

SZÉMAN ZSUZSA – TRÓBERT ANETT MÁRIA

A SZOCIÁLIS INNOVÁCIÓ LEHETŐSÉGEI A TARTÓS IDŐSGONDOZÁSBAN

A tanulmány a tartós idősgondozás szociális innovációs lehetőségeit vizsgálja. Az elemzés alapját a MoPAct projekt 8. munkacsomagjának keretében (2013–2017) végzett kutatás során készített magyar fókuszcsoporthoz és szakértői interjúk adják. Az interjúkra – melyek három kérdést vizsgáltak – 2015-ben Budapesten és Nyíregyházán került sor. 1. Melyek a tartós gondozás fő nehézségei? 2. Mely innovációkat tartanának a legfontosabbaknak? 3. Kik vegyenek részt a változtatási folyamatban? A kutatásban osztrák, német, olasz, észt, portugál és román kutatók is részt vettek, így a tanulmány részét képezi egy nemzetközi összehasonlítás. A két magyar szakértői interjút a nemzetközi munkacsoport által készítettekkel vetjük össze.

A fókuszcsoporthoz elemzettek szerint Magyarországon a szakmai szempontok és a gyakorlatban szerzett tapasztalatok jogszabályba történő integrálása nélkül a tartós idősgondozás innovációja korlátokba ütközik, szükséges a rendszer átalakítása. A megújuláshoz elengedhetetlen a szaktudás megbecsülése, az életpályamodell kialakítása, a minőségi munka ösztönzése, a szakemberek motiválása, és olyan szolgáltatások integrálása a tartós idősgondozásba, amelyek az infokommunikációra és az idős ember igényeihez alkalmazkodó környezet átalkotására épülnek.

A többi országgal történő összehasonlítás rávilágított arra, hogy minden országban, régióban sok az új ötlet és a modellprogram, de hiányoznak az innovációt központilag irányító szereplők. Ugyanakkor a helyi vagy regionális szintű innovációs lehetőségek megvalósítása is fontos része a szociális innovációnak.

A szakértői interjúk nemzetközi összehasonlításában a tanulmány Németországra fókuszált. Az elemzés kimutatta, hogy míg Magyarországon az innováció a tartós idősgondozás rendszerszintű megváltoztatására irányul, addig Németország esetében reformra van szükség, a kettő közt alapvető a különbség.

Bevezetés

Az átlagos életkor világszerte, így az Európai Unió tagországaiban is növekszik (egy-két országban stagnál). Svédországban például a 65 év után várható élettartam 2010-ben a férfiaknál 18,3 év volt, ami 2015-re 18,8 évre változott. Bár Magyarországon ennél alacsonyabb volt az indulás: 14,1 év, ez 2015-re 14,5 évre nőtt. A növekedés hazai üteme majdnem megegyezett a svédvel. A 65 év feletti svéd nők 2010-hez viszonyítva 2015-ben 21 év helyett 21,5 évet élhettek, s hasonló ütemű változás látszott a magyar nőknél is: ugyanezen korosztály élettartama 18,2 helyett 18,5 év volt (Eurostat, 2017).

A várható élettartam növekvő trendjét látva feltételezhető volt, hogy az élettartam emelkedésével párhuzamosan nő majd az egészségben eltölthető várható élettartam is. Az Európai Unió 2010-es várakozása szerint a következő tízéves periódus alatt, tehát 2020-ig két évvel növekszik az egészségben eltölthető évek száma (Jagger et al. 2013). Ennek kettős pozitív hatása lenne: a) az idősebb korosztályok életminőségének javulása; b) a hosszabb ideig tartó egészséges életszakasz csökkenti a szociális és egészségügyi kiadásokat. Úgy tűnik, ez a várakozás nem mindenütt valósul meg a tervezett mértékben: az eddigi éveket tekintve voltak felül- és alulteljesítő, sőt „visszaeső” országok.

A férfiak körében a 65 évesen várható egészségben eltölthető évek száma az Európai Unió átlagában 2010 és 2015 közt 8,7-ről 9,4 évre változott. Ezzel szemben Svédország ezt a mutatót jóval túlszárnyalta. 2010-ben 12,3 évet, 2015-ben már 15,7 évet tölthetett el egy svéd férfi egészségesen. Magyarországon már az induló helyzet is rosszabb képet mutatott. 2010-ben a funkcióvesztések nélkül élhető évek száma 5,4 évről 5,9 évre módosult. Az indulási hátrány Svédország és Magyarország között tovább romlott. A várható élettartam és az egészséges évek száma Magyarországon együtt mozgott, míg Svédországban a kettő közti olló jelentősen csökkent. A svéd férfiak hosszabb és jobb minőségű élet elé nézhetnek.

A „nagyot ugró” országok közé sorolhatjuk Németországot is (6,9 év illetve 11,4 év). Kissé pozitív trend érzékelhető Szlovákia, Lengyelország, Finnország (utóbbinál a mutató magasabb értékről indult) esetében. Egyes országokat viszont romló adatok jellemeztek: Lettország, Litvánia 4,8 illetve 4,1 év; Olaszország 8,1 illetve 7,8 év; Ausztria 8,5 illetve 7,9 év; Egyesült Királyság 10,8 illetve 10,2 év (European Commission 2017).

Az Unió átlagában a 65 éves nőknél az egészségben eltölthető várható évek száma 2015-ben 9,4 év volt a korábbi 8,8 év helyett. Svédország ismét messze megelőzi a mezőnyt (13,7 év, illetve 16,8 év). A növekedést viszont Litvániában, az Egyesült Királyságban, Spanyolországban, Szlovéniában a csökkenés váltotta fel, Magyarország stagnálással jellemezhető (European Commission 2017).

Tartós gondozásra tehát mindenhol igény van, még a legjobb értékeket felmutató Svédországban is. Ugyanakkor nem mindegy annak időtartama. Ott, ahol a tartós gondozási szükséglet már a korábbi életszakaszban jelentkezik, nemcsak az idős ember életminősége lesz rosszabb, de a gondozórendszerre, a formális és

az informális gondozásra is nagyobb teher nehezedik, amelyet a hagyományos módon nehéz kezelni. Az egyre leterheltebb tartós gondozási rendszerek fenntartásához innovációra van szükség.

Miért került a szociális innováció az elmúlt évtizedben a figyelem középpontjába? Ennek fő oka, hogy súlyos problémákat – például az éghajlatváltozás, a világszerte meglévő krónikus betegségek, a növekvő egyenlőtlenség – képtelenek voltak kezelni a fennálló struktúrák és az ezeket kialakító és fenntartó politikák (Murray – Caulier Grice – Mulgan 2010). A szociális innováció fogalma nem egyezik meg a más tudományterületeken használatos definíciókkal (pl. a piaci innováció vagy a technikai innováció). Következésképp struktúrájában, modelljeiben, méréseiben és módszereiben is különbözik tőlük (Murray – Caulier Grice – Mulgan 2010).

