

KRÉMER BALÁZS

## Idős? Gondozás? Miről beszélünk?\*

A tanulmány az idősgondozás hazai, és kitekintés jelleggel a nemzetközi statisztika adatait, szakmai trendjeit dolgozza fel. A halálozási adatokból megbecsüli a gondozás szükségleteit, és a szükségletbecsléseket összeveti a tényleges gondozási adatokkal. Az eltérésekből, elsősorban a fiatalabb gondozottak és a nők jelenlétének általánosan megfigyelhető, hazai túlsúlyából arra következtet, hogy az időskori gondozást ténylegesen kiváltó társadalmi okok és problémák eltérnek attól, mint amilyenekre a gondozási szakirodalom hivatkozni szokott. Végül következtetéseket fogalmaz meg arra vonatkozóan, hogy miképp lehet a gondozás rendszerét a tényleges körülményekhez jobban adaptálni.

Minek ide az a sok kérdőjel? Mindenki tudja, hogy miről beszélünk: a társadalmak öregszenek, és emiatt egyre jelentősebb gond az idősek gondozása.

Tényleg ilyen egyszerű lenne ez? Az alábbi írás ennek az ellenkezőjéről igyekszik meggyőzni olvasóját.

Az alábbi dolgozat egy nagyobb lélegzetű, az időszedés kérdését átfogóan elemző tanulmány „mellékterméke”, amely az átfogóan is sok feldolgozatlan kérdést elmaszatóló időskérdésből a manapság egyik legtöbb érdeklődést és vitát kiváltó területet, az idősek gondozását, a nemzetközi irodalomban gyakran a tartós betegek és fogyatékosok gondozásával egy kategória alá eső „tartós gondozását” (long-term care) veszi kritikusan górcső alá. Kritikám alapvető iránya az, hogy a gondozás irodalma és gyakorlata „mellébeszél”: nem azokat gondozzák a gyakorlatban, akikre hivatkozni szokás, emiatt a gondozási esetek többségében a gondozás tartalma sem az, mint ami az intézményes gondozási nyelvben megjelenik. Így a dolgozat némiképp egy „nyomozás” rekonstrukciója: kiknek a milyen gondozásáról is beszélünk akkor, amikor az idősek gondozásáról beszélünk.

A kutatós nyomozás módszereiben némi újdonságot fog jelenteni, hogy többször segítségül fogom hívni a szociológiai és közpolitikai elemzésekben ritkán figyelembe vett tényező, a halál és a halálozás adatait. Mindez jól illik egy nyomozós történethez, egy krimihez, de talán morbid

\* A tanulmány az internetről ingyenesen letölthető, nyilvános adatok alapján készült. A kutatást senki nem támogatta.

egy olyan téma kapcsán, ahol mégiscsak élő emberek életkörülményeiről, nekik nyújtott támogatásokról fog szólni a dolgozat. Előre kell tehát jelezni, hogy bár a halált a társadalmi egyenlőtlenségek szempontjából általában afféle semleges és egyenlő „tényezőnek” szokás tekinteni (végtére előbb-utóbb mindnyájan meghalunk), én itt e dolgozatban (na meg úgy általában is) a halálózásra és a halálózási adatokból számolt, várható élettartamra vonatkozó adatokat az egyik legsúlyosabb, társadalmi egyenlőtlenséget kifejező faktornak tekintem.

Nos, hát akkor... az idősök gondozásáról...

### Az idősödési probléma

Igazából már azt sem szokás tisztázni, hogy mit is értsünk „idősödésen”, „öregedésen” akkor, ha nem egyes emberek életéről, hanem társadalmi változásokról beszélünk. Ne is merüljünk el a kérdés filozófiai és szociológiai mélységeiben, pusztán eleveintsünk fel néhány – vélelmezhetően az Olvasó által is ismert – tény, adatot.

Az EU országaiban 1960 és 2010 között a 65 év feletti lakosság aránya a másfélszeresére emelkedett (9,6%–16%), és ez az arány-növekedés a 65 feletti lakosságnak a 15–64 közötti lakossághoz viszonyított arányában is tükröződik: az időskori függőségi ráta (Old Age Dependency Ratio – OADR) növekedése szintén másfélszeres (15%–23,6%).<sup>1</sup>

Mindezek az adatok még mérsékelt változásnak tűnnek ahhoz képest, hogy a 2010 és 2060 közötti időszakra vonatkozó előrejelzések a 65+ generáció arányának további megduplázódását (16%–29,3%) vetítik előre, ami a függőségi ráta vonatkozásában több mint kétszeres arányromlást vetít előre (23,6%–52,4%).<sup>2</sup>

A generációk közötti arányok drámai változását jól szemlélteti az, ha az átfogó demográfiai trendeket összevetjük az idős lakosság arányának növekedési ütemével.

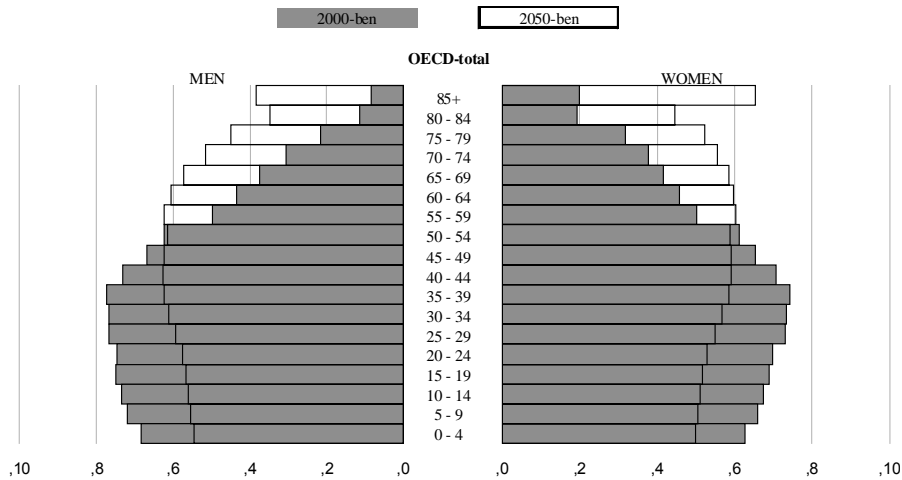
Az OECD aktuális előrejelzései szerint 2050-ig jelentős átrendeződések várhatók a korfa szerkezetében. Az angol nyelvben mindmáig korpíramisnak nevezett korfa egyre kevésbé piramis, és egyre inkább – a szakirodalomban koporsó formájúnak titulált – „kiegyenesített hasáb”, amelyben az egyes generációknak a népességen belüli aránya folyamatosan „kiegyenlítődik”, azonos létszámúvá válik.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> G. Lanzieri: The graying of the baby-boomers – A century-long view of ageing European populations, EUROSTAT, Statistics in focus, 23/2011

<sup>2</sup> Id. mű. 8. o.

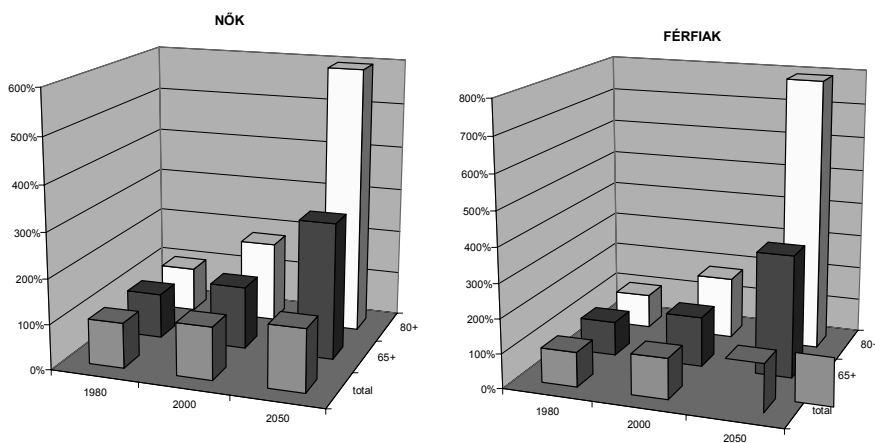
<sup>3</sup> [http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en\\_2825\\_494553\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en_2825_494553_1_1_1_1_1,00.html)

Az OECD teljes népessége korcsoport és nemek szerint, az adott korcsoport a teljes népesség százaalakában (OECD 2012)



2000-ben: 1 129,6      A teljes lakosság (millió fő)      2050-ben: 1 334,0  
 2000-ben: 22      Időskori függőségi ráta (a 65+ lakosság a 20-64 %)      2050-ben: 47

Ennek a kiegyenlítődési folyamatnak a lényege az idősök létszámának és arányának megdöbbentő növekedése. Az OECD adatait továbbszámolva azt az adatot kapjuk, hogy míg 1980 és 2050 között az OECD tagországokban a népesség kevesebb mint másfélszeres növekedése várható, addig a 65+ generáció létszámnövekedése 3–4-szeres, a 80+ generáció növekedése pedig 6-8-szoros az előrejelzések szerint ugyanebben az időszakban.<sup>4</sup>



<sup>4</sup> OECD fenti adataiból továbbszámolva

Az, ami az időseknek a társadalom egészében vett növekvő arányában kifejezhető, az kifejezhető az egyes egyének várható életkilátásaiban is. Napjainkra az Unió országaiban a nők születéskor várható élettartama 82,6 évre, a férfiaké 76,9 évre növekedett.<sup>5</sup>

Am még a születéskor várható élettartamnál is gyorsabban nőtt a 60 vagy 65 éves korban várható élettartam, és pedig úgy, hogy közben a férfiak és nők közötti hagyományos különbségek enyhén csökkennek. Ez a trend köszön vissza abban, hogy a 80+ kohorszok növekedési üteme gyorsabb, mint a 60 vagy 65 feletti korcsoportoké.

EU-27 tagállam átlaga, években	2002		2009	
	férfiak	nők	férfiak	nők
60 éves korban várható élettartam	19,5	23,7	21,1	25,1
65 éves korban várható élettartam	15,9	19,5	17,3	20,9

Forrás: Eurostat<sup>6</sup>

Az elmúlt néhány évben a népegészségügyi szakirodalom és nyomában a népesedési stratégiák a várható élettartam növekedésénél nagyobb hangsúlyt helyeznek az egészségben leélt – értsd: komolyabb orvosi panaszok nélkül lezajlott – életévek várható tartamára.<sup>7</sup>

Az egészséges évek és a várható élettartam összefüggéseit az Eurostat 2009 évi adatai alapján az alábbi táblázatban foglaljuk össze:

EU átlaga, években (2009)	Férfiak		Nők	
	egészséges évek	várható élettartam	egészséges évek	várható élettartam
születéskor	60,9	76,4	61,6	82,4
65 éves korban	8,2	17,3	8,3	20,9

Az adatokból azonnal szembeötlik, hogy az egészségben várható életévekben lényegesen kisebb a férfiak és a nők közötti különbség, mint a várható élettartamokban. Mindezt két, egymásnak ellentmondó magyarázattal értelmezhetjük. Egyrészt mondhatjuk azt, hogy bár a nők tovább élnek, de ezen belül betegesen, nem egészségesen élnek tovább. De ugyanígy mondhatjuk azt is, hogy a férfiak korábbi elhalálzásában szerepet játszhat az is, hogy őket mindenki tovább tekinti orvosi panaszok nélküli egészségesnek, és csak a halál idején vagy nem sokkal az előtt

<sup>5</sup> Eurostat honlap, 2012, 2010 évre szóló adatokat lásd: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/download.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00025>

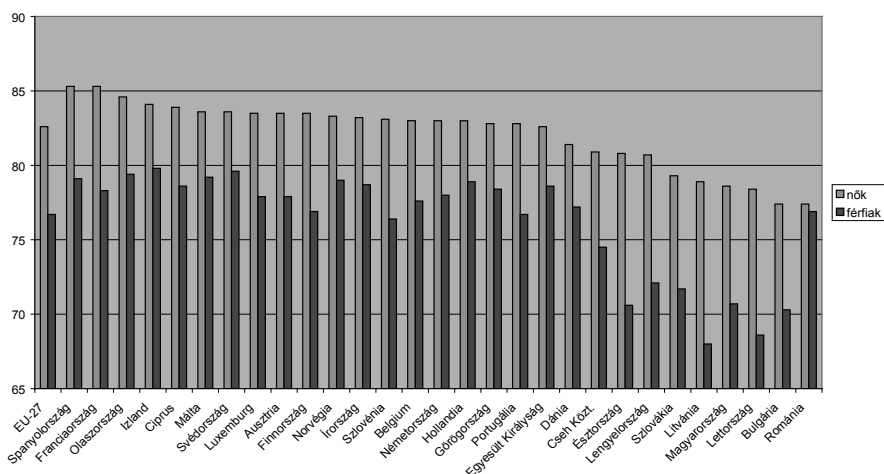
<sup>6</sup> <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdde210&language=en>; <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00026&language=en>

<sup>7</sup> Az Eurostat csak 2007 évtől közöl adatokat a várható egészséges élet időtartamáról, lásd: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Healthy\\_life\\_years\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics)

derül ki, hogy mégsem feltétlenül egészséges élet az orvosi diagnózisok és egészségügyi kontrollok nélküli élet. Vagyis ez utóbbi magyarázat szerint a nők várható élettartam-többletében szerepet játszhat a hagyományos női szerepekhez illeszkedő, nagyobb odafigyelés a saját testre és mentális állapotra, a problémák korábbi érzékelése, ennek kapcsán a bajok korábbi érzékelése és az orvoshoz fordulás kellően korai időzítése. Ez utóbbi ugyanakkor csökkenti az egészségben leélt évek kimutatott számát, ez okozhatja azt, hogy a nők előnye e téren a férfakkal szemben kisebb, mint a várható élettartamban.

A nemzetközi fejlettségi versenyek leginkább közismert, legáltalánosabb és legszintetikusabb „versenyszáma” az egy főre jutó GDP adat, ezt szokás az egyes országok fejlettségét kifejező adatnak tekinteni. Általában más adatokat is ennek függvényében szokás vizsgálni, azt feltételezve, hogy az egy főre jutó GDP adatot független változónak tekintve, más adatokat függő változóként kezelve a GDP szerint fejlettebb orszá-

Várható élettartam az EU tagországokban (Eurostat, 2011)



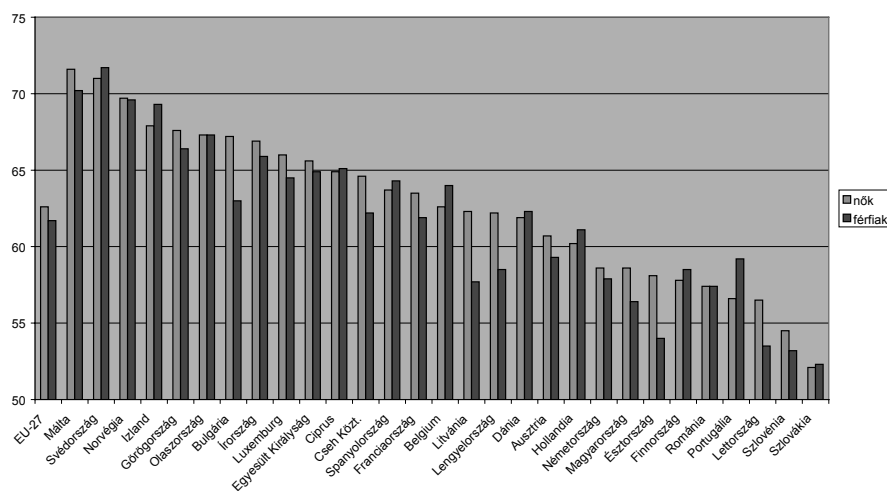
gok a függő változónak tekintett adatokban is erőteljesebb fejlettséget mutatnak.

Ennek egy klasszikus esete az, ha a várható élettartamot tekintjük függő változónak: a trend egyértelmű, a fejlettebb, gazdagabb, nagyobb jólétben élő országok lakói tovább élnek. Am messze nem mondhatjuk, hogy az összefüggés szigorúan érvényesülne. Egyrészt látható, hogy a mediterrán és latin országokban élők életkilátásai jobbnak tűnnek annál, mint amilyen várható élettartamra az egy főre jutó GDP adatuk alapján számítani lehetne, másrészt az is látványos, hogy a nők várható élettartama szerint rendezett grafikonon a férfiak életkilátásai messze nem követik a nők körében megfigyelhető fokozatosságot. Rossz hír azonban, hogy az Unió legalacsonyabb egy főre jutó GDP adataival jellemezhető, volt szocialista országok egyértelműen az életkilátások szerinti rangsor

végén foglalnak helyet.<sup>8</sup> A fejlettségi sorrendtől eltérő halálozási sorrendeket leginkább talán azzal magyarázhatjuk, hogy az egészséges életmód vagy az egészséges táplálkozás életkilátásokat jobbító tényezői között olyan, országonkénti szokásokat is figyelembe vehetünk (pl. szabad levegőn eltöltött idő, hal vagy vörösbor fogyasztása, stb.), amelyek nem függenek össze a gazdasági fejlettséggel, a jólét szintjével.

Amennyire a várható élettartamról még mondhattuk azt, hogy alakulásuk nagyjából az egyes országok fejlettségi szintjét követi, úgy messze nem tekinthető ez általános trendnek az egészségben eltöltött élettartam

Az egészségben eltöltött várható élettartam az EU tagországokban (Eurostat, 2011)



alakulásában.<sup>9</sup>

És, hogy még tovább fokozzuk a trendek összekuszálását, érdemes egy pillantást vetnünk arra, hogy időben miképp változtak a várható élettartamok és az egészségben eltöltött várható élettartamok. Azt a furcsaságot fogjuk tapasztalni, hogy átfogóan, az Unió egészében egyaránt javulnak mind általában az életkilátások, mind pedig – a nemzetközi népegészségügyi stratégiák szellemében és hatására – az egészségben leélt élettartam kilátásai. Ugyancsak kiolvasható az is, hogy az életkilátások dolgában a férfiak hátrányai lassan, de csökkennek.

És meglepő módon azt is tapasztalni fogjuk, hogy Európa lefejlettebb, leggazdagabb országaiban az elmúlt években az egészségben eltöltött, várható élettartam jellemzően kissé csökken (!), míg a kevésbé fejlett tagországokban az adat növekedést mutat.<sup>10</sup>

Gyakorlatilag minden, a jóléttel és gazdasági fejlettséggel való összefüggést felborít az az adat, amely elvileg a legfontosabb mutató lenne

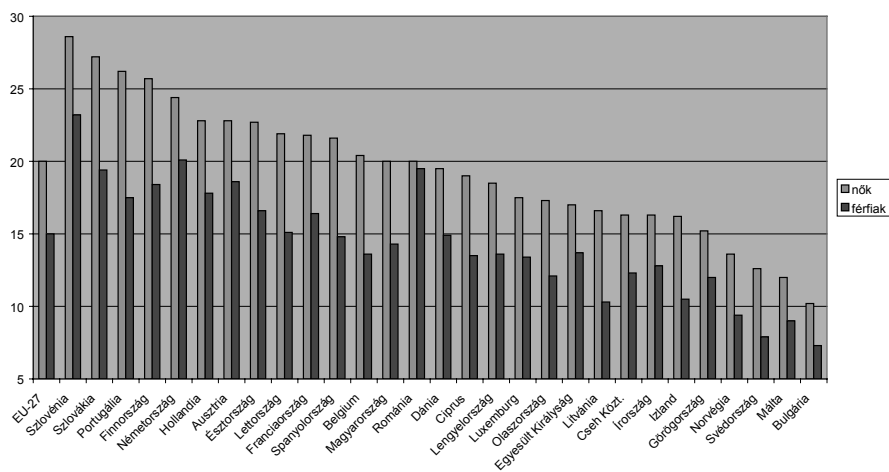
<sup>8</sup> Az alábbiakban az Eurostat 2012-ben publikált, a honlapról letölthető, 2011-re vonatkozó demográfiai adatait mutatjuk be.

