ha az igénybe vevő az önkormányzat által finanszírozottnál magasabb minőségű szolgáltatást választ), vagy a szolgáltatók a hiányzó költségeket azoktól hajtják be, akiknek saját maguknak kell a gondozást kifizetniük, és nincsenek olyan jó alkupozícióban, mint az önkormányzatok. 2013/14-ben az önkormányzatok 45%-a nem emelte meg az időotthonok szolgáltatási díjait az infláció mértékével, 65%-uk pedig a házi gondozási normatívát sem emelte, ami a helyzet további romlásához vezetett.

A szociális terület dolgozóit is tömörítő nagy szakszervezet, az Unison⁶ felmérése (Dunning 2011b) szerint a szolgáltatási rendszer személyközpontúságát, az igénybe vevőknek a szolgáltatórendszeren belüli önrendelkezését biztosító személyi költségvetés⁷ is sokat veszített népszerűségéből a költségvetési megszorítások miatt. Míg 2009-ben az igénybe vevők kétharmada értékelte hasznosnak, döntési szabadságát növelőnek, hogy a számára

⁶ Az Unison az Egyesült Királyság egyik legnagyobb szakszervezete 1,3 millió, a közszolgáltatásokban dolgozó taggal. Lásd: <http://www.unison.org.uk/about/>

⁷ A brit szolgáltatórendszer modernizációja már a Blair-kormány alatt zajlott. Ennek alapelveiről (mint amilyen az igénybe vevő önrendelkezésének támogatása, érdekérvényesítési esélyeinek növelése [empowerment], az értéket a pénzért elv stb.), valamint annak eszközeiről, mint amilyen a személyi költségvetés, melynek keretében a szolgáltatás igénybe vevője maga vásárolhatja meg a számára szükséges szolgáltatásokat az önkormányzat által biztosított pénzből, korábban már részletesen írtam. Lásd: Kozma 2007.

nyújtott pénzbeli támogatásból maga vásárolhatta meg a szükséges szolgáltatásokat, 2011-re ez az arány 41%-ra csökkent. A költségvetési megszorítások miatt zsugorodó támogatás egyre kevésbé tette lehetővé a jó minőségű szolgáltatások megvásárlását. Ez más hátrányos következményekkel is járt, mint például azzal, hogy a szolgáltatórendszer működése egyre bürokratikusabbá vált (Dunning 2011), vagy hogy a személyi költségvetés bevezetése miatt növekedett a képzés nélküliek aránya a szociális szolgáltatások területén (Samuel 2011).

Mindebből világosan látszik, hogy az önkormányzatok alkalmazásában álló szociális munkások helyzete romlott az elmúlt években. Mivel ők végezték a szükségletfeltárást, a gondozási csomagok összeállítását, a szerződéseket a magánszolgáltatókkal, a személyi költségvetéssel kapcsolatos millió űrlapot ők töltötték ki, és ők végezték a személyi költségvetés felhasználásának ellenőrzését, munkájuk egyre bürokratikusabbá vált. A nagy esetterhelés miatt nem maradt idejük valóban személyesen foglalkozni a szolgáltatásokat igénybe vevő emberekkel, viszont az ő irodájukban döbentek rá a rászorulók, hogy – amennyiben nem a nyomorszínen élnek – nem kaphatnak támogatást, és a szolgáltatásokért is fizetniük kell. Az informális gondozók, az elesett időseket, fogyatékkal élőket gondozó hozzátartozók problémáival foglalkozni sem idő, sem forrás nem volt. A szigorú takarékosági előírások miatt a szociális szakemberek nem képviselhették azoknak az érdekeit, akiknek a szolgálatára vállalkoztak. Viszont az ő irodáikban folytak azok a harcok, amelyeket az állampolgároknak kellett vívniuk jóléti szükségleteik kielégítéséért. A piaci szolgáltatóknál dolgozó szociális munkások helyzete sem volt jobb, mivel a források szűkülése és a munka bürokratizálódása rájuk is hatással volt. A szakma presztízsének csökkenéséhez hozzájárultak a gyermek- és felnőttvédelmi botrányok, melyek az elmúlt évtizedekben rendszeresen morális pánikot okoztak a közvéleményben. Emiatt ma Angliában folyamatosan keresik a vendégmunkásokat a szociális szolgáltatások területén.⁸

Prevenció, személyközpontúság, az önállóság megőrzése

A törvény az *önkormányzatok* hatáskörében tartotta meg az egészségügyi és szociális szolgáltatások szervezését, a szolgáltatási hiányok megszüntetését és a szolgáltatások minőségének ellenőrzését. A törvény célja a rendszer reformja oly módon, hogy a felnőttek által használt szolgáltatások fókuszába a prevenció, az innováció, a személyközpontúság kerüljön, ami lényegesen csökkentené az eljárások bürokratikus jellegét, a rendszert

⁸ Skóciában lényegesen jobb a szociális szakemberek helyzete, erre azonban itt nem térek ki.

hatékonyabbá (tehát az állampolgárok szükségleteinek megfelelőbbé), átláthatóbbá és így az állampolgárok által kontrollálhatóbbá tenné.

