

esély

2015/1

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

Tanulmányok

- 3 **Juhász Gábor:** Államcélok, paradigmaváltás és aktuálpolitikai alkotmányozás. A szociális jogok védelme az Alaptörvényben
- 32 **Budai István – Puli Edit:** Együttműködés a szociális szolgáltatásokban

Nemzetközi kitekintés

- 65 **Széman Zsuzsa:** A tartós idősgondozás alternatívái: technika, környezet
- 85 **Tróbert A. Mária:** Az idős hozzátartozót ápolók támogatásának jelentősége

Szociális munka

- 95 **Vajda Kinga:** A magyarországi kórházi szociális munka aktuális helyzete
Változások egy 10 évvel ezelőtti országos kutatás tükrében

Recenzió

- 122 **Hubai László:** Kapitalizmus: amikor a „múlt felfalja a jövőt”
Thomas Piketty: *Capital in the Twenty-First Century*.
London: The Belknap Press of Harvard University Press, 2014. 685 o.

129 **Abstracts**

131 **Contents**

JUHÁSZ GÁBOR

ÁLLAMCÉLOK, PARADIGMAVÁLTÁS ÉS AKTUÁLPOLITIKAI ALKOTMÁNYOZÁS. A SZOCIÁLIS JOGOK VÉDELME AZ ALAPTÖRVÉNYBEN

A 2011-ben elfogadott Alaptörvény jelentősen módosította az Alkotmány szociális töltetű rendelkezéseit. A tanulmányban arra teszek kísérletet, hogy három szociális alapjog (a szociális biztonság, az egészséghez, valamint a lakhatáshoz való jog) tekintetében vizsgáljam az alkotmányos védelem intenzitásának és jellegének változásait. 2012 előtt az alkotmányos védelem három szála volt elkülöníthető: (1) az, amelyik a szociális jogokat államcélokkal azonosította; (2) egy másik, ami kivételes esetekben hajlandó volt elismerni a szociális jogok alanyi jogi jellegét; illetve (3) egy harmadik, ami a szociális jogok szatellitjogok általi védelmét helyezte előtérbe. Az Alaptörvény elfogadása nemcsak újrendezte a három megközelítési mód közti egyensúlyt, hanem újabb alkotmányosági kérdéseket is felvetett. Miközben az Alaptörvény a szociális biztonság és a lakhatás tekintetében egyértelművé tette, hogy azok csupán ki nem kényszeríthető államcélok, addig az egészséghez való jog kapcsán a szöveg továbbra is bizonytalanságban tartja az olvasót afelől, hogy pusztán államcélokról vagy alanyi jogokról is keletkeztető rendelkezésről van-e szó. A szociális jogok szatellitjogok által biztosított védelme az alkotmánymódosítások és a törvényi szabályozás hatására erősen gyengül, miközben a szociális jogalkotás költségvetési szempontok alá rendelését és ezáltal az alkotmányellenesség vizsgálati lehetőségeinek szűkítését az Alkotmánybíróság a szociálpolitikai paradigmaváltás előmozdítójának tekinti. A tanulmány a szociális jogok védelmén túlmutató problémaként azonosítja az aktuálpolitikai jellegű alkotmányozást, ami a hajléktalanok közterületen való tartózkodását tiltó jogalkotás alaptörvényi felhatalmazásával már a jogállamiságot is fenyegeti.

Bevezetés

Az Alaptörvény 2011. április 18-i elfogadásával lezárult alkotmányozási folyamat nem hagyta érintetlenül a szociális jogok szabályozását sem: jelentősen megváltoztak a szociális biztonságra, valamint az egészséghez való jogra vonatkozó szabályok, és új cikk megjelenése pótolta a lakhatás korábban hiányzó alkotmányos védelmét. Az alkotmányos szabályok újrafogalmazását számos tényező indokolhatja: a védelem erősítése, gyengítése, vagy éppen új területekre való kiterjesztése, esetleg az értelmezési gyakorlat esszenciájának alkotmányba foglalása. Az Alkotmány szociális rendelkezéseinek újraszabályozásakor e tényezők közül több is szerepet játszott. Az Alkotmány „lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogot” rögzítő 70/D. §-ának (1) bekezdése például bizonyosan újrafogalmazásra szorult, mivel az ENSZ tagállamai közötti különbségekre reflektáló szövegezés nemzetállami keretek közt kezdettől fogva csak igen nehezen volt értelmezhető. Jól azonosíthatók az újraszabályozás mögötti politikai szándékok is, mint például a szociális jogok államcélá minősítése, vagy a korábban domináns, szatellitjogok által biztosított védelem intenzitásának csökkentése. Az Alaptörvény egyúttal új területekre is kiterjesztette az alkotmányos védelmet (a lakhatáshoz való, a génmódosítástól mentes mezőgazdasághoz vagy az egészséges ivóvízhez való jog).

Az elemzés az Alaptörvény életbelépése előtt kialakult alkotmánybírói gyakorlat ismertetéséből kiindulva mutatja be, hogy a szövegváltozások és a hatásukra újraformálódó alkotmánybírói értelmezés miként alakítják át a szociális jogok alaptörvényi védelmét. A tanulmányban a szociális jogok szűkebb értelmezésen alapuló fogalmát használom, tehát csak azokat a rendelkezéseket tekintem szociális jellegűnek, amelyeknek közvetlen újraelosztási céljuk van. (A gazdaságinak nevezett jogok alkotmányos szabályozása tehát nem képezi vizsgálatom tárgyát.)

A szociális biztonság garantálása körüli kérdőjelek

A szociális jogok alkotmányos deklarálására Magyarországon első ízben a sztálinista alkotmány elfogadásával került sor. Az Alkotmány 1949–72 közötti hatályos szövege még együtt kezelte a szociális jogok két, azóta már különvált területét, az egészség és a megélhetés védelmét. Az államszocializmus alkotmányozási megoldásaihoz híven a gazdasági, szociális és kulturális jogok az állampolgári jogokat és kötelezettségeket meghatározó – akkori számozás szerint VIII. – fejezet élén szerepeltek, hangsúlyozva e jogok elsődleges fontosságát polgári és politikai társaikhoz képest. Kiemelt fontosságuk ellenére az alkotmányszöveg csak az állam ellátási kötelezettségét rögzítette, azt is csak a dolgozókkal szemben, és az ellátásokra egyáltalán nem biztosított alanyi jogot:

47. § (1) A Magyar Népköztársaság védi a dolgozók egészségét és segíti a dolgozókat munkaképtelenségük esetén.

(2) A Magyar Népköztársaság ezt a védelmet és segítséget széles körű társadalombiztosítással és az orvosi ellátás megszervezésével valósítja meg.

Paradox módon a „dolgozók” kifejezést „állampolgárokra”, esetleg „mindenkire” cserélve ez a legkeményebb kommunista diktatúrában keletkezett szöveg, az alanyi szociális alapjogok biztosításától idegenkedő, piacközpontú állam alkotmányának a szövegében is szerepelhetne. Az Alkotmány 1972-es reformjával (1972. évi I. törvény) különválasztották a szociális és az egészségügyi jogok védelmét.

58. § (1) A Magyar Népköztársaság állampolgárainak öregség, betegség és munkaképtelenség esetén anyagi ellátáshoz van joguk.

(2) A Magyar Népköztársaság az anyagi ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás keretében és a szociális intézmények rendszerével biztosítja.

Az ekkor hatályos rendelkezések csak az anyagi (értsd: pénzbeli) ellátásokhoz való jogot rögzítették, ami csak a szocialista haza állampolgárait illette meg, és őket is csak meghatározott állapotokra (öregségükre, betegségükre, munkaképtelenségükre) tekintettel.¹ A jogok teljesítésének kötelezettjeként az Alkotmány 58. §-ának (2) bekezdése a Magyar Népköztársaságot, vagyis az államot határozta meg, a kötelezettség tárgyának pedig a társadalombiztosítási rendszer és az egyéb, közelebről meg nem határozott szociális intézmények működtetését tekintette, vagyis a korabeli Alkotmány az ellátáshoz való jog általános jellegű meghirdetése mellett csak az állam feladatellátási kötelezettségét rögzítette, megvalósításának mikéntjét és a vele szemben álló egyéni jogosultságokat nem határozta meg.

Miközben az Alkotmányon belüli elhelyezésükkel a rezsim a szociális jogoknak a hagyományos emberi jogokkal (polgári és politikai) szembeni elsődlegességét igyekezett hangsúlyozni, addig az alkotmányos szabályozás ténylegesen szabad kezett biztosított a kormányzatnak a szociális ellátórendszer alakításában (Kuront idézi Ferge 1994: 4). A másodlagos jelentőségűnek titulált, a „szocialista társadalom érdekeivel összhangban gyakorolni”² követelt szabadságjogok a valóságban nem léteztek. Hiányuk virtualizálta a kontójukra meghirdetett szociális

¹ 58. § (1) bek.

² A korabeli számozás szerinti az 54. § (2) bekezdése így szólt: „A Magyar Népköztársaságban az állampolgári jogokat a szocialista társadalom érdekeivel összhangban kell gyakorolni; a jogok gyakorlása elválaszthatatlan az állampolgári köteleességek teljesítésétől.” Hogy értsük, mit is jelentett ez, olvassuk tovább az Alkotmány! A 64. § rendelkezése szerint „a Magyar Népköztársaság a szocializmus, a nép érdekeinek megfelelően biztosítja a szólásszabadságot, a sajtószabadságot és a gyűlekezési szabadságot. Az egyesülési jog gyakorlásának ajánlott módjáról az Alkotmány így rendelkezett: „A szocializmus rendjének és vívmányainak védelmére, a szocialista építőmunkában és közéletben való fokozott részvételre, a kulturális nevelőmunka kiszélesítésére, a nép jogainak és kötelesegeinek megvalósítására, a nemzetközi szolidaritás ápolására a dolgozók tömegszervezeteket és tömegmozgalmakat hozhatnak létre” [65. § (2) bek.].

jogokat is, hiszen a szabadságjogok gyakorlása nélkül a szociális jogok még elméleti szinten is kikényszeríthetetlenek maradtak.

Az 1989. évi átfogó alkotmányreform öndefiníciója³ szerint is a demokratikus berendezkedés kiépítését és a piacgazdaságba való átmenetet szolgálta. Meglepő hát, hogy az új alkotmányszöveg az alanyi alapjogként való értelmezés lehetőségét is nyitva hagyva a nyugati demokráciák államcélokat deklaráló pragmatizmusával szemben a nemzetközi deklarációk általánosságával és emelkedettségével rendelkezett az immár szociális biztonságként aposztrofált jogról. A szövegezés szokatlansága hozzájárult a 70/E. § alkotmánybíróági értelmezése körüli kezdeti bizonytalansághoz, és az alkotmánybírák közt a szociális biztonsághoz való jog tekintetében mutatkozó nézetkülönbségekhez. Ahogyan ezt utólag az Alkotmánybíróság karizmatikus elnöke, Sólyom László megfogalmazta: „még abban sem volt egyetértés, hogy a szociális biztonsághoz való jog alanyi jog-e, vagy csupán államcél” (Sólyom 2001: 660).

Szociális biztonság az Alkotmányban és az Alaptörvényben

A demokratikus átmenet alkotmánya megváltoztatta az alapvető jogok sorrendjét. Míg a korábbi szabályozásban a gazdasági, szociális és kulturális jogokat meghirdető rendelkezések az állampolgárok alapvető jogaival foglalkozó fejezet elején szerepeltek, és a polgári és politikai jogok felsorolása csak utánuk következett, addig a demokratizálódás és a gazdasági átalakulás idejére szánt új szabályozás megfordította ezt a sorrendet, s így a gazdasági, szociális és kulturális jogok a fejezet végére kerültek. A számozás (70/B–E. §§) arra enged következtetni, hogy a kerekasztal-tárgyalásokon ezek a kérdések háttérbe szorultak, és a rájuk vonatkozó – egyes esetekben igen elnagyolt – rendelkezések csak az utolsó pillanatban kerültek be a szövegbe. Mindkét megoldás arra utal, hogy a gazdasági, szociális és kulturális jogok az alkotmányreform során csupán másodlagos jelentőséggel bírtak. A kapkodás jeleit mutatta, hogy az Alkotmány végül elfogadott szövegében a szociális ellátásokkal két, egymással konkuráló rendelkezés is foglalkozott. A 17. § az Általános rendelkezések közt az államnak a rászorulókat gondozására való kötelezettségét rögzítette, míg a 70/E. § a magyar állampolgárok szociális biztonsághoz való jogáról beszélt.

17. § A Magyar Köztársaság a rászorulókról kiterjedt szociális intézkedésekkel gondoskodik.

70/E. § (1) A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegyiség, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak.

³ Az Alkotmány preambuluma szerint az átmeneti időre elfogadott Alkotmány célja a többpártrendszer, a parlamenti demokrácia és a szociális piacgazdaság kiépítésének elősegítése volt.

(2) A Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg.

Előbbiből az ellátásokra való alanyi alapjog aligha tűnt levezethetőnek: az állam feladatául csak azt tűzte, hogy „kiterjedt szociális intézkedésekkel” gondoskodjon a rászorulókról. Ebből sem az intézkedések jellegére, sem azok tartalmára nem lehetett messzemenő következtetéseket levonni. A 70/E. § ugyanakkor – igaz, csak a magyar állampolgárok számára – formailag jogot hirdetett a szociális biztonságra, aminek első olvasatban még a tartalmát (a megélhetéshez szükséges ellátás) és megvalósításának eszközeit (társadalombiztosítás és a szociális intézmények rendszere) is meghatározta.

A szociális biztonsághoz való jog az Alkotmány 8. §-ának (4) bekezdése szerint azok közé az alkotmányos jogok közé tartozott, amelyek gyakorlása rendkívüli jogrend (rendkívüli állapot, szükségállapot, illetve veszélyhelyzet) esetén sem minősült felfüggeszhetőnek vagy korlátozhatónak. Ezzel a szabályozással a látszatot keltette, mintha a 70/E. §-nak kitüntetett helye lett volna az Alkotmányban. Hamar kiderült azonban, hogy ez nincs így, mivel az Alkotmánybíróság semmiféle olyan tartalmat nem nyilvánított a 8. § (4) bekezdésének, ami kiemelt védelmet biztosított volna az abban felsorolt jogoknak, köztük a szociális biztonságra valóknak.⁴

Az Alkotmány szövegének szükségszerűsége miatt az Alkotmánybíróság feladata lett a szociális biztonsághoz való jog tartalmának meghatározása. Ezt ugyancsak megnehezítette, hogy a nemzetközi jog rendelkezései más dimenzióban, a gazdasági fejlettség igen eltérő fokán álló országok egymás közti relációjára vonatkoztatva használják a „szociális biztonság” fogalmát, a társtudományok pedig eddig nem alakítottak ki egyöntetű, a jogászok által elfogadott értelmezést. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) egyik, a témával foglalkozó jelentése szerint⁵ a szociális biztonság a legszélesebb értelemben vett biztonság iránti igényekre adott válasz. Adrian Sinfield a szociális biztonságot azzal az állapottal azonosítja, amikor az egyén teljes körű védelemben részesül a jólétét biztosító források elvesztésével szemben. Értelmezése szerint a szociális biztonság fogalma a szociális védelem hagyományos területein túl a vállalati (foglalkozási) és a pénzügyi (adóügyi) jóléti intézkedésekre is kiterjed (Sinfield 1989: 3). Pieters (1993) megközelítése szerint a szociális biztonság a politikai közösség által a tagjai részére a társadalmi szolidaritás folyamatai révén a gazdasági veszteségek és meghatározott költségek veszélyével szemben nyújtott védelem (Pieters 1993: 4–5). A hazai szociálpolitikai irodalom meghatározásai alapvetően az abszolút, illetve

⁴ Lásd „Kommentár a Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvényhez” *Complex DVD Jogtár* [2007. december 31-i állapot] 8. §. 1.4. alpont.

⁵ International Labor Organization (2010).

a relatív szociális biztonság közti különbséget hangsúlyozzák.⁶ Ez a fogalompár valószínűleg a szociális biztonság alkotmányos fogalmaként is használható lenne. A szociális biztonsághoz való jogot államcélként tekintve ez az abszolút biztonság esetében egy olyan minimumszint biztosítására való törekvés elvárását jelentené, ami alá egyetlen polgár életszínvonala sem zuhanhat, a relatív biztonság pedig a korábbi jövedelemmel arányos kompenzáció biztosítását szolgáló erőfeszítésre kötelezne a járulékfizetésen alapuló ellátások tekintetében. Alkotmányos jogosultságként való elfogadásuk esetében a két fogalom az ellátások elvárható mértéke tekintetében adhatna iránymutatást.

A szociális biztonságra való jog értelmezése – az alkotmányértelmezés korszakai

A szociális biztonság alanyi alapjoként való elismerésének elutasítása

Az 1990–94 közti időszakban az Alkotmánybíróság teljes ülésein elfogadott határozatok lényegében Sólyom László 1990 decemberében leírt – akkor még különvéleményként megjelenő – érvelését ismételték:

„A 70/E. §-nak az a rendelkezése, amely szerint az állampolgároknak joguk van a szociális biztonsághoz, nem ad senkinek alanyi jogot a 'szociális biztonságra', minthogy jogi igények ilyen általánosságban nem is definiálhatók. A vonatkozó alanyi jogokat a törvényhozásnak és a bírói gyakorlatnak kell meghatároznia. Megállapítható, hogy a szociális jogok vonatkozásában nem alanyi jogról, hanem állami feladatról van szó.”⁷

Ezzel szemben az Alkotmánybíróság háromfős tanácsa úgy vélte, hogy:

„Azzal, hogy az Ör. [a vizsgálat tárgyát képező önkormányzati rendelet] vitatott rendelkezése önmaguk létfenntartásáról más módon gondoskodni nem tudó személyeket kizár az átmeneti segélyre jogosultak köréből, az Alkotmányban szabályozott alapvető jogot sért.”⁸

Abból, hogy az Alkotmány nem, vagy csak kivételesen biztosít alanyi jogot az ellátásokra, még egyáltalán nem következik az, hogy az államnak ne lenné-

⁶ Az abszolút szociális biztonság olyan életszínvonalat jelöl, ami alá a társadalom egyetlen tagja sem csúszhat, ez tehát az adott társadalomban minimális megélhetést biztosító ellátások köre. A relatív szociális biztonság „azt az igényt fejezi ki, hogy valamilyen társadalmi 'kockázat' bekövetkezésekor (...) az egyén/család életszínvonala ne süllyedjen túlságosan nagyot”, aminek a jövedelemarányos juttatásokat kínáló társadalombiztosítási ellátások tesznek eleget (Zombori 1995: 96–97).

⁷ Lásd: 31/1990. (XII. 18.) AB hat., 2093/B/1991. AB hat., ABH 1992, 546–547; 32/1991. (VI. 6.) AB hat., ABH 1991, 146, 143; 600/B/1993. AB hat., ABH 1993, 671–672 és 26/1993 (IV. 29.) AB, ABH 1993, 196.

⁸ 38/1994. (VI. 24.) AB hat., ABH 1994, 429, 432.

nek alkotmányosan ellátandó kötelezettségei ezen a területen. Az alanyi jogok kérdése körüli nézetkülönbségek miatt ezért az Alkotmánybíróság értelmezési tevékenységének fókuszába egyre inkább az állami kötelezettségek meghatározása került. Az államnak a szociális biztonsággal összefüggésben ellátandó feladatait a 70/E. § (2) bekezdése határozta meg. Az Alkotmánybíróság szerint az ebből származó kötelezettségeinek az állam akkor tesz eleget, „ha a szociális ellátás biztosítására megszervezi és működteti a társadalombiztosítás és a szociális támogatások rendszerét. Ezen belül a jogalkotó maga határozhatja meg, hogy milyen eszközökkel éri el társadalmpolitikai céljait.”⁹ A megfogalmazásból kitetszik, hogy a jog biztosítása tekintetében az államot elsősorban intézményfenntartási kötelezettség terheli, amit az Alkotmány csak általánosságban rögzített. Erre alapozva az Alkotmánybíróság úgy látta, hogy a gazdasági környezet változására reagálva a szociális ellátórendszer egyes ellátásai átalakíthatók vagy akár meg is szüntethetők, az ilyen kormányzati intézkedések önmagukban nem minősülnek alkotmányellenesnek. A későbbiekben egy, a nyugdíjak indexálásával kapcsolatos beadványt vizsgálva az Alkotmánybíróság az állam kötelezettségeként azonosította egy olyan nyugdíjmelési mechanizmus működtetését, ami biztosítja, hogy a gazdaságban zajló folyamatok, valamint a megélhetési költségek jelentős változásai ne veszélyeztessék a társadalombiztosítási nyugdíjak biztosítási jellegét. A testület ugyanakkor nem tekintette alkotmányossági kérdésnek azt, hogy e követelménynek a jogalkotó miként (az inflációt, vagy a béremelkedést alapul vevő indexálással) tesz eleget.¹⁰

Az alkotmányos védelem szatellitjogokra épülő rendszere

A szociális jogok megítélése tekintetében egyre merevedő frontvonalak lebontását végül az 1995-ös Bokros-csomag szociális megszorító intézkedéseinek alkotmányossági vizsgálata kényszerítette ki, hiszen a hűsbavágó kérdésekben hozott alkotmánybírósági döntések legitimitását alapvetően kérdőjelezte volna meg, ha azok csupán minimális többséggel születnek. A bírák a szociális jogok alkotmányos védelmének új módszertana mentén úgy jutottak konszenzusra, hogy a 70/E. § rendelkezéseinek közvetlen értelmezése helyett a védelem hangsúlyát a szatellitjogok teljesülésének számonkérésére helyezték. Ennek eredményeként alapjogvédelmi analógiákat (a társadalombiztosítási ellátások tulajdonjogszerű védelme), illetve alkotmányos alapelveket (szerzett jogok védelme a jogbiztonság követelményének részeként) kezdtek alkalmazni a szociális biztonsággal kapcsolatos igények védelmére. Ezzel a megoldással úgy lehetett a szociális ellátórendszer hatékony alkotmányos védelmét biztosítani, hogy az Alkotmánybíróság félretehette azok alanyi jogi jellegének tisztázását (Balogh 2005: 365).

⁹ 43/1995. (VI. 30.) AB hat., ABH 1995, 188, 192.

¹⁰ 39/1999. (XII. 21.) AB hat., ABH 1999, 325, 342.

Bizonytalan elmozdulás a szociális biztonságra való alanyi jog elismerése felé

A '90-es évek végén újabb fordulat következett be a 70/E. § értelmezésében. A kormányzat tanult a korábbi leckéből, és kényszerűen ügyelt a követelmények betartására, így erre vonatkozó beadványok hiányában a jogbiztonság és a tulajdonvédelem szempontjai az 1990-es évek végén az ítélkezési gyakorlatban már nem jelentek meg hangsúlyosan.¹¹ A 32/1998. (VI. 25.) AB határozattal az értelmezés iránya a szociális biztonsághoz való jognak alanyi jogként való elismerése felé mozdult, bár, ahogyan Sonnevend megjegyzi, nem volt egyértelmű, hogy „egy alkotmányban garantált szociális jogból, vagy pedig ennek a szociális jognak és egy klasszikus alapjognak [az emberi méltósághoz való jognak] az együttes értelmezéséből fakad-e a levezetett szubjektív jog” (Sonnevend 2000: 360). A határozatban fontos új elemként megjelent az ellátási minimumok tartalmára utaló mondat is (Balogh 2005: 366). Az új értelmezés lényegét a testület egy mondatban foglalta össze: „a szociális biztonsághoz való jog a szociális ellátások összessége által nyújtandó megélhetési minimum állam általi garantálását tartalmazza, amely elengedhetetlen az emberi méltósághoz való jog megvalósulásához” (Sonnevend 2000: 362). Az Alkotmánybíróság ezzel új megközelítési lehetőségeket nyitott ön maga számára a szociális biztonságból fakadó részjogosultságok és a velük szemben álló állami kötelezettségek megítélése tekintetében. Sonnevend arra hívja fel a figyelmet, hogy ezzel két új megközelítés alkalmazása vált lehetségessé: egy olyan, amikor a létminimumhoz való jog elismerése mellett az Alkotmánybíróság annak konkretizálását – a fogyasztási szükségletek figyelembevételének kötelezettsége mellett – átengedi a kormánynak, és egy másik, amikor saját maga vállal szerepet annak eldöntésében, hogy mi képezi az emberhez méltó élet nélkülözhetetlen feltételeit (uo.). Utóbbi esetben az Alkotmánybíróság álláspontja válhatott volna a törvényi szabályozás alkotmányos mércéjévé. Az Alkotmány hatályban létének hátralévő ideje alatt ez a kérdés nem dőlt el végleg és egyértelműen. A 32/1998. (VI. 25.) AB határozatban a testület felfüggesztette eljárását, és a törvényalkotásban közreműködő szervektől várt vizsgálati eredmények alapján kívánta eldönteni, hogy a jogszabályi rendelkezések valóban biztosították-e megélhetési minimumot. Az ügyet lezáró alkotmánybírósági határozat végül csak majd egy évtizeddel később, 2007-ben született meg, amikor a Szociális törvénynek a panaszosok által kifogásolt rendelkezését többször módosította a jogalkotó. E jogszabályváltozásokra tekintettel az Alkotmánybíróság úgy szüntette meg az eljárást, hogy érdemben nem foglalt állást arról, teljesíti-e (teljesítette-e) az ellátórendszer a létminimum biztosításának követelményét.¹² Ezt nehéz másként értelmezni, mint úgy, hogy az Alkotmánybíróság elhárította magától annak felelősségét, hogy alkotmányos mér-

¹¹ Amint arra Balogh felhívja a figyelmet, „a társadalombiztosítás terén a tulajdonvédelmi szempontok utoljára 1999-ben kaptak hangsúlyt”, míg „az 1995-ös döntéssorozat másik fő eleme – a jogbiztonság útján érvényesített szerzett jogok védelmének elve – a későbbiekben hangsúlytalan maradt” (Balogh 2005: 366).

¹² 28/2007. (V. 17.) AB végzés

cékhez igazítottan megbecsülje az ellátórendszer teljesítményét. Ehelyett megelégedett annak konstataásával, hogy a rászorulóknak amellet, hogy a korábbinál némileg magasabb összegű alapellátást (rendszeres szociális segélyt) kaphattak, számos további „szociális ellátást és szolgáltatást vehetnek még igénybe (pl. lakásfenntartási támogatás, gáz- és távhőtámogatás, adósságkezelési szolgáltatás, közgyógyellátás, gyógyszer-támogatás, mozgáskorlátozottok kedvezményei, fogyatékosok támogatása, gyermekvédelmi támogatások stb.).”¹³ Ezzel az Alkotmánybíróság hallgatólagosan átengedte a kormánynak a megélhetési minimumot biztosító ellátások mércéjének meghatározását. Ugyanakkor a 32/1998. (VI. 25.) AB határozatra tekintettel az Alkotmány hatályban léte alatt mindvégig fennállt annak legalább az elvi lehetősége, hogy az Alkotmánybíróság érdemi kontrollra szánja el magát. Ezt támasztja alá, hogy a szociális biztonsághoz való jogra hivatkozó beadványok megítélésekor a szociális jogok alanyi jogi jellegét tagadó és a szatellitjogokat segítségül hívó megállapítások mellett a bíróság folyamatosan hivatkozott a 32/1998. (VI. 25.) AB határozatban meghatározott követelményre is.

Az ítélkezési gyakorlatot összegezve az állapítható tehát meg, hogy miközben a testület a szociális biztonsághoz való jogra nem alapjogként, hanem pusztán állami kötelezettségként tekintett, és a szociális jogalkotás alkotmányos korlátait az Alkotmány más rendelkezéseiből vezette le, határozatainak egy része nyitva hagyta a szemléletváltás lehetőségét. Az ezzel kapcsolatos bizonytalanságot az Alaptörvény elfogadása szüntette meg a szociális biztonságra vonatkozó alkotmányos szabályok átírásával.

A szociális biztonság megteremtése mint államcél

A szociális jogok alkotmányos szabályozásának átalakítása már az alkotmányozás 2010-ben induló folyamatában, de még az Alaptörvény hatályba léptetése előtt megkezdődött az Alkotmány 70/E. §-ának új, (3) bekezdéssel történő kiegészítésével. Ez a módosítás már előrevetítette az Alaptörvénnyel bevezetett és annak módosításaival azóta megszokottan alkalmazott gyakorlatot, hogy az alkotmányos szabályozás egyre kevésbé biztosítékok létesítéséről, mint inkább éppen azok aktuálpolitikai szándékokat szolgáló kiiktatásáról szól. A 2011. június 15-től hatályba lépő változtatás egyik fő célja a korábban megszerzett korhatár előtti nyugdíjak csökkentésének és visszavételének (szociális ellátás alakításának) lehetővé tétele volt, ami az alkotmányértelmezési gyakorlat szerint az ellátások tulajdonszerű védelmének, illetve a szerzett jogok védelmének elvébe ütközhetett volna. Az új rendelkezés viszont azzal, hogy az Alkotmányban rögzítette e lépések megtételének lehetőségét, felfüggesztette a korábbi alkotmánybírói érvelés érvényességét.

¹³ ABH 2007, 1035. Hasonló döntés született a végzésben hivatkozott 577/B/1997 AB határozatban is (ABK 2006. július–augusztus, 569).

70/E. § (3) Az ellátáshoz való jog a nyugellátás tekintetében az általános öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött, a nyugellátás törvényi feltételeinek megfelelő személyre terjed ki. Törvény az e korhatárt be nem töltött személynek is nyugellátást állapíthat meg. Az általános öregségi nyugdíjkorhatár betöltését megelőzően folyósított nyugellátás törvényben meghatározottak szerint csökkenthető és szociális ellátássá alakítható, munkavégzésre való képesség esetén megszüntethető.

A 2012-ben hatályba lépett Alaptörvény jelentősen átfogalmazta a szociális biztonság alkotmányos védelmére vonatkozó szabályokat. A XIX. cikk négy bekezdésnyi terjedelemben foglalkozik a szociális ellátórendszer alkotmányos szabályainak meghatározásával. A szociális ellátásokra vonatkozó rendelkezések megújításának legalább két célja azonosítható. Egyfelől jelzi a szociális biztonság lehetséges értelmezési mezőjének szűkítésére való törekvést, másfelől pedig azt, hogy az alkotmányozó az Alaptörvényt aktuálpolitikai céljai támogatására kívánja használni, az Alkotmány 70/E. § (3) bekezdésének bevezetésével már tesztelt módon, vagyis úgy, hogy az Alaptörvény rendelkezéseivel zárja ki egyes kormányzati döntések alkotmányossági felülvizsgálatát (magánnyugdíj-pénztári rendszer felszámolása, az ellátások igénybevételének a közösség számára hasznos magatartáshoz kötése). Az Alkotmánybíróság érvelése szerint az újraszabályozás célja egyfajta szociálpolitikai paradigmaváltás elérése volt.¹⁴ Ezt a XIX., továbbá az O) és N) cikkek¹⁵ együttértelmezésével támasztotta alá a testület: „a gazdasági válság által elmélyített államháztartási szükséghelyzetben elkerülhetetlen volt az államadósság csökkentése, mint elsődleges rövid távú államcél megjelölése. Ennek számos – rendes körülmények között – méltányos és jogos igényt és törekvést alá kellett rendelni”.¹⁶

A paradigmaváltást szolgálja a szociális biztonság jogosultság alapú értelmezési lehetőségének bombabiztos kizárása is: „a fenntartható gazdasági fejlődés és a fokozatosan romló demográfiai helyzet a szociális biztonság felfogásának és alkotmányos szabályozásának új alaptörvényi megfogalmazásához vezetett. A korábbi Alkotmány 70/E. §-ának (1) bekezdése által kinyilvánított elbánást (amelyet számosan ’állampolgári jognak’ tekintettek, és amelyet az állam a valóságban csak egyre alacsonyabb szinten volt képes nyújtani, aminek még így is jelentős szerepe volt az ország eladósodásában) a 2011. április 18-án elfogadott Alaptörvény a valós lehetőségekhez igazította.”¹⁷ Az indokolás inkább a megújuló összetételű Alkotmánybíróság szociális jogokkal szembeni aggasztóan elutasító

¹⁴ 23/2013. (IX. 25.) AB hat. [45]–[59] bek.

¹⁵ Az Alaptörvény O) cikkének szövege: „Mindenki felelős önmagáért, képességei és lehetőségei szerint köteles az állami és közösségi feladatok ellátásához hozzájárulni”. Az N) cikk (1) bekezdése szerint: „Magyarország a kiegyensúlyozott, átlátható és fenntartható költségvetési gazdálkodás elvét érvényesíti.”

¹⁶ Uo.: [47] bek.

¹⁷ Uo.: [45] bek.

attitűdjét, mintsem a korábbi alkotmányértelmezési, vagy szociális jogalkotási gyakorlat beható ismeretét tükrözi, hiszen állampolgári jogként védett ellátásokat a magyar ellátórendszer az Alkotmány hatálya alatt sem ismert.

A fentiekben körülírt változások közül a legszembeszökőbb az, hogy a XIX. cikk (1) bekezdésében a szociális biztonság megteremtésének igénye már nem jogként aposztrofálva, hanem csupán államcélként jelenik meg.

XIX. cikk (1) Magyarország arra törekszik, hogy minden állampolgárának szociális biztonságot nyújtson. Anyaság, betegség, rokkantság, fogyatékos-ság, özvegyiség, árvaság és önhibáján kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén minden magyar állampolgár törvényben meghatározott támogatás-
ra jogosult.

Az új szöveg ezzel a megfogalmazással kizárja a szociális biztonság alanyi jogként való értelmezésének 1998-ban megnyitott lehetőségét. A magyar állampolgároknak így többé az elvi lehetőségek szintjén sincs „joguk” a szociális biztonságra, be kell érniük azzal az ígérettel, hogy az állam törekszik majd arra, hogy megteremtse szociális biztonságukat. Az Alaptörvény szövege tartózkodik az olyan megfogalmazásoktól is, amiből az Alkotmánybíróság esetleg az állami kötelezettség konkrét tartalmára és mértékére következtethetne: az állam a korábbi szabályozással ellentétben nem „a megélhetésükhöz szükséges ellátás”, hanem „a törvényben meghatározott támogatás” biztosítására kötelezett. Ezt az értelmezést osztja az Alkotmánybíróság is:

„...az Alaptörvény a szociális biztonsághoz való alkotmányos alanyi jogot nem tartalmaz (...) [a XIX. cikk (1) bekezdésének első mondata] a 'törekszik' kifejezéssel egyértelműen deklarálja, hogy Magyarországon a szociális biztonság garantálása nem alanyi alapjog, hanem csak államcél. Ez összhangban az Alaptörvény [kiegyensúlyozott, átlátható és fenntartható költségvetési gazdálkodást előíró] N) cikkével... mindössze annyi kötelezettséget ró Magyarországra, hogy (...) az ország gazdasági állapotát, teljesítőképességét figyelembe véve határozzák meg az állami szociálpolitikának azon alapelemeit, melyek garantálása állami feladat. Ez mindössze a szociális ellátórendszer fenntartását és működtetését követeli meg az államtól, anélkül azonban, hogy bármely ellátás konkrét formájára és mértékére vonatkozóan bárki számára Alaptörvényben biztosított jogot keletkeztetne. A második mondat azon kitétele, miszerint az állampolgárok még egyes speciális esetekben (...) is csak 'törvényben meghatározott' mértékű támogatásra jogosultak, ezt erősíti meg; vagyis az egyes támogatások konkrét formáját és mértékét a törvényhozó szabadon határozza meg.”¹⁸

¹⁸ 3217/2014. (IX. 22.) AB hat. [24] bek. <http://public.mkab.hu/dev/dontesek.nsf/0/C1F5BCCFECB1B23BC1257CB60058A7C1?OpenDocument>. (utolsó letöltés: 2014. 11. 12.)

Az ellátások biztosítását indokoló helyzetek felsorolása nagyban hasonlít az Alkotmányra, de egy apró, központosási jelbeli változtatás nyomán az államra háruló feladatok köre mégis jelentősen szűkül az új szabályozással. Míg ugyanis az Alkotmány 70/E. § (1) bekezdésének két mondatrészét pontosvessző választotta el, addig az Alaptörvény XIX. cikk (1) bekezdése két mondatból áll. Noha az Alkotmánybíróság testületileg nem foglalkozott az Alkotmány 70/E. §-ának (1) bekezdésében szereplő két mondatrész viszonyának vizsgálatával, aligha cáfolható Kilényi Gézának a 26/1993. (IV. 29.) AB határozathoz fűzött különvéleményében megfogalmazott érvelése, ami szerint a két mondatrészt elválasztó pontosvessző a szöveg nyelvtani értelmezése szempontjából csak azt jelentheti, hogy az állami kötelezettségek alapját képező kockázatok felsorolása példálózó jellegű.¹⁹ Az Alaptörvényben szereplő felsorolás ugyanakkor azzal, hogy önálló mondatként került megfogalmazásra, a korábbi példálózó jellegű felsorolást taxatívva alakítja át. Míg tehát a 70/E. § (1) bekezdésének második mondatrésze értelmezhető volt úgy, hogy a szociális biztonsághoz való jog a felsorolásban nem szereplő kockázatok bekövetkezése esetén is megilleti az állampolgárokat (pl. a felsorolásban nem szereplő anyaság, vagy éppen önhiba miatt bekövetkező munkanélküliség esetén), addig az új rendelkezés alapján alkotmányos védelemben csak a felsorolt kockázatokkal szembesülő állampolgárokat kell részesíteni. A felsorolásban szereplő kockázatok köre is változott: kikerült onnan az öregség, és szerepel benne az anyaság. (A nyugellátásokra vonatkozó rendelkezésekkel az öregség esetére járó ellátás továbbra is alkotmányos védelem tárgyát képezi.)

A fogalmak bizonytalansága miatt nehezen értelmezhető változtatás az, hogy a XIX. cikk (2) bekezdése a szociális biztonság megteremtésének eszközeként már nem nevesíti a társadalombiztosítást, helyette a „szociális intézmények és intézkedések rendszeréről beszél”.

XIX. cikk (2) Magyarország a szociális biztonságot az (1) bekezdés szerinti és más rászorulóknak esetében a szociális intézmények és intézkedések rendszerével valósítja meg.

Az Alkotmány 70/E. §-ának (2) bekezdése szerint az állam „az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével” próbálta megvalósítani. Az Alkotmánybíróság a 70/E. §-ának két bekezdését egymásra vonatkoztatva határozottan megkülönböztette egymástól egyfelől a társadalombiztosítás, másfelől a szociális intézmények rendszerét, utóbbit a társadalombiztosításon kívüli, alapvetően rászorultsági alapon, segélyként járó

¹⁹ ABH 1993, 196, 204.

ellátásokkal azonosítva.²⁰ Amennyiben az alkotmányozó nem mozgott kellő otthonossággal a szociális biztonsághoz való joggal összefüggő fogalmak világában, és a szövegezéskor egyszerűen csak figyelmen kívül hagyta a fogalmak közt mutatkozó különbséget (a társadalombiztosítást a „szociális intézmények” egyikének tekintve), úgy a változtatás csupán a szöveg egyszerűsítését szolgálja. Ezt a megközelítést erősíti, hogy a XIX. cikk (2) bekezdése a szociális biztonságot az (1) bekezdésben megjelölt „más rászoruló” tekintetében kívánja megteremteni. A megfogalmazás ugyanakkor lehetővé teszi a rendelkezés olyan interpretációját is, amiből az következik, hogy még az (1) bekezdésben felsorolt csoportok tagjait is csak rászorultságukra tekintettel kell ellátásban részesíteni. A szociális biztonság fogalma így összemosódhat a rászorultságával, amiből az következhet, hogy a szociális ellátások alaptörvényi védelme csak egyfajta rászorultsági küszöbig terjed. Egy ilyen értelmezés elfogadása messzemenő hatással lehet a szociálpolitikára és a szociális jogalkotásra, mivel gyengítheti, rosszabb esetben megszüntetheti a jövedelemarányos ellátások alkotmányos védelmét, vagy más olvasatban mentesítheti az államot a társadalombiztosítási rendszer működtetésének alkotmányos kötelezettsége alól, lehetőséget teremtve a szociális ellátórendszer rászorultsági elvű átalakítására.

A XIX. cikk (3) bekezdésének rendelkezései kifejezetten aktuálpolitikai töltetűek, mivel alkotmányjogilag igyekeznek körülbástyázni a jogok és kötelezettségek viszonyának újradefiniálását a szociális jogalkotásban.

XIX. cikk (3) Törvény a szociális intézkedések jellegét és mértékét a szociális intézkedést igénybe vevő személynek a közösség számára hasznos tevékenységéhez igazodóan is megállapíthatja.

Az alaptörvényi szabályozás a segélyezési rendszer kötelezettségorientált átalakítása előtt nyitja meg az utat, hiszen kizárja, hogy alkotmányos aggályokat lehessen megfogalmazni a segélyek munkához vagy bármely más, hasznosnak ítélt tevékenységhez kötésével szemben. Ezt támasztja alá, hogy a jogalkotó az Alaptörvény kihirdetését követően nem sokkal már élt is a számára megnyíló lehetőséggel, ekkor a Szociális törvény módosításával felhatalmazta az önkormányzatokat arra, hogy az aktív korúak segélyezését helyi rendeletalkotással

²⁰ „A 70/E. § szövegének, (1) és (2) bekezdésének egymásra vonatkoztatott vizsgálata arra enged következtetni, hogy az (1) bekezdésben felsorolt esetek – figyelemmel a (2) bekezdésre – két csoportra oszthatók. Egyfelől minimális tartalmi követelményként előírja az Alkotmány, hogy az állam a szociális biztonsághoz való jog alapján megszervezze a társadalombiztosítást, másfelől pedig a szociális intézmények rendszerét. Az előbbi a társadalombiztosítás mai vegyes rendszerében értelemszerűen legalábbis részben járulékfizetésen alapul és biztosítási jelleget is magán visel... A szociális intézmények, a szociális segélyezés rendszere másfelől – figyelemmel az Alkotmány 17. §-ára is – rászorultsági szempontot előtérbe helyező, alapvetően nem járulékfüggő, hanem hátrányos életkörülmények objektív beállítával mintegy automatikusan igénybe vehető, a szolidaritási elven nyugvó, az állami költségvetési szerepvállalást közzéppontba állító szolgáltatásokat nyújtó intézményrendszert jelent.” [56/1995. (IX. 15.) AB hat., ABH 1995, 276]

a lakókörnyezet rendezettségének biztosítására irányuló kötelezettség teljesítésétől tegyék függővé.²¹

A XIX. cikk (4) bekezdésének első mondatrésze ugyancsak aktuálpolitikai ízü, mivel megakadályozza az Alaptörvény elfogadását alig fél évvel megelőzően felszámolt kötelező magánnyugdíj-pénztári rezsim visszaállítását.

XIX. cikk (4) Magyarország az időskori megélhetés biztosítását a társadalmi szolidaritáson alapuló egységes állami nyugdíjrendszer fenntartásával és önkéntesen létrehozott társadalmi intézmények működésének lehetővé tételével segíti elő. Törvény az állami nyugdíjra való jogosultság feltételeit a nők fokozott védelmének követelményére tekintettel is megállapíthatja.

Aggályos továbbá, hogy a bekezdés rögzíti a „szolidaritáson alapuló egységes nyugdíjrendszer fenntartásának” követelményét. A megfogalmazás az Alkotmány rendelkezéseire képest szűkíti az állam mozgásterét, hiszen az csupán az állam intézményfenntartási kötelezettségét írta elő, de azt már nem, hogy a nyugdíjrendszernek milyennek (államinak vagy magánnak, esetleg a kettő ötvözetének) kell-e lennie. A rendelkezés értelmezhető a szolidaritási és biztosítási elv hagyományos dichotómiájának elvetéseként, vagyis úgy, hogy e rendelkezés lehetővé teszi a befizetett járulékok összegétől független, akár mindenki számára azonos összegű nyugellátást biztosító nyugdíjrendszer kialakítását. A bekezdés második mondata azokat a megoldásokat részesíti alkotmányos védelemben, amelyek alapján a nők életkori kedvezményeket kaphatnak a nyugdíjrendszerben. Ennek rögzítését talán azért érezte szükségesnek az alkotmányozó, hogy az efféle intézkedések ne legyenek támadhatók a törvény előtti egyenlőség követelményének megsértésére történő hivatkozással.

A 2010 utáni jogalkotás alkotmánymódosítás nélkül is csökkentette a szociális jogok szatellitjogok által biztosított, korábban igen nagy szerepet játszó védelmét. A társadalombiztosítási ellátások járulékfizetéstől való részleges elválasztásával (a járulékok egy részének adóvá alakításával) a kormányzat 2011-ben olyan útra lépett, ami megkérdőjelezheti a szociális ellátások tulajdonszerű védelmét. Míg ugyanis a járulékfizetés konkrét ellenszolgáltatásra tekintettel történik, addig az adóknál nincs ilyen összefüggés. Félő ezért, hogy a társadalombiztosítási járulékok szociális hozzájárulási adóvá alakítása elősegítheti azt, hogy az Alkotmánybíróság megvonja a tulajdonszerű védelmet az ily módon túlnyomórészt már adóból finanszírozott ellátásoktól. (2012 óta csak a munkavállaló fizet a bruttó bér 18,5 százalékát kitevő társadalombiztosítási járulékot. A munkáltatók a bruttó bér 27 százalékának megfelelő összeget már nem járulékként, hanem szociális hozzájárulási adó címén kell, hogy megfizessék.) A járulékok és az ellátások

²¹ Az Alaptörvényt 2011. április 15-én fogadta el az Országgyűlés. A Szociális törvény említett módosításáról a 2011. június 19-én kihirdetett 2011. évi CVI. törvény rendelkezett úgy, hogy a módosítások az Alaptörvénnyel egyszerre lépjenek hatályba.

közi kapcsolatot tovább gyengíti a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról és ezen ellátások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény módosítása is, aminek új, 2. § (6a) bekezdése szerint „a társadalmi szolidaritás elvének megfelelően – a szociális biztonsághoz, valamint a testi és lelki egészséghez való jog érvényesítése, valamint az egységes állami nyugdíjrendszer fenntartása érdekében – törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak költségvetését egészben vagy részben megillető olyan fizetési kötelezettséget is megállapíthat, amelyek megfizetése társadalombiztosítási ellátásra való jogot nem keletkeztet.”

Az egészség védelméhez való jog

Az egészség védelméhez való jogot – a munkaképtelen dolgozók szociális ellátásokra való jogával együtt – az 1949. évi sztálinista alkotmány hirdette meg. Ahogy azt már jeleztem, a korabeli szöveg e jog alanyaiként kizárólag a dolgozókat jelölte meg, és a szöveg egyéni jogosultságok helyett csupán az állam kötelezettségvállalásáról rendelkezett. Az 1972. évi alkotmánymódosítás nyomán a szöveg az élet, a testi épség és az egészség védelmét már állampolgári jogként tételezte, és nevesítette a jog biztosításához szükséges állami intézkedéseket:

57. § (1) A Magyar Népköztársaságban az állampolgároknak joguk van az élet, a testi épség és az egészség védelméhez.