<sup>9</sup> Eurostat, 2012

<sup>10</sup> Eurostat, 2012.

az idősödés közpolitikai problémáinak értelmezéséhez. Ha ugyanis abból indulunk ki, hogy az egészségben letöltött életevek alatt nincsen különösebb probléma az emberekkel, az idősek ellátásának problémái az egészség elvesztése és a halál között jelentkeznek, akkor a várható élettartam és az egészségben eltöltött várható élettartam különbségeit kellene tekintenünk a „gondozási problémás” évek időtartamát kifejező adatnak.<sup>11</sup> Az e téren tapasztalható keveredés okait boncolgatva egyfelől azt mondhatjuk, hogy a fejlettebb, magasabb szintű jóléttel jellemezhető országokban mind a várható élettartamban, mind az egészségben leélt években magasabb értékeket találunk, ám számos, fejlett országban épp e jólét egyik tényezőjeként korábban érzékelik és hatékonyabban kezelik az egészségi problémákat, aminek hatására az adatok szerint viszonylag nagy lesz a különbség az egészségben leélt és a várható élettartam között. De ugyanígy nagy lesz a különbség azokban a fejletlenebb országokban is, ahol valóban igen korán veszítik el az emberek az egészségüket, mert károsodásokat nem túl nagy hatékonysággal orvosolják, és így viszonylag fiatalon meg is halnak az emberek. Vagyis a „nem-egészségben leélt” évek különbségei nagyrészt a jólét általános különbségeivel függenek össze, amit – hasonlóan, ahogyan a nők és férfiak vonatkozó különbségei esetében – némiképp átszab az, hogy különböző országokban különböző súlyosságok mellett, különböző stádiumban fordulnak az emberek orvoshoz. Ezekben az országokban tehát hamarabb veszítik el egészséges státusukat, viszont – a hathatósabb egészségügyi gyógyításnak, ápolásnak és gondozásnak köszönhetően – ettől még tovább élhetnek.

A várható élettartam és az egészségben eltöltött várható élettartam különbségei az EU tagországokban (Eurostat, 2011)



<sup>11</sup> Eurostat, 2012.

## A tartós ápolás-gondozás definíciója helyett: azok globális tendenciái

A „tartós ápolás” fogalmát a nemzetközi szervezeteknek, elsősorban az OECD-nek köszönhetjük. A fogalom születése ahhoz köthető, hogy az idősödés nemcsak a nyugdíjas generációk létszámnövekedését, hanem még ennél is nagyobb arányban a nagyon idős lakosság létszámnövekedését is jelenti. Bár általánosságban az idősödés legsúlyosabb problémáit felvető közpolitikai kérdés a nyugdíjrendszerek jövője, de épp a legidősebb korosztályok robbanásszerű létszámnövekedése még így homályosan is előrevetíti a tartós ápolás-gondozás egyre súlyosbodó kérdéseit: mi is lesz azzal az idős korosztállyal, amely már nem képes egyedül, segítség nélkül elboldogulni az életben, amely tehát valamiféle egészségügyi és/vagy szociális segítségre, gondozásra is szorul.

A nagyon idős (80+) és az angol terminológia szerint „törekeny” (frail) idősök statisztikai súlyának előtérbe kerülése az ápolás és gondozás szakmai súlypontját is áthelyezte a geriátriai témákra. Mind a szakirodalomban, mind a nemzetközi kutatási és fejlesztési programokban prioritássá vált általában a nagyon idős lakosság speciális szükségleteinek kielégítése, mind az olyan, ezzel összefüggő kérdések sora, mint pl. az idős korban jelentkező krónikus betegségek (pl. Alzheimer-, Parkinson-kór) és sajátos állapotok (dementia, inkontinencia stb.) terápiái, az ilyen betegségek és állapotok melletti legteljesebb élet fenntartásának technikai és gondozási eszközei.<sup>12</sup> Az egészségügyi és szociális ápolási-gondozási határvidéken megerősödött geriátria mára csaknem önálló diszciplína lett, amely szakmai tartalmában a nagyon idősökkel foglalkozó ellátási és szakpolitikai területet egyre inkább dominálja.

Mivel az egyes országok egészségügyi és szociális gondozási, támogatási rendszerei önmagukban is elég bonyolultak, és igencsak különböző intézményi, jogszabályi, finanszírozási és szakmai környezetben működnek, ezért az egyes országokban használatos kategóriák szerint lehetetlen összehasonlítani azt, hogy hol, milyen segítséget, támogatást kapnak a függő helyzetű, gondozásra, segítségre szoruló öregek. Országoként más és más jelentenek olyan fogalmak, mint pl. az, hogy ápolási otthon („nursing home”), bentlakásos intézmény, szanatórium, kórházi krónikus osztály és „elfekvő”, pszichiátriai klinika, nyugdíjas ház, nyugdíjas panzió stb. – és e listával még csak a lakhatást is biztosító támogatási formák sokszínűségét érzékeltettük. Ezt a sokszínű összevethetlenséget oldották föl azzal, hogy megkreáltak a „tartós gondozás” szintetikus fogalmát, amely elvileg magába foglal mindenféle egészségügyi, szociális és lakhatási támogatási formákat, és amelyben mint szintetizált össze-

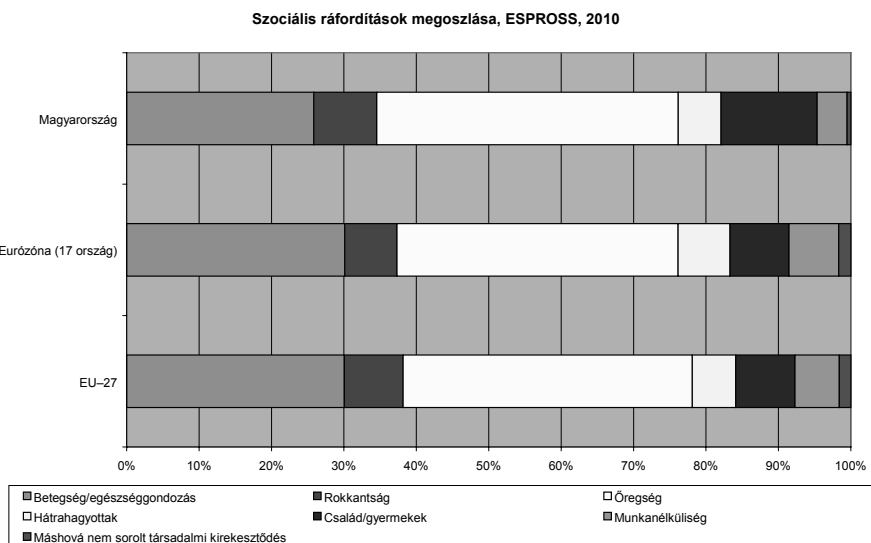
<sup>12</sup> A nagyon idősök ápolásával és gondozásával kapcsolatban számos korszakos jelentőségű kézikönyv született az elmúlt évtizedben (Berkman, B. (szerk.): Handbook of Social Work in Health and Aging Oxford Univ. Press, 2006.; Cress, C. J.: Handbook of Geriatric Care Management, Jones&Battlett Learning 2012.). A kérdés legjelentősebb méretű kutatási programja az Alan Walker által vezetett, az EU VII. keretprogramjában finanszírozott, 2012-ben befejeződött ERA-AGE program volt, e program dokumentumait lásd: <http://www.era-age.group.shef.ac.uk/>



sítésben már többé-kevésbé sikerült összevetni az egyes országok idős-gondozási kapacitásait, azok fogyasztóit és különféle ráfordításait.

Természetesen itt is elmondhatjuk, hogy a szintézis egyúttal leegyszerűsítés is, amely összemosza akár a fogyasztók, akár a szolgáltatások és szolgáltatók sokféleségét. Az összemosás azt jelenti, hogy a tartós gondozás halmazán belül egyenrangúnak és csereszabatosnak tűnnek fel mind a különböző gondozandók és gondozottak, mind a legkülönbözőbb szolgáltatások és szolgáltatók. Ugyancsak elmondható az is, hogy e csereszabatoságban olybá tűnik, mintha az egyes szolgáltatás-típusok (pl. az intézményi és otthoni gondozási formák) ugyanannak az ellátotti körnek, ugyanolyan problémák orvoslásához jelentenének alternatív megoldásokat; és mintha az alternatívák elemzésének lenne egy egységes és egyetlen összehasonlítási alapja: a pénz.

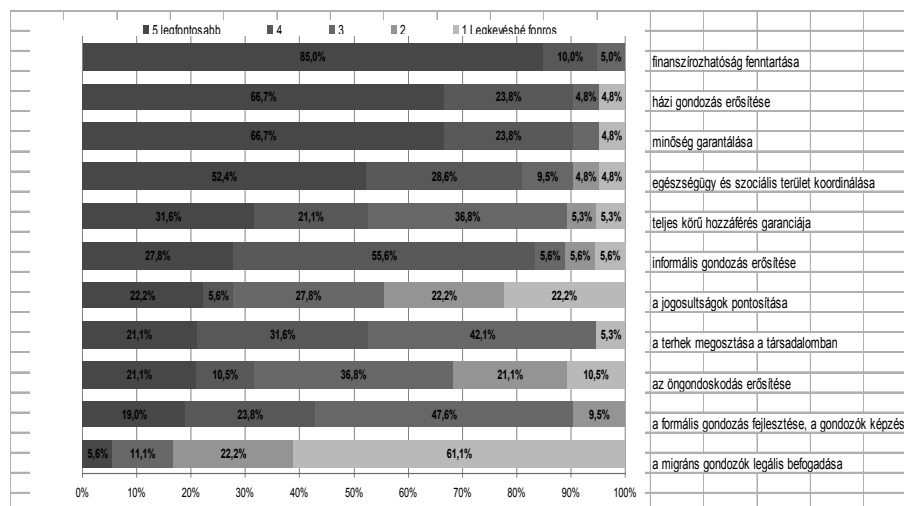
Igen, a tartós ápolás problémája is leginkább az, hogy a geriátriai innovációkkal korrigálva (értsd: fajlagos kiadásaiban is bővítve) a jelenlegi ellátások költségigényét a jelenlegi ellátotti kör demográfiai bővülésével „felszorozva” egyszerűen finanszírozhatatlannak tűnnek nemhogy a jövő, de már a jelen idő idősellátásai, benne tartós ápolási-gondozási szolgáltatások.<sup>13</sup>



Ma már ez nemcsak a nemzetközi szervezetek, hanem az OECD országok közvéleményének is kiindulópontja az idősek gondozásá-

<sup>13</sup> Az ESPROSS az Unió szociális közkiadásait elemző adatbázis, elemzési rendszer. A szociális kiadásokon belül mindenhol a legnagyobb tétel az öregségi ellátások ráfordításai. Ezen belül, az OECD számításai szerint a tagországok átlagosan a GDP 1,3 százalékát költötték tartós ápolás-gondozásra, 2007-ben. Ez az arány, növekvő GDP mellett 2050-ig közel megduplázódik, és a várható élettartam növekedése alapján a GDP 2,4 százalékára növekszik, amely arány alig csökken (2,3%), ha az egészségben eltöltött várható élettartam alapján kalkuláljuk. (Help Wanted? OECD, 2012)

val kapcsolatosan. És ugyan már a kérdések is eléggé tendenciózusak, hiszen szinte valamennyi kérdés valójában a finanszírozás fenntartására, olcsóbbá tételére, a közfinanszírozás takarékosabb és célzottabb felhasználására vonatkozik, ám mégis, a néven nevezett pénzügyi probléma, a tartós ápolás-gondozás pénzügyi fenntarthatóságának biztosítása volt a válaszolók számára a legfontosabb prioritás.<sup>14</sup>



Ha a prioritásokat a fókuszba állított egyenértékre, a pénzre akarjuk konvertálni, akkor egyszerre jelennek meg a prioritások között főképp a mai intézmény-központú ellátást kiváltó „takarékosági szempontok” (házi gondozás, koordináció, informális gondozás, jogosultságok pontosítása és a jogosulatlanok kiszűrése, öngondoskodás, migráns gondozók), és a költségeket növelő „minőségi” és „hatásossági” szempontok is (minőség, teljes körű lefedettség, tehermegosztás, formális intézmények fejlesztése és professzionális gondozók képzése).

Mindezt értelmezhetjük egyfajta zavarodott csodavárásként is: az átfogó stratégiák egyszerre akarnak spórolni, és egyszerre akarnak többet is költeni a tartós gondozásra.

Az ellentmondás feloldására globális szinten kétféle irányban szoktak kísérletet tenni a nemzetközi szervezetek.

Egyrészt miközben számolnak a geriátriai kapacitások drágulásával és bővülésével, aközben arra hívják fel a figyelmet, hogy a tartós gondozás jelenlegi ellátási formái több szempontból is „túlhasználtak”. E túlhasználtság részben a demográfiai trendek nem kellő figyelembevételéből adódik. Azaz abból a körülményből, hogy míg már ma is a gondozásban részesülő lakosság nagyobb fele 80 év feletti, addig a létező gondozási rendszerek a ma már inkább a gondozásban is aktívan részt vevő 60 feletti lakosságot is gondozásra jogosultnak tekintik. Márpedig a demográfiai trendek alapján a tartós ápolás-gondozás kapacitásait az igen gyorsan növekvő 80 feletti lakosság ellátása felé kell terelni.

<sup>14</sup> Help Wanted? OECD 2011. idézi az OECD országokban elvégzett közvélemény-kutatás adatait.

A gondozás túlhasználatának másik tényezője az, hogy számos olyan egészségi probléma, amely korábban egyértelműen gondozási igényként jelentkezett, ma nem gondozási jellegű beavatkozást, támogatást igényel. E fejlődés döntő mozgatója az a szemléletváltás, amely a fogyatékoság kapcsán is megfigyelhető: az öregség nem betegség, főként nem a hagyományos medicinával gyógyítható betegség, hanem olyan állapot, amelyhez a korszerű technika és a gyógyszeripar robbanásszerű fejlődése révén nyert eszközeivel önrendelkező, autonóm, másoktól nem függő módszerekkel is lehet alkalmazkodni. E korszerű technika mindenekelőtt az a gyógyszeres forradalom, melynek révén főképpen a mentális egészség még a problémák jelentkezése után is tünetmentesen karbantartható. Így mára az időskori agyi vérellátási problémák, az ezek nyomán kialakuló memóriazavarok, elbutulások, demenciák rendszeres gyógyszeres kezelés mellett tünetmentesen karbantarthatók. Némiképp hasonló mondható el a mozgászavarok karbantartásában bekövetkezett fejlődésről valamint a fizioterápiás technikák fejlődése, mind a fitness, wellness, gyógyfürdői és masszázs-szolgáltatások elterjedéséről, elérhetővé válásáról is.

A technikai fejlődés másik iránya a klasszikus high-tech technológia elterjedése és elérhetővé válása részben a klasszikus „segédeszközök”, elsősorban a hallás és látásjavító, mozgást segítő segédeszközök területén, de még ennél is meghatározóbban a lakásfelszerelések és infokommunikációs eszközök használatában.

A tartós gondozás globális szinten megragadható problémáinak megoldására a másik útkeresési irány az ellátási szerkezetek átalakításában, a hatékonyabb menedzsmenti technikák alkalmazásában, és ezáltal a pénzköltés hatékonyságának a növelésében látja a megoldás lehetőségét.

A szerkezeti problémák egy jelentős része valamiféle indokolatlan hagyományörzésből fakad, nemcsak a tartós gondozás és ápolás területén, hanem az egészségügyi ellátások egészében. E maradiság ellen igen kritikusan emelt hangot Mark Pearson, az OECD egészségügyi igazgató-ságának vezetője:<sup>15</sup>

„A mai egészségügyi rendszerek úgy működnek, mintha az '50-es években tervezték volna meg őket így. Elsősorban az akut gyógyításra orientálódnak. Az orvosképzés fókuszában a kórházi orvoslás áll. A finanszírozási konstrukciók egyes, partikuláris beavatkozásokra irányulnak. A bio-medikális kutatások arra a feltételezésre épülnek, mintha az embereknek egyféle betegségeik lennének, noha a legnagyobb egészségügyi kihívást az jelenti, hogy jellemzően az embereknek (pláne az időseknek... – KB) egyszerre többféle betegséggel kell megküzdeniük. Az ehhez a helyzethez való alkalmazkodás részben egy hosszabb távú szemléletmódot követel, részben olyan finanszírozási konstrukciókat, amelyek az egyszerre egynél többféle betegség kezelését is képesek figyelembe venni. A siker kulcsa az, hogy mennyire lehet továbblépni az akut betegség-gyógyítás modelljéből.”

Ez az „együgyűség”, az egyetlen problémára egymástól függetlenül fókuszáló szemléletmód még általánosabb problémaként jelentkezik az egészségügyi és szociális szolgáltatások összehangolatlanságában és

<sup>15</sup> Őt idézi: The Future of Healthcare in Europe, Economist Intelligence Unit, 2011, 11. oldal

funkcióinak, feladatainak tisztázatlanságában.<sup>16</sup> Ez az összemosódás nem két „egyenrangú” és „egyenlő súlyú” fogalom különféle módon összemixelt „koktéjlainak” különbségeit jelzi.

Történetileg két, viszonylag jól elhatárolható kiindulópontot lehet rögzíteni.

Az idősök gondozásának „szociális” eredete alapvetően az időskori szegénység kiterjedt társadalmi problémájához kapcsolható. A 20. század közepéig mindenhol, és számos országban mindmáig alapvetően az volt a szociális gondozás tartalma, hogy a jövedelem nélküli, szegény idősök számára is biztosítani szükséges az elemi létszükségleteket. E törekvés klasszikus intézményei azok a bentlakásos intézmények, amelyek „szociális” profilként leginkább élelmet és szállást biztosítottak a szegény öregeknek, némiképp megörökölve és folytatva a szociálpolitika ősi, „szegényházi” hagyományait.

Másfelől, a tartós gondozás hosszú ideig „tartós ápolást” jelentett azoknál az idősöknél, akik fizikai és mentális állapotuknál fogva, mintegy az öregedéssel beálló képességcsökkenéseik, fogyatékoságaik okán nem voltak képesek önmaguk elemi létszükségleteit ellátni, így nem voltak képesek önállóan enni, WC-t használni, felkelni, mozogni stb. – akik többé-kevésbé folyamatosan ápolásra szorultak, ápolástól függő helyzetbe jutottak.

A második világháború után kiépülő szociális biztonsági rendszerek nagyjában-egészében felszámolták az időskori szegénységet, ami indokolatlanná tette az elemi létszükségleteket biztosító „szegényházi” bentlakásos szisztéma fenntartását, annak ellenére, hogy – különösen a szocialista országokban – erős politikai elvárás mutatkozott a normán kívüli szegények kontrollját is biztosító intézmények fenntartására.

