

SÜTŐ ZSUZSANNA* – FEISCHMIDT MARGIT**

Civilek a gondozás, az ápolás és a szociális ellátás területén a koronavírus-járvány első hullámában

Bevezetés

A 2020-as koronavírus-járvány világszerte az utóbbi évtizedek egyik legnagyobb krízisét hozta magával. Az egészségügyi válság kétségtelenül a legnagyobb súlypontja a pandémiának.¹ A kialakult krízis viszonylag hamar bizonyította, hogy melyek azok az intézmények és viszonyok, amelyek nélkül nem, vagy csak nagyon nehezen képzelhető el a modern társadalmak működése: felértékelődött az egészségügy és a szociális ellátórendszer és az ezekhez kapcsolódó fizetett és reprodukív munkák jelentősége. Nem meglepő, hogy a válság legelső jelei ezeken a területeken jelentkeztek. Magyarországon a gondozás, az ápolás és a szociális ellátás társadalmi megszervezése a koronavírus-járvány első hulláma előtt is rendszerszintű strukturális problémákkal küszködött, olyannyira, hogy azok nem csupán az ellátás színvonalát, hanem a fenntarthatóságát is veszélyeztették. A járvány hatására a gondoskodási válság tovább nőtt, a strukturális problémák jelei minden eddiginél nagyobb mértékben jelentkeztek. A járvány miatti fokozott terhelés ugyanis újradimenzionálta a rendszer fennálló strukturális problémáit – még inkább láthatóvá tette a szektor hiányosságait.

A válsághelyzetek akut problémáinak kezelésében az állami döntések monopóliuma megkérdőjeleződhet, főként akkor, ha arra egy sürgősségi² (lásd a rendkívüli jogrend bevezetését), de „fragmentált” válságkezelő szerepvállalás jellemző. Ilyen esetekben az állampolgárok kollektív fellépése erősödhet, ami megvalósulhat a régi

* A szerző szociológus, a TK Kisebbségkutató Intézet tudományos segédmunkatársa. E-mail: suto.zsuzsanna@tk.hu

** A szerző társadalomkutató, a TK Kisebbségkutató Intézet kutatóprofesszora. E-mail: feischmidt.margit@tk.hu

¹ Lupton, Deborah: Special on ‘Sociology and the Coronavirus (COVID-19) Pandemic’. *Health Sociology Review*, 29 (2), 2020. 111–112.

² Hattke, Fabian – Martin, Helge: Collective action during the Covid-19 pandemic: The case of Germany’s fragmented authority. *Administrative Theory & Praxis*, 42, 2020/4. 614–632.

szereplők, például a civil szervezetek fokozott szerepvállalásával, vagy új aktorok és cselekvési formák megjelenésével,³ akik képesek feltérképezni a hiányokat, és társadalmi hálózatokban gondolkodva akár nyílt forráskódú megoldásokkal reagálni a megváltozott igényekre (szemben a profitorientált innovációkkal). A válságkezelő szolidaritás képes lehet kritika megfogalmazására a szolidaritás állami intézményeivel szemben, és átírni a meglévő ellátási rendszereket, aminek akár hosszú távú strukturális hatásai is lehetnek.⁴

Tanulmányunkban a gondozás és gyógyítás területein működő professzionális szervezeteket támogató, vagy tőlük függetlenül jelentkező civil segítő kezdeményezéseket vizsgáljuk, olyan akciókat, amelyekkel időseknek, betegeknek, a fogyatékkal élőknek, a hajléktalanoknak, vagyis a szociális és egészségi állapotuk miatt rászorultaknak nyújtottak segítséget a koronavírus-járvány első hullámának idején. Legfontosabb célunk, hogy számba vegyük a veszélyhelyzet alatt született szolidaritási formákat, hogy megértsük a mögöttük meghúzódó személyes és intézményes motivációkat, továbbá az azonnali segítő akciókban felmerülő potenciált az egészségügyi és a szociális szektor megújítására.

Az egészségügyi és szociális szféra helyzete és a civilek jelenléte a szektorban a válságot megelőzően

A következő fejezetben áttekintjük a civileknek az egészségügyi és szociális szektor magyarországi fenntartásában betöltött szerepét, amihez viszonyítva értelmezni tudjuk a koronavírus-járvány első hulláma alatt megjelenő kezdeményezéseket. A megértés feltétele annak az állapotnak a vázlatos feltérképezése is, amely a két szektort a járvány megjelenésekor jellemezte, különös tekintettel azokra a hiányokra, amelyek betöltésére az állampolgári és civil kezdeményezések létrejöttek.

Magyarországon az Alkotmány szerint „*mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. (...) A jog érvényesülését (az állam, szerzők.) (...) az egészségügyi ellátás megszervezésével (...) segíti elő.*”⁵ Ennek értelmében az egészségügyi törvény rendelkezik az ellátás biztosításáról, az ellátásban való részvétel esélyegyenlőségéről, a rendszer működéséhez szükséges erőforrások megteremtéséről, illetve az egészségügy háttérét biztosító tudományok fejlődéséről. Az egészségügyi ellátáshoz tartozik a betegségek terápiás kezelésén túl a prevenció, a rehabilitáció,

³ Palko, Hannah Catherine – Xiang, Wei-Ning: In fighting common threats, people’s deep commitment to taking collective action matters: examples from China’s COVID-19 battle and her other combats. *Socio-Ecological Practice Research*, 2020/2. 257–264.

⁴ Richterich, Annika: When open source design is vital: critical making of DIY healthcare equipment during the COVID-19 pandemic, *Health Sociology Review*, 29 (2), 158–167.

⁵ Magyarország Alaptörvénye: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv> (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

illetve a palliatív gondozás is. Az állami egészségügyi ellátórendszer azonban hosszú idő óta nem képes teljes mértékben ellátni vállalt feladatait. Az okok messzire vezetnek, de lényegi szempontként kell számba vennünk az alulfinanszírozást (az egy főre jutó egészségügyi költség az uniós átlag fele) és a hatékonyság hiányát. Az egészségügyi szektor elégtelen működése tetten érhető abban, hogy a lakosság egészségi állapotának alakulásához mindössze 10 százalékban képes hozzájárulnia, a már megbetegedettek gyógyítására összpontosít, az egészség megőrzésében játszott szerepe elenyésző;⁶ hogy jelentős különbségek vannak az egyes társadalmi csoportok egészségi állapotában; hogy Magyarországon a várható élettartam évekkel elmarad az uniós átlagtól;⁷ hogy az Unióban Magyarországon az ötödik legmagasabb a gyógyítással elkerülhető halálozások arányszáma;⁸ hogy számottevő egyenlőtlenségek mutatkoznak az ellátásban résztvevők között korcsoport és betegség típus alapján; hogy az ellátás megszervezésének területi egyenlőtlenségei is jelentősek;⁹ végül, de nem utolsósorban, Magyarországon viszonylag magas azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyek kielégítetlen egészségügyi szükségleteinek adnak hangot.¹⁰ Kutatásunk reprezentatív kvantitatív adatai is megerősítik a fenti állításokat. Összhangban az European Social Survey felmérés eredményeivel, a kutatók azt tapasztalták, hogy a válság idején a magyar lakosság makrotársadalmi kérdésekben kifejezetten elégedetlen, különösen alacsony a társadalom egyes alrendszereibe, köztük az egészségügyi struktúrába vett bizalom szintje.¹¹

A rendszerváltás óta az egészségügyi rendszer minden érintettje egyetért abban, hogy a szektor átfogó reformjára van szükség. Az átalakítás módjáról azonban eltérő vélemények fogalmazódtak meg. Az utóbbi évek kormányzati egészségpolitikájának meghatározó iránya a decentralizáció, az állami feladatkörök átadása más, elsősorban piaci szereplőknek. Ennek azonban súlyos társadalmi következményei lettek, az ellátásban mutatkozó egyenlőtlenségek tovább mélyültek, ami a marginális helyzetben lévő, hátrányos helyzetű csoportokat különösen súlyosan érintette.

⁶ Péntek Eszter: *A civil szervezetek részvételi lehetőségei az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában és az egészségpolitikai folyamatok*. PhD-értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, 2009.

⁷ Magyarországon 75,7 év, az uniós átlag 80,6 év.

⁸ State of Health in the EU. Magyarország Egészségügyi országprofil 2017, OECD. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_hungary.pdf (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

⁹ Belicza Éva: *Egészségügyi ellátórendszer*. NEJ/2004 Szakértői változat. Budapest: Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, 2004.

¹⁰ Bajti Petra: A hálapénz, a magánegészségügy igénybevétele és a kielégítetlen egészségügyi szükségletek socioökonómiai státusz szerinti eloszlása. In: Fazekas Károly – Elek Péter – Hajdu Tamás: *Munkaerőpiaci tükrök* 2019. Budapest: Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, 2020. 110–112.

¹¹ Erről bővebben olvashatunk a tematikus lapszám Sik Domonkos és Zakariás Ildikó által jegyzett tanulmányában.