(2) Ezt a jogot a Magyar Népköztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, az emberi környezet védelmével valósítja meg.

1989-ben az országgyűlés jelentős változtatással az alábbi rendelkezéseket illesztette az Alkotmány akkor megújított szövegébe:

70/D. § A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

A szövegezés az ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya 12. cikkének 1. bekezdését idézi, ami szerint „az Egyezségokmányban részes államok elismerik mindenkinek a jogát arra, hogy a testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjét élvezze”. Az Egyezségokmány 2. cikkének 1. bekezdése ugyanakkor egyértelművé teszi, hogy az Egyezségokmányban foglalt jogok alapvetően programnormák; teljes megvalósulásukat a csatlakozó országoknak csak fokozatosan kell biztosítaniuk. Ezzel szemben a magyar alkotmányozó csak a jogot hirdető bekezdést vette át anélkül, hogy hasonló értelmező rendelkezést fűzött volna a szöveghez. Ezáltal a két, egyébként igen hasonló szöveg jelentése nemzetközi, illetve nemzetállami kontextusban eltér egymástól. A „lehető legmagasabb testi és lelki egészség” nemzetközi viszonylatban a jog

biztosítása érdekében elvárt intézkedések viszonylagosságát emeli ki, vagyis azt, hogy az egyes országok a tőlük ténylegesen kitelő intézkedések megtételére kötelesek. Ezzel az ENSZ tulajdonképpen elismeri, hogy nincs helye egységes mérce alkalmazásának a különböző gazdasági fejlettségű országok tekintetében. Nemzetállami keretek között ugyanez a szövegezés eltérő jelentéssel bír, hiszen más országgal való összevetés hiányában azt sugallja, hogy a rendelkezés célja az ellátások alkotmányos mértékének meghatározása. Annak ismeretében, hogy ellátási mértékek meghatározásáig az államszocializmus alkotmánya sem merészkedett, a szövegezésnek az a módja meglehetősen idegenül hatott egy, a piacgazdaságra éppen áttérni készülő ország alkotmányában. A szabadon választott Országgyűlés megalakulása után nem sokkal kiegészítette a szöveget egy, az állam ellátási feladatait rögzítő bekezdéssel:

70/D. § (2)²² Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

Az AB értelmezése szerint a két bekezdés egymás közti viszonyában az Alkotmány 70/D. § (1) bekezdése az alkotmányos jog alanyi oldalát, a 70/D. § (2) bekezdése pedig annak objektív (intézményi) oldalát határozza meg. Az AB álláspontja szerint a két bekezdést együtt kell értelmezni, ebből következően az állam intézményvédelmi köteletségének alapját a 70/D. § (1) bekezdésének rendelkezései képezik.²³

A 70/D. § értelmezésének korszakai

Az alkotmányos rendelkezések alanyi jogi jellegének elutasítása és az állami kötelezettségek szintjének meghatározása

A szöveg ismeretében az alkotmányértelmezésnek először azt kellett tisztáznia, hogy lehetséges-e az Alkotmány rendelkezéseinek alanyi alapjogot keletkeztető értelmezése. Az Alkotmánybíróságnak a kérdésre adott válasza kezdettől fogva alapvetően nemleges volt: a bírák a 70/D. §-ának (1) bekezdését alanyi jogokat csak kivételesen keletkeztető, erősen relatív állami kötelezettségek forrásának tekintették, és a határozatok indokolásában visszatérően úgy érveltek, hogy „a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog (...) önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen.”²⁴ Ebből következően az Alkotmánybíróság nem tekintette alkotmányellenesnek azt, hogy a szabályozás nem biztosította az egészségügyi ellá-

²² Megállapította: 1990. évi XL. törvény 47. § (2). Hatályos: 1990. VI. 25-től.

²³ 36/2007. (VI. 6.) AB hat., ABK 2007. 6, 499, 508.

²⁴ 56/1995. (IX. 15.) AB hat., ABH 1995, 260, 270; 261/B/1997. AB hat., ABH 1998, 689, 692–693.

tások alanyi jogú igénybevételét, és a hozzáférést mindig további – biztosítási vagy szociális igazgatási – jogviszony léteéhez kötötte.

Az 70/D. § két bekezdésének viszonyára tekintettel ugyanakkor az alanyi jogi jelleg elutasító értelmezés nem mentesítette az államot a 70/D. § (2) bekezdésében foglalt, az egészségügyi ellátások biztosításával kapcsolatos alkotmányos kötelezettségeinek teljesítésétől, melyek mércéjéül a 70/D. § (1) bekezdése (a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészség elérése) szolgált. Az Alkotmánybíróság 1996-ban rögzítette azt, hogy értelmezése szerint e „lehető legmagasabb szint” nem az orvostudomány mindenkori fejlettségére, hanem a nemzetgazdaság teherbíró képességére utal. Az államilag biztosítandó egészségügyi ellátások „kritikus nagyságát”, vagyis az alkotmányellenességet okozó ellátási minimumot azonban a testület „csak egészen szélső esetekre korlátozottan” ismerte el, vagyis gyakorlatilag kiüresítette a tetszetősen hangzó jelzős szerkezetet. Alkotmányellenes helyzetnek így az Alkotmánybíróság csupán azt tekintette, ha „az ország egyes területein az egészségügyi ellátórendszer vagy az orvosi ellátás teljesen hiányozna”.²⁵ E megszorító értelmezés következményeként a kormányzat szinte teljesen szabad kezet kapott az egészségpolitika alakításában, amit tetézt, hogy az Alkotmánybíróság még az egészségügyi intézményrendszer létrehozásának, fenntartásának és működtetésének állami kötelezettségét sem látta az Alkotmányból levezethetőnek. A testület szerint ugyanis: „a szükséges ellátás megszervezésének módja, az intézményrendszer működtetése, tovább ezek finanszírozási technikái az Alkotmány rendelkezéseinek körén kívül esnek”.²⁶ E megkülönböztetés szerint az állam feladata csupán annyi, hogy megszervezze az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás rendszerét, illetve biztosítsa az ellátórendszer működtetéséhez nélkülözhetetlen jogi és gazdasági környezetet. Az alkotmányosság mércéje az ellátások mindenki számára való hozzáférhetősége lett, vagyis az, hogy „a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki se maradjon ellátatlanul”.²⁷ E kötelezettség az Alkotmánybíróság szerint a nemzetbiztonság teherbíró képességének, valamint az állam és a társadalom lehetőségeinek figyelembevételével terheli az államot, miközben magában foglalja azt, hogy az állam törvényalkotással a testi és lelki egészség egyes területein alanyi jogokat határozzon meg.²⁸

A szatellitjogok szerepének elismerése az egészséghez való jog védelmében

Mivel Magyarországon az egészségügyi ellátások hagyományosan a társadalombiztosítás részét képezik, a kilencvenes évek közepén az Alkotmánybíróság megállapította, hogy azok alkotmányos alapjául részben az Alkotmány 70/E. §-a, illetőleg az alkotmányos tulajdonvédelem követelménye szolgál. Ezzel a kormányzati intézkedéseknek megjelent egy tényleges és számon kérhető alkotmányos korlátja,

²⁵ 54/1996. (XI. 30.) AB hat., ABH 1996, 173, 186–187.

²⁶ 54/1996. (XI. 30.) AB hat., ABH 1996, 173, 189–190.

²⁷ 77/1995. (XII. 21.) AB hat., ABH 1995, 390, 396.

²⁸ 54/1996. (XI. 30.) AB hat., ABH 1996, 173, 198.

hiszen nyilvánvalóvá vált, hogy az egészségbiztosítási ellátások átalakítása vagy megszüntetése csak az alkotmányos tulajdonvédelem szempontjainak tekintetbe vételével lehetséges.²⁹ A kormányzat döntési szabadságát a Bokros-csomag alkotmányossági vizsgálata során kidolgozott új módszertan másik eleme, a jogbiztonság követelményének teljesítése is korlátok közé szorította, amit jelzett, hogy a testület a gazdasági stabilizációról szóló 1995. évi XLVIII. törvény 81. §-át azért nyilvánította alkotmányellenesnek, mert az a táppénz-finanszírozás terheit kellő felkészülési idő biztosítása nélkül kívánta áthárítani a munkáltatókra.³⁰

Az egészséghez való alkotmányos jog alanyi oldalának korlátozott elismerése és az állami kötelezettségek tartalmának meghatározási kísérletei

Hasonlóan ahhoz, ahogyan az a szociális biztonsághoz való joggal történt, az Alkotmánybíróság 1998-ban a 70/D. § (1) bekezdésének rendelkezését is együtt értelmezte az emberi méltósághoz való joggal, és megállapította, hogy az egészséghez való jognak léteznek az intézményvédelmi aspektuson túlmutató alanyi oldala is. A 48/1998. (XI. 23.) AB határozat indokolásában megfogalmazott érvelés szerint az Alkotmány az intézményvédelmi kötelezettségek nevesítésével gyakran háttérbe szorította egyes alapjogok, így az egészséghez való jog alanyi jogi oldalát, ám „a megfogalmazás és a hangsúlybeli különbségek nem változtatnak azon, hogy az alapjogok egyaránt tartalmazzák a szubjektív jogokat és az objektív, ennél szélesebb állami kötelezettségeket is”. Ebből nyilvánvalóan következett, „hogy az egészséghez való jognak van alanyi oldala is”, amit az Alkotmánybíróság azzal egészített ki, hogy „az életvédelmet szolgáló alanyi jogok, kötelezettségek, valamint államcéllok rendszerének közös gyökerét az élethez való jog képezi”.³¹ Ezt a későbbi határozatok közül legerőteljesebben a 39/2007. (VI. 20.) AB határozat indokolása fogalmazta meg, ahol a következő értelmezéssel találkozunk: „az egészséghez való jog (...) alanyi oldala a személyiség testi-lelki integritásához való jogként fogalmazható meg, amely az 54. § (1) bekezdéséből következik”.³² A művi meddővé tétel szabályozásának alkotmányossági vizsgálata során ugyanakkor felmerült, hogy a két, szoros kapcsolatban lévő jog (vagyis az emberi méltóság „anyajoga” és az egészséghez való jog belőle következő alanyi oldala) konkrét esetben egymásnak is feszülhet. A konfliktust az Alkotmánybíróság annak megállapításával oldotta fel, hogy kivételes esetekben „az államnak az Alkotmány 70/D. § (1) bekezdésén alapuló egészségvédelmi kötelezettsége elsőbbséget élvezhet a döntésképes egyén választásával szemben”, így a 70/D. § (1) bekezdésére alapozva megengedhetőnek találta az 54. § (1) bekezdéséből levezethető önrendelkezési jog korlátozását.³³

²⁹ 54/1996. (XI. 30.) AB hat., ABH 1996, 173, 189–190.

³⁰ 44/1995. (VI. 30.) AB hat., ABH 1995, 209.

³¹ 48/1998. (XI. 23.) AB hat., ABH 1998, 333, 341.

³² ABK 2007, 6, 514, 522.

³³ 43/2005. (XI. 14.) AB hat., ABH 2005, 536, 549.

Az egészséghez való jog alanyi oldalának elismerését a jog alkotmányos tartalmának meghatározási kísérlete követte, amit az Alkotmánybíróság végül a 70/D. § (2) bekezdésében szereplő tevékenységekre kiterjedő állami intézményvédelmi kötelezettséggel azonosított. Mivel e kötelezettség alapját a bírák szerint a 70/D. § (1) bekezdésének rendelkezése képezte, a testület kénytelen volt továbbmenni az intézményvédelmi kötelezettség tartalmának meghatározásai irányába. Ennek során a bírák az ENSZ Egészségügyi Világszervezete Alkotmányában szereplő definíciót vették alapul, ami a testi és lelki egészség fogalmát a társadalomban való minél hosszabb, testi-lelki gondoktól mentes életet lehetővé tevő állapotként határozza meg.³⁴ A testület ebből arra következtetett, hogy az állami kötelezettségek köre túlterjed a pusztán egészségügyi ellátások biztosításán, az magában foglalja az összes olyan intézkedés és körülmény alkotmányos védelmét, amelyek hozzájárulhatnak az egyének minél hosszabb testi és lelki gondoktól mentes életéhez. Az Alkotmánybíróság szerint ez magyarázta, hogy az államnak a 70/D. § (2) bekezdésében körülírt intézményvédelmi kötelezettsége az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás rendszerén túl kiterjedt a munkavédelem megszervezésére, a rendszeres testedzés biztosítására, valamint az épített és természetes környezet védelmére is. Azt azonban, hogy ebből milyen konkrét intézkedések következzenek, az Alkotmánybíróság csak igen elnagyoltan vázolta föl. A munkavédelem vonatkozásában például nem fejlesztette tovább az 1993-ban kidolgozott értelmezést, ami mindössze annyit állapított meg, hogy a munkavédelem megszervezése állami feladat.³⁵ A rendszeres testedzés biztosításával összefüggésben az Alkotmánybíróság csak az alkotmányos kötelezettség fennállását állapította meg, anélkül hogy annak tartalmával és a belőle fakadó állami intézkedések meghatározásával, valamint azok alkotmányos mércéjével foglalkozott volna.³⁶

Némileg más volt a helyzet az épített és természetes környezet védelmének kötelezettségével, mivel arról az Alkotmány 18. §-a is rendelkezett, önálló jogot hirdetve az egészséges környezetre. Az Alkotmánybíróság a 18. §-ban szabályozott jogot alapjogszerű védelemben részesítette, ezért e jog tekintetében a 70/D. § rendelkezései elhanyagolhatókká váltak.³⁷

Az egészség védelme az Alaptörvényben

Az Alaptörvény az Alkotmány szövegéhez képest realitásban fogalmaz: megelégszik a testi és lelki egészséghez való jog deklarálásával, nem követeli meg lehető legmagasabb szintjének biztosítását.

³⁴ 43/2005. (XI. 14.) AB hat., ABH 2005, 536, 549.

³⁵ 62/1993. (XI. 29.) AB hat., ABH 1993, 364, 367.

³⁶ Mindössze annyi derült ki, hogy az egészség biztosításához szükséges intézményi háttér létrehozása állami feladat, aminek részét képezi a rendszeres testedzés biztosítása is (95/B/2001. AB hat., ABH 2003, 1327, 1332).

³⁷ A 18. § az Alkotmány Általános rendelkezései közé tartozott, ennek ellenére nyilvánította a benne megfogalmazottakat az Alkotmánybíróság „alapjogszerű” rendelkezéseknek [28/1994. (I. 20.) AB hat., ABH 1994, 134, 138].

XX. cikk (1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészségéhez.

(2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.

Noha az új szövegezés retorikailag visszalépést jelent a korábbi szabályozáshoz képest, ennek gyakorlati jelentősége aligha lehet, mivel, mint láthattuk, a „lehető legmagasabb szintű” jelzős szerkezetet az Alkotmánybíróság korábban sem volt hajlandó az ellátások ténylegesen számon kérhető alkotmányos mércéjeként figyelembe venni. Az újfajta szövegezés tehát paradigmaváltás helyett inkább értelmezhető az esetjogot alkotmányba foglaló pontosításként. Az Alaptörvény 2012. januári hatálybalépése óta az Alkotmánybíróság érdemben mindössze két határozatában foglalkozott a XX. cikk értelmezésével. Így rögzült gyakorlatról aligha beszélhetünk, de az új normaszöveg értelmezésének irányai már kibontakozni látszanak. Az Alkotmánybíróság a szövegezés megváltoztatása ellenére tartalmi egyezést állapított meg az Alkotmány 70/D. §-a és az Alaptörvény XX. cikke között, és ebből következően a bírák irányadónak tekintik az egészséghez való jogra irányuló korábbi alkotmányértelmezési gyakorlatot. A 3132/2013. (VII. 2.) AB határozat indokolása külön kiemeli, hogy az Alkotmány és az Alaptörvény vonatkozó rendelkezéseinek a szerkezete is hasonló, ezért a testület abból indul ki, hogy a XX. cikk (1) bekezdése az egészséghez való jog alanyi jogi oldalát, (2) bekezdése pedig objektív, intézményvédelmi oldalát határozza meg.

A XX. cikk (1) bekezdése (az alanyi jogi oldal) tekintetében a formálódó esetjogi gyakorlat a korábbihoz hasonlóan ellentmondásoktól terheltnak tűnik. A 3132/2013. (VII. 2.) AB határozat indoklásában a testület az egészséghez való jog alanyi oldalát ismét a személyiség testi-lelki integritásához való, az emberi méltósághoz való jogból következő jognak minősítette, és az egészség megőrzéséhez való joggal azonosította úgy, ahogyan az már a korábbi esetjogban is megjelent. A konkrét ügyben azonban új mozzanatot jelentett, hogy a testület érdemben vizsgálta, hogy a cukorbetegség esetében mit jelent az egészség megőrzése, milyen egészségügyi ellátásokkal lehet azt biztosítani, és a támadott szabályozás nem lehetetleníti-e el az egészség megőrzésére irányuló erőfeszítéseket. E megközelítés újfajta szemléletet tükröz, aminek alapján az Alkotmánybíróság a továbbiakban esetről esetre vizsgálhatja, hogy az egészségügyi ellátások szabályozása összhangban áll-e az Alaptörvényből levezethető célokkal.

Egy másik, ugyancsak 2013-ból származó határozat viszont tagadja az egészséghez való jog alanyi jogként való elismerésének lehetőségét. A 3174/2013. (IX. 17.) AB határozat [17] bekezdésében a testület „külön is felhívja a figyelmet arra, hogy a testi és lelki egészséghez való jogot az Alaptörvény XX. cikke nem alapjogként deklarálja, hanem az állam alkotmányos kötelezettségeit fogalmazza meg (...) így az arra való hivatkozás alapjogsérelem megállapítására nem alkalmas”.

Mivel az Alkotmánybíróság hitet tett a korábbi alkotmánybírósági gyakorlat továbbbi alkalmazásának lehetősége mellett, továbbra is irányadó lehet a korábbi megállapítás, ami szerint az állam intézményfenntartási kötelezettségének kritikus nagyságát az Alkotmánybíróság csak szélső esetekre határozhatja meg, ezeken túl az egészséghez való jognak nincs alkotmányos mércéje. (Ezt ismétli a témában az Alaptörvény hatálybalépése előtt hozott utolsó alkotmánybírósági döntés is.³⁸) A kialakulóban lévő esetjog némiképp a szociális biztonsághoz való jog ezredforduló utáni értelmezésére emlékeztet, amikor a különböző időszakokban kidolgozott érvek egymás melletti alkalmazása igen különböző módszertan szerinti döntések meghozatalát tette lehetővé. A képet színezi, hogy a társadalombiztosítási ellátások járulékfizetéstől való részleges elszakítása az egészségügyi ellátások tulajdonszerű védelme kapcsán ugyanazokat az aggályokat veti fel, amelyeket a szociális biztonsághoz való jog esetében már jeleztem.

Megjegyzendő, hogy az Alaptörvény a korábbiakhoz képest két új elemmel bővítette az egészséghez való jog tartalmát: egyfelől alkotmányos követelményként rögzítette a mezőgazdaság génmódosított élőlényektől mentesen tartását, másfelől kötelezte az államot az egészséges élelmiszerekhez és ivóvízhez való hozzáférés biztosítására.

A lakhatáshoz való jog

A 2011 végéig hatályban lévő magyar alkotmány nem tartalmazott kifejezett, a lakhatás jogára vonatkozó rendelkezést. A hajléktalanságot a 70/E. § (1) bekezdése sem sorolta azok közé a kockázatok közé, amelyek bekövetkeztekor az állampolgárok szociális biztonsághoz való joguk alapján a megélhetésüket biztosító ellátásokra váltak volna jogosulttá. Az Alkotmány hallgatásának következtében, és a kérdést feszegető alkotmányjogi panaszok hiányában, a '90-es években az Alkotmánybíróság nem foglalkozott azzal, hogy a lakhatásnak, illetve hiányának vannak-e alkotmányjogilag értelmezhető összefüggései. Ebben akkor következett be változás, amikor az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, valamint a nemzeti és etnikai kisebbségi jogok országgyűlési biztosa közösen előterjesztett indítványukban az Alkotmány 70/E. §-ának értelmezésére kérték az Alkotmánybíróságot azzal összefüggésben, hogy a 70/E. § (1) bekezdésével kinyilvánított szociális biztonsághoz való jognak részét képezi-e a lakhatáshoz való jog, illetve, hogy fennáll-e az állam alkotmányos felelőssége a lakhatáshoz való jog biztosításában. Az első kérdésre a bírák egyértelmű nemmel feleltek. Szerintük a 70/E. § (1) bekezdéséből a lakhatáshoz való jog alkotmányos biztosításának követelménye mint részjogosultság nem volt levezethető, sőt általánosságban is kijelentették, hogy a szociális biztonságra való jogból „konkrétan meghatározott részjogok –

³⁸ 841/B/2011. AB hat.

így a 'lakhatáshoz való jog' – mint alkotmányos alapjogok nem vezethetők le.³⁹ A második kérdést illetően ugyanakkor az Alkotmánybíróság nem volt ennyire elutasító. A testület megállapította, hogy a lakhatás általános biztosítása ugyan nem alkotmányos kötelessége az államnak, de az emberi élet és méltóság védelmének követelményéből következően „az állam köteles az emberi lét alapvető feltételeiről – így hajléktalanság esetén az emberi életet közvetlenül fenyegető veszélyhelyzet elhárításához szállásról – gondoskodni”.⁴⁰ Ez az állami kötelezettség ugyanakkor nem járt együtt egyéni jogosultságok keletkezésével, vagyis teljesítése egyéni jogorvoslattal nem volt számon kérhető.

A 2012-ben hatályba lépett Alaptörvény szakított a szociális biztonsághoz való jog korábbi megfogalmazásával. Az új szöveg a „jog” kifejezés használatának kerülésével jelentősen szűkíti az értelmezési lehetőségek körét, és a korábbiaknál jóval egyértelműbbé teszi, hogy a szociális biztonság megteremtésének alkotmányos követelményéből nem származtathatók további részjogosultságok. Az Alaptörvény ugyanakkor az Alkotmánnyal ellentétben külön cikkben foglalkozik a lakhatás biztosításával. A XXII. cikk (1) bekezdése úgy fogalmaz, hogy „Magyarország törekszik arra, hogy az emberhez méltó lakhatás feltételeit és a közszolgáltatásokhoz való hozzáférést mindenki számára biztosítsa”. A rendelkezés egyszerű nyelvtani értelmezéséből nyilvánvaló, hogy az alkotmányozó csupán államcél és nem alkotmányos alapjogot kívánt rögzíteni. Az állam intézkedési kötelezettsége általános, mindenkire kiterjedő érvényű. A (2) bekezdés azonban a hajléktalanokra vonatkozó speciális rendelkezéssel felülírja az általános szabályt, mivel az ő esetükben az állami és önkormányzati szervek feladatául csupán a szállás biztosítására való törekvést jelöli meg. Az (1) és a (2) bekezdés együttes értelmezése alapján az állapítható meg, hogy az (1) bekezdésben meghatározott államcél általános lakáspolitikát folytatására kötelezi az államot, eredmény elérésének kötelezettsége nélkül. A (2) bekezdés ehhez kapcsolódva ugyan, de az (1) bekezdésben rögzítetthez képest mégis alacsonyabb szintű ellátás biztosítását írja elő a hajléktalanok számára. A „törekszenek” kifejezésből egyértelműen következik az is, hogy eredménykötelezettség e tekintetben sem terheli a kötelezetteket. A korábbi alkotmányos gyakorlathoz képest a lakhatásra vonatkozó rendelkezések alaptörvénybeli megjelenítése tehát annyiban jelent előrelépést, hogy azzal az állam az Alaptörvény rendelkezésénél fogva válik kötelessé átfogó lakáspolitikát és valamiféle, a szállás biztosítására törekvő hajléktalanpolitika kialakítására és művelésére.

A XXII. cikket az Alaptörvény negyedik módosítása egészítette ki egy újabb, (3) bekezdéssel. A módosítás még azt a csekély előrelépést is megkérdőjelezi, ami a lakhatás biztosítására való törekvés Alaptörvénybe emeléséhez köthető, és nehezen feloldható kettős feszültséget gerjeszt az Alaptörvényen belül. A XXII. cikket (3) bekezdéssel kiegészítő Alaptörvény-módosítás közvetlen kiváltó oka az volt,

³⁹ 42/2000. (XI. 8.) AB hat., ABH 2000, 329, 335.

⁴⁰ Uo.: 329.

hogy az Alkotmánybíróság a 38/2012. (XI. 15.) AB határozattal alkotmányellenessé nyilvánította a nem sokkal korábban elfogadott új szabálysértési törvénynek a közterület életvitelszerű használatát tiltó rendelkezését.⁴¹ A Szabálysértési törvény 186. §-ának alkotmányellenessé nyilvánítását az Alkotmánybíróság azzal indokolta, hogy mivel az új szabálysértési törvény a szabálysértéseket a korábbi vegyes rendszerből, ahol a közigazgatás-ellenes magatartások is szabálysértésnek minősültek, kizárólagosan a „bagatell” büntetőjog irányába toltta el, ezért rendelkezéseinek meg kell felelniük az alkotmányos büntetőjog követelményeinek. Ez a különböző magatartások büntetendővé nyilvánításával kapcsolatban kettős követelményt támaszt: egyfelől azt, hogy az egyes cselekmények büntetendővé nyilvánítása nem lehet önkényes (csak alkotmányos indok alapján történhet meg), másfelől pedig azt, hogy a „szankciót kilátásba helyező norma feleljen meg a normavilágosság követelményének”.⁴² A többségi álláspont szerint a közterület életvitelszerű lakhatásra való használata (a hajléktalanság), amit a Szociális törvény legitim, éppenséggel támogatásra való jogosultságot keletkeztető élethelyzetként határoz meg, nem olyan társadalomra veszélyes tevékenység, ami indokolná kriminális magatartássá nyilvánítását. Utóbbit a közrend védelme is indokolhatja, de önmagában az, hogy valaki az utcán él, „a közterület használatát, a közrendet nem veszélyezteti”.⁴³ A 186. § (2) bekezdésében írtakra figyelemmel, ami a szankció megállapítását csak akkor engedte meg, ha az önkormányzat teljesítette hajléktalanellátási feladatát, az Alkotmánybírák többsége arra következtetett, hogy a közrend védelme csak ürügy, hiszen amennyiben az utcán élés közrendet veszélyeztető magatartás, akkor ezt abban az esetben is annak kéne minősíteni, ha az önkormányzat például éjjeli menedékhely működtetésével teljesítette a feladatát. Az Alkotmánybíróság értékelése szerint a vitatott jogszabályhely nem felelt meg a normavilágosság követelményének sem, mivel ellentmondásba kerültek magának a Szabálysértési törvénynek az általános rendelkezéseivel, melyek szabálysértésként a szándékos vagy gondatlan magatartásokat tekintik szankcionálható magatartásoknak, az ilyen jellemzőkkel egyáltalán nem bíró élethelyzeteket viszont nem.⁴⁴ Az alkotmánybírósági döntésre válaszul az Alaptörvény negyedik módosítása egyszerűen megszüntette az érvelés alapját:

XXII. cikk (3) Törvény vagy helyi önkormányzat rendelete a közrend, a közbiztonság, a közegészség és a kulturális értékek védelme érdekében, a közterület meghatározott részére vonatkozóan jogellenessé minősítheti az életvitelszerű megvalósuló közterületi tartózkodást.

⁴¹ Az Alkotmánybíróság a 38/2012. (XI. 15.) AB határozattal megsemmisítette a Szabálysértési törvény (2012: II. tv.) 186. §-sal szabályozott 140. pontját, ami szabálysértéssé nyilvánította a közterület életvitelszerű használatát.

⁴² 38/2012. (XI. 14.) AB hat., ABH 2012, 202.

⁴³ Uo.: 203.

⁴⁴ Uo.: 205.

Az Alaptörvény rendelkezéseinek kiegészítésével kapcsolatosan gerjesztett feszültség egyik forrása a kiegészítés elfogadását követő törvényalkotási gyakorlat. Az új alaptörvényi felhatalmazás birtokában a Szabálysértési törvényt úgy módosította a jogalkotó, hogy „elfeledkezett” a korábbi szabályozásban még szereplő (és az Alkotmánybíróság által a jogalkotó valós szándékai elrejtéseként értelmezett) biztosítékról, ami eltiltotta az önkormányzatokat a szankciók alkalmazásától abban az esetben, ha nem teljesítették a hajléktalanokkal szemben fennálló ellátási kötelezettségüket. E garancia megvonásával ugyanakkor a szabálysértési törvény rendelkezései nyíltan aláássák az Alaptörvény XXII. cikk (2) bekezdésében foglalt, amúgy is bizonytalan mértékű állami/önkormányzati kötelezettség teljesítésének számon kérhetőségét. Az új szabályozás megbontja a korábban meglévő egyensúlyt, és a biztosítandó szociális szolgáltatások tényleges nyújtásától függetlenül lehetővé teszi az önkormányzatok által kijelölt területeken a zaklató jellegű hatósági fellépést. A települési önkormányzatok kellő kreativitással így két legyet is üthetnek egy csapásra: erőteljes rendészeti fellépéssel elüldözhetik területükről a hajléktalanokat, és ezzel megszabadulhatnak ellátási kötelezettségük jó részétől is. Reális tehát a veszélye annak, hogy a szabályozás éppen ellentétes hatást vált ki azzal, mint amit a büntető jellegű fellépésnek Szívós Mária a 38/2012. (XI. 14.) AB határozathoz fűzött különvéleményében tulajdonított, hogy ti. az „alkalmas lehet arra, hogy az embert az emberhez méltóbb életkörülményeket lehetővé tevő eszközök igénybevételére rávegye, hovatovább az egészséget, végső soron az életet veszélyeztető életmód felől a mind fizikálisan, mind mentális értelemben egészségesebb lét felé terelje”.

A feszültség másik oka az, hogy a XXII. cikk (3) bekezdése felvizezi az Alaptörvény I. cikkében rögzített garanciális szabályt. Az I. cikk (3) bekezdése ugyanis általános érvennyel rögzíti, hogy „az alapvető jogokra és kötelezettségekre vonatkozó szabályokat törvény állapítja meg”. Amint azt az Alkotmánybíróság a 38/2012. (XI. 14.) AB határozatban leszögezte, a közterület használatára vonatkozó szabályozásnak vannak alapjogi összefüggései:

„Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint sem a hajléktalanoknak a közterületekről való eltávolítása, sem a szociális ellátások igénybevételére való ösztönzése nem tekinthető olyan legitim, alkotmányos indoknak, amely a hajléktalanok közterületen élésének szabálysértéssé nyilvánítását megalapozná. A hajléktalanság szociális probléma, amit az államnak a szociális igazgatás, a szociális ellátás eszközeivel és nem büntetéssel kell kezelnie. Az Alaptörvény II. cikkében szabályozott emberi méltóság védelmével összeegyeztethetetlen önmagában azért társadalomra veszélyesnek minősíteni és büntetni azokat, akik lakhatásukat valamely okból elvesztették és ezért kényszerűségből a közterületen élnek, de ezzel mások jogait nem sértik, kárt nem okoznak, más jogellenes cselekményt nem követnek el. Sérti az egyén emberi méltóságából folyó cselekvési szabadságát az is, ha

az állam a büntetés eszközeivel kényszerít a szociális szolgáltatások igénybe vételére.”⁴⁵

Annak felismerése, hogy a közterület életvitelszerű használatának vannak alapjogi összefüggései, természetesen még nem képezi alkotmányos akadályát annak, hogy a jogalkotó korlátozza a közterületek használatát. A hajléktalan személyek érintett alkotmányos jogára tekintettel ugyanakkor ezt csak az Alaptörvény I. cikkének (3) bekezdésében foglaltakra tekintettel lehetne megtenni, vagyis a korlátozó intézkedések törvényi úton történő meghatározásával. Az Alaptörvény negyedik módosításával életbe léptetett szabályozás azonban felfüggeszti e garanciális szabály alkalmazását, mivel lehetővé teszi, hogy egy speciális helyzetre, a közterületen való életvitelszerű tartózkodásra tekintettel, az alapvető jogok gyakorlását törvényi szintűnél alacsonyabb, sőt egyenesen a legalacsonyabb szintű jogszabállyal, azaz önkormányzati rendelettel is korlátozni lehessen. Az alkotmányos garanciák konkrét helyzetre tekintettel történő kikapcsolása veszélyes precedens, hiszen ha az megtehető az Alaptörvény módosításával, mi akadályozza meg az alkotmánymódosításhoz elegendő parlamenti többséggel rendelkező jogalkotót abban, hogy ugyanezt újból, más szabályozási tárgyat érintően is megtegye.

Összegzés

Az alkotmányos szabályozás változását értékelve a fő kérdés nyilvánvalóan az, hogy az új rendelkezések orvosolják-e a korábbiak által gerjesztett értelmezési vagy az alkotmány koherenciáját érintő problémákat, erősítik vagy gyengítik a szociális jogok védelmét, illetve nem járulnak-e hozzá maguk is újabb, a korábbiakban nem létező alkotmányos problémák kialakulásához. A változásokat értékelve úgy tűnik, hogy az Alaptörvény, miközben orvosolta az Alkotmány rendelkezéseinek néhány hibáját, rendelkezéseivel saját maga vált értelmezési problémák forrásává. Az összképhez tartozik az is, hogy az új szabályozás több ponton is határozottan gyengíti a szociális jogok védelmét egyfelől azzal, hogy csak kivételesen (az egészséghez való jog esetében) hirdeti meg őket jogként, másfelől azzal, hogy aláássa a szatellitjogok általi védelmük korábban viszonylag jól működő rendszerét. Ugyancsak a negatívumok közé tartozik, hogy a szociális rendelkezések közt is terjedőben van az alkotmányosság szellemével ellentétes aktuálpolitikai töltetű alkotmányozás.

Az alkotmányértelmezés a szociális jogok saját értékükön való alkotmányos védelmét hagyományosan csak szűk körben, kivételesen biztosította. Az Alkotmánybíróság megelégedett az alkotmányos tartalom következmények nélküli, merőben elméleti meghatározásával. A szociális biztonsághoz való jogot az ellátások emberi méltósággal összeegyeztethető szintet elérő összességként,

⁴⁵ 38/2012. (XI. 14.) AB hat., ABH 2012, 204.

a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog tartalmát pedig a társadalomban való minél hosszabb testi-lelki gondoktól mentes életet lehetővé tevő állapotként definiálta, ám e tetszetős megállapítások sohasem képezték alkotmányossági vizsgálat érdemi alapját. A bírák vizsgálatuk fókuszába ehelyett az alkotmányos rendelkezések objektív, intézményvédelmi oldalát állították, azt elemezve, hogy mi az állam intézményvédelmi kötelezettségének tartalma. Az alkotmányossági mércét e tekintetben igen tágra szabva csak a teljes ellátatlanságot előidéző helyzeteket minősítették olyannak, ami elvileg felvethette volna az alkotmányellenesség kérdését, ilyen szituációt azonban a gyakorlatban sohasem azonosítottak. Így az alkotmánybírói gyakorlat szinte teljesen szabad kezet adott a kormánynak a szociálpolitika alakítására.

A szociális jogalkotással szemben támasztott tényleges alkotmányos követelményeket a valóságban olyan szatellitjogok biztosították, mint a társadalombiztosítási juttatások tulajdonjogi védelme, a szerzett jogok védelme vagy a jogbiztonság követelménye. Az alkotmányos védelemnek ez a rendszere inkább formai, mintsem tartalmi követelmények támasztásával korlátozta a döntéshozókat, hiszen néhány egyszerű szabály betartásával már nem kellett attól tevékenységük alkotmányellenessé nyilvánításától tartaniuk. Ehhez csupán arra kellett ügyelniük, hogy a társadalombiztosítási ellátások átalakítását arányos kompenzáció biztosításával tegyék meg, a már folyósított ellátásokat ne szüntessék meg a belőlük részesedők és azok számára, akik hamarosan jogosultságot szereznének rájuk, és tartózkodjanak a szociális jogviszonyok felkészülési idő biztosítása nélküli átalakításától.

Az Alkotmány szociális töltetű rendelkezéseinek újraszabályozását számos tényező indokolta. Mivel az Alkotmánybírói bíróság meglehetősen következetesen elutasította e jogok alanyi alapjogként való értelmezését, az alkotmányszöveg „joga van” kitételei félrevezetőnek bizonyultak. A „lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog” annak tényleges biztosításának hiányában különösen disszonánsan hatott. Az Alkotmánybírói bíróság kizárta a 70/E. § olyan rendelkezését, ami lehetővé tette volna azt, hogy a szociális biztonsághoz való jogból konkrét részjogosultságokat lehessen levezetni, így az egyik legalapvetőbb emberi szükséglet, a lakhatás igénye semmilyen formában nem jelent meg az Alkotmányban. A megújított, az Alaptörvényben szereplő rendelkezések választ adnak ezekre a problémákra: a szociális biztonsághoz való jog államcélként való minősítése a szövegnek a kialakult gyakorlathoz való igazításaként, a lakhatáshoz való jog rögzítése pedig a korábbi adósság törlesztéseként értelmezhető. Az alkotmányos szabályozás megváltoztatásának hatásai azonban véleményem szerint további kérdéseket vetnek fel.

A szociális jogokat a korábbi gyakorlat ugyan nem ismerte el alanyi alapjogoknak, de nem is zárta ki teljesen egy ilyen irányú fordulat lehetőségét. Az Alaptörvény a szociális biztonság és a lakhatás biztosítása tekintetében is egyértelművé teszi, hogy azok esetében csak államcélokról és nem alanyi jogosultságokról van szó. Az egészségügyi ellátást illetően azonban az Alaptörvény a kérdésre nem ad

ennyire egyértelmű választ. A szövegezés az egészség biztosítását megillető jogként rögzíti, miközben a rendelkezések szerkesztésének módja a korábbi alanyi intézményi oldal szerinti felosztást idézi, amit az Alkotmánybíróság korábbi gyakorlatában az alanyi jogi jelleg elismerésének megtagadására használt. Az ebben rejlő ellentmondás az Alkotmánybíróság értelmezési gyakorlatában is tükröződik az alapjogi jelleg elutasításának ismétlésével egyfelől, és az Alaptörvényben megfogalmazódó célok érvényesülésének vizsgálatával másfelől.

Az Alkotmányéhoz hasonlóan az Alaptörvény sem nélkülözi a jogértelmezés bizonytalanságát kifejező megfogalmazásokat, szövegen belüli ellentmondásokat. Bizonytalanságot okozhat például az, hogy az Alaptörvényben kizárólag a szolidaritás elve jelenik meg a nyugdíjrendszer jellemzőjeként, amiről nem lehet tudni, hogy csupán költői jelzőként vagy a jogalkotást meghatározó alapelvként szerepel-e az Alaptörvény szövegében. A lakhatás biztosításával kapcsolatos kötelezettséget előíró rendelkezések megvalósítását XXII. cikk (3) bekezdéssel való kiegészítése már az Alkotmány hatálybalépésétől számított két éven belül relativizálta. Nem egyértelmű az sem, hogy miként kell értelmezni azt, hogy a szociális biztonságra vonatkozó rendelkezés intézményi oldalán – XIX. cikk (2) bekezdése – nem jelenik meg a társadalombiztosítás intézményrendszerére való utalás.

A változtatások kezdik aláásni azokat a szatellitjogokat, amelyek a szociális jogok védelmének hagyományos bástyái voltak. Egyértelműen gyengítette a társadalombiztosítási ellátások tulajdonszerű védelmét az Alkotmány 70/E. §-ának harmadik bekezdéssel történő, az Alaptörvény életbelépését követően 2012-ben mindvégig hatályban tartott módosítása, ami megengedte már megszerzett nyugdíjjogosultságok szociális ellátássá alakítását vagy megszüntetését. Az alacsonyabb szintű jogalkotás a szociális hozzájárulási adó bevezetésével gyengítette meg a járadékok és a járadékok közti, a tulajdonszerű védelem alapját képező kapcsolatot. Az Alaptörvény XXII. cikkének (3) bekezdéssel történő kiegészítése azt a korábbi jogbiztonsági garanciát iktatta ki, ami előírta, hogy az alapjogokat közvetlenül érintő rendelkezéseket törvényben kelljen rögzíteni.

Az újjáformálódó alkotmánybíróvási gyakorlat a szociális jogok egyre megszorítóbb értelmezését vetíti előre azzal, hogy követelményként rögzíti a szociális töltetű rendelkezések, valamint az N) és O) cikkek együttértelmezését. A testület e módszertani újítást valamiféle „szociálpolitikai paradigmaváltásként” értelmezi, s így a szociális jogalkotást a korábbinál is egyértelműbb módon rendeli a költségvetési szempontok alá.

Végül az alaptörvényi szabályozás új és aggasztó elemeként azonosítható a szociális jogalkotás rövid távú politikai célok alá rendelése az ezt szolgáló szabályok alkotmányos rögzítésével, ami megkérdőjelezi, hogy beszélhetünk-e még egyáltalán a szociális jogok alkotmányos garanciáiról.

Irodalom

- Balogh Zsolt (2005): Paradigmaváltás lehetőségei a szociális jogok védelme terén. *Jogtudományi Közlöny*, (60), 9, 363–371.
- Fabre, Cécile (2007): *Social Rights under the Constitution*. Government and the Decent Life. Oxford: Clarendon Press.
- Ferge Zsuzsa (1994): Szabadság és biztonság. *Esély*, (5). 5, 3–24. http://www.esely.org/kiadvanyok/1994_5/ferge.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 20.)
- International Labor Organization (2010): *World Social Security Report 2010*. Geneva: International Labor Office, Social Security Department.
- Juhász Gábor (2009a): 17. § [A rászorulókról való gondoskodás]. In Jakab András (szerk.): *Az Alkotmány kommentárja*. Budapest: Századvég. 508–511.
- Juhász Gábor (2009b): 70/B. § [A munkához való jog]. In Jakab András (szerk.): *Az Alkotmány kommentárja*. Budapest: Századvég, 2548–2562.
- Juhász Gábor (2009c): 70/C. § [A kollektív munkajog intézményeinek alkotmányos védelme] In Jakab András (szerk.): *Az Alkotmány kommentárja*. Budapest: Századvég, 2563–2569.
- Juhász Gábor (2009d): 70/D. § [Az egészséghez való jog]. In Jakab András (szerk.): *Az Alkotmány kommentárja*. Budapest: Századvég, 2570–2578.
- Juhász Gábor (2009e): 70/E. § [A szociális biztonsághoz való jog]. In Jakab András (szerk.): *Az Alkotmány kommentárja*. Budapest: Századvég, 2579–2593.
- Juhász Gábor (2009f): Gazdasági globalizáció, a jóléti államok modernizációja és a szociális jogok alkotmányos védelme. *Állam- és Jogtudomány*, (50), 3, 307–327.
- Juhász Gábor (2012): A gazdasági és szociális jogok védelme az Alkotmányban és az Alaptörvényben. *Fundamentum*, (16). 1, 35–49. http://epa.oszk.hu/02300/02334/00047/pdf/EPA02334_Fundamentum_2012_01_035-049.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 20.)
- Kuron, Jacek (1994): Válaszúton. *Esély*, (5), 3, 3–18. http://www.esely.org/kiadvanyok/1994_3/jacek.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 20.)
- Pieters, Danny (1993): *Introduction to the Basic Principles of Social Security*. Deventer: Kluwer Law and Taxation Publisher.
- Sári János (2001): *Alapjogok*. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris Kiadó.
- Sólyom László (2001): Az alkotmánybíráskodás kezdetei Magyarországon. Budapest: Osiris. http://mek.oszk.hu/12900/12937/pdf/12937_1.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 20.)
- Sinfield, Adrian (1989): *Social security and its social division*. A challenge for sociological analysis. New Waverley Papers, Social Policy Series No. 2. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Sonnevend, Pál (2000): Szociális jogok, bizalomvédelem, tulajdonvédelem. In Halmai Gábor (szerk.): *A megtalált alkotmány? A magyar alapjogi bíráskodás első kilenc éve*. Budapest: INDOK.

- Tóth Gábor Attila (2003): Az emberi méltósághoz és az élethez való jog. In Halmai Gábor – Tóth Gábor Attila (szerk.): *Emberi jogok*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Zombori Gyula (1995): *A szociálpolitika alapfogalmai*. Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület – ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet.

Kérjük kedves Olvasóinkat, hogy adójuk 1%-ával támogassák az Esély társadalom- és szociálpolitikai folyóirat kiadását!

Hilscher Rezső Alapítvány
Adószámunk: 19650988-2-43

Köszönjük!

BUDAI ISTVÁN – PULI EDIT

EGYÜTTMŰKÖDÉS A SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOKBAN*

A tanulmány a győri Széchenyi István Egyetem Szociális Tanulmányok Tanszékén 2013–2014-ben lefolytatott kvalitatív kutatást mutatja be, amely a szociális szolgáltatásokban megvalósuló különböző együttműködésekre fókuszált. A kutatás az együttműködés kérdéseit vizsgálva a vonatkozó nemzetközi és hazai szakirodalomból és a szociális munka jelenlegi gyakorlatából indult ki, így kitértünk a modern szociális munkát meghatározó szellemiségek összefüggésében az együttműködés rendszerszerű értelmezésére. A Győr városkörzetében multidimenzionális rendszerben lezajlott empirikus (kérdőíves felmérés, strukturált, mély- és fókuszcsoportos interjúk) vizsgálatok érintik az együttműködések lényegi elemeit, típusait, módszereit, motivációit, sikereit, problémáit, nehézségeit, dilemmáit, modelljeit és az elmélet-gyakorlat viszonyát. A részletes elemzés alapján kerül sor a kutatás kérdéseinek megválaszolására, a feltevések értékelésére és végső eredmények bemutatására.

Bevezetés

A hazai szociális szolgáltatásokban folyó legkülönbözőbb szakmai együttműködések, az azokhoz kapcsolódó innovációkat feltáró és elemző kutatás alapvetően új a szociális szakmában és a szociális munkában. 2013–14-ben „A Győri Járműipari Körzet (GYIK), mint a térségi fejlesztés új iránya és eszköze” című projekt „Szociális és egészségügyi szolgáltatások” témájának keretében lehetőség nyílt a szociális szolgáltatásokban folyó tevékenység minőségi jellemzőinek, ezen belül a különböző együttműködéseknek alapvetően kvalitatív módszerekkel történő vizsgálatára. A kutatás motivációját alapvetően azoknak a Széchenyi István Egyetem Szociális Tanulmányok Tanszékén folyó együttműködéseknek tapasztalatai adták, amelyek a szociálismunkás-képzés, valamint a szociális szolgáltatások fejlesztését célzó projektekből fakadtak.¹ Ezek a szakmai (terepeken folyó képzés,

* A kutatást a TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0010 számú program („A győri járműipari körzet, mint a térségi fejlesztés új iránya és eszköze”) támogatta. Jelen tanulmány a kutatási záró anyagokból és jelentésekből kíván keresztmetszetet nyújtani az Olvasónak.