Az emberjogi mozgalmak pedig kimondottan az alapvető emberi jogokat és méltóságokat sértő, hatalomérvényesítő intézményként tekintettek és tekintenek e régimódi hagyományú „szociális” intézményre, és ezért nemcsak nélkülözhetőnek, hanem kimondottan károsnak, jogot sértőnek könyvelték el e hagyomány fenntartását. Nagyjából ez az indítéka a mindmáig erős „intézménytelenítési” törekvéseknek és intézményellenes közhangulatnak. Az „intézménytelenítés” mára nemcsak program, hanem létező realitás is. Bár az elmúlt évtizedekben nőtt az idősök bentlakásos intézményeiben lakók száma, ennél azonban gyorsabban bővült a házi gondozásban részesülők száma.<sup>17</sup>

Bár az intézménytelenítés programjába nem szokás beleértetni a gondozás technikai eszközökkel való kiválthatóságát, kiváltását, de ha ezt a fentiek szerint hozzászámítjuk a trendekhez, akkor talán helyesebb lenne nem is annyira intézménytelenítésről, mint inkább „gondozástalanításról” beszélni. Ez ma a trend, és ez egyszerre jelent lehetőséget a költségek csökkentésére, és ugyanakkor az idősök autonóm, önrendelkező, szabaddab életvitelének hosszabb fenntartására is.

Míndehhez hozzájárul az is, hogy az idősök szegénysége az elmúlt

<sup>16</sup> A fogalmi zavarokról és az ebből adódó politikai következményekről – pozitív, program-szerű nyelvre átfordított – politikai konklúziókról lásd: H. Oxley: *Policies for Healthy Ageing*, OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 42, Paris, 2011.

<sup>17</sup> *Help Wanted?* OECD, 2011.

évtizedekben jelentősen csökkent, hogy az idősök jelentős hányadának van pénze. Vagyis az idősök a saját pénzükön nemcsak igyekeznek, de képesek is szabadon, a saját preferenciáikat követve dönteni arról, hogy mire van szükségük, és ugyancsak képesek szabadon megvásárolni a saját maguk részére szükséges jóságokat és szolgáltatásokat. Ennyiben a „gondozástalanítási” folyamat további eleme az is, hogy épp úgy, ahogyan egy poszt-indusztriális világban általában nő a háztartások szolgáltatás-fogyasztása, úgy az idősök is több szolgáltatást képesek megvásárolni. Mindez újabb globális szintű szerkezeti váltást is takar: míg korábban az időskor kapcsán felmerülő szolgáltatási igényt nagyjából gondozási szükségletként azonosították be, manapság e szolgáltatási igények egyre hasonlatosabbak a fiatalabb generációk növekvő szolgáltatás-fogyasztási igényével, és „fizetőképes piaci keresletként” értelmeződnek. Noha kétség kívül sajátos tartalmi is vannak az idősök által fogyasztott szolgáltatásoknak, de talán több a hasonlóság mindabban, ahogyan idősebbek és fiatalabbak költik a pénzüket turizmusra, vendéglátásra, diétára, fogyókúrára, testmozgásra vagy éppen testápolásra: fodrászra, pedikűrre vagy masszázusra.

Amint azt korábban jeleztük, a tartós gondozási szolgáltatások, ellátások jelentős részben a hagyományosan „szociális” és „egészségügyi” területhez tartozó szolgáltatások messze nem egyenrangú vegyítéseként értelmezhetők. E vegyítésben az intézménytelenítési és gondozástalanítási irányultságok egyértelműen a szociális karakter és látásmód felerősödését jelzik.

Ennek ellentétéként, a hagyományosan fennmaradó gondozási területeken, különösen a közszolgálati keretekben működő szolgáltatási területeken nemhogy fennmaradt, de talán erősödött is az egészségügyi komponensek dominanciája.

A szegényügyi szociális tartalom gyengülése nyomán az egészségügyi szemlélet dominánssá válásában döntő szerepe volt annak, hogy az orvos és az orvoslás társadalmi presztízse és hatalmi ereje lényegesen meghaladta és meghaladja a szociális szakma presztízst és befolyását, és így a hagyományos, közszolgálati idősgondozás alapvetően egészségügyi hatalmak és orvosi kontrollok alá sodródott. Ez az egészségügyi dominancia mindmáig erősen hat. E hatást részben a tartós gondozás intézményeinek egészségügyi ágazati besorolásában is tetten érhetjük, de ennél erősebb hatásként értelmezhetjük a tartós gondozás hivatalos, adminisztratív tartalmainak egészségügyi dominanciáját.

Ha megnézzük azt, hogy milyen indikációkkal válhat valaki jogosulttá a gondozásra, hogy milyen itemizált és specifikált tevékenységek könyvelhetők el gondozásként, hogy milyen működési és kvalifikációs engedélyezési követelményeket támasztanak az egyes országok a gondozó szolgáltatásokkal szemben, akkor több mint háromnegyed részben egészségügyi fogalmakkal és kategóriákkal fogunk találkozni a hivatalos, szabályozási és finanszírozási dokumentumokban.<sup>18</sup> Ugyancsak ezt az egészségügyi dominanciát jelzi az is, hogy a szociális gondozás területén

<sup>18</sup> Lásd pl. a szándéka szerint erősen szociális orientációjú uniós ajánlásokat, a „Risk Assessment for Care Givers” szempontjait és specifikációit: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact35>

divatos reform-stratégiákat részben ugyanazok a szervezeti és finanszírozási törekvések („public-private mix”)<sup>19</sup> és ugyanazok a kulcsfogalmak jelzik, mint az egészségügyi reformokét: kapuőr („gate keeper”), care és case menedzsment, protokoll-jellegű és minőségbiztosítási szabályozás stb. És, hát ugyanennek az egészségügyi dominanciának a fenntartási törekvését jelzi és fedi le az is, amikor a tartós gondozás problémáit az egészségügyi és szociális szolgáltatások úgymond integrációja révén vélik orvosolhatónak.<sup>20</sup>

Az egészségügynek az elmúlt években egyre terhesebb lett a hatalma a tartós gondozás felett, egyszerűen azért, mert – leginkább az egészségipari inflációnak az átlagos inflációt jóval meghaladó árdrágulásai miatt – csökkenő forrásokból nem volt képes fenntartani az intézményi dominanciáit. Mindenkinek arra kellett rájönnie, hogy még a magas szintű és minőségű tartós gondozás sem követeli meg az egészségügy működtetéseinek magas költségeit, nincs szükség olyan tőkére és amortizációra, nincs szükség olyan magas kvalifikáltságú stábra, mint amilyen a mai, korszerű egészségügy minden más területén nélkülözhetetlen.

Igen leegyszerűsítve: a tartós gondozás egészségügyi dominanciája az idős lakosság növekvő létszáma és az egészségügyi árrobbanás következtében finanszírozhatatlanná vált az egészségügy számára, miközben az egészségügynek továbbra is nehéz lemondania a megszerzett hatalmáról, befolyásolásáról, a tőle függő és emiatt az egészségügyet támogató lakossági és politikai támogatásokról.

Amikor tehát az egészségügyi és szociális tartalmak összekeveredését tapasztaljuk, akkor ebben egyfelől keveredik az egészségügyi tartalmaknak egy szakmai specifikálásokban, tevékenységekben és protokollokban jól kiforrott, masszív intézményi és hatalmi struktúrába illeszkedő készlete, továbbá a szociális tartalmaknak egy, a szegényházi tradíciók feladása után bizonytalanul meghatározható, kiforratlan és ingatag intézményi berendezkedésű, sokszereplős készlete. E szociális tartalmak kiforratlanságát jól mutatja az is, hogy az idősgondozás szempontjából enyhülést ígérő, bizonyos, stratégiaiainak feltüntetett irányok önmagukban is további, súlyos konfliktusok és problémák alapjait is jelentik. Így különösen problematikus az informális gondozás előtérbe állítása, amelynek fogalma a tartalmában nem válik el a „laikus”, az „önkéntes és ingyenes”, vagy a „közösségi” gondozás fogalmától, és így nem is lehet érteni annak jelentését. Amit mégiscsak lehet, az erősen kritizálható: feminista nézőpontból igencsak problematikus az, hogy az informális gondozás a fizetetlen munkák területén a már ma is jelentős nemek közötti egyenlőtlenséget tovább torzítja, még több ingyen végzendő munkát szán az amúgy is hátrányban levő nőknek.

Kisebbségi és etnikai alapon igencsak aggályos az, ha – főképp ázsiai

<sup>19</sup> Lásd pl.: Kai Leichsenring: Integrated care for older people in Europe—latest trends and perceptions, International Journal of Integrated Care. 2012 Jan–Mar; 12: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287322/>

<sup>20</sup> Ennek az orientációnak „gyűjtőhelye” az International Journal of Integrated Care c. folyóirat (lásd: <http://www.ijic.org/index.php/ijic>).

nők – házicselédként, netán valamilyen újkori rabszolgaként gondoskodnak idős „gazdájukról”.<sup>21</sup>

Azaz, bármennyire is világosnak tűnnek az olyan, nemzetközi szervezetek által képviselt és propagált stratégiai irányok, mint a jobb célzás, az intézménytelenítés, vagy az idősellátás társadalmi terheinek szélesebb körű megosztása – valójában ezek az irányok kevésbé világos stratégiák, mint inkább vágyak, törekvések és próbálkozások. Igaz, ezek hatását nem szabad alábecsülni: az idősödés problémájának konceptualizálásában mindmáig a nemzetközi szervezetek a kezdeményezők, amelyek a maguk koncepcióit – teljesen érthetően – az általuk feltárt vagy feltárni vélt globális tendenciák szerint vetik fel.

### Amiről nem szokott szó esni: az egyenlőtlenségek

A szociálpolitikával foglalatosskodó szociológus általában mániákusan ragaszkodik ahhoz, hogy nem szereti az „átlagokat” és hogy mindig mindenben társadalmi egyenlőtlenségeket keres. Az idősödést illetően azonban igencsak nehéz a dolga: az idősödésről szóló, csaknem minden adat „átlagokról”, illetve az átlagosan egyre idősebb átlagidőséről szól. Egyetlen kis kapaszkodót az kínál, hogy a várható életkorról az utóbbi években az EUROSTAT elkezdett adatokat közölni iskolai végzettség szerinti bontásban is. Az alábbiakban tehát némi kalandozásra invitáljuk az olvasót: bár az iskolai végzettség szerinti különbségek messze nem képezik le a társadalmi egyenlőtlenségek teljességét, mégis, most ezt az egy változót, mint „a” társadalmi egyenlőtlenségi tényezőt alkalmazva megnézzük, hogy mennyiben árnyalja az idősödésről alkotott képünket, ha az egyenlőtlenségeket is figyelembe vesszük.<sup>22</sup>

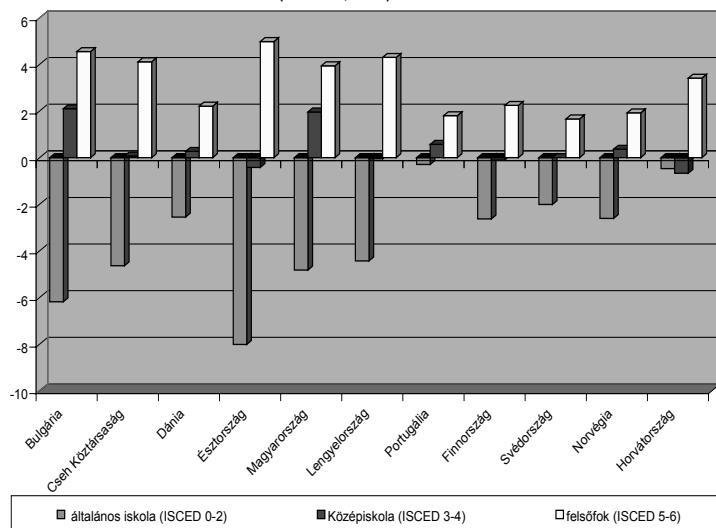
A finomabb elemzések még jelentősebb eltéréseket mutatnának ki, és az idősorokban az iskolai végzettség szerinti halálozási ollók (legalábbis Magyarországon) inkább nyílnak, mintsem csukódnának.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> A harmadik világból érkező migráns gondozók (nagy részt bejárónóként, vagy ottlakóként, gyakran bejelentetlenül dolgozó ázsiai nők) problémája különösen égető azokban az országokban, ahol ápolási biztosításként az idősek pénzt, és nem szolgáltatást kapnak szociális támogatásként. Lásd pl. S. Spencer – S. Martin – I. L. Bourgeault – E. O’Shea: *The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States*; 2010 International Organization for Migration (IOM), <http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS41.pdf>; az illegális házi segítőkéről: H. Schwken – I.-M. Heimeshoff (ed.): *Domestic Workers Count: Global Data on an Often Invisible Sector*, Kassel Univ. Press, 2011, Kassel, <http://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-86219-050-8.volltext.frei.pdf>

<sup>22</sup> Az Eurostat adatait idézi: G. Lanzieri: *The graying of the baby-boomers – A century-long view of ageing European populations*, EUROSTAT, *Statistics in focus*, 23/2011

<sup>23</sup> Hablicsek László – Kovács Katalin (2007): *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005*. KSH Népeségtudományi Intézet, Kutatási Jelentések 84.

A 30 éves korban várható élettartam eltérései az átlagosan várható élettartamtól, iskolai végzettség szerint (Eurostat, 2007)



Ugyanezt a tendenciát mutatja be az is, ha egy-egy életkor elérésének valószínűségét nézzük nemenként és iskolai végzettségenként.<sup>24</sup>

Az egészségben töltött életek várható számáról nincsenek iskolai végzettség szerint bontott adataink. Ezt a hiányt megkíséreljük a várható élettartam iskolai végzettség szerinti eltéréseire épülő becslésekkel „pótolni”. Előbb vegyünk egy pillantást az európai adatokra. Diagramjainkon az első becslés szerinti adatokat mutatjuk be (tehát, azt feltételezve, hogy az egyes iskolai végzettségű csoportokban a várható élettartam és az egészségben várható élettartam különbsége megegyezik az átlagos eltéréssel), feltüntetve az EU legalacsonyabb és legmagasabb, valamint átlagos adatait, és Magyarország megfelelő adatait.<sup>25</sup>

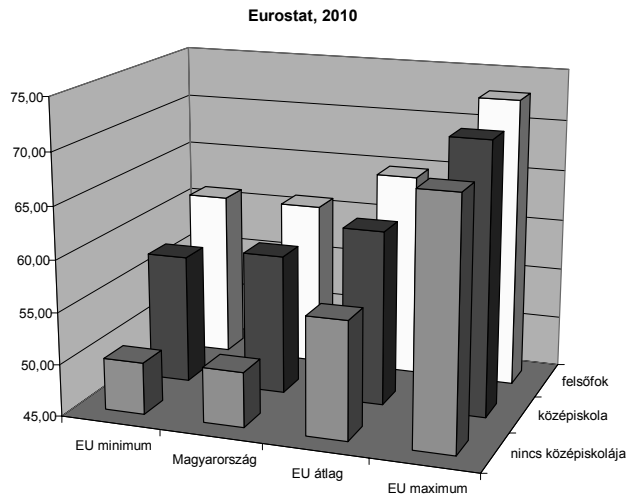
Amint az minden demográfiai adat alapján várható is, a férfiak körében nemcsak átlagosan alacsonyabbak a megfelelő adatok, hanem a nőknél lényegesen nagyobb szórást, eltérést is mutatnak.

<sup>24</sup> A Klinger András által hivatkozott KSH népmozgalmi statisztika alapján, Klinger A.: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején, Demográfia, 2007. 50. évf. 2–3. szám 252–281. old.

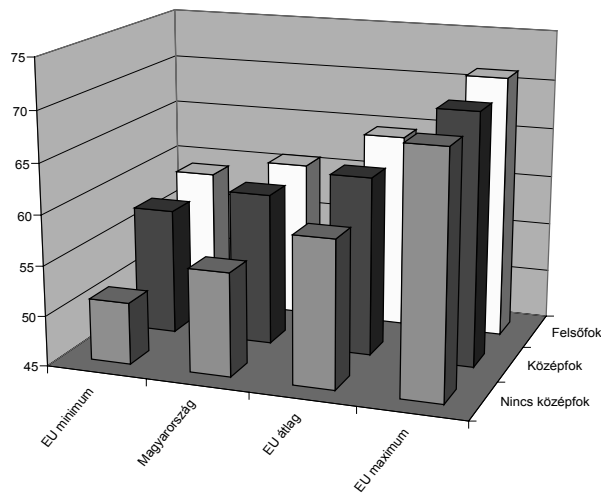
<sup>25</sup> Az Eurostat 2010 adatai, illetve azok alapján saját számítások, becslések. A különböző becslési eljárások leírását lásd később, a 83. oldalon.



Férfiak egészségben várható élettartamának becslött különbségei iskolai végzettség szerint,



Nők egészségben várható becslött élettartama, iskolai végzettség szerint, Eurostat, 2010



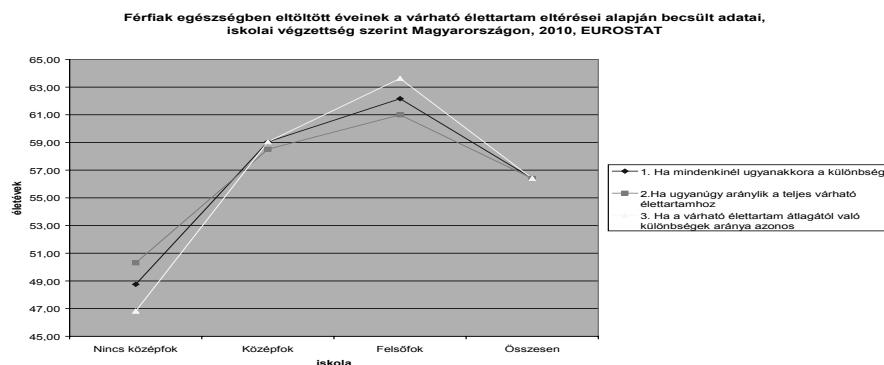
Az európai összehasonlításban nemcsak az látszik, hogy általában kedvezőbbek a nők életkilátásai, hanem az is, hogy az akár a várható élettartamot, akár az egészségben eltöltött éveket illetően kedvezőbb helyzetű országok adatai lényegesen kevésbé térnek el egymástól (akár nemek, akár iskolai végzettség szerint), mint a rosszabb életkilátásokkal jellemezhető országok, így Magyarország is.