Az Európai Unió szociális innovációként definiálja azokat az új „ötleteket (new ideas)”, amelyek kielégítik a szociális szükségleteket és új szociális kapcsolatokat, együttműködést eredményeznek (European Commission 2011). A legfontosabb kérdések a szociális innováció tekintetében, hogy milyen lépésekre lenne szükség az innováció megvalósításához, kikre irányul az innováció és milyen szereplőket lehet bevonni az innováció megvalósításának folyamatába.

Ennek megválaszolására törekedett a 2013–2017 közt lefolytatott – az aktív idősödés lehetőségeit kutató – nemzetközi projekt, a MoPAct (Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe, támogató az Európai Unió 7. keretprogramja). A projektben részt vevő kutatócsoportok a téma nyolc területét vizsgálták. Az egyik kutatói team a tartós gondozásban kínálkozó megújódási lehetőségeket kereste. Ennek a kutatócsoportnak (WP8) Románia, Németország, Ausztria, Olaszország, Finnország, Észtország, Portugália mellett Magyarország is tagja volt.

Módszer

A MoPAct tartós idősgondozásra vonatkozó munkacsoportja több módszert alkalmazott: háttérkutatás, statisztikai adatbázis elemzése (csak Finnországban), jó példák feltérképezése, fókuszcsoportos és szakértői interjúk. Minden résztvevő országnak a team által kidolgozott interjú vezérfonalakat és a fókuszcsoportok esetében az időintervallumot (3,5 óra) kellett követnie, az előre meghatározott kérdéseket szigorúan betartva. Az alábbiakban a Magyarországon készült fókuszcsoportos és szakértői interjúk eredményeit ismertetjük rövid nemzetközi kitekintéssel.

A *fókuszcsoportos interjúk* alkalmával az a hármas célkitűzésünk volt, hogy *a)* feltérképezzük az otthoni tartós gondozással összefüggő problémákat, *b)* feltárjuk, hogy milyen helyi, regionális vagy nemzeti szintű innovációra lenne szükség, *c)* felvázoljuk azokat a javaslatokat, amelyek lehetővé tennék az innováció megvalósítását.

A magyar interjúkra 2015-ben Budapesten és Nyíregyházán került sor, nyolc-nyolc fő részvételével. A nyíregyházi fókuszcsoportban a szakma, a közszféra (ön-

kormányzat), az egyházi szervezetek (református, evangélikus), a privátszféra és egy non-profit szervezet képviselői voltak jelen. Budapesten a privátszférát senki sem képviselte.

Első lépésben valamennyi résztvevő öt cédulát kapott, azokra írhatták fel a tartós gondozásban általuk legfontosabbnak tartott problémákat, innovációra szoruló területeket. A csoport tagjai a cédulákból közösen témacsoportokat képeztek, majd azokat egy 1–5 fokozatú pontozási rendszert használva rangsorba állítottak. Nyíregyházán hét, Budapesten hat fő problémakategória körvonalazódott, amelyekből (a kutatásban előírtak szerint) a két legtöbb pontszámot kapottat elemeztük részletesen a következő három kérdés mentén.

1. *Helyzetfelmérés* – Melyek a tartó gondozás fő nehézségei?
2. *Innovációs ötletek* – Mely innovációkat tartanak a legfontosabbnak?
3. *Az innováció fő szereplői* – Kik vennek részt a változtatási folyamatban?

Az első kérdés célja a problémák feltárása volt, a másodiké az innováció lehetséges útjainak a körvonalazása, a harmadiké az innováció lehetséges szereplőinek a megnevezése.

A tartós idősgondozás kihívásainak sokaságát ismerő *szakértőkkel folytatott interjúktól* azt vártuk, hogy innovációs prioritásokat, és azok lehetséges megvalósításait fogalmazzák meg. A prioritások megjelölése egyben lehetővé tette az alapvetőnek tartott problémák és az összefüggések felvázolását. Németországban öt, a többi országban két-két szakértővel készültek interjúk.

Eredmények

Magyarországi fókuszcsoportos interjúk

A) Nyíregyháza

Problémacsoportok

A résztvevők által megjelölt problémacsoportok közül kiemelkedően magas pontszámot kapott a „*házi gondozás szakmaisága*”, valamint a „*szektorsemleges finanszírozás*” problémacsoportja.

Az előbbibe tagozódott be a házi segítségnyújtás és annak fejlesztése, a könnyebb hozzáférhetőség biztosítása, a gondozás időtartamának bővítése – beleértve az éjszakai gondozást is –, valamint a szolgáltatáshoz való hozzáférés segítése.

A *szektorsemleges finanszírozás* alatt egymással sokszor összefüggő kihívások kerültek napvilágra: az állami, az egyházi és a privátszféra nem egyenlően jut hozzá az anyagi forrásokhoz; meg kell teremteni a stabil finanszírozás hátterét; a dologi juttatásokat helyben kell biztosítani (nem mindenütt állnak rendelkezésre ugyanazok a dologi feltételek a szolgáltatások biztosításához); szükséges a térítési díj bevezetése és ezzel párhuzamosan a jelzőrendszeres szolgáltatás szociális

rászorultsági kritériumainak bővítése (pl. 65 év alatti egészségkárosodott személyek számára); elengedhetetlen a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás fejlesztése és a rendszerbe történő beillesztése.

Ettől a két fő csoporttól leszakadva jelent meg a *szociális kapcsolati háló* kategóriája a következők említésével: elő kell segíteni, hogy a generációk együttműködjenek; lehetőséget kell biztosítani, hogy az idős ember bekapcsolódjon a közösségi életbe; az idősök védelme érdekében szükség esetén biztosítani kell a rendőri felügyeletet; kulturális és közösségi rendezvényekkel biztosítani kell, hogy az idősök szellemi frissessége megmaradjon; az idősök életminősége nagy mértékben javítható speciális testgyakorlással (pl. tajcsi, jóga), ezért biztosítani kell számukra az ilyen „sportot”; az egészségügyi ellátást erőteljesebben be kell vonni a szociális ellátásba.

Az *intézményi ellátás*, a *jelzőrendszeres szolgáltatás fejlesztése*, a *falugondnoki szolgálat*, az *infokommunikáció és a környezet* kategóriái a rangsor alsó harmadába kerültek. Az infokommunikáció és a környezet csoport utolsó helyezett lett. Ez azért meglepő, mert e két kategória az innovációs lehetőségek szinte kimeríthetetlen tárházát biztosíthatja. A környezet átformálása és annak az idősök igényeihez történő átszabása pedig szintén elengedhetetlen. A környezetet illetően a hiányok között előtérbe került a rugalmas közlekedés, a szállítás megszervezése, az akadálymentes lakás, illetve a közvetlen lakókörnyezet akadálymentesítése¹. Az infokommunikáció kategóriájában a „telefon nagybetűs kijelzőkkel”, az „idősök informatikai ismereteinek fejlesztése” és az „információáramlást segítő eszközök beszerzése, biztosítása, azok használatának megtanítása” bukkantak fel².