Más országokhoz hasonlóan a nonprofit szféra aktorai is megjelentek a gyógyítási és ápolási feladatok ellátásában.¹² Szerepük társadalmi, gazdasági, politikai, ideológiai és morális szempontok alapján egyaránt értelmezhető. Legfontosabb tulajdonságuk, ami megkülönbözteti őket az állami és piaci szereplőktől: viszonylag alacsony működési költségük, relatíve jelentős forrásteremtő képességük és a váratlan helyzetekhez való gyors alkalmazkodási képességük.¹³ Munkájuk jellemzően ott kezdődik, ahol az állami ellátás kapacitása véget ér, vagy az egészségügy határterületének számítanak. Tevékenységeik a betegek érdekképviselése, a prevenció, a szociális helyzetből adódó problémák kezelése, illetve az intézmények működtetését meghatározó kiegészítő forrásteremtési programok mentén írható le.¹⁴ A problémákra adott válaszaik a leginnovatívabbak, mert szakmai potenciáljuk igen magas. Nem ritkán olyan újszerű kezdeményezésekkel állnak elő, amelyek a magyar egészségügyben meghonosodott tradicionális rutinok miatt sokkal ritkábbak.

A tevékenységek statisztikai besorolása alapján két meghatározó funkció körvonalazódik: az egyik a betegek bizonyos csoportjait támogatja, a másik az egészségügy dolgozóit és intézményeit (illetve vannak szervezetek, melyek mindkét tevékenységet végzik). Vannak közöttük forrásteremtő alapítványok, klinikákon belüli szolgáltatást nyújtó szervezetek, állami alapítású nonprofit gazdasági társaságok, illetve érdekképviselési és szolgáltatást egyszerre nyújtó betegszervezetek. Közös bennük az, hogy az egészségpolitika alakításában nem vesznek részt, pedig minden kétséget kizárólag érzékelik a rendszer anomáliáit. A központi kormányzat még mindig szinte kizárólagos alakítója az egészségpolitikának.¹⁵ A nonprofit szervezetek társadalmi támogatottságát jól jelzi, hogy számuk az utóbbi években folyamatosan növekszik, 2005 és 2019 között 56 694-ről 60 890-ra emelkedett, az egészségügyi területen működő nonprofit szervezet száma 2019-ben 2473 (4,1%) volt, közülük 1782 alapítvány és 691 társas nonprofit szervezet volt.¹⁶

A járvány alatt az egészségügy területén a legnagyobb problémát a szakképzett munkaerő hiánya jelentette, amit nem csupán a fertőzöttek számának folyamatos emelkedése és a megnövekedett ellátási terhek magyaráznak, hanem ez a rendszerben már több éve fennáll. A szakértők egyetértenek abban, hogy a humán erőforráshiány a szektor pénzügyi, finanszírozási problémáinál is aggasztóbb, és a rendszer

¹² Bocz János – Kmetty Zoltán: Egészségügyi nonprofit szervezetek. *Civil szemle*, 2008/ 1–2. 39–60.

¹³ Belicza Éva: *Egészségügyi ellátórendszer*. NEJ/2004 Szakértői változat. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004.

¹⁴ Bocz – Kmetty, 2008.

¹⁵ Gyógyítható-e az egészségügy? *Political capital*, 2017. https://www.politicalcapital.hu/pc-admin/source/documents/PC_FES_egeszsegugy_2017_tanulmany_20170613.pdf (Letöltés ideje: 2021. február. 08.)

¹⁶ https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qpg004.html (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

fenntarthatóságát leginkább veszélyeztető tényező. Ennek részben kódolt okai vannak, részben pedig az elégtelen egészségügyi politika következménye.¹⁷ 2019-ban a magyar egészségügyi és szociális ellátásban több mint 9000 dolgozó hiányzott, 100 álláshelyből 4 betöltetlen volt, ezzel a számmal a legnagyobb munkaerőhiánnyal küzdő nemzetgazdasági ágazattá vált az országban.¹⁸ A COVID-járvány alatt az egészségügyi ellátás megkönnyítésére és a humán erőforrás-hiány ellensúlyozására számos technológiai innováció látott ugyan napvilágot (például érintkezési-nyomonkövetési innováció, új nyomtatási technikák stb.¹⁹), de ezek nem voltak képesek teljesen ellensúlyozni a hiányzó emberi tőkét. További jónéhány infrastrukturális hiányosság is jellemzi a magyar intézményeket, melyek hatása a járvány idején fokozottan jelentkezett. Ezek közül a legfontosabb a megbízhatóságot garantáló környezet. A magyar intézményekben a nem megfelelő kontrollintézkedések és a hiányos infrastrukturális feltételek (nem elegendő kéz- és felületfertőtlenítő szerek és védőfelszerelések, a fertőzöttek elkülönítésére alkalmas kisebb kórtermek kialakításának lehetősége) miatt viszonylag magas a fertőzések száma. 2018-ban 5 151 fertőzést regisztráltak az intézményekben, melyek 10 százaléka (541 eset) halálos kimenetelű volt.²⁰

Sok szempontból hasonló a szociális ágazat helyzete, amire a lakosság szociális helyzetének romlása miatt ugyancsak a növekvő igények nehezdednek. A 90-es évek eleje óta több mint 30 ezerrel nőtt a bentlakásos szociális intézmények férőhelyeinek száma, 2019-ben elérte a 89 904-et. Legnagyobb igény az idősgondozásra (55 500 foglalt férőhely), a fogyatékosok ellátására (14 465 foglalt férőhely), a pszichiátriai betegek elhelyezésére (8 277 foglalt férőhely), a hajléktalanok éjszakai elhelyezésére (9 776 foglalt férőhely) és a szenvedélybetegek (1 886 foglalt férőhely) ellátására mutatkozik.²¹ A fokozódó szükséglet ellenére azonban a szektor jelentős strukturális nehézségekkel küszködik. Problémaként jelentkezik bizonyos szolgáltatási formák hiánya, olyannyira, hogy a szociális ellátáshoz való hozzáférés sajátos egyenlőtlenségi dimenzióként is értelmezhető. A magas szintű szolgáltatásokat (például a lakóotthonok vagy az egyéni rehabilitációs programokat) a társadalom szűk rétege képes csak elérni, a széles tömegek számára

¹⁷ Például: az orvostudomány és az egészségügyi technológiai fejlődése az ellátásban egyre több szakembert igényel, az ágazat irányításnak és a piaci szektornak is számottevő az elszívó hatása, illetve a külföldi elvándorlás.

¹⁸ <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/ures-allashelyek/index.html> (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.) <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20200919/tombol-a-munkaerohiany-a-magyar-egeszsegugyben-a-koronavirus-kozepette-449376>; (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

¹⁹ https://www.oki.com/hu/printing/about-us/news-room/blog/2020/COVID-19_Healthcare_Tech/index.html (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

²⁰ https://www.antsz.hu/data/cms93503/NNSR_2018.pdf (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.) <https://www.hrw.org/hu/news/2020/08/05/375919> (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

²¹ <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp> (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.) https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi001.html (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

leginkább az alacsony színvonalon működő, rossz körülményeket biztosító intézeti rendszerű szolgáltatások férhetők csak hozzá. A szektor infrastruktúrájának területi különbségei is nagyok, az ellátásra szorulóknak csak a kis része számára érhetőek el a lakóhelyéhez közeli megoldások. A fenntartói heterogenitás sem kedvez a hatékony szervezeti kultúra kialakításának és fenntartásának, főként, ha ezzel szorosan összefüggő finanszírozási problémák is akadnak. Az alapellátások biztosítása az önkormányzatok feladata, azonban ez sok esetben erőforrások hiányában nem valósul meg, illetve nehézkesen. Az egyházi irányítás egyre nagyobb szerepet kap a szektorban, számukra az állami támogatás is magasabb, mint a többi fenntartó esetében. A fenntartói heterogenitás a finanszírozási kérdéseken túl a szektor teljes átalakításának és fejlesztésének is gátat szab.²² A szektor problémáinak sora tovább folytatható. Sem az anyagi, sem pedig a rendszer működését garantáló jogszabályi környezet nem tette lehetővé az ellátási struktúra modernizációját és hatékonyságának növelését. Nem hagyható figyelmen kívül a területen dolgozók anyagi és morális megbecsültségének hiánya, illetve a szektor átláthatatlanságának és társadalmi ellenőrzésének a kérdése sem. Az intézmények zártsága és átláthatatlansága szintén évek óta fennálló probléma. A járvány alatt ezek a strukturális problémák fokozottan éreztették hatásukat.