Az egészséges évevekről szólva, az egyes országokon belüli különbségekről gyakorlatilag nincsenek adataink. Egyedüli kiindulópontunk az

lehet, hogy a várható élettartamról rendelkezésünkre állnak az iskolai végzettség szerinti különbségeket bemutató adatok.<sup>26</sup>

A várható élettartam társadalmi (iskolai végzettség szerinti) egyenlőségei, az egészségben eltöltött évek makro-adatai, valamint a várható élettartam és az egészségben eltöltött évek különbségeinek makro-adatai alapján kísérletet tettünk arra, hogy az egészségben leélt életévek iskolai végzettség szerinti eltéréseit megbecsüljük. Az alábbiakban először a különféle módon becsült egészségben várható élettartam különbségeit mutatjuk be. Három módon becsültük meg az egyes iskolai végzettségű csoportok egészségben várható élettartamát. Először azt feltételeztük, hogy a várható élettartam és az egészségben várható élettartam egymáshoz való aránya ugyanaz, majd azt, hogy a kettő közötti különbség ugyanakkora az egyes iskolai végzettségű csoportokban, mint az átfogó, makro szintű adatok megfelelő arányai, illetve eltérései. Végül azzal a feltételezéssel is megbecsültük az egészségben várható élettartamokat, hogy az egészséges életévekben az egyes csoportok eltérései az átlagtól épp úgy aránylanak egymáshoz, mint a várható élettartamok csoporteltérései az átfogó várható élettartamtól. Mindezt a becslési eljárást csak a magyar adatokra végeztük el.

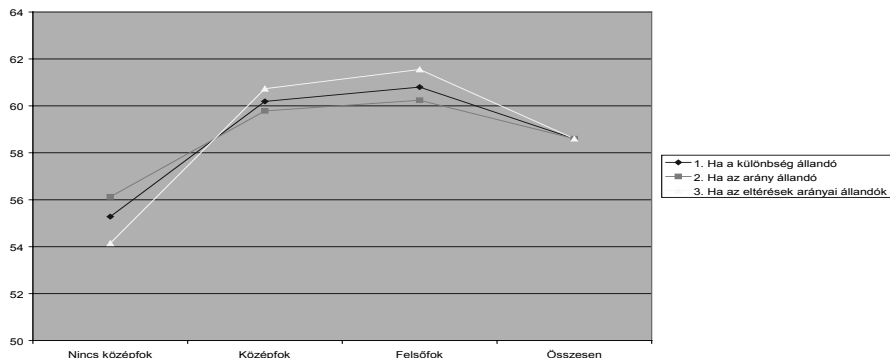
Ha a magyar adatokat részletesebben megnézzük, akkor egyfelől szembeötlő, hogy az egyes becslési eljárásaink nem mutatnak lényegesen eltérő különbségeket az egészségben várható élettartamok megfelelő kategóriái között.<sup>27</sup>



<sup>26</sup> Lásd az Eurostat 2010 ben publikált adatait, amelyeket többek között idéz: V. Corsini: Population and social conditions, Eurostat, Statistics in Focus, 24/2010, 2. oldal (az ISCED iskolázottsági kategóriák közelítő tartalmát jeleztük a táblázatban).

<sup>27</sup> Eurostat 2010 magyar adatok alapján saját becslések.

Nők egészségben eltöltött éveinek a várható élettartam eltérései alapján becsült adatai iskolai végzettség szerint, Magyarország, Eurostat, 2010



Am mondandónk szempontjából lényegesen fontosabb felhívni a figyelmet az iskolai végzettség szerinti eltérésekre: az alacsony iskolai végzettségűek mind a férfiak, mind a nők körében sokkal hamarabb elveszítik masszív és tartós egészségüket, az ép ember képzetéhez tartozó képességeik teljességét, mint a magasabb végzettségűek. Különösen szembeszökő az alacsony végzettségű férfiaknak a várható élettartamokban megfigyelhető veszteségeikkel (a becslésünk szerint is) arányos veszteségei, az egészségben eltöltött éveikben. Vagyis: bár a makro adatok szerint az „öregedés”, a „segítségre szorulás” időbeni határát – a nemzetközi szakirodalom koncepcióit elfogadva – az egészségben leélt éveikhez, az egészség elvesztésének időpontjához kötöttük, és, bár a segítségnyújtásnak a 60 évhez kötését mint az ápolási gondozási rendszerek „túlhasználatának” okaként jeleztük, akkor ezzel az alacsony végzettségűeket „átlagosan” ki is rekesztettük az „idősgondozás” intézményi kereteiből. Ők ugyanis még 60 éves koruk előtt elveszítik az egészségüket, az alacsony végzettségű férfiak nagy része meg is hal 60 éves kora előtt.

Igen durván fogalmazva: az alacsony végzettségűeknek, különösen az alacsony iskolai végzettségű férfiaknak „nincsen időskoruk”, ők így eleve kiesnek az idősellátás valamennyi formájából.

A tendencia persze egyáltalán nem meglepő. Nem csupán arról van szó, hogy a magasabb iskolai végzettség magasabb szintű egészség-tudatossággal, ezzel együtt, egészségesebb életformával és táplálkozási szokásokkal, gyakoribb és időben történő egészségügyi ellátás igénybevételével jár együtt.

Bár jellemzően e fenti „individuais” tényezőket szokta hangsúlyozni a medikális szemléletű „egészség-propaganda”, valószínű, hogy ennél lényegesen erőteljesebb hatása van a különféle egészségromboló társadalmi-gazdasági és környezeti körülményeknek. Azaz annak, hogy az alacsonyabb végzettségűek az egészséget intenzívebben „felélő” fizikai munkát végeznek, hogy lényegesen magasabb a súlyos stresszekkel járó munkanélküliségi kockázatuk és tapasztalásuk; hogy életüket egészségtelenebb környezetben élik, akár otthonaikban, akár napközben, munkahelyeiken.

Ha ezen általános trenden belül magyarázatot keresünk arra, hogy Magyarországon (és a többi volt szocialista országban) miért halnak meg még az országos átlagokhoz képest is sokkal korábban az alacsony végzettségűek, mint a fejlettebb országokban, illetve, hogy mitől nyílik az olló a halálozásban – akkor a legvalószínűbb magyarázatot abban találhatjuk meg, hogy ezekben az országokban az alacsony végzettségűek foglalkoztatási mutatói is lényegesen rosszabbak, még az általánosan alacsony átfogó foglalkoztatási mutatókhoz képest is. A munkanélküliség, különösen a tartós munkanélküliség ugyanis nem csupán a magas szegénységi kockázattal, a jólét hiányával jár együtt, hanem olyan, erre rakódó „individuális” egészségi kockázatokkal is, mint a megélhetés félelmeiből adódó szorongások, depressziók, stresszek, vagy az ezekkel együttjáró magas alkoholfogyasztás és dohányzás és a mindezekkel együttjáró magas szomatikus betegségek arányok is.

Némiképp hasonló magyarázatokat kereshetünk arra is, hogy az alacsony végzettségű nők életkilátásbeli veszteségei miért lehetnek kisebbek, mint a hasonló végzettségű férfiakéi: a nők munkanélküliségből adódó státusvesztése, a státusvesztések okozta stresszei és depressziói lényegesen kisebbek, mint a férfiak hasonló helyzetekben megélt megálázottságai, tortúrái, státus- és egészségvesztései. Egyszerűen amiatt, hogy egy nem dolgozó, munkanélküli nő, különösen tradicionálisabb értékrendű társadalmi közegben és középkorúként, idősebb munkavállalói korban, anyaként, háziasszonyként megbecsültséget és legitimitást biztosító státust élvezhet, míg egy munkanélküli férfinak hasonló társadalmi lehetőségek nem adatnak meg.

Bármi is legyen az oka annak, hogy az alacsonyabb végzettségűek korábban veszítik el egészséges státusukat (és korábban is halnak meg...), annyi egészen bizonyos, hogy eredeti kérdésünkre a társadalmi egyenlőtlenségek figyelembe vételével egy eretnek választ meg kell fogalmazunk: az idősgondozás dominánsan magasabb végzettségűeket, ezen belül is első sorban magasabb végzettségű nőket lát el, egyszerűen azért, mert ők nagyobb valószínűséggel érik meg azt a kort, hogy idősként gondozhassák őket. Mindez egyfelől szokatlan a szociálpolitikában, hiszen azt szoktuk hinni, hogy a szociálpolitika inkább a hátrányosabb helyzetű csoportokat látja el. Másfelől, a halál és az egészség sajátos társadalmi szelekciója hat a gondozás tartalmára is: azoknak az igényeit és szükségleteit kell e területen kielégíteni, akik gondozandók: az idősgondozásnak a magasabb státusúak, főként a magasabb státusú nők korábban megszo- kott életkörülményeinek biztosításához kell támogatást nyújtania.

Nos, a következő részben leginkább azt fogjuk bemutatni, hogy az idősgondozás tényleg így működik, miközben szereti másnyennek beállítani magát.

## Hol és kiket kellene gondozni? (A gondozási szükséglet statisztikai becslése)

A gondozási szükséglet fogalma napjainkban erősen összekapcsolódott a szociális ellátás iránti igények elbírálásakor használt fogalommal, amely napi gondozási órákban kifejezve próbálja meg az igénylők egyéni gondozási szükségletét felmérni. Az így felmért gondozási szükséglet adatait nehéz a lakosság gondozási igényeként értelmezni, hiszen, az igénylők adatai nem feltétlenül reprezentálják a teljes lakosságra vonatkozó szükségleteket.

A másik, szokásos módszer a lakosság egészségi állapotát kérdőíves vizsgálattal – vagyis a saját értékelés alapján – mérő állapotokból kiinduló eljárás. Ezt a módszert alkalmazzák a szükségletek mérésére a nemzetközi szervezetek is. Az utolsó, nemzetközi szervezetek által is publikált magyar adatok 2003-ból származnak.<sup>28</sup> A saját állapot 2003-as értékelése alapján 2009-ben az EU Idősügyi Jelentése (Ageing Report) 594 ezer főre becsülte a gondozásra szoruló idős lakosság létszámát, és saját becslései szerint az önértékelés alapján segítségre szoruló idős lakosság alig 15 százaléka (86 ezer fő) kapott az informális segítségen túl intézményes segítséget gondozást.

Ugyancsak szokásos megközelítés a gondozási szükségletet az idős lakosság létszámával érzékeltetni. Magyarországon az idősek létszáma 2011-ben az alábbiak szerint alakul:

A 65+ és 80+ lakosság létszáma és aránya, 2011, KSH						
	60+ létszám	60+ %	65+ létszám	65+ %	80+ létszám	80+ %
Férfiak	886	38,7	611	36,6	122	30
Nők	1402	61,3	1060	63,4	284	70
Összesen	2288	100	1671	100	406	100
A teljes lakosság arányában		22,91		16,64		4,06

Valószínű, hogy a tartós gondozás szükségleteinek a megbecsüléséhez nem a teljes idős lakosság adataiból kellene kiindulnunk, hiszen, amint azt jeleztük, az idősek jelentős arányban még akkor sem szorulnak segítségre, ápolásra vagy gondozásra, ha már nem is lehet őket teljesen egészségesnek tekinteni. Pontosabb és jobb becslést kaphatunk akkor, ha a halálozási adatokból indulunk ki, és azt feltételezzük, hogy az idős emberek közvetlenül a haláluk előtti intenzívebb (bentlakásos kórházi vagy szociális) ellátásra szorulnak, valamint azt, hogy a „teljes egészségük” elvesztése és a haláluk közötti időszak utolsó harmadában valamiféle „gyengébb”, „alacsonyabb küszöbű” segítségre (házi gondozásra, szociális étkezésre). Ha tehát saját becslési módszerünket követve a halá-

<sup>28</sup> Lásd pl. The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060) Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), EC, 2010, illetve az FP7 finanszírozási ANCIEN kutatási program Magyar beszámolóját: Czibere K. – Gál I. R.: The Long-Term Care System for the Elderly in Hungary ENEPRI Research Report No. 79/June 2010

lozási adatokból számolunk vissza, akkor a következő adatokat kell kiindulópontnak tekintenünk:<sup>29</sup>

*A halálozások száma Magyarországon életkoronként és nemenként, 2010, KSH*

	0–14	15–39	40–59	60+	Ismeretlen	Összesen
Összesen	855	3091	24 277	104 705	10	132 938
Férfi	466	2238	16 814	48 715	8	68 241
Nő	389	853	7 463	55 990	2	64 697

Ha azzal a feltételezéssel élünk, hogy a halál előtti egy évben volt szükségük az embereknek intenzív, bentlakásos gondozásra vagy kórházi kezelésre, és az egészség elvesztése és a halál közötti utolsó egyharmadban valamiféle gyengébb segítségnyújtásra (pl. házi gondozásra), akkor a fenti számból arra kellene következtetnünk, hogy 68 ezer férfinak és 64 ezer nőnek, összesen némi férfi többlettel 132 ezer főnek volt élete utolsó évében szüksége tartós, bentlakásos gondozásra. A nagyságrend akkor sem változik, ha csak a középkorú és idős lakosság (40+) halálozási mutatóit vesszük figyelembe – szerencsére az ennél fiatalabbak halálózása nem jelentős tényező. Ha csak a 60 feletti halálozásából számoljuk vissza a gondozási szükségletet, akkor a gondozási szükséglet egyharmaddal csökken, és megfordulnak a nemek közötti arányok: több nő szorulna tartós gondozásra.

Ha az előzőeknél „gyengébb” gondozási igénnyel számolnánk, és az élet utolsó fél évére tartanánk indokoltnak az intenzívebb, bentlakásos gondozást, akkor 34 ezer férfi és 32 ezer nő (összesen 66 ezer fő) tartós gondozási igényével számolhatnánk, és csak a 60 feletti körében 24 ezer férfi és 28 ezer nő (összesen 52 ezer fő) bentlakásos gondozására lenne igény.

Ha figyelembe vesszük, hogy a nők esetében 20, a férfiak esetében 14 év az egészségben eltöltött életév és a várható élettartam különbsége, és ennek az utolsó egyharmada (mínusz 1 év, az intenzív gondozás) a valamilyen segítségre szoruló időtartam, akkor ebből úgy becsülhetjük, hogy kb. 250–280 ezer férfinak (178–202 ezer 60 feletti férfinak) és 370–400 ezer nőnek (320–350 ezer 60 feletti nőnek), összesen 620–690 ezer embernek (500–550 ezer 60 évnél idősebbnek) lenne szüksége valamiféle alacsony küszöbű segítségnyújtásra.

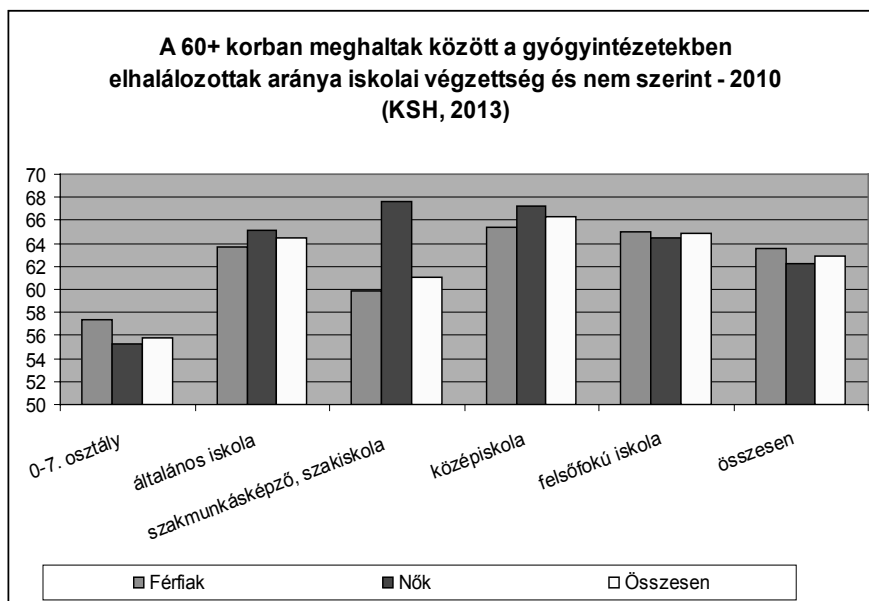
<sup>29</sup> KSH 2010. évi adatok (KSH honlap, interaktív lekérések: <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp>)

## MŰHELY

Becsült gondozási szükséglet a halálzási adatokból „visszaszámolva”, ezer főben (2010):

Becslés alapja:	Összes halálzásból	Összes férfi halálzásból	Összes női halálzásból	60+ összes halálzásból	60+ férfi halálzásból	60+ női halálzásból
<i>Utolsó 1 év intenzív, bentlakásos; (teljes várható élettartam – egészségben várható életevek) utolsó 1/3-a (– 1 év intenzív gondozás) házi segítség és más „gyengébb gondozás”</i>						
Bentlakásos	132	68	64	105	49	56
„Gyengébb”	621	251	370	498	178	320
<i>Utolsó fél év intenzív, bentlakásos; (teljes várható élettartam – egészségben várható életevek) utolsó 1/3-a (– fél év intenzív gondozás) házi segítség és más „gyengébb gondozás”</i>						
Bentlakásos	66	34	32	53	25	28
„Gyengébb”	688	285	403	549	202	403

Ha némi cinizmussal azt mondanánk, hogy a gondozási szükségletek becsléséből hagyjuk ki azokat, akik a haláluk előtt egyáltalán nem jutnak gyógyintézetbe (ez a KSH által használt összevont kategória az egészségügyi és szociális intézményekre), és otthonukban vagy máshol halnak meg, akkor az alábbi adatokat kellene figyelembe vennünk:



Mint látható, az alacsony végzettségűek kevésbé jutnak el haláluk előtt valamilyen intézményes gondozásba, de az átfogó adatok szerint is a meghaltak kevesebb mint kétharmadát éri a halál valamilyen gyógyintézményben.

Ha ezt a „cinikus” szempontot is belekalkuláljuk a becsléseinkbe, akkor az egy éves gondozással becsült 132 ezer (60 felettiekre 105 ezer) fős gondozási igénnyel szemben kb. 88 ezerre becsülhetjük a teljes gon-

dozási kapacitás szükségletet, és 70 ezerre a 60 felettieket ellátó kapacitásokra vonatkozó igényt. Ugyanezek a számok feleződnek akkor, ha a halál előtti utolsó fél évre tartjuk indokoltnak az intenzív, bentlakásos gondozást, tehát ekkor a teljes kapacitásigény 66 ezer férőhely, 53 ezer az idősgondozási férőhely becsült szükséglete, ami a fentebb jelzett ciniz-mussal 44 ezerre, illetve 35 ezerre csökken.

### **Kiket is gondoznak?**

Az idősök ápolása-gondozása szociológiai és statisztikai szempontból nem túl jelentős, sőt, az idősök átfogó életkörülményeit tekintve csaknem elhanyagolható kérdés, különösen akkor, ha a demográfiai célzási kategóriákkal operáló univerzális ellátások teljes lefedettséghez közeli hozzáférési mértékeket tartjuk normának. A hazai viszonyok között azt mondhatjuk, hogy a 60 feletti lakosság egytizede kap bármilyen gondozási szolgáltatást, ellátást.

Mielőtt az adatokat közölnénk, érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy nem árt nagy óvatossággal kezelni azokat. Egyrészt azért, mert az elérhető utolsó adatok elég régiek: 2010 óta leginkább csak demográfiai adatok érhetők el, az ellátások adatai: nem. Másrészt, bizonyos ellátások kapcsán nem tudjuk még a régi adatközlések szerint sem felmérni azt, hogy hány embernek, kiknek segítenek (pl. ilyen a falu- és tanyagondnoki szolgáltatás). Ugyancsak gondban vagyunk olyan sajátos ellátási formákkal, mint az ápolási díj, amelyet elvileg a gondozásért kapnak az együttélő hozzátartozók – de semmit nem lehet tudni a gondozás tartalmáról, színvonaláról, sőt, még arról sem, hogy az ápolásbi díjban részesülő hozzátartozója kap-e egyéb, intézményes gondozást is.