¹ Nevezetesen a TÁMOP-5.4.4–09/2/C-2009-0006 „Útitársak” és a TÁMOP-5.4.4–09/2/A-2009-0015 „A kistérségi szolgáltatások fejlesztése az önkormányzatok és a képző intézmény közötti kapcsolat erősítésével” című projektek.

terepnári műhely stb.) és tudományos (kutatási együttműködések, koncepcióalkotás stb.) kapcsolatok erőteljesen felvetették az együttműködések minőségi szempontjait, azok érvényesülését a mindennapi szakmai gyakorlatban. A kutatás létjogosultságát indokolta még, hogy máig nincsenek megfelelő mennyiségű és minőségű empirikus adatok, mutatók sem a várostérségben,² sem országosan a szociális szolgáltatásokban, intézményekben (civil szervezetekben) folyó, amúgy a humánerőforrás fejlesztését is célzó tevékenységekről, az ezeket viszonylag jól kifejező, legkülönbözőbb szakmai együttműködésekről.

Következésképp *a kutatás célja volt az együttműködés témakörében* a szociális szolgáltatásokban és néhány társszakmában dolgozó szakemberek megnyilvánulásainak, tapasztalatainak, viszonyulásainak, gondolatainak összegyűjtése, feltárása és elemzése Győrben és a város térségében.

Az alábbi kérdések kerültek a kutatás fókuszába:

- Mennyiben tekinthető az együttműködés a szociális szolgáltatások lényegi elemének, minőségi mutatójának?
- Mely kérdésekben, ügyekben, tevékenységekben, van/lehet szó valós együttműködésről:
 - a szociális szolgáltatásokat igénybe vevők és a szakemberek között,
 - az egyes szociális szakemberek között,
 - a különböző szakmákat (különös tekintettel egészségügy, oktatásügy, igazságszolgáltatás-rendészet, közigazgatás stb.) képviselő szakemberek között, továbbá
 - a különböző szolgáltatások (intézmények, szervezetek) között?³
- Milyen módokon és milyen eszközök alkalmazásával történnek a különböző együttműködések?
- Melyek a különböző jellegű, szintű együttműködések motivációi, feltételei, sikerei, a humánerőforrás fejlesztésére vonatkozó pozitív hatása, másfelől nehézségei, problémái, dilemmái?
- Milyen összefüggések vannak az együttműködésről szóló elméleti szempontok, kritériumok, a szakemberi vélekedések és a mindennapi szakmai gyakorlat között?
- Melyek az együttműködések minőségi mutatói (evidencia alapú, terjeszthető példái és modelljei)?⁴
- Mi a szerepe együttműködések tekintetében a várostérségben Győr szociális szolgáltatásainak?

² A várostérség kifejezés itt a jelen kutatásban érvényesített területre vonatkozik.

³ A kutatás nem érintette a vezető és nem vezető beosztású munkatársak, továbbá a szociális szakemberek és a laikusok, a civil szféra aktivistái közötti együttműködéseket.

⁴ A szociális szakmában elterjedt, nem túlzottan egyértelmű „jó gyakorlatok” kifejezés alkalmazása helyett szerencsésebb volt a tudományos kritériumokat egyértelműen fogalmazó „bizonyíték (vagy evidencia) alapú gyakorlat” fogalmának használata.

A kutatás *alapfeltételezése* volt, hogy a modern szociális munkában az igénybe vevő központú – a szolgáltatásokat igénybe vevők⁵ (változó) szükségleteire épülő és a problémáik tartós kezelésére hivatott – szolgáltatásokban folyó tevékenység fejlesztésének egyik lényeges kritériuma az igénybe vevők, a szakemberek és a szolgáltatások közötti *szakmai és szakmaközi (interprofesszionális, továbbiakban ip) együttműködés*, továbbá a helyi közösségekre, a szomszédságra, a civil összefogásra és a támogató hálózatokra való építés. Továbbá, hogy mindezekkel jelentős mértékben hozzá lehet járulni a szociális szolgáltatások, tágabb értelemben a humánerőforrás minőségének emeléséhez is. A különböző intézményesített (utcai szociális munka), az egyes jogszabályokkal kötelezett (jelzőrendszer) együttműködések, az egyes HEFOP, TÁMOP együttműködések megcélzó és megvalósító tevékenységek ellenére, illetve a már a bevezetőben felvázoltak alapján a kutatás kezdetekor az alábbi konkrét feltételezések meghatározására került sor:

- A ma még nem általános szakmai gyakorlat, még nem kiérlelt és nem evidencia alapú a szolgáltatásokat igénybe vevők és a szociális szakemberek közötti, a különböző szociális szakemberek közötti, továbbá az egyes intézmények, szervezetek közötti együttműködés.
- Az együttműködésekre vonatkozó szellemiségekkel, tanításokkal, továbbá szakemberi vélekedésekkel szemben egészen más képet mutat a mindennapi szakmai gyakorlat.
- A modern ipari tevékenységekben megnyilvánuló együttműködésekhez képest lényegesen gyengébbek és hatástalanabbak a szociális szolgáltatásokban megvalósuló együttműködések, és előbbieik ma még nem tudnak jelentős pozitív hatást gyakorolni a humánerőforrás fejlesztésére.
- Az együttműködés témakörében ma még nincsen erős, központi, innovatív erő Győr várostérségben a szociális szolgáltatásokban.

Szemléleti megközelítés

A kutatás első lépése a vonatkozó szakirodalom feldolgozása, elemzése és abból egy *elméleti koncepció* iniciálása volt. A szakirodalomban és a szociális munka mértékadó nemzetközi és hazai szakmai közéletében és szervezeteiben a szociális munkáról alkotott modern felfogású szemlélet volt a kiindulási alap. A továbbiakban pedig az elméleti koncepcióban meghatározott szellemiségek, megközelítések, definíciók, struktúrák voltak az empirikus adatelemzés szempontjai.

A kutatás kezdetekor még csak a korábbi szociálismunka-definíció állt kiindulópontul rendelkezésre (Somorjai 2006). Időközben az International Federation of Social Work (IFSW), az International Association of Schools of Social Work

⁵ A korszerű szociális munka szellemiséget (kifejtését lásd később) kifejező „szolgáltatást igénybe vevő” kifejezés ma még nem általános a hazai gyakorlatban, hanem elsősorban a „kliens” és az angolból fordított „használó” vagy „felhasználó” fogalom terjedt el.

(IASSW), továbbá az International Council on Social Welfare (ICSW) újragondolta a szociális munka definícióját, amelyet a 2014. július 9–12-e között Melbourne-ben rendezett közös világkonferencián (Joint World Conference Social Work, Education and Social Development) el is fogadtak a szociális munka új globális definíciójaként (*New Global Definition of Social Work Profession*). Ez utólag is megerősítette a kutatás szemléleti alapállását.

„A szociális munka egy szakmai gyakorlat és egy tudományterület. Elősegíti a társadalmi változást és fejlődést, a társadalmi összetartozást, az emberek cselekvőképességének fejlesztését és az emberek felszabadítását. A társadalmi igazságosság, az emberi jogok, a közös felelősségvállalás és a különbözőségek tiszteletének elvei központi helyet foglalnak el a szociális munkában. Alátámasztva a szociális munka elméleteivel, a társadalomtudományokkal, a humán tudományokkal és a helyi tudásokkal, a szociális munka támogatja az embereket és a rendszereket az élet kihívásainak leküzdésében, és tevékenykedik mindenki jóllétének gyarapítása érdekében. A fenti definíció egyes részei a nemzeti és/vagy helyi szinteken nagyobb jelentőséggel bírhatnak.” (*New Global Definition of Social Work Profession*, IFSW 2014, Szöllösi Gábor fordítása)

A konferenciát rendező szervezetek példamutató együttműködése jól kifejezi, hogy a szociális munka és szakma progressziójáról csak a társadalmi fejlődés összefüggésében lehet beszélni. A korábbi globális alapelveknek és a jelenlegi definíciónak ugyan nincsen normatív funkciója, azaz nem minimumsztenderdek-ről van szó, hanem elsősorban a szociális munka fejlesztéseinek szempontjait és irányelveit foglalják magukban, amelyek egyre jobb teljesítésével lehet távlatosan eljutni a szociális munka magasabb szintű minőségéhez.

A definíciók a szociális munka – mint ősi laikus tevékenység és mint modern szakma, újabban pedig már tudományos diszciplína is – lényegeként az élet kihívásaival küszködő emberek, csoportok társadalmi integrációját, azaz az önrendelkezésre, autonómiára épülő emberi kapcsolatokon át az együttműködés motiválását, az emberek erővel való felruházását, érdekérvényesítő képességük növelését (empowerment), jólétükhöz való hozzájárulását hangsúlyozzák. A definíciók abból az alapvetésből indulnak ki, hogy miután a szociális problémák oka alapvetően strukturális jellegű, és miután a túlgondoskodó, vagy az egyoldalúan kontrolláló, vagy a paternalista szakemberi attitűd nem nyújt hosszabb távon problémamegoldásokat, a szociális munkának is fel kell vállalnia a kritikai szemléletű, az elnyomást elutasító gyakorlatot. Elő kell segítenie a társadalmi szolidaritást, motiválnia és katalizálnia kell a társadalmi változásokat és integrációkat, fel kell hívnia a közvélemény figyelmét a társadalmi igazságtalanságokra és egyenlőtlenségekre, tennie kell a társadalmi kirekesztődés ellen, azaz lépnie kell az (egyféle) emberjogi (de nem csupán a jog által vezérelt) szakmává válás felé is.

Következésképp mindez a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésére, a társadalmi változások előmozdítására buzdít, és újabban már a közösségi felelősséget is hangsúlyozza a különbözőségeket (elsősorban a társadalom peremére kerültek, bajba jutottak, elnyomottak, kirekesztettek, veszélyeztetettek stb.), a másság tiszteletben tartásában, az emberi jogok és a társadalmi igazságosság érvényesítésében (Adams et al. 1998, Braye–Preston-Shoot 1995, Budai 2010; Jones–Joss 1995, Kozma 2007, Lorenz 2001 és 2003, Németh 2004, Varsányi 2006).

Az együttműködés kulcselemei és rendszere

Az együttműködés általában két vagy több személy/szervezet – mint egyenrangú partnerek – közös döntésein alapuló, közös célok eléréséért történő, kreatív szellemi erőfeszítéseket és cselekvéseket magában foglaló, hosszabb ideig tartó, folyamatos tevékenységet jelent, amelynek során az együttműködők megosztják egymással erőforrásaikat, felelősségüket („saját hatáskörükben” cselekednek), tevékenységüket, a közös tanulási folyamat során szerzett tudásukat, és mindezzel növelik képességeiket, kompetenciáikat a problémák kezelésében és megoldásában. Az empátián, tolerancián és kongruencián alapuló együttműködés a szociális szolgáltatásokban a bizalom kialakulásához vezet, amely egyúttal a segítő tevékenység kiinduló pontja, másrészt az eredménye.⁶

Az együttműködés értelmezési kereteinek szociális szolgáltatásokban való meghatározásakor célszerű a partnerség és az együttműködés fogalmainak megkülönböztetése. A *partnerség* alapvetően emberek, csoportok, szervezetek és intézmények közötti kapcsolatok kereteit, létezését, viszonyát, állapotát fejezi ki, míg az *együttműködés* a formálisan rendszerbe szervezett és megvalósított tevékenységet, annak minőségét, amelyet különböző tudások, kompetenciák, értékek, motivációk mozgatnak. Úgy a partnerség, miként az együttműködés fejlettségének különböző szintjei és területei jól megkülönböztethetők egymástól. Whittington (2003a) elvi struktúrája szerint ezek a kevésbé integráltaktól a jól integráltakig széles skálán mozoghatnak; így a szeparáltan működő szolgáltatásokban megvalósuló alkalmasszerű együttműködéstől az együttműködésekbe bevont szakembereken és szolgáltatásokon át az egyértelműen az együttműködés szellemisége által vezérelt szolgáltatásokig. A partnerség és az együttműködés fogalmak tehát egymással való kölcsönhatásban kapnak megfelelő értelmet. Ebben a kontextusban jelen kutatás koncepciójára elsősorban a *szolgáltatást igénybe vevő központúság* (alapvetően a szolgáltatást igénybe vevővel történő közös cselekvések) jellemző, és kevésbé a partner (intézmény-/szolgáltatásértékű, -érdekű) központúság.

Az együttműködés kulcselemeit és rendszerét megjelenítő modelljének középpontjába Whittington (2003b) a *szolgáltatást igénybe vevőket*, azaz az ellátottakat teszi. Az ő életüket, működésüket befolyásolják a segítő folyamat különböző

⁶ Az Encyclopedia Britannica Online (2007) szövszedete alapján a szerzők definíciója.

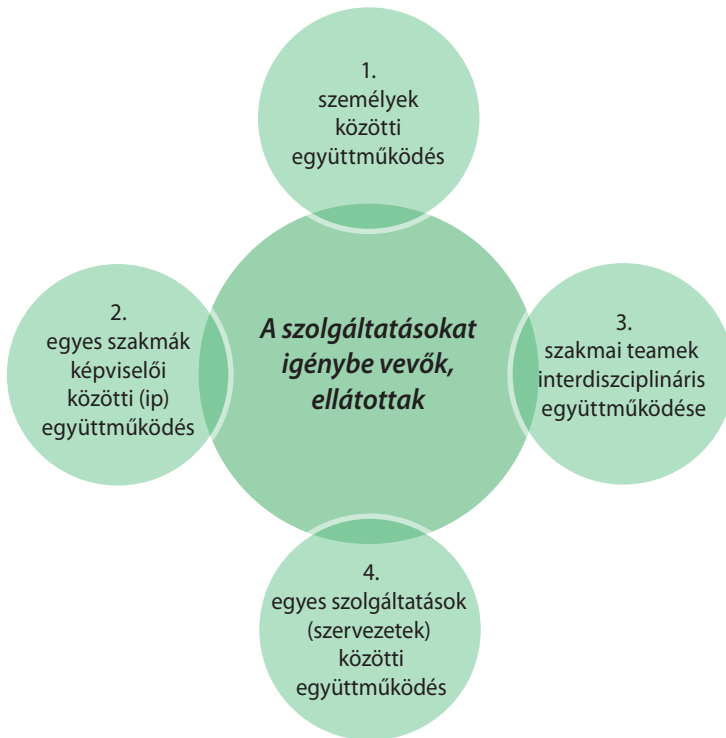
elemei: így a szakember személyisége, szakmai tevékenysége, a teammunka és a szervezeti/intézményi keretek.

A szociális szakember *személyisége* rendkívül erőteljesen meghatározza a szolgáltatást igénybe vevők és a szociális (és más) szakemberek kapcsolatát, együttműködését. Lényegesen több ez mint szakmai önazonosság, hiszen az együttműködést befolyásolják adott személyiségnek a nemiségre, vallásra, egészségi állapotra, képzettségre, elkötelezettségre, felelősségre, politikai hovatartozásra, aspirációkra, referenciákra, döntésekre, csalódásokra stb. vonatkozó nézetei. *Szakmai tevékenysége* során a szociális szakember különböző szellemiségekkel, identitásokkal találkozik, egyikkel azonosul, másikat elutasítja, harmadikat tiszteletli, negyediket módosítja. A *pluralitás* jegyében a medikális, morális, erősségekre építő, kompenzatorikus, emancipatorikus, radikális, anti-oppressive szociális munka szellemiségek és filozófiák állandóan ható tényezők, befolyásolják a szakember szakmai identitásának alakulását és a különböző együttműködésekben való részvételének és közreműködésének minőségét (Adams et al. 1998). A szociális szakemberek személyes, szakmai identitása egy szélesebb keretben, az együttműködés egyik kulcsterepén a teammunkában realizálódik. Az együttműködő team jelentős mértékben befolyásolja motivációit, tevékenységének minőségét és eredményeit. Alapvető tényező, hogy a szociális munkások szervezeti (intézményi) keretek között dolgoznak, az ottani működési keretek, struktúrák, hierarchiák, formális szabályok, adminisztráció, informális szokások, hagyományok, innovációk, szellemiség és menedzsment, mind befolyásoló tényezője az együttműködéseknek (Hudson 2002).

Azonosulni lehet Whittington (2003b) további érvelésével is, miszerint az együttműködés e modellje a jobb szakmai minőség elérése érdekében *elmozdítandó* az ún. *inter-megközelítés felé*. E szerint *a szolgáltatást igénybe vevőket/ellátottakat továbbra is középpontba helyezve személyek, szakmák, teamek és szervezetek közötti együttműködésekről* van szó, s ennek eredményeképpen az együttműködés (magasabb) interaktív és integrált szintre emelkedhet (1. ábra),

A személyek közötti együttműködések tekintve így alapvetően négy fajtáról lehet szó: (1) a szolgáltatásokat igénybe vevők és a szociális munkások közötti; (2) a szociális munkások egymás közötti; (3) a szolgáltatások vezetői/menedzserei és beosztottjai közötti és (4) a szociális munkások és önkéntes/civil személyek közötti együttműködésekről. A *személyek közötti* együttműködés mindegyik relációban csak empatikus, toleráns, kölcsönösségi és bizalmi alapon lehetséges. Egyfelől a kölcsönös megértésen, tiszteleten, elfogadáson, azonosuláson, a konfliktusok előhívásán és kezelésén keresztül, másfelől a felelősségen, rugalmasságon, kreativitáson, intuíciókon alapuló kapcsolatokban alakulhatnak ki közös feltételezések, közös gondolkodás, a bajok megoldásához vezető elővételezhető utak felvázolása stb. (Child–Faulkner 1998, Rojzman 2009).

1. **ábra:** Az együttműködés „inter” modellje – az interakciók főbb területei



Forrás: Whittington (2003b) ábrája alapján a szerzők saját szerkesztése.

A különböző *szakmák közötti (ip) együttműködést* elsősorban az egyes szakmákat reprezentáló-képviselő szakemberek közötti folyamatos tevékenység fejezi ki legjobban, tágabb értelemben megközelítést, szemléletet, szellemiséget, attitűdöt, gondolkodást. Az ip együttműködés lényege így definiálható:

Az interprofesszionális (szakmaközi) munka a szerzők szerint két vagy több, különböző foglalkozási ághoz tartozó szakma képviselőinek időleges vagy hosszabb távú, közös vállalkozása, kommunikációja és együttműködése, amelynek során a csoportdinamika jótékony hatása segítségével a közreműködő szakemberek meglévő és megtermelt jellegzetes tudásukat, felelősségüket és erőforrásaikat megosztják egymás között egy közösen meghatározott cél/ügy elérése érdekében, közösen meghatározott, eldöntött, szinergikus, kreatív eljárás módok alkalmazásával (Budai 2011a, 2011b; Hopkins 2001; Hume 1999).

Különbséget kell tenni az *interprofesszionális (ip)* és az *interdiszciplinaritás (id)* fogalmak között is. Az ip a különböző szakmák képviselőinek szakmai együttműködését tekinti lényegesnek. Az id pedig a tudományok közötti tudás-

tartalmakra, kompetenciákra és kutatási együttműködésekre, képzésekre, az azt művelő szakemberekre és tevékenységünkre fókuszál. Ez következik a szociális munka lényegéből, társadalmi mandátumából, ill. a tudományok, szakmák között elfoglalt helyzetéből (Budai 2009, Polard–Thomas–Miers 2010).

A Whittington-féle „inter-megközelítésű” modellnek (2003b) következő eleme az *interdiszciplináris teamben* történő együttműködés, amely jelentős lépés lehet az integrált ellátás irányába.⁷ E teamek filozófiáját tekintve a modell megkülönböztet *direktívet*, amelyben a belső hierarchiák (pl. egy egészségügyi teamben az orvosok szerepe) a meghatározók, ún. *antiteamet*, amelyekben az egyes szakemberek egymás mellett, de egymástól függetlenül dolgoznak, és amelyben alacsony szintű a kommunikáció. Az *integratív team* ezzel szemben holisztikus bázist jelent a szolgáltatást igénybe vevőknek, jellemzői a közös munka, kommunikáció, döntések, megegyezések, a tárgyalásdiszkusszió, az értékek és státuszok egyenlősége és egymás közötti megosztása, a szakmai határok flexibilitása, s amelyben fontos egymástól tanulni, egymással, továbbá az egyes szakmák kapacitásával és egymás szakmai kultúrájával kalkulálni. Lényeges a különbözőség, az egymás szerepeinek megértése és elfogadása, a szakmai határok (a „védett” autonómia) át(túl) lépése, az azonos jelenségek differenciált interpretálása, a konfliktusok kezelése és menedzselése a fejlődés és az integrációk érdekében.

Whittington modelljében az *egyes szervezetek (szolgáltatások) közötti együttműködések* céljai és eredményei felismerni és elfogadni a partnerséget, bizalmat építeni egymásban, tanulni a lokális eredményekből, közös szolgáltatási fejlesztési elveket kidolgozni, szándékokat, elkötelezettségeket, vállalásokat tisztázni, nyitott gazdálkodást, világos partneri menedzsmentet kialakítani, közös monitoringmódszerekben megállapodni. Az egyes szervezetek közötti együttműködés megvalósulhat (1) szociális szolgáltatások között; (2) szociális szolgáltatások és civil szervezetek; (3) szociális és más humán szolgáltatások között. Atkinson és társai (2002) szerint a multi-agency munka jellemzői lehetnek: közös célok menti elkötelezettség, szerepek, felelőségek megosztása, hatékony kommunikáció és információ megosztás, források és eredmények megosztása. Ezek a szempontok igen hasznosak lehetnek a szociális szolgáltatások (intézmények) közötti együttműködések fejlesztéséhez (Benson–Nelson 2006).

Miután a kompetencia alapú szemlélet és gondolkodás ma már viszonylag elfogadott a humán szakmákban, így a szociális munkában is, ezért a kutatás számára fontos kiindulópont volt, hogy *magát az együttműködést is kompetenciának értelmezzük*. Számos fogalomértelmezés megegyezik abban, hogy a kompetencia az adott tevékenységek folytatására való képességet (illetékességet), az adott tevékenységhez való pozitív hozzáállást, az adott tevékenységre való jogosultság elismerését jelenti. Alapvető kiindulópont volt tehát az empirikus vizsgálatok során, hogy miként lehet tetten érni az együttműködés kompetenciáját a mintában, azaz mennyire képesek a szociális munkások együttműködve cselekedni, segítő

⁷ A teammunkában egyaránt megvalósulhat az ip és id együttműködés.

folyamatokat végigvinni, kezelni és kreatívan megoldani a különböző szociális problémákat, fenntartható eredményeket konstruálni, és mennyiben tudatosul bennük a kompetencia alapú tevékenység (Budai–Kozma 2012).

Összességében: mint látható, egyfelől szükség van az együttműködésekkel összefüggő fogalmak permanens (újra)értelmezésére. Másfelől az „inter” modell jól használható keretet ad a különböző együttműködések minőségi fejlesztéséhez, mert: (1) a hazai szociális szolgáltatásokban az igénybe vevők kb. 70-75 százaléka „küldött” vagy „kötelezett”, és éppen ez a helyzet még inkább felülértékeli az együttműködést; (2) a szolgáltatást igénybe vevők-szakemberek együttműködésére alapozva lehet eljutni a szakma művelői közötti és tovább a különböző szakmák képviselői közötti minőségi együttműködések irányába. Következésképp ez az „inter” modell elfogadható kiindulási pont volt, és lényegében ennek mentén alakult ki a kutatás struktúrája, és szerepe volt az empirikus módszerek és eszközök megválasztásakor.

A metodikai megfontolások és realizálásuk

Az empirikus kutatások *módszertana* alapvetően a *kvalitatív módszereken alapult*, hiszen az együttműködés és az ip együttműködés definíciói alapján, továbbá az együttműködés négy vizsgált szintje (szolgáltatást igénybe vevők és szociális szakemberek között, a szociális szakemberek egymás között, a szociális szakemberek és más humán szakmák képviselői között, az egyes szociális szolgáltatások között) megkívánta azt az alapot, amellyel az interjúalanyoknak a szakmai valóságról alkotott magyarázataik, gondolataik, megélt élményeik, reflexióik, tapasztalataik a leginkább kiteljesedhetnek. *Az egymásra épülő* (de önmagukban is igen értékes eredményeket hozó) *négyféle vizsgálat* első lépésében 30 integrált, komplex szolgáltatási körrel, több telephellyel rendelkező intézmény körében elsődlegesen *felvett kérdőíves felmérés elemzése* elsősorban azt igazolta, hogy az együttműködés olyan szakmai tevékenység, amelyet a szakemberek annyiféleképpen töltenek meg tartalommal és ezt a tartalmat lényegében annyiféleképpen reflektálják, értelmezik és magyarázzák, ahányan vannak. Sokszínűek az ügyek, kérdések, módok és eredmények, amelyekben elsősorban a saját, megélt tapasztalatok a meghatározóak, azaz a szubjektív elemek. Ezért volt fontos a további három, a tevékenység minőségét feltáró vizsgálat, a *15 strukturált, a 10 mély- és a 6 fókuszcsoportos interjú felvétele és elemzése*. Ezek mindegyike a nyílt-összintű kommunikáción alapuló, sajátos, csak rájuk jellemző mélységet és élményeket nyújtott az interjúkat felvevőknek és az interjúalanyoknak egyaránt, és multidimenzionális szellemen közelített a kutatás központi kérdéséhez: milyen ma a szociális szolgáltatások működési minősége az együttműködés szempontjából a vizsgált mintában?

A kutatás alanyai (összesen 112 szakember) Győr város és közvetlen környékének, továbbá Győr a tágabb régiója – Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Fejér, Vas, Veszprém és Zala megyéből Ács, Bábolna, Beled, Csorna, Devecser,

Kapuvár, Komárom, Körmen, Mór, Pápakovácsi, Sopron, Szentgotthárd Tata, Tét, Veszprém – településeinek szociális szolgáltatásaiból kerültek ki. Az intézményi minta a szociális alapszolgáltatások (jellemzően étkeztetést, házi segítségnyújtást, jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, családsegítést, támogató szolgáltatást, közösségi ellátást, nappali ellátást, utcai szociális munkát nyújtó intézmények és szervezetek) és szakosított ellátások (a várostérségben működő átmeneti, tartós bentlakásos, rehabilitációs és lakóotthonok), valamint a gyermekjóléti alap- és szakosított ellátások (gyermekjóléti központoktól a gyermekotthoni ellátásig) körére összpontosított. Az egészségügyi ellátórendszert háziorvosok, védőnők, kórházi szociális munkában stb. dolgozó szakemberek képviselték. Az interjúk résztvevői körét a kutatók instrukciói alapján (az interjúalanyoknak legyenek kellő tapasztalatuk, gyakorlatuk és ezek alapján kompetenciájuk és hatalmuk az együttműködés témakörében) az adott település vezető szolgáltatásának vezetője alakította ki, és ő hívta meg a résztvevőket a témával kapcsolatos előzetes megbeszélések és tájékozódások alapján (az interjúalanyok összetételének arányait érzékelteti az 1. táblázat).

1. táblázat: A fókuszcsoportos interjúk mintája

A fókuszcsoport helyszíne	A résztvevők végzettsége			A résztvevők szolgáltatásokon belüli státusza			A munkakör jellege			Összesen, fő
	Felsőfokú szociális	Felsőfokú nem szociális	Szociális szakképzés	Nem szociális szakképzés	Vezető	Beosztott	Szociális	Egészségügyi	Oktatási	
Győr 1.	7	4	–	–	5	6	8	1	2	11
Győr 2.	6	3	–	1	4	6	8	1	1	10
Mosonmagyaróvár	10	–	–	–	6	4	10	–	–	10
Tatabánya	5	1	1	2	3	6	8	1	–	9
Pápa	5	3	–	–	5	3	5	3	–	8
Celldömölk	4	2	1	2	3	6	4	4	1	9
Összesen, fő	37	13	2	5	26	31	43	10	4	57

Forrás: a szerzők saját szerkesztése

A 10 fővel készült *mélyinterjúkat* Győrben, Mosonmagyaróváron, Komáromban, Tatabányán, Ácson, Téten, Pápakovácsiban, Csornán és Beleden vettük fel. A celldömölki fókuszcsoport éppen a definiált Győr városkörzet határán fekszik. A két győri fókuszcsoport kialakítása a kutatás kérdései szempontjából azért volt fontos, hogy lássuk, milyen szerepe van a vizsgált problematikában Győr város szociális szolgáltatásainak.

A *strukturált interjúk* kötöttebb ritmusban, feszesebb logikával vezették az interjúalanyokat, a *mélyinterjúk* során a reflektív gondolkodás adott jó lehetőséget a komplex összefüggések felfedezésére, az aha-élmények kimondására és azok tudatosítására, a *fókuszcsoporthoz tartozó interjúk* pedig az „itt és most együtt vagyunk helyzete” alapján a fentiekén túl elsősorban az interjúalanyok kölcsönös egymásra hatását tudták jól feltárni. A kérdőív kérdéseinek és az interjúk vezérfonalainak szempontjai szisztematikus, koherens vizsgálati rendszert alkottak. A kérdőívet és az interjúvázlatokat Győrben teszteltük (a mélyinterjúk vezérfonalát lásd a *Mel-lékletben*).

A kutatás kérdéseit tehát a kérdőív és az interjú vezérfonalai operacionalizálták, az egyes kérdések és szempontok egymástól jól elkülönített tartalmakra utaltak, azonban az alkalmazott vizsgálati soft módszerek jellegéből következően több azonos témakör megjelent más és más kérdés során is. Metodikailag igen fontos kritérium volt az interjúalanyok *gondolatainak és asszociációinak szabad áramlása*, ennek biztosítása. Az interjúk alapvetően a többször is kontrollelemeket tartalmazó vezérfonalakat követve folytak le, de a módszerek sajátosságaiból következően is alapvető volt azoknak rugalmas kezelése, így a vezérfonal valóban csak a tágabb kereteket adta meg. Olyan szakma képviselőivel folytak a beszélgetések, akik a kommunikációt, a beszédet, a szavakat, a gondolatokat kiemelkedő jelentőségűnek tekintik. A szociális problémák rendkívül bonyolult, szerteágazó mivolta, kezelésük multidimenzionális jellege, az interjúalanyok egyes konkrét esetek részleteibe és konkrétságába való „beleragadása”, továbbá az kötetlen volta miatt azonban sokszor elveszhet a lényeg. Ezért igen fontos szempont volt a témához, azaz az interjú vezérfonalához való szigorú moderátori ragaszkodás, ami nem kevés türelmet, ugyanakkor határozottságot is megkívánt. Ennek ellenére a felvett interjúk során sokszor volt tapasztalható nehezen kezelhető és feldolgozható szöveg (Fontana–Frey 2000, Padgett 1998, Vicsek 2006).

Többféle megközelítéssel került sor az interjúk elemzésére, kiértékelésére és az eredmények megállapítására: (1) a jegyzőkönyvek több kutató által többszöri tanulmányozása vertikálisan (egy-egy interjúra), majd horizontálisan (valamennyi interjúra); (2) szövegelemzés, az azonosságok, hasonlóságok, a lényeges különbözőségek és az egyedi sajátosságok, különlegességek megállapítása egy kategóriarendszer alkalmazásával.

Az empirikus adatok elemzése

A diszkusszió az egyes részvizsgálatokból készült elemzéseket és azok eredményeit megjelenítő részanyagokból állt össze, azok szintézise. A megállapítások alapvetően a kutatás mintájára vonatkoztathatók, *általánosabb érvényű következtetéseket csak nagyon óvatosan lehet tenni.*⁸ A továbbiakban a kutatás kérdéseinek megfelelően mutatjuk be az eredményeket.

Mennyiben tekinthető a szociális szolgáltatások minőségi mutatójának, lényegi elemének az együttműködés?

A *kérdőíves felmérés* alapján az együttműködést a válaszolók háromnegyede nagyon lényegesnek, negyede pedig munkájuk lényeges elemének tekintette, és szakmai tevékenységük széles skáláján határozták meg. Az indoklásokból a kutatás szempontjából meghatározó alábbi megállapítások tükröződtek:

- elengedhetetlen a szolgáltatást igénybe vevőkkel a folyamatos együttműködés az önkéntes alapú közös munkához, mert a problémák kezelésében csak így érhető el előrelépés;
- az együttműködés ad lehetőséget a problémák minél sokrétűbb feltárására és a megoldási alternatívák kidolgozására, vagyis az átfogó és komplex segítségnyújtás lehetőségét adja;
- az egyes szakemberek közötti, valamint az egyes társszakmák képviselői közötti ip együttműködésekben a szakemberek közötti információcsere, a tapasztalatok megosztása, a közös gondolkodás a hatékonyabb problémamegoldást, munkavégzést teszi lehetővé;
- az együttműködés eszköze egymás tevékenységének segítése, a kölcsönös visszajelzéseknek, a bizalom kialakításának és fenntartásának, az innovatív megoldások terjesztésének, az erőforrások és a felelősség megosztásának, összességében az ellátás minősége javításának.

A *strukturált interjúk* alanyainak ezzel szemben viszonylag nehéz volt megragadni, értelmezni és kimondani mindennapi munkájuk lényegi elemeit, elemezni azokat a különböző szintű együttműködések vonatkozásában, mert véleményük szerint „kézenfekvő, nyilvánvaló az együttműködés a mindennapi munkában, miért szükséges akkor beszélni róla”, „ha ismerjük egymás rezdülését, akkor miért is kell együttműködnünk?” stb. Ha a kutatás elméleti koncepcióját és a vonatkozó definíciókat összevetjük az interjúalanyok válaszaival, akkor nagyon is van mit beszélni róla, és szükséges a kérdéssel foglalkozni, mert: (1) jelentős értelmezési bizonytalanságok, zavarok voltak a válaszokban; (2) nagyon jellemzők voltak

⁸ A kérdőíves felmérés értékeléséről lásd Puli (2013), a strukturált interjúk feldolgozásáról Budai–Puli (2014), a mélyinterjúk feldolgozásáról Puli (2014) írását, a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk feldolgozásáról Budai (2014) kutatási beszámolóját. Az interjúkról hangfelvételek készültek, szöveges jegyzőkönyveit a kutatás dokumentációja őrzi.

a sztereotip válaszok és a többszörösen deformált szakzsargon (egyéni esetkezelés, segítő beszélgetés stb.) használata; (3) kiderült, hogy a mindennapi együttműködő tevékenység nagyon sokszor inkább a kialakult szokásoknak megfelelő és rutinszerű, kevésbé átgondolt, tervszerű, tudatos és következetes. Az együttműködés maga sokszor leszűkül bizonyos ügyekre, illetve tipikus a szolgáltatásokat igénybe vevők átirányítása más szolgáltatásokhoz, és ezzel az esetnek, a szolgáltatást igénybe vevő személyének a letudása, le-/átpasszolása, ezzel indokolva („igazolva”) a szakemberi és szolgáltatási felelősség alól való felmentést.

A *mélyinterjúk* során újra megerősítést kapott a feltevés, hogy az interjúalanyok szakmai alapkérdésként tekintenek az együttműködésekre, meglétüket nem tartják megkérdőjelezhetőnek. A lényeg a közös célokért végzett, eredménnyel járó közös munka, tehát magasabb szintű tevékenységként tudnak rá gondolni.

„Együttműködés során újfajta nézőpontba helyeződik a dolog, én is látok valamit, de lehet, hogy a másik személy, akinek másfajta tudása van, más készségekkel, képességekkel rendelkezik, teljesen más nézőpontból látja a dolgokat (...) Újfajta gondolkodásmódot viszünk a munkánkba (...) és fontos dolog, hogy minél több erőforrást tudjunk bevonni, minél több (...) szakembert tudjunk megszólítani az ügyben (...) Ne nézzük le egymás tudását.” (3. mélyinterjú)

Fontos jellemzőként szerepelt a befektetés, a kapcsolati tőke, a kompetenciák és határaik megismerése, továbbá az időráfordítás belátása – mindez a szakemberi aktivitást erősíti fel. A sokszor jogszabályok által kikényszerített együttműködésről szóló válaszok csak kisebb része árulkodott tudatosságról, az interjúalanyok harmada-negyede bizonyította a további kontrollkérdések folyamán azt, hogy képes tudatosan is lényegesnek látni az együttműködések módszerekben, eszközökben, fejlesztésben. A bizonytalanságok, a tudattalan motivációk és cselekvések összekapcsolhatók az adott szakember szakmai személyiségével és tudásával.

A *fókuszcsoportos interjúk* során is igen erős hangsúlyt kapott, hogy egyes személyek között együttműködni csak empatikus, toleráns, kölcsönöségi és bizalmi alapon lehet. Ahogy fogalmaztak: a kölcsönös meghallgatáson, elfogadáson, megértésen, bizalmon, a partneri egyenrangúságon, a rugalmasságon, a kompromisszumképesen stb. alapuló kapcsolatban alakulhatnak ki a bajok megoldásához vezető célok, tervek, utak.

„...el kell fogadni, hogy a másik munkája is fontos (...) nyitottnak kell lenni. Merjünk visszakérdezni, személyes és szakmai alapon is.” (Győr, 1. fókuszcsoport).

„...az együttműködésnek az alapja is lehet az, hogy én figyelem, hogy a másik mit csinál, és elvárom azt is, hogy ő az enyémet figyelje.” (Győr, 2. fókuszcsoport)

A hat fókuszcsoport tagjai fontosnak, kézenfekvőnek, természetesnek, sokszor magától érthetőnek és „csak úgy” létezőnek tekintette a különböző együttműködéseket. Az interjúalanyok jól összegyűjtötték az együttműködés legfontosabb jellemzőit és kialakulásának, meglétének legfontosabb feltételeit, ugyanakkor a különböző szinten és módokon megvalósuló együttműködések tekintetében egyik fókuszcsoportos interjú során sem álltak össze igazán ezek az elemek koherens egészé, nem szerveződtek rendszerbe. Alapvetően ad hoc, alkalmi együttműködésekben gondolkodtak az interjúalanyok, amelyek során a figyelem döntően a közös célkitűzésekre, a kölcsönös információadásra, a tapasztalatok megosztására, a tanácsadásra, a multidimenzionalitás és alternativitás felismerésére irányult. Viszont lényegesen kevésbé gondoltak a közös döntésekre, a kreatív szellemi erőfeszítésekre, a folyamatos – jelentős időtényezővel bíró – tevékenységekre, az erőforrások és a felelőségek megosztására, bár látható volt, hogy vannak törekvések az együttműködések kiterjesztésére, minőségivé és teljessé tételére.

Összességében a kutatás bizonyította, hogy a különböző szinteken és formákban igen sokféle tartalommal, módszerrel, eredménnyel és nehézséggel járó különböző együttműködések a szociális szolgáltatásokban folyó tevékenység egyik lényeges kritériumának, minőségi jellemzőjének, építőkövének, továbbá a szociális munka fejlesztése egyik lehetőségének tekinthető. Az együttműködés az interjúalanyok mindennapi tevékenységeinek természetes, ugyanakkor nem tudatos eleme. Elsősorban az ad hoc együttműködések emelték ki, ugyanakkor az egyes jellemzői között nem látnak koherenciát és rendszert. A kutatás egyik fontos új tudása, hogy az interjúalanyok együttműködés témakörében használt és kifejezett kategóriái egyértelmű azonosságot mutatnak a szociális munka értékeivel, meghatározó jegyeivel, így a szociális munka lényegében az együttműködéssel leírható. Következésképp *az együttműködés elfogadható mutatója lehet a szociális szolgáltatásoknak, és az azokban folyó szociális munka minőségének.*

Mely kérdésekben, ügyekben, tevékenységekben, van/lehet szó valós együttműködésről a szociális szolgáltatásokat igénybe vevők és a szakemberek között?

A *kérdőíves felmérés* során igen sokféle értelmezést kapott maga a „tevékenység” kifejezés, és nehéz volt megtalálni magát az együttműködő tevékenységet. Az értelmezések skálája a szolgáltatások és munkaformák megjelölésétől az azokban konkrétan elvégzett tevékenységekig (családsegítés, életvezetési problémák megoldása) terjedt. Egy-egy esetben gyakoriságként (heti telefonos kapcsolattartás) és kapcsolati relációként fogalmazódott meg (gondozónők-családgondozók). Elsősorban a különböző szolgáltatásokat (étkeztetés, házi segítségnyújtás, idősök nappali ellá-

tása, családsegítés stb.) és a szociális munka szakszerűségével kifejezett tartalmakat (problémadefiníciók, célmeghatározások, szükségletfelmérés, gondozási dokumentáció elkészítése, családlátogatás, szabadidő-foglalkozás, munkahelykeresés, szenvedélybetegek gondozása, érdekképviselő, prevenció programok, problémamegoldás, konfliktuskezelés stb.) jelölték meg.

A *strukturált interjúkban* a szolgáltatást igénybe vevőkkel való együttműködést alapvető, nélkülözhetetlen lényeges jellemzőnek tekintették, kiemelten a hatékony szolgáltatás és munka elemének. A kérdés itt persze nemcsak egyes konkrétumokra vonatkozott, hanem arra is, hogy a közös tevékenységek egyik-másik eleme – tervezés, megbeszélés, gondolkodás, célmegfogalmazás, cselekvés stb. – milyen hangsúlyt kap a gyakorlatban. Az együttműködés lényegében a szociális munka részfolyamataiként fogalmazódott meg, főként a közös cél és tevékenység tekintetében, de kevésbé a közös gondolkodás, a közös tervezés, az együttműködés folyamatként. Igen csekély az igénybe vevők véleményével való kalkulálás, a közös döntés és a közös érdeken alapuló tudatosság.

A *mélyinterjúk* eredménye, hogy a szolgáltatásokat igénybe vevőkkel folytatott együttműködések nem tudatosak, hanem belesimulnak a napi feladatokba és rutinba. A szolgáltatást igénybe vevőkkel való együttműködés a napi gyakorlatban természetesen a közös munkán alapul, de ennek tudatos szakmai beazonosítása (közös cél kitűzése, közös gondolkodás, közös tervezés, közös döntések, közös cselekvések, stb.), az interjúalanyok körében nem történik meg. Az együttműködés folyamata és fontos elemei valahol ott vannak a mindennapokban, de létük jobbra latens. Ugyanakkor szakemberi felelősségvállalásuk egyértelműen pozitív képet mutatott.

„Nem az a gond, hogy piszkos volt a ruhája, hanem az, amiért piszkos volt (...) Nem az a gond, hogy valakinek nincs fürdőszobája, hanem hogy nem tanult meg lavórban mosakodni (...) Nem célom, hogy fürdőszobát építsek, hanem hogy megtanuljon a fürdőszoba nélkül tisztán járni.” (3. mélyinterjú)

A *fókuszcsoporthoz tartozó interjúkban* az igen széles skálán megnevezett együttműködések többnyire apró ügyekre, egyszeri, pillanatnyi helyzetekre koncentráltak. Kevésbé a szolgáltatást igénybe vevők szociális problémáinak és kielégítetlen szükségleteinek megértésére – megértetésére, a bajok okainak azonosítására, véleményük kikérésére. Vannak törekvések a szolgáltatást igénybe vevőknek a segítő folyamatokba történő bevonására, a velük közösen végzett folyamatos problémakezelésre, a célkitűzések velük együtt történő meghatározására, de ritkább az utalás véleményük kikérésére, továbbá a közösen végig vitt problémakezelésre és tartós probléma megoldásra.

„Közösen kell kitalálni (...) felállítani a célt. (...) én és a gondozottak között, közösen felállítunk célt, hogy ezt szeretnénk elérni, (...) tehát hogy

akkor ezt megcsináljuk, eltervezzük, (...) ezt fenn is kell tartani.” (Celldőmök, fókuszcsoport)

Összességében kutatási eredményként megállapítható, hogy a szolgáltatások igénybe vevői és a szociális szakemberek közötti együttműködések az interjúalanyok szerint a hatékony munka fokmérői, ám a napi rutin során nincs erő az igénybe vevők teljesebb megértésére, véleményükkel való kalkulálásra, az együttműködési folyamat tudatos végig viteléhez.

Mely kérdésekben, ügyekben, tevékenységekben, van/lehet szó valós együttműködésről az egy szolgáltatásban dolgozó szakemberek között?

A *strukturált interjúkban* igen nagy gyakorisággal jelentek meg a formaként és módszerként egyaránt működő esetmegbeszélések, esetkonferenciák. Nagyon széles skálán szóródtak a változatos és változékony együttműködések, a rendszeresség csak részben volt hangsúlyos tényező. Fontosak az informális és formális kollegiális együttműködések, de nem derült fény arra, hogy melyik generálja a másikat, és valójában milyen tartalmúak azok. Megállapítható, hogy a közös tervezéshez képest elvész a közös gondolkodás, döntés és cselekvés, nem áll össze folyamatjellegű és rendszerszerű tevékenységgé az együttműködés.

A *mélyinterjúk* válaszai megmutatták, hogy a szakemberek közötti együttműködések sem tudatosak, tartalmuk alapvetően egyediek, a napi gyakorlatban a problémák megoldásához kapcsolódnak: konfliktuskezelés, adósságkezelés, közös programszervezés, lebonyolítás, adománygyűjtés, -osztás stb.

A *fókuszcsoportos interjúk* során kiderült, hogy a szakemberek többnyire toleránsak, elfogadóak és bizalommal vannak egymással, számítanak egymás segítségére, megosztják egymás között információikat, tapasztalataikat. Ugyanakkor elsősorban csak egy-egy adott eseményhez, alkalomhoz kötött akcióra, beavatkozásra szorítkoznak, mintsem a tervszerű, tudatos, hosszabb idejű, folyamatos, munkamegosztáson és forrásmegosztáson alapuló együttműködésekre.

Összességében új tudásként kimondható, hogy a szociális szakemberek közötti, főleg alkalmi jellegű együttműködések széles skálájúak, szervezetszerűen döntően az esetmegbeszéléseken realizálódnak, és nagyon kevés az egymás közötti rendszerszerű és folyamatos együttműködés. A szakemberek egymásnak adott pozitív gesztusai inkább a szakmai személyiség tudattalan karbantartásaként értelmezhető ventillációk, semmint tudatos kooperációk.

Mely kérdésekben, ügyekben, tevékenységekben, van/lehet szó valós együttműködésről a különböző szakmákat képviselő szakemberek között?

Az *ip együttműködés* értelmezésének általánosan jellemző felületes szintjét lehetett megtalálni a kérdőívekre és a strukturált interjúkra adott válaszokban is: a nehezen kitaposott utak bemutatása és ismételtése volt a domináns, nem voltak

láthatók a tevékenységek közötti kapcsolatok, vagyis a szolgáltatásokat igénybe vevők és szakemberek közötti együttműködés szintjén már említett minőség volt a jellemző. Nem merült fel a csoportokkal vagy a közösségekkel végzett szociális munka.

