

A bentlakásos idősellátásban végzett szociális munka speciális problémái

Nemzetközi szöveggyűjtemény az idősellátásban dolgozó
szociális munkások továbbképző kurzusai számára

Szerkesztette és válogatta:
Földiák András és Kozma Judit

Lektorálta:
Sereg Orsolya

2011

Tartalomjegyzék

Bevezető	3
Emmanuele Pavolini és Constanzo Ranci	18
A jóléti állam átalakítása: a hosszú távú gondozás reformja a nyugat-európai országokban	
Caroline Glendinning	46
A választás, a minőség és a méltányosság összekapcsolása a szociális szolgáltatásokban_Szakértői értékelő áttekintés a szociális védelem és a társadalmi befogadás tárgyában	
Cassandra Phoenix és Andrew C. Sparkes	81
Frednek lenni – Nagy történetek, kis történetek és pozitív identitásalakítás időskorban	
Denise Tanner	104
Kezdjük az életnél! Az idős emberek stratégiáinak és megküzdési módjainak támogatása	
Monica Barry	139
A hatékony kockázatfelmérés megközelítései a szociális munkában	
Caroline Glendinning, Sue Clarke, Phillipa Hare, Inna Kotchetkova, Jane Maddison és Liz Newbronner	153
Eredményközpontú szolgáltatás az idősellátásban	

Bevezető

Szöveggyűjteményünkkel hiányt pótolunk, mivel ilyen jellegű, a bentlakásos idősellátás nemzetközi irodalmába betekintést nyújtó szöveggyűjtemény még nem készült Magyarországon. Ahogy a mellékletben található irodalomjegyzék is mutatja, nagyon kevés a nemzetközi anyag az idősellátás kérdéseivel foglalkozó hazai szakirodalomban, miközben az idősellátási szolgáltatások átalakulását világszerte kiváltó jelenségek, nevezetesen a társadalom előregedése hazánkban is tény, a szolgáltatások minőségbiztosítása az érdeklődés homlokterébe került, és elindultak kezdeményezések arra vonatkozóan, hogy hazánk is belépjen az Európai Unió szolgáltatási piacára. A mellékelt hazai szakirodalom-jegyzék azt is mutatja, hogy az utóbbi öt évben alig jelent meg hazai irodalom az idősellátással kapcsolatban, és ami megjelent, az is inkább geriátriai, egészségügyi szemléletű. A kötet jelentőségét aláhúzza, hogy két éve fogadta el a magyar parlament az Idősügyi Nemzeti Stratégiát (81/2009. (X. 2.) OGY határozat).

A kiadvány céljai

Kötetünkkel több célt szeretnénk szolgálni. Egyrészt a *nemzetközi szociálpolitikai trendek* bemutatásával elősegíteni kívánjuk az idősellátás területén folyó paradigmaváltást, ezért az első, „Szociálpolitikai alternatívák az idősödő társadalomban” című rész az öszülő társadalmak sajátos problémáira adott különböző szociálpolitikai válaszokat ismerteti. Igyekeztünk minél több európai ország tapasztalatait belefoglalni ebbe a fejezetbe.

A kötet második célja annak bemutatása, hogy miképp változott meg az utóbbi évtizedekben az *idősellátás szemlélete* és ezzel gyakorlata. Az ezzel kapcsolatos kérdéseket igyekeznek körüljárni a második, „Az idősellátás mindennapi kihívásai – sikeres intervenciók stratégiák” címet viselő fejezet tanulmányai, melyek azokat a szolgáltatási problémákat veszik sorra, amelyekkel az idősellátásban dolgozók mindennap találkoznak. Eszközöket szeretnénk ezekkel a tanulmányokkal adni a gyakorlatban dolgozók számára ahhoz, hogy segítsék a szolgáltatások igénybevevőit e kihívásokkal megbirkózni. Olyan tanulmányokat válogattunk, melyek a szociális munka legutóbbi fejlődési trendjeit tükrözik. Az időskori egészségvédelemmel, a sikeres megbirkózási stratégiákkal, a függetlenség és aktivitás

fenntartásával és fejlesztésével, a különböző kockázatok kezelésével kapcsolatos tanulmányok kerültek ebbe a fejezetbe.

A hazai szakirodalomból hiányoznak a szolgáltatások szervezésével és minőségfejlesztésével kapcsolatos tanulmányok. Ezért kötetünk harmadik, „A szolgáltatások szervezésének és minőségfejlesztésének kérdései” című fejezetében két ezzel foglalkozó tanulmányt közlünk. Az egyik a demencia és az életvégi gondozás rendszerelvű megközelítésével, a másik az eredményközpontú szolgáltatás témájával foglalkozik.

Kötetünkkel nem csak az ismeretterjesztés és a szemléletváltás elősegítése a célunk, hanem az is, hogy hatékony eszközt adjunk az idősellátási szolgáltatások menedzserei és rangidős munkatársai kezébe, melyekkel tovább képezhetik a szolgálat munkatársait. Magyarországon nem elterjedt a szolgálaton belüli (in-service) képzés, ami a nyugati országokban egyike a legfontosabb továbbképzési formáknak. A szolgálaton belüli képzés lehetővé teszi a minőségfejlesztés keretében a legújabb szolgáltatási módszerek megismertetését, az új munkatársak gyors bevezetését a mindennapi szakmai gyakorlat rejtelseibe, és alkalmat ad a belső szupervízióra, a gyakorlatból következő stresszhelyzetek kezelésére is.

Nem utolsó sorban a graduális szociális munkás képzések számára is ajánljuk szöveggyűjteményünket. A felsőfokú szociális munkás képzéseknek nem csak a kötetben foglalt ismeretanyag lehet érdekes, hanem azok a kutatásokról, fejlesztésekről, jó gyakorlatokról szóló információk is, melyekből ötleteket lehet meríteni. Ugyanis a felsőfokú képzések új fejlődési trendjei Európában egyre inkább a kutatás, a fejlesztés és az oktatás integrációjának programját állítják a középpontba. Ezért foglaltunk szöveggyűjteményünkbe olyan kutatási áttekintéseket, melyeket a Social Care Institute for Excellence szakértői csoportjai végeztek. Ez az intézmény manapság kétségtelenül a szociális ellátás nemzetközi tudományos bázisa.

Egyben szeretnénk köszönetünket kifejezni a Social Care Institute for Excellence munkatársainak, akik készségesen rendelkezésünkre bocsátották publikációikat, engedélyt adtak ezek lefordítására és nyilvánosságra hozatalába.

A szöveggyűjtemény felépítése és tartalma

1. Szociálpolitikai alternatívák az idősödő társadalomban

Emmanuele Pavolini és Constanzo Ranci: A jóléti állam átalakítása: a hosszú távú gondozás reformja a nyugat-európai országokban (E. Pavolini és C. Ranci, Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. Journal of European Social Policy 2008; 18; 246.) című tanulmánya bemutatja és összehasonlítja hat európai ország (Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia, Svédország és az Egyesült Királyság) tartós gondozással kapcsolatos szociálpolitikai reformjait, és elemzi ezek hatását, mind makro-, mind mikroszinten. Következtetésük szerint az egyes országokban végrehajtott reformok egyre inkább egységes képet mutatnak, és inkább az új típusú kormányzati szabályozásról szólnak, aminek célja a szolgáltató rendszer átstrukturálás, semmint a jóléti programok csökkentéséről.

C. Glendinning: A választás, a minőség és a méltányosság összekapcsolása a szociális szolgáltatásokban (Professor Caroline Glendinning, Combining Choice, Quality and Equity in Social Services Provision, Peer Review, in Social protection and Social Inclusion: Synthesis Report, 2009, European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.) című tanulmánya műfaja miatt is különös érdekességgel bír, mivel szakértői értékelő áttekintés (peer-review), azaz olyan jelentés, amelyet a nemzetközi szakértői csoportok szoktak létrehozni a különböző szolgáltatási rendszerek összehasonlítására, a jó gyakorlatok azonosítására. A tanulmány foglalkozik a hosszú távú gondozás európai uniós vonatkozásaival, majd leírja a dán idősellátási rendszert, nemcsak önmagában, hanem a tágabb szociális szolgáltatási rendszerrel való kapcsolatait is figyelembe véve. A beszámolót a munkában résztvevő más országok – többek között Magyarország, az Egyesült Királyság, Észtország, Litvánia, Olaszország – tartós gondozási rendszereinek rövid leírása és összefoglaló zárja. A szakértői jelentés az idősellátás (de szélesebb értelemben a szociális ellátások) általános alapelveinek – ezekről szól a cím: választási lehetőség, minőség, méltányosság – megvalósulását vizsgálja a dán rendszerben, és ezzel hasonlítja össze az áttekintésben résztvevő más uniós tagországok tapasztalatait. Külön foglalkozik az adaptáció

kérdésével is, ami nyilvánvalóan nagy kihívás az EU tagállamai, és főleg az utóbb csatlakozott kelet-közép-európai országok számára, ugyanis ez utóbbiak jelenleg még azzal a problémával küzdenek, hogy országaik minden településén elérhetővé tegyék a legalapvetőbb idősellátási szolgáltatásokat. Ilyen körülmények között a minőségfejlesztés és az igénybevevők választási lehetőségének megteremtése még nem aktuális, és a túl szigorú minőségi sztenderdek veszélyeztetnék a kicsi, hátrányos helyzetű települések szolgáltatásainak stabilitását.

2. Az idősellátási szolgáltatások mindennapi kihívásai – sikeres intervenciós stratégiák

Cassandra Phoenix – Andrew C. Sparkes: Frednek lenni – Nagy történetek, kis történetek és pozitív identitásalakítás időskorban (C. Phoenix – A.C. Sparkes, Being Fred: big stories, small stories and the accomplishment of a positive ageing identity. Qualitative Research; 2009; 219.) című tanulmánya nemcsak témája miatt érdekes, hiszen az egészséges („sikeres”) idősödés egyik kulcskérdését – a megfelelő identitásalakítást – tárgyalja, hanem azért is, mert a szociális munkás kutatás egy új módszerét, a narratív vizsgálati módszert is bemutatja. A narratív megközelítés a konstruktív szociális munka központi kategóriája. A tanulmány ezt a megközelítést mutatja be egy eseten, amelyben egy idős ember pozitív identitásának felépülését láthatjuk.

Denise Tanner: Kezdjük az életnél – Az idős emberek stratégiáinak és megbirkózási módjainak támogatása (D. Tanner, Starting with Lives: Supporting Older People's Strategies and Ways of Coping. Journal of Social Work 2007; 7; 7.) című tanulmányát azzal a megállapítással kezdi, hogy a szociálpolitikának és a szolgáltatási gyakorlatnak az idős emberek életét kell kiindulópontnak tekinteni, amikor tervezik és értékelik a szolgáltatásokat. Kismintás kvalitatív kutatás alapján a szerző azokat a stratégiákat elemzi, amelyekkel az idősek megbirkóznak az öregedéssel járó változásokkal és nehézségekkel. A szerző szerint ezeket a stratégiákat úgy foghatjuk fel, mint az önértékezés fenntartását szolgáló módszereket. Ezek összefüggnek a strukturális forrásokkal és korlátokkal, a domináns kulturális normákkal és értékekkel, valamint az idős ember képességével a reflexivitásra és interpretációra. Ennek megértése nagy jelentőségű az idős emberek életminőségének javítására hivatott szociális munka szolgáltatások tervezésében és végrehajtásában. A

beavatkozások során a szociális szakembereknek érzékenyeknek kell lenniük arra a módra, ahogy az idős emberek életük problémáit megoldani igyekeznek, és segíteniük kell a szolgáltatások igénybevevőit a megbirkózásban.

Monica Barry: Kockázatfelmérés a közösségi ellátásban (Monica Barry „Effective Approaches to Risk Assessment in Social Work: An International Literature Review (Social Research. Scottish Executive Education Department, 2007.) című tanulmánya, ahogy címéből is látható a kockázat kezelés témájában nyújt irodalom-áttekintést. A kockázatok kezelése központi kérdése a mai szociális munkának. Ennek oka elsősorban a nagy publicitást kapott műhiba ügyekben, illetve a biztonsághiányos társadalmak (Ulrich Beck kifejezésével élve a kockázattársadalom) biztonságkeresésében lelhető fel. Ezt a kérdést semmiképpen sem hagyhattuk ki a szöveggyűjteményünkéből, mivel igyekeztünk minél teljesebb áttekintést adni a szakma mai fejlődési trendjeiről. A hosszabb műből a közösségi gondozással kapcsolatos részt fordítottuk le.

3. A szolgáltatások szervezésének és minőségfejlesztésének kérdései

Allan Kellehear: Demencia és haldoklás – A rendszerelvű politikai megközelítés szükségessége (A. Kellehear, Dementia and dying: The need for a systematic policy approach. Critical Social Policy 2009 29; 146.) című tanulmánya a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) és a Social Care Institute for Excellence (SCIE) 2006-ban nyilvánosságra hozott, a demens betegek gondozásának javítását célzó vezérfonalát veszi kritikai vizsgálat alá. A szerző elsősorban a vezérfonal medikális szemléletét, és az orvosi kezelő személyzetnek juttatott vezető szerepet bírálja. E helyett egy alternatív politikai lehetőséget vázol fel, szélesebb közegészségügyi megközelítést ajánl az idős embereknek az élet utolsó szakaszában történő ellátásához. Ez a szemlélet a jelenlegi, elsősorban medikális szemlélet helyett a szolgáltatások igénybevevőinek tágabb összefüggésrendszerét állítja a középpontba, és ezzel a szociális munkás szemléletet támogatja az idősellátás területén.

C. Glendinning, S. Clarke, P. Hare, I. Kotchetkova, J. Maddison, L. Newbronner: Eredményközpontú szolgáltatás az idősellátásban (Caroline Glendinning, Sue Clarke, Phillipa Hare, Inna Kotchetkova, Jane Maddison and Liz Newbronner, Outcome focused

services for older people, SCIE Adult Services Knowledge Review 13. 2006) című tanulmánya a szolgáltatások eredményességének vizsgálatával foglalkozik. Az eredmények vizsgálata a minőségfejlesztés egyik kulcskérdése, és szorosan kapcsolódik a szakmai szabályozás kérdéséhez. Értéke a tanulmánynak a felhasználó-központúság – azokból az eredményekből indul ki, amelyeket az idős emberek kívánatosnak tartanak. Az eredmények definíciójával indul a tanulmány, majd az eredmény-központú szolgáltatás szervezeti akadályaival és elősegítőivel foglalkozik. A 2. fejezet a gyakorlat konkrét vizsgálatával foglalkozik. Válogatásunkban a hosszú mű 1. fejezete, a témában folyt kutatások áttekintése szerepel.

Függelék

Magyarul megjelent szakirodalom az idősellátás kérdéseinek tanulmányozásához

Aranyosi Andrásné: Tevékenység, szép öregség (Medicina 1986)

Bagdy Emőke: A csoportok hatékonysága és a személyes változás (Animula 1997)

Bagyinszki Zoltánné, Kovács Ibolya, Péntek Beáta: Idősek szociális ellátása, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2004

Bajzáthné Komár Mária. Háziorvosi szolgálat és területi gondozás. Háló, 1997. december

Balogh Emese (szerk.) (2004): A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásairól. Bp., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. (83-91 old.)

Baltes, Paul B. – Smith, Jacqui – Staudinger, Ursula M. (2000): Bölcsesség és sikeres öregedés. In: Czigler István (szerk.): Túl a fiatalságon. Megismerési folyamatok időskorban. Bp., Akadémiai

Baráth Árpád: Kreatív terápia a szociális válságkezelésben In.: Kézikönyv szociális munkásoknak, Szerk.: Kozma Judit, Szociális Szakmai Szövetség Bp. 1998. 179-201.

Beauvior, Simone De: Az öregség (Európai Könyvkiadó, 1972)

Buda Béla: A haldoklás és a halál mentálhigiénés aspektusai, 1994

Buda Béla: Öregség és lelki egészség, 1994

Czibulka Zoltán- Lakatos Miklós: Az időskorúak életkörülményei és egészségi állapota. Statisztikai Szemle, 1996/2

Czigler István: Túl a fiatalságon, megismerési folyamatok időskorban, Bp., Akadémiai

Cherfas, J. – Lewin, R.: Nem csak munkával él az ember. A nem létfontosságú tevékenységek, Bp., Gondolat K.1986

Cserbán Józsefné: Jelentés a Fokozott Ellenőrzési Program eredményeiről. 2007.

Cserbán Józsefné: Jelentés a 100 szociális szakellátást biztosító speciális ellátotti csoportokat gondozó szociális intézmények szakmai ellenőrzésének tapasztalatairól. 2008

- Csernáthné Kárándi Erzsébet: Minőségbiztosítás lehetőségei a szociális ágazatban, Hajdúböszörmény Város Pályázati és Innovációs Munkaközössége, 2001
- Csoó Lászlóné: Alzheimer-kórban szenvedők gondozási módszerei. In: Új terápiás programok. Periféria Füzetek. 2002 május. NCSSZI – SZCSM (137-147 old.)
- D-Precíz Konzorcium: Belső auditor képzés, www.dpk.hu, 2001
- Daróczi –Spéder (szerk.) (2000): A korfa tetején. Az idősök helyzete Magyarországon. Bp., NKI., Kutatási jelentések.
- Diszfalusi Egon: Öregedő Emberiség (Ezredforduló 1999/3)
- Dobossy Imre – S. Molnár Edit – Virágh Eszter (2003): Öregedés és társadalmi környezet. Bp. KSH – NKI (Összefoglalás és következtetések. 153-160 old.)
- Exterdéné Zsurkai Ilona: Megküzdési stratégiák időskorban, Gerontológia. Nyíregyháza, DEEK, 2008
- Fábián Gergely: Globalizáció, modernizáció és a helyi szociális szolgáltatások esélyei, http://odin.de-efk.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=47, 2010
- Farkas Mária Mariann: A minőségfejlesztési gondolat adaptációja Hevesen, Debrecen, Humán Fejlesztők Kollégiuma, 2003
- Dr. Ferencziné Csepregi Zsuzsa: Az idősök Egészségneveléséről (Egészségnevelés 40. sz. 1999)
- Ferge Zsuzsa: Reálisan a nyugdíjasok helyzetéről (Esély 99/6)
- Ferge Zsuzsa: Egy mítosz társadalmi ára. Nemzetközi paradigmaváltás és a magyar szociálpolitika I: Elszabaduló egyenlőtlensége, Bp. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2000. 71-94.
- Ferge Zsuzsa? Magyar szociálpolitika, 1995 In: Elszabaduló egyenlőtlensége, Bp. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2000. 163-174
- Ferge Zsuzsa: A társadalom pereme és az emberi méltóság. Esély, 2000/1. 42-49.
- Ferge Zsuzsa. Reálisan a nyugdíjasok helyzetéről, Esély, 1999/6.
- Forrai-Gyuris –Hronyecz-Ladányi (2002): Az idős emberek ellátása. Kapocs, 2002.2.sz. 24-41 old.

- Fülöp Márta (2004): Versengés időskorban szociálpszichológiai és pszichoanalitikus megközelítésben. In: Életciklusok. Szerk.:Pető Katalin Bp., Animula (57-78 old.)
- Gáthy Vera (2001):A kliensjogok védelmében. In: Minőségbiztosítás és szociálpolitika. Bp., Főv.Módsz. Oszt., (55-68 old.)
- Gáthy Vera: 2 év Minőségi ellenőrzési feladatai Budapesten és környékén, Debrecen, Humán Fejlesztők Kollégiuma, 2003
- Geriatrai kézikönyv.(1997) MSD., Bp., Melania KFT., 1409-1417 old.
- Giczi Johanna – Ságghi Gábor (szerk.) (2004): Időskorúak Magyarországon. Bp., KSH (Az „Előszó” és az összefoglalók áttekintése.)
- Gondozási tervek szociális intézményekben. Bp., SzCsM, Periféria füzetek, 2000.
- Göllesz Viktor (Szerk.): Szintentartó, fejlesztő és terápiás foglalkoztatás (Szociális Munka Alapítvány 1993)
- Göncz Kinga: Szupervízió az egészségügyi és szociális ellátásban, Szupervízió II. évfolyam 2004/1. szám
- Grábics Ágnes: Aktív időskor, Tanulmánykötet. Bp., KSH és SZMM
- Guillémard, Anne-Marie: Megöregedés és kirekesztetté válás. Szociológiai Figyelő, 1999. november.
- Gyarmati Andrea: Idősellátásban dolgozók munkahelyi körülményei, Kapocs 5. , 2006. 3. (16-21.)
- Gyukits György (2003): A gyászolók szociális támogatása. In: Pilling János (szerk.): A gyász. Bp., Medicina
- Gyulavári Tamás (szerk.): Az Európai Unió szociális dimenziója. SzCsM, 2004.
- Hablicsek László-Pákozdi Ildikó(2004): Az elöregedő társadalom szociális kihívásai. Esély, 2004.3.sz. (87-120 old.)
- Dr. Hajnal Miklós Pál: Minőségközpontú menedzsment a szociális és egészségügyi Intézményekben, Szociális Menedzser 7. évfolyam 6/2005
- Dr. Hajnal Miklós Pál: A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Tanulmány No.:401120/3, 2007

- Dr. Hajnal Miklós Pál: A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái –
összevetve az egészségügy hasonló tevékenységével, Kapocs VII. évf. 3. szám, 2008
- Dr. Hajnal Miklós Pál: Egészségügyi és szociális szolgáltatások
- Hall, Edward T.: Rejtett Dimenziók (Gondolat Kiadó1987)
- Hárdi István: Harmónia és kreativitás öregkorban, Az időskor. Sopron Edutech K., 2007
- Hegedűs Katalin: Az emberhez méltó halál – Hospice. Osiris kiadó, Bp., 2000.
- Hervainé Dr. Szabó Gyöngyvér: A szociális munka világa a 21. században, Kézirat
- Hildebrand, Peter: Félúton (Park Könyvkiadó1997)
- Idősellátás Magyarországon (Szociális Innováció Alapítvány, 1999)
- Az időskorúak életkörülményei (2004): Népszámlálás 2001, 20. köt. Bp. KSH
(Adatelemzések, összegzés. Az adatok értelmezése című fejezet 9-32 old.)
- Időskorúak a mai Magyarországon. (1999) Bp., SzCsM-KSH: (7-20 oldal, illetve további, a
témának megfelelő oldalak) In.: Dr. Iván László és Regius Ottó: Életmód,
személyiség, életstílus, idősödés
- Az idős emberek szociális ellátásának mentálhigiénés feladatai.(2003) Bp., NCSSZI.
- Imre Sándor – Fábrián Gergely (szerk.): Ószülő társadalmak, Nyíregyháza, DEEFK
- Dr. Iván László: Ne féljünk az öregedéstől! (Sub Rosa Kiadó Bp. 1997)
- Iván László (2002): Az életminőség védelme a krónikus betegségekben és öregkorban. In:
Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. Bp., MTA
- Iván László: A sikeres öregedés rendszerszemlélete, 2006
- Jeszenszky Zita: Demenciával küzdő idős emberek ellátásának irányelvei, Kapocs 5., 2006.
6. (2-15.)
- Kalman, J., Boda, K., Bende, Z. és Janka, Z.: 7 perces teszt a demencia szűrésére, Orv Hetil
2003
- Dr. Kappéter István (szerk.): A rehabilitáció Alapproblémái (Szociális Munka Alapítvány
1995)
- Dr. Kappéter István (szerk.): Az agresszió problémái korunkban (Szociális Munka Alapítvány
1996)

- Kast, Verena: A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei, Bp., TWINS, 1982
- Kasziba Zsuzsa: Piaci szereplők minőségbiztosítása, Debrecen, Humán Fejlesztők Kollégiuma, 2003
- Klinger András: Az időskorúak családi helyzetének változása nemzetközi összehasonlításban: Demográfia, 1995. 2.-3. sz. 118-141 oldal.
- Kovács Ibolya – dr. Kovács Zsolt: Az önkormányzatok szociális szolgáltatási feladatainak ellátása, Önkormányzati Hírlevél, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2002. október
- Kovács László (2003): Demográfiai helyzet és trendek Közép-Kelet-Európa néhány országában. Társadalomkutatás, 2003.2.225-241 old.
- Kovács Mónika (szerk.) (2003): Időskori depresszió és szorongás. Bp., Springer
- Kovács Zsolt (2002): Szolgáltatástervezési koncepció. Szociális menedzser, 2002, 2.sz. 2-4 old.
- Kozma Judit: A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából, Kapocs, 2007
- Kozma Judit – Mester Dániel: A szociális szolgáltatások szakmai szabályozó rendszerének kidolgozását célzó munka eredményeiről és soron következő feladatairól, Kapocs VII. évfolyam 3. szám
- König Éva: Közgazdasági alapismeretek és jóléti újraelosztás JATEPress 1998.
- Kószegi Erika: Bevezetés az idősvédelembe, 2005
- www.freeweb.hu/tferi/szocmunka/Koszegi/idos1old.doc
- Kötet az idősekről, Esély füzetek 2., „Esély” Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat, 1995
- Kravalik Zsuzsanna (2004): Az időspolitika gyakorlata az Európai Unióban közösségi és tagállami szinten. In: Idősbarát önkormányzatok 2005. Bp., ICSSZEM (309-375 old.)
- Krémer Balázs: A szociális szolgáltatások modernizációja - közpolitikai trendek, elvek, irányok, Kapocs
- Kübler – Ross, Elisabeth: A halál és a hozzá vezető út (Gondolat 1988)
- Lévai Katalin – Csoba Judit: A debreceni idősgondozás intézményrendszere. Esély, 1997.4.

- Losonczi Ágnes: Az öregek sorsa a váltakozó múltak jelenidejében. Esély füzetek 2., 1995. 9-46.
- Medgyesi Márton – Sági Matild – Szivós Péter: Az idősök jövedelmi helyzetéről (Esély 99/6)
- Miskolczi Miklós: Harangoznak (Idegenforgalmi Propaganda és Kiadó Vállalat 1988)
- Módszertani hírlevél, Periféria füzetek 2000/1 Szerk.: Oross Jolán SzCsM Szociális Szolgáltatási Főosztálya SZFK PRO DOMO Peremhelyzetű csoportok Módszertani Osztálya
- Németh László: Mit vár a társadalom a szociális szolgáltatóktól a XXI. században? Kapocs III.évf.6. 2004. (december)
- Nemes, Z.: Az agy-gerincvelői folyadék amyloid és protein tartalma a demenciák diagnózisában, Psych. Hung, 2003.
- Nemeskéri Gy. – Fruttus I.: Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana, Ergofit Kft., 2001
- Nógrádiné Várhalmi Judit – Urbanek Judit: „Én már csak meghalni szeretnék, édes fiam” (Esély 98/3)
- Nuland, B. Shervin(2002):Hogyan halunk meg? Bp., Akkord Kiadó (80-104 old. valamint a 105-132 old.)
- Önkormányzati Hírlevél Szociális Különszám 2000/5. Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gerontológiai Kp., Bp.1996.
- Panker Mihály: Szociális szolgáltatások a Nyugat-dunántúli Régióban, Nyugat-dunántúli Regionális Szociális Módszertani Központ, Győr, 2009
- Péntek Beáta – Zoltán László: Idősotthonok, Könyv Spring Med Kiadó, 2008
- Pesti Györgyné: Belső minőségbiztosítási kézikönyv, Budapest, Fővárosi Önkormányzat Idősök Otthona, 2003
- Pik Katalin. A szociális munka gyakorlatának értékelése (evaluáció) In.: Kézikönyv szociális munkásoknak, Szerk.: Kozma Judit, Szociális Szakmai Szövetség Bp. 1998. 289-308.
- Pik Katalin: ráhangoló-szupervíziós tapasztalatok Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület 2002.

- Pilling János(2003):Gyász. In: Kovács Mónika (szerk.) Időskori depresszió és szorongás. Bp., Springer (108-115 old)
- Polcz Alaine(2005): Együtt az eltávozottal. Pécs, Jelenkor
- Rácz Andrea – Hajós Zsófia (2003): Care Work nemzetközi idősellátás-kutatás hazai tapasztalatai. Kapocs, 2003. augusztus (20-34 old.)
- Ráczné Németh Teodóra: Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézménye, Jubileumi kiadvány Győr, 2005
- Riemann, Fritz: Az öregedés művészete, Helikon kiadó, Budapest, 1987.
- S. Molnár Edit (2004):Az időskorú népesség főbb jellemzői és életkörülményei. In: Idősbarát önkormányzatok 2005. Bp., ICSSZEM (9-54 old.
- Sáhó Erzsébet: Az idősek érzelmi élete, Szociális Munka, 1997. 1.
- Sáhó Erzsébet: Szociális Gondozás (Szociális Munka Alapítvány, 1993. Bp.)
- Semsei Imre: Gerontológia, Nyíregyháza, DEEK, 2008
- Sipos, I., Csontos, J., Kerchner, C., Rimaszéki, Z., Csikós, M. és Degrell, I.: A demencia epidemiológiai vizsgálata Nagyhegyes községben, Magyar Gerontológiai Társaság Vándorgyűlése. Debrecen, 1990
- Subosits István: Beszéd és Szocializáció (Szociális Munka Alapítvány 1996)
- Sulyokné Baranyi Erzsébet(2000):Demens lakók intézeti ellátása franciaországi tapasztalat alapján. In: „Szociálpolitikánk az ezredfordulón, helyünk Európában” című tudományos szakmai konferencia előadásai. Sopron, 2000. (107-115 old.)
- Szabó Judit Ágnes (2001): Dialógus alapú minőségfejlesztés. In: Minőségbiztosítás és szociálpolitika Bp., Főv.Módsz. Oszt., 2001 87-101 old.
- Szabó Rezső: Geriátria, idősgyógyászat, Szeged, 1996. 9-16., 22-44. o.
- Szalai József: Időskorúak bentlakásos ellátása – gondolatok a nyugat-európai tapasztalatok tükrében (Esély 98/5)
- Szalai József: Szociális menedzsment az idősellátásban, Szociális Munka, 2000. 1.
- Szász Anna: Öregnek lenni Magyarországon (Esély 99/5)
- Szémann Zsuzsa (1996): Az időskorúak helyzete az átalakuló magyar társadalomban. In: az öregedés Európában Bp., MTA

- Széman Zsuzsa: A társadalmi öregedés és következményei az idősgondozásban. Esély füzetek 2., 1995. 47-60.
- Széman Zsuzsa: Éheznek az idősek? Esély 1990/6.
- Széman Zsuzsa – Pottyondi Péter (2006): Idősek otthon. Megszokott környezetben, nagyobb biztonságban. Bp., MMSz -MTA SZK (PDF formátum letölthető www.gov.szmm)
- Szloboda Imréné: Minőségbiztosítás az egészségügyben a minőség mérése, Budapest, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 1995
- Szloboda Imréné, Nagyné Lutter Katalin: A betegelégedettségi vizsgálatok módszertana
Megjelenés helye: Budapest, MEDINFO,1997
- Szociális kézikönyv, SzCsM-NCSSZI, Budapest 2002. I. kötetből: 95-175 old. II. kötetből: 43-56 old., 79-95 old., 205-211 old.
- Szociális Védelmi Hírlevél (Phare 6. 2000. január)
- Szociálpolitikai kihívások Európa idősödő társadalmában – az Európa Tanács 1591.sz. ajánlása.(2003) Kapocs, 2004. február (54-58 old.)
- Szokoli Erzsébet: Szabadság, biztonság, minőség: bentlakásos intézményi elhelyezés, idősek otthonai Ausztriában, HÁLÓ Kreatív Ausztria,
- Szunyoghy Tamás – Szabóné Orosz Éva – Szilágyiné Dandé Rozália (2000): A home care modellkísérlet második fordulójának előzményei. In. „Szociálpolitikánk az ezredfordulón, helyünk Európában” című tudományos szakmai konferencia előadásai. Sopron, 2000. (116-129 old.)
- Dr. Taipale, Vappu és Ida Hojnik-Zupanc: Öregedés Közép-Európában. MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központja Budapest. (1996. 39-47 oldal)
- Talyigás Katalin: Akciókutatás alapú minőségfejlesztés, Debrecen Humán Fejlesztők Kollégiuma, 2003
- Talyigás Katalin – Hegyesi Gábor – Fekete Judit: Időskorúak szociális ellátórendszere Budapest XIII. kerületében, Esély 1997/4.
- Tariska Péter (szerk.) (2002): Kortünet vagy kórtünet? Mentális zavarok időskorban. Bp., Medicina (438-461 oldalak)

- Tariska, P., Bereczki, D., Degrell, I., Janka, Z. és Karsay, K.: Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére, Psych. Hung., 2002.
- Tatelbaum, J. (1998): Bátorság a gyászhoz. Bp., Pont
- Tóth István György: Államháztartási Reform és Szociálpolitika (Társadalmi Riport 1996)
- Török Iván: A szupervízió, mint a szociális munka minőségbiztosítása, Szupervízió II-évfolyam 2004
- Urbanekné László Judit: alternatívák az idősgondozásban. Esély füzetek 2., 1995. 89-106.
- Üzenet a társadalomnak az öregedésről. Bp., Soros Alapítvány, 1999.
- Vass Mónika (2002): Demens betegek foglalkoztatása az időskorúak otthonaiban. In: Új terápiás programok. Periféria füzetek 2002. május. NCSSZI – SZCSM (151-162 old.)
- Dr Veress Gábor: A minőségügy értelmezése, Debrecen, Humán Fejlesztők Kollégiuma, 2003
- Vértés László: Öregedés és rehabilitáció, In.: Gerontológiai tanulmányok. Az öregedés biológiai és orvosi aspektusai, Szerk.: Mess Béla – Fischer Ernő – Iván László, dialóg Campus K. 1999. Pécs-Budapest
- Villányi Piroska: Szociális Gerontológia (Szociális Munka Alapítvány 1994.
- Vukovich György – Harcsa István (2000) a magyar társadalom a jelzőszámok tükrében. In: Társadalmi riport, 2000. (2000) Bp.. TÁRKI
- Vukovich György: A magyar népesség 2000 után. Ezredforduló, 1999 1.
- Walker: „Öregedés Európában- kihívások és következmények” Esély, 1996/6. 50-53.
- „Welhops”, Ajánlások az idős emberek számára kialakítandó otthonok tervezéséhez, 2007
- Magyarországi Szociális Szakembereket Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete (Iskolaszövetség): 2006

Emmanuele Pavolini és Costanzo Ranci*
**A jóléti állam átalakítása: a hosszú távú gondozás
reformja a nyugat-európai országokban¹**

* A szerzők közül levélben meg lehet keresni: Costanzo Ranci, Polytechnic of Milan, via Bonardi, 3, 20133 Milano, Italy. [email: costanzo.ranci@polimi.it]

¹A tanulmány eredeti könyvészeti adatai: Emmanuele Pavolini and Costanzo Ranci: Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. Journal of European Social Policy, 2008; 18: 246-259.

Összefoglaló

Az előregedő társadalommal összefüggő problémákkal szembesülve sok európai ország innovatív politikát fogadott el, hogy egyensúly közeli állapotot érjen el a szociális ellátás kiterjesztésére irányuló szükségletek és a közkiadások csökkentésének parancsoló szükségszerűsége között. Bár az új politikák beágyazódnak a sajátos nemzeti hagyományokba, néhány jellemző tekintetében hasonlítanak is egymáshoz: (a) a családoknak juttatott pénzbeli ellátásokat kombinálják természetbeni szolgáltatásokkal; (b) új, versenyalapú szociális ellátási piacot hoznak létre; (c) javítják a szolgáltatások igénybevevőinek érdekérvényesítési esélyeit (empowerment) a vásárlóerejük megnövelésével; és (d) finanszírozási intézkedéseket vezetnek be, melyeknek célja a családi hálózatok gondozási tevékenységének támogatása. Ez a tanulmány hat európai országnak (Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia, Svédország és az Egyesült Királyság) a hosszú távú gondozás területén legutóbb bevezetett, legjelentősebb reformjait mutatja be. Elemzi ezek hatását makro- (intézményi és kvantitatív), mezzo- (szolgáltatási struktúra), valamint mikro-szinten (családok, gondozók és rászoruló). A szerzők következtetéseikben rámutatnak, hogy a vizsgált országokban általános fejlődési trend a szociális ellátások közeledése, valamint a kormányzati szabályozás új típusának kialakulása, mellyel inkább átstrukturálják, semmint csökkentik a jóléti programok kiterjedését.

Kulcsfogalmak: hosszú távú gondozás, idősödés, jóléti állam átalakulása, privatizáció, szociális ellátás

A legutóbbi változások a hosszú távú gondozás területén

A hosszú távú gondozást nyújtó szolgáltatások fejlődése bizonyítja leginkább a nyugat-európai jóléti rendszerek megújulási képességét. Ezek a jelen állapotukban jó részt nem képesek ténylegesen kielégíteni a gondozásra szoruló emberek növekvő tömegének szükségleteit (Martin, 2001).

A gondozásra szorultság máig olyan szociális kockázat, melyet nem fedeznek teljes mértékben a jóléti rendszerek. A gondozásra szoruló állampolgároknak biztosított közös védelem hagyományos formái a rokkantnyugdíj, valamint az egészségügyi és rehabilitációs szolgáltatások. Miközben a krónikus betegségben szenvedők számára a kormány által nyújtott társadalombiztosítási ellátás általában nem elégséges arra, hogy fedezze a hosszú távú gondozás óriási költségeit, az egészségügyi szolgáltatások még mindig elsődlegesen a betegségek akut fázisával foglalkoznak, és nincsenek arra berendezkedve, hogy hosszú ideig segítsenek gondozásra szoruló embereket.

A hosszú távú gondozási programok nem megfelelő fejlődése egyre nyilvánvalóbbá válik, ahogy növekszik a gondozásra szorulóak száma.² Ezek a programok még mindig nagyon korlátozott források fölött rendelkeznek. Ugyanakkor – betudhatóan az időskorú gondozásra szorulóak valamint a női munkavállalók arányában bekövetkezett növekedésnek – egyre inkább csökken a családi hálózatok képessége arra, hogy támogatást nyújtsanak.

Szembeesülve az igények növekedése és a gondozásra fordított költség csökkentésének szükségessége között feszülő dilemmával, az elmúlt 15 évben sok nyugat-európai ország megreformálta hosszú távú gondozási szolgáltatásait. Tanulmányunk célja ezeknek a változásoknak a leírása és a reformfolyamat irányának általános értelmezése. Az elemzés alapját hat, különböző jóléti modellbe tartozó ország – Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia, Svédország és az Egyesült Királyság – által, a hosszú távú gondozási programokban bevezetett változások jelentik.

A kutatók ezeket a változásokat különböző módon értelmezik. Az utóbbi években meglehetősen általánossá vált az az elképzelés, hogy ezek a változások erősen függenek az

² A gondozásra szoruló emberek arányának emelkedése főképp az idős populáció növekedéséből következik. Nincs konszenzus a szakemberek között arra vonatkozóan, hogy a gondozásra szorulóak számában bekövetkező változás vajon összefügg-e, és ha igen, akkor milyen mértékben függ össze a hosszabb várható élettartammal és az orvoslás fejlődésével. Még akkor is, ha feltételezhetően csökkenni fog a fogyatékosok száma, a gondozásra szorulóak abszolút száma a demográfiai trendek miatt valószínűleg növekedni fog (lásd Jacobzone, 1999; Oesterle, 2001).

intézményi faktoroktól, összekapcsolódnak a szakosított és egészségügyi ellátás költségeinek nyomasztó növekedésével, valamint az egyenlőség és hatékonyság ügyével (Jacobzone, 1999; Oesterle, 2001). Eszerint a manapság bevezetett hosszú távú gondozási programok részben arra szolgálnak, hogy helyettesítsék és kiegészítsék az egészségügyi beavatkozásokat, valamint a rokkantsági nyugdíjrendszert.

A reformok új hullámának kritikusai hangsúlyozzák ezek hatását a gondozásra, valamint arra a módra, ahogy ez megoszlik az állam, a piac, a család és a helyi közösség között. A kritika egyik vonulata ezeket a közpolitikai változásokat a piaci elvekre való áttérésként értelmezi. Hangsúlyozza, hogy a szociális ellátási piac bevezetése, továbbá a finanszírozás és a szolgáltatás nagyobb mértékű elválasztása fokozatosan a „gondozás áruvá válását” hozza magával (Lewis, 1998; Ungerson, 2003). A kritikák második vonulata az informális gondozás politikai újrafelfedezésének (és felhasználásának) kérdésére koncentrálna, ami még a szociáldemokrata jóléti rezsimekben is megtörtént (Kröger and Silpa, 2005). Írásaik szerint ezeknek a reformoknak a negatív következménye az a politika, ami – pénzbeli ellátások programjainak bevezetésével vagy kiterjesztésével – a gondozást ismét a családokhoz utalja a közegészségügyi és jóléti programokra nehezedő költségvetési teher csökkentésének eszközeként. A gondozáshoz kapcsolódó pénzbeli juttatások használata mögött megbúvó előfeltevés, hogy a gondozás könnyen megtalálható és kiaknázható forrás a társadalomban, hiszen azonnal biztosítható a nők bevonásával, figyelmen kívül hagyva, miképp befolyásolja a pénzbeli ellátás a nők munkaerő-piaci részesedését (Rostgard and Fridberg, 1998).

Elemzésünk fő megállapítása, hogy az elmúlt 15 évben végrehajtott reformok továbbra is a központi szabályozás új formájának kidolgozására irányulnak, azaz inkább a hosszú távú gondozás átstrukturálását, semmint a hosszú távú gondozási programok csökkentését célozzák (Daly and Lewis, 1998). Még azokban az országokban is, ahol a hosszú távú gondozás iránti szükséglet kielégítésének csökkentése mellett döntöttek (mint Svédországban és az Egyesült Királyságban), a célcsoport meghatározásában és a szolgáltatás szintjében bevezetett változások inkább a jelenlegi szolgáltatások finomszabályozását célozzák, semmint egyszerűen a szolgáltatások költségének a csökkentését. Általánosabban, miközben sokan azt várnák, hogy a szolgáltatások privatizációja és a piaci kritériumok bevezetése a kormány felelősségének csökkenését eredményezi, sok európai országban pontosan ennek az ellenkezője igaz. A gondozás áruvá változtatása kéz a kézben halad a közfelelősség és a szabályozás növekedésével. Új szabályozási környezet alakul ki tehát Európa-szerte, és

tanulmányunk célja, hogy megragadjuk ennek az új intézményi konstrukciónak az alapvető jellemzőit.

Szintén megkérdőjelezhető az orientáció megváltozása a családi gondozás irányába, ami összefügg az új pénzügyi ellátási programok bevezetésével. Miközben a családi gondozást valóban ismét kulcsfontosságú forrásnak tekintik a gondozásra szoruló emberek szükségleteinek kielégítésében, azt is figyelembe kell vennünk, hogy az új közpolitika egyre inkább úgy ismeri el és tartja fenn a családi gondozást, hogy az nyilvánvaló, de nem okvetlenül biztosítható tevékenység. Mindeztidáig a gondozást nem a társadalmi szerződés részének tekintették, hanem olyan kötelességnek, ami a magánéleti kapcsolatokról ered, és amit csak akkor helyettesít a közgondoskodás, ha „objektív” okokból – a családi gondozó hiánya, az elégtelen gazdasági eszközök vagy a súlyos gondozási szükséglet miatt – a gondozás másképp nem biztosítható.

Ezek az újítások a hosszú távú gondozás új megközelítését jelentik, amellyel megfelelőbb és hatékony ellátás nyújtható a gondozás piacának létrehozásával és nagyobb állami segítség nyújtásával a gondozni képes családoknak. Értékelni fogjuk ennek a megközelítésnek a hatását a hosszú távú gondozással kapcsolatos politika makroszintű intézményi környezetére, a finanszírozás szervezésére és a működési funkciókra (mezzoszint), valamint a családok gondozási képességére (mikroszint). Azt is bemutatjuk, hogy az innovációknak ezek a konfigurációi mennyiben különböznek a nemzeti környezet politikai hagyományainak megfelelően.

Intézményi tradíciók

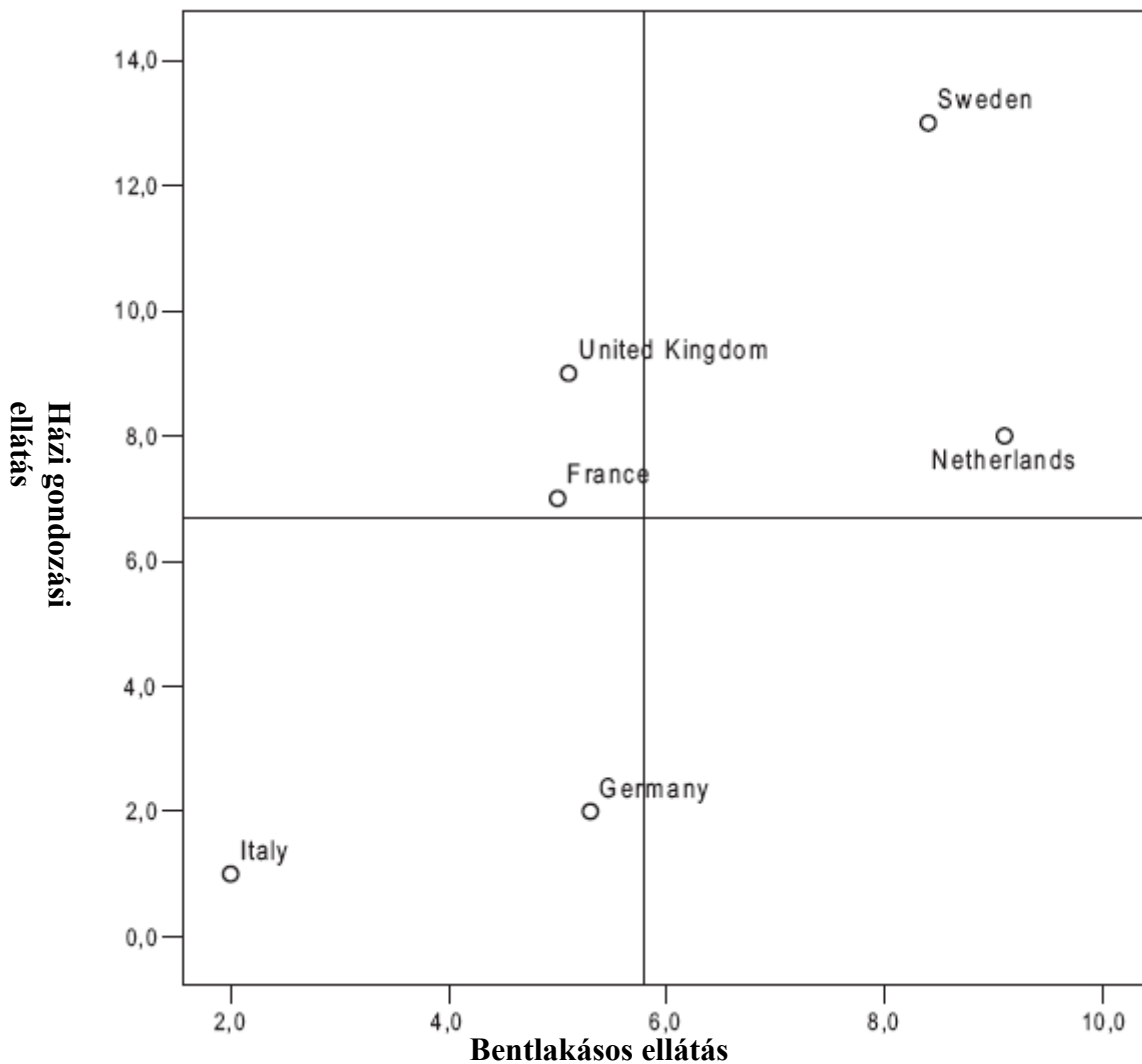
Mielőtt megnéznénk az új reformokat, fontos megfontolnunk a hosszú távú gondozás kiterjedését és szervezetét, amelyhez képest a legújabb programok részbeni elmozdulást jelentenek.

A szolgáltatásokkal való ellátottság különböző mértékben fejlődött (lásd az 1. ábrát!). Az 1990-es évek elején Svédország (21 %) és Hollandia (17 %) az idősök teljes ellátottságában *magas szintet* ért el (a 65 éven felüli szolgáltatást igénybe vevők százalékában kifejezve): az előbbi azért, mert a házi gondozásra fektetett nagy hangsúlyt, az utóbbi viszont azért, mert óriási beruházásokat bonyolított le az otthon nyújtó (bentlakásos) ellátások területén. Az Egyesült Királyság az ellátottság *közepes szintjével* rendelkezett (14 %), ami elsősorban a házi gondozáson nyugodott, majd Franciaország (12 %) és Németország (7 %) következett az ellátottság *közepes és alacsony közötti szintjével*, miközben Olaszország az

idősek ellátottságának mindössze 3 %-kal az alacsony szinttel rendelkező országok közé tartozik.

1. ábra

Az ellátottság szintje a bentlakásos és házi gondozási szolgáltatások területén (a 65 év fölötti szolgáltatást igénybevevők %-ában)



Forrás: OECD adatok (1996)

A szolgáltatások mellett az európai országok bővítették azoknak a pénzbeli juttatásoknak a rendszerét, melyet kifejlesztettek a családok és a gondozásra szorulóknak támogatására (Glendinning and McLaughlin, 1993). Svédország kevésbé használta az ilyen eszközöket, ehelyett elsősorban a szolgáltatásokra hagyatkozott. Az Egyesült Királyság és Németország az 1980-as évektől kezdődően viszont egyre több rászoruló látott el pénzbeli juttatással. Az Egyesült Királyság, ápolási járadékot vezetett be (*attendance allowance*), ami

az idősek széles köre számára volt elérhető, és korlátozottabb mértékben megkaphatták a családi gondozók is.

Hollandiában 1968-ban már bevezettek egy specifikus programot, melyet AWBZ³-nek nevezték, és amit az ápoló otthonokba felvett gondozásra szorulóknak személyes ellátására és ápolására hoztak létre. Az 1990-es évek elején az AWBZ-t kiterjesztették az otthonukban élő vagy más otthont nyújtó lehetőséget igénybe vevő gondozásra szorulóknak is.

Franciaország és Olaszország közbülső helyet foglal el. Az *Allocation Compensatrice pour Tierce Personne*⁴ (ACTP) és az *Indennità di Accompagnamento*⁵ bevezetésével olyan programok jöttek létre, amelyek fedezték a rászorulóknak gondozási költségeit.

A szolgáltatási típusok (otthoni és bentlakásos) és a pénzügyi ellátások különböző arányú keverékei az intervenciós modellek kontinuumán mentén helyezhetők el úgy, hogy az egyik véglet az *informális gondozás-központú modell*, míg a másikat a *szakszolgáltatás-központú modell* jelenti.

Az *informális gondozás-központú modellben* az állami beavatkozás azon alapul, hogy az állam nagyon korlátozottan vállal közvetlenül kötelezettséget a szolgáltatások nyújtásáért, és ehhez tartozik egy bizonyos mértékű pénzügyi ellátás. A kormány felelőssége nagymértékben leszűkül (a kompenzációs logika értelmében) a gondozásra szorultákból következő többletköltségek részbeni fedezésére. Az állami intervenció célja a gondozásra szorultak jövedelemtámogatása ahelyett, hogy a számukra szükséges hosszú távú gondozási szolgáltatásokat nyújtaná. Az elv az, hogy az állampolgároknak kell ezeket önmaguknak biztosítaniuk az informális gondozási hálózatra támaszkodva. Emellett nagyon kevés az állami házi gondozási szolgáltatás. Ezen a modellen belül elkülöníthetünk egyrészt egy olyan intézményi tradíciót, amely a gondozási felelősségnek a családokra ruházásán és a minimális állami támogatás nyújtásán alapul; másrészt egy olyan nemzeti tradíciót, mely egy sokkal erősebb állami felelősségvállaláson alapul, viszont csak a leghátrányosabb helyzetűeket támogatja, illetve központosítva koordinálja a rendszert.

A pénzügyi ellátásokkal kapcsolatban különböző problémák alakultak ki az utóbbi években. Az ilyen programok nem képesek megteremteni a hosszú távú gondozás ellátási rendszerét egy olyan helyzetben, amelyben azok iránt egyre nagyobb kereslet mutatkozik,

³ Algemene Wet Bijzondere Ziekkosten = rendkívüli egészségügyi költségekről szóló törvény – A fordító

⁴ Allocation Compensatrice pour Tierce Personne = kompenzációs támogatás harmadik személy számára – A fordító

⁵ Indennità di Accompagnamento = ápolási támogatás – A fordító

mivel növekszik az egyedül élő idősök száma⁶, a családok informális gondozási képessége csökken, az állampolgároknak kiterjedt választási lehetőségeik vannak a pénzügyi ellátások felhasználásának vonatkozásában, és igen nagy a kockázata annak, hogy a munkavállalói korban lévő nők a gondozási tevékenységből nem tudnak kiszabadulni.

A *szolgáltatás-központú modellben* a kormányzati támogatás a széleskörű és széles körben elterjedt szolgáltatási lehetőségek létrehozásában nyilvánul meg. A szolgáltatások legalább részben átveszik a családtól a gondozási felelősséget. A gazdasági támogatás korlátozottabb, miközben olyan intézkedések születnek (amilyen például a gondozási szabadság lehetősége), amelyek a gondozást összeegyeztethetővé teszik (legalábbis egy korlátozott időre) a munkahely megtartásával. Ennek a modellnek a mögöttes célja a szabályos foglalkoztatás magas szintje a gondozási szektorban, valamint a rászorulóknak gondozási szükségleteinek kielégítése. A szolgáltatás-központú modellnek is vannak variációi. A sajátos ország-specifikus intézményi tradícióknak megfelelően vagy a házi gondozást, vagy a bentlakásos ellátást hangsúlyozzák, más esetben igyekeznek fenntartani a kétféle szolgáltatás egyensúlyát.

A szolgáltatás-központú modellnek is vannak hátulütői. A fő problémát a programok magas működési költségei jelentik. A növekvő elvárásoknak és a finanszírozási források szűkösségének következtében ez az intervenció növekvő mértékben koncentrált a legrászorultabbakra, ami párosult az igénybevevők által fizetett hozzájárulás magasabb arányával. A másik korlátot ezeknek a szolgáltatásoknak az erős sztenderdizálása, illetve a finanszírozásnak a merev szolgáltatási sztenderdek alapján való átalakítása jelenti.

A hat vizsgált ország különböző pozíciókban helyezkedik el a szolgáltatás-központú és az informális gondozás-központú modell közötti kontinuumon.

Svédország az az ország, amely a szolgáltatás-központú modellt a legtisztábban képviseli, és mindenekelőtt a házi gondozási szolgáltatásokra koncentrál (2. ábra). Hollandia profilja hasonló Svédorszáéhoz, de nagyobb hangsúlyt tesz a bentlakásos szolgáltatásokra. Olaszország és Németország az informális gondozás-központú modellbe tartozik, de az előbbi inkább maradékelvű intervenciókkal működteti azt. Az Egyesült Királyság és Franciaország köztes helyet foglal el, az előbbi a holland-svéd modellhez áll közel, míg az utóbbi a német modellhez. Az Egyesült Királyság intézkedéseiben meglehetősen széles hatókörű szolgáltatások szerepelnek, különösen a házi gondozás területén, és emellett széles kör

⁶Bár az elmúlt tíz évben relatív csökkenés következett be a nyugati országokban az egyedül élő idősök arányában (Tomassini et al., 2004), abszolút számokban mérve mégis egyre több idős él egyedül.

számára teszik elérhetővé a pénzbeli ellátásokat is, mint amilyen az ápolási járadék. Franciaország eltér Németországtól abban, hogy nagyobb hangsúlyt tesz a házi gondozásra.⁷

2. ábra Az időspolitika modelljei

Svédország Hollandia Egyesült Királyság Franciaország Németország
Olaszország

***Szolgáltatás-központú
modell***

***Informális gondozás-
központú modell***

Az innováció útjai

Otthon megöregedni (ageing in place)⁸

Annak érdekében, hogy megoldást találjanak a szociális szolgáltatások iránti igény és a költségek egyidejű növekedésének problémájára, az elmúlt évtizedben komplex stratégiák jöttek létre, melyek az „otthon megöregedni” gondolatán alapultak. Intézményi nézőpontból az „otthon megöregedni” helyi szinten a kormány felelősségének decentralizációjában jelent meg, valamint olyan programokban, amelyeknek célja az önellátásra képtelen idősöknek a saját otthonukban való ellátása.

Ennek a stratégiának az alkalmazása olyan új szabályozási struktúra kifejlesztését követeli, amely képes csökkenteni mind a pénzbeli ellátások, mind a gondozási programok negatív hatását. A finanszírozási források szűkössége két feladatot állított előtérbe: (a) a pénzbeli ellátási programokat olyanná formálják, hogy az informális gondoskodás koncentráltabbá és hatékonyabbá váljon, továbbá elkerüljék a veszteséget vagy a pazarlást; és (b) a lehető legnagyobb mértékben csökkentsék a gondozási szakszolgáltatások közvetlen nyújtásának pénzügyi hatását, az elosztást pedig a lehető legteljesebb mértékben célzottá tegyék a leg súlyosabb szükségét szenvedők ellátása érdekében.

A hosszú távú gondozási programok fejlesztése így két stratégiára koncentrált.

⁷ A hat országban a szolgáltatások vegyes rendszerének – azaz a közösségi és non-profit szervezetek részvételi arányának – különböző struktúráit láthatjuk a közszolgáltatásokban. Ezeknek a struktúráknak a részletes leírásáért lásd: Ascoli and Ranci (2002).

⁸ **Aging in place** (i.e. 'age in place') a képesség arra, hogy az egyén a saját otthonában éljen – bárhol is legyen az – mindaddig, amíg ezt biztonságban és kényelmesen meg tudja tenni. Az életlehetőség (livability) kiterjeszthető univerzális tervezési elvek alkalmazásával, jelzőrendszerrel és más segítő technológiákkal. Ezek a technológiák átfogják az olyan kategóriákat, mint a kommunikáció és részvétel, egészség és jóllét, lakhatási biztonság és védelem, tanulás és hozzájárulás. (http://en.wikipedia.org/wiki/Aging_in_place) – A fordító

Egyrészt új intézkedéseket hoztak a gondoskodásra szoruló taggal rendelkező családok *autonómiájának és gondozási kapacitásának* növelésére. Ami változott, az pontosan a családi gondozásra vonatkozó megközelítés. Korábban a pénzbeli ellátás és a gondozás alternatívája két különböző jóléti modellt jelenített meg: míg az előbbi (pénzbeli transzferekből álló) azon alapult, hogy a gondozási felelősséget a családokra ruházták, az utóbbi (a természetbeni szolgáltatások nyújtásán alapuló, ami a családi gondozás *helyettesítésére* jött létre) a gondozás felelősségét – legalábbis részben – levette a családokról (Esping-Andersen, 1999). A két modell megegyezett abban a gondolatban, hogy a formális és informális szolgáltatások kölcsönösen kizárják egymást. Az új intézkedések mindkét filozófiát meghaladták; a formális és informális gondozást a továbbiakban nem alternatív, hanem egymást kiegészítő megoldásoknak tekintik. A közprogramok céljai így a következők lettek: a családi gondozás támogatása és kiegészítése az állampolgárok növekvő választási szabadságának növelésével; az informális gondozók támogatása a pénzbeli ellátások célzott biztosításával; nagyobb rugalmasság engedélyezése a szolgáltatási csomagok összeállításában; az intézkedések kiterjesztése a gondozás és jövedelemszerzés összeegyeztetésének ügyére.