„Célunk az emberek függetlenségének és jóllétének elősegítése azzal, hogy képessé tesszük őket a gondozás és támogatás iránti szükséglet megelőzésére vagy elodázására. Át akarjuk alakítani a rendszert úgy, hogy az emberek szükségletei, céljai és törekvései kerüljenek a gondozás és támogatás középpontjába, hogy segítsük az embereket saját döntéseik meghozatalában, ismerjék fel lehetőségeiket, és kihasználják életesélyeiket.” (HM Government, 2012: 9)

Nyilvánvaló, hogy ha a bentlakásos ellátás a legdrágább szolgáltatási forma, mind az államnak, mind a szolgáltatás igénybe vevőjének, akkor a legkézenfekvőbb elkerülni az intézeti elhelyezést. Ez a cél megköveteli, hogy ne csak krízis esetén kapjon segítséget a rászoruló, hanem akkor is, amikor még kisebb segítséggel biztonsága megteremthető a saját otthonában, és így elkerülhető az intézményi gondozás igénybevétele (Care Act Section 2). A megelőzést szolgálja az informális gondozók helyzetének megerősítése, amit tükröz, hogy a gondozókról a törvény valamennyi részében szó esik. Nemcsak arról van szó, hogy a gondozóknak a törvény alapján maguknak is joguk van a segítségre (Care Act Section 10), hanem arról is, hogy az informális gondozóknak a szolgáltatás minden fázisában beleszólási joga van. A prevenció másik forrása a szociális osztályok együttműködése valamennyi érintettel (köztük az informális gondozókkal) és potenciális forrást jelentő szervezettel (Care Act Section 6).

Az új szolgáltatási törvényt előkészítő fehér könyv (HM Government, 2012) szerzőinek nemcsak a Dilnot-jelentésben vázolt finanszírozási problémákra kellett választ találniuk, hanem a szolgáltatásokat igénybe vevők mindennapi tapasztalatait leíró szakértői beszámolókból leírt gondokra és a széles publicitást nyert felnőttvédelmi botrányok kapcsán feltárt visszasságokra is. Ezért a fehér könyv kulcsfogalmai között egyként szerepel az egészség, a jóllét, az önállóság, a szolgáltatások igénybe vevőjét megillető méltóság és tisztelet, valódi választási lehetőség és igénybe vevői kontroll. Emellett a fehér könyv célul tűzi ki a helyi közösségek készségeinek, erőforrásainak és hálózatainak mozgósítását, a gondozók szükségleteinek és segítségre való jogának elismerését, a minden érintettel való együttműködést, a jól felkészült gondozók és szociális munkások minőségi munkáját.

Országos jogosultsági küszöb

Az angol kormány igyekszik az új törvénnyel megszüntetni azt a helyzetet, hogy ahány önkormányzat van Angliában, annyiféle módon határozzák meg azt a szükségletszintet, amely jogosulttá teszi az állampolgárokat a közpénzből finanszírozott szociális szolgáltatások igénybevételére. Az országos egységes jogosultsági küszöb (Care Act Section 13; Department of Health, 2013a) meghatározása lehetővé teszi, hogy ha valaki elköltözik egy másik önkormányzat illetékességi területére, nem kell ismét átesnie a szükségletfelmérésen, és nem bizonytalan, hogy megkapja-e azt a szolgáltatást és támogatást, amelyet korábban. Bár az önkormányzatok nem emelhetik meg a jogosultsági küszöböt, de arra lehetőségük van, hogy a meghatározott minimumnál alacsonyabb szükségleti szint esetében is biztosítsanak szolgáltatást.

A törvény újdonsága, hogy minden állampolgár jogosult a szükségletfelmérésre, és nemcsak a gondozásra szorulóknak, hanem a *gondozók* is, akár felnőttet, akár gyermeket gondoznak (Care Act Section 9–12). Az önkormányzatoknak ezek mellett az is kötelessége, hogy biztosítsák a szolgáltatások integrációját, a feltáró munka nemcsak a szociális szolgáltatóosztályok feladata, hanem azt más szakemberekkel, elsősorban az egészségügyi szolgálattal együtt kell végezniük, és annak adott esetben célszerű kiterjednie az egész családra, főleg a családi gondozás eseteiben. Amennyiben a gondozási szükséglet nem éri el a minimális jogosultsági szintet, az állampolgárok segítséget – információt, tanácsot és támogatást (szükség esetén közvetítést és képviselést) – kapnak ahhoz, hogy szükségleteiket a helyi közösség erőforrásait és lehetőségeit kihasználva kielégítsék. Ez lehetővé teszi, hogy a szolgáltatások potenciális igénybe vevői minél korábban kapcsolatba kerüljenek az önkormányzatok szociális osztályaival, így elkerülhető az állapotromlás, a szolgáltatás és támogatás iránti szükséglet növekedése. A szükségletfeltárásnak ez esetben nemcsak a hiányokra és képtelenségekre kell kiterjednie, hanem az erősségekre, képességekre és forrásokra is. Ez utóbbi azért is fontos, hiszen ha a jelentkező jogosult a támogatásra és szolgáltatásra, a feltárási folyamat során az önkormányzatnak és az igénybe vevőnek meg kell állapodnia nemcsak az igénybe vevő által kívánatosnak tartott kimenetekről, hanem arról is, hogy az önkormányzat szervezte szolgáltatást veszi-e igénybe, vagy inkább a pénzügyi támogatás igénybevételével maga kívánja megszervezni a szolgáltatásokat a maga számára. A felmérő rendszer kidolgozására, tesztelésére, módosítására 4-5 évet szán a szakminisztérium.