A *mélyinterjúk* során az ip együttműködések skálája viszonylag tipikus volt, és elmondható, hogy a közös családlátogatások, az információáramlás és a projektek adta kötelező egyeztetések, értekezletek során van elsősorban együttműködés, közös cselekvés. Többször értékítéleteket is kapcsoltak a különböző szakmák képviselőivel folytatott együttműködésekhez. Az egészségügyi szakma kompetenciátévesztéseit, hierarchikusságát, elutasító attitűdjét, megismerhetetlenségét határozottan említették, míg az oktatásügy képviselőinek szinte csak a jelzési kötelezettségekre korlátozódó, tájékozatlan, lezáró, elutasító vagy éppen omnipotens mivoltát jelölték többen. A hangsúly itt ismét a különböző megbeszéléseken volt, de benne volt ebben az elfogadni, tisztelni másokat, az elmenni ezekre, a pozitívan megerősíteni egymást, a partnerséget kiváltani, a kölcsönösséget éreztetni, a kompetenciahatárokat megtisztelően tisztázni attitűdje is. Határozottan megfogalmazódott: ne várjuk el más szakmák képviselőitől, hogy ugyanúgy gondolkodjanak egy problémáról, mint a szociális szakemberek. Értesük meg saját szakmai gondolkodásunkat, hozzáállásunkat, lehetőségeinket és korlátainkat az egészségügy, az oktatásügy vagy éppen az igazságszolgáltatás, közigazgatás területén dolgozó szakemberekkel.

A *fókuszcsoporthoz tartozó interjúkban* az ip együttműködést szinte kizárólag adott esetek, esetmunkák vagy azok elemeiként, egyszeri alkalmaként értelmezték az interjúalanyok. Itt is sokszor csak az együttműködés egyik-másik eleme jelent meg. Ott gyakoribb és erősebb az ip együttműködés, ahol jogszabály ad keretet vagy kikényszeríti azt (gyermekvédelem). Az ip együttműködések fő jellemzője az információk átadása (vagy a szolgáltatást igénybe vevők átadása, sokszor a túlterhelésből következően az adott esetek letudása), a szolgáltatások közötti kapcsolattartás, a közvetítés.

„...magunknak kell képviselni magunkat (...), hogy érezzék (mások), hogy a mi tevékenységünk ugyanolyan fontos, mint az övéké (...) Fel kell vállalnom, hogy (...) amit képviselek, az ugyanolyan fontos, mint az övé, és nem tűrni egy percig sem, hogy alárendeltté tegye az ő munkakörének, hatáskörének...” (Tatabánya, fókuszcsoport)

Összességében a kutatás folyamán szerzett új felismerés és tapasztalat, hogy az interjúalanyok válaszaiban az ip együttműködés általában jellemző felületen szintjét (alapvetően információcsere, kapcsolattartás vagy esetek, szolgáltatások igénybe vevőinek le/átadása) lehetett érzékelni, csak a folyamat egyik-másik eleme jelent meg, ami így még nem felel meg a kutatás vonatkoztatási alapjául szolgáló ip együttműködés kritériumainak. Az interjúalanyok eljutnak az ip együttműködés fontosságának felismeréséig, belátásáig, továbbá ismerik az együttműködés

létfeltételeit, de ma még hiányzik a belső (szakmai) indíttatás az efféle tevékenységhez, így eseti eredmények eléréséig jutnak el, még nem érzékelik igazán az együttműködés erejét sem. Fejlesztése tekintetében ugyanakkor megvannak az egyes szakemberekben azok a belső potenciák (elfogadni, tisztelni, megerősíteni egymást, partnerséget kialakítani stb.), amelyek kiaknázása a jövő egyik feladata lehet.

Mely kérdésekben, ügyekben, tevékenységekben, van/lehet szó valós együttműködésről a különböző szolgáltatások között?

A *kérdőíves felmérés* válaszaiból markáns következtetéseket levonni nem lehetett, három tevékenység a legtipikusabb: információcsere, esetmegbeszélés, esetátadás. Itt inkább a kapcsolattartási kör szélessége látható: mind az egészségügyi, mind pedig a szociális együttműködési spektrum kellően tág.

A *strukturált interjúkban* az együttműködés szervezeti szintje ismétli a három másik korábbi vizsgálati szint eredményeit, vagyis az értelmezési kérdéseket, a szórt válaszokat, a tudatosság bizonytalanságait, az alkalmosságokat. Az egyes szolgáltatások között gyakoribbak, erősebbek az informális együttműködések, holott itt éppen a szervezeti keretek adta formalitásnak lehetett volna megjelennie, ezek tartalma és az együttműködés valódi ereje azonban itt is kérdéses marad.

A *mélyinterjúk* során kapott válaszok szegényesek voltak, az együttműködőket a szolgáltatások funkcionális hasonlósága és a térbeli közelség életszerűen kapcsolta össze egymással. Az együttműködések többsége különböző programokban realizálódik, ezek típusai miatt történt a megkülönböztetés. Láthatóvá vált továbbá, hogy ezek a programok alapvetően a résztvevők passzivitását indukálják, és nem a közös tevékenységbe ágyazottak, így aligha nevezhetőek igazán minőségi együttműködéseknek.

A *fókuszcsoportokban* az interjúalanyok érzékelik és tudják a szolgáltatások közötti együttműködések szükségességét, és vannak kezdeményezések más szolgáltatás szempontjainak figyelemmel kísérésére adott konkrét esetekben és általában a szakmai munka egészében egyaránt, de ezek jelenleg még csak igen ritkák. Kimagasló eredményekről, sikerekről csak elvétve lehet beszélni.

„...egyfajta nyitottság is kell olyan tekintetben, hogy ők lássák, hogy mi mit csinálunk, és mi is beletekinthessünk más intézmények munkáiba...”
(Győr, 1. fókuszcsoport)

Nagyon fontos tapasztalata a fókuszcsoportokban megfogalmazottaknak, hogy nem került szóba több, a szolgáltatások együttműködésében rejlő lehetőség, mint a szakmai és mikrotársadalmi közvélemény formálásának szándéka, a feltételek alakítása és a humán erőforrások közös használata vagy együttműködésekkel létrehozandó közös szolgáltatások víziója, terve. Nem jelent meg a gondolatokban

az utóbbi időszakban a szakma közéletében egyre erőteljesebben hangsúlyozott közösségi munka és közösségfejlesztés sem, pedig utóbbiak nem nélkülözhetik a szakmák képviselői és a szolgáltatások közötti együttműködések.

Összességben kimondható, hogy az egyes szolgáltatások között gyakoribbak, erősebbek az informális együttműködések, holott itt éppen a szervezeti keretek adta formalitásnak lehetett volna nagyobb hangsúlya. Nem került szóba több, a szolgáltatások együttműködésében rejlő lehetőség, például a közösségi munka, a közösségfejlesztés, így itt is az állapítható meg, hogy a szolgáltatások közötti együttműködés is a szociális munka fejlesztésének egyik eddig kiaknázatlan lehetősége és potenciája lehet.

Milyen módokon és milyen eszközök alkalmazásával történnek a különböző együttműködések?

A *kérdőíves felmérés* válaszaiban a konzultáció és kölcsönös látogatás – mint módszer – vezető szerepe pozitív eredmény lehet, hiszen közös tevékenységeket és aktivitást mutat. Az együttműködések ugyanakkor nem jeleztek igazán kölcsönösséget, a szakma „külső” szabályainak való megfelelési működésmódot sugallják inkább, semmint belső szakmai, szakemberi igényességet, mégis az esetátadások, megbeszélések, tanácsadások során kiteljesedő együttműködések is jó eszközei a szolgáltatást igénybe vevőkkel/vevőkért végzett munkának. A team, a csoport, a workshop vagy a vita nagyobb interaktivitási kapacitását nem használják ki a megkérdezettek, a kutatás és a gyakorlat összekapcsolásáról pedig alapvetően nem gondolkodtak.

„Ha olyan problémával találkozunk, ami komplexebb, egy ember számára nehezen megoldhatóan vagy megoldhatatlannak tűnő, [akkor] team elé visszük. Egyértelmű, hogy a team tudása magasabb szintű, mint egyes emberek tudásának a külön-külön összeadása.” (2. mélyinterjú)

A leghatékonyabbnak tartott együttműködési forma és módszer közül három emelkedett ki: az *esetkonferencia/esetkonzultáció/szakmaközi konferencia*, a szakmai *megbeszélés* és a *szaktudás és tapasztalatok megosztása*. Jóval alacsonyabb számú jelölést kapott a közös döntés és cselekvés, a teammunka, a kölcsönös látogatás és az esetátadás. Az együttműködés legfontosabb elemei nem voltak ismerősek a válaszadók túlnyomó része számára, leginkább a mai gyakorlatban szokásos esetkonzultációkat, a régóta működő megbeszéléseket és a napi rutinmunka megkönnyítésére gyorsan használható egyszerű fogásokat, eszközöket és a tapasztalat megosztást alkalmazzák – saját, tudatosan felépített együttműködési modell nélkül, tehát a készlet eléggé szűk, és nagy valószínűséggel nem igazán tudatos alapon nyugszik.

A *strukturált interjúk* kérdéseire adott válaszok döntő többségében itt is kérdéses volt a módszer értelmezése, összeolvad az esetmunka és a segítő beszélgetés,

leckersezerűen jelent meg a csoportokkal és a közösségekkel folytatott munkaforma. Bár felsejlik az igénybe vevők bevonása a segítő folyamatokba, de az nem tudatos „közös tanulási folyamatként” értékelhető. A közös tervezéshez képest elvész a közös gondolkodás, döntés és cselekvés, nem áll össze egységes, folyamatszerű tevékenységgé az együttműködés.

A *mélyinterjúkból* kiderült, hogy a szolgáltatást igénybe vevőkkel folytatott együttműködésnek tradicionális, általános, biztonságot adó módszere az egyénnel folyó segítő tevékenység (vö.: „egyéni esetmunka” általánosan elterjedt, ám többszörösen szakszerűtlen kifejezése), amely ritkán lép tovább a szociális munka más formái, tudást többszöröző módszerei felé. Nem rajzolódik ki jól strukturált folyamat ezekben a közös tevékenységekben, valamint érzékelhető az egyoldalúan szigorodó, kontrolláló szociális munka szellemisége. A munkatársi és az ip együttműködés módszerei között szerepelt az esetgazda és a kollégák tudásának, ismereteinek, tapasztalatainak megosztása, a kölcsönös jelzőtevékenység. Megállapítható továbbá, hogy sem a szakemberek körében erősödő fluktuáció, sem a szakemberek közötti térbeli távolság nem segíti a hatékony, eredményeket jobban elérő módszerek kialakítását, használatát, a fluktuáció és az együttműködések folytonos újraírására, a távolság pedig az azonos térben dolgozók beszűkülésére hívja fel figyelmet. Az együttműködési szerződések/megállapodások jó keretnek bizonyulnak, minden bizonnyal konkrétabbá teszik a kooperációkat, de még egyáltalán nem általánosak.

Az együttműködésekben részt vevő szakemberek a fókuszcsoportokban zajló beszélgetések alapján számítanak egymás segítségére, megosztják egymás között információikat, tapasztalataikat. Többnyire toleránsak, elfogadóak és bizalommal vannak egymás iránt.

Összességében a lényegében kontrollként is szereplő kérdésre a különböző együttműködések módszereivel kapcsolatos válaszok igen széles skálán fogalmazódtak meg az esetmunkától a konzultációkig, a megbeszélésekig, a tanácsadásokig és a konferenciákig. Mindezek megerősítették a korábbi kérdésekben már megfogalmazottakat. Az együttműködések leszűkülnek a páros kapcsolatokra, fő módszerük az információk kölcsönös átadása egymásnak a különböző szervezetszerű összejöveteleken, a közös látogatások, a szolgáltatások közötti kapcsolattartás, a szolgáltatások igénybe vevőinek közvetítése. Igen ritka az alapos tervezőmunka, nincs a szakemberek között munka- és forrásmegosztás. A túlterhelt szakemberek munkájában elvész a közös gondolkodás, döntés és cselekvés, nem áll össze egységes, folyamatszerű tevékenységgé az együttműködés. Az evidence-based metodikai kultúra kialakítása és fejlesztése e területen igen fontos szakmai kihívás lehet elméleti, gyakorló szakemberek, oktatók és kutatók számára egyaránt.

Melyek a különböző jellegű, szintű együttműködések motivációi, feltételei, sikerei és melyek a humánerőforrás fejlesztésére vonatkozó pozitív hatások, nehézségek, problémák, dilemmák?

A sokdimenziójú kérdéskört illetően a *kérdőíves felmérések* során kapott válaszok nagyon szórtaak, sokfélék, gyakoriságukban kisszámúak és pontatlanok voltak. Ismételten megállapítható, hogy a szakemberek gondolkodásában hullámzóan és inkább „irányított” kérdések után keletkeztek a közös tevékenységekre reflektáló, pontosabb válaszok (közös megbeszélés, gondolkodás, cselekvés).

A *strukturált interjúk* az eredményes együttműködésekre kérdeztek rá előszörban. A válaszokban a rendszeresség mögött a feladatok napi vagy heti megbeszélése áll, amelyek azonban félig tudatosak – bármennyire is fontos részei a munkának, csak rövidtávon segítenek, és valójában így sokszor egyedül maradnak az egyes szakemberek. A szolgáltatásokat igénybe vevők szükségleteinek kielégítése és a problémák megoldása mellett az empowerment pozitív üzenet volt, de nem bizonyítható, hogy ezek valóban az együttműködések eredményei lennének. Az egyes szakmák képviselőivel való ip együttműködés inkább vágyként jelenik meg, aminek fejlesztéséért elindultak küzdelmek. Komoly nehézség, hogy az interjúalanyok szerint másokban (igénybe vevőkben, kollégákban, más szakmák képviselőiben stb.) nincs készség a kezdeményezés fogadására, egyértelműen kiderült, hogy a szociális szakemberek mindennapi munkájukban inkább „*magányos harcosok*”.

A szolgáltatást igénybevevőkkel folytatott együttműködések a *mélyinterjúk* válaszai alapján döntően kétszereplősek, amely a modern szociális munka kritériumai, értékei szerint több mint aggályos. A kollégákkal, más szakmák képviselőivel, más szolgáltatásokkal való kooperáció többszereplős, a problémák megoldásának komplexitása ezt megköveteli. Minden együttműködésnek van valamilyen humánerőforrást fejlesztő hatása, a pozitív együttműködési tapasztalatot a subjektív és objektív tényezők együttesen hozták, minden szinten. Az együttműködések motivációit, sikereit az együttműködés pozitív megélése, a kellő tudatosság, a nyereség víziója, a személyesség, a nyíltság, a dolgok kimondása, az elfogadás stb. jelentik. A pozitív személyiség, az ismerősség és a folyamatok örömteli megtapasztalása eredményesebbé teszik a szakmai kooperációkat. Segítő hatású, ha megfoghatóvá válik egy-egy eredmény, ha van proaktivitás, ha jó az infrastruktúra, ha lehetőség van projekteken dolgozni, ha tisztázódnak a kompetenciák. A tudatosság szükségességét belátják az interjúalanyok, de nem nagyon képesek az alapján együttműködni. A nehézségek, dilemmák, problémák *legjellemzőbb oka*, hogy hiányzik a feltételek sokasága az együttműködések mellől, csak a jogszabályok motiválnak kötelező erővel, így ezek sokszor válnak kontraproduktívvá. További nehézség a szolgáltatások beszűkült működésmódja, a róluk kialakított negatív kép, az intézményrendszer átalakításának konfliktusai. Kevés válasz volt a közös megbirkózási lehetőség tekintetében: a szakadatlan kezdeményezés és

a minél több közös megbeszélés – amelyeket vélhetően elsősorban a szociális szakma képviselői inspirálnak.

A *fókuszcsoportokban* az interjúalanyok eljutottak a különböző együttműködések fontosságának felismeréséig, belátásáig, továbbá ismerik az együttműködés létfeltételeit, de ma még nagyon gyenge a belső indíttatás. Az együttműködéseket elősegítő tényezőkként alapvetően a szociális munka értékeit nevezték meg, így például az őszinte-nyílt kommunikáción alapuló személyességet, egymás és a szolgáltatásokat igénybe vevők alapos ismeretét, minden relációban a kölcsönös bizalmat, elfogadottságot. Az interjúalanyok nem beszéltek az együttműködések sikerességének mérhetőségéről, a szakemberek fejlődésére vonatkozó pozitív hatásairól. Az akadályok és nehezítő tényezők kontextusában az állandó időzavarral küzdő és jelentősen túlterhelt szakemberekben sok a panasz, keserűség, másfelől sok a tehetetlenség és a félelem, igen sokszor szélmalomharcnak tűnik a munkájuk. Az alacsony szintű felkészültség és együttműködési kultúra, az egyes szakmákon belüli kemény hierarchiák és az egyes szakmák közötti hierarchiák különbözősége, a sokszor ellentmondásos és permanensen változó jogszabályi háttér sem ad motiváltságot és biztonságot az együttműködni szándékozók számára.

Összefoglalva a kutatás e vonatkozásban is több új tudást eredményezett. A motivációk az együttműködés felismerésében, az ip munka vágyában, a tevékenység érzelmi és tudatos elemeinek összekapcsolódásában rejlenek, amelyek bizonyos értelemben felülírhatják a rendkívül mostoha feltételrendszert és az igen gyakori eredménytelenséget. Ugyanakkor alapvetően nehezíti a különböző együttműködések kialakulását és fejlődését, hogy a különböző kommunikációs formák, a szervezetszerű összejövetelek és az egyre jobban beszűkült szolgáltatások sem tudnak kellően hatásos segítséget nyújtani a túlterhelt, kiszolgáltatott és sokszor félelemmel működő szakembereknek, így egy részük magányos harcos marad, másik részük pedig elfásultan, mechanikusan, rutin jelleggel, kevés hatásossággal végzi munkáját. E nehézségek miatt az együttműködéseknek nincs különösebben pozitív hatása a humán erőforrás fejlesztésére vonatkozóan sem.

Milyen összefüggések vannak az együttműködéstről szóló elméleti szempontok, kritériumok, a szakemberi vélekedések és a mindennapi szakmai gyakorlat között?

A *strukturált interjúk* során e kérdésre igazán értékelhető és érdemi válaszok nem érkeztek. A *mélyinterjúk* során kapott válaszokban kellő indokoltsággal négyféle relációban lehetett a legfontosabb összefüggéseket és új tudásokat megragadni.

1. *Az elmélet és gyakorlat szétszakadását* értelmező interjúalanyok ennek okait alapvetően a tudatosság hiányában, a személyfüggőségben, az esetlegességben és a tanultak nem hatékony alkalmazásában találta meg.

„Az elméleti (szakirodalomban megjelenő) szempontok és a valóság nagyon távol van egymástól. A képzésekben megtanult külföldi minták (pl. problémamegoldó modell) nem biztos, hogy itthoni körülmények között használhatók, és így nem járulnak hozzá az együttműködéshez.” (1. mélyinterjú)

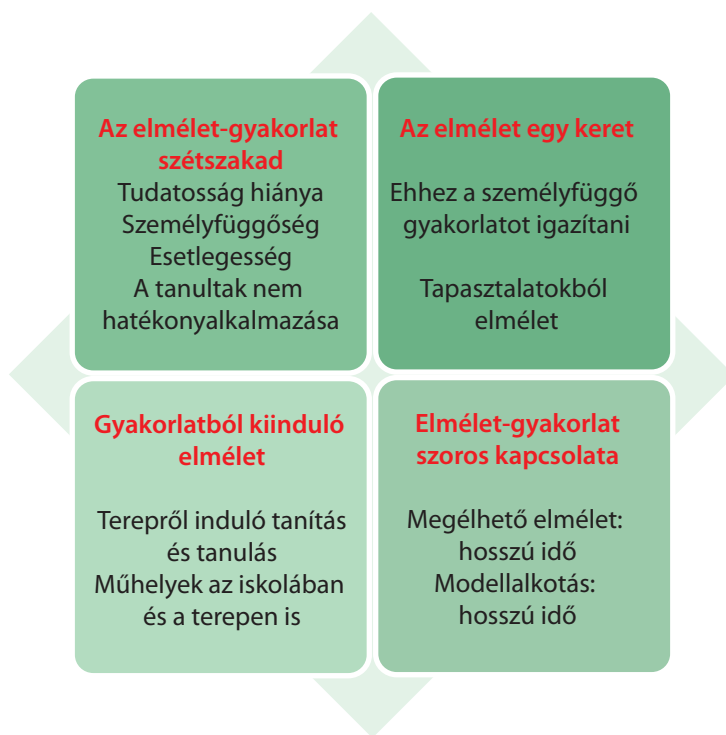
2. *Az elméleteket keretként értelmezők szerint az elméleti keretekhez kell a gyakorlat egyediségeit igazítani, hiszen utóbbi alapvetően az abban tevékenykedő szakembertől, szakmai személyiségétől, identitásától, tudásától, kompetenciáitól és attitűdjeitől függ. Ugyanakkor a tapasztalatokból, a kipróbált gyakorlatokból és azok egyfajta rendszerezéséből később felépítendő elmélet itt-ott felsejlik a szakemberek mindennapi cselekedeteiben és gondolkodásában, azaz voltaképpen egy oda-vissza kölcsönhatásról lehet így beszélni.*

„...áthúztam a tanultakat, és semmit nem úgy csináltam. De amikor végignéztam az esetbemutatást, akkor azt láttam, hogy dehogynem, minden úgy van, ahogy megtanultam, és alkalmaztam mindent, amit tudok. És ezt jó érzés volt látni...” (3. mélyinterjú)

3. *A gyakorlatból kiinduló elmélet képviselői úgy gondolják, hogy a gyakorlatban dolgozóknak és a szolgáltatásoknak meg kell adni a lehetőséget arra, hogy egy-egy szakemberük tanítson is a képzésekben. és közben maguk is tanuljanak, és alakítsák is azt egyúttal. Kellenek a műhelyek, ahol a terep és a képzés találkozik egymással, és kellenek olyan műhelyek, amelyek a gyakorlatot feldolgozzák, és a rendszerezett tudást idővel bizonyíték alapú tudássá alakítsák.*
4. *Az elmélet-gyakorlat szoros kölcsönhatásának képviselői szerint hosszú idő szükséges a gyakorlatban dolgozóknak ahhoz, hogy az elméleteket a gyakorlatban feldolgozzák, alkalmazzák, megélik, és viszont: a gyakorlatból szerzett tapasztalatokból újabb elméleteket és modelleket alkossanak, lássák a praxis és a teóriák összhangját, kölcsönhatását (2. ábra).*

Beszélni e kérdésről ugyan sokat tudtak és látszólag jól is a fókuszcsoportok résztvevői, ám a szövegelemzés során láthatóvá vált, hogy jelentős távolság van a kutatás elméleti kereteiben megfogalmazott gondolatok, összefüggések és a fókuszcsoportokban elhangzott interjúalanyi megnyilatkozások, gondolatok és közvetetten az együttműködés mindennapi gyakorlata között. Az együttműködés és az ip fogalmával kapcsolatos gondolatok általában lényegesen ideálisabb képet mutattak, mint az együttműködések valóságával, gyakorlati tartalmával, hatásaival, erejével kapcsolatos megnyilvánulások, egyfajta dichotómia van az interjúalanyok kommunikációja és cselekedetei között.

2. **ábra:** Velekedések az együttműködéstről az elmélet-gyakorlat viszonyrendszerében



Forrás: a szerzők saját szerkesztése

Mik az együttműködések minőségi mutatói, az evidencia alapú terjeszthető példái és modelljei?

A *kérdőíves felmérésben* a „jó gyakorlatokról” adott válaszok szegényességének valószínűsíthető oka, hogy az interjúalanyok nem gondolkodnak a gyakorlati eredményeinek, példáinak terjesztésében, a napi gyakorlatban „csak” csinálják az együttműködések, de ez a tevékenység nem meggyőzően tudatos, így nem nagyon tud viszonyítási alap lenni. A válaszok szerint a „jó gyakorlat” minőségéhez alapvetően szükséges a hatékony, gyors, rugalmas, folyamatos, bizalomra épülő és motiváló együttműködés, amelynek feltétele a fejlett problémamegoldó képesség, eredménye pedig az elégedett szolgáltatást igénybe vevő. A kapott válaszok szórt-sága azonban nagy óvatosságra intő.

A *mélyinterjúkban* a vágyak szintjén létező minőségi jellemzők nagyon sok kategóriában és szórtan hangzottak el, kisebb részükben evidenciák (kölcsonös, egyenrangú, egymástól tanuló, aktív tevékenység) hangsúlyozódtak. Az együttműködés sok fontos minőségi mutatója került elő, azonban ezek sem álltak össze egy rendszerbe és folyamatba. Ilyenek a következők: pozitív nyereséggel járó, nyílt, őszinte kommunikáció, idővel jól gazdálkodó, egyéni terhelésekkel kalkuláló,

egyensúlyozó, felelősökkel rendelkező, közös tervezéssel, célokkal, feladatokkal működő, tudatos, reflektált folyamat, amely motiváló, mert a kompetenciahatárok ismeretén és tiszteletén alapul, tapasztalatokat és erőforrásokat oszt meg, innovatív megoldásokat eredményez, rendszeres, következetesen monitorozott és a térbeni koordinációra is figyel.

A *fókuszcsoportokban* bemutatott együttműködésekkel összefüggő példák alapvetően tapasztalat alapúak voltak, és nem tekinthetők rendszerezetteknek és főleg nem bizonyíték alapúaknak. Nem derült ki egyértelműen, hogy mik az együttműködések fejlesztésére vonatkozó személyes és szervezeti (intézményi, vezetői) terveik és milyen hatásuk van azoknak (Johnsson–Svensson 2005).

Összességében az együttműködés minőségi mutatói az interjúalanyok gondolataiban külön-külön ott vannak, ám nem rendszereződnek, nem állnak össze egésszé. A minta egészét tekintve nem lehet beszélni a különböző együttműködések evidencia alapú terjeszhető modelljeiről.

Mi a szerepe az együttműködés tekintetében a várostérségben Győr város szociális szolgáltatásainak?

A kérdőíves felmérés és a strukturált interjú során e kérdést nem, a mélyinterjúkban is csak részben vizsgáltuk, a válaszok a távolsággal és a településmérettel (pró és kontra is) kapcsolódtak össze.

„Túl nagy a távolság ahhoz, és teljesen más problémák vannak Győrben, mint a kistélepeleéseken (...) más módszereket kell alkalmazni (...) Valószínűsítem, hogy nem jutna eszembe, hogy őket hívjam fel, és kérjek tőlük segítséget, mert nem ismerem őket.” (3. mélyinterjú)

Győr szociális tudásközpont hatását még a nem olyan távoli Mosonmagyaróváron sem érzékelték az interjúalanyok. A településtípus és a lakónépesség különbözősége a problémák és megoldási módjaik eltérését hozza, a kistélepeleések és a nagyvárosok szükségletei, ellátórendszereikből fakadóan is más működésmódokat indukálnak. Az elemzések alapján megállapítható, hogy sem az együttműködés értelmezése, sem annak mindennapi gyakorlata, sem eredményessége, sem hatása tekintetében nem látható igazán lényeges különbség a győri fókuszcsoportos interjúk során elhangzott megnyilvánulások, gondolatok, viszonyulások és az egész mintára vonatkozó között, amelyet a különböző fókuszcsoportokban elhangzott megnyilvánulások is jól bizonyítanak. Következésképp nem lehet különleges, kiemelt szerepet tulajdonítani együttműködés tekintetében Győr város szociális szolgáltatásainak.

Összefoglalva: ha a kompetenciát olyan képességnek tekintjük, amely a már megszerzett tapasztalatokra, tudásra és készségekre alapozva különböző új helyzetekben az adott szakember jobb működésének és teljesítményének elérését ered-

ményezi, akkor megállapítható, hogy nem lehet egyértelműen az együttműködési kompetencia megléteről beszélni a szociális szolgáltatásokban dolgozók körében.

Végső eredmények

A feltételezések értékelése

A kutatás kérdéseire adott válaszok alapján megállapítható, hogy a definiált feltételezések megfogalmazása fontos és helytálló volt, és a kutatás végére általában megerősítést nyertek. Az alábbiak szerint értékelhetők.

1. *Ma még nem általános szakmai gyakorlat, még nem kielélt és nem evidencia alapú a szolgáltatásokat igénybe vevők és a szociális szakemberek, a különböző szociális szakemberek, továbbá az egyes intézmények, szervezetek közötti együttműködés.*

Kimondható, hogy a vizsgált együttműködési szintek mindegyikén vannak példák jó együttműködésekre. Ám a fogalom komplex értelmezése alapján látható, hogy ezek összes pozitív eredményei és jótékony szakmai hatásai ellenére még nem kellően tudatosan, tervszerűen és koherens folyamatokban jelennek meg, tehát nem lehet evidencia alapú együttműködésekéről beszélni. Az együttműködés az általános szakmai gyakorlat része, van igény a fejlesztésére, de egyelőre ezek a lépések még gyermekcipőben járnak. Megállapítható, hogy a különböző interjúk és a kérdőíves felmérés alapján ez a feltételezés lényegében elfogadható a mintára vonatkozóan.

2. *Az együttműködésekre vonatkozó szellemiségekkel, tanításokkal, továbbá szakemberi vélekedésekkel szemben egészen más képet mutat a mindennapi szakmai gyakorlat.*

A kutatás elméleti alapvetésében megfogalmazott szellemiséghez, fogalmi rendszerhez képest az interjúk során az együttműködés mindennapi gyakorlata, valósága a szakmai közbeszéd és önkép között jelentős divergencia és ellentmondás mutatkozik. Így ez a feltételezés igazolva látszik a mintára vonatkozóan.

Fenti két megállapítás után kimondható, hogy az interjúalanyok többsége mást és másként kommunikált az együttműködésről és másként cselekszik a mindennapi gyakorlatban, azaz jelentős dichotómia van a kettő között.

3. *A modern ipari tevékenységekben megnyilvánuló együttműködésekhez képest lényegesen gyengébbek és hatástalanabbak a szociális szolgáltatásokban megvalósuló együttműködések, és ma még nem tudnak jelentős pozitív hatást gyakorolni a humánerőforrás fejlesztésére.*

A korszerű, jelentős tudományos megalapozottságú és hatékony ipari termelést elősegítő menedzsment igen szigorú követelményként definiálja és érvényesíti a termelői szféra különböző ágensei és az egyes szakemberek közötti

együttműködéseket. A kutatás tapasztalatai alapján megállapítható, hogy a szociális szolgáltatásokban megvalósuló minőségi együttműködéseknek kevésbé van pozitív hatása a humán erőforrás fejlesztésére. Az viszont nem derült ki, hogy ezek milyen minőségűek az ipari tevékenységekben megnyilvánuló együttműködésekhez képest. Az ipari és a humán szféra (így a szociális szolgáltatások) közötti szakadék miatt nem lehetett az előző pozitív hatását megállapítani a kutatás során. Ez a feltételezés inkább igazolódni látszik a vizsgálati minta tekintetében.

4. *Az együttműködés témakörében ma még nincsen erős, központi, innovatív erő Győr várostérségben a szociális szolgáltatásokban.*

Az empirikus kutatási adatok elemzése alapján kimondható, hogy elfogadható ez a feltételezés.

Újabb kérdések és feltételezések

Az együttműködések témakörében folytatott vizsgálatok *további kutatásokhoz adhatnak alapot*, indítást, többek között jelen szempontok más szakmai területeken vagy más régiókban történő újravizsgálása céljából, vagy a szempontok kibővítésével, például:

- Mit gondolnak a szolgáltatásokat igénybe vevők a szakemberekkel folyó együttműködésekről?
- Miképpen dolgoznak együtt a szakemberek a civil szféra képviselőivel, az önkéntesekkel?
- Miképpen működnek együtt adott szolgáltatás vezetői a beosztottakkal és viszont?
- Miképpen lehetséges eredményesebb együttműködés a képzés, továbbá a szociálmunka-kutatások képviselői és a szolgáltatások (szakmai szervezetek) képviselői között stb?

A kutatás egyes kérdéseire adott válaszok az együttműködés és a minőségi szociális munka fejlesztéséhez további *új kutatási szempontok és újabb feltételezések* megfogalmazására inspiráltak.

1. Az interjúalanyok együttműködés témakörében használt és kifejezett kategóriái egyértelmű azonosságot mutatnak a szociális munka értékeivel, meghatározó jegyeivel, így *a szociális munka kvázi az együttműködéssel leírható*. Feltételezhető, hogy *az együttműködés elfogadható indikátora lehet a szociális szolgáltatások és az azokban folyó szociális munka minőségének megállapítására*.
2. A vizsgálatokból egyértelműen kiderült és feltételezhető, hogy az együttműködések egy jelentős része minden relációban leszűkül a páros kapcsolatokra, továbbá hogy ezek fő módszere az információk kölcsönös átadása egymásnak a különböző szervezetszerű összefüggéseken.

3. Feltételezhető, hogy a különböző együttműködéseknek nevezhető interakciók során a szociális szakemberek egymásnak adott pozitív gesztusai inkább a szakmai személyiség tudattalan karbantartásaként megjelenő ventilációknak, mintsem tudatos kooperációknak tekinthetők.
4. Feltételezhető, hogy a szociális és a közeli humán társszakmákban dolgozók eljutnak *az ip együttműködés* fontosságának felismeréséig, belátásáig, továbbá ismerik az együttműködés létfeltételeit, de *ma még hiányzik a belső (szakmai) indíttatás az ilyenfajta tevékenység minőségi folytatásához*.
5. Feltételezhető, hogy *nincsenek a különböző együttműködéseknek bizonyíték alapú és terjeszthető modelljei*.
6. Az adatok elemzése alapján feltételezhető, hogy az ip együttműködés, az egyes szociális- és más szolgáltatások közötti együttműködések a szociális munka fejlesztésének egyik eddig kiaknázatlan lehetősége és potenciája.

Végül

Az empirikus kutatás egészét tekintve csak egyetlen interjúalanyi gondolat volt olyan, amely a jelenlegi helyzet okait illetően kilépett a szakmai keretek közül, és azt jelezte: a szociális szolgáltatásokban dolgozók nem tudnak nagyon mit kezdeni, hogy a magyar társadalomból alapvetően hiányoznak a valóságos és mély együttműködések. Folyamatosan szembekerülnek a bármilyen másságot kevésbé toleráló, az önmegvalósítást, a saját sorsuk alakítását, a kooperációt kevésbé fontos értéknek tekintő állampolgárok megnyilvánulásaival, azaz hogy az egyes ember sikereihez mások sikertelenségei, lenézése, legyőzése során vezet az út. Nagyon nehéz az összefogás, és nagyon nehéz a szolidaritás nélküli ellenszélben dolgozni és együttműködni, túl sok a társadalom helyzetéből és működéséből fakadó ellenhatás, túl sok az ellene szóló élet- sőt a szakmai tapasztalat. Tehát *az együttműködés általános kultúrájának jelentős hiányát lehet megállapítani a vizsgált mintában, és erősen feltételezhetően a hazai szociális szolgáltatásokban egyaránt*.

„...az együttműködésnek nem nagyon vannak hagyományai ebben az országban (...) így hoztuk magunkkal, örökségként (...) ha két ember van, akkor mind a kettő másként csinálja és nem képes együttműködni (...) ez látszik az országon is.” (Győr, 2. fókuszcsoport)

A kutatás végén célszerű tehát az alábbi összefüggések át- és újragondolása. *A szociális munka egyetemes értékei alapján* – miután a problémák oka alapvetően társadalmi-strukturális – a szociális munka alapfunkciója a társadalmi kirekesztődés elleni küzdelem, az állampolgári jogok érvényesítése, a társadalmi igazságosság, a szolidaritás és az integráció elősegítése azok számára, akik ideiglenesen vagy tartósan nem képesek elérni a többség számára elérhető javakat. A hátrányos helyzetűek és a kirekesztettek oldalán állva a szociális munka lényege, hogy a szociális szakember különböző társadalmi csoportokkal, közösségekkel vállal-

jon több szerepet a közvélemény formálásában, érvényesítésében, a társadalmi feltételek alakításában, befolyásolásában. Ez pedig *a különböző reflektív, tényalapú (evidence-based), elnyomásellenes (anti-oppressive) és konstruktív praxis (szociális munka) modellek határozottabb hazai elterjesztésével, e modellek ésszerű kombinációival, a szakmai innovációk, kutatások és a képzések, gyakorlatok integrációival és az ezekben megnyilvánuló minőségi szakmai kompetens együttműködésekkel valósítható meg* (Budai 2013, Kozma 2011).

Irodalom

- Adams, Robert – Dominelli, Lena – Payne, Malcolm (1998): *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates*. Houndmills, Basingstoke: Macmillan.
- A *szociális munkás-képzés globális alapelvei – Global Standards for Social Work Education and Training* (2006). Budapest: Magyarországi Szociális Szakemberek Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete (Iskolaszövetség).
- Atkinson, Mary – Wilkin, Anne – Stott, Alison – Doherry, Paul – Kinder, Kay (2002): *Multi-agency Working: A Detailed Study*. LGA Research 26. Slough: National Foundation for Educational Research. <http://www.nfer.ac.uk/publications/CSS02/CSS02.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Benson, B. – Nelson, A. (2006): *Interprofessionelle Kooperation zwischen sozialer Arbeit und Polizei*. Zürich: Edirion Sozietek.
- Braye, Suzy – Preston-Shoot, Michael (1995): *Empowering Practice in Social Work and Practice*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Budai István (2009): Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka *Esély*, (20), 5. 83–114. http://www.matarka.hu/cikk_list.php?fusz=49600 (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Budai István (2010): 20 év után – önkritikusan... avagy mit tesz a szociálismunkás-képzés a szakmai identitás alakításában. *Esély*, (21), 4. 51–82. http://www.matarka.hu/cikk_list.php?fusz=64628 (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Budai István (2011a): Szakmaközi együttműködés a közösségi munkában. In Budai István – Nárαι Márta (szerk.): *Közösségi munka – Társadalmi bevonás – Integráció*. Szöveggyűjtemény. Győr: Széchenyi István Egyetem, 55–72.
- Budai István (2011b): Terepgyakorlatok a szakmai identitás alakításában. In uő (szerk.): *Terepgyakorlatok könyve*. Győr: Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, 27–38.
- Budai, István (2013): *Az együttműködés – mint a szociális szolgáltatások minőségi jellemzője 1. Elméleti alapvetés (a GYIK kutatás dokumentumai, kézirat)*.
- Budai, István (2014): *Az együttműködés – mint a szociális szolgáltatások minőségi jellemzője 5. A kutatás eredményei a fókuszcsoporthoz interjúk alapján (a GYIK kutatás dokumentumai, kézirat)*.

- Budai István – Kozma Judit (2012): A kompetencia-alapú képzés elé. In Budai István – Nárαι Márta (szerk.): *Együttműködés és felelősségvállalás tanulása a szociális és közösségi munkában*. Győr: Széchenyi István Egyetem, 115–158.
- Budai, István – Puli Edit (2014): *Az együttműködés – mint a szociális szolgáltatások minőségi jellemzője 3*. A kutatás eredményei a strukturált interjúk alapján (a GYIK kutatás dokumentumai, kézirat).
- Child, J. – Faulkner, D. (1998): *Strategies of Co-operation*. Oxford: Oxford University Press.
- Fontana, Andrea – Frey, James H. (2000): The interviewing from Structured Questions to Negotiated Text. In Denzin, Norman K. – Lincoln, Yvonna S. (eds.): *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication, Inc., 345–65.
- Hopkins, Tom (2001): Interprofesszionalitás – rövid történet és áttekintés. In Somorjai Ildikó (szerk.): *Amivel még nem számolunk... Interprofesszionális együttműködés és szociális munka*. Győr–Budapest: Széchenyi István Főiskola – Kávé Kiadó, 9–15.
- Hudson, B. (2002): Interprofessionality in health and social care: The Achilles' heel of partnership. *Journal of Interprofessional Care*, (16), 1, 7–17.
- Hume, Suzanne (1999): The organisation of interprofessional courses and projects. In TEMPUS FECCC project programme for teachers' mobility, 16 October 1999, Jászberény, 27 October 1999, Bournemouth University, IHCS, unpublished.
- Jones, Sandra – Joss, Richard (1995): *Learning and Teaching in Social Work*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley, 15–33.
- Johnsson, Eva – Svensson, Kerstin (2005): A szociális munka elmélete – gondolatok az intervenció felfogásáról és magyarázatáról. *European Journal of Social Work*, (8), 4 (December), 419–434. http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/eva_johnsson_-_kerstin_svensson_a_szocialis_munka_elmelete_-_gondolatok_az_intervencio_felfogasarol_es_magyarazatarol.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Kozma Judit (2007): A szociális munka professzionalizációja a jóléti államokban I. *Kapocs*, (6), 29, 2–19. http://www.matarka.hu/cikk_list.php?fusz=28962 (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Kozma, Judit (2011): *A tényalapú (evidence-based) tanulás környezetének kialakítása a szociális képzésben* (TÁMOP 5.4.4.-09/2-C-2009-0008 „Reflektív szociális képzési rendszer a 21. században” című projekt dokumentációja, kézirat).
- Lorenz, Walter (2001): Social Work in Europe – portrait of a diverse professional group. In HESSLE, S. (ed.): *International Standards Setting of Higher Social Work Education*. Stockholm University, Stockholm Studies of Social Work.
- Lorenz, Walter (2003): Szociális munka Európában. *Esély*, (14), 3, 3–17. http://www.esely.org/kiadvanyok/2003_3/LORENZ.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)

- Németh László. (2004): *Mit vár a társadalom a szociális szolgáltatatóktól a XXI. században?* Az előadás elhangzott a Szociális Munka Napján, Zalaegerszegen, 2004. november 4-én.
- New Global Definition of Social Work Profession*. By agreement: Melbourne 10 July 2014. <http://vircamp.net/wp-content/uploads/2014/08/NEW-GLOBAL-DEFINITION-OF-THE-SOCIAL-WORK-PROFESSION-2014.docx> (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Padgett, D. K. (1998). *Qualitative Methods in Social Work Research, Challenges and Rewards*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Pollard, Katherine – Thomas, Judith – Miers, Margaret (eds.) (2010): *Understanding Interprofessional Working in Health and Social Care*. Palgrave: Macmillan.
- Puli, Edit (2013): *Az együttműködés – mint a szociális szolgáltatások minőségi jellemzője 2*. A kutatás eredményei a kérdőíves felmérés alapján (a GYIK kutatás dokumentumai, kézirat).
- Puli, Edit (2014): *Az együttműködés – mint a szociális szolgáltatások minőségi jellemzője 4*. A kutatás eredményei a mélyinterjúk alapján (a GYIK kutatás dokumentumai, kézirat).
- Rojzman, Charles H. (2009): *Együttélés és társadalmi terápia*. Bírjuk ki egymást! Budapest: Saxum Kiadó.
- Somorjai Ildikó (szerk.) (2006): *A szociális munkás-képzés globális alapelvei – Global Standards for Social Work Education and Training*. Budapest: Magyarországi Szociális Szakembereket Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete (Iskolaszövetség). http://odin.de-efk.hu/library/061016_globalstandards.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Varsányi Erika (2006): Szociális munka és kultúra. *Beszélő*, (11), 7, 43–51. <http://beszelo.c3.hu/cikkek/szocialis-munka-es-kultura> (utolsó letöltés: 2015. 01. 27.)
- Vicsek Lilla Mária (2006): *Fókuszcsoport*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Whittington, C. (2003a): Collaboration and Partnership in Context. In Weinstein, J. – Whittington, C. – Leiba, T. (2003): *Collaboration in Social Work Practice*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 13–38.
- Whittington, C. (2003b): Model of Collaboration. In Weinstein, J. – Whittington, C. – Leiba, T. (2003): *Collaboration in Social Work Practice*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 39–62.

Melléklet: A mélyinterjú vezérfonala

Időpont:

Helyszín/intézmény vagy szervezet neve, címe, elérhetősége:

Interjúalany(ok)/résztevők:

Az interjút készítő/k:

A rögzítés módja:

- 1) Mit jelent az Ön számára az együttműködés a szociális szolgáltatásokban?
- 2) Milyen tényezők (képzettség, motivációk stb.) és körülmények segítik elő az Ön eredményes szakmai együttműködéseit?
- 3) Milyen tényezők, körülmények nehezítik vagy gátolják az Ön számára a különböző együttműködéseket?
- 4) Hogyan tud Ön megbirkózni ezekkel a nehezítő tényezőkkel?
- 5) Milyen ügyekben, kérdésekben, folyamatokban működik együtt Ön a szolgáltatásokat igénybe vevőkkel?
- 6) Milyen módszereket alkalmaz Ön a szolgáltatásokat igénybe vevőkkel való együttműködések során?
- 7) Milyen mérhető eredményei vannak az Ön kliensekkel való együttműködésének?
- 8) Milyen ügyekben, kérdésekben, tevékenységekben működnek együtt kollégái az Ön szolgáltatásában?
- 9) Milyen módszereket alkalmaznak szakmabeli kollégái az együttműködések során az Ön szolgáltatásában?
- 10) Milyen mérhető eredményei vannak a szakmabeli kollégákkal való együttműködéseknek?
- 11) A két, vagy többszereplős együttműködést preferálja az Ön szolgáltatása, és mi ennek az oka?
- 12) Milyen ügyekben, kérdésekben, tevékenységekben működnek együtt a szociális szakemberek más szakmák (különös tekintettel az egészségügy, oktatásügy, igazságszolgáltatás-rendészet, közigazgatás) képviselőivel az Ön szolgáltatásában?
- 13) Milyen módokon dolgoznak együtt az egyes szakmák képviselői az Ön szolgáltatásában?
- 14) Milyen eredményei vannak a más szakmák képviselőivel való együttműködéseknek az Ön szolgáltatásában?
- 15) Milyen ügyekben, kérdésekben, tevékenységekben működik együtt az Ön szolgáltatása/intézménye/szervezete más szolgáltatásokkal?
- 16) Milyen módokon dolgozik együtt az Ön szolgáltatása más szolgáltatásokkal?
- 17) Milyen eredményei vannak az Ön szolgáltatásának más szolgáltatásokkal való együttműködéseknek?

- 18) Mely együttműködéseknek van pozitív hatása a humánerőforrás/szakemberek fejlesztésére az alábbi, együttműködést befolyásoló tényezők tekintetében?
- 19) Miért gondolja Ön azt, hogy ezek értékes együttműködések?
- 20) A szakmai munka mely szegmensére, feladatára, eszközére, módszerére, céljára stb. hat leginkább „lényegesen” az együttműködés?
- 21) Hogyan fogalmazná meg az együttműködések jó gyakorlatainak minőségi jellemzőit? „(...) alapvetően szükséges a hatékony, gyors, rugalmas, folyamatos, bizalomra épülő és motiváló együttműködés, amelynek feltétele a fejlett problémamegoldó képesség, eredménye pedig az elégedett ügyfél.” – mit gondol erről a megközelítésről?
- 22) Vannak-e az együttműködések fejlesztésére vonatkozó személyes és szervezeti (intézményi, vezetői) elképzelései, tervei? Ha igen, akkor hogyan valósultak meg/valósíthatók meg és milyen eredményt várható/hoztak?
- 23) Milyen összefüggések vannak az együttműködésről szóló elméleti szempontok, kritériumok, szakemberi vélekedések és a mindennapi szakmai gyakorlat között?