Növekedett továbbá a házi gondozás biztosítása mind a közszférához, mind a magánszférához tartozó ellátók közreműködésével (szervezetekkel vagy egyénekkkel). Korábban a házi gondozást két tényező alapvetően korlátozta: (a) a gondozás magánpiacát magas szintű szelektivitás jellemezte; és (b) a harmadik szektorhoz tartozó ellátóknak de facto monopóliumhelyzetük volt a közpénzekből finanszírozott házi gondozási programokban (Ascoli and Ranci, 2002). Az elfogadott stratégia szélesítette és változatosabbá tette a házi gondozási szolgáltatások kínálatát azzal, hogy versenymechanizmusokat iktatott a közszektor rendszerébe és ösztönözte a magán szolgáltatások fejlődését.

Az elmúlt 10-15 év reformtapasztalatai

Az 1. táblázat mutatja a hosszú távú gondozás főbb reformjait a hat országban az 1990-es évektől.

1. táblázat Az időspolitika modelljei az 1990-es években és ma: a főbb reformok

	Eredeti modell (80-as, 90-es évek)	Átalakított modell (90-es évek-2006)	Bevezetett reformok/programok
Svédország	Erős szolgáltatás- központú modell	Átalakított szolgáltatás- központú modell	Adel-reform (1992)
Hollandia	Szolgáltatás-központú modell	Vegyes és integrált modell	AWBZ – házi gondozás (1989) Személyes költségvetés (1995)
Egyesült Királyság	Vegyes modell, inkább szolgáltatás- orientált	Átalakított vegyes modell inkább szolgáltatás-orientált	A szociális gondozás piaca (1990) Közvetlen kifizetések (1996)
Franciaország	Vegyes modell, inkább informális gondozás-központú	Vegyes és integrált modell	APA (2001)
Németország	Informális gondozás- központú modell	Informális gondozás- központú modell	Társadalombiztosítás (1995)
Olaszország	Informális gondozás- központú modell	Informális gondozás- központú modell	Nem volt országos reform, csak regionális a (90-es évek közepétől)

Németország jelentős mértékben erősítette hagyományos informális gondozás-központú modelljét, ami a kormány erős ellátási felelősségével társult. 1995-ben széleskörű programot vezettek be (*Pflegeversicherung*⁹) valamennyi olyan állampolgár számára, aki legalább hat hónapon keresztül gondozásra szorul. Ez a program a szolgáltatások és/vagy pénzbeli ellátások számottevő készletét kínálta a kedvezményezetteknek és családjaiknak, amit ők vagy szakszolgáltatások vásárlására vagy az informális gondozók fizetésére fordíthattak. A kedvezményezettek választhattak, hogy a szolgáltatásokat természetben kérik (bentlakásos intézményben vagy otthonukban), vagy pénzbeli ellátást igényelnek, vagy a kettő kombinációját. A hagyományos informális gondozási modellt követve az igénybevevők túlnyomó többsége otthon maradt, és 2005-ben a pénzbeli ellátást (69 %), vagy a vegyes gondozást (15 %) választotta (BMG, 2006).

Olaszországban nem volt országos reform az elmúlt 15 évben. A helyi és a regionális adminisztrációk (önkormányzatok) hajtottak végre érdekes kísérleteket, amelyek főleg pénzbeli ellátásokon és utalvány-programokon alapultak. Ezek viszont nagyon változatosan

⁹Pflegeversicherung = ápolásbiztosítás

oszlottak meg, a kísérletek az északi és középső, azaz a leggazdagabb régiókra koncentráálódtak, és szinte egyáltalában nem jutott belőlük a déli területekre, ami növelte az állami jóléti szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi különbségeit (Pavolini, 2004).

Franciaország jelentős újításokat vezetett be az utóbbi években, ami azt a mély meggyőződést tükrözte, hogy szociálpolitikai folyamatos foglalkoztatást teremthet. A fő program az *allocation personnalisée à l'autonomie* (APA)¹⁰ volt, amit 2002-ben vezettek be a 60 éven felüli gondozásra szorulóknak számára. A program alapján a jogosultak havi 1106 Euro felső határú pénzbeli ellátást kaphattak, és az ellátásuk költségeinek egy részét maguknak kellett fizetniük. A segítség legjobb formájának az egészségügyi és szociális munkások csoportjainak az egyes esetekhez rendelését tekintették. Az igénybevevőknek el kellett számolniuk az elköltött APA-ellátással. Magánszemélyeket alkalmazhattak, de velük lakó családtagot nem.

Hollandia a franciához hasonló modellt alkalmazott. Az AWBZ-program 1989-es átalakítása után kiterjesztették a házi gondozás ellátási területét, az 1990-es évek második felében pedig bevezették a „személyi költségvetést” (personal budget) is. Ezzel az intézkedéssel biztosították, hogy az igénybe vevők választhassanak a szakszolgáltatások és a pénzbeli kifizetés között, és a közvetlen pénzkifizetés esetén dönthettek a pénz elköltésének mikéntjéről is. A személyi kifizetés kedvezményezettjeinek be kell számolniuk arról, hogy ki segít nekik, és mennyit fizetnek ezért. A személyi kifizetés bevezetését olyan stratégiának tekintették, mellyel ösztönözhetik a versenyt a házi gondozás piacán.

Az Egyesült Királyság volt Európában az első ország, amely nyíltan a piaci mechanizmusokra alapozott szociális szolgáltatási modellt hozott létre. Ezt az 1990-es Nemzeti egészségügyi szolgálatról és közösségi gondozásról szóló törvénnyel (National Health Services and Community Care Act) ratifikálták, mely elválasztotta egymástól a szolgáltatást vásárló és nyújtó funkciókat az egészségügyi és szociális szolgáltatások szervezésében. A reform egy olyan mechanizmust hozott létre, mely egy sor szabad piaci szabályon alapult anélkül, hogy az igénybe vevőknek bármilyen reális beleszólást adott volna a döntésekbe (Lewis and Glennerster, 1996). Csak az 1996-os Közösségi gondozási (közvetlen kifizetési) törvény (Community Care [direct payment] Act) vezetett be olyan mechanizmusokat, amelyek lehetővé tették az igénybe vevők számára a szolgáltatások feltételeinek meghatározását. Bár az új – *közvetlen kifizetésnek* nevezett – eszköz, amelynek értelmében a helyi önkormányzatok az önellátásra képtelen idős embereknek pénzbeli ellátást

¹⁰ Allocation personnalisée à l'autonomie – személyes autonómiát támogató ellátás – A fordító

nyújtanak, fontosnak tűnik teoretikus szempontból, a gyakorlatban kis jelentőségű, mert a 65 év fölötti népességnek kevesebb mint 1 %-a tudott bekerülni a programba 2004-ben.

Svédország is átalakította az elsődlegesen a szolgáltatások biztosításán alapuló modelljét. Az átalakítás alapelve a szolgáltatások célzottságának növelése volt, ezért a közfinanszírozás kedvezményezettjei közé már csak a leginkább rászorultak kerülhettek be, és növekvő mértékben várták el a kevésbé rászorultaktól a hozzájárulást az ellátás költségeihez. A legfontosabb az 1992-es Adel-reform, amely áthárította (devolve) a hosszú távú gondozási szolgáltatásért viselt felelősséget – beleírta ebbe a költségvetést is – a helyhatóságokra. A Svédországot is sújtó gazdasági visszaesés miatt a helyhatóságok gyakran nem voltak képesek növelni az adóbevételeiket, amiből finanszírozhatták volna a programot. A következménye ennek a célzottság jelentős növekedése volt (OECD, 2004).

Újítások a hosszú távú gondozásban: értékelés

Nagyon eltérő vélemények fogalmazódtak meg az utóbbi években az előbb leírt reformokkal kapcsolatban (Leichsenring, 2004; Oesterle, 2001). Elemzésünkben három szinten értékeljük az ilyesféle reformok hatásait és végrehajtását:

- *intézményi makro-szinten*, ahol a hosszú távú gondozási programok által biztosított általános ellátottság mértékét és a számukra biztosított költségvetést vesszük szemügyre;
- *szervezeti mezzo-szinten*, ahol azt vizsgáljuk, hogy milyen következményekkel járt a piaci mechanizmusokra történő nagyobb mértékű hagyatkozás (a kiszereződések és a szolgáltatók közötti verseny) a hosszú távú gondozás szabályozására;
- *egyéni és családi mikro-szinten*, ahol az kerül az elemzés fókuszába, hogy mennyire rendelkeznek az állampolgárok valódi választási szabadsággal a hosszú távú gondozási szolgáltatások vonatkozásában, továbbá azt is vizsgáljuk, hogy az új programok milyen hatással vannak a családi szervezetre és különösen a gondozóknak a gondozási és foglalkoztatási elvárások összeegyeztetésére vonatkozó képességére.

Intézményi makro-szintű hatás

Az elmúlt 15 évben növekedtek a gondozásra szoruló idős népesség ellátását szolgáló programoknak juttatott költségvetési források (OECD, 2004). Az európai kormányok által

alkalmazott megoldások nagyon különbözőek. Svédország és az Egyesült Királyság elosztási kontrollt vezetett be a szolgáltatások területén, Németország, Franciaország és Hollandia jelentős mértékben növelte a gondozásban részesülők számát, miközben Olaszország alapvetően egyáltalában nem változtatta meg szolgáltatási rendszerét. Hollandia az ellátottság szintjét az 1989-ben kezdődött AWBZ-reform második fázisának bevezetésével növelte, melynek keretében elsősorban a házi gondozást fejlesztette. Míg az 1990-es évek kezdetéig a holland rendszer nagyrészt a bentlakásos ellátáson alapult, az elmúlt 15 évben a változások középpontjában a házi gondozás különböző formáinak kifejlesztése állt (beleértve ebbe a személyes költségvetés bevezetését is) (de Boer, 2006). Németország és Franciaország jelentősen növelte a gondozási szükséglettel bíró népesség jóléti ellátottságát azzal, hogy emelte a hosszú távú gondozási programokra juttatott központi költségvetési kiadásokat. Azt is figyelembe kell ugyanakkor vennünk, hogy a jóléti programokra áldozott közpénzeket részben ellensúlyozta az egészségügyi kiadások csökkenése, hiszen a jóléti programokkal ki lehetett váltani a gondozásra szoruló kórházi kezelését. 2005 végén Németországban több mint 7 millió ember, csaknem a teljes munkavállalói populáció rendelkezett ápolásbiztosítással (*Pflegeversicherung*), és több mint 1,5 millió 65 év feletti vett részt a programban. Összehasonlításképpen, a reform első évében, az 1990-es évek közepén a szolgáltatást igénybe vevők száma legalább egyötödével növekedett (BMG, 2006). Rothgang (1998) szerint a reform bevezetésének következtében a közkiadások a korábbiak a 150 %-ára növekedtek, és a kétezres években tovább nőttek. Ugyanakkor az egészségügyi biztosítási intézmények kiadásai ugyanakkor gyakorlatilag a nullára, a helyhatóságoké pedig egyharmaddal csökkentek.

Franciaországban a korábbi gondozási programban 1995-ben 210 000 ember vett részt, ami az APA bevezetésével 2005-re 911 000 főre növekedett (DREES, 2005a). A gondozási szükségletek kielégítésére kiadott közpénz 1988-ban 21 602 millió frank volt, ennek 58 %-a az egészségbiztosítóktól, a fennmaradó 42 % pedig a minisztériumi költségvetésből származott (Glendinning and McLaughlin, 1993). Az APA bevezetésével az egészségügyi és nyugdíjrendszer részesedése fokozatosan csökkent. Például a CNAV¹¹ (a legfontosabb *casse maladie*) szolgáltatásait igénybevevők száma körülbelül egynegyeddel csökkent az APA bevezetése után (DREES, 2005a). Ugyanakkor az idősellátásra fordított minisztériumi költség a 2001-es 2,672 milliőról 2004-re 5,746 millióra emelkedett (DREES, 2005b).

¹¹ Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse = Országos Társadalombiztosító Nyugdíjpénztára – A fordító

A hosszú távú gondozásra fordított közkiadások növekedése ezekben az országokban azt tükrözte, hogy az ilyesféle ellátást egyre szélesebb kör által elérhető jognak tekintették. Mindazonáltal az univerzalizmust korlátozzák a költségvetési megszorítások, így az új programok csak részben egyenlítik ki a hosszú távú gondozás pénzügyi terheit. Németországban – bár a biztosítási rendszer minden állampolgár számára elérhető, bármilyen jövedelemvizsgálat nélkül – becslések szerint a gondozásra leginkább rászorultaknak fizetett támogatás csak a felét fedezi a teljes hosszú távú gondozási költségnek (Schneekloth and Mueller, 1999). Az APA is elérhető elméletileg minden francia állampolgárnak, aki egy meghatározott gondozási szükséglettel rendelkezik. A rendszert adóból finanszírozzák, de a kedvezményezetteknek hozzájárulást kell fizetniük, ami (erős progresszivitással) függ a jövedelemtől. Megközelítőleg a kedvezményezettek 69 %-ának kellett részben fedeznie az APA költségeit 2005-ben, és az átlagos hozzájárulás azonos volt az APA teljes bekerülési költségének egyötödével (DREES, 2005a). Németországban a „költség-kapacitás” új elvét vezették be, ami szerint a kifizetett pénzbeli ellátás összege az ápolásbiztosítási programba kötelezően befizetett hozzájárulásokon keresztül felhalmozott tőkén alapul.

A hosszú távú gondozás iránti szükségletek kielégítése ezekben az országokban tehát igen széleskörű. Mindazonáltal az általános elv szerint korlátozzák az elkölthető közpénzeket, az elérhető források vonatkozásában, ami felülírja annak hivatalos elismerését, hogy minden állampolgárnak univerzális joga van a segítségre.

Az ellátottság növekedése a kontinentális Európa országaiiban ugyanakkor következett be, amikor az észak-európai országokban a szolgáltatásokat egyre inkább a legsúlyosabb esetekre koncentrálták. A reformok célja az Egyesült Királyságban és Svédországban az ápoló otthonokban élők számának csökkentése volt, párhuzamosan az egyes házi gondozottakra jutó átlagos óraszám – bár korlátok közé szorított – növelésével (OECD, 2004). Két stratégiát tettek magukévá: egyrészt a kulcsfontosságúnak tekintett szolgáltatási funkciókra koncentráltak, míg a „marginálisnak” tekintett intervenciókra szánt forrásokat elvonták, másrészt szigorúbb jogosultsági kritériumokat és magasabb arányú hozzájárulást vezettek be (Bergmark, 1997).

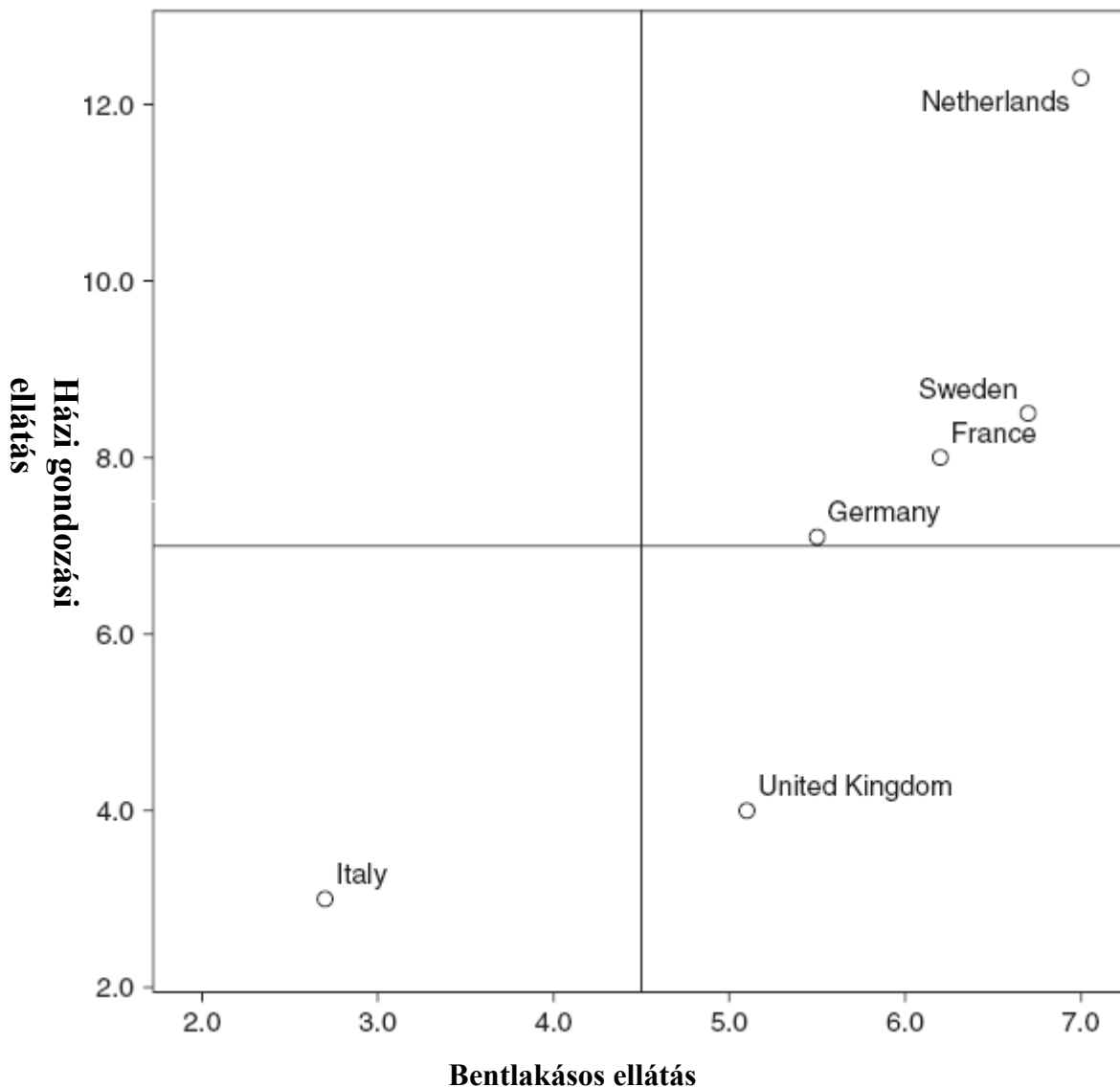
A korábbi gondozási rendszer ezekben az országokban sokkal magasabb részvételi szintet ért el, mint Európa más országaiban. Az állami házi gondozásban részesülő idősök aránya az Egyesült Királyságban 15 év alatt 8%-ról 4%-ra csökkent (OECD, 2004). Viszont a gondozási órák száma nagymértékben megnőtt: 1993 és 2003 között 90%-kal. A szolgáltatások a komplexebb esetekre koncentráltak, amelyekben intenzívebb gondozásra volt szükség. Svédországban szintén jelentősen csökkent a házi gondozásban részesülők aránya: az

1990-es 13 %-ról, 2004-re 8,5%-ra. A bentlakásos szolgáltatásokkal való ellátottság szintje szintén csökkent: az 1993-as 8,4 %-ról, 2004-ben 6,7 %-ra (Lennarth, 2005). Viszont a kisebb igénybe vevői csoportnak nyújtott szolgáltatás volumene lényegesen nagyobb volt. Például 1988-ban a házi gondozottaknak 16 %-a kapott ellátást éjszaka és hétvégén; 1997-re ez az arány 28 %-ra növekedett (OECD, 2004). Mindkét országban igyekeztek visszafogni a hosszú távú gondozás költségeit: az elmúlt évtizedben a bevezetett rendelkezések lehetővé tették a kórházaknak, hogy megfizettessék a helyhatóságokkal, ha azért kell késlekedniük egy idős paciens elbocsátásával, mert a helyhatóság nem szervezte meg időben a megfelelő hosszú távú gondozást. Ennek a döntésnek a következtében jelentősen csökkent Svédországban és az Egyesült Királyságban az úgynevezett „ágyfoglalók” száma. Az 1990-es brit reform az idősek gondozásának felelősségét a szociális szolgáltatási osztályokra testálta annak érdekében, hogy a bizonyos összeg fölötti jövedelemmel rendelkezőknek legalább részben fizetniük kelljen a bentlakásos ellátásért.

A bentlakásos és házi gondozási szolgáltatások különböző, országokra jellemző arányai ellenére az európai rendszerek közelítenek egymáshoz a hosszú távú gondozási szolgáltatásokkal való ellátottság szintjének tekintetében, ami két ellentétes tendencia következménye. Míg a kontinentális Európa országaiban növekedett a szolgáltatásokat igénybe vevők száma, az északi országok csökkentették az ellátottság kiterjedését, viszont növelték a szolgáltatások intenzitását.

Ezekkel a változásokkal szemben Olaszországot az elmúlt évtizedben a mozdulatlanság jellemezte. Az állami ellátási rendszer még mindig meglehetősen maradványelvű, miközben a szükségét szenvedők jórészét a „csináld magad!” elv jegyében a család és a magánpiac szolgáltatói látják el, mely utóbbi – bár kiterjedésében növekszik – erősen függ az informális munkavállalóktól és nélkülözi a központi szabályozást. Az országos keretek hiányában az újítások a helyi szintre koncentrálnak. Ez kettős rendszert eredményez, melyben az ország északi és középső területének sok régiójában a hosszú távú gondozás intervenciós rendszere szintjében közel áll a kontinentális Európa országaihoz, miközben a déli régiókban az ellátottság szintje messze nem megfelelő (gyakran kisebb, mint 1-2 %-os) (Pavolini, 2004). A 3. ábra mutatja, hogy a különböző országok hogyan változtatták meg hosszú távú gondozási rendszerüket az elmúlt 15 évben.

3. ábra A bentlakásos és házi gondozási szolgáltatásokkal való ellátottság a jelen évtizedben (a szolgáltatásokat igénybevevők a 65 év felettek %-ában)



Forrás: Különböző források kombinációja: BMG (2006); de Boer (2006); DREES (2005a); Lennarth (2005); OECD (2004); Pavolini (2004).

Szervezeti mezzo-szintű hatás

Az itt ismertetett intézkedéseket a piac és a verseny erényeinek folyamatos dicsőítése kísérte, mely szerint az csökkenti a költségeket, és megelőzi a minőségi sztenderdek romlását. Két főbb újítást vezettek be erre való tekintettel: a finanszírozási és a szolgáltatási funkció világosabb szétválasztását és az állampolgárok választási szabadságának nagyobb elismerését.

Németországban a finanszírozási és szolgáltatási funkció elválasztása oda vezetett, hogy befogadták a for-profit szervezeteket az ellátási rendszerbe. Franciaországban az APA lehetővé tette, hogy az akkreditált szolgáltatók széles körétől szerezzenek be szolgáltatásokat. A kvázi-piaci reformmal az Egyesült Királyságban megjelent a szolgáltatók versenyeztetése azzal a céllal, hogy a leghatékonyabban dolgozó ellátó nyerjen. Hollandiában is együtt járt a személyes költségvetés bevezetése a szolgáltatók versenyeztetésével. Svédországban is voltak törekvések a házi gondozási szolgáltatások megnyitására a verseny és a magánellátók előtt. A következmény a szolgáltatók számának növekedése volt, olyan új magánszolgáltatók megjelenésével, akik kihasználták versenyelőnyüket. Ez az állami adminisztrációval szoros kapcsolatban álló non-profit szervezeteket előnyben részesítő hagyományos neo-korporatista rendszer erodálásához vezetett. Valójában sok európai országban az önkéntes szervezetek – betudhatóan a köz- és magánszféra közötti partnerség dinamikusabb kölcsönhatásának – a folyamatos szétesés és újraszerveződés folyamatában vannak (Bode, 2006).

Németországban a reform a for-profit ellátók belépésének kedvezett, akik a piac egyre nagyobb részét foglalták el (az 1990-es évek végén már a több mint 40 %-át), miközben az állami ellátók részesedése manapság kevesebb, mint 10 %. Az Egyesült Királyságban a magánintézmények a bentlakásos ellátást igénybevevők 88 %-át látják el. Az állami szolgáltatások igénybevevőinek körülbelül 30 %-os csökkenése, ami 2000 és 2004 között következett be, folyamatos trend, ami már az 1990-es években elkezdődött. A piacosodás folyamata talán még gyorsabb volt a házi gondozási szektorban: míg 1993-ban a gondozási órák 95 %-át az állami szolgáltatók biztosították, részesedésük 2004-re 31 %-ra esett vissza. Franciaországban az APA fejlődése a magánintézmények által biztosított házi gondozás növekedését és a szolgáltatók közötti versenyt ösztönözte (DREES, 2006). 2004-ben a bentlakásos idősellátás teljes kapacitásának 13 %-át szerződtek ki for-profit magánszolgáltatók számára, és hasonló arányt regisztráltak a házi gondozási szektorban is; pedig 10 évvel ezelőtt a magánszolgáltatás csaknem ismeretlen volt az országban (Lennarth, 2005). Hollandiában az 1990-es években nyílt nagyobb tér a piaci házi gondozási szolgáltatóknak. A 2000-es évek elején 125 állami házi gondozó szervezet mellett 50 magánszolgáltató volt jogosult az AWBZ finanszírozására. 150-re becsülték azoknak a magánvállalkozásoknak a számát, amelyek nem kaptak állami pénzeket, és piaci alapon házi gondozást nyújtottak. A kliensek nagy része személyi költségvetést kapott, és gyakran magánszolgáltatóktól vásárolt házi gondozást, mivel az állami szervezetek nem tudtak megfelelni elvárásainak (de Boer, 2006). Olaszországban az elmúlt 20 évben a szolgáltatások nem tervezett privatizációja zajlott le annak ellenére, hogy nem hajtottak végre reformot:

manapság az otthon nyújtó ellátások igénybe vevőinek már a 60 %-a az állam által finanszírozott non-profit szolgáltatók intézményeiben lakik, és a trend gyorsul (Pavolini, 2004). Még figyelemre méltóbb a magánosítás a házi gondozásban, ahol az ellátás több mint 80 %-át szerződik ki a magán (non-profit) szolgáltatókkal.

A piaci mechanizmusok bevezetésének második lépése az állampolgárok választási szabadságának elismerése volt. A német társadalombiztosítási rendszerben a választási szabadság úgy érvényesül, hogy nem csak a szolgáltatót lehet megválasztani, hanem a szabadon felhasználható készpénz és/vagy szolgáltatások legjobb kombinációját is egy sor lehetséges alternatíva közül. A választási szabadság a holland személyi költségvetési programban és az APA-ban egyezkedési folyamaton alapul, melynek során meghatározzák az egyéni „gondozási tervet” a szolgáltatás igénybe vevőjének aktív közreműködésével. Nem pusztán a szolgáltató megválasztására vagy megváltoztatására szóló absztrakt jogot biztosítja ez a modell, hanem a választható, rugalmas szolgáltatások sorát kínálja, ami lehetővé teszi az igénybe vevő szempontjainak teljesebb figyelembe vételét.

Ezeknek az intézkedéseknek a hatása pozitívnek tűnik. A holland személyi költségvetés kedvezményezettjei elégedettebbek a szolgáltatás minőségével, mint azok, akik a helyi önkormányzatok szolgáltatásait veszik igénybe, és azt is értékelik, hogy megválaszthatják a szolgáltatás módját és időzítését (Van den Wijngaart and Ramakers, 2000). Németországban különböző kutatások bizonyították, hogy igen magas szintű a megelégedettség a reform nyomán kialakult rendszerrel kapcsolatban (Klie, 1998; Schneekloth and Mueller, 1999). Mindenekelőtt kimutatták, hogy a nyújtott szolgáltatások mennyisége növekedett, és a szolgáltatások észlelt minősége is javult. Akik pénzbeli ellátást kaptak és nem szolgáltatást, általában elégedettebbek voltak, mivel nagyobb szabadságot élveztek a szolgáltatások választásában. Svédországban a piaci mechanizmusok bevezetése szintén az 1990-es években történt. Sok helyhatóság mostanában kvázi-utalvány rendszert működtet, amelyen keresztül a kedvezményezettek választhatnak a különböző állami és nem állami szolgáltatók között, tehát a nélkül kapnak a szolgáltatók közötti választási (illetve változtatási) lehetőséget, hogy közvetlen készpénzkifizetéssel éljenek (Trenneborg, 1999).

Ellentétben azzal, ahogy a liberálisok gondolnák, a piaci mechanizmusok bevezetése új szabályozási rendszer létrehozását követeli, amely hatékonyan garantálja a versenyt, a választási szabadságot egyfelől, a piaci kudarcok kockázatának csökkentését másfelől. Az új szabályozási politika a különböző országokban eltérő irányokban fejlődött. Németország egy rugalmatlan árrendszert hozott létre, és lerakta a szolgáltatási sztetendercsomagok kidolgozásának alapjait. Az Egyesült Királyságban a helyi ügynökségek szolgáltatásvásárlási

funkciót (commissioning) hoztak létre, és ehhez jelentős költségvetési támogatást rendeltek. A kiszereződött szolgáltatások tartalmát Franciaországban és Hollandiában a kedvezményezettrel együtt kidolgozott gondozási tervben határozzák meg.

A felmerülő fő problémák egyike a lehetőség, hogy az új szabályozási megközelítés az informális gondozás piacának növekedéséhez vezethet. Egy további kérdés a gondozás növekvő mértékű deprofesszionalizációjára vonatkozik, amit a magánszolgáltatók széles körének piacra lépése és az élesedő verseny hoz magával. A versenyszabályok az alacsonyabb költséggel dolgozókat hozzák kedvezőbb helyzetbe, ami a minőségi sztenderdek romlásához vezethet. E kockázatok kezelésére intézkedések születtek. A független gondozók által biztosított szolgáltatásokra Németországban olyan fizetési feltételekkel kötnek szerződést, melyek szigorú adminisztratív ellenőrzést helyeznek kilátásba, és ezeket pénzügyi és társadalombiztosítási ösztönzőkkel egészítik ki. A svéd kvázi-utalvány mechanizmus, a francia APA és a holland személyes költségvetés szoros kapcsolatban áll az *eset-menedzsment* rendszerrel, mely erős elszámoltathatósági kontrollt biztosít.

Következtetesként megállapíthatjuk, hogy a reformok sikeresek voltak, nyomukban a szolgáltatók növekvő választéka jelent meg, és az állampolgárokat képessé tették (empower) választási szabadságuk gyakorlására, viszont a vásárlói és ellenőrzési hatalom jelentős hányada a közszektor hatókörén belül maradt. A finanszírozás és ellátás elkülönítése ugyanakkor lehetővé tette, hogy a szolgáltatók növekvő mértékben vegyenek fel képzetlen munkaerőt, ami igen nehezítette a gondozás minőségi színvonalának és a foglalkoztatásnak az ellenőrzését.

A mikro-szint: az igénybe vevőre és a családjára tett hatás

Összehasonlítva a korábbi évtizedek domináns politikai irányvonalával, amelyek vagy a családra hárították a gondozási felelősséget, vagy állami szolgáltatásokkal váltották ki a családi gondozást (azaz a gondozási felelősséget megvonták a családoktól: Esping-Andersen, 1999), a szakpolitika új generációja kiegészítő és integratív megközelítésen alapul, mely erősíti és támogatja az állampolgárok és családjuk gondozási képességét.

Az új programok többsége átalakította a hagyományos pénzbeli ellátásokat is, melyekkel a családtagok által biztosított gondozást kívánták támogatni, amit viszont már nem tekintettek „természetesen” vagy „magától értetődően” elérhetőnek. Az informális gondozás támogatásának új formáit ritkán fordították le egyszerűen a gondozók pénzzel történő kompenzációjaként; ehelyett a készpénz átutalásának feltétele a gondozó foglalkoztatási státuszának szabályozása volt. Ezzel egyrészt igyekeztek megakadályozni a kapott pénz nem

megfelelő felhasználását, másrészt így kívánták elősegíteni az informális gondozás elismerését „kvázi-professzionális foglalkozásként”. Ennek egyik módja az volt, hogy szerződéssel szabályozták a gondozási kapcsolatot, ami a kedvezményezettet munkaadóvá, a gondozót munkavállalóvá változtatta. A másik mód szerint társadalombiztosítási hozzájárulást, képző tanfolyamokat, betegség- és balesetbiztosítást és mentesítő szolgáltatásokat biztosítottak a gondozónak.

Az intézkedések mögöttes célja az volt, hogy megvédjék a nőket egy olyan munkavégzés csapdájától, amelyet sem társadalmilag, sem gazdaságilag nem ismernek el. Azt is figyelembe kell venni, hogy a gondozásra szoruló népesség növekedése párosul a családi gondozók átlagéletkorának növekedésével (OECD, 2004). Miközben az egyik oldalon ez részben csökkenteni látszik a veszélyt, hogy a gondozók csapdába kerülnek, hiszen jó részük nyugdíjas, a másik oldalon viszont ez új problémákhoz vezet, ha tekintetbe vesszük a pszichológiai és fizikai megterhelést, amit a gondozók számára a folyamatos és hosszú távú gondozás okoz.

A gondozási feladatoknak a nők élet- és foglalkozásválasztási lehetőségére gyakorolt hatása az egyike a fő faktoroknak, amelyek mentén értékelhetők az utóbbi években létrehozott programok jellemzői és minősége. A kutatások mindezülig nem hoztak olyan eredményeket, amelyekből végső következtetéseket vonhatnánk le a lehetséges „csapda-hatással” kapcsolatban. A legfontosabb összehasonlító vizsgálat következtetéseiben a következőket olvashatjuk:

Sokak félelmével ellentétben nem bizonyítható, hogy az ilyesféle juttatások intézményesülése csökkentené a nők munkaerő-piaci részvételét. Mindazonáltal ez nem azt jelenti, mintha ezek a juttatások elősegítenék a női egyenjogúságot, ugyanis nem változtatják meg a gondozási munka nemek közötti megosztását. (Jacobzone and Jenson, 2000: 34)

Következtetések: a jóléti ellátások új fejezete?

A bevezetett reformok új egyensúlyt igyekeztek kialakítani a növekvő gondozási szükségletek kielégítése és a jóléti kiadások pénzügyi korlátozottsága között. Egyrészt magukkal hozták a hosszú távú gondozási szolgáltatásokkal való ellátottság általános expanzióját (különösen a házi gondozási szolgáltatások területén és olyan intézkedésekkel, melyeknek célja a családi gondozás támogatása), hozzájárultak a gondoskodásra szorulás elismeréséhez szociális kockázatként, továbbá növekvő mértékben garantálják a

gondoskodásra szoruló állampolgároknak a gondozáshoz fűződő univerzálisabb jogát. Másrészt viszont a hosszú távú gondozási szolgáltatásoknak – ellentétben az egészségügyi szolgáltatások gyakorlatával – még mindig alkalmazkodniuk kell az előre meghatározott pénzügyi korlátozásokhoz, ugyanis a teljes mértékben univerzális megközelítésnek igen jelentős hatása volna a kiadásokra, különösen ott, ahol az ellátáshoz fűződő jogosultságok nem olyan jelentősek, mint Németország esetében. (Pickard et al., 2007). Gyakran elvárják az igénybe vevőtől hozzájárulás fizetését, nem csak azért, hogy ezzel megelőzzék a visszaéléseket, hanem azért is, hogy az állami finanszírozást a leginkább rászorulóakra koncentrálják. Végül, a családi gondozókat támogató hosszú távú gondozási programok sokkal kevesebbe kerülnek, mint az egészségügyi kiadások, ugyanis magától értetődőnek tekintik, hogy a családok vállalják a gondozás kiadási terheinek jelentős részét.

Az elmúlt tíz évben végrehajtott reformok korántsem jelentik az állam visszavonulását. A gondozási rendszer mélyreható átalakítására volt szükség ahhoz, hogy az alapvetően megváltozott társadalmi kontextusban alkalmazkodni tudjanak az újonnan felmerült szociális kockázatokhoz. A hosszú távú gondozási programok az új jóléti rendszerek kulcsfontosságú szektoraként jöttek létre ebben a folyamatban. Ezek fejlődése megkívánja az állampolgárok szociális jogainak újradefiniálását, valamint a családok és a piaci mechanizmusok új szerepének meghatározását az állampolgárok védelmében és szociális szükségleteik kielégítésében.

A változások mindenekelőtt az államot érintik, amely növekvő mértékben önállósítja a gondozási rendszereket, így feladva közvetlen szolgáltató szerepét. Mindkét korábban kifejlődött modell – a szolgáltatás-központú és az informális gondozás-központú – gyengeségei nyilvánvalóvá váltak, amikor egyre inkább úgy tűnt, hogy a hosszú távú gondozás már nem minősíthető a közszolgáltatások reziduális területének. Míg az előbbi modell költséges és bürokratikus, az utóbbi maradványelvű és hatástalan, ezen a felismerésen alapul az állami intervenció új szabályozási modelljeinek kidolgozása.

Két alapvető újítást vezettek be. Egyrészt kvázi-piacokat hoztak létre, hogy támogassák az ellátórendszer pluralizálódását és elősegítsék az állami és magán ellátók közötti versenyt. A hagyományos gondozási rendszerek sok országban erősen támaszkodtak a non-profit ellátókra. A verseny új elvei gyengítették ezek de facto monopóliumát, és kinyitották a piacot a for-profit vállalkozások és az egyéni gondozók előtt, miközben valamennyi szolgáltatót az elszámoltathatóság szigorú kritériumai alá vetették. Ennek átfogó konzekvenciája a hivatalosabb státusz, valamint a magánellátók és közhivatalok közötti pénzügyi kapcsolat szerződéses jellegének erősítése volt, ami viszont együtt járt az

állampolgárok nagyobb lehetőségével arra, hogy megválaszthassák és kombinálhassák a szolgáltatásokat.

Ezzel párhuzamosan megújult az érdeklődés a pénzbeli ellátások iránt. Míg korábban a pénzbeli ellátás nem jelentett kötelezettséget a kedvezményezett számára, manapság az a tendencia, hogy az ellátás volumene növekszik, és kiegészül a forrásokhoz való hozzájutás feltételeivel, valamint a felhasználásról szóló beszámolási kötelezettséggel kapcsolatos világos előírásokkal. Ez a háttere az informális gondozás szabályozására és családi gondozók juttatására vonatkozó intézkedéseknek. A pénzbeli juttatás új formája alacsony költségű módja annak, hogy fizessenek a családtagok által biztosított gondozási szolgáltatásokért, de ezek ugyanakkor erős intézményi elismerését is jelentik a nők által végzett gondozási munkának, amit korábban magától értetődő és „természetes” kötelességnek tekintettek.

A kvázi-piac és a családtagok által végzett gondozáshoz kötődő juttatás bevezetése a hosszú távú gondozás szervezésének új modelljét jelenti, aminek célja az állampolgároknak több önállóságot és felelősséget adni, ugyanakkor rugalmasabbá tenni a szolgáltatási rendszert. A szolgáltatás-központú és az informális gondozás-központú modell közötti különbség hagyományos megkülönböztetésének meghaladása szükségszerű feltétele a hatásosság és hatékonyság közötti új egyensúly megteremtésének. Elhagyva mind az állami intervenciók mindent átható szerepét, mind az alapvető gondozási felelősség családokra hárításának politikáját, a hosszú távú gondozási politikák manapság a jóléti ellátások új megközelítéseivel kísérleteznek. Ezek azon alapulnak, hogy koordinálják a képessé tevő és támogató funkcióra összpontosító közszektort, a családtagok által biztosított gondozást, valamint a szolgáltatás magánpiacának működését.

A leírt átstrukturálási folyamat az egyes országokban különböző módokon történt a politikai tradícióknak és a korábbi szolgáltatási rendszereknek megfelelően. Svédországban és az Egyesült Királyságban az átstrukturálás a házi gondozás vonatkozásában azt jelentette, hogy a szolgáltatásokat a legsúlyosabb esetekre koncentrálták, miközben növekvő mértékben számítottak az igénybe vevők által fizetett hozzájárulásra. Az Egyesült Királyság emellett széles körben kísérletezett a szociális szolgáltatási piaccal, így a piac-orientált gondozás kibővült.

Az olasz közpolitikát viszont az elmúlt évtizedben a mozdulatlanság jellemezte. Az országos szintű közpolitikai intervenciók hiánya két következménnyel járt: egyrészt a családok egyre inkább rákényszerültek a magánpiac igénybevételére, amit ösztönöz az alacsony fizetésért dolgozó bevándorlók nagy tömege (így a közpolitikai intervenciók hiánya hozzájárult a gondozás erős piacosodásához). A bevándorló női munkaerő alkalmazása oly

mértékben elterjedté vált, hogy szinte azt mondhatjuk, a hagyományos olasz családi gondozási modellt felváltotta a „bevándorló a családban” gondozási modellje (Bettio et al., 2006). Másrészt megfigyelhető az Észak és Dél területi egyenlőtlensége a hosszú távú gondozás elérési lehetőségének vonatkozásában.

A kontinentális Európa országai egykor közbülső helyet foglaltak el a szolgáltatás-központú és az informális gondozás-központú modell között. Ezek az országok vezették be a legjelentősebb újításokat, olyan programok kidolgozásával, amelyek új alapra helyezték a hosszú távú gondozás nemzeti rendszerét. Bár vannak jelentős különbségek, a Németországban, Franciaországban és Hollandiában bevezetett reformoknak sok közös jellemzője van: elismerik a gondozásra szorulást szociális kockázatként, mellyel szemben az állampolgárok jogosultak állami védelemre; jelentősen kiterjesztették az állami ellátás terét, mind a gondozás hozzáférhetősége, mind pedig intenzitása vonatkozásában; továbbá új állami szabályozási keretet hoztak létre, amivel elősegítik az állampolgárok autonómiáját és támogatják a családtagok gondozási tevékenységét. Míg Németország főképp a családi gondozásra áldozott, Franciaország és Hollandia emellett ösztönözte a szakszerű házi gondozási szolgáltatások felduzzasztását is, részeként egy új megközelítésnek, amelyben kombinálni igyekeznek a munkahelyteremtést a szociális szükségletek szélesebb körű kielégítésével.

A különböző nemzeti trendek következményeként a hat országban bevezetett reformok közelítenek az intervenciók „vegyes” modelljéhez azzal, hogy növekszik a hosszú távú gondozási szükségletek állami kielégítésének közvetítő (intermediate) szintje. Eközben a gondozási rendszerek szervezésében különböző módokon kombinálni igyekeznek a szolgáltatás-központú modellt az informális gondozás-központú modellel. Ez a közeledés két ellentétes trend paradox következménye: míg a szolgáltatás-központú modellhez hagyományosan közelebb álló országok úgy kerestek új utakat, hogy az intézkedések nagyobb rugalmasságon alapuló formái felé fordultak (ami feltételezhetően legjobban a piaci mechanizmusok bevezetésével biztosítható), valamint a családok gondozási képességének megerősítésére törekedtek; addig azok az országok, amelyek történetileg az informális gondozás-központú modellhez álltak közelebb, kiterjesztették a gondozási szükségletek kielégítésének terét a közszférában, és növekvő mértékben fordultak a beavatkozások szervezettebb formái felé, továbbá a családi gondozást a piaci mechanizmusok bevezetésével, illetve a gondozó családoknak juttatott támogatásokkal segítették.

Az új közeledés a nemzeti politikák sajátos törekvéseinek terméke, melyekkel igyekeztek elérni, hogy intézményi hagyományaik egyre inkább alkalmazkodjanak a

gondozási szükségletek megnövekedése jelentette kihíváshoz. Jelenleg az innovációk koncentráltabbnak tűnnek a kontinentális országokban. A jelenség nem magyarázható az elöregedésnek vagy a gondozási szükséglet növekedésének hatásával ezekben az országokban, mivel demográfiai trendjeik nem különböznek jelentősen más európai országokéitól. Ezeket inkább magyarázza a reformok időzítése, valamint a korábbi politikai és intézményi helyzet.

Miközben az Egyesült Királyságban és Svédországban jelentős expanzió zajlott le az 1970-es és 1980-as években a hosszú távú gondozási programok területén, nem volt ebben az időben hasonlóan széles körű fejlődés a közszolgáltatások területén Németországban és Franciaországban. Hollandia köztes helyzetben volt, mivel az 1990-es évekig a bentlakásos ellátásnak adott prioritást. A szolgáltatások iránti igény exponenciális növekedésével szembeesülve az 1990-es években, a létező rendszerek a kontinentális Európa országaiban elmaradottnak és nagyrészt elégtelennek mutatkoztak. Az egészségbiztosítási rendszert a jelentős pénzügyi deficit veszélyeztette, hiszen meg kellett birkóznia a hosszú távú gondozás iránti igény nagymértékű növekedésének hatásával. A pénzügyi ellátási programok ugyanakkor összegükben csekélyek voltak, és csak kevés igénybe vevőre terjedtek ki. Végül soron az új igények által kifejtett nyomás láthatóvá tette nem csak a hosszú távú gondozás számszerűen elégtelen voltát, hanem a létező támogatási rendszer alkalmatlanságát is arra, hogy megbirkózzanak az új igények pénzügyi hatásával. Az új intézkedések bevezetésére két alapvető okból volt szükség: egyrészt a növekvő igények kielégítése érdekében, másrészt azért, hogy megfékezzék az egészségügyi rendszer és a helyi segítő intézmények költségeinek növekedését. A reformokat tehát azért vezették be, mert a korábbi intézmények válságba kerültek, és tehermentesítésük érdekében új védelmi rendszerre volt szükség.

Ez az igény nem volt jelen Svédországban és az Egyesült Királyságban, ahol a létező hosszú távú gondozást nyújtó programok által biztosított védelem szintje jelentősen magasabb volt, és ahol a költségvetési nyomást kontrollálni lehetett olyan alkalmazkodási intézkedésekkel, melyekkel a szolgáltatásokat koncentráltabbá és célzottabbá tették, továbbá javították az ellátórendszer hatékonyságát. Ez az igény ugyanakkor Olaszországban nem tudatosult, itt a korábbi jóléti intézmények hiánya, legalábbis mindezidáig, legitimnek minősül, a családok által alkalmazott stratégiák megfelelnek a „csináld magad” kultúra széles körű elterjedtségének és a valóságos piacodásnak.

Hivatkozások

- Anttonen, A. and Sipilä, J. (1996) 'European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?', *Journal of European Social Policy* 6 (2): 87–100.
- Ascoli, U. and Ranci, C. (eds) (2002) *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer/Plenum.
- Bergmark, A. (1997) 'From Reform to Rationing? Current Allocative Trends in Social Services in Sweden', *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6: 74–81.
- Bettio, F., Simonazzi, A. and Villa, P. (2006) 'Change in Care Regimes and Female Migration: the "Care Drain" in the Mediterranean', *Journal of European Social Policy* 16 (3): 271–85.
- BMG (Bundesministerium fuer Gesundheit) (2006) *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Berlin: BMG.
- Bode, I. (2006) 'Disorganized Welfare Mixes: Voluntary Agencies and New Governance Regimes in Western Europe', *Journal of European Social Policy* 16 (4): 346–59.
- Daly, M. and Lewis, J. (1998) 'Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring', in J. Lewis (ed.) *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, pp. 1–24. Aldershot: Ashgate.
- de Boer, A. H. (ed.) (2006) 'Report on the Elderly 2006'. The Hague: Social and Cultural Planning Office of the Netherlands.
- DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (2005a) 'L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2005', *Etudes et Résultats*, No. 452: 1–4. Available at: [www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er452/er452.pdf].
- DREES (2005b) 'Les dépenses d'aide sociale départemental en 2004', *Etudes et Résultats*, 453: 1–8. Available at: [www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er543/er543.pdf].
- DREES (2006) 'Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'Allocation personnalisée d'autonomie', in *Etudes et Résultats*, 460: 1–12. Available at: [www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er460/er460.pdf].
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Glendinning, C. and McLaughlin, E. (1993) *Paying for Care: Lessons from Europe*, London: HMSO.

- Jacobzone, S. (1999) 'Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives', OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 38. Paris: OECD.
- Jacobzone, S. and Jenson, J. (2000) *Care Allowances for Frail Elderly and their Impact on Women Care-givers*. Paris: OECD.
- Klie, T. (1998) 'Pflege im sozialem Wandel', *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie*, 31 (6): 387–91.
- Kröger, T. and Silipa, J. (2005) *Overstretched. European Families Up Against the Demands of Work and Care*. Oxford: Blackwell.
- Leichsering, K. (2004) 'Developing Integrated Health and Social Care Services for Older Persons in Europe', *International Journal of Integrated Care* Jul.–Sep. Available at: [www.ijic.org].
- Lennarth, J. (2005) *Institutional Care for the Elderly in Sweden*. Stockholm: National Board of Health and Welfare.
- Lewis, J. (ed.) (1998) *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. London/Aldershot: Ashgate.
- Lewis, J. and Glennerster, H. (1996) *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.
- Martin, C. (2001) 'Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes', *Travail, Genre et Société* 6: 83–103.
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) (1996) *Aging in OECD Countries. A Critical Policy Challenge*. Paris: OECD.
- OECD (2004) *Long Term Care Policies for Older People*. Paris: OECD.
- Oesterle, A. (2001) *Equity Choices and Long-term-care Policies in Europe*. London: Ashgate.
- Pavolini, E. (2004) *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*. Roma: Carocci.
- Pickard, L., Comas-Herrera, A., Costa-Font M. J., Gori, C., Di Maio, A., Patxot, C., Pozzi, A., Rothgang, H. and Wittenberg, R. (2007) 'Modelling an Entitlement to Long-term Care Services for Older People in Europe: Projections for Long-term Care Expenditure to 2050', *Journal of European Social Policy* 17 (1): 33–48.
- Rostgaard, T. and Fridberg, T. (1998) *Caring for Children and Older People. A Comparison of European Policies and Practises*. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research.

- Rothgang, H. (1998) 'Die Wirkungen der Pflegeversicherung', in R. Müller and W. Voges (eds) *Sozialstaat und Pflege*, pp. 65–106. Augsburg: Maro.
- Schneekloth, U. and Mueller, U. (1999) *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Baden-Baden: Nomos.
- Tomassini, C., Glaser, K., Wolf, D. A., Broese van Groenou, M. I. and Grundy, E. (2004) 'Living Arrangements among Older People: an Overview of Trends in Europe and the USA', *National Statistics*, No. 115 (Spring). London: HMSO.
- Trenneborg, M. (1999) 'Municipal Control of External Providers within the Elderly Care', unpublished Master's thesis in International Management, School of Economics and Law, Göteborg, Sweden.
- Ungerson, C. (2003) 'Commodified Care Work in European Labour Markets', *European Societies* 5 (4): 377–96.
- Van den Wijngaart, M. and Ramakers, C. (eds) (2000) *Kunden und Qualitaet*, ITS, Katholieke Universiteit Nijmegen: ITS, Ubbergen, Tandem Felix.

Caroline Glendinning

**A választás, a minőség és a méltányosság összekapcsolása a
szociális szolgáltatásokban¹²**

**Szakértői értékelő áttekintés a szociális védelem és a
társadalmi befogadás tárgyában**

Szintézisjelentés

Az European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities
képviselésében ÖSB Consulting GmbH

Dánia, 2009

¹² A mű eredeti könyvészeti adatai: Caroline Glendinning (2009) Combining Choice, Quality and Equity in Social Services, Synthesis Report, On behalf of the European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, ÖSB Consulting.

A témában magyarul elérhető még a következő népszerűsítő kiadvány:

Európai Bizottság (2008) Tartós gondozás az Európai Unióban. Foglalkoztatási, Szociális és Esélyegyenlőségi Főigazgatóság – E.4 egység, Európai Közösségek, 2008

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&furtherPubs=yes&langId=hu&pubId=203&type=2> ;

továbbá a következő EU dokumentum:

A tartós gondozásra és segítségnyújtásra szoruló idős emberek jogairól és felelősségéről szóló Európai Charta. <http://62.77.128.221:8080/modszertan/download/ede/charta.pdf>

Összefoglaló

A dokumentum áttekinti az idősök tartós gondozásával kapcsolatos politika legújabb fejleményeit az Európai Unió tagállamaiban. A szakértői áttekintésben résztvevő államok: Dánia, az Egyesült Királyság, Észtország, Hollandia, Magyarország, Litvánia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország. Az áttekintés négy fejezetét fordítottuk le:

A. A releváns európai politikai kontextus	48
B. Idősellátási politika és helyzet a vendéglátó országban – Dánia	55
D. Tanulságok és a más országokban való alkalmazás kérdései	66
E. Következtetések és tanulságok	77

Kulcsszavak: Európai Unió, idősellátás, tartós gondozás, választás, minőség, méltányosság, szociális szolgáltatások

A. A releváns európai politikai kontextus

A.1. Demográfia

Az Európai Unió népessége gyorsan öregszik. A várható élettartam növekedése és a háború utáni baby-boom generáció idősödése miatt az idősöknek mind aránya, mind abszolút száma várhatóan drámai módon fog növekedni a következő ötven évben. 2004 és 2050 között a (65 év fölötti) idős emberek száma várhatóan 77 százalékkal, ugyanebben az időszakban a nagyon idősöké (80 év felettiek) 174 százalékkal fog növekedni az EU25-ben (EC, 2008). Bár az idős kor önmagában nem okvetlenül hozza magával a gondozás szükségességét, de a korrall növekszik az állapotromlás kockázata, ami szükségessé teszi a mindennapi élettevékenységekben nyújtott segítséget és/vagy a személyes gondoskodást. Ráadásul az olyan korfüggő, magas szintű támogatást igénylő állapotok előfordulása, mint a demencia, szintén növekszik a népesség idősödésével.

A 2004-es becslés szerint mindösszesen 12,6 millió embernek – a 65 éves kor fölöttiek 17 százalékának – volt szüksége korrall összefüggő állapot miatt támogatásra (Tsolova és Mortensen, 2006). Általában a nők nagyobb valószínűséggel válnak tartósan beteggé a kor előrehaladtával, mint a férfiak. Viták folynak arra vonatkozóan, hogy vajon az idősök jövőbeli kohorszána esetében a tartósan beteggé válásnak (és ezért a gondozás iránti szükségletnek) ugyanilyen szintjével kell-e számolnunk; vagy a népesség jobb egészségi állapota és a megelőző célzatú intézkedések oda vezetnek-e, hogy az idősök hosszabb ideig maradnak jó egészségi állapotban, és a támogatás iránti szükséglet összeszűkül az életvégi rövid periódusra. Mindazonáltal, feltételezve, hogy a várható fogyaték-mentes élettartam növekszik a várható élettartam általános növekedésével, a becslések szerint így is 30 százalékkal fog növekedni a gondoskodásra szorulóknak száma 2050-re az EU25-ben (EC, 2008).

A családtagok (különösen a házastársak és a felnőtt gyermekek) igen lényeges részt vállalnak az idősokról történő gondoskodásból, és számuk messze túlszárnyalja a hivatásos gondozókat, mint amilyenek a szociális munkások és az ápolók. Viszont ennek a gondoskodásnak a jövőbeni megszervezése nem biztosított. A nők növekvő munkaerő-piaci részvétele, a családok szétesése és újraépülése, valamint a regionális és globális munkaerőpiac következményeképpen kialakuló vándorlás, mind hatással van arra, hogy a fiatalabb nemzedékek képesek-e biztosítani a mindennapi gondoskodást az idős hozzátartozóknak.

Az informális gondozás támogatásának politikája ma igen előkelő helyen van az EU programjában; 2007 tavaszán tartott találkozójukon az európai foglalkoztatási és szociális miniszterek jóváhagyták, hogy az informális gondozók támogatása az EU egyik legfőbb prioritása legyen, ahogy azt az Európa Tanács közleményének főcíme is jelezte (EPSCO, 2007). De az időseket támogató, állami költségvetésből finanszírozott és formálisan szervezett szolgáltatások iránti szükséglet így is növekedni fog; kielégítése különösen sürgető lesz a dél- és keleti-európai tagországokban, ahol a tartós ellátást nyújtó formális szolgáltatások relatíve alulfejlettek.

A.2. A közkiadásokat érintő következmények

A szolgáltatások iránti megnövekedett igénynek súlyos következményei vannak a közkiadásokra nézve. Manapság a közkiadások szintje nagyban különbözik az egyes tagországok között; például sok északi országban a sokszorosát fordítják a központi költségvetésből az idősek tartós gondozására, mint néhány dél- és kelet-európai tagországban. A tartós gondozással kapcsolatos kiadások nagyobb mértékben különböznek az európai országokban, mint az akut egészségügyi ellátásra szánt kiadások (Huber, 2008). A kiadások szintjét erősen befolyásolja az egyes országokon belüli egyensúly a drágább intézményi ellátás és közösségi szolgáltatások között (Huber et al., 2008). A jövőre vonatkozó előrejelzések azt mutatják, hogy az idősödő népesség tartós gondozási szolgáltatások iránti szükségleteinek kielégítése további jelentős kiadásokat fog okozni. „Az OECD előrejelzése szerint 2050-re (a teljes gazdasági növekedéshez viszonyítva) az EU-15 kiadásai majdnem megduplázódhatnak, a GDP mai egy százalékáról csaknem két százalékára” (Huber et al., 2008: 102). Megjegyzendő, hogy ez az előrejelzés nem veszi figyelembe az újonnan csatlakozott tagállamokat, amelyeket hagyományosan a kiadások és a szolgáltatások számottevően alacsonyabb szintje jellemez, és ahol a költségek jövőbeni emelkedése valószínűleg sokkal nagyobb lesz, hogy „utolérjék” a demográfiai trendeket. Az is széles körben elfogadott álláspont, hogy a munkaintenzív gondozási szolgáltatásoknak messze alacsonyabb a potenciális termelékenységi nyeresége, mint az ipari termelésnek vagy a gazdaság más ágainak. A magánháztartások minden európai országban nagymértékben hozzájárulnak a tartós gondozás teljes költségéhez, mind anyagilag, mind pedig úgy, hogy a gondozási szükséglet kielégítéséhez szüksége teljes óraszám nagyobbik hányadát áldozzák erre a célra. A háztartások anyagi hozzájárulása történhet mind a gondozási költség egy

részének kifizetésével, mind a szolgáltatásoknak a magánpiacon történő megvásárlásával. Norvégiával, Ausztriával, Spanyolországgal, Németországgal és Svájcjal összehasonlítva Dániában a legkisebb a háztartások hozzájárulásának aránya a tartós gondozásra fordított kiadások egészén belül (Huber, 2008).

A.3. Az Európai Unió átfogó politikai elkötelezettsége és a nyitott koordináció módszere

A tagállamok kötelezettsége a hozzáférhető, magas minőségű és fenntartható egészségügyi ellátórendszer biztosítása és tartós gondozás nyújtása a következő szempontok figyelembe vételével:

- mindenki számára elérhető és szükségleteinek megfelelő gondoskodás, amibe beleértendő a hozzáféréssel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése;
- a gondozásra szorulás ne vezessen szegénységhez és anyagi függéshez;
- minőségi szolgáltatások, beleértve ebbe a megelőzést célzó, valamint az olyan szolgáltatásokat, amelyek megfelelnek az idős emberek és családjaik változó elvárásainak;
- a szükségleteknek megfelelő, magas minőségű és gazdaságilag fenntartható szolgáltatások, beleértve:
 - az ellátók és az igénybevevők megfelelő ösztönzését;
 - a jó irányítást és összehangolást;
 - a szakemberek és az igénybevevők felelősségvállalását.