Az alábbiakban a leghangsúlyosabb problémacsoportokat tárgyaljuk: a *„házi gondozás szakmaisága és a szektorsemleges finanszírozás”* kérdéseit. Bár az elemzés három különálló kérdéssel foglalkozik, a problémák megnevezése, valamint a második kérdés összefonódnak. A résztvevők többször már az első kérdésre (*Helyzetfelmérés – Melyek a tartós gondozás fő nehézségei?*) adott reakcióikkal is kijelölték az innováció irányát.

A két fő problémacsoport

1. *Helyzetfelmérés – Melyek a tartós gondozás fő nehézségei?*

a) A házi gondozás szakmaisága

A csoport tagja ebben a csoportba három alkategóriát neveztek meg: *Törvényi szabályozás, szakmaiság, finanszírozás*

Az egyik nehézség a résztvevők szerint, hogy a törvényi szabályozás, a szakmaiság és a finanszírozás nincs összhangban. Lényeges lenne a minőségi gondozás gyakorlati szakmai szempontjainak figyelembevétele a finanszírozás és a rende-

¹ Figyelemre méltó, hogy a résztvevők nem ismerték az „Idősök otthon: Megszokott környezetben, nagyobb biztonságban” című 2005-ben megjelent könyvet, pedig az ott bemutatottak követendő, jó megoldásokat tartalmaznak (Széman – Pottyondy 2006).

² A Skype szerepe a tartós idősgondozásban, használatának megtanítása az idősgondozás fontos részét képezheti a jövőben (Széman 2012, Széman 2014).

tek meghatározásának folyamatában. A források hiánya miatt legtöbbször a mennyiség, nem pedig a minőség a fontos. A gondozottak magas száma a minőségi szakmai munkát legtöbbször lehetetlenné teszi. Már a gondozottakhoz való eljutás is sok időt vesz igénybe, emellett nagy az adminisztrációs teher.

Úgy vélték, hogy az otthoni, a saját környezetben való ellátás előnyben részesítése lényeges, mivel az idősök zöme a lehető legtovább saját környezetében szeretne maradni. A döntéshozók és az ellátásokat biztosítók szempontjából is ez lenne a legelőnyösebb, hiszen a házi segítségnyújtás költséghatékonyabb ellátási forma, mint a bentlakásos intézmény.

A gondozók leterheltsége és a szakmaiság

A dolgozók leterheltsége és a minőségi szakmai munka vonatkozásában a résztvevők kiemelték, hogy korábban létezett egy tehermentesítő megoldás: a házi gondozási rendszernek része volt az ún. tiszteletdíjas gondozás. A tiszteletdíjas gondozó igen csekély összegért végzett el részfeladatokat, de ez lehetővé tette, hogy a gondozónők több időt töltsenek a szakértelmet igénylő gondozási feladatokkal, ezért a tiszteletdíjas gondozást a minőségi munkát növelő elemnek ítélték.

Megjegyezzük, hogy bár tiszteletdíjasok ma nem, de közfoglalkoztatottak dolgoznak a rendszerben. Alkalmazásuk egyik oka a költségcsökkentés, az idősök körében végzett munkájuk viszont számos kérdést vet fel a szakemberek szerint. Az egyik legfontosabb a bizalmi állás kérdése, valamint az, hogy a közfoglalkoztatottakat csak egy bizonyos ideig alkalmazzák, az idősök számára pedig fontos az állandóság (Tróbert – Makó – Illésy 2017).

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés

A résztvevők hangsúlyozták, hogy nehézséget jelent a 2015. január 1-jével bevezetett szabályozás, mert a hozzáférési lehetőségek szigorúbbá váltak – csak a gondozási szükségletvizsgálat meghatározott eredményei alapján igényelhető az ellátás (36/2007 SzMM rendelet; 2/2015 EMMI rendelet). Így számos, valójában segítségre szoruló, de a gondozási szükségletvizsgálat alapján nem rászoruló idős nem fér hozzá a szolgáltatásokhoz – noha lehet, hogy családi támogatással nem rendelkezik, és az önálló életvitel már nehézséget jelent számára. A résztvevők nyomtatékosították annak előnyét, hogy a házi segítségnyújtást korábban – térítés fejében – bárki igényelhetette.

b) Szektorsemleges finanszírozás

A második fő problémacsoportban, a szolgáltatások finanszírozásánál a résztvevők kiemelték a szektorsemlegesség jelentőségét: véleményük szerint fenntartótól függetlenül, valamennyi intézménynek – a privát fenntartásúaknak is – ugyanannyi támogatáshoz kellene jutnia az azonos szolgáltatások elvégzéséért.

A jelenlegi finanszírozásban az esetek megfelelő ellátását nehezíti a fejkvótarendszer, mely nem tesz különbséget a kevésbé súlyos és a súlyosabb betegek között. A finanszírozási problémák új rendszert tennének szükségessé: a szükség-

let alapú finanszírozást, mely egyfelől az elvégzett feladatok mennyisége szerint támogatná a szolgáltatásokat, másfelől a speciális feladatok figyelembe vételével elősegítené a minőségi munkavégzést, így a szakmai színvonal emelkedését is.

2. Innovációs ötletek – Mely innovációkat tartanak a legfontosabbnak?

A *házi gondozás szakmaisága* vonatkozásában az innovatív irányok között fellelhető a *mikro-, a mezo- és a makroszint* szerepe is, valamint megállapíthatjuk, hogy az infokommunikációval elképzelhető és/vagy kivitelezhető megoldások kerültek előtérbe.

Mikroszinten, amely magát az időst érinti, felmerült az *önkéntesség* szerepe, Említésre került, hogy a középiskolákban letöltendő „közösségi szolgálat” tantárgy révén, amely során a másodfokú képzésben résztvevőket önkéntes tevékenységre nevelik, a fiatalok bevonása is megkönnyíthetné a házi gondozást. Fontos azonban megjegyeznünk, hogy a fiatalok szolgálata mentori kísérést és ellenőrzést is igényelne.