Csakúgy, mint az egészségügy területén, a szociális ellátások biztosításában és megszervezésében is hosszú időn keresztül az állam volt az egyedüli szereplő. A rendszerváltás hozta magával a civilek részvételét a szociális feladatok ellátásában is, szerepvállalásuk azóta fokozatosan növekszik, 2019-ben a teljes fenntartói spektrum egytizedét tette ki 8491 fő ellátásával.²³ Számos szociális szolgáltatást – például az idősgondozást –, amelynek biztosítását nem vagy csak részlegesen képes az állam biztosítani, egyre növekvő súllyal a szektorban működő civilek látják el.²⁴ A szektor fokozódó szükségleteit jól mutatja, hogy 1990 és 2000 között a területen működő nonprofit szervezetek száma nyolcszorosára nőtt. 2005 és 2019 között, eltérő ütemben ugyan, de 4991-ről 5423-ra emelkedett, a nonprofit szférán belül arányuk 2019-ben 8,9 százalék volt.²⁵ A 2000-es évektől a szektor

²² 2019-ben a bentlakást biztosító szociális intézmények egyharmada (26 698 ellátott) központi költségvetési intézmény volt, 20 százaléka (19 150 ellátott) egyházi intézmény, 13 százaléka (12 565 ellátott) pedig települési önkormányzati fenntartású volt, kisebb részarányal a fenntartók között volt még önkormányzati társulás (7 százalék), non-profit gazdasági társaság (9 százalék), alapítvány és egyesület (5–5 százalék), a fővárosi önkormányzat (6 százalék), illetve közalapítvány, egyéni és társas vállalkozás (5 százalék) (forrás: <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp>) (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

²³ <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp> (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

²⁴ Nárai Márta: Civil szervezetek szerepvállalása a szociális ellátás, szolgáltatás területén. *Esély*, 2005/1. 111–133.

²⁵ https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qpg004.html (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

növekedését nem pusztán a szervezetek számbeli alakulása, hanem fokozódó szerepvállalása és a szolgáltatások minőségének javulása is jellemzi.

A gondoskodás nem intézményi formája, vagyis az ápolást igénylők (idősek, betegek, gyermekek stb.) otthoni ellátása jelentős többletmunkaként jelenik meg a családok életében, amit gyakrabban nők látnak el, illetve kockázatait és következményeit is ők vállalják. A koronavírus-járvány idején a reprodukív munkák megszorodtak, az iskolabezárások vagy a kórházakból hazaküldött családtagok ellátása extra feladatot adott a családoknak, a munkákat végzők feladatai látványosabbá és kritikusabbá váltak. A járvány első hullámában az oktatási-nevelési intézmények időszakos bezárása több mint 38 ezer bölcsődés és 330 ezer óvodás, illetve 1,1 millió iskoláskorú gyermek családját érintett.²⁶ A kórházi osztályok átszervezése, a vírusfertőzött betegek ellátására átalakított kórházi infrastruktúra miatt a becslések szerint a kórházból hazaküldött betegek száma meghaladta a 20 ezret.²⁷ A korábban jelentős generációk közötti, szívességeken alapuló segítségkérés korlátozottak lettek, mert a segítő szerepet vállaló aktív idős családtagok most a fertőzésveszély miatt nem tudtak részt vállalni a család feladataiban.

A továbbiakban az egészségügyben és a szociális területen megjelenő állampolgári és civil kezdeményezésekkel foglalkozunk. Kiindulópontunk az ebben a tematikus számban megjelenő kvantitatív és kvalitatív kutatás adataira és az azokat összefoglaló tanulmányokra építve az, hogy a járvány első hullámának idején jelentősen megnőtt a közvetlen segítség. A szolidaritás kedvezményezettjei jelentős részben idősek, betegek, tartós szociális és egészségi hátránnyal küzdő emberek. Mint fentebb láttuk, ez az intenzitás részben az ágazatnak a nagyobb terhelés alatt láthatóbbá vált hiányosságaival magyarázható, részben azzal, hogy jelentős előzményei vannak annak, hogy krízis esetén a civilek segítése érkezik elsőként.

Civil aktivitás az egészségügyi és szociális szektorban a járvány első hullámának idején

Az egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászorulóknak nyújtott segítség formáiról, motivációiról és elképzelt hatásáról tanulmányunkban 16 félig struktúrált interjú alapján fogunk beszélni. Leginkább, azaz 11 esetben olyan kezdeményezést azonosítottunk, amely a járvány előtt is meglévő intézményes keretek között jött létre, és amelynek a működését a járvány alapvetően megváltoztatta. A 11 interjú közül négy civil szervezet képviselőjével, egy darab az egyik egyházközség

²⁶ http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/ter_kul_jarvany/index.html (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

²⁷ http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/koronavirus_szakmai_tajekoztatas/koronavirus_kozlemeny_16.html (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.) <https://magyararancs.hu/belpol/kasler-agyfelszabaditas-rossz-szamok-129159> (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)

lelkészével, három humanitárius szervezetek vezetőivel és önkéntesével, kettő önkormányzati munkatárssal készült, egy interjú pedig olyan szereplővel, aki unikálisan kapcsolja össze a városi önkormányzat és a városi civilek munkáját. Ugyanakkor igyekeztünk egyéni szolidáris cselekvési formákat is megfigyelni, melyek kifejezetten a járvány miatt jöttek létre (öt ilyen interjút készítettünk).

Az aktivitások, az aktorok és a hozzájuk kapcsolódó szervezeti formák alapján a tevékenységeknek hat típusát tudtuk azonosítani. Leggyakrabban (1) *a gondoskodás családból ismert módjait terjesztették ki a környezetükben élő idős, beteg, magányos és segítségre szoruló emberekre. A személytől személyre irányuló gondoskodásnak kialakultak materiálisabb (például bevásárlás, ügyintézés) és inkább érzelmi, lelki formái (például beszélgetés). Interjúalanyaink arról számoltak be, hogy a kiszolgáltatottság és a félelem általános légkörében megérintette őket a gondolat, hogy bizonyos emberek náluk is sérülékenyebbek:*

„Én személy szerint, meg nagyon sok társammal együtt, így egyedüli harcosokként elindultunk, és akkor ki-ki hogy tudott, beöltözve próbálta segíteni ... Nem hivatalosan, hanem teljesen polgári segítségként, nem civil szervezethez kötődve.” (26)

„Gyakorlatilag, ami ilyen önkéntes feladat volt (...) a teljesség igénye nélkül nem ígértem, hogy mindent föl fogok tudni sorolni. Legalapvetőbb az a bevásárlás, volt kutyasétáltatás, tehát ezek rendszeres szolgáltatások, a bevásárlás, a kutyasétáltatás, postai és gyógyszerészeti ügyintézés, olyan ügyintéзések, amikhez nem kell személyes jelenléte az adott ügyfélnek, hanem mondjuk meghatalmazással intézhető, tehát közüzemi ügyektől kezdve rengeteg ilyen online korrepetálás.” (41)

Voltak az aktorok között olyanok, akik a személyes gondoskodást társadalmi szinten gondolták el, és kezdeményezésük rendszerszintű problémákra adott polgári, civil megoldásokként is értelmezhető. Tipikus példák a DIY (Do It Yourself) projektek, az egyéni védőeszközök (maszkok, fertőtlenítők) készítése és megosztása.²⁸

A (2) típusba soroltuk azokat *a tevékenységi formákat, melyek önkormányzati vagy állami ösztönzésre jöttek létre, és amelyek a gondozás és az ápolás megnövekedett feladatait hivatottak megoldani elsősorban önkéntesek bevonásával.* Leggyakrabban ezek az akciók is a már meglévő civil kapcsolatrendszerre épültek, és jellemzően olyan területeken valósultak meg, ahol az első típusba sorolt, primerebb szolidaritási hálók nem értek el, ahol szükség volt koordinációra. Az önkormányzat összefogta és összehangolta az önkéntesek egyéni munkáját, ahogyan egyik interjúalanyunk fogalmazott:

²⁸ Richterich, 2020. 158–167.

„Nagyon nagy önkéntes bázist építettünk fel, ami kb. 100 ember, és akkor abban részben voltak olyan önkéntesek, nagyon nagy részben, akik tényleg önkéntesek, és egy részben olyan önkormányzati dolgozók, akik máshonnan lettek átirányítva, meg mondjuk az ő intézményük bezárt. (...)” (20)

Az egyéni segítői kezdeményezések összekapcsolásának és intézményesülésének voltak azonban korlátai is, erről egy nagyváros civil életében és önkormányzatában aktív interjúalanyunk is beszélt. Városi szintű, az önkormányzat által működtetett telefonos segélyvonalat akartak megszervezni. A hívásokat orvosok, képzett szociális szakemberek, közgazdászok, pszichológusok várták. De nehézségekbe ütköztek, és a segélyvonal végül nem valósult meg, pedig ez egy olyan meghirdetett segítségforma volt, amit az önkormányzat is meghirdetett, így a minimálisan rendelkezésére álló nyomtatott sajtóban is:

„És annak ellenére, hogy mi azt gondoltuk, hogy itt újra égni fognak a vonalak, nem így történt. Nem így történt, egyszerűen azt vettem észre, hogy nem tudott a lakosság reagálni, nem tudott elszakadni a bejártott problémamegoldó láncán. Egyszerűen be volt vésődve. Ha ez a bajom, a családsegítőt kell hívni. Ha nem veszi fel, akkor maradok együtt a bajommal, vagy egyedül a bajommal és kész.” (26)

A tevékenységek harmadik típusát adták (3) *a gyógyítás, ápolás és gondozás többnyire állami, részben civil intézményeiben dolgozók tevékenységei, akik a járvány okozta problémákat professzionális feladatként értelmezték*, és azokat a fokozódó erőforráshiánnyal küzdve igyekeztek ellátni.