Az EU tagállamai között a politikai koordináció keretét a nyitott koordinációs módszer (Open Method of Coordination, OMC) biztosítja. Ez olyan tevékenységeket foglal magába, mint a foglalkoztatáspolitikai, a szociális védelem és társadalmi befogadás, valamint a nyugdíjjal, egészségüggyel és tartós gondozással kapcsolatos ügyek. A lisszaboni stratégia kötelezi az Európai Uniót arra, hogy támogassa a tagállamok munkaerő-kínálatának fejlesztésével az egységes piac kialakulását. A szociális védelem és a gazdasági teljesítmény közötti kapcsolat miatt ez a kötelezettség magába foglalja annak a felelősségnek az elismerését, amit a munkavállaló korú népesség a szociális védelem programjainak finanszírozásáért visel (Rothgang és Engelke, 2009).

Azonban a tartós gondozás definíciójának különbözősége (EC, 2008), társulva a tartós gondozás struktúrájában és szervezetében az országokon belül és az országok között

tapasztalható eltérésekkel, lerontja a politikai koordináció érdekében tett erőfeszítéseket. Ráadásul a tartós gondozás kínálata elégtelennek minősíthető a jelenbeli, és még inkább a jövőben várható szükségletek kielégítésére. A szolgáltatások elérhetőségének akadályai továbbra is fennállnak, és ezek is nagyon egyenlőtlenül oszlanak meg az egyes országokon belül és az országok között (EC, 2008).

A.4. Az Európai Unió növekvő figyelme az „általános érdekű szociális szolgáltatások” („social services of general interest”) iránt

Az 1990-es évek közepe óta egyre nagyobb figyelem összpontosul az „általános (gazdasági) érdekű szolgáltatásokra”. A szolgáltatások eme osztálya az egyes tagállamok közhivatalainak felelősségi körében marad, de a gazdasági, területi és szociális kohézióhoz való hozzájárulásuk miatt e szolgáltatások jelentőséggel bírnak az EU tagállamain belül és azok között. Ennek a politikának a hatóköre mára kiterjedt az egészségügyi és szociális szolgáltatásokra éppúgy, mint a fizikai infrastruktúrára.

A 2004-es Fehérkönyv az „általános érdekű szociális szolgáltatások” szisztematikus megközelítését ajánlotta annak érdekében, hogy tisztázódjon a vonatkoztatási keret, amelyben ezek működnek és modernizálhatók. Az általános érdekű szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos első közleményt 2006 áprilisában fogadta el az Európai Közösségek Bizottsága. A közlemény első lépésként meghatározta a szektor speciális jellemzőit; irányelvet javasolt a közösségi szabályok alkalmazásához; valamint új konzultációt hirdetett meg a tagállamok és az érdekeltek számára. Az ezt követő, 2007 novemberében elfogadott közlemény az általános érdekű szolgáltatásokról, beleértve a szociális szolgáltatásokat is, bemutatta a konzultáció eredményeit. Hangsúlyozta a szociális szolgáltatások jelentőségét az EU céljainak teljesítésében; sorra vette a szociális szolgáltatások specifikus céljait; és elemezte, hogy ezek a sajátos célok miképp tükröződnek az általános érdekű szociális szolgáltatások szervezésében, nyújtásában és finanszírozásában. A közlemény tehát fontos lépés volt az általános érdekű szociális szolgáltatások sajátos jellemzőinek tudatosításában. A közlemény ugyanakkor megerősítette a Bizottság elköteleződését az általános érdekű szociális szolgáltatásokra alkalmazható törvényi keret tisztázása iránt. Az állami támogatás alkalmazásával és a közbeszerzéssel kapcsolatos két „Gyakran ismételt kérdések” című dokumentum, valamint az állampolgárok, közhivatalok és szolgáltatók kérdéseire válaszoló, interaktív tájékoztató szolgálat a kifejeződése ennek az elköteleződésnek. A közleményben

egy olyan stratégiára vonatkozó javaslat is szerepelt, aminek célja a szociális szolgáltatások minőségének javítása lenne.

A Bizottság 2006-os közleményében szintén kötelezettséget vállalt kétévenkénti jelentés nyilvánosságra hozására annak érdekében, hogy javítsa a szolgáltatóknak, más érdekelteknek és magának a Bizottságnak a tudását az általános érdekű szociális szolgáltatások helyzetéről az EU-ban, valamint a közösségi szabályok alkalmazásáról és hatásáról e szolgáltatások fejlődésére. A Bizottság ezek után egy nagyobb tanulmányt készített a szociális szolgáltatások fejlődéséről (Huber et al., 2008). Az első kétéves jelentés, ami 2008. július 2-án jelent meg, átfogó képet nyújt az általános érdekű szociális szolgáltatások helyzetéről az EU-ban. Leírja a társadalmi-gazdasági körülményeket, és a főbb gazdasági és társadalmi változásokat is, amelyekhez alkalmazkodniuk kell. Betekintést nyújt azokba a módokba, ahogy alkalmazkodnak a növekvő szükségletekhez és kényszerekhez, valamint abba, hogy ezek a változások miképp hatnak a szociális szolgáltatások szervezésére, finanszírozására, illetve nyújtására, összefüggésben a főbb EU szabályokkal (CEC, 2008).

A.5. Gondozási, szolgáltatási és foglalkoztatási célok

A hivatalos gondozási szolgáltatások, akár intézményekben vagy közösségi, illetve otthonközeli szervezésekben látják el őket, nagymértékben munkaintenzívek. Valójában a szolgáltatások minősége, ahogy azt a végfelhasználó tapasztalja, alapvetően függ a gondozásban dolgozók jellemzőitől, valamint a kapcsolattól, amit ők képesek kialakítani és fenntartani a gondozás igénybevevőivel. Egy növekvő mértékben szolgáltatás-központú európai uniós gazdaságban, a szociális és tartós gondozási szolgáltatásokban jelentős lehetőségek rejlenek az új munkahelyek létrehozására vonatkozóan, ezzel pedig a szektor hozzájárulhat a lisszaboni politikai stratégia teljesüléséhez. 1995 óta ez a szektor igen jól teljesített az új foglalkoztatási lehetőségek megteremtésének vonatkozásában (Huber et al., 2008). 2000 és 2007 között az egészségügyi és szociális ellátás foglalkoztatási részesedése a – a szektorban foglalkoztatottak számát a munkavállaló korú személyek teljes létszámához viszonyítva – a férfiak esetében 2,4 százalékról 2,7 százalékra, a nők esetében 8,4 százalékról 9,8 százalékra nőtt. A női és férfi munkavállalók aránya közötti különbség az EU15 országaiban még jelentősebb, az egészségügyi és szociális ellátás foglalkoztatási részesedése 2007-ben a férfiak esetében 3,1, a nők esetében 11,1 százalék volt. A szektorban foglalkoztatott munkavállalói korú nők aránya különösen magas a skandináv országokban,

valamint Hollandiában; és a nemek közötti különbségek a legmagasabbak azokban az országokban, ahol a női foglalkoztatás a legmagasabb. 1995 és 2007 között az idősebb (55-64 éves), az egészségügyben és a szociális ellátásban foglalkoztatott munkavállalók száma szintén számottevően növekedett. Az EU elkötelezett a tartós gondozásban dolgozók megfelelő toborzása, képzése és átképzése iránt (CEC, 2008).

Viszont az egészségügyi és szociális szolgáltatásokban foglalkoztatottak aránya a teljes foglalkoztatottságon belül erősen eltérő az Európai Unióban. Az országok három csoportját azonosíthatjuk. A balti, déli és kelet-európai országokban csak négy-nyolc százalék közé esik az egészségügyi és szociális ellátásban foglalkoztatottak aránya. A második csoport (melybe Ausztria, Luxemburg, Írország, Németország és az Egyesült Királyság tartozik) esetében ez a részesedés nyolc és tizenhárom százalék közé esik. A harmadik csoportba a skandináv országok zöme és Hollandia tartozik, ezek esetében a legmagasabb az egészségügyi és szociális ellátásban foglalkoztatottak aránya. Az összes uniós ország közül 18 százalékkal Dániában a legmagasabb az egészségügyi és szociális ellátásban foglalkoztatottak aránya (Huber et al., 2008).

Az egészségügyi és szociális szolgáltatási szektor expanziója továbbra is alapvető fontosságú az EU foglalkoztatási céljainak elérésében. Ez az expanzió különösen fontos abból a szempontból, hogy a szektor nőknek és idősebb munkavállalóknak kínál elhelyezkedési lehetőséget, olyanoknak tehát, akiket prioritási csoportként jelöl meg a lisszaboni menetrend, az ő munkaerő-piacra való belépésük ösztönzését kiemelt fontosságúnak ítélve. Ebben a szektorban viszont a szokásosnál nagyobb valószínűséggel fordulnak elő részmunkaidős szerződések, a szokásostól eltérő munkabeosztás, a határozott idejű munkaszerződések és az alacsonyabb bérszínvonal (ami tükrözi a női foglalkoztatás dominanciáját a szektoron belül). Másrészt, amennyiben ebben a szektorban a foglalkoztatást – közvetlenül vagy áttételesen – a közkiadásokból finanszírozzák, kevésbé van kitéve a rövid távú gazdasági ciklus-hatásoknak. Valójában a szektor rendkívül jól teljesített a munkahelyteremtés vonatkozásában, olyan időkben, amikor más szektorok összeszűkültek; a szociális szolgáltatásban foglalkoztatottak száma egyaránt folyamatosan emelkedett a gazdasági növekedés gyorsuló és lassuló szakaszaiban (Huber et al., 2008).

A tagállamok egyik fő gondja a megfelelő, jól képzett munkaerő biztosítása a házigondozás, a bentlakásos és napközbeni ellátás területén (EC, 2008). Az unión kívüli területekről mostanában érkezett menekültek foglalkoztatása az EU egészében gyorsan növekszik az egészségügyi és szociális szektorban, de még így is relatíve korlátozott.

A.6. A piac fejlődése a szociális és tartós gondozást nyújtó szolgáltatások területén

A tartós gondozási szolgáltatások piaci alapú megközelítését széles körben támogatják azon az alapon, hogy ez javítja a hatékonyságot, növeli a választás lehetőségét és az átláthatóságot. Manapság sok európai országban jelentős verseny van a tartós gondozást végző szolgáltatók között; ezek az ellátók növekvő mértékben versenyeznek a közpénzekből finanszírozott szolgáltatásokért ugyanúgy, mint a magánvásárlókért azokban az országokban, amelyekben a tartós gondozás állami rendszere reziduálisabb.

A tartós gondozási szolgáltatások állami intézményei még mindig dominálnak a Cseh Köztársaságban és Svédországban (az előbbiben az ellátás 80 százalékát, az utóbbiban 70 százalékát nyújtják az állami szolgáltatók). A spektrum másik végén az állami szolgáltatók a tartós gondozási piacnak csak 10 százalékát adják az Egyesült Királyságban és 5 százalékát Németországban. A magánellátók vonatkozásában is alapvető különbségek vannak az országok között a non-profit és for-profit ellátók piaci részesedése tekintetében. Hollandiában a non-profit ellátók felelnek a teljes ellátás 80 százalékáért, míg az Egyesült Királyságban a for-profit vállalkozások élveznek hasonló piaci részesedést. Európa más részein – Németország kivételével – a for-profit vállalkozók aránya nagyon csekély (CEC, 2008).

Ezeknek a piaci fejleményeknek a nyomán a korábbi „állami programra” tett hangsúlyt, mely olyan szabályozó mechanizmusokat alkalmazott, mint a költségvetés-tervezés, a minőségi tanúsítvány és ellenőrzés, mára felváltotta a piaci mechanizmusokat felhasználó szabályozás prioritása. Az utóbbihoz tartozhat a piacokért folytatott verseny (például a közszektorbeli vásárlók nagy volumenű szerződéseier); és a piacokon belüli verseny (például az egyedi vásárlókkal kötött üzletért). Néhány programban az igénybevevő közvetlen vásárlóvá válik, egyénileg juttatott közforrások felhasználásával vásárolhat magánvállalkozások által nyújtott szolgáltatásokat. A készpénz-juttatás, a szolgáltatási utalvány (voucher) és az egyéni költségvetés tartozik azok közé a mechanizmusok közé, melyekkel elő lehet segíteni a versenyt a tartós gondozás piacán. Viszont a „tisztá” piaci szabályozó mechanizmusokat minden esetben módosítják: gyakran a közszféra szervezetei a legnagyobb vásárlók (monopszónia); az információs aszimmetria széles körű; és a nem-piaci, menedzseri szabályozási mechanizmusok, mint az ellenőrzés és minőség-alapú működési engedély szintén általános (CEC, 2008). Az értékvezérelt verseny – az olyan verseny,

amelyben a szolgáltatások minősége a fő tényező – általában fejletlennek tekinthető. (Huber et al., 2008).

B. Idősellátási politika és helyzet a vendéglátó országban – Dánia

B.1. Háttér

B.1.1. A demográfiai helyzet, valamint a közkiadások az egészségügyi és szociális ellátás területén

Jelenleg a dán népesség 14,8 százaléka 65 évnél idősebb, és 4 százaléka 80 év fölötti. 2007 és 2040 között a 80 év feletti állampolgárok száma előreláthatóan megduplázódik, 224,000-ről 450,000-re nő. Az időskorú eltartottak aránya (az idős emberek száma osztva a munkavállaló korú népesség számával) jelenleg 22 százalék, viszont a jövőben 42 százalékra fog nőni (OECD, 2006). Szokatlan módon az egészségügyi kiadások 1980 és 2002 között nyolc százalékról 7,3 százalékra csökkentek. A tartós gondozásra szánt közkiadások jelenleg a GDP 1,8 százalékát teszik ki; a házigondozásra kifizetett magánpénzek aránya nagyon csekély, csak 0,1 százalék körüli (OECD, 2005). A tartós gondozási szolgáltatások fedezetét később tovább részletezzük.

Dánia az egyik első európai országgént fogadott el olyan politikát, amely az idős embereknek a közösségekben tartását támogatta, szemben az intézményi ellátással. Az idősök és fogyatékkal élők lakhatásáról szóló 1987-es törvény megtiltotta az ápoló otthonok építését, ehelyett az idősök számára a speciális és védett lakhatási lehetőségek kialakítását ösztönözte. Ez a védett és átalakított lakások kiterjedt építési programjának elindulását hozta magával. A következő 20 évben ennek eredményeként az ápolóotthoni férőhelyek száma a felére csökkent, és a kiadások átrendeződtek az intézményi szolgáltatásoktól az otthonközeli és közösségi alapú szolgáltatásokhoz. 2002-re a 65 év fölötti népességnek mindössze három százaléka, a 80 év fölöttieknek pedig 10 százaléka élt ápolóotthonban. Csak a leginkább ellátásra szoruló idős embereket – gyakran a demenciában szenvedőket – fogadják be az ápolóotthonokba; becslések szerint az ápolóotthonokban élő demens lakók aránya 50 és 80 százalék között van. Az ellátás súlypontjának az intézményi ellátástól a közösségi-alapú szolgáltatásokra való áthelyeződése 1985 és 1995 között a tartós gondozás költségeinek a GDP 2,4 százalékaról, 2,2 százalékra csökkenését hozta (Stuart and Weinrich, 2001).

B.1.2. A kormánynak az idősellátási szolgáltatásokért viselt felelőssége

A dán politika középpontjában az állami szolgáltatások állnak, és a rendszer univerzális. A szolgáltatásokat az adókból finanszírozzák, és az igénybevevők számára – tekintet nélkül a jövedelmükre – ingyenesek. A helyi, regionális (megyei) önkormányzatoknak és a központi kormányzatnak egyaránt megvan a maga felelőssége. A közszolgáltatások strukturális keretét 2007-ben átalakították; ez megerősítette, hogy a központi kormány alakítja ki az általános törvényi keretet, míg a helyhatóságoké a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos felelősség egésze, és ők biztosítják a szolgáltatáshoz való hozzájutás belépési pontját. Az öt megyei (regionális) hatóság felelős a finanszírozásért, a tervezésért, és az egészségügyi szakellátásért, az alapellátásért (kivéve az otthonápolást), a gyógyszerellátásért és az egészségvédelemért. Az egészségügyi ellátást főleg adókból finanszírozzák, így az egyének anyagi vagy munkaerő-piaci helyzete nem játszik szerepet az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásban. A megyék hozzájárulnak az alapellátási szolgáltatásokhoz (háziorvosi, fogorvosi ellátás, és így tovább), a kórházi és a tartós gondozásra szoruló idős pszicho-geriátriai ellátásához (Ministry of Social Affairs, 2006). Az idősellátási szolgáltatások alapelvei közé tartozik a rugalmasság és az egyéni szükségletek kielégítésére való képesség, az idős ember családjában jelentkező szükségletek figyelembe vétele; valamint az önségítésre és a megelőzésre helyezett hangsúly.

A 98 települési önkormányzat felelős a háziápolási szolgáltatásokért, a védett lakhatásért, az ápolóotthonokért, valamint minden házi, személyes és háztartási segítő szolgáltatásért, beleértve ebbe a nap 24 órájában rendelkezésre álló segítségnyújtást a saját otthonukban vagy speciális lakásban élőknek. Ezeknek a szolgáltatásoknak a finanszírozása az önkormányzatoknak járó jövedelemadóból származik, amit kiegészít a központi kormányzat. Az önkormányzatok felelősek a területükön a szolgáltatások szintjének megállapításáért; valamint a célok, a minőség és teljesítmény értékelési kereteinek megállapításáért a helyi szolgáltatók számára. Az önkormányzatok a központi kormány által megszabott költségvetési irányelveken belül (amibe beletartozik a helyi adó felső határának meghatározása) dönthetnek forrásaiknak a különböző szolgáltatások közötti elosztásáról; valamint maguk határozhatnak a segítségnek az egyéni szükségletfeltáráson alapuló elosztásáról. Nincs formális jogosultsági küszöb, és a házi gondozásnak az egyéni szükségletek szerinti biztosítására vonatkozó törvényi elvárásokat szabadon értelmezhetik a helyhatóságok (Doyle és Timonen, 2007). Széles körben elfogadott elv, hogy mindenkinek, aki ugyanazon a területen él, joga van az egyenlő elbánáshoz és a szolgáltatásokhoz való

egyenlő hozzáféréshez. Az önkormányzati önállóság skandináv tradíciója azt jelenti, hogy a szolgáltatások mintái eltérőek lehetnek az egyes önkormányzatok esetében. Viszont – mivel a szolgáltatásokat az egyéni szükségletekhez igazítják – nem mindig könnyű a szolgáltatások méltányos eloszlását összehasonlítani az egyes egyének között, akár az egyes önkormányzatokon belül, akár azok között (Rostgaard, szóbeli közlés).

Az 1972-es Szociális szolgáltatási törvény tartalmazza a tartós gondozás önkormányzati szolgáltatásainak törvényi keretét. Minden önkormányzatnak kötelessége a házi gondozás felajánlása azoknak, akik nem képesek a mindennapi élet szokott tevékenységeit ellátni, hogy képessé váljanak saját otthonukban maradni, ameddig csak lehetséges. Fontos cél, hogy megelőzzék a rászorulóknak fizikai és mentális egészségi állapotának romlását. A szolgáltatások közé tartozik:

- háztartási (házi) segítségnyújtás, személyes gondozás és háziápolás;
- étkeztetés;
- lakás-átalakítás és segédeszköz-kölcsönzés;
- szállítás;
- napközbeni ellátás;
- megelőzési célzatú látogatás;
- részvételi lehetőség preventív célú tevékenységekben és/vagy segítség az önállóság fenntartásában;
- védett lakhatási lehetőségek, speciálisan átalakított szállások és ápolóotthonok.

Csaknem minden szolgáltatás ingyenes az igénybevevők számára. Megszabott hozzájárulást kell fizetni az ételszállításért; az ápolóotthonokban pedig jövedelemtől függő térítési díjat kell fizetni a hotel-szolgáltatásért és az olyan kiegészítő szolgáltatásokért, mint a fodrász vagy a pedikűr. Jövedelemtől függő árat kell fizetni az átmeneti segítségnyújtásért, de a tartós gondozás ingyenes.

B.1.3. Helyi házi segítségnyújtási és közösségi-alapú idősellátási szolgáltatások

A szolgáltatások valódi választéka és szintje, a jogosultsági kritériumok és a segítségnyújtás szintje és típusa eltérő az egyes önkormányzatok költségvetésétől és politikai prioritásaitól függően. 1998-ig a helyhatóságok nagyvonalúak voltak a házigondozó szolgáltatások biztosításában, a 80 év fölöttieknek körülbelül 60 százaléka részesült ezekből. A 80 év fölöttieknek mintegy harmada csak gyakorlati háztartási (házi) segítséget kapott. 1998 óta a helyhatóságok egyre inkább csak azoknak biztosítanak házi segítségnyújtást,

akiknek személyes gondozásra is szükségük van. Ennek ellenére még mindig Dánia nyújtja – valamennyi európai ország közül – a legmagasabb szintű házigondozást a 65 év fölöttieknek (Doyle és Timonen, 2007). A 65 év felettek körülbelül 25 százaléka kap valamilyen házigondozási szolgáltatást, míg a norvég 65 év felettek 15 százaléka, a brit idősök több mint 5 százaléka, a németek 2 százaléka részesül házigondozásban (Rostgaard, 2007a).

Ahogy más országokban, ezekkel a szolgáltatásokkal egyre inkább a legrászorulóbbakat célozzák meg. Mivel nemrég megváltozott a tevékenység-adatok gyűjtési módszere, nehéz megállapítani a hosszú távú trendeket; viszont 1982. és 2001. között a 67-79 éves házigondozásban részesülők aránya nagyjából állandó, 13 százalék volt, míg a 80 év fölötti házigondozásban részesülők (akiknek általában magasabb a gondozási szükséglete) aránya 36 százalékról 50 százalékra növekedett. 2005-ben 203.261 fő részesült folyamatos házi segítségnyújtásban; ezek közül 109 454 volt 80 év fölötti – ami a 80 év fölöttiek nagyjából felét teszi ki. Emellett 60 966 fő részesült étkeztetésben és 44 740 ember élt 24 órás segélyhívó szolgálattal rendelkező védett szálláson vagy ápolóotthonban (Szociális Minisztérium, 2006).

1998. óta törvényi előírás, hogy minden 75 év feletti állampolgárnak, aki nem részesül más szolgáltatásban, fel kell ajánlani az önkormányzati alkalmazásban álló gondozás-menedzser legalább évi két „preventív” látogatását. A látogatások célja az idős ember szükségleteinek vizsgálata; a jövőben várható szükségletek előrejelzése; és az egészségvédelmi programokban való részvétel ösztönzése. Bár a preventív látogatások felajánlását vissza lehet utasítani, ezeknek a látogatásoknak a száma folyamatosan növekszik. Akiknek szükségük van segítségre és támogatásra, jogosultak az egyéni szükségletfelmérésre, amit az önkormányzat alkalmazásában álló házigondozási asszisztens végez el. Nem használnak sztenderdizált, univerzális feltérési eszközt; inkább minden egyes feltérés az egyén funkcionális képességét vizsgálja a tágabb környezetének viszonylatában. A feltérés figyelembe veszi az idős ember élettársa/házastársa képességét a praktikus házi (háztartási) segítségre, de nem vizsgálja a háztartáson kívül élő felnőtt gyermekek vagy más családtagok körülményeit, akik esetleg – elméletileg – gondozhatnák az idős embert. Ehelyett az egyedül élő embereknek nyújtott személyes gondozást és házi segítségnyújtást a jóléti állam felelősségének tekintik. A szolgáltatásokat igénybevevő idősök helyzetét rendszeresen és automatikusan minden hatodik hónapban felülvizsgálják, amennyiben személyes gondozásra is szükségük van. Azoknak az idősöknek, akik nem elégedettek a feltéréssel, joguk van fellebbezni. Az ápolóotthonba való felvételről egy szakmaközi önkormányzati felvételi bizottság dönt, miután megvizsgálja, hogy bármilyen alternatív vagy kiegészítő házi

segítségnyújtás elkerülhetővé tesz-e a felvételt. Az ápolóotthonba való beköltözés nem kikényszeríthető, még akkor sem, ha az olcsóbb lenne, mint a szükséges házigondozási szolgáltatások. 2009 januárjától az ápolóotthoni ellátásra jogosult idősök számára biztosították, hogy két hónapnál többet nem kell várniuk a felvételre.

Minden helyhatóságnak nyilvánosságra kell hoznia minden személyes és praktikus házi segítségnyújtási szolgáltatás árát és minőségi sztenderdjeit. A minőségi sztenderdeket évente felülvizsgálják.

B.2. A legutóbbi idők reformjai

B.2.1. A „szabad választást” célzó reform

Az 1990-es évek eleje óta viták folytak arról, hogy több választási lehetőséget vezessenek be a tartós gondozási szolgáltatások területén, mert korábban csak az önkormányzatok biztosítottak szolgáltatásokat. 2002-ben a liberális-konzervatív kormány rendeletben írta elő, hogy a megyéknek és a helyhatóságoknak kötelezően „szabad választást” kell ajánlaniuk a gyermekek napközbeni gondozása, a kórházi ellátás és az idősök házigondozási szolgáltatásainak területén. Így manapság a helyhatóságoknak informálniuk kell a területükön élőket a választási jogokról, és egy választási ciklusban legalább egy alkalommal tárgyalniuk kell arról, hogy miképp lehetne kiterjeszteni a meglévő választási lehetőségeket, illetve miképp lehetne új választási lehetőségeket bevezetni. Ezeknek a változásoknak a célja a hatékonyság javítása; a nagyobb költségvetési objektivitás és elszámoltathatóság biztosítása; valamint a költségek keretek között tartása volt. Sok önkormányzat nyilatkozott kedvezően a változásokról, mivel a létező szolgáltatásokat rosszul működőnek és szélsőségesen bürokratikusnak látták (Doyle és Timonen, 2007). A „szabad választást” célzó reform végrehajtásának költségére évi 500 millió dán koronát juttatott a dán kormány az önkormányzatoknak. 2006-tól további évi 500 millió dán koronát nyújt a kormány az önkormányzatoknak a jobb és rugalmasabb házi segítségnyújtási szolgáltatásokra; 2007-től pedig további 300 millió dán koronát kapnak az önkormányzatok évente az népesség idősödése okozta nyomás enyhítésére (Szociális Minisztérium, 2006).

B.2.1.1. A praktikus/házi segítségnyújtás kiterjesztése a személyi gondozással

A szabad választást 2002-ben vezették be a praktikus és házi segítségnyújtás szolgáltatásaiban. A szükségletfelmérést még mindig az önkormányzatok végezték, de a

szolgáltatásvásárlást elkülönítették a szolgáltatás nyújtásától, és az állami (önkormányzati) ellátók egyenlő feltételek mellett versenyeznek az új szolgáltatókkal. Így 2002-től az idősök választhatnak a magán- és állami szolgáltatók között, akik az olyan feladatokat végzik, mint a takarítás, bevásárlás és mosás; ezt a segítségnyújtást továbbra is közpénzből fizetik. A választásnak a praktikus és házi segítségnyújtásra való korlátozása azt a kételyt tükrözi, hogy vajon megfelelő-e a piac bevezetése az olyan intimebb szolgáltatások területére, mint amilyen a személyes gondozás. 2003-ban viszont a személyes gondozást is bevonták a szabad választást biztosító lehetőségek közé; a választást szintén lehetővé tették a bentlakásos ellátásban, beleértve ebbe akár a más önkormányzatok területén lévő férőhelyek választásának lehetőségét is. A szabad választást a jövőben ki akarják terjeszteni, lehetővé téve az igénybevevők számára a fogyatékos-barát módon felszerelt és kialakított szállások közötti választást, viszont valószínűtlen, hogy az otthonápolás bekerülne a választási alternatívákkal rendelkező szolgáltatások közé.

Az önkormányzatoknak ma biztosítaniuk kell, hogy több alternatív házigondozási szolgálat álljon rendelkezésre az állami ellátók mellett. Ideális esetben ezek mindegyike képes mind praktikus/házi segítségnyújtási, mind személyes gondozási szolgáltatást nyújtani. Valójában sok magánvállalkozás csak praktikus segítséget nyújt, mert az igénybevevők kisebb hányada igényli a személyes gondozást, és a 24 órás készenlét megszervezése problémát jelent számukra. A praktikus/házi segítségnyújtás és a személyes gondozás továbbra is ingyenes.

B.2.1.2. Az ellátó kiválasztása

A szükségletfeltárás során az idős embereknek információt adnak a helyben elérhető szolgáltatókról, és megkérik őket, hogy válasszanak az ellátók bemutatkozása és a vállalkozás profilja alapján. Az asszisztens nem segíthet a választásban; de arról nincs információnk, hogy mi történik akkor, ha egy idős ember nem képes választani, bár ez gyakran megtörténik (Rostgaard, 2007b). Nem ösztönzik sem az állami, sem a magánszolgáltató választását, csak a választás kötelezettségét támogatják. Mindazonáltal a magánszolgáltatók gyakran érvelnek reklámkiadványaikban, hogy ők inkább képesek biztosítani a szolgáltatás folyamatosságát akár egy vagy korlátozott számú igénybevevő esetén is. A magánszolgáltatók kiegészítő szolgáltatásokat ajánlhatnak, például az ablaktisztítást is, piaci alapon. Az önkormányzati szolgáltatók nem ajánlhatnak kiegészítő szolgáltatásokat azokon felül, amelyeket az önkormányzat fizet, és ez a szakértők értékelése szerint a verseny egyenlőtlenségéhez vezet.

A „szabad választással” kapcsolatos attitűd jelentősen megváltozott. 2003-ban még a 15 településen meginterjúvott igénybevevők több mint fele mondta, hogy a szolgáltató szabad megválasztása nem fontos, vagy nem tud erről a lehetőségről; 76 százalékuk nem szándékozott változtatni a szolgáltatóján. (Rostgaard, 2007a). 2007-ben viszont a magánszolgáltatókat igénybevevők 63 százaléka mondta, hogy a választási lehetőség fontos vagy nagyon fontos, és ugyanezt állította az önkormányzati házigondozó szolgáltatásokat igénybevevők 45 százaléka is. A magánellátók által biztosított házigondozási szolgáltatások igénybevevői szignifikánsan nagyobb valószínűséggel voltak elégedettek az őket gondozók számával, mint az önkormányzati szolgáltatásokéi, és ugyanez volt a helyzet a házi segítségnyújtást biztosító szolgálatok megbízhatóságának megítélésére vonatkozóan is (SFI, 2007). 2007-ben az idősek igen magasra értékelték a szabad választás lehetőségét, összehasonlítva a szolgáltatások más sajátosságaival (Rostgaard és Thorgaard, 2007). Az elégedettség vonatkozásában megnyilvánuló különbségek tükrözhetik a magán- és állami szolgáltatók eset-összetétele közötti különbséget is. Akiknek személyes gondozásra van szükségük, inkább az önkormányzati szolgáltatót választják, és magasabb fokú funkcionális sérülésük naponta több látogatást igényel. Ezért nagyobb valószínűséggel több gondozó megy hozzájuk, és kevésbé tudnak megbirkózni a lemondott vagy késedelmes látogatások problémájával.

B.2.1.3. A szabad választást lehetővé tevő politika és a piaci részesedések

A magán és állami házi segítségnyújtási kínálatot 2004-ben, 2005-ben és 2007-ben értékelték. A 2007-es értékelésben a helyhatóságok 88 százaléka vett részt, ami a 67 évesnél idősebb állampolgároknak körülbelül 92 százalékát fedte le (Ankestyrelsen, 2007); a vizsgálat szerint a helyhatóságok 76 százaléka volt képes biztosítani a szolgáltatóválasztást a házigondozásnak legalább egy főbb területén, azaz a személyes gondozás, praktikus segítségnyújtás vagy az étkeztetés területén. 2005-ben ugyanez volt a helyzet, így növekedésről az utóbbi időkben ezen a területen nem beszélhetünk. 2006-ban a válaszoló helyhatóságok 74 százaléka ajánlott választási lehetőséget a praktikus segítségnyújtás területén, és a válaszadók négy százaléka ajánlott szabad választást a három idősellátási szolgáltatáskategória mindegyikében. A 2007-es értékelés nem foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy az idősek mekkora hányada választott magánszolgáltatót. A dán statisztikai adatok viszont azt mutatják, hogy 2004-ről 2005-re 44 százalékkal (7 500 fővel) növekedett a magánszolgáltatók praktikus/háztartási segítségnyújtási szolgáltatását használók száma.. 2005-re mindösszesen 24 631 (bármely életkorú) ember vett igénybe praktikus/házi

segítségnyújtási szolgáltatásokat magánellátóktól; ez a 15,3 százaléka azoknak, akiknek lehetőségük volt választani. Az arány nem változott jelentősen, bármely korcsoportot nézzük is. 2005-ben a házi/praktikus segítségnyújtás piacán a magánellátók részesedését 10,5 százalékra becslik. A magánszolgáltatók kevésbé népszerűek az intim, személyes gondozás területén. 2005-ben 2 800-an választottak magánszolgáltatót a személyes gondozáshoz, ami az előző évi 1 900 főhöz viszonyítva jelentős növekedést jelez, de még így is csak a választási lehetőséggel rendelkező, személyes gondozást igénybevevők 2.8 százalékát jelenti. Az arány ez esetben sem különbözik a különböző korú személyes szolgáltatásokat igénylők esetében. 2005-ben a magánellátók piaci részesedése a személyes gondozás területén mindössze három százalék volt.

B.1. táblázat

A személyes gondozást (ágyból kivétel, fürdetés, öltöztetés, stb.) biztosító magánellátók, 2005

	A magánszolgáltatóktól személyes gondozást igénybe vettek	Választási lehetőséggel	%
Összesen	2 805	99 116	2.8
65 év alattiak	462	12 882	3.6
65-66 évesek	56	2 001	2.8
67-79 évesek	836	27 868	3.0
80+ évesek	1 451	56 365	2.6

Forrás: Statistics Denmark, 2005.

B.2.1.4. Egyenlőtlenség a személyes gondozást végző megválasztásával kapcsolatban

A helyhatóságok becslése szerint 2005-ben a megállapított személyes gondozási szükséglettel bírók öt százaléka választott magánszolgáltatót. Viszont csak az önkormányzatok 43 százaléka kínált szabad választást a napközbeni személyes gondozást végzők között, és ezeknél a helyhatóságoknál tízszeresnyian választottak magánellátót. Ez azt sugallja, hogy ha a szabad választás lehetősége az egész országban adott lenne, a magánellátók részesedése magasabb volna, mint öt százalék (Ankestyrelsen, 2007). Valójában a személyes gondozást végző szolgáltatók közötti választási lehetőség nagyon egyenlőtlenül oszlik el, személyes gondozást végző magánellátók nagyrészt csak Koppenhágában és a más városi területeken vannak. Koppenhágában és más városokban átlagosan legalább három

személyes gondozást végző szolgáltató van, ugyanez az átlag a kistelepüléseken csak 1.3 százalék.

Az önkormányzatok tizenhét százaléka jelezte, hogy milyen okokat jelöltek meg a magánellátók, amiért nem ajánlanak személyes gondozást. Ezek közé tartozik a személyes gondozási szolgáltatások korlátozott piaca; a nagy földrajzi távolságok; a 24 órás ellátási kötelezettség; a személyes gondozást végzőktől elvárt képzettség; a felelősség mértéke; és az, hogy az igénybevevők eleve előnyben részesítik az önkormányzati szolgáltatókat a személyes gondozás esetén. Négyből három önkormányzat elvárja a szolgáltatótól, hogy 24 órás személyes gondozást ajánljon. Hatvan százalékuk azt is elvárja, hogy a gondozók rendelkezzenek alapszintű gondozási képesítéssel (social- og sundhedshjælper), 17 százalékuk még további képesítést is elvár, amennyiben a gondozó olyan speciális helyzetekben dolgozik, mint a demencia vagy a látássérültség. Egy további akadály, amiről az önkormányzatok 27 százaléka számolt be 2006-ban, hogy a magánellátóktól elvárták az önkormányzati számítógépes rendszer használatát. Néhány magánellátó pedig az önkormányzati háziápolási szolgálattal való együttműködés nehézkességéről tudósított, de ez kevés helyen fordult elő, és talán az új szolgáltató szervezetek tapasztalatlanságát tükrözheti.

B.2.1.5. A gondozókra gyakorolt hatás

Sok más országgal összehasonlítva a dán házigondozási munkaerő jól képzett, és többségük részmunkaidőben dolgozik. Elbeszélések szólnak arról, hogy sokan mind az állami, mind a magánszolgáltatóknál dolgoznak, amiért a magánellátók kissé magasabb fizetést ajánlanak (Doyle és Timonen, 2007). A magánellátók által foglalkoztatott gondozók nagyobb rugalmasságról és a munka megszervezésével kapcsolatban nagyobb önállóságról számolnak be; ezeket az előnyöket esetleg ellensúlyozza a magasabb fokú felelősség és a kollégákkal végzett csapatmunka lehetőségének csökkenése (Rostgaard, 2007b). Mindazonáltal, a gondozók korösszetételét figyelembe véve, a becslések szerint 6 500 új házigondozót kell toborozni a következő évtizedben, ha a foglalkoztatottak cserélődésének és a szolgáltatási szükséglet növekedésének problémájával az önkormányzatok meg akarnak birkózni (Doyle és Timonen, 2007).

B.2.2. A minőség reformja

A szabad választás kialakulása gyakorolt némi hatást a gondozási tevékenység megszervezésére, amennyiben az elvégzendő feladatokat a korábinál erőteljesebben meghatározzák, miközben elvégzésükre kevesebb idő marad. A korábbi munkaszervezés,

mondjuk, egy órát írt elő egy sor feladat elvégzésére, ezt mára a 15, 25 vagy 45 perces látogatás váltotta fel. A meghatározott feladatok mindegyikéhez bizonyos percszámot kapcsolnak. Ezt a rendszert sokan kritikával illették, mivel rugalmatlan és kedvezőtlen az ellátottak számára (Doyle és Timonen, 2007).

Mindazonáltal a helyi önkormányzatokat erősítő törekvések részeként a kormány és az önkormányzatok megállapodtak a jó decentralizált menedzsment számos elvéről. Ezek az elvek hangsúlyozzák, hogy az önkormányzatok joga és kötelessége a megfelelő szolgáltatási szintek, a világos keretek, valamint célok meghatározása az önkormányzati és szerződött ellátók számára. Így a helyhatóságoknak nyilvánosságra kell hozniuk az idősellátási szolgáltatásokra vonatkozóan a házi és személyes segítségnyújtás minőségi sztenderdjait. A sztenderdeknek le kell írniuk a szolgáltatáshoz való hozzájutást, a szolgáltatásnyújtás formáit, a munkatársak munkafeltételeit, a foglalkozás-egészségügyi és betegségbiztosítást, valamint az állampolgároknak a helyi önkormányzatokkal kapcsolatos jogait. Az önkormányzatok az utóbbi időkben el voltak foglalva a „szabad választást” célzó reformmal, és a minőség csak mostanában kerül ismét a középpontba a házigondozás prioritásaként. A szolgáltatások kiszervezése szorosan ellenőrzött keretek között zajlik, az önkormányzatok hozzák létre a sztenderdeket, és határozzák meg az árakat. Az ellátókkal létrehozott szolgáltatói szintű megállapodásokat a helyi tanácsstagoknak kell évente felülvizsgálniuk és aktualizálniuk, de ez nem mindig történik meg.

A kormány és az önkormányzatok speciális intézkedésekben állapodtak meg, amelyeknek célja a gondozás minőségének javítása, amelybe beletartozik, hogy:

- növelik a gondozói munka vonzerejét, hogy ezzel elősegítsék a munkatársak rekrutációját és megtartását, továbbá új képesítések létrehozásával fejlesztik az alkalmazottak kompetenciáit;
- kidolgozzák az idősellátási szolgáltatások minőségének és az igénybevevők elégedettségének mérését lehetővé tevő eszközt;
- javítják a szolgáltatások érzékenységet, hogy ki tudják elégíteni az igénybevevők egyéni kívánságait;
- minden házigondozásban részesülő személy mellé rendelnek egy kontaktszemélyt, mivel a központi kormány és az önkormányzatok között létrejött, 2009-es megállapodás kötelezte a helyi önkormányzatokat arra, hogy csökkentsék az egy-egy igénybevevőt látogató különböző gondozók számát; és a legutóbbi rendelet előírása szerint minden házigondozásban részesülőhöz tartoznia kell egy kontaktszemélynek;

- javítják az épületeket, és felújítják a munka-kímélő technológiát a szociális ellátásban;
- kifejlesztik és kipróbálják azokat a mechanizmusokat, amelyeken keresztül a gondozók, a lakók és a hozzátartozók jelenthetik a műhiba eseteket és a rendkívüli eseményeket, mert ezzel elő lehet segíteni a tanulást;
- létrehozzák a gondozóotthonok, valamint a védett lakhatást/önálló életet segítő (assisted living) szolgálatok akkreditációs és minőségfejlesztési rendszerét;
- kiterjesztik a segédeszközök és a speciális lakások felszerelésére vonatkozó szabad választást (Szociális Minisztérium, 2008).
- A szolgáltatás-menedzsment helyett az első vonalbeli gondozásnak adnak prioritást; továbbá növelik a helyi autonómiát az innováció elősegítése érdekében.

A minőségfejlesztési reform-kezdeményezés költségvetési alapját a 2008-2011 közötti időre 10 milliárd dán koronában (1.3 milliárd Euro) határozta meg a dán kormány; és további 50 milliárd (6.67 Euro) támogatásról döntöttek a 2009 és 2018 közötti időszakra.

2010-től minőség-szerződések (quality contracts) fogják felváltani a jelenlegi helyhatósági szolgáltatási stratégiákat. A minőség-szerződések megállapodást jelentenek a helyhatóságok és a területükön élő állampolgárok között, amelybe bele kell foglalni minden egyes helyi szolgáltatás világos és mérhető céljait, hogy az állampolgárok minden egyes önkormányzati területen tisztán lássák, mit várhatnak el a szolgáltatásoktól.

B.2.3. Kísérlet a személyes költségvetés bevezetésére

2003-ban számos önkormányzat kísérleti projektet hajtott végre, amelynek keretében a rászorulóknak készpénzt adtak, hogy megvásárolhassák azokat a szolgáltatásokat, amelyekre az elkészült szükségletfelmérés szerint jogosultak. Az ellátó kiválasztásához az önkormányzat megerősítése szükséges, mely ellenőrzi a szolgáltatás minőségét. 2006-ra hét önkormányzat lépett be a programba, és 58 személy esetében próbálták ki a módszert. Nincsenek tervek a program fenntartására.

Az 58 személyes költségvetést használó közül 32 fő részvételével értékelték a programot (Socialministeriet, 2006). A résztvevők egyike sem volt értelmi sérült, és mindegyikük képes volt önálló döntést hozni. Az igénybevevők nagyra becsülték, hogy megtervezhették saját ellátásukat, és érzésük szerint megfelelő szolgáltatást kaptak. Az önkormányzatok általában szintén elégedettek voltak a kísérlettel, mivel az képessé tette őket arra, hogy korábban problémát jelentő támogatási igényeket elégítsenek ki.

Mindazonáltal nem minden igénybevevő tudta kezelni a felelősséget, hogy foglalkoztatóként tevékenykedjen. Ráadásul az ellátókat nem kötelezték az önkormányzattal való együttműködésre, és nem kellett visszajelezniük a gondozási szükségletek terén bekövetkezett változásokat sem. További problémát jelenthet a program alkalmazhatósága az értelmi sérült emberek esetében; nem vált világossá, hogy a forrásokat költséghatékonyan használták-e; gondot okozott a gondozók megfelelő óradíjának megállapítása; valamint a szükségletek változásának figyelemmel kísérése, illetve a pénz elköltésének ellenőrzése, ha azt más országban kívánták felhasználni.

(A C. fejezet az ország-tanulmányokat tartalmazza. Ennek összefoglalóját, illetve a tanulságait tartalmazó fejezetet fordítottuk le.)

D. Tanulságok és a más országokban való alkalmazás kérdései

Ez a rész a szakértői értékelő áttekintés résztvevőinek találkozóin folytatott, a választás, minőségszabályozás és méltányos elosztás kérdéseiről szóló megbeszélésekre alapul. Ebbe beletartozik a dán politikáról szóló vizsgálat eredményeinek, valamint a szakértői értékelő áttekintésben résztvevő országok tapasztalatainak az összehasonlítása.

D.1. A tartós gondozás piacának kialakulása az Európai Unió országaiban

Az uniós politikák neutrálisak a „tedd magad” vagy „vedd meg” kérdésében – azaz, hogy mi a jobb: ha a közhivatalok maguk nyújtják a szolgáltatást vagy megvásárolják őket egy független piaci (non-profit vagy for-profit) ellátótól. Ennek ellenére mégis egyre nagyobb az érdeklődés a szabályozás piaci alapú formái iránt. Ez az érdeklődés néhány tagállamban összefügg azzal a változással, mely szerint a kormányok egyre inkább elfordulnak a szolgáltatók csomagban történő finanszírozásának módszerétől (ami alapulhat például a nyújtott szolgáltatások számán vagy volumenén), és egyre inkább olyan finanszírozási módot használnak, mely specifikusan a szolgáltatást igénybevevő egyénhez kapcsolódik. Az utóbbi mechanizmus feltételezhetően képessé teszi az igénybevevőt a választásra. Közvetlenebb elvárást támaszt a szolgáltatóval szemben, hogy a szolgáltatás olyan specifikus konfigurációját alakítsa ki, ami a legjobban illik az igénybevevő szükségleteihez, ösztönzi a

szolgáltatók közötti hatékony versenyt a szükségleteknek való megfelelés, a minőség és a pénzért nyújtott érték vonatkozásában.

A régebbi EU tagállamok (például Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia, Svédország és az Egyesült Királyság) növekvő mértékben hajtanak végre olyan reformokat a tartós gondozás területén, amelyek bevezetik vagy kiterjesztik a szociális szolgáltatások piacát, élénkítik a szolgáltatók közötti versenyt (Pavolini és Ranci, 2008). Az újabb tagországok némelyike első alkalommal hozza létre a tartós gondozás rendszerét, hasonló megközelítésre alapozva. Az ilyesféle megközelítés feltételezi, hogy a szabad választás mind a szolgáltatások igénybevevőjének, mind a szélesebb társadalomnak hasznos, mert a verseny alacsonyabb költségekhez és/vagy magasabb minőségű szolgáltatásokhoz vezethet. Ezen a trenden belül különböző modelleket és ország-specifikus logikákat azonosíthatunk; valamennyi összeegyeztethető a tartós gondozás közfinanszírozásának tovább folytatásával. A piaccal összefüggő fejlemények különbségei közé tartozik:

- a forma, ahogy a forrásokat elosztják az idős és fogyatékkal élő emberek között, illetve ahogy azok felhasználják ezeket a forrásokat – példa erre a szolgáltatásokra való jogosultság meghatározott szintje, a szolgáltatási utalvány vagy a készpénz-kifizetés;
- egy helyettes, mint amilyen a gondozásmenedzser, koordinálja és vásárolja-e a szolgáltatásokat a különböző ellátóktól a fogyatékkal élő/idős ember helyett; vagy a szolgáltatást igénybevevő egyének rendelkeznek a nekik juttatott közforrással, és tárgyalhatnak közvetlenül az ellátóval;
- a gondozást csak akkreditált ellátótól lehet-e megvásárolni vagy beszerezni, amellyel a finanszírozónak (helyi önkormányzatnak vagy biztosítási alapnak) formális szerződése van, vagy a gondozást be lehet szerezni kevésbé formális forrásból, amibe beletartozhatnak a „szürke” munkaerő-piaci szereplők, a rokonok és a barátok is;
- amennyiben a gondozást a kevésbé formális forrásokból szerzik be, a minimális munkaügyi szabályok (törvényesen kikényszeríthető szerződések, bérminimum, a foglalkoztatás meghatározott feltételei és körülményei) érvényesek-e azokra, akik a gondozást biztosítják;
- különböző módon ellenőrzik és vizsgálják felül, hogy a közpénzeket miképp használják azok az emberek, akik részesülnek abból.

D.2. Választás és méltányos elosztás

D.2.1. A választás előnyei és hátrányai

Általában úgy gondolják, hogy az igénybevevőnek a szolgáltatóra vonatkozó választási lehetősége elősegíti a verseny kialakulását az ellátó szervezetek között. A verseny pedig a feltételezések szerint magával hozza az alacsonyabb költségeket (mivel az igénybevevő a legjobb ár-érték arányú szolgáltatást választja); a szolgáltatások bővebb választékát (mert az ellátók az üzleti lehetőség utáni kutatás során motiváltak olyan szolgáltatásokat nyújtani, amelyekről azt gondolják, hogy az igénybevevők akarják; és fordítva, az igénybevevők azt a szolgáltatót fogják választani, amelyik a legjobban kielégíti a szükségleteiket).

Mindazonáltal a szakértői értékelő áttekintésben résztvevő országok képviselői rámutattak a megnövekedett választási lehetőséghez kapcsolódó kockázatokra is. Különösen azzal a kockázattal kapcsolatban fogalmaztak meg aggodalmakat, hogy a választási lehetőség nagyobb egyenlőtlenséghez vezethet, és ez kihathat mind az igénybevevők gondozással kapcsolatos tapasztalataira, mind azok eredményeire:

- Az igénybevevők némelyike jobban informált és több forrással rendelkezik, ami képessé teszi őket a választásra. Az értelmi fogyatékossgal élők, mint például a demenciában szenvedők, ebből a szempontból különösen hátrányos helyzetben lehetnek.
- A tehetősebbek bevonhatják a gondozás finanszírozásába a saját forrásaikat is, és jobb minőségű vagy nagyobb volumenű szolgáltatásokat vásárolhatnak, mint a szegényebbek.
- Amennyiben a szolgáltatások relatíve ritkák, a szolgáltatók válogathatnak az ellátottak között – ez az úgynevezett „lefölözés”, amikor kiválogatják a legjövedelmezőbb, legkevesebbe kerülő vagy más szempontból legkevésbé problematikus klienseket.

Ebből kiindulva a választási lehetőségek megnövekedésének lehetséges pozitív hozadékait hozzá kell mérni a megnövekedett egyenlőtlenségek, a csökkenő társadalmi kohézió és társadalmi befogadás kockázatához.

D.2.2. A választás a különböző jóléti államok kontextusában

D.2.2.1. A választás Dániában

Figyelembe kell vennünk azt az egyedülálló környezetet, amelyben a dán „szabad választást” célzó politikát bevezették. Ezek a sajátosságok korlátozhatják e politika átvihetőségét más országok gyakorlatába.

- Más uniós tagállamokkal összehasonlítva Dánia egyike azoknak az országoknak, ahol az idősök tartós gondozásának közkiadásokból fedezett, egy főre eső költsége a legmagasabb. Ez a finanszírozás a magas minőségű helyi idősellátási szolgáltatások kiterjedt hálózatát eredményezte. Az összes európai állam közül Dániában van legmagasabb szintű házi segítségnyújtási ellátás a 65 év feletti lakosság számára; 1982 és 2001 között – miközben az idősök száma növekedett – a 80 év feletti, házi segítségnyújtásban részesülő idősök aránya 36 százalékról 50 százalékra emelkedett.
- Csaknem minden tartós gondozási szolgáltatást – kivéve a kiszállított ételt, valamint az ápolóotthonokban a hotelszolgálatot és a választható kiegészítő szolgáltatásokat – ingyenesen nyújtják. Ettől eltekintve csekély a lehetőség, hogy egyesek a többiekétől eltérő, extra vagy jobb minőségű szolgáltatásokat vásároljanak maguknak. Az egyetlen szektor, ahol a szolgáltatások jelentős magánvásárlása jelen van, a háztartási segítség; de még az egyenlőtlenség növekedésének ezt a lehetőségét is korlátozza a nagyvonalú dán állami nyugdíjrendszer.
- 2002-ig a házi segítségnyújtást, a személyes gondozási és ápolási szolgáltatásokat a helyi önkormányzatok finanszírozták és nyújtották. Így a „szabad választást” célul tűző reformok alakították ki a helyi piacot, amelyen az új szolgáltatók – első alkalommal – versenyezhettek az önkormányzati ellátókkal az idősöknek és fogyatékkal élőknek kínált szolgáltatásokkal.

Ezek a sajátosságok nagymértékben eltérnek a szakértői értékelő áttekintésben résztvevő országok többségének helyzetétől.

D.2.2.2. Választás versus univerzális lefedettség

Először is, sok ország számára nagy kihívást jelent a közösségi ellátások alapvető lefedettségének biztosítása az egész ország területén. Ez a kihívás különösen akut a szakértői

értékelő áttekintésben résztvevő kelet-európai országokban. Az ország-jelentésekben megjelenő sajátos nehézségek a következők:

- Az önkormányzatok egy része, amely felelős a szolgáltatások finanszírozásért és/vagy nyújtásáért, igen kicsi, és nincs kapacitása a szolgáltatások átfogó kínálatának finanszírozására vagy nyújtására.
- Az idős emberek nagyobbik hányada él vidéki területeken, ahol a szolgáltatások alacsonyabb szintűek, mint a városokban.
- Hagyományosan az intézményi gondozás az idősellátási szolgáltatások domináns formája. Így gondot jelent, hogy egyszerre kellene forrásokat találni az új közösségi és házi segítségnyújtási lehetőségek létrehozásának költségeire, fenntartani az intézményi férőhelyeket a már bent lakóknak, és még javítani is ezek minőségét. Ráadásul az idősek hajlamosak azokat a szolgáltatástípusokat igényelni, amelyeket ismernek. Következésképpen külön kihívást jelent az idős emberek és családjaik elvárásainak megváltoztatása, valamint az idősek új, gondozási szükséglettel bíró kohorszainak lebeszélése az intézményi gondozás igényléséről, amikor az átfogó, jó minőségű közösségi alternatívák még mindig csak a kialakítás fázisában vannak.

Az értékelő áttekintésben résztvevő, a tartós gondozási szolgáltatások alacsonyabb szintjével rendelkező országok számára luxusnak tűnik, hogy választási lehetőséget biztosítsanak az idős és fogyatékkal élő emberek számára a szolgáltatások területén. Ehelyett sürgetőbb prioritásnak tekintik, hogy a szolgáltatások alapvető lefedettségét biztosítsák, különösen a vidéki területeken. Néhány országban ezt a prioritást támogatják az Európai Unió forrásai, valamint a nemzeti kormányokkal szemben a csatlakozás időszakában támasztott elvárások is. Sok országban a „felzárkózási alapok” és más, a központi kormányoktól származó pénzeszközök alapvető fontosságúak az elérhető forrásokban és a szolgáltatások szintjében megjelenő nagyobb lokális és regionális különbségek kiegyenlítésére.

D.2.2.3. Önkormányzati versus „kevert gazdasággal” kapcsolatos tradíciók

A szakértői értékelő áttekintésben résztvevő országok közötti második eltérést annak a történelmi egyensúlynak a vonatkozásában tapasztalhatjuk, ami az állami vagy önkormányzati szolgáltató tevékenység, valamint a jótékonyági, egyházhoz kötődő és más nem kormányzati szervezeteknek a tartós gondozást nyújtó szolgáltatásokban játszott szerepe között kialakult. A szakértői értékelő áttekintésben résztvevő országok jórésében hosszú múltra visszatekintő hagyományai vannak a gondozás „kevert gazdaságának”, amit Dánia most igyekszik elérni.

Például Portugáliában a non-profit NGO-k biztosítják a szolgáltatások teljes volumenének 80 százalékát. Viszont egyik országban sem játszanak a for-profit ellátók jelentős szerepet, sőt, néhány országban egyenesen törvény tiltja ezek szolgáltató tevékenységét. Sok országban ezért a korábbiakhoz képest meglehetősen eltérő trend mutatkozik – a központi vagy helyi kormányzatnak növekszik a szerepe a finanszírozásban, a tervezésben, valamint az ellátás és a minőség biztosításában, pedig ez utóbbit régebben mindig a nem-kormányzati szervezetek végezték.

D.2.3. A választással kapcsolatos tapasztalatok a szakértői értékelő áttekintésben résztvevő országokban

Az értékelő áttekintésben résztvevő országok némelyike elmozdult vagy elmozdulni szándékozik attól a helyzettől, amiben a szolgáltatóknak blokkfinanszírozást juttattak, ez ugyanis nem volt tekintettel a nyújtott szolgáltatás minőségére és volumenére. Ehelyett egyénre szabottabb finanszírozási feltételeket vezettek be, vagy tervezik azt, mivel ez elősegítheti a szolgáltatók közötti választást és a nagyobb rugalmasságot a szolgáltatás tartalmának vonatkozásában, ugyanis így a finanszírozás az egyéni választásokat tükrözi.

Csekély tapasztalatok gyűltek még össze a szolgáltatási utalvánnyal, a személyes költségvetéssel és más olyan mechanizmusokkal kapcsolatban, amelyek közvetlenül a szolgáltatások igénybevevőjének a kezébe adják a forrásokat, hogy azután ő gyakoroljon vásárlói nyomást a szolgáltatóra a választásának megfelelő szolgáltatás érdekében. Azokban az országokban, ahol a készpénz kifizetés vagy a gondozási juttatások elérhetőek, ezeket leggyakrabban a gondozó családok támogatására használják. Arról sincs adatunk az értékelő áttekintésben résztvevő országokból, hogy mennyire használják a magánforrásokat a közfinanszírozással fizetett szolgáltatási jogosultságok, szolgáltatási utalványok vagy gondozási juttatások „megfejelésére”. Néhány országban az ilyesféle lehetőségeket rendszerint korlátozza az idősek alacsony jövedelme. Csak Angliában, ahol a szociális gondozási szolgáltatások jogosultsági kritériumai erősen korlátozóak, tapasztaltak széles körű magánvásárlást a közösségi alapú és bentlakásos szociális gondozási szolgáltatások területén.

Sok ország viszont elvárja, hogy az igénybevevő vagy annak családja fizessen az alapszolgáltatásokért, vagy járuljon hozzá annak költségeihez. Némi zavar keletkezett az ilyen hozzájárulások és a személyes költségvetés koncepciója között. Azonban nincs rá bizonyíték, hogy ezek a hozzájárulások lehetővé tennék az igénybevevők számára a szolgáltatók közötti választást, vagy a magasabb színvonalú szolgáltatás megvásárlását. A helyben elérhető, minőségi szolgáltatás általában sokkal előbb áll ezen országok prioritási listáin.