Az adatok közti eligazodást tovább nehezíti, hogy az alap- és nappali ellátásban az ellátottak kb. egytizede egyaránt 60 év alatti, valamint hogy a szociális törvény változó szabályai szerinti kategóriák hol külön, hol egyben jelennek meg a statisztikában. (Ilyen pl. a jelzőrendszeres házi gondozás, amely többnyire a házi gondozás adatai között jelenik meg, ám olykor külön kategória a statisztikában.)

Végül, különösen a gyengébb, otthonba szállított és napközbeni gondozások kapcsán nem tudjuk, hogy milyen az egyes formák egymás mellettisége, így pl. azt, hogy hányan kapnak a házi segítségnyújtás vagy napközbeni ellátás mellett szociális étkezést is. (Nem tudunk kevésbé rossz becslést, mintha azt feltételezzük, hogy legalább a felük, valószínű, hogy nagyobb hányaduk igen, étkezést is kap.)

Az alap és nappali ellátásban részesülők száma 2008-ban a következőképpen alakult:



**MŰHELY**

(KSH-TEIR, 2010, 2008 adatok:	Összesen	60+ összesen
Házi segítségnyújtás	48 120	44 438
Szociális étkeztetés	107 803	83 016
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	38 091	36 360
Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére	5 455	1 312
Támogató szolgáltatás	19 350	8 144
Idősek nappali ellátása	37 964	31 502
Fogyatékosok nappali ellátása	4 490	192
Pszichiátriai betegek nappali ellátása	1 312	186
Szenvedélybetegek nappali ellátása	1 295	132
Összes ellátás	263 880	205 282
Összes gondozási ellátás (a szociális étkeztetést nem számolva)	156 077	122 266
Ha az étkeztetésben részesülők fele más ellátást is kapott, akkor a teljes létszám:	kb. 200 ezer fő	kb. 160 ezer fő

A tartós és átmeneti elhelyezést nyújtó gondozási intézmények ellátási adatai pedig a következőképpen:

	Összesen	60+ összesen
<i>Tartós elhelyezést nyújtó intézmények</i>		
Időskorúak otthona	46 569	43 140
Pszichiátriai betegek otthona	8 188	3 600
Fogyatékos személyek otthona	16 174	2 252
Szenvedélybetegek otthona	1 917	706
Hajléktalan személyek otthona	563	219
Összes tartós elhelyezést nyújtó	73 411	49 917
<i>Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények</i>		
Időskorúak gondozóháza, szállást nyújtó idősek klubja	3 587	Ha az átmeneti elhelyezésben részesülők fele a 60+ generációhoz tartozik, akkor:
Pszichiátriai, fogyatékos és szenvedélybeteg átmeneti otthon	541	
Különbféle hajléktalanszállók	8 270	
Összes átmeneti elhelyezést nyújtó	12 398	6200
Összes bentlakásos ellátás	85 809	55 000

Ízlés dolga, hogy egyáltalán belekalkuláljuk-e az ápolási díjat az „intézményes gondozás” körébe, és ha igen, akkor azt „bentlakásos”, vagy „otthoni” ellátásnak tekintjük, de 2008-ban 35 605 fő alanyi jogon, 17 742 fő méltányossági alapon (összesen tehát 53 347 fő) kapott ápolási díjat. Az adatok nem szólnak arról, hogy e kör mekkora hányada ápolat idős vagy fogyatékos hozzátartozót, de a folklorisztikus szóbeli informá-

ciók szerint nem lehet több azon ápolási díjban részesülők aránya, akik idős hozzátartozót ápolnak, mint a teljes kör fele, így az ápolási díjon keresztül ápolat-gondozott idősök létszámát 27 ezer főre becsülhetjük – és ezt otthoni ápolási formaként vesszük számításba.

A szociális szektorban működő gondozási kapacitásokhoz hozzá kell számolnunk még az egészségügyben működő gondozási kapacitásokat is. Itt a fogalmi és kategoriális besorolásokkal még komolyabb gondjaink és fenntartásaink lehetnek, emiatt a belső részletek elemzésébe nem merünk belevágni. A legátfogóbb adatok szerint azt mondhatjuk, hogy a krónikus ágyak száma 206 és 2010 között alig változott. 2010-ben kb. 27 ezer volt (itt becsüljük kétharmadosra, 18 ezer főre a 60+ idősök arányát), a házi szakápolásban 45 ezer fő részesült, átlagosan 25 vizittel, ami, ha hetente egy alkalmat jelentett az ápoló látogatása, akkor felső becslésként kb. 22 ezer fő otthoni ápolását az egészségügy finanszírozta és látta el (szintén kétharmadra, 15 ezerre becsülve a 60+ arányt).<sup>30</sup>

Mindezek alapján – összevetve a korábbi, szükségleti becsléseinkkel – a tartós, bentlakásos elhelyezést nyújtó, valamint a „gyengébb”, otthoni és napközbeni ellátások mennyiségét a következőképpen becsülhetjük meg:

Bentlakásos ápolás-gondozás:

	„1 éves” szükséglet- becslés	„1 éves cinikus” szükséglet- becslés	„Fél éves” szükséglet- becslés	„Fél éves cinikus” szükséglet- becslés	Becsült tényleges kapacitás
Teljes lakosság	132 ezer	88 ezer	66 ezer	44 ezer	85 ezer
60+ lakosság	105 ezer	70 ezer	53 ezer	27 ezer	55 ezer

Hasonló módon összegezve a gyengébb gondozás szükségleteit és kapacitásait (az ápolási díjat is ide számítva):

	„1 éves” szükséglet- becslés	„Fél éves” szükséglet- becslés	Tényleges összes ellátás	Tényleges összes gondozás
Teljes lakosság	621 ezer	688 ezer	257 ezer	156 ezer
60+ lakosság	498 ezer	549 ezer	202 ezer	122 ezer

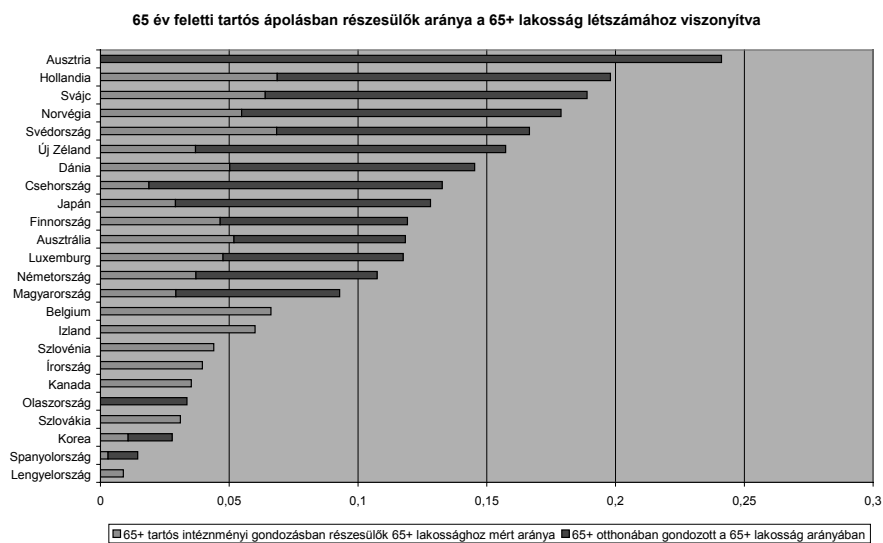
Ha a becsült kapacitás-adatokat a 60 év feletti lakosság 2288 ezer fős létszámához viszonyítjuk, akkor bentlakásos ellátásban részesül a 60+ generáció 2,4 százaléka, gyengébb, otthoni és nappali gondozási ellátásban pedig több mint 5,3 százaléka. A szociális étkeztetéssel együtt – felének becsülve azokat, akiket már korábban beszámoltunk, mert más gondozást is kapnak – a 60+ generáció 8,8 százaléka részesül valamilyen gyengébb otthoni segítségben. Ezek az adatok lényegében megegyeznek

<sup>30</sup> OEP Statisztikai Évkönyv, 2010, <http://site.oep.hu/statisztika/2010/html/hun/A2.html>

a korábban hivatkozott, az Unió FP7-es programjához készült Czibere-Gál tanulmány 2007-re közölt adataival.<sup>31</sup>

Ugyancsak megerősítik kalkulációinkat az OECD adatközlései. A 2011-ben, az idősek nemzetközi évére kiadott *Help Wanted?* kiadvány a magyar adatait is a nemzetközi sztetenderdekhez igazítva a 65 évnél idősebb lakosságra és gondozottakra közli.<sup>32</sup> A 2008 évre vonatkozó becslések szerint a 65 évesnél idősebb lakosság 7-8 százaléka részesül valamilyen gondozásban, közülük 2,91 % bentlakásos ellátásban. 77 400 idős ember, minden ezer fő 65 évnél idősebb közül, 49,5 lakott tartós bentlakást nyújtó intézményben, és további 12 400 átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményben. Ezen felül az OECD 26 700 olyan tartós gondozást nyújtó kórházi ágyról tud, amelyen 65 évnél idősebb emberek krónikus ellátása zajlik, ami 16,2 tartós gondozást nyújtó kórházi ágyat jelent, minden 1000 fő 65 évnél idősebb emberre vetítve.

Ahhoz, hogy a hazai gondozás mértékét meg tudjuk ítélni, segítségül hívhatjuk az OECD már idézett *Help Wanted?* kiadványának adatait, jóllehet az adatbázist csak korlátozottan használhatjuk a magyar adatok értelmezésére. Tekintettel arra, hogy az OECD számos országban, így nálunk is a szociális ellátásról szóló adatokat nem tudta minőségben összehasonlíthatóvá tenni és validálni (ami a későbbiekre nézvést is óva-



<sup>31</sup> Czibere K. – Gál I. R.: *The Long-Term Care System for the Elderly in Hungary* ENEPRI Research Report No. 79/June 2010, <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%20No%2079%20Hungary.pdf>, 6. oldal: szerzők 2,4 százalékra becsülik a bentlakásos ellátásban részesülő 60+ generáció arányát, a nappali ellátásokat nem számolva 5,6 százalékra az otthoni segítségnyújtás arányát, összesen 8,2 százalékra a bármilyen intézményesített tartós gondozásban részesülők arányát, a 60 évnél idősebbek között.

<sup>32</sup> *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*, OECD, Paris, 2011, <http://www.oecd.org/els/health-systems/47877686.pdf>, OECD Health Data 2010 alapján számolva

tosságra int...), ezért Magyarországról csak az egészségügyi rendszeren belül elhatárolható tartós gondozási adatokat közli.<sup>33</sup>

Amint az a korábbi adatokból jól látható, ha a hazai szociális ellátórendszer adatait is hozzá tudnánk adni az egészségügyi adatokhoz, akkor sokkal magasabb arányokat kapunk, bár ekkor a gondozás minőségi kritériumainak bizonytalanságai miatt kétséssé válik az adatok összevethetősége: nem tudhatjuk, hogy mit is tekinthetünk gondozásnak, a gondozás statisztikailag összeadható egységének...

### **Egy kis kitérő: hol is gondoznak, avagy mennyire igaz, hogy az idős lakosság helyzete határozza meg a gondozás mennyiségét?**

A szociális ellátások területi megoszlását megyénként és településtípusonként vizsgálva kétségkívül mutatkozik összefüggés egyfelől a halálozási adatok, ebből továbbvezetve a várható élettartam, az egészségben várható élettartam és a szociális ellátások, másfelől a szociális ellátások területi megoszlása között. Klinger András már idézett tanulmánya a halálozások területi megoszlásáról meggyőzően mutatja ki, hogy a szegényebb, alacsonyabb iskolázottságú mutatókkal rendelkező megyékben magasabbak a halálozási mutatók, mint a jobb mutatókkal rendelkező megyékben.<sup>34</sup> Ez a tendencia visszaköszön a szociális intézmények megyei adatai között is.

A bentlakásos intézmények nagyobb területi léptékben némiképp követik a halálozás területi megoszlását, ami kisebb léptékű bontásban szinte eltűnik, hiszen a nagyobb méretű intézmények inkább a nagyobb (és jobb halálozási mutatókkal bíró) településeken vannak jelen. Némiképp meglepheti az olvasót, hogy a várható nyugat-keleti „lejtővel” szemben inkább kiegyensúlyozott regionális megoszlást, ezen belül inkább kelet-nyugati lejtőt tapasztalhatunk.<sup>35</sup>

A házi segítségnyújtás, a szociális étkeztetés és az idősek napközbeni ellátása már nem ennyire „tőkeigényes” ellátási forma, emiatt hajlamosak lennénk azt várni, hogy jobban igazodnak a demográfiai és szociális helyzetekhez.

És valóban: a települések mérete szerint a községek, különösen a

<sup>33</sup> OECD Help Wanted? 2011, a magyar adat az egészségügyi rendszerben ápoltakra vonatkozik, a többi ország adata az egészségügyi kvalifikációkkal és ápolási minőségekkel megegyező, de szociális ágazathoz tartozó és a megfelelő egészségügyi adatokat összevontan mutatja! (A magyar szociális ellátásban folyó ápolás-gondozás szakmai sztenderdjait, és a nem sztenderd adatközlést az OECD nem validálta, így azok kétséges minősége miatt nem közli.)

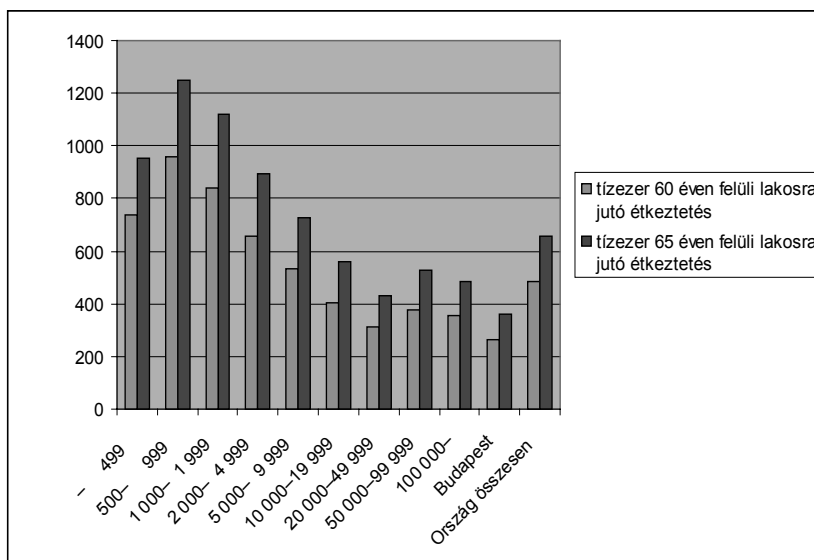
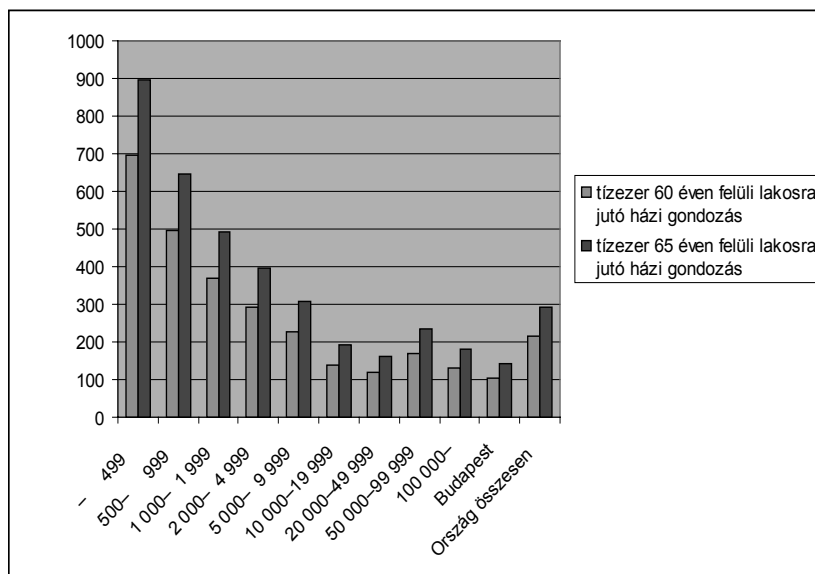
<sup>34</sup> Klinger A.: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején, Demográfia, 2007. 50. évf. 2–3. szám 252–281. 269. old.

<sup>35</sup> Forrás: Köztár (www.koztar.hu) adatai. A jelenség kialakulásában szerepet játszik ebben az a fejlesztéspolitikai „eredmény” is, hogy a piaci lehetőségekben kevésbé bízó keleti régiókban a bentlakásos intézmények normatív finanszírozása garantált bevételt, piacot és biztonságos munkahelyeket ígérő, vonzó fejlesztési prioritások voltak – emiatt a fejlesztési források jelentősebb hányadát költötték szociális intézményi beruházásokra.

**MŰHELY**

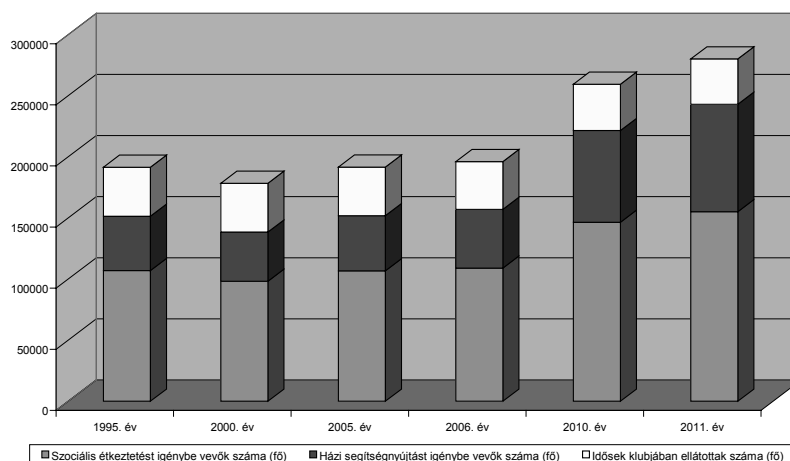
nagyobb községek ellátási mutatói lényegesen jobbak, mint a városok, ezen belül is a nagyvárosok adatai. Mindezt legfeljebb részben lehet az előregedés mértékével magyarázni, tehát nem igaz az, hogy ahol több az idős, ott nagyobb arányban gondoznak, hiszen pl. az ország egyik legidősebb lakosságú települése Budapest. Viszont az, hogy a „települési lejtő” – fordítottn – „gondozási emelkedő”, a házi gondozás adataiban legalábbis jól képezi le a halálózási mutatókban, s ezzel összefüggésben, a képzettségi mutatókban jelentkező arányokat.