A gondoskodással kapcsolatos legfontosabb nehézség a hiányzó erőforrások voltak, az anyagiak és emberiek egyaránt. Mozgósításukban fontos szerepet játszottak a humanitárius szervezetek. Az egyikük által indított új program magányos és idősebb emberek lelki támogatását szolgálta, fiatal önkéntesek bevonásával, amit később egy vállalat is megtámogatott. 70 segítő-segített párral kezdtek, az interjú pillanatában 180 párnál tartottak. A program komolyságát mutatja, hogy a kapcsolatfelvételt minden esetben képzés és kététes próbaidő előzte meg. Másik programjukkal a tömeges szűrésbe kapcsolódtak be, amivel az egészségügy terheiből igyekeztek átvenni, valójában állami feladatot láttak el. Számos önkéntesük a védekezés technikai eszközeinek beszerzése és elosztása terén dolgozott, közöttük egyik interjúalanyunk is:

„Én ezt kívülről láttam, hogy ezt, hogy szervezik, mert én ebben a végrehajtó részében voltam. Ők eléggé felkészültek, nem pont erre a helyzetre, hanem nagyon sok ilyen helyzetre. Ott azért megvan az a néhány fős csapat, akik akár menekültekről van szó, akár árvízről van szó, akár járványhelyzetről van szó, meg van az a lista, vagy hogy mondjam, össze van pakolva a vészhelyzeti csomagjuk, és készen állnak ilyesmire.” (9)

Az egészségügyi dolgozók munkáját támogatta a másik általunk megkérdezett, egyházközei karitatív szervezet is maszkok, arcpajzsok gyártásával és kiszállításával. A védőeszközök másik részét egyházi fenntartású gondozási intézményeknek és gyülekezeteknek juttatták el, amivel a hitélet újraindítását támogatták. A programok jól működő rutinokat követtek, de kisebb mozgósítást értek el, mint a korábbi természeti katasztrófák idején. Ennek legfőbb magyarázata az intézményvezető szerint az, hogy a szóban forgó szervezet ugyanakkor az ország egyik legnagyobb szociálisintézmény-fenntartója, 300 intézménnyel 3000 alkalmazottal. A járvány alatt két nagy kihívással kellett szembenéznük: a bentlakásos intézmények működését nagyon rövid idő alatt át kellett szervezni; a karitatív szervezeti működést ugyancsak át kellett alakítani. Az önkénteseknek több mint fele általában a nyugdíjas korosztályból kerül ki, az ő működésüket és ezzel együtt az önkéntes csoportok nagy részét fel kellett függeszteni. Ezzel egy időben újabb önkéntesek érkeztek, főként azok, akiket katasztrófa helyzetben lehet általában mozgósítani (egyik interjúalanyunk is ilyen).

A negyedik típust a (4) az egyházi és humanitárius szervezetek által kezdeményezett és önkéntesek bevonásával megvalósult tevékenységek alkotják. Ezek a szervezetek jellemzően az állampolgárok humán és anyagi erőforrásait mozgósították, miközben saját kapacitásuk jelentős részét az alpműködésük fenntartása kötötte le. Ezek a jótékonyági és humanitárius szervezetek a magánemberektől és vállalatoktól kapott adományok közvetítőiként is működtek. Az adományok egy része saját fenntartású intézményeknek, másik része állami intézményeknek ment. A Humanitárius Koordinációs Tanácsnak, amit eddig természeti katasztrófák esetében (például a dunai, tiszai árvizek esetében, vagy a vörösiszap-katasztrófa idején) állítottak fel, és amelynek hat szervezet a tagja: a Máltai Szeretetszolgálat, a Katolikus Karitás, az Ökumenikus Segélyszervezet, a Baptista Szeretetszolgálat, a Református Szeretetszolgálat és a Vöröskereszt. Állami koordinációjuk csúciszerve államtitkári szinten van. Az egészségügyi intézmények ellátásába a Koordinációs Tanács keretében kapcsolódtak be donorok, a Református Szeretetszolgálat például a Mentőszolgálatnak nyújtott segítséget. Hasonlóképpen az önkéntességnek is volt egy államilag koordinált csúciszerve, az ún. 11. Akciócsoport, amely a társadalom különböző szegmenseiből érkező felajánlásokat volt hivatott koordinálni, becsatornázni a különböző szervezetek vagy közösségek irányába.²⁹

Telefonos kapcsolattartással, új online- és telefonos információs szolgáltatással jelentkeztek a veszélyhelyzetben azok a civil szervezetek is, amelyek az idős és beteg embereket és az őket gondozó, továbbá sérült gyerekeket nevelő családokat támogatják. Tudatában voltak a családok koronavírus alatt megnövekedett gondozási terheinek, humán kapacitásukat mégsem tudták növelni a megnövekedett

²⁹ Ezek a szervek sajnálatos módon nem tettek eleget a kutatásban való részvételre szóló felkérésünknek, ezért velük kapcsolatban csak a publikus információkra hagyatkozhatunk.

igényekkel arányosan. Az egyik szervezet moderál egy Facebook-csoportot is, amelyben segítségre szoruló családtagok és ápolók találkozhatnak. A csoport egy-fajta közvetítő szerepet tölt be a felek között. Amikor a telefonos vonalon kért segítség meghaladta a szervezet kapacitását, akkor a segítségkérőket erre a platformra irányították. Egy másik szervezet sikerességét egyik vezetője pont azzal magyarázta, hogy ki tudta használni az online tér adta lehetőségeket. Pozitív felismerés volt számukra, hogy bizonyos képzések és a tartalmak átadása online formában hatékonyabban tud végbemenni, mint személyesen, még a családterápia esetében is.

„Nekik (*a klienseknek, szerk.*) az volt a legnehezebb, hogy bezárva, ez a bezártság, és nagyon nehezen tudtak kapcsolatba kerülni a pedagógusokkal, különösen autisztikus, ADHD-s gyerekekkel, akiknek szörnyű volt ez a bezártság és viselkedés zavaros gyerekek esetében. Ott próbáltuk ezt a telefonos segítségnyújtást.” (24)

A járványhelyzetben megmutatkozó kapacitás hiányból eredeztethetők azok a kezdeményezések, amelyekben (5) *a gyógyítás, az ápolás és a gondozás intézményeiben dolgozók egymást segítették* annak érdekében, hogy a megnövekedett feladatokkal képesek legyenek megküzdeni. Az akciókkal az intézmények működését meghatározó strukturális problémákra is ráirányítják a figyelmet. Ezek a kezdeményezések arra a felismerésre épülnek, hogy a járvány az egészségügyre és annak dolgozóira a kapacitásukat meghaladó terheket ró. Az őket támogató felajánlóknak egy része laikus, nagyon eltérő szakmai és élettörténeti háttérrel. Másik részük egészségügyi dolgozó, akik részben a munkatársaiknak, részben pácienseiknek és általuk a társadalom szélesebb rétegeinek akarnak segíteni a járvány által okozott bizonytalanság és félelem csökkentésével.

A segítő tevékenységek utolsó általunk beazonosított csoportjához azok a civil akciók tartoznak, melyek (6) *az egészségügy dolgozóinak támogatására és védelmére jöttek létre, elsősorban védőeszközökkel való ellátás és pro bono szolgáltatások formájában*. Az akciók közül mintaadóvá vált egy mesterszakács kezdeményezése. Szakmai tevékenysége a járvány alatt kényszerűen szünetelt, egy bezárt étteremben felszabaduló emberi és infrastrukturális kapacitásokat használta arra, hogy az egészségügy dolgozóinak főzzön, és azt megfelelő logisztikával a betegellátó intézményekbe szállítsa. A tevékenység szervezeti hátterét egy, a közösségi médiában formálódott csoport alkotta, interjúalanyunk szerint sikerességük titka, hogy megfelelő pillanatban indultak, és nagy hangsúlyt fektettek a kommunikációra.

A járvány alatt ugyancsak hírnévre tett szert az az interjúalanyunk, aki egy kéthetes leállás alatt dolgozta ki a fejpajzsok gyártásának technológiáját, és társaival együtt kb. 150 ezer maszk legyártását és az egészségügyi intézményekbe való eljuttatását szervezte meg. A kezdeményezők főállású munka mellett, önkéntesként

dolgoztak, és fontosnak tartották, hogy az egészségügy dolgozói hálájuk kifejezéséül adományként kapták a védőfelszerelést.

Háziiorvosi praxissal rendelkező másik interjúalanyunk kapcsolatban állt az egészségügy szakmai szervezeteivel és a civilekkel egyaránt. Kezdetben az állami kommunikációt támogatta munkájával, később a közösségi médián keresztül igyekezett betegeit és követőit tájékoztatni. Másik orvos interjúalanyunk szakszervezeti vezető és egy, a jelen helyzetben különösen aktív civil szervezet alapítója. Mindkét intézményi minőségében az egészségügy dolgozói és a társadalom, illetve a gazdaság szolidáris része között közvetített, például orvosoknak szállást szervezett, vagy a szállításukat oldotta meg, továbbá a védőfelszerelés és fertőtlenítő szerek közvetítésében, egészségügyi dolgozók szűrésének, mentális- és pszichológiai támogatásának megszervezésében. De ennél is fontosabbnak tartja az ágazat problémáit a nyilvánosság elé tárni, és a szükséges változtatásokhoz társadalmi támogatókat találni. A tavaszi hullám idején egy ilyen akciójuk volt, amit később újabbak követtek.