D.2.4. Választás és méltányos elosztás

Figyelembe véve az értékelő áttekintésben résztvevő országok relatíve korlátozott tapasztalatait a szociális gondozási szolgáltatások területén történő választással kapcsolatban, mindeközéig igen kevés bizonyítékunk van arra, hogy a választási lehetőség (növekvő) egyenlőtlenséghez vezetne akár a szolgáltatásokkal kapcsolatos tapasztalatok, akár a lehetséges következmények tekintetében. Mindazonáltal több ország képviselői fejezték ki aggodalmukat ezzel kapcsolatban. Például Magyarországon felmerült az a kérdés, hogy a választási lehetőség elősegítése és a piaci viszonyok támogatása a szociális ellátásban növelheti a meglévő kulturális és anyagi különbségeket a városi középosztályhoz tartozó és a vidéki munkaerőpiacra tartozó emberek között, ami befolyásolja a szolgáltatásokkal kapcsolatos attitűdjeiket és a szolgáltatások igénybe vételét. Az ilyesféle fejleményeket kockázatnak tekintették a társadalmi szolidaritás és társadalmi befogadás szempontjából. Csak Hollandiából, ahol már bevezették a szolgáltatók versenyeztetését és a személyes költségvetést a munkaerő-piaci reintegrációt segítő szolgáltatások vonatkozásában, vannak valódi bizonyítékaink ezek egyenlőtlenséggel kapcsolatos hatásairól. Itt a független ellátók láthatóan nagyobb sikert értek el a munkanélküliek munkaerő-piaci reintegrációjában, mint a hatósági szervezetek. Ennek esetleg az lehetett az oka, hogy a független szolgáltatók képesek voltak magukhoz vonzani a magasabb képzettségű és/vagy frissebb munkatapasztalattal rendelkező klienseket, akiket ezért könnyebb segíteni az állástalálásban. A független ellátók drágábbak is voltak. Valójában Hollandia ismét átgondolja a szolgáltatások piacosítását, és visszafelé mozdul a „vásárlástól” a „tedd magad” felé – a kiszerezéstől a jóléti állam szervezetei által végzett közvetlen szolgáltatás felé.

Számottevő kétségeket fogalmaztak meg a résztvevők a kvázi-piac és a választás lehetséges költségeivel kapcsolatban:

- a tranzakciós költségek előre láthatóan növekedni fognak;
- a szolgáltatási egységre eső költség (unit cost) szintén várhatóan növekedni fog, mivel drágább egyénre szabott, mint sztenderd szolgáltatásokat nyújtani;
- hogy választási lehetőséget ajánljanak, kell lennie tartalék szolgáltatási kapacitásnak, ami azt jelenti, hogy a szolgáltatóknak az optimális hatékonyság alatt kell működniük.

D.3. Szabályozás és minőség

D.3.1. A minőség szabályozásának módszerei

Az átmenet az önkormányzat vagy állam által biztosított szolgáltatásoktól a piaci alapú ellátási rendszerre, ahogy az Dániában vagy Angliában történt, arra sarkallhatja a döntéshozókat, hogy az ellátás minőségszabályozásának új mechanizmusait dolgozzák ki. Ez viszont nem az egyetlen ösztönzője az új szabályozásnak. Így az olyan országokban, mint Portugália, ahol a non-profit NGO-k mindig jelentős szerepet játszottak a szociális ellátásban, a minőségbiztosítás új módszereinek kidolgozása azt a vágyat tükrözi, hogy minden állampolgár számára biztosítsák a minimális minőségi sztenderdeknek megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Ráadásul egyre világosabb, hogy az önkormányzati vagy állami szolgáltatásokat használó idős embereknek éppúgy joguk van a jó minőségű szolgáltatásokhoz, mint azoknak, akik a független ellátók szolgáltatásait veszik igénybe.

A szakértői értékelő áttekintésben résztvevő államok a szabályozás különböző formáit hozták létre. Általános elvárás, hogy minden szervezetnek, mielőtt működni kezdene, és közfinanszírozásban részesülne, akkreditációt kell szereznie egy hivatalos testülettől (mely vagy a kormány része, vagy a kormány képviselőjében működik), mely tanúsítja, hogy a minimum sztenderdeknek a szervezet megfelel. A felülvizsgáló vagy regisztrációs testület esetleg időszakos felügyeletet is biztosít. A tapasztalatok számos egyéb megoldást sugalltak, melyekkel a minőséget biztosítani lehet. Ezek közé tartozik:

- rendszeres fogyasztói elégedettségvizsgálat és hozzáférhető panasztételei rendszer, melyet a helyhatóságok vagy más, a szolgáltatótól független szervezet működtet;
- a szolgáltató és az igénybevevő közötti szerződés, melyben lefektetik a felek jogait és kötelelességeit, valamint a gondozási tervbe foglalt tevékenységeket;
- a helyi önkormányzattól származó nyilatkozat a minimumsztenderdekről, amelyeket minden igénybevevőnek joga van elvárni minden egyes szolgáltatótól;
- szerződés a szolgáltató és a helyhatóság szolgáltatásokat finanszírozó részlege között, amely meghatározza a minimum minőségi sztenderdeket.

Az egyik kihívás, hogy miképp lehet ösztönözni a minimum regisztrációs sztenderdeknek való megfelelést, miközben ugyanakkor ösztönözni kell a minőség önkéntes

javítását a minimumsztenderdekén túl. Az egyik példája mindkét cél egyidejű elérésének a Szociális Biztonság Portugál Intézete által kidolgozott minőségmodell, amely független értékelést és fogyasztói elégedettség-mérést tartalmaz, és ami különböző típusú szociális szolgáltatásokra adaptálható. A modell az ISO 9001-ből, valamint a Kiválóság EFQM Modelljéből ered, és a következőket foglalja magába: vezetés, stratégia és tervezés; emberek; partnerség és források; folyamatok; igénybevevői eredmények; az embereket érintő következmények; társadalmi eredmények és kulcsfontosságú teljesítménybeli eredmények. A pontszámokat teljesítményértékelésben (benchmark) össze lehet foglalni, és össze lehet hasonlítani az előző évi eredményekkel, valamint más szervezetek eredményeivel.

Az államokat képviselő szakértők és az érdekeltek (stakeholders) rámutattak az olyan minőségbiztosítási mechanizmus iránti szükségletre, mely a szolgáltatások igénybevevőinek tapasztalataira és az ő oldalukon jelentkező eredményekre összpontosít, és nem a szolgáltatások bemeneti oldalára.

D.3.2. A minőség javítása a munkaerőn keresztül

Az értékelő áttekintésben résztvevő országok némelyike felismerte, hogy a szolgáltatásoknak mind elérhetősége, mind minősége a stabil, képzett és képezett gondozó munkaerőtől függ. Az olyan országokban, mint Románia, ez a legfőbb kihívás, figyelembe véve a szociális munkás képzésbe való beruházás történelmi hiányát. A román politika ezért az alapképzés biztosítására és a munkafeltételek javítására, a bérezésre és a gondozóknak járó juttatásokra helyezi a hangsúlyt. A spektrum másik végén Dánia a gondozók rekrutációját és megtartását javító, a jó menedzsmentet, valamint az alkalmazottak kompetenciájának fejlesztését célzó új keretet vezetett be. Ez a keret, kidolgozóinak szándéka szerint, hozzásegít a szolgáltatások kontinuitásának biztosításához azzal, hogy csökkenti az egy igénybevevőt látogató gondozók számát; és minden egyes idős igénybevevő számára biztosít egy kontaktszemélyt. Egy másik érdekes fejlesztés Spanyolországban történt, ahol professzionális kritériumokat és képzési lehetőségeket, valamint a családi és informális gondozók támogatását célzó intézkedéseket vezettek be.

D.3.3. Feszültség a minőségbiztosítás és más célok között

A minőségbiztosítási mechanizmusoknak arányosoknak és nem túl bürokratikusoknak kell lenniük. Az áttekintésben közreműködő államok egy része aggodalmát fejezte ki azzal kapcsolatban, hogy a minőségbiztosítási mechanizmusok nem minden esetben áldoznak elégséges figyelmet az igénybevevőknek a szolgáltatásokkal kapcsolatos tapasztalataira.

Részben ezekre az aggodalmakra adott válaszként Dánia elfogadott egy „bürokratizmust csökkentő” programot, amely lehetővé teszi az elsővonalbeli munkatársaknak, hogy több időt szánjanak az igénybevevőkkel folytatott közvetlen kapcsolatra, mint az adminisztrációra, ami a remények szerint növeli a munkatársak elégedettségét is.

Bár elismerik a szolgáltatások minőségbiztosításának fontosságát, azokban az országokban, ahol a szolgáltatások kínálata és általános kiterjedése még mindig szegényes, nagy a veszélye annak, hogy a minőségi sztenderdek szigorú kikényszerítése egyes ellátókat rászoríthat szolgálatuk bezárására, az igénybevevők pedig elveszíthetik a szolgáltatást. Ez a kockázat ellentétben van a szolgáltatások teljes kínálatának javítását célzó más prioritásokkal. Másrészt a minimum minőségi sztenderdek kikényszerítésének elmaradása és a sztenderdeknek meg nem felelő ellátás folytatásának megengedése oda vezethet, hogy az új szabályozási rezsimek lejáratódnak a közvéleményben és az ellátók előtt egyaránt. Ez utóbbi feszültséghez kapcsolódik az új minőségi sztenderdeknek való megfelelés költségeivel és azok viselőjével kapcsolatos kérdés. Ki finanszírozza ezt, a finanszírozó testület vagy az ellátó? Továbbá a költséges minőségszabályozó rezsimek való megfelelés további kockázatot jelenthet az ellátók számára, és növelheti az alapszolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségeit.

D.4. Az államigazgatás különböző szintjeinek szerepe

A szakértői értékelő áttekintés megbeszélésein hangsúlyos kérdés volt a központi, regionális és helyi igazgatás szerepe a tartós gondozási szolgáltatások közötti választás és a minőség biztosításában. Az uniós tagságnak és az uniós szabályok alkalmazásának vannak hatásai a tagállamok valamennyi államigazgatási szintjén, beleértve ebbe a regionális és helyi önkormányzatokat. Minden országban a regionális vagy helyi önkormányzatok viselik a fő felelősséget a tartós gondozást nyújtó szolgáltatások finanszírozásáért, kiszerezéséért vagy működtetéséért. Az értékelésben közreműködő államokban valóban a regionális és helyi önkormányzatok viselték elsődlegesen a felelősséget a szociális szolgáltatásokért. Ugyanakkor viszont ezek az áthárított felelőségek széles körű helyi és regionális különbségekhez vezethettek a szolgáltatások szintjében; sok országban ezeket a variációkat a tágabb társadalmi befogadás szempontjából elfogadhatatlannak, a társadalmi kohézió céljaival összeegyeztethetetlennek tekintik.

Így az értékelő áttekintésben résztvevő kelet-európai országok legutóbbi reformjai decentralizálták a központi kormány felelősségét, azaz átadták a helyi önkormányzatoknak, és egyidejűleg újrafogalmazták az egyes igazgatási szintek vonatkozó felelősségeit. A reformok egyik következménye, hogy az önkormányzatok, melyek korábban nem nyújtottak tartós gondozást, most világos felelősséget kaptak ennek megszervezéséért. Hosszabb távon az ellátási szint különbségei így csökkenhetnek. Viszont a felelősség decentralizációjának másik következménye a nagyon kis önkormányzatok számára a kihívás, hogy miképp nyújtsák a szociális szolgáltatások jó minőségű, differenciált, rugalmas választékát. Néhány önkormányzat forrásalapja gyakran csekély, és a helyi piaci feltételek nem vonzóak az új, potenciális szolgáltatóknak. Ez még Dániában is probléma, ahol a piaci feltételek nem vonzóak az ápolási szolgáltatást nyújtó potenciális új ellátók számára. Ennek a problémának az egyik megoldása, hogy a kistélepülések önkormányzatai összeszerveződnek a forrásaik egyesítése érdekében, vagy más módon igyekeznek a határokon átívelő együttműködés szintjét javítani.

A regionális és helyi egyenlőtlenségek csökkentésének másik mechanizmusa a központi vagy szövetségi kormányok „felzárkóztatási támogatása”, mely a helyi források szintkülönbségeinek csökkentését célozza. Mindazonáltal ezeket a támogatásokat megfelelően szükséges célozni; ugyanis időnként ezeket a legköltségesebb szolgáltatások szubvenciójára használták ahelyett, hogy ezekkel a legszegényebb önkormányzatok legalapvetőbb szolgáltatásaira rendelkezésre álló forrásokat növelték volna.

Szintén a központi kormányok felelőssége a szolgáltatások alapsztenderdjeinek megállapítása; a helyi és regionális igazgatási szintek felelősségeinek megállapítása; és – néhány országban – annak biztosítása, hogy a szolgáltatási tevékenység megfeleljen az elvárt sztenderdeknek. A szövetségi államokban, mint például Olaszország vagy Spanyolország, ahol a regionális önkormányzatok jelentős önállósággal és felelősséggel rendelkeznek, létrehoztak mechanizmusokat a szociális szolgáltatások szintjében és sztenderdjeiben meglévő, régiók közötti különbségek csökkentésére. Ezek közé tartozik a régió-közi tanácsok és a régió-közi szakértői értékelések kezdeményezése.

E. Következtetések és tanulságok

E.1. Választás és méltányos elosztás

A tagállamok kisebbségében a jó minőségű szociális gondozási szolgáltatások elérhetőségében megnyilvánuló nagy különbségek annak tudhatók be, hogy az ország egyes területei között a szolgáltatások eloszlása igen egyenlőtlen. Ezek esetében a nemzeti kormányok és más érdekelttek számára prioritás a méltányos elosztás javítása, és a szolgáltatások szintjében és elérhetőségében meglévő régiók közötti, helyhatóságok közötti, valamint a vidéki és városi területek közötti különbségek csökkentése. Csak amikor már ezeket a különbségeket csökkentették, és minden idős és fogyatékkal élő ember számára elérhetőek a megfelelő szolgáltatások, tekintet nélkül arra, hogy hol lakik, lehet reálisan felvetni a választás lehetőségének kérdését.

A jó minőségű szolgáltatások alapvető körének univerzális (szükségletek szerinti) elérhetősége csökkenti azt a kockázatot, hogy a tehetősebb egyének több vagy jobb szolgáltatásokat fognak vásárolni a piacon, ami az egyenlőtlenségek növekedéséhez vezethetne. Ezek az elvek összeegyeztethetőek a jövedelem- vagy vagyonvizsgálaton alapuló igénybevevői fizetési vagy hozzájárulási kötelezettséggel.

E.2. Választás és piac

A választási lehetőség biztosítása szintén az elérhető alternatív szolgáltatási lehetőségektől függ. A tagállamok különböznek abban is, hogy hosszú múltra tekinthet-e vissza az önkéntes, vallási vagy más szervezetek közreműködése a szolgáltatásokban, vagy a szolgáltatásokat hagyományosan közvetlenül az önkormányzatok nyújtják. Mindkét esetben előfordulhat, hogy nem könnyű ösztönözni új szolgáltatók megjelenését a helyi piacon. Különösen nehéznek tűnhet az új piaci szereplők belépését ösztönözni a távoli vagy ritkán lakott vidéki területeken.

Nincs bizonyíték rá, hogy a szolgáltatók közötti verseny a szociális gondozás piacán csökkenő költségekhez vezet. Sok okból inkább a teljes költség általános növekedése várható.

E.3. Választás és szabályozás

Akár az önkormányzatok vagy más közttestületek, akár független, non-profit vagy for-profit szervezetek nyújtják a szociális gondozási szolgáltatásokat, alapvető fontosságú az egyöntetű, szilárd minőségbiztosítási mechanizmusok bevezetése. A szolgáltatások minőségének biztosítása elengedhetetlen ahhoz, hogy szavatolják a szolgáltatások igénybevevőinek méltóságát és életminőségét, ami minden állampolgárt megillető jog. A minőségbiztosítási mechanizmusoknak tartalmazniuk kell „felülről lefelé” ható elemeket, mint amilyen a belépési regisztráció és a független nemzeti szervezetek által végzett folyamatos felülvizsgálat; és „alulról felfelé” ható elemeket, mint a rendszeres fogyasztói elégedettség-vizsgálat és a könnyen használható panasztételi mechanizmusok. A minőségbiztosítási eljárások hangsúlyát át kell helyezni a szolgáltatás bemeneti oldaláról az igénybevevők tapasztalataira és az ő oldalukon elért eredményekre. Mindazonáltal nagy valószínűséggel fennmaradnak különbségek a tagállamok között arra vonatkozóan, hogy a szolgáltatások milyen minőségi szintjét tudják garantálni. Az olyan országokban, ahol még mindig a legalapvetőbb szociális gondozási szolgáltatások univerzális biztosításával küszködnek, a túl magas szintű vagy túl szigorú minőségi sztenderdek veszélyeztethetik az ellátók egy részének stabilitását, vagy teljesítésük túl költségesnek bizonyulhat. A szolgáltatások esetleges megszüntetése viszont hatással van a jelenlegi igénybevevőikre, és csökkenti az ellátás szintjét. Ezekben az esetekben fontos lehet kezdetben az alacsonyabb, de elérhető minőségi sztenderdek meghatározása.

E.4. Választás, szabályozás, valamint a központi, regionális és helyi igazgatási szintek felelősségei

Általános előfeltevés, hogy a megfelelő szociális gondozási szolgáltatások finanszírozása, tervezése és elérhetőségük biztosítása (akár közvetlenül a kivitelezésükkel, akár független szolgáltatóktól való megvásárlásukkal) a helyi önkormányzatok/helyhatóságok felelőssége. Sok tagállamban a legutóbbi idők reformjai igyekeztek tisztázni és ismét megállapítani ezt a felelősséget. Néhány önkormányzat azonban nagyon kicsi, és ezért nem képes a megfelelő szintű szolgáltatásokat biztosítani. Az összevonások és a határokon átívelő együttműködések viszont növelhetik forrásalapjukat és a szolgáltatások kivitelezhetőségét.

A központi kormánynak és a regionális igazgatásnak szintén fontos szerepe van abban, hogy a szolgáltatások nyújtásához vagy megvásárlásához elérhetővé tegyék a szükséges forrásokat; meghatározzák és kikényszerítsék az ellátóknak előírt minőségi sztenderdek betartását; valamint ösztönözzék az országon belül a jó gyakorlatok megismerését és elterjesztését.

Hivatkozások

- Ankestyrelsen (2007) Frit valg i ældreplejen — det frie leverandørvalg til personlig pleje, Ankestyrelsen, København.
- CEC (2004) Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. White Paper on Services of General Interest, Brussels COM (2004)374 final.
- CEC (2008) Biennial Report on Social Services of General Interest, Brussels, Commission Staff Working Document, SEC(2008) 21/79/2
- Clarke, J., Smith, N. and Vidler, E. (2006) The indeterminacy of choice; political, policy and organisational implications, *Social Policy and Society*, 5, 3, 327–36.
- Doyle, M. and Timonen, V. (2007) *Home Care for Ageing Populations*, Edward Elgar, Cheltenham.
- EC (2008) Long-Term Care in the European Union, European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- EPSCO (2007) Key Messages from the EPSCO Council to the Spring European Council, 23 February, 6705/07, no 14, Brussels.
- Huber, M. (2008) Expenditure on long-term care in Europe, Geneva Association Information Newsletter, 18, April
- Huber, M., Maucher, M. and Sak, B. (2008) Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union, Final Synthesis Report, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, DG EMPL/E/4 VT/2006/0131
- Ministry of Social Affairs (2006) National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion, Denmark.
- http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2006/nap/denmark_en.pdf

Ministry of Social Welfare (2008) National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion, Denmark 2008–2010.

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/denmark_en.pdf

OECD (2005) The OECD Health Project: Long-term Care for Older People, OECD, Paris.

OECD (2006) OECD Health Data 2006, OECD, Paris.

Pavolini, E. and Ranci, C. (2008) Restructuring the welfare state: reforms in longterm care in Western European countries, *Journal of European Social Policy*, 18, 3, 246–59.

Rostgaard, T. (2007a) Domiciliary care for the elderly — a Danish perspective. Paper presented at Conference on Home Care for Ageing Populations: International Comparisons of Domiciliary Care Policies for Older People, Social Policy and Aging Research Centre, Trinity College Dublin, 12 March.

Rostgaard, T. (2007b) Begreber om kvalitet i ældreplejen, Socialforskningsinstituttet, København.

Rostgaard, T. and Thorgaard, C.H. (2007) God kvalitet i ældreplejen, Socialforskningsinstituttet, København.

Rothgang, H. and Engelke, K. (2009) Long-Term Care. How to organise affordable, sustainable long-term care, given the constraints of collective versus individual arrangements and responsibilities, Discussion paper prepared for OMC Peer Review, The Netherlands, February.

SFI (2007) Brugerundersøgelse om hjemmehjælp til beboere i eget hjem og i plejebolig / plejehjem. <http://www.kl.dk/bin/948af842-e886-48a6-b46e-fadcec925805.pdf>

Schunk, M. (1998) The social insurance model of care for older people in Germany, in C. Glendinning (ed), *Rights and Realities: Comparing New Developments in Long-Term Care for Older People*, Policy Press, Bristol.

Socialministeriet (2006) Evaluering af Socialministeriets forsøg med personlige budgetter på hjemmehjælpsområdet.

<http://www.ism.dk/Publikationer/Sider/VisPublikation.aspx?Publication=103>

Stuart, M. and Weinrich, M. (2001) Home and community-based long-term care; lessons from Denmark, *The Gerontologist*, 41,4, 474–80.

Tsolova, S. and Mortensen, J (2006) The cross-Atlantic exchange to advance longterm care, European Commission and AARP, Brussels.

Cassandra Phoenix és Andrew C. Sparkes*

**Frednek lenni – Nagy történetek, kis történetek és pozitív
identitásalakítás időskorban¹³**

* CASSANDRA PHOENIX a kvalitatív kutatás tanára az Exeteri Egyetemen. Jelenlegi kutatási területéhez tartozik a fiatal atléták saját öregedésükkel kapcsolatos percepciója; a kialakuló test-én kapcsolat konstrukciója és elképzelt (re)konstrukciója az időben; és a szubkultúra kötött mód, ahogy sportolók teste öregszik. *Címe:* Qualitative Research Unit, School of Sport and Health Sciences, University of Exeter, St Luke's Campus, Heavitree Road, Exeter EX1 2LU, UK. [email: H.C.Phoenix@exeter.ac.uk]

ANDREW C. SPARKES a Kvalitatív Kutatási Osztály vezetője az Exeteri Egyetemen. Kutatási területei: megszakított testi projektek (interrupted body projects); autóversenyzők élettörténetei; és a marginalizálódott egyének és csoportok élete. Főszerkesztője a *Telling Tales in Sport and Physical Activity: A Qualitative Journey* című folyóiratnak. *Címe:* Qualitative Research Unit, School of Sport and Health Sciences, University of Exeter, St Luke's Campus, Heavitree Road, Exeter EX1 2LU, UK. [email: A.C.Sparkes@exeter.ac.uk]

¹³ A mű eredeti könyvészeti adatai: Cassandra Phoenix and Andrew C. Sparkes: Being Fred: big stories, small stories and the accomplishment of a positive ageing identity. *Qualitative Research*, 2009; 9: 219-236.

Összefoglalás

Ez a tanulmány a narratív kutatás legutóbbi fejlődési trendjein alapul, melyek az élettörténet elmondásában résztvevők jelentés-alkotó tevékenységét állítják a középpontba. Az adatok egy interaktív interjúorozatából származnak, melyet egy 70 éves, fizikailag aktív, Fred nevezetű férfival folytattunk. Az ő történetének bemutatásával illusztráljuk a narrációs tevékenység stratégiai modelljét. A „nagy történetek” és „kis történetek” koncepcióit használjuk elemzési keretként, így követjük nyomon a Fred által használt kétféle sajátos önmeghatározást: *fitnek és egészségesnek lenni*, valamint *ráérősnek (leisurely¹⁴) lenni*, hogy elemezzük azt a módot, ahogy felépít egy lételméleti narratívát, amelyben a cselekmény fővonala így hangzik: „*Az élet az, amivé teszed.*” Bemutatjuk, hogy mi módon teszi lehetővé a mindennapi életben ez a narratíva Fred számára a pozitív én-öregedés (self-ageing) narratívájának megfogalmazását. Végül megtárgyaljuk az analitikus lehetőségét annak, hogy érzékenyek legyünk mind a nagy, mind a kis történetekre a narratíva elemzés során.

Kulcsfogalmak: *identitásalakítás, kis történetek, nagy történetek, öregedés*

¹⁴ A kifejezés – leisurely – sokértelmű, jelentései: kényelmesen, nyugodtan, megfontoltan, komótosan, az ember kedve szerinti ütemben. A fordító

Bevezetés

Az utóbbi években a narratívakutatók a *történetmesélést* az emberi élet ontológiai feltételeként írták le. Ebből a perspektívából a történetek, amelyeket mondanak nekünk és a történetek, amelyeket megtanulunk elmondani magunkról és a testünkről, fontos adalékok arra vonatkozóan, hogy miképp kezdünk rendet rakni tapasztalataink között, és értelmet adni a tevékenységeknek az életünkben. Ebből úgy tűnik, hogy a történeteket narratívákban éljük meg, amelyek nem csak egyszerűen várnak az elmondásra. Az, hogy a mesélő megéli ezeket, sem azt nem jelenti, hogy a narratívák „magán” jellegűek, sem azt, hogy a mesélő társadalmi vákuumban él. Inkább úgy van, hogy bár látszólag személyes módon veszik igénybe és használják fel őket, a narratívák megkülönböztetetten társadalmiak. Ahogy Atkinson és munkatársai (2003: 17) emlékeztetnek, valójában a narratívák, melyeket az emberek a saját életüknek és mások életének megkonstruálására használnak, nem számítanak közvetítetlen (unmediated) személyes élménynek. Eszerint:

Ha összegyűjtünk elbeszél (és írott) beszámolókat „eseményekről” vagy „élményekről”, akkor azokat a következő szempontok szerint kell elemeznünk: milyen kulturális forrásokat használnak fel az emberek a megkonstruálásukra; milyen fajta személyközi és szervezeti funkciókat töltenek ezek be; illetve milyen társadalmilag szétszított formákat vesznek ezek fel.

Újabban Elliot (2005:127) szintén amellett érvelt, hogy a narratívák nem értelmezhetőek „szabad fikciókként”, hanem a szélesebb kulturális diskurzusok, valamint az egyén anyagi körülményei és tapasztalatai közötti interakciók eredményei. Ezek a szélesebb kulturális diskurzusok adnak keretet és struktúrát az egyén személyes történetének vagy *lételméleti narratívájának* (Somers, 1994). Somers szerint az ontológiai narratívák „történetek, amelyeket a társadalmi cselekvők használnak, hogy segítségükkel értelmet adjanak az életüknek, illetve valójában cselekedjenek annak során. Az ontológiai narratívákkal határozzuk meg, hogy kik vagyunk; másrésről ezek előfeltételei annak, hogy tudjuk, *mit kell tennünk*” (p. 618). Ezek a narratívák alakítják a kapcsolatok szubjektumok közötti hálóját, miközben abból erednek, ezt nevezi Somers *közösségi narratíváknak* (*public narratives*), „ezek a narratívák az egyes egyénnél nagyobb kulturális és szervezeti formációkhoz, a szervezetek szubjektumok közötti – akár helyi, akár nagyobb területhez tartozó – hálózatához kapcsolódnak” (p. 619). Ebben az értelemben az a mód, ahogy egy narratívát elmondanak, erősen függ az elérhető kulturális diskurzusoktól.

A társadalom által megformált narratívák meg is testesülnek. Becker (1997: 93) szerint „A testi tapasztalat és a testi vonatkozás mélyen beágyazódik a narratíva különböző elemeibe.” Ezt az álláspontot Frank (1991) is támogatja, aki a testek anyagi karakterére – mint megkerülhetetlen tényre – hívja fel figyelmet, ami egyszerre biztosítja az embereknek a cselekvés eszközeit, és korlátozza ezeket a cselekvéseket. Szerinte amikor értelmet adunk a tapasztalatainknak, nem csak történeteket mesélünk a testünkről, hanem történetet formálunk a testünkből és a testünkön keresztül. Ezért a test egyszerre oka, témája és eszköze a bármilyen elmondott történetnek. Ebben az értelemben a test meghatározza, hogy milyen történetet mondunk el.

Cortazzi szerint (2001: 388) „Az élettörténetekkel az egyének és csoportok értelmet adnak önmaguknak; elmondják, hogy mik ők, vagy mivé szeretnének válni. Amit mondanak, azzá válnak, *azonosak* a történetükkel.” Georgakopoulou (2002) szintén kapcsolatot teremt a történetmondás és az identitás között, szerinte az elbeszélők a történetmondáson keresztül önmaguk által „szerkesztett” leírásokat és értékeléseket közölhetnek magukról és másokról, miközben a történet bizonyos pontjain egyes identitásaspektusokat előnyben részesítenek másokkal szemben. Ehhez kapcsolódóan Benwell és Stoke (2006: 138) megjegyezte, hogy „az elbeszélés gyakorlatába beletartozik az identitás »megalkotása«, és mivel különböző történeteket mondhatunk, önmagunk különböző változatait építhetjük fel.” Így a történetek elmondása magunkról másoknak, egyfajta módja identitásunk létrehozásának vagy bemutatásának. Számos kutató (például Butler, 1990, 1993; Connell, 1995; Holstein and Gubrium, 2004; Laz, 2003; Phoenix and Sparkes, 2008) megállapítása szerint a narratívák használatán keresztül történő identitásalakításnak ez az interakciós és performatív eleme bonyolultan kapcsolódik ahhoz a társadalmi kontextushoz, amelyben az identitásképzés történik. Ez azt sugallja, hogy amikor az életüket leírják és „felépítik az identitásukat”, az embereket a forrásként használt szélesebb társadalmi narratívák és a kulturális források befolyásolják ugyan, de ez mégis bizonyos mértékű reflexivitással történik.

A történetmondás ilyesféle, társadalmi, testies és performatív aspektusaival kapcsolatos kérdéseket Laz (2003) tárgyalta az idősödés folyamatával összefüggésben. Szociológiai nézőpontból – ami igyekszik integrálni a test anyagi-testies és konstruktivista-diszkurzív-megjelenítési szempontjait – Laz a mellett érvel, hogy a életkort úgy érthetjük meg, mint amit megvalósítunk vagy eljátszunk. Olyasvalami, amit *megcsinálunk*. Számára az életkor egy jelenség, amit mi teszünk (általában vagy különösen) értelmessé (egyéni vagy közösségi módon) különböző interakciókon keresztül, amelyeknek keretét az intézmények és társadalmi struktúrák összefüggései jelentik. Bizonyos, hogy az életkor nem mindig

egyformán és ugyanúgy lényeges vagy értelmes minden helyzetben. Mindamelllett az én (self), az interakció és az intézmények „tájképének” részeként marad fenn. Az életkor ezért az interakcióban alapozódik meg, és az interakción keresztül, a nagyobb társadalmi erők kontextusában nyeri el jelentését. Laz (2003: 506-7) erről a következőket írja:

Mi megvalósítjuk az életkort; folyamatosan eljártsszuk az életkorunkat, és közben értelmet adunk más életkoroknak, és a kornak általában, cselekvésünkben és interakcióinkban, hiteinkben, szavainkban, érzelmeinkben és szociálpolitikánkban... Ha az életkor megvalósítása társadalmi és kollektív, akkor ellenőrizniünk kell a társadalmi szerveződések és kontextusokat, amelyekben az emberek „eljártszák a korukat” és azokat a különböző forrásokat, amelyekből az egyének merítenek, amelyeket használnak és/vagy átalakítanak a megvalósítás folyamatában. Ezeknek a forrásoknak némelyike széles körben elérhető, például a jog, a média, az orvosi tudás és gyakorlat. ... Mások nehezebben hozzáférhetőek, mint például a közösségi minták és hitek, a helyi kultúra, valamint a rokonsági hálózatok. A források másik csoportja nagymértékben személyes és lehetőség szerint egyedi, ilyenek például a személyközi kapcsolatok, fizikai testek és életrajzok. Ahogy „csináljuk a kort”, kiaknázzuk a forrásoknak ezt a sorát, komplex módon használjuk fel őket, ami sem nem teljességgel véletlenszerű, sem nem teljesen mintakövető vagy előre megjósolható.

Laz (2003: 508) ezek után azzal folytatja, hogy megvilágítja az intim kapcsolatot a kor és annak megtestesítése között annak megfelelően, ahogy ezeket megformálják illetve eljártszák. Szerinte, ahogy valaki „megalkotja az életkorát”, az hatással van testi létére, és a testiség befolyásolja azt, hogy valaki miképp képes megvalósítani a korát: „Ahogy megformáljuk a kort, felhasználjuk a test fizikai forrásait, cselekvéseink és választásaink viszont egyidejűleg formálják az elérhető testi forrásokat”.

Az eddig leírt koncepcióból kiindulva tanulmányunknak az a célja, hogy bemutassa, miképp konstruálja meg egy 70 éves, Frednek nevezett egyén narratív formában a maga identitását idős emberként. Bemutatjuk, hogy a nagy és kis történetek használatával miképp formálja meg Fred a maga öregedésének pozitív történetét. Azért szentelünk különös figyelmet Fred történetének, mivel azt példázza, hogy a történetmondók miképp használhatnak fel egy sor sajátos idős-identitást annak érdekében, hogy létrehozzanak egy lételméleti narratívát valakiről (önmagukról), aki jól öregszik, és kihozza a lehető legjobb életminőséget késői éveiből.

Elemzési keret

Annak érdekében, hogy megvizsgáljuk az identitásalakítás narratív módját, különösen hasznosnak találtuk a vitát, ami az utóbbi időkben, a narratívakutatók körében a „nagy történet” és „kis történet” megközelítés képviselői között kialakult¹⁵ (Bamberg, 2006a; Freeman, 2006). Eszerint a „nagy történet” az életrajzi narratíva tartalmaira összpontosít, amilyenek a személyes, múltbéli tapasztalatok. Így a „nagy történet” általában olyan történésekre reflektál, amelyek a részt vevő sajátos élethalakító eseményekre vagy az egész életére való visszapillantásából származnak. Az interjú készítője arra kéri a kérdeztet, hogy epizódokká kapcsolja össze ezeket az eseményeket, és az így született epizódokat szője bele az élettörténetbe. Bamberg (2006a) szerint ez a folyamat képessé tesz valamit valósággá válni. A túlnyomórészt az interjúhelyzet során összegyűjtött, és így más által előhívott nagy történeteket – ahogy Georgakopoulou (2006) megjegyzi – gyakran használják az elemzés során arra, hogy bemutassák egy személy életének nagy narratíváját. Más szóval, a nagy történetekkel kapcsolatos megközelítés szorosan összefonódik a narratív tartalom „mit”-jeivel.

A „kis történetek” ezzel szemben olyan történetek, melyeket az interakciók során, rendszerint mindennapi környezetben, nagyon hétköznapi dolgokról és mindennapi eseményekről mondanak el. Ezek általában, bár nem mindig, a formális interjúhelyzeten kívül hangzanak el, gyakran „a világhoz való narratív viszony múltó pillanataiként” (Georgakopoulou, 2006: 123). Ebben az értelemben a kis történetek esetleg nem is látszanak különösebben érdekesnek vagy elmondandónak (Bamberg, 2006a). Sőt, talán úgy merülnek fel, hogy nem is tekintik őket történetnek, és ennek megfelelően hamar elfelejtődnek. Ezért megvan a veszélye annak, hogy a kutatók elsiklanak felettük, és ezért az ilyesféle történetek, illetve történetmondások nagyrészt kimaradnak a narratív kutatási beszámolókból. Bamberg szerint bár a kis történetek csak néha kerülnek elő, vagy nem látszanak fontosnak, előfordulhat, hogy ezek világítják meg a módot, ahogy a beszélők (vagy írók) az én (self) és az identitás érzetét közvetítik. Így a kis történetekkel kapcsolatos érzékenység lehetővé teheti a narratív cselekvés „hogyanjának” alaposabb vizsgálatát, és így segíthet minket annak megértésében, hogy miképp válhatnak a narratívák alakítássá (performance) vagy stratégiai modellé, amit valaminek a végrehajtására használnak (Gubrium, 2006).

¹⁵ Bamberg (2006) és Gubrium (2006) nyomán, a nagy és kis történetek közötti különbségtevés egyénileg megalapozott. Ez eltér Holstein és Gubrium's (2000) párhuzamos, de társadalmi különbségtevésétől az identitás diszkurzusok és az egyéni élettörténet között.

A kis történetek középpontba állítása különösen fontos fejlemény a narratív elemzésben. A jelentés-alkotás megértésének ez a megközelítése a növekvő módszertani hatásból fakad, amit a narratív kutatás a társadalomtudományokra tett az elmúlt 20 évben (közkeletű kifejezéssel ezt nevezik „narratív fordulatnak”). Ennek a fordulatnak a középpontjában az a kérdés állt, hogy miképp konstruálódnak az identitások a narratívák által és a narratívákon keresztül. Bár – ahogy Watson (2007) rámutat – ezeknek a kutatásoknak a nagy része a nagyobb narratívákra figyel, amiket az emberek magukról az interjúkn belül mondanak. Azaz az analitikus érdeklődés túlnyomórészt a nagy történetekre koncentrál, melyek az emberek életében kulcsfontosságú eseményekre/tapasztalatokra vonatkoznak. Watson rávilágít ennek a megközelítésnek a lehetséges korlátaira, és megállapítja, hogy ha az identitás felépítését helyhez kötöttnek, az interakciókon belül és azokon keresztül megvalósuló, folyamatos teljesítménynek tekintjük, akkor analitikus figyelmünket azokra a narratívákra kell fordítanunk, amelyek ebben a kontextusban felmerülnek, azaz a kis történetekre, amelyek a mindennapi, profán környezetben merülnek fel, és magukba foglalják az identitás megjelenítését és az én (self) felépítését. A „nagy történetek” dominanciáját Georgakopoulou (2007: 147) is problematikusnak látja, szerinte a nagy történetek, azaz az élettörténetek és a mérföldkövet jelentő események történetei „monopolizálták a kérdezők érdeklődését, amit az iránt mutatnak, hogy a beszélő miképp mutatja be a múlt eseményeit és önmagát ezen események fényében”. Így az utóbbi években a kutatók – a narratív elemzés integráns részeként – kísérletet tettek a kis történetek vizsgálatára, amit az én (self), valamint az identitásépítés más formáinak kutatásában kiemelt jelentőségű térenek tekintenek (Bamberg, 2006a, 2006b; Georgakopoulou, 2006, 2007). Így a kis történetek kutatása olyan módszerként ajánlható, amely áthidalja a szakadékot a narratív elemzés hagyománya és a beszélgetéselemzés között, mivel demonstrálja, hogy a narratíva nyelv-központú elemzése, mely a szociokulturális folyamatok mélyebb megértését szolgálja, ily módon javítható az interakció-elemzés eszközének alkalmazásával. A kérdés további elemzése nyomán Georgakopoulou (2007: viii) megállapítja:

Jogos azt mondani, hogy ha a kis történetek nem nyernek stabil helyet a narratívák nyelvi megközelítésének térképén, az interjúkhoz kapcsolódó narratívakutatásban (gyakran „narratív vizsgálatnak” nevezik), akkor különösen égetővé válik egy inkluzív és koherens paradigma létrehozása a nem kanonizált történetmondás elemzése során.”

A kis történetek kutatásának megalapozására irányuló ilyesféle törekvések nem maradtak kritika híján. Például a nagy történetek védelmében Freeman (2006) azt állítja, hogy

a távolság, ami beépült a nagy történet narratív vizsgálatába, nem teherként, hanem lehetőség olyan tényezők megértésére, amelyek nem lennének elérhetőek, ha csak a pillanat közvetlenségét állítjuk a vizsgálat fókuszába. Freeman szerint "nem csak a kis történetekben tetten érhető ének (selves) vagyunk. Akár szeretjük, akár nem – a történelemnek ezen a pontján, a jelenkori nyugati kultúra összefüggésrendszerében – a nagy történet énekei (selves) is vagyunk" (p. 135). Számunkra sem a nagy, sem pedig a kis történetek nem jobbak, vagy „igazabbak”, hanem ezek a tapasztalat különböző, bár egymással kölcsönös összefüggésben lévő területeiről tudósítanak. Ezért mindkettő egyformán fontos a narratív kutatás számára.

Freeman (2006) nyomán mi is azt hisszük, hogy a nagy és kis történetek kiegészítik egymást, és ha egymással kombinálva használjuk őket, ígéretes integratív irányt adhatnak a narratív kutatásnak. Így ebben a tanulmányban Fred élettörténete áll a figyelem fókuszában azért, hogy megértsük, a nagy és kis történetek miképp működnek együtt Fred életében a kétféle sajátos identitás felépítésében. Ezek az identitások egyrészt a „fittnek és egészségesnek lenni”, másrészt a „ráérősnek lenni”. Fred története szintén rávilágít arra a módra, ahogy bizonyos körülmények között épít ezekre az identitásokra, és stratégiai módon egyesíti ezeket a nagy és kis történetek használatán keresztül, hogy létrehozza élete lételméleti narratíváját, mely szerint: „*Az élet olyan, amilyenné teszed.*”

Módszerek

Az első találkozás Freddel azután történt, hogy Cassandra Phoenix olvasott egy cikket a helyi újságban, amely beszámolt egy futballmeccsről, amelyet a férfi szervezett, és amelyen játszott is, hogy megünnepelje 70-ik születésnapját. Egy rövid levélben bemutatkoztunk, elmagyaráztuk a projektet, továbbá küldtünk egy rövid, demográfiai adatokat kérő kérdőívet a címére, amit az újságcikkből tudtunk meg. A kérdőív utolsó kérdéseként kértük, hogy egyezzen bele a tapasztalatairól szóló interjúba, és ha beleegyezik, küldje vissza a mellékelt nyilatkozatot, a szintén mellékelt felbélyegzett és címmel ellátott borítékban. Miután Cassandra Phoenix ezt megkapta, felívta Fredet telefonon és időpontot egyeztetett vele a találkozáshoz.

Ebben a vizsgálatban Ellis és munkatársai (1997) nyomán az interaktív interjúformát alkalmaztuk. Ez az interpretációs gyakorlat magába foglalja a személyes és társadalmi tapasztalatok megosztását, mind a kérdezett, mind a kutató részéről, azaz a kapcsolat fejlődésének összefüggésrendszerében mindketten elmondják történeteiket. Ellis és

munkatársai szerint „Az interaktív interjú jelentős időmennyiséget, több interjúülést, továbbá a kommunikációra, valamint az érzelmekre való odafigyelést követel” (p. 121).

Az interaktív interjúzás több szempontból is hasznos. Először, Ellis és munkatársai (1997) szerint ez a megközelítés olyan eszközt kínál, amellyel mélyreható és intim értelmezést nyerhetünk az emberek tapasztalatairól. Álláspontjuk szerint ez a módszer rugalmas, és a folyamatos interakció vezérli az interjú kontextusán belül. Így tükrözheti azt a módot, ahogy a kapcsolatok a való életben kialakulnak. Továbbá – ahogy Mishler (1986) megfogalmazza – az interaktív interjú (szemben a kikérdezéssel) elősegítheti a dialógust, mivel a megértés és interpretáció olyan szintjének teremt kontextuális alapot, amely hiányozhat a hagyományosan hierarchikus interjúhelyzetből. Végül, azzal, hogy az interakciót hangsúlyozza mind a formális interjúhelyzeten belül, mind azon kívül, úgy látjuk, az interaktív interjúzás hasznos módja lehet a „nagy történetek” és a „kis történetek” előhívásának egyaránt.

Az adatok összegyűjtése 10 hónapot vett igénybe, amelynek során négy formális, félig strukturált élettörténet-interjú készült a részt vevő otthonában. Az interjúk mellett adatokat rögzítettünk terepnapló formában a számos informális interakció tapasztalatairól. Ezek között szerepeltek például a rendszeres, reggelivel egybekötött találkozók a helyi kávézóban, rövid autótutak (általában a kávézóba vagy onnan haza), rövid telefonbeszélgetések (a találkozók megbeszélésére), és a helyi veterán futballmeccsek látogatása, amikor Fred is játszott. Ezek az informális interakciók különösen hasznosak voltak, hiszen megfigyelhettük a kis történeteket, amelyek Fred mindennapi életében keringtek.

Ahogy az interjúk és a terepnapló bejegyzések szaporodtak és az adatok gyűltek, igyekeztünk kapcsolódásokat találni a narratív szegmentumok és témák között, hogy azonosítsuk azokat a mintákat, amelyek Fred nagy és kis történeteiben belül és az egyes történetek között felépülnek, illetve meghatározzuk ezek jelentését. Ez a folyamat hasonló a Leiblich és munkatársai (1998) által leírt kategoriális tartalomelemzéshez (categorical-content analysis), amely az interjúhelyzeten belül és kívül felmerült narratívák tematikus hasonlóságait és különbözőségeit vizsgálja. Az interpretáció, ahogy Wolcott (1994:36) sugallja, azt jelenti, hogy a kutató „túlmegegy a tényszerű adatokon, valamint az óvatos elemzésen, és elkezd próbálgatni, mi készül belőlük”. Itt – ahogy Cresswell (1998) megjegyzi – a kutató építi fel az egyén élettörténetét, és határozza meg a faktorokat, amelyek formálták az életét. Ezután az eset analitikus absztrakciója következik, mely megvilágítja az egyén életének folyamatait, a különböző elméleteket, amelyek ezekre az élettapasztalatokra vonatkoznak, és az élet egyedi és általános vonásait írják le. A téma, ami rendszeresen

ismétlődött Fred történetének interpretációjában, a megjegyzés volt, hogy az élet olyan, amilyenné teszed. Lényegében ez a pontos megfogalmazás magától Fredtől származik, aki mindennapi életének leírása és átgondolása alkalmával többször is mondta ezt. Még két másik téma kapcsolódott szövevényesen a domináns történetvonalhoz, mely gyakran került elő, amikor Fred a nagy és kis történeteit mesélte. Ezek a témák összefüggtek a fitteknak és egészségesnek lenni, valamint a ráérősnek lenni kérdésével. A következő fejezetekben azt mutatjuk be, hogy ezek a témák miképp szövődtek össze a nagy és kis történeteken keresztül, és hogyan jött létre belőlük a öregedés pozitív önmeghatározása.

Az élet olyan, amilyenné teszed

Adataink elemzése arra az eredményre vezetett, hogy Fred életét jelenleg egy ontológiai narratíva foglalja keretbe, mely így hangzik: „Az élet olyan, amilyenné teszed”. Ez a nagy történet Fred narratívájában, ami formálja a cselekmény struktúráját és tartalmát: kemény munkával kihozni az életből a lehető legtöbbet – annak ellenére, hogy olyasmikkel is találkozunk, amit mások balszerencsének vagy negatív tapasztalatnak láthatnak. Például, bár Fred megtapasztalt betegségeket, ezeket nem korlátokként élte meg, amelyek *megállítják* az életet, hanem az élet *részeként* szemlélte őket. Az öregedést magát is hasonló módon mesélte el. Ez némiképp hasonlít ahhoz, amit Williams (2000) „normalizációnak” nevez. Ezt a koncepciót a krónikus betegséggel összefüggésben Williams a következőképpen magyarázza: „az egyik esetben a betegség hatásainak zárójelbe tétele lehetővé teszi, hogy a személy én-identitása relatíve érintetlen maradjon, míg a másik esetben a betegséget vagy a kezelési rendszert minősíti az egyén »normálisnak«, hogy ezáltal teljesebben beilleszthesse az identitásába és nyilvános énjébe” (p. 44). Így Fred a (fizikai vagy egészséggel kapcsolatos) változással való találkozást nem tekintette törésnek az élettörténetében, hanem egyszerűen úgy szemlélte, mint ami része a testi öregedésnek. Ezt illusztrálják a következő megjegyzések.

Cassandra: *Hogy van, Fred?*

Fred: *Nos, én jól vagyok, míg katéter van bennem, de ha nincs bennem, akkor minden újra kezdődik. Ettől eltekintve nagyszerűen vagyok. De ez olyan bonyolult. December 27-ére van időpontom egy specialistához, ami még nagyon messze van, viszont a nővér azt mondta, hogy „vagy meghal, vagy jobban*

lesz addigra, és akkor nem kell elmennie a specialistához.” Erre én azt mondtam, „nos, egyáltalában nem bánom, ez aranyos”. De egyébként, minden megy tovább. Nem tudom. Rendben van. Futballoztam és ping-pongoztam múlt éjjel. Még elmegyek egy kicsit futni ma reggel, reggeli előtt, nos, ebéd előtt lesz, mire odajutok. Igen, csak alkalmazkodni kell. Nemde? Mi mást tehetek? Amikor azt gondolod, „azt a kutyafáját”, csak el kell boldogulni ezzel valahogy.

Az „alkalmazkodni” és „elboldogulni” központi motívumai a nagy történetnek, amely szerint *„Az élet olyan, amilyenné teszed”*. A fenti megjegyzések mutatják, hogy valójában az „alkalmazkodás” és az „elboldogulás” egyre lényegesebbé válik Fred számára, ahogy a fizikai állapota kerül a mindennapi élete homlokterébe, mint az betegség idején szokott lenni. Az „alkalmazkodás” fogalma fontos itt, mert azt sugallja, hogy Fred nem szükségszerűen azért kísérli meg az életből a legtöbbet kihozni a fizikai aktivitásban való részvétellel, hogy *ellenálljon* az öregedésnek vagy *harcoljon* azzal. Inkább arról van szó, hogy a testi állapot különböző formáit a fizikai aktivitás kontextusán keresztül megtapasztalva, idővel lehetővé válik számára a kihívás és az élvezet érzése, ahogy a következő idézet is mutatja:

Azt gondolom, ez olyan, mint minden, amivel kapcsolatban az embernek rá kell jönnie, hogy semmi sem jön könnyen, és neked újra meg újra vissza kell fordulnod, és próbálkozni, akárhogy is. De ez azt jelenti, hogy minden egyes napot élvezel, ahogy jön... álláspontom szerint, én hiszem, hogy az vagy, akit csinálsz magadból, és folytatni kell, amíg csak bírod ... Nem lényeges, hogy milyen nehéz idők járnak, az élet csodálatos, az élet csodálatos, ehhez nem fér kétség. Én soha sem zúgolódok. Beszéltem már neked az emberről, aki a kútba esett, és meghalt. Amikor megtalálták, az ujjai csontig le voltak kopva, mert a körmeivel igyekezett kikapaszzkodni. Amikor egy kicsit kétségbeesek, rá gondolok. Kapaszkodott az életbe, nem akart meghalni.

Ezek az elbeszélések felhívják a figyelmet a kihívás és az életöröm jelentőségére a „nagy történetben” (*Az élet olyan, amilyenné teszed*), ami keretbe foglalja Fred életét. A kihívás és az életöröm mellett a szöveg rávilágít arra is, hogy a nagy történetet mennyire átítatja az individualizmus. Az a gondolat, hogy az életed az, amivé teszed, és te az vagy, amivé teszed magad, megerősíti a hitet, hogy az ember a saját sorsának kovácsa lehet. Mindazonáltal ebben a szcenárióban a sikeres öregedés nyilvánvalóan az egyén felelőssége – az élet olyan, amilyenné *te* teszed. Ahogy a fenti elbeszélés nyilvánvalóvá teszi, Fred ezt az individualista

attitűdöt alkalmazza, amikor az étellel, és különösen az öregedéssel kapcsolatos elképzeléseit körülírja. Sajátosan, amikor megalkotja és fenntartja a nagy történetet – „*Az élet olyan, amilyenné teszed*” –, szavai aláhúzzák a gondolatot, hogy a felelősség az élet milyenségéért nagyrészt az egyéné, és egyedül az egyéné.

Az élet megbecsülése is benne rejlik abban, ahogy Fred a nagy történetet használja. Más szóval a hála érzése azért, amid *van*, szemben azzal, amid *nincs*. Így a hitet, hogy az *élet olyan, amilyenné teszed*, a lefelé történő társadalmi összehasonlítás strukturálja és tartja fenn. Ez nem csak azt jelenti, hogy mindig van valaki, aki rosszabb helyzetben van, mint te magad, hanem annak megértését is, hogy lehetőséget kapva ez a személy megbecsüli az életet, és még inkább igyekszik a lehető legtöbbet kihozni belőle. Fred számára a személy, akivel magát lefelé összehasonlítja, az az ember, akiről a rádióban hallott, és aki beleesett a kútba, és meghalt, mielőtt felfedezték volna.

Ennek az ontológiai narratívának a jelentősége abban a módban rejlik, amellyel Fred a jelenben formálja és strukturálja a jelentést, amit az öregedési folyamatnak ad. Elemzésünk szerint ennek a nagy történetnek a középpontjában az elfogadás, a kihívás, az életöröm, az individualizmus és a megbecsülés érzése áll az öregedő testtel kapcsolatban. Ezek a témák merülnek fel Fred elbeszélésében, mint ennek a sajátos narratívának az élettörténeti tartalma (a „mit”-ek), illetve mint az öregedés megformálásának ebből következő módja. Ahogy megjegyeztük, az is érdekelt minket, hogy miképp volt képes Fred egy időszakosan keresztül, folyamatosan megvalósítani ezt a történetet. Ezért a kis történet -megközelítés alkalmazásával, figyelve a formális interjúhelyzeten kívül gyűjtött adatokra is, sikerült némi betekintést nyernünk a sajátos önmeghatározási folyamatba, amelynek során Fred stratégiai szempontból sikeresen állított elő egy ontológiai narratívát olyasvalakiről, aki valóban a legtöbbet hozza ki az életből. Ezek az önmeghatározások: a *fittnek és egészségesnek lenni* és a *ráterősnek lenni*, ezeket fogjuk részletesen elemezni a következő fejezetben. A két identitás bonyolultan kapcsolódik egymáshoz – és ilyenként érthető meg –, továbbá folyamatosan változik, Fred történetmesélésének hol a felszínéként, hol pedig háttéréként jelenik meg.

Fittnek és egészségesnek lenni

Fredről szóló korábbi tudásunk (azaz, hogy veterán futballjátékos) alakította a róla, mint aktív idős felnőttől szóló kezdeti meglátásainkat. Ahogy mondtuk, az idő előre haladtával, a számos, különböző helyzetekben történt találkozás hatására egyre nyilvánvalóbb lett, hogy Fred mennyire testesíti meg a fittnek és egészségesnek lenni önmeghatározást. Ezt

az identitást forrásként használta ahhoz, hogy részben megvalósítsa az akkori életében domináló ontológiai narratívát: „Az élet olyan, amilyenné teszed”. Az interakcióink során nyert nagy és kis történetek elemzése rávilágított a stratégiákra, amelyeket Fred használt ennek az identitásnak a megtestesítésére. Például az egyik módszer, amit Fred alkalmazott a *fittnnek és egészségesnek lenni* önmeghatározás megalkotására, az volt, hogy bemutatta az egészséggel és testgyakorlással kapcsolatos tudását. Ezt példázza a következő kis történet, melyet Cassandra rögzített terepnaplójában:

Terepnapló-bejegyzés 07/01/15

Minden esetben, amikor Freddel találkozunk, láthatóan hosszabb időt töltünk a csevegéssel, mint az interjúkérdésekkel. Olyan hosszú kérdéslistám van, amit meg kellene kérdezniem, és általában csak egy párral végzünk egy-egy alkalommal! Ma, mielőtt elkezdtük volna az interjútervemben szereplő „formális” kérdéseket, mutatott nekem egy könyvet, amit az előző héten kölcsönzött ki a helyi könyvtárból. A „28 napos jóga-terv” címet viselte, és a '80-as években adhatták ki. Minden kép fekete-fehér volt, a gyakorlatokat bemutató hölgy merev, bodorított frizurát és fehér, fényes, talpallós dresszt viselt. Egy ideig a jógáról beszélgettünk, én is megoszthattam a tapasztalataimat, amelyeket a jóga-tanfolyamon szereztem. Fitness-oktatói múltam alapján aggodalommal töltött el, hogy számos, Fred által mutatott gyakorlatot veszélyesnek láttam, de mivel éreztem a lelkesedését, úgy döntöttem, most nem szólok. Fred lelkesen lapozgatja az oldalakat, amelyeken a már sikeresen elvégzett gyakorlatok szerepelnek. Ide-oda csapongva mondja nekem: „A jóga nagyszerű, ha egyszer belekerülsz. Szeretem csak nézni a hölgyet, valóban (nevetünk). Én már a 7. napnál tartok, és eddig még nem hagytam ki egy napot sem. Ez egy 28 napos tervek, és azt írják, nem szabad egy napot sem kihagyni. De, tudod, ha eljutsz a 10. naphoz, elkezdd hiányozni (nevetés). De amit ez veled tesz, az az, hogy mindent egyensúlyba hoz. Úgy értem, ha súlyt emelsz, nem igazán hagyod a testedet olyan ép formában maradni, mint amiben lennie kellene. Nyomás alá helyezed. És ha valaki hozzáértő figyelemmel kísér, akkor rendben van, de szerintem sok ember csak úgy, egymaga csinálja, azután kimegy a válla, vagy mit tudom én, és azután nem mehet az edzőterembe, mert a válla kiment.

Azon kívül, hogy jelzi a módot, ahogy a kis történetek megszületnek és feljegyzések készülnek róluk az interaktív interjú során, az ilyesféle beszélgetések elemzése azt is mutatja, hogy Fred tudása az egészségről és testgyakorlatokról fontos tényező számára a *fittnnek és egészségesnek lenni* identitás precíz felépítésében. Az is fontos itt, hogy oktatási lehetőségek

hiányában Fred arra a laikus tudásra alapoz, amit a könyvtári könyvekből, a fitness kiadványokból, a televízióból, rádióból, stb. szedett össze. Az ezzel kapcsolatos egyik lehetséges probléma is kiderül a fenti naplóbejegyzésből: ahonnan Fred meríti és elsajátítja jogával kapcsolatos tudását, elévült, valószínűleg nem pontos és esetleg káros. Tudásának ilyesféle hibái megkérdőjelezhetik a fittség és egészség birtokosaként vallott önmeghatározását. Fred laikus tudása egyébként nem minden esetben származik elavult forrásokból, ahogy egy másik kis történet mutatja:

Terepnapló-bejegyzés 07/01/04

Fred vezet, útban vagyunk a kávézóba egy késői reggelire. A karácsonyról beszélgetünk, és Fred elmondja, hogy a lánya karácsonyi ajándékként megújította az előfizetését a Férfiégészség (Men's Health) című újságra. „Óh, nahát!” válaszoltam, és egy kicsit túlzottan sikerült a csodálkozás. Ez aztán nem az az újság, amit kapcsolatba hoznék egy 70 éves emberrel! „Érdekes” mondja, bár sok meglehetősen sikamlós cikk van benne. Mindketten nevetünk, és ebből arra következtetek, hogy Fred azokra a cikkekre gondol, amelyek a szexről és a partner kielégítésének módjáról szólnak. „A Futók Világát (Runners World) is szeretem” folytatja, „Szerencsére egy hölgy, aki lejjebb lakik az utcában, járattja, és nekem adja, amikor már végzett vele, így azt nem kell megvennem.”