Az országos jogosultsági küszöbre vonatkozó javaslatában (Department of Health, 2013a) a minisztérium az önkormányzatok többségének jelenlegi gyakorlatát vette figyelembe. Az

önkormányzatok 86%-a ezt a szintet tekinti „alapvető” (substantial) szükségleteknek. Azoknak az önkormányzatoknak, amelyek ennél szigorúbban határozták meg a jogosultsági szintet, csökkenteniük kell azt, azok az önkormányzatok viszont, amelyek ennél nagyvonalúbban határozták meg a jogosultsági küszöbüket, a törvény hatálybalépése után is folytathatják ezt a gyakorlatot.

Mivel számunkra is érdekesek lehetnek a jogosultsági küszöb részletei, a javaslat főbb részleteit lefordítottam.

„(2) Ebben a jogszabályban

az 'alapvető személyes gondozási tevékenységek' olyan lényeges személyes gondozási feladatokat jelentenek, amelyeket egy személy a normális mindennapi élete során teljesít, beleértve ebbe az evést és ivást, a személyes higiénia fenntartását, a WC-használatot, az öltözködést és a gyógyszerbevitelt;

továbbá

az 'alapvető háztartási tevékenységek' kifejezés a lényeges háztartási feladatokat jelenti, amelyeket egy személy a mindennapi élete során teljesít, beleértve az étel elkészítését, a bevásárlást, a takarítást és mosást, valamint a háztartási kiadások intézését.

Szükségletek, amelyek megfelelnek a jogosultsági kritériumoknak: felnőttek, akiknek gondozásra és támogatásra van szükségük

2. Egy felnőtt szükségletei abban az esetben felelnek meg a jogosultsági kritériumoknak, amennyiben fizikai vagy mentális sérülés vagy betegség miatt és az ilyen szükségletek hatására a felnőtt

(a) nem képes egy vagy több alapvető személyes gondozási tevékenységét elvégezni, és ennek következményei jelentősen veszélyeztetik a felnőtt jóllétének bármely aspektusát;

(b) nem képes teljesíteni egy vagy több háztartási tevékenységét, és ennek következményei jelentősen veszélyeztetik a felnőtt jóllétének bármely aspektusát;

(c) nem képes teljes mértékben teljesíteni bármely gondozási felelősségét, mely a felnőttet egy gyermekkel kapcsolatban terheli;

(d) szüksége van támogatásra ahhoz, hogy fenntartsa családi vagy más személyes kapcsolatait, és ez a helyzet jelentős hatással van a felnőtt jóllétére;

(e) nem képes a munkavállalásra, képzésben és oktatásban való részvételre vagy önkéntes tevékenységre, és ennek következményei jelentősen veszélyeztetik a felnőtt jóllétének bármely aspektusát;

(f) nem képes eljutni a szükséges helyszínekre és nem képes hozzájutni a szükséges szolgáltatásokhoz a helyi közösségben, és ennek következményei jelentősen veszélyeztetik a felnőtt jóllétének bármely aspektusát;

(2) Az (1) pontban felsorolt tevékenységre egy felnőtt akkor minősül képtelennek, ha

(a) nem képes a feladatot teljesíteni segítség nélkül;

(b) képes a feladatot teljesíteni segítség nélkül, de ez jelentős fájdalmat, feszültséget vagy szorongást okoz számára;

(c) képes a feladatot teljesíteni segítség nélkül, de ez nagy valószínűséggel veszélyezteti a felnőtt vagy mások egészségét vagy biztonságát; vagy

(d) képes a feladatot teljesíteni segítség nélkül, de lényegesen hosszabb idő alatt, mint ami normális helyzetben elvárható lenne.

(3) Amennyiben a felnőtt szükségletei változnak, a helyhatóság – annak érdekében, hogy meghatározza a jogosultsági kritériumoknak való megfelelést – számításba veszi a felnőtt körülményeit egy meghatározott időintervallumban, ami lehetővé teszi, hogy pontos meghatározását adja a felnőtt folyamatos szükségleti szintjének.

Szükségletek, amelyek megfelelnek a jogosultsági kritériumoknak: gondozók

3. A gondozó szükségletei abban az esetben felelnek meg a jogosultsági kritériumoknak, ha e szükségletek hatására a 4. pontban meghatározott körülmények vonatkoznak a gondozóra, vagy annak bármely alpontja várhatóan vonatkozni fog rá a jövőben.