Előzmények és élettörténeti narratívák

A járvány okozta válság olyan kivételes helyzetet teremtett, amiben sokan kezdtek el a szakásostól empatikusabban viselkedni, másokon segíteni.

„Az önkéntes munka népszerűbb lett – ahogyan azt egy humanitárius szervezet vezetője is érezte. – Volt ott építési vállalkozó, akinek tizenegynéhány embere volt, és nem állt meg, öneki mentek tovább az előre fixen meglévő munkái, de úgy érezte, akkor egy picit szeretné hasznossá tenni magát ilyen módon. Aztán volt egy IT szakember, aki viszont elvesztette a munkáját, és úgy jött el hozzánk segíteni. Volt takarítónő, aki szintén ő, most elsősorban magánháznál dolgozott, és nem volt munkája, és a felszabaduló idejét ezzel töltötte.” (8)

Interjúalanyaink közül többen folyamatosan vagy alkalmanként, de végeznek önkéntes munkát. Néhányuk a korábbi krízishelyzetekben is aktív volt (például a vörösiszap-katasztrófa, a felsőszolcai árvíz vagy a menekültválság idején). Egyik interjúalanyunknak meghatározó gyermekkori élménye a szervezettel való kapcsolata, ugyanis a szülei rendszeres adakozók voltak. Másik interjúalanyunk életében a közvetlen előzmény a pillanatnyi munkanélküliség volt. De hogy ilyen helyzetben az önkéntes munka megoldás lehet, a családban látott előzményekre és saját korábbi tapasztalataira vezette vissza:

„Bennem meg mint személy azért a tenni akarás erősen dolgozott, ugye... egy hónap munkanélküliség után azért bennem volt a tenni akarás, és akkor ez egy ilyen külön jó dolog volt, hogy ennek egy ilyen karitatív célja lett végül, amiben, tehát ez nekem nem egy ismeretlen terep, mert az édesanyám is egy ilyen egyesületben aktívan részt vesz, ahol jótékonyági dolgokat csinálnak.” (28.)

Megvizsgáltuk, hogy a szolidáris cselekvés miként épül az a cselekvők élettörténetébe. Legfontosabbnak a társadalmi és földrajzi mobilitást találtuk, ami okként és célként egyaránt megjelent. A jótékony cselekvés mintái részben a családból származnak, részben a nemzetközi mobilitással összefüggésben jelennek meg:

„nívós helyeken dolgoztam, tudatosan végigvándoroltam a világot” (28.)

– mondta egyik interjúalanyunk. Másvalaki a vidéki és az alkalmazotti létből való kitörés lehetőségét látta az új tudást eredményező és új kapcsolatokat lehetővé tevő önkéntes munkában. Interjúalanyaink számára, akik korábban is segítő vagy gyógyító szakmában dolgoztak, a járvány a gondoskodásnak egy újabb dimenzióját nyitotta meg, ami a társadalmi cselekvésre ösztönző kihívást jelentett.

„Amióta én szerintem az eszemet tudom, azóta benne vagyok ilyen programokban, főleg... azért mondhatom magam szerencsésnek, mert, hogy azért kaptam egy nagyon klassz nemzetközi képet, és rengeteg lehetőséget, hogy Európában szétmehessek.” (1.)

– mondta egyik interjúalanyunk, aki egész felnőtt életében a kereső és az önkéntes társadalomjobbító munka összehangolására törekedett.

Interjúalanyaink között többen beszéltek arról, hogy személyes életterükben teremtik meg a rászorulókért való gondoskodás folytonosságát, amire aztán krízishelyzetben támaszkodni lehet. Egy három gyermeket nevelő evangélikus lelkész esetében láttuk, hogy a hivatal, a közösségi és a családi tér összekapcsolódnak:

„Tehát az én személyes életem egyébként ezekben a terekben zajlik. Mi együtt élünk a gyülekezeti tagokkal, és hozzám csöngetnek be, amikor a maszkokat hozzák. A hiteles teológiai irány számomra az, hogy ott élni az emberek között, egy közösségben, és akkor kapcsolatokon keresztül megélni a... hitközösséget. És amiről beszélünk, az valamilyen cselekvés formájában kifejezni. Például, hogy mi itt vagyunk, egy udvarban, egy afgán meg egy iraki családdal, tehát gyerekeim együtt játszanak menekült gyerekekkel, mindennap. Tehát ez egy ilyen személyes történet is. Tehát hogy a mi életünknek konkrétan a részei ők.” (3.)

Míg interjúalanyaink korábban idézett többségében a családi minták és az élet-történeti kontinuitás, illetve a mobilitás volt a meghatározó, Árpád a megrázkód-tatásokban vált érzékennyé és felelőssé mások sorsával kapcsolatban. Érvelésében a szegények közötti szolidaritás van meghatározó helyen. Életében több traumati-kus sorsforduló volt (elhagyta az apja, meghalt az anyja, vállalkozása csődbe ment, a pártja kizárta). Minden esetben nagyon letről kellett összeszednie magát:

„És akkor megint megtapasztaltam, hogy milyen a legalján lenni a dolgoknak, és hát ugye utána fokozatosan azért úgy szép lassan, így egy ilyen viszonylagos szintre stabi-lizálódott az életünk, de még azt mondom, hogy még azt megtapasztalni, hogy milyen, amikor mások segítenek nekem, és milyen szarban lenni.” (41.)

A segítség ethosza és narratívái

Az interjú tapasztalataink azt mutatják, hogy a szociális és egészségügyi terüle-ten segítő tevékenységet folytató aktorok motivációi széles spektrumot ölelnek fel. Ahogyan a tevékenységi formák osztályozásakor különbséget tettünk egyéni és szervezetekhez köthető aktorok között, úgy a segítő cselekvés mögött meghúzódó motivációs narratívák elemzésekor is igyekszünk érzékeltetni a személyes indít-atásokat és a szervezeti magyarázatokat.

A szervezetekhez köthető, ún. régi aktorok közül hatan a segítő munkájuk mot-ivációit elsősorban *intézményük alapvető működésének missziójából* eredeztették. A humanitárius szervezetek intézményi felelősségéről és kötelességéről az egyik vezetője így vélekedett:

„Katasztrófhelyzetben az államé a legfontosabb szerep, azután következnek a nagy hu-manitárius szervezetek. Egyrészt tudás van nálunk a katasztrófhelyzetek kezelésére, másrészt erős társadalmi bizalom van az irányunkba, amivel ilyen helyzetekben élni kell.” (7.)

A humanitárius szervezetnek ugyanakkor intézményi előírásai vannak. Akkor lépnek működésbe egy krízis kapcsán, ha ezek teljesülnek. Ha nem teljesülnek, akkor fékezik magukat:

„Egy humanitárius katasztrófában az első dolog, amit az ember, amit tud, hogy kik a ká-rosulnak. Márciusban Magyarországon nem lehetett tudni, hogy kik a károsultak, ebben a katasztrófában.” (7)

A humanitárius szervezeteknek ugyanakkor morális vagy világnézeti identitásuk is van, vezetőik legalábbis így szeretnék:

„Mindig el szoktam mondani, hogy mi nem segélyszervezet vagyunk – *mondta másik intézményvezető interjúalanyunk* –, hanem ténylegesen azt a szeretetet, amit mi is úgy kaptunk Istentől, azt a feladatunk visszatükrözni az emberek felé, és a... felöltő ruha vagy egy kiló kenyér mellé arról is bizonyosságot tenni.” (8.)

De mivel minden rászorulókat nem tudnak ellátni, szelektálniuk kell közöttük, amit már nem feltétlenül elvek, hanem racionális érvek, kapacitások mentén tesznek meg:

„Tehát valahogyan a felelősséget én így tudom meghatározni, egyén vagy szervezeti szinten is. Tehát nyilván nem tudunk felvállalni mondjuk egy afrikai éhezőközösségnek a hosszú távú támogatását, tehát fel kell ismerni azt, hogy mi a mi felelősségünk, és azt viszont akkor végezni kell, és bele kell állni...” (8.)

A segítség motivációja másoknál, a mintánk többségénél egy *humanista értékrenddel* függött össze, vagy a javakkal, státusszal járó felelősségből fakadt. Nyolc régi aktort és három új szereplőt jellemezte ez a narratíva:

„Az emberben benne van a tenni akarás, szerintem. Mindig. (...) A tenni akarás, meg a segítészándék, az mindenki-ben benne van. És én örülök, tulajdonképpen ezeknek a lehetőségeknek. Tehát ha van nekem időm, energiám, adott esetben pénzem engedi, szerintem csak azért, mert egyszerűen jobban érzi magát tőle az emberek.” (9.)

A járvány előtt is tevékenykedő interjúalanyaink közül hárman és egy új szereplő a gondozói és segítő munka motivációit *világnézetével*, hitével hozta összefüggésbe:

„Főleg most vagyunk egyébként ramadán időszakban. Ilyenkor különösen fontos a leg-szegényebbekre fókuszálni. Én ezt meg is tettem. (...) a nemzetközi iskolákban, az iz-lám iskolákban vita volt arról, hogy most ebben a covidos időszakban lehet böjtölni, nem lehet, nem tudták eldönteni. Én meg eldöntöttem, hogy nem fogok. Pedig volt már korábban, hogy megtörtént, viszont a böjt kiváltható hatvan szegény ember étkezte-tésével. Megtörtént. És akkor ezeken túl még nyilván adható dolgokat is anyagilag is próbáltam.” (41.)