A település-méretnek szerint jól kiolvasható trend azonban nem áll

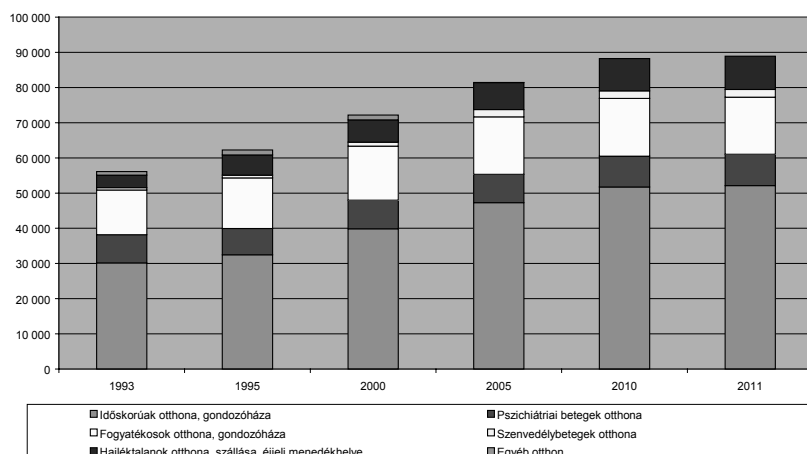


össze térségi szintű trendekké. Kistérségi adatokon<sup>36</sup> korrelációs elemzéseket végezve gyakorlatilag semmilyen értékelhető korrelációs értéket nem kapunk akkor, ha a kistérségek demográfiai, szociális adatainak és az ellátási mutatóknak az összefüggéseit elemezzük (a korrelációs együtthatók jellemzően  $\pm 0,2$  közé esnek). Vagyis mintha a területi összefüggésekben a térségi szintek között kimutatható összefüggéseket némiképp „kioltanák” az adott térségen belüli megoszlás sajátosságai. Ez összevág számos szakirodalmi megállapítással, amely szerint a rosszabb helyzetű térségek intézményi kapacitásai inkább a térségi központokba, a térségen belül jobb helyzetű településekre és al-térségekre koncentrálódnak; valamint hogy a megyén, kistérségen belüli kistérségi és települési egyenlőtlenségekre érzékenyebben reagálnának a jobb helyzetű megyék és régiók.

Szociális alap- és nappali ellátást igénybevevők száma, 1995-2011, KSH OSAP



Bentlakásos szociális intézményekben ellátottak száma 1993-2011, KSH-OSAP



<sup>36</sup> A Köztár adatbázis kistérségi adatait használva: [www.koztar.hu](http://www.koztar.hu)

## MŰHELY

Az ellátási adatoknak a demográfiai, szociológiai helyzetekből kevésbé megmagyarázható természetét a területi adatoknál érzékletesebben támasztják alá az idősorok. Pusztán az ellátottak számát tekintve az elmúlt tizenöt év csaknem töretlen fejlődést, növekedést mutat. Ami ezen belül furcsának tűnhet, az az, hogy az „intézménytelenítési” eszmények hangsúlyozása közben a bentlakásos intézményben ellátottak száma még némiképp gyorsabban nőtt, mint az otthonukban és nappali intézményekben ellátottaké.<sup>37</sup>

A bentlakásos kapacitások meredekebb növekedését nem az öregeedésnek, hanem leginkább a központi költségvetésből nyerhető, relatíve jó és biztonságos normatívás finanszírozásnak; az intézményi világnak a területi gondozással szembeni jobb lobbierőjének és az egészségügyi krónikus kapacitások leépítésének „köszönhetjük”.

Annak érzékeltetésére, hogy az ellátások még a becsült igényekhez nagyságrendben nem elmaradó kapacitásaik mellett sem az egészségi és demográfiai helyzetre reagálnak, bemutatjuk azokat az ellátásban beálló gyors változásokat, amelyek bizonyosan nem a kapacitások „ugráló” változásánál sokkal lassabb és simább demográfiai vagy szociális helyzetbeli változásokat követik. Szemben a bentlakásos intézményi férőhelyek egyértelmű és markáns növekedésével, az alapellátási körbe tartozó, területi ellátások mennyisége igencsak szélsőségesen ingadozik.<sup>38</sup>



<sup>37</sup> A szociális étkeztetés és a házi segítségnyújtás közötti jelentős átfedéseket itt nem vettük figyelembe!

<sup>38</sup> VÁTI-TEIR 2008 adatai



Végül, ha azzal kezdtük, hogy a demográfiai-szociológiai karaktereikben jelentősen eltérő kistérségek ellátási adatai alig mutatnak összefüggést, érdemes e kistérségi adatok kuszaságát időrendben is érzékeltetnünk. Az alábbi tábla egy olyan nagy táblázat alapján készült, amelyben egyes kistérségenként számoltuk ki azt, hogy a fejezetben jelzett időszakokban hányszorosára változott a házi gondozásban részesülők létszáma. Az itt közölt adatok az adott időszakban megfigyelhető kistérségi változások kistérségi szintű átlagát, minimumát és maximumát jelzik.<sup>39</sup>

*A házi segítségnyújtásban részesülők 60+ lakossághoz viszonyított arányának változásai a jelzett időintervallumban, kistérségenként, (a kistérségekben történt változások átlaga, minimuma és maximuma – VÁTI-TEIR, 2010 alapján)*

	2010/2001	2005/2001	2008/2005	2010/2008
Átlag	1,68	1,08	1,27	1,51
Maximum	12,50	3,56	10,79	9,02
Minimum	0,35	0,44	0,16	0,49

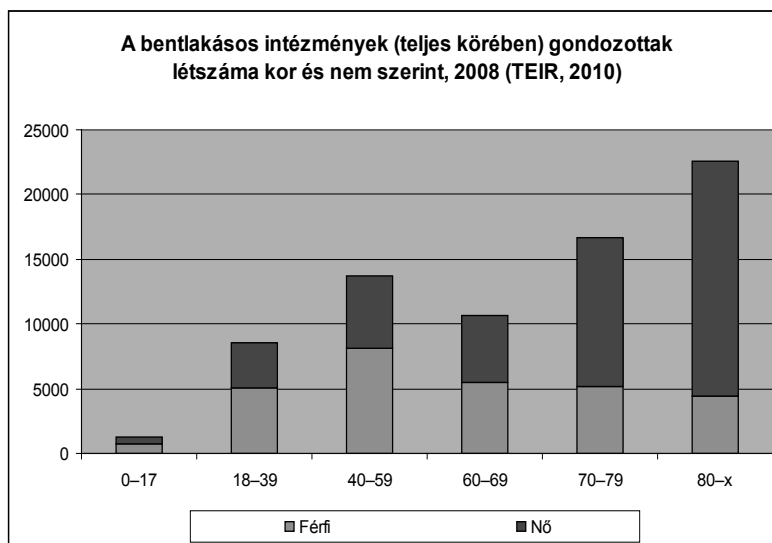
<sup>39</sup> VÁTI-TEIR, 2010 alapján: minden kistérségre kiszámoltuk, hogy az adott időintervallum végén hányszor akkora a házi gondozottak aránya, mint amekkora az időintervallum elején volt. E szorzatok átlagát, maximumát és minimumát közli a tábla.



Ilyen, az ellátásban megfigyelhető változások egészen bizonyosan nem állhattak be a gondozásra, segítségre szoruló lakosság létszámának, arányának változásaiban. Ezek az „ugráló” változások nyilvánvalóan az intézményeket fenntartó, helyi politikai széljárásokat követik, amelyek alakulásában a politikai prioritások változásai mellett nyilvánvalóan döntő szerepe van az intézmények finanszírozási feltételeinek, és ehhez kapcsolódva a működtetési feltételek gyors, hektikus változásainak. Annak, hogy az elmúlt időszakban minden évben kiszámíthatatlanul alakultak a költségvetési törvényben megadott normatívák, hogy évente többször módosult a Szociális Törvény, és, még ennél is többször módosultak a csatlakozó rendeletek.

### A gondozottak összetétele kor és nem szerint

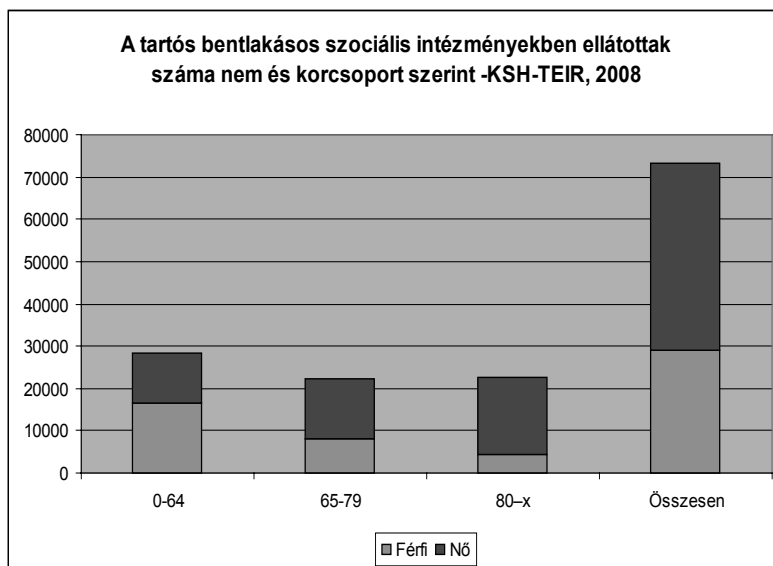
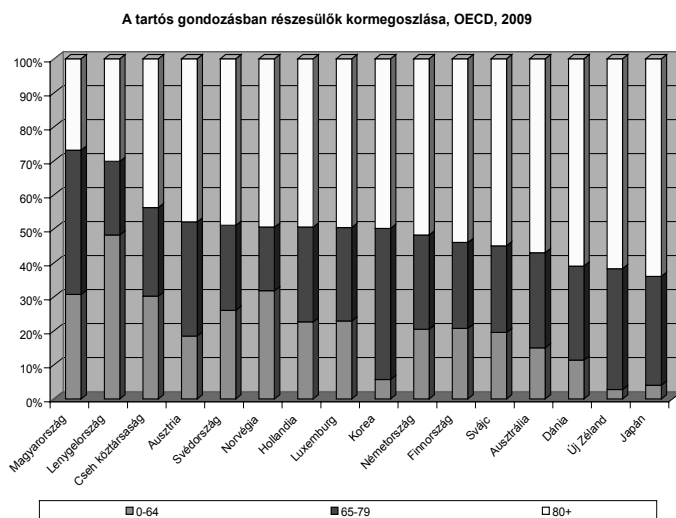
Ha a térségi szinteken aggregált adatok között talált magyarázó összefüggések gyengék is, akkor se adjuk fel ilyen könnyen, nyomozunk tovább, és próbáljuk meg kideríteni, hogy mi okozhatja a becsléselt szükségletek és a tényleges ellátási adatok közötti különbségeket. Próbáljunk meg tehát összefüggéseket találni az ellátottak összetételében, annak változásaiban:<sup>40</sup>



A területi ellátásban részesülők életkori megoszlásáról az ellátottak között kizárólag a 60+ generáció részarányára találtunk adatot. A Köztár (www.koztar.hu) nyilvános adatbázis 2010-re szóló adatai szerint a házi gondozásban részesülők 92 százaléka 60 feletti, a nappali ellátásban és az étkeztetésben részesülők között a 60 feletti aránya lényegesen kisebb, 70–80% közötti. (Ez leginkább arra utal, hogy aktív korú fogyatékosok nagyobb arányban kapnak szociális étkeztetést, mint házi gondozást.)

<sup>40</sup> VÁTI-TEIR, 2008. évi adatok (2012 őszén elérhető utolsó adatok)

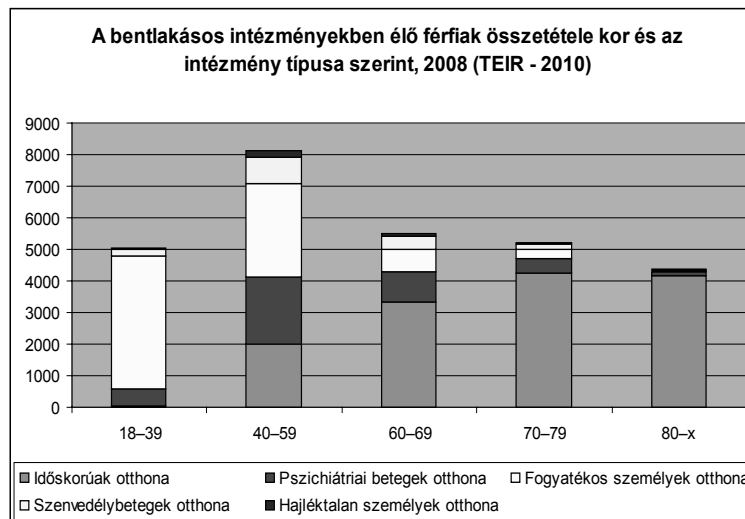
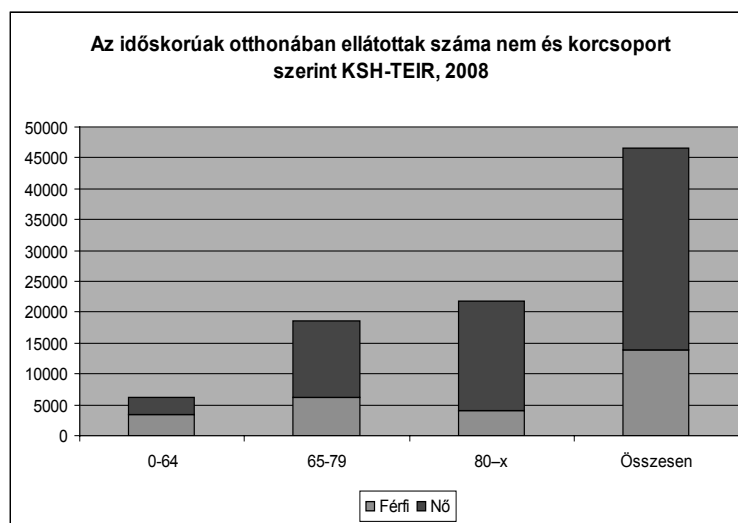
Visszatérve az általunk elérhető nemzetközi összehasonlítások világába, érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy a tartós ápolásban-gondozásban részesülők korösszetétele nálunk lényegesen fiatalabb, mint a nemzetközi sztenderdek. Az OECD adatok továbbra is csak a hazai egészségügy tartós ápolási adatait hasonlítják össze a többi ország egészségügyi és szociális adatait aggregáltan kimutató adataival, de így is, tehát a fentebb közölt szociális intézményi ellátottak korösszetételét képletesen hozzáadva is elgondolkodtató a magyar adatoknak a főáramlattól karakteresen eltérő jellege:<sup>41</sup>



<sup>41</sup> OECD, Help Wanted? 2012, Párizs – 2009. évi adatok

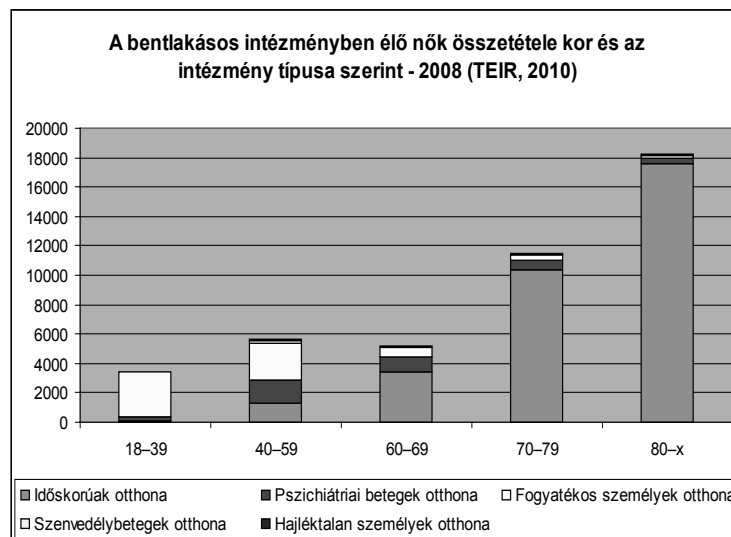
Az egészségügyben ellátottak korösszetételével gyakorlatilag megegyezik, az OECD átlagainál lényegesen fiatalabb a korösszetétel a bentlakásos szociális intézményekben is: a gondozottak kb. 30-30 százaléka tartozik a 65–79 és a 80+ korosztályba, míg 40% 65 évnél fiatalabb.<sup>42</sup>

Ha kizárólag az idősek bentlakásos otthonában elhelyezetteket nézzük, akkor a 40-70 közötti generációk körében csaknem megegyezik a férfiak és a nők aránya, ami az idősebbek körében egyértelműen eltolódik a nők felé. Míg összességében az idősek otthonában lakók 71,3 százaléka nő, addig a 70 alatti lakók nagyobb fele férfi – tehát a 80 felettiek körében megfigyelhető női túlsúly eredményezi a teljes ellátotti körben megfigyelhető női túlsúlyt.



<sup>42</sup> VÁTI-TEIR, 2008. évi adatok (2012. őszén elérhető utolsó adatok)

Az intézménytípusokat is figyelembe véve a kép tovább árnyaltabb lesz. Bár a halálozási adatok alapján a képzetlen férfiak korábban halnak meg, ennyiben korábban is „öregszenek”, ám a fiatalabb korban gondozott férfiak nem az idősothonokban élnek (ld. az előző oldal alsó ábráját is.).



Bár a táblák „csalnak” (a 60 alatti korosztályok 20, a 60 felettek 10 éves léptékben „ugranak”), mégiscsak jól látható két, fontos sajátosság. Egyrészt az aktív korú férfiak között jelentősen nagyobb arányban találunk bentlakásos intézményben gondozottakat, mint a nők között. Mondhatnánk, hogy ezt vártuk, hiszen, különösen az iskolázatlan férfiak között, a korai elhalálozás, az egészség korai elvesztése miatt indokolt lehet a korai intenzív gondozásba vétel is. Másfelől viszont azt látjuk, hogy a korai gondozásba vétel eléggé hatástalan. Tekintettel arra ugyanis, hogy az intézménytípusok között gyakorlatilag nincsen mozgás, a táblák azt is mutatják, hogy a korai gondozásba vettek (különösen a férfiak, de a nők is) már aktív korukban „elfogynak” az intézményekből, világosabban fogalmazva: a nem idősek ellátására szakosodott intézményekben lakók része már aktív életkorában elhalálozik.

Kényelmetlen kimondani az ebből levonható következtetést: ha az aktív korúakat ápoló-gondozó intézményekben az emberek korán meghalnak, akkor ebből olyasmire is következhetünk, hogy az intézmények kevésbé az élet meghosszabbítására, az elérhető élethez nyújtott ápolási és gondozási segítségnyújtásra vannak berendezkedve, hanem...

Hanem inkább olyasmire, amiben a dolgozházi hagyományok továbbélését ismerhetjük fel: a zűrös<sup>43</sup> embereket a többség védelmében kell „eltün-

<sup>43</sup> Helyesebb lenne a nem túl irodalmias „zűrös” jelző tartalmát pontosítanunk: a bentlakásos intézményben dolgozók szóbeszéde szerint az aktív korú férfiak bentlakásos intézményben való elhelyezésének leggyakoribb és legdöntőbb oka: az alkohol, az alkoholizmus. Ezek után már némiképp esetleges, hogy mely intézménytípusban (pszichiátria? szenvedélybetegség? fogyatékos?) van szabad hely – ahol van, oda helyezik el őket.