SZÉMAN ZSUZSA

A TARTÓS IDŐSGONDOZÁS ALTERNATÍVÁI: TECHNIKA, KÖRNYEZET

65 éves kor után a várható élettartam egyre jellemzőbb vonása az aktivitás korlátozódása és egyes súlyos betegségtípusok gyakoribb előfordulása. Mindez a költségek nagyarányú emelkedésével jár, fenntarthatatlanná téve a jelenlegi gondozási rendszereket. Az Európai Unióban 2060-ra a 2007-es 5,5 millió helyett 13,9 millió 65 éven felüli részesül majd formális gondozásban, és 12,2 millióról 22,3 millióra nő azoknak a száma, akik vagy informálisan (család, más személy) kapnak gondozást, vagy teljesen ellátatlanok maradnak. Előtérbe kerül így az alternatív, különösen a technikán, az infokommunikáción és a környezeten alapuló új megoldások felkutatása, modellezése, kidolgozása. A tanulmány első része nemzetközi összehasonlításban elemzi ezeknek a kutatásoknak az eredményeit, az Európai Unió problémát kezelni szándékozó célkitűzéseit, a politikai, szakpolitikai elképzeléseket. A tanulmány második része a különböző országok, települések, régiók által kidolgozott innovatív megoldásokat mutat be, azok továbbgondolását ösztönző szándékkal.

A tartós gondozás kihívásai

A tartós idősgondozás hátterét a demográfiai folyamatokban kell keresnünk. A 65 éven felüliek aránya az Európai Unió 2010-es 16%-ához képest már 2020-ban 19%-ra emelkedik, 10 év múlva, 2030-ban ez az arány már 22,6%-ra nő, és 2060-ban eléri a 29,3%-ot. A 80 éven felüliek népességen belüli aránya az EU 2010-es 4,1%-os átlagával szemben 2020-ban 5%, 2030-ban 6,5%, 2060-ban 11,5% lesz, de egyes országokban 14% fölé¹ emelkedik. 2010 és 2060 között a 80 éven felüliek aránya csaknem megháromszorozódik. Mindössze 6 év távlatában az EU néhány országa – Franciaország, Görögország, Németország, Olaszország – már 6–7% feletti értékeket mutat majd (Eurostat 2011: 2, 7). Különösen felgyorsul a trend 2030 és 2040 között, tíz év alatt a nagyon idősök száma 12,2 millióval nő. Már a közeljövőben (2020) majdnem 30 millió 80 éven felüli él majd az unióban (EC 2011: 6).

¹ Spanyolország 14,2%, Olaszország 14,1%.

A gondozás szempontjából az alapkérdés, hogy az élettartam növekedése párhuzamos-e az egészségben várható évek növekedésével, képes-e az egyén önálló életet élni vagy segísége szorul majd. És ha az utóbbi következik be, hogyan lehet azt megoldani, amikor a munkaképes korú népesség 2010–2060 között 14,2%-os csökkenése várható. A válaszhoz közelítsünk az egészségben eltöltött évek adatai felől. A 2010 és 2020-re vonatkozó időszakban uniós célkitűzés a születéskor egészségben eltöltött évek számát átlagban 2 évvel növelni (Jagget et al. 2013, EC European policies and initiatives).² Luijben–Galenkamp–Deeg (2014: 2, 14–15, 17–18) kimutatta, hogy a 2004–2010/2011 közötti periódusban a 65, illetve a 85 éves kor után a várható élettartam egy részét – függetlenül a hátralévő évek értékeitől – enyhébb vagy súlyos aktivitásbeli korlátozás jellemzi, jóllehet az egyes országok között jelentősek a különbségek, és ez az uniós célkitűzés elérését nehezíti (Walker 2014). Lopes et al. (2013) rávilágított arra, hogy a portugál 65 éven felüliek jó része körülbelül 75 éves koráig viszonylag jó egészségi állapotban van, utána viszont valamilyen segísége szorul. Az Egyesült Királyságban a 80 éven felüliek száma 2030-ra megduplázódik, korszpecifikus betegségek, mint az Alzheimer-kór, a demencia válnak jellemzővé, a jelenleg 800 ezer demens ember száma 2021-re meghaladja az 1 milliót (Alzheimer's Society 2014). Az Egyesült Királyság miniszterelnöke, David Cameron 2012-ben elindította a Nemzeti Demencia Kihívás (National Demencia Challenge) programot azzal a céllal, hogy az Egyesült Királyság a demencia problémáinak a megértésében, kezelésében és annak a kutatásfejlesztésében a világ élenjáró országává váljon. A cél eléréséhez 2015-ig duplájára, 66 millió fontra emelt kiadást biztosított. A program keretében, a magáncégek támogatását is megnyerve, 20 város, község és falu vállalta, hogy 2015-ig demenciabarát környezetet alakít ki, teszi élhetőbbé az ilyen betegségben szenvedők életét (uo.).

Az Európai Uniónak a tartós gondozás kihívásait elemző anyaga megállapította, hogy az élettartam növekedésével emelkedik a napi aktivitást korlátozó betegségek előfordulása (EC 2013: 7), elsősorban a *demencia*, a csontritkulás, a kardiovaszkuláris betegségek, az iszkémia, a stroke, a daganatos betegségek, a látáskárosodás, a halláskárosodás (Luijben–Galenkamp–Deeg 2014: 20). A WHO (2002) a demenciát a jövő egyik halállal végződő lassú lefolyású „járványának” tekinti. Ilyen betegséggel 2009-ben még „csak” 35,6 millió ember élt a Földön, de becslések alapján 2030-ra ez a szám 65,7 millióra, majd 2050-ra 115,4 millióra emelkedik, ami 20 évenkénti duplázódással azonos.³ A WHO ezért a demenciát 2012-től kiemelt fontosságú egészségügyi problémaként kezeli. Az Alzheimer's Disease International statisztikája szerint 2013-ban 44,4 millió ember élt a világon demenciával. Jelenleg évi 7,7 millió új esetet regisztrálnak, és ez jóval magasabb a 2005-ös előrejelzésnél, amelyik „csak” 4–6 milliós új megbetegedést

² <http://www.healthyageing.eu/initiatives/european-policies-and-initiatives> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

³ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1 (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

várt (Ferri et al. 2005).⁴ Ennek a becslésnek az alapján a betegek száma 2050-re 135 millióra emelkedik.⁵ A demencia előfordulásának gyakorisága egyértelműen magasabb idősebb korban. A 80–84 évesek 12%-a, a 85 év felettiek majdnem egyegyede szenved szellemi hanyatlással járó idegrendszeri megbetegedésben (Ferri et al. 2005). Az OECD ugyancsak a közeljövő tartós gondozásának egyik kihívásaként fogalmazta meg a demenciát (Colombo et al. 2011). Ennek költsége világméretben már 2010-ben 604 milliárd amerikai dollár volt,⁶ a világ GDP-jének 1%-a; minél magasabb jövedelmi csoportba tartozott egy ország, annál nagyobb arányú volt a demencia költségeinek GDP-n belüli aránya.⁷ Az elemzés szerint: *„Ha a demencia ország lenne, akkor a világ 18. legnagyobb gazdaságával rendelkezne. Ha vállalat lenne, éves bevétele meghaladná a Wal-Mart (411 milliárd US dollár) és az Exxon Mobil (311 milliárd US dollár) cégek bevételét.”* (Alzheimer's Disease International 2013). A WHO (2012) a demencia szociális és egészségügyi költségvonatán túl kiemelte, hogy a demenciával összefüggő kiadások rendkívül nagy mértékben terhelik a gondozó családtagokat, és magát az idős embert is. Az Alzheimer-világnap (1994-től minden évben szeptember 21.) és 2012-től az Alzheimer-hónap keretében⁸ a demenciával élő idősek, a szociális gondozók, a család, az orvosok, az egészségügyi dolgozók, a kutatók, a tömegkommunikáció és számos rendezvény hívja fel a politikusok és a döntéshozók figyelmét a világméretű problémára. Egy drámai nyilatkozat szerint a világon minden 68. percben valakinél kifejlődik az Alzheimer-betegség.⁹

Egyéb betegségeket is beleszámítva a tartós gondozásra fordított (szociális és egészségügyi) kiadás az OECD-országokban átlagosan a GDP 1,6%-a volt (2011-ben). Az EU átlagában ez a mutató 1,8% volt, de ennél jóval többet költött Hollandia (3,8%) és Svédország (3,6%).¹⁰ Ezzel szemben Görögország, Portugália, Észtország, Magyarország, Csehország és Lengyelország a GDP kevesebb mint 0,5%-át fordított erre a célra. A 2011-es előrejelzések 2050-re a tartós idősgondozás költségeinek megduplázódását várták (OECD 2013, Colombo et al. 2011). 2005 és 2011 között Finnországot és Magyarországot leszámítva a tartós gondozásra fordított kiadások minden uniós országban nőttek, ezen belül az otthoni gondozás kiadásainak emelkedése meghaladta az intézményes tartós gondozásra fordított kiadásokét (OECD 2013), és az ilyen jellegű kiadások már a közeljő-

⁴ <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2805%2967889-0/fulltext> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

⁵ <http://www.alz.co.uk/research/statistics> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

⁶ Ez a költség a következőket foglalja magában: a fizetség nélküli informális gondozó (családtag, egyéb); az otthoni és bentlakásos szociális területhez tartozó gondozás és az egészségügyi kiadások. A költségek 70%-a nyugat-európai országokban és az Egyesült Államokban keletkezett.

⁷ Ez az alacsony jövedelmű országokban a GDP 0,24%-a; a közepesen alacsony jövedelmű országokban a GDP 0,35%-a; a közepesen magas jövedelmű országokban a GDP 0,5%-a; a magas jövedelmű országokban a GDP 1,24%-a volt.

⁸ <http://www.alz.co.uk/world-alzheimers-month/about> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

⁹ <http://www.alzinfo.org/08/alzheimers/world-alzheimers-day> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

¹⁰ Belgium, Dánia, Franciaország, Izland, Japán és Norvégia mutatója is jó (a GDP 1–1,5%-a).

vőben rendkívül erőteljesen tovább növekednek. Az Egyesült Királyságban ez a 2007-es 0,9%-ról 2032-re 1,65%-ra emelkedik¹¹ (Murphy et al. 2014).

Az Európai Unió egészét tekintve 2007 és 2060 között 5,5 millió helyett 13,9 millió 65 éven felüli részéül formális otthoni gondozásban. 8,3 millióan kapnak majd bentlakásos intézményes ellátást (több mint háromszoros a növekedés), de azoknak a száma, akik vagy a családtól, vagy más személytől (informális gondozás) kapnak gondozást, vagy senki sem gondozza őket, közel megduplázódik (12,2 millióról 22,3 millióra nő, EC 2012b). Az idősek vagy fogyatékosok gondozására fordított idő 80%-át az informális gondozók végzik (European Foundation 2010). Az informális gondozók számának megítélése a definiálástól függően jelentősen eltér. A tágabb definíció szerint alacsony heti óraszámot (alacsony intenzitású gondozás) figyelembe véve az EU-ban 2005-ben a családgondozók számát 100 millióra becsülték. Ez a szám jóval kevesebb, „mindössze” 19 millió, ha a gondozó ennél intenzívebben – minimum heti 20 órában – látja el hozzátartozóját. Márpedig az informális gondozók fele heti 35 órában gondozott. Csehországra, Lengyelországra és Spanyolországra a különösen magas, ezzel szemben az észak-európai országokra az alacsony intenzitású gondozás a jellemző. Csehországban az informális gondozók 30%-a, míg Spanyolországban 50%-a heti több mint 20 órában gondoz (Colombo et al. 2011). Nemzeti becslések alapján Lengyelországban, ahol a társadalom a család alapvető feladatának tartja a gondozást, 2 millió családtag¹² látott el fizikailag leromlott időst heti több mint 100 órában, messze meghaladva ezzel egy hivatásos gondozó óraszámát (Błędowski 2004).¹³ Ezért Lengyelországban politikai szinten már 2006-tól napirenden volt egy némethez hasonló általános és kötelező érvényű tartós gondozási biztosítás bevezetése, amely azonban nem valósult meg (Błędowski 2011), és a rendszerből továbbra is hiányoztak a megfelelően kidolgozott normák, a monitorozás, a minőségbiztosítás, a szabályozás (Golinowska–Styczyńska 2012).

A tartós gondozás problematikájának sokat vitatott szegmense a munkaerőpiac. Az informális gondozás gazdasági értéke rendkívül magas.¹⁴ Minden számítás hangsúlyozza az informális gondozás által nyújtott gazdasági hasznot. A család és az informális gondozók európai érdekvédelmi szervezete, az Eurocarers (2014) (European Parliament Interest Group on Carers) kimutatta, hogy például csupán Írországbán a családgondozók 2,5 milliárd euró összeg értékben gondoz-

¹¹ Ez a magánszféra erre fordított kiadásaival együtt 2032-ben a GDP 2,7%-a lesz.

¹² Az eltérő mérések, kutatások, becslések és kultúrák miatt nehéz összehasonlítható adatokat közreadni, de nemzeti szinten nagyon jelentős számítások születtek.

¹³ Az EUROFAMCARE (2004) kutatás szerint az intenzív gondozás volt jellemző az uniós tagországok jó részében. A kutatás 23 uniós tagállamban vizsgálta a formális idősgondozói rendszereket, a családgondozók helyzetét, jogi státuszát, felelősségét, a munka és a gondozás aspektusát, az őket érintő politikát.

¹⁴ Colombo et al. (2011) több számításra hivatkozva hangsúlyozza, hogy a becslések szerint az Egyesült Államokban 2007-ben az informális gondozók által végzett tartós gondozás pénzben kifejezhető értéke 375 milliárd dollár volt, sokkal magasabb, mint a fizetett gondozók által „termelt” 230 milliárd dollár.

tak. A szülőt gondozó családtagok, többségében nők átlagos életkora 51 év (a házastársát ápolóé 70 év),¹⁵ egyszerre kell dolgozniuk és gondozniuk (Council of the European Union 2014). Minél intenzívebb gondozásra van szükség, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a gondozó nő (Colombo et al. 2011). A nyugdíjkorhatár emelése, a nők növekvő foglalkoztatottsága és a családstruktúra változása ugyanakkor ezt a költségmegtakarító forrást a jövőben jelentősen csökkenti (EC 2012a).¹⁶ A munkaerőpiac és a gondozás közötti összehangolás nehézségéről számol be a European Quality of Life Survey (EQLS) harmadik hullámának eredménye is. A vizsgált 5000 fő közel fele egyidejűleg gondozott és dolgozott, s a kettős feladat súlyos terheket rótt rájuk (European Foundation 2012). A Speciális Eurobarométer felmérésében a kérdezettek 2%-a szülői gondozása miatt hagyta abba a munkáját, és 3% volt azoknak az aránya, akik a teljes munkaidő helyett részmunkaidőben dolgoztak. A megkérdezettek 20%-a adta fel vagy adná fel munkahelyét, amennyiben a szülői gondozásáért fizetnie kellene (EC 2007). A munkaerőpiac és a gondozás összehangolásának kérdése nemzeti szinten sürgető feladatként jelent meg például Csehországban (Horecký 2013). Németország munkaerő-piaci szabályozásában a heti 14 órán túli gondozással hivatalosan lehetőség van gondozóvá válni (Pflegeperson), társadalom és balesetbiztosítási jogosultságot szerezni, ha az érintett nem áll részmunkaidős munkaviszonyban (Keck–Saraceno 2010).

2011-re a legtöbb ország elismerte az informális gondozók *szociális veszélyeztetettségét*, a várható társadalmi kirekesztettségüket (Colombo et al. 2011), és ennek ellensúlyozására számos intézkedés született. Németországban a 2012-ben elfogadott szabályozás a gondozónak két éven keresztül heti 15 órával csökkentett munkavégzést tett lehetővé. Ausztria 2014-től évi három hónap fizetett gondozói szabadságot engedélyez súlyos gondozás esetén. Ugyanezen két országban a családtag tehermentesítése érdekében néhány hétig átmeneti gondozásba veszik az idős embert. Portugáliában a krónikus gondozás a közszférában dolgozókat két éven át évi 15 napig csökkentett fizetésre és évi újabb 15 nap fizetés nélküli szabadságra jogosítja, a piaci szférában foglalkoztatottak csak fizetés nélküli szabadságot vehetnek igénybe. Spanyolországban maximum két évig fizetés nélküli szabadságot kérhet a gondozó, de a privát szférában a munkaadónak joga van ezt megtagadni. Görögországban a gondozási feladatokat is ellátó foglalkoztatott választhatja a „kevesebb óra, csökkentett bér” opciót. Magyarországon két évig fizetés nélküli szabadság vehető igénybe.¹⁷ Romániában a nemrég bevezetett „személyi asszisztens” szolgáltatás bármilyen korú súlyos betegséggel élő ember

¹⁵ A gondozás mind az ADL (napi aktivitás), mind az IADL (funkcionális képesség, vásárlás, főzés stb.) tevékenységet magában foglalja, a gyermek gondozása esetében általában az utóbbit.

¹⁶ Az ezt meghatározó faktorok: a magasabb nyugdíjkorhatár, a későbbi munkaerő-piaci kilépés, a többgenerációs együttélés megszűnése.

¹⁷ Az ápolási díj alacsony összege, annak ellenére, hogy a gondozással eltöltött idő szolgálati időnek számít, nem ösztönzi a családtagot a munkaerőpiac elhagyására. (Az ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó nagykorú hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás, lásd szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 40–44. §).

számára engedélyezi, hogy gondozót alkalmazzon, aki lehet családtag is. Olaszországban a munkavállaló havi 3 nap fizetett szabadságot kaphat, ha a családban valamilyen fogyatékoságban szenvedő él. Litvániában a munka törvénykönyve évi 14 nap fizetés nélküli gondozási szabadságot engedélyez, és további 30 napot fogyatékos családtag gondozásakor (MOPACT 2014). Összességében az európai országok zöme a közelmúltban kidolgozott valamilyen hatékony vagy kevésbé hatékony megoldást a munka és a gondozás összehangolására, de ezek mindössze kisebb hányada jelentett igazi tehermentesítést a tartós gondozási feladatokat ellátók számára. A tartós gondozás makroszintű kezelését a rendelkezésre álló pénzügyi források hiánya nehezíti. Olaszországban 2007-ben tartós gondozásra évi 400 millió euró költségvetési keretet irányoztak elő, amit finanszírozási problémák miatt 2011-ben megszüntettek. Görögországban 2008 után az addig is anyagi nehézségekkel küszködő önkormányzatok a gazdasági krízis következményeként a tartós gondozással kapcsolatos feladataikat nehezen vagy egyáltalán nem tudták teljesíteni.

A fent jelzett folyamatok az EU számára is világos jelzéseként szolgálnak annak felismerésére, hogy a hagyományos eszközökkel lehetetlen a tartós gondozással felmerülő kihívást kezelni. 2013-ban Stockholmban nemzetközi találkozót szerveztek (az Európai Bizottság támogatásával), és a részt vevő¹⁸ országok egyetértettek abban, hogy a gondozást segítő alternatívák között kiemelkedő szerepe lesz a technikának, továbbá abban is, hogy ez nem jelent feltétlenül teljesen új technika fejlesztést, sokkal inkább a meglévő eszközök adaptálását, azok továbbfejlesztését. Mindez tovább erősítette a már elindult folyamatot, az alternatívák keresését. Az Egyesült Királyságban a demenciával élő emberek életminőségének javítását a demenciabarát technikában (dementia-friendly technology) látják (Alzheimer's Society 2014). Az EU a jó példák (good practice) felkutatását, a szociális, a technikai és a környezeti innovációra irányuló projekteket szorgalmazza.¹⁹ Ezek egyik típusánál a cél a tartós gondozást elősegítő piacképes prototípusok kifejlesztése (AAI projektek). Az északi országokban kialakulóban van egy új gondozási szegmens, az ún. Északi Otthoni Gondozási Piac (Nordic Home Care Market) (Olsson 2014: 46). A nagyon előregedett országokban a politika határozottan számol a piaccal. A japán kormány 2020-ra a tartós gondozással összefüggő piaci bevételt 180 milliárd euróra becsüli (uo.).

De miért is fontos a technika? Számos kutatás igazolta a technikán alapuló innovációs megoldások pozitív hatását. A *telegondozás* Skóciában előnyösen hatott az informális gondozókra (Jarrold–Yeandle 2009). Az *infokommunikáció* a német formális gondozás, a házi gondozás esetében is kedvező volt (Mollenkopf et al. 2010). A *telekommunikációnak* a migráns gondozók munkáját megkönnyítő

¹⁸ Belgium, Bulgária, Ciprus, Csehország, Hollandia, Horvátország, Litvánia, Németország, Románia, Svédország és Szlovénia.

¹⁹ Többek közt a European Innovation Partnership on Active Ageing; Europe 2020; EC 2013, Social Investment Package; Commission Staff Working Document: Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options; Joint Action on Alzheimer Cooperation Valuation in Europe (ALCOVE).

előnyeiről számoltak be (Colombo et al. 2011, Kluzer–Redecker–Centeno 2010, Boccagni–Pasquinelli 2010). A CARICT-projekt (2011) az informális gondozót technikával segítő gyakorlatokat térképezte fel, és dolgozott ki ennek alapján egy új hatásmérő módszert. A Home Sweet Home²⁰ (Otthon, édes otthon) projekt négy országban (Belgium, Írország, Olaszország, Spanyolország) az idősek otthonában kísérletképpen komplex technikai rendszert alkalmazott. Vizsgálták, hogy milyen az idősek attitűdje az otthonmaradásukat segítő technikai eszközökkel szemben, illetve azok milyen pozitív hatást fejtenek ki az egészségi állapotukra, valamint hogy milyen a rendszer gazdasági hatása. A kis minta miatt az eredmények nem általánosíthatók. A kutatók a konklúzióknál sokkal fontosabbnak tartották az egyéni esetek leírását, s ezeken keresztül érthetővé tenni azokat a szempontokat, amelyek követése a jövő hasonló jellegű kutatásaiban elengedhetetlenek (pl. megbizonyosodni arról, hogy az eszköz semmilyen módon nem gátolja a megszokott életvitelt, a telepített játékok „testre szabása”, megbizonyosodni az eszköz kifogástalan működéséről (Georgantzi et al. 2014). Falusi környezetben különösen nagy jelentőségű a távgondozás. A lengyel Małopolska régióban egy kísérleti komplex távgondozási programot dolgoztak ki, amelyet a programba bevont 100 fő túlnyomó többsége egészsége, életminősége szempontjából pozitívan ítélt meg (Perek-Bialas–Hoff 2014).

Közép-Európában is egyre nagyobb figyelmet fordítanak a jó példák felkutatására, illetve támogatást kap az idősgondozást megkönnyítő infokommunikációs eszközök fejlesztése (HELPS 2011–2014). Az InnovAge (2013–2015) projekt egy többnyelvű weboldalt fejleszt, és hamarosan megjelentet egy „jó példákat tartalmazó katalógust. A jövő kutatási prioritásait kijelölő FUTURAGE (2011) projektre épülő és 2013–2017 között futó MOPACT projekt az aktív idősoddéssel felmerülő problémák kezelésének potenciális forrásait keresi az alábbi szegmensekben: a gazdasági és a pénzügyi elemzés; a szociális struktúra; a civil részvétel; a társadalmi kohézió; a szociális támogatás; a *tartós idősgondozás*; az életminőség; a *környezet* és a *technika*; az egészség, a romló egészségi állapot és jóllét, a biogerontológia.

A tartós gondozást megkönnyítő újfajta megközelítés a *megfelelő környezet* kialakítása. Az ENABLE AGE (2002–2004) projekt bebizonyította, hogy a lakás akadálymentesítése fokozza az idős ember napi aktivitását, növeli önállóságát és csökkenti a depresszióját. Egy dán felmérés kimutatta, hogy a népesség kétharmada idős korában is a lakásában kívánt maradni, ugyanakkor a lakások csupán kis arányában voltak adottak azok a technikai, építészeti feltételek, amelyek csökkenthetnék az önállóság elvesztését, végső esetben az intézményes ellátásba kerülést (Kaath 2008). 2007-ben az Európai Unióban az idősek mindössze 1%-a élt akadálymentes lakásban. Németországban még 2012-ben is 2,5–3 millió idős

²⁰ A Home Sweet Home projekt teljes neve Health Monitoring and Social Integration Environment for Supporting Wide Extension of independent life at Home. http://age-platform.eu/images/stories/Publications/HSH_publication_webversion.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

embernek lett volna szüksége akadálymentesített lakásra, de ennek hiányában 2,5-szer több 65 éven felüli embernél merült fel a gondozási szükséglet (Stula 2012). Egyes nagyvárosok drámai helyzettel szembesültek, Berlinben a becslések 2030-ig a 18–25 évesek 20%-os csökkenésével és a 75 éven felüli lakosság 83%-os növekedésével számolnak, ezért *idősbarát lakás, idősbarát városi környezet és idősbarát szolgáltatásokkal* kapcsolatos projektek, megoldások kidolgozása kezdődött el (Walleczek 2008). Az idősek lakásainak akadálymentesítésére irányuló projekt kidolgozására és megvalósítására került sor Magyarországon is (2002–2005 között) (Széman–Pottondy 2006). Az Európai Unió 2014-ben „*Hozzáférhetőség – Városok*” díjjal tüntette ki azokat a városokat, amelyek polgáraik számára, beleértve a funkciójukban megromlott és a tartós gondozásra szoruló időseket is, akadálymentes környezetet teremtettek. A kitüntetettek között svéd, francia, lengyel, német és spanyol települések találhatók (EC 2014), vagyis a különböző országok a környezet átalakítását a társadalmi integráció egyik fontos eszközének tekintik.

A programok és kutatások eredményeinek valós értékeléséhez a statisztikai megközelítés, a számok „mágiája” mellett elengedhetetlen a helyi és a regionális szintű kezdeményezések, az újfajta szemléletmód megismerése és megértése. Az alábbi válogatás igyekszik az innováció és az útkeresések sokszínűségét megragadni, és így szemléltetni a hagyományos gondozás alternatív lehetőségeit.

Technikai és környezeti megoldások: jó példák

Finnország – Oulu

Infokommunikációs megoldások

Célcsoport: a 65 éven felüli idősek, a formális, gondozók, az informális gondozók.

A város 13%-a 65 éven felüli. A 75 éven felüliek 30%-ával szemben a 85 évesnél idősebbek 57%-a részesül önkormányzati házi gondozásban, házi ápolásban, nappali ellátásban vagy átmeneti gondozásban. A településszerkezetet az egymástól elszigetelten álló házak jellemzik, ami a gondozást eleve megnehezíti. Az idősek szociális gondozása – egészségi kiadások nélkül – jelenleg évi 100 millió euróba kerül. Az önkormányzati döntés értelmében az idősek legalább 92%-ának *saját otthonában kell* élnie. Ugyanakkor megállapították, hogy a város demográfia öregedése *források híján 10 éven belül* a gondozásban *ellátatlanságot és minőségi problémát* okoz. Az elképzelés szerint az infokommunikáció az az alternatív megoldás, ami segíti *a) magát az időst; b) formális gondozóit; c) informális gondozóit; d) elősegíti a szociális és az egészségügyi gondozás koordinálását és együttműködését.* A kutatóintézetekkel és a piaci szereplőkkel együtt alakították ki az alábbi infokommunikációra épülő rendszert: (1) hálózati vagy mobiltelefonnal, illetve internettel működő 24 órás vészjelzés; (2) digitális kulcs és ajtó záró készülék, amely a gondozók lakásba jutását biztosítja; (3) GPS alapú alarm a külső területek

érzékelésére; (4) ételt melegítő automata; (5) emlékeztető, a gyógyszerbevitelre, erről a gondozó vagy a családtag jelzést kap; (6) „Jóléti TV otthon”, amely révén megmaradnak az idős ember kapcsolatai (rokonok, barátok stb.), ugyanakkor szórakozást is biztosít (tv-műsorok, videonézés) (Olsson 2014: 49–51).

Svédország – Västerås

Komplex infokommunikációs rendszer a távgondozásban

Célcsoport: az idősek, a formális gondozók.

A város 140 ezer lakosának 19%-a 65 éven felüli, mintegy 8%-uk kap házi gondozást, ami évi 115 millió euró kiadást jelent az önkormányzatnak. 2014 és 2029 között a foglalkoztatottak száma csökken, és a 80 éven felüliek száma megduplázódik. Az önkormányzat számítása szerint már eddig is nagyságrenddel több idősnél merült fel gondozási szükséglet, ami a kizárólag emberi erőforráson alapuló házi gondozás keretében nem biztosítható, mivel az önkormányzat *nem tudja az ehhez szükséges pénzforrást előteremteni*. 2012-ben így döntést hoztak a *távgondozás* bevezetéséről és annak alanyi jogon történő önkormányzati finanszírozásáról. A távgondozás a következőket foglalja magában: emlékeztetők, éjjel-nappali felügyelet, vészjelzés esetén a kapcsolatfelvétel különféle infokommunikációs eszközök révén, mint az sms, az mms, az e-mail, a videokapcsolat, a tv-hez csatlakoztatott videokapcsolat, a távirányításos mobil videó és kamera. Az eszközöket kommunikálásra, illetve programok megtekintésére is használják. 2013-ban kezdték el alkalmazni 50 gondozott bekapcsolásával, 2014-ben újabb 125 időst kívánnak a rendszerbe vonni, majd 300 főt 2015-ben. A sikeres megvalósításhoz eddig 1300 gondozó kapott a távgondozás ellátásához szükséges *tréninget* (függetlenül attól, hogy őket a köz- vagy a piaci szférában alkalmazzák). A 2015-re tervezett 300 főre kiterjedő távgondozással az önkormányzat évi *0,6–2,3 millió eurót takarít majd* meg. A program sarkalatos pontja a monitorozás és az adatok, a problémák folyamatos értékelése, amelyekbe magukat az érintetteket is bevonják (Olsson 2014: 30–33).

Olaszország – Friuli–Venezia–Giulia régió

Dreaming

Célcsoport: a 65 éven felüli idősek, a demens idősek, a mentálisan enyhén fogyatékosok.

A régió 1,2 millió lakosának 23%-a 65 éven felüli, és jelenleg 2%-uk (55 ezer fő), kap otthonában szociális gondozást. Ez a szám 2051-re megduplázódik. A régió két alapvető időspolitikai célt fogalmazott meg: *a) az idősek életminőségének javítása; b) a kiadások növekedésének elkerülése* a gondozás fenntarthatósága érdekében. A régió időspolitikájában 2005-től szerepel az innovatív megoldások előtérbe helyezése, amely különböző aktorok bevonásával (a kutatók, a közszéfer,

a piac, a szociális és az egészségügyi ellátórendszerek) különösen nagy hangsúlyt fektet az infokommunikációra.

A részben az EU finanszírozta Dreaming-program krónikus betegségeket mérő szenzorokat és vészjelzőket fejleszt ki. Ezek a nap 24 órájában mérik az életfunkciókat, a súlyt, a vérnyomást, a glukózsztintet, az oxigénnel való ellátottságot, és érzékelik a mozgást, a füstöt, a vízszivárgását.

„Refreedom”

Ez a projekt a tájékozódási problémákkal küszködők, elsősorban a korai stádiumban lévő demens emberek számára nyújt segítséget, automatikus technikai eszközökkel segíti őket a tájékozódásban mind a lakásukban mind az otthonukon kívül.

LAK (Living for All Kitchen/Élet a konyhákban)

A project egy piaci régiós kutatás-fejlesztés, amely a mentálisan enyhén fogyatékosok, így az enyhén demens idős emberek számára teszi lehetővé a különféle konyhai tevékenységek biztonságos elvégzését, és ezzel hozzájárul önállóságuk megőrzéséhez (Olsson 2014: 31).

Egyesült Királyság – Délkelet Wales²¹

SEWIC-programok – távgondozás

Célcsoport: a 65 éven felüli idősök, a fogyatékosok.

A 3 millió lakosú Délkelet-Wales 15,3%-a 65 éven felüli, arányuk folyamatosan emelkedik, növekvő szociális költségeket vonva maga után. A helyi önkormányzatok ezért Délkelet-Wales régiójában egy együttműködési megállapodás keretében létrehozták a Délkelet-Wales Fejlesztési Együttműködést (South East Wales Improvement Cooperation – SEWIC). A SEWIC alapvető célja a bentlakásos intézmények háttérbe szorítása és a piaci szereplők bevonása a gondozásba. Céljuk *a) a minőségi otthonmaradást* elősegítő; és *b) egyben az önkormányzati költségeket* csökkentő különféle modellek kidolgozása, bevezetése: (1) a technikára épülő segítő eszközök (Assistive Technology); (2) a távgondozás (Telecare); (3) a távegészségügyi segítség, az ápolás (Telehealth); (4) az akadálymentes, gondozással egybekötött lakások (Accommodation with Care).

²¹ http://www.ssiacymru.org.uk/home.php?page_id=7062 (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

Franciaország

Senioralert²²

Célcsoport: a 65 éven felüli idősek.

Franciaországban évi mintegy 9 ezer 65 évnél idősebb személy hal meg esés és következtében (PdC 2005: 5). Az esés az idő múlásával az önállóság nagyfokú elvesztését okozhatja: az 1 óra utáni 10%-os autonómiavesztés 3 órával később megháromszorozódik, 6 óra elteltével 50%-ra emelkedik, 12 órát követően az idős az önállóságát csaknem teljesen elveszítheti, aminek következménye a másokra utaltság vagy intézménybe kerülés (BS: 2).

A Senioralert rendszert ennek a problémának az elkerüléséért fejlesztették ki. A rendszer egy központi adóvevőből, egy vezeték nélküli mozgásérzékelőkből, valamint a bejárati ajtó nyitás-zárás érzékelőjéből áll, és folyamatosan rögzíti és elemzi a személy mozgását és aktivitását. A szokásostól eltérő viselkedésnél riasztást küld a családtagoknak (vagy egy másik megnevezett személynek) és/vagy a gondozószolgálatnak. Az éjszakai mozgásérzékelők automatikusan bekapcsolják az éjszakai világítást. Az ágynál elhelyezett mozgásérzékelő mozgáshiány esetén meghatározott idő elteltével jelzést küld. Hasonló elven működik a hűtőszekrény ajtajának nyitásérzékelője. A füstérzékelő a túlzott meleg vagy a felszabaduló füst esetén ad jelzést. A falra szerelhető tablet a felhasználó hozzájárulásával vészjelzés esetén azonnal fotót küldhet a hozzátartozóknak vagy a gondozószolgálatnak, Az idős ember maga is online kapcsolatba léphet a gondozószolgálatl, illetve a vészjelző készülék hívógombjával segélyhívást indíthat. A hordozható készülék hatósugara 100 méter. A tablet hangos naptár és emlékeztetők beállítását is lehetővé teszi. A folyamatosan rögzített adatokhoz vagy a program változtatásához csak az illetékes személy férhet hozzá (Tróbert 2014).

Bluelinea – BlueGard® karkötő

Célcsoport: az Alzheimer betegségben szenvedő idősek.

A súlyosabb, a bolyongás tüneteit mutató Alzheimer-betegek pontos nyomon követésére szolgál az a karkötő, amely egy GPS koordinátáinak megadásával pontosan beméri az idős ember tartózkodási helyét, és a műszer azonnal értesíti a hozzátartozót vagy a gondozószolgálatot, szükség esetén a mentőt, ha a demens ember elhagyja a még veszélytelennek ítélt láthatatlan zónát (Tróbert 2014).

²² <http://www.senioralerte.com/articles/presentation-senioralerte.html?play=ok> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

„Maison Bleue”

Célcsoport: idősek, informális gondozók.

A piac által létrehozott mintaházban a mintegy 200 technikai eszköz három célt szolgál: a prevenciót; segítséget a gondozottaknak; segítséget a segítőknek. A mintaházban az egyszerűbbektől a magas szintű ápolási feladatokat és a súlyos beteg életét megkönnyítő eszközökig minden megtalálható. Magas szintű technikai megoldást képvisel az az automata betegszállító készülék, amely egy könnyen kezelhető betegemelő és a lakás plafonján végigvonuló sín segítségével teszi lehetővé, hogy az érintett önállóan jusson el a fürdőszobába vagy a mellékhelységbe. A mintaházban állandó tanácsadó áll a családok és a gondozók rendelkezésére, és egy koordinációs iroda minden gondozással összefüggő témakörben²³ komplex megoldásokat kínál az internetes portálján.

Magyarország

Webnővér

Célcsoport: az idős embert, a gyermeket vagy beteget gondozó, ápoló családtagok, az informális gondozók.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat (az Európai Unió Central Europe program támogatásával) a HELPS-projekt keretén belül 2014 elejére fejlesztette ki azt az ingyenesen hozzáférhető weboldalt, amely oktatófilmekkel adja át az ismereteket a szaktudással nem rendelkező családtagoknak. Az oldalon egy ún. szolgáltatási térkép is található, amely információt ad a lakóhely közelében a gondozáshoz szükséges szolgáltatásokról. Továbbá lelki, táplálkozási, jogi és gondozási tanácsokkal segíti az informális gondozót (Tróbert 2014).

Ausztria

Alzheimer Angehörige²⁴

Célcsoport: a demens időst ápoló családtagok, az informális gondozók.

Ausztriában az Alzheimer-betegséggel élők 70–80%-át a család gondozza átlagban heti 70 órában.²⁵ Az osztrák önszolgáltató csoport internetes linkkel támogatja a gondozókat a következő lehetőségekkel: *a)* ajánlások az Alzheimer-betegséggel élők kezeléséhez; *b)* „tippek” a mindennapi életvitelhez; *c)* a gondozás tehermentesítésének lehetősége; *d)* a megfelelő környezet kialakítása. Ennek alapvető elemei a következők.

1. Világítás: az árnyékoló fény kerülése; világos helységek; éjszaka gyenge, a tájékozódást segítő fényforrás; a WC, a fürdő, a szobaajtók jó megvilágítása és nagybetűs feliratozása (a felejtés ellensúlyozása érdekében).

²³ <http://www.lamaisonbleue41.fr/> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

²⁴ <http://www.alzheimer-selbsthilfe.at> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

²⁵ Más országokban is a demens ember gondozását alapvetően a család látja el.

2. *Lakás*: a körbejárhatóság kialakítása (a bolyongó idős nem tévesztheti el az irányt); átlátható, világos és barátságos atmoszféra; lekerekített sarkok; fogódzók; gyakran használt tárgyak közeli elérhetőségének biztosítása; az idős embert zavaró minták eltávolítása a padlóról (a minta elbizonytalanítja őket); a lerámolható tárgyak eltávolítása (a nagyfokú rend zavarja a demens embert, jellemző rá a rá-molási kényszer).

3. *Lépcső* a (lakáson belül és kívül): a csúszós felületek megszüntetése; jelekkel ellátott, könnyen elérhető kapaszkodók felszerelése.

Németország

Alzheimer BLOG²⁶

Célcsoport: a demens időst ápoló családtagok, az informális gondozók.

2008-ban indította el a német Alzheimer Társaság azt az internetes bejegyzésekkel folyamatosan bővülő weboldalát, amely szakemberek révén, de egyben az élethelyzetek, a napi gondok ábrázolásával és nem utolsósorban a tapasztalatok átadásával könnyíti meg az Alzheimer-beteget gondozó családtagok és az idősek életét. Tájékoztatót és adminisztratív segítséget nyújt a bürokratikus ügyek kezeléséhez, de egyben lelki támaszt is ad azoknak, akiknek a betegség miatt szegény-érzetük van, az idősek saját élethelyzetüket leírva „kibeszélhetik” magukat.²⁷

„Kölcsön a lakás akadálymentes modernizálásához” (KfW bankcsoport)²⁸

Célcsoport: az idősek.

A pénzügyi szektor számára már korábban is csábító célcsoport volt az idősebb generáció, régóta különböző konstrukciókat ajánlanak fel az idős korosztálynak (lakásszerződés, életjáradék). A közelmúltban egy új lakás szegmensben jelentek meg a piaci szereplők a „lakás akadálymentes modernizálásához” nyújtott kölcsön révén. Ilyen attraktív kölcsönt kínál például a német KfW az idősbarát akadálymentes lakások kialakítására 50 ezer euróig. Ezen összeghatárig nemcsak a már meglévő lakás akadálymentesítése lehetséges, de a lakás „újratervezése” is.

Norvégia

Facebook Light²⁹

Célcsoport: a demens idős emberek.

A norvég társadalomban, ahol a magas élettartam miatt a demenssé válás esélye fokozott, egy interdiszciplináris kutatói team a betegek társadalmi kirekesztettségét a következőképp fogalmazta meg. „*Miért kell a demenciával élő embereket*

²⁶ <http://www.alzheimerblog.de/> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

²⁷ Magyarországon Győrben található már Alzheimer café.

²⁸ <http://www.wedo-partnership.eu/good-practice/grants-age-friendly-houses> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

²⁹ <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/09/110915113627.htm> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

a tömegkommunikációból és az új típusú web alapú kommunikációból kizárni, s ezzel társadalmi kirekesztettségüket fokozni?” Válaszként a SINTEF³⁰ mérnökei 2011-től folyamatosan fejlesztik a demens idősök mindennapi életvitelét és a kommunikációjukat segítő web alapú programot. Az eddigi tesztek a következőket bizonyították: *a)* az egyszerű kommunikáció növelte az idős biztonságát; *b)* lerövidítette a gondozás időtartamát; *c)* a demens ember családdal, külvilággal való kapcsolata erősödött; *d)* ez pozitív hatást gyakorolt a kedélyállapotára, az egészségi állapota javult; *e)* ami megkönnyítette mind a formális, mind az informális gondozó munkáját.³¹

USA – Portland

Memory Garden³²

Célcsoport: a demens idős emberek.

Bár nem az unióból való a példa, mégis tanulságos a közreadása, mert megmutatja, hogy a külső környezet kialakításával a demens idős ember még a bolyongás stádiumában is képes a külvilágban mozogni. Az Oregon állambeli Portland kertészmérnökei, gondozói, az érintett családtagok, a szomszédok, az önkéntesek speciális kertet alakítottak ki az enyhén demens emberek számára, és ennek megvalósításához már a tervezés fázisában az időseket is bevonták. Az Emlékezés Kertjét (The Portland Memory Garden, Portland) a betegség sajátosságait figyelve építették: a kert körkörös utakból áll, biztosítják, hogy a demens idős ne tévedjen el (tájékozódási nehézségek, bolyongás); megfelelő világítással biztonságos nagy tereket alakítottak ki; a beteg ember számára értelmezhető jelrendszereket állítottak fel; a különböző testmagassághoz alkalmazkodó padokat helyeztek el, az évszakoknak megfelelően harmonikus színű virágokat ültettek; madarakat és simogatható, szelíd állatokat telepítettek a kertbe.

Összefoglalás

A bemutatott példák összeválogatása azt kívánta illusztrálni, hogy a tartós gondozás kihívása hasonló vagy azonos válaszokat eredményezett, amelyek azonban egymástól függetlenül jöttek létre. A válogatásnál szempont volt a szereplők sokszínűségének az ábrázolása, annak megjelenítése, hogy az önkormányzatok, a regionális és az uniós döntéshozók, a piac, a kutatók, az önszervező csoportok, maguk az idősek, a nonprofit szektor és a civil társadalom mind érzékeli a kihívást és a megoldást (a közreadott példákban) a technika és/vagy a megfelelő környezet kialakításában látják. Mindkettőt olyan eszköznek tekintik, amely alkalmas a tar-

³⁰ A SINTEF a legnagyobb skandináv független kutató-fejlesztő szervezet.

³¹ <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/09/110915113627.htm> (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

³² http://www.youtube.com/watch?v=Hq857Y_Tbc (utolsó letöltés: 2015. 01. 07.)

tósan gondozott idős életminőségének javítására, a formális gondozás költségeinek csökkentésére és a formális és az informális gondozók terheinek enyhítésére (bár a technika vagy a környezet önmagában nem váltja ki a személyközpontú gondozást).

Ugyanakkor a különféle szereplők problémakezelési motivációi eltérőek. A példák egyik típusában a gondozás problémája önkormányzati vagy regionális szinten jelenik meg, és az elsődleges motiváció a szociális ellátórendszer költségeinek csökkentése az idős ember életminőségének javítását célzó politikába beágyazva. Innováció nélkül a finn példában az otthoni idősgondozási rendszer 10 éven belül pénzügyileg összeomlana, a gondozás vagy nem lenne mindenki számára hozzáférhető, vagy súlyos minőségi romlással járna. Hasonló helyzettel szembesült a svéd városvezetés is. A walesi önkormányzat finomabban fogalmazott, és az idősek minőségi otthonmaradásához rendelte hozzá az önkormányzati költségek csökkentését.

A példák másik típusában az önszorgató informális gondozók, elsősorban a családtagok azok, akik új utakat keresésével akarják gondozási terheiket enyhíteni. A tanulmányban bemutatott Alzheimer-betegekkel kapcsolatos német és osztrák példa világszerte elterjedt hasonló megoldást szemléltet. Az internet sokféle lehetőséget nyújt, kezelése egyszerű, ráadásul olcsó, ezért kedveltek a speciális weboldalak és a hozzájuk kapcsolódó tematikus információk, a videók, a fórumok, a különféle tanácsadások.

A szereplők következő csoportját alkotja a piac, illetve a tisztán piaci alapú vagy a piacot és a tudományos szférát összekapcsoló kutatások-fejlesztések (norvég, francia példák), illetve ismét újabb egységbe sorolhatók a kizárólagos pénzügyi szempontok szerint vezérelt innováció (német).

A jó megoldás létrejöhet a nonprofit szférában vagy önkéntes alapon a témában jártas szakemberek, az érintettek és a velük szimpatizálók, illetve a mikroközösség részvételével, a tudásukkal, a szakértelmükkel és az elképzelések kivitelezésével biztosítva a célkitűzés megvalósítását. A WebNővér a nonprofit szféra, a Memory Garden (Emlékezés Kertje) a civil szféra innovatív képességét és a kihívás kezelésében játszott fontos szerepét mutatja.

A példák közös vonása, hogy a technikai innováció, még ha fejlesztésről van is szó, alapvetően a már meglévő technikai tudásra épül: mint a hálózati vagy a mobiltelefon, a digitális eszközök, a GPS alapú készülékek, az emlékeztetők, a televízió, a gondozáshoz illeszkedő szenzorok, a figyelőrendszerek, az idősek funkcióromlását ellensúlyozó eszközök.

Kiemelendő, hogy a számítógépek és a tabletek elterjedésével, a számítógépes tudás növekedésével, az internet adta lehetőségek egyre jelentősebb szerepet kapnak az innovatív megoldások között mind az informális gondozók segítése/önsegítése, mind a formális gondozók tehermentesítése terén.

Figyelmet érdemel, hogy a sorstársakkal együtt sokszor a gondozottak képviselik saját érdekeiket, hívják fel a döntéshozók figyelmét a problémáikra, és teszik könnyebbé tapasztalataik átadásával mindennapjaikat.