Mezoszinten gyakori probléma a szolgáltatásokkal kapcsolatos *információhiány* mind az idősök, mind a hozzátartozók, de a házi orvosok körében is. A vélemények szerint az innováció egyik területe lehetne az információk korszerű biztosítása a *szociális ellátások hozzáférhetőségéről*. Fontos innovációs ötletként jelent meg az *aktív idősödést* támogató kulturális szolgáltatások bővítése is, pl. könyvek kölcsönzése házhozszállítással. Külön kategóriában körvonalazódott a *megfelelő környezet* biztosítása, *infrastruktúra* az idősbárát közlekedéshez, illetve a szállítás biztosítása – mindez szintén elősegíthetné az aktív idősödést, a társadalmi életben való részvételt. Az időskori egészségi állapothoz, funkcióromlásához alkalmazkodó környezetnek nem pusztán életminőséget javító hatása van, hanem egyben a gondozást is megkönnyíti.

Makroszinten a prevenciót támogató rendelkezések, törvényi szabályozások az innováció elengedhetetlen részei. Ezzel késleltethető az idős ember intézménybe kerülése. A *mentálhigiénés segítségnyújtás* rendszerbe való építése is alapvető. Csak így tud az idős „másképp”, jobb közérzettel megőregedni. Jelenleg a házi segítségnyújtáshoz kapcsolódóan egyáltalán nem alkalmaznak mentálhigiénés szakembereket.

Az infokommunikáció, az *informatikai újítások* körébe tartozó javaslatok mindhárom szintet átszövik, és érintik az ellátórendszer valamennyi résztvevőjét. Az infokommunikációs készségek fejlesztése lényeges az idősök körében, mert szorosabb kapcsolattartást tesz lehetővé hozzátartozóikkal. Az infokommunikációs készségek fejlesztése a dolgozók körében is nagyon fontos, hiszen a könnyebb kommunikáció például növelné a munka, a gondozás hatékonyságát, az infokommunikáció útján elérhető információk, vagy támogató szolgáltatások pedig javíthatnák a munka minőségét is. Néhány példa, hogy az információval hogyan lehet a gondozók életét megkönnyíteni:

- „A szolgálatban dolgozók egymás között gyorsan tudjanak információt cserélni.”

- „Ne kelljen a gondozónőknek házhoz menni csak azért, hogy mit kell vásárolni.”
- „A beteggel kapcsolatos új információk egyidejűleg elérhetők legyenek mindenki számára (pl. biztonságos központi szerveren, amelyhez valamennyi munkatárs csatlakozni tud).”

A válaszokból kitűnik, hogy az infokommunikációban rejlő lehetőségek a tartós idősgondozás mindhárom szereplőjét érintik: az *időst*, a *családtagokat* és a *formális gondozókat*.

A *szektorsemleges finanszírozást illetően* a csoport tagjai három, egymással szorosan összefonódó innovációs utat jeleztek:

- a szükséglet alapú finanszírozás megteremtését,
- a minőségi munkaerő érdekében szakemberek képzését,
- a szaktudás megbecsülését és ennek a bérezésben történő érzékeltetését is.

Valamennyi, finanszírozással kapcsolatos javaslat a szakmaiság feltételeinek megteremtését tűzi ki célul, ami megerősíti, hogy források nélkül minőségi szakmai munka nem valósítható meg.

3. Az innováció fő szereplői – Ki vegyen részt az innovációs folyamatban?

Az innovációt elősegítő, az azt végrehajtó szereplők egyik legfontosabbika mindkét problémacsoport esetében az állam, a különböző minisztériumok és a közigazgatás alsóbb szintjeinek döntéshozói (önkormányzat). Az említettek alapján felállítható egy olyan modell, amelyben a megújulás ösztönzői közt – a kulturális, az oktatási, az egyházi intézmények, a civil, a nonprofit és profit szféra mellett – olyan szereplők, intézmények is megtalálhatók, amelyekkel eddig nem, vagy kevéssé számoltunk. Ilyen a mezőgazdasági szektor, amelyet a nyíregyházi fókuszcsoportban említettek teljesen logikusan, hiszen a környéken kiterjedt mezőgazdasági tevékenység folyik. Ugyancsak eddig figyelembe nem vett szereplőnek kell tekinteni az önkénteseket, elsősorban a fiatal önkénteseket.

B) Budapest

Problémacsoportok

Hat nagy problémacsoport körvonalazódott, közülük kiemelkedően magas pontszámot három kategória kapott: *a valós szükségletek szerinti és a tényleges ellátás utáni finanszírozás; a szolgáltatásfejlesztés akadályai; illetve a szakterületek közötti információ, kommunikáció, együttműködés*. A felsorolt kategóriák közt csekély volt a különbség (mindössze 1-1 pont), ezért az „információ, kommunikáció, együttműködés a szakterületek között” csoport elemzése is lényegesnek tűnt, a rendelkezésre álló időkeret miatt erre mégsem nyílt lehetőség.

1. Helyzetfelmérés – Melyek a tartós gondozás fő nehézségei?

a) A finanszírozás és a valós szükségletek

A vélemények a szociális idősellátás rendszerszintű problémáit tették láthatóvá. Az anomáliák között előtérbe került a bérezés és a rendszer finanszírozásának az átalakítása. A résztvevők hangsúlyozták, hogy ellentmondás van az állami finanszírozás és a szakmai tartalom „szabadsága” közt. Kifogásolták, hogy a házi segítségnyújtás az esetszám-finanszírozást veszi alapul. Jelezték, hogy az egyik, egyre gyakrabban előforduló betegség, a demencia ellátása számos plusz költséget jelent, de nem számolható el.

b) A szolgáltatásfejlesztés akadályai

A fókuszcsoport tagjainak egyöntetű véleménye szerint a szolgáltatások fejlesztését akadályozza a túlszabályozás; a rugalmasság és a hatékony prevenció, illetve a szolgáltatások közötti átjárhatóság hiánya. Problémát jelent a négy órán túli gondozási szolgáltatás hiánya, és nem megoldott az idős gondozottak különféle intézményekbe történő szállítása sem. Hiányzik a civil szféra elismertsége, bevonása a szolgáltatások rendszerébe. Többen képviselték azt, hogy a családnak kötelessége az idősről való gondoskodás. Ugyanakkor egy érdekes jelenségre is felfigyeltünk. A „családokra háruló teher” a problémacsoportok kialakításánál az utolsó helyek egyikére került, a szolgáltatás fejlesztés esetében mégis többen kifejezték azt, hogy a családokat tehermentesíteni kell.

2. Innovációs ötletek – Mely innovációkat tartanak a legfontosabbnak?

a) Finanszírozás

A legfontosabb változtatásnak a szakma presztízsének, megbecsültségének emelését tartották: a szolgáltatásokban dolgozók bérét legalább az országos átlagbérig kellene emelni. Szükséges lenne a szociális rendszerben is az *életpályamodell* bevezetése, vonzóvá kellene tenni a szakmát.