4. (1) A 3. pontban hivatkozott körülmények a következők:

(a) a gondozó nem képes vagy nem hajlandó a gondozásra szoruló felnőtt számára valamely szükséges gondozást biztosítani;

(b) a gondozási tevékenység következtében a gondozó részben vagy teljes egészében nem képes ellátni saját háztartásában az alapvető háztartási tevékenységeket (akár egy háztartásban él a gondozottal, akár nem);

(c) a gondozási tevékenység következtében a gondozó fizikai vagy mentális egészsége jelentősen romlik, vagy fennáll ennek kockázata;

(d) a gondozási tevékenység következtében a gondozó valóban vagy nagy valószínűséggel

(i) nem képes teljes mértékben gondoskodni a gyerekekről, akinek a gondozása az ő felelőssége;

(ii) nem képes teljes mértékben gondoskodni egy másik gondozásra szoruló személyről;

(iii) nem képes teljes mértékben fenntartani családi vagy társas kapcsolatait;

(e) a gondozási tevékenység következtében a gondozó valóban vagy nagy valószínűséggel nem képes megtartani a munkahelyét vagy munkát vállalni, nem képes oktatásban vagy képzésben részt venni;

(f) a gondozási tevékenység következtében a gondozó nem képes eljutni a szükséges helyszínekre, és nem képes hozzájutni a szükséges szolgáltatásokhoz a helyi közösségben;

(g) a gondozási tevékenység következtében a gondozó nem képes részt venni szabadidős tevékenységekben.

(2) Az (1) pontban felsorolt esetekben egy gondozó akkor minősül képtelennek a szükséges gondozás ellátására, ha

(a) nem képes a gondozást teljesíteni segítség nélkül;

(b) képes a feladatot teljesíteni segítség nélkül, de

(i) ez jelentős fájdalmat, feszültséget vagy szorongást okoz számára; vagy

(ii) ez valóban vagy nagy valószínűséggel veszélyezteti a felnőtt vagy a gondozott egészségét vagy biztonságát.” (Department of Health, 2013a: 15–16)

A törvény az igénybe vevői kontrollt a személyes költségvetés és a közvetlen kifizetés gyakorlatának erősítésével igyekszik biztosítani (Care Act Section 31–32). Ez elősegíti az igénybe vevők döntési szabadságának érvényesülését a szociális szolgáltatások területén. A személyes költségvetést nemcsak az igénybe vevő maga, hanem az általa meghatalmazott személy – például gondozója, családtagja – is kezelheti. Az igénybe vevői kontroll érvényesülését szolgálja a törvény intenciója szerint az egészségügyi, szociális és lakásügyi szolgáltatások integrációja is (Care Act Section 3; HM Government, 2012: 54–61)⁹.

Finanszírozás – a költségviselési plafon és a vagyonküszöb fölemelése

A Dilnot-jelentés egyik legfontosabb javaslata a költségviselési plafon (Care Act Section 15) bevezetésére vonatkozott. Ez azt jelenti, hogy azoknak, akiknek az önkormányzat által végzett vagyonvizsgálat (Care Act Section 14) alapján maguknak kell fizetniük gondozásuk teljes költségét, azt csak egy bizonyos összeghatárig kell tenniük. Dilnot ezt a plafont 25000 és 50000 font sterling közötti összegben (35000 font sterlingben) javasolta meghatározni, a 2013. februári kormánydöntés végül ezt a határt 75000 font sterlingben rögzítette (Papworth 2013). Ennek bevezetését ekkor 2017-re tervezték, az újabb hírek szerint ezt az időpontot előrehozták 2014 őszére. Dilnot a vele készült interjúban (Sparrow 2013) üdvözölte az intézkedést. Szerinte a kormány döntése nem tér el túlzottan az általuk javasolt összegtől, hiszen abban is lehetségesnek tartottak magasabb plafont, és akkor 2010/11-es árakkal számoltak, a magasabb összeget viszont a 2017-es árakkal számolják. (A törvény a költségviselési plafon évenkénti felülvizsgálatát írja elő, lásd: Care Act Section 16.) Ugyanakkor felhívta a figyelmet a kormány másik döntésére, amely szintén kedvező változást jelent a szolgáltatások igénybe vevői számára. A Dilnot-bizottság azt is javasolta, hogy azt a vagyonküszöböt, amelyen felül már a gondozás teljes költségét a gondozottaknak maguknak kell fizetniük, 100000 font sterlingre emelje a kormány (a jelenlegi 23250 font sterlingről), a kormány végül ezt 123000 font sterlingre emelte. Dilnot több kedvező változást remél e döntések következményeként. Egyrészt szerinte e döntés nyomán a biztosítótársaságok olyan termékeket fognak kínálni, amelyek lehetővé teszik, hogy ha valaki a lakásingatlanát a

⁹ Az egészségügyi és szociális szolgáltatások integrációja már évek óta folyik Angliában. Az integráció a helyi önkormányzatokban integrált ügyosztályok szervezését, közös stratégia létrehozását, közös költségvetést jelent. Az integrációról szóló vita érveit foglalja össze Debbie Andalo egy 2012-es kerekasztal-beszélgetés kapcsán – lásd: Andalo 2012. A szociális munkások nem helyeslik az integrációt, mivel veszélyezteti a szociális terület és ezzel a szociális munkások önállóságát, így a gyakorlatban az integráció cseppet sem folyik zökkenőmentesen.

gyermekeire kívánja hagyni, biztosítást kössön a nyugdíjából a gondozási költségek fedezetére. Dilnot azt is reméli, hogy a nyugdíjába beépül a közeljövőben a gondozás költsége, valamint az idősek pénzvagyonukat inkább fogják költeni a kisebb házi gondozási szolgáltatásokra, hogy elkerüljék az állapotromlást, és ezzel a gondozóotthonba költözés kényszerét.