„Kombinált” innovációra is láttunk példát, amikor a technikai, az infokommunikációs és az építészeti, környezeti elemek együttes alkalmazása jelentette a megoldást (a német Alzheimer Angehörige).

Hangsúlyozandó, hogy az innovatív példák nem lettek volna eredményesek az adott célcsoport igényeinek, problémáinak, a betegség jellemzőinek ismerete nélkül. Az építészeti elképzelések a technikaiak alternatívájaként is szolgálhatnak. A Memory Gardenben a bolyongást nem a GPS nyomon követő tulajdonsága akadályozza meg, hanem egy építészeti terv, a körkörös utak megépítése. A demens ember nem válik zavarodottá és nem szorong, ezért lesz jobb a közérzete. Egy ötletes, olcsó, a közösség önkéntes munkájával, a betegségnek megfelelő külső környezet létrehozásával volt mindez elérhető.

Az elmondottak igazolják, hogy a demográfiai kihívás problémájára adott egyik lehetséges válasz a technikai és a környezeti innováción alapszik. Átütő erejű mégis csak akkor lehet, ha a jó gyakorlatok minél nagyobb körben válnak ismertté, és a különböző szereplőket azok átvételére vagy azok hasonló irányú továbbgondolására készítetik elkerülvén a „spanyolviasz” szindrómáját, egy időt igénylő megoldás újbóli feltalálását. Az ízelítőként bemutatott példák ehhez kívántak segítséget nyújtani és az olvasót „böngészésre” készíteni.

Irodalom³³

- AAL (Ambient Assisted Living projects) projektek. <http://www.aal-europe.eu/>
 Alzheimer's Disease International (2013).
<http://www.alz.co.uk/research/statistics>; <http://www.alz.co.uk/adi-research>;
<http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk>;
<http://www.alz.co.uk/world-alzheimers-month/about>;
<http://www.alzinfo.org/08/alzheimers/world-alzheimers-day>
 Alzheimer Blog. <http://www.alzheimerblog.de>
 Alzheimer's Society – Tunshill (2014): Dementia-friendly technology: Delivering the National Dementia Challenge. http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1921
 Błędowski, Piotr (2004): *National Background Report for Poland*. EUROFAM-CARE, Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. Hamburg: University Hospital Hamburg–Eppendorf. http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_poland_rc1_a4.pdf
 Błędowski, Piotr (2011): *Long-term Care in Poland: Recent Trends and Future Development*. Presentation. International Symposium on Long-term Care and Old-Age Security. Beijing: Renmin University of China.

³³ Az interneten elérhető hivatkozások utolsó letöltésének dátuma a kézirat lezárásának időpontja: 2015. 01. 07.

- Boccagni, Paolo – Sergio Pasquinelli (2010): *The Potential of ICT in supporting Immigrant Care Workers in Domiciliary Care in Italy*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC59427.pdf>
- BS: Senioralert. La Téléassistance Active®. Brochure. <http://www.senioralerte.com/pdf/brochure-senioralerte.pdf>; <http://www.senioralerte.com/articles/presentation-senioralerte.html?play=ok>
- CARICT (2011): *ICT-based solutions for caregivers: Assessing their impact on the sustainability of long term-care in an Ageing Europe*. European Centre for Social Welfare Policy and Research – IPTS-JRCT European Commission. http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1850
- Colombo, F. et al. (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>.
- Council of the European Union (2014): *Adequate Social Protection for Long-Term Care Needs in An Ageing Society*. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services. 10406/14 Add 1, Soc 403, Ecofin 525. http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf
- EC (2007): Health and long-term care in the European Union. *Special Eurobarometer*. European Commission. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
- EC (2010): *Europe 2020 Targets: Poverty and Social Exclusion*. Active Inclusion Strategy. http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/themes/33_poverty_and_social_inclusion.pdf; <http://www.healthyageing.eu/initiatives/european-policies-and-initiatives>
- EC (2012a): The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). *European Economy*, No. 2. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm
- EC (2012b): *Long term care for the elderly. Provisions and providers in 33 countries*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf
- EC (2013): *Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options*. Staff Working Document (SWD) 2013. 41 final. Brussels: European Commission. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044&langId=en&newsId=1807&moreDocuments=yes&tableName=news>
- EC (2014): *Access City*. Award 2014. European cities responding to the accessibility needs of ALL citizens. http://ec.europa.eu/justice/events/access-city-award-2015/files/access-city-award-2014-brochure_en.pdf
- EC European policies and initiatives. <http://www.healthyageing.eu/initiatives/european-policies-and-initiatives>
- ENABLE-AGE (2002–2004): *Enabling Autonomy, Participation, and Well-Being in Old Age: The Home Environment as a Determinant for Healthy Ageing project*. <http://www.enableage.arb.lu.se/>

- Eurocarers (2014): *European Parliament Interest Group on Carers on Carers*. Meeting, Brussels, April 2014. <http://www.carealliance.ie/userfiles/file/EP%20Interest%20Group%20meeting%20April%202014.pdf>; http://www.eurocarers.org/about_history.php; <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/eqls/>
- EUROFAMCARE (2003–2005): *Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. The project EUROFAMCARE. <http://www.uke.de/extern/eurofamcare/konsortium.php>
- European Foundation (2010): *Arrangements for workers with care responsibilities for sick or dependent relatives – the situation in the EU*. Info sheet. Employment policy guidelines (2008–2010) – Integrated guideline No.18. http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2010/93/en/1/EF1093EN.pdf
- European Foundation (2012): *European Quality of Life Survey 2011–2012*. <http://discover.ukdataservice.ac.uk/Catalogue/?sn=7316&type=Data%20catalogue>
- European Innovation Partnership on Active Ageing. A Europe 2020 Initiative. http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing
- Ferri, Cleusa P. et al. (2005): Global Prevalence of Dementia: A Delphi Consensus Study. *The Lancet*, (366), 9503, 2112–2117. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2805%2967889-0/fulltext>
- FUTURAGE (2011): *A Road Map for European Ageing Research project*. <http://futurage.group.shef.ac.uk/>
- Georgantzi, Nena et al. (2014): *ICT for ageing well: Listen to what older persons think!* www.homesweethome-project.be; http://age-platform.eu/images/stories/Publications/HSH_publication_webversion.pdf
- Golinowska, Stanisława – Izabela Styczyńska (2012): Quality Assurance Policies and Indicators for Long-Term Care in the European Union. Country Report: Poland. In *Social welfare policies, ENEPRI Research Reports*. <http://www.ceps.eu/book/quality-assurance-policies-and-indicators-long-term-care-european-union-country-report-poland>
- HELPS (2011–2014): *Housing and Home-care for the Elderly and vulnerable people and Local Partnership Strategies in Central Europe project*. <http://www.helps-project.eu>; [http://www.central2013.eu/nc/central-projects/approved-projects/funded-projects/?tx_fundedprojects_pi1\[project\]=113](http://www.central2013.eu/nc/central-projects/approved-projects/funded-projects/?tx_fundedprojects_pi1[project]=113)
- Horecký, Jiří (2013): Dignity first priorities in reform of care services (Sweden, 26–27 September 2013). Prepared for the Peer Review in Social Protection and Social Inclusion programme coordinated by ÖSB Consulting, the Institute for Employment Studies (IES) and Applica (funded by the European Commission) ÖSB Consulting, 2013. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1024&newsId=1903&furtherNews=yes>
- InnovAge (2012–2014): *Social Innovations Promoting Active and Healthy Age*. <http://www.innovage.group.shef.ac.uk/>
- Jagger, C. et al. (2013): Mind the gap – reaching the European target of a 2-year increase in healthy life years in the next decade. *European Journal of Public*

- Health*, (23), 5, 829–833. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/23/5/829.full>; <http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk/map2030-modelling-ageing-populations-to-2030.html>
- Jarrold, Kara – Sue Yeandle (2009). *A Weight off my mind. Exploring the impact and potential benefits of telecare for unpaid carers in Scotland*. Leeds: University of Leeds/Carers Scotland. <http://circle.leeds.ac.uk/projects/completed/technology-it-care/exploring-the-impact-and-potential-benefits-of-telecare-for-carers-in-scotland/>
- Joint Action on Alzheimer Cooperation Valuation in Europe – ALCOVE. <http://ec.europa.eu/eahc/news/news213.html>
- Kaath, Gerard te (2008): *Trends in Housing for Older People*. Conference Report. HOPE Conference 8th, May 2008, Copenhagen. http://81.47.175.201/flagship/attachments/Housing_Older_People_trends.pdf
- Kähler, Margrethe (2008): *Trends in Housing for Older People*. Conference Report. HOPE Conference 8th, Copenhagen, May 2008. http://81.47.175.201/flagship/attachments/Housing_Older_People_trends.pdf
- Keck, Wolfgang – Chiara Saraceno (2010): Caring for a parent while working for pay in the German welfare regime. *International Journal of Ageing and Later Life*, (5), 1, 107–138. <http://www.ep.liu.se/ej/ijal/2010/v5/i1/a05/ijal10v5i1a05.pdf>
- Kluzer, Stefano – Chistine Redecker – Clara Centeno (2010): *Long-term Care Challenges in an Ageing Society: The Role of ICT and Migrants*. Results from a study on England, Germany, Italy and Spain. Seville: Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/files_epractice/sites/Long-term%20Care%20Challenges%20in%20an%20Ageing%20Society%20-%20The%20Role%20of%20ICT%20and%20Migrants%20-%20Results%20from%20a%20study%20on%20England,%20Germany,%20Italy%20and%20Spain.pdf
- Lanzieri, Giampaolo (2011): The greying of baby boomers. A century-long view of ageing in European populations. *Eurostat, Statistics in Focus*, 23, 1–11. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ity_offpub/ks-sf-11-023/en/ks-sf-11-023-en.pdf
- Lopes, Manuel José et al. (2013): Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, (21), no. Spe, Ribeirão Preto Jan./Feb. 2013. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700008&script=sci_arttext#nt1
- Luijben, A. H. P.– H. Galenkamp – D. J. H Deeg (2014): *MOPACT (Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe. Active Ageing in Europe. Trends in Healthy Life Expectancy and Health Indicators Among Older People in 27 EU Countries*. <http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/Health-Well-being-HLY-review.pdf>; <http://mopact.group.shef.ac.uk/review-health-life-expectancy-across-europe/>
- Mollenkopf, Heidrun – Ursula Kloé – Elke Olbermann – Guido Klumpp (2010): *The Potential of ICT in Supporting Domiciliary Care in Germany*. Luxembourg,

- Publications Office of the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union <http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC56575%20.pdf>
- MOPACT (2013–2017) project. WP8 Background report, 2014. Manuscript.
- Murphy, M. et al. (2014): *Modelling Ageing Populations to 2030 (MAP2030)*. New dynamics of ageing (NDA) programme, A cross-council research programme. http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk/assets/files/NDA%20Findings_14.pdf
- OECD (2013): *Health at a glance*. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/08/09/index.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2013-79-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&accessItemIds=%2fcontent%2fbook%2fhealth_glance-2013-en
- Olsson, Silas (2014): *Turning Demographic Ageing in Europe into Opportunities*. Report. <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/library/index/show/id/821>
- PdC (2005): *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*. Recommendations. SFDRMG – HAS. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
- Perek-Bialas, Jolanta – Andreas Hoff (2014): *AAL/telecare and rural ageing*. AAL solutions for independent living in depopulated rural areas of East Germany and Poland. XVIII ISA World Congress of Sociology, Yokohama, Japan, July 13–19. <https://isaconf.confex.com/isaconf/wc2014/webprogram/Paper68057.html>
- Stula, Sabrina (2012): *Wohnen im Alter in Europa – aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen*. Arbeitspapier Nr. 7 der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa. Berlin, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_DE.pdf
- Széman Zsuzsa – Pottondy Péter (2006): *Idősek otthona*. Budapest: Magyar Máltai Szeretetszolgálat – MTA Szociológiai Intézet.
- Tróbert, Anette Mária (2014): *Innovatív példák tartós gondozásra Franciaországban és Belgiumban megvalósult projektek*. MOPACT WP 8 (munkaanyag).
- Walker, Alan (2014): *Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe*. Presentation First MOPACT Active Ageing Forum, Brussels, 19 May 2014. <http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/11/1st-Forum-Walker.pdf>
- Walleczek, Sylvia (2008): *Trends in Housing for Older People*. Conference Report. HOPE Conference 8th, Copenhagen, May 2008. http://81.47.175.201/flagship/attachments/Housing_Older_People_trends.pdf
- WHO (2002): Kalache, Alexandre – Isabella Aboderin – Irene Hoskins: Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, (80), 3. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862002000300011&script=sci_arttext&lng=esWHO
- WHO (2012): *Dementia*. A public Health Priority. Alzheimer's Disease International. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1

TRÓBERT A. MÁRIA

AZ IDŐS HOZZÁTARTOZÓT ÁPOLÓK TÁMOGATÁSÁNAK JELENTŐSÉGE*

Az időskori krónikus betegségek magas kezelési költségei, valamint a szociális ellátórendszer finanszírozási nehézségei növelik az időskori önállóság megőrzésének és az informális segítők munkájának jelentőségét. A szociális szolgáltatásokban testet öltő társadalmi szolidaritás mellett újra hangsúlyossá válik a családi támogatás. A beteg családtag gondozását felvállaló hozzátartozók számos nehézséggel találkozhatnak a segítő szerepben. Mivel munkájuk pótolhatatlan, társadalmi támogatásuk egyre fontosabb lenne. A tanulmány a segítő szerep néhány fontos kihívását mutatja be.

Bevezetés

A társadalmak előregedése világszintű probléma. Hátterében a társadalmi-gazdasági fejlődés áll, melynek következtében növekszik az újszülöttek túlélési esélye, csökken a termékenységi ráta, és megnövekszik az átlagéletkor (*Une bonne...* 2012). A születéskor várható átlagos élettartam emelkedése azonban nem mozog párhuzamosan az egészségben várható élettartammal. A kettő közötti olló miatt nő az intenzív gondozást igénylő idősök száma. Az igen költséges intézményi ellátás helyett előtérbe kerülnek a házi gondozási formák. Magyarországon 1995-ben 44 449-en, 2012-ben pedig már 125 281-en részesültek házi gondozásban. Ezzel együtt 3,6-ról 7,8-ra emelkedett az egy gondozóra jutó ellátottak száma (*Szociális Statisztikai Évkönyv* 2012: 117). Nyilvánvaló, hogy egy gondozó jóval kevesebb időt tud egy gondozottra fordítani, aminek következményeként az ellátásban minőségi romlással kell szembenéznünk. Az alapellátásban dolgozó gondozók túlterheltek, a házi gondozás keretében maximálisan igénybe vehető négyórás gondozási idő nem biztosítható. Ezáltal az ápolás, gondozás megoldása a családokra hárul. A szociális szolgáltatások és az ápolási díj igénybe vételét mutató statisztikákon kívül nagyon kevés magyar adattal rendelkezünk a hozzátartozókat ápoló családtagokról. Nincsen olyan hazai kutatás, amely behatóan foglalkozott volna a családi informális gondozókkal.

* Jelen írás kapcsolódik Széman Zsuzsa: Innovatív megoldások az idősök otthonmaradása érdekében: technika, infokommunikáció, környezet című tanulmányának családi gondozókkal (family carer) kapcsolatos részéhez (*Esély*, 2015/1).

A hozzátartozót ápoló családtag fogalma

A gondozás családi felvállalása esetén általában egy, a család vagy önmaga által „kijelölt” családtag elsődleges segítővé válik a beteg mellett. A kijelölés nem a véletlen műve, és a kiválasztott, még ha kényszerűségnek éli is meg, nem mindig tudja, vagy személyiségéből adódóan nem mindig képes visszautasítani a rá osztott szerepet (Mollard 2009: 262). A kijelölésben szerepet játszik a házastársi vagy gyermeki kötelezettség, a nem, a társadalmi tőke, a földrajzi távolság és az érzelmi kötődés is (Pennec 2006: 53).

A magyar szakirodalomban még nem született egységes fogalom a beteg családtagot ápoló hozzátartozó megnevezésére. Angolul a „family caregiver”, „family carer”, franciául az „aidant naturel”, „aidant proche”, „aidant familial” kifejezés használatos. Ez utóbbit a számukra készült útmutató így határozza meg: „az a személy, aki nem professzionális címen segítséget nyújt önállóságát veszített idős vagy fogyatékkal élő családtagjának mindennapi tevékenységeiben” (*Le guide de l'aidant familial*, 2007: 11). A fogalom meglehetősen összetett valóságot, igen változatos élethelyzeteket takar (Pennec 2006): a gondozók a *nem*, a beteggel fennálló *családi kötelék* típusa, a *családi státusz*, a *beteggel való kapcsolat jellemzői*, az *ellátott feladatok*, az *anyagi helyzet*, valamint a rendelkezésre álló és igénybe vett *szociális*, illetve egyéb, *informális támogatás* alapján számos csoportba sorolhatók.

A családtagok ún. informális segítőként sok helyütt elsődleges szerepet játszanak a gondozási folyamatban. 2007-ben az általuk végzett munka felbecsült értéke Angliában meghaladta a formális segítségnyújtásra (szociális szolgáltatásokra) fordított összeget (Carers UK 2007).

Az otthoni idősgondozás hazánkban jelentős anyagi terheket róhat az érintett családokra. A külső, informális segítség magas privát ápolási díjjal jár, amit kevesen tudnak megfizetni. Ha a család egy tagja felvállalja az ápolást, szembesülnie kell azzal, hogy munka mellett ez a megterhelő feladat nehezen teljesíthető. A munkaerőpiacról azonban nem lehet kilépni, hiszen az igényelhető ápolási díj összege csekély.¹ Mivel az idős nemzedék aránya az össznépelességen belül egyre jelentősebbé válik, fontos kérdés, hogy vajon a jövőben milyen erőforrásokat tudunk mozgósítani a gondozási folyamathoz.

Egy kilenc európai országra kiterjedő kutatás a jelenlegi demográfiai adatok segítségével azt vizsgálta, hogy az idősek szociodemográfiai jellemzőinek fejlődése hogyan hat majd jövőbeli életmódjukra, s ezáltal gondozási igényeikre – gondozási formák és intenzitás szempontjából (Gaymu et al. 2007). Jelenleg a 75 év feletti beteg férfiak nagy részének még él a házastársa és van gyermeke, a nőknek viszont jóval kisebb része éli meg ezt a kort házastársával együtt. Ebben a tekin-

¹ A 18. életévet betöltött tartósan beteg személy ápolását végzők ún. méltányossági ápolási díjban részesülhetnek, melynek összege a törvényben meghatározott alapösszeg 80%-a (2014-ben 23 600 Ft). – 1993. évi III. törvény 43/B §.

tetben javulás várható: míg a vizsgált országokban 2000-ben a 75 év felettiek 68 százaléka volt özvegy, a becslések szerint ez az arány 2030-ra 48 százalékra csökkenhet, és várhatóan csökkenni fog a gyermektelenek aránya is (uo.: 797–798). Mivel kevesebb lesz az özvegy és a gyermektelen idős, valószínű, hogy több idős betegnek lesz majd potenciális családi támasza, mint jelenleg. Mindemellett továbbra is kérdés, hogy a támasszal rendelkezők körében mozgósítható lesz-e a családi tőke, vagyis a családtagoknak lesz-e lehetőségük, illetve motivációjuk részt venni az idős beteg gondozásában (uo.: 799). Ráadásul növekedhet a társadalomban azoknak a pároknak az aránya, ahol mindkét tag gondozásra szorul, és várhatóan növekszik az egyedülállók száma is (uo.: 808, 810).

Mivel a népesség elöregedésével várhatóan egyre többen kerülnek majd gondozói helyzetbe, növekszik az ápolást végző családtagok társadalmi súlya, s így támogatásának jelentősége is, hiszen a gondozásból fakadó terhek a hozzátartozót ápolók személyes életére és munkavégzésére egyaránt hatással vannak. A családi segítő szerep megélését befolyásolja a helyzet értékelése, a gondozással viselt objektív és szubjektív teher mértéke, a támogatottság, a gondozást biztosító szociális rendszer és a formális, professzionális segítőkkal való viszony is.

A segítő szerep szubjektív megélése

Míg az idős hozzátartozó ápolásával foglalkozó korábbi írások inkább annak negatív oldalára fókuszáltak, az újabb szakirodalom rámutat e speciális segítő kapcsolat pozitív aspektusaira is. A segítők megterheltségét mérő, individuumra koncentrááló kutatások kihagyták a vizsgálódásból a segítő és segített közötti érzelmi viszonyt, ami azzal a veszéllyel jár, hogy a segítő rejtett áldozatszerepbe csúszva úgy jelenik meg, mint aki pusztán elszenvedi a szituációt (Mollard 2009: 260). A segítő személyére figyelő kutatásokkal szemben Nolan és Keady (2001) éppen a segítő és a beteg közötti kapcsolatot, és a személyek közötti interakciókat helyezik előtérbe.

Az otthoni segítő szerepet – azzal együtt, hogy jelentős igénybevétellel jár és számos lemondást követelhet –, sokan pozitívan, megelégedettséggel élik meg. Caradec rámutat, hogy a helyzet megélése árnyaltabb, mint tisztán pozitív vagy negatív tapasztalat. A családi segítők típusait egy kognitív és egy affektív dimenzió mentén vizsgálta: hogyan értelmezik a helyzetet, és hogyan élik meg (Caradec 2009: 113). Interjúelemzései során négy fő típust azonosított: A „*segítés mint helyzetromlás*” (*aide-altération*) esetében a hangsúly a helyzet negatív vonásain van – a segítő helyzet mintegy lerombolja azt, ami korábban értelmet adott és jelentős helyet töltött be a segítő életében: például boldog házasság, kiváltságos kapcsolat a szülőkkel, személyes tevékenységek. Ebben a típusban a segítők a segítő helyzetet szenvedésként élik meg. A beteggel való törődés felvállalását ennek ellenére leginkább a szeretet, ragaszkodás magyarázza. A segítő tevékenység általában sok erőfeszítést igényel, mindennapos jelenléttel. A „*segítés mint kényszerhelyzet*”

(*aide-contrainte*) szintén negatív típus: az e csoportba tartozó segítők nehezen találnak értelmet a helyzetben, erősen hangsúlyozzák nehézségeit. A segítséget leginkább kötelességként élik meg. Az ellátandó munka mennyisége változó, de általánosságban közepes. A „*segítés mint elköteleződés*” (*aide-engagement*) esetében a segítő helyzetben a megélt elkötelezettség dominál, mely gyakran a jelenlegi létnek is értelmet ad. A nehézségek és pozitívumok egyaránt jelen vannak az interjú beszélgetésekben, de nem képezik a megnyilatkozások lényegét. Az ápolás felvállalását a szeretet és a kötelesség magyarázza. Az ápolás napi jelenlétet kíván meg. A „*segítés mint elégedettséget adó szerep*” (*aide-satisfaction*) típusban a helyzet nem veszélyezteti az életvitel egyensúlyát, a segítő szerepből fakadó pozitívumok kerülnek előtérbe. A segítséget inkább a szeretet magyarázza. Az ápolási tevékenység mérsékelt, a feladatok leosztása pedig erősen jelen van. A segítség típusai összefüggést mutatnak a családi kötelék típusával segítő és segített között (uo.: 119). Gyermekekre leginkább jellemző, hogy a segítséget mint elégedettséget adó szerepet vagy mint kényszerhelyzetet élik meg, házastársakra pedig inkább a helyzetromlás és az elkötelezettség típusai jellemzőek.

A családon belüli segítő szerep, még ha megélése alapvetően pozitív is, számos kihívással jár. A családtagoknak támaszra van szükségük ahhoz, hogy erőforrásokat találjanak fizikai és lelki egészségük megőrzéséhez.

Terheltség – a kimerülés veszélye

A családi segítő szerep megélésével kapcsolatosan fontos fogalom a betegápolók terheltsége („burden”), mely befolyásolja az életminőséget és az egészséget. Míg a hozzátartozó ápolásával kapcsolatos *objektív terhek* a külső tényezőkkel szoros összefüggésben például a segítséssel eltöltött idő, ellátandó feladatok terén mutatkoznak, a *szubjektív teher* a gondozási helyzet egyéni megélésére utal (Thomson–Doll 1982). Az idős családtagot gondozók körében kiemelik a stressz, a szorongás, a terheltség, a fáradtság, a fizikai és a pszichés kimerültség érzetét, valamint a csökkenő ellenálló képesség, az izoláció, a fokozott gyógyszerfogyasztás jelenségét (Ducharme–Lebel–Bergman 2001:113).

A legtöbb kutatás a segítséget jelentős stresszforrásként azonosítva a stressz és a megküzdés oldaláról vizsgálta a terheltséget (Nolan–Grant–Keady 1996, Schulz–Williamson 1997, Zarit–Gaugler–Jarrott 1999, Fortinsky 2001), és kimutatta a családi segítő szerep fizikai és pszichés szinten is jelentkező káros hatásait. A segítséget egyfajta munkaként definiálják, és kiterjesztik rá a munka területén megélt stresszel kapcsolatban használt kimerülés (*burnout*) fogalmát, mely számos faktoral mutat összefüggést, például az idős személy betegségének súlyossága, a mentális betegségek, az ápoló hozzátartozó neme, kora, a kapcsolat típusa, minősége, a stressz megélése vagy a segítői helyzet tartóssága (Ducharme–Lebel–Bergman 2001: 113).

A megterheltség jelentősen veszélyezteti a munkavégzést (Gimbert–Malochet 2012: 133), és a súlyos lelki teher akár a beteg intézményi elhelyezéséhez is vezethet (Cohen et al. 1993). Annak ellenére, hogy a családtagok gyakran nagy terhet hordoznak, sokszor csak a legvégső esetben – sürgősségi helyzetben, vagy hosszantartó krízis esetén – vesznek igénybe formális segítséget. A háttértényezők ismerete segíthet a prevenció lehetőségeinek és korlátainak feltárásában. (Paquet 2001: 78)

Tartózkodás a szociális szolgáltató rendszerrel kapcsolatban

A prevenció célja nem csupán az idős személy önállóságának mind hosszabban tartó megőrzése, hanem ezzel együtt az idős embert segítők fizikai és lelki kimerülésének megelőzése is. Kimutatták, hogy azon családi segítők körében, akiknek megküzdésére jellemző a segítségkérés – a szociális támogatás igénybevétele, kisebb a kimerülés veszélye (Mollard 2009: 263). Sokszor azonban a célcsoport éppen a formális segítséggel szemben tanúsított tartózkodása miatt nem elérhető (Paquet 2001: 79–80).

A tartózkodás a szociális szolgáltatásokkal szemben nemcsak a beteget ápolók nagy részére jellemző, hanem megfigyelhető az ápolat idősök és más családtagok körében is – tehát mélyen a családi dinamikába ágyazódó jelenség. Az ápoló családtag kimerülése esetén az ápolat tartózkodása például abban nyilvánul meg, hogy nem fogad el segítséget más személytől, vagy nyomást gyakorol az ápoló családtagra, hogy ne vegyenek igénybe formális segítséget. A családtagok tartózkodása pedig kifejeződik egyfajta racionalizálásban: a szolgáltatások igénybe nem vételét olyan érvekkel magyarázzák, hogy a feladatok nem jelentenek olyan nagy terhet, hogy ne tudnák megoldani a gondozást családon belül, vagy a szolgáltatás nem jelentene akkora segítséget, hogy az jelentős változást eredményezne az életükben, és a szolgáltatás nem felelne meg a szükségleteiknek (Paquet 2001: 85–86).

A tartózkodás kultúrában gyökerező valóság, hiszen társadalmi értékekhez, normákhoz, hiedelmekhez is köthető: a formális segítség igénybevétele gyakran egyet jelent azzal, hogy nem teljesítik a családi szolidaritás szociális normáját (uo.: 88).

A kölcsönösség normáján alapulva elterjedt nézet, hogy az idősök ápolása családi ügy, így a segítségkérést befolyásolhatja a morális tiltás vagy a félelem a megszólástól. Mivel a gondozást a családtagok kötelességként élik meg, a lehető legtovább függetlenül, önállóan kívánják megvalósítani, annak „sikeressége” pedig büszkeséget jelent. Ezért ha segítségre szorulnak, először mindenképpen az informális utat választva más családtaghoz, rokonokhoz, barátokhoz, szomszédokhoz fordulnak. Ezt erősíti a szociális rendszerrel szembeni bizalomhiány is, valamint az a félelem, hogy a szolgáltatás igénybevétele az első lépés az intézményes ellátás felé (uo.: 84–85).

Sokan büntudatot élnek meg akkor is, ha valamilyen, a pihenést lehetővé tevő átmeneti szolgáltatást vesznek igénybe. Házastársát gondozó esetében, mivel a gondozás privát életétől elválaszthatatlan, és mindennapjait szinte teljesen kitöltő feladat, felmerül az is, hogy azért nem vesz igénybe tehermentesítést, mert a saját magára szánható idővel hirtelen nem tud mit kezdeni – újra meg kell tanulnia időt szánni a saját szükségleteire. Akadályt jelenthet az időszakos vagy átmeneti ápolás igénybevételével kapcsolatosan a félelem a beteg, illetve a segítői státusz elvesztésétől – ez utóbbi főként Alzheimer-kór esetén erőteljes, hiszen a betegtől távol töltött idő után fennáll a veszélye annak, hogy a beteg nem ismeri fel elsődleges gondozóját (Mollard 2009: 64–65). Végül, mivel az ápolás pozitív, elégedettséget adó tevékenység is lehet, a gondozó ragaszkodhat a feladatból származó pszichés nyereségekhöz (Charazac 1998: 40).

Paquet kutatási eredményei szerint a tartózkodás összefügg a korrallal, a nemmel, a lakóhellyel és a szociális helyzettel: az 50 év alattiakra és a férfiakra inkább jellemző, hogy igénybe vesznek szociális segítséget. A vidékiek tartózkodóbbak, amit magyarázhat az, hogy vidéken nehezebb biztosítani az anonimitást, a bizalmasságot. A tartózkodás szintén erősebb a rosszabb anyagi körülmények között élők, valamint a mentális problémával küzdő idősök hozzátartozói körében, akik nehezen kérnek segítséget, mert félnek a stigmatizációtól. A szolgáltató rendszer struktúrája: a hozzáférhetőség, a szolgáltatások ára, a koordinációhiány, a rendszer merevsége és annak bonyolultsága, illetve a gondozók nem megfelelő képzettsége is összefüggést mutat a tartózkodással (Paquet 2001: 87–88). Ducharme (1998) kiemeli, a tartózkodás jelzi azt is, hogy a szolgáltatások nem felelnek meg a hozzátartozót gondozók igényeinek. A szociális szolgáltatások struktúrájának és működési stratégiájának megtervezésekor tehát mindezeket a tényezőket figyelembe kell venni (Paquet 2001: 93), hiszen a fizikai és pszichés kimerülés megelőzése csak akkor lehet elérhető cél, „ha megvalósul a kölcsönös tisztelet és megértésen alapuló harmonikus teherelosztás az állam, a család és a közösség terében” (Paquet 1999: 149).

A család és a szociális szolgáltató rendszer viszonya

A család és a szociális rendszer hatékony együttműködése ma még ritkán tud megvalósulni. A segítő családtagokat gyakran csupán a szociális rendszer eleve adott, közköltséget nem igénylő erőforrásainak tekintik, ritkán olyan partnerként (Twigg 1989), amely által megvalósulna az egyenrangúság, a kölcsönös tisztelet, valamint az egymás kompetenciájának és a kölcsönös függésnek az elismerése (Schoot et al. 2005).

A családtagok szerteágazó, diffúz feladatkört töltenek be a beteg mellett, az általuk nyújtott támasz lehet anyagi (hozzájárulás a gondozással kapcsolatos kiadásokhoz), ápolási-gondozási (ápolás, háztartási munkák, bevásárlás stb.) és döntési-adminisztratív (tanácsadás döntéshelyzetekben, hivatalos, adminisztrációs és

pénzügyek intézése, kapcsolattartás a formális gondozókkal, ellátás megszervezése stb.). Ezzel szemben a szociális ellátás kevésbé széles körű – csak meghatározott szolgáltatásokat biztosít a házi gondozásban. A legtöbb országban nincsenek források a segítő családtagok munkájának helyettesítésére (Gimbert–Malochet 2012: 132). Ennek ellenére kevés kezdeményezés létezik a formális és az informális segítő munkájának hatékony összehangolására, és gyakori, hogy a családtagok konfliktusba kerülnek a formális segítőkkal. Lavoie és Guberman eredményei szerint a házi gondozást végzők és az ápoló családtagok egyaránt úgy vélik, hogy konfliktusaik hátterében legtöbbször a negatív előfeltevések, a kommunikációs nehézségek, valamint a nem megfelelő információk állnak. Az ápolók részéről olyan pozitív javaslatok hangzottak el ennek orvoslására, mint például többet tanulni az informális segítőkről a graduális képzés során, meghívni őket konferenciákra, részt venni a segítő kísérésében a gyakorlati képzés során, továbbképzések szervezése a segítőkről (2009: 145). Bár a kutatás szerint mindkét fél partnerként tekint a másikra, eltérően értelmezik a fogalmat. A formális gondozók leginkább munkájuk „kiegészítését”, asszisztenciát várnak a családtagoktól, a családtagok mindenekelőtt a gondozást érintő döntési folyamatokba való bevonást, a konzultációt, a meghallgatást, tapasztalataik elismerését kérik (Lavoie–Guberman 2009: 144). Nagy különbség mutatkozik a felelősség kérdésében is: míg a családtagok úgy vélik, elsődleges felelősségük a beteg mellett a jelenlét és a támaszkodás, valamint a formális segítség megszervezése, a formális gondozók nagy része a beteg családtag ellátását a hozzátartozó felelősségének tartja, melyet a formális gondozás „felügyelete” alatt kell megvalósítania (uo.: 143). A partneri viszony megújítása a kölcsönös tiszteleten és elismerésen alapulhat.

A szociális és egészségügyi szolgáltatások fókuszában jelenleg az ellátottak vannak, a számukra támaszt biztosító családtagok szükségleteit figyelmen kívül hagyják a rendszerben (Ducharme–Lebel–Bergman 2001: 114). Az integratív szemléletben megvalósuló szolgáltatások alappilléreként Ducharme és szerzőtársai a párbeszédet, az erőforrások és kompetenciák megosztását, a segítő családtagok gyakorlati valamint a formális segítő speciális interdiszciplináris képzését jelöli meg (uo.: 116). A prevenció és a szolgáltatások mellett támaszt kell nyújtani a beteg gondozó családtagnak kompetenciái fejlesztésére, segíteni kell, hogy megoldást találjon problémáira, és értelmet tudjon adni elköteleződésének (Mollard 2009: 269). Egyén és társadalom egészsége szoros interakcióban alakul: ha a társadalom biztosítani tudja, hogy tagjai lelki egészségben éljenek, egyúttal megteremti az egyének társadalomért való hasznos munkálkodásának lehetőségét is (Tomcsányi 2003: 23).

Összefoglalás

Az idősek ellátása, gondozásuk biztosítása egyre nagyobb kihívást jelent majd, melyre csak az egyéni és társadalmi erőforrások együttes mozgósítása jelenthet megoldást. A családi és a társadalmi szolidaritás egyensúlyának megteremtése, a személyre szabott gondozási lehetőségek kidolgozása, az informális és a formális gondozók munkájának összehangolása nélkül nem valósulhat meg a jövőben minőségi tartós gondozás.

Az EU időspolitikájában az aktív idősödés előmozdítása, az idősek önállóságának mind további megőrzése elsődleges feladat, amely együtt jár a házi idősellátási formák preferenciájával. Ugyanakkor a szociális házi gondozói szolgálatok nem tudják biztosítani a beteg idősek teljes körű ellátását, s a növekvő gondozási igényekkel szükség van a családok aktivitásának növelésére is a gondozási folyamatban. Ehhez szemléletváltásra van szükség: a jelenleg túlnyomórészt gondozott-formális gondozó közt zajló folyamatba partnerként kell integrálni a családtagokat. Ezért a stratégiai tervezésben az önállóság megőrzésének feladata preventív lépéseket követel nemcsak az idősek egészséges életmódra nevelése, hanem a hozzátartozók lelki egészségvédelme terén is. A családi segítők szükségleteinek felmérése, gondozási helyzetre való felkészítésük, sajátos kompetenciáik gondozási folyamatba történő integrálása, a formális-informális gondozók közötti folyamatos párbeszéd előmozdítása, a kölcsönös felelősségvállalás erősítése a gondozási folyamat együttes alakításának, a házi gondozási formák megújulásának alapja. Szükségessé válik, hogy a társadalom törvényi szabályozással is ösztönözze, támogassa a hozzátartozók részvételét az idős beteg családtag gondozásában, emellett teret és anyagi forrásokat biztosítson szociális innovációs formák, eszközök fejlesztésére, amelyek jelentős erőforrássá válhatnak mind a formális, mind az informális gondozók számára.

Irodalom

- Caradec, Vincent (2009): Vieillir, un fardeau pour les proches? *Lien social et Politiques*, 62, 111–122. <http://id.erudit.org/iderudit/039318ar> (utolsó letöltés: 2014. 10. 28.)
- Carers UK the voice for carers (2007): *Valuing Carers – calculating the Value of Unpaid Care*. ACE National and The University of Leeds. <http://circle.leeds.ac.uk/files/2012/09/valuing-carers.pdf> (utolsó letöltés: 2014. 11. 18.)
- Charazac, Pierre (1998): *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Paris: Dunod.
- Cohen, C. A. et al. (1993): Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: a prospective study. *Gerontologist*, (33), 6, 714–720. <http://cirrie.buffalo.edu/database/10855/> (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)

- Ducharme, Francine – Corin, Ellen E. (1998): *Stratégies adaptatives face aux stressés de la vie quotidienne: Suivi longitudinal auprès de conjoints et de veufs âgés*. Rapport détaillé. Montréal: Université de Montréal.
- Ducharme, Francine – Lebel, Paule – Bergman, Howard (2001): Vieillesse et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXI^e siècle. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, (8), 2, 110–121. <http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/rupvol082.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Fortinsky, Richard H. (2001): Health care triads and dementia care: integrative framework and future directions. *Aging & Mental Health*, 5 Suppl 1, S35–48.
- Gaymu, Joëlle – Ekamper, Peter – Beets, Gijs (2007): Qui prendra en charge les européens âgés dépendants en 2030? *Population*, (62), 4, 789–822. http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=POPU_704_0789 (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Gimbert, V., Malochet G. (2012): Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes? Un tour d'horizon international. *Vie sociale*, (4), 4, 129–145.
- Lavoie, Jean-Pierre – Guberman, Nancy (2009): Le partenariat professionnel – famille dans les soins aux personnes âgées. Un enjeu de reconnaissance. *Lien social et Politiques*, 62, 137–148. <http://id.erudit.org/iderudit/039320ar> (utolsó letöltés: 2014. 11. 12.)
- Le guide de l'aidant familial* (2007). Éditions Dicom. http://www.aidautonomie.fr/IMG/pdf/guide_familial-2.pdf (utolsó letöltés: 2014. 11. 10.)
- Mollard, Judith (2009): Aider les proches. *Gérontologie et société*, 1, n° 128–129, 257–272. http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=GS_128_0257 (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Monostori Judit (2009): Öregedés. In Monostori Judit – Öri Péter – S. Molnár Edit – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré 2009*, Budapest: KSH Népeségstudományi Kutató Intézet, 79–87. http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/DemPort/07monostori_oregedes.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Nolan, Mike – Grant, Gordon – Keady, John (1996): *Understanding Family Care. A Multidimensional Model of Caring and Coping*. Buckingham: Open University Press.
- Nolan, Mike – Keady, John (2001). *Working with carers*. OPU.
- Paquet, Marlo (2001): Comprendre la logique familiale de soutien aux personnes âgées dépendantes pour mieux saisir le recours aux services. In Henrard J. C. et al.: *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*. Gouvernement du Québec, ministère des Relations internationales, Inserm, Consulat général de France à Québec, 77–95.
- Paquet, Marlo (1999): *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées*. Paris: L'Harmattan.
- Pennec, Simone (2006): Les « aidants familiaux »: des configurations hétérogènes entre les familles et au sein de chacune d'entre elles. *ADSP*, 56, 51–54. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Personne?clef=2107> (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)

- Schoot, Tineke – Proot, Ireen – Ter Meulen, Ruud – de Witte, Luc (2005): Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, (19), 2, 169–176.
- Schulz, Rich – Williamson, Gail M. (1997): The measurement of caregiver outcomes in Alzheimer disease research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, (11), Suppl 6, 117–124.
- Szociális Statisztikai Évkönyv. 2012.* Budapest: KSH.
- Thompson, Edward H. – Doll, William (1982): The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379–388.
- Tomcsányi Teodóra (2003): *A mentálhigiéné jelenségvilága.* In Tomcsányi Teodóra – Grezsa Ferenc – Jelenits I. (szerk.): *Tanakodó.* Budapest: Semmelweis Egyetem TF – Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány – HÍD Alapítvány, 16–45.
- Twigg, Julia (1989): Models of carers: How do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers? *Journal of Social Policy*, 18, 53–66.
- Une bonne santé pour mieux vieillir. Dossier pour la Journée mondiale de la Santé 2012* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75156/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_fre.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Zarit, Steven H. – Gaugler, Joseph E. – Jarrott, Shannon E. (1999): Useful services for families: research findings and directions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (14), 3, 165–177.

VAJDA KINGA

A MAGYARORSZÁGI KÓRHÁZI SZOCIÁLIS MUNKA AKTUÁLIS HELYZETE*

Változások egy 10 évvel ezelőtti országos kutatás tükrében

A tanulmányban arra vállalkozom, hogy feltérképezem a magyarországi fekvőbeteg-ellátó intézményekben végzett szociális munka aktuális helyzetét. A témában 10 évvel ezelőtt született meg az első átfogó tanulmány, amely az akkori helyzet felmérése után a pozitív és a változtatásra szoruló negatív jelenségekre is rávilágított. A tanulmány a 10 évvel ezelőtti és a jelenlegi helyzet összehasonlításával, a szabályozási változások és a közben megalakult érdekvédelmi szervezet munkájának bemutatásával ad képet az egészségügyben működő szociális munka mai helyzetéről. Egyúttal a pozitív változások és a megoldandó problémák jelzésével felhívom a figyelmet az egészségügyi és a szociális szféra mezsgyéjén dolgozó szakemberek helyzetére.

Bevezetés

Tíz évvel ezelőtt látott napvilágot egy országos, a magyar kórházakban végzett, a szociális munkát mélyen áttekintő kutatás, amelyet Magyar Zsófia (2004) készített. Azóta a témával kevesen foglalkoztak hazánkban, és mára időszerűvé vált az akkori eredmények felülvizsgálata: Milyen helyzetben van ma Magyarországon az a szociális szakember, aki egy tőle távolabb álló területen, az egészségügyben próbál meg szaktudásával a rászorulóknak segíteni? Mennyire változott a szociális szakemberek elfogadottsága az egészségügy területén a 10 évvel korábbi adatokhoz képest? Milyen változások történtek (ha történtek) a személyi és tárgyi munkafeltételek tekintetében? Sikeresen megvalósult-e a szakma törekvése arra, hogy kialakuljon egy olyan szervezet, amely az egészségügyben dolgozó szociális munkásokat tömöríti, és napi munkájukat segíti egyéni tapasztalatokkal, egy protokoll kidolgozásával?

A tanulmányban bemutatom a mai magyarországi kórházakban végzett szociális munka aktuális helyzetét, illetve a főbb pontokon áttekintem az előző kutatásban nyert eredményekhez képest bekövetkezett változásokat.

* Köszönetet mondok Magyar Zsófiának a kutatás során nyújtott szakmai tanácsaiért, illetve Dombi Gábornak az adatfeldolgozás egyes pontjain nyújtott segítségéért.

Törvényi háttér

A szociálismunkás-képzés megindulását követően hosszú évekig sem törvény, sem egyéb szabályozás nem foglalkozott az egészségügyi intézményekben dolgozó szociális szakemberek alkalmazásának rendezésével.

Az első részleges szabályozást a Gyermekvédelmi törvény, az 1997. évi XXXI. törvény 40. §-ának (3). bekezdésében találjuk. Ez azonban csak a gyermekjóléti szolgálatok által biztosított kórházi szociális munkával foglalkozik. Általánosságban nem említi a kórházakban alkalmazott szociális szakembereket.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény megfogalmazza, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak kiemelt figyelmet kell fordítaniuk a gyermek egészségét veszélyeztető tényezők megelőzésére, felismerésére és megszüntetésére. A nő és csecsemővédelmi gondozás keretében figyelemmel kell kísérniük a nő szociális, családi és munkahelyi körülményeit, illetve az anya és a magzat egészségét. A törvényben csak utalás van a kórházi szociális munkás feladataira a gyermekvédelem területén, de nem ír semmit a kórházi szociális munkás tevékenységi köréről (Tóthné Józsa 2011).

A következő ilyen jellegű törekvés a 60/2003. (X. 20) ESZCISM rendelet. Az egészségügyi intézmények a rendelet teljesítésére és a szociális szakemberek alkalmazására azonban mindig újabb és újabb határidőket kaptak. A rendeletben részletesen lebontva megtalálható, hogy melyik osztályon hány szociális szakember alkalmazása szükséges, elérhető vagy éppen kötelező (Péterné Molnár 2007).

A legutóbbi szabályozás pedig az 1/2012. (V. 31) EMMI rendelet, amely az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCISM rendeletet és a 2/2004. (XI. 17.) EüM rendeletet módosította.

A rendelet osztályokra lebontva minimumágyszámokat tekintve veszi sorba, hogy hol hány szociális szakembert szükséges foglalkoztatni. A szociális szakemberek foglalkoztatását fontosnak tartják a gyermek és felnőtt addiktológiai rehabilitációs osztályokon/intézetekben, forenzikus pszichiátriai osztályokon, krónikus magas biztonságú osztályokon, akut magas biztonságú osztályokon és a magasabb képzettségű rehabilitációs teamekben. A rendelet 3. számú melléklete említi meg, hogy hány ágyra hány szociális szakembert tartana szükségesnek. A fekvőbetegszakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknál minimumfeltételként 500 ágyra rendel egy szociális szakembert, ezután 400 ágyanként plusz egy szakembert. Szükséges végzettségként pedig a főiskolai szociális munkás diplomát jelöli meg.

Az utóbbi rendelet azonban még mindig nem emeli törvényi szintre a fekvőbetegszakellátást nyújtó intézményekben alkalmazandó szociális szakemberek számát.