Itt is felmerült, hogy a házi segítségnyújtásban a tevékenységeket differenciáltan kellene finanszírozni. Ehhez kapcsolódóan lényegesnek tartották pl. a szükségletfelmérő adatlap szempontjainak megváltoztatását, és ezzel párhuzamosan a gondozási tevékenységek új meghatározását.

A regionális módszertani munka újraszervezése, finanszírozása is elengedhetetlen a minőségi szakmai munka, az együttműködés és a fejlesztések elvégzése érdekében.

b) Szolgáltatásfejlesztés

Ismét a rendszerszintű innováció került előtérbe: „a rendszer ne kényszerítse a szolgáltatót manipulálásra”; „a gondozottak otthonmaradása érdekében új, egymásra épülő szolgáltatási formákat kell kialakítani”; „meg kell teremteni az egységes ellenőrzési szempontokat”; „újra kellene gondolni a szolgáltatások belső tartalmát, amelynek tartalmaznia kell a demens idős emberek sajátos gondozási szükségletét is”; „az idős saját otthonában kell biztosítani a 24 órás gondozást”; „a szolgáltatásnak mindenkor figyelembe kell vennie az idős ember igényét, erre nincs mindig lehetőség”.

A felsorolt megoldások közül a különböző hatóságok tevékenységének összehangolása, a szállítás – „Legyen lehetőség, az őt ellátó helyre vinni (betegszállítás, orvoshoz szállítás, ügyintézés segítése szállítással)” –, az új lakhatási formák említése (a védett környezet, a felügyelet biztosítása és az akadálymentesítés) sorolhatók azon innovatív elképzelések közé, amelyek az intézmény szintjén illetve önkormányzati döntéssel kivitelezhetők. Utóbbira már találunk példát (többek közt Győr, Budapest XII. kerülete éves keretet különítenek el az idősek lakásainak az akadálymentesítésére).

3. *Az innováció fő szereplői* – Ki vegyen részt az innovációs folyamatban?

Az eddig bemutatottak tükrében nem meglepőek a válaszok: olyan szereplők, akik képesek az innováció rendszerszintű kereteit kidolgozni, így a jogszabályalkotók, a finanszírozók, a döntéshozók – elsősorban a minisztériumok; a szakmai egyeztető fórumok, amelyeken a minisztériumok képviselői is részt vesznek; a szolgáltatók, továbbá maguk a szakmában dolgozó, gyakorlati szakemberek. Szükséges lenne megteremteni a makroszint és a szakma párbeszédre épülő, partneri viszonyát.

A magyarországi fókuszcsoporthatóságok legfontosabb tanulságai

A nyíregyházi fókuszcsoporthatóságos interjú során a felvetett problémák, az innovációra szoruló területek közül a *szakmaiság* és a *szektorsemleges finanszírozás* csoportjai váltak hangsúlyossá.

A *szakmai irányelveket szem előtt tartó idősgondozásnak* különösen nagy hangsúlyt kell fektetnie a prevencióra, amely az aktív idősödés feltétele. Hazánkban gyakorlatilag nincs olyan szolgáltatás, amely a prevenciót tűzné ki céljául: például hiányzik a szakszerű mentálhigiénés gondozás megfelelő támogatása, a szükséges információk elérhetővé tétele, az infokommunikációs készségek fejlesztése az idősek körében. Mivel az egyes szolgáltatásokban nem támogatják a szakképzett munkaerő alkalmazását, az ellátások szakmai színvonala romlik. A minőségi munkára sincsen motiváció, hiszen gyakorlatilag lehetetlen ellátni a jelenlegi létszámnormákkal a gondozottakat. A szakmaiság megvalósítása a gondozási folyamatban emellett feltételezné a környezeti és tárgyi eszközök meglétét, így felhívja a figyelmet az infrastruktúra és az infokommunikációs eszközök fejlesztésére a szociális szférában dolgozók munkahelyén, de az idősek élőhelyén is. Az idősek lakhelyén a legszükségesebb lenne, ám a legkevésbé megoldott az akadálymentesítés, a helyzet különösen az elszigetelt tanyavilágban nehéz. A szakmaiság fejlesztése megkívánná a jelenlegi szolgáltatások felülvizsgálatát, a munkát támogató innovatív eszközök kifejlesztését, azok alkalmazását, újabb szolgáltatások bevezetését, s ennek kapcsán az önkéntesek és a civil szféra nagyobb aktivizálását.

A *szolgáltatások finanszírozásánál* a résztvevők kiemelték a szektorsemlegesség hiányát: szektorsemlegesség nem létezik, holott valamennyi intézménynek

ugyanannyi támogatáshoz kellene jutnia az azonos szolgáltatások elvégzéséért. A jelenlegi finanszírozásban az esetek ellátását nehezíti a fejkvótarendszer, mely nem tesz különbséget a kevésbé súlyos és a súlyosabb betegek között. A finanszírozási problémák új rendszert tennének szükségessé: a szükséglet alapú finanszírozást, mely az elvégzett feladatok szerint támogatná a szolgáltatásokat, emellett elősegítené a minőségi munkavégzést, így a szakmai színvonal emelkedését is.

A budapesti fókuszcsoportos interjú esetében az egyéni rangsorolás összeállításának eredményeképpen szinte azonos pontszámmal emelkedett ki három csoport a hatból: a *finanszírozási*, a *szolgáltatásfejlesztési*, valamint az *információ-kommunikáció-együttműködési* kérdések csoportja. A kiemelt csoportok szorosan összefüggnek, bármely csoport egy-egy eleme köthető a másik két csoporthoz is – a problémák nem csupán az ellátás egy-egy szeletét, hanem az egész rendszert átszövik.

A finanszírozással kapcsolatos javaslatok a működtetési problémákon túl számos strukturális nehézségre is rámutattak. Az intézményeknek nem csupán több pénzre lenne szükségük, hanem a valós kiadásokat alapul vevő, rugalmasabb, átalakított finanszírozási rendszerre is. Ezzel párhuzamosan szükségessé válna a szolgáltatások teljes rendszerének újragondolása. A jelenlegi rendszer nem tud válaszolni olyan kihívásokra, amelyeket a demográfiai folyamatok indukálnak – a 80 éven fölüliek számának drasztikus emelkedése új szükségletek megjelenésével jár, amelyek kielégítéséhez több emberre, több eszközre, új módszerekre lenne szükség. A szolgáltatások közötti átjárhatóság biztosítása, a szociális és egészségügyi szféra együttműködése, az intézményfenntartók (állami, privát, egyházi) közötti párbeszéd, az interdiszciplinaritás, a folyamatos módszertani munka költséghatékonyabbá tenné a rendszereket. A szakmai szempontok és a gyakorlatban szerzett tapasztalatok jogszabályi integrálása nélkül kérdésessé válik a problémák valós kezelhetősége. A szakmai színvonal növelése a szaktudás megbecsülését, a szakmai presztízs előmozdítását, a szakemberek fejlődésének életpályamoddellel történő motiválását is megkívánná.