A fehér könyv hatásvizsgálata szerint a reform költségeit 2013/14-ben 100 millió, míg 2014/15-ben 200 millió font sterlingre becsülik. További költségeket szánnak olyan innovációs alapok képzésére, melyek a szolgáltatások minőségfejlesztését és az innováció támogatását célozzák.

Hatékonyság, minőség, rugalmasság és innováció

A reformokat a brit rendszerben rendszerint kutatások készítik elő, eredményeiket szintén kutatások kísérik, bevezetésüket irányelvek segítik, a végrehajtás elősegítésére bizottságokat hoznak létre. Az eredmények vizsgálatára indikátorokat dolgoznak ki, melyeket a területre vonatkozó keretbe foglalnak (Department of Health, 2013b). A Felnőtt szociális ellátás eredményeinek kerete (Adult Social Care Outcomes Framework – Department of Health, 2013c) azt méri, hogy az angol gondozási és támogató szolgáltatások mennyire jól érik el azokat a kimeneteket, amelyeket a legtöbb állampolgár fontosnak tekint. A keret missziója, hogy segítse az önkormányzatokat a gondozási és támogató szolgáltatások minőségének fejlesztésében, a dokumentum áttekinti e szolgáltatások előző évi országos eredményeit, és leírja, hogy miképp fejlesztik tovább a keretet a jövőben. A kerethez kézikönyv (Department of Health, 2013d) kapcsolódik, melyben az indikátorok definíciói és technikai részletei mellett példák is találhatóak a megértés elősegítése érdekében. A vizsgálat eredményeit, összehasonlító táblázatok formájában a minisztérium nyilvánosságra hozza, így bárki megtekintheti, hogy az egyes önkormányzatok milyen eredményeket értek el. A keret a következő indikátorokat határozza meg:

- 1. terület: Az életminőség javítása a gondozási és támogatói szükségletekkel bíró egyének esetében.*
- 2. terület: A gondozási és támogatói szükségletek késleltetése és csökkentése.*

3. terület: *Annak biztosítása, hogy az embereknek pozitív tapasztalatai legyenek a gondozással és támogatással kapcsolatban.*

4. terület: *Azon emberek megvédése, akik körülményeik miatt sérülékenyek, és annak megakadályozása, hogy sérelem érje őket.* (Department of Health, 2013c: 22–38)

Az idősek és fogyatékkal élők számára az önállóság fenntartása a társas támogató rendszerek létén és gazdagságán múlik. Ezért a fehér könyv (HM Government, 2012) felsorolja mindazokat a módszereket, amelyekkel ez a forrásrendszer fejleszthető. Ilyenek

- *az időbank és az időhitel*, mely az önségítés és az önkéntesség egyfajta keveréke. Egy ilyen rendszer létrehozása képes mozgósítani a közösségi erőforrásokat, elősegíteni azt, hogy az emberek a helyi közösségen belül megosszák egymással idejüket, képességeiket és készségeiket.
- *A helyi közösségek bevonása* az egészséggel és szociális gondozással kapcsolatos döntésekbe.¹⁰
- *A szociális beruházás* olyan úttörő kísérletei, mint amilyenek a társadalmi befolyás csoportok (Social Impact Bonds)¹¹. Ez utóbbi olyan projekteket jelent, melyek a közpénzből finanszírozott szolgáltatások kimeneteit javítják úgy, hogy a közfinanszírozás feltétele a célul kitűzött eredmények elérése. A piaci vállalkozók – akikkel minisztériumok, helyi önkormányzatok vagy más köztisztviselők szerződést kötnek – előre megfinanszírozzák a projektet, és a beruházott tőkét a célul tűzött eredmények elérésének bizonyítása után nyerik vissza. Az ilyen projektek nem a bemenetre vagy a folyamatra koncentrálnak, hanem az eredményekre, amelyeket mérhető terminusokban fogalmaznak meg.

Az első kísérleti projektet a Peterborough társadalmi befolyás csoport 2010 januárjában hozta létre, miután 2009 decemberében a munkáspárti kormány meghirdette a társadalmi befolyás csoportok támogatásáról szóló programot. A projekt célja a rövid börtönbüntetésre ítélt férfi bűnelkövetők bűnismétlési gyakoriságának csökkentése. 17 alapítvány finanszírozta 5 millió font sterlinggel a 6 országos szervezetből álló konzorciumot, mely intenzív személyre szabott szolgáltatást – mentort, szállást, orvosi

¹⁰ A közösségi együttműködés nem új kérdés az angol szolgáltatórendszerben, már a Blair-kormány modernizációs programjában is szerepelt. (A kérdésről lásd: Humphrey 2006: 35.)

¹¹ Lásd: <https://www.gov.uk/social-impact-bonds>

ellátást, családsegítést, foglalkoztatást és képzést, szociális ellátásokkal és pénzkezeléssel kapcsolatos tanácsadást – nyújtott az elmúlt években 3000 bűnelkövetőnek. A program nem duplázza meg a már elérhető szolgáltatásokat, és együtt dolgozott a börtön személyzetével, a közszolgáltatásokkal és a helyi önkéntes szervezetekkel. A program – összehasonlításban egy nagy országos, hasonló jellemzőkkel bíró csoporttal – 8,4%-kal csökkentette a visszaesési arányt, ami kétségtelenül pozitív, bár a projektben meghatározott indikátornál (az minimum 10% volt) kisebb.