Ez a kis történet mutatja Fred érdeklődését a népszerű egészséggel és fittséggel foglalkozó lapok iránt. Találkozónk alkalmával valóban rendszeresen utalt az ilyesféle írásokra, és beszélt a legutóbbi étrendi és testedzési javaslatokról, amelyekről olvasott (vagy hallott azoktól az ismerőseitől, akik hasonló írásokat olvasnak). Ez nyilvánvalóan tükrözi az egészséggel kapcsolatos ideológiáknak a nyugati társadalmakban való növekvő jelenlétét. Míg a hagyományos narratívák az időskort a legitim (és elvárható) rossz egészségi állapottal kapcsolják össze, az utóbbi időkben a narratívák az aktivitást, az egészségtudatosságot és az egyéni felelősséget támogatják. Ezek jelzik az egészség, a testiség és a teljesítmény növekvő jelentőségét a jelenkori nyugati társadalmakban (Jolanki, 2004). Annak mértékét is jelzi, hogy mennyire vált kulcsfontosságúvá az egészség nem csak a jóllét meghatározásában, hanem az egyén és a társadalom „jóságának” meghatározásában is (Featherstone and Hepworth, 1991; McCallum, 2001). Fred történetében a *fitnek és egészségesnek lenni* identitás sikeres megvalósításáért tett egyéni erőfeszítések ilyen mértékű hangsúlyozása jól megfér az individualizmussal, mely összefügg a mindennapi életét jelenleg formáló ontológiai narratívával, mely szerint „Az élet olyan, amilyenné teszed”.

Egy másik stratégia, melyet Fred a fittséggel és egészségességgel kapcsolatos önmeghatározásának felépítéséhez használ, azzal a fogalommal kapcsolódik össze, amit „élettörvényeknek” nevez. Ezeket a fittséggel és egészséggel kapcsolatos laikus tudása alapozza meg. Fred szerint az „élettörvények” szabályok, melyeket követni kell, ha egészséges akarsz lenni. Ha nem követed őket, annak következménye a rossz egészségi állapot és/vagy a korai halál, ahogy azt számos családtagjának és barátjának a példája mutatja. Ez ismét a Fred történeteiben megjelenő individualizmust tükrözi – a rossz egészségi állapotot az magyarázhatja, hogy nem tartanak fontosnak bizonyos magatartásokat. Amikor a formális interjúhelyzetben az élettörvények megmagyarázására kértük, a következő nagy történet került elő:

A dohányzás kizárva, a túl sok alkohol kizárva. A másik, hogy megfelelő időben kell az ágyba menni. Az állatok, amikor besötétedik, elmennek aludni. Amikor besötétedik, mi bemegyünk a városba. Nekem viszont este 10 órakor vége, és 6 órakor kelek. Nem mindig kelek fel 6-kor, felébredek 6 órakor, lemegyek egy csésze teáért, és visszabújok az ágyba még egy kicsit. Az étel fontos, rendszeresen kell étkezned, nem szabad még egy nagy fogást megenned, amíg nem voltál a fürdőszobában. A rendszeresség, amit be kell tartani, ez a lényeg. És néha mondom magamnak, hogy „el kell kezdenem minden nap edzeni”, azután azt gondolom „nem, álljunk meg egy percre; meglehetősen jól vagy mostanában, miért akarnád erőltetni? Miért akarnád túlerőltetni?” Azt gondolom, hogy időnként váltani kell, esetleg biciklizni, úszni és futni, sőt, esetleg gyalogolni. Ha nem futhatsz, akkor gyalogolj! A gyaloglás nagyon jó. Nagyon jó edzés. Azt gondolom, hogy ez a váltás másféle sportra az, ami tényleg fitten tart.

A fenti megjegyzések jelzik, hogy a napirend mennyire fontos a mindennapokban Fred számára. Azt is mutatják, hogy a mindennapi rutin, mely jelenleg élettörvényeit strukturálja, túlnyomórészt a fizikai testhez kötődik. Például eleget aludni, edzeni, megfelelő ételeket enni – a kulcsok ennek az identitásnak a felépítésében. Lényeges viszont, hogy amit Fred „elégnek” vagy „helyesnek” tekint ebben az összefüggésben, az láthatóan az egészségről és edzésről szóló laikus tudásából ered. Így az ezzel a tudással kapcsolatos problémák (például ez a tudás lehet elavult/pontatlan) ez esetben is lényegesek lehetnek. Ráadásul, ami az oksági összefüggéseket illeti, a Fred élettörvényei mögött meghúzódó feltételezésekkel is lehet probléma. Más szóval, az a hit, hogy a testi kimenetek előre megjósolhatók, és hogy az egészség olyasvalami, ami követendő szabályokkal és rutinokkal elérhető, veszélyes. Ehelyett a tudat és a testünk megbecsülése azzal együtt, hogy szervezetünk fizikai realitásként teljes

mértékben kiszámíthatatlan, beteggé válhat, gyenge és sérült lehet – gyakran minden „jó ok” nélkül –, meg kell maradjon létünk és mindennapi életünk alapzataként (Frank, 1991, 1995).

Ráérősnek lenni

A fittségről és egészségességről szóló történetek mellett Fred egy második önmeghatározást is kidolgozott, melynek vezérlő témája a „ráérősnek lenni”, miközben olyan emberként írja le magát, aki a legtöbbet hoz ki az életből. A ráérősséget úgy írta körül, mint a tempó lassítását és a rugalmasságot a napi kötelezettségek tekintetében. Ez szintén a mindennapi élet időbeliségének tapasztalatához kapcsolódik. Pontosabban a ráérősnek lenni azt jelenti, hogy elegendő időt adni mindenre, és úgy érezni, hogy az ember a jelenben él és a jelent élvezi, ahelyett, hogy futna a jövő után vagy mélyre ásna a múltba. Ez a Fred által, a formális interjú során ajánlott nagy történet, ami körülírja tapasztalatait arról, milyen a jelenben ráérősnek lenni. Saját szavaival:

Amikor fiatal voltam, mindig rohantam, csináltam a következő dolgot... Amikor a száraztisztítást kezdtem, nyolc öltözetet kellett kitisztítani egy óra alatt, és mire véget ért a munkaidő, meg kellett csinálni harmincat. Így azután az ember folyton rohant, rohant és rohant ... Úgy értem, hogy most csak kimegyek, és nézem a virágokat és a fákat. Tudod, 30 évig, amíg dolgoztam, soha sem láttam a méheket vagy a fákat, vagy bármit, mert dolgoztam. Menni kellett, csak menni; szaladni a pénz után ... Az élet most csodálatos, és csak el kell lenni és örülni kell neki. Oly sok örömet kapok mostanában a dolgoktól, mint soha korábban. Csak egyszerű dolgok, lemenni a kávézóba, és megenni a reggelit. Nem sietek sehová. Most kényelmesen lemehetek, megihatok három csésze teát esetleg, és élvezhetem minden cseppjét ... Lemegyek oda, és általában egy órát ott vagyok, mert Stella (a tulajdonos) nagyon rendes, csak néha hosszú ideig kell várni a reggelire. Csak ülök ott a füstben, meg minden, izzasztó meleg van, de ez jó. Erről szól az élet.

Fred megjegyzései mutatják, hogyan formálja meg a ráérőségéről szóló önmeghatározást, és ezzel miképp képes megerősíteni a mindennapi tapasztalatait jelenleg keretbe foglaló ontológiai narratívát, mely szerint „Az élet olyan, amilyenné teszed”. Ezek arra is rávilágítanak, hogy a kényelmesség identitáselemét Fred viszonyfogalomként konstruálja, szemben a száraztisztítóban eltöltött munkás éveiben tapasztaltakkal. Ezeket az éveket a folytonos sürgetésről és a pénz utáni hajszához vezető társadalmi nyomásról szóló emlékei formálják. Fred múltját az az érzés uralja, hogy folytonos időnyomás alatt volt (Phoenix,

Smith & Sparkes, 2007), ami beszivárgott („folyton rohanó”) testébe, és az időszemléletébe, amiben a *jelent jövőként élte* (Roberts, 1999). Most, 70 éves korában, amikor 17 éve nyugdíjas, a tempó csökkenése a mindennapi ráérősség lehetőségével olyan önmeghatározás, amit Fred felhasznál arra, hogy felépítse ontológiai narratíváját: az *élet olyan, amilyenné teszed*. Lényegében a ráérősségről szóló önmeghatározás képessé teszi Fredet nem csak időszemléletének megváltoztatására és *a jelennek jelenként való megélésére* (Roberts, 1999), hanem a jelen megbecsülésére és értékelésére is. Ahogy a fenti elbeszélés sugallja, a megbecsülés érzése a mindennapi események időbeli élményeihez kötődik, talán szembeállítva az úgynevezett „nagy teljesítményekkel”. Például Fred hangsúlyozza, hogy „csak egyszerű dolgokról” van szó, mint amilyen a kávézóban való időtöltés, ami örömet okoz. Van olyan érzésünk, hogy Fred számára a létezés egy fizikai térben – evés, ivás és beszélgetés –ráérős/kényelmes módon való tartózkodás, a rohanás szükségessége nélkül. Ez az, amiről jelenleg az élete szól. Ezzel tudja a legtöbbet kihozni az életből, így erősítve meg a jelenbeli ontológiai narratívát. Ezen felül ez a tapasztalat nagyon testiesnek mutatkozik, ahogy szaglik, látszik, ízlik, lassabban mozog a téren keresztül, és így az időbeliség eme tapasztalatának szimbólumává válik – „a mindennapi életben ráérősnek lenni” tapasztalatává, amikor nem *kényszerülünk* rohanni többé.

Elemzésünk azt is felfedte, hogy Fred identitásának használata nem korlátozódott a formális interjúhelyzetre. A kis történet nézőpontjából Fred az interjún kívüli interakciókban újra meg újra megformálta önmeghatározását olyasvalakiként, aki ráérős módon mozog és él. Ennek két példáját mutatják a következő kis történetek, melyeket Cassandra jegyzett le terepnaplójába:

Terepnapló-bejegyzés – 07/04/16

Ahogy elpakoltam a diktafont a második interjú végén, megkérdeztem Fredet, mikor lenne számára a legjobb újra találkozni. „Rajtad múlik, drágám” válaszolta „ahogy neked jó, a világ minden ideje az enyém.”

Terepnapló-bejegyzés – 07/05/10

Úgy beszéltek meg, hogy lesétálunk a kávézóba angol reggelit enni, de eleredt az eső, és Fred felajánlotta, hogy elvisz autóval. A főúton lefelé menet lelassított, hogy valaki egy másik járművel kihajthasson előtte. „Én mindig hagyom, hogy menjenek” mondja „nem sietek sehová.”

Ezek a megjegyzések nem hangzottak szomorkásan vagy elnézést kérően, inkább elégedettséget tükröztek. Frednek a ráérősséggel kapcsolatos identitása, ami ebben az esetben azt tükrözi, hogy aktív szereplője az időélményének (Tsuji, 2005), megkérdőjelezi a széles

körben elterjedt nézetet, miszerint az idős emberek ideje üres és/vagy értelem nélküli. Ezen kívül, bár Fred életének tempója lassabb, a „ráérősnek lenni” nem jelent szükségszerűen semmittevést. Ahhoz, hogy a „ráérősnek lenni” önmeghatározást sikerrel formálja meg, és ebből következően megerősítse az ontológiai narratívát, mely szerint a lehető legtöbbet kell kihozni az életből, nyilvánvalóan egy olyan lassabb tempójú, ráérős életre van szükség, amely *tele* van, és semmiképpen sem üres. Így – éppúgy, mint a Tsuji (2005) vizsgálatában szereplők esetében – Fred mindennapi életét is a „tevékenységetika” formálja. Ez olyan tevékenységeket jelent, amelyeket „munkának tekintenek, a munka érzete nélkül” (Savishinsky, 2000: 81). Erről szól Frednek a napirendjéről szóló következő leírása:

Addigra hazabicikliztem (a kávézóból), és akkor lesétáltam a könyvtárba, és esténként, nos, lemegyek a futballklubba. Ez csak időtöltés. De ez érdekes; mert nem találhatok újra időt a munkára, nem, munkát nem (nevetés). Olyan sok munkám van, amit itthon csinálhatok, ha akarok, csak nem csinálom. De élvezem az elfoglalt életet, és természetesen a legtöbb embert ismerem, így végigdumálom az egész utat (a kávézóba menet), és kétszer annyi időbe telik, bárhová megyek. Ha mindenhová gyalog kell menned, az időbe kerül. Azt gondolnád, hogy eljuthatsz a kávézóba és vissza egy óra alatt, de nem lehetséges, mert addigra azt gondolod „Óh, Jézusom, be kellene ugranom a papírboltba, és papírt venni vagy valami hasonló, tudod, az autódához, vagy valami. Minden olyan sokáig tart. Nem értem, hogy van az embereknek idejük dolgozni (nevet).

Úgy tűnik, hogy Fred számára a ráérősnek lenni önmeghatározásba beletartozik a folyamatos elfoglaltság. Bár az élet *tempója* lassú (ráérősnek lenni), a *tevékenység* (elfoglaltságnak lenni) fontos marad, amennyiben valaki önmagát olyasvalakinek akarja látni, aki a legtöbbet hozza ki az életből.

Freedman (1999) szerint az idősek „tevékenységetikája” eltér a korábbi éveik „munkaetikájától”. Azt mondja, hogy ami megkülönbözteti a két csoportba tartozó tevékenységeket, az nem az, *amit* csinálnak, hanem *ahogy* csinálják a dolgokat. Az idősek szerinte értik, hogy a dolgok lassú elvégzése lehet érték, mivel a lassabb tempó lehetővé teszi a kapcsolatok ápolását és elmélyítését. Fred fenti gondolatai nyilvánvalóan megerősítik Freedman megfigyelését. Például képesnek lenni arra, hogy a kávézóba menet kétszer annyi időt töltsön valaki a sétával, mert közben beszélgetni is lehet, az a fajta mindennapi történés, ami megkülönbözteti a ráérős, rugalmas jelent a nyomasztó múlttól, amikor az időt muszáj volt beosztani. Ebből arra a következtetésre juthatunk, hogy Fred örül a lehetőségeknek, amelyek együtt járnak az öregedéssel, mert így maga rendelkezhet az idejével, ahelyett, hogy

az idő rendelkezne vele. Az előbbi esetben – Schmotkin and Eyal (2003) megállapítása szerint – az egyén úgy érzi, képes megszervezni a saját idejét, mivel eléggé rugalmas az eltervezett feladatok teljesítéséhez, új terveket alkot, és talál időt a pihenésre is. Ezzel szemben abban az esetben, amikor az idő rendelkezik az egyénnel, az egyén hajszoznak érzi magát, túlterhelődik a tennivalókkal, és folyamatosan késésben van. Fred, aki a jelenben maga határozza meg az élete sebességét és tartalmát, képes szövetségesként és nem ellenségként kezelni az időt. Schmotkin és Eyal szerint a személyes időfogalom kulcsfontosságú tényezője az idősök jóllétének. A ráérősséggel kapcsolatos identitás felépítése és fenntartása ezért központi jelentőségű ahhoz, hogy Fred képes legyen elmondani az öregedés pozitív történetét, és bemutatni, hogy a lehető legtöbbet hozza ki az életből.

Reflektív kommentárok

Fred narratív teljesítményének elemzése szemlélteti azt az aktív munkát, ami ahhoz szükséges, hogy egy idős ember a nagy és kis történeteken keresztül kidolgozza a maga pozitív önmeghatározását. Ez azt is megerősíti, hogy a narratívák megtestesülnek, megélik őket, és központi jelentőségűek az értelem-képzés folyamatában. Az sem szükséges, hogy elmondják őket, mert aktív részei a mindennapi interakcióknak. Ahogy Laz (2003) mondaná, Fred valójában „eljátssza az életkorát” (acting age), és eközben az idők során a narratívaforrások széles spektrumát – a médiát, a barátokat és a saját fizikai testével kapcsolatos tapasztalatokat – használja.

Ennek a folyamatnak a személyes következményei világosak. A rendelkezésre álló forrásokból Fred művészien alkotja meg a pozitív öregedés koherens narratíváját, ami ellentétben áll a negatív idősödés közkeletű nyugati fogalmával. Az általa használt ontológiai narratíva, „*Az élet olyan, amilyenné teszed*” kiindulási pontot jelent számára az ellenálláshoz azzal a domináns meta-narratívával szemben, amely manapság a nyugati társadalmakban a hanyatlás, a leromlás és az üresség negatív képeit kapcsolja az öregedéshez. Fred a pozitív idősödés narratív teljesítményének részeként ügyesen kombinál a lételméleti narratíván belül két egymással kölcsönös kapcsolatban lévő önmeghatározást, melynek vezérmotívuma egyrészt a „fittnek és egészségesnek lenni”, másrészt a „ráérősnek lenni”. Ezek dinamikus kapcsolatban állnak össze az életében működő nagy és kis történetekkel. Más szóval, Fred művészien szövi össze a pozitív idősödés narratíváját azzal, hogy válogatott eseményeket bizonyos módon összeköt, és sajátos jelentéseket ad nekik (valójában másvalaki Fred életének

eseményeit – a betegség gyakori epizódjait, és így tovább – a hanyatlás-modell szerint is értelmezhetné).

Fred történeteinek elemzése különösen fontos módszertani következményekkel is jár. Figyelembe véve, hogy Fred ontológiai narratívájának teljesítményéhez hozzátartozik mind a különböző önmeghatározásokkal kapcsolatos nagy, mind pedig a kis történetek használata, meglátásunk szerint, ha csak az egyikre koncentrálnánk a másik rovására, az az elemzést egyoldalúvá és szegényessé tenné. Ez a megfigyelés nyilvánvalóan jelentős lehet azok számára (például Bamberg, 2006b), akik jó okkal hangoztatnak fenntartásokat a nagy és kis történetek együttlétezésével kapcsolatban. Interakcióink Freddel empirikus megerősítést nyújthatnak Freeman (2006: 131) megállapításához, mely szerint a nagy és kis történetek kiegészítik egymást, és amikor „együtt vesszük őket figyelembe, ezzel ígéretes integratív irányt adhatunk a narratív kutatásnak”. Így miközben elfogadjuk, hogy lehetnek esetek, amikor a nagy történetek több adalékkal szolgálhatnak az elemzéshez, mint a kis történetek (és fordítva), a nagy és kis történetek vagy-vagy elvű használatától eltérít a tény, hogy Fred aktívan használja a történetmondás mindkét formáját élete leírására.

Ezért ahelyett, hogy a kis történeteket kiegészítésként használnánk a nagy történetek kutatásában, ezek együttlétezését lehetőségként kezeljük, hiszen ily módon különböző nézőpontokat használhatunk eszközként azoknak a jelentéseknek az elemzésére, amelyeket az egyének mindennapi tapasztalataiknak – például az öregedésnek – tulajdonítanak. Valójában a kvalitatív megközelítésben általában sokféle perspektíva rejlik (Coffey and Atkinson, 1996), és ahogy Straus (1987: 7) figyelmeztet minket, a kvalitatív kutatók „meglehetősen különböző kutatási stílussal, különböző adottságokkal és tehetségekkel rendelkeznek, így a módszerek sztenderdizációja csak korlátozná, sőt bénítaná a társadalomkutatókat”. Ezeket a megállapításokat figyelembe véve a nagy és kis történetek esetében a vagy-vagy szemlélet szándéktalanul is korlátozhatja a kvalitatív kutatók kreativitását. Ráadásul az a veszély is előállhat, hogy a kutató egyoldalúságával magának a történetmondónak a művészi kreativitása sikkad el, és marad magyarázat nélkül. Ahogy Gubrium (2006: 250) megjegyzi „Az olyan megközelítések, amelyek nem veszik figyelembe, hogy az érdekeltek miképp adnak jelentést a tapasztalataiknak és miképp szervezik ezeket az idők során, megkurtítják a narratív identitást, mivel az, ami mindenkinek jó, senkinek sem jó (as one size fits all fits nobody)”. Ha figyelmesen hallgatjuk Fred nagy és kis történeteit, képessé válunk arra, hogy feltárjuk a stratégiát, ahogy egy sor kulcsfontosságú önmeghatározást alkot magának annak érdekében, hogy létrehozhassa a pozitív öregedés identitását. Művészién építi ezt fel, ellentétben a hanyatlás és tönkremenés „egy méretes” (one size) narratívájával, mely általában (és gyakran

hibásan) kapcsolódik az idősödés folyamatához a nyugati társadalmakban. Reméljük, hogy tanulmányunk további kutatásokra ösztönöz, melyek megkérdőjelezzik a merev vagy-vagy szemléletet a nagy és kis történetek vonatkozásában, és e helyett azt a dinamikát vizsgálják majd, ahogy mind a nagy, mind pedig a kis történetek működnek az élet alakításában.

Köszönetnyilvánítás

Őszinte köszönetet mondunk Frednek, aki rászánta az időt arra, hogy megossza velünk (nagy és kis) történeteit.

Hivatkozások

- Atkinson, P., Coffey, A. and Delamont, S. (2003) *Key Themes in Qualitative Research*. Oxford: AltaMira Press.
- Bamberg, M. (2006a) 'Biographic-Narrative Research, *Quo Vadis?* A Critical Review of "Big Stories" from the Perspective of "Small Stories"', in K. Milnes, C. Horrocks, N. Kelly, B. Roberts and D. Robinson (eds) *Narrative, Memory & Knowledge: Representations, Aesthetics & Contexts*, pp. 63–80. Huddersfield: University of Huddersfield Press.
- Bamberg, M. (2006b) 'Stories: Big or Small, Why Do We Care?', *Narrative Inquiry* 16(1): 139–47.
- Becker, G. (1997) *Disrupted Lives*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Benwell, B. and Stoke, E. (2006) *Discourse and Identity*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Butler, J. (1990) *Gender Trouble*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1993) *Bodies That Matter*. London: Routledge.
- Coffey, A. and Atkinson, P. (1996) *Making Sense of Qualitative Data*. London: SAGE.
- Connell, R. (1995) *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Cortazzi, M. (2001) 'Narrative Analysis in Ethnography', in P. Atkinson, A. Coffey, S. Delemont and J. Lofland (eds) *Handbook of Ethnography*, pp. 384–94. London: SAGE.
- Cresswell, J.W. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. London: SAGE.
- Elliot, J. (2005) *Using Narrative in Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches*. London: SAGE.

- Ellis, C., Kiesinger, C. and Tillmann-Healy, L. (1997) 'Interactive Interviewing, Talking about Emotional Experience', in R. Hertz (ed.) *Reflexivity and Voice*, pp. 119–49. London: SAGE.
- Featherstone, M. and Hepworth, M. (1991) 'The Mask of Ageing and the Post-Modern Life Course', in M. Featherstone, M. Hepworth and B. Turner, *The Body: Social Process and Cultural Theory*, pp. 371–89. London: SAGE.
- Frank, A.W. (1991) *At The Will of the Body*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Frank, A.W (1995) *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Freedman, M. (1999) *Prime Time: How Baby Boomers with Revolutionize Retirement and Transform America*. New York: Public Affairs.
- Freeman, M. (2006) 'Life "On Holiday"? In Defence of Big Stories', *Narrative Inquiry* 16(1): 131–8.
- Georgakopoulou, A. (2002) 'Narrative and Identity Management: Discourse and Social Identities in a Tale of Tomorrow', *Research on Language and Social Interaction* 35(4): 427–51. *Qualitative Research* 9(2)
- Georgakopoulou, A. (2006) 'Thinking Big with Small Stories in Narrative and Identity Analysis', *Narrative Inquiry* 16(1): 122–30.
- Georgakopoulou, A. (2007) *Small Stories, Interaction and Identities*. Philadelphia, PA: John Benjamins Publishing Company.
- Gubrium, A. (2006) "'I Was My Momma Baby. I Was My Daddy Gal": Strategic Stories of Success', *Narrative Inquiry* 16(2): 231–53.
- Holstein, J.A. and Gubrium, J.F. (2000) *The Self We Live By: Narrative Identity in a Postmodern World*. Oxford: Oxford University Press.
- Holstein, J.A. and Gubrium, J.F. (2004) 'Context: Working it Up, Down and Across', in C. Seale, G. Gobo, J. Gubrium and D. Silverman *Qualitative Research in Practice*, pp. 297–311. London: SAGE.
- Jolanki, O. (2004) 'Moral Argumentation in Talk about Health and Old Age', *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 8(4): 483–503.
- Laz, C. (2003) 'Age Embodied', *Journal of Aging Studies* 17(4): 503–19.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. and Zilber, T. (1998) *Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation*. London: SAGE.

- McCallum, J. (2001) 'Health in the "Grey" Millennium, Romanticism Versus Complexity?', in D.N.Weisstub, D.C. Thomasma, S. Gauthier and G.F. Tomossy *Ageing: Culture, Health and Social Change*, pp. 29–42. London: Kluwer Academic Publishers.
- Mishler, E. (1986) *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Phoenix, C., Smith, B. and Sparkes, A.C. (2007) 'Experiences and Expectations of Biographical Time among Young Athletes: A Life Course Perspective. *Time and Society* 16(2–3): 231–252.
- Phoenix, C. and Sparkes, A.C. (2008) 'Athletic Bodies and Aging in Context: The Narrative Construction of Experienced and Anticipated Selves in Time', *Journal of Aging Studies* 22(3): 211–21.
- Roberts, B. (1999) 'Some Thoughts on Time Perspectives and Auto/biography', *Auto/Biography* 7(1–2): 21–5.
- Savishinsky, J.S. (2000) *Breaking the Watch: The Meanings of Retirement in America*. New York: Cornell University Press.
- Schmotkin, D. and Eyal, N. (2003) 'Psychological Time in Later Life: Implications for Counseling', *Journal of Counseling and Development* 81: 259–67.
- Somers, M.R. (1994) 'The Narrative Constitution of Identity: A Relational and Network Approach', *Theory and Society* 23(5): 605–49.
- Strauss, A.L. (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tsuji, Y. (2005) 'Time is Not Up: Temporal Complexity of Older American's Lives', *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 20(1): 3–26.
- Watson, C. (2007) 'Small Stories, Positioning Analysis, and the Doing of Professional Identities in Learning to Teach', *Narrative Inquiry* 17(2): 371–89.
- Williams, S.J. (2000) 'Chronic Illness as Biographical Disruption or Biographical Disruption as Chronic Illness? Reflections on a Core Concept', *Sociology of Health & Illness* 22(1): 40–67.
- Wolcott, H. (1994) *Transforming Qualitative Data*. London: SAGE.

Denise Tanner*
Kezdjük az életnél!
Az idős emberek stratégiáinak és megküzdési módjainak
támogatása*

* Denise Tanner a szociális munka tanára, University of Warwick, címe: School of Health and Social Science, University of Warwick, Coventry CV4 7AL, UK. [email: d.tanner@warwick.ac.uk]

* A tanulmány eredeti könyvészeti adatai: Denise Tanner (2007) Starting with Lives: Supporting Older People's Strategies and Ways of Coping, *Journal of Social Work*, Vol. 7(1): 7-30. The online version of this article can be found at: <http://jsw.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/1/7>

Összefoglaló

Összefoglalás: A kutatási eredmények jelen összefoglalása azt bizonyítja, hogy a szociálpolitikának és a gyakorlatnak az idős emberek életéből kell kiindulnia a szolgáltatások tervezése és értékelése során (Joseph Rowntree Foundation, 2004). Egy kis populációra kiterjedő kvalitatív vizsgálat és a kapcsolódó kutatás alapján a tanulmányban leírjuk azokat a stratégiákat és megküzdési módokat, amelyeket az idős emberek használnak, amikor az idősödéssel járó változásokat és nehézségeket kezelik.

•

Eredmények: kutatási eredményeink azt sugallják, hogy az idős emberek stratégiáit és megküzdési módjait úgy érthetjük meg, ha azokat az önazonosság (self) érzésének megőrzésére tett erőfeszítéseként értelmezzük az élet késői szakaszában, és bemutatjuk ennek néhány kulcsfontosságú modelljét. A tanulmány empirikus eredményeit összekapcsoljuk az idősödés és az identitás-menedzsment elméleti modelljével. Felhívjuk a figyelmet a strukturális források és korlátok, a domináns kulturális normák és értékek, valamint az idős emberek reflexiós és interpretációs képessége közötti kölcsönhatásra.

•

Alkalmazás: amellett érvelünk, hogy ennek az értelmezésnek jelentős következményei vannak az idős emberek jóllétének elősegítését célzó szociális munkás és szociális gondozási szolgáltatások tervezésére és kivitelezésére. A gyakorló szakembereknek különösen azt kell megérteniük, hogy a nehézségek és a legyőzésükre használt különböző megközelítések milyen jelentéssel és jelentőséggel bírnak az egyének számára. A beavatkozásoknak érzékenynek kell lenniük az idősök kognitív megküzdési módjaira, valamint gyakorlati stratégiáira, és támogatniuk kell azokat.

Kulcsszavak: megküzdés, idős emberek, én (self), stratégiák, szociális munka, támogatás

A szociálpolitika fókuszja az utóbbi időkben megváltozott: a „magas szintű” szükségletek kielégítése helyett inkább a megelőzés, valamint az önállóság elősegítése (Department of Health, 1998, 2000, 2001), és ezzel az életminőség javítása, továbbá a jóllét növelésének szélesebb körű értelmezése került a középpontba (Audit Commission, 2004; Department of Health, 2005). Ha az idős emberek szemszögéből igyekszünk megérteni a számukra jelentős nehézségeket, valamint azokat a faktorokat, amelyek támogatják, vagy ellenkezőleg, aláássák a nehézségekkel való megküzdést célzó erőfeszítéseiket, akkor az életminőség és a jóllét javítása érdekében kidolgozott stratégiák és intervenciók megalapozottabbak lehetnek. A tanulmány kiindulópontját jelentő kutatás rávilágított, hogy az idős emberek egy kis csoportja miképp győzte le a nehézségeket, amikor – azon az alapon, hogy rászorultságuk mértéke nem érte el a jogosultsághoz szükséges szintet – visszautasították a szociális szolgáltatás iránti kérelmüket. A kutatás az idős emberek életét vizsgálja (Joseph Rowntree Foundation, 2004), maguknak az időseknek a megélt tapasztalataival foglalkozik (Gearing and Dant, 1990). Amikor a nehézségek legyőzésére irányuló stratégiákat elemezzük, az idősödés pozitív megközelítését tesszük magunkévá, amennyiben az idős embereket inkább aktív cselekvő szereplőknek tekintjük, semmint passzív áldozatoknak.

A létező modellek utalnak azokra a folyamatokra, amelyekkel az idős emberek kezelik az idősödés tapasztalatait. Brandstädter és Greve (1994) három kulcsfontosságú folyamatot ír le, melyekkel az élet késői szakaszában az önazonosság érzése (sense of self) stabilizálható és megvédhető. Először, az asszimilációs tevékenységek vagy „probléma-orientált cselekvés” a helyzet olyan megváltoztatását célozza, ami megfelel az egyén identitása szempontjából fontos értékeknek és céloknak. Például olyasvalaki számára, aki hisz a szabadban végzett tevékenység jelentőségében, és szeretne egy kertet fenntartani, viszont a fizikai képességei már hanyatlanak, az asszimilatív tevékenység állhat abból, hogy helyettesíti a konyhakert gondozását egy olyan kerttel (például virágágyásokkal), amelynek a fenntartása könnyebb. A második mechanizmust Brandstädter és Greve szerint az alkalmazkodó folyamatok vagy az „önértékelés módosítása” jelentik. Ez esetben az értékek és célok átalakulásáról, és nem a helyzet megváltoztatásáról van szó. Brandstädter és Greve jelzi, hogy az alkalmazkodó folyamatok általában akkor indulnak be, amikor az asszimilatív folyamatok többé már nem lehetségesek vagy nem hatékonyak. Hogy az előző példánál maradjunk, ha a cél, a kert fenntartása, már lehetetlen, akkor az értékek átalakítása történhet meg úgy, hogy a továbbiakban a kertészkedés iránti érdeklődés a fontos, és nem a fizikai aktivitás maga. Ez

megjelenhet például a kertészkedésről szóló televízióadások nézésében. A pszichológiai jóllét megőrzésének harmadik mechanizmusa az immunizációs folyamat vagy az „önbemutató szintje”. Ez azokra a módokra utal, ahogy az egyén az információátadás során védi önmagát a pozitív énképre lefelé forduló veszélyekkel szemben. Például a kertészkedés feladásának jelentősége csökkenthető a korábbi eredmények hangsúlyozásával és a másoknak nyújtott kertészkedési tanácsadással, ami lehetővé teszi a tevékenységből származó korábbi státusz legalább részleges fenntartását.

Egy másik modell, amely különbséget tesz egyrészt az értékek és célok megváltoztatása, másrészt az alkalmazkodást célzó viselkedés között, Baltes és Carstensen (1996) írt le. Ők a sikeres öregedést a veszteségek minimalizálásának és a nyereségek maximalizálásának képességével hozták összefüggésbe, és javaslatuk szerint ez a „kompenzációval történő szelektív optimalizálással” érhető el. A választás (szelekció) során az idős ember olyan célokat választ, amelyek lehetővé teszik a vágyott cél elérését; a „kompenzáció” alternatív módok megtalálását jelenti azonos célok elérésére; míg az „optimalizálás” azokra az erőfeszítésekre utal, amelyekkel a cél eléréséhez szükséges forrásokat és képességeket fejleszteni lehet.

Steverink és munkatársai (1998) modellje szintén azzal foglalkozik, hogy az idős emberek miképp jutnak túl a számukra elérhető források csökkenésének problémáján, oly módon, ami képessé teszi őket az értelmes célok jövőbeni elérésére. Megállapításuk szerint az idősek az elérhető források csökkenése esetén a helyettesítés és kompenzáció segítségével igyekeznek minimalizálni a veszteséget:

Az idősödés folyamatát úgy jellemezhetjük, mint a (források vonatkozásában történő) nyereségek és veszteségek egyensúlyának megváltozását, melynek során a veszteségek egyre inkább túlsúlyra jutnak a nyereségekkel szemben. Az időseknek az egyensúlyváltozás késleltetésére vagy mérséklésére vonatkozó legfőbb sikeres alkalmazkodási mechanizmusának a források és célok helyettesítését, illetve kompenzációját tekinthetjük. (Steverink et al., 1998: 455)

Steverink és munkatársai modelljének fontos mondanivalója van a preventív beavatkozások tekintetében is, mivel megállapítják, hogy a „kritikus szakasz” akkor következik be, amikor már csak kevés lehetőség marad a célok és források helyettesítésére.

Ezek a modellek rávilágítanak az idősek változáshoz való alkalmazkodásának forrásgazdagságára, ami fontos hozzájárulást jelenthet az idős emberek életminőségét és jóllétét javító stratégiák kidolgozásához. Ezekhez hozzátartozik az egyének számára fontos sajátos célok jelentőségének megértése; az olyan beavatkozások iránti szükséglet, amelyek

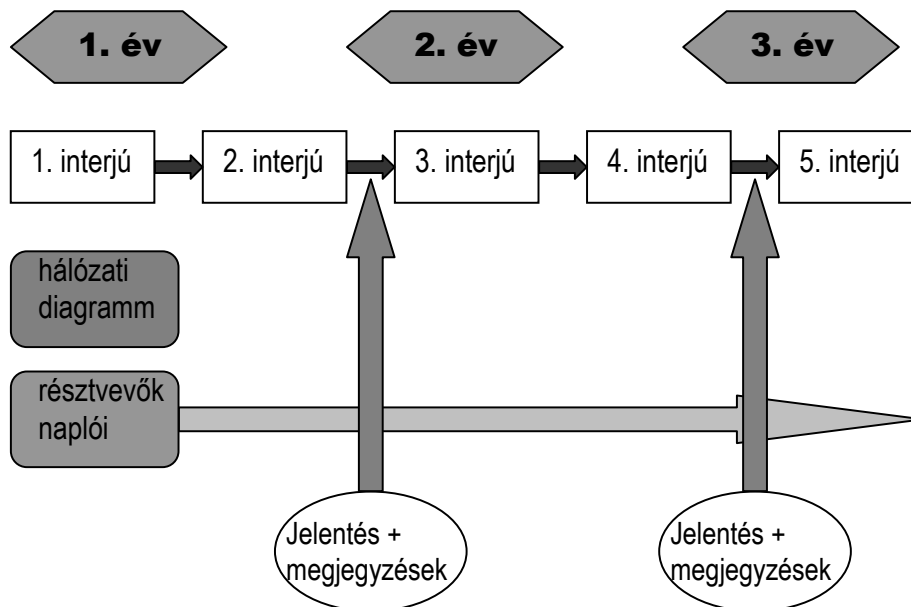
lehetőségeket hoznak létre vagy fejlesztenek a célok és források helyettesítéséhez; valamint az érzékenység szükségessége arra vonatkozóan, hogy az idős emberek miképp tekintenek önmagukra és mutatják be magukat másoknak, illetve hogy a szolgáltatók miképp képesek támogatni az „immunizációs folyamatokat” (Brandstädter és Greve, 1994). Mindazonáltal e modellek alapvetően pszichológiai orientációval íródtak. Kevésbé veszik figyelembe azt a társadalmi kontextust, amelyben bizonyos célok és értékek jelentőségre tesznek szert, vagy azoknak a külső tényezőknek a természetét, amelyek támogatják vagy akadályozzák a változáskezelés folyamatait. A kutatás, amelyre tanulmányunkban hivatkozunk, az idős emberek tapasztalatairól szóló kvalitatív adatokra támaszkodva igyekszik megvilágítani azokat a dimenziókat, amelyek jóllétük érzése szempontjából fontosak, és azoknak a forrásoknak és beavatkozásoknak a természetét, amelyek támogathatják a változáskezelés folyamatait.

A kutatás

Kutatásunk kezdetén tizenkét olyan idős embert kerestünk, akikről mások jelzést küldtek egy helyhatóság szociális szolgáltató irodájának, vagy önmaguk jelentek meg ott, de megtagadták tőlük a szolgáltatást. Ötvenhárom, a kutatásban való részvételre szóló meghívót küldtünk azoknak, akik megfeleltek a kutatási kritériumainknak, míg elértük a 12 fős részvételt. Ezek a személyek írásos és szóbeli információt kaptak a kutatásról, amiben tisztáztuk az etikai kérdéseket, mint amilyen a titoktartás, az anonimitás és a jog a kutatásban való részvétel megszakítására, annak bármely pontján (Butler, 2002). Azok a nehézségek, amelyekben segítséget kértek, rendszerint házi segítségnyújtásra vonatkoztak, amilyen például a takarítás és bevásárlás, vagy a fürdésben való segítség. A jelzés után készült helyzetfeltárás szerint ezek „alacsony szintű” szükségletek voltak, amelyek nem teremtettek jogosultságot a szolgáltatásra. Terveink szerint a kutatás során öt félig strukturált mélyinterjút folytattunk volna le a résztvevőkkel a következő három év folyamán, hogy nyomon követhessük a nehézségek kezelésének időbeli alakulását. A kutatás ideje alatt három résztvevő meghalt, egy elköltözött a területről, így nem tudtuk az összes tervezett interjút elkészíteni. A megmaradt nyolc idős ember a három év alatt végig részt vett a kutatásban.

Összesen 44 interjút készítettünk 1999. és 2002. közötti . Elkészítettük minden egyes résztvevő hálózati diagramját, mellyel a segítő kapcsolatok kiterjedtségét és természetét vizsgáltuk, majd ezt használtuk a változások követésére. A résztvevőket arra is megkértük, hogy vezessenek naplót a tapasztalt nehézségekről, a kezelésükre alkalmazott stratégiákról,

valamint e stratégiák hatékonyságáról. A kutatás két különböző pontján a résztvevőknek írásos jelentést küldtünk a kutatás tapasztalatairól és azok elemzéséről, amelyben helyet hagytunk a megjegyzéseiknek. A jelentést, valamint a hozzá fűzött megjegyzéseiket a következő interjú során megvitattuk, majd írott és szóbeli kommentárjaikat felhasználtuk a következő elemző folyamatban¹⁶.



1. ábra: Az adatfelvétel folyamata

A résztvevők között hét nő és öt férfi volt. Életkoruk 70 és 92 év között volt; egy kivételével egyedül éltek, és etnikai hovatartozásukat tekintve mindannyian a fehér britek közé tartoztak. Kilencen éltek közülük falvakban, ketten nagyvárosban és egy fő kisvárosban, különböző társadalmi-gazdasági körülmények között. Nyolcan saját házukban laktak, míg négyen olyan lakásban, mely korábban tanácsi bérlakás volt, de azután egy lakás-egyesület kezelésébe került. Öt résztvevőnek az állami nyugdíj és juttatás jelentette az egyetlen jövedelmét.

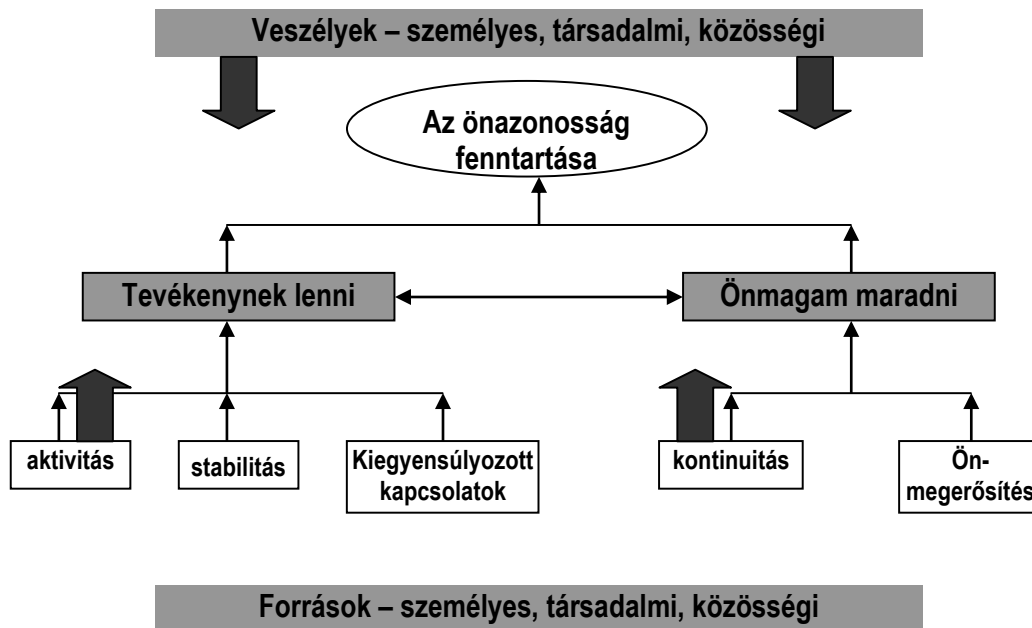
Az elemzéshez egy széles körben elfogadott elméleti megközelítést alkalmaztunk (Glaser és Strauss, 1967; Strauss és Corbin, 1990), a témák, kategóriák és alkategóriák,

¹⁶ Az alkalmazott módszerekről részletesen beszámol Tanner (2001).

valamint egy olyan központi kategória meghatározásával, mellyel minden téma és kategória összefügg. Az interjúleírásokat és a napló bejegyzéseket szintén elolvastuk és teljes narratívaként elemeztük a kutatás során, ami szélesebb alapot biztosított a társadalmi kontextus és az élettörténet megértéséhez (Bornat, 1999; Butler, 1963). Ez a figyelmet a szóbeli megnyilatkozásokon túl a szélesebb kontextus és jelentés vizsgálatára irányította. Az értelmezés kevésbé „alapozódott” a szövegre, inkább arra összpontosítottunk, hogy az elbeszélő miképp konstruálja meg az identitását, és az miképp bontakozik ki történeti elbeszélése során (Kelly és Dickinson, 1997).

Témák, kategóriák és alkategóriák

Három témát azonosítottunk az interjú-leírások, a résztvevők által vezetett naplók és a kutatási jelentéshez fűzött megjegyzéseik elemzése alapján. Ezek a következők: „tevékenynek lenni”, „önmagam maradni” és a „csúszós lejtő”. Az első két téma azokra a problémakezelő módszerekre vonatkozik, amelyeket a résztvevők beszámolóiban azonosítottunk. Amikor az embereknek a krónikus betegségekre adott válaszait elemezte, Bury (1991) megkülönböztette a cselekvéses stratégiákat azoktól, amelyeket ő megküzdésnek nevezett, és amelyek a problémakezelést kísérő kognitív folyamatokra vonatkoznak. Hasonló megkülönböztetést alkalmaztunk mi is. A „tevékenynek lenni” téma a résztvevők által alkalmazott gyakorlati vagy „tevőleges” stratégiákra vonatkozik, míg az „önmagam maradni” a megküzdés kognitív módját jelöli. A harmadik téma, a „csúszós lejtő”, olyan tényezőkre utal, amelyek támogatják vagy gátolják a stratégiákat vagy a megküzdési módokat. Minden egyes téma kategóriákat és alkategóriákat foglal magába, és egy központi témához kapcsolódik, ami az „önazonosság fenntartása”, ahogy azt a 2. ábrán bemutatjuk.



2. ábra: A központi téma és a három altéma közötti összefüggés

A következőkben az egyes témákat tárgyaljuk egymás után, az illusztrációkat a résztvevők beszámolóiból vettük¹⁷.

Tevékenynek lenni

Az első téma, a „tevékenynek lenni”, a gyakorlati vagy „tevőleges” stratégiákra vonatkozik, melyeket a résztvevők a mindennapi életben felmerülő nehézségek kezelésére alkalmaztak. Ez három kategóriát foglal magába: az aktivitást, a stabilitást és a kiegyensúlyozott kapcsolatokat.

Aktivitás. A résztvevők proaktív szerepet játszottak helyzeteikben, elfoglaltságot találtak maguknak, erőfeszítéseket tettek a nehézségekkel való megküzdés során, igyekeztek döntési pozícióban maradni a helyzeteikben, és szokásos cselekvési módjaikat átalakították a veszteségekhez és változáshoz való alkalmazkodás folyamán.

A betegséggel és fogyatékkal kapcsolatos nehézségek ellenére az interjúalanyok továbbra is folytatták társas és szabadidős tevékenységeiket ugyanúgy, mint a mindennapi

¹⁷ A neveket képzelt nevekké helyettesítettük.

feladataikat, amilyen a bevásárlás és háztartási munka. A résztvevők önmagukat is tevékenynek érezték, és így is mutatták be magukat másoknak:

Mindig listát készítek a teendőkről, amiket meg akarok csinálni, és soha sem érek a végére... Sok dolog van, amit szeretek csinálni, de nincs rájuk időm. (Alice Anderson)

Hittek a tevékenység értékében. A tevékenység jelezte a függetlenséget, de alapvetően jótékony hatásúnak is tekintették, mint ami segít fenntartani a fizikai és lelki jóllétet:

Itt ülhetnék, itt ülhetnék ebben a fotelben egész nap, vagy ágyban maradhatnék, és ha volna rá pénzem, hogy kifizessem, kereshetnék valakit, aki megcsinálja ezeket helyettem. De mi jó volna abban nekem? Ez semmiképpen sem volna jó nekem, mert akkor csak elrozsásodnék, és azután már egyáltalában nem mozognának az ízületeim. (Joyce King)

Az tart mozgásban, hogy elmegyek és csinállok dolgokat. Ha egyszer feladod, akkor itt van a vég, nemde? (Harriet Manders)

A tevékenységek elterelésül is szolgálnak, csökkentik az időt, amit a problémákon töprengéssel töltene az idős személy:

Időnként problémák vannak a beleimmel... Elkeseredett lehetnék emiatt, de... Nem igyekszem túl sokat gondolkodni, megbirkózom vele... Azt hiszem, csak megpróbálok arrébb söpörni azzal, hogy elfoglalom magam, és olyan sokat járok el, amennyit csak bírok. (Alice Anderson)

Más kutatások (Bowling et al., 1997; Godfrey et al., 2004; Langan et al., 1996; Thompson et al., 1990) is megerősítették, hogy az idős emberek nagy jelentőséget tulajdonítanak az aktív életnek. Idős gondozottak, akiket megkérdeztek, hogy milyen tanácsot adnának másoknak, szintén kiemelték a személyes kielégülést nyújtó érdeklődés megtartásának fontosságát (Cox és Dooley, 1996). Egy kutatás, amelyet a Gazdasági és Társadalmi Tanács (Economic and Social Research Council) Idősödés Programja keretében végeztek, ugyancsak fontos megküzdési eszközként azonosította az elfoglaltságok megőrzését a megözvegyült idősek esetében (Bennett et al., 2004).

Mindazonáltal a tevékenységek megtartása gyakran jelent problémát az idősök számára. Vannak a hasznai mellett költségei, az „egyenlőtlen küzdelem” vagy a „folyamatos harc” érzése:

Néha muszáj végigkínóznod magad a napon, ... kényszerítened kell magadat a dolgok megcsinálására, még akkor is, ha nem szereted, muszáj megcsinálni, mert nem lehet ott hagyni..., ha megvan az energia és az erőfeszítés, meg kell lennie. (Joyce King)

Körültekintő megítélés szükségeltetik az „erőfeszítés” mértékéről és határaitól szóló döntések során:

Mondtam (a lányomnak), „amíg meg tudom csinálni, még akkor is, ha fájdalmaim vannak, meg fogom csinálni. Amikor már nem tudom, akkor megkérlek, hogy csináld meg nekem, de ameddig van erőm megcsinálni, addig meg fogom”. Mozgásban kell tartanod magad. Ahogy mondani szoktam, ha már nem tudom megcsinálni, akkor örülni fogok annak, ha valaki segíteni fog, de ameddig képes vagyok, addig meg fogom csinálni magam. Most például ebből a konyhaszekrényből lassan már kiömlenek a dolgok, szörnyű rendetlenség van benne. De, látja, nem tudom rendbe tenni, így megkértem a lányomat, hogy tegye nekem rendbe. (Joyce King)

A legidősebb idősök körében végzett kutatások mutatják, hogy eljőhet az a pont, amikor feladják a küzdelmet, amikor az erőfeszítés már nem látszik értelmesnek vagy lehetségesnek (Johnson és Barer, 1997; Lee és Brennan, 2002).

Az aktívnak lenni egy másik alkategóriája a „megtartani az irányítást”. Sok esetben láttuk, hogy a résztvevők saját forrásaik kreatív felhasználásával valami új vállalkozásba kezdtek, igyekeztek irányítani a helyzetüket, vagy javítani akartak rajta. . A példák közé tartozik a rámpa építése a bejárati ajtó előtt, ami lehetővé teszi a robogó bejuttatását a házba és a feljegyzési rendszer létrehozása, ami ellensúlyozza az emlékezőképesség elvesztését. Egy másik kutatás is beszámolt arról, hogy mennyire forrásgazdag az idősöknek a problémák elemzésére és a megoldások megkeresésére vonatkozó képessége, szemben a szakembereknek a passzív és tehetetlen idősokről alkotott konstrukcióival (Richards, 2000).

A kutatásba bevont személyek által használt másik problémakezelési stratégia az, amikor a szokásos cselekvési módjaikat alakítják át annak érdekében, hogy alkalmazkodjanak

a betegség vagy fogyatékoság okozta változásokhoz. Az egyik gyakran ismételt módszer a „lelassulás” volt:

Mostanában sokkal lassabb vagyok. Még mindig megcsinálok mindent, csak sokkal lassabban...(Harriet Manders)

Mindig is aktív voltam, és most is az vagyok, csak egy kicsit le kellett lassulnom. (Elsie Forrester)

A mindennapi tevékenységeken és feladatokon szintén változtattak:

Az egyik dolog, amit különösen nehéznek találok, az ágyneműcsere, mert nem tudok lehajolni, ezért az egésztest a kezemen és a térdemen csinálom. (Harriet Manders).

A sajátos nehézségeikre áldozott részletező figyelemmel jutnak túl a résztvevők a mindennapi problémákon, így tudják szokott életstílusukat fenntartani, amíg csak lehetséges.

Stabilitás. A „tevékenynek lenni” stratégiák második típusát azok a törekvések jelentik, amelyekkel az idősek igyekeznek az életben némi stabilitást fenntartani, gyakran a betegség, a fogyatékoság és a veszteségek más formái által hordozott veszélyek ellenére. Két alkategóriát azonosítottunk ezen belül, ezek a napi rutin fenntartása és a színvonal megőrzése.

Az interjúk során fény derült a rutin érzetére abban a módban, ahogy a résztvevők az életüket élték. A napi és a heti tevékenységeket szabályos rendben végezték, meghatározott minták szerint. A napirendben elő volt írva az étkezések, a házi munka és a szabadidős tevékenységek ideje, míg a heti rend mintáihoz tartoztak a klubokba járásnak, a bevásárlásnak, a családi látogatásoknak és az orvosi kezeléseknél a szokásos napjai. A rutinok követése biztosíthatja a struktúra, a cél, a kontroll és a teljesítmény érzetét a mindennapi életben, és a jó hírnév megőrzésének mechanizmusaként is szolgálhat a függetlenségre és a megőrzött képességekre vonatkozóan (Johnson és Barer, 1997; Seale, 1996; Sidenvall et al., 2001). Ugyanakkor, ahogy fentebb írtuk, a megszokott rutinok fenntartását ellensúlyozta az alkalmazkodás szükséglete,. Az idős emberek kidolgozták önmaguk számára a megszokott tevékenységek szükséges átalakítását, amellyel alkalmazkodtak változó képességeikhez, valamint helyzetükhöz, és ezeket beépítették az új rutinokba.

Szorosan összefüggenek a rutin fenntartásával azok az erőfeszítések, melyek a gondozottság bizonyos szintjének megőrzését szolgálják, akár a testre, akár az otthonra vagy a kertre vonatkozóan:

Én nem értem azokat, akik elhanyagolják magukat, én nem, mert a szappan és a víz elég olcsó. Nem? ... Nem szükséges elhanyagolni magunkat, egyáltalában nem szükséges. (Joyce King).

A személyes ápoltság szintjének fenntartása egyszerre tükröz társadalmi és kulturális megállapodásokat a normalitás, a megküzdés és a sikeres öregedés értelméről (Tulle-Winton, 1999), valamint a személyes meggyőződést a megjelenésről, a méltóságról és a saját élet irányításáról (Hockey and James, 2003; Twigg, 1997). Más feladatok a test fenntartásához kötődtek, például a „megfelelő ételnek”, a bevásárlásnak és a főzésnek szintén volt szimbolikus jelentősége a megküzdés vonatkozásában. Az étel megvétele, elkészítése és elfogyasztása jelentős lehet a napi életvitel fenntartásában, de a korábbi életstílus és a női szerep megtartásában is. (Dickinson, 2003; Howarth, 1993; Sidenvall et al., 2001). Négy nő mellett, két férfi is napi rutinjához tartozónak írta le a „megfelelő” étel elkészítését; a férfiak számára ez szintén az „ellátó” szerephez kapcsolódott, mivel maguk termelte konyhakerti növényeket használtak.

Az otthon rendjének és tisztaságának megfelelő szinten tartása igen fontos volt némely résztvevőnek, amit szintén valószínűleg részben befolyásoltak a női szereppel kapcsolatos generációs elvárások (Clark et al., 1998). A színvonal-csökkenést az idős kor negatív aspektusával hozták összefüggésbe:

Magam végzem el a házimunkát, szeretem tisztán tartani a lakást. Van egy barátnőm, ő fiatalabb, mint én, még csak a hetvenes éveiben jár, az enyémhez hasonló háza van, és az mocskos, pókhálók vannak a mennyezeten, minden poros. Öreg-szaga van, én ezt nem bírom. Én mindig meg vagyok ijedve, és kérdezem a lányomat, hogy az én házamnak is öreg-szaga van-e. (Elsie Forrester)

Ahogy egy másik résztvevő megjegyezte, a háztartás színvonalának jelentősége még nagyobb lehet, ha az idős ember ideje nagy részét lakáshoz kötötten tölti. Ilyen körülmények között a tárgyak és a helyek nagyobb jelentőségre tehetnek szert (Peace, 1998). A kert rendben tartásának képessége egy másik terület, amely egyszerre hordoz praktikus és

szimbolikus jelentőséget. Néhányuk a tápláló étel termelésének eszközeként értékeli a kertművelést, de ugyanúgy, mint a test és az otthon, szolgálhat a megküzdési képesség fontos jeleként is:

Láthatom a különbséget a kertben is. Látom, hogy nem voltam kint, mert nem hoztam rendbe az ősszel, amikor annak ideje volt... Szeretem a kertemet, de érzem, hogy egyre inkább teherré válik, nem bírom nézni, hogy ápolatlan, tudja, nem engedhetem, hogy teljesen elvaduljon. (Harriet Manders)

Kiegyensúlyozott kapcsolatok. A résztvevők igyekeztek a kapcsolataikon belül elfogadható egyensúlyt teremteni a „befektetés” és a „nyereség” között, hogy így meg tudják őrizni a kapcsolatok elfogadható határait, és fenntarthassák a kölcsönösséget.

Ahogy más kutatás (Phillipson et al., 2001) is megállapította, a résztvevők óvakodtak a szerintük elfogadható kapcsolati határoknak az átlépésétől. Ez összefüggött önazonosságuk megőrzésével és a függetlenségük társas érzékelésével:

Úgy értem, sokan mondják nekem, hogy ha bármire szükséged van, hívj fel, de én nem szeretem felhívni az embereket, én szeretem magam megoldani a dolgokat, amíg képes vagyok rá. (Roger Jarman).

A segítő kapcsolatok határai időnként összefüggnek a segítő fizikai egészségével kapcsolatos aggodalommal. Ez különösen abban az esetben fordul elő, amikor a segítséget egy idősebb házastárs vagy partner nyújtja (McCann és Evans, 2002). Gondot jelent a segítség érzelmi vagy pszichológiai költsége is, és időnként azért igyekeznek segítséget kérni a szociális szolgáltatóktól, mert nem akarnak másokat nyugtalanítani:

Valamilyen zsibbadást éreztem az ujjaimban, és a lányom oly sokat aggódik... Gondoltam, „az ég áldja meg, van elég aggódnivalója, jobb, ha én megyek utána”. (Alice Anderson).

A segítő iránti aggodalom korlátozhatja a kockázatvállalási hajlandóságot is:

Vannak bizonyos dolgok, amiket egyszerűen meg se próbálok megcsinálni. Például az összes szekrényemet ki kellene takarítani, ki kellene tisztítani, és én nem tehetem...

Nem lenne tisztességes a fiammal és a lányommal szemben, akik felelősnek érzik magukat értem, de tényleg képtelenek segíteni nekem, nem lenne tisztességes másokkal szemben. (Harriet Manders)

Hogy a segítség határai hol húzódnak, az a kutatásba bevontaknak a „még elfogadhatóval” kapcsolatos egyéni megítélésén múlt, és talán a nemi szerepekhez tartozó normatív elvárások is befolyásolhatták. Egy vizsgálat arról számolt be, hogy a férfiak inkább hajlandóak voltak elfogadni a támogatást a közvetlen családjuktól, míg a nők inkább a családon kívülről igyekeztek segítséget szerezni (Lee és Brennan, 2002). Erre vonatkozóan a mi kutatásunkban is vannak bizonyítékok: az öt férfi közül négy esetében a támogatás legfőbb forrását a lányuk jelentette, míg a hét nőből csak három fogadta el a lánya segítségét. Az egyik résztvevő egy elesés következtében csuklótörést szenvedett, az ő napló-bejegyzése fedi fel azt a konfliktust, amit átélt, mikor szüksége volt a lánya segítségére, akiről viszont tudta, hogy nehézségekkel küzd (akkoriban depressziós volt), és közben arra is vágyott, hogy megtartsa a függetlenség érzését:

Marion [a lánya] jött segíteni a hétvégén. Sokat segített, de úgy éreztem, túl sokat kérek, bár azt mondta, hogy nem bánja, és akarja csinálni. Nagy segítség volt, de én igyekszem független maradni. (Barbara Wade)

A segítség határainak meghatározása tehát komplex folyamat, amit a kapcsolatokkal összefüggő társadalmi és kulturális elvárások, a segítőt érintő fizikai és érzelmi költségek felértékelése és a függetlenséghez társuló egyéni elvárás befolyásol.