Ha a másokon való segítség egy morális ethosz része, azt jelenti, hogy a jó-cselekedet nem csak egy konkrét személyre irányul, hanem egy *morális értékrend*

fenntartását szolgálja. Egyéni szinten pedig hozzájárul a cselekvő morális önképének fenntartásához. Reflektált interjúalanyaink jelzik, hogy érzik ebben az önmagukkal való megelégedettség kísértését is. A rászorultságról szóló beszédet is jórészt morális perspektívák határozzák meg, ami az önkéntes segítők egy részénél érzelmi megközelítéssel is párosul (két új szereplő és két régi aktor esetében). A rászorultság érzelmi narratívája azoknál erősebb, akik személyes kapcsolatban voltak/vannak elesett vagy kiszolgáltatott emberekkel:

„Lelkileg azok viseltek meg, amikor olyan helyzettel, olyan élethelyzettel találkoztam, ami megindított. Ma is mentem, most másodjára meleg ételt vinni egy olyan 50-60 körüli embernek full, teljesen egyedül él egy nagyon lepukkant bérházban a földszinten, nincs telefonja, nincs kapcsolata a külvilággal, jární igen nehezen tud, mert hát egy ilyen félhajléktalanszerű.” (41.)

Voltak, akik számára a *szakmai elkötelezettség* volt a legerősebb motiváció. Az egészségügyi dolgozók hajlamosak voltak a szakmai érveket a morális és érzelmi motivációk elé helyezni. A szakmaisággal együtt a helyzet tudatos kezelésének fontosságát hangsúlyozták, amit egyikőjük azzal a magyarázattal toldott meg, hogy járvány idején a legnagyobb veszély a tudatlanság és káosz. A gyógyítói ethosz továbbá nem kizárólag a beteg személyekkel kapcsolatos, hanem a társadalom felé való elkötelezettséget is jelent.

A segítő munkának tulajdonított strukturális hatások az egészségügy és a szociális ellátás területén

A segítő cselekvésnek tulajdonított valós vagy elképzelt strukturális hatások közül a leggyakrabban a közvetlen, materiális vagy lelki szükségletek kielégítésének vagy mérséklésének vágya jelent meg. A régi, elsősorban szervezetekhez köthető segítő tevékenységek közül kilenc esetben, az új, egyéni akciók közül pedig négy esetben neveztek meg az interjúalanyok ilyen célt. A tevékenységek ilyen irányú vágyott vagy valós hatása az általános humanista értékrenddel korrelált, egyaránt jellemzi a régi és az új aktorokat is (6/2 arányban). A régi aktorok esetében ezen kívül a vallási indíttatás is meghatározó volt:

„Szóval ezek a bevásárlások, ezek mindig nagyon hálás feladatok voltak, mert ők nagyon explicitre jelezték, hogy mennyire jót teszek nekik. (...) Amikor először a kerületben kitéltöttem, hogy milyen feladatokat szeretnék ellátni, ott volt egy olyan, hogy nyugdíjasokkal beszélgetni, és én ezt így nem jelöltem be, de nyilván ez így innentől kezdve elkerülhetetlen volt, hogy amikor átadtam a csomagot, akkor ott egy beszélgetés

alakult ki, ami volt, hogy elnyúlt egy óráig. Merthogy volt olyan nyugdíjas, akinek nincsen családja, nincs kivel beszéljen, és akkor ott elmondta a mindent.” (27.)

Ha az interjúalanyaink a gondoskodás civil formáinak tágabb kontextusáról gondolkodtak, többnyire nem az egészségügy, az ápolás, a gondozás intézményeire vonatkozó állításokat fogalmaztak meg. Általánosabb szinten a civil szektorra vonatkozóan volt mondanivalójuk, ami az állampolgárok részvételét ösztönzi a gondoskodásban, és annak az ethosznak a terjedéshez járul hozzá, ami a közösségi, lakóhelyi, állampolgári felelősség részévé teszi az idősekről, betegekről, fogyatékkal élőkéről való gondoskodást, vagyis ami egyfajta társadalmi változást indukál az attitűdök és a cselekvések szintjén. A segítő tevékenységnek tulajdonított ilyen irányú hatás elsősorban a régi, szervezeti keretek között tevékenykedő aktorokat jellemzi, akik számára a vágyott impulzus elérésének legfontosabb motivációját szervezetük küldetése adja. Ennek érdekében a nagy szervezetek egyike például olyan kampányt indított, amely a koronavírus alatt megnőtt segítő vágyat fel akarta használni a jótékonyosság népszerűsítésére. Ehhez a filozófiához kapcsolódik a „jobb adni” brandnév (jobbadni.hu). A szervezet vezetője a jótékonyosság módjainak megújítását is szorgalmazza, a karácsonyi cipősdobozakció helyett a segítség olyan formáit, amely nem csak ajándékoz, hanem felelősséggel is felruhazza a megajándékozottakat. Egy másik humanitárius szervezet vezetője abban bíz, hogy tevékenységük képes fokozni a társadalmi szolidaritás és bizalom szintjét:

„De valójában az én szerepem és a szervezet szerepe nem az, hogy továbbítsam a társadalom segítségét, mint egy postás a ... rászoruló felé, hanem hogy ezt a kettőt egymással összeillesszem, és ebben valami katalizátor legyen. Tehát a társadalmi szolidaritásnak a felépítése, az építgetése, mindennapi építése, az a mi dolgunk. Ezek a problémák, amikről ma beszéltünk, nem a Szeretetszolgálat problémái, és nem neki a feladata megoldani őket. Ezek a magyar társadalom problémái, és a magyar társadalomnak a feladata megoldani őket. (...) Ami számunkra nagyon fontos, hogy a szolidaritás számunkra egy bizalmi kérdés. (...) Tehát nekünk valamilyen módon az a fő célkitűzésünk, hogy azt a fajta bizalmat, ami, és ilyen módon közbizalmat, ami különböző társadalmi csoportok között szükséges, hogy meglegyen az elfogadáshoz, azt valamilyen módon építsük. (...) Tehát valamifajta társadalmi tudatformálás, vagy társadalomformálás, vagy valamilyen szemléletformálás, az legalább nekünk legalább annyira erősen a missziónk része, mint magához, ehhez kapcsolódóan azok az aktivitások, amik ezekben megnyilvánulnak.” (7.)

Annak ellenére, hogy az egészségügyet, a gondozás és az ápolás területén működő intézményeket jónéhány – fent részletesen tárgyalt – strukturális probléma sújtja, a területen tevékenykedő civilek hárítják, hogy annak okairól, tehát magukról a problémákról vagy a tevékenység lehetséges strukturális hatásairól véleményt nyilvánítsanak. Általánosan elmondható, hogy kizárólag tevékenységükre

fókuszálnak. Érdeklődésünk az interjú során elutasító reakciót váltott ki, az indoklás pedig egy önként vagy kényszerből felvett háritás. A „politika” elutasítása, miként a következő interjúrészlet jól mutatja, elsősorban az államhoz való viszonyról szól, más irányokban: „az állampolgárok” és a piaci szereplők irányába általában nyitottabbak az együttműködésre.

„Mi nem akarunk politizálni, nem célunk, nem is szeretünk. Mi megoldottuk így saját magunk, illetve a magyar polgároknak köszönhetően, az adományoknak köszönhetően, illetve a cégeknek, aki segítettek a gyártásban. Megoldottuk úgymond saját magunk.” (5.)

Szorosan ehhez kapcsolódva kérdeztük interjúalanyainkat a válságkezelésben tanúsított felelősségvállalás kérdéséről is. Legtöbben, öt interjúalanyunk (két régi aktor és három új) az állam és a kormányzat felelősségét hangsúlyozta. Egy orvos interjúalanyunk, aki tudatában van az orvosok extra felelősségének, az epidémia alatt mégis, a szakma számára is, az államtól vár segítséget. Vészhelyzetben erős kontroll és centralizált döntések kellenek, a gondoskodás és az ápolás nagy intézményei is csak ilyen működésmóddal tarthatók fenn, mondja az egyik ilyen intézmény vezetője:

„Ebben a szituációban nincs helye az egyénieskedésnek, ilyenkor egy nagyon erősen centralizált, szabályozott és felügyelt környezetben kezdtünk el dolgozni. Ennek azért az is a következménye, hogy nálunk sehol nem volt bent fertőzés intézményben, időskorú otthonban. Tehát egyetlenegy igazolt fertőzött idősünk sem volt, és dolgozónk sem. Ennek az a következménye, hogy valójában nálunk nem volt sem megbetegedés, sem haláleset.” (7.)