Az interjúk kerete nem adott lehetőséget az informális gondozókat érintő nehézségek részletesebb elemzésére, de fontosnak tartjuk, hogy erre a kihívásra röviden ismét kitérjünk, mivel egy régóta, ám továbbra is megoldatlan problémára utal.

Az informális gondozók (családgondozó, önkéntes gondozó) érdekeit képviselő egyik nemzetközi szervezet, a Eurocarers (European association working for carers) 2017 novemberében konferenciát szervezett, amelyre meghívta az Európai Unió parlamenti képviselőit. A konferenciát megelőzően a parlamenti képviselőknek tájékoztatót küldött, amelyben felhívta a figyelmüket arra, hogy az Unióban a gondozás 80 százalékát mintegy 19 millió családgondozó végzi. Az informális gondozók tevékenysége csökkenti az ellátórendszer költségeit, más vonatkozásban ugyanakkor súlyos következményekkel jár. A gondozó egészségi állapota romlik, maga is az egészségügyi és/vagy szociális ellátórendszerbe kerül, s nem elhanyagolható a negatív munkaerőpiaci hatás sem. A Eurocarers Magyar-

országon a gondozók számát 786 439 főre becsülte, bár ez a szám nemcsak az időseket gondozókat fedi le. A Eurocarers missziójának tekinti és folyamatosan monitorozza, elemzi az Unió idevonatkozó politikáját és más fontos szervezetekkel együtt olyan konkrét akciókat képvisel, javasol, amelyekkel megkönnyíti sok, az unióban élő gondozó napjait.

Figyelemre méltó, hogy a Eurocarers missziójának egyik eleme a más szervezetekkel való együttműködés elősegítése. A többszereplős gondozás hiánya fedezhető fel a magyar interjúkban is, miszerint „a gondozásba be kell vonni a nonprofit szervezeteket”, „a civil szférát be kell vonni a gondozásba és munkájukat el kell ismerni”. Ezek a megfogalmazások egybecsengenek az érdekvédő szervezet által kijelölt irányvonallal, és megjelenítenek egy lehetséges innovációs irányt is. Egyben azt is alátámasztják, amit az összehasonlító elemzés is megerősít: nem elszigetelt jelenségről van szó, az intézményrendszerek, az idősgondozás megújulásra szorul, s a problémákat csak nagyobb gazdasági és társadalmi összefüggésekben lehet kezelni.

Fókuszcsoport interjúk nemzetközi összehasonlításban

Az összes fókuszcsoportban elhangzottakat a nemzetközi kutató team négy témába integrálta. A kategóriák a következőket ölelték fel: a gondozás és a munkaerőpiac; a gondozás integrációja és koordinációja; a helyi szinten megvalósítható gondozás; a szolgáltatások kiterjesztése, fejlesztése. Egy-egy témakör elemzése kisebb munkacsoportok feladata lett. Az utóbbiban Magyarország vezetésével Románia, Észtország és Németország vett részt. A magyar interjúkban felmerült finanszírozás részletes összehasonlítását azért vetettük el a mostani elemzésünkben, mert a finanszírozás kérdése, problematikájának kérdésköre minden ország fókuszcsoportjában innovációt akadályozó nehézségként jelent meg, nagyfokú azonosságot mutatott, és mindenütt az időspolitikát irányító helyi, vagy makroszintű döntéshozóktól várták az ehhez kapcsolódó megoldást. A szolgáltatások kiterjesztése, a szolgáltatásfejlesztés más-más hangsúllyal, de mindkét magyar fókuszcsoportban említésre került, és ezek összehasonlítása érdekes képet mutat.³

Az olasz (milánói) és a román (bukaresti) résztvevők a szolgáltatások kiterjesztésében a megfelelő prevenciót hiányolták, és kiemelték, hogy ezzel szemben a gyógyító ellátórendszer túl nagy figyelmet és anyagi támogatást kap, annak ellenére, hogy prevencióval az egészségügyi kiadások csökkenthetők, a betegségek megelőzhetők és az idős ember életminősége javítható. Ausztriában, annak ellenére, hogy az ország fejlett ellátó struktúrával rendelkezik, a fókuszcsoportok tagjai fontosnak vélték, hogy a szolgáltatások a falusi, elzárt vidékeken (pl.

³ Az alábbi elemzés a partnerek által készített fókuszcsoportok anyagaira épül, és az elemzések beépültek a munkacsoport által készített – a feladat elvégzését igazoló – részjelentésbe (D8.3. Social Support & LTC – A qualitative inventory of the key drivers. <http://mopact.group.shef.ac.uk/publications/>)

hegyekben) élő idősök számára is elérhetőek legyenek. Az osztrák, a német és a többi ország fókuszcsoportjaiban résztvevők is hangsúlyozták, hogy a fiatalabb, de tartós gondozásra szorulóknak is biztosítani kell a szolgáltatásokat. Sok fókuszcsoportban kifogásolták, hogy a központi döntéshozók nem vállalták fel a jó ötletek és a modellprogramok gondozási rendszerbe történő integrálását. A német résztvevők a meglévő szolgáltatások kibővítését és új szolgáltatások kifejlesztését, továbbá új és „speciális” célcsoportok (pl. demens idősök) ellátásba bevonásának szükségességét emelték ki. Németországban az idős ember életét megkönnyítő „idősbarát környezeti csomag” is az innovációs lehetőségek közé került és a következő elemeket tartalmazta: az idősök igényeihez alkalmazkodó akadálymentes lakásbelső; az akadálymentes külső környezet; az idősök igényeihez alkalmazkodó tömegközlekedés; a szolgáltatásokhoz való akadálymentes hozzáférés, az apró települések megközelíthetősége. Észtországban kiemelt kérdés a már meglévő szolgáltatásokhoz való hozzáférés, különösen a falusi régióban és Észtország kiterjedt szigetvilágában. Ezt a problémát egy modellprogramban már működő e-távszolgáltatás oldja meg. Romániában az alacsony jövedelmű falvakban élő lakosok szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz való elégtelen hozzáférése az egyik domináns kihívás, következésképpen e területek fejlesztését hangsúlyozták a fókuszcsoportokban. A román kutató team nyomatékosította, hogy ezt a kérdést a politika mellőzi vagy arra nem megfelelően válaszol. Portugáliában az integrált gondozási rendszer felépítése, az új gondozási szolgáltatásoknak a házi gondozásba történő beépítése, a házi gondozás fejlesztése, a regionális különbségek felszámolása kerültek előtérbe. Olaszországban – ahol ma már az otthoni gondozás struktúrájának a szerves része a migránsok által végzett gondozás (elsősorban romániai nők) – a fókuszcsoport tagjai az innovációs lehetőségek sokaságát a migráns gondozókhoz kapcsolták.