Az interjúkból és a naplókából nyert adatok rávilágítanak a résztvevők azon tevékenységeinek mennyiségére, amelyeket a „kapcsolati befektetés” oldalhoz számíthatunk, és más kutatások is ráirányították a figyelmet az idős emberek „segítőként” játszott szerepére (Burnette, 1994; Nilsson et al., 1998; Phillips et al., 2000). A segítő kapcsolatok némelyike közvetlenül reciprok volt. Elsie Forresternek megállapodása volt a szomszédjával, hogy az gondozza a konyhakertjét és lekaszálja a füvet, és cserébe megtartja a termés nagy részét. Elsie Forrester ugyanakkor kivasalja a szomszéd és a lánya ruháját, a szomszéd lánya viszont a mosást intézi mindannyiuk számára. Ez a megállapodás a kutatás idején már harminc éve fennállt. Ily módon a kialakult reciprok kapcsolatok egyként támogathatták az „aktívnak maradni” és „stabilitás megőrzése” elvet, ugyanúgy, mint az „egyensúly fenntartását”. A tevékenységek által létrehozott javak, mint a házi lekvár, a kerti növények termései vagy a

kézimunkával készült dolgok, amiket másoknak oda lehetett adni, szintén a reciprocitás fenntartását szolgálták. Más esetekben a beruházás kevésbé volt nyilvánvalóan reciprok. Két résztvevő szállított a kocsiján más idős embereket a boltba egyszer egy héten, a „barátok segítése” szellemében. Ezek a példák támogatják azt a meglátást, hogy a segítségről gyakran a kapcsolatok történeti összefüggés-rendszerében történik megállapodás, és nem abból a kötelességérzetből ered, ami a közvetlen reciprocitást biztosítja (Nocon és Pearson, 2000).

Önmagam maradni

A kutatás longitudinális tervezése lehetővé tette azoknak a kognitív folyamatoknak a vizsgálatát, amelyeket a résztvevők használtak a kutatás idején tapasztalt változásokon és veszteségeken való túljutásra. Ahogy korábban már megjegyeztük, az „önmagam maradni” témája ezeket a kognitív mechanizmusokat foglalja magába. Ide két kategória tartozik: a kontinuitás, ami arra a módra vonatkozik, ahogy a múlt, a jelen és a jövő közötti kapcsolat érzetét fenntartják; és az önmegerősítés, amely azokra a kognitív folyamatokra utal, amelyek támogatják a pozitív énképet.

Kontinuitás. Az életciklus szemlélete lehetővé teszi a múlt és a jelen életszakasz közötti összefüggések megértését (Arber and Evandrou, 1993). Bizonyos tartós élettémák, mint a magánélet és a függetlenség, a családi kötelek vagy a társas tevékenységek és kapcsolatok, megfigyelhetők az elbeszélésekben. Ezek biztosítják a folyamatosságnak és integrációnak azt a fonálát, ami összeköti a múltbéli, a jelen idejű és az elképzelt jövőbeli életet. A kontinuitás másik aspektusát a „szív szokásai” (Baldock és Ungerson, 1994) jelentik, azaz a hosszú ideig fennálló attitűdök és értékek, amelyek fontosak annak megértéséhez, hogy miképp kezeljük a nehézségeket. Például az egyik résztvevőnek az anyagi függetlenségről szóló elképzelése közvetlen hatással volt a segítség igénylésével és elfogadásával kapcsolatos viselkedésére. Vonakodott elfogadni a segítséget, ha „nem fizethette ki a részét”, és mindig ragaszkodott hozzá, hogy „rendes bért” adjon annak, aki segítette őt. Más attitűdök, amelyek befolyásolták a segítségkéréssel kapcsolatos viselkedését, azzal a hitével függtek össze, hogy nem szabad „élősködni” az állam nyakán:

Én nem vagyok az az ember, aki azt mondja: „ó, nekem ez van, meg az van”. Én bizony nem, én túl független vagyok talán. De én nem hívhatom fel, hogy megkérjem.

Nem, nem tehetem. Hogy is mondjam? Én soha nem voltam élőködő. Soha. És soha nem is leszek... Én mindig olyan voltam, aki nagyon önálló. Én nem kértem semmit, senkitől, soha, és remélem, nem is fogok. (Joyce King)

Ahogy Baldock és Ungerson rámutat, „a szív szokásai” hatással vannak arra, hogy valaki kér-e és elfogad-e segítséget, és ha igen, akkor mikor és milyen feltételekkel.

A tartós kapcsolatok a másik mód, amelynek segítségével az önmagunk folyamatossága átélhető (Jenkins, 1996). Bár a többség számára a lényeges kapcsolatokat a család jelentette, a barátságok szintén fontosak voltak, és különös jelentőséggel bírhattak a társadalmi szerepek és az értékelt identitás folyamatossága szempontjából (Bury és Holme, 1991; Nocon és Pearson, 2000; Phillipson et al., 2001). Az egyik résztvevő nagy örömmel beszélt az üdvözlő kártyák mennyiségéről, amit a kórházban létekor, majd később, a kilencvenegyedik születésnapjára kapott. Interjúalanyaink közül számosan átéltek gyászt a kutatás ideje alatt, elveszítve barátokat és testvéreket. A társas kapcsolatokban bekövetkezett változás szintén veszélyeztethette az önazonosságot. Gerald Davis, aki jól ismert személyiség volt a falujában, elveszítette státuszát, amikor beköltözött egy állandó támogatást biztosító nyugdíjsházba egy közeli városban. Új ismerősei főleg más, ott lakó idős emberek voltak, és ez nyilvánvalóan hatással volt a saját identitására is:

Azt gondolják, én is olyan vagyok, mint ők, egy vén trotty. (Gerald Davis).

Ami a társas hálózatok szerepét illeti, nem egyszerűen a közelség, a kapcsolatok száma és intenzitása a fontos (Wenger, 1994), hanem az emberek szubjektív élménye ezekről a kapcsolatokról, és az, hogy ezek mit jelentenek az egyén és a társas identitás szempontjából (Nilsson et al., 1998).

Az „életrajzi” kapcsolatok az egy bizonyos lakásban vagy közösségben való folyamatos lakás esetén őrizhetők meg. A környezet állandósága tarthat másokat elevenen az emlékezetben, és őrizheti meg a közelség érzését a veszteséggel szemben (Johnson és Barer, 1997). Egy férfi, aki 18 hónappal korábban veszítette el a feleségét, akivel 50 évig, mindvégig ugyanabban a házban élt együtt, mondta:

Ami engem illet, ő még mindig a házban van. Még mindig érzem a jelenlétét a házban. És nem vagyok egyedül, amióta ő meghalt... Ha elmegyek,... belépek a házba, és

számíthatok rá, hogy ő itt lesz. Nem vagyok kétségbe esve, mert nincs ott, mert érzem a jelenlétét. (Roger Jarman)

A folyamatosság megszakadása tovább erősítette a folyamatosság jelentőségét a kognitív megküzdés támogatásában. David Ross Skóciából magán bérlakásba költözött egy közép-angliai városba, hogy közel legyen a lányához. A bérlakáshoz gondnoki szolgálat járt, ami némi felügyeletet és támogatást nyújtott. Az elköltözést Skóciából David Ross lánya és fia szorgalmazta és szervezte, mivel aggódtak apjuk romló állapota miatt, és az idős ember fia fizette a lakbér felét. Lánya gyakran látogatta, és segített a háztartási teendőkben, a gondnok pedig folyamatos felügyeletet és támogatást nyújtott. Mindazonáltal, David Ross elbeszéléséből nyilvánvalóan kiderült a szabadság elvesztése felett érzett fájdalma. Korábban postásként dolgozott, és megszokta a „szabadban járkálást”. Úgy érezte, „beszorult” a lakásba, és utálta az ablak alatt elhaladó forgalom zaját; úgy érezte, a magas épületek „bekerítették”, ami azt jelentette, hogy nem látta az eget az ablakából. A központi fűtéstől „fulladozott”; a biztonsági rendszerrel ellátott bejárat és a „portás az ajtóban” azt az érzetet keltette benne, hogy „figyelik”, amikor ki vagy bemegy. Úgy érezte, lánya „elkényezteti”, fiának pedig lekötelezettje. Igyekezett elkerülni, hogy fokozza aggodalmukat, ezért viszont vissza kellett fognia a készletét, hogy a lehető legtöbbet tartózkodjon a lakáson kívül, hosszú sétákat tegyen, és mindeneke előtt „szabad” legyen, mint élete korábbi szakaszaiban.

A múltbéli, jelenbeli és a jövőben várható élet közötti folyamatosság tehát az idős emberek számára a „megküzdés” egyik dimenziójának tűnik, ami támogatja az önazonosság egységének érzetét (Coleman et al., 1999; Heikkinen, 1996). Ugyanakkor ez nem azt jelenti, hogy minden azonos marad. Ahogy más kutatások (Johnson és Barer, 1997; Thompson et al., 1990) bemutatják, az idősek kiapadhatatlan képességgel rendelkeznek a változásokhoz való alkalmazkodásra és identitásuk újraépítésére. Mindazonáltal ez és más bizonyítékok mellett szólnak, hogy az idősek olyan módon alkalmazkodnak, ami – amennyire csak lehetséges – összeegyeztethető a kontinuitás témájával, ezért a folyamatosság megszakadásait a kontinuitás átfogó vonatkoztatási rendszerében kezelik (Giddens, 1999). Amikor a folyamatosság létfontosságú összekötő szálát nem sikerül megőrizni, ennek negatív hatása lehet a megküzdési folyamatokra.

Ön-megerősítés. Szembesülve az egészség, a képességek és a körülmények objektív romlásával, a résztvevők különböző mechanizmusokat használtak annak érdekében, hogy fenntartsák pozitív énképüket és közösségi arculatukat (social presentation). Hogy

alátámasszák azt a benyomást, miszerint „jól vannak”, pozitív összehasonlításokat tettek a jelen és a valaha volt helyzet, valamint maguk és mások között. Egyikük elmondta, hogy 25 éves korában majdnem belehalt a tüdőbajba, majd hozzátette: „elérni a 76 éves kort, ez elég jó”. Egy másik a jelen helyzetét azzal a tíz évvel hasonlította össze, amikor a férjét ápolta, majd megjegyezte: „nem is tudom, hogyan jöttem vissza az életbe”. Egy másik résztvevő az előző évre emlékezett, amikor nem tudott járni, mert egy térdoperációra várt:

Nem gondoltam volna, hogy így helyre jövök, mára már mindez mögöttem van, és új életet kezdek. (Roger Jarman).

A más emberek szerencsétlenségéről vagy betegségéről szóló történetek elbeszélése láthatóan képessé tette őket arra, hogy pozitívan értékeljék saját „megküzdési” teljesítményüket. Ahogy más kutatási eredmények bizonyították, a saját maguk és mások önmaguk számára kedvező összehasonlítása a sikeres vagy jó öregedés egyik dimenziója (Nilsson et al., 1998), továbbá olyan adaptív stratégia, ami javítja az életminőség megítélését (Beaumont et al., 2002). Bury és Holme (1991) azt találta, hogy 90 évnél idősebb emberek számukra kedvező összehasonlításokat tettek önmaguk és más hasonló korúak között, és hasonló jelenséget tapasztaltak fiatalabb (43-72 éves kor közötti), szívinfarktuson átesett személyek körében is (Johnson, 1991). Ezzel összefüggő mechanizmus az is, amikor összehasonlítják a saját tapasztalataikat az idős korról szóló negatív sztereotípiákkal:

Az emberek azt mondják, hogy az időskor szörnyű, de tudja mit, én olyan boldog voltam az elmúlt négy-öt évben, mint már nagyon régen. (Elsie Forrester).

Miközben az idős emberek hajlamosak magukat nem öregnek vagy fogyatékosnak látni (Thompson et al., 1990), az időskorral kapcsolatos negatív sztereotípiák felidézése lehetővé teszi számukra, hogy megerősítsék státuszukat, mely szerint ők „jól vannak”.

A résztvevők azzal is erősítették a „jól vagyok” érzését, hogy módosították az önmagukkal kapcsolatos elvárásaikat. Korábban láttuk, hogy az elvárások módosítása a „tevékenynek maradni” egyik stratégiája, most ugyanezt a mechanizmust ismerhetjük fel a kognitív folyamatok vonatkozásban is: az elvárások módosításával és a törekvések csökkentésével alkalmazkodtak a változó feltételekhez és képességekhez. Gyakran hallottuk a következő kijelentéseket: „Ez már várható az én koromban.”; „Elég jó/nem túl rossz ez az én koromban.”; és „Nem várhatsz sokkal többet, nemde?”. Ily módon az idősödéssel kapcsolatos

sztereotípiák és elvárások felidézésével egyrészt rámutattak az ezektől való eltérésekre, és ezzel megerősítették a „jól vagyok” státuszt, másrészt az ugyanezekre, a korral kapcsolatos elvárásokra utalva normalizálták és legitimálták is azokat a nehézségeket, amelyeket tapasztaltak. Azzal is hangsúlyozták a jóllétükről szóló értékelést, hogy amikor a problémákról beszéltek, a negatív megállapításokat pozitív kommentárokkal átértékelték:

(Az orvos) azt mondta, hogy nem tud már többet tenni értem. Kétszer megoperált, először jobb lett, de a javulás nem volt tartós. De rendben vagyok. Boldogulok. (Ralph Norris).

A szenzitív témák felmerülésekor felhangzó nevetés igen jellemző volt az interjúk egy részében. A viccet vagy a humort a problémákról való beszéd lehetséges negatív hatásainak enyhítése érdekében használták. Végül, a résztvevők azzal is érzékeltették jóllétüket, hogy utaltak jó szerencséjükre. A jó szerencsének köszönték a barátaikat, a fizikai egészségüket és általában azt, hogy jó életük van.

A korábban tárgyalt „irányító helyzetben” maradást célzó „tevékenyek lenni” stratégia alátámasztásaként jött létre az idős emberek hite, hogy felelősek a kötelességeik teljesítéséért és a tevékenyek maradásukért, hogy „ne adják fel”. Hasonlóképpen az „önmagam maradni” kategóriába bekerült a személyes felelősség azért, hogy pszichológiailag éppúgy, mint fizikailag „jól öregedjenek”. Érezték a pozitív közösségi arculat bemutatásának szükségességét, ami tükröződött az olyan kijelentésekben, mint „jó arcot mutatni” és „fogcsikorgatva is megcsinálni”. Más kutatás (Cox és Dooley, 1996) is megállapította, hogy az idős emberek vállalják a felelősséget a pozitív attitűdök fenntartásáért. A résztvevők beszámolóit nem csak azt mutatják, hogy az idősek érzik a pozitív közösségi arculat bemutatásának szükségességét, hanem tükrözik a pozitív gondolkodás személyes hasznába vetett hitüket is:

(A társaságba járás) aktívan tartja a gondolkodást, és gondolkodhatsz pozitívan, ami óriási segítség. (Harriet Manders)

Nem jó a dolgokon töprengeni, előre kell nézni, és folytatni kell az életet. Meg kell nézni, mit hoz. (Barbara Wade)

Más, az idős emberekkel folytatott interjúkon alapuló kutatás említi az interjúalanyok „elnyűhetetlen jókedvét” és képességét a nehéz helyzetek lehetőségé alakítására (Hey, 1999:

104). Egy másik nagyon idős emberekkel végzett kutatás viszont arra utal, hogy ők kevésbé hagyatkoztak a pozitív gondolkodásra, és inkább sztoikus álláspontot foglaltak el a problémákkal kapcsolatban (Lee és Brennan, 2002). Ezért arra gondolhatunk, hogy bizonyos kognitív mechanizmusok hatékonysága a nehézségek növekedésével csökken, és ezért kevésbé alkalmazzák őket.

A hitbe, mely szerint „az élet az, amit csinálsz belőle”, beletartozott az a meglátás is, hogy részben a saját ellenállóképes (reziliens) személyiségüknek köszönhető a nehézségek legyőzésére való képességük. Ebből következően a megküzdési képesség a személyes akarat és elhatározás kérdésének tűnik:

Senki sem tehet a fizikai fogyatékosságról, de az időskor jórészt lelki állapot, és nem kell megadnod magad neki. (Elsie Forrester)

A legjobbat teszed magadnak, és haladsz tovább, és ezt úgy értem, hogy nem kell megadnod magad ezeknek a dolgoknak. Ugye? Ha megteszed, akkor magadra vess, én így látom. (Joyce King).

A „belső én” pozitív értékelése, azaz az érzelmi és intellektuális erőforrások jelentős forrásai az önbecsülésnek (Baldock és Hadlow, 2002), és ennek fényében talán értelmezhetjük az önbecsülés megerősítéseként is azt a hangsúlyt, amit az idős emberek az elbeszéléseikben a „belső én” erejére tesznek. A jóllét érzésének és annak a hitnek a kombinációja, hogy erről az állapotról ők tehetnek, láthatóan hozzájárul a pozitív önértékeléshez. Az ön-megerősítés oly módon működik, ami képessé teszi az embereket a helyzeteik pozitív megformálására, miközben arra is alkalmassá válnak, hogy fenntartsák a cselekvőképesség és a személyes felelősség érzetét. Az idővel az idősök életének megannyi más dimenziója akaratuk ellenére változik. A pozitív attitűdök és érzékelések fenntartása az egyik módja, hogy továbbra is fenntartsák az életük irányításának érzetét (Coleman et al., 1999). Ezek a folyamatok magyarázhatják, hogy miért társítják az irányítás elvesztésének érzését a romló egészségi állapothoz vagy képességekhez (Charmaz, 1983), ami azután párosul az alkalmazkodási stratégiák erősödésével (Biggs, 1999; Pratt és Norris, 1994). A nézet, mely szerint „az élet az, amit csinálsz belőle”, rávilágít a morális ítélkezés jelentőségére az önértékelésben. Azzal, hogy „nem adják fel”, hanem vállalják a fizikai és pszichológiai folytatás felelősségét, a résztvevők a saját morális értékükre utalnak, szemben azokkal, akik nem élik meg ezt a felelősséget, és „feladják”.

A csúszós lejtő

A harmadik téma, a „csúszós lejtő”, rámutat arra, hogy a betegséget, a fogyatékossgot és az öregedést, valamint a módot, ahogy kezelik ezeket a helyzeteket, a társadalmi összefüggés-rendszerükön belül kell értelmezni. A veszélyeket és erőforrásokat, amelyek meghatározzák, hogy a nehézségeket miképp élik meg és kezelik, személyes, társas és közösségi szinten határoztuk meg.

Személyes szint. A személyes veszélyek és források a fizikai és lelki egészséghez, az anyagiakhoz, élettapasztalatokhoz és attitűdökhöz kapcsolódnak. A fizikai egészség és a képességek romlása, ami például a szív állapotából, az agyvérzésből, az ízületi gyulladásból, a csontritkulásból és a szürkehályogból eredt, gyakran volt oka annak, hogy az idősök csökkentették vagy megszüntették társas tevékenységeiket. Ralph Norris abbahagyta a helyi idősök klubjának látogatását, mivel hallásvesztése miatt nem tudott részt venni a beszélgetésben; a második agyvérzés után, aminek következtében beszédképessége is sérült, nem használta többé a telefont; és visszautasította a meghívásokat inkontinencia-problémái miatt. Még akkor is, ha a résztvevők a jelenben megbirkóztak az élet jelentette kihívásokkal, aggódtak a jövőbeli egészségügyi problémák és a miatt, amit ez jelenthetett, hiszen elveszíthették otthonukat, kertjüket, elfoglaltságaikat és/vagy független státuszukat.

Az interjúalanyok az anyagi szűkösséget az aggodalom forrásaként, és olyan faktorként említették, ami korlátozza választási lehetőségeiket és tevékenységüket, ahogy azt Gabriel és Bowling (2004) is megállapította. Akik úgy érezték, éppen csak kijönnek a jövedelmükből, aggódtak a nagyobb, előre nem látható kiadások miatt, mint amilyen a vízvezeték javítása. Másrészt azok, akiknek vagyonuk vagy társadalombiztosítási ellátásuk volt, megengedhették maguknak, hogy gyógyászati segédeszközöket vagy szolgáltatásokat vásároljanak, ami segítette őket betegség vagy állapotromlás esetén.

A korábbi élettapasztalatok jelentősek voltak a „megküzdés” szempontjából, mivel felvértezhettek az idősöket a jelenbeli nehézségekkel szemben. Volt, aki úgy érezte, „nehéz élete volt”, ami viszont biztosította számára az öregedéssel bekövetkező nehézségek kezeléséhez szükséges személyes erőforrásokat. Egy férfi azt gondolta azzal, hogy feleségét ápolta, mielőtt az meghalt, megtanulta azokat a háztartásvezetési készségeket, amelyekre jelen életében a boldoguláshoz szüksége volt. Másrészt, az élettapasztalat akadályként is működhetett, amennyiben a korábbi tapasztalatok és a jelen helyzetben szükséges tudás és

készségek között nem volt összefüggés. Például az egyik asszony egész felnőtt életében autót vezetett, és amikor el kellett adnia az autóját, nem tudta, miképp kell a tömegközlekedést használni:

Nem boldogultam a buszokkal, a buszra szállással, nem értem ki időben a busz indulásához. Nem szoktam hozzá, hogy busszal járjak. Soha nem csináltam, soha nem volt rá szükségem, ezért nagyon nehéz dolognak találtam... Nyilvánvalóan képtelen voltam egyedül megoldani. (Harriet Manders)

A készségek másik területét, ami éppúgy lehetett forrás, mint akadály, azok a nehézségek jelentették, amelyek a segítők alkalmazásával és a velük való bánással álltak összefüggésben. Az osztály-hovatartozás és a kultúra jelentős faktorok ebben az esetben (Aronson, 2002). Néhányan korábban alkalmaztak háztartási segítőt, míg másoknak ez a tapasztalatok teljesen új területe volt, és nem olyan, amire felkészültnek érezték volna magukat.

Ahogy korábban már írtunk róla, a „szív szokásai” veszélyeztették a sikert, ha akadályozták a segítség kérését és elfogadását. A résztvevők hajlama a dolgok „derűsebb oldalának” megragadására szintén a segítség elfogadása ellen mozgósíthatta őket. A segítségért folyamodás és a rászorultság bemutatása megköveteli a „probléma-központú” elbeszélést, miközben az idős emberek elbeszélései gyakrabban mutatják be az erősségeket és a képességeket (Baldock és Hadlow, 2002). Néhányan elfogadták a passzív szerepet és az elfogadás attitűdjét. Például az egyik férfi tudomásul vette a helyhatósági iroda nemleges választ, hogy támogatott lakásba költözhessen, pedig tudta, a döntés kedvezőtlen a jövőbeni jólléte szempontjából. Az efféle megközelítés tehát a nehézségekkel való megküzdés akadályaként működött azokban az esetekben, amikor erős érdekképviselőre vagy a döntés elleni fellebbezésre lett volna szükség a segítség megszerzéséhez.

Társas szint. A társas hálózatok egyszerre játszottak közvetlen és közvetett szerepet azoknak az erőfeszítéseknek a támogatásában, amelyekkel a nehézségeket lehetett kezelni (lásd szintén Gabriel és Bowling, 2004). A közvetlen szerepekhez tartozott a nehéznek bizonyult feladatokban nyújtott segítség, ilyenek voltak például a bevásárlás, az ágynemű-csere, a nagytakarítás és a lakásfelújítás elvégzése; a szállítás az üzletbe, vagy az orvoshoz; az eszközök, például a fürdést megkönnyítő felszerelések vagy lépcsőkorilátok vásárlása vagy megszerzése a fogyatékosokkal kapcsolatos nehézségek kezelésére; az információszerzés

például a lakással vagy a szociális ellátásokkal kapcsolatban; a felügyelet és a sürgősségi helyzetekben nyújtott segítség, mint amilyen a rendszeres telefonhívás vagy látogatás. A család, a barátok és a szomszédok a társas tevékenységek, rítusok és ünnepek központját is jelentették, amivel hozzájárultak a résztvevők érzelmi és szociális jóllétéhez (Phillipson et al., 2001; Reynolds és Walmsley, 1998). A társas hálózat által játszott közvetett szerep része volt az őrzési funkció (Minichiello et al., 2000). Azzal, hogy az informális hálózat beszélt az idős ember problémáiról, tudatosította a nehézségeket, és ezzel elősegítette a segítségkérést:

Hosszú ideig volt már meg (a fájdalom a vállamban), több mint tizenkét hónapja, mintha egy vasabroncs szorította volna össze. Nem aggódtam, de a lányom igen, és azt mondta, „el kell menned az orvoshoz”, és elvitt, bejött velem, megvizsgáltak, és anginám volt, és adtak nekem gyógyszert. (Elsie Forrester)

Figyelembe véve a segítségkérés ellen ható erőket, mint amilyen a problémáról szóló beszéd korlátozása és a „jó képet mutatás”, valószínűleg elfogadhatóbbnak tűnt, ha más vállalkozott a problémák azonosítására, és tette meg a szükséges lépéseket, illetve keresett segítséget. Ha az interjúalany úgy látta, ő segít mások aggodalmainak eloszlatásában, ez lehetővé tette, hogy érintetlenül megőrizze az önálló boldogulás érzését (Johnson, 1991). A társas hálózat ösztönözte a kockázat-minimalizáló viselkedést is. A résztvevők egy része azzal magyarázta kockázat-csökkentési kísérleteit, hogy ezzel mások aggodalmait akarta enyhíteni:

Én nem aggódom; a lányom viszont igen, mert voltak ezek a szívrohamaim, ő intézte, hogy legyen nekem ez (jelzőeszköz veszély esetére). (Roger Jarman).

Mindazonáltal a résztvevők nem csak belenyugodtak, hogy mások aggodalma miatt csökkentsék a rájuk leselkedő veszélyeket, hanem maguk is meghozták a saját döntéseiket a kockázatok körültekintő mérlegelése alapján. Ez azt sugallja, hogy – miközben mások aggodalma előidézhetette a segítségkérést – ez csak akkor történt valóban meg, ha a résztvevő bizonyos szinten már maga is osztotta ezt az aggodalmat. Amennyiben a mások aggodalma nem egyezett meg az övéikkel, nagy valószínűséggel figyelmen kívül hagyták, vagy ürügyeket kerestek az abból következő cselekvés elkerülésére:

Én nem bánom, ha felállok a székre, de a lányom, az nem engedné... De én felállok rá, ha valamit meg kell tisztitanom. Ő nem tudja. (Elsie Forrester).

Úgy tűnik, mások aggodalma, összeadódva az idős emberek saját törekvésével, hogy „ne lépjék át a záróvonalat”, pszichológiai és fizikai terheket rak a hozzájuk közel állókra, és ezzel forrást jelent számukra, amennyiben kiváltja a segítségkérést és a kockázatok csökkentését. Másrészt, ha az idősök eltérő módon látják a kockázatokat, viszont nem tudnak ellenállni a mások által rájuk kényszerített korlátozásoknak, a kapcsolati hálótól származó kockázatcsökkentést célzó nyomás inkább az elrettentést szolgálja, semmint forrásként működne. Erre utal David Ross esete a fentebb említett példában, amikor fojtogatónak érezte a családja túlgondoskodását.

Közösségi szint. A közösségi szinten működő veszélyek és források a formális egészségügyi és szociális szolgáltatások jellegzetességeire, valamint a szélesebb közösségnek a részvétellel kapcsolatos lehetőségeire és tapasztalataira vonatkoznak. Az elérhető szolgáltatásokról és a hozzájutás módjáról szóló adekvát és hozzáférhető információ hiánya általános akadály volt annak, hogy a résztvevők megkíséreljék a nehézségekkel való megküzdést. Ez egybehangzó megállapítása a közösségi ellátással foglalkozó kutatásoknak is (Clark et al., 1998; Littlechild és Glasby, 2000; Lloyd, 2000; Richards, 2000). Többen, akiknek szükségük volt házi segítségnyújtásra „nem tudták, hol kezdjék” a segítő keresését. Ami a szolgáltatásokat illeti, azoknak a tapasztalatai, akik házi gondozásban részesültek, megvilágítják, hogy az igénybevevők szempontjából melyek az akár magán úton biztosított, akár az intézmények által nyújtott minőségi szolgáltatás legalapvetőbb jellegzetességei. Ezek közé tartoznak a segítő pozitív jellemvonásai; az elvégzendő feladatokkal kapcsolatos készségei és kompetenciái; az idős személy irányító helyzetének megőrzése; a látogatások kapcsolati értéke; és a reciprocitás lehetőségei, például a tanácsadás a segítőnek vagy gondozónak (lásd szintén Henwood et al., 1998).

A formális szolgáltatásokon kívül volt egy sor közösségi szolgáltatás, ami elősegítette a mindennapi életvezetést éppúgy, mint a közösségi részvételt. Ezek közé tartozott az ingyenes buszjárat egy helyi kiskereskedelmi egységhez; a tágas parkolóhelyek a bevásárló központoknál, a dolgozók munkája, akik segítettek a vásárolt holmi csomagolásában és az autóhoz vitelében; a bankautomata a bevásárlóközpontba, ami lehetővé tette, hogy ne kelljen külön elmenni a bankba; a gyógyszertárak, amelyek receptgyűjtő szolgáltatást nyújtottak; a mozgókönyvtár; és a fagyasztott ételt szállító szolgálat. Ezeknek a „természetes” vagy mindennapi szolgáltatásoknak a használata szintén egyszerre volt jelentős kognitív és gyakorlati szempontból, mivel növelte az állampolgárság és a bevonódás érzését.

A közösség azonban kezelendő veszélyek forrása is volt. Többen beszéltek a közlekedéssel kapcsolatos problémákról. Ahogy más kutatások megállapították, ezek közé tartozott a tömegközlekedés esti használatának biztonsága (Gilhooly et al., 2004) és a tömegközlekedési eszközök hiánya a vidéki területeken (Wenger, 2001). A helyi környezet fizikai sajátosságai, például az utak és járdák állapota is hozzájárult a résztvevők aggodalmaihoz azzal kapcsolatban, hogy kimozduljanak. Más veszélyek az életkori hátrányos megkülönböztetéshez (ageism) kapcsolódtak. Ilyen volt az egészségi problémák kezelésének elutasítása azzal a megjegyzéssel, hogy „csak az öregség”, vagy az érzés, hogy bizonyos kezeléseket megtagadtak tőlük a koruk miatt. Az életkori diszkriminációt a résztvevők a közösségben általánosnak látták, úgy érezték, kevésbé szívélyesen bántak velük abból a feltételezésből kiindulva, hogy „kriplik” vagy „szenilisek”.

Elemzés és gyakorlati következtetések

A korábban bemutatott 2. ábra szemlélteti a három téma – „tevékenynek lenni”, „önmagam maradni”, és „csúszós lejtő” – összefüggését a központi témával, az „önazonosság fenntartásával”. A „csúszós lejtő” témában összefoglalt források és veszélyek elsősorban a megküzdésnek a „tevékenynek lenni” és „önmagam maradni” témában összefoglalt gyakorlati stratégiáira és kognitív módjaira vannak hatással, semmint közvetlenül az önazonosság fenntartására. Néhány példa ennek illusztrációjaként: az érzékeny és megfelelő szolgáltatások támogathatják a tevékenynek maradás mintáinak fenntartását, miközben nem ássák alá az irányító státuszt és az erőfeszítés vállalását; az életkori diszkrimináció élménye veszélyeztetheti a pozitív identitást, mert a múltbéli énrel való kontinuitás megszakadását jelzi, és akadályozza az ön-megerősítés kognitív folyamatait. A „tevékenynek lenni” és az „önmagam maradni” téma egymással kölcsönhatásban van. Például a nagyra értékelt tevékenységek fenntartása erősíti a kontinuitás érzését ugyanúgy, mint a személyes felelősségvállalást és a „jól vagyok” érzését.

A modellnek sokféle következménye van az idősekkel foglalkozó szociális munka és szociális ellátási gyakorlat szempontjából. Először, megerősít más kutatási eredményeket (Godfrey et al., 2004; Phillipson et al., 2001; Thompson et al., 1990), melyek rámutatnak az idős emberek forrásgazdagságára és ellenálló-képességére (rezilienciájára). A gyakorló szakemberek számára ez azt jelenti, hogy rá kell szánniuk az időt az idős emberek preferált problémakezelési módjainak kiderítésére, vagyis azoknak a módoknak a megismerésére, amelyek szerintük korábban működtek, és amikről azt gondolják, a jelen helyzetükben a

legjobbakk lennének. Elérhető, rugalmas és érzékenyen nyújtott szolgáltatásokra van szükség, ha az idősök által preferált megküzdési stratégiákat és kognitív módokat szeretnénk támogatni.

A kutatás szintén rávilágított annak fontosságára, hogy megértsük az idős emberek egyéni élettörténetét, céljait és értékeit, valamint azt, hogy a sajátos nehézségek és ezek legyőzési módjai milyen tágabb jelentőséggel bírnak számukra. A feltárás során meg kell érteni azokat a sajátos jelentéseket és értelmezéseket, amit az egyének adnak tapasztalataiknak és helyzeteiknek, és bele kell foglalni ezeket a gondozási tervbe. Ez olyan megközelítést igényel, ami tágabb és mélyebb, mint a hagyományos, a funkcionális képességekre és fizikai szükségletekre összpontosító szemlélet. Miközben a jelenlegi szolgáltatáspolitikára rámutat a „személyközpontú” megközelítés szükségességére, többet kellene töprengeni azon, hogy mit is jelent ez a gyakorlatban (Department of Health, 2002). A tanulmányunkban ajánlott modell azt sugallja, hogy erőteljesebb figyelmet érdemelnek a megküzdés kognitív dimenziói (Bury and Holme, 1991). Ez különösen fontos lehet az idősökkel folytatott munkában, mivel a kutatás azt mutatja, hogy az érzelmi és kognitív folyamatok szerepe a változások kezelésében jelentősebbé válik, amikor a társas aktivitás és az élet más területei fölötti irányítás csökken (Johnson és Barer, 1997).

Giddens (1999) a személyes identitás forrásaként a „sajátos narratíva folytatására való képességet” jelölte meg. Megállapítása szerint „az egyéni élettörténetbe... folyamatosan integrálni kell a külvilágban történő eseményeket, és be kell illeszteni ezeket az önmagunkról szóló »történet« folyamába” (Giddens, 1999: 54). Ha a történet maga többé már nem megalapozható, és emiatt változnia kell, az egyén esetleg képes lesz a változásokat beilleszteni a történetébe, viszont előadódhat, hogy nem lesz képes megállapodni magával és másokkal arról az identitásról, amelyet ő és környezete is elfogadhatónak tart. Ez nyilvánvalóan kijelöli a különös sérülékenységet idejét, és a másoktól jövő implicit üzenetek az ilyen helyzetben döntőek lehetnek, amennyiben megkönnyíthetik vagy megnehezíthetik az átmenetet. Ezt illusztrálja a korábban elemzett történet David Rossról, aki családjának túlzott gondoskodása miatt képtelen volt fenntartani azt az önképet, mely szerint ő autonóm és földrajzilag mobil ember. A veszteséget az első emeleti lakásba való beszorultság szimbolizálta számára. Az időskorban jellemző megküzdési folyamatok megértésében nyilvánvalóan döntő jelentőségűek azok a társas és közösségi szinten elérhető támogatások, amelyek segítik a saját történet fenntartását, vagy amikor ez már nem lehetséges, segítenek megállapodni a résztvevők számára elfogadható alternatív történetben.

Az idős emberek beszámolóiból származó témák és kategóriák elemzése azt mutatja, hogy megküzdési stratégiáik és kognitív reakcióik közvetlenül összefüggenek a szélesebb nyilvánosság körében megjelenő értékekkel és közbeszéddel (Godfrey, 2001). Az uralkodó társadalmi normákat és kulturális beidegződéseket sarkalatos tényezőknek tekinthetjük a „tevékenynek lenni” témán belül megjelenő értékelt és követett célok, valamint az „önmagam maradni” témán belül megjelenő jelentéstulajdonítások megértésében. Például a résztvevők aggodalmai, hogy nehogy úgy tűnjön, gyakorlati vagy pszichológiai terhet raknak másokra, valamint a „jól vagyok” értékelési kategória választása, a függetlenséggel és öngondoskodással kapcsolatos uralkodó ideológiát tükrözik. Ezek nyugati értékek, amiben az a tény jelenik meg, hogy a kutatásba bevontak mindegyike a fehér, brit etnikumhoz tartozott. A vizsgálat viszont azt mutatja, hogy jelentős összhang van az életminőségre ható tényezők vonatkozásában a különböző etnikai csoportok között, de ezek különböző módon működnek az emberek életének kontextusaiban. Például a függetlenség megtartása fontos valamennyi etnikai csoport számára, még akkor is, ha ezt különböző módon értelmezik (Grewal et al., 2004). További kutatás témája lehet annak vizsgálata, hogy a most bemutatott eredmények érvényesek-e szélesebb és heterogénebb populáció esetében.

A kutatás mutatja, hogy bár az egyének az események és helyzetek értelmezésében felhasználják a kulturális közbeszéd tartalmait, aktív szereplők is, akik képesek visszautasítani azokat az elemeket, amelyek ellentmondanak a saját történetüknek vagy éppen ellenségesen viszonyulnak ahhoz, illetve képesek úgy manipulálni a jelentéseket, hogy azok támogassák a pozitív énképüket. Az ellenállásnak és reflektivitásnak ezeket a képességeit és lehetőségeit növelheti vagy alááshatja a személyes, társas és közösségi szinten elérhető források választéka. Bár a tevékenységről, függetlenségről szóló közbeszéd erőteljesen formálja az idős emberek beszámolóit, személyes szinten ezeknek eltérő és folyamatosan újratárgyalt jelentései vannak. Például Alice Anderson, ahogy fizikai állapota romlott, lemondott bizonyos társas tevékenységekről, és ezt értelmezhetjük az öregedést visszavonulásként magyarázó elmélet alapján, az aktivitástól való visszahúzódás részeként, ami az öregedés előrehaladtával bekövetkezik (Cumming és Henry, 1961). Ez a megközelítés viszont nem veszi figyelembe azt a jelentőséget, amit Alice Anderson tulajdonított annak a sok új kapcsolatnak, amelyet a házigondozókkal kialakított; valamint nem vet számot ezeknek a kapcsolatoknak a fontosságával a társas tevékenység élettémájának megőrzésében, ami lehetővé tette számára az „én folyamatos történetének” továbbmondását. Ezek a kapcsolatok részévé váltak a társas háló újraalkotásának, ami inkább tükrözte az újrabevonódás folyamatát, semmint a visszavonulást. Ez nyilvánvalóan bizonyítja, hogy nem csak az a kérdés, mit nyújtanak a

szolgáltatások, hanem az is, hogy miképp teszik ezt. Azoknak, akik közvetlen támogatást nyújtanak az idős embereknek, érzékenyen kell figyelniük az egyének „én-történetére”, és arra, hogy a szolgáltatás folyamatainak sajátosságai segíthetnek fenntartani az egyének folyamatos én-történetét, vagy – ha ez már nem lehetséges – segíthetnek újratárgyalni az elfogadható alternatív „történetet”.

Következtetések

Phillipson (1998: 138) szerint szükség van az időskor olyan szociológiájára, ami érzékeny és fogékony mind a társadalmi struktúrára, mind az idős emberek tevékenységeire és életstílusára. Ennek a tanulmánynak az eredményei összhangban vannak az idősödés kezelésének a bevezetőben tárgyalt modelljeivel, amennyiben rávilágítanak az idősök változáshoz való alkalmazkodásának forrásgazdagságára, valamint a megküzdés gyakorlati stratégiáinak és kognitív módjainak jelentőségére. A kutatás eredményei igazolják a társadalmi és strukturális faktorok jelentőségét is. Ebbe beletartozik e faktorok szerepe, amit a megélt nehézségek természetének és szintjének okaként vagy fokozójaként, a megküzdés stratégiáinak és kognitív módjainak támogatójaként vagy akadályaként, valamint annak a környezetnek a kialakítójaként játszanak, amelybe az egyéni célok, értékek és jelentések beágyazódnak.

Azzal, hogy kutatásunkat az idős emberek tapasztalataira és nézőpontjaira alapoztuk, hozzájárultunk a „mindennapi élet szociológiájának” fejlődéséhez. Ez arra vonatkozik, hogy megértsük azokat a módokat, ahogy az idősök értelmet adnak az életüknek és formálják azt, valamint ahogy a problematikus helyzeteket kezelik (Phillipson, 1998). Bizonyítottuk az idősök képességét a cselekvésre és ellenállásra, rámutattunk a változó szociális feltételekre adott reflektív válaszaikra. E körbe tartozik az a képesség, hogy a jelentéseket értelmezzék, és „történeteket” alkossanak önmaguk és mások számára, amikkel fenntartják önazonosságuk érzését. A kutatás azt bizonyítja, hogy megvan a képesség az identitás újraalkotására, ha az adott „én-történet” többé már nem fenntartható. Mindazonáltal ebben az újraalkotási folyamatban a személyes, társas és közösségi erőforrások kulcsfontosságúak, mivel támogathatják vagy alááshatják a megküzdés gyakorlati stratégiáit és kognitív módjait. Ily módon a „személyes” és a „társadalmi” összekapcsolódik azoknak a folyamatoknak a megértésében, amelyek fenntartják az önazonosság érzését. Meg kell értenünk, hogy az egyéneket miképp korlátozzák a társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők, és miképp

formálják önazonosságukat a domináns kulturális koncepciók és értékek. Ugyanakkor az értelmezésbe bele kell foglalnunk a személyes szinten megjelenő jelentéseket és értelmezéseket is, és azt is figyelembe kell vennünk, hogy az egyéni konstrukciók miképp járulnak hozzá a kulturális és társadalmi változásokhoz..

Köszönetnyilvánítás

Őszintén hálás vagyok azoknak az idős embereknek, akik részt vettek ebben a kutatásban, beengedtek az otthonukba, és oly nagylelkűen megosztották velem idejüket és tapasztalataikat. Szeretnék köszönetet mondani a folyóirat lektorainak is építő megjegyzéseikért, melyeket a tanulmány korábbi verziójához fűztek.

Hivatkozások

- Arber, S. and Evandrou, M. (1993) 'Mapping the Territory: Ageing, Independence and the Life Course', in S. Arber and M. Evandrou (eds) *Ageing, Independence and the Life Course*. London: Jessica Kingsley.
- Aronson, J. (2002) 'Elderly People's Accounts of Home Care Rationing: Missing Voices in Long-term Policy Debates', *Ageing and Society* 22(4): 399–418.
- Audit Commission (2004) *Older People – Independence and Well-Being: The Challenge for Public Services*. London: Audit Commission.
- Baldock, J. and Hadlow, J. (2002) 'Self-Talk versus Needs-Talk: An Exploration of the Priorities of Housebound Older People', *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research* 3(1): 42– 8.
- Baldock, J. and Ungerson, C. (1994) *Becoming Consumers of Community Care: Households Within the Mixed Economy of Welfare*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Baltes, M. and Carstensen, L. (1996) 'The Process of Successful Ageing', *Ageing and Society* 16(4): 397–422.
- Beaumont, G., Kenealy, P., Murrell, R., Callander, G., Kingsley, B. and Golden, A. (2002) 'Psychological Processes and Perceived Quality of Life in the Healthy Elderly', *Proceedings of the British Psychological Society* 10: 54.
- Bennett, K., Smith, P. and Hughes, G. (2004) 'Older Widow(er)s: Bereavement and Gender Effects on Lifestyle and Participation', *Economic and Social Research Council Growing Older Programme, Findings 6*, University of Sheffield, URL (consulted June 2004): www.shef.ac.uk/uni/projects/gop.
- Biggs, S. (1999) *The Mature Imagination: Dynamics of Identity in Middle Life and Beyond*. Buckingham: Open University Press.
- Bornat, J. (1999) 'Introduction', in J. Bornat (ed.) *Biographical Interviews: The Link Between Research and Practice*. London: Centre for Policy on Ageing.
- Bowling, A., Grundy, E. and Farquhar, M. (1997) *Living Well into Old Age: Three Studies of Health and Well-Being Among Older People in East London and Essex*. London: Age Concern.
- Brandstädter, J. and Greve, W. (1994) 'The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes', *Developmental Review* 14: 52–80.

- Burnette, D. (1994) 'Managing Chronic Illness Alone in Late Life: Sisyphus at Work', in C.K. Riessman (ed.) *Qualitative Studies in Social Work Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Bury, M. (1991) 'The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects', *Sociology of Health and Illness* 13(4): 451–68.
- Bury, M. and Holme, A. (1991) *Life After Ninety*. London: Routledge.
- Butler, I. (2002) 'A Code of Ethics for Social Work and Social Care Research', *British Journal of Social Work* 32(2): 239–48.
- Butler, R. N. (1963) 'The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged', *Psychiatry* 26: 65–76.
- Charmaz, K. (1983) 'Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill', *Sociology of Health and Illness* 5(2): 168–95.
- Clark, H., Dyer, S. and Horwood, J. (1998) 'That Bit of Help': The High Value of Low Level Preventative Services for Older People. Bristol: Policy Press.
- Coleman, P., Ivani-Chalian, C. and Robinson, M. (1999) 'Self and Identity in Advanced Old Age: Validation of Theory Through Longitudinal Case Analysis', *Journal of Personality* 67(5): 819–48.
- Cox, E. and Dooley, A. (1996) 'Care-receivers' Perceptions of their Role in the Care Process', *Journal of Gerontological Social Work* 26(1/2): 133–52.
- Cumming, E. and Henry, W. (1961) *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Department of Health (1998) *Modernising Social Services: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (2000) Annex to Local Authority Circular LAC (2000)6 Promoting Independence: Prevention Special Grant 2000–01. London: Department of Health.
- Department of Health (2001) *The National Service Framework for Older People*. London: Department of Health.
- Department of Health (2002) *The Single Assessment Process: Guidance for Local Implementation*. London: Department of Health.
- Department of Health (2005) *Independence, Well-Being and Choice, Adult Social Care Green Paper*. London: Department of Health.
- Dickinson, A. (2003) 'The Use of Diaries to Study the Everyday Food Life of Older People', in B. Bytheway (ed.) *Everyday Living in Later Life*. London: Centre for Policy on Ageing.

- Gabriel, Z. and Bowling, A. (2004) 'Quality of Life from the Perspectives of Older People', *Ageing and Society* 24(5): 675–91.
- Gearing, B. and Dant, T. (1990) 'Doing Biographical Research', in S. Peace (ed.) *Researching Social Gerontology: Concepts, Methods and Issues*. London: Sage.
- Giddens, A. (1999) *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Gilhooly, M., Hamilton, K., O'Neill, M., Gow, J., Webster, N. and Pike, F. (2004) 'Transport and Ageing: Extending Quality of Life for Older People via Public and Private Transport', Economic and Social Research Council Growing Older Programme, Findings 6, University of Sheffield, URL (consulted June 2004): <http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop>.
- Glaser, B. and Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Godfrey, M. (2001) 'Prevention: Developing a Framework for Conceptualizing and Evaluating Outcomes of Preventive Services for Older People', *Health and Social Care in the Community* 9(2): 89–99.
- Godfrey, M., Townsend, J. and Denby, T. (2004) *Building a Good Life for Older People in Local Communities: The Experience of Ageing in Time and Place*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Grewal, I., Nazroo, J., Bajekal, M., Blane, D. and Lewis, J. (2004) 'Influences on Quality of Life: A Qualitative Investigation of Ethnic Differences Among Older People in England', *Journal of Ethnic and Migration Studies* 30(4): 737–61.
- Heikkinen, R. (1996) 'Experienced Ageing as Elucidated by Narratives', in J. Birren, G. Kenyon, J. Ruth, J. Schroots and T. Svensson (eds) *Ageing and Biography: Explorations in Adult Development*. New York: Springer.
- Henwood, M., Lewis, H. and Waddington, E. (1998) *Listening to Users of Domiciliary Care Services: Developing and Monitoring Quality Standards*. London: Nuffield Institute/United Kingdom Home Care Association.
- Hey, V. (1999) 'Frail Elderly People: Difficult Questions and Awkward Answers', in S. Hood, B. Mayall and S. Oliver (eds) *Critical Issues in Social Research: Power and Prejudice*. Buckingham: Open University Press.
- Hockey, J. and James, A. (2003) *Social Identities Across the Life Course*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Howarth, G. (1993) 'Food Consumption, Social Roles and Personal Identity', in S. Arber and M. Evandrou (eds) *Ageing, Independence and the Life Course*. London: Jessica Kingsley.
- Jenkins, R. (1996) *Social Identity*. London: Routledge.
- Johnson, J. (1991) 'Learning to Live Again: The Process of Adjustment Following a Heart Attack', in J. Morse and J. Johnson (eds) *The Illness Experience: Dimensions of Suffering*. London: Sage.
- Johnson, C. and Barer, B. (1997) *Life Beyond 85 Years: The Aura of Survivorship*. New York: Springer.
- Joseph Rowntree Foundation (2004) *Older People Shaping Policy and Practice, Foundations Summary*, October 2004. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Kelly, M. and Dickinson, H. (1997) 'The Narrative Self in Autobiographical Accounts of Illness', *The Sociological Review* 45(2): 254–78.
- Langan, J., Means, R. and Rolfe, S. (1996) *Maintaining Independence in Later Life: Older People Speaking*. Oxford: Anchor Trust.
- Lee, E. and Brennan, M. (2002) "I Cannot See Flowers but I Can Smell Them": The Relation of Age and Gender to Self-reported Coping Strategies Among Older Adults with Visual Impairment', *Qualitative Social Work* 1(4): 389–411.
- Littlechild, R. and Glasby, J. (2000) 'Older People as "Participating Patients"', in H. Kemshall and R. Littlechild (eds) *User Involvement and Participation in Social Care: Research Informing Practice*. London: Jessica Kingsley.
- Lloyd, M. (2000) 'Where Has All the Care Management Gone?: The Challenge of Parkinson's Disease to the Health and Social Care Interface', *British Journal of Social Work* 30(6): 737–54.
- McCann, S. and Evans, D. (2002) 'Informal Care: The Views of People Receiving Care', *Health and Social Care in the Community* 10(4): 221–8.
- Minichiello, V., Browne, J. and Kendig, H. (2000) 'Perceptions and Consequences of Ageism: Views of Older People', *Ageing and Society* 30(3): 253–78.
- Nilsson, M., Ekman, S. and Sarvimäki, A. (1998) 'Ageing with Joy or Resigning to Old Age: Older People's Experiences of Quality of Life in Old Age', *Health Care in Later Life* 3(2): 94–110.
- Nocon, A. and Pearson, M. (2000) 'The Roles of Friends and Neighbours in Providing Support for Older People', *Ageing and Society* 20(3): 341–67.

- Peace, S. (1998) 'Caring in Place', in A. Brechin, J. Walmsley, J. Katz and S. Peace (eds) *Care Matters: Concepts, Practice and Research in Health and Social Care*. London: Sage.
- Phillips, J., Bernard, M., Phillipson, C. and Ogg, J. (2000) 'Social Support in Later Life: A Study of Three Areas', *British Journal of Social Work* 30(6): 837–53.
- Phillipson, C. (1998) *Reconstructing Old Age: New Agendas in Social Theory and Practice*. London: Sage.
- Phillipson, C., Bernard, M., Phillips, J. and Ogg, J. (2001) *The Family and Community Life of Older People: Social Networks and Social Support in Three Urban Areas*. London: Routledge.
- Pratt, M. and Norris, J. (1994) *The Social Psychology of Ageing*. Oxford: Blackwell.
- Reynolds, J. and Walmsley, J. (1998) 'Care, Support or Something Else?', in A. Brechin, J. Walmsley, J. Katz and S. Peace (eds) *Care Matters: Concepts, Practice and Research in Health and Social Care*. London: Sage.
- Richards, S. (2000) 'Bridging the Divide: Elders and the Assessment Process', *British Journal of Social Work* 30(1): 37–49.
- Seale, C. (1996) 'Living Alone Towards the End of Life', *Ageing and Society* 16(1): 75–91.
- Sidenvall, B., Nydahl, M. and Fjellstrom, C. (2001) 'Managing Food Shopping and Cooking: The Experiences of Older Swedish Women', *Ageing and Society* 21(2): 151–68.
- Steverink, N., Lindenberg, S. and Ormel, J. (1998) 'Towards Understanding Successful Ageing: Patterned Change in Resources and Goals', *Ageing and Society* 18(4): 441–67.
- Strauss, A. and Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage.
- Tanner, D. (2001) 'Sustaining the Self in Later Life: Supporting Older People in the Community', *Ageing and Society* 21(3): 255–78.
- Thompson, P., Itzin, C. and Abendstern, M. (1990) *I Don't Feel Old: The Experience of Later Life*. Oxford, Oxford University Press.
- Tulle-Winton, E. (1999) 'Growing Old and Resistance: Towards a New Cultural Economy of Old Age?', *Ageing and Society* 19(3): 281–99.
- Twigg, J. (1997) 'Deconstructing the "Social Bath": Help with Bathing at Home for Older and Disabled People', *Journal of Social Policy* 26(2): 211–32.
- Wenger, G. C. (1994) *Understanding Support Networks and Community Care*. Aldershot: Ashgate.

Wenger, G. C. (2001) 'Myths and Realities of Ageing in Rural Britain', *Ageing and Society* 21(1): 117–30.

Monica Barry*

A hatékony kockázatelemzés megközelítései a szociális munkában

A nemzetközi irodalom áttekintése

III. fejezet

Kockázatelemzés a közösségi ellátásban¹⁸

* Dr Monica Barry a Glasgow School of Social Work tanára, igen kiterjedt kutatási gyakorlata van, főleg az igazságügyi és gyermekvédelmi szociális munka területén, címe: monica.barry@strath.ac.uk

¹⁸ A tanulmány könyvészeti adatai: Dr. Monica Barry: Effective Approaches to Risk Assessment in Social Work: An International Literature Review. Final Report. Chapter Three: Risk Assessment in Community Care. Scottish Executive Social Research, 2007, pp. 16-22, <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/194419/0052192.pdf> .

Összefoglaló

Ez a fejezet bemutat a közösségi gondozás területén végzett kutatások közül néhányat, és vizsgálja a kockázat meghatározásával és felmérésével kapcsolatos kérdéseket, melyeket a gyakorló szakemberek és a politikai döntéshozók vetettek fel. Az irodalom a szolgáltatáspolitikai erősödő kettéválását tükrözi (a forrásokat azok irányába összpontosítják, akik a felmérés szerint a magas kockázati csoportba sorolhatók, miközben esetleg elhanyagolják a nem ebbe a csoportba tartozókat), és a szerzők megállapítják, hogy a szolgáltatások célcsoportjának szükségleteit és kívánságait nem tekintik lényegesnek, bár a közösségi ellátásban még mindig inkább odafigyelnek az igénybe vevőkre, mint a büntető igazságszolgáltatás területén.

Kulcsfogalmak: kockázatfelmérés, közösségi ellátás

Bevezetés

A közösségi gondozás során végzett szükségletfelmérésekben korábban ritkán merült fel a kockázat kérdése, míg nem az 1990-es évek elején néhány nagy horderejű ügy meg nem jelent a média szalagcímeiben. Azóta a kockázatok minimalizálása központi jelentőségű kérdéssé vált a szolgáltatáspolitikában. A hangsúlynak a közösségi gondozás felé való eltolódása részben annak volt köszönhető, hogy a kórházi kezelés a beutaltak esetében valószínűleg erősen korlátozza a mindennapi lehetőségeket, másrészt közrejátszott annak tudatosulása, hogy az intézményi gondozásban élők nagy része támogatással élhetne a lakóhelyi közösségben is. Ennek következményeként erős lobbijött létre, főleg az értelmi fogyatékosok jogaiért, azért, hogy a lehető leginkább normális életet élhessék (Alaszewski & Alaszewski, 2002). Ezzel egy időben viszont viták kezdődtek arról, hogy mi az „elfogadható kockázat”, és hogy a kockázat minimalizálása és a szolgáltatások felhasználója érdekérvényesítési képességének megerősítése (empowerment) nem szükségszerűen összeegyeztethető célok. Bár a közveszélyesség az elmebetegségben szenvedő gondozottak esetében igen csekély mértékű – a betegek nagyobb valószínűséggel ölik meg magukat, mint másokat –, mégis a kockázat és a veszélyesség szempontjából ítélik meg őket a gyakori kiszámíthatatlan erőszakos incidensek miatt, és így kisebb valószínűséggel vonják be őket teljes mértékben a szolgáltatásokkal kapcsolatos döntésekbe.

Különösen a fogyatékosokkal és elmebetegségben szenvedőkkel végzett munkában, ahol a fogyatékoságnak inkább a szociális, semmint a medikális modellje az irányadó, hajlamosak a kockázatot a „kielégítetlen szükségletek” következményének tekinteni (Read és Reynolds, 1997), azaz annak tudják be, hogy mivel a kliensek nem kapták meg időben a szolgáltatást, vagy az nem volt megfelelő, nagyobb valószínűséggel kerülnek sérülékeny helyzetbe. A kockázatkezelés ebből a szempontból viszont a kockázat újraelosztására koncentrál, a sérülékenység és a szükségletek felmérése helyett. A kettéválasztás következménye szokás szerint az, hogy akik a magas kockázatú csoportba tartoznak, azok kapnak szolgáltatást, míg az alacsony kockázati csoportba tartozók nem; és ez még aggasztóbb, ha hozzávesszük a kutatási jelentések eredményeit, melyek szerint a szolgáltatások igénybe vevői gyakran nem értenek egyet az őket ellenőrző szociális munkással a beavatkozás prioritásainak meghatározásában (McIvor és Barry, 1998; Neill és mts., 1988, idézi Waterson, 1999).

Ez a fejezet bemutat a közösségi gondozás területén végzett kutatások közül néhányat, és vizsgálja a kockázat meghatározásával és felmérésével kapcsolatos kérdéseket, melyeket a gyakorló szakemberek és a politikai döntéshozók vetettek fel. Az irodalom a szolgáltatáspolitikai erősödő kettéválását tükrözi (a forrásokat azok irányába összpontosítják, akik a felmérés szerint a magas kockázati csoportba sorolhatók, miközben esetleg elhanyagolják a nem ebbe a csoportba tartozókat), és a szerzők megállapítják, hogy a szolgáltatások célcsoportjának szükségleteit és kívánságait nem tekintik lényegesnek, bár a közösségi ellátásban még mindig inkább odafigyelnek az igénybe vevőkre, mint a büntető igazságszolgáltatás területén.