A peterborough-i program jövője bizonytalanná vált, amikor a kormány 2014-ben – a kísérlet sikerén felbuzdulva – nyilvánosságra hozta a bűnelkövetők közösségi rehabilitációs rendszerének megreformálását célzó programját (Transforming Rehabilitation Program), és a peterborough-i program harmadik – 2013 júniusában belépő bűnelkövetői kohorszát leállította. A kormány újabb 30 millió font sterling beruházása mellett 21 területre kívánja kiterjeszteni a peterborough-i modellt, ami azt jelenti, hogy minden rövid börtönbüntetésre ítélt bűnelkövetőnek módja van az immáron hagyományos kiszereződési módszerrel finanszírozott programban részt venni. Bár ez pozitív fejlemény, de ellehetetleníti az eredmény alapú finanszírozást, hiszen eltűnik a kontrollcsoport, amely lehetővé tenné a szociális beruházás pozitív eredményének megítélését. A történet intelmet jelent azoknak, akik ilyen vállalkozásokat terveznek, hiszen arra hívja fel a figyelmet, hogy az eredmény alapján finanszírozott programok fenntarthatósága a kormánypolitika éppen aktuális állásától függ. A kérdés tehát az, hogy a kimenetfinanszírozott projektek képesek-e megfelelően széles körű beruházó kört vonzani, amely vállalja a kockázatot az innováció és társadalmi haladás kedvéért (Belinsky 2014; Cahalane 2014; Cook 2014).

- *Új lakásügyi alap létrehozása, mely öt év alatt 200 millió font sterlinggel támogatja speciális lakások biztosítását, illetve a szükséges lakásátalakítások megvalósítását idős és fogyatékkal élő személyek számára.*

Az önrendelkezés és az igénybe vevőknek a szolgáltatások feletti kontrollját megfelelő információszolgáltatási módszerekkel lehet támogatni. Ezért szerepel a tervezett intézkedések között

- egy új országos honlap a gondozásról és támogatásról szóló megbízható információ nyújtására;

- a kormány kezdőforrást biztosít a helyi önkormányzatoknak online információ biztosítására.

A *szolgáltatások minőségbiztosítása* azt jelenti, hogy a szolgáltatások igénybe vevője biztos lehet abban, hogy magas minőségű és személyére szabott szolgáltatásban részesül. A törvény elsősorban a Gondozási Minőség Bizottság (Care Quality Commission – Care Act Part 2) feladataival és jogosítványaiival foglalkozik. A bizottság független szervezet, melynek fő feladata a gondozás minőségének rendszeres ellenőrzése a regisztrált szolgáltatók esetében, kimeneti indikátorok segítségével. A minőségi sztenderdek megszegésének esetében figyelmeztetést bocsát ki. A félrevezető információ úgy az intézmények, mint az intézmények menedzserei esetében törvényszegésnek minősül, és büntetéssel jár.

A minőség szempontjából fontos fejlemény, hogy a törvényt előkészítő fehér könyv (HM Government, 2012: 46) tiltja azt az előíró kiszereződési gyakorlatot, amelynek során nem reális időintervallumokat szabnak meg az egyes gondozási teendőkre (például 15 percet írnak elő a fürdetésre vagy öltöztetésre), mivel ez a gyakorlat „aláássa a gondozást és támogatást igénybe vevő méltóságát és választási lehetőségét” (ugyanott: 36).

A Gondozási Minőség Bizottságnak az is feladata, hogy biztosítsa a gondozottak és támogatottak ellátását olyan esetekben, amikor a szolgáltató beszünteti a működését. A bizottság foglalkozik a hivatásos gondozók képzésének sztenderdjeivel is.

Mit jelent az új törvény a szociális munkások számára?

Bár az új szolgáltatási törvény csak egyetlen esetben említi a szociális munkát [a szükségletek kielégítésének módjai között: „tanácsadás és a szociális munka más típusai” – Care Act 8 (1)c), a szakminisztérium által kidolgozott fehér könyv (HM Government, 2012)] a hatékonyság, rugalmasság és innováció egyik legfontosabb biztosítékaként tekinti a szociális munkát. Ha végignézzük az új szolgáltatási törvény elveit, a személyközpontúság, az igénybe vevői kontroll (empowerment), a prevenció hangsúlyozása a szociális munka értékalapjához tartozik, ahogy a törvényben előírt eljárások, a feltárás, a szolgáltatásszervezés, a tanácsadás és érdekképviselet, a szükségletkielégítés és finanszírozás megfelelő formáról való tárgyalás és megállapodás, a szolgáltatások minőségének ellenőrzése is a szociális munka módszerei közé tartozik.

A fehér könyv az új törvény bevezetését lényegében a szociális munka reformjának kiindulópontjaként tekinti. Két vezető szociális munkást neveztek ki 2013 szeptemberében a reform elősegítésére¹².

Nyilvánvalóan a fent már említett felnőttvédelmi botrányok tanulságaiból kiindulva a szociális gondozók képzésében és új viselkedési kódexében központi helyre kell kerülnie az emberi méltóság és tisztelet normájának. Ugyanakkor 2017-re a minisztérium megdupláznia tervezi a szociálisgondozó-képzésben résztvevők számát.