Orvos interjúalanyaink hiányolták a tudásmegosztás és a betegellátás koordinációját az állam részéről. Miközben a járvány betegellátására sok figyelem irányul, a többi beteg és az őket gondozó egészségügyi személyzet különösen a házi orvosok támogatás nélkül maradtak. A kórházak kiürítését lojalitási tesztként értelmezik. Többen a fenntartó intézmények felelős magatartását is hiányolták. Lelkész interjúalanyunk elvárta volna, hogy egyházának vezetése a gyengék és kiszolgáltatottak mellett határozottabban kiálljon, történeti hasonlaltal élt:

„Az eutanáziaprogram jut eszembe, ami a holokauszt egyik első hulláma volt, és akkor volt egy evangélikus lelkész, aki nem engedte, hogy kiürítsék a fogyatékos otthonait, a Bétel-otthonokat. Az jutott eszembe, hogy most sem szabadna engedni, hogy kidobják a kórházból ezeket a rehabilitációra szoruló embereket. Tehát konkrétan ezt a történetet mindig tanítjuk a gyerekeknek, és amikor megismétli a történelem önmagát, akkor meg nem szólunk egy árva kukkot sem.” (3.)

Viszonylag kevesen beszéltek a veszélyeztetett csoportokról, és még kevesebben a velük kapcsolatos személyes élményekről. Ez utóbbin belül viszonylag sok szó esett az idősekről, akikkel kapcsolatban új típusú társadalmi problémát is hozott a koronavírus-járvány, amit két új aktor igyekezett segítő tevékenységével mérsékelni. Egyik interjúalanyunk szerint a legfontosabb dolog, ami történt a járvány alatt, az az volt, hogy a figyelmet ráirányította az idősekre és az idős gondozás intézményeire és körülményeire:

„Szóval az a fajta lelki teher, és nyomás, főleg az időseken meg a fogyatékkal élőkön van, az, azt lehet mondani, hogy szinte elviselhetetlen. Nem a betegség, mert esetleg el sem kapta, be sem ment az intézménybe a betegség. De az, hogy gyakorlatilag börtönbe zártuk az időseket és a fogyatékkal élőket, és közben még magunkra is akasztottuk a legijesztőbb cuccokat, amit lehet látni. Az valójában olyan szinten változtatja meg a mentális állapotukat, amit hogy ha én nem tudok kezelni, akkor most meg tudom mondani, hogy bele fognak halni. Attól függetlenül, hogy elkapják a fertőzést vagy nem.” (7.)

Egyik interjúalanyunk ugyanakkor saját terepén azt érezte, hogy a kórházakból hazaküldött idős emberek visszakerülése a családokba felkészületlenül érte a családtagokat, bizonytalan és új helyzetek elé állította őket. Más valaki arról beszélt, hogy a kórházakból hazaküldött idős emberek jelenléte a szegény népeségben új problémát hozott létre, az idősbántalmazást:

„A nagyon nagy nehézség az az volt, hogy ott több időskorú beteg hazakerült, és az idős bántalmazás, ami egy új történet volt. Ezekben az apró pici házakba összenyomorodtak a családok. És ide még hazahoztak idős vagy nem idős, de sokszor amputált, rehabilitációra szoruló demens betegeket, akikkel nem tudott a család mit kezdeni.” (26.)

Az együttműködést a válságkezelés összefüggésében minden lehetséges szereplővel (önkormányzattal, szakellátóval, üzleti szereplőkkel és magával az állammal) fontosnak vallották. Ezért is gondoltak kerüendőnek minden olyan kérdést, ami megosztottságot eredményezhet, például az egészségügyi intézmények állapotával kapcsolatos nyilvános kritikát. A válságban megmutatkozó hiányosságokra az egészségügyben dolgozó interjúalanyaink mutattak rá leginkább, akik a szakmai szervezetek és civilek szerepét és együttműködését is hangsúlyozták (ilyen például az Orvoskamara és a Magyar Orvosszakszervezet viszonya). Ez az együttműködés interjúalanyunk szerint példaértékű precedensekre támaszkodhatna.³⁰ Interjúalanyunk a 2015. május 12-ei tüntetéséről³¹ mondja:

³⁰ Például Őszintén az Egészségügyről Akciószövetség 2014/15-ben

³¹ 2015. május 12-én a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara és más ápolással kapcsolatos szervezetek dolgozói békés demonstrációt tartottak Budapesten, hogy felhívják a figyelmet nehéz helyzetükre és anyagi megbecsülésük hiányára, illetve az egészségügy jövőjére.

„Többtízezer ember megmozdult, tényleg szakmáktól, mindentől függetlenül. Én személy szerint ebben látom a lehetőséget, ... a szolidaritásnak tulajdonképpen ez az alapja, hogy igenis összefogunk, felszólalunk. Szerintem a járvány ezt nagyon jól megmutatta, és a civil szervezetek is összefogtak... adott esetben gazdasági szereplőkkel, ugye itt velünk is volt kapcsolat, mint a szakszervezettel, az Orvosi Kamarával.” (11.)

Összefoglaló

Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy a civileknek az egészségügyi és szociális szektor fenntartásában betöltött szerepéhez viszonyítva milyen szolidaritási akciók jöttek létre a beteg- és idősgondozás, valamint a szociális ellátás bizonyos területein a koronavírus-járvány első hullámában. Elemzésünkben áttekintettük a két szektor járvány előtti helyzetét, különös tekintettel működésük azon hiányosságait, melyekre válaszul állampolgári és civil kezdeményezések jöttek létre. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy az új akciókat milyen motivációk kísérték, illetve milyen strukturális hatásokat tulajdonítottak nekik az aktorok. Érdekeltek bennünket a régi és a szolidaritási mezőbe újonnan belépő aktorok közti hasonlóságok és különbségek is. A segítő tevékenységek vélt vagy valós strukturális hatásainak vizsgálatakor leginkább azt tartottuk szem előtt, hogy a járvány idején aktív segítő tevékenységet végző nonprofit szektor képviselői milyen tágabb strukturális hatásokat tulajdonítanak aktivitásuknak, hogyan artikulálják tevékenységüket és pozíciójukat a szektorra jellemző strukturális problémák viszonyai között. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy legalább a reflexiók szintjén megjelenik-e a nonprofit szektorra általánosan jellemző politikai és rendszerformáló potenciál lehetősége.

A témával foglalkozó nemzetközi szakirodalom a társadalmi válsághelyzetek megoldásában résztvevő civilek és piaci szereplők, illetve az állam megjelenésének és kapcsolatának négy ideáltípusát ragadja meg. Egyrészt válsághelyzetekben az állam koordináló szerepben léphet fel, vagyis elsősorban a civilek és az önkéntesek összekapcsolását tekinti feladatának, illetve erőforrásaikat azokra a területekre irányítja, ahol maga nem képes a feladatokat ellátni. Másrészt az állam a válsághelyzetekben az állami feladatok és szolgáltatások privatizálásával válaszolhat. Harmadrészt azokon a területeken, ahol az állam nem képes a válságkezelésre, ott a civil szférának lehetősége adódik a nyomásgyakorlásra és az ellenőrzésre. Negyedrészt pedig – leginkább az autoriter rendszerekben – a kooptáció is lehetséges.³²

Mi úgy találtuk, hogy a kutatás egészére vonatkozóan jellemzőnek gondolt három tendencia érvényesül a szociális és egészségi ágazathoz kapcsolódó szolidaritási formákra is. Különösképpen igaz ez a *hétköznapi szolidaritásra*.

³² Kövér, 2021. 6.

A gondoskodás kiterjesztését igen fontosnak találtuk egy olyan helyzetben, ahol a családok, a szociális és egészségügyi rendszer sem külön-külön, sem együtt nem tudták ellátni a gondozásra, ápolásra szorulókat nagy részét. Hasonlóképpen fontosak voltak a járvány idején túlterhelt, működésében akadályozott egészségügyi szektor számára nyújtott szolgáltatások és technikai eszközök. Tetten értük a szolidaritásnak azt a formáját is, amit az egész kutatás vonatkozásában átalakító szolidaritásnak hívunk: az önkéntesek bevonásával megvalósuló segítségnyújtásnak a morális változással való összekapcsolását. Meglepetésünkre a járvány ugyan sokkal láthatóbbá tette a szociális és egészségügyi szektor hiányosságait, az intézményi struktúrák átalakításának vágya és még inkább egy ennek elkötelezett aktivitás itt sem és most sem jelentkezett erőteljesebben, mint általában. A szociális hátránnyal küzdő embereknek segítő civilek között találtuk meg a közéleti kérdésekben legaktívabbakat. Ugyanez sokkal kevésbé volt elmondható azokról, akik az egészségügyi rendszerhez kötődnek civil tevékenységük révén. A helyzetet átlátó és a civilekkel együttműködő egészségügyi személyzet magára marad, a strukturális változtatáshoz nem kap támogatást azoktól, akik a rendszer erőforráshiányát rövidtávon pótolni igyekeztek.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bajti Petra: A hálapénz, a magánegészségügy igénybevétele és a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szocioökonómiai státus szerinti eloszlása. In: Fazekas Károly – Elek Péter – Hajdu Tamás: *Munkaerőpiaci tükör 2019*. Budapest: Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, 2020. 110–112.
- Belicza Éva: *Egészségügyi ellátórendszer*. NEJ/2004 Szakértői változat. Budapest: Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, 2004.
- Bernát Anikó – Kertész Anna – Tóth Fruzsina Márta: A segítségnyújtás evolúciója és a szolidaritás új formái a migrációs válság idején: új önkéntes és régi civil szervezetek 2015-ben. In: Kolos Tamás – Tóth György István: (szerk.): *Társadalmi Riport 2016*. Budapest: TÁRKI, 2016. 286–306.
- Bocz János – Zoltán Kmetty: Egészségügyi nonprofit szervezetek. *Civil szemle*, 2008/1–2. 39–60.
- Gyógyítható-e az egészségügy? Political capital, 2017. https://www.political-capital.hu/pc-admin/source/documents/PC_FES_egeszsegu_2017_tanulmany_20170613.pdf (letöltés ideje: 2021. február 8.)
- Hattke, Fabian – Martin, Helge: Collective action during the Covid-19 pandemic: The case of Germany's fragmented authority. *Administrative Theory & Praxis*, 42 (4), 2020. 614–632.