Törvényi szabályozás, irányelvek és eszközök a közösségi gondozásban

A legutóbbi időkben a törvénykezés és a politika Skóciában a közösségi gondozás területén a gyorsabb és jobb feltárás biztosítását, a szakmai munka integráltságának növelését, a szakmai határokon a jobb információ-áramlást, és az egyének számára a nagyobb kontroll lehetőségét célozza. A Közösségi Egészségügyi Partnerségek (Community Health Partnerships) nem csak választ jelentenek az alapellátás és a szakellátás, valamint az alapellátás és a közösségi ellátás integrációjának szükségességére, hanem következményét is jelentik annak a kívánságnak, hogy a tágabb közösség erőteljesebben bevonható legyen az alapellátásba és a közösségi gondozási szolgáltatásokba. A Nemzeti Gyermekek-egészségügyi Támogató Csoport (National Child Health Support Group) szintén partnerségeket hoz létre a helyhatóságokkal és a civil szektorral, a rugalmas és bizonyítékalapú gyermek-egészségügyi ellátás érdekében. Hasonlóan a szociális munkához, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat és a Közösségi Egészségügyi Partnerségek célja is az, hogy „az ellátás egyensúlyát megváltoztassák” (Scottish Executive, 2005b), és a hangsúlyt a preventív megközelítésre, az öngondoskodás támogatására, a forrásoknak a legnagyobb kockázatú csoportokra való célzottságának növelésére, valamint olyan megelőző szolgáltatások létrehozására tegyék, melyek a magas kockázatú esetekben járnának el.

Az „Ugyanaz, mint Ön?” („The same as you?”) című, az értelmi sérültek ellátására létrejött szolgáltatásokat áttekintő jelentés (Scottish Executive 2000b) kulcsfontosságú ösztönzője volt a közösségben élő értelmi sérültek érdekérvényesítési képességének növelését célzó tevékenységnek, a tágabb közösségben nyújtott támogatásnak, mellyel a kliensek jobb életminőségét kívánták elérni. Ennek a jelentésnek egyik fő alapelve volt annak a szükségletnek a kifejezése, hogy az emberek nagyobb beleszólást kapjanak a velük

kapcsolatos ügyekbe, és nagyobb kontrollal rendelkezzenek a saját életük felett. A közvetlen kifizetések, az összeköttetést biztosító és érdekképviselői szolgáltatások jelentik az eszközöket, amelyekkel segítik az embereket a saját életükkel kapcsolatos befolyás és kontroll elérésében.

A törvények sora védi a sérülékeny helyzetű egyének és gondozóik érdekeit a szolgáltatási szükséglet felmérése során. Ezek közé tartozik az Egészségügyi és közösségi ellátási törvény (NHS and Community Care Act, 1990), mely tisztázta a szükséglet-feltárási kötelezettséget azok esetében, akiknek „közösségi ellátási szolgáltatásokra” van szükségük, és az 1995-ös Gondozó családtagok (elismerése és szolgáltatásai) törvény (Carers [Recognition and Services] Act 1995), mely megteremtette a gondozó családtagok jogát a szükséglet-feltáráshoz. A kockázatvállalásra és a szolgáltatások igénybe vevőinek érdekérvényesítési képességnövelésére vonatkozóan mind a 2007-es Felnőttek támogatásáról és védelméről szóló törvény (Adult Support & Protection [Scotland] Act 2007), mind a 2000-es Sérültséggel élő felnőttekről szóló törvény (Adult with Incapacity [Scotland] Act, 2000) előírja, hogy a megkívánt eredmény érdekében a szolgáltatásnak a lehető legkevésbé korlátozónak kell lennie, és az egyént ösztönözni kell arra, hogy létező készségeit használja, és újakat sajátítson el. Az Elme-egészségügyi gondozással és kezeléssel foglalkozó törvény (Mental Health [Care and Treatment] [Scotland] Act 2003) szintén megállapítja, hogy a korlátozásnak a lehető legkisebbnek kell lennie, ami okvetlenül szükséges a biztonság és jóllét biztosításához. Ez a törvény – mely mintául szolgált más országok számára a mentális problémákkal küzdő emberek gondozásának és kezelésének vonatkozásában – felhívja a figyelmet a következő alapelvekre:

- diszkrimináció-mentesség és egyenlő elbánás a képességtől, kortól, nemtől, etnikai hovatartozástól, stb. függetlenül
- a szolgáltató elkötelezettsége a biztonságos és megfelelő szolgáltatások biztosítására;
- inkább önkéntes, semmint kötelező ellátás;
- a szolgáltatások igénybe vevőjének részvétele az életét befolyásoló döntések meghozatalába;
- a gondozó családtagok támogatása és tisztelete;
- a minimális és lehető legkisebb beavatkozás szükségessége;
- a beavatkozás pozitív kimeneteleire/előnyeire való törekvés.

A skót Mentális Jólét Bizottsága (Mental Welfare Commission for Scotland) hangsúlyozza, hogy a legfontosabb kérdés az ellátottat, és nem az őt gondozó intézményt érintő kockázat. A bizottság nemrég (2006-ban) kibocsátott egy irányelvet a korlátozó intézkedésekkel kapcsolatban, melyben előírja, hogy az igénybe vevőt minden esetben be kell vonni a döntésekbe, és a korlátozást el kell kerülni, amikor az lehetséges.

A skót elme-egészségügyi bíróság, melyet 2000-ben az Elme-egészségügyi és kezelési törvény (Mental Health Care and Treatment [Scotland] Act 2000) hozott létre, eljárásokat írt elő annak biztosítására, hogy a kötelező kezeléssel szemben minden döntés esetében aktívan be kell vonni a meghallgatásba a beteget és a beteg képviselőit, mert így biztosítható befolyásuk a kockázat szintjének felmérésére (mind az ön-, mind a közveszély vonatkozásában) vagy az arról hozott döntésre.

A 2007-es Felnőttek támogatásáról és védelméről szóló törvény (Adult Support & Protection [Scotland] Act 2007), ami 2008 őszén lépett hatályba, védelmet biztosít a felnőtteknek a veszélyeztető tényezőkkel szemben, alapeveket határoz meg, melyeket a gyakorló szakembereknek követniük kell, és meghatározza a hatósági ügynökségek együttműködési kötelességét a sérülések kivizsgálásában és a kockázatok feltárásában.

A közösségi ellátás klienscsoportjainak figyelemmel kísérésére – ugyanúgy, mint a büntető igazságszolgáltatás területén – megjelentek az elektronikus eszközök, bár az ezekkel kapcsolatos terminológia finomabb, mint a bűnelkövetők és vádlottak esetében használt (például „követő technológia” [„wandering technology”] és nem „nyomkövető” [„tagging”]). Az ilyesféle technológia könnyebb és esetleg olcsóbb módszer arra, hogy figyelemmel kísérjék a lakóhelyükön kockázatnak kitett kliensek biztonságos mozgását. A kockázatteljesítő eszközök a terepen nem tesznek különbséget a betegségek eltérő típusai és a kockázat különböző szintjei között, és ezért gyakran a kockázatkezelés fő módszerét a gyógyszerelés és a figyelemmel kísérés (monitoring) jelenti:

„...a veszélyhelyzetek előrelátását biztosító szttenderdizált, megbízható, általánosítható kritériumsor a jog és az elmeegészségügy területén olyan cél, ami még mindig nehezen elérhető és távoli.” (Menzies *et al.*, 1994, idézi Munro & Rungay, 2000).

A büntetés-végrehajtással és a gyermekvédelmi rendszerrel párhuzamosan az elme-egészségügyi ellátásban is elkészült az ismert kockázati csoportok regisztere, ami szintén a hatékony figyelemmel kísérést segíti elő. Az elmeegészségügy területén az ellenőrzési regiszter Angliában és Wales-ben 1994-ben jött létre, miután valaki meghalt egy, a kórházból elbocsátott elmebeteg kezétől (Davies, 1998). Ezek a regiszterek az embereket a következő osztályokba sorolják: 1. jelentős kockázatot jelentenek önmagukra nézve, mivel elhanyagolják

magukat; 2. kockázatot jelentenek mások számára; 3. öngyilkossági veszélyben vannak. Mindazonáltal az ezekben a kategóriákba illő emberek száma általában alacsony. Munro és Rungay (2000) megállapítja, hogy ha ilyen kevesen vannak egy adott, potenciálisan kockázatot jelentő populációban, az a kockázat megítélését pontosabbá teszi.

A közösségi ellátás gyakorlatának eltérései

A közösségi ellátás területén – ellentétben a büntető igazságszolgáltatás területével és hasonlóan a gyermekvédelemhez – az érdekelt ügynökségeknek különböző kompetenciaterületük van, különböző érdekelteknek (stakeholders) tartoznak felelősséggel, és így a kockázatra vonatkozóan eltérő filozófiákat vallanak. Az egészségügyi szakemberek például esetleg a család vagy a tágabb közvélemény szempontjait tartják szem előtt, míg a szociális munkások, a gondozó családtagok és a szolgáltatások igénybevevőinek szervezetei inkább az érintettek szükségleteinek és jogainak megjelenítését tekinthetik fontosabbnak. Waterson (1999) megfigyelése szerint a szakemberek és a szolgáltatások használói gyakran nem értnek egyet a kockázat szintjére vonatkozóan, nem utolsósorban azért, mert a kockázat szubjektív, és a környezetre éppúgy vonatkozhat, mint az emberekre. Alaszewski és Manthorpe (1998) szerint is eltérő módon érzékelik a kockázatot a különböző területek szakemberei, és a vétkesség megállapítása a fő kérdés a közösségi ellátás beavatkozási kudarcainak kivizsgálásakor. Ha egy szervezet biztonságos, proaktívabban fog viszonyulni a kockázatokhoz ahelyett, hogy vádló attitűddel fordulna az ügy felé. Alaszewski és Alaszewski (2002) kutatási eredményei szerint a szolgáltatások igénybe vevői, a családok, valamint a szakemberek eltérően értelmezik a kockázatot és a biztonságot. A kliensek és a családok hajlamosak alkalmazkodni a szakemberek elvárásaihoz, míg a szakemberek igyekeznek kiegyensúlyozni a normális kockázatvállalást és a „gondozási kötelességet”. Ezeknek a szerzőknek a tapasztalatai szerint kevés szervezet volt képes egyforma súlyt adni a biztonságnak és az érdekérvényesítési képesség növelésének (empowerment), következésképpen inkább a biztonságot részesítették előnyben az érdekérvényesítési képesség növelésével szemben.

Különböző csoportok érdekeltek a kockázatok feltárásában – szakemberek, a szolgáltatásokat használók, gondozó családtagok és érdekképviselők –, ezért nehezen megvalósítható a teljes igénybevevő-központúság a kockázatok feltárásában. A közösségi ellátás területén – inkább, mint más területeken – a szükségletfeltárás legtöbbször krízis idején történik, és ezért általában inkább reaktív, semmint proaktív, és emiatt a szakemberek

hajlamosabbak ilyen esetekben az erősségek és képességek helyett a gyengeségekre és képességhiányokra összpontosítani. A szakemberek így a biztonságra, a kockázatok minimalizálására helyezik a hangsúlyt az igénybevevők érdekérvényesítési képességének növelése (empowerment) helyett. Ezt elősegíti, hogy a teljesítménymenedzsment vette át a bizalom helyét a hivatásbeli gyakorlat ellenőrzésének eszközeként.

Így a közösségi ellátásban létkérdésnek tűnik a kockázattal kapcsolatos továbbképzés és a döntések alapos adminisztratív rögzítése. A továbbképzés a megközelítés nagyobb konzisztenciáját és ezzel az önvédelem biztosítását célozza, míg az adminisztráció azért szükséges, mert több szakember is dolgozhat a későbbiekben a kockázattal kapcsolatban a klienssel.

Kockázattal kapcsolatos ellátásban

Munro és Rungay (2000) a kockázattal kapcsolatos szerepét vizsgálta elme-egészségügyi problémákkal küzdő betegek által elkövetett gyilkosságok esetében, azzal kapcsolatban, hogy a gyilkossági szándék felismerhető, és így a tett megelőzhető lett volna-e. A kutatás azt az eredményt hozta, hogy 40 esetből álló mintájuk 27,5 %-ában lehetett volna a kockázatot előre jelezni, és 65 %-ukat meg lehetett volna előzni. A szerzők megállapítása szerint a hatósági vizsgálatok elégtelennek találták a fenyegető kockázatra utaló bizonyítékokat: csak 8 esetben (20 %) ítélték a beteget magas kockázatúnak a gyilkosság időpontjában. 17 esetben a vizsgálat során arra következtetésre jutottak, hogy a jobb pszichiátriai ellátás általában előnyben részesítendő, és hatékonyabb, mint a rossz kockázattal való felmérés:

...több gyilkosság volna megelőzhető, ha javítanák a beteg kezdődő visszaesésére történő reagálást, tekintet nélkül arra, hogy az erőszakos viselkedés lehetőségét feltárták-e, vagy megkísérelnék azonosítani a magas kockázatú betegeket, és forrásokat biztosítanának számukra. (ugyanott: 118)

A szerzők szerint a betegek kockázati szintje vagy sérülékenysége idővel változhat, és ezért kidolgozták a „veszélyesség létráját” (Lingham *et al*, 1996, idézi Munro & Rungay, 2000), ami segíthet a beteg kockázati szintjében az időbeli változásokat feltérképezni. Mindazonáltal – a szerzők szerint – nem célszerű a forrásokat a magas kockázatú betegekre koncentrálni, mivel igen magas a hamis pozitív eredmények száma (a nem erőszakos viselkedésű beteget tévesen magas kockázatúnak minősítenek, és a korlátozott erőforrásokat szükségtelenül koncentrálnak rájuk). A kockázattal kapcsolatos közvélekedés eltúlzott, ami következménye annak a kultúrának, melyet a politikusok és a szenzációhajhász média a kockázattal kapcsolatos

–kezeléssel kapcsolatban terjesztenek. A közkeletű mítosszal ellentétben a hosszú távú kórházi kezelés elutasításának és a közösségbe való reintegrációnak a politikája nem növelte az elme-egészségügyi problémákkal küzdők által elkövetett gyilkosságok arányát: az ártatlan áldozatok halála az ittas vagy figyelmetlen gépkocsivezetők miatt összehasonlíthatatlanul gyakoribb, mint a lakóhelyükön ellátott elmebetegek által elkövetett gyilkosságok (Munro & Rumgay, 2000).

A közvélemény nyomásának következtében elvégzett kockázatfeltárások és hatósági vizsgálatok egyrészt zaklatásnak teszik ki a családokat, másrészt elvonják az erőforrásokat a leginkább rászorulóktól. Az elme-egészségügyi szakembereknek – a terület több szakírójának álláspontja szerint – a *valódi* elme-egészségügyi szükségleteket kell feltárniuk, illetve kezelniük, és nem a *potenciális* kockázatokat felmérni és korlátok között tartani. Mindazonáltal megjegyzendő, hogy vannak példák, amelyek szerint a kockázati tényezők kis szerepet játszanak a közösségi ellátás klienseinek esetében. Langan és Lindow (2004) például 56 szakembert kérdezett meg Angliában, és azt találta, hogy kevesen végeznek rendszeres kockázatfeltárást, vagy hoznak létre kockázatkezelési tervet klienseik számára.

A szociális munka valamennyi aspektusában – de legfőképpen a közösségi ellátás területén – a szolgáltatások igénybe vevőinek sérülékenységet figyelembe kell venni, és be kell őket vonni a kockázatfeltárási folyamatába. Az idősellátás szakirodalma például hangsúlyozza, hogy az időseknek választási lehetőséggel kell rendelkezniük, továbbá önállóságuk és önrendelkezésük fenntartása érdekében a kockázatok vállalására is ösztönözni kell őket: „a kockázatvállalás választás – a lehetséges veszélyek ismeretében – a cselekvés és nem cselekvés között, amikor a cselekvéssel jótékony eredményt lehet elérni” (Lawson, 1996: 55). Ennek ellenére az idősek esetében végzett kockázatfeltárási rendszerint arra fókuszál, hogy miképp értelmezi a szociális munkás az eseményeket, és hogy milyen eredményeket remél elérni a szolgáltatás igénybe vevőjével. A feltárást az kell meghatározni, hogy a kliens mit és miért akar, milyen képességei vannak, amelyekkel el tudja érni a céljait, és vannak-e kockázatok a közvetlen környezetben. A kockázatvállalást gondosan meg kell tervezni a jó életminőség elérése érdekében, új készségeket kell elsajátítani, és ki kell próbálni addig nem használt lehetőségeket. (Tindall, 1997) A kockázatfeltárási nem történhet a kockázat korlátok között tartása vagy a források/szolgáltatások racionalizálása érdekében, mert ez megakadályozhatja a szolgáltatás igénybe vevőjét abban, hogy meghatározza a saját kockázatait és szükségleteit (Waterson, 1999). A szociális munka valamennyi területén a kockázatfeltárási bele kell foglalni azoknak a nézőpontját, akiknek a szükségleteit az ilyesféle feltárási nyomán elégítik ki. Mit akarnak, miért akarják azt, milyen képességeik

vannak, és vannak-e külső kockázati tényezők? Mindezt számításba kell venni, mert különben a kliens nem lesz elkötelezett, és nem fogja magáénak érezni a szolgáltatást. Mindazonáltal a gondozottak a környezet megítélése szerint kisebb valószínűséggel azonosítják a kockázatokat, mint családjuk vagy a szakemberek, és érezhetnek nyomást is, hogy mások kívánságaihoz igazodjanak, továbbá alkalmazkodjanak a szolgáltatásokhoz. Sok szakíró érvel a mellett, hogy szükséges a szolgáltatások igénybe vevőinek érdekérvényesítési képességét fejleszteni, velük partneri kapcsolatot kialakítani és fontos a kockázatfeltáráshoz/-kezeléshez a beleegyezésüket kérni. (Parsloe, 1999; Stalker, 2003; Waterson, 1999).

Összefoglalás

A közösségi ellátás területe talán a leginkább hasonló a büntető igazságszolgáltatáshoz a kockázatok felmérése és kezelése iránti média-érdeklődés tekintetében, ami inkább a múltbéli tapasztalatokból semmint a jövőben esetlegesen előforduló kockázatokból következik. Ráadásul a két terület egy-egy esetben azonos klienscsoporttal dolgozik. Ellenben a büntető igazságszolgáltatástól eltérően a közösségi ellátás területe az igénybe vevők döntésekben való részvételének jobban megalapozott gyakorlatát hozta létre, és az igénybe vevők erős érdekérvényesítő csoportjai (például az elmeegészségügyi problémákkal küzdőké és a sérülteké) is megtalálhatók a területen, ezek pedig aktívan törekszenek a választási lehetőségek és a döntésben való részvétel kiszélesítésére. A közösségi ellátásban inkább használják a kockázatvállalási modellt, semmint a kockázatsökkentést, bár gyaníthatjuk, hogy ha az igénybe vevőknek a szélesebb választási lehetőségért és részvételért létrejött mozgalmi nem lennének ilyen erősek, a menedzserista kockázatminimalizálási modellt szélesebb körben használnák.

Az újabb közösségi ellátási politika annak fontosságát hangsúlyozza, hogy az emberek nagyobb beleszólási jogot kapjanak, és nagyobb mértékben legyenek képesek saját életük meghatározására. A közvetlen kifizetések, a közvetítő és érdekképviselő szolgáltatások olyan stratégiák, melyek előrevivői ennek a programnak. A közösségi ellátással kapcsolatos törvények védik a gondozottak jogát a kockázatvállalásra bizonyos biztonsági paramétereken belül, és a kockázat-felmérési eszközök kevésbé fejlettek ezen a területen, mint a büntető igazságszolgáltatásén, ahol a szakemberek gyakran folyamodnak az ellenőrző intézkedésekhez vagy a gyógyszereléshez a kockázat csökkentése érdekében. Nyilvánvalóan kevesebb idő is van a kockázatfelmérésre és a tágabb ügynökségközi konzultációra a közösségi ellátásban és a gyermekvédelemben, mivel mindkét területen jellemzően krízis idején kerülnek a képbe a szakemberek, miközben az igénybe vevő még a közösségben él.

Sok kritika is érte a szakirodalomban a kockázatfelmérést és –kezelést, mivel elsőbbséget élvez a hosszabb távú betegellátással és kezeléssel szemben.

Hivatkozások

- Alaszewski, A. and Alaszewski, H. (2002) 'Towards the creative management of risk: perceptions, practices and policies', *British Journal of Learning Disabilities*, 30: 56-62.
- Alaszewski, A. and Manthorpe, J. (1998) 'Welfare agencies and risk: the missing link?', *Health and Social Care in the Community*, 6 (1): 4-15.
- Beck, U. (1992) *Risk Society: Towards a new modernity*, London: Sage.
- Bell, L. (1999) *The Triumphs and Tensions of Teamwork: An analysis of multi-disciplinary meetings*, Unpublished PhD thesis: University of Stirling.
- Brearley, P.C. (1982) *Risk in Social Work*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Burgess, K., Burton, C. and Parston, G. (2002) *Accountability for Results*, London: HM Treasury Public Services Productivity Panel.
- Davies, M. (1998) 'Mental health social work and the use of supervision registers for patients at risk', *Health and Social Care in the Community*, 6 (1): 25-34.
- Davis, A. (1996) 'Risk Work and Mental Health', in H. Kemshall and J. Pritchard (eds) *Good Practice in Risk Assessment and Risk Management*, London: Jessica Kingsley.
- East Dunbartonshire Council (2005) *Risk Assessment and Risk Management Procedures*.
- Edinburgh City Council (2004) *Risk Taking Policy and Guidance*, Edinburgh: Social Work Department.
- Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York: Doubleday Anchor Books.
- Hood, C.C., Jones, D.K.C., Pidgeon, N.F., Turner, B.A. and Gibson, R. (1992) 'Risk management', in Royal Society Study Group (eds) *Risk, Analysis, Perception and Management: Report of a Royal Society Study Group*, London: The Royal Society.
- Hood, J. and Allison, J. (2001) 'Local Authority Corporate Risk Management: A Social Work Case', *Local Governance*, vol. 27, 1: 3-18.
- Huxham, C. and Vangen, S. (2005) *Managing to Collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*, Abingdon: Routledge.
- Kemshall, H. (2002) *Risk, Social Policy and Welfare*, Buckingham: Open University Press.
- Kemshall, H. (undated) *Reviewing Risk*, Edinburgh: Social Work Services Inspectorate.

- Kemshall, H., Parton, N., Walsh, M. and Waterson, J. (1997) 'Concepts of risk in relation to organizational structure and functioning within the personal social services and probation', *Social Policy and Administration*, 31: 3, 213-232.
- King, R.D., Raynes, N.V. and Tizard, J. (1971) *Patterns of Residential Care*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Langan, J. and Lindow, V. (2004) *Living with risk: Mental health service user involvement in risk assessment and management*, Bristol: The Policy Press/ JRF.
- Lawson, J. (1996) 'A framework of risk assessment and management for older people', in H. Kemshall and J. Pritchard (eds) *Good Practice in Risk Assessment and Risk Management*, London: Jessica Kingsley.
- Littlechild, R. and Blakeney, J. (1996) 'Risk and Older People', in H. Kemshall and J. Pritchard (eds) *Good Practice in Risk Assessment and Risk Management*, London: Jessica Kingsley.
- Mental Welfare Commission for Scotland (2006) *Rights, Risks and Limits to Freedom*, Edinburgh: Mental Welfare Commission.
- Munro, E. and Rungay, J. (2000) 'Role of risk assessment in reducing homicides by people with mental illness', *British Journal of Psychiatry*, 176: 116-120.
- Office of the Public Service Commission (2004) *Queensland Accountability Frameworks*, Brisbane: Queensland Government.
- O'Sullivan, T. (1999) *Decision-making in social work*, Basingstoke: Macmillan.
- Parsloe, P. (1999) 'Introduction' in P. Parsloe (ed.) *Risk Assessment in Social Care and Social Work, Research Highlights in Social Work, No. 36*, London: Jessica Kingsley.
- Parton, N. (1996) 'Social Work, Risk and "the Blaming System"' in N. Parton (ed.) *Social Theory, Social Change and Social Work*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Pritchard, J. (1997) 'Vulnerable People Taking Risks: Older people and residential care' in H. Kemshall & J. Pritchard *Good Practice in Risk Assessment and Risk Management 2*, London: Jessica Kingsley.
- Risk Management Authority (2006a) *Risk Assessment Tools Evaluation Directory*, Paisley, RMA.
- Risk Management Authority (2006b) *Standards and Guidelines for Risk Assessment*, Paisley, RMA.
- Rose, N. (1996) 'Governing "advanced" liberal democracies' in A. Barry, T. Osborne and N. Rose (eds) *Foucault and Political Reason: Liberalism, Neo-liberalism and Rationalities of Government*, London: UCL.

- Ryan, T. (1996) 'Risk Management and People with Mental Health Problems', in H. Kemshall and J. Pritchard (eds) *Good Practice in Risk Assessment and Risk Management*, London: Jessica Kingsley.
- Ryan, T., Wiles, D., Cash, S. and Slebert, C. (2005) 'Risk assessments: Empirically supported or values driven?', *Children and Youth Services Review*, 27 (2): 213-225.
- Scottish Executive (2000b) *The same as you? A review of services for people with learning disabilities*, Edinburgh: Scottish Executive
- Scottish Executive (2005b) *Delivering for Health*, Executive Summary, Edinburgh: Scottish Executive.
- Scottish Executive (2006) *Changing Lives: Report of the 21 st Century Social Work Review*, Edinburgh: Scottish Executive.
- Scottish Executive (2006) MAPPA Guidance, Edinburgh: Scottish Executive.
- Scottish Executive (2007) Adult Support and Protection (Scotland) Act 2007, Edinburgh: Scottish Executive.
- Social Work Services Inspectorate (2005) *Review of the Management Arrangements of Colyn Evans by Fife Constabulary and Fife Council*, Edinburgh: Scottish Executive.
- Social Work Services Inspectorate (undated) *Management and Assessment of Risk in Social Work Services*, Edinburgh: The Stationery Office.
- Stalker, K. (2003) 'Managing risk and uncertainty in social work: A literature review', *Journal of Social Work*, 3 (2): 211-233.
- Taylor, C. and Meux, C. (1997) 'Individual cases: The risk, the challenge', *International review of Psychiatry*, 9 (2-3): 289-302.
- Tindall, B. (1997) 'People with Learning Difficulties: Citizenship, Personal Development and the Management of Risk' in H. Kemshall and J. Pritchard (eds) *Good Practice in Risk Assessment and Management 2*, London: Jessica Kingsley.
- Titterton, M. (2005) *Risk and risk taking in health and social welfare*, London: Jessica Kingsley.
- Waterson, J. (1999) 'Redefining community care social work: needs or risks led?' *Health and Social Care in the Community*, 7(4): 276-279.
- Weber, M. (1947) *The Theory of Social and Economic Organization*, New York: The Free Press.

**Caroline Glendinning, Sue Clarke, Phillipa Hare, Inna
Kotchetkova, Jane Maddison és Liz Newbronner**

Eredményközpontú szolgáltatás az idősellátásban*

A témáról szóló tudás áttekintése

Social Care Institute for Excellence

2006

* A mű eredeti könyvészeti adatai: C. Glendinning, S. Clarke, P. Hare, I. Kotchetkova, J. Maddison, L. Newbronner (2006) Outcome-focused services for older people, Adults' Services Knowledge Review 13, Social Care Institute for Excellence, University of York, Great Britain.

Összefoglalás

Áttekintésünkben az „eredmények” azokra a *hatásokra vagy végkimenetelekre vonatkoznak, amelyeket a szolgáltatás eredményez a személy életében.* Ezért az eredményközpontú szolgáltatások azok, amelyek a szolgáltatást használó egyének céljainak, törekvéseinek vagy prioritásainak megfelelő célok elérésére irányulnak. Ezeket szembeállíthatjuk azokkal a szolgáltatásokkal, amelyeknek tartalma és/vagy nyújtási formája sztenderdizált: nincs tekintettel az igénybevevő körülményeire; a szolgáltatások céljait, tartalmát és nyújtási módját elsősorban azok határozzák meg, akik azt vásárolják vagy kivitelezik, és nem azok, akik igénybe veszik.

Az „eredmény” fogalma szorosan kapcsolódik az „életminőség” fogalmához. Nagyfokú összhang van a különböző kutatások között arra vonatkozóan, hogy az idős milyen eredményeket értékelnek: ezek közeli kapcsolatban állnak azokkal a tényezőkkel, amelyek az idős emberek szerint hozzájárulnak az „életminőség” fenntartásához vagy javításához.

Az idős emberek körében a kívánt eredmények a változáshoz, szinten tartáshoz, prevencióhoz, valamint a szolgáltatások folyamataihoz kötődnek, melyek egybevágóak a jóllét és az önállóság idősök által meghatározott dimenzióival. A kutatások ugyanakkor azt mutatják, hogy a kvázi-piacok működéséhez kötődő korlátok gátolhatják ezen eredmények elérését. Az etnikai kisebbséghez tartozó idős emberek esetében a kulturálisan megfelelő szolgáltatások hiányából adódóan további korlátok is jelentkeznek.

Az eredményközpontú szolgáltatások fejlesztésére irányuló kezdeményezések magukba foglalják a szolgáltatások igénybe vevői, a velük közvetlen kapcsolatban álló szolgáltatók, gondozás-menedzserek, valamint a helyhatóságok szolgáltatásbeszerzői közötti kommunikáció javítását. Viszont e kezdeményezések értékelése jellemzően csak a végrehajtásra fókuszál, és így továbbra is hiányoznak a bizonyítékok ezek hatékonyságáról a szolgáltatások igénybe vevőivel kapcsolatos eredmények vonatkozásában.

Kulcsfogalmak: idősellátás, szociális szolgáltatások, eredmények, eredményközpontú szolgáltatás

1. A kutatások áttekintése

1.1. Bevezetés a kutatási áttekintéshez

A Szociális Gondoskodás Kiválósági Intézete (Social Care Institute for Excellence - SCIE) szerződött a Yorki Egyetem Szociálpolitikai Intézetével az eredményközpontú idősellátási szolgáltatásokról szóló tudásanyag áttekintésére. Az áttekintés a következőkből áll:

- az eredményekről és az eredményközpontú szolgáltatásokról szóló kutatások áttekintése;
- az eredményközpontú idősellátási szolgáltatások kiszélesítésére és megvalósítására vonatkozó jelenlegi és az éppen most kialakuló megközelítések országos vizsgálata Angliában és Walesben, valamint esettanulmányok gyűjtése és nyilvánosságra hozatala a témával kapcsolatban.

Létrehoztuk az igénybe vevők tanácsadó testületét a tudásanyag áttekintésének irányítására (lásd: 1. Függelék).

A kutatási áttekintés céljai:

- összefoglalni az olyan kutatások hozadékát, amelyek az időseknek nyújtott szolgáltatásokkal foglalkoznak;
- azonosítani azokat a tényezőket, amelyek elősegítik vagy hátráltatják az eredményközpontú szolgáltatásokat.

A 2. függelékben foglaltuk össze a tudásanyag-áttekintés elkészítésének részleteit. Azoknak a kutatásoknak a jórésze, amelyeket a kutatási áttekintésben felhasználtunk, számos fontos intézkedés előtt született, melyeknek végrehajtása minden bizonnyal hatással volt a szolgáltatáspolitikára és a gyakorlatra. Így a partnerségben végzett munka, amit az 1999-es Egészségügyi törvény (Health Act 1999) 31. paragrafusa írt elő, az Országos szolgáltatási keret az idősellátásban irányelv (National Service Framework, NSF¹⁹), az Egységes felmérési eljárás (Single Assessment Process, SAP²⁰) sztenderd

¹⁹ Lásd: Department of Health (2001) National Service Framework for Older People, guidance. Az irányelvről a brit Egészségügyi Minisztérium a következőket írja: „Ez az országos szolgáltatási keret a

bevezetése, a Szociális szolgáltatásokhoz való igazságos hozzájutás (Fair Access to Care Services, FACS²¹) irányelvek és intézkedések, melyek elősegítik a közvetlen kifizetések bevezetését az idősök körében, mind megváltoztathatnák az áttekintés következtetéseit. Mindazonáltal még nem találtunk bizonyítékokat²² arról, hogy ezek elősegítették-e az eredményközpontú idősellátási szolgáltatások létrejöttét.

1.2. Meghatározások: mi az „eredmény”?

Áttekintésünkben az „eredmények” azokra a *hatásokra vagy végkimenetelekre vonatkoznak, amelyeket a szolgáltatás eredményez a személy életében.* Ezért az eredményközpontú szolgáltatások azok, amelyek a szolgáltatást igénybe vevő egyének céljainak, törekvéseinek vagy prioritásainak megfelelő célok elérésére irányulnak. Ezeket szembeállíthatjuk azokkal a szolgáltatásokkal, amelyeknek tartalma és/vagy nyújtási formája sztenderdizált: nincs tekintettel az igénybevevő körülményeire; a szolgáltatások céljait, tartalmát és nyújtási módját elsősorban azok határozzák meg, akik azt vásárolják vagy kivitelezik, és nem azok, akik igénybe veszik.

Az „eredmény” fogalma szorosan kapcsolódik az „életminőség” fogalmához. Nagyfokú összhang van a különböző kutatások között arra vonatkozóan, hogy az idősök milyen eredményeket értékelnek: ezek közeli kapcsolatban állnak azokkal a tényezőkkel, amelyek az idős emberek szerint hozzájárulnak az „életminőség” fenntartásához vagy

valahavolt első átfogó stratégia annak érdekében, hogy biztosítsuk az integrált egészségügyi és szociális ellátást az idősök számára. Tíz éves akciótervet foglal magába, mely összeköti az önállóságot támogató és az egészségfejlesztő, valamint specializált szolgáltatásokat a kulcsfontosságú képességek javítása érdekében, továbbá változást hoz a szolgáltatási kultúrában, hogy minden idős emberrel, valamint gondozóikkal minden esetben tisztelettel, méltóságuk elismerésével és igazságosan bánjanak.”

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066

²⁰

Az SAP (Single Assessment Process) 2001-ben a National Service Framework for Older People (Időskorúak Nemzeti Szolgáltatási Keretrendszere) nyomán bevezetett szolgáltatási sztenderd, mely a szolgáltatások során az idősökre, mint egyénekre koncentrál, s amely a szolgáltatási terv elkészítésébe őket is aktívan bevonja. Részletesebb információért lsd:

http://www.cpa.org.uk/policy/briefings/person_centred_care_SAP.pdf

²¹

A FACS a Fair Access to Care Services (Korrekt hozzáférés a gondozási szolgáltatásokhoz) egy olyan, az SCIE által kidolgozott irányelv, mely Anglia valamennyi helyi hatóságánál egységesen került alkalmazásra. A kiadvány célja, hogy a gondozással foglalkozó szociális munkások egységes és következetes döntéshozatalát segítse annak eldöntése során, hogy az ügyfél milyen szintű támogatásra jogosult, és ezért szükséges-e fizetnie. Bővebb információért lsd. <http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide33/files/facs-leaflet.pdf>

²²

Az áttekintés a bizonyítékalapú fejlesztési megközelítés alapján íródott. A bizonyítékalapú fejlesztés elveinek és gyakorlatának összefoglalását lásd: Kozma Judit (2008): A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából.

http://www.eeszi.hu/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=47&Itemid=90 – A fordító

javításához. Mostanában kezdték használni a „perszonalizáció” kifejezést.⁽¹⁾²³ A perszonalizáció azt jelenti, hogy a szolgáltatásokat az egyén törekvéseihez és prioritásaihoz szabják; valamint a szolgáltatások használói aktívan közreműködnek a szolgáltatások megtervezésének és kivitelezésének folyamataiban, így „... azzal, hogy az igénybe vevőket állítjuk a szolgáltatások középpontjába, képessé tesszük őket arra, hogy részt vevői legyenek a tervezésnek és kivitelezésnek. Így a szolgáltatások hatásosabbak lesznek, hiszen az emberek millióit mozgósítják és vonják be azoknak a közjavaknak a létrehozásába, amelyeket maguk is értékesnek tartanak”.^(1, pp. 17-19) Ez a megközelítés tükröződik a felnőttek szociális ellátásáról szóló zöldkönyv javaslatában⁽²⁾ éppúgy, mint az idősokkal kapcsolatos kormány szintű stratégiában.⁽³⁾

Ahogy fentebb már írtuk, a szolgáltatások „perszonalizációjával” kapcsolatos tapasztalatokat eddig kevés kutatás tette tárgyává; így erre vonatkozóan sürgősen szükség van a bizonyítékalap bővítésére.⁽²⁾ Mindazonáltal – ahogy később látni fogjuk – az idős emberek számára igen fontos „folyamattal kapcsolatos eredmény”, hogy legyen beleszólásuk a szolgáltatások nyújtásának mikéntjébe, mint ahogy e jelentés első részében közölt kutatási áttekintésnek is jelentős mondanivalója van a „perszonalizált” szolgáltatások fejlődésére vonatkozóan.

Egy másik kapcsolódó fogalom a „önállóság”.⁽⁴⁻⁶⁾ Ebben az esetben is jelentős átfedés van az általában kívánt vagy értékelt eredmények és azok között a dimenziók között, amelyekkel az idős emberek az önállóságot meghatározzák. Valóban abnormális lenne, ha a szociális szolgáltatások nem olyan eredmények létrejöttéhez járulnának hozzá, amelyek összhangban vannak az önállóságnak az idős emberek által meghatározott dimenzióival. Ráadásul az idős emberek, akik szerint a szolgáltatások eredményei összeegyeztethetetlenek az ő önállósággal kapcsolatos elképzeléseikkel, nagy valószínűséggel visszautasítják a szolgáltatásokat, és megpróbálnak más megoldásokat találni a szükségleteik kielégítésére.⁽⁷⁾

Áttekintésünk célja azonosítani azokat a kutatásokat, melyek rávilágítanak arra, hogy mit várnak el az idős emberek a szociális szolgáltatásoktól. Viszont ezeknek az eredményeknek a jó része látszólag egyáltalában nem függ össze az idősellátást végző mai szociális szolgáltatások repertoárjával, amelybe a házi gondozás, a napközbeni ellátás és a bentlakásos ellátás tartozik. Valójában a kutatások azt mutatják, hogy az idős emberek tágas, holisztikus megközelítéssel szemlélik a kívánt eredményeket, és ezek elérésének segítségét várnák a szociális szolgáltatásoktól.⁽⁸⁾ Ez a holisztikus szemlélet egybeesik a felnőttek

²³

A jelzetek a tanulmány végén található irodalomjegyzék tételszámaira vonatkoznak. – A fordító

szociális ellátásáról szóló zöldkönyvvel⁽²⁾, és ezért a szolgáltatási gyakorlat megváltoztatásával is, amit a zöldkönyv ajánlásainak végrehajtása megkövetel. Ha az egészségügyi és szociális ellátási szakembereknek nehezükre esik a „szükségletet” elválasztani az „egy sajátos szolgáltatás iránti szükséglettől”^(9, 10), akkor nagy a veszélye annak, hogy azok a kívánatos eredmények, amelyek kívül esnek a szociális szolgáltatások mai korlátain, nem születnek meg.

1.3. Milyen eredményeket értékelnek az idősök?

Qureshi és munkatársai⁽¹¹⁾ az idős emberek által értékelt szolgáltatási eredmények három osztályát különböztette meg: a *változásra vonatkozó eredményeket*; a *szinten tartásra vagy megelőzésre vonatkozó eredményeket*; és a *folyamatokra vonatkozó eredményeket*, amelyek azzal a móddal kapcsolatosak, ahogy a szolgáltatásokat nyújtják.

1.3.1. A változásra vonatkozó eredmények

A „változásra” vonatkozó eredmények a szolgáltatási intervenciók következményeképpen értékelhető, a fizikai, a mentális vagy az érzelmi funkciókban bekövetkező javulásra értendők.

Qureshi és munkatársai⁽¹¹⁾ azt találták, hogy az idősök a következőket értékelték:

- a tünetekben és a viselkedésben bekövetkezett változásokat, például az elmeegészségügyi problémákkal küzdő idősök arra vágnak, hogy kevésbé szorongjanak, vagy kevésbé érezzék magukat depressziósoknak, jobb kapcsolatban legyenek a családtagjaikkal, továbbá aktívabbak legyenek, és jobban érdeklődjenek az élet dolgai iránt;
- a fizikai funkciók javulását, ami akár az egyén mozgásképességének változásából, akár gyógyászati segédeszközök biztosításából vagy a környezet átalakításából következhet;
- a bizalom és a morál javítását; az idősök saját bevallásuk szerint „boldogabbak” lennének, ha szükségleteiket kielégítenék, és foglalkoznának a problémáikkal.

1.3.2. A szinten tartásra vagy a megelőzésre vonatkozó eredmények

Az idős emberek által értékelt eredmények zöme az egészségük, jóllétük és életminőségük szinten tartására, illetve a romlás bekövetkezésének megelőzésére vonatkozik.

Alapvető fizikai szükségletek kielégítése:

- tisztának és „szalonképes” megjelenésűnek lenni;
- megfelelő ételt és italt kapni a megfelelő időben;
- fizikailag kényelemben élni.⁽¹¹⁻¹³⁾

A személyes biztonság és védelem:

- minimálisra csökkenteni a bűncselekménytől és a személyes biztonságot fenyegető veszélyektől való félelmet. A személyes biztonság különösen fontos a demenciában szenvedő idősök számára, és fontos szerepet játszhat az idősotthonba való beköltözésről szóló döntésben. A biztonságérzethez hozzátartoznak a szolgáltatások a megbízható emberektől, akiknek ezért ellenszolgáltatást adhatnak (who can be „vouched for”²⁴).^(11, 13-15)

Tiszta és rendes környezetben élni:

- Egy rendetlen ház vagy kert veszélyezteti az önértékelést, mivel azt jelezheti, hogy az idős ember már nem képes intézni a saját ügyeit.
- A tiszta és kényelmes otthon segít a társadalmi befogadottság megőrzésében, hiszen az idősök nagyobb kedvvel hívnak vendégeket, ha a lakás tiszta, rendezett és továbbra is tükrözi társas identitásukat. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾
- Azonban nehéz lehet az ilyesfajta szükségletek kielégítésére szolgáltatási támogatást kapni, és még ha a szolgáltatások jelen vannak is a területen, esetleg kulturális szempontból nem megfelelőek.^(15, 16, p 11) Például kisebbségi származású idősök egy csoportja a közvetlen pénzkifizetést választotta, hogy megvásárolhassák maguknak a kulturális szempontból megfelelő házigondozási szolgáltatást. ⁽¹⁸⁾

Ébernek és tevékenynek lenni:

- Ebbe beletartozik az unalom elkerülése és olyan tevékenységek végzése, amelyekkel a hozzáértés, az identitás és az önállóság fenntartható. A céltalanság érzése romboló hatással lehet a lelki egészségre. A tevékenység fenntartása viszont segít fenntartani a társas kapcsolatokat is.^(11, 17, 19–22)

²⁴ Utalás a szolgáltatási utalványokra (voucher), amelyekkel az idősök a szolgáltatási piacon szabadon vásárolhatnak.

- Az ébernek maradás és a tevékenykedés különösen fontos az idősothonban élőknek, a tevékenységek rendelkezésre álló repertoárja – beleértve az egyéni hobbik üzésének lehetőségeit, a lakással kapcsolatos feladatok ellátását, kirándulást és az egyéb tevékenységeket – az idősothon minőségértékelésének fontos dimenziója az idősök véleménye alapján. (13, 23, 24, idézi 25, p 13.)
- A demenciában szenvedő idősök számára is fontosak az otthonon kívül végzett tevékenységek, amelyek azt az érzést keltik, hogy valamit elértek, teljesítettek. (23)

Lehetőség a más emberekkel való találkozásra és együttlétre:

- A közeli kapcsolatok és a társas hálózat központi jelentőségű az időskori jóllét szempontjából.
- A magányos idős emberek különösen nagyra becsülik a házigondozókkal szövődő kapcsolatokat. (17, 19, 22, 26, 27)
- Széles körben értékeli a másoktól való függés elkerülését; következésképp a találkozások értékét növeli, ha a kapcsolatot a reciprocitás jellemzi. Könnyebb elfogadni a segítséget és/vagy az érzelmi támogatást, ha van lehetőség a viszonzásra. (17, 21, 28, 29, 30 idézi: 25)
- A más emberekkel való találkozás fontos a demenciában szenvedő idősök számára, mivel fenntartja a társadalomba integráltság kontinuitásának érzetét. (14, 17, 23)
- A jó minőségű társas kapcsolatok – a barátságok más bentlakókkal és az alkalmazottak barátságos attitűdje – lényeges az idősothonban élők számára. (13, 31)

Irányítani a mindennapi életet:

- Ez alapozza meg az összes, szinten tartással és megelőzéssel kapcsolatos eredményt. „Gondozottnak” lenni azt jelenti, hogy elveszítjük az irányítást és ebből fakadóan az önállóságot; az idős emberek ezért olyan szolgáltatásokat kívánnak, amelyek segítik őket az önmagukról való gondoskodásban. A mindennapi élet irányítása nem okvetlenül jelenti azt, hogy mindent önmagunk csinálunk, hanem azt jelenti, hogy meghatározhatjuk, miképp és mikor készülnek el a dolgok. (5, 11, 12, 15, 17, 27, 29)

- A demenciában szenvedő idősök is értékelik az autonómiát és az irányító helyzetben létet, beleértve ebbe azt is, ha maguk adhatják át a bizalmukat élvező személyeknek a felelősség egy részét. (11, 14, 23)
- A mindennapi étellel kapcsolatos választási és döntési jog a gondozó otthonok lakói számára is fontos eredmény. (13, 31, 32)

1.3.3. A folyamattal kapcsolatos eredmények

A folyamattal kapcsolatos eredmények az igénybe vevőknek a szolgáltatás igénylésével, elnyerésével és használatával kapcsolatos tapasztalataira vonatkozik. A folyamattal kapcsolatos eredmények fontosak, ugyanis alááshatják más eredmények hatását, amelyek egyébként javítanák az életminőséget. A folyamattal kapcsolatos eredmények elérésének akadályai az információhiány, a szolgáltatások elérésének nehézkessége; a szolgáltatás késlekedése; a nem hatékony vagy tiszteletlen alkalmazottak; a konzultáció hiánya; és a következmények nélküli konzultáció. (11, 12, 16) Az alkalmazottakkal létesített kapcsolatok minősége, az ő személyes tulajdonságaik elengedhetetlenek a pozitív, az idősök által értékelt eredmények eléréséhez, legyen szó akár a saját otthonukban, akár a bentlakásos intézményben élőkéről. (13, 16) A folyamattal kapcsolatos eredmények közé tartozik, hogy szolgáltatás során:

- az idős ember érezze, becsülik és tisztelik, tekintet nélkül a kulturális különbségekre vagy a kommunikációs nehézségekre; tiszteletben tartják a magánéletét és a magántitkait; továbbá úgy kezelik, mint akinek legitim joga van a szolgáltatáshoz. A mentálegészségügyi problémával vagy demenciával küszködő idősöknek különösen fontos a megbecsülés és tisztelet érzése. (12, 14, 33, 34)
- az idős embert egyénként kezeljék. A szolgáltatási kapcsolat interperszonális vetülete kap ez esetben nagy hangsúlyt; az idősök szeretnék jó kapcsolatot ápolni a gondozókkal, és értékelik a jó szándékot, a készségességet, a vidámságot, a barátságosságot, a megértést és az ösztönös gondoskodó természetet. Az ilyen tulajdonságokat esetenként legalább annyira lényegesnek tartják, mint a praktikus segítséget, és a formális szakmai hozzáértésnél magasabbra helyezik. (15, 29, 34–36)
- legyen beleszólásuk a szolgáltatással kapcsolatos ügyekbe, és döntési joguk akár a szolgáltatásokba foglalt feladatokra, azok időzítésére vonatkozóan, és

lehesen véleményük segítséget nyújtó személy megválasztását illetően. Az idősök egy részének, különösen azoknak, akinek speciális ápolási szükségleteik vannak, fontos lehet a pontosság.^(14, 26, 34, 36) A döntési jogba az is beletartozik, hogy képesek legyenek hozzájárulni a szolgáltatáshoz, azaz aktív résztvevők és ne passzív befogadók legyenek.^(15, 19) Ez fontos a bentlakásos intézményekben élő idősöknek, akik lényegesnek tarthatják, ha segíthetnek például az étel elkészítésében.⁽¹²⁾ A beleszólási lehetőség megköveteli az információt, a különböző alternatívák megvitatásának lehetőségét egy hozzáértő személlyel, és a szolgáltatás változásaival kapcsolatos tájékoztatást. Az etnikai kisebbségekhez tartozó idősök igényelhetnek olyan szolgáltatót, aki beszéli a nyelvüket, hogy tényleg beleszólhassanak a szolgáltatás ügyeibe.^(11, 34) A beleszólási jog azt is megköveteli, hogy a szolgáltatók elég rugalmasak legyenek, és alkalmazkodjanak az idős ember változó képességeihez, valamint preferenciáihoz – ez különösen fontos azok esetében, akik egyedül élnek.^(7, 15, 22, 26, 34)

- a kliens értéket kapjon a pénzért, akár maga fizet a szolgáltatásért, akár rászorultság alapján csak hozzájárulást fizet.⁽¹¹⁾
- a szolgáltató „jól illeszkedjen” az informális segítő forrásokhoz, különösen, ha a szolgáltatás nem kívánt családi segítséget vált ki.
- A tevékenység legyen összeegyeztethető a kulturális és vallási preferenciákkal, és tartsa azokat tiszteletben.

1. táblázat

Az idős emberek által kívánt szolgáltatási eredmények összefoglalása

A változással kapcsolatos eredmények

A tünetek és a viselkedés változása

A fizikai funkciók javulása

A bizalom és a morál javítása

A szinten tartásra vagy a megelőzésre vonatkozó eredmények

Alapvető fizikai szükségletek kielégítése

A személyes biztonság és védelem

Tiszta és rendez környezetben élni

Ébernek és tevékenynek lenni

Lehetőség a más emberekkel való találkozásra és együttlétre
Irányítani a mindennapi életet

A folyamattal kapcsolatos eredmények

Az érzés, hogy becsülik és tisztelik

Egyénként kezelik

Legyen beleszólása és döntési joga

Kapjon értéket a pénzért

A szolgáltató „jól illeszkedjen” a támogatás informális forrásaihoz

Legyen összeegyeztethető a szolgáltatás a kulturális és vallási preferenciákkal, illetve tartsa tiszteletben azokat

1.3.4. Eredmények és diverzitás

A vagyon, az egészségi állapot, a nem, az életmód és az etnikai származás mind hozzájárul az idős emberek attitűdjeiben és aspirációiban tapasztalható eltérésekhez.⁽³⁷⁾ Az előző fejezet ismertette azokat az eredményeket, amelyek különösen fontosak a demenciával élő, a fekete és kisebbségi közösségből származó, valamint a bentlakásos intézményben élő idősök számára. Általában az idős emberek különböző csoportjai az eredmények és az életminőség dimenziói tekintetében más és más prioritási sorrendet állítanak fel.^(8, 27, p 760) Netten és munkatársai⁽³⁸⁾ azt találták, hogy a 85 év feletti nagyon idős emberek a fiatalabbaknál inkább törődtek az étellel és a táplálkozással, mint a társas kapcsolatokkal; a másokkal együtt élők a társadalmi részvételt és bevonódást sokkal többre tartották, mint az egyedül élők. A látásukat nemrég elveszítő idősök is az eredmények különböző prioritási listáját állították össze⁽³⁹⁾, a következőképpen:

- találkozás emberekkel és barátság;
- információt és tanácsot kapni a speciális szolgáltatásokról és eszközökről;
- legyen valaki, akivel beszélni lehet a személyes érzésekről;
- önbizalmat építeni, hogy el tudják menni, és tudják a lakáson kívül is tevékenykedni;
- újratanulni, hogy miképp kell megcsinálni a mindennapi feladatokat otthon;
- segítséget kapni a mindennapi praktikus teendőkben.

Relatív kevés bizonyítékunk van arról, hogy milyen sajátos eredményeket várnak el a kisebbségi csoportokhoz tartozó idősök; a kutatási irodalom nagy része a szolgáltatások igénybevételének akadályaival foglalkozik. Viszont a különbségek ellenére, az önállóság megtartása és a kulturális igények figyelembe vétele általában kívánatos eredmény. Askham

és munkatársai⁽⁴⁰⁾ azt találták, hogy a fekete idősöknek fontos volt a saját nyelv és az élelem biztosítása, bár a fekete karibi idősöknek fontosabb volt, hogy igazságosan, kedvesen és hatékonyan kezeljék őket. Mold és munkatársai⁽⁴¹⁾ az ázsiai és más etnikai kisebbségekhez tartozó, gondozó otthonban élő idős emberek körében végezte vizsgálatot, míg Butt és Mirza⁽⁴²⁾ a fekete közösségek és a szociális szolgáltatások közötti kapcsolatot kutatta. A két kutatási beszámoló példákkal szolgál arról, hogy az etnikai kisebbségekhez tartozó idős emberek mennyire értékelik a folyamathoz kapcsolódó olyan eredményeket, amelyek összeegyeztethetők egyéni kulturális és más preferenciáikkal, valamint tiszteletben tartják azokat. A kérdezettek által kívánatosnak tekintett eredmények a következők voltak:

- érzékenység a vallásos hit és vallásgyakorlat iránt;
- tolmácsszolgálat;
- hasonló háttérből jövő alkalmazottak;
- az intim személyi gondozást azonos nemű személy végezze;
- az iszlám előírásainak megfelelő és vegetáriánus étel;
- lehetőség a hasonló háttérből jövőekkel való találkozásra.

A demenciával élő idősök különösen értékelik az erőfeszítéseket, amelyekkel igyekeznek elérni, hogy kifejezzék kívánságaikat; a lehető legtöbb szabadságot biztosítsák számukra a mindennapi életben⁽⁴³⁾; valamint éberrel tartásuk és stimulálásuk őket⁽⁴⁴⁾. A demenciával élő kisebbségi idősök esetében egy kutatás rámutatott a kulturálisan megfelelő szolgáltatások, munkamódszerek, nyelv és kommunikáció (beleértve a nem-verbális kommunikációt is) jelentőségére (bár az információt a kutatók a szakemberektől nyerték, és nem maguktól az idősöktől).⁽⁴⁴⁾

1.3.5. Az igénybe vevőkből álló tanácsadó csoport meglátásai

Az igénybe vevők tanácsadó csoportjának tagjai megerősítették az idősökkel végzett kutatások által azonosított eredmények fontosságát, valamint különösen jelentős kérdésnek tartották az egyéni szükségletek és különbségek figyelembe vételét. Viszont rámutattak, hogy az idősök egy részének esetleg szüksége van a körülötte lévő, a helyzetét ismerő személyek segítségére ahhoz, hogy átgondolja, milyen eredményeket szeretne elérni. Ezek az eredmények nem szükségszerűen azok, amiket más emberek, például a gondozóik, a „legjobb” tartanak a számukra – a tárgyalás és a kompromisszumok nélkülözhetetlenek.

Erős egyetértés volt a választási és döntési lehetőség központi jelentőségével kapcsolatban; a szállítást is alapvetőnek tartották, hogy az idős emberek használni tudják a szolgáltatásokat.

1.4. Az eredményközpontú szolgáltatások szempontjából kedvezőtlen szervezeti feltételek

1.4.1. Bevezetés

Ez a fejezet különösen azokra a kutatásokra támaszkodik, amelyek a házigondozási szolgáltatások szervezeti sajátosságairól és hatásáról születtek. Az 1993-as közösségi ellátási reform óta a politika az idős embereknek a saját otthonukban történő támogatását tekinti elsődlegesnek. Ez a házigondozási szolgáltatások jelentős expanziójához vezetett, különösen az időskori esendőségben szenvedő emberek ellátottságát javította, mert az ő esetükben volt a legnagyobb kockázata annak, hogy intézményi gondozásba kerülnek. A legfrissebb kutatások tükrözik ezt a politikai változást. Az 1993-as reformok ösztönözték a kvázi-piac fejlődését, mivel azóta a helyhatóságok szociális szolgáltatási osztályai a szolgáltatásokat a non-profit és for-profit ellátóktól vásárolják. Ezért az utóbbi idők kutatásai az eredményközpontú szolgáltatások vonatkozásában a kvázi-piacok működését vizsgálják elsősorban. A szociális szolgáltatások területén létrejött legújabb fejlemények, amelyek átalakították a feltárást, a gondozási terv elkészítését és a kiszerezési gyakorlatot, mint amilyen a „Korrekt hozzáférés a gondozási szolgáltatásokhoz” (Fair Access to Care Services, FACS) című irányelv és az „Egységes feltárási eljárás” sztenderd (Single Assessment Process, SAP), még nem jelentek meg a publikált kutatásokban.

1.4.2. Feltárás

A feltárás jelentősége abban áll, hogy megalapozza a szolgáltatásra való jogosultság megállapítását, és lefektetheti a kívánatos eredmények kiindulópontját, amelyhez a későbbi teljesítmények mérhetők.⁽³⁵⁾ Az eredményközpontú megközelítéseket lehetetlenné teheti a bürokratikus megközelítés, aminek következtében a szakemberek kevesebb időt töltenek a rászorulóval, és az eljárások egyre inkább rutinszerűek.^(45, idézi 19, p 11; 46) Az eredményközpontú megközelítéseknek nem kedvez a szolgáltatás-központú és nem szükséglet-központú feltárás.^(11, 47) Az igénybe vevő által preferált eredményeket esetleg az

egészségügyi és az idős ember biztonságával kapcsolatos aggodalmak miatt is figyelmen kívül hagyhatják; így az emeléssel és a különböző dolgok és eszközök kezelésével kapcsolatos tilalmak csökkenthetik az idős emberek mozgásszabadságát, és szükségtelen dependenciát okozhatnak.^(19, p 21)

A feltárás során használt nyelv akadályozhatja az eredményközpontú megközelítést. A feltárásnak összeegyeztethetőnek kell lennie az idős emberek identitásával és énképével, másképp a potenciális igénybe vevőnek elmehet a kedve a szolgáltatástól. ⁽⁴⁸⁾ Így azok az idős emberek, akik magukat tetterősnek tekintik, vissza fogják utasítani azt a szolgáltatást, amely a dependenciát hangsúlyozza.⁽¹⁹⁾

A gyakorlatban a feltárás – a szolgáltatáspolitikai elveknek ellentmondva – figyelmen kívül hagyhatja az érzelmi és pszichológiai szükségleteket, valamint a jelentéseket, amit az idősek ezekhez kapcsolnak.^(19, 49, 50) Lehetséges, hogy mostanság „a feltárási megközelítések jelentősen különböznek az egyes helyhatóságok esetében, és kevésbé érzékenyek az idősek bizonyos szükségleteire (mint ami például a depresszióból adódhat)”^(25, p 39). Igaz, egy kutatás megállapította, hogy az idősellátásra vonatkozó „Országos szolgáltatási keret” sztenderd és a „Szociális szolgáltatásokhoz való igazságos hozzájutás” irányelv valóban csökkentette annak kockázatát, hogy a feltárás folyamán figyelmen kívül hagyják az idős emberek érzelmi és pszichológiai szükségleteit; viszont ezeknek az intézkedéseknek a hatásáról nem találtunk kutatási bizonyítékot.