A kórházi szociális munka Magyarországon

A rendszerváltást megelőző időkből a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményekben már alkalmaztak olyan munkaerőt, akinek a szociális problémák, szociális különbségek enyhítése volt a feladata. Ők voltak a szociális nővérek vagy szociális gondozók, akik többnyire az intézményben dolgozó ápolók, nővérek, esetleg adminisztrátorok sorából kerültek ki. Csupán saját ügyességükre, kreativitásukra, empátiájukra számíthattak munkájuk során, miután semmilyen speciális képzésben nem volt lehetőségük részt venni. Az 1970-es évek elején megjelent az első szociálisszervező-képzés, mely alkalmas biztosított a terepen dolgozók részére, hogy szakképzettséget szerezzenek. Jelentős változást azonban a szociálismunkás-képzés megjelenése hozott, ennek megindulását követő 4–5 évvel jelentkeztek az első szakképzett szociális dolgozók az egészségügyi intézményekbe. Miután azonban törvényi szinten szabályozás nem történt 2014-ig arra nézve, hogy az egészségügyi intézményeknek kötelezően hány szociális szakembert kell foglalkoztatni, így még mindig jelentős eltérések mutatkoznak a szakemberek létszámában az egyes intézményeket tekintve. „A nemzetközi norma 100, az amerikai 50 ágyra tervez egy kórházi szociálismunkás-státuszt” (Borosné Tegze 2005: 2). Ehhez képest kutatásom során találok olyan intézményekkel, ahol a kórházi szociálismunkás-státusz betöltetlen volt. Az egészségügyi intézmények nagyobb részében a nemzetközileg elfogadott normától messze elmaradó számban alkalmaznak szociális munkást, még a korábban említett 1/2012. (V. 31) EMMI rendelet is 500 ágyra hoz egy szociális szakembert. Így az egészségügy területén dolgozó szociális szakemberek feladatköre igen szűkös, hiszen kevesen vannak, és az azonnali legsürgetőbb feladatokat kell ellátniuk, egyéb feladatokra, melyek hosszú távon növelhetnék a szakma elfogadottságát, helyzetét, nem jut idejük. A szakmai protokoll hiányára már 2009-ben felhívták a figyelmet, de pontosan az akkor még hiányzó érdekvédelmi szervezet és a területen dolgozó szociális szakemberek időhiánya miatt ennek kidolgozása és elfogadása csak 2013–2014-ben kezdődhetett el (Lóránt 2009). A protokoll az elfogadást követően várhatóan pozitív irányba fog változtatni a kórházi szociális munkások jelenlegi helyzetén mind elfogadottság, a munkakör pontos tisztázása, mind pedig a munkafeltételek tekintetében.

A kutatást megelőző feltételezéseim

A kutatást megelőző feltételezéseim során döntően a 2004-es, Magyar Zsófia által készített kutatás hipotéziseit vettem alapul, hiszen jelen kutatás célja áttekinteni, hogy az eltelt 10 év alatt az akkori feltételezésekhez képest történt-e változás.

1. A kórházakban dolgozó szociális szakemberek ugyan különböző végzettségűek, döntő többségüknek azonban van felsőfokú végzettsége.
2. A kórházban dolgozó szociális szakemberek az esetek többségében szakmailag az ápolási igazgató alá tartoznak.

3. A kórházi szociális szakember feladatköre letisztult, a rábízott feladatok nem lépik túl kompetenciahatárait.
4. A hatékony munkához szükséges tárgyi feltételekben hiányosságok mutatkoznak.
5. A kötelező továbbképzési rendszer a kórházban dolgozó szociális szakemberek számára kidolgozatlan, így a továbbképzéseken való részvétel továbbra is problémát okoz számukra.

A kutatás módszere

A kutatásom során a magyarországi fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményekben dolgozó szociális szakembereket szerettem volna vizsgálni. Ehhez egy anonim önkitöltős kérdőívet jutattam el mindegyik fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményhez. Az adatgyűjtéshez a Magyar Zsófia 2004-es kutatásában használt kérdőívet vettem alapul, a kapott eredmények minél pontosabb összehasonlíthatósága érdekében.

A korábbi kutatás során használt országos adatbázis (Medlist) már nem üzemel, így az internet segítségével kutattam fel megyékre lebontva a célintézményeket. Ezen kívül pedig rendelkezésemre állt egy intézménylista, melyben az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Egyesülete (EÜDSZM) által ismert egészségügyi szakellátást biztosító intézményekben dolgozó tagjaik elérhetősége volt megadva.

Az intézményekhez többkörös felkereséssel fordultam a lehető legnagyobb mintanagyság és merítés érdekében.

A 2004-es kutatás 157 intézményéhez képest 130 intézményt sikerült elérni, a 20 százalékos csökkenés ellenére ez az intézményszám a döntő többségét lefedti a magyar fekvőbeteg-ellátását nyújtó rendszernek, így a kapott eredmények nagy valószínűséggel jellemzőek az ország egészére. Továbbá fontos tényező, hogy a felkeresés nem volt teljes körű, hiszen nem sikerült választ nyernem arra a kérdésre, hogy a 130 megkeresett intézményből hányban dolgozik szociális munkás, illetve hol van betöltetlen státusz.

Az adatgyűjtést 2013 novemberének kezdtem meg. Megyék szerint nyugatról kelet felé haladva kerestem meg a felsorolt intézményeket hivatalos levél formájában, ehhez csatoltan elküldtem a kérdőívemet és a kitöltésre vonatkozó információkat. Első visszaküldési határidőként december közepét jelöltem meg. Miután körvonalazódott, hogy a kitöltési kedv alacsony lesz, 2013. november végén újabb e-mailt juttattam el azokhoz az intézményekhez, ahonnan nem érkezett sem pozitív, sem negatív válasz. Ebben az e-mailben hivatkoztam a korábbi levélre, és nemcsak a titkárságoknak és a szociális szakembereknek címeztem, hanem az ápolási igazgatóknak is elküldtem. Ezt követően a postai úton vagy elektronikus visszaérkezett kitöltött kérdőívek száma jelentősen megnövekedett. Volt olyan

intézmény, ahol személyes találkozást javasoltak, amennyire lehetett, igyekeztem ezeknek a kéréseknek eleget tenni.

A december közepére visszakapott kérdőívek száma még nem volt elegendő, így 2014 január közepén telefonon kerestem meg azokat az egészségügyi intézményeket, ahonnan addig semmilyen visszajelzést nem kaptam. A legtöbb esetben a kórház ápolási igazgatójához irányítottak, ő engedélyezte a kutatást, miután átnézte az alkalmazott kérdőívet. Előfordult, hogy az érintett témakörök miatt vonták meg a kutatási engedélyt. Általánosan tapasztaltam, hogy a nagyobb, korábban összevont intézményekben részletekbe menően felülvizsgálták a kérdőívet, sok esetben külön kérelem benyújtását kérték.

2014. január 30-ig a megkeresett 130 egészségügyi intézményből 116 darab kérdőív érkezett vissza. Az adatok elektronikus rögzítéshez, többváltozós feldolgozásához a 22.0 verziójú IBM Statistics SPSS for Windows matematikai-statisztikai elemző programot használtam. (Az SPSS-program béta-verziója egy-egy számítógépre telepíthető módon 14 napig a program basic szintjén teljes körű és ingyenes felhasználást biztosít, ennek megfelelően a használata jogszerű.)

Az adatelemzéskor egy-, illetve többváltozós elemzési lehetőségeket is alkalmaztam. Az érvénytelen, hiányos és választ elutasító jelöléseket kizártam az elemzésből, így az elemzési egység ennek függvényében változó, nem minden esetben 116 fő. (A 2004-es kutatásban a válaszadók száma 146 fő volt.)

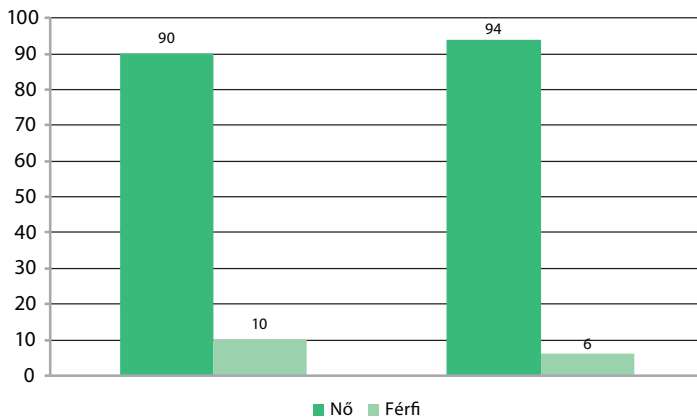
A kutatás eredményei

Adatok a kórházi szociális szakemberekről

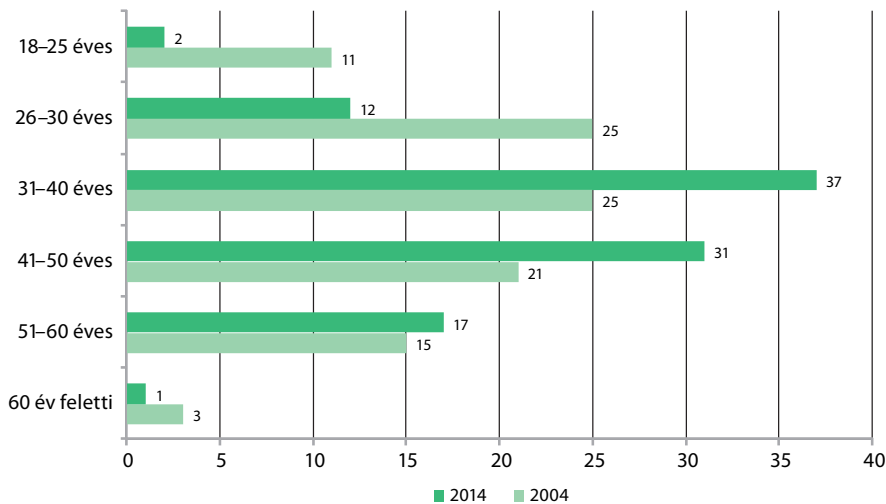
Elsőként a nemek szerinti megoszlást vizsgáltam ezen a kérdéscsoporton belül. Köztudott, hogy szociális területen a női nem képviselteti magát nagyobb számban. 2014-ben a kérdésre felelő válaszadók 94 százaléka nő, míg csupán 6 százaléka férfi. A 10 évvel korábbi kutatásban a nők 4 százalékkal kevesebben voltak a férfiak javára (1. ábra).

A válaszadók életkori megoszlásánál a kérdőívben korcsoportokat alkottam (2. ábra). Amint az jól látszik, 2014-ben a válaszolók 14 százaléka tartozik a 18–30 éves korcsoportba, 68 százaléka vallotta magát a 31–50-es korcsoportba tartozónak és a válaszadók 18 százaléka töltötte már be az 51. életévét a kitöltéskor. A 2004-ben felmért személyek válaszaival összevetve kiderül, hogy szembevetően csökkent a 18–25 év és a 26–30 év közötti korosztály képviselőinek a száma.

1. ábra: A kérdőívet kitöltők nemek szerinti megoszlása, 2014 ($N = 111$) és 2004 ($N = 146$) (%)



2. ábra: A kérdőívet kitöltők életkor szerinti megoszlása, 2014 ($N = 113$) és 2004 ($N = 146$) (%)



A kérdőívet kitöltők iskolai végzettség szerinti megoszlásával kapott eredményekben igazolást nyert első feltételezésem, mely szerint a fekvőbeteg-szakellátást biztosító intézményekben dolgozó szociális szakemberek ugyan különböző végzettségűek, de döntő többségüknek felsőfokú végzettsége van. A kérdésre adott érvényes válaszok szerint a válaszadók 11 százaléka végezte el a főiskolai képzésre épülő kétéves egyetemi mesterképzést, 67 százalékuk főiskolai diplomát, 11 százalékuk főiskolai szociálpedagógus diplomát szerzett, 6 százalékuk szociális szervezőként végzett, 2 százalékuknak felsőfokú nem okleveles szociális végzettsége van, 1 százalékuk közép fokú végzettséget jelölt meg, végül 2 százalékuk az egyéb kategóriát választotta. A 2004-es kutatáshoz viszonyítva nőtt a főiskolai szociális

munkás diplomával (2004-ben 54%-a a válaszadóknak), illetve egyetemi szintű szociális munkás diplomával (2004-ben 4%-a a válaszadóknak) rendelkezők száma is. Utóbbi eredményben közrejátszhat, hogy a szociálismunka-mesterképzés megjelent, és már az ország több egyetemén is elérhető. Az egyéb végzettségűek száma is csökkent a 2004-ben mért 6 százalékhoz képest.

A kérdőívet kitöltők életkora és iskolai végzettsége között nem mutatkozott szignifikáns összefüggés, azonban érdekes, hogy az egyetemi diplomások 85 százaléka a 31–50 év közötti korcsoportból került ki, és csupán 15 százalékuk tartozott a 18–30 év közöttiek közé. Tehát a főiskolai diploma megszerzését követően nagyobb eséllyel mennek dolgozni, és csak bizonyos tapasztalat megszerzését követően vállalják az egyetemi képzés elvégzését.

Érdemes áttekinteni, hogy megyei szinten milyen a kérdőívet kitöltők megoszlása (1. táblázat).

1. táblázat: A kérdőívet kitöltők intézményeinek megyék szerinti megoszlása, 2014 és 2004 (fő és %)

Megye	2014		2004	
	Válaszadók száma, fő	Aránya, %	Válaszadók száma, fő	Aránya, %
Bács-Kiskun	2	2	8	6
Baranya	6	5	4	3
Békés	5	4	9	6
Borsod-Abaúj-Zemplén	7	6	12	8
Csongrád	3	3	8	6
Fejér	4	3	5	3
Győr-Moson-Sopron	8	7	9	6
Hajdú-Bihar	4	3	8	5
Heves	5	4	5	3
Jász-Nagykun-Szolnok	7	6	3	2
Komárom-Esztergom	7	6	4	3
Nógrád	2	2	3	2
Pest	5	4	8	6
Somogy	1	1	8	6
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1	1	9	6
Tolna	6	5	4	3
Vas	3	3	2	1
Veszprém	7	6	3	2
Zala	5	4	4	3
Budapest	28	24	30	20
Összesen (N)	116	100	146	100

Jól látszik, hogy a főváros érte el a legmagasabb eredményt 24 százalékkal, de ez nem meglepő annak tudatában, hogy Budapesten 28 intézményhez juttattam el a kérdőívet a megkeresés első hullámában. A Dunántúlon 46 intézményt kerestem fel, míg a Dunától keletre 49 fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézménnyel próbáltam meg felvenni a kapcsolatot.

A következő kérdés az intézmények fenntartóira vonatkozott. Az itt kapott vezető válaszok aránya jelentősen eltér a 2004-es kutatásban kapott válaszok arányától. Az elmúlt 10 évben ugyanis fontos változások történtek, 2012-ben megkezdődött a kórházak háromlépcsős állami átvétele a megyei és városi önkormányzatoktól. Újabb kategóriát kellett megadni a válaszlehetőségek között: az „egyszerű” állami fenntartásúak kategóriáját. Míg tehát 2004-ben a válaszadók 43 százaléka a megyei önkormányzatot jelölte meg fenntartónak, addig 2014-ben ez az arány 7 százalékra esett vissza. 2004-ben 39 százalékos aránnyal második helyen állt a fenntartók sorában a városi önkormányzatok csoportja, 2014-re azonban már csak 2 százalék lett az arányuk. A tisztán állami fenntartású intézmények aránya igen magas, 2014-ben 64 százalék, 2004-ben csak állami fenntartású kategória szinte nem is volt, csupán néhány állami/országos hatáskörű intézményt jelöltek meg a kitöltők 8 százalékban (2. táblázat).

2. táblázat: Intézmények fenntartók szerinti megoszlása, 2014 ($N = 116$) és 2004 ($N = 146$) (%)

2014		2004	
Fenntartó	Aránya, %	Fenntartó	Aránya, %
Egyéb	9	Alapítvány	1
Egyház	3	Egyház	3
Városi Önkormányzat	2	Városi Önkormányzat	39
Magyei Önkormányzat	7	Magyei Önkormányzat	43
Állam/Országos	6	Állam/Országos	8
Egyetem	9	Egyetem	5
Állam	64	Közhasznú Társaság	1
<i>Összesen</i>	<i>100</i>	<i>Összesen</i>	<i>100</i>

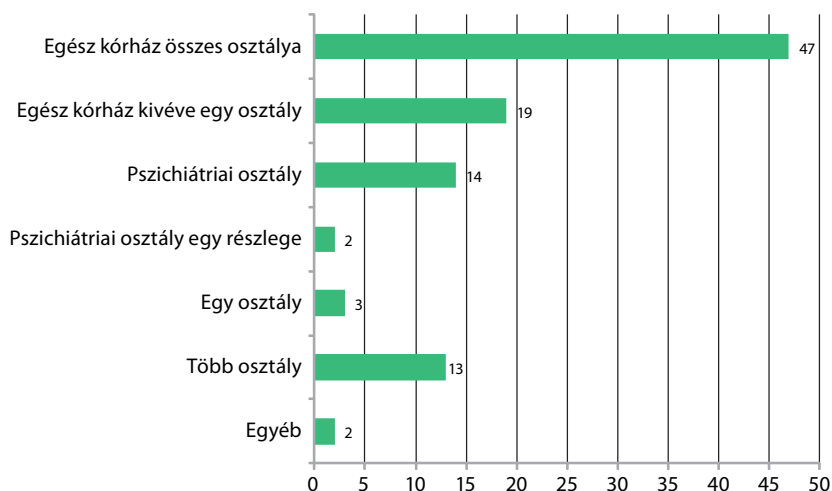
Az, hogy az adatközlők intézményei hány ágyasak, szintén változatosan alakult (3. táblázat). Leginkább a 401–800 ágyas intézmények dolgozói válaszoltak 2014-ben. Pozitív eredmény, hogy az általam használt statisztikai program alapján szignifikáns összefüggés van a kórházi ágyak száma és a kutatásban később vizsgált szociális csoporttagság között, tehát minél nagyobb ágyszámú az adott intézmény, annál valószínűbb, hogy a szociális munkások szociális csoportot alakítva végzik munkájukat.

3. táblázat: Az adatközlő intézmények ágyszámainak megoszlása, 2014 és 2004 (N és %)

Ágyszám	2014		2004	
	Intézmények száma	Ágyszámok aránya, %	Intézmények száma	Ágyszámok aránya, %
200 alatt	18	16	17	12
201– 400	17	15	20	14
401– 800	39	35	40	27
801–1200	16	15	31	21
1201–2000	12	11	22	15
2001–2500	3	3	2	1
2501 felett	6	5	14	10
<i>Összesen</i>	<i>111</i>	<i>100</i>	<i>146</i>	<i>100</i>

Fontos kérdés az ágyszámok tekintetében, hogy a szociális szakember munkájának mekkora a hatóköre: az egész kórház ellátásáért ő felel szociális szempontból, vagy esetleg csak bizonyos osztályok, vagy akár osztályok részlegei tartoznak alá. Mindez relevánsan befolyásolhatja az elvégzett munka minőségét. A 2014-es felmérés eredményei szerint az adatközlők 47 százaléka az egész kórház ellátását kell, hogy megoldja, 19 százalékuuk egy osztály kivételével minden egyéb osztályért felelős, 14 százalékuuk csak a pszichiátriai osztályon tevékenykedik, 13 százalékuuk több kórházi osztályt lát el, míg 5 százalékuuk egy osztályért vagy egy osztály bizonyos részlegéért felelős (3. ábra). Nincsen összefüggés a kérdőívet kitöltők munkájának hatóköre és az intézmény ágyainak száma között.

3. ábra: A kérdőívet kitöltők munkájának hatóköri megoszlása, 2014 (N = 116) (%)



2004-ben a 144 válaszadó szociális szakember majdnem felének a tevékenysége (45%) a kórház egészére kiterjedt, bizonyos helyeken leszámítva a pszichiátriai vagy egyéb osztályt. A válaszadók 27 százaléka pszichiátriai osztályon vagy annak csupán egy részlegén, 20 százalék egyéb megoldási formában dolgozott, 8 százalékukat pedig egyéb kórházi osztályokon foglalkoztatták csak (pl. belgyógyászat).

Adatok a kórházi szociálismunkás-státuszokról

Elsőként a státusz létrejöttének évére vonatkozóan tettem fel kérdést. A kérdés megfogalmazásakor hangsúlyoztam: arra vagyok kíváncsi, hogy az adott intézményben mióta létezik szociálismunkás-státusz. Komoly eltérés nem mutatkozott a 2004-es adatokhoz képest. Az adatokból kitűnik, hogy 1994–1995-ben, 1997–2000-ben és 2004–2005-ben, legutoljára pedig 2008-ban voltak nagyobb státuszalakítási akciók. Ezek az időpontok jól összeköthetők az első szociálismunkás-képzésből kikerült frissdiplomások munkába állásának időpontjával, illetve a szakmát érintő kiadott rendeletek idejével. Átlag tekintetében a státusz létrejöttére az 1998-as évet kaptam eredményként.

A változó elvárások és trendek hatása mellett az esetek többségében bizonyos kórházi szakemberek, vezetőségi tagok is támogatták az első státuszok kialakítását. Arra kértem a válaszadókat: jelöljék be, hogy az ő intézményükben ki volt ez a támogató szakember. 109 válasz alapján elmondható, hogy az esetek 46 százalékában az ápolási igazgatót, 23 százalékában a kórház igazgatóját, 17 százalékában a kórház vezetőségét, 7 százalékában egyéb szorgalmazót jelöltek meg, 6 százalékban az osztályvezető főorvost választották, míg 1 százalékuk a minőségbiztosítási tanácsadót nevezte meg. Érdemleges eltérés nem mutatkozott 2004-hez képest.

Az elvégzett munka minőségét befolyásolhatja, hogy a szociális szakember milyen státuszban végzi a munkáját. A kérdést minden kérdőívet kitöltő megválaszolta: 90 százalékuk főállásban dolgozik az intézményben, csupán 3 százalékuk van félállásban más munkakör mellett, 2,5 százalékuk félállást tölt be, 2,5 százalékuk pedig az egyéb kategóriát jelölte be, 1–1 százalékuk nyugdíj mellett, illetve megbízással látja el a munkát. A 2004-es kutatás adataihoz képest kis javulás tapasztalható, ott ugyanis a válaszadók 86 százaléka végezte főállásban munkáját, 10 százalékuk más munkakör ellátása mellett félállásban, 3 százalékuk félállásban, 1 százalékuk pedig megbízással dolgozott.

Adatok a kórházi szociális szakemberek szervezeti elhelyezkedéséről, munkakapcsolatairól

Érdekes kérdés, hogy ki a szociális szakember szakmai felettese az egészségügyi intézményben. A rendszerben valamilyen oknál fogva úgy alakult, hogy leginkább az ápolási igazgatók jelentek meg szakmai felettesként (4. táblázat). Mindez nem sokat változott 2004 óta, sőt arányuk inkább nőtt. Az osztályvezető főorvosok

szakmai felettesi feladatai visszaszorultak majdnem a 2004-ben mért értékek felére. A szociális csoportok számának mérsékelt növekedése pedig a szociális csoportvezetők szakmai vezetőként való megjelenésének mérsékelt növekedését hozták. A kérdésre mindenki válaszolt.

4. táblázat: A kérdőívet kitöltők szakmai feletteseinek megoszlása, 2014 ($N = 116$) és 2004 ($N = 146$) (%)

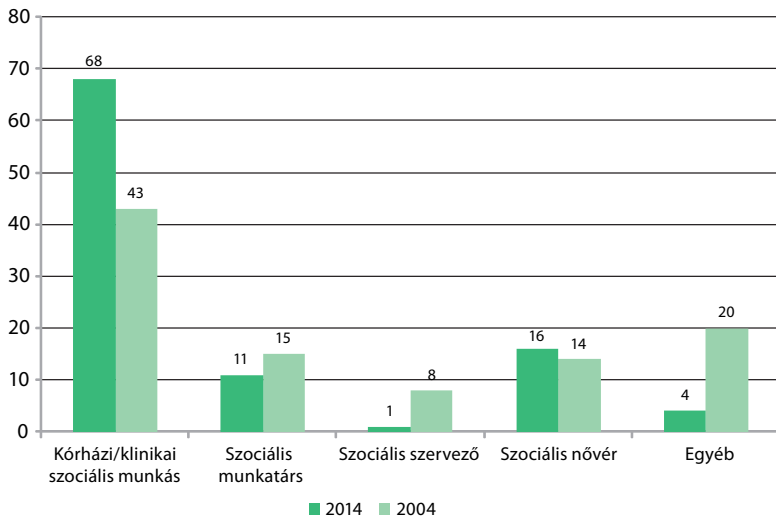
Szakmai felettes	2014	2004
	Aránya, %	Aránya, %
Ápolási igazgató	57	40
Osztályvezető orvos	16	29
Szociális csoport vezetője	16	12
Egyéb	5	11
Kórház orvos igazgatója	4	7
Humánpolitikai igazgató	1	1
Területi szociális intézmény vezetője	1	0
<i>Összesen</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

A válaszadók megnevezése, megszólítása az adott fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben sajnos még 2014-ben sem teljesen pontos.

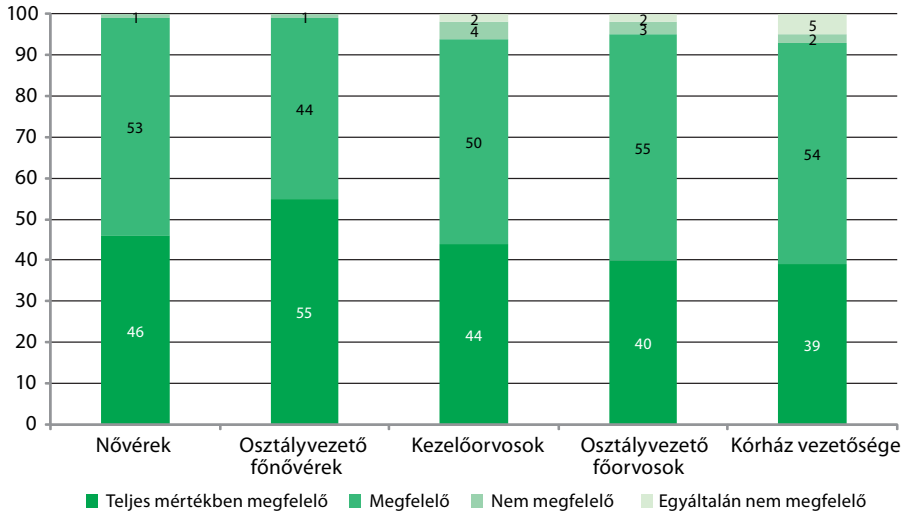
A megnevezés mint olyan utal a szociális szakma egészségügyben való elfogadottságára. Arra a kérdésre, hogy az adott intézményben 2014-ben, illetve 2004-ben mi a kórházi szociális munkások megnevezése/megszólítása, a 4. ábra mutatja az eredményeket. Az összehasonlítás mutatja, hogy az évek elteltével megemelkedett a szakszerű megszólítások aránya a korábbi 43 százalékról 68 százalékra. A szociális nővér megnevezést azonban még 2014-ben is a válaszadók 16 százaléka említi, ami a korábbi eredmény 2 százalékos emelkedését mutatja. 2014-ben 116 válasz érkezett a kérdésre, míg 2004-ben 146.

Mindig is kardinális kérdés volt a szociális és egészségügyi rendszer keveredésekor, hogy a munka hatékonyabbá tétele érdekében a két terület szakemberei mennyire képesek együttműködni és jó munkakapcsolatokat fenntartani. A 2014-es eredmények az 5. ábrán láthatók. A nővérekkel, főnővérekkel a szociális szakemberek munkakapcsolata nagyobb részben teljes mértékben megfelelő vagy megfelelő, a „nem megfelelő” válaszok csak 3 százalékban jelentek meg. A kezelőorvosok-osztályvezető orvosok csoportjával kapcsolatban 5–6 százalékban jeleztek „nem megfelelő” vagy „egyáltalán nem megfelelő” kapcsolatot. A kórház felső vezetésével a válaszadók 93 százaléka teljesen elégedett vagy elégedett. Nagyobb változás ebben a kérdésben nem történt az elmúlt 10 év során. A 2004-ben kapott eredményekben szintén az fedezhető fel, hogy a szociális szféra dolgozói a nővérekkel, főnővérekkel értik meg leginkább egymást, tehát azokkal a szakemberekkel, akikkel mindennapos kapcsolatban állnak.

4. ábra: Az adatközlők megnevezése, megszólítása intézményükben, 2014 (N = 116) és 2004 (N = 146) (%)



5. ábra: A szociális szakemberek munkakapcsolata az egészségügyi dolgozókkal, 2014 (N = 116) (%)



Miután az egészségügyi dolgozókkal mindenképpen napi kapcsolatban vannak a szociális szakemberek az esetmunka során, érdemes megvizsgálni, hogy egyéb szakterületek képviselőivel is dolgoznak-e együtt, s ha igen, azt milyen gyakran teszik. A 2014-ben kapott válaszokból látható, hogy folyamatos munkakapcsolatot a válaszadók 33 százaléka a pszichológussal tart fent, 17 százalékuk jelezte a folyamatos kapcsolatot a mentálhigiénés szakemberrel, illetve 17

százalékuk bejelölte a folyamatos kapcsolatot az intézmény önkénteseivel is, 12 százalékuk pedig a kórházi lelkésszel dolgozik együtt rendszeresen. Jogással és szociális asszisztenssel a válaszadók elenyésző részének van folytonos munkakapcsolata. Egy-egy eset kapcsán, ha a munkafolyamat úgy kívánja, van lehetősége a szakembereknek, hogy más szakterület képviselőjétől kérjenek segítséget, tanácsot. A 10 évvel korábbi adatokhoz képest kevés változás történt, hiszen akkor is a válaszadók 30 százaléka pszichológus kollégával dolgozott leginkább együtt, 18 százalékban voltak jelen a mentálhigiénés kollégák mint rendszeres munkakapcsolatok, és őket követték 11 százalékkal az önkéntes segítők.

A 2014-es adatközlők mindannyian válaszoltak arra a kérdésre, hogy szociális csoport tagjai-e. A válaszok majdnem fele-fele arányú megoszlást mutatnak, 49 százalékuk szociális csoportban végzi munkáját, míg 51 százalékuk nem tagja szociális csoportnak (6. ábra). Ez körülbelül plusz 10 százalékos elmozdulás a szociális csoportban való munka irányába Magyar Zsófia 2004-ben közzétett eredményeihez képest.

6. ábra Tagja-e szociális csoportnak, 2014 ($N = 116$) és 2004 ($N = 146$) (%)



A 2014-es kutatási adatokat megvizsgáltam abból a szempontból is, hogy a szociális csoporttagság mennyiben függ össze az intézményben dolgozó más szociális munkásokkal való munkakapcsolat gyakoriságával. Azok a személyek ugyanis, akik nem vallották magukat szociális csoporthoz tartozónak, szintén jelöltek be munkakapcsolatot más szociális szakemberekkel az intézményükben (5. táblázat). Jól látható, hogy a szociális csoportban való munka nem feltétlenül jelenti azt, hogy a tagok minden esetben együtt dolgoznak. Érdekes kérdés: ha több szociális szakember dolgozik egyazon intézményben, mi lehet az oka annak, hogy nem alakítanak csoportot?

5. táblázat: Az adatközlő tagja-e szociális csoportnak, illetve ha van másik szociális szakember az intézményben, milyen a munkakapcsolat közöttük ($N = 111$)

Szociális csoport	Munkakapcsolat másik szociális szakemberrel					
	Csak eseti	Bizonyos feladatokat közösen végeznek	Egymástól függetlenül dolgoznak	Egyéb	Nincsen	Összesen
Tagja	18	19	13	3	0	53
Nem tagja	14	10	5	2	27	58
Összesen	32	29	18	5	27	111

A kórházi szociális szakemberek által ellátott feladatok köre

A kórházban dolgozó szociális munkások által ellátott feladatok köre nagyban befolyásolja az elvégzett munka eredményességét. Minél több területen kell helytállnia a szakembernek, annál inkább meg kell osztania figyelmét, amennyiben egyedül dolgozik az intézményben. Különböző megközelítések más és más feladatokat tartanak ellátandónak egy kórházi szociális munkás számára. Egy 2005-ben megjelent cikk például összességében 7 tevékenységet nevez meg mint ellátandó feladatot, de hozzáteszi, hogy mindez egy átlagos kórház tekintetében értendő (Gregorian 2005). A speciális osztályokon egyéb speciális igények is megjelenhetnek.

A feltett kérdésnél arra kellett a kérdezetteknek válaszolniuk, hogy bizonyos feladatokat/feladatköröket ellátnak-e a napi munkájuk során, és ha igen, akkor milyen gyakorisággal teszik ezt. A kérdésnél 93 válaszadó válaszolt mind a 19 változóval kapcsolatban. Az érvényes esetek száma az összes esetek negyötöde. Az átlagértékek alapján a kórházakban dolgozó szociális szakemberek a következő 6 területet érintik leginkább napi munkájuk során: informálás a kórházi, illetve szociális szolgáltatókról, kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel, pszichoszociális értékelés, közvetlen segítő tevékenység, anyagi és szervezési segítség, intézményből való elbocsátás előkészítése. A 2014-es eredmények az 6. táblázatban, a 2004-esek pedig a 7. táblázatban láthatók. A szórás a „szociális rizikótényezők szűrése”, a „felvilágosító tevékenység a betegséggel kapcsolatban”, illetve az „esetkonzultáció/esetreferálás a kórházi teamben” kérdések esetében volt a legnagyobb. Utóbbi azt mutatja, hogy ezekben a csoportokban volt a legnagyobb eltérés a válaszadók véleménye között.

6. táblázat: A válaszadók feladatkörei és azok teljesítésének megoszlása, 2014 ($N = 93$) (%)

Sor-szám	Tevékenység	A tevékenység ellátásának mértéke, %				
		Egyáltalán nem	Kisebb részét	Nagyobb részét	Teljes mértékben	Összesen
1.	Informálás a kórházi, ill. szociális szolgáltatásokról	1	14	39	46	100
2.	Kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel	1	13	45	41	100
3.	Betegfelvétel előkészítése	63	27	4	6	100
4.	Szociális rizikótényezők szűrése	15	31	29	25	100
5.	Pszichoszociális értékelés	7	18	32	43	100
6.	Közvetlen segítő tevékenység	3	9	47	41	100
7.	Anyagi és szervezési segítség	2	15	39	44	100
8.	Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	21	54	13	12	100
9.	Felvilágosító tevékenység betegséggel, gyógyítással kapcsolat	44	37	8	11	100
10.	Életmódalakító és támogató csoportok szervezése	59	27	10	4	100
11.	Érdekvédelmi feladatok ellátása	29	49	11	11	100
12.	Elbocsátás előkészítése	4	7	36	53	100
13.	Esetkonzultáció, referálás a kórházi teamben	10	28	34	28	100
14.	Esetkonzultáció, referálás a területi intézmények felé	8	35	37	20	100
15.	Részvétel a kórház működésének kialakításában	72	23	0	5	100
16.	Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel	55	31	10	4	100
17.	Oktatás és továbbképzés szervezése	56	35	5	4	100
18.	Kutatás a kórházi szociális munka területén	68	27	3	2	100
19.	Egészségügyi szociálpolitikai koncepciók formálása	78	17	2	3	100

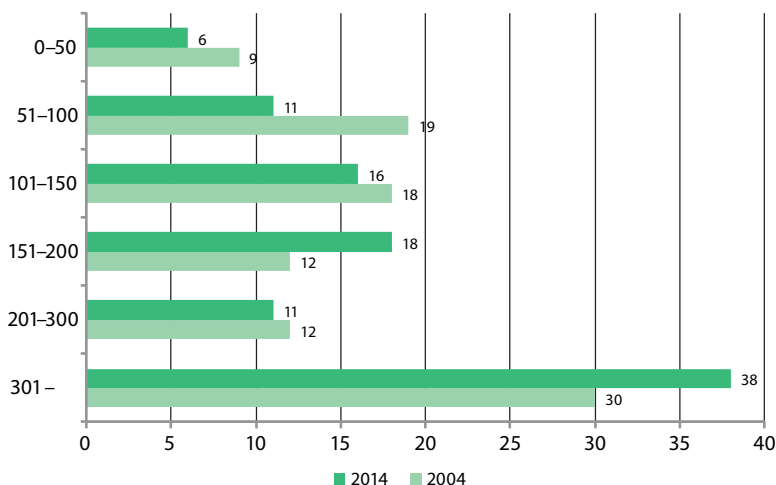
7. táblázat: A válaszadók feladatkörei és azok teljesítésének megoszlása, 2004 (N = 146) (%)

Sor-szám	Tevékenység	A tevékenység ellátásának mértéke, %				
		Egyáltalán nem	Kisebb részét	Nagyobb részét	Teljes mértékben	Összesen
1.	Informálás a kórházi, ill. szociális szolgáltatásokról	7	55	32	6	100
2.	Kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel	3	19	56	22	100
3.	Betegfelvétel előkészítése	64	24	9	3	100
4.	Szociális rizikótényezők szűrése	32	40	22	6	100
5.	Pszichoszociális értékelés	21	24	28	27	100
6.	Közvetlen segítő tevékenység	5	18	37	40	100
7.	Anyagi és szervezési segítség	4	20	48	28	100
8.	Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	18	58	16	8	100
9.	Felvilágosító tevékenység betegséggel, gyógyítással kapcsolat	43	36	13	8	100
10.	Életmód-alakító és támogató csoportok szervezése	55	34	6	5	100
11.	Érdekvédelmi feladatok ellátása	50	37	7	6	100
12.	Elbocsátás előkészítése	6	18	38	9	100
13.	Esetkonzultáció, referálás a kórházi teamben	23	39	24	14	100
14.	Esetkonzultáció, referálás a területi intézmények felé	28	42	24	6	100
15.	Részvétel a kórház működésének kialakításában	79	18	1	2	100
16.	Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel	53	39	6	2	100
17.	Oktatás és továbbképzés szervezése	55	35	8	2	100
18.	Kutatás a kórházi szociális munka területén	77	19	2	2	100
19.	Egészségügyi szociálpolitikai koncepciók formálása	81	15	2	1	100

A táblázatok adatainak összehasonlításából látható, hogy történtek változások az elmúlt 10 évben az ellátott feladatok körében. Ilyen például, hogy a kórházi szociális szakemberek egyre nagyobb részben informálják a klienseiket a kórházi, illetve egyéb szociális szolgáltatások lehetőségeiről. A kapcsolatfelvétel és -megtartás más szociális intézményekkel szintén előtérbe került. Mindkét feladat azért vált fontossá, mert a kórházban dolgozó szociális szakember ad információt arról, hogy azok a betegek, akiknek a kórházi kezelése lejár, azonban nem szállíthatók haza, milyen más intézményekben helyezhetők el. A prevenció-s-megelőző munkán sajnos még mindig a szükségesnél kisebb a hangsúly. 2014-ben a szakembereknek nagyon ritkán nyílik lehetősége önszorgató csoportok működtetésére, illetve a közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel aránya is alacsony. A szakma fejlődése érdekében elengedhetetlen a továbbképzéseken való részvétel, de a kutatómunka csekély arányban képviselteti magát a mindennapi teendők sorában.

A szakemberek magas esetszámokkal dolgoznak éves szinten. 2014-ben a válaszadók 38 százaléka 300 feletti esetszámmal dolgozott, míg 2004-ben csupán 30 százalékuk látott el éves szinten 300 különböző esetet. A 151–200 esetet ellátók aránya is növekedett az elmúlt 10 évben (7. ábra).

7. ábra: Esetszámok szerinti megoszlás, 2014 ($N = 113$) és 2004 ($N = 144$) (%)

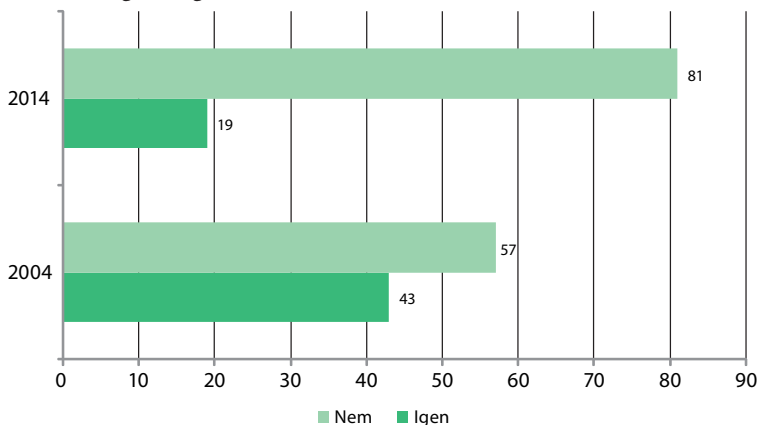


A kórházi szociális szakemberek hatékony munkáját biztosító alanyi és tárgyi feltételek

Személyi feltételek

Az alanyi feltételek megválaszolásánál arra kértem a kérdőívet kitöltőket, hogy gondolják végig: további szociális szakemberek alkalmazásával hatékonyabbá és gördülékenyebbé válna-e a saját munkájuk, illetve az elvégzett munka minősége javulna-e azáltal, hogy bizonyos eseteket, feladatköröket átadnának az újonnan felvett szakembereknek? Az első kérdésem arra vonatkozott, hogy igényelnének-e szociális munkás vagy szociálpedagógus végzettségű kollégát maguk mellé. A nyers számokat tekintve 2014-ben a szociális szakemberek alapvetően elégedettebbek a helyzetükkel, és nem igényelnének több azonos végzettségű kollégát (8. ábra).

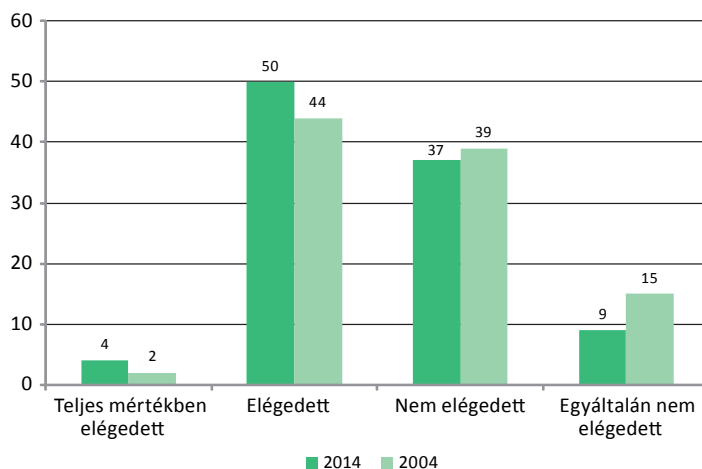
8. ábra: Igényelne-e szociális munkás vagy szociálpedagógus kollégát maga mellé? 2014 ($N = 109$) és 2004 ($N = 144$) (%)



Szociális asszisztens végzettségű kollégát a válaszadók csupán 15 százaléka igényelne, többségük úgy érzi, hogy képes ellátni azokat a feladatokat is, amiket máskülönben egy asszisztensre bízhatna.

Ha már többségében nem igényelnének a válaszadók új szociális végzettségű szakembert maguk mellé, érdemes megnézni, elégedettek-e juttatásaikkal, fizetésükkel. A következő eredmények validitását annak figyelembevételével kell szemlélteni, hogy az adat nagyon szenzitív, még akkor is, ha a kérdőív kitöltése anonim módon történt. További fontos információ, hogy a kérdőívek magas számban a közvetlen szakmai felettesektől, legtöbbször az ápolási igazgatókon keresztül érkeztek vissza. 2014-ben a válaszolók 54 százaléka teljes mértékben vagy inkább elégedett volt, míg 46 százalékuk nem vagy egyáltalán nem volt elégedett (9. ábra). A 2004-ben válaszolókhöz képest jelentős változás nem történt, részben az elégedett válaszadók száma nőtt, míg a nem elégedett válaszadók száma csökkent.

9. ábra: A kérdőívet kitöltők elégedettsége fizetésükkel és juttatásaikkal, 2014 (N = 106) és 2004 (N = 145) (%)



Tárgyi feltételek

A személyi feltételeken túl nagyon fontos a munkakörnyezet, hogy milyen eszközök állnak a szakemberek rendelkezésére, amelyek segítségével még hatékonyabban tudnak dolgozni.

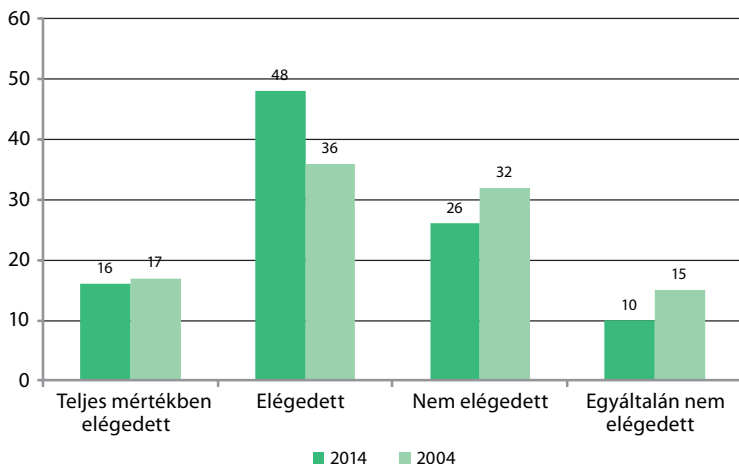
Ehhez a kérdéscsoporthoz az első megfogalmazott kérdés arra vonatkozott, hogy a kitöltő megosztja-e másik személlyel az általa használt irodahelyiséget. Mindez a folyamatos esetmunka, a segítséget kérő kliensek, kliensek hozzátartozóival folytatott beszélgetések tartalmát és minőségét nagyban befolyásolhatja. A válaszadók 67 százaléka arra kényszerül, hogy osztozzon valakivel/valakikkel azon a helyiségen, ahol dolgozik. Csupán 33 százalék van abban a szerencsés helyzetben, hogy egyedül dolgozhat egy saját irodában. Utóbbi eredmény csak 4 százalékos javulást mutat a 2004-es kutatás eredményéhez képest, ahol a válaszadók 29 százaléka dolgozhatott saját irodahelyiségben és 71 százalékuk osztozott valakivel, vagy egyáltalán nem is volt irodahelyiségük.

Miután sokan nem egyedül dolgoznak egy irodában, így adott a kérdés: kikkel osztoznak a helyiségen? Ha másik szociális szakemberrel, akkor vannak talán a legjobb helyzetben. A 77 válaszadó közül 49 százalék osztja meg szociális szakemberrel az irodáját, míg 51 százalék kénytelen másik szakemberrel kooperálni, az esetek többségében nővérrel, dietetikussal, pszichológussal, kórház higiénikus-sal vagy éppen a betegjogi képviselővel.

Függetlenül attól, hogy nem egyedül vannak egy irodában a válaszadók, mégis afelé hajlottak, hogy megfelelőnek ítélik az irodájukat a kliensekkel való foglalkozáshoz. 64 százalékuk inkább elégedett vagy teljes mértékben elégedett, 36 százalékuk jelezte, hogy hiányos feltételeket fedezett fel e téren. A 2004-es ada-

tokhoz képest előrelépés történt, hiszen mind az „egyáltalán nem elégedettek” és a „nem elégedettek” kategóriája csökkent (10. ábra).