A nemzetközi kutatói team az eredményeket elemezve arra a következtetésre jutott, hogy a tartós idősgondozás rendszerének a széttagoltsága az egyik olyan kulcsfontosságú akadály, mely megghiúsítja az innovációt. A tartós gondozási feladatok ellátását nehezíti a helyi, a regionális, vagy a kormányzati szabályozórendszer, amely a gondozókra a kelleténél több adminisztrációs terhet ró, fölösleges bürokráciát idéz elő.

Régiótól és országtól függetlenül minden esetben megjelent a vidéken élők hátrányos helyzete, illetve a prevenció hangsúlyozása (pl. a portugál és a nyíregyházi fókuszcsoportoknál).

Az összes elemzett ország között Magyarország volt az egyetlen, ahol a véleményekben egyöntetűen megfogalmazódott, hogy a tartós gondozás alapvető rendszerszintű megváltoztatása nélkülözhetetlen, és megfelelő időspolitikai nélkül elképzelhetetlen átütő innováció, a rendszer működésképtelen lesz.

A különböző országok fókuszcsoport tagjainak véleménye szerint sok az új ötlet és a modellprogram, de hiányoznak az innovációt központilag irányító szereplők. Ismét el kell mondanunk, hogy a falusi, a tanyai településtípusokban élők szolgáltatáshoz való hozzáférése minden országban kihívás. Minden fókuszcsop-

port innovációs megoldásokat sürgetett, többek közt a technikai eszközök segítségével, új szállítási eszközzel. Magyarországon is voltak helyi szinten kivitelezhető innovációs megoldások (pl. idősbárát lakásprogram), ezek célcsoportja vagy hatósugara mégis szűknek tekinthető.

Szakértői interjúk nemzetközi összehasonlításban

Az összehasonlítás alapjául szolgálhat az országok prioritásait jelző *1. táblázat*.

A táblázatban szereplő országok szakértői számos prioritást említettek. A legtöbbet Németország és Magyarország. E két ország összehasonlítása nemcsak a nagyobb számú probléma és az azok mentén végrehajtható innováció miatt szükséges, de elsősorban azért, mert Németország és Magyarország eltérő gondozási rezsimet képvisel: standard – vegyes, illetve közép-kelet-európai.⁴ A két ország prioritásai között alapvető eltérés található. A német szakértők említéseinek egyikében sem jelenik meg a gondozás rendszerszintű változtatására irányuló prioritás. Viszont elengedhetetlennek tartják a szolgáltatások kiterjesztését két új célcsoport esetében: a demenciával élő idősök, illetve a más anyanyelvű és kulturális háttérű idősök (Németországban számos török anyanyelvű idős él) felé. Minden német szakértő hangsúlyozta, hogy a demens emberek ellátása megoldatlan, és mindezt sürgős lenne ennek beépítése a német idősellátó tartós gondozásba. A kulturális különbségek esetében alapvetően az jelenti a problémát, hogy az idősök annak ellenére nem veszik igénybe a rendelkezésre álló szolgáltatásokat, hogy többféle módon elérhető anyanyelvi információból tájékozódhatnak, és a szolgáltatások elérhetőségéről az idősöket sok esetben személyesen is tájékoztatják. A „migráns háttérrel rendelkező idősök” („older people with migrant background”) gondozásra vonatkozó elvárásai jelentik az alapvető problémát. Ők elsősorban a családtól követelik meg a gondozást. Az idősellátó rendszertől nem szolgáltatást kérnek, hanem azt, hogy találjanak olyan megoldást, amely révén egyik családtagjuk, általában a lányuk elvégezhesse a gondozást (pl. az idős ember a gondozószolgálatától nem akarta igénybe venni a szolgáltatást, viszont nagyobb lakást kért, hogy a lánya odaköltözhessen és gondozza őt). A német ellátórendszer működőképes, éppen ezért a szakértők nagyobb távlatokban tudnak gondolkodni, egyikük javasolta egy uniós szintű, a különböző szolgáltatásokat egységesíteni kívánó innovációs norma kidolgozását.

⁴ A gondozási rezsimek: 1. Standard – vegyes gondozás (standard care mix), 2. Északi – univerzális (Nordic – Universal), 3. Család alapú (Family based) és 4. Közép-kelet-európai (Central and Eastern European). [Lamura, 2007; Nies et al., 2013 felosztásában az eredetileg „Átmeneti”(Transition)-nek nevezett csoportot módosította a MoPAct WP8 munkacsoport „Közép-kelet-európai”-ra.]

1. táblázat: Az országok prioritásai

Ország	Prioritás
Németország	- helyi szintű gondozás - társadalmi részvétel, az idősök autonómiájának biztosítása - életpálya megközelítés a foglalkoztatáspolitikában, makro- és mezoszinten - olyan gondozási szolgáltatás, amely figyelembe veszi a más nemzetiségűek eltérő kultúráját, elvárásait - az egyes (gondozáshoz kapcsolódó) részlegek közötti tervezés - helyi, körzeti szintű tervezés - a német szolgáltatásoknak az Európai Unióban fellelhető szolgáltatásokhoz való kapcsolása, illetve egy egységes uniós norma/irány kidolgozása - akadálymentesített, megfizethető lakás - a munka és az informális gondozás összehangolása - a professzionális csoportok közötti kapcsolat - professzionális képzés és tréning - szolgáltatásfejlesztés a demens és a nagyon idős emberek számára - a gondozási szükséglet nagyobb mértékű holisztikus megközelítése - a különböző gondozási képesítéssel rendelkezők hierarchiájában található különbségek csökkentése - a nemek közti gondozási felelősség javítása
Észtország	- gondozási szükséglet kezelése - a szolgáltatáshoz való hozzájutás
Magyarország	- komplex (más struktúrájú) gondozási rendszer kialakítása - új pénzügyi források megteremtése az otthoni házi gondozásban - az informális gondozók támogatása a jelenlegénél jobb rendszerszintű struktúrában - infokommunikációs eszközök és a környezet beépítése a gondozási rendszerbe - a szolgáltatások minőségének javítása, megfelelő értékelési norma
Olaszország	- a gondozást végző családok, családtagok segítése integrált szolgáltatásokkal - új innovációt lehetővé tévő intézmények létrehozása
Portugália	- felhasználóközpontú megközelítés - az idősödés kulturális (nemzetiségi) megközelítése - az időskorban előforduló írástudatlanság megoldása