Az idősellátási szolgáltatások máig is alulfinanszírozottak.⁽⁵¹⁾ Így a feltárást végző szociális munkások zsonglörködésre kényszerülnek az egymással ütköző szerepekkel, mint amilyen a „semleges facilitátor”, a „pártatlan tanácsadó” és a források „kapuőre”. Hardy és munkatársai^(52, p 487) azt találták, hogy a „szigorú pénzügyi ellenőrzés és a költségvetési plafon súlyosan korlátozza [az ellátásszervezők] képességét arra, hogy ezeken a szerepeken belül és ezek között mozogjanak”. Ezek a forráskorlátok a kívánatos eredmények némelyikének figyelmen kívül hagyásához vezethetnek.

Maguk az idősek az eredményközpontú feltárást bonyolultnak találhatják. , Az eredmények meghatározását akadályozhatja, hogy a szolgáltatók milyen segítség kérését gondolják legitimnek; és milyen szolgáltatásokról gondolják, hogy elérhetőek a lakóhelyükön.⁽¹⁹⁾ Az etnikai kisebbségi csoportokhoz tartozó idősek különösen hátrányos helyzetben vannak az elérhető szolgáltatásokkal kapcsolatos informáltság tekintetében⁽⁴²⁾, és ha úgy érzélik, hogy a szolgáltatás igénybevétele kulturálisan nem elfogadható, akkor semmiképpen sem fogják igénybe venni. ⁽⁵³⁾

A szolgáltatással kapcsolatos választás lehetősége alapvető az olyan eredmények elérésében, mint a mindennapi élet irányításának képessége és a beleszólási jog. Mindazonáltal Hardy és munkatársai⁽⁵²⁾ azt találták, hogy a feltárás folyamán az idős emberek és gondozóik kevésbé kaptak választási lehetőségeket a szolgáltatásnak vagy a szolgáltatás módjának megválasztására vonatkozóan. Némely igénybe vevő esetében a választási lehetőséget korlátozhatja a szolgáltatók hiánya, ami különösen a vidéki területeken probléma⁽⁹⁾, vagy ott, ahol a szolgáltatás-vásárlók csak a legolcsóbb szolgáltatókkal szerződnek.

1.4.3. Felülvizsgálat

Az eredményközpontú megközelítéseket támogatják a rendszeres felülvizsgálatok, amelyek figyelemmel kísérik a szolgáltatás minőségét, és biztosítják, hogy a szolgáltatás folyamatosan törekedjen a feltárás során meghatározott eredményekre, vagy tükrözze a körülmények változását. Ez azonban nehéz, ha – ahogy időnként megtörténik – a feltárás és a felülvizsgálat nincs egymással összefüggésben, vagy más-más alkalmazott végzi.⁽⁹⁾ A munkateher oly nagy lehet a szociális szolgáltatást végző szakembereken, hogy a felülvizsgálatokat rendszertelenül, vagy egyáltalában nem végzik el.^(34, 35, 54) A „Házigondozási sztenderdek” (Domiciliary Care Standards Regulations, 2003) megkövetelik, hogy valamennyi szolgáltató legalább évente vizsgálja felül valamennyi, a családtagjukat gondozó helyzetét, azonban ez az elvárás szükségtelenül nagy terhet rak azokra a szolgáltatókra, akik sok klienssel dolgoznak, viszont alacsony szintű szolgáltatásokat nyújtanak.⁽²⁶⁾ Hardy és munkatársai^(52, p 489) szintén azt találták, hogy a felülvizsgálati eljárások fejletlenek és eltérőek, mind az egyes szociális szolgáltatási hivatalokon belül, mind azok között. A formális felülvizsgálatok és a megismételt feltárások csak az igénybe vevők 42 %-a esetében történtek meg 2001 és 2002 folyamán.⁽⁵⁵⁾ A felülvizsgálatok általában azoknak az időseknek az esetére koncentráltak, akiket független szolgáltatók láttak el, és nem azokra, akiknek számára a hivatalhoz tartozó intézmény biztosított szolgáltatást; valamint azoknak az új igénybevevőknek az ügyét vették elő, akikkel problémák voltak.^(26, 52)

Bár a szociális szolgáltatási hivatalok némelyike speciális felülvizsgálati munkacsoportot hozott létre, ezek megszakították a folyamatos kapcsolatot az igénybe vevők és a gondozás-menedzserek (care managers) között. A szolgáltatási folyamat fragmentációját tovább növelték a teljesítményindikátorok alapján történő ellenőrzések is, amelyek az igénybe vevőre

és a (családi) gondozójára vonatkozó feltárást és felülvizsgálatot, valamint az ő elégedettségüket elkülönült tevékenységként mérte.

1.4.4. A gondozási „csomagok” megvásárlása

Az, ahogy a gondozás-menedzserek „megvásárolják” a szolgáltatásokat az ellátóktól, akadályozhatja az eredményközpontú szolgáltatást. Ez esetben is fontos megjegyezni, hogy az itt tárgyalt kutatások a „Szociális szolgáltatásokhoz való igazságos hozzájutás” irányelvek megjelenése előtt készültek; és nem találtunk olyan kutatást, amely értékelte volna ennek az irányelvnek a hatását a gondozás-menedzserek vásárlási tevékenységére.

Az 1980-as évek közösségi ellátási demonstrációs projektjei a gondozás-menedzsereknek kis esetszámot és önállóan felhasználható költségvetést biztosítottak, hogy rugalmas, egyénre szabott szolgáltatásokat vásároljanak.^(46, 56) Viszont 1993. óta a gondozás-menedzsereknek egyre kevesebb közvetlen kapcsolatuk van a kliensekkel; egyre inkább rutinszerűen dolgoznak; és lehetőségeiket erőteljesen behatárolják a költségvetési korlátok.^(9, 46) Jelentős eltérések vannak a szociális szolgáltatások hivatalai között a gondozásszervezés vonatkozásában^(46, p 682), különösen pedig azzal kapcsolatban, hogy a kiszereződött szolgáltatás túlterjed-e az alapvető fizikai szinten tartáson, és a tágabb életminőséggel összefüggő eredmények elérését is célul tűzi-e.⁽⁵⁷⁾ Különbségek vannak arra vonatkozóan is, hogy mekkora önállóságot biztosítanak a gondozás-menedzserek az elsővonalbeli ellátóknak^(26, 46, 57), az ellátást végző szervezetek menedzsereinek némelyike pedig frusztrált a rugalmatlan és kompromisszumot nem ismerő kiszereződési gyakorlat miatt. Ha például nem biztosítanak javadalmazást azokra az időkre, amit a munkatársak az egyes gondozási helyszínek közötti utazással töltenek, a házigondozók kísértésbe eshetnek (vagy ösztönzést kaphatnak a szolgálat vezetőjétől arra), hogy csökkentsék a látogatási időt, és távozzanak, miután a legalapvetőbb feladatokat ellátták. A változtatásokat, amiket igénybevevő szeretne a szolgáltatás tartalmával vagy időzítésével kapcsolatban, a gondozás-menedzserek regisztrálhatják, és új feltárást indíthatnak.^(26, 34, 36) Az ilyesféle korlátozások különösen igazak lehetnek a független (non-profit és for-profit) szolgáltatókkal kiszereződött szolgáltatások esetében, és általában kevésbé jellemzőek a hivatalhoz tartozó szolgálatokra.⁽⁵⁷⁾

A házi gondozási szolgáltatások bizonyos időintervallumokra vagy speciális feladatokra történő kiszereződésének különböző következményei lehetnek arra, vonatkozóan, hogy a szolgáltatások képesek-e elérni a kívánt eredményeket⁽²⁶⁾:

- Az „idő-központú” látogatásokat könnyebb pontosan végezni.
- Az „idő-központú” látogatások költségét könnyebb kiszámítani, ami hatással lehet arra, hogy az igénybe vevő miképp érzékeli az ár-érték arányt.
- Az „idő-központú” látogatások lehetővé teszik az extra feladatok elvégzését, vagy az egyszerű beszélgetést, ha az alapvető feladatokat a gondozó már elvégezte.
- A „feladat-központú” látogatások hossza változtatható a változó körülményeknek megfelelően.

Az eredményközpontú házi gondozás akadályai fakadhatnak abból, hogy a szolgáltatásvásárló limitálja azoknak a feladatoknak a körét, amelyekért fizetni hajlandó. Az idős embereket különösen a háztartási munkában és más ház körüli feladatokban nyújtott segítség hiánya aggasztja (9, 15, 34), hiszen a tiszta és rendben tartott otthoni környezet számukra fontos szinten tartással kapcsolatos eredmény.⁽¹⁵⁾

További akadályt jelent, ha a gondozás-menedzser nem veszi figyelembe, hogy mekkora jelentősége van az idősök és a fizetett gondozók közötti kapcsolatnak. Ennek minősége központi jelentőségű a folyamattal kapcsolatos eredmények között. Így az idősöknek hasznos lehet bármilyen csekély maradék idő a gondozók „idő-központú” látogatásai során, amit a gondozók némi beszélgetésre szánhatnak. A gondozás-menedzserek egy része viszont az ilyesféle kapcsolatokat „szakmaiatlannak” tekinti, és tiltja.^(15, 26)

1.4.5. Szolgáltatói szintű akadályok

A környezet, amelyen belül a független (non-profit és for-profit) szolgáltatók működnek, szintén hatással lehet az eredményközpontú szolgáltatási tevékenységre. Az alkalmazottakkal kialakuló kapcsolatok kiemelt fontossággal bírnak a szociális szolgáltatások folyamatával kapcsolatos eredmények vonatkozásában. Ezeket a kapcsolatokat azonban lerombolhatja a gondozók gyakori változása, amit már önmagában is kiválthatnak az alkalmazottak rekrutációjával és megtartásával kapcsolatos problémák.^(9, 47, 56) Jelentős hiány van ellátói kapacitásból, mind a szervezetek számát tekintve (különösen a vidéki területeken), mind az alkalmazottak toborzásával és megtartásával összefüggésben (különösen a vidéki területeken, valamint a gazdag és belvárosi lakónegyedekben). 1993 óta megnőtt az általános igény a házigondozási szolgáltatások iránt, és az alkalmazottak szakmai készségeinek körével, illetve azok komplexitásával kapcsolatos elvárások is növekedtek, miközben a váltás a saját fenntartású szolgáltatóktól a független szektor szolgáltatóinak

irányába ronthatja az alkalmazottak egy részének fizetését és munkakörülményeit. Ezek a tényezők hatással vannak az alkalmazottak rekrutációjára és megtartására; továbbá a készségükre, hogy teljesítsék az igénybevevők elvárásait a munkaórák tekintetében (9, 22, 26, 47), végső soron pedig meghatározzák a szolgáltatások megbízhatóságát, minőségét és szükséglet-kielégítő képességét.⁽²⁶⁾ Például a mindennapi élet fölötti kontroll megtartásának érzete megkívánja, hogy a szolgáltatás igazodjon az idős ember napi rutinjához (11); ezt azonban lehetetlenné teheti, ha a szolgáltató nem képes a kora reggel és este jelentkező megnövekedett elvárásokat teljesíteni.⁽²²⁾

A szolgáltató szervezeti jellemzői hatással vannak a folyamattal kapcsolatos eredmények kapcsolatalapú típusaira is. A fontos jellemzők közé tartoznak: a házigondozók alkalmazási feltételei (rész munkaidős, teljes munkaidős, garantált heti bér vagy az egyes ellátott esetek utáni bérezés, stb.); az egyes idős emberekhez beosztott gondozók száma; a szervezeti politika a gondozási terven felüli vagy attól eltérő, az igénybe vevő kérésére teljesítendő feladatokkal kapcsolatban.⁽²⁶⁾ Például néhány szolgáltató megtiltja az alkalmazottnak az olyan tevékenységek elvégzését, mint a lámpaizzó-csere, a vízvezeték szerelő megkeresése vagy a háziállatok gondozása, ami pedig nem jelent problémát más szolgáltatók számára. ⁽⁵⁷⁾

A független szolgáltatók, akiknek a léte függ néhány nagy helyi hivatal blokk-szerződéseitől, esetleg nem mernek eleget tenni az idősek azon kéréseinek, hogy némi extra, egyénileg fizetett szolgáltatást nyújtsanak nekik, mert félnek, hogy ez tönkre teheti a hivatallal kötött szerződésüket.^(26, 57) A szolgáltatók azt is visszautasíthatják, hogy magánvásárlóktól képesítést nem igénylő feladatok ellátására fogadjanak el megbízást (amire példa a takarítás vagy a bevásárlás), mivel sokat áldoztak az alkalmazottak képzésére, vonakodhatnak tőlük képesítést nem igénylő feladatok ellátását kérni. Patmore⁽²⁶⁾ megállapítása szerint a szolgáltatók tartanak attól, hogy beskatulyázzák őket a képzetlen és ezért olcsó szolgáltatók csoportjába. Ez a feltételezés ellentétben lehet a minőségi szolgáltatás valódi költségeivel, és hátrányosan érintheti a szolgáltatót a Legjobb Érték (Best Value) értékelésekben²⁵.

²⁵ A Legjobb Érték (Best Value) jelentéseket a brit kormányhivatalok által kijelölt értékelő bizottságok készítik a helyi tanácsok képviselőivel készült interjúk, valamint dokumentumok alapján. Az értékelő jelentések célja annak feltárása, hogy a tanácsok, partnereik és a velük szerződésben állók mit ajánlanak a helyi lakosságnak. A helyi tanácsok és partnereik munkáját értékelik, és az erről készült jelentéseket nyilvánosságra hozzák, ami nagy jelentőséget biztosít ennek a tevékenységnek. Lásd: <http://www.idea.gov.uk/idk/core/page.do?pageId=5185275> – A fordító

1.4.6. A biztosok (*commissioners*²⁶) szerepe

A biztosok nagy hatást gyakorolnak arra, hogy a szolgáltatók eredményközpontú szolgáltatásokat nyújtanak-e.^(26, 57, 58) Vannak bizonyítékok^(26, 57), melyek arra utalnak, hogy ez kiváltképp így van a független szektor szolgáltatóinak vonatkozásában, de kevésbé fontos az önkormányzati intézmények esetében.

A kutatások egyik ága azt vizsgálta, hogy a biztosok tevékenysége miképp hatott a szolgáltatók motivációjára. Néhány szolgáltatónak rossz kapcsolata volt a biztosokkal, panaszkodott a késedelmes fizetés; a kliensekről szóló áttekintések és követéses értékelések rossz minősége; az alacsony árak; és az önkormányzati szolgáltatókkal szembeni általános elfogultság miatt. A szolgáltatók teljesítményével kapcsolatos minden problémát ezzel az elégedetlenséggel magyaráztak.^(52, 59–61) Néhány önkormányzati szolgáltatás vezetője arról tudósított, hogy a vásárló/szolgáltató elválasztása korábban velük egyenrangú szociális munkás társaikkal szemben hozták őket alárendelt helyzetbe, és ez demoralizálja őket. ⁽²⁶⁾

A szerződések különböző típusai (az alkalmanként megállapodott díjért nyújtott [spot]; az átalánydíjas [block]; az előre megállapodott óradíj alapján, a valóban nyújtott szolgáltatások után fizetett [call-off]; az átalánydíjas megállapodás szerinti, extra szolgáltatási órákkal [cost and volume]; valamint az olyan díjazás, ami nem kötődik sem a klienshez, sem a szolgáltatás mennyiségéhez [grant]²⁷) hatással lehet a házigondozás rugalmasságára és minőségére.⁽⁵⁸⁾ A helyhatóságok némelyike a „legolcsóbb az első” elv alapján dolgozik a házigondozási szolgáltatások kiszerezése során⁽⁹⁾, a költségek leszorítása viszont ronthatja a minőséget is. Sok önkormányzatot ért kritika amiatt, hogy rövid időtartamú szerződéseket ajánlottak a házigondozási szolgáltatóknak, amelyeknek feltételei nem voltak vonzóak az ellátók számára.⁽⁵⁹⁾

²⁶ A „biztosok” szerepe meglehetősen kiterjedt a Brit Királyság egészségügyi és szociális ellátó rendszerében. Feladatuk az egészségügy és a szociális ellátás területén a szolgáltató rendszer és az igénybevevői visszajelzések alapján hozzájárulni a szolgáltatások minőségének javításához, a szükségleteknek megfelelő szolgáltatások létrejöttéhez, a különböző szakmai területek közötti együttműködés fejlődéséhez, és nem utolsósorban ahhoz, hogy a jó minőségű ellátókkal kössék meg a helyhatóságok az ellátási szerződéseket. A biztosok több típusa működik, vannak az Egészségügyi Alapellátás Alapkezelőjéhez (Primary Care Trust), a szakmai gyakorlat különböző területeihez és a helyhatósághoz tartozó biztosok. Lásd: Commissioning framework for health and well-being, Department of Health, 2007.

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_072605.pdf - A fordító

²⁷ Lásd: T. Matosevic, M. Knapp, J. Kendall, J. Forder, Ó. Ware és B. Hardy (2001) Domiciliary care Providers in the Independent Sector, PSSRU Discussion paper 1605, p 13. <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp1605.pdf> . – A fordító

Sok szerződés tartalmaz némi rugalmasságot az árak vonatkozásában. Ez segíti a vásárlót megtervezni a kiadásait (és esetleg segíthet megőrizni az ellátó stabilitását), viszont az ellátókat kiszolgáltatja annak a kockázatnak, ami a szerződés tartama alatti költségnövekedésből származik, és csökkenti a képességüket arra, hogy a szolgáltatásokat az egyes igénybe vevők kéréseihez és körülményeihez szabják. A rugalmas, szolgáltatási alkalmankénti fizetés vagy az előre nem látott eseményekre is érzékeny ármeghatározás (contingency-sensitive pricing) a kockázatok egy részét visszahárítja a vásárlóra, és nagyobb ösztönzést biztosít az ellátóknak, hogy reagáljanak igénybevevő körülményeinek változására.⁽⁵⁹⁾

1.4.7. A kommunikáció jelentősége

A kutatás hangsúlyozza az ellátók és a vásárlók közötti kommunikáció jelentőségét az eredményközpontú szolgáltatások szempontjából. A kommunikáció fontos:

- a gondozás-menedzserek, a biztosok és az ellátók között, „ha az ellátókkal kötött szerződéseket hozzá kell igazítani az igénybevevők szükségleteihez és preferenciáihoz”^(9, p 418);
- az ellátók és a gondozás-menedzserek között, amikor az utóbbi a szolgáltatás igénybevevője által értékelt eredményeket ismerteti; az ellátó pedig informálja a gondozás-menedzsert a szolgáltatáspolitikájában és az eljárásaiban, valamint az igénybe vevő körülményeiben bekövetkezett változásokról;⁽⁹⁾
- a szolgáltató vezetője és az elsővonalbeli házigondozók között, hogy a körülményekben bekövetkezett változásokat vagy a különböző típusú segítség iránti kéréseket gyorsan figyelembe lehessen venni;
- az igénybevevők, ellátók és szolgáltatásvásárlók között, tisztázva, hogy ki felelős az igénybe vevőnek a szolgáltatások megváltozásáról történő tájékoztatásáért;
- az elsővonalbeli munkatársak között, amennyiben nem egy gondozó dolgozik egy idős emberrel.

A kommunikáció akadályai veszélyeztethetik a házigondozási szolgáltatások rugalmasságát és reagálóképességét.⁽³⁴⁾

Mind a gondozás-menedzsereknek, mind az elsővonalbeli munkatársaknak jelentős szerepük van az idős emberek informálásában azokról a dolgokról, amelyekre szükségük van a vágyott eredmények eléréséhez. A szociális szolgáltatásoknak viszont gyakran nincsenek

forrásaik arra, hogy fejlesszék, fenntartsák és rendszeresen frissítsék az információs adatbázisaikat. Különösen fontosak lennének ezek közül azok, amelyek a szolgáltatásokról, az ellátásokról és a saját szervezeteiken kívüli lehetőségekről tájékoztathatnak, mert ezek hiánya korlátozza a munkatársak lehetőségeit az információs szerepük ellátásában.⁽⁴⁷⁾

1.4.8. Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti megosztottság hatása

Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti felelősség-megosztás módja szintén akadálya lehet az eredményközpontú szolgáltatásnak és az oka lehet az igénybevevő csalódásának.⁽⁶²⁾ Godfrey és Callaghan^(19, p 5) megállapítása szerint „... az egészségügyi és szociális szolgáltatási szükségletek elválaszthatatlanul kapcsolódnak az [idős] emberek szociális és érzelmi életéhez... így a szükségletet nem lehet a »szociális« vagy az »egészségügyi« kategóriákba besorolni”.

Mindazonáltal a szociális szolgáltatások gondozás-menedzserei lehet, hogy nincsenek tudatában a változással kapcsolatos eredmények lehetőségének, ami a funkcionális képességek javulásából következhet. Az egészségügyi szakemberek viszont esetleg nem veszik figyelembe, hogy a fogyatékosok egy része javítható egy sor nem-egészségügyi szolgáltatással.⁽⁶³⁾ Az idős emberek körében, idesorolva a szociális szolgáltatások igénybevevőit is, ugyanakkor jelentős mértékben vannak nem azonosított mentálegészségügyi problémák^(64, 65), annak ellenére, hogy bizonyított a kölcsönös kapcsolat a mentális egészség hiánya, a fizikai fogyatékosok és a szegényes társas hálózatok között. A szolgáltatások kombinációja, amibe mind az orvosi kezelés, mind a szociális támogatás beletartozik, ezért nagy valószínűséggel megfelelő a változással kapcsolatos eredmények maximálására.⁽⁶⁶⁾

Ware és munkatársai^(9, p 420) megállapítása szerint az egészségügyi és szociális ellátás külön költségvetése aláássa az együttműködés lehetőségét. Az Egységes feltérési eljárás (SAP), az 1999-es egészségügyi törvény 31. paragrafusa alapján létrejött partnerségek és az együttműködés - ami annak következtében vált szükségessé, hogy bevezették a helyhatóságok fizetési kötelezettségét, amennyiben a beteget nem tudták elbocsátani az akut kórházi osztályról, mert a helyhatóság hibájából hiányzott a megfelelő utógondozást lehetővé tevő közösségi gondozási háttér -, mind hozzájárultak ahhoz, hogy csökkentek az idősök egészségügyi és szociális ellátása közötti együttműködés akadályai. Mindazonáltal eddig nem hoztak nyilvánosságra kutatási beszámolót ezeknek a kezdeményezéseknek az eredményközpontú szolgáltatásokra gyakorolt hatásáról.

1.4.9. Akadályok és diverzitás

Az etnikai kisebbségekhez tartozó idősök tapasztalatairól szóló kutatások inkább a szolgáltatások igénybevételét megnehezítő akadályokra összpontosítanak, semmint az eredményekre. A jó minőségű szolgáltatások megszerzésének akadályai közé tartoznak: a szolgáltatásokról szóló tudás hiánya; a nyelvi és kommunikációs akadályok; valamint a szkepticizmus a szolgáltatások megfelelőségével és kulturális érzékenységével kapcsolatban.^(41, 42, 67) Néhány helyen esetleg kevés specializált szolgáltatás van, különösen hiány lehet a bentlakásos lehetőségekben, míg a napközbeni ellátást nyújtó központok és az ebédelő klubok meglehetősen elterjedtek.⁽⁴⁰⁾ Az a kutatás, amelyet szakemberek körében végeztek az etnikai kisebbségekhez tartozó demens idősökkel kapcsolatban, szintén említi a szolgáltatások kulturálisan nem megfelelő voltát, a forráshiányt, valamint a szolgáltatások közötti koordináció gyengeségét.⁽⁴⁴⁾

1.4.10. Az igénybe vevők tanácsadó csoportjának szempontjai

Az igénybe vevők tanácsadó csoportja jóváhagyta a megállapításainkat. Megerősítették, hogy a feltárási folyamat túl bürokratikus lehet; és igen sok, az idős emberek számára fontos feladat van, amelyekben a szociális szolgáltatások nem nyújtanak segítséget. Ilyenek a takarítás, a kert rendbetétele és a kliens elszállítása vásárolni (ahelyett, hogy megcsinálnák helyettük). A házigondozási szolgáltatások minőségét szerintük befolyásolja az alkalmazottak alacsony fizetése és státusza, és ez az alkalmazottak gyakori cserélődéséhez vezet. Ráadásul sok szociális szolgáltatás privatizációja, meglátásuk szerint, növelte a kommunikációs problémákat, különösen a feltárást végző szociális munkások és az első vonalban dolgozó gondozók között – ez az oka, hogy az önkormányzati szolgáltatásokat megbízhatóbbnak látják. A hozzájárulást, amit az igénybe vevők fizetnek a házigondozási szolgáltatásokért, túl magasnak tartották, és ez néhány embert eltéríthet a szolgáltatások igénybevételétől és ezzel a kívánatos eredményektől.

1.5. Az eredményközpontú szolgáltatások szempontjából kedvező szervezeti feltételek

1.5.1. Bevezetés

Ez a fejezet az eredményközpontú szolgáltatásokat támogató szervezeti feltételekre vonatkozó kutatási bizonyítékokat mutatja be. Különösen azokra a bizonyítékokra támaszkodunk, melyeket több, a Yorki Egyetem Szociálpolitikai Kutatóintézete (Social Policy Research Unit, SPRU) által vezetett projekt nyújtott. E projektek a helyhatósági partnerekkel együtt fejlesztettek ki és teszteltek olyan módszereket, melyekkel a szociális szolgáltatók – a gyakorlati rutin részeként – összegyűjthetik és felhasználhatják az igénybevevők által értékelt eredményekre vonatkozó információkat. A projekteket megvalósíthatóságuk és hatásuk szempontjából értékeltük. A fejezetben e mellett a szociális ellátással kapcsolatos szolgáltatások nyújtását feltáró, szélesebb kutatási projektek eredményeiről is szó esik, melyek esetenként olyan ajánlásokat is tartalmaznak, melyek ez idáig nem képezték alapos feltárás tárgyát.

1.5.2. Feltárás

Míg a feltárások jellemzően azonosítják a segítséget igénylő tevékenységeket, elmulaszthatják annak részletes meghatározását, hogy az idősök milyen módokon szeretnének segítséget kapni, ide értve a személyes, kulturális vagy vallási preferenciákkal összeegyeztethető gyakorlatokat is. Az eredményközpontú feltárásnak ennek következtében ezeket a kérdéseket is érintenie kell, és be kell építenie a szolgáltatások felhasználóival egyeztetett gondozási tervekbe is (34,36).

Qureshi (68) kifejezetten az idősökkel végzett feltáráshoz dolgozott ki az eredményeket és preferenciákat összefoglaló dokumentációt. A dokumentumok arra szolgáltak, hogy az azonosított szükségleteket a szolgáltatás-nyújtással oly módon kapcsolják össze, hogy azok az elérendő célokról a szolgáltatók számára világos információval szolgáljanak. A dokumentáció rögzítette a kívánt változással és szinten tartással kapcsolatos gondozási eredményeket, illetve a folyamathoz kapcsolódó preferenciákat is. A dokumentáció tartalmazta:

- a szükségletek összegzését;
- a szolgáltatás nyújtására a jövőben hatással lévő, elvárt változásokat;

- a szolgáltatások igénybe vevőivel egyeztetett eredmények összegzését; valamint
- az ezen eredmények elérését szolgáló lehetőségeket és preferenciákat.

A dokumentációra vonatkozóan a szociális munkások/gondozás-menedzserek nyújtottak visszajelzést, amelyek általánosságban pozitívak voltak. A negatív megjegyzések az eredményközpontú megközelítések komplexitására és ismeretlen voltára, valamint a feltárás kitöltéséhez szükséges időre vonatkoztak, bár ez utóbbi a gyakorlat során várhatóan rövidülni fog. Az alkalmazottak egyetértettek abban, hogy a kívánt változások egyértelmű dokumentálása alapján lehetővé válik:

- világosabban különbséget tenni jó és kevésbé jó gyakorlatok között;
- tisztázni a gondozási tervet illető döntések alapját; fejleszteni a menedzserek készségeit; elősegíteni a szolgáltatások célirányos voltát; és további felülvizsgálatok alapját képezni, valamint
- hozzájárulni a digitális ügyfél-információs rendszerekhez is.

A végrehajtás lehetséges korlátai között találhatók ugyanakkor:

- az alkalmazottak idegenkedése új dokumentációs rendszer és feltárási eljárások alkalmazásától,
- az alkalmazottak bizonytalansága az eredményekre, illetve azoknak a szociális ellátás gyakorlatában történő használatára vonatkozóan,
- a munkamennyiség, illetve az egyéb szervezeti kényszerek.

1.5.3. Felülvizsgálat

A felülvizsgálatok nem egyedi eseményként, hanem folyamatként való értelmezése biztosíthatja, hogy a kívánt eredményeket folyamatosan elérjék.⁽⁹⁾ Annak, hogy a szolgáltatások összeegyeztethetőek maradjanak a kívánt eredményekkel, olyan más módjai is vannak, mint a szolgáltatások igénybevevői által végzett értékelések; a vásárlók és a szolgáltatók közreműködésével megvalósuló fókuszcsoporthoz beszélgetések; igénybevevők közreműködésével kialakított minőségbiztosítási rendszerek; az igénybevevők által vezetett interjúk; illetve az általuk vezetett (szolgáltatási) naplók.^(22,69,70) Ugyanakkor e módok egyikéről sem készült még értékelés.

Nicholas^(71, 72) a szolgáltatás igénybevevőinek (informális) gondozóival kapcsolatban készített feltárások és felülvizsgálatok fejlesztése érdekében dolgozott ki és tesztelt eszközöket. Hasonló módszerek az idősek esetében is alkalmazhatóak lennének. Ezen eszközök célja az volt, hogy:

- a feltárás során a szükségletek és a kívánt eredmények azonosításába az informális gondozókat is bevonja;
- a személyes körülményeknek és preferenciáknak megfelelően változatosan alkalmazza a különböző feltárási megközelítéseket;
- megkönnyítse a szolgáltatási eredményekre, valamint azok dokumentálására vonatkozó szakmai megbeszéléseket; illetve
- a szolgáltatás-fejlesztés megalapozása érdekében keretet biztosítson az eredményekre vonatkozó információk összegyűjtéséhez.

Az eredmények többek között arról számoltak be, hogy:

- az informális gondozók úgy érezték, odafigyeltek rájuk és meghallgatták őket;
- az alkalmazottak számára értékes volt, hogy jobban megértették az informális gondozók szükségleteit, illetve a kívánt eredményeket;
- a szakmai megítélés és rugalmasság alapvető fontosságúnak bizonyult annak meghatározásában, hogy az eszközök kinek a részére, mikor és hogyan alkalmazhatóak a leghatékonyabban,
- a korlátozott források és a munkamennyiség jelentette nyomás veszélyeztetheti az eredmények azonosítását és nyomon követését, valamint csökkentheti az összegyűjtött információk hasznavehetőségét.

Az eszközök hasznosságát fokozta az informális gondozóknak az eszköz-fejlesztésbe történő bevonása; a menedzsment aktív támogatása; illetve a képessé tevést központba állító szervezeti kultúra. Nem világos azonban, hogy ezek az eszközök milyen mértékben egyeztethetőek össze az „Egységes felmérési eljárás” sztenderdből, illetve a „Szociális szolgáltatásokhoz való igazságos hozzájutás” irányelvből következő szakpolitikákkal és gyakorlattal.

Az eredmények felülvizsgálatának további módszere postai úton eljuttatott kérdőívekre alapult ⁽⁷³⁾, melyek a foglalkozásterápiás feltárás eredményéről, illetve ezt követően az eszközök és átalakítások biztosításáról gyűjtött információt. A szolgáltatások igénybe vevői, az informális gondozók, illetve az alkalmazottak és a menedzsment egyaránt részt vett:

- a kisebb átalakításokkal vagy eszközökkel, illetve a nagyobb átalakításokkal foglalkozó kérdőív, valamint
- az informális gondozók számára készült kérdőív kialakításában is.

A kérdőívekben szerepeltek mind az életminőségre, mind a szolgáltatási folyamattal kapcsolatos eredményekre vonatkozó kérdések is. Emlékeztetők alkalmazásával magas válaszadási arányokat sikerült elérniük (még a 80 éven felüli idős emberek esetében is).

A projekt megállapította, hogy ez a megközelítés más szolgáltatásokra is általánosítható, a szolgáltatás igénybevevőinek jellemzőitől, az eredmények típusaitól és sokféleségétől, illetve attól függően, hogy az eredményközpontú megközelítés mennyire volt összeegyeztethető az alkalmazottak értékeivel és gyakorlati rutinjával. Ismételten fontos megjegyeznünk, hogy a projekt megvalósíthatóságát nagyban növelte a menedzserek elköteleződése, illetve az igénybevevőkkel közvetlenül dolgozó alkalmazottak világos eredmény-értelmezése. A megfelelő menedzsment-információs rendszerek szintén fontos szerepet játszottak a projekt sikerességében.

1.5. Gondozási csomagok mikro-szintű kiszereződése

Francis és Netten⁽³⁴⁾ a mellett érvelnek, hogy a menedzserek szerepének a szükségletek feltárására, illetve a forrásallokációra kellene korlátozódnia, így a szolgáltatók – az igénybevevőkkel egyetértésben – autonómiát kapnának annak eldöntésére, hogy ezeket a forrásokat pontosan hogyan használják fel. Partmore⁽²⁶⁾ azt javasolta, hogy a menedzsereknek nem szigorúan feladathoz kötött (tartalék) időt kellene vásárolniuk, melyet a körülmények függvényében a házigondozást végző alkalmazottak használhatnának fel. Mindazonáltal nincs világos bizonyíték sem ezen megközelítések hatékonyságáról, sem azt illetően, hogy vajon a különböző gondozás-menedzsment formák inkább, vagy kevésbé hatékonyak az eredményközpontú szolgáltatások nyújtásában ^(46, 59).

A mikro-szintű szolgáltatás-szervezés egy megközelítésének azonban (legalábbis kevés számú idős ember esetében) kimutatható előnyei vannak: ez a megközelítés maguknak az időseknek adja át a felelősséget azzal, hogy pénzbeli kifizetéssel helyettesíti a természetbeni juttatást, azért, hogy az adott személy maga vásárolhassa meg a szükséges szolgáltatást. Mivel a közvetlen kifizetés nagyobb választási és ellenőrzési lehetőséget biztosít, jelentős mértékben növeli az idős emberek esélyét a kívánt eredmények elérésére. Ugyanakkor a közvetlen kifizetések bevezetése az idősek körében sokkal kevésbé volt széles körű, mint a fogyatékossgal élő fiatalok esetében, így az erre vonatkozó kutatási eredmények is csak korlátozott mértékben állnak rendelkezésre. Az egyetlen, a tárgyban született tanulmány ^(18, 74) szerint az idősek a számukra értékes eredményekből számottevően

többet értek el, különösen a lakásból való kijutás és a bevásárlás támogatása esetén; olyan otthoni feladatok elvégzésében, melyeket a hagyományos házigondozási szolgáltatások nem voltak képesek teljesíteni; valamint a személyes biztonság és egészségvédelem tekintetében. Ezen eredmények elérésének sikere ugyanakkor az idősekhez inkluzív szemlélettel viszonyuló helyi gondozási szolgáltatások függvénye volt.

1.5.5. Szolgáltatói szintű tényezők

Azok a kezdeményezések, melyeket a házigondozók toborzása és megtartása, valamint ezáltal a szolgáltatási folyamathoz köthető eredmények javítása érdekében javasoltak, a következő elemeket tartalmazták: fizetés-kiegészítés biztosítása, amennyiben az alkalmazottaknak éjszaka vagy hétvégén, illetve ünnepeken kell dolgozniuk; az igénybe vevőktől érkező eseti szükségletek által megkövetelt extra munka esetén nyújtott bónuszok; az egyes látogatások közötti utazáshoz kötődő juttatások; illetve az alkalmazottak részére heti szinten egy bizonyos munkamennyiség feltétlen biztosítása. Partmore⁽²⁶⁾ attól függően, hogy a szolgáltató milyen sajátos, alkalmazottakhoz kötődő nehézségekkel találkozik, az ösztönzők és bónusz kifizetések egyfajta keveréke mellett érvel, hogy így biztosítható legyen a tapasztalt alkalmazottak megtartása, valamint a szolgáltatások igénybevevői – sajátos időben és helyszíneken megjelenő – szükségleteinek kielégítése is. Viszont nem született még értékelés, ami a fenti ajánlásoknak a házigondozási szolgáltatások eredményközpontúságára tett hatására vonatkozna.

1.5.6. A kommunikáció fontossága

Az előző fejezetek a kvázi-piacok működésének számos olyan elemére mutattak rá, melyek kapcsán a világos kommunikáció alapvető fontosságú az eredményközpontú szolgáltatások elérésében. A bemutatott, eredményközpontúságra való törekvést támogató intézkedések között megtalálható a vásárlók és szolgáltatók közötti széleskörű visszajelzés; a szolgáltatók képessé tétele a szolgáltatásaik fölötti kontroll gyakorlására; illetve olyan kommunikációs csatornák megteremtése, melyek figyelembe veszik a szolgáltató szakértelmét.⁽⁶¹⁾

A feltárást végző alkalmazottak, és az ügyféllel közvetlen kapcsolatban álló szolgáltatók közötti kommunikáció javítására javasolt egyik kezdeményezés része volt egy, a házigondozást végzők számára kidolgozott, eredményközpontú emlékeztető összefoglaló. Ez biztosította, hogy a személyes preferenciákat, prioritásokat és a szolgáltatási folyamatra vonatkozó eredményeket a gyakorlati rutin részeként azonosítsák, és a menedzserek az

igénybe vevővel közvetlen kapcsolatban álló házigondozók tudomására hozzák.⁽⁷⁵⁾ Az értékelés szerint az emlékeztető összefoglaló hasznosnak bizonyult, mivel lehetővé tette az elvárt eredmények következetesebb nyomon követését, valamint személyre szabottabb szolgáltatások nyújtását. E mellett a házigondozást végző alkalmazottakat is figyelmeztette, hogy teljesítsék a rehabilitációs vagy „képessé tevő” tevékenységeket az idős emberekkel, észrevegyék az új szükségleteket, illetve a vonakodókat meggyőzzék az extra szolgáltatások elfogadásáról.

1.5.7. Az egészségügyi-szociális területek elkülönülésének legyőzése

Az Egészségügyi Törvényben leírt rugalmasság²⁸ érvényesülésére vonatkozó kutatás a szociális és egészségügyi terület együttműködésének szervezeti, pénzügyi és irányítással összefüggő következményeit vette górcső alá. Valójában, az egészségügyi és szociális ellátás közötti partnerségeket vizsgáló kutatások zöme nem a szolgáltatások igénybe vevőivel kapcsolatos eredményekkel, hanem az eljárást illető kérdésekkel foglalkozott.⁽⁷⁷⁾ Jelenleg (2006) folyamatban van egy olyan kutatás, melynek tárgyát az idős emberek, illetve más, szolgáltatásokat használó csoportok egészségügyi és szociális ellátása közötti partnerségekkel kapcsolatos elvárásai képezik. A kutatás félidei tapasztalatai tükrözik a jelen áttekintés első részében azonosított eredményeket, különös tekintettel a szolgáltatási folyamattal és a szinten tartással kapcsolatos eredményeket.⁽⁷⁸⁾ Egy másik, szintén folyamatban lévő kutatás az Egészségügyi törvény rugalmassággal kapcsolatos előírásainak hatását vizsgálja a veszélyeztetett és időskori esendőségben szenvedő idős emberek esetében kimutatható pozitív eredményekre. A kutatás félidei eredményei mutatják, hogy a rugalmasságra vonatkozó elveket elsősorban az „átmeneti gondozás” (intermediate care²⁹) területén alkalmazzák.⁽⁷⁸⁾

²⁸ Az 1999-ben bevezetett Health Act (Egészségügyi Törvény) keretében a helyhatóságok lehetőséget kaptak az egészségügyi és szociális intézmények közötti kölcsönös együttműködési szerződések megkötésére, mely a törvény meghozatala előtt nem volt lehetséges. Ezáltal lehetővé vált a két, addig önállóan működő terület szervezeti szinten történő szorosabb együttműködése és összehangolása, illetve a rendelkezésre álló források megosztása is. Bővebb információért lásd: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Healthact1999partnerShiparrangements/index.htm> - A fordító

²⁹ A „köztes gondozás” fogalmát az Egyesült Királyságban vezették be az időseket érintő szakpolitikai irányelvek részeként, ám a fogalom kapcsán máig nem alakult ki tudományos konszenzus. Valójában a kórházi gondozás alternatíváit összefoglaló fogalomként alkalmazzák, azokra az esetekre utalva, amikor az idős személy állapota nem teszi szükségessé kórházi ápolását, ám bizonyos egészségügyi vonatkozások miatt mégis fontos számára egészségügyi jellegű szolgáltatások biztosítása. Bővebben lásd: <http://www.bmj.com/content/329/7462/360.full> - A fordító

1.5.8. Kezdeményezések és diverzitás

A kommunikáció és konzultáció individualizált megközelítései segíthetik a demenciában szenvedő időseket véleményük és preferenciáik kifejezésében. A kommunikációra irányuló lehetőségeik feletti ellenőrzés maximalizálása, képek használata, az idős személy saját szótárának és fordulatainak alkalmazása, valamint a non-verbális kommunikáció értelmezése hatékonyak lehetnek, bár az alkalmazottak részéről időt és magabiztosságot igényelnek.⁽⁴³⁾ A bentlakásos intézményekben élő, demens idős emberek esetében a speciális szolgáltatások, illetve megfelelő kommunikációs készségekkel rendelkező alkalmazottak jelenléte életbevágóak az életminőség fenntartása érdekében. ⁽⁷⁹⁾ Az Egészségügyi Akciózóna (Health Action Zone³⁰) program egyik projektje az etnikai kisebbséghez tartozó idős demens emberek esetében elérhető eredmények javítása céljából dolgozott ki ajánlásokat, többek között azt javasolta, hogy a titoktartás érdekében a szomszédságon kívüli szakembereket vonjanak be, valamint alakítsanak ki partneri viszonyt a vallási közösségekkel.⁽⁸⁰⁾ Ismételten fontos azonban megjegyeznünk, hogy ezek a kezdeményezések jellemzően nem a kívánt eredmények elérését, hanem általában a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítását állítják a fókuszba.

1.5.9. A szolgáltatások igénybe vevőiből álló tanácsadó csoport véleménye

A tanácsadó csoport tagjai a házigondozást végző alkalmazottak számára jobb képzést, fizetést és társadalmi státuszt szeretnének. E mellett rámutattak a házi orvosok lehetőségeire az egészségügyi és szociális területek elkülönülésének legyőzésében is; a házi orvosok rendszeres kapcsolatban vannak sok idős emberrel, és segíthetik őket a szociális gondozás elérésében. Azt gondolták, hogy az új közösségi nővérszolgálat (community matrons) is alkalmas lehet e szerep betöltésére.

A tanácsadó csoport tagjai ugyanakkor ráirányították a figyelmet azokra a problémákra is, melyekkel az idősek egy része a szociális szolgáltatások elérése vagy elfogadása során találkozik. Ráműtattak arra, hogy egyes idős emberek már magát a szociális gondozás kifejezést is elkedvetlenítőnek találják. Az etnikai kisebbségi közösségekben élő

³⁰ Az Egészségügyi Akciózónák program keretében 1997-től 26, 7 éves kísérleti projekt jött létre az Egyesült Királyságban. A projektek célja a helyi egészségügyi ellátás javítása és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése volt. Lásd: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2004) *Lessons from health action zones*.
http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoware/aboutthehda/hdapublications/lessons_from_health_action_zones_chosing_health_briefing.jsp

időseknek nyelvi korlátokat kell leküzdeniük, amely sajátos problémaként merül fel abban az esetben, ha az idősek Angliában született gyermeke nem beszéli a nyelvet, s így nem is tud tolmácsolni szüleinek. A szociális szolgáltatások ezt, a szolgáltatások elérését megnehezítő problémát az által tudják orvosolni, ha önkéntes szervezetekkel, mint például az Age Concern³¹ szorosabb kapcsolatokat építenek ki, mivel azokat sok idős ember valószínűleg könnyebben képes elérni. E szervezetek megfelelő finanszírozása alapvető fontosságú.

1.6. A kutatási áttekintés következtetései

Az idős emberek körében a kívánt eredmények a változáshoz, szinten tartáshoz, prevencióhoz, valamint a szolgáltatások folyamataihoz kötődnek, melyek egybevágóan a jóllét és az önállóság idős emberek által meghatározott dimenzióival. A kutatások ugyanakkor azt mutatják, hogy a kvázi-piacok működéséhez kötődő korlátok gátolhatják ezen eredmények elérését. Az etnikai kisebbséghez tartozó idős emberek esetében a kulturálisan megfelelő szolgáltatások hiányából adódóan további korlátok is jelentkeznek.

Az eredményközpontú szolgáltatások fejlesztésére irányuló kezdeményezések magukba foglalják a szolgáltatások igénybe vevői, a velük közvetlen kapcsolatban álló szolgáltatók, gondozás-menedzserek, valamint a helyhatóságok szolgáltatás-beszerzői közötti kommunikáció javítását. Viszont e kezdeményezések értékelése jellemzően csak a végrehajtásra fókuszál, és így továbbra is hiányoznak a bizonyítékok ezek hatékonyságáról a szolgáltatások használóival kapcsolatos eredmények vonatkozásában.

³¹ Az időseket tömörítő egyesület az Egyesült Királyságban, lásd: <http://www.ageuk.org.uk/>

Hivatkozások

- (1) Leadbeater, C. (2004) *Personalisation through participation: A new script for public services*, London: Demos.
- (2) Department of Health (2005) *Independence, well-being and choice: Our vision for the future of social care in England*, Cm 6499, London: DH.
- (3) Department for Work and Pensions (2005) *Opportunity age*, London: DWP.
- (4) Walker, A. and Hennessy, C. (2004) *Growing older: Quality of life in old age*, Maidenhead: Open University Press.
- (5) Parry, J., Vegeris, S., Hudson, M., Barnes, H. and Taylor, R. (2004) *Independent living in later life*, Research Report 216, London: DWP.
- (6) Audit Commission (2004) *Older people – Independence and wellbeing. The challenge for public services*, London: Audit Commission.
- (7) Baldock, J.C. and Hadlow, J. (2001) *How older people sustain their identities and preferences in the face of a limited physical condition and the need to accept health and care services*, Growing Older Programme, Swindon: ESRC.
- (8) Bajekal, M., Blane, D., Grewal, I., Karlsen, S. and Nazroo, J. (2004) 'Ethnic differences in influences on quality of life at older ages: a quantitative analysis', *Ageing and Society*, no 24, pp 709–728.
- (9) Ware, T., Matosevic, T., Hardy, B., Knapp, M., Kendall, J. and Forder, J. (2003) 'Commissioning care services for older people in England: the view from care managers, users and carers', *Ageing and Society*, no 23, pp 411–428.
- (10) Parry-Jones, B. and Soulsby, J. (2001) 'Needs-led assessment: the challenges and the reality', *Health and Social Care in the Community*, no 9, pp 414–428.
- (11) Qureshi, H., Patmore, C., Nicholas, E. and Bamford, C. (1998) *Outcomes in community care practice. Overview: Outcomes of social care for older people and carers*, Report No 5, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- (12) Qureshi, H. and Henwood, M. (2000) *Older people's definitions of quality services*, York: Joseph Rowntree Foundation.
- (13) Raynes, N. (1998) 'Involving residents in quality specification', *Ageing and Society*, no 18, pp 65–78.
- (14) Gwyther, L. (1997) 'The perspective of the person with Alzheimer disease: which outcomes matter in early to middle stage of dementia?', *Alzheimer Disease and Related Disorders*, no 11, pp 18–24.
- (15) Clark, H., Dyer, S. and Horwood, J. (1998) 'That bit of help': *The high value of low level preventative services for older people*, Bristol: The Policy Press.
- (16) Joseph Rowntree Foundation (2003) 'Social service users' own definitions of quality outcomes', Report on Shaping Our Lives Project, Ref 673 (available at www.jrf.org.uk, June).
- (17) Gabriel, Z. and Bowling, A. (2004) 'Quality of life from the perspectives of older people', *Ageing and Society*, no 24, pp 675–692.
- (18) Clark, H., Gough, H. and Macfarlane, A. (2004) 'It pays dividends': *Direct payments and older people*, Bristol/York: The Policy Press/Joseph Rowntree Foundation.
- (19) Godfrey, M. and Callaghan, G. (2000) *Exploring unmet need: The challenge of a user-centred response*, York: Joseph Rowntree Foundation.
- (20) Wenger, C. (1992) *Help in old age: Facing up to change*, Liverpool: Liverpool University Press.

- (21) Coleman, P.G., Ivani-Chalian, C. and Robinson, M. (1998) 'The story continues: persistence of life themes in old age', *Ageing and Society*, no 18, pp 398–419.
- (22) Henwood, M., Lewis, H. and Waddington, E. (1998) *Listening to users of domiciliary care services*, Leeds: Community Care Division, Nuffield Institute for Health, University of Leeds.
- (23) Bamford, C. and Bruce, E. (2000) 'Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia', *Ageing and Society*, no 20, pp 543–570.
- (24) Godlove Mozley, C., Sutcliffe, C., Bagley, H., Cordingley, L., Huxley, P., Challis, D. and Burns, A. (2000) 'The quality of life study: outcomes for older people in nursing and residential homes', Unpublished report presented to the NHS Executive, London: DH.
- (25) Cordingley, L., Hughes, J. and Challis, D. (2001) *Unmet need and older people: Towards a synthesis of user and provider views*, York: Joseph Rowntree Foundation.
- (26) Patmore, C. (2003) *Understanding home care providers: Live issues about management, quality and relationships with social services purchasers*, Working Paper No DH 1963, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- (27) Beaumont, G. and Kenealy, P. (2004) 'Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age', *Ageing and Society*, no 24, pp 755–770.
- (28) Audit Commission (1997) *The coming of age: Improving care services for older people*, London: Audit Commission.
- (29) Joseph Rowntree Foundation (2004) 'Older people shaping policy and practice', Summary of 18 research projects, Ref 044 (available at www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/044.asp, October).
- (30) Cordingley, L. (1999) 'Relationships between health, social support and independence in older people: a study using the SF-36 and Q methodology', Unpublished PhD thesis, University of Manchester.
- (31) Tester, S., Hubbard, G., Downs, M., MacDonald, C. and Murphy, J. (2003) *Exploring perceptions of quality of life of frail older people during and after their transition to institutional care*, Research Findings 24, Growing Older Programme, Swindon: ESRC.
- (32) Hayden, C., Boaz, A. and Taylor, F. (1999) *Attitudes and aspirations of older people: A qualitative study*, Research Report 102, London: DWP.
- (33) Shaping Our Lives Project (2003) *Shaping Our Lives: From outset to outcome: What people think of the social care services they use*, York: Joseph Rowntree Foundation and the DH.
- (34) Francis, J. and Netten, A. (2004) 'Raising the quality of home care: a study of service users' views', *Social Policy and Administration*, no 38, pp 290–305.
- (35) Qureshi, H. (1999) 'Outcomes of social care for adults: attitudes towards collecting outcome information in practice', *Health and Social Care in the Community*, no 7, pp 257–265.
- (36) Francis, J. and Netten, A. (2002) *Homecare services in one local authority: Client and provider views*, Rep 1795/3, London: Personal Social Services Research Unit.
- (37) Boaz, A., Hayden, C. and Bernard, M. (1999) *Attitudes and aspirations of older people: A review of the literature*, Research Report 101, London: DWP.
- (38) Netten, A., Ryan, M., Smith, P., Skatun, D., Healey, A., Knapp, M. and Wykes, T. (2002) *The development of a measure of social care outcome for older people*, Rep PSSRU Discussion Paper 1690/2, University of Kent: Personal Social Services Research Unit.
- (39) Willis, M., Douglas, G. and Pavey, S. (2005) 'Defining vision', *Community Care*, 7–13 July, pp 32–33.

- (40) Askham, J., Henshaw, L. and Tarpey, M. (1995) *Social and health authority services for elderly people from black and minority ethnic communities*, London: HMSO.
- (41) Mold, F., Fitzpatrick, J.M. and Roberts, J.D. (2005) 'Minority ethnic elders in care homes: a review of the literature', *Age and Ageing*, vol 34, no 2, pp 107–113.
- (42) Butt, J. and Mirza, K. (1996) *Social care and black communities*, London: The Stationery Office.
- (43) Allan, K. (2001) *Communication and consultation: Exploring ways for staff to involve people with dementia in developing services*, Bristol: The Policy Press.
- (44) Patel, N., Mirza, N., Linbland, P., Amstrup, K. and Samaoh, O. (1998) *Dementia and minority ethnic older people. Managing care in the UK, Denmark and France*, Lyme Regis: Russell House Publishing.
- (45) Ramcharan, P., Grant, G., Parry-Jones, B. and Robinson, C. (1999) 'The roles and tasks of care management practitioners in Wales revisited', *Managing Community Care*, no 7, pp 29–36.
- (46) Challis, D., Weiner, K., Darton, R., Hughes, J. and Stewart, K. (2001) 'Emerging patterns of care management: arrangements for older people in England', *Social Policy and Administration*, no 35, pp 672–687.
- (47) Quinn, A., Snowling, A. and Denicolo, P. (2003) *Older people's perspectives: Devising information, advice and advocacy services*, York: Joseph Rowntree Foundation.
- (48) Baldock, J.C. and Hadlow, J. (2002) 'Self-talk versus needs-talk: an exploration of the priorities of housebound older people', *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, no 3, pp 42–49.
- (49) Godfrey, M. and Moore, J. (1996) *Hospital discharge: User, carer and professional perspectives*, Leeds: Nuffield Institute for Health, University of Leeds.
- (50) Clark, H., Dyer, S. and Hartman, L. (1996) *Going home: Older people leaving hospital*, Bristol: The Policy Press.
- (51) Age Concern (2006) *The Age Agenda 2006: Public policy and older people*, London: Age Concern.
- (52) Hardy, B., Young, R. and Wistow, G. (1999) 'Dimensions of choice in the assessment and care management process: the views of older people, carers and care managers', *Health and Social Care in the Community*, no 7, pp 483–491.
- (53) Boneham, M.A., Williams, K.E. and Copeland, J.R.M. (1997) 'Elderly people from ethnic minorities in Liverpool: mental illness, unmet need and barriers to service use', *Health and Social Care in the Community*, vol 5, no 3, pp 173–180.
- (54) Nocon, A. and Qureshi, H. (1996) *Outcomes of community care for service users and carers: A social services perspective*, Report No 2, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- (55) Department of Health (2001) *Social services performance assessment framework indicators 2000–2001*, London: DH.
- (56) Sinclair, I., Gibbs, I. and Hicks, L. (2000) *The management and effectiveness of the home care service*, York: Social Work Research and Development Unit, University of York.
- (57) Patmore, C. and McNulty, A. (2005) *Making home care for older people more flexible and person-centred: Factors which promote this*, Working Paper No DH 2069, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- (58) Forder, J., Knapp, M., Hardy, B., Kendall, J., Matosevic, T. and Ware, P. (2004) 'Prices, contracts and motivations: institutional arrangements in domiciliary care', *Policy & Politics*, no 32, pp 207–222.
- (59) Knapp, M., Hardy, B. and Forder, J. (2001) 'Commissioning for quality: ten years of social care markets', *Journal of Social Policy*, no 30, pp 283–306.

- (60) Matosevic, T., Ware, P., Forder, J., Hardy, B., Kendall, J., Knapp, M. and Wistow, G. (2000) Independent sector domiciliary sector providers in 1999, London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- (61) Kendall, J., Matosevic, T., Forder, J., Knapp, M., Hardy, B. and Ware, P. (2003) 'The motivations of domiciliary care providers in England: new concepts, new findings', *Journal of Social Policy*, vol 32, no 4, pp 489–511.
- (62) Social Services Inspectorate (1999) Of primary importance: Inspection of social services departments' links with primary health services, London: DH.
- (63) Health Advisory Service (1997) Services for people who are elderly: Addressing the balance, London: The Stationery Office.
- (64) Banerjee, S. and Macdonald, A. (1996) 'Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social services use', *British Journal of Psychiatry*, vol 168, pp 760–766.
- (65) Schneider, J. (1997) Quality of care: Testing some measures in homes for elderly people, Discussion Paper 1245, Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent.
- (66) Alexopoulos, G. (1996) 'Editorial: geriatric depression in primary care', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, no 11, pp 397–400.
- (67) Patel, N. (1998) 'Black and minority ethnic elderly: perspectives on long-term care', in *With respect to old age; Research volume 1*, Royal Commission on Long-term Care, London: The Stationery Office.
- (68) Qureshi, H. (2001) 'Summarising intended outcomes for older people at assessment', in H. Qureshi (ed) *Outcomes in social care practice, Report 7*, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- (69) Raynes, R., Temple, B., Glenister, G. and Coulthard, L. (2001) *Quality at home for older people: Involving service users in defining home care specifications*, Bristol: The Policy Press.
- (70) Evans, C. and Carmichael, A. (2002) *Users' best value: A guide to user involvement good practice in best value reviews*, York: Joseph Rowntree Foundation.
- (71) Nicholas, E. (2001) 'Implementing an outcomes approach in carer assessment and review', in H. Qureshi (ed) *Outcomes in social care practice*, York: Social Policy Research Unit, University of York, pp 65–117.
- (72) Nicholas, E. (2003) 'An outcomes focus in carer assessment and review: value and challenge', *British Journal of Social Work*, vol 33, no 1, pp 31–47.
- (73) Bamford, C. (2001) 'Using postal questionnaires to collect information on outcomes from users and carers', in H. Qureshi (ed) *Outcomes in social care practice, Report 7*, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- (74) Clark, H. (2006) "'It's meant that, well, I'm living a life now": older people's experiences of direct payments', in J. Leece and J. Bornat (eds) *Developments in direct payments*, Bristol: The Policy Press.
- (75) Patmore, C. (2001) 'Briefing sheet for home care staff: a method for focusing service around each individual user', in H. Qureshi (ed) *Outcomes in social care practice, Report 7*, York: Social Policy Research Unit, University of York.
- (76) Glendinning, C., Hardy, B., Hudson, B. and Young, R. (2002) *National evaluation of notifications for use of the Section 31 partnership flexibilities in the 1999 Health Act: Final project report*, Leeds/Manchester: Nuffield Institute for Health/NPCRDC.
- (77) Dowling, B., Powell, M. and Glendinning, C. (2004) 'Conceptualising successful partnerships', *Health and Social Care in the Community*, vol 12, no 4, pp 309–317.
- (78) Department of Health (2006) *Modernising adult social care: Research initiative Newsletter 2*, London, DH, April.

- (79) Bruce, E., Surr, C. and Tibbs, M.A. (nd) A special kind of care: Improving well-being in people living with dementia, Bradford Dementia Group and MHA Care Group (available at www.bradford.ac.uk/acad/health/bdg/research/methodist.php).
- (80) Mackenzie, J. and Coates, D. (nd) Understanding and supporting South Asian and Eastern European family carers of people with dementia, Bradford Dementia Group (available at www.bradford.ac.uk/acade/health/bdg/research/supporting.php).
- (81) Hudson, B., Dearey, M. and Glendinning, C. (2004) A new vision for adult social care: Scoping service users' views, York: Social Policy Research Unit, University of Y