10. ábra: Elégedett-e irodahelyiségével a kliensekkel való foglalkozáshoz?
2014 ($N = 112$) és 2004 ($N = 146$) (%)



A válaszadók mindössze 8 százaléka elégedett az infrastrukturális feltételekkel, irodájának felszereltségével. Ez nagyon csekély arány, és szinte teljesen meggyezik a 2004-es eredménnyel, melyben az elégedettek aránya 6 százalék volt.

Tíz év hosszú idő, és feltételezhető volt, hogy némi javulás lesz tapasztalható ezen a területen. Arra a kérdésre, hogy milyen tárgyi szükségletei lennének, több válaszlehetőséget lehetett bejelölni (8. táblázat). A válaszadók 92 százaléka szenved a hiányos tárgyi adottságotól a munkahelyén. Kiugróan sokan panaszkodtak a fogadóhelyiség hiányára vagy állapotára, és arra, hogy semmilyen pénzügyi keretük nem volt tájékoztató füzetekre vagy szórólapokra. A kórházban dolgozó szociális szakemberek munkájának ismerete sajnos napjainkban is nagyon alacsony. Kevesen tudják, hogy léteznek, azt pedig még kevesebben, hogy tulajdonképpen milyen segítséget remélhetnek tőlük, mi a munkájuk. Írott anyagokkal, nyomtatványokkal azonban ez a helyzet pozitív irányba alakulhatna. A 2004-es kutatás eredményeihez képest kevés javulás látható, egyedül a számítógép és a nyomtató iránti igény csökkent.

Az alapítvány vagy egyesület működtetése szociális feladatokra igen ritka. 110 válaszadónak csupán a 4 százaléka foglalkozik ilyen célú szervezet koordinálásával, 94 százalékuk nem. Magyar Zsófia kutatásának idején a válaszadók 17 százaléka működtetett valamilyen egyesületet vagy alapítványt, 83 százalékuk nem. Az elmúlt 10 évben tehát 13 százalékos csökkenés volt megfigyelhető ezen a területen.

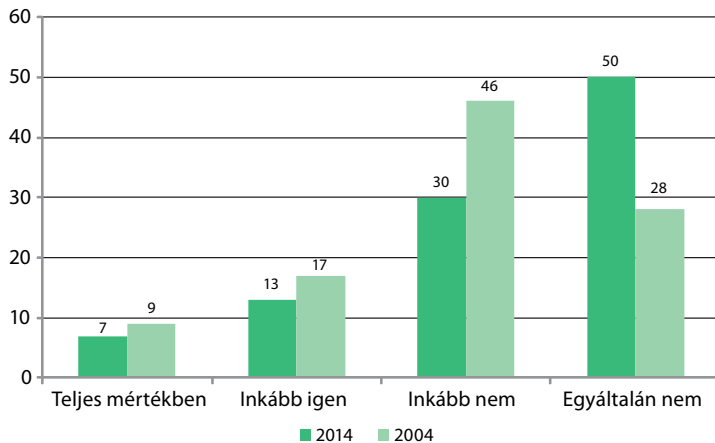
8. táblázat: A válaszadók hatékony munkavégzéshez igényelt eszközei, 2014 ($N = 105$) és 2004 ($N = 146$) (fő és %)

Sor-szám	Tárgyi feltétel	2014		2004	
		Igénylők száma, fő	Aránya, %	Igénylők száma, fő	Aránya, %
1.	Fogadóhelyiség	42	40	72	49
2.	Közvetlen telefonvonal	20	19	53	36
3.	Közvetlen telefonszám	15	14	22	15
4.	Számítógép	19	18	68	47
5.	Nyomtató	20	19	60	41
6.	Fénymásoló gép	33	31	48	33
7.	Zárható szekrény	12	11	28	19
8.	Fax	21	20	35	24
9.	Pénzügyi keret	40	38	58	40
10.	Egyéb	7	7	6	4
11.	Elégedett	8	8	9	6

A kórházi szociális szakemberek képzési, szupervíziós lehetőségei. Részvételük szakmai érdekvédelmi csoportban

Az adatközlők munkaterületén a nagyon gyors és célzott segítségnyújtásra van általában szükség, ritkábbak azok az esetek, ahol hosszas esetvezetésre nyílik alkalom. Így itt pontosan a folyamatos készenléti helyzet, az, hogy többször kell szembenézniük kliensük elvesztésével, indokolják a szupervízió fontosságát. 2014-ben a válaszadók fele (50%) számára sajnos egyáltalán nem megoldott a szakmai szupervízió, továbbá 30 százalék az aránya azoknak, akik a kérdésre az „inkább nem megoldott” választ adták. A kérdőívet kitöltők csupán 7 százaléka jelezte, hogy teljes mértékben elégedett a lehetséges szupervízióval, 13 százalékuk számára pedig „inkább megoldott” (11. ábra). 10 évvel korábban a válaszadók 9 százaléka teljes mértékben meg tudta oldani szakmai szupervízióját, 17 százalékuk az „inkább igen” választ jelölte be, 46 százalékuk számára inkább megoldatlan volt a szupervízió kérdése, míg 28 százalékuk szerint egyáltalán nem volt megoldott.

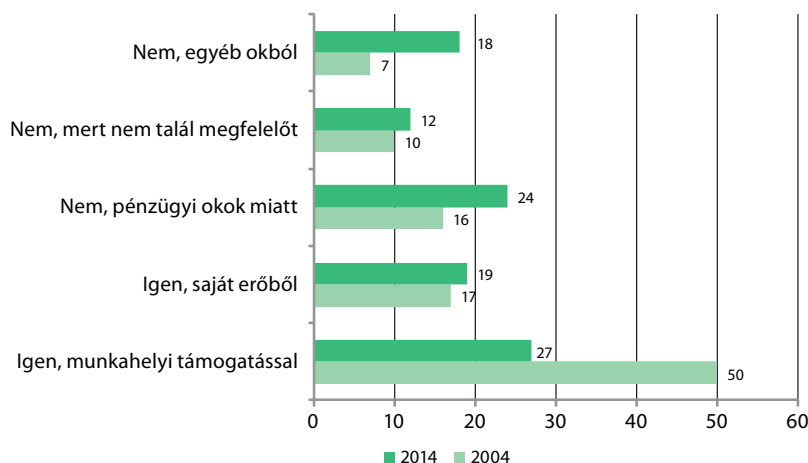
11. ábra: Megoldott-e az adatközlő szakmai szupervíziója?
2014 ($N = 114$) és 2004 ($N = 145$) (%)



A kórházban dolgozó szociális szakemberek megbecsültsége fontos kérdés, hiszen minden dolgozó embert motivál, ha úgy érzi, értékeli azt a munkát, amit elvégzett. Ez a kérdés azért is hasznos, mert ahogy a kutatás bevezetőjében is olvasható, a vizsgált szakembereknek egy merőben más tudományterületen kell bizonyítaniuk és megmutatniuk azt, hogy igenis van létjogosultsága a szociális munkának az egészségügyi intézmények falain belül. A kérdésre, hogy megbecsülik-e a munkáját, a 116 válaszadó közül 105-en válaszoltak. Ez alapján elmondható, hogy 77 százalékuk úgy érzi, szakmailag értékeli napi munkáját, 23 százalékuk azonban nem érzi kellően megbecsültnek a munkát, amit végez. Ez az eredmény javulást mutat, hiszen korábban csak 62 százalék vallotta azt, hogy megbecsülik a napi munkáját.

A továbbképzéseken való részvétel kérdése még mindig megoldatlannak tűnik az egészségügyben tevékenykedő szociális szakmabeliek számára (12. ábra). Az egészségügyi szakemberek számára szervezett képzésekből ugyanis kiszorulnak, mert alapvetően szociális területen tevékenykednek. Ráadásul más szociális szakemberekkel együtt sem vehetnek részt képzéseken, mert ők maguk egészségügyi intézmény által foglalkoztatottak. Sokan jelezték, hogy szívesen vennének részt tanfolyamokon vagy továbbképzéseken, de eddig erre nem találtak más módot, mint hogy önköltségen tegyék ezt meg. Úgy vélem, ki kellene dolgozni egy olyan továbbképzési rendszert, amelyben szakmájuknak megfelelő előadásokon sajátíthatnának el új ismereteket az érdeklődők. Egyértelmű, hogy az ellátott terület nagyon speciális, így nagyon speciális és folyamatosan bővülő szaktudást igényelne. Az egyéb kategóriát bejelölők között indokként elsősorban az jelent meg, hogy nem tartoznak a kötelező továbbképzési rendszerhez sem a szociális, sem az egészségügyi terület oldaláról.

12. ábra: Részt tud-e venni a támogatott és kötelező továbbképzési rendszerben?
2014 ($N = 103$) és 2004 ($N = 143$) (%)



Amint azt az iskolai végzettségekre kapott eredményeknél látni lehetett, emelkedett a posztgraduális képzésben résztvevők aránya. Mindezt pozitívan befolyásolta a képzőhelyek számának szaporodása. Az alapképzés esetében az intézmények egy felétet szánják a kórházi szociális munka oktatására. 2014-ben a Debreceni Egyetem, az Eötvös Lóránd Tudományegyetem, a Pécsi Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem indít alapidiplomára épülő mesterképzést a szociális munka területén. Közülük a Debreceni Egyetem és Pécsi Tudományegyetem kínál kifejezetten egészségügyi szociális munka témakörében magas szintű továbbképzési lehetőséget. Utóbbi két intézménynél a szak pontos leírásánál a következő kompetenciák megszerzésére kínálnak lehetőséget annak, aki vállal két év tanulást, diplomamunka-készítést: segítő folyamatok kidolgozása-kivitelezése, szociális diagnosztika és terápia kidolgozása és alkalmazása, az egészségügyi és szociális problémák egyéni és társadalmi összefüggéseinek feltárása és elemzése, fejlesztési programok kidolgozása, az egészségügyi és a szociális szolgáltatók, valamint a mikrokörnyezet közötti hatékony együttműködés kialakítása, a rehabilitáció részeként szociális fejlesztő programok kidolgozása, alkalmazása. A 107 válaszadó 65 százaléka fontosnak tartaná a posztgraduális képzésben való részvételt, 5 százalék ezt csak abban az esetben látja így, ha az a képzés a pszichiátriai osztályokon való munkára specializálódik. A válaszadók 17 százaléka nem látja fontosnak ezt a ráképzéses lehetőséget, 13 százalékuk pedig még nem tud állást foglalni egyik oldal mellett sem. A 2004-es kutatás idején még nem volt sem általános szociálismunkás-mesterképzés, sem egészségügyi szociálismunka-mesterképzés.

Egyértelmű, hogy minden szociális szakember saját munkamódszert alakít ki, azonban ez a bevált módszer több összetevőből származhat. Elképzelhető, hogy valaki csak a korábbi tapasztalatai alapján végzi a munkáját, de előfordulhat, hogy megpróbál bizonyos kérdésekben a korábbi iskolai tanulmányaira hagyatkozni,

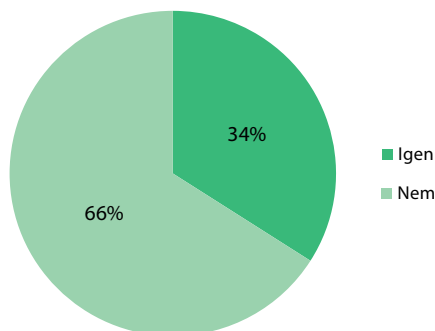
még akkor is, ha jelenleg az általános szociális munkás szakokon a tananyag csupán 5–7 százaléka az egészségügyi ismeretek aránya. Magyarul olvasható szakirodalomban nem bővelkedik a terület. A kérdőívet kitöltők ennél a kérdésnél is több válaszlehetőséget jelölhettek be (9. táblázat). A táblázat adataiból kitűnik, hogy az évek során jelentős változás a nem történt.

9. táblázat: Mire támaszkodott saját munkamódszere kialakítása során?
2014 ($N = 115$) és 2004 ($N = 146$) (%)

	2014, %	2004, %
Leginkább saját tapasztalatokra	89	82
Iskolában tanultakra	61	64
Más kórházi szociális szakember példájára	45	42
Szakirodalomra	35	35
Korábbi munkatárs kidolgozott módszerére	29	35
Egyéb	4	4

Végül, de nem utolsósorban a „megbecsültség-szaktudás-fejlesztés-szupervízió” kérdéscsoport körébe sorolandó, hogy a válaszadók hány százaléka tagja a jelenleg egyetlen ezen a területen működő országos érdekvédelmi csoportnak, az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesületének (EÜDSZM). Az egyesület 2009. augusztus 19-én alakult. Alapszabályzatuk, amely megtekinthető honlapjukon (www.eudszm.hu) nagyon átfogó, és minden fontosabb területet érint. Működésük és programjaik leginkább a fővárosra koncentrálnak, azonban próbálnak nyitni a vidék felé is. Rendszeresen szerveznek olyan programokat, ahol teret adnak mind a szakmai kérdéseknek, mind a tapasztalatcseréknek. Arra kérdésre tehát, hogy tagja-e ennek az érdekvédelmi csoportnak a válaszadó, azt feltételeztem, hogy nagy számban igennel fognak válaszolni (13. ábra).

13. ábra: Tagja-e az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesületének? 2014 ($N = 111$)



A kapott eredményeket nem tudom összehasonlítani korábbiakkal, hiszen az egyesület 2009-ben jött létre, azonban érdekes, hogy a válaszadók harmada (34%) kapcsolódott be a szervezet munkájába, és kétharmada (66%) nem vállalt tagságot. Jelen esetben természetesen felmerül következő kérdésként, hogy a nemmel válaszolók információ hiányában estek-e el a tagságtól, vagy tudatosan mondtak le róla. Az SPSS-programmal végzett elemzések alapján nincsen összefüggés az egészségügyi intézmény megyék szerinti megoszlása és a tagság között.

Összegzés, tapasztalatok

A felmérésből jól látszik, hogy a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények az ország összes megyéjében alkalmaznak szociális szakembert. Mindez jó alapja lehet a rendszer tovább fejlődésének.

Első hipotézisem bizonyítást nyert, ugyanis az egészségügyi intézményben dolgozó szociális szakemberek különböző végzettségűek, de 95 százalékuknak van felsőfokú végzettsége, sőt az is elmondható, hogy ez szociális területhez kötődik (szociális munkás, szociálpedagógus).

Szakmai vezetés szempontjából a vizsgált mintát alkotók nagyjából az ápolási igazgató alá tartozik (57%). Ezzel második hipotézisem is igazolódott. Továbbá bebizonyosodott, hogy az ápolási igazgatók aránya növekedést mutat a korábbi hasonló kutatásban nyert adatokhoz képest.

A kórházi szociális munkások feladatkörének tisztázódását feltételeztem még. Úgy gondoltam, hogy a szakembereket a feletteseik vagy kollégáik – megterhelő munkájuk és magas esetszámaik mellett – nem bízzák meg olyan feladatokkal, melyek nem tartoznak a kompetenciahatáraikon belülre. Ám a válaszadók 44 százaléka jelezte, hogy igenis ellát szakmáján kívüli feladatokat rendszeresen, 37 százalékukat szintén megbízták már ilyesmivel, ha nem is rendszeresen, és csupán 19 százalékuk jelezte, hogy szigorúan a szakmai kompetenciáin belül tud mozogni a munkavégzés során. Ez az eredmény kevés eltérést mutat a korábbihoz képest.

Negyedik hipotézisem felállításakor azon a véleményen voltam, hogy az elmúlt 10 évnek elegendőnek kellett volna lennie a tárgyi infrastruktúra fejlesztésére, mely alapja a jól elvégzett munkának. Sajnos a kapott eredmények nem teljesen igazolták állításomat. Bizonyos fejlődés tapasztalható volt, főként az elektronikai eszközök beszerzésében (nyomtató, számítógép), de a fogadóhelyiség és az eseti pénzügyi keret hiánya még mindig nagy problémát okoz a szakembereknek.

Ötödik, egyben utolsó állításom, hogy az egészségügyben dolgozó szociális szakemberek számára a továbbképzési rendszer nem nyitott, és ez akadályokat gördít a szakmai fejlődésük elé. Mindez csak részben igazolódott be, hiszen óriási fejlődés, hogy megjelentek a mesterképzések, illetve a doktori képzések is a szakmában. A kötelező továbbképzési rendszer kérdése azonban továbbra is megoldatlan. A válaszadók 36 százaléka vagy pénzügyi okok miatt, vagy mert nem talál

számára megfelelőt, nem tud részt venni semmilyen továbbképzésen, 19 százalékuk pedig csak önerőből tudja ezt megtenni, ha kifizeti.

Összességében a kutatási eredmények tekintetében elmondható, hogy a szociális munkások helyzete az elmúlt 10 évben bizonyos tekintetben javult, ez azonban döntően speciális, illetve kisebb területeket érint (pl. továbbtanulás lehetősége vagy bizonyos tárgyi feltételek). Az igazán nagy változások – mint például a kórházi szociális munka helyzetének törvényben való rögzítése – még váratnak magukra.

Zárszó

Az egészségügyi intézményekben megjelenő szociális munka létjogosultsága, úgy gondolom, mindennél világosabb. A társadalom jelenlegi helyzete, a demográfiai adatok folytatódó drasztikus változása, illetve a szociális problémák egyre nyilvánvalóbb megjelenése mostanra elengedhetetlenné tették a szociális szakemberek foglalkoztatását az egészségügy falain belül. Világos, hogy az egészségügyi szakmának el kell fogadnia azt, hogy a kórházakban más területek képviselőinek is helye van, illetve mindkét oldalról törekedni kell a hatékony együttműködés kialakítására és fenntartására. Pozitív változás indult meg a rendszerváltást követően Magyarországon, ekkor realizálódott és került kimondásra a lakosság rossz egészségügyi és szociális helyzete. Elindult a kórházakban a szociális státuszok létrejötte, majd pedig a szociális csoportok kialakulása. A 2004-es Magyar Zsófia által készített kutatásban az akkor kapott eredményeket lehetett úgy értelmezni, hogy egy még kialakulófélben lévő szolgáltatásról beszélünk, melyet semmilyen törvény sem szabályoz. A jelenlegi kutatás azonban csak kismértékű változásokat hozott a korábbihoz képest, kivétel ez alól az a néhány kérdés, amelyek terén pozitív fejlődés tapasztalható, illetve az érdekvédelmi csoport megjelenése. El kell ismerni, hogy nem történt releváns pozitív változás a szociális szakembereknek a helyzetében az eltelt 10 év alatt. A tárgyi és személyi feltételek kevésbé változtak. A kötelező továbbképzési rendszer megoldatlansága szintén nehézséget jelent a fejlődni kívánó munkaerő számára, e téren egyedül a mester- és posztgraduális képzések terjedése jelent némi változást. A szakemberektől távolabb álló ún. külső tényezőknél kívül, melyekre kevés befolyásuk lehet a kórházakban szociális munkát végzőknek (pl. törvényjavaslat, a szakma elfogadottsága az egészségügyi dolgozók körében), igenis vannak olyan tényezők melyeket képesek befolyásolni. Ilyen például egy egységes szakmai protokoll kidolgozása, elfogadtatása, majd bevezetése. Mindez jelentős változásokat eredményezhet a jelenleg kevésbé biztató helyzetben.

Az érdekvédelmi szervezetben vannak törekvések és szándékok egy ilyen átfogó protokoll kidolgozására, és a kérdőívet kitöltők közül többen jelezték, hogy aktívan részt vesznek abban a kezdeményezésben, amely e dokumentum elkészítését célozza. Az érdekeket képviselő EÜDSZM szervezet már működik, de fontos lenne, hogy minél több aktív tag legyen részese. Úgy tűnik, hogy az elmúlt 10 év kevés javulását a szakemberek közös fellépésével lehetne pozitív irányba formálni.

Irodalom

- Borosné Tegze Emma (2005): Kórházi szociális munka. *Háló*, (11), 2–3, 1–3. http://www.3sz.hu/sites/default/files/uploaded/2005_februarmarcius.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Gregorian, Camille (2005): A career in hospital social work. Do you have what it takes? *Social Work in Health Care*, (40), 3, 1–14.
- Lóránth Ida (2009): Protokollra vár a kórházi szociális munka. *Kórház*, 1–2, 16. <http://www.weborvos.hu/adat/korhaz/2009febr/16-17.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Magyar Zsófia (2004): A magyarországi kórházi szociális munka helyzete egy országos kutatás tükrében. *Esély*, (15). 4, 44–70. http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_4/MAGYAR.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Pék István (2000): Merre tovább szociális munkások? *Szociális munka*, (12), 2, 99–124.
- Péterné Molnár Gizella (2007): A kórházi szociális munka működési keretfeltételei. *Esély*, (18), 5, 99–119. http://www.esely.org/kiadvanyok/2007_5/MOLNAR.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Tóthné Józsa Anna (2011): A kórházi szociális munka jogszabályi háttérének hiányaiból eredő problémák. *Háló*, (17), 10, 4–5. http://3sz.hu/sites/default/files/2011_oktober_0.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (utolsó letöltés: 2014. 02. 10.)
- 60/2003 (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300060.ESC (utolsó letöltés: 2014. 02. 20.)
- 1/2012. (V.31.) EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet és az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny*, 2012, 64. sz. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK12064.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)

HUBAI LÁSZLÓ

KAPITALIZMUS: AMIKOR A „MÚLT FELFALJA A JÖVŐT”¹

Thomas Piketty: *Capital in the Twenty-First Century*. London: The Belknap Press of Harvard University Press, 2014. 685 o.

Thomas Piketty legújabb könyve az elmúlt időszak egyik legnagyobb tudományos könyvszenzációja. A brit *The Guardian* szerint Milton Friedman és az 1970-es évek óta nem volt még olyan közgazdász, aki ekkora hatással lett volna a nagyközsésre (Hutton 2014). Teszi ezt annak ellenére, hogy mind tudományterületét, mind méretét tekintve (685 oldal) nem tartozik a könnyű olvasmányok közé. A *Tőke a 21. században* a jövedelemegyenlőtlenséget járja körbe, amely korábban a közgazdaságtudományban elhanyagolt terület volt egészen az elmúlt évekig.²

A könyv rendkívüli sikerének egyik oka az időzítésében rejlik. A 2008-as globális pénzügyi válság és az azt követő gazdasági recesszió a közpolitikai diskurzus középpontjába helyezte az egyenlőtlenség és a vagyonkoncentráció problémáját.

Tudományos szempontból a *Tőke a 21. században* jelentős alkotás. A szerző nem marad kizárólag a közgazdaságtudomány területén, hanem a történeti kutatás és más szociális tudományágak ismeretanyagához is hozzá kíván járulni. Nyers adatokból nyert információit a korszellem leírására alkalmas klasszikus irodalmi művek érintőleges vizsgálatával egészíti ki.

Innovatívan járul hozzá az egyenlőtlenség több évszázados alakulásának megértéséhez, miközben Vilfredo Paretohoz és Simon Kuznetshez nyúl vissza adatelemzési technikájával Milanovic (2014). A háztartási felmérések vizsgálatának bevett gyakorlata helyett az adóügyi nyilvántartásokból nyert adatokat használja megállapításainak az alátámasztására. A módszertan nem teljesen új, ám – ahogy Paul Krugman (2014), Nobel-díjas közgazdász kiemeli – Piketty olyan mélyrehatóan dolgozta fel és egészítette ki egyéb forrásokkal, ami jelentős újítás az eddigi tudásunkhoz képest. Piketty bő 200 évet felölelő könyvében egyszerre figyel a múltra, elemezve elődei munkásságát, és tekint a jövőbe, aggódva szemlélve a világ lehetséges alakulását.

Az adónyilvántartások használata komoly hatással lehet az egyenlőtlenségek jelentőségéről kialakult tudományos vitákra. Azon kevés közgazdász közé tartozik, aki nem utasítja vissza az egyenlőtlenségek vizsgálatának fontosságát, jellemzően a szegények és a dolgozó osztály közötti aránytalanságokra helyezi a hang-

¹ Piketty (2014: 571).

² Az elmúlt évek fontosabb irodalmát lásd Wilkinson–Pickett (2009), Stiglitz (2012).

súlyt és kevésbé a vagyonosokra. A *Tőke a 21. században* újszerű megközelítésével lerántja a leplet a jövedelemhierarchia felső 10 százalékának, valamint azon belül a leggazdagabb 1 százalékának szerepéről az egyenlőtlenségek alakulásában.

Címével ellentétben Piketty könyve nem kizárólag a tőkéről szól, hanem a „kapitalizmus általános elméletét” tárja elénk (Milanovic 2014). Egységes keretbe integrálja az egyenlőtlenségről szóló elméleteket és adatokat a növekedéssel kapcsolatos tudásunkkal, valamint a vagyon generációk közötti és generációkon belül áramlásának vizsgálatát a jövedelmi tőke és munka közötti megosztásával. A könyv azon művek sorába tartozik, amelyek a kapitalizmusra nemcsak mint egy elkülönülő gazdasági rendre tekintenek, hanem olyan képződményre, amely szorosan összefügg a demokrácia intézményrendszerével, illetve amelynek számos szociális aspektusa van.

A *Tőke a 21. században* egyik legfontosabb állítása, hogy a kapitalizmus, valamint az alapját jelentő tiszta és tőkéletes verseny nem vezet az egyenlőtlenségek szükségszerű csökkenéséhez, hanem épp annak természetéből adódik, a vagyonkoncentráció és az egyenlőtlenség féktelen növekedéséhez vezet.

„Annak az eszméje, hogy a korlátozásoktól mentes verseny véget vet az öröklött vagyon fontosságának és elhossa a meritokratikus világot, nem más, mint veszélyes illúzió. Az univerzális választójog bevezetése (...) véget vetett ugyan a vagyonosok törvényes politikai dominanciájának, viszont nem szüntette meg a gazdasági erők azon képességét, hogy létrehozzák a tulajdonosok társadalmát.” (Piketty 2014: 424)

Piketty a tőke/jövedelem arányszámmal (β) méri a tőke adott társadalomban betöltött fontosságát.³ Történelmi adatok alapján a β értékének hosszú távú alakulása U alakot mutat: az I. világháborúig jelentősen nőtt, majd az ezt követő bő öt és fél évtizedben visszaesett, hogy aztán az 1970–80-as évektől ismét szárnyra kapjon, és megközelítse a 20. század eleji értéket. A tőke/jövedelem arányszám hasonló tendenciát mutat az összes fejlett országban.

A történelmi tanulság magyarázata a kapitalizmus első törvénye, amely kapcsolatot teremt a tőke nagysága, valamint a tőkéből származó jövedelem áramlása között. E szerint a tőkejövedelem részesedése a nemzeti jövedelemből (α) egyenlő a tőke/jövedelem arányszám (β) és a megtérülési ráta (r) szorzatával. Az α növekedése esetén az egyéb termelési tényezőkből (így a munkából) származó jövedelmeknek csökkenniük kell. A kapitalizmus törvényének következménye, hogy amennyiben a megtérülési ráta (r) tartósan és jelentősen a növekedés (g) szintje felett marad, a tőkejövedelem aránya megnő a nemzeti jövedelemen belül. Piketty szerint elméletileg, amennyiben a növekedés eléri a 1,5–2 százalékot és a megtérülési ráta 3–3,5 százalék alatt marad, akkor a vagyonkoncentráció nö-

³ A tőke jelöli az adott időpillanatban birtokolt összvagyon mértékét, míg a jövedelem az adott évben termelt és elosztott javak mennyiségének éves nagyságával egyenlő.

vekedése nem lesz jelentős. Történelmi tapasztalat azonban, hogy az r átlagosan 4–5 százalékot mutat, míg a g az idők nagy részében közel volt a nullához. A lassan növekedő gazdaságokban pedig az összvagyonon belül aránytalanul nagy fontosságra tesz szert a múltban gyűjtött tőke, hiszen az öröklött vagyon gyorsabban nő, mint a termelés és a jövedelem. A szerző szerint az α növekedésének és a β emelkedésének egymást erősítő hatása vezet a vagyonkoncentráció és az egyenlőtlenség féktelen növekedési spiráljához, ami a kapitalizmus természetéből eredő spontán folyamat. Mindezek eredménye pedig végső soron az összes jövedelem egyre egyenlőtlenebb eloszlása.

Piketty szerint a jövedelemegyenlőtlenségek növekedéséhez jelentősen hozzájárult a társadalom felső 10 százalékának további meggazdagodása, valamint ezen belül a felső 1 százalék és a maradék 9 százalék közötti jövedelemolló szétnyílása. A legszűkebb elit gazdasági eltávolodása is a piacgazdaság működési logikájából következik, ugyanis ez az osztály képes maximalizálni tőkéjének megtérülési rátáját azáltal, hogy befektetéseinek a legjobb pénzügyi konzultánsokat alkalmazza, valamint képes nagyobb kockázatot vállalni a magasabb haszon érdekében. Minden jelentős vagyon extrém módon nő, függetlenül attól, hogy tulajdonosa dolgozott-e, vagy sem, vagyis a pénz újratermeli önmagát. Az oligarcha típusú divergencia pedig odáig vezethet, hogy a gazdag országok a milliárdosok tulajdonába kerülnek, aminek végzetes társadalmi következményei lehetnek.

A vagyon fontosságának 20. századi szinthez közelítő visszatérése nem jelenti azt, hogy minden a régi. A tőke „hiperkoncentrációjával” párhuzamosan jelenik meg a munkabér színvonalának újszerűen széttartó trendje. Az 1970-es évektől megfigyelhető tendencia elsősorban a magas bérek robbanásszerű növekedésével magyarázható. A hagyományos megközelítések szerint a bérek közötti különbségek eredője a technológia és a képzés közötti verseny, azaz a munka kompenzációja függ az egyén marginális termelékenységtől, ami a munkavállaló képzettségének, valamint a képzettség kínálatának és keresletének függvénye. Az elmélet azonban nem képes megmagyarázni a fejlett országok közötti különbségeket, illetve hogy a jövedelemhierarchia felső 1 százalékánál miért koncentrálódik magasabb bér a felső osztály többi tagjához viszonyítva. Piketty véleménye szerint, mivel a menedzserek munkája esetén lehetetlen megbecsülni az illető hozzájárulását a vállalat teljesítményéhez, a bérek meghatározása ezen a szinten önkényesnek tekinthető, az egyén alkuerejétől és a szervezeten belüli kapcsolatrendszerétől függ. A közgazdász szerint a gyakorlatban a bérhierarchia tetején lévők maguk határozzák meg munkajövedelmüket, így saját maguk felé nyúlhat kezük. A magas fizetések országok és időszakok közötti eltérései azzal magyarázhatók, hogy a kompenzációs gyakorlat sajátos intézményi és társadalmi normarendszerbe ágyazottan működik, ami korlátokat szab a béregyenlőtlenségnek. Piketty szerint az angolszász országok egyenlőtlenségek iránti toleranciája a neokonzervatív/neoliberális fordulat idején tapasztalt növekedésnek köszönhető, illetve az abba vetett hitbe,

hogy az ilyen politika vezetett az Amerikai Egyesült Államok és Nagy-Britannia korabeli gazdasági sikeréhez (ami a szerző szerint ellentétes a valósággal).

Sajátos egyenlőtlenség tehát korunké. Miközben a tőkekoncentráció nagysága közelít az I. világháború előtti szinthez, a bérek tekintetében is minden korábbinál magasabb egyenlőtlenségi tendenciák tapasztalhatók. A társadalom felső 1 százalékának betevője egyenlő arányban érkezik a tőkéből és a munkából származó jövedelemből.

Semmi sem garantálja azonban, hogy az öröklött vagyon tekintetében nem térünk vissza a 19. századi szinthez. Ahhoz a helyzethez, amit a Rastignac-dilemma jellemez, vagyis amikor felmerül a kérdés, hogy megéri-e keményen dolgozni, ha a felemelkedéshez a vagyonon keresztül vezet az út.

Korunk demokratikus társadalmi meritokratikus hitre épülnek. Azon a meggyőződésen, hogy az emberek közötti egyenlőtlenségek az általuk tett erőfeszítéseiken és érdemeiken alapulnak. Az életkörülmények radikális különbözősége azonban napjaink egyre intenzívebb tapasztalata. A jövő pedig még ijesztőbbnek tűnik.

Piketty elemzése során arra a következtetésre jut, hogy a kapitalizmus rendszerének belső logikája vezet az egyenlőtlenségek eszkalálódásához. Elismeri, hogy a vagyonkoncentráció gyors növekedésének vannak kisebb-nagyobb ellenszerei, mint a növekedés, illetve olyan politikai intézmények kialakítása, mint a progresszív adózás, a minimálbér, az oktatáshoz való hozzáférés kiterjesztése vagy az öröklési törvények átalakítása. A legnagyobb erő azonban, amely megakadályozta, hogy a tőke és az öröklött vagyon a 18–19. századra jellemző dominanciára tegyen szert: a háború okozta rombolás és káosz volt. A két világháború olyan kivételes történelmi helyzetet teremtett, amely negatívabban érintette a vagyonosok jövedelmét. A fizikai leépülés, a pénzügyi és politikai sokkok következtében kialakuló kormányzati válaszok (mint az államosítások, az országon kívüli tőkemennyiség csökkentése, progresszív adórendszer bevezetése) következtében először és utoljára a munkából származó jövedelem túlszárnyalta a tőkejövedelmet, illetve az egy élet alatt megszerezhető megtakarítás jelentősen magasabb volt a generációról generációra szálló vagyonnál. A háborús időszak további következménye az európai patrimonális középosztály kialakulása. A 18. és 19. századdal szemben, amikor a társadalom 40 százaléka az összes vagyon pusztán 5 százalékát birtokolta, a 20. században a középosztály már jelentős tulajdonnal rendelkezik: a tőke 1/3-ának birtokosa.

Piketty nem áll meg az adatok értelmezésénél és a következtetések levonásánál, hanem saját szakpolitikai javaslatokkal áll elő. Véleménye szerint a politikai demokrácia nagy kudarca, hogy nem járt a gazdaság demokratizálásával, aminek következtében instabillá vált. A társadalmi igazságosság önmagából eredő értékénél fogva követel meg bizonyos intézményeket és nem piac vagy a parlament szolgálatába állítva.

Javaslatainak központi eleme a progresszív adórendszer, amit a francia szerző nemcsak a 20. század nagy innovációjának és a demokrácia leképeződésének tart, hanem az egyik legfontosabb eszköznek, amely részben magyarázza az országok között egyenlőtlenségekben megmutatkozó történelmi különbségeket. A globalizáció, valamint a jelenlegi adóverseny következtében a legtöbb ország számos tőkefajtára kivételeket vezetett be, így téve az adórendszert egyre regresszívebbé. A tőke kedvezőbb adókörnyezetbe menekítési gyakorlatának megszüntetése miatt Piketty célja: minden tőkefajta figyelembe vevő globális progresszív tőkeadó bevezetése, amely éves szinten, a tőkemennyiségtől függően, 0 és 5–10 százalékos adókulccsal dolgozik. Megfelelő feltételek esetén (mint a bankadatok globális megosztása, jelentős nemzetközi együttműködés, transzparens nemzetközi pénzügyi rendszer kialakítása) a globális tőkeadó képes lenne megfékezni a végtelen egyenlőtlenségi spirált, ellenőrzése alatt tartani a vagyonszűkülés dinamikáját. Elsődleges célja nem az állami vagy a globális vagyonszűkülés bővítése, sokkal inkább a globalizáció előnyeinek egyenlőbb elosztása, az eddigi veszteségek kompenzálása. A társadalmi igazságosság és az egyéni szabadság olyan kompromisszuma, amely egyszerre biztosítja a globális gazdaság szabályozottságának és nyitottságának előnyeit. Piketty szerint a tőkeadó a meglévő adónemek megtartása mellett kerülne bevezetésre, kiegészülve a magas munkabérekre kivetett (80%-os maximális adókulccsal rendelkező) progresszív jövedelemadóval, csökkentve a menedzserek gigászi bérszínvonalát a gazdaság fékezése nélkül.

A könyv merész következtetései, az angolszász országok nyílt kritikája, a szélesebb közönségben szerzett népszerűsége miatt a *Tőke a 21. században* sok kritikát kapott. A bírálatok három nagy csoportba sorolhatók.

Michael Potter szerint a Piketty által használt módszertan számos hibával küzd. A francia szerző által alkalmazott számításokban a tőkenereség a vagyontárgy értékesítésének évében realizálódik, míg pontosabb eredményeket kapnánk, ha a jövedelem mérése során az értékgyarapodás következtében megjelenő tőkenereséget is beleszámítanánk az eredménybe. Potter (2014) szerint a változtatás következtében világossá válik, hogy a jövedelemhierarchia tetején lévők jövedelme nem nő gyorsabban, szemben azzal, amit Piketty állít. Chris Giles a *Financial Times* hasábjain közölt kritikájában arról írt, hogy a közgazdász helytelenül hagyta ki vizsgálatából a brit Nemzeti Statisztikai Hivatal háztartási felmérésen alapuló adatait, holott a minta nagysága miatt indokolt lett volna. Giles szerint a Hivatal adatai alapján az ország vagyonos 1 százaléknak tőkerészesedése 44 százalék, szemben a könyvben szereplő 71 százalékkal (Rankin 2014). Több bírálat rámutat, hogy Piketty nem vette figyelembe a jóléti transferek és jövedelemtámogatások egyenlőtlenségekre gyakorolt hatását, így a nemzetállam fejlődésének egy jelentős szakasza maradt ki az elemzésből, ami döntő jelentőségű 200 év távlatának megítélésében. Piketty ugyan kitér a szociális állam fejlődésére, de elsősorban az adórendszer további kiterjesztésének lehetőségeit elemzi. Vizsgálata során arra a következtetésre jut, hogy a legnagyobb jóléti programoknak marginális szerepük van a gazdagoktól a szegényekhez történő átcsoportosításban.

Winship szerint a jóléti támogatásokat is figyelembe véve 1979 és 2012 között az amerikai társadalom 90 százalékának jövedelme négyszer nagyobbra nőtt, mint Piketty számításában, ami komoly jelentőségű az egyenlőtlenségek megítélésében (Potter 2014: 93).

A kritikák második csoportja a könyv által nem tárgyalt témákra hívja fel a figyelmet. Többen kiemelik, hogy miközben Piketty alapfeltevése, hogy az elszabaduló egyenlőtlenségek veszélyeztetik a társadalmi rendet, nem ejt szót azonban annak okairól. Lane Kenworthy (2008: 14–18) szerint a jövedelemegyenlőtlenségeknek komoly szociális és egészségügyi következményei vannak, valamint negatív hatással bírnak a bűnözés és a társadalmi részvétel szintjére. Robert H. Wade (2014) szerint napjainkra a nemzetközi szervezetek is nyíltan beszélnek arról, hogy a magasabb egyenlőtlenségek korlátozzák a gazdasági növekedés ütemét és stabilitását. Curtis S. Dubay és Salim Furth (2014) szerint a könyv egyik nagy hiányossága a szegénység témakörének teljes hiánya. Piketty túlságosan is nagy hangsúlyt fektetett a társadalmi hozzáférés arányaira, és keveset a vagyoni- és jövedelemszintekre. Az elosztás túlzott fókuszra magyarázatot adhat arra, hogy miért nem számolt a közgazdász a magas adóráta negatív hatásaival.

Talán a legtöbb kritika a francia szerző által javasolt megoldásokat érte. A bírálatok jelentős része a gazdaságra gyakorolt hatása felől közelítette meg a kérdést. Allister Heath szerint „a tőke felélése a legjobb út a nemzet elszegényítése, a gazdasági növekedés csökkentése, valamint a bérek alacsonyan tartása felé” (Potter 2014). Piketty ráadásul azt javasolja, hogy minden tőkefajta azonos adókulcs alá essen, figyelmen kívül hagyva az optimális adórendszer kialakításának azon fontos alapelvét, hogy az adókulcsok meghatározásánál tekintettel kell lenni a tőke mobilitási képességére. Kenneth Rogoff szerint a felvázolt terv „tele van hitelességi és megvalósíthatósági problémákkal, amelyek politikailag kivitelezhetetlenné teszik” (Edsall 2014).

A vitáknak koránt sincs végük. Piketty a kritikák hatására online felületen nyilvánosságra hozta kutatásának adatait és ábráit. Kétségtelen, hogy könyvében vannak hiányosságok, módszertana minden bizonnyal fejleszthető. A *Tőke a 21. században* azonban alapmű. Értékét mi sem bizonyítja jobban, mint hogy az egyenlőtlenségről szóló viták újra a tudományos diskurzus középpontjába kerültek. Kétségtelen érdeme, hogy a szélesebb közvéleményhez is eljutott. A vagyoni társadalomban betöltött helye és szerepe a közbeszéd tárgyává vált. A modern demokratikus társadalmakban pedig hinnünk kell, hogy ez az első lépés egy egyenlőbb és igazságosabb világ felé.

Irodalom

- Dubay, Curtis S. – Furth, Salim (2014): Understanding Thomas Piketty and His Critics. *The Heritage Foundation*, September 12. <http://www.heritage.org/research/reports/2014/09/understanding-thomas-piketty-and-his-critics>. (utolsó letöltés: 2015. 01. 10.)
- Edsall, Thomas B. (2014): Thomas Piketty and His Critics. *The New York Times*, May 14. http://www.nytimes.com/2014/05/14/opinion/edsall-thomas-piketty-and-his-critics.html?_r=0. (utolsó letöltés: 2015. 01. 10.)
- Hutton, Will (2014): Capitalism simply isn't working and here are the reasons why. *The Guardian*, 12 April. <http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/apr/12/capitalism-isnt-working-thomas-piketty>. (utolsó letöltés: 2015. 01. 10.)
- Kenworthy, Lane (2008): *Jobs with equality*. New York: Oxford University Press.
- Krugman, Paul (2014): Why We're in a New Gilded Age. *The New York Review of Books*, May 8. <http://www.nybooks.com/articles/archives/2014/may/08/thomas-piketty-new-gilded-age/>. (utolsó letöltés: 2015. 01. 10.)
- Milanovic, Branko (2014): The return of „patrimonial capitalism”: A review of Thomas Piketty's Capital in the Twenty-First Century. *Journal of Economic Literature*, (52), 2, 519–534. (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Potter, Michael (2014): Capital in the Twenty-First Century: A Critique of Thomas Piketty's Political Economy. *Agenda – A Journal of Policy Analysis and Reform*, (21), 1, 91–113. <http://press.anu.edu.au/wp-content/uploads/2014/11/Capital-in-the-Twenty-First-Century-A-Critique-of-Thomas-Piketty%E2%80%99s-Political-Economy.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Rankin, Michael (2014): Thomas Piketty accuses Financial Times of dishonest criticism. *The Guardian*, 26 May. <http://www.theguardian.com/business/2014/may/26/thomas-piketty-financial-times-dishonest-criticism-economics-book-inequality>. (utolsó letöltés: 2015. 01. 10.)
- Stiglitz, Joseph E. (2012): *The Price of Inequality. How Today's Divided Society Endangers Our Future*. New York: W. W. Norton & Company.
- Wade, Robert H. (2014): The Piketty phenomenon and the future of inequality. *Real-World Economics Review*, 69, 2–17. <http://www.paecon.net/PAEReview/issue69/whole69.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 28.)
- Wilkinson, Richard G. – Pickett, Kate (2009): *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. New York: Bloomsbury Press.

ABSTRACTS

Gábor Juhász: The protection of social rights in the Fundamental Law of Hungary

Although the Constitution of 1989 declared rights to social security and to the highest possible level of physical and mental health, the Constitutional Court was reluctant to interpret these rights as subjective ones, and preferred to treat them as state objectives. In this situation, satellite rights (such as the right to property, vested rights, the rule of law and legal certainty) started to play an increasing role as far as constitutional protection of social rights was concerned. The entering of the Fundamental Law into force in 2012 made dramatic changes to the constitutional protection of social rights since it undermined the protection having been ensured by satellite rights, and it also reduced the room for the constitutional supervision of social legislation when budgetary issues were concerned. This move has been interpreted by the Constitutional Court as a measure that helps to make a paradigm change in social policy. The essay also draws the attention to a new practice in constitutional legislation which consists of building short-term policy objectives in the text of the Constitution. Such practices affect the constitutional regulation of social rights as well to the extent that endangers the implementation of the rule of law.

István Budai and Edit Puli: Co-operation in social services

The study presents the qualitative research at the Department of Social Studies at Széchenyi István University (Győr) in 2013-2014, which focused the different co-operations in social services. Starting out from the relevant international and Hungarian literature and current social work practice this research examines the aspects and system of co-operation, the reasoning for co-operation follows in context of the ideas of the modern social work. The different (structured, in depth interviews and focus-group interviews) examinations were delivered in multi-dimensional framework in Győr region, which deals with the main elements, types, methods, results, problems, disadvantages, dilemmas.

Zsuzsa Széman: Alternatives of long term care: Technology and environment

Healthy life expectancy after the age of 65 is decreasing hence expenditure on long-term care is increasing and the care systems will become unsustainable over the short or longer term. In the European Union by 2060 13.9 million persons over 65 will be receiving formal care compared to 5.5 million in 2007, while the number of those being cared for by informal carer and those entirely without care is projected to rise from 12.2 million to 22.3 million. Alternative solutions are coming increasingly to the fore, especially research, modelling and elabora-

tion of new solutions based on technology, on info-communications and on the environment. The study analyses the results of research on alternative innovative solutions in international comparison, the EU goals for handling the problem, and national policy ideas. It also presents good examples, innovative solutions developed in different countries, regions and towns and shows examples of their adaptation, with the aim of encouraging their further development.

Mária Tróbert: The importance of the elderly carers' support

Due to the high costs of treatment of the diseases of old age and the financing difficulties of the social services system it is increasingly important to preserve the independence of the elderly and pay attention to the work of informal helpers. In addition to the social solidarity manifested in social services, emphasis is again shifting to family support. Family members who undertake the care of a sick relative encounter many difficulties in their helping role. Since their work is irreplaceable, they need to be given more social support. The study presents a few of the challenges faced in the helping role.

Kinga Vajda: The current situation of social work in hospitals in Hungary

The study explores the social work in hospitals and other medical care institutions in Hungary. The first comprehensive study that provided with a then actual picture of this field was published ten years ago. That study highlighted both the positive and negative aspects and also presented suggestions for change. The present study analyses the changes that have occurred in the past ten years. The primary objective was to provide an insight into the current situation of social work conducted in the medical institutions. At the same time the author makes a comparison between the current situation and the one ten years ago, detecting the changes occurred and examining the work of the professional association established in the meantime. Furthermore, the study also intends to raise the awareness for the status of the professionals working on the boundaries of the social and medical systems.

CONTENTS

Studies

- 3 **Gábor Juhász:** The protection of social rights in the Fundamental Law of Hungary
- 32 **István Budai and Edit Puli:** Co-operation in social services

International Review

- 65 **Zsuzsa Széman:** Alternatives of long term care: Technology and environment
- 85 **A. Mária Tróbert:** The importance of the elderly carers' support

Social Work

- 102 **Kinga Vajda:** The current situation of social work in hospitals in Hungary

Review

- 129 **László Hubai:** Capitalism: when “the past devours the future”. (Thomas Piketty: *Capital in the Twenty-First Century*. London: The Belknap Press of Harvard University Press, 2014.)