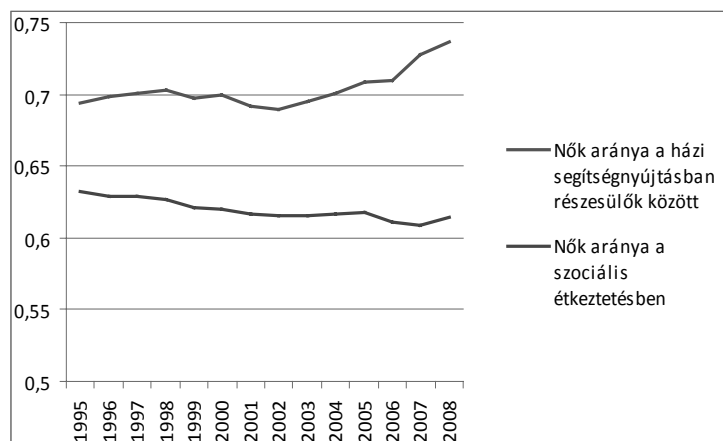
tetni” a hétköznapi életből, és ezek után csaknem mindegy, hogy miképpen, hogyan „vannak el”, mint a bentlakásos intézmények (szabad mozgásukban erőteljesen korlátozott) lakói. És, hogy még súlyosabban vessük fel a dologházi hagyományok továbbélésének problémáját: nézetünk szerint alapvetően ez az intézményi profil, berendezkedés vezet ahhoz is, hogy nemzetközi összehasonlításban Magyarországon ritka magas a 65 alatti „intézménybe zártak” aránya, és ennek megfelelően ritka alacsony a nagyon idős, 80 feletti gondozottak aránya a bentlakásos intézményekben.

Igen, ebből a nézőpontból a fogyatékos-mozgalmaktól eredeztethető, és ma már a fogyatékos-ügyben mérvadó szakpolitikai irányzattá vált intézménytelenítési, normalizációs és integrációs ideológiák és törekvések nem afféle finomkodó szakmai módszerek váltását követelik, hanem a gondozás lényegét érintő berendezkedés megváltoztatását.

Ugyancsak nem támasztja alá a gondozásban részesülők nemenkénti összetétele azt a korábbi feltételezésünket, hogy a halálozásban (és az azt megelőző évben), és az egészséges évek várható tartamában mutatkozó veszteség indokolná a nemzetközi sztenderdektől való eltérést. Ha a gondozás indokoltságát az egészség elvesztése támasztaná alá, akkor nemenként kiegyensúlyozott arány lenne indokolt a gondozottak körében.

A szükségletbecsléséből következő, nemenként kiegyenlített gondozotti összetétel a bentlakásos intézmények körében sem áll fenn, de a szükségletbecslésünknel magasabb a női túlsúly az otthonokba szállított segítségnyújtások, gondozás és étkeztetés esetében is. E területeken a nők még a bentlakásos ellátásban megfigyeltnél is nagyobb, háromnegyedes (74,13%) többséget képeznek az ellátásban részesülők között. A szociális étkeztetésben a nők túlsúlya kisebb, 61,87%, vélhetően azért, mert az özvegyen, egyedül maradt idős férfiak nagy része nem tud főzni, háztartást vezetni. A nők túlsúlya a jelzőrendszeres gondozásban a legmagasabb: 81,66%.

*A nők aránya a házi gondozásban és szociális étkeztetésben részesülők között, 1995–2008, KSH-TEIR*



### Nem is azokat gondozzuk, és nem is azért...

A tartós ápolásban-gondozásban részesülők összetételét, így a nők és a fiatalabb idősök túlsúlyát gyakorlatilag sehogyan nem tudtuk összefüggésbe hozni az általunk a halálozásból várható élettartamból, egészségben eltöltött várható élettartamból, és ezek megoszlásából megbecsült gondozási szükségletek megoszlásával.

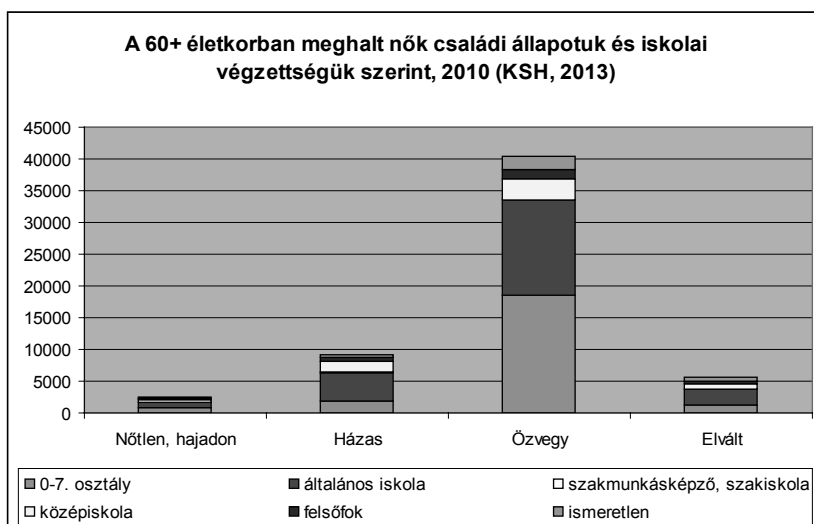
Ennek oka részben az adathiány, az információk esetlegessége és hozzáférhetetlensége – amit akár tekinthetnénk „balesetnek” is, de nem tekintjük annak. Ha ugyanis mára napi szinten kell a gondozási feladatokról jelenteni a KENYSZI néven elhíresült adatszolgáltatási rendszerben, akkor semmilyen technikai akadálya nem lehetne annak, hogy nem napi szinten, hanem egyetlen egyszer, az adatlap felvételekor keletkezzenek adatok a gondozásba vett emberekről is. Olybá tűnik, hogy a gondozás megoszlását illetően erősebbek a szolgáltatók és a szociális igazgatás elhallgatási érdekeltségei, mint a transzparenciák közérdekei.

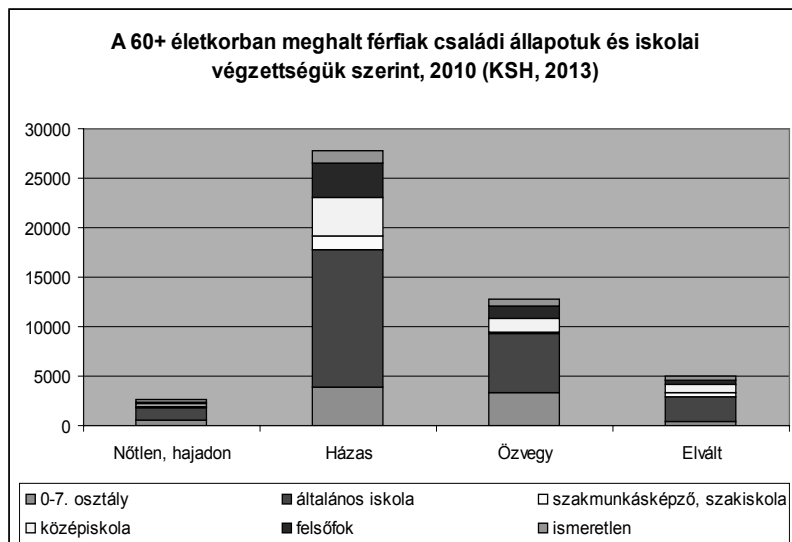
Az összefüggések megtalálásában persze rábukkantunk némely tendenciára – ám ezek nem, vagy legfeljebb részlegesen igazodtak a halálozásból-egészségből derivált feltételezéseinkhez. Annak ellenére sem tudtuk értelmezni az időskori ápolásban és gondozásban mutatkozó jelentős női túlsúlyt, ha figyelembe vettük, hogy a képzetlen férfiak jelentős hányada nem éri meg az öregkort, meghal korábban, és így idősként nem ápolható vagy gondozható.

Mielőtt feladnánk azonban a nyomozást, fussunk neki még egyszer annak a kérdésnek, hogy milyen demográfiai, szociológiai, vagy más tényezők mutatnak az eddig bemutatott adatoknál erősebb összefüggést a nők gondozási túlsúlyával.

Meg kell nyugtatnunk az Olvasót: találunkilyent.

Ehhez ismét vissza kell mennünk legbiztosabb „kályhánkhoz”, a halálozási adatokhoz. Ha megnézzük a 60 év felett elhunytak családi állapotát, akkor a következőt találjuk:





A nők túlnyomó többsége özvegyként hal meg, míg a férfiak többsége házasként – és, miután ezek a hivatalos nyilvántartásban szereplő adatok, vélelmezhetjük azt is, hogy a párjukkal együttélő férfiak aránya még ennél is magasabb lehet.

Vagyis a férfiakat leginkább a partnerük, feleségük gondozza és ápolja a haláluk előtt, míg a nők túlnyomó részének már meghalt a párja abban az időszakban, amikor gondozásra szorulna.

Sem a női túlsúly a gondozottak körében, sem az, hogy a partnerüket túlélő – a képzetebbek körében jelentősen túlélő – nők gondozzák haláluk előtt férjeiket, míg a nőket elmagányosodásuk miatt kell intézményesen gondozni – ez nem magyar specialitás, a fejlett világ egészét hasonló trendek jellemzik.

*A 65 évnél idősebbek háztartási-együttélési helyzete az Unió tagországaiban, 2007 (%)<sup>44</sup>*

	Egyedül él		Más személylyel, nem a párjával él		Csak a párjával él		Párjával és más személlyel él	
	férfiak	nők	férfiak	nők	férfiak	nők	férfiak	nők
Magyarország	17,1	42,3	7,3	26,7	57,8	25,4	17,9	5,6
EU-25	19,5	42,1	4,7	13,5	50,5	37,3	15,3	7,0
EU-15	19,5	42,0	4,3	11,7	51,7	39,5	22,8	8,5

A ápolás és gondozás intézményes formái tehát, minden hivatalos és intézményesült önképük ellenére nem az egészségi eredetű szükségletekre reagálnak, hanem az elmagányosodásra, az egyedüllétre.

<sup>44</sup> Az Eurostat SILC adatait idézi: A. B. Atkinson – E. Marlier (eds): Income and living condition in Europe, Eurostat, 2010, 92. oldal

Az özvegyként, pláne özvegyasszonyként egyfős háztartásban élés persze nemcsak az egyedüllétet, hanem a szegénységi kockázatokat is magában hordja.

*Jövedelmi szegénységi ráták (fogyasztási egységek alapján számolt háztartási mediánjövedelem 50 százaléknál kisebb jövedelműek aránya, OECD, 2008)<sup>45</sup>*

	65+ összesen	Kor szerint		65+ generáció		Háztartás típusa szerint		Teljes lakosság
		66–75	75+	Nemek szerint		Egyfős	Párjával	
				Férfi	Nő			
Magyarország	4,6	4,2	5,5	1,8	6,6	11,1	0,8	7,1
OECD (30)	13,5	11,7	16,1	11,1	15,2	25,0	9,5	10,6

És bár az idősek szegénységi rátái lényegesen alacsonyabbak Magyarországon, mint az OECD országokban, azt is látni kell, hogy a férfiak és nők szegénységi rátái közötti arány Magyarországon a többszöröse (3,66) az OECD országok átlagos eltéréseinek (1,37). Ehhez hasonlóan az egyfős háztartások szegénységi rátája is többszöröse az együttélőkének (13,87), mint amekkora a hasonló arány az OECD átlagában (2,63).<sup>46</sup> Mindezt akár tekinthetjük a szegénygondozási gyökerek túlélésének az idősgondozás területén. És bár Magyarországon jól érzékelhetők e gyökerek még a gondozás szakmai nyelvében is, még ehhez képest is komoly zavart okoz, hogy a hagyomány feltöredezésében nem a gondozási szükségletek erőteljesebb figyelembevétele játssza a legjelentősebb szerepet, hanem az elmúlt évek szabályozási változásai nyomán beállt szolgáltatói érdekek hatása a szegénység szempontjából megfigyelhető, fokozódó eloszlási perverziónak. A bentlakásos intézmények, különösen a politikai kontrollok nélkül működő, privát és egyházi intézmények egyre szemérmetlenebbül érdekelték a magas térítési díjat fizetni képes ügyfelek „lehalászásában”, aminek hatására az ellátás erőteljesen szegmentálódik: a magasabb státusú ügyfelek, még komolyabb gondozási rázszerűség nélkül is igyekeznek jó pénzen a privát és egyházi intézményekbe bejutni, míg a szegénygondozási hagyományok egyre több állami, önkormányzati intézmény működésére nyomják rá bélyegüket.

Hasonló jelenség a házi gondozás területén is érzékelhető. Az étkez-

<sup>45</sup> OECD Income Database 2008 alapján: OECD, Growing Inequal, 2008, 5.3. tábla, erre hivatkozik: Help Wanted?

<sup>46</sup> Egyáltalán nincsenek erre vonatkozó adataink, de sejtésként fel kell vetnünk, hogy az intézménybe „menekülésnek” nem annyira a folyó jövedelmek hiánya, mint inkább a megtakarítások és a vagyon hiánya lehet a döntő kiváltó tényezője. Ma ugyanis Magyarországon (minden nemzetközi adattal szemben) az idősek a legnagyobb megtakarítók és spórolók, aminek számos tényezőjéről legfeljebb publicisztikai adataink vannak. Így pl. a nagymamák a legnagyobb beruházók az unokákba; vagy: a spórolás célja gyakran az, hogy az élet végén legyen pénz a tartós ápolás alatt is a hálapénzre meg a tisztas eltemetésre. Ennyiben, sejtésként felvethető, hogy az ilyen vagyoni és felhalmozási normák hiányai vezetnek gyakran az elmagányosodott idős nőket ahhoz, hogy bentlakásos intézménybe meneküljenek.



tetés kiváltó oka ma is gyakran az, hogy idős embereknek nincsen elég pénzük megfelelő élelmiszert venni, ami így embertelen és drága megoldás, hiszen olcsóbb és önrendelkezőbb élet lehetőségét teremtené meg az, ha egyszerűen pénzt, segílyt adnának annak, aki még tudja a háztartását vezetni. Ám e szegénységi hagyományt teljesen felfordítja a már kritizált KENYSZI által teremtett érdekelttség: a házi gondozás és szociális étkeztetés tevékenységnaplóiban sem elismert időráfordításként, sem költségként nem számolható el a gondozói utazási költség, így a szolgáltatóknak csak a településközpontokban, drágább ingatlanokban, jobb körülmények között élő embereket éri meg ellátni. A külterületeken, pláne telepeken élő, iskolázatlanabb és szegényebb segítségre szorulókat bizonyosan nem. Tehát ma már a régi, szegénygondozási hagyományok sem érvényesek, de szintén nem érvényesek az idősgondozás nemzetközi szakmai normái sem.

A statisztikai adatok magyarázatában tehát az maradt, hogy az időskorú gondozottak létszámában mutatkozó női túlsúlyt legerőteljesebben az özvegyen maradás, az egyedüllét, az eleve alacsonyabb jövedelem (nyugdíj, időskori járadék), és az egyfős háztartások relatíve magasabb szegénységi kockázata, illetve ezzel egyidejűleg és némiképp ellentmondva, a magasabb státusú, iskolázottabb nők relatíve igen magas életkilátásai, a 80 feletti életkor megélésének jó esélyei magyarázzák.

Más szóval összefoglalva: az intézményesült, nagyrészt állami és közösségi finanszírozású időskori ápolás és gondozás nem az ápolási és gondozási szükségletek kielégítésére szerveződik.

### Közpolitikai, szociálpolitikai következtetések

Következtetéseink megfogalmazása elé két előzetes megjegyzést kell tennünk.

Egyrészt a magyar helyzet leginkább mértékében, és nem természetében tér el a nemzetközi trendektől. Szinte mindenhol megfigyelhető a jobb egészségi és halálozási mutatókkal rendelkező nők túlsúlya a gondozásban, a „long-term care” mindenhol ápolási és gondozási feladatokat implicál, és noha a női túlsúly mindenhol az egyedül élő és magasabb szegénységi kockázattal jellemezhető idős nők magasabb arányával függ össze, erre a problémára a gondozási politikáknak és az ezzel foglalkozó szakmai világnak szinte semmilyen határozott reakciója nincsen. A fejlett világ mindenhol „mellébeszél” az idősök gondozása kapcsán<sup>47</sup>, és a magyar helyzet legfeljebb annyiban különbözik a többitől, hogy itt a tényleges gyakorlat és a szakmai-politikai beszéd egymástól még messzebb esik, mint máshol. (A hazai helyzet csak az aktív korúak magas arányú – fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg – intézményi elhelyezésében tűnik rendkívülinek, amit afféle rosszul begyökeresedett és reflektálatlanul maradt történeti hagyománynak kell minősítenünk.)

A másik előzetes megjegyzésünk arra vonatkozik, hogy nem feltétle-

<sup>47</sup> Pontosabban szólva egy részterületet, a nagyon idősök, a valóban tartós gondozásra szorulóknak igencsak létező, ámde statisztikai megközelítésből mégiscsak részproblémáit messze eltúlozva és felnagyítva beszél a gondozás ügyéről.

nül baj, sőt, kimondottan jó az, ha közpolitikai, szociálpolitikai rendszerek reagálnak az özvegyen maradásra, az elmagányosodásra, az időskori elszegényedésre. A baj az, ha közben mellébeszélnek, ha nem akarják tudomásul venni azt, hogy mást tesznek, mint amit mondanak. Ilyen körülmények mellett nem lehet racionálisan cselekedni, és pláne nem lehet racionális kollektív, közösségi cselekedeteket, közpolitikákat tervezni, végrehajtani vagy értékelni.

Es akkor már meg is érkezünk a következtetéseink tartalmi részéhez.

Ha a tartós gondozás és ápolás – a ténylegesen jelentkező gondozási feladatok ellátását messze meghaladó mértékben – tényleg a főképpen női időskori elmagányosodás és elszegényedés gondjainak enyhítésére rendezkedett be, akkor ez egy igen költséges és igen rossz hatásfokú „technológiája” a problémák enyhítésének. Az elszegényedés ellen sokkal takarékosabb, sokkal hatékonyabb és az autonómiákat és szabadságokat sokkal inkább tágító megoldás: egyszerűen pénzt adni a nagyon alacsony jövedelmű (nyugdíjú vagy járadékú) embereknek. Ez evidencia, ami ha nem érvényesül, akkor az ember gyanakodni kezd arra, hogy az olcsó segély-pénz drága gondozásra váltása patológikus tömegpszichózisokból (irigységből, mert hogy az a pénz jól jönne másnak is), vagy félresikeredett foglalkoztatói, szolgáltatói érdekekből (így lehet ott és azoknak is munkát és bért kreálni, ahol arra nem lenne igazán szükség) eredeztethető. A patológikus pszichózisok körébe sorolhatjuk azt a mögöttes megfontolást is, hogy jobb kontrollálni ezeket a problémás élethelyzetbe sodródott embereket, mint hagyni és segíteni őket abban, hogy a maguk módján élhessék életüket. Ez a fajta politikai vonzalom a kontrollok erősítése iránt radikálisan ellentmond a szociális segítség szakmai normáinak, hagyományainak.