- Lupton, Deborah: Special on ‘Sociology and the Coronavirus (COVID-19) Pandemic’. *Health Sociology Review*, 29 2020/2. 111–112.
- Kövér Till Ágnes: The Relationship between Government and Civil Society in the Era of COVID-19. *Nonprofit Policy Forum*, 2021/1. 1–24. <https://doi.org/10.1515/npf-2021-0007>
- Magyarország Alaptörvénye: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv> (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)
- Nárai Márta: Civil szervezetek szerepvállalása a szociális ellátás, szolgáltatás területén. *Esély*, 2005/1. 111–133.
- Palko, Hannah Catherine – Xiang, Wei-Ning: In fighting common threats, people’s deep commitment to taking collective action matters: examples from China’s COVID-19 battle and her other combats. *Socio-Ecological Practice Research*, 2020/2. 257–264.
- Papházi Tibor: *Egyesületek, társadalom, egészségügy. Fejezetek az egyesületek szociológiájának köréből*. Budapest: Nonprofit Kutatócsoport, 1997
- Participation in voluntary work and membership of groups and organisations for young adults. OECD Social Policy Division – Directorate of Employment, Labour and Social Affairs
- Péntek Eszter: *A civil szervezetek részvételi lehetőségei az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában és az egészségpolitikai folyamatok*. PhD-értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, 2009.
- Richterich, Annika: When open source design is vital: critical making of DIY healthcare equipment during the COVID-19 pandemic. *Health Sociology Review*, 2020/29: 2. 158–167.
- State of Health in the EU. Magyarország Egészségügyi országprofil 2017, OECD. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_hungary.pdf (Letöltés ideje: 2021. augusztus 7.)
- Takács Erzsébet: Társadalmi szolidaritás vs reflexív szolidaritás.: Durkheim szolidaritáskonceptiója a későmodernitásban. *Socio.hu*, 2019/9. 42–57.
- Utasi Ágnes: *Kötélékben. Szolidaritási hálók és közélet*. Szeged: Belvedere, 2013.

Az interjúk jellemzői

<i>No.</i>	<i>A cselekvők szervezeti jellemzői</i>	<i>Régi/ új aktorok</i>	<i>Fő tevékenység a járvány idején</i>	<i>Célcsoport</i>	<i>Motiváció</i>	<i>Hatás</i>
1.	civil szervezet	R	információszerzés és információgyűjtő portál (honlap és facebook oldal) indítása és működtetése a koronavírusról, a segítsérről és a hátrányos helyzetről családok számára	lakosság	morális értékrend fenntartása	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; társadalmi változás elérése attitűdök szintjén; állami, kormányzati problémakezeléssel való állásfoglalás
3.	egyházköz-ség	R	saját fenntartású intézmények működtetése, kiszolgáltató társadalmi csoportok anyagi támogatása; közösségépítés; hitalapú szolidaritási tevékenységek: adományozás, ételmisszerzés, maszkvarrás, kríziskezelés	gyülekezeti tagok; menekült családok; gyülekezettel együttműködő civil szervezetek kliensei; hajléktalanok	vallási indíttatás; humanitárius értékrend	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; civil együttműködés elérése
5.	egyéni akció	Ú	professzionális védőfelszerelés előállítása	egészségügyi dolgozók	humanitárius értékrend; élettörténeti érintettség	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése;
7.	egyházi humanitárius szervezet	R	saját szervezeti működésük fenntartása, saját fenntartású intézmények működtetése; karitatív tevékenység	lakosság	intézményi motiváció; humanitárius értékrend;	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; társadalmi változás elérése attitűdök szintjén; társadalmi változás elérése cselekvés szintjén;

<i>No.</i>	<i>A cselekvők szervezeti jellemzői</i>	<i>Régi/ új aktorok</i>	<i>Fő tevékenység a járvány idején</i>	<i>Célcsoport</i>	<i>Motiváció</i>	<i>Hatás</i>
8.	egyházi humanitárius szervezet	R	karitatív tevékenység; krízis-alap létrehozása; adományozás; bankkártyás támogatás	lakosság	intézményi motiváció; humanitárius értékrend; vallási indíttatás; társadalmi helyzetből fakadó felelősségből eredő	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; társadalmi változás elérése attitűdök szintjén; társadalmi változás elérése cselekvés szintjén;
9.	egyházi humanitárius szervezet önkéntese	R	higiéniai eszközök beszerzése és logisztikai feladatuk ellátása	lakosság	humanitárius értékrend	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; társadalmi változás elérése attitűdök szintjén; társadalmi változás elérése cselekvés szintjén;
11.	egyéni akció	Ú	kommunikáció az egészségügyi dolgozókkal, tájékoztatásuk a koronavírusról	egészségügyi dolgozók	professzionális helyzetből eredő;	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; állami, kormányzati problémakezelésről való állásfoglalás
20.	önkormányzati szervezet	R	saját szervezeti működésük fenntartása; járványügyi veszélyhelyzetből adódó szociális problémák kezelése; segítségkérő (zöld) telefonvonal működtetése; önkéntesek toborzása és megszervezésük a feladatok ellátására, szolidaritási (pénzügyi) alap létrehozása	kerületi lakosság	intézményi motiváció	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; civil együttműködés elérése; társadalmi változás elérése cselekvés szintjén; társadalmi változás elérése attitűd szintjén;

<i>No.</i>	<i>A cselekvők szervezeti jellemzői</i>	<i>Régi/új aktorok</i>	<i>Fő tevékenység a járvány idején</i>	<i>Célcsoport</i>	<i>Motiváció</i>	<i>Hatás</i>
21.	önkormányzati szervezet	R	védőfelszerelések gyártása; segítő Facebook-bázisközösség szervezése; pénzügyi alap létrehozása	lakosság, de főleg fővárosiak	humanitárius értékrend	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése;
24.	civil szervezet	R	saját szervezeti működésük fenntartása; sérült gyermekeket nevelő családok segítése (telefonos segítségnyújtás), mentális támogatása; nyílt munkaerőpiaci szolgáltatás felnőtt fogyatékosok részére (érdekképviselő, jogsegély); tananyag kidolgozása	sérült gyermekeket nevelő családok	vallási indíttatás; humanitárius értékrend	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése;
26.	civil önkéntes és önkormányzati szervezet	R	járványügyi veszélyhelyzetből adódó problémák kezelése;	városi lakosság	intézményi motiváció, humanitárius értékrend	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; új társadalmi problémák enyhítése
27.	egyéni akció	Ú	futárszolgálat, angol nyelvi fordítási feladatok; bevásárlás nyugdíjasoknak	kerületek lakossága	humanitárius értékrend;	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése; állami problémakezelésről való állásfoglalás; váltsággal kapcsolatos állami felelősségvállalás; társadalmi változás elérése attitűd szintjén
28.	egyéni akció	Ú	magas minőségű, fine dining meleg étel készítése és szálítása egészségügyi dolgozók részére	egészségügyi dolgozók	morális értékrend fenntartása; humanitárius értékrend	állami problémakezelésről való állásfoglalás;

<i>No.</i>	<i>A cselekvők szervezeti jellemzői</i>	<i>Régi/ új aktorok</i>	<i>Fő tevékenység a járvány idején</i>	<i>Célcsoport</i>	<i>Motiváció</i>	<i>Hatás</i>
36.	civil szervezet	R	saját szervezeti működésük fenntartása; időseket gondozó családok segítése	időseket gondozó családok	intézményi motiváció; társadalmi helyzetből fakadó felelősségből eredő	társadalmi változás elérése attitűd szintjén; társadalmi változás elérése cselekvés szintjén; állami problémakezelésről való állásfoglalás;
41.	önkormányzati szervezet	Ú	bevásárlás, kutyasétáltatás, postai, gyógyszerári ügyintézés; maszkosztás; logisztikai feladatok	kerületi lakosság	élettörténeti érintettség; morális értékrend fenntartása; vallási indíttatás	kézzel fogható materiális vagy lelki szükséglet kielégítése;
43.	civil szervezet	R	saját szervezeti működésük fenntartása; kisgyermeket nevelő családok segítése	kisgyermeket nevelő családok	intézményi motiváció;	társadalmi változás elérése attitűdök szintjén; társadalmi változás elérése cselekvés szintjén;