A szociális munkások feladata lesz az innovatív módszerek kidolgozása. A szakminisztérium tervezi kísérleti szociálismunka-programok támogatását, és ezzel kapcsolatban a fehér könyv partnerként nevezi meg a szociális munka legnagyobb és legfontosabb tudástárának, a Social Care Institute for Excellence-nek¹³ a szociális munka innovatív, bizonyítékalapú fejlesztéseivel foglalkozó honlapját (Social Work Practice Pilot¹⁴). Mivel a szociális munkások dolgoznak szoros együttműködésben a közösségi szervezetekkel, a szolgáltatások igénybe vevőit tömörítő szervezetekkel, ők kötik össze az igénybe vevőket az önszorgító csoportokkal, a minisztérium együttműködést kezdeményez a College of Social Work-vel¹⁵ annak érdekében, hogy biztosítsák a közösségfejlesztésnek a gyakorlatba való beépítését. A minisztérium 5000 közösségfejlesztő kiképzését tervezi, 80 millió font sterling beruházással, a Community First¹⁶ programon keresztül.

Kérdés, hogy az új törvény mennyire tudja lebontani az állami szociális munka reziduális jellegzetességeit, amit a baloldali szociálpolitikusok „szegénytörvény-mentalitásnak”¹⁷ neveznek. Az állami szociális munka olyan alkotóelemeiben jelenik ez meg, mint a szükséglet és az érdemesség elválasztása, az „adagolás” (rationing)¹⁸, a jogosultsági kritériumok és a vagyonvizsgálat, a segéllyel való visszaélés körüli kampány¹⁹, az antiszociálisviselkedés-

¹² Lásd: <https://www.gov.uk/government/news/office-of-the-chief-social-worker-new-appointees-start>

¹³ <http://www.scie.org.uk/>

¹⁴ <http://www.scie.org.uk/workforce/socialworkpractice/>

¹⁵ <http://www.tcsw.org.uk/homepage.aspx>

¹⁶ <http://cdf.org.uk/content/funding-programmes/community-first>

¹⁷ A szegénytörvény-mentalitás jellemzői: annak kijelentése, hogy a szegények maguk tehetnek a szegénységükről, és ezért érdemtelenek a segítségre, ha valaki fogyatékkal él, öreg vagy beteg, akkor ugyan megérdemli a segítséget, de csak jótékony adományként, amiért hálásnak kell lennie. Lásd például: McDonnell 2013; Cozens 2003.

¹⁸ A kifejezés azt jelenti, hogy a szűkülő erőforrások miatt a szociális munkások rákényszerülnek, hogy korlátozzák a szolgáltatásokat.

¹⁹ Lásd: http://en.wikipedia.org/wiki/Benefit_fraud_in_the_United_Kingdom

intézkedés²⁰, amit sajátos módon mindig a legszegényebbek megrendszabályozására alkalmaznak és így tovább. Nem kisebbítve a törvény jelentőségét, de szociális munkás kollégáink elkötelezettségét és felkészültségét sem, meg kell állapítanom, hogy azok az elvek és törekvések, amelyek az új angol szolgáltatási törvényben megjelennek, egyáltalában nem újak. Az Új Baloldal korábbi kormánya fogalmazta meg őket, de a gyakorlatban az állami szociális munkások – néhány úttörő szolgáltatástól eltekintve – továbbra is a szükségletek irányelveknek megfelelő felmérésével, a jogosultság megállapításával, a szolgáltatási csomagok összeállításával, a finanszírozáshoz szükséges papírok kitöltésével, a társszervekkel való kapcsolattartással, értekezleteken üléssel volt elsősorban elfoglalva. Bizonyos, hogy a törvény bevezetésével a rendszer továbbra is nagyon komplex és kevésbé átlátható, az együttműködések nagyon időigényesek lesznek, miközben a szolgáltatást igénybe venni szándékozók egyre többen lesznek. Továbbá kérdés az is, hogy a kormány eléggé elkötelezett és a pénzügyminiszter eléggé óvatlan lesz-e ahhoz, hogy sokkal több forrást nyisson meg a szolgáltatási infrastruktúra és a szolgáltatást végzők fejlesztésére.

Források

Abrahams, Caroline, Marcus Green és Jill Mortimer (2014): Care in Crisis. Age UK.
<http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN->

[GB/Campaigns/CIC/Care_in_Crisis_report_2014.pdf?epslanguage=en-GB?dtrk%3Dtrue](http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Campaigns/CIC/Care_in_Crisis_report_2014.pdf?epslanguage=en-GB?dtrk%3Dtrue)

(Megnyitva: 2014.09.09.)

BBC (2011): Four arrests after patient abuse caught on film. <http://www.bbc.co.uk/news/uk-13548222> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Belinsky, Michael (2014): UK government scales up some innovations piloted in the Peterborough social impact bond, but by doing so alters the pilot program. Michael Belinsky personal blog about social enterprise, economics and policy.

<http://michaelbelinsky.com/2014/05/05/uk-government-scales-up-some-innovations-piloted-in-the-peterborough-social-impact-bond-but-by-doing-so-alters-the-pilot-program/>

(Megnyitva: 2014.09.09.)

²⁰ Lásd: <https://www.gov.uk/asbo>; és Garrett, 2007.