A magyar szakértők egyértelműen megfogalmazták a magyar ellátórendszer hiányosságait és a formális és informális gondozókra nehezedő terheket. A lista hosszú és magában foglalja: a tartós gondozás struktúrájának átalakítását; a szolgáltatások komplex rendszerbe foglalását; az egészségügyi rendszer és a szociális szféra közötti kapcsolat hiányát a tartós gondozásban, az egészségügyi szolgáltatások finanszírozását, megvalósítását az otthonápolásban; a környezeti és technikai (IKT) akadálymentesítést, a gondozottak családi környezetének figyelembevételét, az informális gondozók támogatását, új finanszírozási források

keresését. Mindez megerősíti, hogy a jelenlegi rendszer teljes változásra szorul. A hiányosságok, diszfunkciók, szükségletek ismeretében olyan komplex tartós gondozási rendszer létrehozását igénylik, amely a szakmai irányelveken és a gyakorlati tapasztalatokon alapuló minőségi, az idő ember szükségleteit és lehetőségeit figyelembe vevő otthonápolást tud biztosítani. A minőségi ápolás feltételezi a szakemberképzés megújítását, minőségének javítását is, valamint a szakemberek munkájának erkölcsi és anyagi megbecsülését. A komplex rendszerbe nem pusztán a testi egészségvédelem (pl. akadálymentesítés) és a technikai, infokommunikációs újítások terén kell integrálni a prevenció elemeit, hanem a lelki egészségvédelemben is, mind az ellátottak, mind a szakdolgozók, mind pedig az informális gondozók csoportjaiban.

A szakértők a tartós gondozás rendszerszintű innovációját tartják elsődleges feladatnak és annak a megvalósítását a makroszintű időspolitikai döntéshozóktól várják.

A nemzetközi szakértői interjúk (és a fókuszcsoportok) elemzése alapján két alap-típusú innováció körvonalazódott: a rendszerszintű változást igénylő innováció, és a reformot igénylő innováció. Az egyik Magyarországra, a másik Németországra, Olaszországra, Portugáliára és Észtországra jellemző. Vannak olyan kelet-európai országok, ahol a szociális idősellátó-rendszer még a kiépítés fázisában van (pl. Bulgária).

Összegzés

A magyar fókuszcsoportos és szakértői interjúk egymást erősítik: egyértelműen kirajzolódik a magyar tartós idősgondozás elégtelensége, olyan rendszerszintű elemek hiánya vagy rosszul működése, amelyek önmagukban is ellehetetlenítik az idősellátást, noha tudott, hogy arra egyre nagyobb az igény. Az interjúkban a finanszírozási hiányok, a szektorsemleges finanszírozás igénye, a szolgáltatás-fejlesztés, és a szakmaiságra vonatkozó javaslatok voltak a leghangsúlyosabbak, számos strukturális nehézségre mutatva rá. Annak ellenére, hogy egyre többen szorulnak ellátásra, romlik az ellátásokhoz való hozzáférés. Miközben új ellátási formákra lenne szükség, a jelenlegi szolgáltatások biztosítása is egyre nehezebb. Az együttműködésre, szakmai partneri munkára nagyon nagy igény mutatkozik, de a centralizáció és a növekvő adminisztrációs terhek kevés mozgásteret hagynak erre. A finanszírozási nehézségek alapvető gátat jelentenek a minőségi szakmai munka terén is. Mindemelllett az ellátott munka társadalmi súlyával és emberi kihívásaival szemben a szakemberek megbecsültsége szinte fordítottan arányos.

A nemzetközi összehasonlítás azt mutatta, hogy sok azonos problémacsoport és innovációs út körvonalazódik, de jelentősek a hangsúlyeltolódások, illetve különbségek vannak abban, hogy az innováció megvalósítása helyi, regionális vagy ennél magasabb szinten várható. Az összehasonlítás eltérésekre is rávilágított.

A politika szerepe Románia, részben Portugália és Magyarország esetében az innováció elengedhetetlen része. E nélkül csak kisebb vagy modell szintjén működő innovációval számolhatunk.

A magyar és a német szakértői interjúk összehasonlításából kiderül, hogy míg Magyarországon az innováció a tartós idősgondozás rendszerszintű megváltoztatására irányul, addig Németország esetében reformra van szükség, a kettő közt alapvető a különbség. Van tehát tennivaló.

Irodalom

- Eurostat (2017): http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/7/7b/Life_expectancy_at_age_65%2C_1980-2015_%28years%29.png
- European Commission (2011): *Empowering people, driving change: Social innovation in the European Union*. Luxembourg:Commissioned by the European Commission
- European Commission (2017): Public Health, ECHI Data Tools <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=40a>
- Eurocarers (2017): www.eurocarers.org
- Jagger, Carol et al. 2013: Mind the gap – reaching the European target of a 2-year increase in healthy life years in the next decade. *European Journal of Public Health*, 23(5), 829–833. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/23/5/829.full>
- Lamura, Giovanni (2007): Paper presented at the VI. European Congress of Gerontology and Geriatrics, St. Petersburg, Russia: *Dimensions of future social service provision in the ageing societies of Europe* <http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/MoPact-Policy-Brief-7-Potentials-for-active-ageing-by-social-innovation-in-long-term-care-and-social-support.pdf>
- Murray, Robin – Caulier Grice, Julie – Mulgan, Geoff (2010): The Open Book of Social Innovation. Social Innovation Series: Ways to Design, Develop and Grow Social Innovation. The Young Foundation and NESTA <https://young-foundation.org/publications/the-open-book-of-social-innovation/>
- Nies, Hank–Leichsenring, Kai & Mak, Sabine (2013): The emerging identity of Long-Term Care systems in Europe. In: Leichsenring, Kai; Billing, J. & Nies, Hank (eds.), *Long-Term Care in Europe. Improving policy and practice*. Basingstoke: Palgrave MacMillan, pp. 19-41.
- Széman, Zsuzsa – Pottyondy, Péter (2006): *Idősek otthon. Megszokott környezetben, nagyobb biztonsággal*. Budapest: Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület – MTA Szociológiai Kutatóintézet.
- Széman, Zsuzsa (2012): SKYPE az idősgondozásban: egy intervenciós kutatás tapasztalatai. *Esély* (23), 2. 38–53.
- MoPACT (2015): <http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/D8.3-A-qualitative-inventory-of-the-key-drivers.pdf>

- Széman, Zsuzsa (2014): A new pattern in long term care in Hungary: Skype and youth volunteers. *Anthropological Notebooks*, (20), 1. 105–117.
- Tróbert, Mária – Makó, Csaba – Illésy, Miklós (2017): *Poor job quality as a hindrance for innovation. Case study in the hungarian old age care sector.* QuInnE, Manuscript. Budapest: Institute of Sociology – Centre for Social Sciences, Hungarian Academy of Sciences.