Az elmagányosodás problémája már összetettebb és nehezebb kérdés, amelynek enyhítésére nem állnak rendelkezésre annyira magától értetődő és a gondozásnál takarékosabb eszközök, mint amennyire a szegénység enyhítésére igen. Az elmagányosodás ugyanis nagyrészt az egyedül lakott lakás funkcionalitásának és biztonságának a kockázata. Aminek enyhítése vagy a kényelmesebb (értsd: egyszerűbb háztartási munkákat igénylő, könnyebben és hatékonyabban fűthető, a higiéniai feltételeket kényelmesebben biztosító, segédeszközökkel felszerelt stb.) és biztonságosabb (jó közbiztonságú, egészségi és más bajok esetén a riasztást lehetővé tevő stb.) lakhatási feltételek igényét jelentené (alkalomadtán a feltételeket az eddig is lakott saját lakás technikai felszerelésével, kiegészítésével megteremtve), vagy az ilyen feltételeknek megfelelő lakásba költözés támogatásával volna lehetséges.

Másrészt az elmagányosodás társasági igények kielégületlenségét is jelenti – olykor nélkülözhetetlen másokkal beszélgetni, együttműködni, közösen „csinálni” valamit. Ezen a problémán a legkönnyebb az olyan szomszédsági, közösségi viszonyok erősítésével segíteni, amelyek biztosítják, hogy a szomszéd odafigyeljen, beszéljön, bekopogjon és olykor be is menjen, mielőtt hazatérne, ha már úgyis arra jár.

Mindkét kritériumot jól teljesítik azok a Magyarországon korábban létezett, máshol igen elterjedt „nyugdíjasházak”, „idős panziók”, ahol ugyan az idős emberek korábbi lakásuknál-házuknál kisebb lakóterületű

apartmanokban, lakrészekben élnek önállóan az életüket, de az ilyen közös otthonok biztonságosak és kényelmesek, és a társas léthez teret biztosító közösségi helyiségekkel is rendelkeznek. Ezekhez az önálló életvitelnek teret engedő otthonokhoz képest a már-már kórházias, teljes ápolási és gondozási feladatkört ellátó intézményekben való elhelyezés drága, felesleges – és embertelen is.

Mindezek tükrében a laikus szomszéd beköszönését, vagy a szomszéd apartmanban élő, hasonló korú sorstárssal való kanaszta-partit és az ahhoz kötődő beszélgetést-pletykálkodást drága, improduktív és barátságtalan dolog kiváltani a fizetett gondozónővel, a hét két napjának kétszer egy órájára, „előre rögzített gondozás keretében” folytatott, „mentális terápiával” (ilyen megnevezések fordulnak elő a hivatalos naplókban, akkor is, ha az is csak beszélgetés és pletykálkodás...).

A drága, improduktív, a tényleges problémák enyhítése szempontjából inadekvát „gondozás” nemcsak pazarlás, hanem az immoralitás intézményesülése is: hazudni kell mindenről, a problémák mibenlétéről, a segítség indokoltságáról és tartalmáról, a szolgáltatás eredményességéről és hatékonyságáról. Az intézményesült hazudozások általában már a vonatkozó szabályozásoknál, feladatspecifikációknál és protokolloknál kezdődnek: miközben az írott, intézményesített feladatok túlnyomó többsége egészségügyi, ápolási jellegű (megfogalmazásaiban az egészségügyi szakápolásból átemelt) feladat, aközben mindenki, aki közel áll a gondozáshoz, pontosan tudja: a ténylegesen ellátott feladatok döntő többsége beszélgetés és háztartási segítségnyújtás.<sup>48</sup>

És innen nézvést az erkölcsi problémák még súlyosabbak, hiszen ha úgyszólván hazugságokra épül a végrehajtandó feladat és a közfeladat elvégzéséről való beszámolás, akkor kinek-kinek a magánérdekei is egyre komolyabb helyet fognak nyerni a gondozás intézményesült folyamatában. Így pl. erkölcsileg igencsak kétesek azok az igazgatási és szolgáltatói gyakorlatok, amelyek a teljesítmények könnyű elszámolhatósága érdekében a gondozásba vétel elsődleges szempontjává a térítési díj megfizetésére való képességet, vagy az utazási idő és költség elspórolását lehetővé tevő, közelség szerinti „lefölözést” teszik. Hasonló módon soha senki nem beszél arról, ami pedig a szakmai körök suttogó közéletében mindenki által tudott, hogy ugyanis mennyire tisztázatlanok és átláthatatlanok a gondozói pénzek („hálapénzek”, extra szolgáltatásokért fizetett extra díjak stb.), illetve hogy ebben a zavarosságban is mennyire egyértelmű: az kap több és jobb szolgáltatást (akármit is jelentsen ez), aki „amúgy is” fizet.

Összefoglalva tehát: közpolitikai, szolgáltatás-igazgatási és menedzselési szempontból a legfőbb probléma mindezzel az, hogy inadekvát eszközökkel, inadekvát módszerekkel még igen drágán, igen rossz hatékonysággal, igen alacsony színvonalon is csak nagy hazugságokkal lehet fenntartani egy közpolitikai rendszert, így a gondozás és ápolás rendszerét is. Következtetésünk egyik fele tehát arra vonatkozna, hogy

<sup>48</sup> Ez nemcsak magyar specialitás. Bernd Marin, az időskori ápolás-gondozás témájának egyik legismertebb európai intézménye, a bécsi European Centre for Social Welfare Policy and Research igazgatójának informális véleménye szerint ez mindenhol kimutatható lenne.

a tartós ápolás-gondozásként végzett tényleges feladatokról, az általuk megoldandó problémákról a túlzottan medikális kereteknél adekvátabb, hatékonyabb és barátságosabb keretekben kellene gondolkodni, és jobb megoldásokat kellene e problémákra találni.

Még súlyosabbá teszi a helyzetet, hogy miközben az öregedés és ennek következtében az egyre gyakoribb képességgyengülés-képességvesztés, a segítségbeli, gondozási, ápolási szükségletek bővülése önmagában létező probléma, az elvileg éppen ilyen problémák enyhítésére hivatott erőforrások és ráfordítások – az elemzéseink alapján – másra „mennek el”.

A ténylegesen felmerülő tartós ápolási-gondozási kihívások egyik része minőségi jellegű. A manapság szokásos korszerű szakirodalom valójában mindenhol a 80+, ennél fogva a jellemzően képzettebb, jobb társadalmi háttérű női lakosság gondozási szükségleteit tartja szem előtt, és e problémák megoldására talál még korszerűbb, innovatívabb orvosi és szociális megoldásokat. Lehet azt mondani, hogy e lakossági csoport egészségi állapota, sajátos szükségletei – legalábbis a legfejlettebb országokban – nem térnek el jelentősen más, gondozásra szoruló csoportok szükségleteitől, és ezért az itt bevezetett eszközök és módszerek jól alkalmazhatók más gondozási szükségletek kielégítésére is. Nem hinném, hogy így lenne, és különösen nem hinném, hogy ez Magyarországon érvényes koncepció lehetne. Mert például hiába terjed elismert, fejlesztési programok által finanszírozott, szociális gondozási feladatként a nagymamák internet-tanulása, különösen a skype használatának begyakorlása (mert a skype valóban olcsó és hatékony eszköz a kapcsolati hiányok enyhítésére), ha ez csak a szélessávú internetkapcsolattal és számítógéppel rendelkező, alapszinten angolul is író-olvasó emberek számára alkalmazható eszköz. És hogy a másik oldalt is jelezzem: bár sok jóérzésű, tisztességes vidéki gondozónő besegít a faaprításba és -behordásba (mert télen fűteni kell, és erre már nem minden, kályhával fűtő gondozott képes), sehol a gondozási szakirodalomban nem lehet olvasni a tüzelő „felhasználóbarát biztosításának” gondozási feladatáról, és annak hatékony és szakszerű megvalósításáról. Ugyanígy a polgári középrétegek szükséglet-kielégítésébe kimondva vagy kimondatlanul bele szokás kalkulálni nemcsak azt, hogy van pénzük, tehát nem szegények, hanem azt is, hogy a posztindusztriális világ más fogyasztóihoz hasonlóan, a jövedelmük egy jelentős részét ők is a jólétükhöz kapcsolódó szolgáltatások megvásárlására fordítják. Járnak fodráshoz, gyógyfürdőbe és masszázusra, ha megéheznek, nem fáradoznak bevásárlással és főzéssel, hanem hozatnak meleg ételt a futárral stb., illetve ha ebben bármi ok miatt akadályozva lennének, akkor ezen akadályok áthidalásához segíti őket a gondozás (pl. átvállal taxi és házhöz-szállítási költséget, orvosi utalványt ad a gyógyfürdőhöz és fizioterápiához stb.).

Természetesen ez a feltételezés sem igaz minden segítségre szoruló csoportra, és így ők a hasonló innovatív gondozási eszközökhöz sem férhetnek hozzá.

Tehát a hiányok egy része egyszerűen a megfelelő segítségnyújtási formák, eszközök hiánya, vagy legalábbis a létező eszközöknek és módszereknek csak a szűkkörű alkalmazhatósága miatt beálló, minőségi hiány.

A hiányok másik csoportját úgy jellemezzhetnénk, hogy az „átváltha-

tóságokból”, a „trade off”-okból eredő hiány. A gondozási szükségleteket korábban a halálozási adatokból becsültük, azt feltételezve, hogy az emberek a haláluk előtt tartósabb ápolásra és gondozásra szorulnak. Ez a halál előtti gondozási szükséglet várhatóan igen eltérő korban jelentkezik, hogy úgy mondjam, a gondozási szükségletek dolgában az emberek eltérő korokban válnak időskori gondozás igénylőivé. A legszélsőségsébb eset a képzetlen férfiaké, akiknek nagy része már 60 éves kora előtt meghal, tehát még ennél is fiatalabb korukban jelentkezne az „idősellátási” szükségletük, noha az idősök ápolására és gondozására berendezkedett ellátó rendszer erre valószínűleg nem tud felkészülni. És akkor innen nézvést merül fel az „átválthatósági kérdés”, vagyis annak kérdése, hogy mennyire lehetnek alkalmasak az eredetileg nem a halál előtti gondozási függőségen segítő, egyéb támogatási rendszerek: a fogyatékgügyi és pszichiátriai ellátások és rendszerek, vagy hogy egészen vad lehetőséget vessek fel: az időskorú képzetlen munkavállalók munkában maradását, élhető körülményeinek fenntartását támogató, az idősebb munkavállalókat segítő foglalkoztatáspolitikai rendszerek. Annak alátámasztására, hogy a lehetőség felvetése mennyire nem elképzelhetetlen: a tartós munkanélküliség, az abból fakadó szegénység, az ezzel együttjáró életminőségbeli hiányok és a stressz, valamint az ebből következő alkohol- és nikotinfüggőségek és pszichoszomatikus betegségi tünetek nyilvánvalóan együtt járnak az érintett lakosság korai elhalálozásával, és azzal, hogy a halál előtti, időskori segítségre szorultságot nem érzékelik gondozási szükségletként.

Végül a minőségbeli, az atválthatósági hiányok mellett szót kell ejteni a leggyakrabban felemlgetett és a legtöbb aggodalmat kiváltó mennyiségi hiányokról is.<sup>49</sup>

A mennyiségi hiányok csökkentését leggyakrabban a jelenkori tágan értelmezett intézményesült közpolitikai eszköztár, mindenekelőtt az egészségügyi és szociális eszközök jobb koordinációjától, hatékonyabb menedzselésétől szokás remélni. Én ezeket a reménykedéseket csak igen korlátozottan osztom.

A mennyiségi hiányok számbavételéhez helyes lenne kiindulni abból, ami már ma is eltünteti a létező hiányokat, és amiről alig szokott beszélni a vonatkozó irodalom: abból, hogy a haláluk előtt a férfiakat leginkább a partnereik, feleségeik gondozzák. Ez a gondozói szerep egyfelől illeszkedik a hagyományos környezetben ma is intenzívebben élő női szerepekhez, másfelől feminista megközelítésből joggal és erőteljesen támadható amiatt, hogy még jelentősebb többletet rak a nőkre a fizetetlen munka nemenkénti megosztásában. Egyfelől tehát mintegy természetes, hogy a feleségek ápolják és gondozzák férjeiket (akárhogyan, akármilyen színvonalon), másfelől, ez már ma is igazságtalan.

Ebből a megközelítésből először újabb minőségi hiányra kell rámutatnunk: a partnereiket ápoló családtagok szinte semmilyen közösségi

<sup>49</sup> Jegyezzük azért meg: bár a leggyakrabban a mennyiségi hiányok aggasztják a közpolitikai rendszerekkel foglalkozókat, korábbi felvetéseink szerint a mennyiségi hiány jelentős részben a minőségi hiány és inadekvátság következményei. Rossz hatékonyságú, az adott feladat ellátására alkalmatlan eszközök erőforrás és költségigénye természetesen irreális magasságokba is szökhet.

támogatást nem kapnak ápoló-gondozó ténykedésükhöz, sőt, még azt sem tudjuk, hogy milyen segítséget lehetne-kellene adni nekik ehhez. Másfelől: a laikus, de segítőkész és odafigyelő emberek gondozó tevékenysége már ma is jelentős mértékben kiváltja az intézményes gondozást, és talán még ennél inkább is képes lenne hozzájárulni a várhatóan növekvő gondozási hiányok pótlásához.

Ehhez látni kell azt is, hogy az idősödés folyamata a gondozási igények növekedése mellett növekvő gondozási potenciálokat is jelent. A frissen nyugdíjazott, még aktív idősök ugyanis nemcsak képesek, de jelentős számban akarnak is hasznos tevékenységeket, így akár gondozási feladatokat is végezni, még akkor is, ha egzisztenciájukat, megélhetésüket a nyugdíj többé-kevésbé biztosítja.

Az informális gondozás lehetőségét szinte minden, vonatkozó szakirodalom reményteljesen felelegeti, ám nem szokás a jelenleg szokásos gyakorlatoktól jelentősen eltérő, várható feltételekkel számolni. Nevezetesen azzal, hogy a jelenlegi informális gondozást jellemzően a családtagok – feleségek és lánygyermekük végzik. Ha azonban a nyugdíjkorhatár-emelések beérnek, és a nők is 65 évesen vagy idősebben vonulnak nyugdíjba, akkor hiába képesek gondozni, szüleik addigra már várhatóan akkor is meghalnak, ha 80 évnél tovább éltek. Tehát az informális gondozás döntő kérdésévé válik az, hogy milyen társadalmi és szervezési feltételek mellett, milyen, a családnál gyengébb, de létező civil kapcsolatokon keresztül realizálódhat az informális gondozás. Amely, ha döntően beszélgetés és háztartási segítségnyújtás, akkor úgy is „teljes értékű” gondozás, ha nem profik végzik.

Sokan szeretnek arról ábrándozni, hogy ez az informális gondozás nem jár társadalmi ráfordításokkal, hogy ez ingyen megnyerhető lehetőség. Bár a növekvő reálbérek melletti professzionális gondozásnál olcsóbb lehet, de nem hinném, hogy ingyen is kiaknázható lehetőség lehetne. Nemcsak a professzionális alkalmazásnál bonyolultabb szervezés és logisztika, nemcsak a másokat gondozók valamilyen szintű képzése kerül pénzbe, de az sem valószínű, hogy a gondozás során felmerülő költségek megtérítése nélkül nagy lenne a civil hajlandóság mások ápolására és gondozására.

Ha valahol, valakiknek ezt tudniuk kellene, akkor azt épp Magyarországon kell tudniuk a kérdéssel foglalkozóknak. Magyarországon ugyanis a rendszerváltás előtt több ember dolgozott a házi gondozásban, mint azóta bármikor. Így 1990-ben még csaknem 21 ezer segítő működött a házi gondozásban, míg a 2000 utáni években ez a szám közel 7,5 ezerre csökkent (később visszakapaszkodott tízezerig). Ám a hajdani 21 ezer segítőből 12 ezer, úgynevezett „társadalmi gondozó”, „tiszteletdíjas gondozó” volt,<sup>50</sup> mai szóval azt mondanánk, hogy atipikus formában, rész munkaidőben foglalkoztatott, vagy talán még inkább: költségtérítésben részesülő önkéntesként dolgozott mint gondozó. (A forma megszűnése nagyban kötődött ahhoz, hogy a kilencvenes évek elején a korábban adómentes tiszteltdíj adókötelessé vált, és így sem a gondozó intézményeknek, sem a korábban gondozó embereknek már egyáltalán nem érte meg...)

<sup>50</sup> Szociális Fejlesztési Központ Információs Évkönyv 1998, illetve KSH OSAP adatok

Valószínű, hogy nem érdemes folytatnunk a sort: számos gondolat és ötlet merült fel az elmúlt években azzal kapcsolatban, hogy az idősödéssel együtt járó, várható gondozási szükséglet-növekedést miképpen lehet majd a jövőben, sőt, már a közeli jövőben is kielégíteni.

Mi itt nem reform-tervet akartunk prezentálni. Igyekeztünk bemutatni a létező gondozási gyakorlat különféle összefüggéseit, valamint azt, hogy a tapasztalat nem áll összhangban a szakmai önképekkel és ideológiákkal. Meggyőződéses racionalistaként az a mondandóm lényege, hogy helyesebb lenne megpróbálni a dolgokat nevükön nevezni.

Ebben a kérdésben is, és általában is.

### Irodalom

- Atkinson, A. B. – Marlier, E. (szerk.) 2010: Income and living condition in Europe, Eurostat,
- Berkman, B. (szerk.) 2006: Handbook of Social Work in Health and Aging Oxford Univ. Press
- Corsini, V. 2010: Population and social conditions, Eurostat, Statistics in Focus, 24
- Cress, C. J. 2012: Handbook of Geriatric Care Management, Jones&Battlett Learning.
- Czibere K. – Gál I. R. 2010: The Long-Term Care System for the Elderly in Hungary ENEPRI Research Report No. 79/June
- ERA-AGE program honlapja, dokumentumai: <http://www.era-age.group.shef.ac.uk/>
- Európai Bizottság 2010: The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060) Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), EC
- European Agency for Safety and Health at Work: Risk Assessment for Care Givers, E-Facts, 35, 2008 <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact35>
- Eurostat honlap, 2012, 2010 évre szóló adatok, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Hablicsek L. – Kovács K.: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. KSH Népeségtudományi Intézet, 2007. Kutatási Jelentések 84.
- Klinger A. 2007: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején, Demográfia., 50. évf.
- Köztár ([www.koztar.hu](http://www.koztar.hu))
- Lanzieri, G. 2011: The graying of the baby-boomers – A century-long view of ageing European populations, EUROSTAT, Statistics in focus, 23
- Leichsenring, K. 2012: Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions, International Journal of Integrated Care. Jan–Mar; 12
- OECD 2008: Growing Inequal., Párizs
- OECD 2011: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD – Párizs.
- OEP Statisztikai Évkönyv, 2010.
- Oxley, H. 2011: Policies for Healthy Ageing, OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 42, Paris.
- Schwaben, H. – Heimeshoff, L.-M. (szerk.) 2011: Domestic Workers Count: Global Data on an Often Invisible Sector, Kassl Univ. Press, Kassel
- Spencer, S. – Martin, S. – Bourgeault, I. L. – O’Shea, E. 2010: The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States; International Organization for Migration (IOM).
- Szociális Fejlesztési Központ Információs Évkönyv, Budapest, 1998.
- The Future of Healthcare in Europe, Economist Intelligence Unit, 2011.
- VÁTI-TEIR adatbázis