Beresford, Peter (2011): Does the Dilnot report go far enough? The Guardian JoePublic Blog, July 4 2011. <http://www.theguardian.com/society/joepublic/2011/jul/04/dilnot-report-recommendations-analysis> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Brindle, David (2014): What are the most important changes to the care Act? Guardian, 5 June, 2014. <http://www.theguardian.com/social-care-network/2014/jun/05/care-act-most-important-amendments> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Cahalane, Clarudia (2014): Social impact bonds: is the dream over? The Guardian Social enterprise hub, 1 May 2014. <http://www.theguardian.com/voluntary-sector-network/2014/may/01/social-impact-bonds-funding-model-sibs-future> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Care Act 2014. Chapter 23, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Care Act 2014. Explanatory Notes. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/notes/contents> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Community Care (2012): The state of adult social care. <http://www.communitycare.co.uk/the-state-of-adult-social-care/> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Cook, Stephen (2014): Editorial: A qualified success for the peterborough prison social impact bond. Third Sector, 08 August 2014. <http://www.thirdsector.co.uk/editorial-qualified-success-peterborough-prison-social-impact-bond/finance/article/1307221> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Cozens (2003): Poor Law mentality must end. Community Care, October 23 2003. <http://www.communitycare.co.uk/2003/10/23/poor-law-mentality-must-end/> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Dilnot Commission (2011): Fairer Care Funding. The Report of the Commission on Funding of Care and Support July 2011.

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130221130239/http://dilnotcommission.dh.gov.uk/> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Department of Health (2013a): Draft national minimum eligibility thresholds for adult care and support. A discussion document. June 2013.

<https://www.gov.uk/government/publications/draft-national-eligibility-criteria-for-adult-care-and-support> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Department of Health (2013b): The NHS Outcomes Framework 2014/15. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/256456/NHS_outcomes.pdf (Megnyitva: 2014.09.09.)

Department of Health (2013c): The Adult Social Care Outcomes Framework 2014/15. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/263783/adult_social_care_framework.pdf (Megnyitva: 2014.09.09.)

Department of Health (2013d): The Adult Social Care Outcomes Framework 2014/15. Handbook of Definitions. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/345631/20140801_Final_Handbook_of_Definitions_-_ASCOF_1_2.pdf (Megnyitva: 2014.09.09.)

Department of Health (2014): Care Act 2014: How should local authorities deliver the care and support reforms? Please give us your views. <http://careandsupportregs.dh.gov.uk/> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Dunning, Jeremy (2011a): How Bureaucracy is derailing personalisation. Community Care, May 24, 2011. <http://www.communitycare.co.uk/2011/05/24/how-bureaucracy-is-derailing-personalisation/> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Dunning, Jeremy (2011b): Social workers losing faith in personalisation. Community Care, May 23, 2011. <http://www.communitycare.co.uk/2011/05/23/social-workers-losing-faith-in-personalisation/> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Garrett, P. M. (2007) “Sinbin” solutions: The “pioneer” projects for “problem families” and the forgetfulness of social policy research, Critical Social Policy 2007, Vol. 27(2): 203–230.

HM Government (2012): Caring for our future: reforming care and support. (White Paper) Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136422/White-Paper-Caring-for-our-future-reforming-care-and-support-PDF-1580K.pdf (Megnyitva: 2014.09.09.)

Kozma Judit: Az idősellátás dilemmáiról és azok kezelési módszereiről a 2014. évi angol szolgáltatási törvény¹ kapcsán

Humphrey, Jill (2006): Az Új Baloldal és a szociális szolgáltatások szabályozási reformja. *Esély*, 2006, 6. sz., 33–50. http://www.esely.org/kiadvanyok/2008_6/HUMPHREY.pdf (Megnyitva: 2014.09.09.)

Kozma Judit (2007): A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából. Kapocs különszám: Kutatás – Fejlesztés 2007. http://szociologiaszak.uni-miskolc.hu/kapott_anyag/kapocs.pdf (Megnyitva: 2014.09.09.)

McDonnell, John (2013): The poor law mentality raises its ugly head. *The Citizen*, 4 May 2013. <http://www.thecitizen.org.uk/?p=518> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Papworth, Jill (2013): Social care cost: what will the new proposal mean? *The Guardian*, Monday 11 February 2013. www.theguardian.com/money/2013/feb/11/qanda-social-care-costs-elderly (Megnyitva: 2014.09.09.)

Parton, Nigel (1996): A gyermekek jogairól szóló 1989. évi törvény: a konszenzus helyreállítása. In: Szilvási Léna (vál. és szerk.): *Gyermek – Család – Társadalom. Szociális munka gyermekes családokkal*. Kézikönyv. A Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke könyvsorozata: *A szociális munka gyakorlata*, 78–107.

Samuel, Mithran (2011): The rise of non-qualified social care staff under personalisation. *Community Care*, May 20, 2011. <http://www.communitycare.co.uk/2011/05/20/the-rise-of-non-qualified-social-care-staff-under-personalisation/> (Megnyitva: 2014.09.09.)

Sparrow, Andrew (2013): Hunt statement on adult social care cap: Politics live blog. Andrew Dilnot's interview on adult social care – Summary. *theguardian.com*, Monday 11 February 2013. <http://www.theguardian.com/politics/blog/2013/feb/11/adult-social-care-cap-live-blog1?guni=Article:in%20body%20link> (Megnyitva: 2014.09.09.)